

Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården

Slutrapport mars 2022

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 2022-3-7798

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2022

Förord

I juni 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt att följa och analysera väntetider inom hälso- och sjukvården.

I uppdraget ingår att ge förslag på hur Socialstyrelsen kan stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov som orsakats av utbrottet av covid-19. I uppdraget ingår också att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på konsekvenser av covid-19. Till uppdraget hör även att följa och analysera överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, inklusive dess tilläggsöverenskommelse. Utöver det ska Socialstyrelsen föreslå hur regeringen ska kunna få kontinuerliga lägesbilder över utvecklingen vad gäller väntetider och vårdköer.

Denna rapport är Socialstyrelsens slutredovisning av uppdraget i dess helhet. Rapporten riktar sig till regering, regioner och verksamheter och ska användas i arbetet med att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har samverkat med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), regioner och andra relevanta aktörer, och tackar för att de bidragit till arbetet.

Ansvarig projektledare är Sevim Barbasso Helmers. Utredare Sandra Creutz och Erik Wahlström, statistiker Christian Lovering och Frida Broström, webbstrateg Maria Egonsdotter med flera samt enhetschef Henrik Lysell och Mattias Fredricson har deltagit i arbetet. Ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	7
Pandemin har lett till minskad vårdproduktion och längre väntetider	8
Förslag på stöd till regionerna	9
Analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020	9
Kontinuerlig lägesbild.....	10
Vägen framåt	10
Inledning	12
Uppdraget	12
Bakgrund	12
Covid-19-pandemins utveckling	14
Genomförande och resultat	17
Dialog med aktörer.....	18
1. Stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov.....	18
2. Analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet.....	19
3. Uppföljningar och analyser av tillgänglighet i vården.....	21
4. Kontinuerlig lägesbild	40
Vägen framåt	44
Nödvändig tillgång till data	44
Kontinuerlig lägesbild.....	46
Främja en ökad samordning i staten	46
Referenser	48
Bilaga 1. Projektorganisation.....	53
Bilaga 2. Tidigare analyser med anledning av pandemin	57
Uppdragets tidigare analyser med anledning av pandemin.....	57
Socialstyrelsens övriga analyser med anledning av pandemin	57
Bilaga 3. Dataunderlag för pandemiperioderna	59
Analys- och jämförelseperioder	59
Resultattabeller	60
Bilaga 4. Statistik och analys som publicerats på socialstyrelsen.se	64
Figurtyper som presenteras	64
Statistik som presenteras	68

Sammanfattning

Covid-19-pandemin har sedan mars 2020 karakteriserats av fyra vågor av smittspridning.¹ Det har medfört att hälso- och sjukvården i Sverige fått ställa om i flera omgångar, främst för att frigöra kapacitet för akut- och intensivvård. De faktorer som mest har påverkat omfattningen av omställningarna har varit smittspridningssituation, behov av akut- och intensivvårdsplatser, kunskaperna om behandling av sjukdomen covid-19 samt vaccinationstäckningen.

Pandemin har bland annat lett till hög arbetsbelastning inom vissa delar av vården och till att planerad vård har ställts in eller blivit uppskjuten. Många patienter har också avstått från att söka vård trots upplevda behov. Konsekvenserna av pandemin har drabbat specifika grupper i befolkningen och riskerar att förstärka den ojämlika hälsa som fanns före pandemin.

I februari 2022 upphävdes merparten av de allmänna restriktionerna mot spridningen av sjukdomen covid-19, med anledning av att pandemin gått in i en fas som inte längre bedöms ha allvarliga konsekvenser för samhället.

Denna rapport är Socialstyrelsens slutredovisning av regeringsuppdraget om att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt att följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården. Syftet med uppdraget är att stärka förutsättningarna för att patienter i hela Sverige får vård i rimlig tid.

Socialstyrelsen har genomfört uppdraget i fyra delprojekt, varav tre har redovisats tidigare. Dessa belyses kortfattat i denna slutrapport. De tidigare redovisade delarna handlar om Socialstyrelsens förslag på insatser för att stödja regionerna i hanteringen av uppdämda vårdbehov, analysen av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 samt uppföljningen och analysen av pandemins effekter på produktion, väntetider och vårdköer under den första och andra covid-19-vågen.

I rapporten görs en närmare beskrivning av utvecklingsarbetet med kontinuerlig uppdaterad lägesbild för att följa pandemins effekter i vården. Därmed redovisas också analysen av den specialiserade vårdens produktion som har gjorts i samband med lägesbilden, den senaste uppföljningen av primärvårdens produktion samt utvecklingen av väntetider och vårdköer i vården.

Socialstyrelsen har, utöver analyserna i detta uppdrag, följt och fortsätter att följa hur covid-19-pandemin påverkat olika delar av hälso- och sjukvården.

¹ I den här slutrapporten har pandemiperioden mars 2020–december 2021 analyserats. Delperioderna för de fyra smittspridningsvågorna som pågått under pandemiperioden definieras i rapporten enligt följande: Med första vågen menas mars–september 2020, andra vågen oktober 2020–januari 2021 och tredje vågen februari–juni 2021. Den fjärde vågen sträcker sig från juli 2021 till och med mars 2022 (läs kapitlet *Inledning* och avsnittet *Covid-19-pandemins utveckling*). I den här rapporten har vi analyserat endast juli–december 2021 för fjärde vågen.

Pandemin har lett till minskad vårdproduktion och längre väntetider

Långa väntetider har varit en utmaning i svensk hälso- och sjukvård redan före covid-19-pandemin. Pandemins effekter har dock lett till ännu längre väntetider och köer i den specialiserade vården. Fler patienter än tidigare väntar i köerna och fler har väntat mer än vårdgarantins 90 dagar på besök och behandling.²

I Socialstyrelsens lägesbild om pandemins effekter på vården³ fastställs att covid-19-pandemin under perioden mars 2020–december 2021 totalt sett lett till en minskad vårdproduktion, baserat på data från patientregistret.⁴ Det gäller antalet genomförda operationer och vårdperioder inom den somatiska slutenvården samt dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i den öppna specialiserade vården, jämfört med medelvärdet för motsvarande period 2017–2019. De största minskningarna i antalet operationer och åtgärder i slutenvården skedde inom vårdområdet rörelseapparaten. Detta reflekteras i att ortopediområdet också har den största volymen av patienter som väntat längre än 90 dagar i december 2021, mätt i den nationella väntetidsdatabasen.

Det samlade resultatet beror på att ackumulerade vårdbehov har skapats till följd av den stora mängd planerad vård som inte genomfördes under första och andra vågen av pandemin samt av nytilkomna patienter under hela pandemiperioden.

Effekterna av covid-19-pandemin på både primärvårdens och den specialiserade vårdens produktion var totalt sett större under den första vågen än under de övriga vågorna. Detta beror på att vården ställde om som mest under den första covid-19-vågen och att patienter av olika anledningar undvek att söka vård då. Planerad vård fick skjutas upp eller avbokas enligt medicinsk prioritering, till förmån för covid-19-vård, akut vård och vård som inte kunde skjutas upp, till exempel cancerbehandlingar.

Den kompetensbrist och vårdplatsbrist som fanns redan före pandemin har blivit större under pandemin och bidragit till att vårdproduktionen har minskat. Resultatet för olika verksamheter och operationsområden samt patienternas ålder och kön har påverkats av bland annat de medicinska indikationerna, de medicinska prioriteringar som gjorts, huruvida patienterna tillhör en riskgrupp eller inte samt vaccinationsstatus.

Under den första vågen påskyndades regionernas etablering av digitala lösningar för att bland annat ersätta fysiska vårdmöten. Det har bidragit till att förändra vårdens framtida arbetssätt. Från den andra vågen tog regionerna till fler åtgärder för att börja ta igen den vård som de inte kunnat ge tidigare. Samtidigt vågade patienterna söka sig till vården igen. Från den tredje vågen har även covid-19-vaccinationerna bidragit till möjligheten att hämta igen en del av produktionen.

Primärvården genomförde fler vårdkontakter under februari–december 2021 jämfört med motsvarande period 2020. Det speglar att patienterna

² Data hämtad 2022-02-11 från den Nationella Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

³ Pandemins effekter på vården. Hämtad 2022-03-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/>.

⁴ Data hämtad 2022-03-15 från Patientregistret, Socialstyrelsen.

kommit tillbaka till vården och att primärvården kunnat återhämta en del produktion. Samtidigt har en marginell ökning av måluppfyllelsen för medicinsk bedömning inom 3 dagar skett från augusti 2021 jämfört med motsvarande månader 2020. Det är dock svårt att avgöra ett eventuellt produktionsbortfall i primärvården för hela pandemiperioden mars 2020–december 2021 eftersom inga exakta jämförelser kan göras med perioder före pandemin med data från väntetidsdatabasen.

Den specialiserade vården visade i december 2021 en högre produktion jämfört med medelvärdet för motsvarande månad 2017–2019. Detta belyser att regionerna har kunnat arbeta på under månaden trots att december månad normalt är en lägre produktionsmånad och trots att den fjärde vågen kantats av flera utmaningar. Det har handlat om fortsatta utmaningar som kompetensbrist för vissa personalkategorier och vårdplatsbrist. Därutöver belastades vården av andra infektioner som till exempel säsongsinfluensa och RS-virus. Tillsammans med den ökande smittspridningen av omikronvarianten från december 2021 påverkade infektionerna dessutom den totala vårdkapaciteten som led av bortfall av personal på grund av sjukfrånvaro eller vård av barn.

Sammanfattningsvis har hälso- och sjukvårdens kapacitet under pandemin inte räckt till för att både upprätthålla den normala produktionen och att hämta igen de uppdämda vårdbehoven, särskilt inom den specialiserade vården.

Förslag på stöd till regionerna

Socialstyrelsen redogjorde i september 2020 för förslag på insatser för att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av covid-19. Förslagen togs fram i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och företrädare för regionerna.

Efter rapporteringen av förslagen bedömde myndigheten att det inte fanns behov att gå vidare med de föreslagna insatserna. Istället fick Socialstyrelsen i mars 2021 i uppdrag att redovisa en nationell lägesbild över de uppdämda vårdbehoven samt att föreslå insatser på nationell och regional nivå för att omhänderta patienternas behov på kort och lång sikt.

Myndigheten presenterade en nationell lägesbild och förslag på insatser i en delrapport i oktober 2021. En följande slutrapport redovisas i mars 2022 samtidigt som denna slutrapport.

Som en följd av delrapporten i oktober 2021 har myndigheten i januari 2022 fått i uppdrag att fördela medel till regionerna utifrån de riktade insatser som har föreslagits för hantering av de uppdämda vårdbehoven med anledning av covid-19-pandemin.

Analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020

Socialstyrelsen har följt upp överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 samt dess tilläggsöverenskommelse genom att analysera regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen som

SKR ansvarar för. Analyserna redovisades i december 2020 för primärvården och i juni 2021 för den specialiserade vården. För båda vårdnivåerna har analysen gällt inrapportering i enlighet med en ny uppföljningsmodell.

Gemensamt för båda analyserna är att regionerna hade en god inrapportering för de variabler som klassas som obligatoriska, det vill säga variabler som det finns krav på att rapportera. För variabler som inte är obligatoriska att rapportera för alla vårdkontakter var den däremot mer bristfällig och varierande. Inrapporteringsskillnaderna bidrar till en begränsad jämförbarhet mellan regionerna, vilket påverkar möjligheten att använda data för nationell uppföljning på ett optimalt sätt.

I rapporten identifierades utvecklingsmöjligheter som kan åtgärdas av regeringen, SKR och regionerna. På så sätt kan man uppnå full effekt av de nya modellernas potential för uppföljning av tillgänglighet inom primärvården och den specialiserade vården.

Kontinuerlig lägesbild

Socialstyrelsen har sedan den 13 januari 2022 lanserat ett pilotprojekt med en kontinuerligt uppdaterad lägesbild över utvecklingen av pandemins effekter på vården, där både statistik och analys presenteras. Målgrupper för lägesbilden är regeringen, regionerna och allmänheten.

Lägesbilden belyser vårdproduktionen i vården vad gäller operationer och vårdperioder inom den somatiska slutenvården, vårdperioder i psykiatrisk slutenvård, dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i den öppna specialiserade vården, somatisk och psykiatrisk akutsjukvård samt incidens för hjärtinfarkt och stroke. Data har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen.

Lägesbilden visar den nationella utvecklingen för respektive mått och fördelningen på kön och ålder samt utvecklingen för olika operationsområden. För vissa mått presenteras även den regionala utvecklingen.

Nästa steg i utvecklingen av lägesbilden är att utöka den med statistik och analys för väntetider och vårdköer som kan hämtas från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

Vägen framåt

Genom presentationen av en kontinuerligt uppdaterad lägesbild över utvecklingen av pandemins effekter på vården har målgrupperna kunnat ta del av aktuella och relevanta data. För att kunna beskriva och analysera situationen och utvecklingen av tillgängligheten, men även att visa på andra aspekter av vården i hälso- och sjukvårdssystemet, behövs dock fler datakällor.

För att nå det målet krävs det juridiska förutsättningar för insamling och bearbetning av data som kan bidra till utvecklingen av en bättre helhetsbild av patientens vårdkontakter i hälso- och sjukvårdssystemet och därmed också patientens totala väntan på vård. Detta skulle i sin tur bidra till både den regionala och nationella uppföljningen och styrningen av vården, vilket i längden kommer patienterna till nytta.

I arbetet med uppdraget har det framkommit skäl till att staten behöver samordna sig mer gentemot regionerna i tillgänglighetsfrågan. Därför initierade Socialstyrelsen ett nätverk med statliga myndigheter som har uppdrag inom tillgänglighetsområdet. Eftersom det är betydelsefullt att staten samordnar sig gentemot regionerna i tillgänglighetsfrågan, kommer myndigheten att fortsätta sammankalla ett sådant nätverk.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i juni 2020 i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt att följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården (S2020/05634/FS). Myndigheten fick uppdraget att mot bakgrund av covid-19-pandemins utbrott på ett effektivt och ändamålsenligt sätt stärka förutsättningarna för att patienter i hela landet ska få vård i rimlig tid.

I uppdraget angavs att Socialstyrelsen skulle arbeta med följande:

- Ge förslag på hur Socialstyrelsen kan stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av utbrottet av covid-19.
- Följa och analysera överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, inklusive dess tilläggsöverenskommelse. Analysen ska handla om regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen och ska särskilt beakta regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar.
- Följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på konsekvenser av covid-19. Uppföljningen och analysen ska bland annat beakta vårdgarantins tidsgränser och faktorer som kön, ålder och diagnos. Även utvecklingen av väntetider och köer inom olika vårdområden och regioner, före, under och efter utbrottet av covid-19 ska beskrivas.
- Föreslå hur regeringen ska kunna få kontinuerliga lägesbilder över utvecklingen vad gäller väntetider och vårdköer.
- Föreslå vilka data och arbetssätt samt processer som behöver utvecklas för att det ska vara möjligt för Socialstyrelsen att följa väntetider för flera delar av vårdkedjan och på så vis få en bättre bild av patientens totala väntan på vård.

Bakgrund

Vården ska vara jämlik, tillgänglig, kunskapsbaserad, säker, individcentrerad och effektiv [1-3].⁵ Att vården är tillgänglig innebär bland annat att det är lätt för allmänheten att komma i kontakt med vården och att den ges i rimlig tid utifrån behov.

Tillgängligheten till vården har främst följts genom mätning av väntetider i den svenska hälso- och sjukvården, där långa väntetider varit en utmaning under de senaste decennierna [4, 5].

⁵ Begreppet God vård lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12), som dock upphävdes den 1 januari 2012. Den föreskrift som är aktuell är SOSFS 2011:9 med handboken *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd* (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (artikel nummer 2012-6-53).

Staten har också genom olika insatser verkat för att korta väntetiderna. Exempel på en sådan insats var den första vårdgarantin (behandlingsgarantin) som introducerades 1992 i Sverige [6]. Den gällde ett begränsat vårdutbud inom den specialiserade vården och utökades successivt med besöksgaranti i primärvården och den specialiserade vården. Den nationella vårdgarantin som utvecklades 2005 blev från 2010 lagreglerad i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och sedermera även i 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821). I 6 kap 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) återfinns vårdgarantins tidsgränser (se faktaruta).

Vårdgarantin

Vårdgarantin 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 efter att man sökt vård utan remiss (inom 90 dagar)
- behandling eller operation som specialistläkaren har ordinerat eller beslutat (inom 90 dagar).

Insatser har även genomförts genom överenskommelser mellan regeringen och SKR samt utifrån stärkta nationella uppföljningar av väntetiderna. Socialstyrelsen har exempelvis sedan 2005 haft olika regeringsuppdrag att följa och analysera hur väntetiderna inom hälso- och sjukvården utvecklas [1, 2, 5].

Under covid-19-pandemin har utmaningarna rörande tillgängligheten till vården ökat ytterligare vilket ligger till grund för föreliggande uppdrag där även uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 har ingått. Sedan dess har det tillkommit överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 med ett tilläggsöverenskommelse samt för 2022 [7-9].

Socialstyrelsen har ansvar för ytterligare regeringsuppdrag med fokus på uppdämda vårdbehov som uppstått som konsekvens av covid-19 (se avsnittet om *delprojekt 3* i kapitlet *Genomförande och resultat*).

Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och senast delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet* har belyst att begreppet tillgänglighet utifrån patientperspektiv och vårdperspektiv inrymmer såväl väntetider som andra aspekter [1, 10, 11]. Bland annat handlar det om fysisk tillgänglighet (t.ex. kontaktvägar inklusive digitala möjligheter, öppettider och avstånd till vårdenheter), kontinuitet och samordning, bemötande av vårdare, förtroende för vårdare, delaktighet i vårdbeslut och behandling, delgivning av information, samt kompetens hos vårdpersonal [1, 10]. I

februari 2018 publicerade Socialstyrelsen den senaste uppföljning av tillgängligheten i vården utifrån ett bredare perspektiv [4].

Socialstyrelsen har även regeringsuppdrag som förutom att korta väntetiderna syftar till att förbättra tillgängligheten utifrån fler aspekter, som god närhet till vården, bättre samordning och kontinuitet av patientens vård samt utökad kompetens. Det gäller särskilt uppdrag om God och nära vård-omställningen (S2019/03056/FS; S2020/03319/FS), samt uppdrag kring kompetensförsörjning som genomförs inom ramen för Nationellt Planeringsstöd och Nationella vårdkompetensrådet vars kansli är placerat vid Socialstyrelsen [12].

Covid-19-pandemins utveckling

Regeringen beslutade den 1 februari 2020 att klassa covid-19 som en samhällsfarlig sjukdom [13]. Den 10 mars 2020 bedömde Folkhälsomyndigheten att det fanns en samhällsspridning av covid-19 i Sverige [14] och gick ut med rekommendationer om restriktioner för att minska smittspridningen [15].

Den 9 februari 2022 upphävdes merparten av de allmänna restriktionerna mot spridning av sjukdomen covid-19 [16]. Folkhälsomyndigheten menade att anledningen var att pandemin gått in i en fas som inte längre gav allvarliga konsekvenser för samhället. Bedömningen var att covid-19 fortsätter att spridas men att den höga vaccinationstäckningsgraden i befolkningen, inkluderat även riskgrupper och äldre, bidrar till minskad risk för allvarlig sjukdom.

Mot bakgrund av en hemställan från Folkhälsomyndigheten den 3 februari 2022, föreslog regeringen i en proposition den 3 mars 2022 att sjukdomen covid-19 inte längre ska vara en samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom från och med den 1 april 2022, men att det ska vara en anmälningspliktig sjukdom [17]. Den 23 mars 2022 antog riksdagen regeringens förslag [18]. Den 24 mars 2022 utfärdade regeringen förordningsändringar som gör att beslutet verkställs.

Covid-19-pandemin karakteriseras av fyra vågor

Covid-19-pandemin har under de två år som passerat karakteriserats av fyra vågor av smittspridning. För analyserna inom detta regeringsuppdrag har vågorna definierats enligt följande: första vågen mars–september 2020, andra vågen oktober 2020–januari 2021 och tredje vågen februari–juni 2021. Fjärde vågen startade i juli 2021 och kommer att sträcka sig till och med mars 2022 med anledning av att covid-19 inte längre ska vara en samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom från och med den 1 april 2022 [17, 18].

Covid-19-vågorna har medfört att hälso- och sjukvården i Sverige fått ställa om i flera omgångar och i olika omfattning. Syftet med en omställning har varit att utöka akut- och intensivvårdskapacitet för vård av covid-19-patienter genom att göra plats och frigöra personal. Exempel på faktorer som har påverkat i vilken omfattning omställningarna har gjorts är smittspridningssituationen, behovet av akut- och intensivvårdsplatser för

vård av patienter med covid-19, men även vård av övriga akuta tillstånd, kunskaperna om viruset SARS-CoV-2 som orsakar covid-19 och dess behandling samt utvecklingen av vaccinationer mot viruset och därefter vaccinationsgraden i befolkningen.

Under covid-19-pandemins första, andra och tredje våg lämnades nationella och regionala rekommendationer om restriktioner för att minska smittspridningen [15]. Under den fjärde vågen, den 29 september 2021 drogs flera av restriktionerna in med anledning av den höga vaccinationstäckningen [19]. Men från den 26 november 2021 beslutades det om nya åtgärder för att motverka ökad smittspridning och vårdbelastning i samband med att smittspridningen ökade under den fjärde vågen. Som beskrivet ovan, upphävdes merparten av de allmänna restriktionerna mot spridning av sjukdomen covid-19 den 9 februari 2022 [16].

Vaccinationer mot covid-19

De första vaccinationerna mot covid-19 inleddes den 27 december 2020 och gällde då personer på särskilda boenden för äldre [20]. Vaccinationen har under 2021 successivt inkluderat vårdpersonal, andra riskgrupper och yngre åldersgrupper. I Sverige erbjuds i dagsläget alla som är 12 år eller äldre samt barn från fem år inom särskilda riskgrupper vaccination mot covid-19 [21].

Under hösten 2021 visade studier att effekten av vaccinationerna mot covid-19 avtar med tiden [22]. Därför rekommenderades den 28 september 2021 att en påfyllnadsdos, det vill säga en tredje dos vaccin, skulle erbjudas de personer som löper högst risk för svår sjukdom och avtagande vaccinskydd. Från den 27 oktober 2021 utökades rekommendationerna till ytterligare grupper. Från den 14 februari 2022 rekommenderades även en andra påfyllnadsdos, det vill säga en fjärde dos vaccin, till särskilda riskgrupper och till personer 80 år och äldre [23].

Virusvarianter

Virus förändras över tid och därför uppstår det nya virusvarianter [24]. Vissa varianter av viruset kan bland annat öka smittspridningen och förändra svårighetsgraden av sjukdomen.

Diagnosen covid-19 orsakas av coronaviruset SARS-CoV-2. En del virusvarianter av SARS-CoV-2 har klassificerats som varianter av särskild betydelse [25]. Anledningen är att de har kunnat påverka hur pandemin utvecklas. Till exempel har flera smittspridningsvågor uppstått på grund av varianternas benägenhet att öka sin smittspridning trots att vacciner har tagits fram mot viruset. Virusvarianterna har haft olika smittspridningseffekt hos olika åldersgrupper [26]. Det kan dock även kopplas till vaccinationsstatus för grupperna.

Virusvarianter av särskild betydelse har i Sverige analyserats från den tredje vågen då alfavarianten dominerade [25]. Till viss del fanns även betavarianten under tredje vågen. I början av den fjärde vågen, från juli 2021, dominerade deltavarianten, som visat sig smitta lättare än alfavarianten och betavarianten. Från den 29 november 2021 upptäcktes dock omikronvarianten i Sverige [27]. Denna variant har i sin tur varit mer smittsam än deltavarianten och dominerat i landet sedan januari 2022.

Den fjärde vågen

Den fjärde vågen startade i juli 2021 när deltavarianten dominerade [25]. Nivåerna av covid-19-smittspridningen var låga under sommaren och större delen av hösten 2021. Från slutet av november 2021 ökade smittspridningen igen och i slutet av januari 2022 uppnådde den sin topp [25, 28].

Utveckling av fjärde vågen går dock inte att följa helt, eftersom testrekommendationerna förändrades mellan den 1 och den 22 november 2021. Därefter kunde fullvaccinerade personer åter erbjudas test vid symtom [29, 30]. Den 20 januari 2022 prioriterades testningen om, vilket gör att utvecklingen av fjärde vågen åter blir svårtolkad [31].

Den fjärde vågen har kantats av flera utmaningar

Under hösten 2021 belastade främst små barn akutmottagningar och intensivvård på grund av RS-virusinfektioner som spreds tidigare än vanligt för vintersäsongen och började avta i januari 2022 [32]. En del regioner har under säsongen aviserat att de har fått ställa in planerad vård för barn och unga för att kunna hantera situationen. Den tidiga säsongen beror förmodligen på utebliven säsong våren 2020 och vintern 2020–2021, mycket som en effekt av att många har följt pandemirestriktionerna [33]. Fler personer kan vara mottagliga för smitta av RS-virus säsongen 2021–2022, eftersom immuniteten i befolkningen har blivit sämre och fler barn har fötts under tiden.

Som en effekt av restriktionerna våren 2020 och vintern 2020–2021 befarade man att immuniteten mot säsongsinfluensan skulle vara sämre och öka belastningen på vården [33]. Säsongsinfluensan 2021–2022 startade tidigt i slutet av november 2021 och avtog från januari 2022, vilket är tidigt jämfört med säsongerna före pandemin [34]. Vinterkräksjukan är ytterligare en säsongrelaterad virusinfektion som kan kräva vårdens resurser [35].

Trots en omfattande smittspridning har omikronvarianten gett färre fall av allvarlig sjukdom jämfört med tidigare varianter. Tillsammans med en hög vaccinationstäckning har det gjort att färre personer har behövt intensivvård på grund av covid-19 som huvuddiagnos och att antalet avlidna varit färre under den fjärde vågen jämfört med tidigare vågor [36, 37].

Men även inlagda patienter som har covid-19 som bidiagnos kräver sjukvårdens resurser, dels för att begränsa smittspridningen, dels för att behandla patienten på ett patientsäkert sätt.

Vårdpersonalen har inte kunnat återhämta sig helt under pandemins tidigare vågor och tillsammans med bortfall av personal på grund av sjukfrånvaro eller vård av barn, samt fortsatta utmaningar som kompetensbrist för vissa personalkategorier och vårdplatsbrist har det påverkat den samlade kapaciteten.

Dessa faktorer, plus den ökande smittspridningen av covid-19 från december 2021, ökade därmed trycket på sjukvården under den fjärde vågen.

Genomförande och resultat

Uppdraget har genomförts i fyra delprojekt (tabell 1).⁶ Delprojekt 1 och 2 har redovisats tidigare och beskrivs därför kortfattat i denna slutrapport vad gäller genomförande och resultat. Det gäller även de tidigare redovisade delarna av delprojekt 3.

Delprojekt 4, *Kontinuerlig lägesbild* har inte redovisats i sin helhet tidigare och därför ges en mer omfattande beskrivning av detta pilotprojekt.

I detta kapitel görs även en närmare redovisning av den senaste analysen som gjorts inom pilotprojektet *kontinuerlig lägesbild*, det vill säga *Pandemins effekter på vården* (anges i delprojekt 3 i tabell 1). Även den senaste uppföljningen av primärvårdens produktion samt utvecklingen av väntetider och vårdköer i vården presenteras (anges i delprojekt 3 i tabell 1).

Tabell 1. Delprojekt som utförts inom uppdraget, samt publikationer som projekten redovisats i.

Se bilaga 1 för lista på projektgruppsmedlemmar för respektive delprojekt.

Delprojekt	Titel publikation	Månad, år
1. Stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov.	Plan med förslag på insatser för att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av covid-19.	September 2020 [38].
2. Följa och analysera överenskommelsen <i>Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020</i> , inklusive dess tilläggsöverenskommelse.	A. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020: Regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen för den specialiserade vården.	A. Delrapport juni 2021 [39].
	B. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020: Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen.	B. Delrapport december 2020 [40].
3. Uppföljningar och analyser av tillgänglighet i vården.	A. Senaste uppföljningen av primärvårdens produktion, utvecklingen av väntetider och vårdköer samt lägesbilden <i>Pandemins effekter på vården</i> . B. Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri. C. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. D. Förändringar i barns och ungas vårdbesök med anledning av covid-19. E. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården.	A. I denna slutrapport. B. Juni 2021 [41]. C. Maj 2021 [42]. D. Februari 2021 [43]. E. November 2020 [44].
4. Kontinuerlig lägesbild.	Beskrivs närmare i denna slutrapport.	I denna slutrapport.

⁶ Se bilaga 1 för lista på projektgruppsmedlemmar för respektive delprojekt.

I det här uppdraget ingick också att föreslå vilka data och arbetssätt samt processer som behöver utvecklas för att det ska vara möjligt för Socialstyrelsen att följa väntetider för flera delar av vårdkedjan och på så vis få en bättre bild av patientens totala väntan på vård. Här har myndigheten sett behov av en utveckling inom flera områden och har därför inte arbetat närmare på denna del inom ramen för detta uppdrag. I kapitlet *Vägen framåt* kommer ämnet att diskuteras kopplat till ett senare regeringsuppdrag som myndigheten fått för att *utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata* (S2021/06332 delvis).

För uppdraget som denna slutrapport gäller har även två delrapporter redovisats till regeringen, den 22 december 2020 (Dnr 5.7-25089/2020-9) och den 15 juni 2021 (Dnr 5.7-25089/2020-13).

Dialog med aktörer

Under uppdragets olika delar har Socialstyrelsen fört en dialog med relevanta aktörer för att vara transparenta och öka delaktigheten i arbetet med uppdraget.

Socialstyrelsen har haft möten med SKR, företrädare för regionerna samt Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12). Myndigheten har framför allt under hösten 2020 deltagit i regionernas nätverk för vårdlotsar och tillgänglighetsfrågor.

För de analyser som utförts inom uppdraget har myndigheten under hösten 2020 och våren 2021 gjort fördjupade intervjuer om pandemins effekter på hälso- och sjukvården med representanter från regionerna.

Under våren och hösten 2021 har Socialstyrelsen också samlat berörda myndigheter i syfte att verka för en ökad statlig samordning av frågor om uppdämda vårdbehov. Ambitionen är att fortsätta verka för en sådan samordning. Myndigheten har också haft en löpande dialog med Regeringskansliet för att informera om uppdragets utveckling.

Partnerskapet mellan Socialstyrelsen och regionernas nationella system för kunskapsstyrning har varit en värdefull plattform för dialog och samverkan, särskilt under hösten 2020. I de delar som berör lägesbilder och analyser har Nationell samverkansgrupp uppföljning och analys bidragit med inspel.

1. Stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov

En del av uppdraget har varit att ta fram förslag för hur Socialstyrelsen kan stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av utbrottet av covid-19.

Socialstyrelsen redovisade därför den 15 september 2020 förslag på insatser som framförts i dialogen med regionerna och SKR i rapporten *Plan med förslag på insatser för att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av covid-19* [38]. Hänsyn togs även till vilka förslag som anses kunna leda till ett mer effektivt omhändertagande för patienter och brukare på lång sikt.

Sammanfattningsvis presenterades följande insatser som stöd till regionerna:

- stöd för analyser och lägesbilder
- deltagande i regionernas nya nätverk för arbete med uppdämda vårdbehov
- stöd för principer för prioriteringar på övergripande nivå
- stöd för utmönstring av ineffektiva åtgärder i vården
- stöd i regionernas arbete med en mer effektiv kompetensförsörjning
- aktivering och kommunikation av redan framtagna underlag och fungerande arbetsformer.

Socialstyrelsen har sedan planen presenterades även publicerat ett stöd för utmönstring av ineffektiva åtgärder i vården och ett implementeringsstöd för utmönstringen [45]. Det är en lista över åtgärder som inte bör erbjudas, alltså de mest aktuella rekommendationerna med prioriteten ”icke-göra” från Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är sådana åtgärder som inte har önskad effekt eller till och med är skadliga. Syftet med stödet är att resurser ska kunna frigöras till vård som ger större nytta för patienterna.

Efter rapporteringen av planen bedömde myndigheten att det inte fanns behov att gå vidare med de föreslagna insatserna. Istället fick Socialstyrelsen i mars 2021 ett uppdrag att redovisa en nationell lägesbild över de uppdämda vårdbehoven samt att föreslå insatser på nationell och regional nivå för att omhänderta patienternas behov på kort och lång sikt.

Socialstyrelsen delredovisade därmed en nationell lägesbild samt förslag på insatser i en delrapport i oktober 2021 [46]. Samtidigt som myndigheten slutredovisar det här uppdraget redovisar myndigheten även en slutrapport för uppdraget om nationell lägesbild i mars 2022.

Socialstyrelsen fick i januari 2022 i uppdrag (S 2022/00456) att fördela medel till regionerna för riktade insatser för att hantera de uppdämda vårdbehoven med anledning av covid-19. Uppdraget baseras på de förslag som myndigheten presenterade i ovan nämnda delrapport om att ta hand om de uppdämda vårdbehoven [46].

2. Analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet

I analysen av överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* har det ingått att endast analysera regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Analysen gällde både primärvården och den specialiserade vården och har särskilt beaktat regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar, i enlighet med överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive tilläggsöverenskommelsen [47, 48]. Analysen inkluderar också följsamhet till de anvisningar som SKR arbetar fram som underlag för regionernas rapportering till väntetidsdatabasen.

Socialstyrelsen redovisade denna del av uppdraget i två delrapporter:

A. Den första redovisningen gällde primärvårdens inrapportering till väntetidsdatabasen i enlighet med en ny uppföljningsmodell och publicerades

den 16 december 2020 [40]. Vid tiden för datauttaget i oktober 2020 analyserades inrapporterade data från primärvården enligt den nya uppföljningsmodellen för januari–augusti 2020.

B. Den andra redovisningen gällde den specialiserade vårdens inrapportering till väntetidsdatabasen i enlighet med den nya uppföljningsmodellen, och publicerades den 11 juni 2021 [39]. Vid tiden för datauttagen i januari respektive mars 2021 analyserades inrapporterade data från den specialiserade vården enligt den nya uppföljningsmodellen för oktober 2020–januari 2021.

Förslag om att förbättra inrapporteringen

Sammanfattningsvis visade analyserna att inrapporteringsgraden till väntetidsdatabasen var god när det gäller båda vårdnivåerna för obligatoriska variabler, det vill säga variabler som det finns krav på att rapportera. För primärvården handlar det till exempel om variablerna *patientens födelseår*, *patientens kön*, *region*, *vårdcentral/klinik* och *patientens folkbokföringskommun*. För den specialiserade vården handlar det till exempel om variablerna *patientens födelseår*, *kön*, *vårdgivare* och *medicinskt verksamhetsområde*.

Analyserna pekade dock på fortsatta behov av att stärka rapporteringen av vissa icke-obligatoriska variabler för alla vårdkontakter, eftersom inrapporteringen av dessa var mer bristfällig och varierande. För båda modellerna handlade det till exempel om *diagnos*, *åtgärd* och *remittenttyp*.

För båda uppföljningsmodellerna identifierades olika utmaningar som är kopplade till olika steg i inrapporteringsprocessen. Det uppstår skillnader mellan regionerna på grund av olika rutiner vid registrering och olika organisatoriska förutsättningar. Inrapporteringskillnaderna gör att möjligheten att göra jämförelser mellan regionerna blir begränsad, vilket påverkar möjligheten att använda data inom de utvidgade modellerna för nationell uppföljning på ett optimalt sätt.

Regionerna beskrev att vissa variabler i specifikationen har varit svårare att implementera än andra. Detta kan antingen bero på svårigheter att tolka specifikationen eller på svårigheter att få fram vårddata ur systemet. Korrekt registrering av verksamheten är därför ett av de viktigaste utvecklingsområdena. Regionerna behöver systematiska metoder och rutiner för kvalitetssäkring av de data som rapporteras in. Kvalitetssäkringsarbetet behöver ske kontinuerligt och i samråd med SKR.

Att variabler klassificeras som frivilliga eller villkorat obligatoriska bidrar till variationer i inrapporteringen. Regionerna har valt att prioritera de villkorade obligatoriska variablerna medan övriga variabler rapporteras utifrån intresse och vilka resurser man anser sig ha i utvecklingsarbetet. Att informationen inte är tillgänglig för en viss variabel kan sannolikt bero på en kombination av att variablerna antingen inte var aktuella, inte genomfördes eller inte registrerades för respektive vårdkontakt.

En möjlig åtgärd för att undvika denna typ av felkälla är att lägga till ett rapporteringsalternativ som visar att en uppgift saknas. På det sättet undviker man att en saknad uppgift tolkas som att uppgiften inte rapporterats in. Exempelvis är det vanligt att patientens nuvarande

listning, diagnos eller åtgärd inte rapporteras in till väntetidsdatabasen just för att uppgifterna saknas.

Regionernas olika organisatoriska förutsättningar och it-infrastruktur påverkar också möjligheterna att använda väntetidsdatabasen för uppföljning och verksamhetsutveckling.

I rapporterna föreslår Socialstyrelsen olika vägar framåt för att förbättra förutsättningarna för att följa upp tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Det ska alltså göras med stöd av data som inrapporteras till väntetidsdatabasen utifrån de utökade uppföljningsmodellerna för primärvården och den specialiserade vården.

Socialstyrelsen har sedan september 2021 haft i uppdrag av regeringen att utveckla förutsättningarna för myndigheten att samla in uppgifter som avser väntetider (S2021/06332 delvis). Väntetidsdatabasen är idag den främsta datakällan som används för nationell uppföljning av tillgänglighet, framför allt för vårdgarantins tidsgränser. Åtgärderna som föreslås i rapporterna är därför fortfarande aktuella och behöver vidtas av såväl regeringen som SKR och regionerna.

3. Uppföljningar och analyser av tillgänglighet i vården

Sedan mars 2020 har hälso- och sjukvården ställt om sin kapacitet i olika omfattning till följd av covid-19-pandemin. Syftet med omställningen har varit att utöka akut- och intensivvårdskapacitet för vård av covid-19-patienter genom att göra plats och frigöra personal. Det har bland annat lett till hög arbetsbelastning inom vissa delar av hälso- och sjukvården och att planerad vård har ställts in eller skjutits upp. Akut vård och planerad vård som inte har kunnat vänta har dock prioriterats, till exempel cancerbehandling. Pandemin har även påverkat patienters sätt och benägenhet att söka vård.

I det här regeringsuppdraget har det ingått att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på konsekvenser av covid-19.

I bilaga 2 finns en kort beskrivning av tidigare redovisade analyser av vårdproduktion, vårdköer och väntetider med anledning av covid-19-pandemin, som har genomförts inom ramen för detta regeringsuppdrag. Socialstyrelsens övriga analyser och uppdrag med anledning av pandemin återges också i bilaga 2.

Den 13 januari 2022 lanserade Socialstyrelsen inom ramen för detta uppdrag ett pilotprojekt för kontinuerlig uppdaterad lägesbild över utvecklingen av pandemins effekter på vården (se närmare beskrivning i delprojekt 4).

I detta avsnitt redovisar vi följande:

- En uppföljning av tidigare analyser som gäller pandemins effekter på primärvårdens produktion samt väntetider och vårdköer med fokus på vårdgarantins tidsgränser. Den aktuella perioden är januari–december 2021. Data har hämtats från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

- En analys vad gäller pandemins effekter på den specialiserade vårdens produktion, som tillhör den kontinuerliga lägesbilden *Pandemins effekter på vården*.⁷ Analysen sträcker sig från pandemiperioden mars 2020 till och med december 2021. Data har hämtats från patientregistret vid Socialstyrelsen.

Pandemin har lett till längre väntetider

Sammanfattat

Uppföljningen gäller pandemiperioden mars 2020 till december 2021, som jämförs med motsvarande månader före pandemin, dvs. ett medeltal för 2017–2019, 2019 och januari–februari 2020. Data är hämtad 2022-02-11 från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

- I **primärvården** har en marginell ökning av måluppfyllelsen för medicinsk bedömning inom 3 dagar skett från augusti till december 2021, jämfört med motsvarande månader 2020.
- I den **specialiserade vården** väntade i december 2021 465 782 patienter på första besök och 163 586 patienter på operation och åtgärd. Siffrorna inkluderar patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.
- Under det senaste pandemiåret 2021 har det totala antalet väntande patienter på besök och operation/åtgärd ökat med 25 procent. Ökningen var störst för väntande på första besök.
- Antalet och andelen väntande mer än 90 dagar på besök och operation/åtgärd har genomgående varit högre sedan april 2020 till december 2021 jämfört med motsvarande månad 2019 och medelvärdet 2017–2019.
- I december 2021 är andelen som väntat mer än 90 dagar på första besök 28 procent och på operation/åtgärd 40 procent. Siffrorna är exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.
- Flest patienter väntade på första besök i december 2021 inom ögonsjukvård och öron-näsa-halssjukvård. Andelen som väntade över 90 dagar var störst för allergisjukvård, där varannan patient väntat över 90 dagar.
- Flest patienter väntade på operation/åtgärd i december 2021 inom ortopedi och allmän kirurgi. Andelen som väntade över 90 dagar var störst för området plastikkirurgi, där närmare 7 av 10 patienter väntat över 90 dagar.

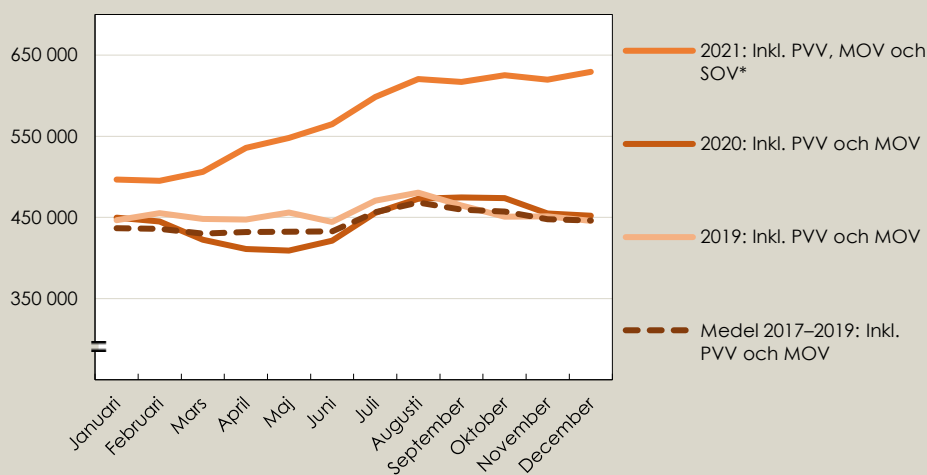
⁷ Pandemins effekter på vården. Hämtad 2022-03-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/>.

I tidigare analyser av första och andra vågen av covid-19⁸ kunde Socialstyrelsen konstatera att antalet patienter som väntade på besök och operationer/åtgärder i den specialiserade vården minskade våren 2020, det vill säga under första vågen (figur 1) [42].

Detta var en effekt av att flera regioner under våren gått igenom och aktualiserat sina väntelistor utifrån den nya situationen med covid-19-pandemin. En annan orsak till det minskade antalet väntande var att planerad vård avbokades och att patienter avvaktade med att kontakta vården trots upplevt behov, av rädsla för smitta men också på grund av att de följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer [49-51].

Figur 1. Totalt antal väntande

Antal väntande på första besök och operation/åtgärd inom vårdgarantin för specialiserad vård. Inklusive patientvald väntan (PVV), medicinskt orsakad väntan (MOV) och särskilt orsakad väntan (SOV).



* Sedan januari 2021 registreras data enligt ny modell för specialiserad vården. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen.

Källa: Data hämtad 2022-02-11 från Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Från augusti 2020 började patienterna åter söka sig till vården och avbokade besök i mindre utsträckning [42]. Detta avspeglas i att antalet väntande ökade jämfört med under första vågen till samma nivåer som före pandemin (figur 1). Detta förklaras av minskad smittspridning och att hälso- och sjukvården från den andra vågen kunnat ta sig an planerad vård i större utsträckning än under den första vågen. Regionerna försökte att ta hand om de patienter som tidigare väntat och uppmuntrade också aktivt patienter att söka sig till vården, genom olika informationskampanjer. Från den andra vågen har produktionen inte minskat i samma utsträckning som under den första vågen (se avsnittet nedan om vårdproduktionen).

⁸ Första vågen: analysperiod: mars–september 2020; jämförelseperiod: medel mars–september 2017–2019.

Andra vågen: analysperiod: oktober 2020–januari 2021; jämförelseperiod: medel oktober 2017–2019, januari 2017–2019.

Under perioden januari–december 2021⁹ har det totala antalet väntande på **besök** och **operation/åtgärd** ökat med 25 procent (+123 245)¹⁰ (figur 1). Under perioden januari–december tidigare år hade det totala antalet väntande ökat med 1 procent (+5 187) år 2020, med 1 procent (+4 443) år 2019 och med 3 procent (+11 063) vid medelvärdet 2017–2019.¹¹ Siffrorna inkluderar patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.¹²

I december 2021 väntade 465 782 patienter på **första besök** och 163 586 patienter väntade på **operation och åtgärd** (figur 1). Antalet väntande patienter på **besöken** står för den största ökningen (+31 procent; +111 413), medan andelen väntande patienter på **operationer och åtgärder** har ökat med hälften så mycket (15 procent; + 21 314) sedan januari 2021.

I mars–juni 2021 syns en uppåtgående trend vad gäller antalet väntande patienter. Ökningen är större än under motsvarande månader åren före pandemin (figur 1). Detta kan ses som en följd effekt av att patienter med uppdämda vårdbehov fortsätter att söka sig tillbaka till vården. Detta kan i sin tur kopplas till att vaccinationerna startade under tredje vågen och att det kan ha påverkat patienterna att våga söka sig tillbaka i större utsträckning. Besöken gäller alla legitimerade yrkeskategorier som rapporterar in till väntetidsdatabasen enligt den nya uppföljningsmodellen sedan januari 2021. Det gäller alltså inte enbart läkarbesök i öppen specialiserad vård, som gäller produktionssiffrorna för läkarbesöken mätt från patientregistret (tabell 2). Den sammantagna ökningen av antalet väntande under 2021 kan förklaras av nytillkomna vårdbehov samt pandemins ackumulerade uppdämda vårdbehov.

Fler patienter har väntat mer än 90 dagar

I **primärvården** var måluppfyllelsen för medicinsk bedömning inom 3 dagar 84 procent i december 2021 och 82 procent i december 2020 (figur 2). Denna marginella ökning av måluppfyllelsen skedde från augusti 2021 trots en genomgående högre produktion av vårdkontakter i primärvården under hela år 2021 jämfört med 2020 (figur 1).

⁹ Perioden börjar från januari 2021, som är den sista månaden i den andra vågen, inkluderar hela tredje vågen februari–juni 2021 och fortsätter sträcka sig sex månader in på den fjärde vågen som hade sin smittotopp i slutet av januari 2022.

¹⁰ - I **januari 2021** väntade 354 369 patienter på **första besök**, varav 32 492 (9 procent) av dessa var registrerade som patientvald väntan (5 procent), medicinskt orsakad väntan (5 procent), och särskilt orsakad väntan (0,01 procent). I **december 2021** väntade 465 782 patienter på **första besök**, varav 30 674 (7 procent) av dessa var registrerade som patientvald väntan (3 procent; 15 253), medicinskt orsakad väntan (3 procent; 15 377), och särskilt orsakad väntan (0,01; 44 procent).

- I **januari 2021** väntade 142 272 patienter på **operation och åtgärd**, varav 19 687 (14 procent) av dessa var registrerade som patientvald väntan (6 procent; 8 780), medicinskt orsakad väntan (8 procent; 10 905), och särskilt orsakad väntan (0,00 procent; 2). I **december 2021** väntade 163 586 patienter på **operation och åtgärd**, varav 19 880 (12 procent) av dessa var registrerade som patientvald väntan (6 procent; 9 700), medicinskt orsakad väntan (6 procent; 10 176), och särskilt orsakad väntan (0,00 procent; 4).

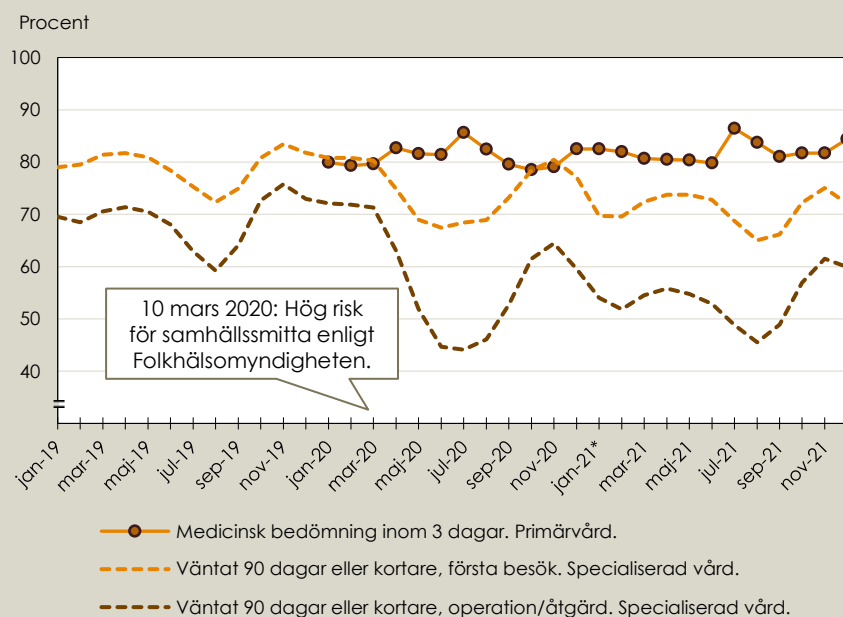
¹¹ Regionernas data för den specialiserade vården har från januari 2021 rapporterats i enlighet med en ny uppföljningsmodell till den nationella väntetidsdatabasen som siffrorna hämtats från [42]. Enligt SKR kan antalet väntande på **operationer och åtgärder** jämföras med tidigare modell, medan antalet väntande på **första besök** inte kan jämföras eftersom fler verksamheter och yrkeskategorier har tillkommit i mätningarna.

¹² I den nationella väntetidsdatabasen kan man följa antalet patienter som själva valt att vänta på sin vård längre än vårdgarantins tidsgränser, vilket kallas patientvald väntan. Medicinskt orsakad väntan är när patienten av medicinska skäl inte bör få ett första läkarbesök eller en operation. 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.

Att andelen genomförda bedömningar i primärvården var högre i april, juli och december 2020 samt i januari och juli 2021, sammanföll med att antalet primärvårdsbesök var lägre dessa månader (figur 1 och 2).

Figur 2. Uppfyllnad av vårdgarantin

Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar inom primärvården och andel väntande som väntat 90 dagar eller kortare i specialiserad vård, exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

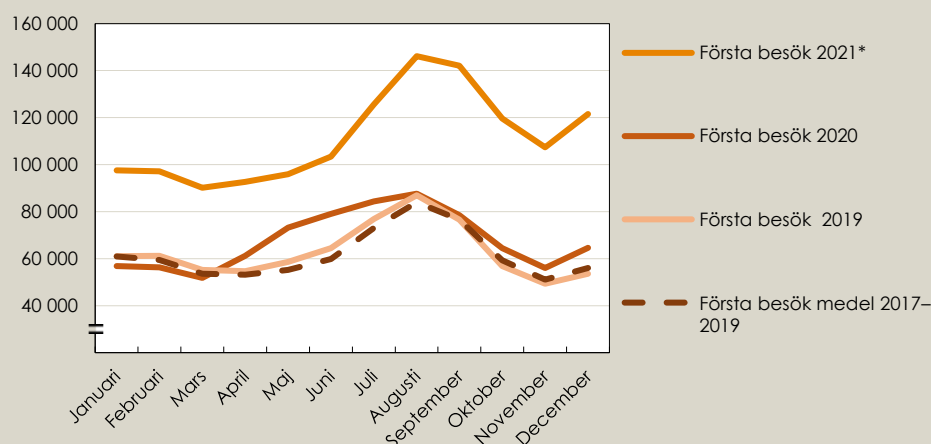


I tidigare analyser av första och andra vågen av covid-19 kunde Socialstyrelsen konstatera att antalet patienter som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar har ökat, framför allt vad gäller operation och åtgärd i **den specialiserade vården**, under pandemiperioden mars 2020 fram till december 2020 jämfört med motsvarande period före pandemin (figur 3 och 4) [42]. Detta betyder att måloppfyllelsen för vårdgarantin blivit sämre, eftersom andelen patienter som hade väntat 90 dagar eller kortare på sitt besök eller sin behandling hade minskat (figur 2). Siffrorna som anges för figur 2–4 är exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Andelen väntande patienter som väntat mer än 90 dagar på **besök** var 30 procent (97 595) i januari och 28 procent (121 569) i december 2021 (figur 3). Även om mönstret för antalet patienter som väntat mer än 90 dagar på **första besök** under 2021 liknar säsongsvariationerna före pandemin, så är antalet som väntat mer än 90 dagar på besök fler (+25 procent; +23 974) i slutet av året jämfört med i början av året.

Figur 3. Antal som väntat mer än 90 dagar, första besök

Antal patienter som väntar på första besök inom vårdgarantin för specialiserad vård, exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.



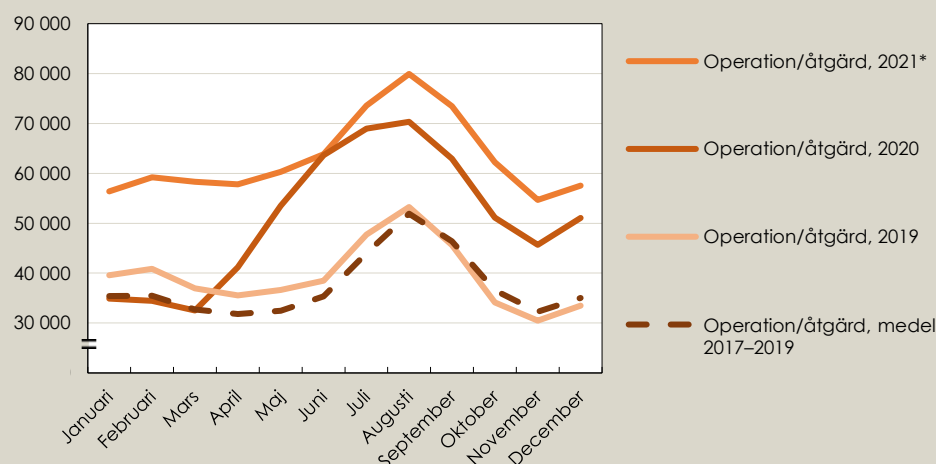
* Sedan januari 2021 registreras data enligt ny modell för specialiserade vården. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen.

Källa: Data hämtad 2022-02-11 från Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Även mönstret för antalet patienter som väntat mer än 90 dagar på **operation/åtgärd** under år 2021 liknar säsongsvariationerna före pandemin (figur 4).¹³

Figur 4. Antal patienter som väntat mer än 90 dagar, operation/åtgärd

Antal som väntar på operation/åtgärd inom vårdgarantin för specialiserad vård, exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.



* Sedan januari 2021 registreras data enligt ny modell för specialiserade vården. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen.

Källa: Data hämtad 2022-02-11 från Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Andelen patienter som väntat mer än 90 dagar på **operation/åtgärd** var 46 procent (56 374) i januari och 40 procent (57 571) i december 2021 (figur 4). Andelen patienter som väntat mer än 90 dagar på **operation/åtgärd** i

¹³ Enligt SKR kan siffrorna för antalet väntande på operation/åtgärd från januari 2021 jämföras med motsvarande perioder tidigare år, trots byte av uppföljningsmodell vad gäller inregistrering till den nationella väntetidsdatabasen, eftersom rapporteringssättet inte skiljer sig mellan modellerna.

december 2021 var lika stor som andelen i december 2020, med skillnaden att antalet patienter är 6 524 fler (figur 4).

I januari 2020, det vill säga före pandemin, var andelen patienter som väntat mer än 90 dagar på **operation/åtgärd** 28 procent (34 877). År 2019 var andelen 30 procent (39 591) i januari och 27 procent (33 476) i december.

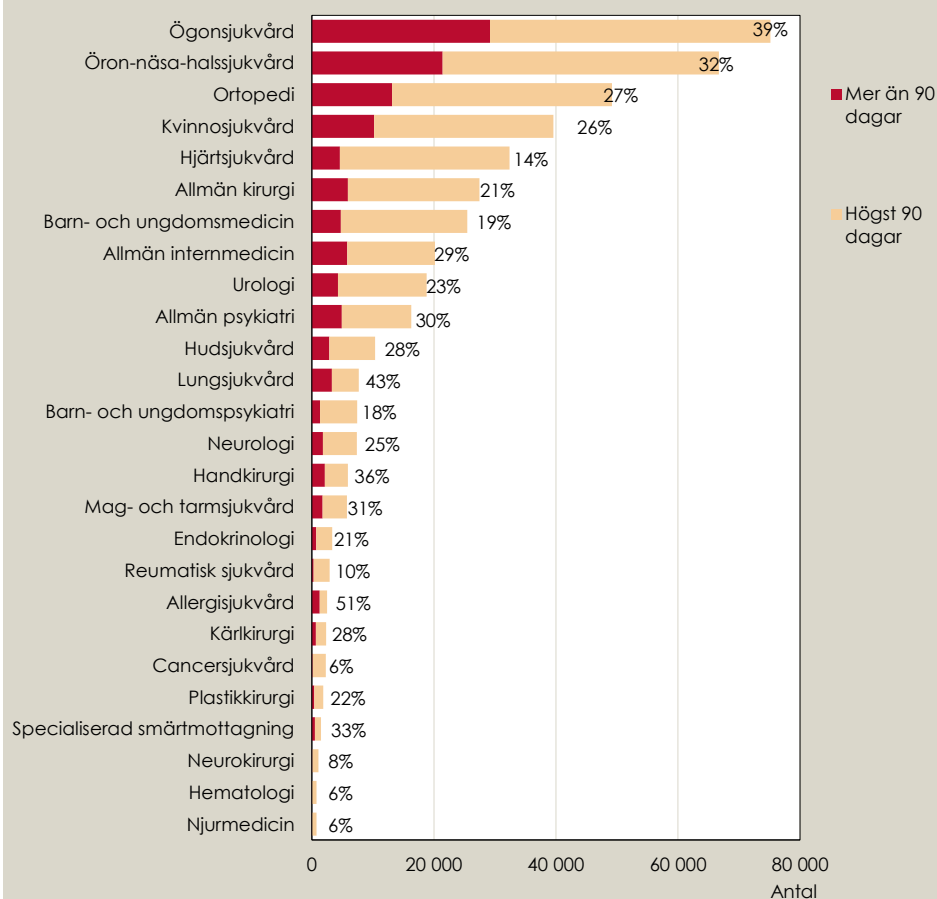
Flest patienter väntade på första besök inom ögonsjukvård

Det största antalet patienter som väntar på **första besök** i december 2021 återfinns inom ögonsjukvård (75 136) och öron-näsa-halssjukvård (66 713) (figur 5).

Figur 5. Antal väntande på första besök i december 2021

Antal väntande på första besök inom vårdgarantin december 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 ny modell för specialiserade vården. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen.

Källa: Data hämtad 2022-02-11 från Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Andelen som väntar inom de här områdena utgör 17 respektive 15 procent av totala antalet väntande, exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan. När dessa typer av väntan i stället

inkluderas blir förhållandena det motsatta, vilket beror på att andelen patientvald väntan är högre inom ögonsjukvårdsområdet.

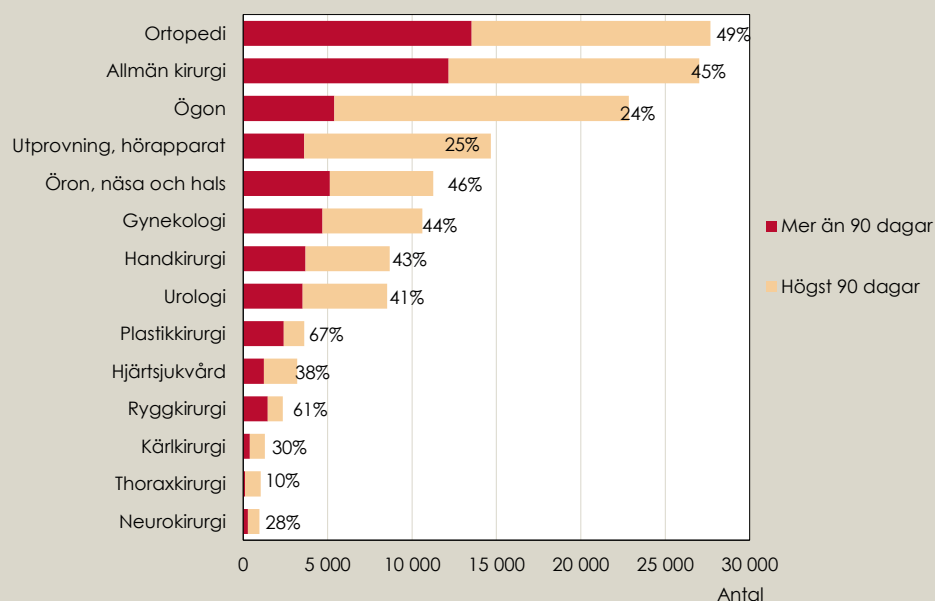
Andelen som har väntat över 90 dagar är störst för allergisjukvård, där varannan patient väntat över 90 dagar (figur 5). Totalt väntar 2 505 patienter på första besök till allergisjukvården, exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Flest patienter väntade på behandling inom ortopedi

Det största antalet patienter som väntade på **operationer eller åtgärder** i december 2021 syns inom ortopedi (27 675) och allmän kirurgi (27 007) (figur 6). Detta går i linje med att vårdproduktionen har minskat mest i antal när det gäller rörelseapparaten och inom området mag-tarmkanalen och därtill hörande organ (se avsnittet nedan om vårdproduktion). I en tidigare analys noterades att den största minskningen gällde operationer av knän och underben samt operationer av höftleder och lår som går under vårdområdet ortopedi [42]. Allmän kirurgi rör i sin tur bland annat operationer inom området mag-tarmkanalen och därtill hörande organ.

Figur 6. Antal patienter som väntar på operation/åtgärd i december 2021

Antal patienter som väntar på operation/åtgärd inom vårdgarantin december 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. Värden i figuren inkluderar endast de medicinska verksamhetsområden som fanns i gamla modellen.

Källa: Data hämtad 2022-02-11 från Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Ortopedi och allmän kirurgi utgör 19 procent vardera av det totala antalet väntande på operation/åtgärd exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan. När dessa typer av väntan i stället inkluderas utgör ortopedi 20 procent av det totala antalet väntande

på operation/åtgärd. Detta beror på att andelen patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan är högre inom ortopediområdet.

Andelen av de väntande som har väntat över 90 dagar är störst för området plastikkirurgi, där närmare 7 av 10 patienter väntat över 90 dagar (figur 6). Totalt väntar 3 610 patienter på första besök till plastikkirurgen, exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan. I utblicken mot regionerna som gjordes i en föregående analys nämns bland annat att området plastikkirurgi lånat ut personal och lokaler till covid-19-vården [42].

Pandemin har lett till minskad vårdproduktion

Sammanfattat

- **I primärvården** minskade antalet vårdkontakter som mest under första och andra vågen, medan antalet ökade under den tredje vågen samt under den fjärde vågen.

För **den specialiserade vården** gäller pandemiperioden från mars 2020 till december 2021, som jämförs med ett medeltal för motsvarande period 2017–2019. Data är hämtad 2022-03-15 från patientregistret vid Socialstyrelsen.

- Brister som fanns redan före pandemin har blivit större under pandemiåren. Det gäller bland annat bristen på vårdplatser för vård efter operation, vilket dels beror på att vårdplatserna har omprioriterats till covid-19-vården, dels på grund av personalbrist. Det har framför allt påverkat operationsproduktionen och antalet vårdperioder i slutenvård.
- Totalt sett har antalet genomförda operationer inom slutenvården och vårdperioder i somatisk slutenvård minskat. Detsamma gäller läkarbesök och dagkirurgi i specialiserad öppenvård. Minskningen var som störst under första vågen, speciellt under april–maj 2020.
- I december 2021 var vårdproduktionen högre jämfört med medelvärdet för december 2017–2019 vad gäller operationer inom slutenvården samt läkarbesök och dagkirurgi i specialiserad öppenvård.
- Kvinnor har haft större procentuell minskning än män när det gäller andelen vårdperioder i somatisk slutenvård och dagkirurgiska åtgärder. Däremot har män haft större procentuell minskning än kvinnor när det gäller andelen genomförda operationer i slutenvård.
- Kvinnor och män följer ett liknande mönster med en minskning när det gäller andelen operationer inom slutenvården och vårdperioder inom somatisk slutenvård. Det har däremot skett en ökning för både kvinnor och män under tredje vågen när det gäller andelen dagkirurgiska åtgärder. För männen ökade andelen fortsatt under den fjärde vågen juli–december 2021.
- Vårdproduktionen har minskat för samtliga åldersgrupper vad gäller andelen operationer inom slutenvården och vårdperioder inom somatisk slutenvård, samt dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i specialiserad öppenvård. För andelen vårdperioder inom somatisk slutenvård var minskningen störst för åldersgruppen 0–17 år.
- Alla åldersgrupper följer ett liknande mönster med en minskning av andelen operationer inom slutenvården och vårdperioder inom somatisk slutenvård under första, andra och tredje vågen. Under fjärde vågen juli–december 2021 ökade dock andelen operationer inom slutenvården och vårdperioder inom somatisk slutenvård för åldersgruppen 70 år och äldre.

Vårdproduktionen minskade mest under första vågen

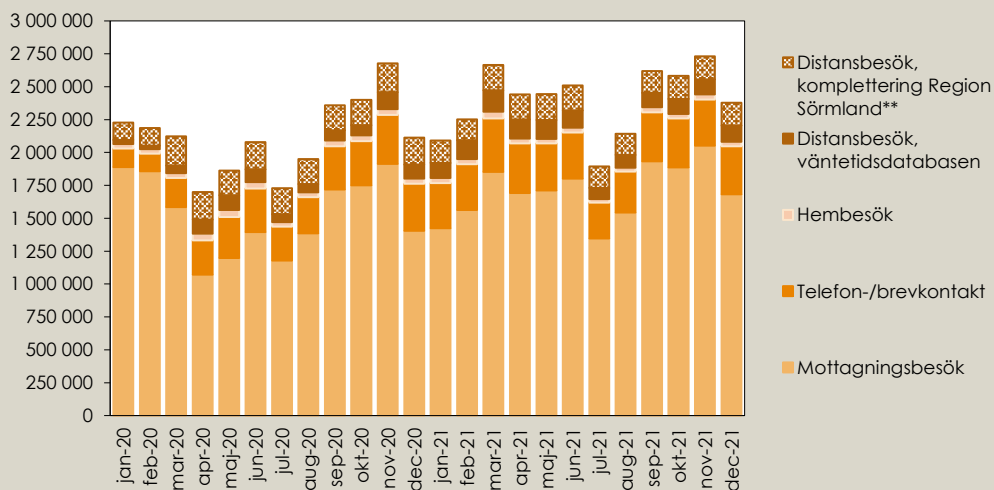
Vid utbrottet av covid-19 i mars 2020 var kunskaperna kring smittspridningen och hanteringen av sjukdomen okända. Därför gjorde hälso- och sjukvården den största omställningen under första vågen och ställde in planerad vård som kunde vänta för att klara av covid-19-vården [42, 44, 46, 52]. Dessutom uppstod en påtaglig brist på skyddsutrustning, material och läkemedel. Det spädde på den uppskjutna vården och påverkade främst planerade operationer och kirurgiska åtgärder.

Sammantaget återspeglar sig detta i en generell minskning av vårdproduktionen för den specialiserade vården och i synnerhet för primärvården under första vågen, främst under april–maj 2020.

I **primärvården** har antalet vårdkontakter som rapporterats in till den nationella väntetidsdatabasen varit genomgående fler under perioden februari–december 2021 än perioden februari–december 2020 (figur 7). Det ska noteras att i februari 2021 hade antalet vårdkontakter ökat med 1 procent jämfört med februari 2020, före pandemin. När februari–december 2021 jämfördes med medelvärdet januari–februari 2020 kunde det konstateras att produktionen varit positiv (1–23 procent) för alla månader förutom för sommarmånaderna juli–augusti 2021 (-4–16 procent).¹⁴ Under 2020 skedde en positiv utveckling i september–november (+5–18 procent) jämfört med medelvärdet januari–februari 2020.

Figur 7. Vårdkontakter inom primärvården

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



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

** Region Sörmland har avtal med flera privata digitala vårdgivare, där även invånare i övriga regioner kan söka vård. Dessa distanskontakter rapporteras inte till väntetidsdatabasen. Därför har dessa besök lagts till i figuren. Se i rapporten vilka de digitala vårdgivarna är och under vilka perioder som dessa rapporterat in till Region Sörmland.

Källa: Data hämtad 2022-02-11 från Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner samt kompletterande uppgifter 2022-01-28 från Region Sörmland för distansbesök hos digitala vårdgivare.

¹⁴ Vad gäller uppgifter om primärvårdskontakter från den nationella väntetidsdatabasen kan inga nationella jämförelser göras med 2019 som är det senaste året före pandemin [42]. Det beror på att det saknas inrapportering av flera regioners primärvårdskontakter till väntetidsdatabasen för motsvarande månader 2019. Av den anledningen blir det svårt att ta hänsyn till säsongvariationer i analysen av produktionseffekterna. Mätningen fokuserar på jämförelser med medelvärdet januari–februari 2020. För januari och februari 2021 kan däremot en jämförelse med januari 2020 göras.

I december 2021 hade 2 057 769 vårdkontakter rapporterats in till den nationella väntetidsdatabasen. Detta var 6 procent fler vårdkontakter, medan antalet under december 2020 var 8 procent färre, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020 (figur 7). I tidigare analyser har Socialstyrelsen belyst att antalet distansbesök i regionerna har ökat med anledning av pandemin, både inom primärvården och den specialiserade vården [41, 42, 44, 52]. Vid inkludering av de digitala besöken från de privata vårdgivarna som rapporterats in till Region Sörmland¹⁵, ändrades förhållandena inom primärvården dessutom till 8 procent fler vårdkontakter i december 2021 och 4 procent färre vårdkontakter i december 2020, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020. Som det också beskrivits i tidigare analyser finns det även andra sökalternativ eller vårdkontakter inom primärvården som inte täcks av väntetidsdatabasen, till exempel kontakter med Vårdguiden 1177 [53].

Av det totala antalet vårdkontakter i väntetidsdatabasen i december 2021 hade 76 procent genomförts som mottagningsbesök, 17 procent via telefon/brev, 6 procent på distans och 2 procent som hembesök (figur 7). I tidigare analyser har Socialstyrelsen belyst att antalet mottagningsbesök har minskat mest under pandemins första och andra våg [42]. Under den tredje vågen var minskningen inte lika påtaglig och fler mottagningsbesök hade genomförts under fjärde vågen i september–november 2021, men antalet minskade åter i december 2021, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020. Distansbesöken och kontakterna via telefon/brev stod i stället för den största ökningen i december 2021.

Av det totala antalet vårdkontakter i väntetidsdatabasen i december 2021 utgjordes 64 procent av återbesök, 27 procent av vårdgarantibesök och 9 procent av nybesök. Med undantag för sommarmånaderna juli–augusti 2021, stod återbesöken även februari–december 2021 för den främsta ökningen (+8 till +35 procent) av primärvårdskontakterna, medan nybesöken varierade mellan 12 procent färre till 20 procent fler, och vårdgarantikontakterna varierade mellan 10 procent färre till 7 procent fler, jämfört med medelvärdet januari–februari 2020.

¹⁵ Region Sörmland har avtal med flera privata digitala vårdgivare, där även invånare i övriga regioner kan söka vård. Region Sörmland har inte rapporterat in dessa distanskontakter till väntetidsdatabasen. Därför har dessa besök lagts till i figur 7. Dessa återger inte hela den nationella bilden av digitala besök hos privata digitala vårdgivare eftersom några av vårdgivarna rapporterar direkt till patientens hemregion i stället för till Region Sörmland. Det finns även privata vårdgivare som har avtal med andra regioner eller är helt privatfinansierade. Eftersom de digitala vårdgivarna anslutit sig till Region Sörmland vid olika datum saknas jämförande uppgifter även för dessa för 2019. Därför begränsas data till 2020 och 2021.

Följande privata vårdgivare har eller har haft 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), rapporterar Region Skånes och Region Stockholms patientkontakter direkt till sina hemregioner sedan den 1 maj 2020 respektive den 1 januari 2021; Min Doktor (från 1 augusti 2019 – äger sin vårdcentral), rapporterar Region Skånes patientkontakter direkt till hemregionen sedan den 14 september 2020; Doktor.se (från 1 januari 2018 – äger sin vårdcentral), rapporterar Region Skånes och Region Stockholms patientkontakter direkt till sina hemregioner sedan den 6 maj 2021 respektive den 1 januari 2021; Doktor 24 (från 17 maj 2019); Accumbo, numera Blodtycksdoktorn (från 1 augusti 2019); Capio Go (4 maj 2020–31 december 2020); Joint Academy (25 februari 2020–30 september 2021, men återuppstod igen genom att äga sin vårdcentral från 1 oktober 2021); Mendly (från 1 december 2019); Pratamera.se (från 1 augusti 2019); Vårdhjälpen (från 1 september 2020); Din Psykolog (från 1 juni 2021); Multirehab (från 1 september 2021).

Resultatet belyser att produktionen under den tredje och fjärde vågen fram till december 2021 inte påverkats negativt, till skillnad mot framför allt den första vågen. Under den andra vågen hade en viss återhämtning skett av produktionen (figur 7) [42].

Eftersom inga exakta jämförelser kan göras med perioder före pandemin utifrån data från väntetidsdatabasen, är det svårt att avgöra hur stort produktionsbortfallet varit för primärvården under hela pandemiperioden mars 2020–december 2021.

I **den specialiserade vården** har det totalt sett genomförts färre antal operationer (-5 procent; -45 766) inom slutenvården och vårdperioder (-8 procent; -165 742) i somatisk slutenvård, samt dagkirurgiska åtgärder (-4 procent; -141 205) och läkarbesök (-4 procent; -798 631) i specialiserad öppenvård under **pandemiperioden** mars 2020 till december 2021, jämfört med medelvärdet för motsvarande period 2017–2019 (tabell 2).

Tabell 2. Totalt antal genomförda operationer inom slutenvården och vårdperioder inom somatisk slutenvård samt dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök inom specialiserad öppenvård i riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod. Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Analys- och jämförelseperiod	Operationer inom slutenvård	Dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård	Vårdperioder inom somatisk slutenvård	Läkarbesök inom specialiserad öppenvård
Pandemiperioden (mars 2020–december 2021)				
Antal analysperiod	854 112	3 335 031	1 984 036	17 603 097
Antal jämförelseperiod	899 878	3 476 236	2 149 778	18 401 728
Differens	-45 766	-141 205	-165 742	-798 631
Procentuell förändring	-5 %	-4 %	-8 %	-4 %
Första vågen (mars–september 2020)				
Antal analysperiod	254 773	933 651	600 316	5 162 122
Antal jämförelseperiod	281 619	1 065 347	679 180	5 644 186
Differens	-26 846	-131 696	-78 864	-482 064
Procentuell förändring	-10 %	-12 %	-12 %	-9 %
Andra vågen (oktober 2020–januari 2021)				
Antal analysperiod	158 470	636 648	364 477	3 305 253
Antal jämförelseperiod	168 829	676 617	398 442	3 583 581
Differens	-10 359	-39 969	-33 965	-278 328
Procentuell förändring	-6 %	-6 %	-9 %	-8 %
Tredje vågen (februari–juni 2021)				
Antal analysperiod	199 951	841 763	461 974	4 354 846
Antal jämförelseperiod	212 182	817 675	501 566	4 307 180
Differens	-12 231	24 088	-39 592	47 666
Procentuell förändring	-6 %	3 %	-8 %	1 %
Fjärde vågen (juli–december 2021)				
Antal analysperiod	240 918	922 969	557 269	4 780 876
Antal jämförelseperiod	237 249	916 597	570 590	4 866 782
Differens	3 669	6 372	-13 321	-85 906
Procentuell förändring	2 %	0,7 %	-2 %	-2 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Under den **första vågen** minskade andelen genomförda operationer inom slutenvården med 10 procent (-26 846), vårdperioder inom somatisk slutenvård med 12 procent (-78 864), dagkirurgiska åtgärder med 12 procent (-131 696) och läkarbesök i den öppna specialiserade vården med 9 procent (-482 064), jämfört med medelvärdet för motsvarande period 2017–2019 (tabell 2).

Vårdens utmaningar och möjlighet till åtgärder

Från och med den andra vågen kunde vården anpassa omställningen mer efter den regionala smittspridningen. Det var möjligt bland annat för att kunskaperna om behandlingen av covid-19 var bättre och för att regionerna började genomföra åtgärder för att kunna återhämta uppskjuten vård. Hälso- och sjukvården har från den andra vågen kunnat ta sig an planerad vård i större utsträckning än under den första vågen. Patienter avbokades i mindre utsträckning under andra vågen och patienterna vågade söka sig till vården igen. Regionerna försökte att ta hand om de patienter som tidigare väntat och uppmuntrade aktivt patienter att söka sig till vården, genom informationskampanjer.

Brister som fanns redan före pandemin har dock blivit större under pandemiåren. Detta gäller exempelvis bristen på vårdplatser för vård efter operation vilket dels beror på att vårdplatserna har omprioriterats till covid-19-vården, dels på grund av personalbrist. Det har framför allt påverkat operationsproduktionen och antalet vårdperioder i slutenvård.

En utmaning som i sin tur påverkar vårdplatserna är underbemanning inom flera verksamheter [54]. Förutom intensivvårdspersonal, som har behövts ännu mer under pandemin, råder en generell brist på grund- och specialistutbildade sjuksköterskor. Sjuksköterskor behövs för att upprätthålla den vård som ges på en vårdplats efter en operation. Det behövs också narkossjuksköterskor och annan typ av operationspersonal för att genomföra operationer.

Utmaningarna och därmed möjligheterna till åtgärder kan skilja sig mellan specialiserad öppenvård och somatisk slutenvård. Till exempel är dagkirurgiska åtgärder i specialiserad öppenvård inte påverkade av personal eller vårdplatser på samma sätt som i somatisk slutenvård.

De samlade åtgärderna som har genomförts inom den specialiserade vården från och med den andra vågen för att klara av produktionen har bland annat varit ändrade arbetssätt från fysiska besök till distansbesök, ökad hemmonitorering och direktkonsultation via digitala plattformar [42]. Andra åtgärder har varit omläggning av scheman, utökade arbetsskift, dagkirurgi, användning av hyrläkare, extra vårdavtal och köp av vård utanför den egna regionen, något som förutsätter att dessa är tillgängliga. Aktualisering av väntelistor och produktionsplanering samt gemensam operationsplanering i regionen har också bidragit. Regionerna har sannolikt fortsatt med åtgärder utifrån sina förutsättningar och i den mån det har varit möjligt utifrån omställningarna som pandemivågorna ställt krav på.

I december 2021 var vårdproduktionen högre jämfört med medelvärdet för december 2017–2019 vad gäller operationer inom slutenvården (+5%, +1 908) samt läkarbesök (+5%, +35 800) och dagkirurgi (+7%, +10 595) i

specialiserad öppenvård. En ökning av dessa parametrar sågs även under juni och september 2021 jämfört med före pandemin.

Förutom att december månad normalt är en lägre produktionsmånad fanns det andra utmaningar kopplat till fjärde vågen vars koncentration ökade under december 2021 (se närmare kapitlet *Inledning* med avsnittet *Covid-19-pandemins utveckling*). I december 2021 påverkades vårdens totala kapacitet av både den ökande smittspridningen av covid-19 och en hög förekomst av övriga säsongsinfektioner som säsongsinfluensan, vinterkräksjukan och RS-virus, som ökade trycket på sjukhusen. Även bortfall av vårdpersonal på grund av exempelvis sjukfrånvaro eller vård av barn har påverkat den samlade kapaciteten. Resultatet visar att regionerna har kunnat fortsätta med sina insatser under december 2021 trots dessa utmaningar. Exempel på ytterligare bidragande faktorer kan ha varit påfyllnadsdoser av vaccination mot covid-19 och att omikronvarianten gett färre fall av allvarlig sjukdom jämfört med tidigare varianter. Även insatser genom statens och SKR:s överenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 och dess tilläggsöverenskommelse kan ha bidragit till utvecklingen i december 2021.

I januari 2022 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till regionerna för riktade insatser för att omhänderta de uppdämda vårdbehoven. Regionerna får använda medlen för att genomföra en eller flera av det urval av insatser som presenterades i rapporten *Uppdämda vårdbehov – Analys och förslag till insatser*, i oktober 2021 [46].

I mars 2022 uppdaterade det Nationella vårdkompetensrådet sin analys av pandemins konsekvenser för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning samt lämnade rekommendationer och åtgärdsförslag som ska kunna utgöra underlag i planerings- och utvecklingsarbetet för de aktörer som ansvarar för vårdens kompetensförsörjning [55].

Operationsområden som drabbats mest

Olika verksamhets- och operationsområden har påverkats på olika sätt under pandemiperioden (figur 8). Dels eftersom planerad vård har fått vänta i enlighet med medicinska prioriteringar i regionerna, dels eftersom personal har omprioriterats till covid-19-vården [42, 44, 52]. Den samlade besöks- och operationskapaciteten per vårdenhets eller klinik har påverkat resultaten och det kan också finnas skillnader i hur hårt de enskilda klinikerna har bromsat den planerade vården.

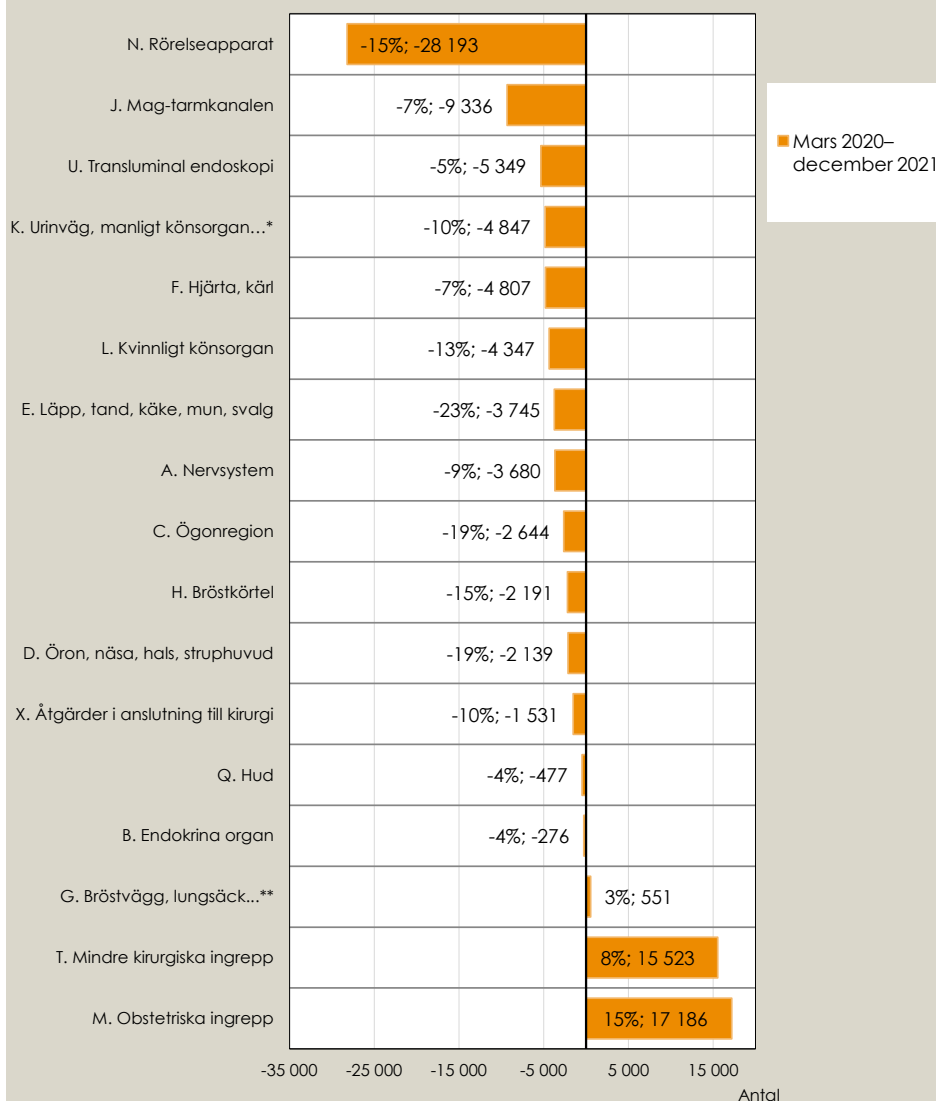
Den största minskningen i antal genomförda operationer och kirurgiska åtgärder skedde inom området rörelseapparaten (-15 procent; -28 193) samt inom området mag-tarmkanalen och därtill hörande organ (-7 procent; -9 366) (figur 8).

Den största procentuella minskningen skedde inom området läppar, tänder, käkar, munnen och svalget (-23 procent; -3 745) samt operationer och öron, näsa, hals och struphuvud (-19 procent; -2 139) under pandemiperioden, jämfört med medelvärde motsvarande period 2017–2019.¹⁶

¹⁶ Se bilaga 3 tabell 4 för ytterligare statistik om operationsområden under pandemiperioderna.

Figur 8. Genomförda operationer eller åtgärder efter vårdområde, riket

Antal genomförda operationer och kirurgiska åtgärder inom slutenvård under pandemiperioden mars 2020–december 2021 jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019.



Källa: Data hämtad 2022-03-15 från Patientregistret, Socialstyrelsen.

*K = Urinväg, manligt könsorgan, vävnad bakom bukhinna. **G = Bröstvåg, lungsäck, mediastinum, diafragma, luftstrupe, luftrör, lunga. Data hämtad 2022-03-15 från Patientregistret, Socialstyrelsen.

Läkarbesök i specialiserad öppenvård, regionala skillnader och likheter

Denna analys fokuserar på regionernas resultat vad gäller läkarbesök i specialiserad öppenvård. Tidigare analyser inom detta uppdrag har omfattat genomförda operationer och åtgärder med fokus på vårdgarantin från väntetidsdatabasen och operationer från det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR) [42].

Det finns både regionala likheter och variationer när det gäller effekterna på vård av covid-19. Skillnaderna beror bland annat på i vilken grad det har skett en stor spridning av covid-19 inom respektive region [42, 44, 52]. De beror också på strukturella och organisatoriska faktorer samt på hur regionerna har hanterat situationen med pandemin.

Andelen genomförda läkarbesök i specialiserad öppenvård minskade som mest i Västra Götalandsregionen med 21 procent (-502 822), med 14 procent (-49 356) i Region Värmland och med 12 procent (-48 577) i Region Dalarna under **pandemiperioden**.¹⁷

I Region Gotland ökade däremot andelen med 12 procent (+15 782), med 7 procent (+30 757) i Region Västmanland och med 5 procent (+27 388) i region Örebro län under **pandemiperioden**. Eftersom Region Gotland är en mindre region blir det till exempel lättare att ha kontroll över remissflödet så att patienterna kan hanteras snabbare.

Pandemin har påverkat åldersgrupperna på olika sätt

En effekt av covid-19-utbrottet var att en del patienter avbokade sina vårdbesök eller undvek att söka vård trots behov under den första vågen [49, 50]. Patienter upplevde också att det har varit svårt att få kontakt med vården under pandemin [56]. Patienterna undvek vården på grund av rädsla för covid-19-smitta eller för att de följde de allmänna rekommendationerna om att undvika att söka vård för att inte ta sjukvårdens resurser i anspråk. Dessa faktorer har bidragit till minskad produktion, speciellt under den **första vågen**.

Vårdproduktionen har minskat för samtliga åldersgrupper under **pandemiperioden**. Minskningen för operationer och vårdperioder i somatisk slutenvård var genomgående under de **tre första vågorna**. Dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i specialiserad öppenvård minskade för samtliga åldersgrupper endast under **första och andra vågen**.

Produktionen minskade under den **första vågen** mest för åldersgruppen 70 år och äldre. Det kan kopplas till att personer 70 år och äldre identifierades som en riskgrupp för covid-19 tidigt i början av pandemin. Det ledde till att vården för den åldersgruppen fick ställas in i högre utsträckning, men också att personer inom gruppen undvek att söka vård eller ställde in sin vård. Var tredje person i åldern 70–84 år sökte inte eller avbokade redan bokad vård under **första vågen** [49].

Under den **tredje vågen** och **fjärde vågen** ökade däremot produktionen vad gäller dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i specialiserad öppenvård för åldersgruppen 70 år och äldre. Ökningen av dagkirurgiska åtgärder har fortsatt under fjärde vågen juli–december 2021 (+8 procent; +27 296) (tabell 6).¹⁸ Under den **fjärde vågen** ökade även produktionen av operationer inom slutenvården och vårdperioder i somatisk slutenvård för 70 år och äldre.¹⁹

Detta kan kopplas till att gruppen 70 år och äldre hade minskad oro och att färre äldre undvek att söka vård [49, 57], vilket också kan ha samband med att gruppen hade fått börja vaccinera sig under den tredje vågen. I samband med att vaccinationerna tog fart kunde en tydlig minskning av antalet covid-19-fall påvisas [37, 58]. Även antalet avlidna och belastningen på intensivvård minskade [37]. Vården fick därmed en ytterligare möjlighet att

¹⁷ Se bilaga 3 tabell 5 för ytterligare statistik om regionerna under pandemiperioderna.

¹⁸ Se bilaga 3 tabell 7 för antal genomförda dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård för alla åldersgrupper under pandemiperioderna i riket, samt se bilaga 3 tabell 8 för antal genomförda läkarbesök inom specialiserad öppenvård för alla åldersgrupper under pandemiperioderna i riket.

¹⁹ Se bilaga 3 tabell 9 och 10 för antal vårdperioder inom somatisk slutenvård och operationer inom slutenvården för alla åldersgrupper och pandemiperioder i riket.

återgå till den normala organisationen och kunde återhämta en del av produktionen. Även vårdens ökade insatser för att genomföra dagkirurgi kan ha bidragit.

Tabell 6. Dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök inom specialiserad öppenvård 70 år och äldre, pandemiperioder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod.
Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

70 år och äldre	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
Dagkirurgiska åtgärder					
Antal analysperiod	331 626	244 400	320 983	369 975	1 266 984
Antal jämförelseperiod	391 885	249 955	296 113	342 679	1 280 632
Differens	-60 259	-5 555	24 870	27 296	-13 648
Procentuell förändring	-15 %	-2 %	8 %	8 %	-1 %
Läkarbesök					
Antal analysperiod	1 387 860	952 574	1 255 160	1 461 602	5 057 196
Antal jämförelseperiod	1 595 665	1 005 193	1 199 198	1 386 570	5 186 626
Differens	-207 805	-52 619	55 962	75 032	-129 430
Procentuell förändring	-13 %	-5 %	5 %	5 %	-2 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Vårdperioder i somatisk slutenvård har minskat som mest för åldersgruppen 0–17 år (-9 procent; -15 553) under **pandemiperioden** (Tabell 11).²⁰

Tabell 11. Vårdperioder inom somatisk slutenvård 0–17 år, pandemiperioder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod.
Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

0–17 år	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
Antal analysperiod	45 985	25 867	35 072	46 071	152 995
Antal jämförelseperiod	53 696	30 677	40 680	43 495	168 548
Differens	-7 711	-4 810	-5 608	2 576	-15 553
Procentuell förändring	-14 %	-16 %	-14 %	6 %	-9 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

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 [42]. Även den minskade förekomsten av säsongsinfluensan, vinterkräksjukan och av andra luftvägsinfektioner, som RS-virus, bedöms ha lett till ett minskat vårdbehov, speciellt hos barn [59].

Under den **fjärde vågen** har dock RS-virusinfektionerna och andra säsongskräksjukan kommit tillbaka och skulle kunna kopplas till att en ökning av vårdperioder sågs under den **fjärde vågen** (+6 procent; +2 576) (tabell 11), trots att smittspridningen av covid-19 var låg under de fem första månaderna av fjärde vågen.

²⁰ Se bilaga 3 tabell 9 för antal vårdperioder inom somatisk slutenvård för alla åldersgrupper och pandemiperioder i riket.

De skäl som ligger till grund för en vårdåtgärd, det vill säga indikationerna för till exempel operationstyper, varierar mellan olika åldersgrupper. Eftersom de medicinska prioriteringarna kommer att se olika ut för olika operationstyper, kommer det att återspeglas även i resultaten när det gäller förändringar.

Sammantaget kan utfallet för de olika åldersgrupperna påverkas av bland annat de medicinska indikationerna, de medicinska prioriteringar som har gjorts, huruvida gruppen är en riskgrupp eller inte samt vaccinationsstatus.

Påverkan på kvinnor respektive män

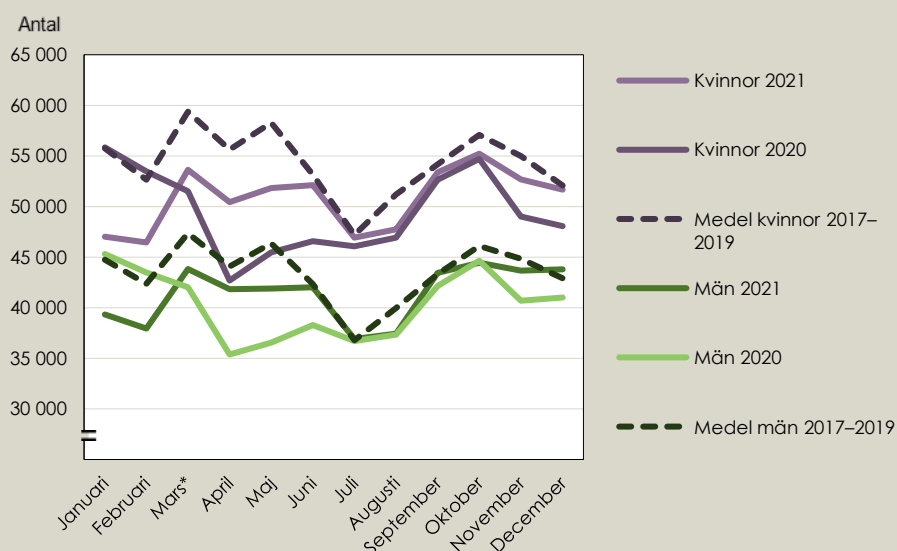
Minskningen var procentuellt större för kvinnor än för män när det gällde vårdperioder i somatisk slutenvård (figur 9), läkarbesök i specialiserad öppenvård och dagkirurgiska åtgärder i specialiserad öppenvård. Däremot var minskningen procentuellt större för män (-6 procent; -24 378) än för kvinnor (-4 procent; -21 388) vad gällde genomförda operationer i slutenvård.

Den procentuella minskningen var störst under **första vågen** för både kvinnor och män när det gällde operationer och vårdperioder i somatisk slutenvård samt dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i specialiserad öppenvård. Produktionen fortsatte att minska under **andra vågen**.

Under **tredje vågen** ökade andelen något för genomförda dagkirurgiska åtgärder i specialiserad öppenvård (tabell 12) och läkarbesök i öppen specialiserad vård för både kvinnor och män. Under **tredje vågen** påvisades en marginell ökning av dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i öppen specialiserad vård, och där står män för en något större procentuell andel av de dagkirurgiska åtgärderna och läkarbesöken.

Figur 9. Somatisk slutenvård riket, kön

Somatisk slutenvård respektive månad 2021, 2020 och medel 2017-2019 i riket, kön.



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

Källa: Data hämtad 2022-03-15 från Patientregistret, Socialstyrelsen.

Under **fjärde vågen** ses en fortsatt ökning av dagkirurgiska åtgärder för män (+2 procent; +8 877) (tabell 12). En viss ökning ses även för genomförda operationer inom slutenvård för kvinnor (+2 procent; +3 274) under fjärde vågen.

Tabell 12. Dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård, pandemiperioder, kvinnor och män, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod. Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
Kvinnor					
Antal analysperiod	501 784	340 509	453 218	490 509	1 786 020
Antal jämförelseperiod	574 984	366 050	443 661	493 013	1 877 708
Differens	-73 200	-25 541	9 557	-2 504	-91 688
Procentuell förändring	-13 %	-7 %	2 %	-0,5 %	-5 %
Män					
Antal analysperiod	431 867	296 139	388 545	432 460	1 549 011
Antal jämförelseperiod	490 363	310 568	374 014	423 583	1 598 527
Differens	-58 496	-14 429	14 531	8 877	-49 516
Procentuell förändring	-12 %	-5 %	4 %	2 %	-3 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

En delförklaring till resultaten kan vara att den medicinska indikationen för vårdåtgärd varierar mellan könen och därför återspeglas även i resultaten när det gäller förändringar. Det berörs i sin tur av vilka verksamhets- eller operationsområden som har påverkats mest på grund av medicinska prioriteringar.

Vilken riskgrupp som kvinnor och män tillhör skulle eventuellt också kunna påverka. Det var fler män än kvinnor som vårdades för covid-19, speciellt under första vågen [36]. Det kan bidra till en högre andel vårdperioder i somatisk slutenvård, men ännu mindre möjligheter att genomgå operationer för män inom slutenvården.

Andra bidragande faktorer skulle kunna vara att en större andel kvinnor än män har valt att avstå eller avboka vårdbesök, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård [50].

4. Kontinuerlig lägesbild

I uppdraget ingick att Socialstyrelsen ska föreslå hur regeringen kan få kontinuerlig lägesbild över utvecklingen av väntetider och vårdköer. Myndigheten har tolkat uppdraget som att det förutom väntetider och vårdköer handlar om utvecklingen av vårdproduktion och vårdkonsumtion som är andra viktiga aspekter i uppföljningen av tillgängligheten.

I de delrapporter som redovisats inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen gett förslag på hur en kontinuerlig uppdaterad lägesbild skulle kunna utvecklas (dnr 5.7-25089/2020-9 och dnr 5.7-25089/2020-13).

Den 13 januari 2022 lanserade Socialstyrelsen inom ramen för detta uppdrag ett pilotprojekt för en kontinuerligt uppdaterad lägesbild över

utvecklingen av pandemins effekter på vården (dnr 5.7-27258/2021-2). Där presenteras både statistik, resultatredovisning och analys. Lägesbilden bygger på att publiceringen görs direkt på webben i stället för i enskilda analysblad, faktablad eller rapporter.

Målgrupperna för lägesbilden är regeringen, regionerna och allmänheten. En utvärdering av pilotprojektet kommer att ske under våren 2022.

Behovet av en kontinuerlig lägesbild stärktes av pandemin

Socialstyrelsen är en statistikmyndighet som förvaltar flera hälsodataregister som används utbrett i forskning, i myndighetsutredningar och i officiell statistik för att skapa kunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar och levererar.

I samband med covid-19-pandemin ställdes nya krav på Socialstyrelsen där myndigheten förväntades leverera statistik kontinuerligt för att belysa den aktuella situationen i sjukvården samt över delar av socialtjänsten.

För att tillgodose behovet av fakta kring covid-19 skapade myndigheten därför en statistikproduktion med uppdatering veckovis på Socialstyrelsens webbsida [37]. Denna statistik berör bland annat antalet covid-19-smittade patienter som behöver inläggande sjukhusvård, antalet smittade på särskilda boenden och dödsfall till följd av viruset.

Utvecklingen från statistik till analys

Med inspiration från ovan nämnda presentationer av antalet fall med covid-19 tog Socialstyrelsen fram ny statistik som visar vårdproduktion inom olika delar av hälso- och sjukvården, baserat på data från patientregistret.

Detta gav upphov till en första förlaga av webbsidan *Pandemins effekter på vården* i juni 2020. Denna webbsida innehöll endast statistik. I juni 2021 lanserades även en webbsida med fokus på uppdämda vårdbehov på grund av covid-19-pandemin. Denna sida baserades på den analysrapport som redovisats inom detta uppdrag [42].

Under april–december 2021 har ett utvecklingsarbete pågått för pilotprojektet att implementera en mer behovsanpassad och kontinuerligt uppdaterad lägesbild som tillsammans med interaktiv visualisering av figurer innehåller både statistik, resultatredovisning och analys.

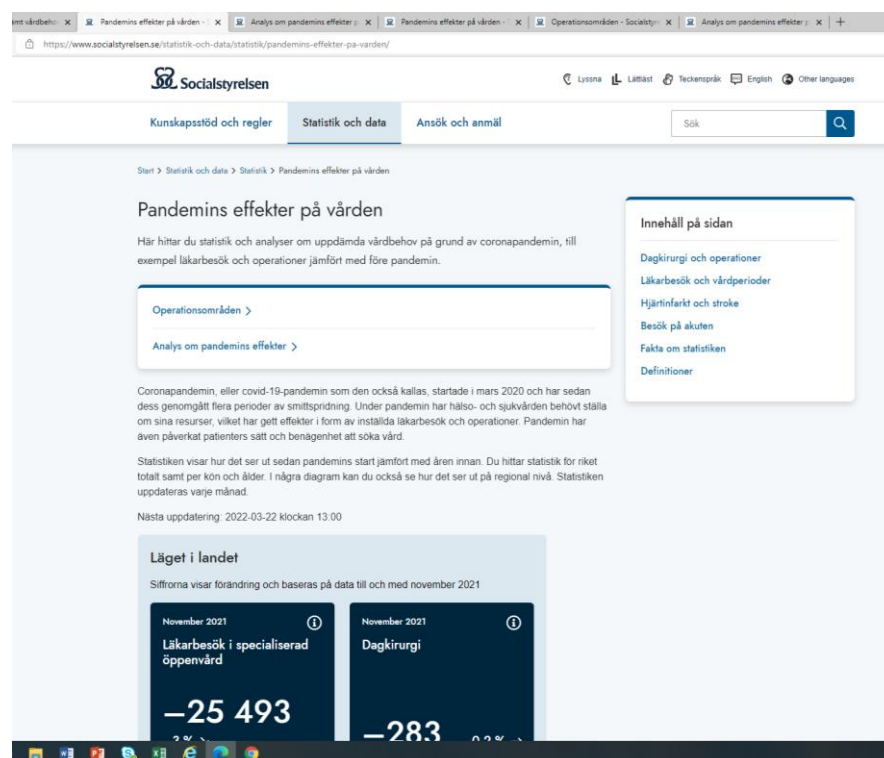
Utvecklingsarbetet har haft fokus på användarnas behov och krav vad gäller statistik och analys samt övriga funktioner. I början av arbetet gjordes en behovskartläggning med hjälp av djupintervjuer med Socialdepartementet, som är den prioriterade målgruppen. Utifrån de krav och behov som kom fram gjordes en prototyp som sedan stämde av igen med de intervjuade. Utvecklingsarbetet har även inneburit en utveckling av ny teknik med nya arbetsprocesser för att effektivisera de månadsvisa publiceringarna av statistik och resultatredovisning.

Upplägget av den kontinuerliga lägesbilden

Upplägget av lägesbilden *Pandemins effekter på vården* ser ut som följande, utifrån hur den presenteras på webben (figur 10):²¹

- Huvudsidan *Pandemins effekter på vården* presenterar statistik och resultatredovisning [60]. I bilaga 4 finns exempel på figurtyper som presenteras på webbsidan och funktioner kopplade till dessa.
- Undersidan *Operationsområden* presenterar statistik och resultatredovisning för operationer inom specialiserad slutenvård (operationer) samt statistik för operationer inom öppenvård (dagkirurgi) [61].
- Undersidan *Analys om pandemins effekter på vården* presenterar en analys [62].

Figur 10. Upplägget av den kontinuerliga lägesbilden över utvecklingen av *Pandemins effekter på vården*



Statistik som presenteras i lägesbilden

Den statistik som presenteras i lägesbilden gäller just nu dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i den öppna specialiserade vården, operationer och vårdperioder inom den somatiska slutenvården, vårdperioder i psykiatrisk slutenvård, somatisk och psykiatrisk akutsjukvård samt incidens för hjärtinfarkt och stroke (bilaga 4). Data har hämtats från Patientregistret vid Socialstyrelsen.

²¹ Socialstyrelsens webbplats förändrades till utseendet från den 22 februari 2022. Därför har även webbsidan för den kontinuerliga lägesbilden *Pandemins effekter på vården* förändrats på så sätt att undersidorna och innehållet på respektive sida framträder tydligare, vilket också gör att navigeringen förenklats.

Resultatredovisningen och analysen fokuserar på vårdproduktion i form av genomförda operationer och vårdperioder inom den somatiska slutenvården samt dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i den öppna specialiserade vården.

Vid lanseringen, den 13 januari 2022 redovisades statistik, resultat och analys på webben för hela pandemiperioden (dnr 5.7-27258/2021-2); från mars 2020 till september 2021, som jämfördes med ett medeltal för motsvarande period 2017–2019. Även resultat för följande delperioder redovisades: första vågen; mars–september 2020, andra vågen; oktober 2020–januari 2021 och tredje vågen; februari–juni 2021. Vid lanseringen gällde data för den fjärde vågen juli 2021–september 2021.²²

Statistiken och resultatredovisningen kommer att uppdateras en gång i månaden. Analysen kommer ibland att ha en eftersläpning när det gäller uppdateringen.

²² Vid lanseringen den 13 januari 2022 användes begreppet ”den senaste perioden” istället för det nuvarande begreppet ”den fjärde vågen” (dnr 5.7-27258/2021-2). Vid lanseringen gällde data för den senaste perioden juli 2021–september 2021. I lägesbilden som uppdaterades 2022-03-22 samt i denna slutrapport återges resultat för fjärde vågen som gäller juli 2021–december 2021.

Vägen framåt

Socialstyrelsen har presenterat analyser av vårdens produktion, väntetider och vårdköer med anledning av covid-19 i traditionella rapportformer. Myndigheten har i det här regeringsuppdraget utvecklat en modell för en kontinuerligt uppdaterad lägesbild för att följa pandemins effekter på vården.

Genom denna lägesbild som beskriver situationen och analyserar utvecklingen av pandemins effekter på hälso- och sjukvården direkt på webben har målgrupperna kunnat ta del av aktuella och relevanta data. För att fortsätta en utveckling av lägesbilder med statistik och analys krävs dock fler datakällor. Med förbättrade möjligheter avseende tillgång till data skulle myndigheten bättre kunna stödja och bidra både till den regionala och nationella uppföljningen samt styrningen av vården, vilket i längden kommer patienterna till nytta.

Det är även angeläget att staten genom myndigheterna blir mer samordnad gentemot regionerna när det gäller tillgänglighetsfrågorna.

I nedanstående avsnitt redogörs mer ingående för dessa utvecklingsbehov.

Nödvändig tillgång till data

I uppdraget har det ingått att Socialstyrelsen ska föreslå vilka data som behöver samlas in för att myndigheten ska kunna följa väntetider för flera delar av vårdkedjan och kunna beskriva patientens totala väntan på vård. I tidigare delrapporteringen av uppdraget har vi redovisat inom vilka områden som myndigheten ser behov av en utveckling för ett sådant ändamål (dnr 5.7-25089/2020-9 och dnr 5.7-25089/2020-13).

I nuläget har Socialstyrelsen endast rätt att i patientregistret behandla personuppgifter som rör patienter som vårdats inom slutenvård, behandlats av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal inom den psykiatriska öppenvården eller behandlats av läkare inom den somatiska specialiserade öppenvården.²³ Primärvården omfattas alltså inte och för somatisk specialiserad öppenvård omfattas inte situationen när patienten har behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

För att Socialstyrelsen ska kunna följa patientens totala väntan på vård, behöver myndigheten rättsligt stöd för att samla in data från andra delar av hälso- och sjukvården än vad som sker i dag. Myndigheten behöver därför juridiska förutsättningar för att få behandla uppgifter som rör patienter som haft vårdkontakter inom

- a) primärvården,
- b) somatisk specialiserad öppenvård,

i båda fallen oavsett vilken kategori av hälso- och sjukvårdspersonal som patienten haft kontakt med.

²³ Förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

Denna utvidgning av uppgifter är en förutsättning för att kunna skapa ändamålsenliga lägesbilder. Det skulle bidra till utvecklingsmöjligheter för att bättre kunna följa upp helheten av patientens kontakter med hälso- och sjukvården, och därmed patientens totala väntan på vård. Detta skulle i sin tur möjliggöra bredare och mer fördjupade analyser av tillgängligheten samt andra aspekter av hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen lämnade i februari 2021 en rapport till regeringen som svarar på ett uppdrag om insamling av personuppgifter från primärvården [63]. I rapporten lämnade Socialstyrelsen förslag på förordningsändringar²⁴ som enligt myndigheten skulle behövas för att uppgifter som rör patienter som behandlats inom primärvården av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal ska få samlas in till patientregistret, vilket skulle utöka möjligheten att ta fram statistik kring dessa patienter.

Socialstyrelsen har även ett pågående regeringsuppdrag där myndigheten utreder förutsättningarna för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom all specialiserad öppenvård, oavsett vilken yrkeskategori hälso- och sjukvårdspersonal som har behandlat patienten (S 2021/03340). I uppdraget ingår att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för detta. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet i maj 2022.

Socialstyrelsen fick i september 2021 ett nytt regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningarna för myndigheten att samla in uppgifter som avser väntetider (S 2021/06332 delvis). Uppdraget delredovisades i mars 2022 [64]. I uppdraget ingår att utreda vilka data som behöver samlas in, tekniska och praktiska möjligheter för detta samt juridiska förutsättningar för en föreslagna insamling. En del av uppdraget handlar också om hur myndigheten tillgängliggör statistik och slutsatser vad gäller väntetider samt hur den föreslagna datamängden blir tillgänglig för vidare användning.

I det pågående arbetet med att undersöka förutsättningarna för Socialstyrelsen att samla in väntetidsdata sker även en analys av vilka regionala och nationella behov som finns utifrån frågeställningar kring väntetider; behov som inte uppfylls i dag och om en förändrad insamling skulle kunna lösa dessa behov. I oktober 2022 ska myndigheten göra en slutredovisning till regeringen om hur en förändrad insamling bör se ut.

I dag samlas data som avser väntetider inom vården in till den nationella väntetidsdatabasen som handhas av SKR. Insamlingen sker utan bibehållen identifierare, som till exempel personnummer.

Fler möjligheter att analysera jämlikheten i vården

För att Socialstyrelsen ska kunna utveckla arbetet med väntetider inom vården behöver relevanta uppgifter från primärvården och den specialiserade vården samlas in med bibehållen identifierare i form av personnummer. Personnummer skulle möjliggöra att uppgifter om väntetider kan kopplas till andra databaser, som hälsodataregister och befolkningsregister inklusive kvalitetsregister, vilket ytterligare skulle stärka möjligheterna till fler och fördjupade analyser.

²⁴ Förändringar i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

Detta skulle möjliggöra en utökad uppföljning av patientens väntan på vård, eftersom patientens uppgifter skulle kunna kombineras med flera andra uppgifter. Exempel på uppgifter kan vara patientens aktuella diagnoser och vårdåtgärder från olika vårdnivåer.

Socialstyrelsen skulle även kunna ge bättre stöd till regionerna genom att uppmärksamma eventuella ojämlikheter i vården. Genom att koppla patientens uppgifter till socioekonomiska faktorer kan tillgänglighet i vården analyseras bättre utifrån jämlikhetsperspektivet. En sådan analys skulle närmare kunna synliggöra uppdämda vårdbehov kopplat till socioekonomiska skillnader.

Kontinuerlig lägesbild

Socialstyrelsens ambition är att leverera aktuella och tillförlitliga lägesbilder som utöver att visa på aktuellt läge även analyserar förändringar.

Inom det här regeringsuppdraget har Socialstyrelsen utvecklat en modell för att på ett visuellt och interaktivt sätt tillgängliggöra statistik och analys som ska belysa påverkan på vården med anledning av covid-19 (beskrivs i kapitlet *Genomförande och resultat*) [60]. Inom myndigheten presenteras i dag även andra lägesbilder, bland annat om covid-19-statistiken [37]. Skillnaden är att detta pilotprojekt även tillför en analys.

Modellen är ett pilotprojekt och innebär att myndigheten kan svara upp mot behoven av kontinuerligt uppdaterad lägesbild som inkluderar både statistik och analys och som publiceras direkt på webben i stället för i enskilda analysblad, faktablad eller rapporter.

Pilotprojektet kommer att utvärderas för att se om denna typ av kontinuerliga lägesbilder är en utveckling framåt som bättre kommer att lösa de behov som olika målgrupper har. Planen framöver är att utöka lägesbilden med statistik och analys för väntetider och vårdköer som kan hämtas från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

Målgrupperna är primärt regeringen, men även statliga myndigheter, regioner, kommuner, forskare, den breda allmänheten samt media är intressenter. Målet är att lägesbilderna ska underlätta styrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Främja en ökad samordning i staten

I samband med att Socialstyrelsen fick det här regeringsuppdraget fick även andra statliga myndigheter regeringsuppdrag eller startade egeninitierade utredningar kopplat till tillgänglighet [50, 65-67]. Regionerna upplever att det blir otydligt och ibland ineffektivt för dem när flera myndigheter arbetar med snarlika frågor och har behov av likartad information.

Socialstyrelsen såg ett behov av ett närmare samarbete med berörda myndigheter och tog under våren 2021 initiativ till ett nätverk med myndigheter som på olika sätt arbetar med tillgänglighetsfrågan. Syftet var att dela information samt att diskutera gemensamma utmaningar. Myndigheterna som ingår i nätverket är Myndigheten för vård- och

omsorgsanalys, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg samt Försäkringskassan.

Eftersom det är betydelsefullt att staten samordnar sig gentemot regionerna i tillgänglighetsfrågan har Socialstyrelsen för avsikt att fortsätta hålla samman ett nätverk med statliga myndigheter för fortsatt samordning och informationsutbyte när det gäller frågor på tillgänglighetsområdet.

Referenser

1. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
2. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: Slutrapport mars 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
3. Öppna jämförelser 2018 - En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
4. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården: rapport februari 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
5. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet - Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
6. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården - förutsättningar och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
7. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Regeringskansliet; 2020.
8. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 - Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Regeringskansliet; 2021.
9. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Regeringskansliet; 2022.
10. Låt den rätte komma in - Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdavtalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
11. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (SOU 2021:59). Stockholm 2021.
12. Nationella vårdkompetensrådet: Hämtad 2022-02-22 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>.
13. Regeringen har fattat beslut med anledning av Folkhälsomyndighetens hemställan gällande infektion med coronavirus (2019-nCoV): Hämtad 2022-02-10 från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/02/regeringen-har-fattat-beslut-med-anledning-av-folkhalsomyndighetens-hemstallan-gallande-infektion-med-coronavirus-2019-ncov/>.
14. Folkhälsomyndigheten utlyser mycket hög risk för samhällsspridning i Sverige. Hämtad 2020-06-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/>.
15. Föreskrifter och allmänna råd – covid-19. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd->

- beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/foreskrifter-och-allmanna-rad.
16. De flesta åtgärder mot covid-19 upphör den 9 februari. Hämtad 2022-02-10 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/februari/de-flesta-atgarder-mot-covid-19-upphor-den-9-februari/>.
 17. Upphävande av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen (regeringens proposition 2021/22:137).
 18. Upphävande av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen (Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU27): Sveriges Riksdag.
 19. Det här gäller kring covid-19 från 29 september. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/september/det-har-galler-kring-covid-19-fran-29-september/>.
 20. Vaccinationerna i Sverige har inletts. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/december/vaccinationerna-i-sverige-har-inletts/>.
 21. Ingen allmän vaccination mot covid-19 bland barn 5-11 år. Hämtad 2022-02-23 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/januari/ingen-allman-vaccination-mot-covid-19-bland-barn-5-11-ar/>.
 22. Beslutsunderlag om en påfyllnadsdos (tredje dos) av vaccin mot covid-19 till personer 18–64 år: Bilaga 2: Folkhälsomyndigheten; November 2021.
 23. Andra påfyllnadsdos vaccin mot covid-19 rekommenderas till personer som är 80 år och äldre. Hämtad 2022-02-14 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/februari/andra-pafyllnadsdos-vaccin-mot-covid-19-rekommenderas-till-personer-som-ar-80-ar-och-aldre/>.
 24. Grubaugh ND, Petrone ME, Holmes EC. We shouldn't worry when a virus mutates during disease outbreaks. *Nature Microbiology*. 2020;VOL 5(March 2020):529–30.
 25. Statistik om SARS-CoV-2 virusvarianter av särskild betydelse. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/sars-cov-2-virusvarianter-av-sarskild-betydelse/>.
 26. Statistik för vaccination mot covid-19. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/statistik-over-registrerade-vaccinationer-covid-19/>.
 27. Ny virusvariant av SARS-CoV-2 även i Sverige. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/november/ny-virusvariant-av-sars-cov-2-aven-i-sverige>.

28. Antal fall av covid-19 i Sverige. Hämtad 2022-01-31 från <https://experience.arcgis.com/experience/09f821667ce64bf7be6f9f87457ed9aa>.
29. Uppdaterade rekommendationer om testning. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/oktober/uppdaterade-rekommendationer-om-testning>.
30. Nya åtgärder för att minska spridning av covid-19. Hämtad 2022-01-31 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/november/nya-atgarder-for-att-minska-spridning-av-covid-19/>.
31. Mycket hög smittspridning av covid-19 kräver anpassade förhållningsregler och prioriterad testning. Hämtad 2022-01-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/januari/mycket-hog-smittspridning-av-covid-19-kraver-anpassade-forhallningsregler-och-prioriterad-testning/>.
32. Senaste RSV-rapporten. Hämtad 2022-01-31 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/rsv-veckorapporter/senaste-rsv-rapporten/>.
33. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. : Folkhälsomyndigheten; 2021.
34. Senaste influensarapporten. Hämtad 2022-01-31 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/influensa-veckorapporter/aktuell-influensarapport/>.
35. Veckorapport om Calicivirus. Hämtad 2022-01-31 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/calicivirus-veckorapporter/sasong-2021-2022/veckorapport-om-calicivirus-vecka-3-2022/>.
36. Vård och covid-19. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-om-slutenvard-av-patienter-med-covid-19/>.
37. Statistik om covid-19. Hämtad 2021-12-15 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/>.
38. Uppdämda vårdbehov orsakade av covid-19. Plan med förslag på insatser för att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov orsakade av covid-19.: Socialstyrelsen; September 2020.
39. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020: Regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen för den specialiserade vården. Delrapport juni 2021.: Socialstyrelsen; 2021.
40. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020: Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020.: Socialstyrelsen; 2020.

41. Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri: Socialstyrelsen; Juni 2021.
42. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården: Socialstyrelsen; Maj 2021.
43. Förändringar i barns och ungas vårdbesök med anledning av covid-19: Socialstyrelsen; Februari 2021.
44. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården: Socialstyrelsen; November 2020.
45. Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas.: Socialstyrelsen; December 2020.
46. Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser.: Socialstyrelsen; Oktober 2021.
47. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Regeringskansliet; 2019.
48. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Regeringskansliet; 2020.
49. Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre: Folkhälsomyndigheten; 2020.
50. I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; Juni 2021.
51. Föreskrifter och allmänna råd – covid-19. Hämtad 2022-03-09 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/foreskrifter-och-allmannarad/>.
52. Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider: Socialstyrelsen; Juni 2020.
53. Rekordmånga använder tjänsterna på 1177.se. Hämtad 2021-04-22 från <https://www.inera.se/nyheter/nyheter/rekordmanga-anvander-tjansterna-pa-1177.se/>.
54. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård: Nationella planeringsstödet 2022: Socialstyrelsen; 2022.
55. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2: Rekommendationer och bedömningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning: Nationella Vårdkompetensrådet; 2022.
56. Pandemin och patienterna: Klagomål till patientnämnderna i Sverige 2020. : Patientnämnderna i Sverige; Mars 2021.
57. Uppdatering av webbtill text till faktabladet Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre: Folkhälsomyndigheten; 2021.
58. Skyddseffekt av vaccination mot covid-19 i åldersgrupperna 65 år och äldre. Baserat på svenska data från våren 2021: Folkhälsomyndigheten; 2021.
59. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020: Folkhälsomyndigheten; 2021.

60. Pandemins effekter på vården. Hämtad 2022-02-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/>.
61. Operationsområden. Hämtad 2022-02-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/operationsomraden/>: Socialstyrelsen.
62. Analys om pandemins effekter på vården. Hämtad 2022-02-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/analys-uppdamda-vardbehov-efter-pandemin/>.
63. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården: Socialstyrelsen; 2021.
64. Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Delrapport, mars 2022: Socialstyrelsen; 2022.
65. Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020: Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
66. Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas: Inspektionen för vård och omsorg; Juni 2021.
67. Rapport – Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Version 1.0: Försäkringskassan; 2021.
68. Analys och utveckling av områden som påverkats av covid-19. Hämtad 2022-03-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/analys-och-utveckling/>.
69. Uppdämda vårdbehov efter Vårdform, Uppdelning, Månad och Mått. PxWeb. Hämtad 2022-02-01 från https://px.socialstyrelsen.se/pxweb/sv/L%C3%A4gesbilder%20f%C3%B6r%20uppd%C3%A4mda%20v%C3%A5rdbehov/-/uvb_vform_tot.px/.

Bilaga 1. Projektorganisation

Styrgrupp för uppdraget

- Sevim Barbasso Helmers, huvudprojektledare för uppdraget januari 2021–mars 2022, avdelningen för analys, enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Lena Lövvqvist, huvudprojektledare för uppdraget juli–december 2020, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, enheten för högspecialiserad vård, Socialstyrelsen
- Erika Anthoney Oscarson, biträdande huvudprojektledare för uppdraget juli–december 2020, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, enheten för högspecialiserad vård, Socialstyrelsen
- Mattias Fredricson, enhetschef, projektägare för uppdraget juli–december 2020, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen
- Lena Hellberg, enhetschef, projektägare för uppdraget jan 2021–mars 2022, avdelningen för analys, enheten hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Henrik Lysell, enhetschef, styrgruppsmedlem januari 2021–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen
- Anna Bennet Bark, enhetschef, styrgruppsmedlem juli–december 2020, avdelningen för register och statistik, enheten för statistikservice och öppna data, Socialstyrelsen
- Kristina Wikner, enhetschef, styrgruppsmedlem juli–december 2020, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, enheten för högspecialiserad vård, Socialstyrelsen
- Natalia Borg, avdelningschef, avdelningen för analys, Socialstyrelsen
- Mona Heurgren, avdelningschef, avdelningen för register och statistik, Socialstyrelsen
- Thomas Lindén, avdelningschef, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen
- Linda Corsvall, avdelningschef, styrgruppsmedlem januari 2021–mars 2022, kommunikationsavdelningen, Socialstyrelsen

Styrgrupp för delprojekt 4

- Maria Egonsdotter, webbstrateg, delprojektledare *visualisering* april 2021–mars 2022, kommunikationsavdelningen, webbenheten, Socialstyrelsen
- Ulrika Freiholtz, projektägare för delprojektet april–juli 2021, kommunikationsavdelningen, webbenheten, Socialstyrelsen

- Britta Zaar Nyman, projektägare för delprojektet aug 2021–mars 2022, kommunikationsavdelningen, enheten för kommunikationsutveckling 1, Socialstyrelsen
- Anna Bennet Bark, enhetschef, styrgruppsmedlem april 2021–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistikservice och öppna data, Socialstyrelsen
- Henrik Lysell, enhetschef, styrgruppsmedlem april 2021–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen
- Lena Hellberg, enhetschef, styrgruppsmedlem september 2021–mars 2022, avdelningen för analys, enheten hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Åsa Stridsman, enhetschef, styrgruppsmedlem april 2021–mars 2022, avdelningen för verksamhetsutveckling, stöd och service, enheten för it-förvaltning och utveckling

Delprojekt

1. Stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov

- Anders Berg, utredare, delprojektledare juli–december 2020, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, enheten för nationella riktlinjer, Socialstyrelsen

2. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet

Gäller regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen för primärvården och den specialiserade vården

- Sevim Barbasso Helmers, utredare, delprojektledare augusti 2020–juni 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Christian Lovering, statistiker, februari-mars 2021 för den specialiserade vården, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen
- Lumell Associates, augusti 2020–juni 2021

3. Uppföljningar och analyser med anledning av covid-19-pandemin

A. Produktion, köer och väntetider med fokus på vårdgarantin

Faktablad 27 november 2020

- Sevim Barbasso Helmers, utredare, delprojektledare augusti 2020–december 2020, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Martin Lindblom, utredare, augusti 2020–november 2020, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen

Analysrapport 11 maj 2021

- Sevim Barbasso Helmers, utredare, delprojektledare januari–juni 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Martin Lindblom, utredare, januari–februari 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Sandra Creutz, utredare, februari–mars 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Christian Lovering, statistiker, februari-mars 2021, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen

B. Förändringar i barns och ungas vårdbesök - faktablad 25 februari 2021

- Karin Blomgren, utredare, samordnare barn och unga, delprojektledare januari–februari 2021, avdelningen för analys, enheten för socialtjänst 1, Socialstyrelsen
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, januari–februari 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Christian Lovering, statistiker, januari–februari 2021, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen

C. Produktion, köer och väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri – faktablad 7 juni 2021

- Sandra Creutz, utredare, delprojektledare april–juni 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, april–juni 2021, delprojektledare januari-mars 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Jonas Stenberg, utredare, maj 2021, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen

4. Kontinuerlig lägesbild med statistik och analys

- Maria Egonsdotter, webbstrateg, delprojektledare *visualisering* april 2021–mars 2022, kommunikationsavdelningen, webbenheten, Socialstyrelsen
- Stefan Jovanovic, it-projektledare, delprojektledare *visualisering* april 2021–mars 2022
- Erik Wahlström, statistiker, april 2021–mars 2022, delprojektledare *statistik* och projektmedlem *visualisering* augusti 2020–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistikservice och öppna data, Socialstyrelsen
- Sandra Creutz, utredare, delprojektledare *resultat och analys* augusti 2021–mars 2022, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, delprojektledare *resultat och analys* april 2021–mars 2022, avdelningen för analys, hälso- och sjukvård och tandvård 3, Socialstyrelsen
- Christian Lovering, statistiker, augusti 2020–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen
- Frida Broström, statistiker, september 2021–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistikservice och öppna data, Socialstyrelsen
- Björn Enhus, statistiker, april 2021–augusti 2021, avdelningen för register och statistik, enheten för statistik 1, Socialstyrelsen
- Tomas Wänskä, PX-specialist, april 2021–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistikservice och öppna data, Socialstyrelsen
- Peter Gustavsson, PX-specialist april 2021–mars 2022, avdelningen för register och statistik, enheten för statistikservice och öppna data, Socialstyrelsen
- Maria Niemi, redaktör, *visualisering* april 2021–mars 2022, kommunikationsavdelningen, webbenheten, Socialstyrelsen
- Mats Jergelind, kommunikatör, april 2021–mars 2022, kommunikationsavdelningen, kommunikationsutveckling 1, Socialstyrelsen
- Konsulter, UX-designer och innehållsstrateg, Antrop, april-augusti 2021
- Konsulter, systemutveckling, Precio, april 2021-januari 2022

Bilaga 2. Tidigare analyser med anledning av pandemin

Uppdragets tidigare analyser med anledning av pandemin

Inom ramen för detta regeringsuppdrag har Socialstyrelsen i en tidigare analysrapport som publicerades i maj 2021 redovisat den första respektive den andra vågen av covid-19-pandemin på produktion, köer och väntetider i primärvården och den specialiserade vården, med fokus på vårdgarantins tidsgränser [42].

Den främsta datakällan för produktion, väntetider och vårdköer inom vårdgarantin var den nationella väntetidsdatabasen. Data om operationer oavsett vårdgarantin hämtades från det nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR). Från regionerna inhämtades kommentarer och en utblick gjordes över utvalda regioner. I en föregående analys som publicerats november 2020 hade samma aspekter följts under den första covid-19-vågen till och med vecka 42, 2020 [44].

Analyserna av första och andra covid-19-vågen har visat att längre väntetider har blivit en effekt av pandemin, speciellt för behandlingar [42]. I vårdköerna fanns 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.

Under våren 2021 publicerade Socialstyrelsen inom ramen för detta uppdrag ytterligare två faktablad med fokus på covid-19-effekter på barn och unga (0–17 år). Det första faktabladet redovisar en analys av pandemins påverkan på barn och ungas vårdbesök året 2020 jämfört med medelvärdet för 2017–2019 [43]. Det andra faktabladet presenterar covid-19-pandemins effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri (BUP) 2020 jämfört med 2019 [41].

Här konstateras det att under pandemiperioden mars–december 2020 minskade antalet genomförda första bedömningar med 7 procent jämfört med 2019 [41]. Även patienter som hade väntat längst på fördjupad utredning fick vänta längre under pandemiperioden 2020 jämfört med föregående år.

Socialstyrelsens övriga analyser med anledning av pandemin

Uppföljningen av pandemins effekter på vården gäller inte endast vårdproduktion, väntetider och vårdköer. För att skapa en bred kunskap om pandemins effekter på hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen utöver de analyser som presenteras inom detta uppdrag gjort ett stort antal övriga analyser. De har publicerats i särskilda analys- och faktablad samt rapporter från pandemins start våren 2020 fram till och med december 2021 [68].

Följande är några av de övriga områden som myndigheten har följt:

- följsamheten till nationella riktlinjer
- sexuellt överförda infektioner
- tillstånd efter covid-19
- screeningverksamhet inom cancervården
- läkemedelsförskrivning
- äldreomsorg
- tandvård
- stroke- och hjärtsjukvård
- psykiatriska tillstånd och förskrivningen av psykofarmaka
- besöksmönster inom akutpsykiatri
- besöksmönster inom somatisk akutvård

De resultat, konsekvenser, åtgärder och insatser som belysts i dessa analyser har bidragit till att bli underlag till Socialstyrelsens uppdrag att redovisa en nationell lägesbild av de uppdämda vårdbehoven [46]. Den nationella lägesbilden delredovisades den 1 oktober 2021 och slutredovisas den 31 mars 2022.

I delredovisningen konstaterades att pandemins konsekvenser har drabbat specifika grupper i befolkningen och riskerar att förstärka den ojämlika hälsan som fanns före pandemin. Grupper i befolkningen som särskilt har påverkats av pandemins konsekvenser är exempelvis personer med kroniska sjukdomar, äldre, barn och personer med funktionsnedsättning.

I delrapporten identifierades även sex strategiska insatsområden med ett antal ändamålsenliga och effektiva åtgärder som på kort och lång sikt ska möta de behov som pandemin har medfört [46].

Områdena är:

- hälsofrämjande och rehabilitering
- nära vård
- patientinflytande
- kompetensförsörjning
- kapacitetsstyrning
- kunskapsstyrning

Socialstyrelsen har i januari 2022 fått i uppdrag (S 2022/00456) att fördela medel till regionerna för riktade insatser för att hantera de uppdämda vårdbehoven med anledning av covid-19. De riktade insatserna baseras på de förslag som myndigheten presenterade i ovan nämnda delrapport om att ta hand om de uppdämda vårdbehoven [46].

Bilaga 3. Dataunderlag för pandemiperioderna

I bilaga 3 finns delvis det dataunderlag som ligger till grund för resultaten och figurerna i rapporten. Övriga resultat kan hämtas via Socialstyrelsens webbsida [69].

Innehållet för bilagan följer enligt nedan:

- Tabell 3. Analys- och jämförelseperioder.
- Tabell 4. Operationsområden och kirurgiska åtgärder inom slutenvård, pandemiperioder, riket.
- Tabell 5. Läkarbesök inom öppen specialiserad vård, pandemiperioder, regioner.
- Tabell 7. Dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård, ålder, pandemiperioder, riket.
- Tabell 8. Läkarbesök inom specialiserad öppenvård, ålder, pandemiperioder, riket.
- Tabell 9. Vårdperioder inom somatisk slutenvård, ålder, riket.
- Tabell 10. Operationer och kirurgiska åtgärder inom slutenvård, ålder, riket.

Analys- och jämförelseperioder

Se tabell 3 för de analys- och jämförelseperioder som varit utgångspunkten för analysen för att mäta effekterna av covid-19 i slutenvård och specialiserad öppenvård utifrån data från patientregistret. Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Tabell 3. Analysperioder under covid-19-pandemin och motsvarande jämförelseperioder

Perioder	Analysperiod månad	Jämförelseperiod månad
Pandemiperioden	Mars 2020–december 2021	Mars–december 2017–2019 och januari–december 2017–2019
Första vågen	Mars–september 2020	Mars–september 2017–2019
Andra vågen	Oktober 2020–januari 2021	Oktober 2017–2019–januari 2017–2019
Tredje vågen	Februari 2021–juni 2021	Februari–juni 2017–2019
Fjärde vågen	Juli–december 2021	Juli–december 2017–2019

Resultattabeller

Tabell 4. Operationsområden och kirurgiska åtgärder inom slutenvård, pandemiperioder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod. Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Största procentuella minskning			Största minskning i antal		
Operationsområde	Andel (%)	Antal	Operationsområde	Andel (%)	Antal
Pandemiperioden					
E Läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	-23 %	-3 745	N Rörelseapparaten	-15 %	-28 193
D Öron, näsan, halsen och struphuvudet	-19 %	-2 139	J Mag-tarmkanalen och därtill hörande organ	-7 %	-9 336
Första vågen					
E Läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	-31 %	-1 568	Q Åtgärder på huden	-8 %	-24 681
C Operationer och speciella undersökningar i ögonregionen	-24 %	-1 043	N Rörelseapparaten	-21 %	-11 835
Andra vågen					
C Operationer och speciella undersökningar i ögonregionen	-21 %	-545	Q Åtgärder på huden	-5 %	-12 683
E Läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	-19 %	-602	N Rörelseapparaten	-15 %	-5 373
Tredje vågen					
E Läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	-35 %	-1 042	N Rörelseapparaten	-26 %	-9 147
D Öron, näsan, halsen och struphuvudet	-35 %	-730	J Mag-tarmkanalen och därtill hörande organ	-8 %	-2 349
Fjärde vågen					
C Operationer och speciella undersökningar i ögonregionen	-15 %	-534	N Rörelseapparaten	-4 %	-1 838
E Läppar, tänder, käkar, munnen och svalget	-13%	-534	C Operationer och speciella undersökningar i ögonregionen	-15 %	-543

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Tabell 5. Läkarpbesök inom öppen specialiserad vård, pandemiperioder, regioner

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod.
Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Störst procentuell minskning			Störst procentuell ökning		
Region	Andel (%)	Antal	Region	Andel (%)	Antal
Pandemiperioden					
Västra Götaland	-21 %	-502 822	Gotland	12 %	15 782
Värmland	-14 %	-49 356	Västmanland	7 %	30 757
Dalarna	-12 %	-48 577	Örebro län	5 %	27 388
Första vågen					
Västra Götaland	-22 %	-160 652	Gotland	13 %	5 319
Sörmland	-20 %	-22 308	Västmanland	0,5 %	603
Värmland	-20 %	-21 677			
Andra vågen					
Västra Götaland	-25 %	-115 553	Gotland	14 %	3 434
Dalarna	-15 %	-11 916	Västmanland	3 %	2 513
Värmland	-14 %	-9 966			
Tredje vågen					
Västra Götaland	-19 %	-104 761	Gotland	20 %	5 822
Värmland	-10 %	-8 313	Örebro län	16 %	19 140
Dalarna	-7 %	-6 733	Västmanland	15 %	14 804
Fjärde vågen					
Västra Götaland	-20 %	-121 857	Västmanland	12 %	12 837
Sörmland	-11 %	-10 495	Örebro län	9 %	12 978
Uppsala	-10 %	-21 637	Jönköping län	6 %	10 644

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Tabell 7. Dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård, ålder, pandemiperioder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod.
Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Ålder	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
0–17 år					
Antal analysperiod	60 230	37 068	50 771	53 126	201 195
Antal jämförelseperiod	68 053	39 360	51 722	55 444	214 579
Differens	-7 823	-2 292	-951	-2 318	-13 384
Procentuell förändring	-11 %	-6 %	-2 %	-4 %	-6 %
18–69 år					
Antal analysperiod	541 795	355 180	470 009	499 868	1 866 852
Antal jämförelseperiod	605 408	387 303	469 839	518 474	1 981 024
Differens	-63 613	-32 123	170	-18 606	-114 172
Procentuell förändring	-11 %	-8 %	0,04 %	-4 %	-6 %
70 år och äldre					
Antal analysperiod	331 626	244 400	320 983	369 975	1 266 984
Antal jämförelseperiod	391 885	249 955	296 113	342 679	1 280 632
Differens	-60 259	-5 555	24 870	27 296	-13 648
Procentuell förändring	-15 %	-2 %	8 %	8 %	-1 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Tabell 8. Läkarbesök inom specialiserad öppenvård, ålder, pandemiperioder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod.
Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Ålder	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
0–17 år					
Antal analysperiod	720 157	449 396	600 075	646 584	2 416 212
Antal jämförelseperiod	761 292	489 814	595 679	650 603	2 497 389
Differens	-41 135	-40 418	4 396	-4 019	-81 177
Procentuell förändring	-5 %	-8 %	0,7 %	-0,6 %	-3 %
18–69 år					
Antal analysperiod	3 054 105	1 903 283	2 499 611	2 672 690	10 129 689
Antal jämförelseperiod	3 287 229	2 088 574	2 512 302	2 829 609	10 717 714
Differens	-233 124	-185 291	-12 691	-156 919	-588 025
Procentuell förändring	-7 %	-9 %	-1 %	-6 %	-5 %
70 år och äldre					
Antal analysperiod	1 387 860	952 574	1 255 160	1 461 602	5 057 196
Antal jämförelseperiod	1 595 665	1 005 193	1 199 198	1 386 570	5 186 626
Differens	-207 805	-52 619	55 962	75 032	-129 430
Procentuell förändring	-13 %	-5 %	5 %	5 %	-2 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Tabell 9. Vårdperioder inom somatisk slutenvård, ålder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod.
Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Ålder	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
0–17 år					
Antal analysperiod	45 985	25 867	35 072	46 071	152 995
Antal jämförelseperiod	53 696	30 677	40 680	43 495	168 548
Differens	-7 711	-4 810	-5 608	2 576	-15 553
Procentuell förändring	-14 %	-16 %	-14 %	6 %	-9 %
18–69 år					
Antal analysperiod	305 958	177 258	229 333	263 824	976 373
Antal jämförelseperiod	338 634	195 252	249 037	282 960	1 065 882
Differens	-32 676	-17 994	-19 704	-19 136	-89 509
Procentuell förändring	-10 %	-9 %	-8 %	-7 %	-8 %
70 år och äldre					
Antal analysperiod	248 373	161 352	197 569	247 374	854 668
Antal jämförelseperiod	286 850	172 512	211 850	244 135	915 347
Differens	-38 477	-11 160	-14 281	3 239	-60 679
Procentuell förändring	-13 %	-6 %	-7 %	1,3 %	-7 %

Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Data hämtad: 2022-03-15.

Tabell 10. Operationer och kirurgiska åtgärder inom slutenvård, ålder, riket

Period: Se bilaga 3 tabell 3 för specifika månader och år per analys- och jämförelseperiod. Data jämförs med ett medeltal för motsvarande perioder 2017–2019.

Ålder	Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen	Fjärde vågen	Pandemi-perioden
0–17 år					
Antal analysperiod	15 067	8 699	10 935	12 502	47 203
Antal jämförelseperiod	16 858	9 247	12 361	13 661	52 126
Differens	-1 791	-548	-1 426	-1 159	-4 923
Procentuell förändring	-11 %	-6 %	-12 %	-8 %	-9 %
18–69 år					
Antal analysperiod	149 462	88 595	113 749	133 117	484 923
Antal jämförelseperiod	161 515	95 670	122 015	134 741	513 941
Differens	-12 053	-7 075	-8 266	-1 624	-29 018
Procentuell förändring	-7 %	-7 %	-7 %	-1,2 %	-6 %
70 år och äldre					
Antal analysperiod	90 244	61 176	75 267	95 299	321 986
Antal jämförelseperiod	103 246	63 912	77 806	88 847	333 811
Differens	-13 002	-2 736	-2 539	6 452	-11 825
Procentuell förändring	-13 %	-4 %	-3 %	7 %	-4 %

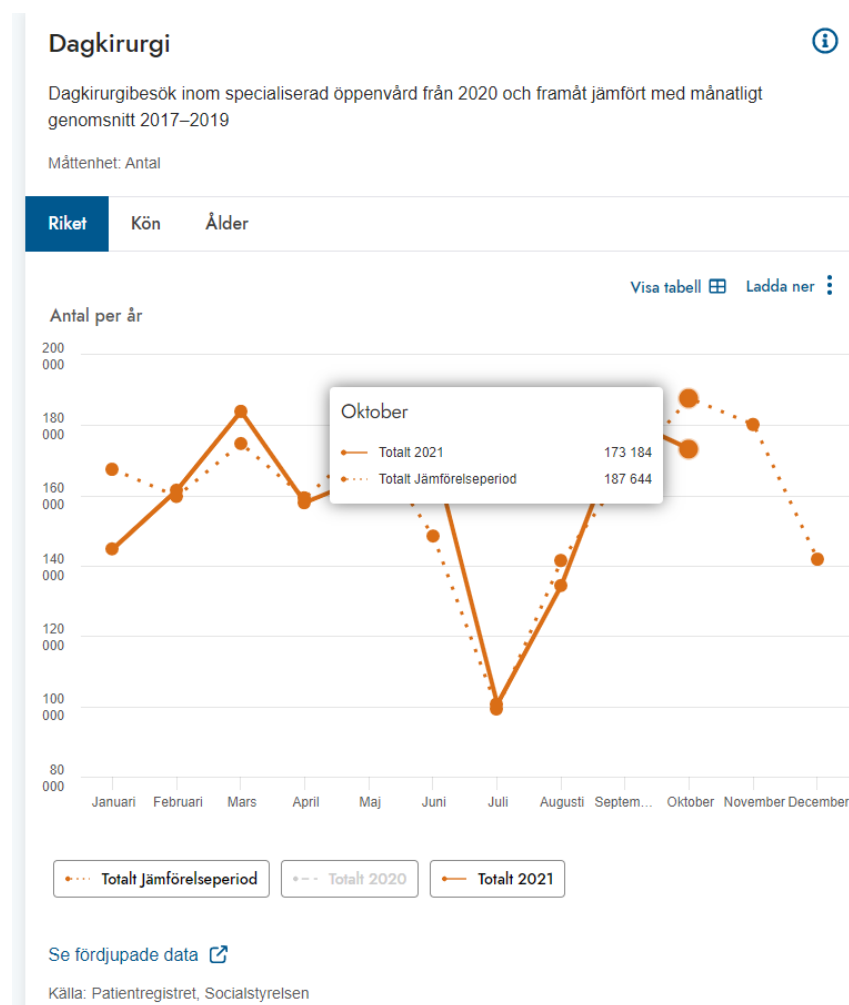
Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. Hämtad: 2022-03-15.

Bilaga 4. Statistik och analys som publicerats på socialstyrelsen.se

Figurtyper som presenteras

För alla mått, dvs., parametrar som belyses, presenteras tidsserier så att användaren enkelt kan se förändringar från föregående månad och år (figur 11).

Figur 11. Figur som illustrerar tidsserier och interaktiva funktioner



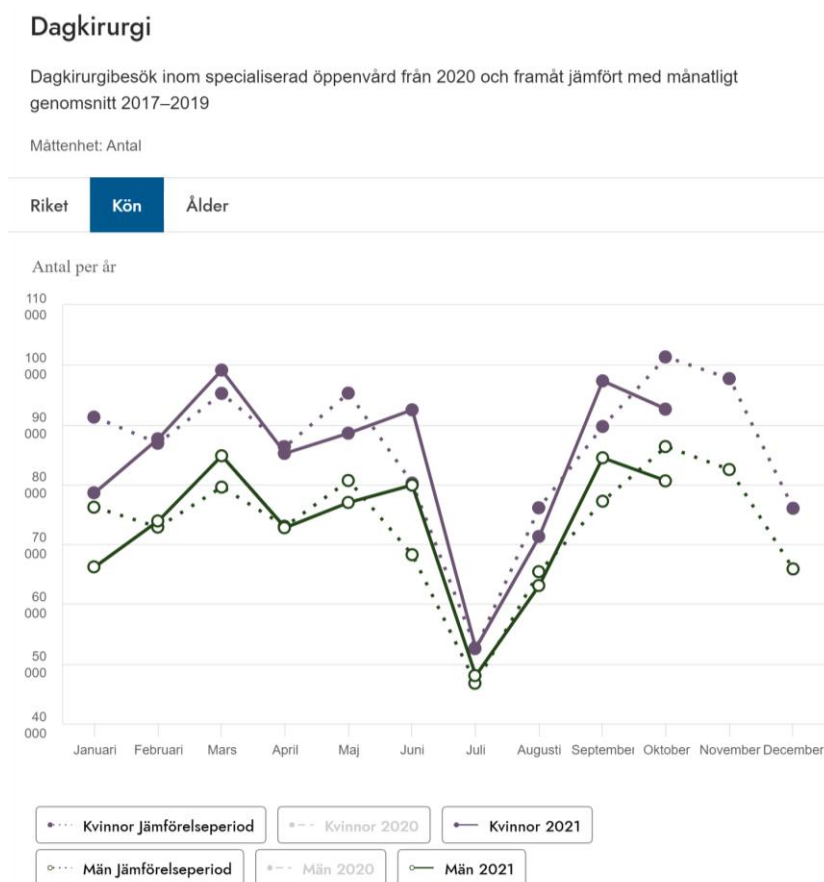
Figur 11 illustrerar även olika funktioner som ger användaren möjlighet att interagera med statistiken som presenteras:

- När visaren pekar på respektive månads punkt i figurlinjen kommer en ruta att dyka upp som visar värdet för analysperioden och jämförelseperioden.

- Användaren har möjlighet att ladda ned figuren och data i olika filformat genom menyvalet "ladda ner" som finns ovanför figuren.
- Även möjligheten att se data till figurerna möjliggörs om man klickar på menyvalet "visa tabell".
- Det finns även möjlighet att "se fördjupade data" i länken nedanför figuren för att komma vidare till en databas som Socialstyrelsen tagit fram för detta ändamål [69].

Statistiken presenteras för riket samt per kön och ålder (figur 12).

Figur 12. Figur som visar statistik för kön

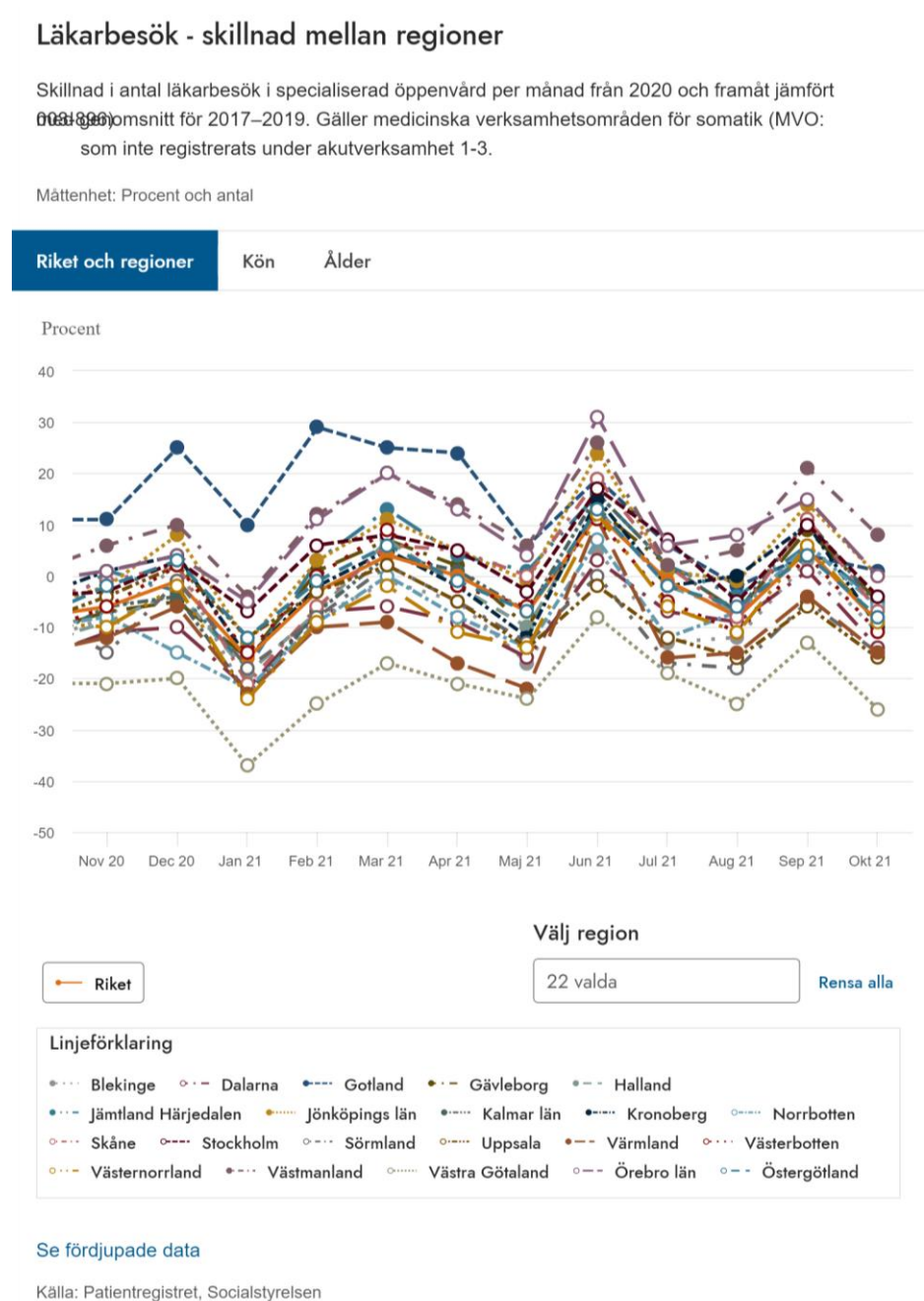


[Se fördjupade data](#)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

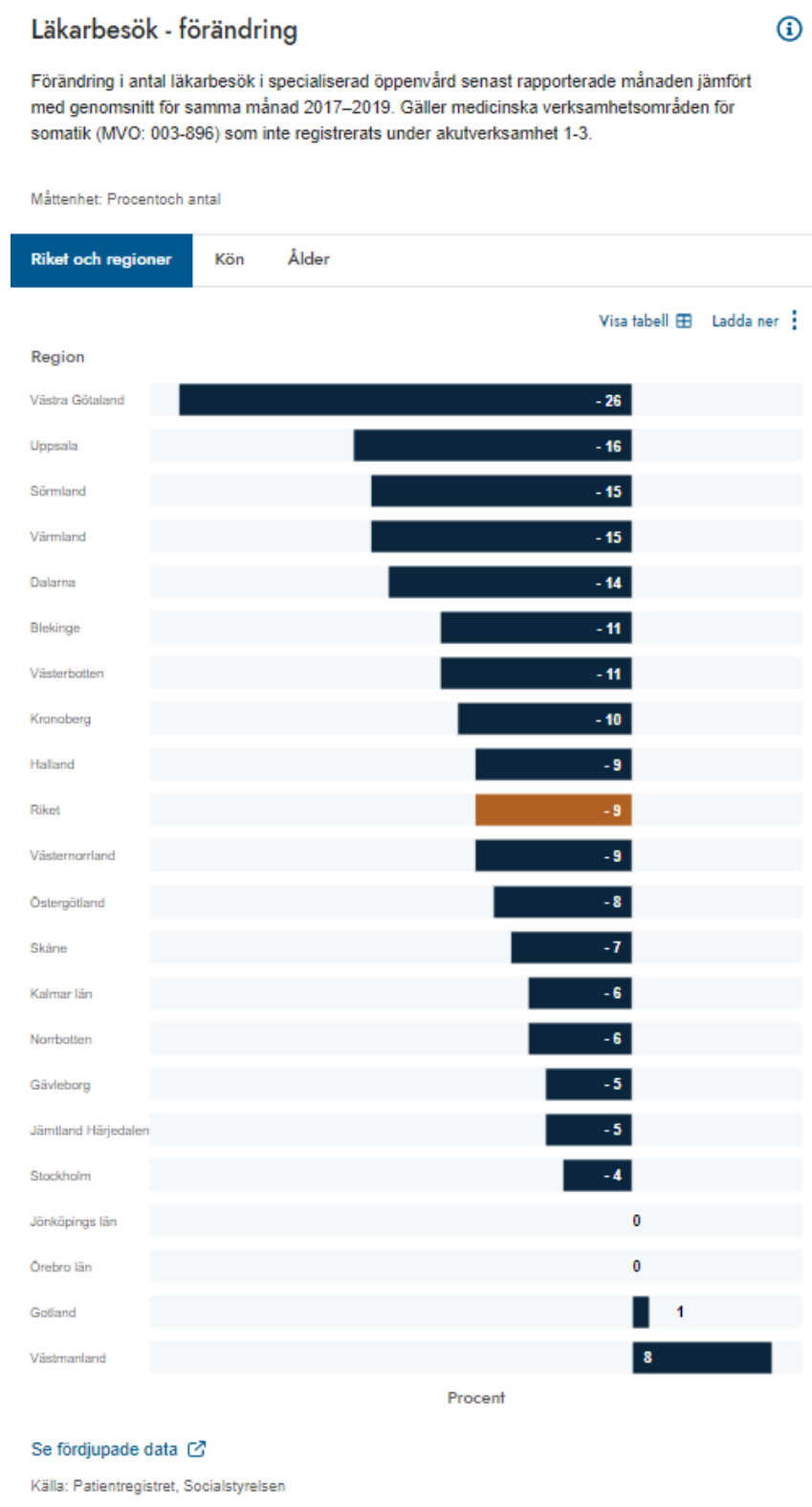
I några diagram presenteras statistiken även på regional nivå (figur 13). Användaren kan reglera antalet regioner som den vill följa förändringen för per månad jämfört med jämförelseperioden. I figur 13 visas rikets och alla regioners linjer.

Figur 13. Figur som visar statistiken på regional nivå per månad



En annan variant av figur visar respektive regions förändring i staplar vad gäller den senaste redovisade månaden jämfört med jämförelseperioden (figur 14).

Figur 14. Figur som visar statistiken på regional nivå den senaste månaden



Statistik som presenteras

Från januari 2022 och framåt

Övergripande statistik som sammanfattar läget för vårdkonsumtion och vårdproduktion.

Diagram med resultatredovisningar och PX-filer med fördjupad statistik

- Dagkirurgibesök inom specialiserad öppenvård från 2020 och framåt jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019, riket totalt samt uppdelat för kön och ålder.
- Vårdtillfällen med kirurgisk åtgärd (operationer) i slutenvård från 2020 och framåt jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019, riket totalt samt uppdelat för kön och ålder.
- Förändring i antal läkarbesök i specialiserad öppenvård senast rapporterade månaden jämfört med genomsnitt för samma månad 2017–2019, riket och regionerna totalt samt uppdelat för kön och ålder för riket.
- Skillnad i antal läkarbesök i specialiserad öppenvård per månad från 2020 och framåt jämfört med genomsnitt för 2017–2019, riket och regionerna totalt samt uppdelat för kön och ålder för riket.
- Vårdperioder i somatisk slutenvård från 2020 och framåt jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019, riket och regionerna totalt samt uppdelat för kön och ålder för riket.

Diagram och PX-filer med fördjupad statistik

- Vårdperioder i psykiatrisk slutenvård från 2020 och framåt jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019, riket totalt samt uppdelat för kön och ålder.
- Antal fall av hjärtinfarkt från 2020 och framåt jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019, riket totalt samt uppdelat för kön och ålder.
- Antal fall av stroke från 2020 och framåt jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019, riket totalt samt uppdelat för kön och ålder.
- Förändring i antal läkarbesök på somatisk akutmottagning inom specialiserad öppenvård senast rapporterade månaden jämfört med genomsnitt för samma månad 2017–2019, riket och regionerna totalt samt riket för kön och ålder.
- Skillnad i antal läkarbesök på somatisk akutmottagning per månad från 2020 och framåt jämfört med genomsnitt för 2017–2019, riket och regionerna totalt samt uppdelat för kön och ålder för riket.
- Förändring i antal läkarbesök på psykiatrisk akutmottagning inom specialiserad öppenvård senast rapporterade månaden jämfört med genomsnitt för samma månad 2017–2019, riket och regionerna totalt samt riket för kön och ålder.
- Skillnad i antal besök på psykiatrisk akutmottagning per månad från 2020 och framåt jämfört med genomsnitt 2017–2019, riket och regionerna totalt samt uppdelat för kön och ålder för riket.

Diagram och PX-filer med fördjupad statistik för operationsområden

- Förändring i antal operationer inom specialiserad öppenvård (dagkirurgi) och slutenvård (operationer) senast rapporterade månaden jämfört med genomsnitt för samma månad 2017–2019.
- Statistik per operationsområden för riket och regionerna uppdelat i dagkirurgi och operationer för måttet ”Skillnad i antal operationer per månad från 2020 och framåt jämfört med genomsnitt för 2017–2019”. Det gäller för följande operationsområden:²⁵:
 - Nervsystem (A)
 - Endokrina organ (B)
 - Ögonregioner (C)
 - Öron, näsa, hals, struphuvud (D)
 - Läpp, tand, käke, mun, svalg (E)
 - Hjärta, kärl (F)
 - Bröstvägg, lungsäck, mediastinum, diafragma, luftstrupe, luftrör, lunga (G)
 - Bröstkörtel (H)
 - Mag-tarmkanal (J)
 - Urinväg, manligt könsorgan, vävnad bakom bukhinna (K)
 - Kvinnligt könsorgan (L)
 - Obstetriska ingrepp (M)
 - Rörelseapparat (N)
 - Hud (Q)
 - Mindre kirurgiska ingrepp (T)
 - Transluminall endoskopi (U)
 - Åtgärder i anslutning till kirurgi (X)

Maj–december 2021

Övergripande statistik som sammanfattar läget för vårdkonsumtion och vårdproduktion

Diagram

- Vårdtillfällen med kirurgisk åtgärd inom slutenvården 2020–2021 jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019.
- Dagkirurgibesök inom specialiserad öppenvård 2020–2021 jämfört med månatligt genomsnitt 2017–2019.
- Vårdperioder i somatisk och psykiatrisk slutenvård uppdelat på patienter yngre än 70 år, samt 70 år och äldre.
- Förändring i antal läkarbesök på somatisk akutmottagning inom specialiserad öppenvård, september 2021 jämfört med genomsnitt för september 2017–2019.
- Förändring i antal läkarbesök på psykiatrisk akutmottagning inom specialiserad öppenvård, september 2021 jämfört med genomsnitt september 2017–2019.

²⁵ Med operationsområden menas respektive kapitel från Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ).

- Skillnad i antal läkarbesök på somatisk akutmottagning per månad 2020–2021 jämfört med genomsnitt för 2017–2019.
- Skillnad i antal besök på psykiatrisk akutmottagning per månad 2020–2021 jämfört med genomsnitt 2017–2019.
- Förändring i antal läkarbesök i specialiserad öppenvård, september 2021 jämfört med genomsnitt för september 2017–2019.
- Skillnad i antal läkarbesök i specialiserad öppenvård per månad 2020–2021 jämfört med genomsnitt för 2017–2019.

Datafiler

- Statistik över vårdtillfällen med kirurgiska åtgärder slutenvård.
- Statistik över dagkirurgibesök inom specialiserad öppenvård.
- Statistik över avslutade vårdperioder och vårdtider inom somatisk slutenvård.
- Statistik över avslutade vårdperioder och vårdtider inom psykiatrisk slutenvård.
- Statistik över besök på somatisk akutmottagning.
- Statistik över besök på psykiatrisk akutmottagning.
- Statistik över läkarbesök i somatisk specialiserad öppenvård.