

PM 2022:3

Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022

Indikatorer på kvalitet, jämlikhet
och effektivitet

► vård- och
omsorgsanalys

Vård- och omsorgsanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Våra analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapportserien. Promemorior, metodresonemang och liknande material som är underlag eller stöd för rapporterna publiceras i PM-serien.

De underlag som ingår i PM-serien har relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets, men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. Om vi har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN: 978-91-88935-50-2
www.vardanalys.se

Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022

Indikatorer på kvalitet, jämlikhet
och effektivitet

Beslut

Beslut om den här promemorian har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Utredaren Kajsa Hanspers har varit föredragande. Analyschefen Caroline Olgart Höglund, chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren och projektdirektören Nils Janlöv har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2022-05-13

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Kajsa Hanspers

Föredragande

Förord

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska enligt sin instruktion verka för att hälso- och sjukvården bedrivs och utvecklas utifrån patienternas och befolkningens behov, preferenser och förutsättningar, samt att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god och jämlik hälsa som möjligt. En viktig uppgift för myndigheten är att följa utvecklingen i hälso- och sjukvården utifrån dessa perspektiv.

I den här promemorian presenterar vi en indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Promemorian är en uppdatering av resultatredovisningen som ingick i det förslag till förbättrad nationell uppföljning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tog fram som svar på ett regeringsuppdrag 2019. I den här upplagan har vi kompletterat uppföljningen med en internationell jämförelse och uppdaterat indikatorerna fram till 2020.

Syftet med uppföljningen är att bidra med ett underlag som ger regeringen en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat, att identifiera utmaningar i hälso- och sjukvården samt att följa utvecklingen inom områden där utmaningar tidigare observerats. Vår förhoppning är att vår uppföljning ska vara ett underlag utifrån vilket regeringen, i dialog med regionerna, kan utveckla hälso- och sjukvården.

Arbetet har letts av projektledarna Simon Jehrlander och Kajsa Hanspers. I projektgruppen har även analytikerna Sara Blume och Johan Frisk samt projektdirektören Nils Janlöv och juristen Timothy Hallgren deltagit.

Stockholm i maj 2022

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Sammanfattning

Den här promemorian ger en bild av utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård utifrån ett antal indikatorer, som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tidigare bedömt är värdefulla för nationell uppföljning. Syftet är att följa utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet på systemnivå. Indikatorerna är valda för att återspegla de mål som enligt lag ska vägleda svensk hälso- och sjukvård – goda hälsoutfall, ett personcentrerat arbetssätt, vård efter behov och på lika villkor, tillgänglighet samt effektivitet.

Uppdatering av indikatorer för nationell uppföljning

Promemorian bygger vidare på rapporten *Med örat mot marken* från 2019, där vi redovisade ett regeringsuppdrag som bestod i att ta fram 5–10 indikatorer för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv. I den här promemorian uppdaterar vi indikatorerna för att fånga den aktuella utvecklingen inom hälso- och sjukvården, men vi vidareutvecklar också metoden för uppföljningen. Vidareutvecklingen består av att vi har kompletterat med en internationell jämförelse och i vissa fall valt nya datakällor, för att möjliggöra den internationella jämförelsen och stärka kvaliteten i indikatorerna.

Uppföljningen omfattar perioden 2016–2020 för de flesta av indikatorerna. Det medför att covid-19 pandemins första år ingår. Pandemin påverkar resultaten, till exempel när det gäller väntetider, antalet fysiska respektive digitala vårdbesök och kostnader för hälso- och sjukvården. Vi vill betona att det är viktigt att tolka indikatorerna i ljuset av pandemin, och att enskilda resultat under 2020 inte behöver representera en mer långsiktig trend.

Vår ambition är att kontinuerligt publicera indikatorer över hälso- och sjukvårdens utfall (avseende hälsa, personcentrering och väntetider), insatser och resursanvändning samt eventuella skillnader mellan befolkningsgrupper och regioner, för att över tid följa utvecklingen av vårdens kvalitet, effektivitet och jämlikhet. Vi kommer också fortsätta att utveckla uppföljningen framöver, för att möjliggöra fler analyser av svensk sjukvård över tid samt mellan grupper och regioner.

Vi belyser hälso- och sjukvården ur flera perspektiv

Vår uppföljning utgår från ett ramverk. Där ingår de övergripande måldimensioner som vi bedömer är viktigast att följa upp ur ett patient- och medborgarperspektiv: hälso- och sjukvårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Uppföljningen är inriktad på att belysa svensk hälso- och sjukvård på systemnivå – inte på att beskriva utfallen för enskilda regioner eller verksamhetsområden. Däremot presenterar vi indikatorerna uppdelat på

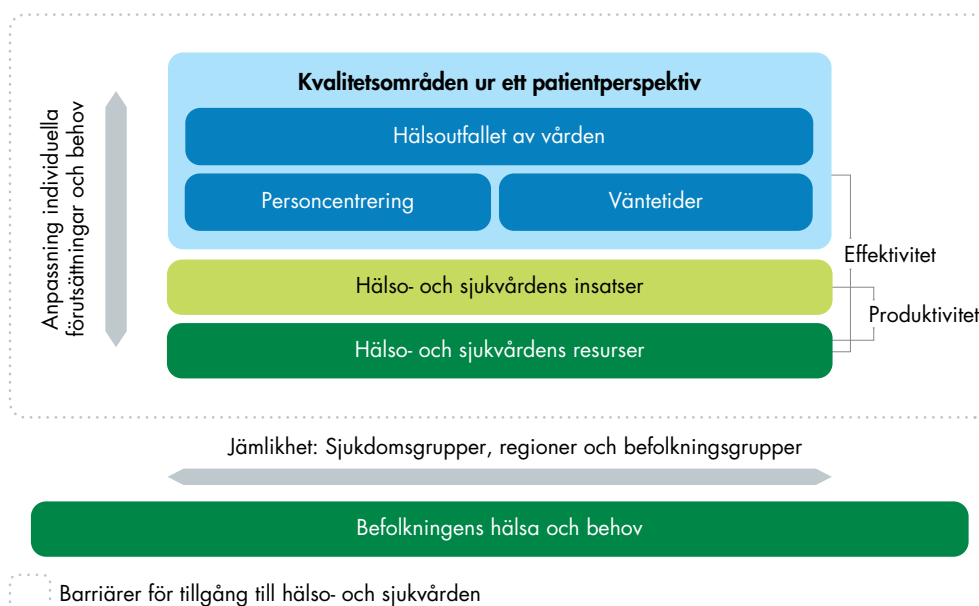
olika befolkningsgrupper, regioner och verksamhetsområden för att analysera jämlikheten i hälso- och sjukvården.

Figur 1 visar de centrala delarna i uppföljningen. Den översta delen av figuren består av de kvalitetsområden som är viktiga att följa upp ur ett patientperspektiv, det vill säga hälso- och sjukvårdens *hälsoutfall* (både medicinskt och patientupplevt), *personcentrering* och *väntetider*. Med personcentrering avses hur väl vården anpassar sina insatser efter den enskildes behov och förutsättningar. Att vården är personcentrerad är ett mål i sig men även viktigt då det ökar förutsättningarna för goda hälsoutfall. *Barriärer för tillgång till hälso- och sjukvården* illustreras som en ram runt vårdsystemet för att åskådliggöra att det handlar om barriärer att få tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser och insatser. Det kan till exempel handla om att komma i kontakt med hälso- och sjukvården på telefon eller att kunna ta sig till hälso- och sjukvården. För att uppnå god kvalitet görs olika *insatser* inom vården (till exempel förebyggande insatser, besök, behandlingar, läkemedelsförskrivning och undersökningar), och för att kunna göra detta krävs *resurser* (till exempel vårdpersonal, vårdplatser och ekonomiska medel).

Effektivitet avser förhållandet mellan de resurser som används och kvalitetsnivån inom de områden som vi har identifierat. Hög kvalitet tillsammans med låga kostnader innebär hög effektivitet. *Produktivitet* kan beskrivas som en del av effektiviteten och avser förhållandet mellan resurserna och det som vården ”presterar”, exempelvis läkarbesök, operationer och behandlingar. En jämförelsevis låg kostnad per utförd insats indikerar här bättre produktivitet.

Jämlikhet spänner tvärs över vårdens kvalitetsområden, insatser och resurser. Det innebär att vården ska vara jämlik – det vill säga utgå från behov och vara utan omotiverade skillnader mellan såväl olika sjukdoms- och befolkningsgrupper som regioner – vad gäller utfallen inom de olika kvalitetsområdena, samt fördelningen av insatser och resurser.

Figur 1. Övergripande ramverk som ligger till grund för vår uppföljning.



Analys ur flera perspektiv

Att avgöra vad som är en lämplig nivå för en indikator är inte helt enkelt när det gäller hälso- och sjukvård. För att kunna avgöra i vilken riktning utvecklingen går är vår uppföljning därför främst inriktad på att studera utvecklingen över tid. På det sättet blir de historiska värdena en referenspunkt. Den internationella jämförelsen bidrar med ytterligare en referenspunkt, eftersom den gör det möjligt att avgöra om utfallen i den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från utfallen i jämförbara länder. Utöver att studera utvecklingen på systemnivå analyserar vi också skillnader mellan olika befolkningsgrupper och regioner.

För samtliga indikatorer finns det mätproblem av olika slag. När det gäller hälsoutfall är det svårt att separera hälso- och sjukvårdens bidrag till befolkningens hälsa från andra faktorer som påverkar hälsan, till exempel arbetsmiljö och livsstil. När det gäller personcentrering kan variationer i förväntningarna på hälso- och sjukvården påverka. Därför har vi sökt efter indikatorer som kompletterar varandra, och det är viktigt att tolka indikatorerna som en helhet och inte var för sig.

Övergripande resultat och slutsatser

I det här avsnittet presenterar vi först en övergripande sammanfattning av resultaten. Därefter följer en bakgrundsbeskrivning av hälsan i Sverige och sedan våra sammantagna slutsatser utifrån indikatorerna för kvalitet, jämlikhet och effektivitet.

Figur 2 ger en översiktlig sammanfattning av resultaten. Figuren visar den övergripande trenden inom respektive kvalitetsområde och hur Sverige presterar i internationell jämförelse. Grön färg ska här tolkas som en positiv utveckling eller position, röd färg negativ utveckling eller position och gul färg som att indikatorerna varken är samstämmiga i positiv eller negativ riktning.

Vi redovisar även en bedömning av hur stora skillnaderna i utfall är mellan könen, socioekonomiska grupper, grupper med god respektive sämre självskattad hälsa samt regioner. I jämlikhetsanalysen indikerar färgerna hur stora skillnaderna är mellan de grupper som anges. Grönt innebär små skillnader, rött stora skillnader och gult bristande samstämmighet i indikatorerna.

Figuren visar även den övergripande trenden i resursanvändningen inom hälso- och sjukvården samt Sveriges resursanvändning en internationell jämförelse. Eftersom vårdens resursanvändning i första hand är ett mått på samhällets ambitionsnivå för hälso- och sjukvården så kan vare sig utvecklingen eller nivån värderas i sig och därför har vi gråmarkerat det här området. Det är först när resursanvändningen sätts i relation till vårdens kvalitetsutfall – det vill säga vid skattningar av vårdens effektivitet – som resursanvändningen kan värderas. Det hade därför varit önskvärt att i stället för resurser redovisa effektivitetsmått, men det finns betydande metodologiska och datamässiga hinder för att studera effektivitet över tid och i jämförelse med andra länder. Därför utelämnar vi den variabeln. I våra slutsatser tas däremot våra effektivitetsjämförelser mellan regionerna upp.

Figur 2. Sammanfattning av resultaten.

	Trend	Internationell jämförelse	Jämlighet			
			Kön	Socio-ekonomi	Hälsa	Geografi
Hälsoutfall av vården	➔ Positiv utveckling i hälsoutfall - Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskar. - Andelen av befolkningen som upplever att deras behov av vård tillgodoses ökar. - Hälsogapet minskar något.	● Sverige presterar väl i internationell jämförelse - Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är låg i Sverige. - Sverige har ett jämförelsevis litet hälsogap.	●	●	●	●
	➔ Tecken på förbättring - Tecken på förbättring över tid. - Det behövs fler observationer för att kunna avgöra om det rör sig om en långsiktig trend.	● Sämre i primärvården men bättre i sjukhusvården - Sverige presterar sämre än jämförbara länder gällande personcentrering i primärvården. - I den slutna sjukhusvården presterar Sverige bättre än de flesta av jämförbara länder.	●	●	●	●
Väntetider och barriärer	➔ Pandemin skapar uppdämt vårdbehov - Det finns ett uppdämt vårdbehov på grund av pandemin. - Allt fler uppger att de har tillgång till den vård de behöver.	● Längre väntetider i Sverige - Sverige har långa väntetider i internationell jämförelse. - Det är få som avstår vård på grund av kostnader och restid i Sverige, men vanligare att avstå vård på grund av väntetider.	●	●	●	●
Resurser	➔ Ökande kostnader - Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat sedan 2016. - Antalet sysselsatta läkare har ökat något i förhållande till befolkningen sedan 2016. - Samtidigt har antalet sysselsatta sjuksköterskor minskat. - Antalet vårdplatser minskar i förhållande till befolkningen.	● Höga kostnader men få vårdplatser - Sveriges kostnader för hälso- och sjukvård är höga i internationell jämförelse. - Sverige har en relativt hög läkartäthet, men en låg andel allmänläkare. - Sverige har det lägsta antalet disponibla vårdplatser i förhållande till befolkningen bland länderna i jämförelsen.				

Not: Trenden visar om utvecklingen är positiv eller negativ, vilket kan innebära både öknings- eller minskningar beroende på vilken indikator som avses. Grön innebär en positiv utveckling och röd en negativ. I den internationella jämförelsen avser färgerna hur Sveriges resultat förhåller sig i internationell jämförelse, där grön är en bättre position, röd är en sämre position och gult innebär att indikatorerna inte är samstämmiga i positiv eller negativ riktning. I jämlighetsanalysen indikerar färgerna hur stora skillnaderna är mellan de grupper som anges. Grönt innebär små skillnader, rött stora skillnader och gult bristande samstämmighet i indikatorerna. Resurser är gråmarkerade på grund av att positiv eller negativ riktning inte kan bedömas utifrån enbart mått på resurser.

Befolkningens hälsa och behov

I en internationell jämförelse är hälsan i Sverige god och den övergripande trenden är att hälsan förbättras. Det är en positiv utveckling med flera förklaringar. Det kan exempelvis bero på bättre levnadsförhållanden, kraftfullare insatser för att förebygga olyckor och ohälsosamma levnadsvanor samt att vården blir allt bättre på att diagnostisera och behandla sjukdomar.

Pandemin har dock medfört en nedgång i den förväntade medellivslängden under 2020. Sannolikt är det en tillfällig nedgång. Det finns samtidigt tecken på att andelen i befolkningen med långvariga sjukdomar och låg självskattad hälsa ökat. Den utvecklingen kan åtminstone delvis förklaras av att medellivslängden ökar. Att vi blir äldre gör att fler personer hinner utveckla de kroniska sjukdomar som normalt följer av ökad ålder. Den i grunden mycket positiva utvecklingen medför därför en utmaning för hälso- och sjukvården.

Utöver de förändringar som en allt äldre befolkning medför för hälso- och sjukvården, finns det utmaningar för jämlik hälsa. Hälsan är ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper och regioner både när det gäller dödlighet och självskattad hälsa. Exempelvis är andelen kvinnor som uppger att deras hälsa är god lägre än bland männen, även med hänsyn tagen till ålder. Det är också vanligare att kvinnor har långvariga sjukdomar. Samtidigt har kvinnor en högre förväntad livslängd – i genomsnitt är den förväntade livslängden cirka 3 år längre för kvinnor än män.

Även mellan utbildningsgrupper finns skillnader – de med förgymnasial utbildning har en cirka fem år lägre förväntad livslängd än de med eftergymnasial utbildning. Även den självskattade hälsan är lägre för de med förgymnasial utbildning.

Svensk hälso- och sjukvård i internationell jämförelse

Sverige har goda resultat för vårdens hälsoutfall och för personcentrering vid sjukhusvård. De svenska resultaten är däremot sämre när det gäller upplevelsen av vårdmötet vid vård och behandling hos ordinarie läkare eller vårdpersonal. Självupplevda väntetider till icke-akut vård är längst bland de länder som ingår i jämförelsen och Sverige har även jämförelsevis långa väntetider till specialistvård och till operationer.

Svensk hälso- och sjukvård har goda hälsoutfall av vården

Sverige presterar väl när vi jämför hälsoutfallet i hälso- och sjukvården i olika länder. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten och skillnaden i självskattad hälsa mellan dem med långvarig sjukdom och dem som är friska (hälsogapet) är lägre än EU-snittet och de flesta av de länder som ingår i vår jämförelse.

Svensk primärvård kan bli mer personcentrerad

Sverige presenterar sämre än jämförelseländerna när det gäller personcentrering vid besök hos ordinarie läkare eller vårdkontakt. Det handlar till exempel om att patienterna mindre ofta upplever att de är delaktiga vid beslut om vård och behandling och att vårdpersonal förklarar på ett sätt som är enkelt att förstå. Samtidigt är andelen patienter som upplever sjukhusvården som personcentrerad högre än i jämförelseländerna.

Längre väntetider i Sverige

I internationell jämförelse är det relativt få i Sverige som avstår vård på grund av höga kostnader och lång restid, vilket tyder på låga trösklar in i vården. Däremot är det vanligare att avstå vård på grund av väntetider i Sverige än i många andra länder.

I den internationella jämförelsen ingår bara patientupplevda väntetider, eftersom ländernas sätt att rapportera verksamhetsbaserade väntetider skiljer sig väsentligt. I jämförelsen framgår att andelen patienter som får ett första besök i vården (exklusive akutmottagningar) inom fem dagar är 62 procent, medan medianen i våra jämförelseländer är cirka 80 procent. När det gäller nybesök till den specialiserade vården är skillnaden mindre, medan andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på operation är avsevärt högre i Sverige än i flera av jämförelseländerna. En bidragande orsak kan vara att belägningsgraden är högre inom svensk sjukhusvård till följd av det förhållandevis låga antalet vårdplatser i förhållande till befolkningen.

Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård

En viktig del av uppföljningen är att följa utvecklingen över tid. Syftet är att tidigt upptäcka vilka utmaningar som uppstår inom hälso- och sjukvården. Uppföljningen visar på förbättringar i vårdens hälsoutfall och personcentrering, men försämrade väntetider i pandemins spår.

Förbättringar i vårdens hälsoutfall

Hälso- och sjukvårdens hälsoutfall har utvecklats positivt över tid. Den åtgärdbara dödligheten minskar och andelen av befolkningen som upplever att deras behov av vård tillgodoses ökar. Hälsogapet (skillnaden i självskattad hälsa mellan dem som har och inte har en långvarig sjukdom) har också minskat något sedan 2015.

Tecken på förbättrad personcentrering

Våra indikatorer tyder på en viss förbättring av personcentreringen över tid. Både andelen som har en positiv upplevelse av vårdmötet och vårdens samordning har ökat sedan 2016. Men det behövs fler observationer för att kunna avgöra om det rör sig om en långsiktig trend.

Väntetiderna till specialiserad vård har ökat under pandemin

Två av de indikatorer som syftar till att följa tillgänglighetsbarriärer visar på en positiv utveckling. Andelen som avstår från att söka vård har minskat något, visserligen från en redan mycket låg nivå. Även andelen i befolkningen som uppger att de har tillgång till den vård de behöver är större än 2018. Telefontillgängligheten har däremot minskat något under pandemin. Dessförinnan har den legat på en stabil nivå sedan 2014.

Bedömningsgarantin i primärvården har förbättrats något de senaste två åren. 2021 fick 82 procent av patienterna en bedömning inom 3 dagar.

Efterlevnaden av besöks- och behandlingsgarantin i den specialiserade vården har försämrats under pandemin. Men även innan pandemin fanns en trend mot en allt sämre efterlevnad av vårdgarantin i den specialiserade vården – av dem som väntade var det en allt större andel som väntat i mer än 90 dagar.

Vissa förbättringar i jämlikheten, men skillnader kvarstår

Det finns fortfarande skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupper och regioner. Här har hälso- och sjukvården en viktig roll genom sitt kompensatoriska uppdrag. Det kan till exempel finnas behov av att nå ut till grupper där hälsan i genomsnitt är sämre och att i större utsträckning arbeta med förebyggande insatser.

När det gäller väntetider medger inte datakällorna jämförelser utifrån behoven hos olika grupper, och i vissa fall inte heller utifrån individuella bakgrundsfaktorer och vi har därför inte kunnat analysera eventuella skillnader i väntetider mellan patientgrupper.

Skillnader i hälsoutfall mellan olika grupper

Vi ser en positiv utveckling över tid när det gäller skillnaderna i hälsoutfall mellan grupper och regioner. Samtliga indikatorer tyder på minskade skillnader mellan kommuntyper samt utbildnings- och åldersgrupper. Skillnaderna i åtgärdbar dödlighet och tillgodosett vårdbehov minskar även mellan kvinnor och män samt regioner.

Trots att våra indikatorer visar tecken på att skillnaderna mellan grupper minskar, finns det fortfarande behov att öka jämlikheten i hälso- och sjukvården. Våra indikatorer för hälsoutfall visar en blandad bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet för olika grupper. Den åtgärdbara dödligheten är högre och hälsogapet större för dem med kortare utbildning, men samtidigt uppger en något högre andel av dem med förgymnasial utbildning att deras vårdbehov tillgodoses. Det sistnämnda resultatet kan eventuellt bero på skilda förväntningar på hälso- och sjukvården mellan grupperna, eftersom förväntningar kan påverka resultaten av patientrapporterade erfarenhetsmått.

Personer med förgymnasial utbildning är överrepresenterade i somatisk öppen- och slutenvård. Det tyder på att hälso- och sjukvården bidrar till att utjämna de hälsoskillnader som finns, men också att det är svårt för hälso- och sjukvården att utjämna skillnaden i hälsa mellan låg- och högutbildade fullständigt. En hög konsumtion av slutenvård i vissa grupper kan också tyda på att det finns behov av att se över hälso- och sjukvårdens arbetssätt när det gäller att nå ut bättre till de grupperna i ett tidigt stadium, det vill säga att

i högre utsträckning arbeta med förebyggande insatser. I det arbetet har primärvården en viktig roll. Tyvärr saknas i dagsläget möjlighet att studera åtgärder i primärvården utifrån socioekonomiska grupper på nationell nivå eftersom ett nationellt primärvårdsregister saknas.

Personer med dålig hälsa har mer negativa upplevelser av vården

Vi finner inga stora skillnader mellan kön eller utbildningsgrupper när det gäller vårdens personcentrering. Däremot har äldre åldersgrupper bättre upplevelser av vårdmötet och de upplever även vården som mer samordnad. Det är också vanligare att patienter inom den specialiserade vården upplever bättre personcentrering och samordning än patienter inom akut- och primärvård. Sedan förra mättillfället ser vi dock att de skillnader som finns har minskat något.

Ett resultat som sticker ut är att de med sämre självskattad hälsa oftare har en mer negativ upplevelse av vårdmötet och vårdens samordning än de med god hälsa. Skillnaden har dock minskat över tid. Personer med sämre hälsa upplever också i högre grad barriärer för tillgängligheten. Gruppen är överrepresenterad bland dem som avstår från att söka vård och upplever i lägre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver.

Det finns betydande geografiska skillnader – särskilt i väntetider

Hälso- och sjukvården ska vara geografiskt jämlik. Med andra ord ska de som behöver hälso- och sjukvård kunna förvänta sig samma kvalitet och tillgång till vård oavsett var i landet de bor.

Det finns betydande geografiska skillnader i de kvalitetsdimensioner som ingår i uppföljningen. Exempelvis varierar det i vilken utsträckning som vårdgarantin uppfylls i olika delar av landet. Variationen i andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar är mellan 70 och 90 procent. Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på nybesök eller behandling i den specialiserade vården varierar mellan 40 och 90 procent mellan regionerna. Det finns också skillnader i hälsoutfall och personcentrering mellan regionerna, men de skillnaderna är inte lika stora.

Vi ser inget mönster där några regioner som sticker ut genom att ha höga värden på samtliga kvalitetsdimensioner. Exempelvis är hälsoutfall och tillgänglighet särskilt goda i Stockholm, men samtidigt ligger Stockholm sämre till när det gäller personcentrering. När det gäller effektivitet ligger Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Uppsala och Halland högt, medan Blekinge, och Västernorrland ligger lågt.

Hälso- och sjukvårdens insatser är svåra att mäta

Det är mycket svårt att i svenska data följa den sammantagna utvecklingen av vårdkonsumtionen, både vad gäller patientens hela vårdkedja och summerat för olika vård-, besöks- och kontaktformer. En begränsning är att en stor del av statistiken är inriktad på de åtgärder som utförs av läkare, medan åtgärder som utförs av annan vårdpersonal som sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter inte ingår i de nationella statistikdatabaserna.

Våra indikatorer visar att antalet läkarbesök per invånare minskade under pandemiåret 2020, både i specialiserad somatisk vård och inom primärvården. De digitala utomlänsbesöken till läkare har dock ökat markant. Även åren pandemin innan minskade vårdkonsumtionen hos läkare i primärvård och i slutet specialiserad vård. Antalet läkarbesök per invånare i specialiserad somatisk vård har istället ökat något sedan 2016. Eftersom andra yrkesgrupper inte ingår i statistiken, är det dock svårt att avgöra om de förändringar som skett representerar en förändring i antalet besök och vårdtillfällen sammantaget. Dessutom saknas heltäckande register över de kontakter och besök som sker digitalt eller via telefon.

I uppföljningen mäter vi även antalet konsumerade DRG-poäng (DRG står för diagnosrelaterade grupper och poängen mäter hur resurskrävande insatserna är) i somatisk sluten- och öppenvård. Indikatorn mäter inte bara antalet besök och vårdtillfällen inom specialiserad vård, utan den tar även hänsyn till vårdtyngden vid respektive besök eller vårdtillfälle. Antalet konsumerade DRG-poäng per invånare har legat stabilt under de senaste åren, med undantag för pandemins första år 2020, då antalet konsumerade DRG-poäng minskade. Under det året minskade särskilt antalet vårdtillfällen, vilket ger avtryck i indikatorn.

Som förväntat är antalet fysiska läkarbesök i primärvården och antalet konsumerade DRG-poäng i den specialiserade vården störst bland de äldre åldersgrupperna. Även personer med kortare utbildning, kvinnor och personer som bor utanför landsbygden konsumerar fler DRG-poäng än andra grupper.

Det finns utrymme att öka effektiviteten i svensk hälso- och sjukvård

Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader är höga jämfört med andra länder, både som andel av BNP och per invånare. I reala termer har hälso- och sjukvårdens kostnader i förhållande till befolkningen varit i stort sett oförändrade sedan 2016, men en viss ökning har ägt rum under 2020, sannolikt på grund av statliga tillskott under pandemin. Regionernas nettokostnader, som exkluderar riktade statsbidrag, har däremot inte ökat.

På grund av bristande data är det svårt att skatta hur vårdens samlade produktivitet och effektivitet förändrats under perioden. Vi bedömer dock att nedgången i vårdproduktion under pandemins första år 2020 tillsammans med ökade totala kostnader ledde till minskad produktivitet. Även om det är svårt att skatta hur vårdens effektivitet på nationell nivå utvecklats under perioden så visar vår effektivitetsjämförelse mellan regioner på tydliga skillnader.

När andelen äldre i befolkningen ökar kommer förmodligen även behoven av hälso- och sjukvård att öka. Avgörande för utvecklingen framöver är att utnyttja de resurser som finns på bästa sätt. Det är därför angeläget att söka efter möjligheter att öka produktiviteten och effektiviteten. Omställningen till god och nära vård, som bland annat syftar till att öka primärvårdens relativa omfattning och kvalitet, är en reform som kan bidra till ökad effektivitet.

Hittills visar inte våra indikatorer att omställningen har inneburit några betydande förändringar i andelen resurser till primärvården. Vi kan se en liten ökning i primärvårdens kostnadsandel, men andelen specialister i allmänmedicin är oförändrad sedan 2016, och befinner sig därmed fortfarande på en betydligt lägre nivå än i jämförelseländerna.

Hälso- och sjukvårdens resurser ökar

För att mäta hur stora ekonomiska resurser som hälso- och sjukvården har till sitt förfogande använder vi oss av kostnadsstatistik. Det finns flera olika sätt att mäta kostnaderna. Ett vanligt mått är nettokostnad, som avser regionernas kostnader för hälso- och sjukvården men exkluderar patientavgifter och riktade statsbidrag. Ett annat mått är kostnaden för det egna åtagandet. En fördel med kostnad för eget åtagande jämfört med nettokostnaden är att det rymmer samtliga kostnader för hälso- och sjukvården – även statlig finansiering genom riktade statsbidrag. En nackdel är att det inte är möjligt att göra jämförelser mellan regioner, eftersom kostnaderna för regioner där regionala bolag finns underskattas. På aggregerad nivå redovisar vi båda måtten, men för regionala jämförelser använder vi oss av nettokostnaden.

Medan nettokostnaden för hälso- och sjukvården har varit i stort sett oförändrad sedan 2016, så har kostnaden för det egna åtagandet stigit något, framför allt under pandemin. Det gäller samtliga verksamhetsområden, men sammansättningen mellan verksamhetsområdena har förändrats i viss utsträckning. Den största förändringen som har ägt rum är att primärvårdens kostnadsandel har ökat något. Den förändringen syns även i nettokostnaden – sedan 2016 har nettokostnaden för primärvården ökat med 300 kronor per invånare.

När det gäller resurser i termer av personal så har antalet sysselsatta läkare ökat något i förhållande till befolkningen sedan 2016, men samtidigt har antalet sysselsatta sjuksköterskor minskat. Antalet sysselsatta läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens har minskat i förhållande till befolkningen. Andelen specialister i allmänmedicin är oförändrad sedan 2016.

Tillgången på sjuksköterskor är något lägre än i jämförbara länder som Norge, Finland och Tyskland, men fortfarande högre än genomsnittet i EU. Tillgången på läkare är jämförbar med övriga länder i jämförelsen. Sverige utmärker sig dock genom att andelen allmänläkare är förhållandevis låg.

Antalet disponibla vårdplatser per invånare är lägre än genomsnittet i EU och i jämförbara länder. Utvecklingen är att antalet vårdplatser minskar – sedan 2017 har de minskat med cirka 7 procent. Den minskande trenden återfinns i hela EU, men från en högre nivå. Utvecklingen kan bland annat förklaras med att den medicinska utvecklingen medför att ingrepp som tidigare krävde sjukhusinläggning numera kan utföras inom öppenvården.

Produktiviteten har försämrats under pandemiåret 2020

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdens produktivitet, det vill säga antalet prestationer eller åtgärder i relation till den samlade resursanvändningen, har varit i princip oförändrad mellan 2017 och 2019. Det sista året i mätperioden – 2020 – minskade produktiviteten påtagligt. Vi skattar minskningen i produktivitet inom specialiserad somatisk vård till 7 procent och nedgången inom primärvården till 17 procent. En viktig förklaring till utvecklingen är pandemin, som medfört att antalet insatser har minskat kraftigt, samtidigt som kostnaderna har varit i princip oförändrade (beräknat som regionernas nettokostnader, om man även tar hänsyn till statliga tillskott så har resurserna ökat).

Vi ser även betydande regionala skillnader i produktivitet. Vissa regioner kan leverera fler besök i primärvården i förhållande till kostnaderna än andra. Exempelvis har Halland 15 procent fler vårdkontakter i primärvården än rikssnittet, och samtidigt 4 procent lägre kostnader. Halland, Uppsala och Skåne har högst produktivitet i primärvården. Det kan jämföras med Stockholm och Västra Götaland, som har ett högre antal vårdkontakter än riksgenomsnittet, men till en kostnad som är högre än rikssnittet. Sammantaget uppgår skillnaden i kostnad per viktad vårdkontakt i primärvården mellan regionen med högst kostnad respektive lägst till ungefär 900 kr, en skillnad på 34 procent.

Däremot är det svårt att se ett systematiskt mönster när det gäller produktiviteten i hälso- och sjukvården sammantaget. Det är sällan som regioner med hög produktivitet i primärvården även har det i den somatiska vården och vice versa. Ett undantag är region Stockholm som uppvisar låg produktivitet i båda sektorerna.

Vårdens produktivitet är vidare svår att jämföra mellan länder men en indikation på bristande produktivitet är Sveriges jämförelsevis låga antal läkarkonsultationer per invånare om 2,6, vilket är lägst av samtliga länder i jämförelsen.

Inget samband mellan kvalitet och kostnader

Vi kan inte uttala oss om effektivitetens utveckling på nationell nivå. Vår analys är begränsad till att jämföra effektiviteten i olika regioner. Analysen baseras på att sätta hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till kostnaderna. För att mäta resultaten skapar vi ett sammanviktat index av de kvalitetsindikatorer som ingår i uppföljningen. Slutsatsen från den analysen är att vi inte kan se något samband mellan hög kvalitet och hög kostnad för vården.

Det finns betydande skillnader mellan regionerna i vår effektivitetsanalys. Ett antal regioner, däribland Jönköping, Halland och Kronoberg, uppvisar såväl bättre sammanviktade resultat för kvalitetsområdena samt lägre behovsjusterade kostnader per invånare än genomsnittet för riket. Det tyder på att det finns potential för effektivitetsförbättringar även för andra regioner.

Det behövs fler möjligheter att följa upp jämlikhet och effektivitet

En grundförutsättning för en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården är att det finns tillgång till data som är systematiskt insamlad och möjlig att analysera ur ett effektivitets- och jämlikhetsperspektiv. Utöver generella mätproblem kopplade till att exempelvis separera hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsan från andra bakgrundsfaktorer, så saknas det möjligheter att analysera vissa variabler över tid och på individnivå.

Vi bedömer att datakvaliteten och tillförlitligheten i de datakällor som ligger till grund för indikatorerna i vårt urval är tillräckligt god för att ge en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse på nationell nivå ur ett systemperspektiv (se Vård- och omsorgsanalys 2019a). Det finns dock utvecklingsmöjligheter när det gäller att öka tillförlitligheten och kvaliteten i existerande datakällor. Nedan redovisar vi därför de problem som aktualiserats i samband med uppföljningen. För en mer fördjupad genomgång av statistik-källorna och möjligheter framåt, se Vård- och omsorgsanalys 2019a.

Det krävs detaljerad information för att analysera omotiverade skillnader

Ett syfte med den nationella uppföljningen är att identifiera eventuella omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, samt att analysera vad dessa beror på. För att avgöra om en skillnad är omotiverad krävs att vi kan ta hänsyn till motiverade skillnader, exempelvis skillnader i hälsoutfall som beror på köns- och åldersrelaterade faktorer. För sådana analyser krävs att statistiken innehåller bakgrundsvariabler som kön och ålder men även utbildnings- och inkomstförhållanden med mera. För att analyserna ska bli av god kvalitet är det en stor fördel att statistiken kan analyseras på individnivå. Att enbart ha tillgång till aggregerad information på exempelvis regionnivå begränsar därför vilka analyser som kan göras och vilka slutsatser som kan dras.

Förutsättningarna för att göra denna typ av analyser skiljer sig mellan datakällor, eftersom vissa datakällor innehåller betydligt mindre information om bakgrundsfaktorer än andra. Det gäller särskilt väntetidsstatistiken, där flera viktiga bakgrundsfaktorer saknas, men även primärvårdskonsumtion eftersom ett enhetligt nationellt register saknas på området. Ett annat generellt problem är att datakällorna, även om de inkluderar bakgrundsinformation, ofta saknar angiven huvuddiagnos. Det påverkar bland annat möjligheterna att undersöka hur vården fungerar för individer med olika typer av diagnoser samt att jämföra resursfördelning och resultat mellan olika sjukdomsgrupper. Det gäller exempelvis nationell patientenkät och väntetidsdatabasen.

Förutsättningarna begränsas också av att Vård- och omsorgsanalys i dagsläget inte har stöd för att behandla personuppgifter (när samtycke inte har inhämtats). Det gör att vi i många fall inte kan ta hänsyn till flera faktorer samtidigt och därmed inte urskilja om en skillnad mellan regioner kan förklaras av olikheter i exempelvis åldersstruktur och utbildningsnivå eller om den beror på skillnader i vårdens kvalitet. För att kunna genomföra en fördjupad nationell uppföljning av eventuella omotiverade skillnader i tillgång och kvalitet mellan regioner måste myndigheten därför kunna bearbeta och analysera sådana uppgifter på egen hand. Vid de fall där myndigheten idag behandlar redan framtagna statistik som är uppdelad utifrån olika bakgrundsfaktorer riskerar materialet att ge en ofullständig bild eftersom vi inte kan ta hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt, eller för att uppdelningen är alltför grov. Ett exempel på när det blir ett problem är analyser av indikatorerna hälsogap och tillgodosett vårdbehov. Hälsogapet mellan den friska befolkningen och personer med långvarig sjukdom samt patienternas upplevelse av om deras vårdbehov har blivit tillgodosett är enligt vår bedömning så nära en verkligt informativ användning av översiktliga patientrapporterade mått för vårdens hälsoutfall (s.k. PROMs) som vi kommer idag. För båda dessa indikatorer saknar vi möjligheter att göra jämlikhetsanalyser fullt ut, dels då vi har bristande möjligheter att hantera individdata och dels då det är svårt att bryta ned dessa datakällor i aggregerade grupper utan att identiteten risker att röjas för de patienter som besvarat enkäterna som materialet baseras på. Det medför att vi inte kan avgöra till hur stor del hälsogapet påverkas av exempelvis förändringar i de båda gruppernas ålderssammansättning.

Förbättrad information om tillgänglighet

En majoritet av befolkningen anser att väntetider är den aspekt av hälso- och sjukvården som fungerar sämst (Vård- och omsorgsanalys 2019a). Det finns därför ett stort behov av en utökad och mer kvalitetssäkrad väntetidsstatistik, där ett viktigt utvecklingsspår är att information om väntetider också går att koppla till bakgrundsfaktorer och medicinsk information.

Att följa upp väntetider genom efterlevnaden av vårdgarantin i SKR:s väntetidsdatabas är enligt vår bedömning den indikator på väntetider som idag täcker den största patientpopulationen och som också är allmänt åtkomlig. Däremot finns tydliga brister i kvalitetssäkringen av uppgifterna i väntetidsdatabasen. Vi har tidigare påtalat att regionernas självrapportering kan ge upphov till systematiska mätfel, vilket exempelvis kan leda till att den faktiska situationen överskattas genom underrapportering (se exempelvis Vård- och omsorgsanalys 2019a, 2021b). Det är dessutom främst nybesök (eller första besök) som inkluderas i mätningarna, vilket innebär att viktiga besök för patienter såsom återbesök och provsvar inte är obligatoriska att rapportera eller inte finns med.

Vårdgarantin som gäller nya eller försämrade hälsoproblem inom primärvården förstärktes 2019. Samtidigt har rapporteringen uppdaterats och väntetidsdatabasen för primärvård innehåller nu också information om bakgrundvariablerna kön och ålder, vilket innebär att det till viss del är möjligt att analysera jämlikhet. För väntetider inom specialistvården är detta möjligt först från och med 2021.

Att vården ska vara tillgänglig för alla inom vissa tidsramar är reglerat i lag, vilket gör avsaknaden av möjligheter till jämlikhetsanalyser med hjälp av väntetidsdata särskilt problematisk. Myndigheten bedömer därför att det vore en fördel om väntetidsdata av god kvalitet ingick i patientregistret eller ett annat fristående register som kan kopplas till patientregistret genom personidentifikatorer och verksamhetsidentifikatorer.

Det finns också brister i indikatorn telefontillgänglighet. Det finns en osäkerhet kring vilken täckningsgrad indikatorn har på grund av att det krävs att vårdcentralen (eller motsvarande) har telefoner med återuppringning eller som är datoriserade för att ingå i mätningarna. Det är oklart hur stor andel av vårdcentralerna som har det. Därmed råder en viss osäkerhet när det gäller vilken faktisk täckningsgrad indikatorn har och i vilken utsträckning de vårdcentraler som ingår i mätningen kan anses vara representativa för primärvården som helhet. Eftersom digitala kontaktvägar snabbt blivit vanligare vore en mer teknikneutral indikator ett bättre alternativ.

Förändrade arbetssätt behöver åtföljas av statistik som inkluderar fler typer av vårdkontakter

En viktig förutsättning för att kunna analysera hälso- och sjukvårdens prestationer och produktivitet är heltäckande statistik över antalet utförda vårdbesök.

I dagsläget är det mycket svårt att skapa sig en bild av det sammanlagda antalet besök och kontakter av flera anledningar. För det första är statistiken bristfällig när det gäller vårdkontakter med andra yrkesgrupper än läkare. För det andra finns inte fullständiga nationella data över digitala besök eller besök i den kommunala hälso- och sjukvården.

Det medför att det blir svårt att analysera hur den totala mängden vård som produceras utvecklas. Ser man endast till fysiska läkarbesök är det svårt att avgöra om en förändring representerar en nedgång i mängden vård som produceras, eller om de sker en omfördelning till andra yrkesgrupper, till kommunal hälso- och sjukvård eller till digitala besök. Det skulle därför vara önskvärt att uppgifter om samlitliga kontakter, såväl för olika yrkeskategorier som vårdformer, inkluderades i samlat register för primärvården. Samlat ser vi att det är önskvärt att inkludera denna information i dagens patientregister eller att skapa ett fristående register som kan kopplas till patientregistret. Det skulle förbättra möjligheterna att analysera förändringar i patienternas vårdkedja, men också skapa förbättrade möjligheter att följa omställningen till en god och nära vård.

Innehåll

1	Inledning	22
1.1	Uppföljning av vårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet	22
1.2	Ramverk för uppföljningen	22
1.3	Fokus på kvalitetsområden som är viktiga för patienterna	24
1.4	Hälso- och sjukvårdens resursanvändning	26
1.5	Jämlikhet	27
1.6	Internationell jämförelse	27
2	Befolkningens hälsa och behov	29
2.1	Tre indikatorer för att följa upp befolkningens behov och hälsa	29
2.2	Resultat i korthet	31
	Hälso- och sjukvårdens kvalitet	36
3	Hälsoutfall av vården	37
3.1	Tre indikatorer för att följa upp hälsoutfallet av vården	37
3.2	Resultat i korthet	38
4	Personcentrering	43
4.1	TVå indikatorer för att följa upp personcentrering	43
4.2	Resultat i korthet	44
5	Väntetider	47
5.1	Tre indikatorer för att följa upp väntetider	47
5.2	Resultat i korthet	48
6	Tillgänglighetsbarriärer	53
6.1	Tre indikatorer för att följa upp tillgänglighetsbarriärer	53
6.2	Resultat i korthet	54
	Hälso- och sjukvårdens resursanvändning	58
7	Hälso- och sjukvårdens prestationer	59
7.1	Tre indikatorer för att följa upp vårdens prestationer	59
7.2	Resultat i korthet	61

8	Resurser	65
8.1	Tre indikatorer för att följa upp vårdens resurser	65
8.2	Resultat i korthet	66
9	Produktivitet	69
9.1	Fyra indikatorer för att följa upp produktivitet.....	69
10	Effektivitet	75
10.1	Matris följer upp effektivitet	75
10.2	Resultat i korthet	76
11	Svensk vård i en internationell jämförelse.....	78
11.1	Befolkningens hälsa och behov	78
11.2	Hälsoutfall av vården	83
11.3	Personcentrering	86
11.4	Väntetider	90
11.5	Tillgänglighetsbarriärer	93
11.6	Vårdens insatser	96
11.7	Vårdens resurser.....	99
	Referenser	103
	Bilagor	106

1 Inledning

För patienter och befolkning är det viktigt att hälso- och sjukvården fungerar väl. En avgörande förutsättning för att kunna bedriva utvecklings- och förbättringsarbete för en mer jämlik och effektiv vård är en ändamålsenlig och systematisk uppföljning som regelbundet genomlyser hälso- och sjukvårdens funktionssätt och resultat.

Den här promemorian ger en bild av läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården utifrån de viktigaste målen för hälso- och sjukvården – kvalitet, effektivitet och jämlikhet. Promemorian bygger på ett förslag på hur den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården kan utformas ur ett patient- och medborgarperspektiv (Vård- och omsorgsanalys 2019a och 2019b). Här uppdaterar vi indikatorerna som presenterades då, och kompletterar med en internationell jämförelse, som belyser hur den svenska hälso- och sjukvården förhåller sig till hälso- och sjukvården i jämförbara länder.

1.1 Uppföljning av vårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet

Vård- och omsorgsanalys fick 2018 i uppdrag av regeringen att lämna förslag på hur den nationella uppföljningen kan utvecklas för att ge regeringen ökade möjligheter att följa vårdens kvalitet och jämlikhet. I uppdraget ingick att redovisa 5–10 indikatorer som är särskilt viktiga att följa upp ur ett patientperspektiv. Regeringsuppdraget resulterade i två delrapporter (Vård- och omsorgsanalys 2019a och 2019b).

I den första delrapporten redogjorde vi för metoder och avvägningar inom ramen för uppdraget, bland annat hur vi gått tillväga vid urvalet av indikatorer (Vård- och omsorgsanalys 2019a). Målet med det förslag vi lämnade var att det på sikt skulle ge regeringen en överskådlig, systematisk och regelbundet återkommande uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet. I den andra delrapporten presenterade vi en resultatredovisning för de områden, indikatorer och förslag på analyser som vi föreslog skulle ingå i uppföljningen (Vård- och omsorgsanalys 2019b).

Den här promemorian är en uppdatering av resultatredovisningen. Till stora delar bygger den på samma urval av indikatorer som vid förra redovisningen, med vissa justeringar för att förbättra uppföljningens kvalitet och öka jämförbarheten med andra länder.

1.2 Ramverk för uppföljningen

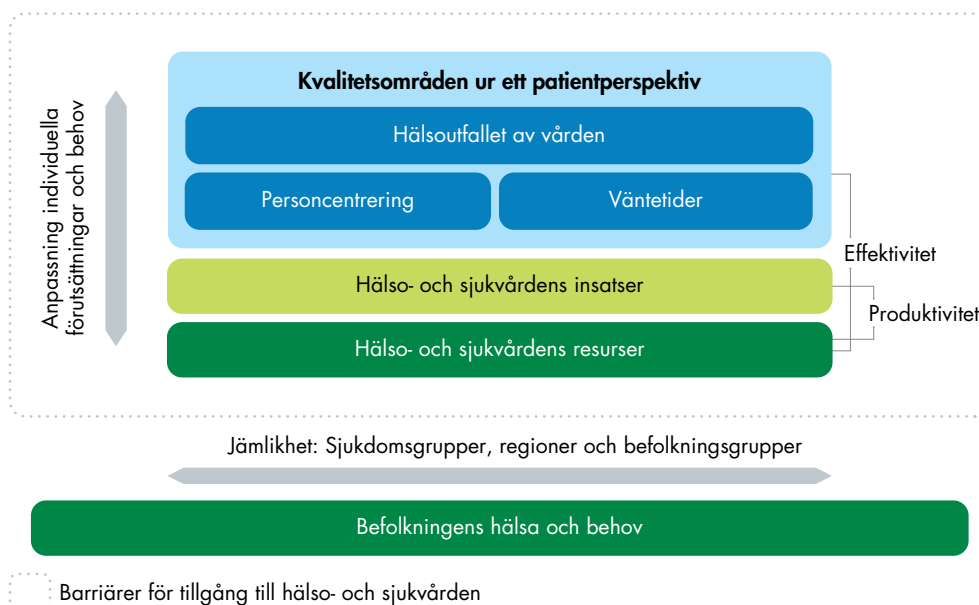
Vår uppföljning utgår från ett ramverk, där de dimensioner vi har identifierat som viktigast att följa upp ingår. Det är hälso- och sjukvårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Ramverket tar sin utgångspunkt i bestämmelserna i lagstiftningen, men också i ett ramverk som tagits fram av OECD (Arah m.fl. 2006) och Socialstyrelsens God vård-dimensioner (Socialstyrelsen 2009). Ramverket gör inte anspråk på att beskriva hela

hälso- och sjukvården eller att inkludera alla dimensioner som är möjliga att följa upp. I stället ska det ses som en beskrivning av hur de delar vi har valt att fokusera på hänger samman med varandra.

Uppföljningen är inriktad på att belysa svensk hälso- och sjukvård på systemnivå. Den är därmed inte inriktad på att beskriva utfallen för enskilda regioner eller verksamhetsområden. Däremot presenteras indikatorerna uppdelat på olika grupper, regioner och verksamhetsområden för att analysera jämlikheten i hälso- och sjukvården.

Figur 3 visar de centrala delarna i uppföljningen. Den översta delen av figuren består av de kvalitetsområden som är viktiga att följa ur ett patientperspektiv: hälsoutfall, personcentrering och tillgänglighet. Tillgänglighetsbarriärer illustreras som en ram runt vårdsystemet för att åskådliggöra att det handlar om barriärer att komma åt hälso- och sjukvårdens resurser och insatser. För att uppnå kvalitet används olika insatser (till exempel förebyggande insatser, besök, behandlingar, läkemedel, undersökningar med mera), och för att kunna göra detta krävs resurser (till exempel vårdpersonal, vårdplatser och ekonomiska medel).

Figur 3. Övergripande ramverk som ligger till grund för vår uppföljning.



Utöver kvalitetsområden som patienter och befolkning särskilt värdesätter, finns det andra områden som behöver ingå i uppföljningen för att vi ska få en balanserad och heltäckande bild av hälso- och sjukvården. Vi har därför breddat perspektivet och kompletterar kvalitetsindikatorerna med mått och analyser av hälso- och sjukvårdens prestationer, resurser, produktivitet och effektivitet. Sådana aspekter är i förlängningen också viktiga för patienterna och befolkningen. Att hälso- och sjukvården ska bedrivas effektivt anges också i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

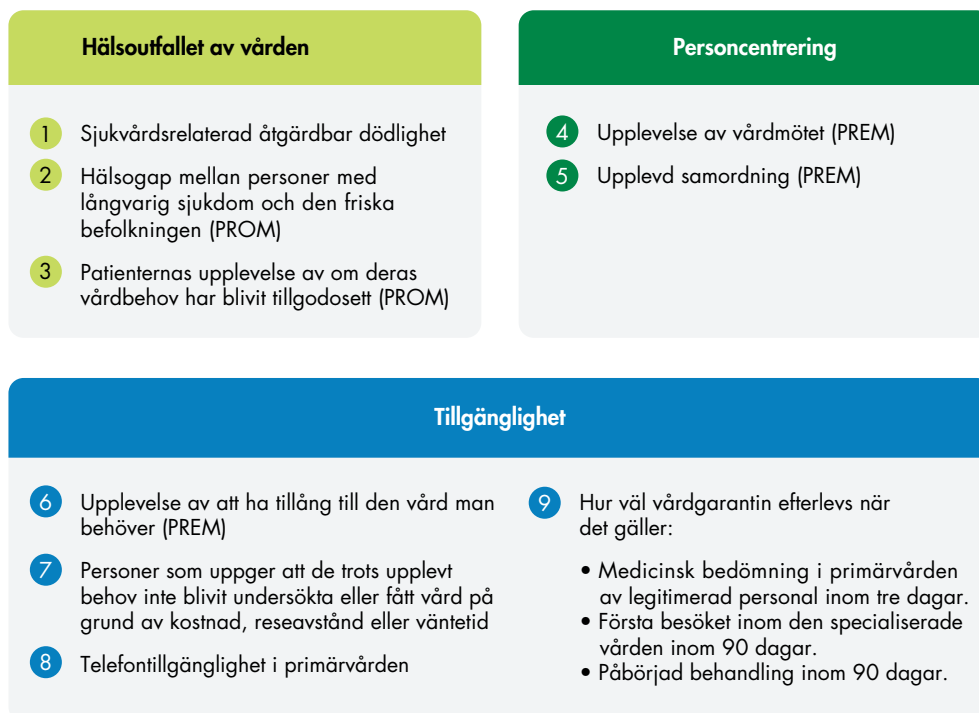
Breddningen kan ses som försök att ytterligare fördjupa tolkningen av de nio huvudindikatorerna. Exempelvis anser vi att det är motiverat att komplettera beskrivningen av regionala skillnader i utfall med regionala skillnader i resursanvändning. Effektivitet avser förhållandet mellan de resurser som används och nivån på de kvalitetsområden som vi har identifierat. Produktivitet kan beskrivas som en del av effektiviteten och avser förhållandet mellan resurserna och det som vården ”presterar”, exempelvis läkarbesök, operationer och behandlingar.

Jämlikhet spänner tvärs över kvalitetsområden, processer och resurser. Det innebär att jämlikhet ska finnas i kvalitet, processer och resursanvändning.

1.3 Fokus på kvalitetsområden som är viktiga för patienterna

Kvalitetsområden som är viktiga ur patienternas och befolkningens perspektiv har en framträdande roll i vår uppföljning (se figur 4). Vi har identifierat kvalitetsområdena utifrån återkommande diskussioner med Vård- och omsorgsanalys patient- och brukarråd, en fokusgrupp med patienter samt erfarenheter från våra tidigare arbeten om personcentrering. De tre kvalitetsområdena har även stark förankring i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (främst hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821), PL).

Figur 4. Urval av indikatorer som speglar de områden som patienter och befolkning anser är viktiga.



1.3.1 Hälsoutfallet av vården

Att hälso- och sjukvårdens insatser leder till ett så bra utfall som möjligt – utifrån patienternas individuella förutsättningar och behov – är en självklar kvalitetsaspekt. Det behöver inte nödvändigtvis innebära att patienten kan botas eller blir friskare, men att den behandling, kontakt eller andra insatser som hälso- och sjukvården bidrar med leder till ett så bra resultat och omhändertagande som möjligt. Ett gott hälsoutfall av vården inkluderar god medicinsk kvalitet, men kan innefatta mer än kliniskt mätbara aspekter. Ur patientens perspektiv är det av stor vikt att också se till det patientupplevda hälsoutfallet och att anta en helhetssyn på hälsan.

Även lagstiftningen tar upp ett gott hälsoutfall av vården. I hälso- och sjukvårdslagen framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa (3 kap. 1 § HSL) och att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet (5 kap. 1 § HSL). Det innebär bland annat att den ska ha den medicinskt tekniska kvalitet som behövs och även tillgodose kraven på en god omvårdnad. Den ska också vara anpassad till den enskilda patientens särskilda förhållanden (prop. 1981/82:97). Som patient ska man få tillgång till rätt insats inom ramen för vad som erbjuds i svensk hälso- och sjukvård utifrån den etiska plattformen och de prioriteringar som görs mellan och inom olika verksamhetsområden (prop. 1996/97:60).

1.3.2 Personcentrering – att man blir sedd, respekterad och inkluderad

Grunden i en personcentrerad vård är att patienten och patientens närstående blir sedda, respekterade och inkluderade i vården utifrån varje individs behov, preferenser och resurser. Att vården är personcentrerad är ett mål i sig men även viktigt då det ökar förutsättningarna för goda hälsoutfall. Personcentrering handlar till exempel om att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling, att vården stödjer patientens egenvård samt att vårdpersonalen tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet. Hälso- och sjukvården ska också informera patienten på ett sätt som patienten kan tillgodogöra sig.

Om det är aktuellt med flera parallella insatser eller kontakter med hälso- och sjukvården (och omsorgen) ska de vara samordnade, det vill säga organiserade som en väl fungerande helhet ur personens perspektiv. Även behovet av kontinuitet ingår som en del i vårdens förmåga att vara samordnad.

Det framgår tydligt i lagstiftningen att vården ska vara personcentrerad. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, vilket också innefattar delaktighet (5 kap. 1 § HSL). Enligt patientlagen ska hälso- och vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL), patienten ska få information om bland annat hälsotillstånd och behandlingsmetoder (3 kap. 1 § PL), informationen ska anpassas till patientens individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL) och vården ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL). För en utförligare beskrivning av lagkrav på personcentrering i hälso- och sjukvården, se figur 3 i *Med örat mot marken* (Vård- och omsorgsanalys 2019a).

1.3.3 Tillgänglighet

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården är ett brett begrepp som omfattar flera aspekter. I arbetet med den här rapporten har särskilt två olika tillgänglighetsaspekter betonats. Den ena tillgänglighetsaspekten är hur lätt det är att söka och få kontakt med hälso- och sjukvården, det vill säga frånvaron av olika former av *barriärer* för tillgänglighet. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska, kostnadsmässiga och informationsmässiga.

Den andra tillgänglighetsaspekten är *väntetider* till olika insatser i vårdkedjan, när man väl har kommit i kontakt med hälso- och sjukvården. Långa väntetider till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men även om det medicinska resultatet inte påverkas, kan väntetiden påverka den som väntar i form av oro, stress och obehag eller genom att vardagen påverkas negativt av den skada, sjukdom eller åkomma som man lider av. Ur ett patientperspektiv kan alltså rimliga väntetider vara önskvärt, även om det inte är brådskande ur ett medicinskt perspektiv.

Enligt lagstiftningen ska vården vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL, 2 kap. 1 § PL). Detta innebär bland annat att hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig för alla oberoende av var i landet de bor och på lika villkor den dagen de har behov av vård (prop. 1981/82:97). Kravet tar främst sikte på de geografiska förhållandena, men även på öppettider, tider för jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom vården (prop. 1981/82:97). Det finns även krav på att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning, om det inte är uppenbart obehövligt (2 kap. 2 § PL).

Ytterligare krav finns genom den så kallade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)). Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att inom en viss tid få kontakt med primärvården, ta del av medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården och få planerad vård.

1.4 Hälso- och sjukvårdens resursanvändning

Utöver kvalitetsområden som patienter och befolkning särskilt värdesätter, finns det andra områden som behöver ingå i uppföljningen för att vi ska få en balanserad och heltäckande bild av hälso- och sjukvården. Vi har därför breddat perspektivet och kompletterat kvalitetsindikatorerna med mått på och analyser av hälso- och sjukvårdens prestationer, resurser, produktivitet och effektivitet. Uppföljningen av de områdena kan bidra till att öka kunskapen om förklaringar till utvecklingen i kvalitet och jämlikhet. Samtidigt är det av intresse att följa effektiviteten i hälso- och sjukvården, eftersom det i förlängningen också är viktigt för patienterna och befolkningen. Hälso- och sjukvården ska enligt lag också vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. § 1 HSL).

1.5 Jämlikhet

Svensk hälso- och sjukvård ska vara jämlik. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagen genom regleringen om att vård ska ges på lika villkor till hela befolkningen. Det innebär att man, oavsett var man bor och på lika villkor, ska kunna ta del av hälso- och sjukvårdens tjänster när man behöver dem. Vården ska också ges efter behov där personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra (3 kap. 1 § HSL).

Jämlikhet i hälsoutfallet av vården uppnås genom anpassning efter förutsättningar och behov. Jämlikhet innebär att bemötandet, vården och behandlingen ska erbjudas alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning (Socialstyrelsen 2011). Alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer, ska alltså ha samma tillgång till hälso- och sjukvård.

1.6 Internationell jämförelse

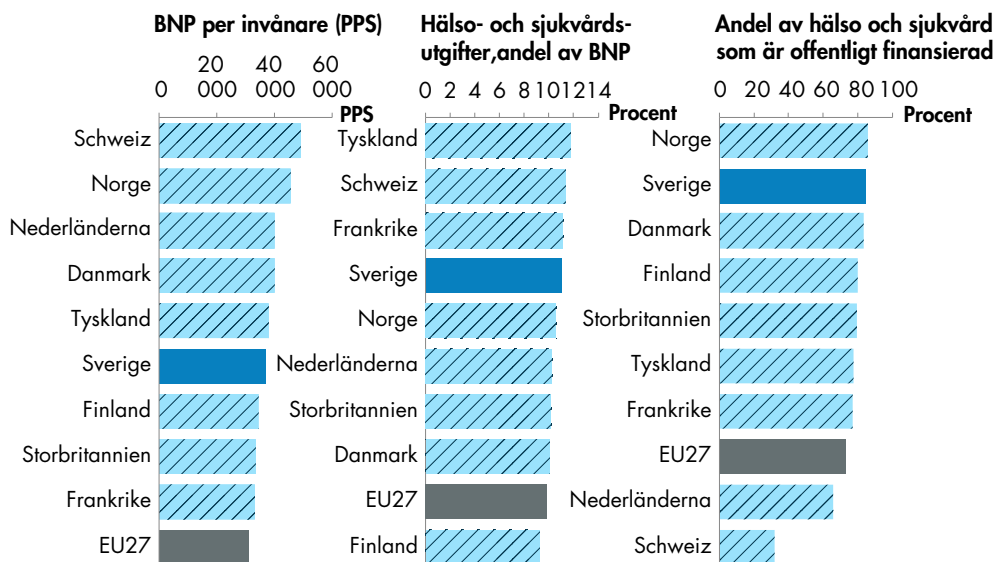
Utifrån ramverket jämför vi Sverige med några europeiska länder och genomsnittet för hela EU. Den internationella jämförelsen bidrar till tolkningen av indikatorerna, eftersom det annars kan vara svårt att avgöra vad som är en hög respektive låg nivå. Genom att jämföra utfallet i Sverige med utfallen i andra länder kan vi få en uppfattning om styrkor och utmaningar i den svenska hälso- och sjukvården.

Syftet med vår internationella utblick är inte att dra slutsatser om vilka länder som har bättre eller sämre sjukvård än Sverige. Sådana jämförelser kräver en betydligt djupare analys, eftersom länderna skiljer sig åt när det gäller viktiga faktorer som fördelning och organisering av resurser inom sjukvårdssystemet och finansieringsformer. Sådana skillnader i organisation är viktiga att beakta vid tolkningen av de internationella jämförelserna.

1.6.1 Vi jämför med liknande länder

För att den internationella jämförelsen ska bli relevant som referenspunkt för analysen har vi valt ut några länder som är jämförbara med Sverige när det gäller ekonomisk standard, inkomstfördelning och allmän tillgång till sjukvårdstjänster via i huvudsak offentlig finansiering. Som framgår av figur 5 har länderna i urvalet en hög ekonomisk standard och lägger en hög andel av BNP på hälso- och sjukvård, varav en hög andel är offentligt finansierad eller finansierad av en obligatorisk sjukförsäkring.

Figur 5. BNP, hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel offentlig finansiering för länderna som ingår i jämförelsen, 2019.



Källor: BNP per invånare och hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP: Eurostat (2022a och b). Andel offentligt finansierad vård: OECD (2021a) samt OECD (2020a) för EU27.

Not: BNP per invånare uttrycks i Purchasing Power Standard (PPS) i förhållande till EU27-genomsnittet, vilket justerar för skillnader i prisnivå. EU-genomsnittet för andel offentligt finansierad hälso- och sjukvård är oviktat.

Urvalet av länder består av de europeiska länder som ingår i International Health Policy Survey (IHP): Frankrike, Nederländerna, Norge, Schweiz, Storbritannien, Sverige och Tyskland (Vård- och omsorgsanalys 2021a). För vissa indikatorer har vi utöver dessa länder inkluderat Danmark och Finland samt EU-genomsnittet. I EU-genomsnittet ingår EU:s 27 medlemsländer, det vill säga inte Norge, Schweiz och Storbritannien. De länder som inte ingår i IHP finns inte med i jämförelsen av indikatorerna för personcentrerad och väntetider samt indikatorn svar samma dag (telefon tillgänglighet).

Även i den internationella delen kompletterar vi kvalitetsindikatorerna med information om befolkningens hälsa och behov samt mått på hälso- och sjukvårdens resurser och insatser (läkarkonsultationer per invånare, hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, disponibla vårdplatser och personella resurser). Alla dessa mått inkluderar hela urvalet av länder utöver läkarkonsultationer per invånare, där Tyskland och Storbritannien saknar data.

2 Befolkningens hälsa och behov

Hälso- och sjukvården har i uppgift att genom att förebygga, utreda och behandla sjukdom bidra till en god hälsa i befolkningen. För att kunna erbjuda en god vård utifrån befolkningens behov, krävs därför kunskap om befolkningens grundläggande hälsa och behov. I det här avsnittet presenterar vi en översiktssbild av befolkningens hälsa och behov. Syftet är att ge en bakgrund till övriga indikatorer, till exempel när det gäller skillnader mellan grupper.

2.1 Tre indikatorer för att följa upp befolkningens behov och hälsa

Återstående medellivslängd

Förväntad livslängd beror på flera samverkande faktorer mellan folkhälsa och hälso- och sjukvård. Medan hälso- och sjukvårdsutgifter har varit en viktig förklaringsfaktor till ökande förväntad medellivslängd inom OECD sedan 1990-talet, har en åldrande befolkning och högre förekomst av livsstilssjukdomar medfört en viss avmattning i den långsiktiga utvecklingen (OECD 2021a).

SCB publicerar varje år den officiella statistiken om återstående medellivslängd. Återstående medellivslängd är ett index som standardiserar dödligheten över alla åldrar för ett år (SCB 2021). Vi väljer att studera den återstående medellivslängden vid 30 års ålder, eftersom vi då kan redovisa återstående medellivslängd för olika utbildningsgrupper. Måttet kan lätt misstolkas som den genomsnittliga återstående livslängden för en person som var 30 år ett visst år. Men det är snarare ett samlat mått på dödligheten i alla åldrar ett visst år. Måttet beräknas som antal år som i genomsnitt återstår att leva för en person om dödligheten i alla åldrar förblev densamma som under det år beräkningarna görs (SCB 2021).

Självskattad hälsa

Den självskattade hälsan är ett självrapporterat mått på hälsa i befolkningen som har visat sig ha stark korrelation med dödlighet och framtida sjukvårdskonsumtion (KCE 2018). Indikatorn kompletterar måttet förväntad medellivslängd, eftersom det fångar den hälsorelaterade livskvaliteten hos befolkningen. Indikatorn baseras på en fråga i SCB:s årliga undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC), där de svarande fått ange hur de upplever sin hälsa i allmänhet. Vi har ändrat datakälla från den nationella folkhälsoenkäten sedan den förra resultatredovisningen, för att möjliggöra internationella jämförelser.

Långvarig sjukdom och hälsobesvär

Samlat bidrar kroniska sjukdomar till majoriteten av dödsfallen och sjukdomsburden i Europa (European Observatory 2010). Långvariga sjukdomar och hälsobesvär kräver ofta tät kontakt med hälso- och sjukvården och ibland livslång behandling. Men de patienter som får tillgång till rätt behandling kan ofta leva med god hälsa. För att följa förekomsten av långvariga sjukdomar och hälsobesvär, har vi valt att redovisa andelen av befolkningen som anger att de har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem. Indikatorn baseras på en fråga i SCB:s årliga undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Vi redovisade inte måttet separat i förra resultatredovisningen.

Befolkningsutveckling och sjukdomsburda

Som komplement till indikatorerna återstående medellivslängd, självskattad hälsa och förekomst av långvarig sjukdom och hälsobesvär inkluderar vi också framåtblickande perspektiv. En viktig förutsättning för behoven av hälso- och sjukvård är den demografiska utvecklingen. Därför inkluderar vi prognosen för befolkningsutvecklingen bland indikatorerna. Informationen är hämtad från SCB.

För att tydligare beskriva befolkningens behov av hälso- och sjukvård, inkluderar vi även ett mått på sjukdomsburda per sjukdomstillstånd – DALY (disability-adjusted life years). Måttet har tagits fram av WHO och används bland annat för att uppskatta sjukdomsburden i World Health Report (se till exempel WHO 2000). DALY är ett mått på antalet år som förloras till följd av för tidig död i sjukdom och antalet levnadsår med sjuklighet och funktionsnedsättning jämfört med ett "idealiskt" hälsotillstånd, där alla i befolkningen lever opåverkade av sjukdom och till den förväntade medellivslängden.

Kostnadsutjämning för hälso- och sjukvården

Vi beskriver också geografiska skillnader i förutsättningar och behov genom information om kostnadsutjämningen mellan regioner. Det är en variabel som används för att behovsjustera flera andra indikatorer när det gäller hälso- och sjukvårdens resurser i kommande avsnitt.

2.2 Resultat i korthet

- ▶ Sammantaget visar indikatorerna att befolkningens hälsa är god, men att hälsan är ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper och regioner både när det gäller dödlighet och självskattad hälsa.
- ▶ År 2020 sker för första gången på lång tid en nedgång i förväntad medellivslängd. Vi kan också se en utveckling där andelen med långvariga sjukdomar ökar över tid. Det kan i sin tur förklaras av att medellivslängden har en uppåtgående trend, eftersom vi blir allt äldre.
- ▶ Kvinnor lever längre än män, men andelen kvinnor som uppger att deras hälsa är god är något mindre än bland männen, även med hänsyn tagen till ålder. Det är också vanligare att kvinnor har långvariga sjukdomar.
- ▶ Det finns stora skillnader i hälsa mellan olika utbildningsgrupper. Både medellivslängd och självskattad hälsa är högre bland personer med hög utbildning än bland personer med lägre utbildning.
- ▶ Skillnaderna i återstående livslängd utifrån kön, utbildning och födelseregion har ökat något sedan 2016. Samtidigt har skillnaderna i självskattad hälsa och andelen med långvarig sjukdom minskat.
- ▶ De demografiska förändringarna, med en allt större andel äldre, är ett resultat av att folkhälsan generellt har förbättrats till följd av bland annat förbättrade metoder och ökad ambitionsnivå i hälso- och sjukvården (i termer av andelen av BNP). Samtidigt innebär en allt äldre befolkning utmaningar för hälso- och sjukvården. Till exempel förväntas andelen patienter med kroniska sjukdomar fortsätta att öka. Över hälften i åldersgruppen 65–74 år har minst två kroniska sjukdomar, och bland personer över 85 år är andelen drygt 80 procent (SOU 2018:39). En stor del av sjukvården riktas till multisjuka: personer med minst två kroniska sjukdomar står exempelvis för 50 procent av de samlade sjukvårdskostnaderna och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar (SOU 2016:2). I takt med att gruppen (äldre) med flera kroniska sjukdomar ökar, ökar också behoven av samordning av vården och i många fall även med omsorgen.

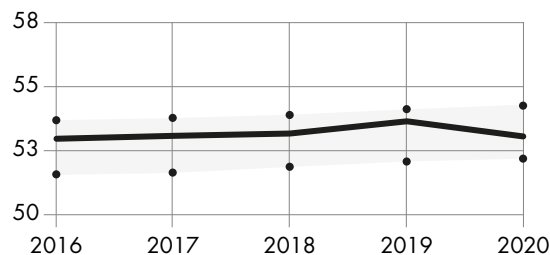
Återstående medellivslängd

Källa: SCB:s befolkningsstatistik.

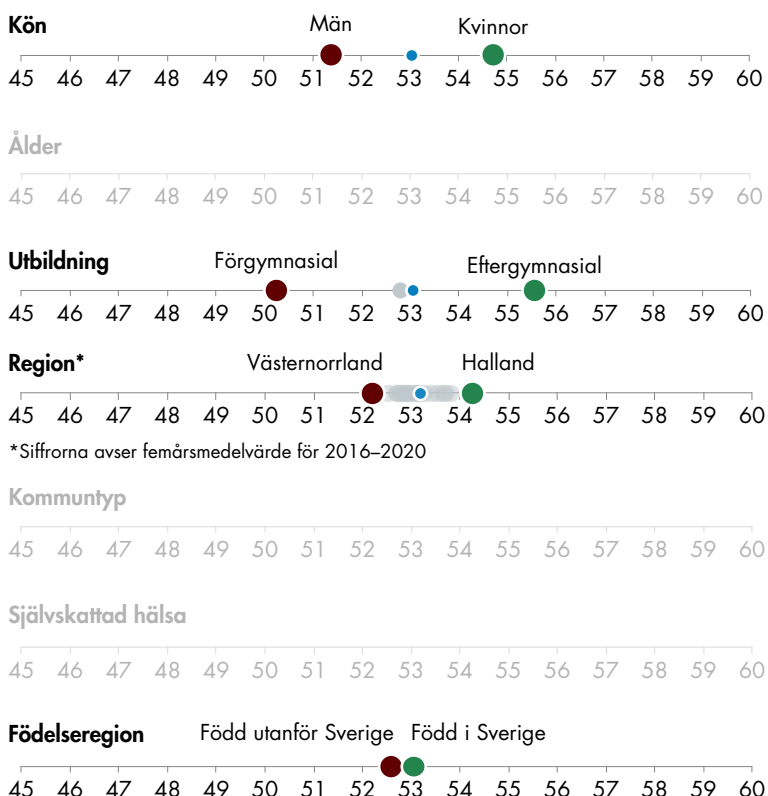
Återstående medellivslängd vid 30 års ålder.

53 år

är den genomsnittliga återstående medellivslängden vid 30 års ålder.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020



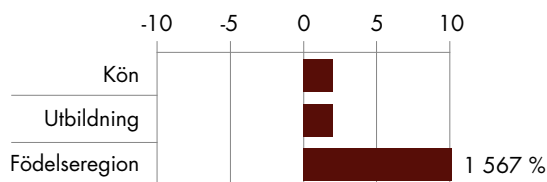
- Den generella trenden har varit att medellivslängden ökar. Pandemin har bidragit till att den förväntade medellivslängden minskat under 2020.
- Kvinnor har en högre förväntad livslängd än män. Den förväntade återstående livslängden är 55 år för kvinnor och 51 år för män.
- Den förväntade medellivslängden skiljer sig mellan utbildningsgrupper. Den är ungefär 56 år för dem med eftergymnasial utbildning och 50 år för dem med förgymnasial utbildning.
- Den förväntade medellivslängden skiljer sig åt mellan regionerna. Halland har högst förväntad återstående medellivslängd och Västernorrland har lägst.
- Om vi jämför personer som är födda i Sverige med personer som är födda utanför Sverige framkommer inte några större skillnader.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Analysen är inte relevant för denna indikator.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaden i återstående livslängd mellan män och kvinnor och mellan utbildningsgrupper har ökat något mellan 2016 och 2020. Den procentuella förändringen i skillnaden mellan inrikes och utrikes födda är stor, men variationen är fortfarande mindre än bland övriga grupper. En liten absolut förändring innebär här en stor relativ förändring.

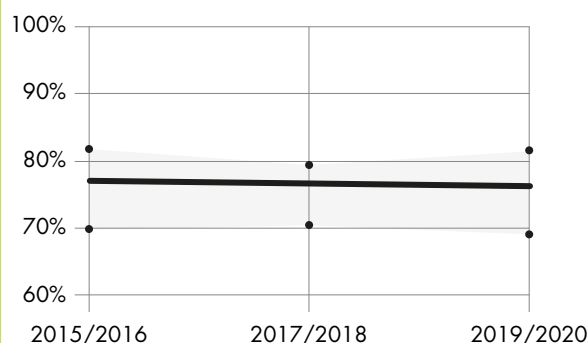
Självskattad hälsa

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) och egna beräkningar.

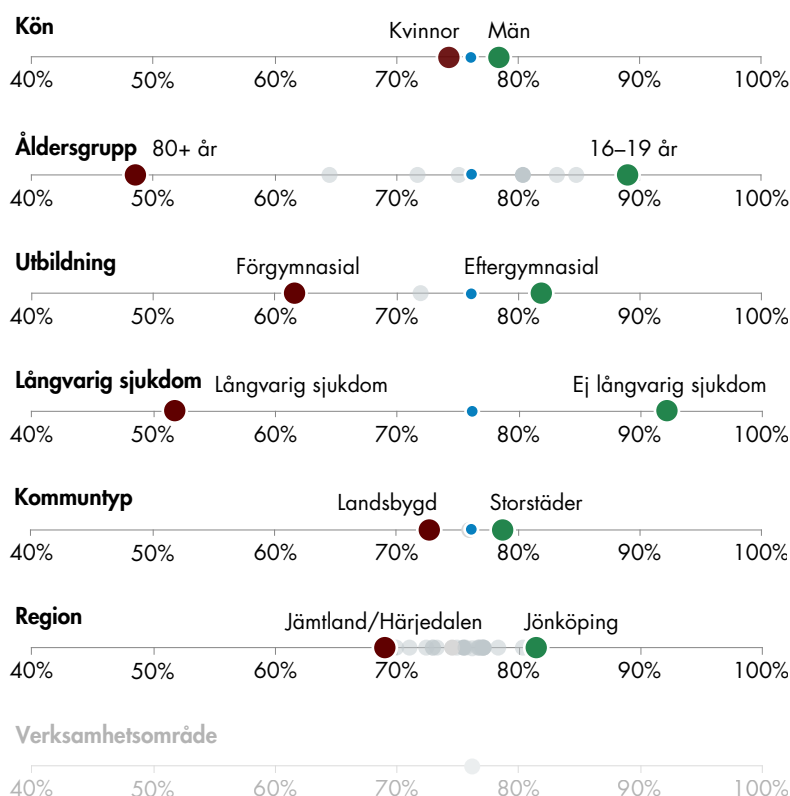
Baseras på enkätfrågan "Hur tycker du att din hälsa är i allmänhet?". Andel som svarat 1 eller 2 på en femgradig skala, där 1 innebär "Mycket bra". Riksnittet är åldersstandardiserat över tid.

76 %

av befolkningen över 16 år har en mycket bra eller bra självskattad hälsa.



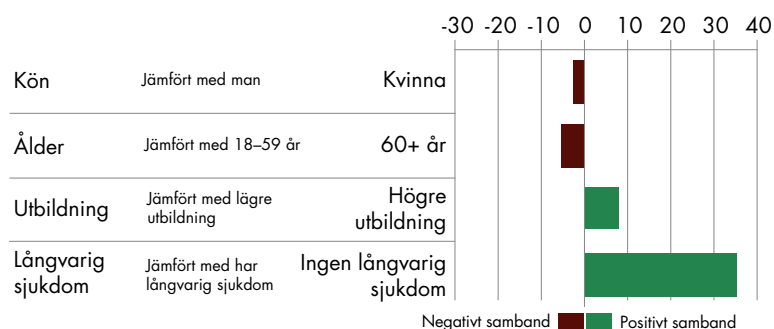
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019/2020



- Det har inte skett några stora förändringar i andelen som upplever att de har en bra eller mycket bra hälsa sedan 2015/2016.
- Kvinnor har något lägre självskattad hälsa än män.
- Det är stor skillnad i självskattad hälsa mellan åldersgrupper. Andelen som anser att deras hälsa är mycket bra eller bra minskar med stigande ålder.
- Personer med en förgymnasial utbildning anser i mindre utsträckning att deras hälsa är mycket bra eller bra jämfört med andra utbildningsgrupper.
- Skillnaderna mellan kommutyper och regioner är mindre än skillnaderna som beror på exempelvis ålder eller förekomsten av långvarig sjukdom.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Skillnad i sannolikhet att uppge god självskattad hälsa, procentenheter.



När vi tar hänsyn till alla bakgrundsfaktorer samtidigt kvarstår skillnaden mellan kvinnor och män, liksom mellan utbildningsgrupper. Även ålderskillnaderna kvarstår, om än i mindre omfattning. Det är tydligt att personer med en långvarig sjukdom skattar sin hälsa lägre.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaden mellan grupper och områden, procent.



Skillnaden i självskattad hälsa mellan kvinnor och män och mellan utbildningsgrupper har minskat sedan 2015/2016. Den har ökat något mellan regioner. En liten absolut förändring kan innebära en stor relativ förändring.

Långvarig sjukdom eller hälsobesvär

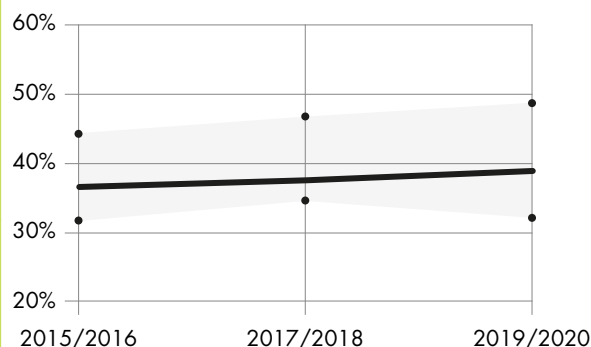
Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) och egna beräkningar.

Andel som svarat ja på enkätfrågan "Har du någon långvarig sjukdom eller hälsoproblem? Räkna även med funktionsnedsättning. Besvär som varat, eller beräknas vara, minst 6 månader."

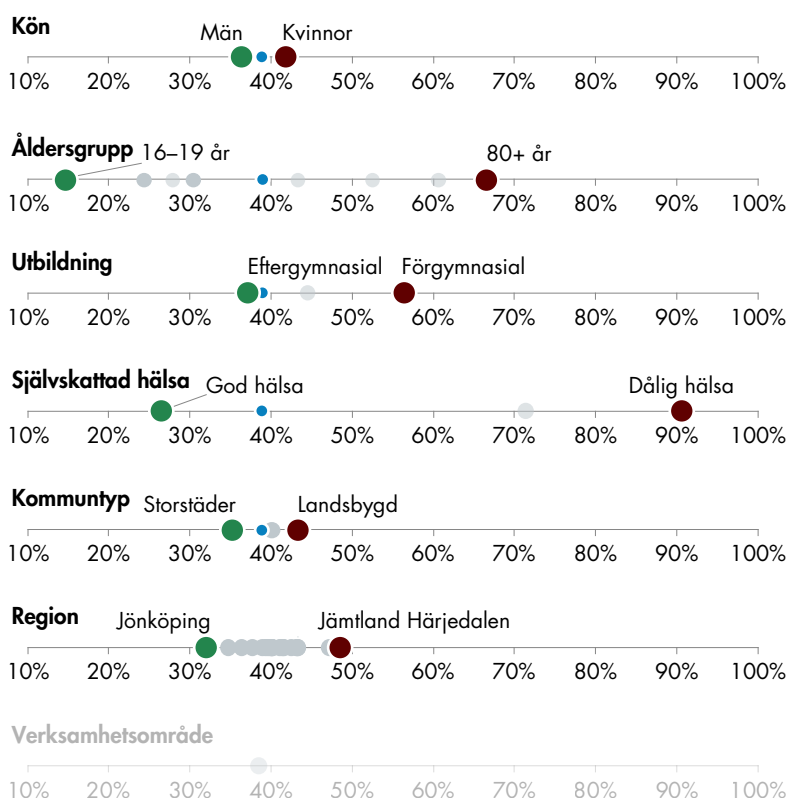
Riksnittet är åldersstandardiserat över tid.

39 %

av befolkningen har en långvarig sjukdom eller hälsobesvär.



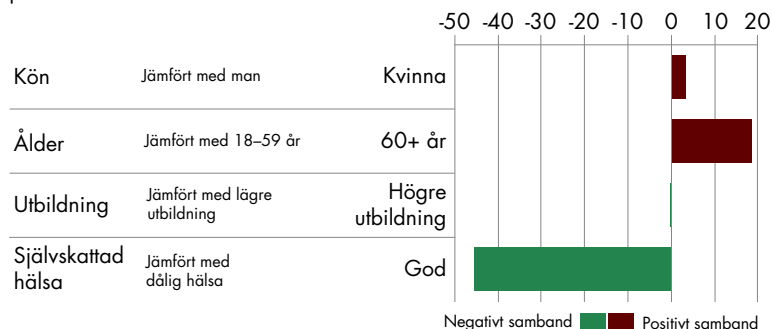
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019/2020



- Andelen i befolkningen med långvarig sjukdom eller hälsobesvär har ökat över tid.
- Andelen med en långvarig sjukdom eller hälsobesvär är högre bland kvinnor än bland män.
- Andelen med långvarig sjukdom eller hälsobesvär ökar med ålder.
- Andelen med långvarig sjukdom är högre bland personer med kortare utbildning, men om vi tar hänsyn till övriga bakgrundsfaktorer finns ingen skillnad mellan utbildningsgrupperna.
- Skillnaderna mellan kommund typer och regioner är mindre än skillnaderna som beror på exempelvis ålder.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

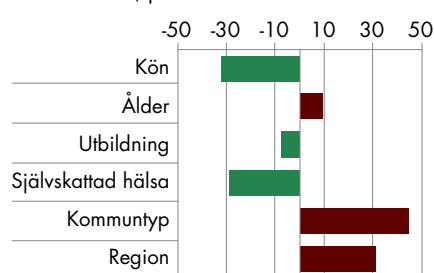
Skillnad i sannolikhet att uppge en långvarig sjukdom eller hälsobesvär, procentenheter.



När bakgrundsfaktorerna analyseras samtidigt kvarstår inte skillnaden mellan utbildningsgrupper. Däremot kvarstår skillnaderna utifrån ålder, kön och självskattad hälsa.

Variation – förändring över tid

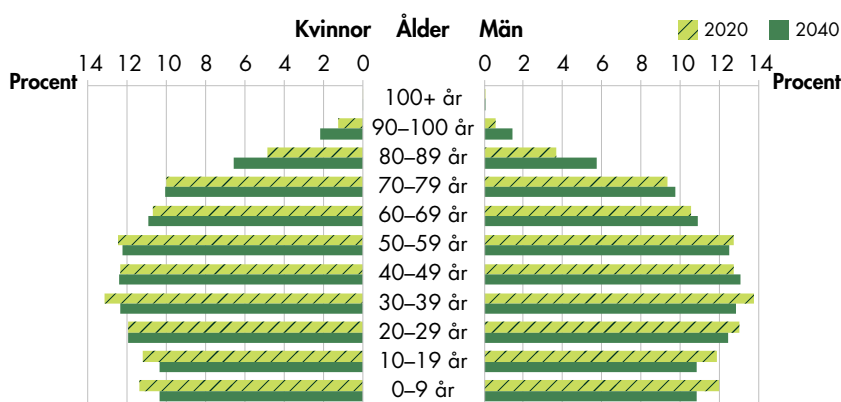
Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaderna mellan män och kvinnor samt personer med god respektive dålig hälsa har minskat sedan 2015/2016. Skillnaderna mellan åldersgrupper, kommund typer och regioner har ökat.

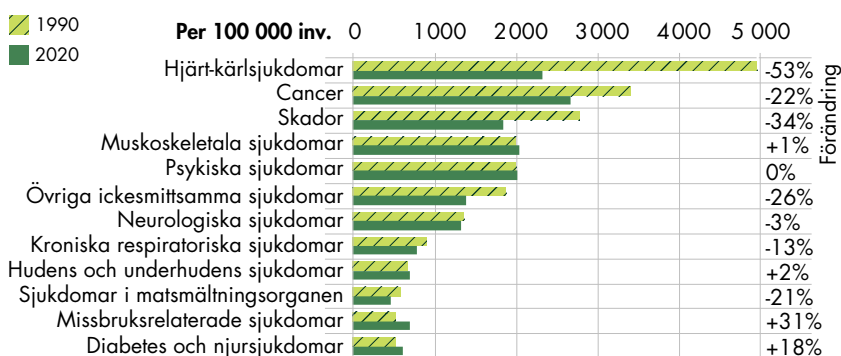
► Befolkningsutveckling och sjukdomsbörda

Figur 1. Befolkningsfördelning per åldersgrupp 2020 och 2040.



- Befolkningsprognosen visar en stark ökning i andelen personer över 80 år i befolkningen. År 2020 var drygt 5 procent av Sveriges befolkning över 80 år och fram till år 2040 beräknas denna andel stiga till nästan 8 procent.
- Andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet eftersom denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov.
- Framför allt bedöms antalet personer med flera kroniska sjukdomar öka, liksom personer i behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser samt omsorgsinsatser, vilket medför att behoven av samordning kan förväntas öka ytterligare framöver.

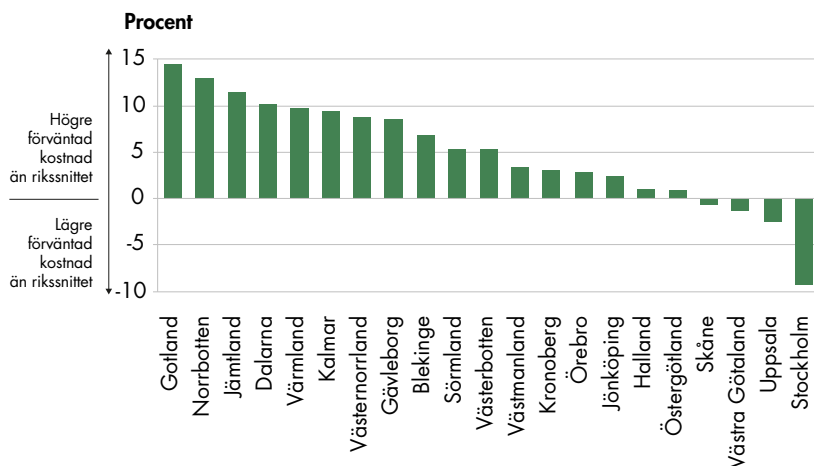
Figur 2. DALYs (Disability-adjusted life years, funktionsjusterade levnadsår) per sjukdomsgrupp, 1990 och 2019. Åldersstandardiserade tal per 100 000 i befolkningen och förändring i procent sedan 1990.



- DALYs är ett mått på förlorade levnadsår till följd av sjukdom och för tidig död.
- Cancer och hjärt-kärlsjukdomar är de sjukdomstillstånd som är förenade med störst sjukdomsbörda.
- Sjukdomsbördan förknippad med hjärt-kärlsjukdomar har minskat kraftigt sedan 1990, vilket framför allt avspeglar att överlevnaden i hjärt-kärlsjukdomar har förbättrats mycket.
- De sjukdomstillstånd där sjukdomsbördan ökat procentuellt mest är diabetes och njursjukdomar samt missbruksrelaterade sjukdomar.

► Skillnader i regionernas förutsättningar och behov

Figur 3. Kostnadsutjämning för hälso- och sjukvården.



- De demografiska och strukturella skillnaderna mellan regionerna medför att kostnaderna för hälso- och sjukvården skiljer sig över landet.
- Kostnadsutjämningssystemet justerar för skillnader i demografiskt betingade behov (kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendetyper), glesbygd/ inte glesbygd, lön och befolkningsförändringar.
- Kostnadsutjämningssystemet förändrades 2020. Bland annat uteslöts kön och boendetyper medan utbildning och merkostnader för bemanning i glesbygd inkluderades (SOU 2018:74).
- Regioner med högre förväntad kostnad än rikssnittet har en kortare förväntad livslängd och sämre självskattad hälsa.

Hälso- och sjukvårdens kvalitet

I det här avsnittet presenterar vi indikatorer som är avsedda att fånga hälso- och sjukvårdens kvalitet i hälsoutfall, personcentrering och tillgänglighet. Avsikten är att ge en nulägesbild av kvaliteten, hur den utvecklas över tid och hur den skiljer sig mellan grupper.

3 Hälsoutfall av vården

Hälso- och sjukvårdens mål är att bidra till hälsa och livskvalitet och det är viktigt att de insatser som görs leder till ett så bra utfall som möjligt – utifrån patienternas individuella förutsättningar och behov. Vi har valt att belysa den här kvalitetsaspekten utifrån tre indikatorer:

- *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* är ett mått på om hälso- och sjukvården kan förhindra dödsfall i sjukdomar där hälso- och sjukvårdens insatser har stor betydelse för överlevnaden.
- *Hälsogapet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen* fångar livskvaliteten hos personer med sjukdom.
- *Patients upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett* fångar hur väl vården motsvarar patienternas behov.

Valet av indikatorer är tänkt att avspegla hälso- och sjukvårdens förmåga att möta både hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov, det vill säga både botande och symptomlindrande åtgärder. Måtten avspeglar både ett medicinskt perspektiv och patienternas och befolkningens perspektiv.

3.1 Tre indikatorer för att följa upp hälsoutfallet av vården

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn består av antalet dödsfall före en viss ålder som orsakats av sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.

Det finns två utformningar av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i och med att OECD och Eurostat nyligen enats om en ny utformning av måttet. I det här avsnittet presenterar vi den äldre utformningen av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (se bilaga 2 för mer information om skillnaderna). För tre av sjukdomarna (sjukdomar i andningsorganen, kikhosta och mässling) ingår dödsfall bland barn 1–14 år. För övriga dödsorsaker ingår dödsfall för personer 1–79 år. Informationen hämtas från dödsorsaksregistret hos Socialstyrelsen och datakvaliteten bedöms vara mycket god.

Indikatorn är åldersstandardiserad för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning mellan grupper och över tid.

Hälsogapet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen

Hälsogapet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen ger ett tecken på i vilken utsträckning hälso- och sjukvården bidrar till livskvaliteten hos personer med kronisk sjukdom.

Indikatorn baseras på frågor ur SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC), där de svarande fått ange hur de upplever sitt allmänna hälsotillstånd. Hälsogapet består av skillnaden i andelen personer som anger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd mellan en grupp som har angett att de har en långvarig sjukdom eller ett hälsoproblem och en grupp utan långvarig sjukdom. När hälsogapet följs över tid visar det hur hälsan hos personer som lever med någon sjukdom ändras i förhållande till den övriga befolkningen. Syftet är alltså att fånga hur hälso- och sjukvården bidrar till att förbättra livskvaliteten hos dem med långvarig sjukdom relativt den friska befolkningen. Vi bedömer att datakvaliteten är god. I måttets nuvarande utformning kan vi inte ta hänsyn till att sammansättningen av sjukdomar bland gruppen med en långvarig sjukdom förändras över tid, vilket medför att indikatorn bör tolkas med försiktighet. Vi har bytt datakälla jämfört med den senaste resultatredovisningen, bland annat för att möjliggöra en internationell jämförelse av indikatorn.

Indikatorn är åldersstandardiserad för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning över tid, men vi har inte haft möjlighet att ta hänsyn till ålderssammansättningen vid analysen av skillnader mellan grupper och regioner.

Patienters upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett

Indikatorn är avsedd att fånga hur patienternas hälsa påverkats efter kontakten med vården. Indikatorn baseras på en fråga i SKR:s återkommande undersökning *nationell patientenkät* som vänder sig till patienter där de svarande har fått ange hur väl de instämmer i påståendet att deras aktuella vårdbehov har blivit tillgodosett. Vi bedömer att datakvaliteten är god för uppföljning på övergripande nationell och regional nivå. Frågan är dock inte validerad och vi vet inte vad de svarande väger in när de besvarar frågan. Eftersom svaren även kan avspegla skilda förväntningar bör resultaten tolkas med försiktighet.

Resultaten är sammanvägda för undersökningar som genomförts under 3 år. 2019 gällde primärvården, 2020 gällde akutvården och 2021 specialiserad öppen- och slutenvård.

3.2 Resultat i korthet

- ▶ Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ligger i dagsläget på en historiskt låg nivå. Mer än 80 procent av patienterna upplever att deras hälso- och sjukvårdsbehov tillgodoses av hälso- och sjukvården. Det är svårt att avgöra vad som är en rimlig nivå när det gäller hälsogapet, men det är litet i internationell jämförelse (se avsnitt 11).
- ▶ I alla tre indikatorer ser vi en förbättring över tid. Hälsogapet har minskat sedan 2015, åtgärdbar dödlighet har minskat och det finns en viss förbättring av patienternas upplevelse av att deras vårdbehov har blivit tillgodosedda. Att det skett förbättringar i samtliga indikatorer för vårdens hälsoutfall kan tyda på att hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet förbättrats över tid.
- ▶ Män har sämre resultat när det gäller sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Däremot har kvinnor marginellt sämre resultat när det gäller tillgodosett vårdbehov, med hänsyn till övriga faktorer.

- ▶ Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är betydligt högre för gruppen förgymnasialt utbildade jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Dessutom har gruppen ett större hälsogap, det vill säga större skillnad i självskattad hälsa mellan friska personer och personer med långvarig sjukdom. Men samtidigt uppger de i högre utsträckning att deras vårdbehov har blivit tillgodosedda jämfört med dem med högre utbildningsnivå.
- ▶ Det finns stora skillnader mellan personer i olika åldrar. Hälsogapet är större bland äldre än yngre. Samtidigt anger äldre i större utsträckning att deras vårdbehov blivit tillgodosedda.
- ▶ Skillnaderna mellan grupper och regioner har minskat när det gäller åtgärdbar dödlighet och tillgodosett vårdbehov, vilket skulle kunna förklaras av att hälso- och sjukvårdens kompensatoriska uppdrag har förbättrats.
- ▶ Det finns stora regionala skillnader, men vi ser inget systematiskt mönster, där vissa regioner ligger högt eller lågt för samtliga indikatorer.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

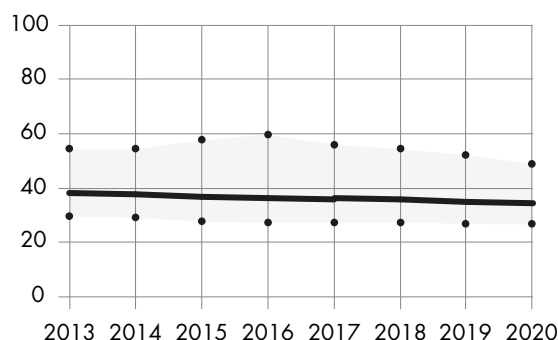
Källa: Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) och egna beräkningar.

Dödlighet i sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.

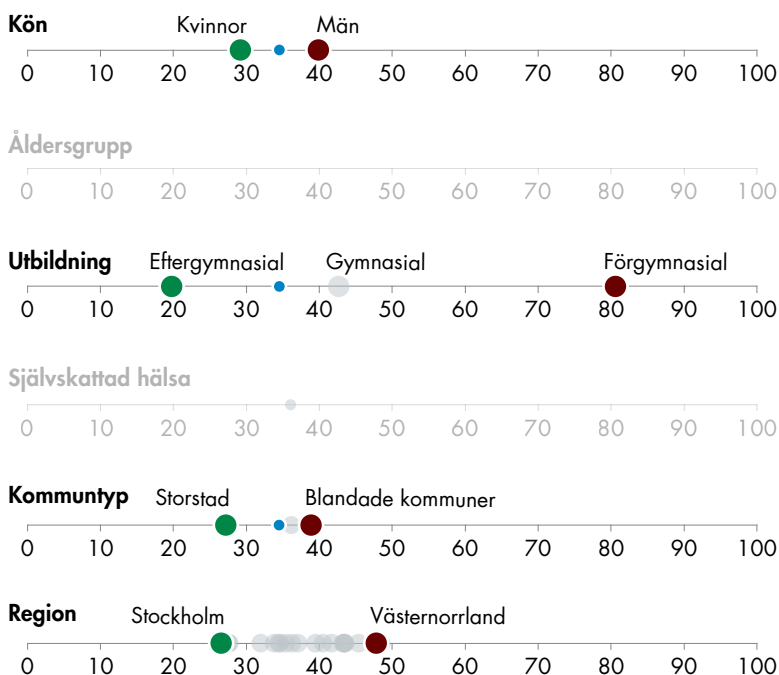
Åldersstandardiserade värden, fyraårsgenomsnitt.

35

dödsfall per 100 000 invånare i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.



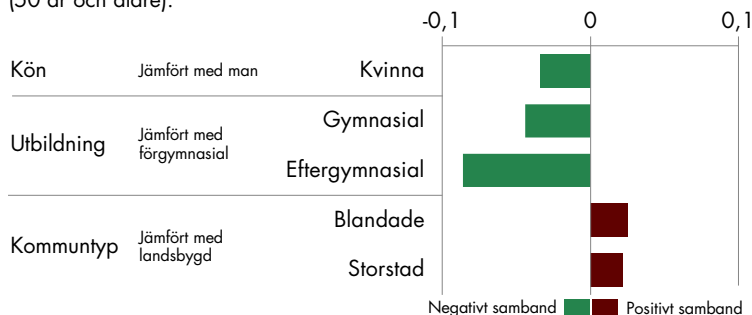
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2017–2020



- Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskar över tid och ligger på en historiskt låg nivå.
- Fler män än kvinnor dör i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.
- Det är stora skillnader i dödlighet beroende på utbildningsnivå. Personer med förgymnasial utbildning har fyra gånger så hög risk att dö i åtgärdbara diagnoser jämfört med personer som har eftergymnasial utbildning.
- Det finns skillnader mellan kommuntyper. Storstadskommuner har något lägre dödlighet i åtgärdbara sjukdomar än blandade kommuner och landsbygdskommuner. När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt har storstadskommuner högre dödlighet än landsbygdskommuner och blandade kommuner.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

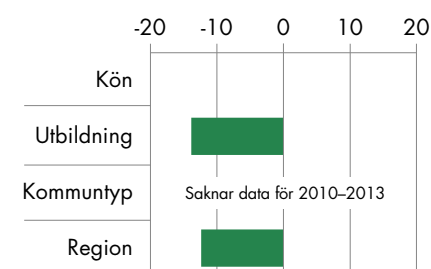
Skillnad i sannolikhet att avlida i en åtgärdbar sjukdom, procentenheter (50 år och äldre).



När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt kvarstår skillnaderna mellan kön och utbildning, även om de absoluta talen är mindre på individnivå. Resultatet för kommuntyp kvarstår inte. Sannolikheten att dö i åtgärdbara sjukdomar är något lägre för boende i landsbygdskommuner.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaderna i åtgärdbar dödlighet har minskat mellan utbildningsgrupper och mellan regioner sedan 2013. Mellan män och kvinnor har det inte skett någon förändring.

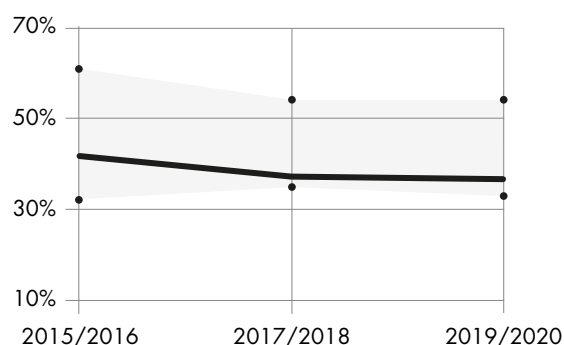
Hälsogap

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) och egna beräkningar.

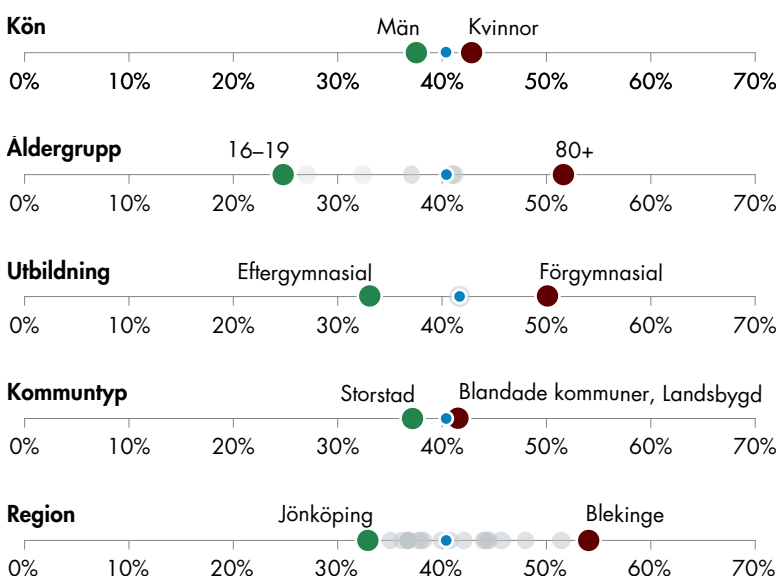
Skillnad i andelen som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan dem som har respektive inte har någon långvarig sjukdom eller långvarigt hälsoproblem, procentenheter.

Riksnittet är åldersstandardiserat över tid.

40 procentenheter är skillnaden i andelen med god hälsa mellan de som är friska och de som har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019/2020



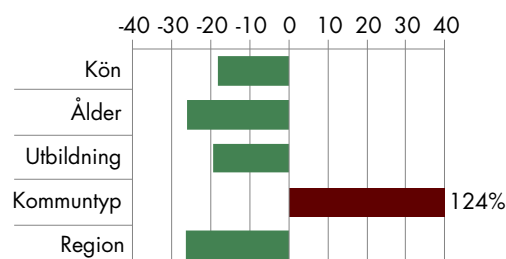
- ▶ Hälsogapet, det vill säga skillnaden i andelen som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan dem som har respektive inte har en långvarig sjukdom, har minskat sedan 2015/2016.
- ▶ Hälsogapet är något större bland kvinnor än bland män.
- ▶ Hälsogapet är betydligt större i äldre åldersgrupper än i yngre åldersgrupper.
- ▶ Hälsogapet är betydligt större bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.
- ▶ Hälsogapet är något större i landsbygdskommuner och tätastadskommuner än i storstadskommuner.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Vi kan inte analysera denna indikator utifrån flera bakgrundsfaktorer på grund av att vi saknar möjligheten att hantera information från ULF/SILC på individnivå.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaderna i hälsogap har minskat mellan män och kvinnor, åldersgrupper, utbildningsgrupper och regioner sedan 2015/2016. Skillnaderna har däremot ökat mellan kommuntyper. En liten absolut förändring kan innebära en stor relativ förändring.

Tillgodosett vårdbehov

Källa: Nationell patientenkät (SKR) och egna beräkningar.

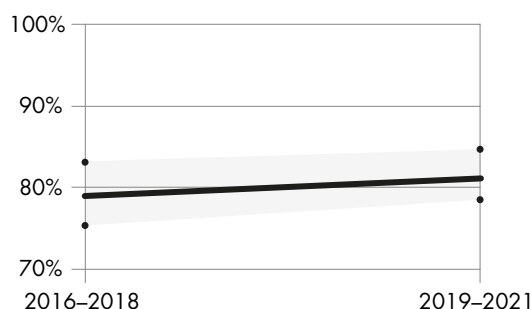
Baseras på en fråga i patientenkäten: "Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?".

Andel som svarat 4 eller 5 på en femgradig skala, där 5 innebär "ja, helt och hållet".

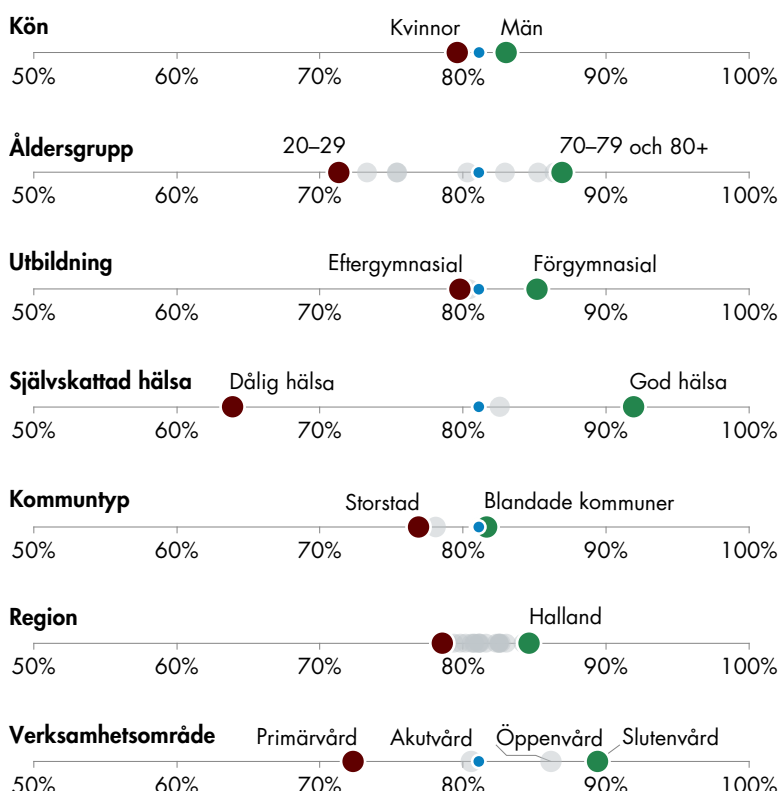
Sammanvägda resultat utifrån en treårsperiod.

81 %

av patienterna upplever att deras behov av vård har blivit tillgodosett.



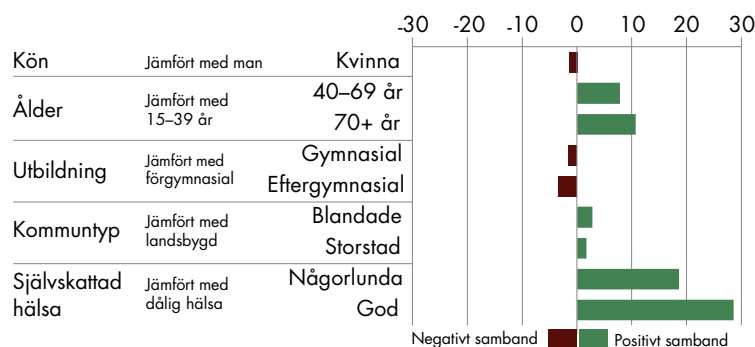
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019-2021



- ▶ Över tid har indikatorn utvecklats i positiv riktning. Tolkningen av trenden ska dock ske med försiktighet eftersom vi endast har tillgång till ett jämförelsetillfälle bakåt i tiden.
- ▶ Män upplever i något högre grad än kvinnor att deras behov av vård har blivit tillgodosett.
- ▶ Äldre och personer med förgymnasial utbildning tenderar att i högre utsträckning än yngre och mer högt utbildade uppleva att deras vårdbehov blivit tillgodosedda.
- ▶ Patienter som uppger att de har god hälsa upplever i betydligt högre grad att deras behov av vård tillgodoses än patienter som anger att de har dålig hälsa.
- ▶ Det finns skillnader mellan regioner och mellan kommuntyper, men dessa är relativt små. Patienter i Blekinge, Norrbotten, Sörmland, Västmanland och Västernorrland upplever i lägst grad att deras vårdbehov blivit tillgodosett (79 procent).
- ▶ Patienter som vårdas inom slutenvården upplever i högst grad att deras behov av vård tillgodoses.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

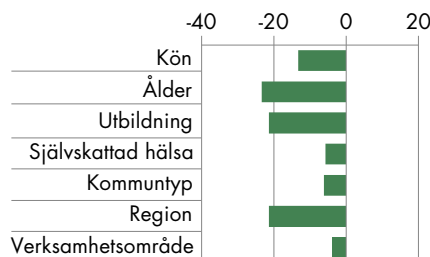
Skillnad i sannolikhet att uppge att behovet blivit tillgodosett, procentenheter.



När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt minskar skillnaden mellan kön och åldersgrupper. Skillnaderna utifrån utbildning och självskattad hälsa kvarstår.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaderna i tillgodosett vårdbehov har minskat mellan alla grupper och områden sedan uppföljningarna 2016-2018. En liten absolut förändring kan innebära en stor procentuell förändring.

4 Personcentrering

Personcentrering innebär i korthet att patienten och patientens närstående blir sedda, respekterade och inkluderade i vården utifrån varje individs behov, preferenser och resurser. Delaktighet i beslut, stöd till egenvård, ett respektfullt bemötande, god information och kommunikation samt samordning är viktiga dimensioner.

Våra indikatorer för personcentrering består av patientrapporterade upplevelsemått (s.k. PREMs), där patienterna värderar sina erfarenheter från vårdmötet och vårdens samordning. Ett känt problem med patientrapporterade erfarenhetsmått är att svaren påverkas av förväntningar (KCE 2018). Om förväntningarna på hälso- och sjukvården skiljer sig mellan grupper kan det påverka upplevelsen av vårdmötet och samordningen. Det finns evidens för att förväntningarna anpassas i takt med stigande ålder, och att upplevelsen av vården då också blir mer i linje med förväntningarna (Jaipaul och Rosenthal 2003). En möjlig förklaring till att äldre rapporterar bättre upplevelser av vården än yngre är därmed att förväntningarna bland de yngre i vissa fall kan vara högre.

4.1 Två indikatorer för att följa upp personcentrering

Upplevelse av vårdmötet

Indikatorn baseras på en sammanvägning av fem enkätfrågor som tillsammans avspeglar fyra olika dimensioner av personcentrering, och som i sin tur kan förknippas med själva vårdmötet mellan patienten och hälso- och sjukvården: delaktighet, medskapande och stöd till egenvård, bemötande samt kommunikation och information. Dimensionerna samlas i en gemensam indikator, eftersom de är starkt förknippade med varandra och delvis överlappande. Resultatet anges på en skala mellan 0 och 100, där ett högre värde innebär en bättre upplevelse.

Upplevd samordning

Indikatorn baseras på en enkätfråga där patienterna fått ta ställning till i vilken utsträckning de instämmer i påståendet att hälso- och sjukvården samordnar deras vårdkontakter i den utsträckning de behöver. Här handlar det alltså om patientens bedömning av hälso- och sjukvårdens arbetssätt snarare än innehållet i själva vårdmötet.

Båda indikatorerna baseras på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella patientenkät. Frågorna ställs till patienter som har besökt primärvård, öppen och slutet specialiserad vård samt akutmottagningar. Resultaten är sammanvägda för undersökningar som genomförts under 3 år. 2019 gällde primärvården, 2020 gällde akutvården och 2021 specialiserad öppen- och slutenvård. Vi bedömer att datakvaliteten för uppföljning på övergripande nationell och regional nivå i sig är relativt god för båda indikatorerna. Däremot är det osäkert i vilken utsträckning frågorna och patienternas svar fångar det vi önskar. I den föregående rapporten (Vård- och omsorgsanalys 2019a) ger vi en närmare presentation och beskrivning av nationell patientenkät.

4.2 Resultat i korthet

- ▶ En övervägande majoritet av alla patienter har positiva erfarenheter av vårdmötet och av vårdens samordning. I internationell jämförelse ligger Sverige bra till när det gäller bemötande och delaktighet i sjukhusvården, men sämre när det gäller delaktighet och samordning i primärvården (se avsnitt 11).
- ▶ Både upplevelse av vårdmötet och upplevd samordning har förbättrats under mätperioden. Även spridningen för olika grupper har minskat jämfört med tidigare mätningar. Eftersom vi endast har tillgång till två mättillfällen bör trenden tolkas med försiktighet.
- ▶ Män upplever i högre grad ett positivt vårdmöte och en god samordning jämfört med kvinnor, men skillnaderna är små jämfört med skillnaden utifrån till exempel ålder, och minskar vid analys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt.
- ▶ Det är små skillnader i upplevelsen av vårdmötet och upplevd samordning mellan utbildningsgrupper. De största skillnaderna ser vi mellan dem med god självskattad hälsa och dem med dålig självskattad hälsa.
- ▶ En framträdande skillnad är mellan olika åldersgrupper, där äldre upplever att vårdmötet är mer personcentrerat och att vården är mer samordnad än yngre. Skillnaderna har dock minskat jämfört med tidigare år.
- ▶ Skillnaderna mellan regioner och kommuntyper är förhållandevis små. De är till stor del samma regioner som ligger bättre respektive sämre till för båda indikatorerna.
- ▶ Vi ser stora skillnader i upplevelsen av vårdmötet och upplevd samordning mellan olika vårdområden, där patienter i primärvård och akutsjukvård är mindre nöjda än patienter i specialiserad vård.

Upplevelse av vårdmötet

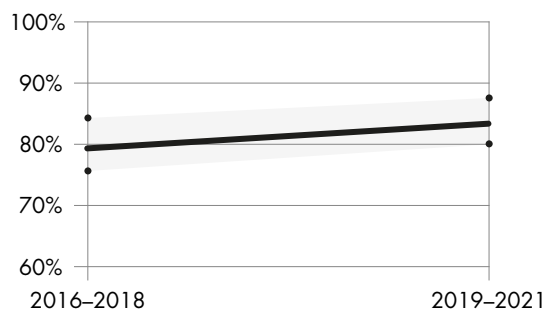
Källa: Nationell patientenkät (SKR) och egna beräkningar.

Indikatorn är ett index som bygger på frågor i patientenkät och sammanfattar hur patienter upplever fyra aspekter av vårdmötet: delaktighet, medskapande, bemötande och kommunikation.

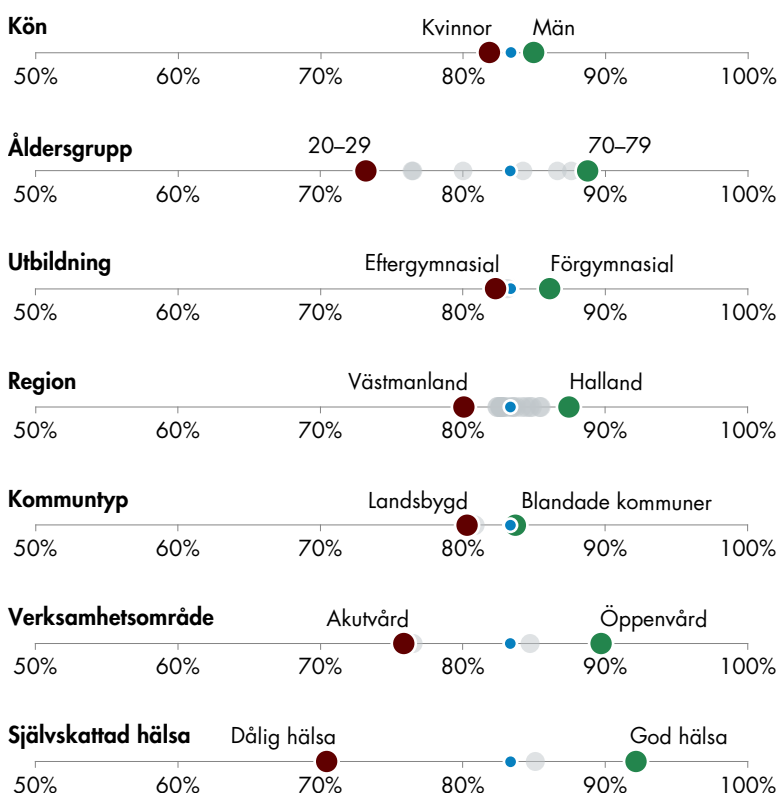
Sammanvägda resultat utifrån en treårsperiod.

83 %

av patienterna upplever ett positivt vårdmöte avseende delaktighet, medskapande, bemötande och kommunikation.



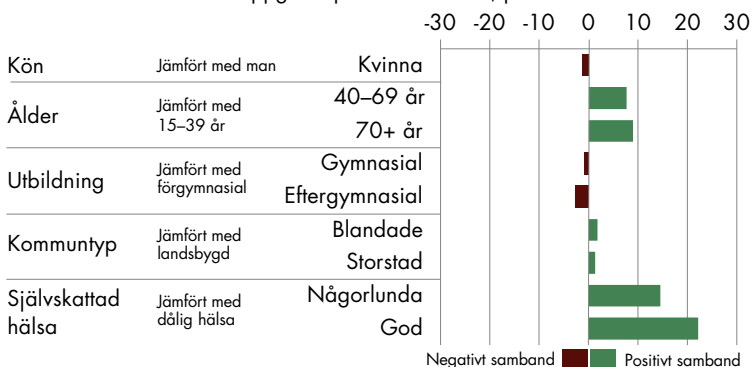
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019-2021



- ▶ Över tid har indikatorn utvecklats i positiv riktning. Tolkning av en trend ska dock ske med försiktighet eftersom vi endast har tillgång till en jämförelseperiod bakåt i tiden.
- ▶ Män har i något högre grad en positiv upplevelse av vårdmötet än kvinnor.
- ▶ Äldre samt patienter med förgymnasial utbildning har i något högre grad en positiv upplevelse av vårdmötet än yngre respektive patienter med högre utbildning.
- ▶ Patienter som upplever att de har god hälsa har en betydligt mer positiv upplevelse av vårdmötet än patienter som upplever sin hälsa som dålig.
- ▶ Skillnader mellan regioner och kommuntyper är förhållandevis små.
- ▶ Skillnaderna är däremot större mellan olika verksamhetsområden, med lägre resultat för akut- och primärvård och en högre andel positiva resultat för specialiserad slut- och öppenvård.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

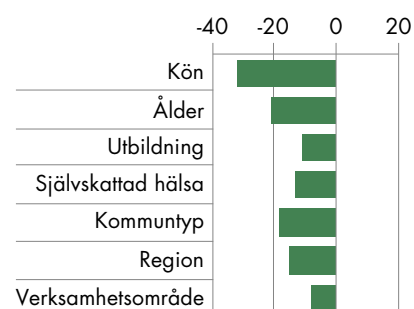
Skillnad i sannolikhet att uppge ett positivt vårdmöte, procentenheter.



När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt ser vi några skillnader jämfört med resultatet ovan. Bland annat minskar skillnaderna mellan kön och åldersgrupper. Skillnaderna utifrån utbildning och självskattad hälsa kvarstår.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaderna i upplevelse av vårdmötet har minskat inom alla grupper sedan den senaste uppföljningen.

Upplevelse av samordning

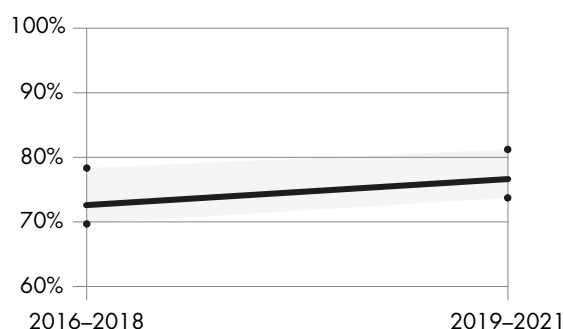
Källa: Nationell patientenkät (SKR) och egna beräkningar.

Baseras på en fråga i patientenkät: "Anser du att personalen i hälso- och sjukvården samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?".

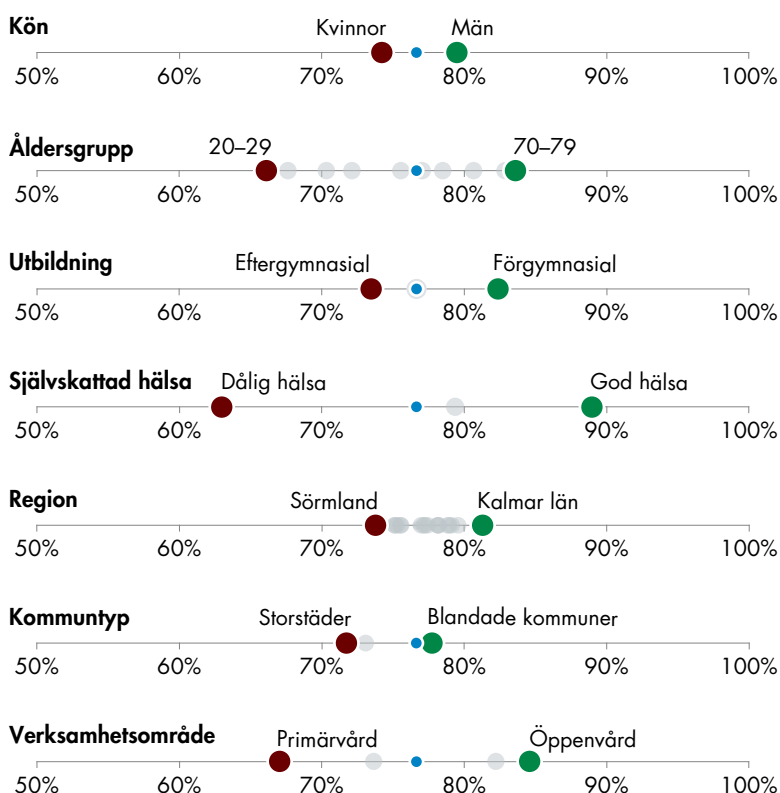
Andel som svarar 4 eller 5 på en femgradig skala.
Sammanvägda resultat från en treårsperiod.

77 %

av patienterna upplever en god samordning av deras vårdkontakter.



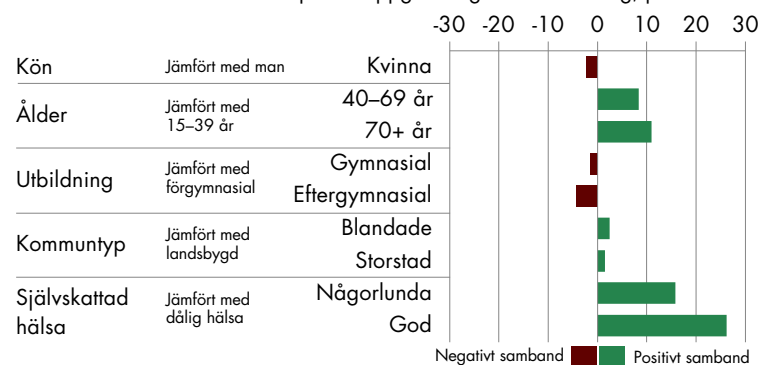
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019-2021



- ▶ Över tid har indikatorn utvecklats i positiv riktning. Tolkning av en trend ska dock ske med försiktighet eftersom vi endast har tillgång till en jämförelseperiod bakåt i tiden.
- ▶ Män upplever i något högre grad än kvinnor att vården samordnar deras vårdkontakter. Det är stora skillnader mellan åldersgrupper: äldre anser i högre grad än yngre att vården är samordnad.
- ▶ Personer med förgymnasial utbildning anser i högre grad än personer med eftergymnasial utbildning att vården samordnas.
- ▶ Patienter som upplever sin hälsa som god upplever i betydligt högre grad att vården är samordnad jämfört med patienter som upplever sin hälsa som dålig.
- ▶ Skillnaderna mellan regioner och kommuntyper är förhållandevis små jämfört med olika verksamhetsområden. Patienter inom specialiserad öppen- och slutenvård upplever i högre grad att deras kontakter samordnas än patienter inom primärvård och akutmottagningar.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

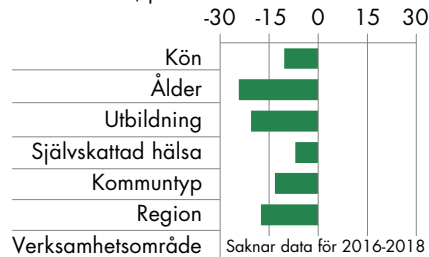
Skillnad i sannolikhet att ha en positiv uppgfattning om samordning, procentenheter.



När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt ser vi några skillnader jämfört med resultatet ovan. Bland annat minskar skillnaden mellan kön och mellan åldersgrupperna. Skillnaderna utifrån utbildning och självskattad hälsa kvarstår.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Skillnaderna i upplevelse av samordning har minskat sedan uppföljningen 2016-2018. Vi har inte haft möjlighet att analysera skillnader mellan verksamhetsområden över tid eftersom akutvården saknas i den tidigare uppföljningen.

5 Väntetider

Det är ofta en viss väntetid till olika kontakter och insatser i vårdkedjan. Långa väntetider till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men även om det medicinska resultatet inte påverkas, kan man påverkas av väntetiden, exempelvis via oro, stress och obehag.

I vår uppföljning har vi inkluderat tre indikatorer för väntetid. Det är andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar efter att man tagit kontakt, andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården samt andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på behandling i den specialiserade vården. Tidsgränserna fastställs i den nationella vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § HSF).

5.1 Tre indikatorer för att följa upp väntetider

Andelen patienter som fått ett besök inom primärvården inom tre dagar

Indikatorn består av andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Bedömningsgarantin förändrades 2019, från sju dagar för läkarbesök till tre dagar för medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (prop. 2017/18:83). Samtidigt uppdaterades uppföljningen i väntetidsdatabasen, men det är osäkert hur god täckningsgrad databasen har för primärvårdsbesök (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Förändringen i bedömningsgarantin medför att vi endast kan redovisa indikatorn från 2019 och framåt.

Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården

Indikatorn består av andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården i förhållande till samtliga personer som väntar på ett första besök i den specialiserade vården. Det ingår första besök hos ett urval av specialiteter. Vissa har valts ut för att de står för stora vårdvolym, och andra för att de har kända tillgänglighetsproblem. Det innebär att väntetidsdatabasen bara mäter första besök hos några av den specialiserade vårdens områden, även om besöksgarantin enligt vårdgarantin även gäller för andra områden. För en förteckning av urvalet, se till exempel Vård- och omsorgsanalys (2017).

Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar på behandling i den specialiserade vården

Indikatorn tas fram genom att dividera antalet patienter som väntat i högst 90 dagar med det totala antalet patienter som väntar på behandling i den specialiserade vården. Även behandlingsgarantin följs upp utifrån ett urval av behandlingar. För en förteckning av urvalet, se till exempel Vård- och omsorgsanalys (2017).

Indikatorerna är baserade på data från SKR:s väntetidsdatabas. Mätningarna av första besök inom den specialiserade vården och operationer inkluderar alla offentliga sjukhus. Privata sjukhus och mottagningar ingår om regionen har anmält enheten och det finns förutsättningar för verksamheten att rapportera de uppgifter som efterfrågas (SKR 2021).

Till följd av möjligheten att olika verksamheter tolkar och rapporterar på skilda sätt, finns det osäkerhet i hur väl informationen avspeglar den verkliga väntetidssituationen. Att ekonomiska incitament under vissa tidsperioder har kopplats till väntetiderna ökar också osäkerheten över tid och mellan regioner. För uppföljning på nationell nivå bedömer vi att statistiken ändå bidrar med en övergripande bild, men det är svårare att använda informationen på lägre nivå. Det är också viktigt att ha i åtanke att måtten bara omfattar en del av vårdkedjan.

5.2 Resultat i korthet

- ▶ Sverige har i internationell jämförelse långa patientupplevda väntetider till hälso- och sjukvården, särskilt när det gäller primärvården (se avsnitt 11).
- ▶ Sedan 2019 har efterlevnaden av bedömningsgarantin i primärvården förbättrats något. Drygt 80 procent av patienterna fick en första bedömning i primärvården inom vårdgarantins gränser 2021.
- ▶ Inom den specialiserade vården har efterlevnaden av såväl besöksgarantin och behandlingsgarantin försämrats sedan 2014. Pandemin har medfört en kraftig nedgång i efterlevnaden, särskilt när det gäller väntetider till behandling. 2021 var andelen som väntat på ett första besök i högst 90 dagar 70 procent och andelen som väntat i högst 90 dagar på behandling 50 procent. Det innebär att var tredje patient väntat i längre än 90 dagar på ett första besök och att varannan patient väntat i längre än 90 dagar på behandling.
- ▶ Vi kan bara analysera skillnader utifrån individuella bakgrundsfaktorer för primärvården. I primärvården är det små skillnader mellan könen. När det gäller åldersskillnader ser vi ett stegvist mönster, där högre ålder är förenat med en sämre efterlevnad av vårdgarantin.
- ▶ Det finns stor variation i efterlevnaden av vårdgarantin mellan regionerna och variationen mellan regionerna har ökat, särskilt inom den specialiserade vården. Sju regioner ligger i den övre halvan för alla tre måtten: Gotland, Halland, Jönköping, Kalmar, Stockholm, Kronoberg och Västmanland. Det är även fem regioner som placerar sig i den lägre halvan för samtliga tre mått: Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Värmland, Västerbotten och Östergötland.

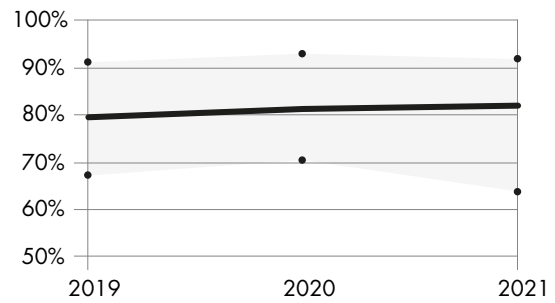
- ▶ Det finns stora skillnader i efterlevnad av vårdgarantin mellan olika specialistområden.
- ▶ För att följa upp väntetidsgarantin används ibland måttet andelen patienter som fått bedömning, besök eller behandling inom vårdgarantins tidsgränser. Måttet avser endast de patienter som fått vård, de som fortfarande väntar ingår alltså inte i måttet. Vi redovisar inte det måttet här, även om vi analyserat det i samband med arbetet. Anledningen är att måttet riskerar att ge en missvisande bild av väntetidsläget, särskilt i samband med att vårdskulden ökat till följd av pandemin. I dagsläget visar måttet att av dem som fått vård, är det en större andel som fått vården inom vårdgarantins gränser. Mönstret skulle till exempel kunna förklaras av att patienter med stora vårdbehov prioriterats av vården och att de patienterna också har behov av mer skyndsam vård.

Väntetid till primärvård

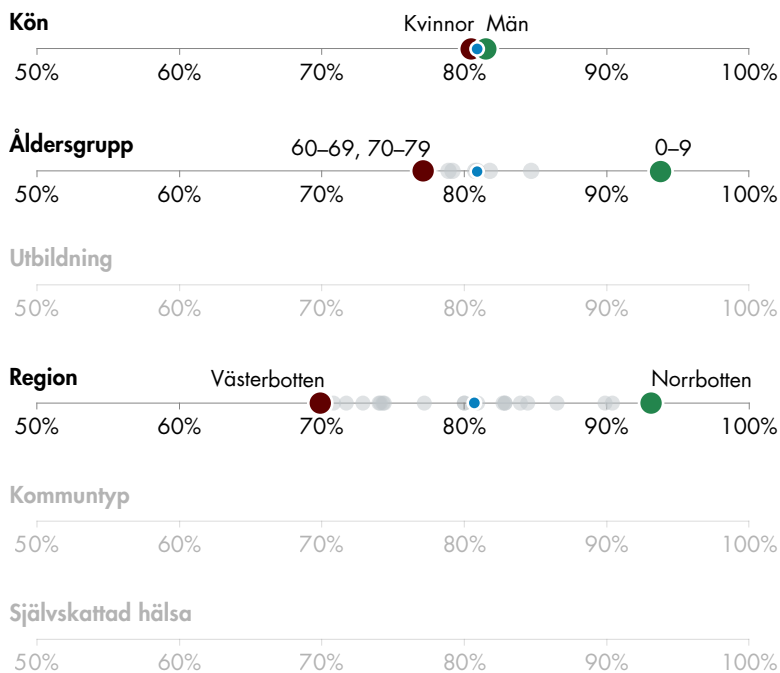
Källa: Tidsserie: Väntetidsdatabasen via Vården i siffror.
Resultatredovisning 2020: Väntetidsdatabasen (SKR).

Andel patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar.
Patientvald väntan ingår ej.

82 % av patienterna har fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020



- Eftersom bedömningsgarantin förändrades 2019, går det endast att jämföra en kortare period. Mellan 2019 och 2021 har efterlevnaden av bedömningsgarantin förbättrats något på nationell nivå.
- Skillnaden i efterlevnaden av bedömningsgarantin i primärvården är marginell mellan kvinnor och män.
- Det är större skillnader mellan olika åldersgrupper, där barn i större utsträckning får en medicinsk bedömning inom tre dagar jämfört med övriga åldersgrupper.
- Det finns stora regionala skillnader i efterlevnaden av bedömningsgarantin.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Vi har inte gjort en analys av flera bakgrundsfaktorer samtidigt eftersom information om flera av bakgrundsvariablerna saknas.

Variation – förändring över tid

Analys av förändringar över tid är inte möjlig på grund av att rapporteringen under 2019 varierade mellan regionerna och att vi enbart haft tillgång till aggregerad data för 2021 vid analysstillfället.

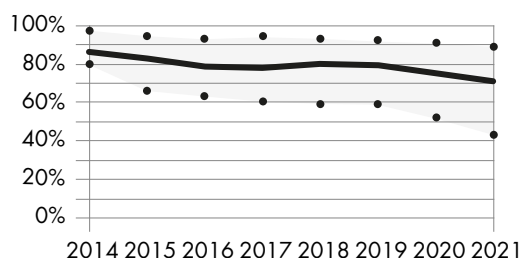
Väntetid till specialiserad vård

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Andel patienter som väntat på ett första besök i den specialiserade vården i högst 90 dagar. Patientvald och medicinskt orsakad väntan ingår ej.

71 %

av patienterna har väntat på ett första besök i den specialiserade vården i högst 90 dagar.



2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021

Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2021

Kön



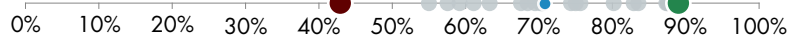
Ålder



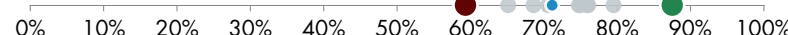
Utbildning



Region



Verksamhetsområde



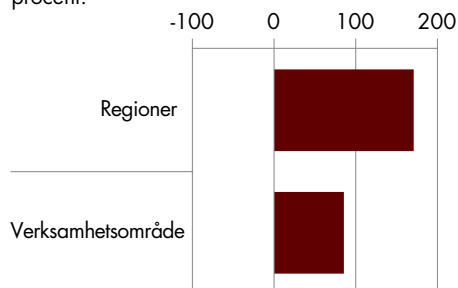
- ▶ Sedan januari 2021 används en ny modell för att rapportera väntetiderna. Vi använder oss av den äldre modellen för att möjliggöra jämförelser över tid.
- ▶ Information om kön och ålder är inte heltäckande för hela landet. Information om utbildning samlas inte in. Vi kan därför inte analysera väntetider i den specialiserade vården utifrån patienternas bakgrundsfaktorer.
- ▶ Andelen patienter som väntat i högst 90 dagar har minskat sedan 2014. Särskilt tydlig är nedgången under pandemin.
- ▶ Indikatorn påverkas av hur många patienter som redan finns på väntelista för första besök, men också av inflödet av nya patienter. Inflödet av nya patienter har minskat markant under pandemin (Vård- och omsorgsanalys 2021b).
- ▶ Andelen som har väntat i högst 90 dagar varierar mellan 43 och 89 procent mellan regionerna. Efterlevnaden av besöksgarantin har försämrats i samtliga regioner under perioden.
- ▶ Det finns stora skillnader mellan olika verksamhetsområden. Exempelvis är andelen som väntat i högst 90 dagar 87 procent inom hudsjukvården och 59 procent inom ögonsjukvården.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Analysen är inte möjlig att genomföra eftersom informationen om bakgrundsfaktorer inte är heltäckande för hela landet.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan områden, procent.



Skillnaderna i väntetid till första besök har ökat mellan 2014 och 2020, både mellan regioner och verksamhetsområden. En liten absolut förändring kan innebära en stor relativ förändring.

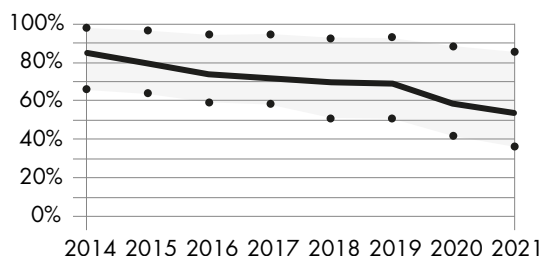
Väntetid till behandling

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Andel patienter som väntat på operation eller åtgärd i den specialiserade vården i högst 90 dagar. Patientvald och medicinskt orsakad väntan ingår ej.

54 %

av patienterna har väntat på behandling i den specialiserade vården i högst 90 dagar.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2021

Kön



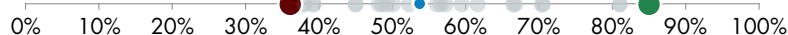
Ålder



Utbildning



Region



Verksamhetsområde



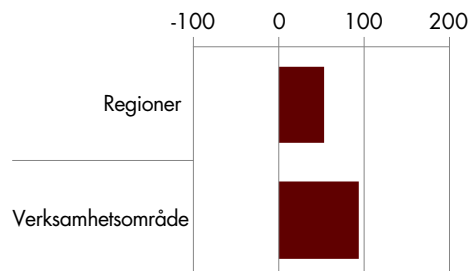
- ▶ Sedan januari 2021 används en ny modell för att rapportera väntetiderna. Vi använder oss av den äldre modellen för att möjliggöra jämförelser över tid.
- ▶ Information om kön och ålder är inte heltäckande för hela landet. Information om utbildning samlas inte in. Vi kan därför inte analysera väntetider i den specialiserade vården utifrån patienternas bakgrundsfaktorer.
- ▶ Indikatorn speglar de uppdämda vårdbehov som uppstått under pandemin, men också en långsiktig trend där en allt större andel av patienterna väntar längre än 90 dagar på behandling.
- ▶ Efterlevnaden av behandlingsgaranti varierar mellan 36 och 85 procent mellan regionerna. Efterlevnaden har försämrats för samtliga regioner mellan 2014 och 2020.
- ▶ Det finns stora skillnader mellan olika verksamhetsområden.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Analysen är inte möjlig att genomföra eftersom informationen om bakgrundsfaktorer inte är heltäckande för hela landet.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan områden, procent.



Skillnaderna i väntetid till specialiserad vård har ökat mellan 2014 och 2020, både mellan regioner och verksamhetsområden. En liten absolut förändring kan innebära en stor relativ förändring.

6 Tillgänglighetsbarriärer

Med tillgänglighetsbarriärer menar vi hinder för att få tillgång till hälso- och sjukvården. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska, kostnadsmässiga, informationsmässiga eller språkliga.

Vi belyser tillgänglighetsbarriärer med tre olika mått. Andelen som avstått från vård samt upplevelsen av att ha tillgång till den vård man behöver är breda mått som kan fånga alla typer av hinder. Den tredje indikatorn, telefontillgänglighet i primärvården, fångar hur det lätt det är att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, där primärvården i de flesta fall bör vara den första instansen man vänder sig till, antingen på eget initiativ eller utifrån hänvisning från 1177 Vårdguiden.

6.1 Tre indikatorer för att följa upp tillgänglighetsbarriärer

Personer som uppger att de avstått från vård

Indikatorn baseras på frågor ur Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Resultaten visar andelen av befolkningen (i procent) som uppger att de under de senaste 12 månaderna på grund av kostnad, reseavstånd eller väntetid inte blivit undersökta eller fått vård, trots att de verkligen upplevt ett behov. Vi bedömer att datakvaliteten i undersökningen är relativt god. Vi har ändrat datakälla från den nationella folkhälsoenkäten sedan den förra resultatredovisningen för att möjliggöra internationella jämförelser.

Indikatorn är inte direkt jämförbar med tidigare uppföljning på grund av att frågeformuleringen skiljer sig mellan enkäterna. De svarande i ULF/SILC får svara på om de "under de senaste 12 månaderna verkligen behövt" vård, medan de svarande i den nationella folkhälsoenkäten får ange om de "ansett sig vara i behov" av vård. Den nya indikatorn fångar därför troligtvis upp patienter som haft större vårdbehov och resulterar därmed i att färre uppger att de avstått vård.

Upplevelse av att ha olika tillgång till den vård man behöver

Indikatorn baseras på en enkätfråga i Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) undersökning till befolkningen, *hälso- och sjukvårdsbarometern*. Resultaten anger hur stor andel (i procent) som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den vård de behöver. Vi bedömer att datakvaliteten i undersökningen är relativt god.

Telefontillgänglighet i primärvården

Indikatorn anger andelen (i procent) av telefonsamtalen till vårdcentraler under ordinarie öppettider som besvaras samma dag. Mätningarna görs under begränsade perioder som är på förhand kända, vilket gör att vårdcentralerna har möjlighet att anpassa sig efter det. Det är bara telefontillgänglighet som mäts, och det finns inte information om tillgängligheten för andra kontaktvägar.

6.2 Resultat i korthet

- ▶ Ungefär 2 procent av Sveriges befolkning uppger att de avstått från att söka vård till följd av kostnad, avstånd eller långa väntetider. Det är en låg siffra jämfört med andra länder. De allra flesta uppger också att de har tillgång till den vård de behöver och att det är lätt att komma i kontakt med primärvården.
- ▶ Medan andelen som avstått vård och andelen som når primärvården samma dag legat på stabila nivåer under mätperioden, har andelen av befolkningen som uppger att de har tillgång till den vård de behöver ökat över tid. Detta trots att pandemin har medfört att regionerna behövt ställa in och skjuta upp mycket vård.
- ▶ En utmaning för svensk hälso- och sjukvård är att det finns en grupp som avstår från att söka vård. Det är särskilt problematiskt att de som uppger att de har en dålig hälsa är överrepresenterade i den gruppen.
- ▶ Det är vanligare att personer med hög utbildning, utrikes födda och personer med dålig hälsa uppger att de inte har tillgång till den vård de behöver.

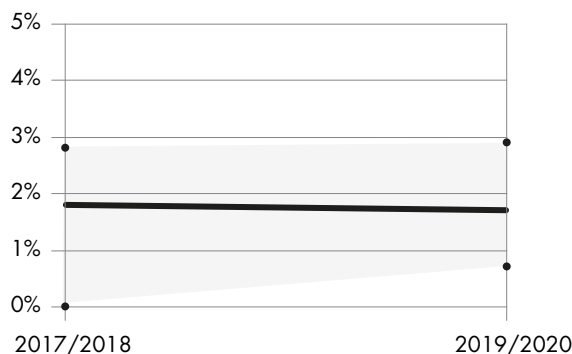
Avstår från vård

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) och egna beräkningar.

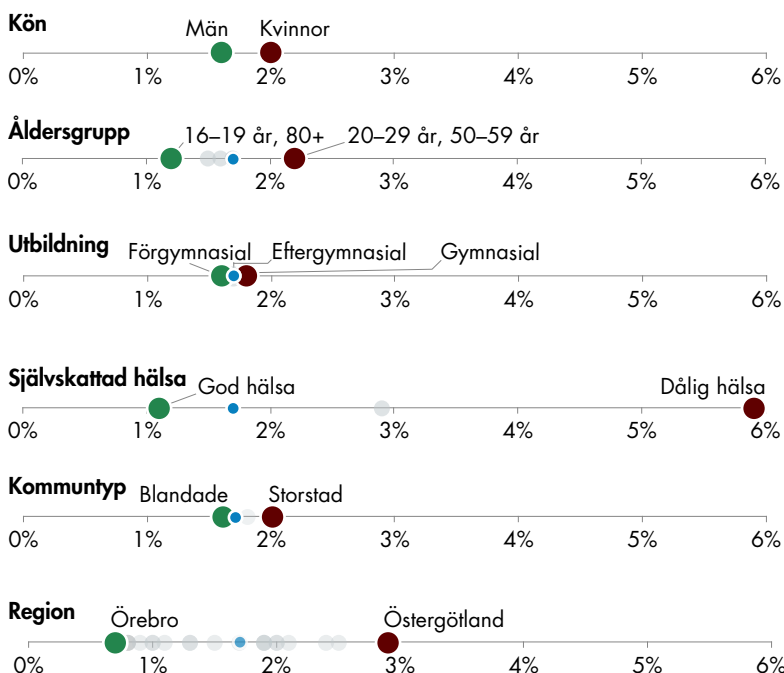
Andelen som anger att de har avstått läkarvård eller läkarundersökning på grund av att de inte hade råd, att väntetiderna var långa eller att reseavståndet var för långt.

2 %

av befolkningen avstår från vård på grund av kostnad, avstånd eller långa väntetider.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2019/2020



På grund av frågeformuleringen fångar indikatorn förmodligen upp patienter som har haft ett lite större vårdbehov.

Kvinnor avstår från vård i något högre grad än män, men om vi tar hänsyn till övriga bakgrundsfaktorer finns ingen skillnad.

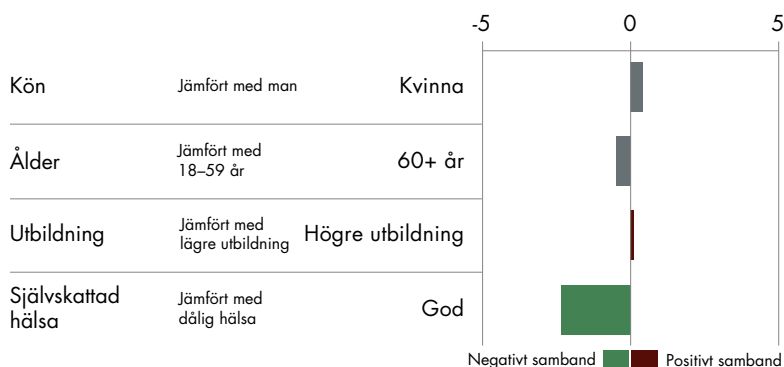
Det är vanligast att avstå vård bland personer 20-29 år samt 50-59 år. Skillnaderna kvarstår inte när vi kontrollerar för flera bakgrundsfaktorer, men vi har inte haft möjlighet att kontrollera för alla åldersgrupper på grund av risken att identifiera enskilda individer.

Personer med dålig självskattad hälsa avstår vård i betydligt högre grad än personer med god självskattad hälsa.

Det är små skillnader mellan kommuntyper. Skillnaderna mellan regioner är större. Störst andel som avstår vård finns i Östergötland, och minst andel i Örebro.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

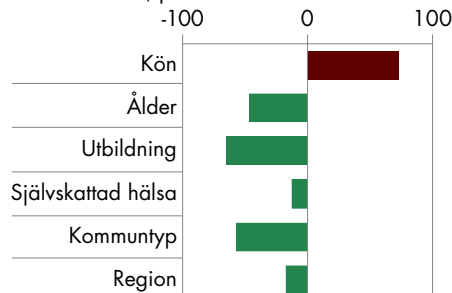
Skillnad i sannolikhet att avstå från vård, procentenheter.



När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer är det endast skillnaden utifrån självskattad hälsa som kvarstår.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaden mellan grupper och områden, procent.



Variationen mellan grupper och områden har minskat utom mellan män och kvinnor, där det skett en ökning sedan senaste uppföljningen. Ökningen är liten i absoluta tal (0,3 procentenheter).

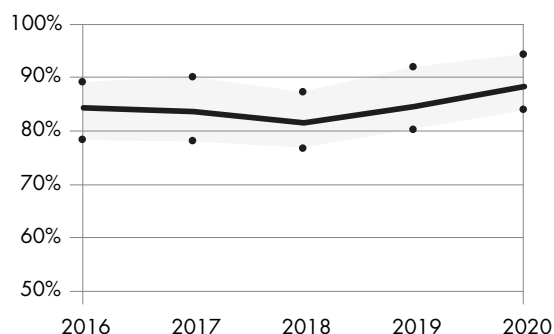
Tillgång till vård

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKR) och egna beräkningar.

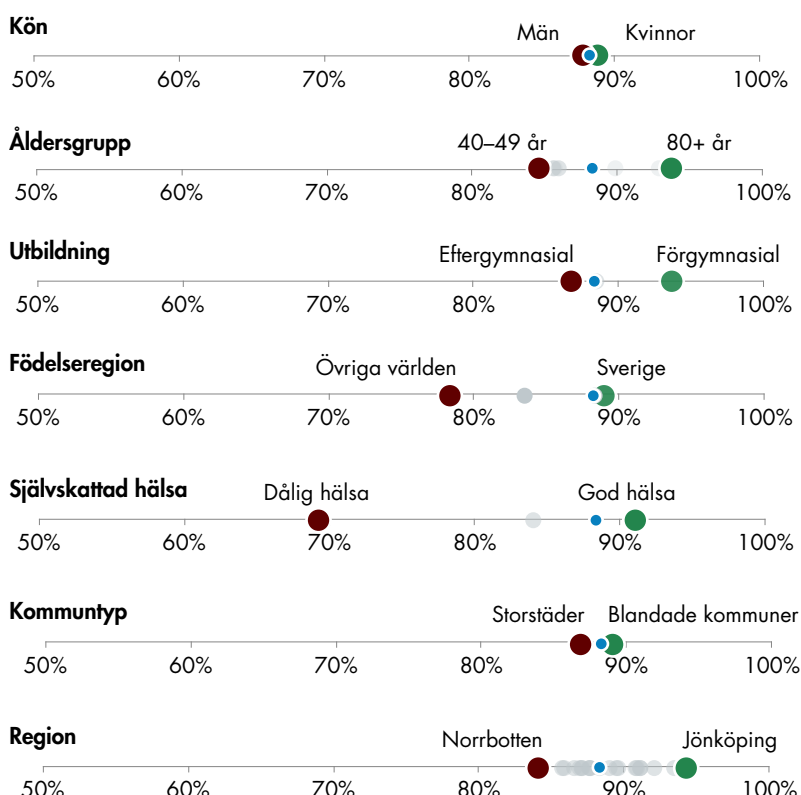
Baseras på en fråga i Hälso- och sjukvårdsbarometern:
"Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver"
Andel som svarat "Instämmer helt" eller "Instämmer delvis".

88 %

av befolkningen anser att de har tillgång till den vård de behöver.



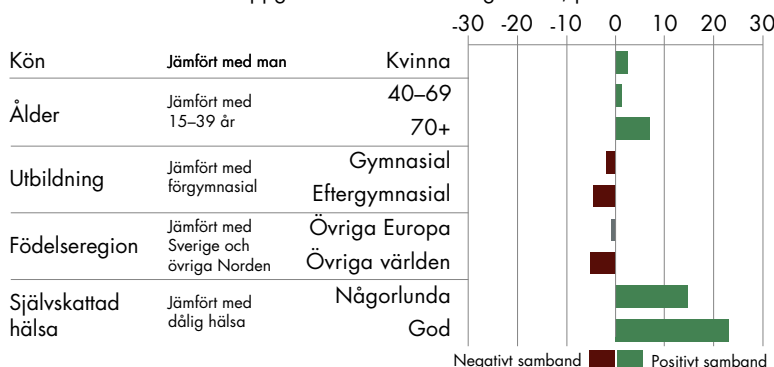
Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020



- Andelen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver av har ökat något sedan 2016.
- Kvinnor upplever i något högre grad än män att de har tillgång till den vård de behöver.
- Andelen som upplever att de har tillgång till den vård de behöver ökar något med ålder.
- Personer med förgymnasial utbildning upplever i högre grad att de har tillgång till den vård de behöver än personer med eftergymnasial utbildning.
- Personer som är födda i Sverige anser i högre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver jämfört med personer födda utanför Europa.
- Personer med låg självskattad hälsa upplever i lägre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver.
- Det är små skillnader mellan kommuntyper.
- Det finns skillnader mellan regionerna, och resultaten liknar dem från uppföljningen 2019 med högst andel som upplever att de har tillgång till den vård de behöver i Jönköping och lägst andel i Norrbotten.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

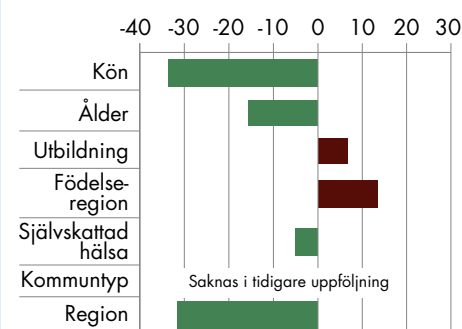
Skillnad i sannolikhet att uppgä att behovet blivit tillgodosett, procentenheter.



När vi tar hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt ser vi skillnader jämfört med resultatet ovan. Inga skillnader kvarstår mellan kommuntyper (exkluderad) och skillnaderna mellan utbildningsgrupper minskar medan skillnaderna utifrån födelseregion ökar.

Variation – förändring över tid

Förändring i skillnaderna mellan grupper och områden, procent.



Variationen mellan de flesta grupper har minskat sedan 2017. Variationen mellan utbildningsgrupper och inrikes och utrikes födda har däremot ökat sedan 2017.

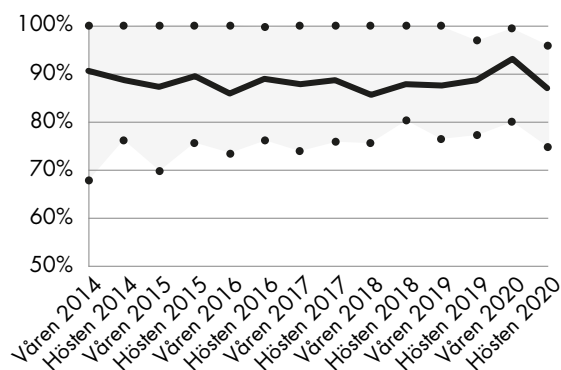
Telefontillgänglighet

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Andel av telefonsamtal till vårdcentraler under en månad som besvaras samma dag.

87 %

av telefonsamtalen till vårdcentraler besvaras samma dag.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020

Kön

50% 60% 70% 80% 90% 100%

► Andelen telefonsamtal till primärvården som besvaras samma dag har legat mellan 86 och 93 procent mellan 2014 och 2020.

Ålder

50% 60% 70% 80% 90% 100%

► Den lägsta uppnådda telefontillgängligheten i en region har förändrats under tidsperioden från 68 till 75 procent medan den högst uppnådda telefontillgängligheten har minskat från 100 till 96 procent.

Socioekonomi

50% 60% 70% 80% 90% 100%

Region

50% 60% 70% 80% 90% 100%

Värmland Jönköping

► Jönköping har högst telefontillgänglighet hösten 2020, 96 procent av telefonsamtalen till primärvården besvarades samma dag. Värmland har lägst telefontillgänglighet, 75 procent av telefonsamtalen besvarades samma dag.

Kommuntyp

50% 60% 70% 80% 90% 100%

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Vi har inte haft möjlighet att ta hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt för denna indikator eftersom datakällan inte innehåller nödvändig bakgrundsinformation och inte heller kan länkas till sådan information.

Variation – förändring över tid

Analysen är inte relevant för denna indikator.

Hälso- och sjukvårdens resursanvändning

I det här avsnittet beskriver vi hur mycket, och vilken typ av, vård som produceras, vilka resurser som finns till hälso- och sjukvårdens förfogande samt hur produktiviteten och effektiviteten utvecklats. Avsikten är att avsnittet ska ge en bred bild av hur resursförbrukningen utvecklats sammantaget, men också för olika verksamhetsområden. Här ingår också att studera i vilken mån sjukvården effektiviseras genom ökad produktivitet och genom effektivare lösningar.

Vi inleder avsnittet med att beskriva hälso- och sjukvårdens prestationer, det vill säga vilken vård som utförs. Eftersom det saknas data som beskriver alla vårdens prestationer är vår framställning begränsad till läkarbesök. Vi beskriver därefter översiktligt vilka resurser hälso- och sjukvården har tillgång till samt hur produktiviteten utvecklas, det vill säga förhållandet mellan prestationer och resurser. Avsnittet avslutas med effektivitetsberäkningar, där vi ställer utfallen för de olika kvalitetsområdena i förhållande till kostnaderna.

7 Hälso- och sjukvårdens prestationer

I det här kapitlet redovisar vi översiktligt vilken hälso- och sjukvård som produceras och hur den fördelar sig mellan olika verksamhetsområden och befolkningsgrupper. Indikatorerna ingår även som underlag i produktivitetsberäkningarna, som presenteras i avsnitt 9.

7.1 Tre indikatorer för att följa upp vårdens prestationer

Fysiska läkarbesök i primärvården per 1 000 invånare

Indikatorn bygger på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) verksamhetsstatistik. Vi kan bara följa utvecklingen av fysiska läkarbesök. Skälet är att det finns brister i statistiken över digitala läkarbesök samt vårdkontakter via brev och telefon. För fysiska läkarbesök är täckningsgraden högre och uppgifterna kan därmed antas vara mer korrekta. För en mer ingående beskrivning av täckningsgraden för verksamhetsstatistiken och väntetidsdatabasen, se Vård- och omsorgsanalys (2021b).

Verksamhetsstatistiken är inte möjlig att bryta ned på enskilda bakgrundsfaktorer, som kön och ålder. Vi kompletterar därför med information från SKR:s väntetidsdatabas för resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer. I redovisningen ingår bara data från 14 regioner. Det beror på att det finns stora skillnader i redovisningen av antalet läkarbesök mellan väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik för övriga sju regioner. Vi väljer alltså att bara presentera data för de 14 regioner där vi bedömer att täckningsgraden för antalet besök i väntetidsdatabasen är tillräckligt god i förhållande till antalet primärvårdsbesök enligt SKR:s verksamhetsstatistik.

Digitala utomlänsbesök hos läkare i primärvården per 1 000 invånare

Utvecklingen av digitala vårdkontakter har gått snabbt under senare tid och de har accelererat ytterligare under pandemin. Vi använder antalet digitala utomlänsbesök till läkare inom primärvården som indikator över utvecklingen av digitala vårdkontakter i primärvården. Indikatorn omfattar dock inte samtliga digitala vårdkontakter i primärvården, utan bara de som sker hos en digital vårdgivare med hemvist i en annan region än hemregionen, så kallade utomlänsbesök. Anledningen är att det inte finns någon sammanhållen information om det totala antalet digitala besök. Även om många fysiska primärvårdsmottagningar erbjuder digitala besök, så omfattas de ännu inte i statistiken på ett fullständigt sätt. De ingår alltså inte i sammanställningen.

Indikatorn omfattar digitala läkarbesök som utförts av privata vårdgivare som har avtal med Region Sörmland och Region Jönköping. För 2020 innebär det att informationen

gäller digitala läkarbesök från Accumbo (Nyköpings Vårdcentral AB), Capiro Go (Achima Care AB), Doktor.se (Vingåkers Vårdcentral AB), Doktor24 (Unicare Vård i Södermanland AB), Joint Academy (Vingåkers Vårdcentral AB), Kry (Digital Medical Sweden Supply AB), Mendly (VC Flen AB), MinDoktor (Nyköpings Vårdcentral AB), Pratamera (Unicare Vård i Södermanland AB) och Vårdhjälpen (Vårdcentralen Smeden AB).

Viktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare

Indikatorn bygger på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) verksamhetsstatistik. Vid beräkningen av den samlade besöksutvecklingen använder vi oss av en viktningsmodell utvecklad av SKR, där besökstyperna viktas för att bättre spegla resursåtgången (SKL 2009). Enligt viktningsmodellen antas ett hembesök motsvara resursåtgången för två mottagningsbesök. Ett besök av en annan personalkategori än läkare antas i sin tur motsvara 40 procent av resursåtgången vid ett läkarbesök. Distansbesök är exkluderade.

Konsumerade DRG-poäng i öppen och slutet specialiserad somatisk vård per 1 000 invånare

Ett sätt att uppskatta hälso- och sjukvårdens prestationer är via måttet antal konsumerade DRG-poäng (DRG står för diagnosrelaterad grupp). Det är ett mått som belyser antalet vårdkontakter justerat för vårdtyngd, och uttrycker därmed "kvantiteten" vård som produceras i termer av både antalet insatser och insatsernas omfattning. Måttet omfattar bara den specialiserade somatiska vården.

När en patient söker vård registreras vilken diagnos som är den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten. Dessutom redovisas de åtgärder som genomförts i utredande, behandlande eller förebyggande syfte. Baserat på bland annat diagnosen och åtgärderna grupperas sedan vårdkontakterna till en DRG-grupp. Totalt fanns det 2017 cirka 775 DRG-grupper i slutenvård och cirka 540 grupper i öppenvård (Socialstyrelsen 2017).

DRG tar också hänsyn till regionens patientmix, till exempel patienternas ålder och allvarlighetsgraden hos de sjukdomar patienterna har. Genom metoden kostnad per patient (även kallad KPP) beräknas en genomsnittlig kostnad per DRG-grupp. I nästa steg jämförs genomsnittskostnaden för DRG-gruppen med den genomsnittliga kostnaden för samtliga vårdkontakter (den resursåtgången får vikten 1). DRG-vikten är därigenom ett uttryck för den genomsnittliga resursåtgången för patienter i den aktuella DRG-gruppen. Ju högre DRG-vikt, desto större resursåtgång och behandlingskostnader (Socialstyrelsen 2017).

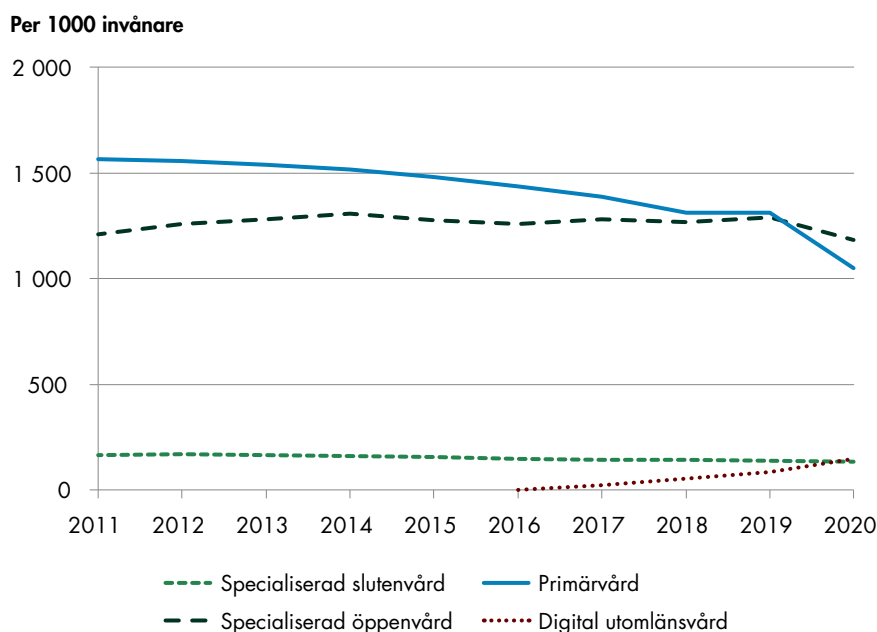
Antalet konsumerade DRG-poäng i en region är summan av alla de vårdkontakter som invånarna i regionen genomfört, multiplicerade med vikten för respektive vårdkontakt. För att beräkna DRG-poäng per invånare divideras sedan det totala antalet konsumerade DRG-poäng med antalet invånare i regionen.

För att öka jämförbarheten över tid har vi utgått från 2017 års vikter. Om det inte finns någon vikt för DRG-gruppen för 2017, används närmast efterföljande års DRG-vikt. Mellan 2017 och 2020 saknas DRG-poäng för 1,2 procent av alla vårdkontakter i specialiserad somatisk vård. Vi har uppskattat DRG-poängen för de vårdtillfällen som saknar DRG genom att använda den genomsnittliga DRG-poängen per vårdtillfälle för en specifik grupp med avseende på bakgrundsfaktorer, exempelvis ålder och region.

7.2 Resultat i korthet

- ▶ Antalet läkarbesök per invånare minskade under pandemiåret 2020, det gäller för så väl specialiserad somatisk vård som primärvård (se figur 6). Men även åren innan minskade besöken till läkare i primärvård och i slutet specialiserad vård. Läkarbesöken i specialiserad öppenvård ökade med omkring 6 procent till och med 2019.
- ▶ Kvinnor konsumerar generellt mer vård än män. Kvinnor besöker primärvården oftare än män, både fysiskt och digitalt. Kvinnor har även fler vårdtillfällen i den specialiserade somatiska vården, men män har i genomsnitt högre vårdtyngd per besök.
- ▶ Det finns stora skillnader mellan hur unga och äldre söker vård. Äldre gör betydligt fler läkarbesök än yngre, men unga är överrepresenterade i den digitala vården. I gruppen 20–29 år skedde åtminstone var tredje läkarbesök i primärvården digitalt.
- ▶ Det finns också stora geografiska skillnader, särskilt för digitala läkarbesök. Personer som bor i Stockholms län genomförde under 2020 mer än tre gånger fler digitala utomlänsvård med läkare per person jämfört med dem som bor i Norrbottens län.

Figur 6. Läkarbesök i specialiserad somatisk vård, primärvård och digital utomlänsvård, per 1 000 invånare.

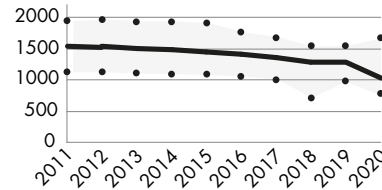


Not: Inrapporteringen för den specialiserade öppenvården har förbättrats över åren och jämförelser mellan år bör tolkas med försiktighet. Sedan 2015 ingår alla akutmottagningsbesök i statistiken över öppenvård, oavsett om de lett till inskrivning eller inte. Innan 2015 ingick bara de akutbesök som inte lett till inskrivning i slutenvården. För att öka jämförbarheten över år har vi från 2015 försökt exkludera akutmottagningsbesök som lett till inskrivning i slutenvård. Dessa uppgifter finns inte tillgängliga och vi har därför skattat andelen akutmottagningsbesök som lett till inskrivning till 31 procent enligt Vård- och omsorgsanalys (2018). Uppgifter om akutmottagningsbesök för 2015 är osäkra. Därför har vi skattat året utifrån 2016 års siffror. För primärvård och digital utomlänsvård gäller de begränsningar vi tar upp i beskrivningen av indikatorerna.

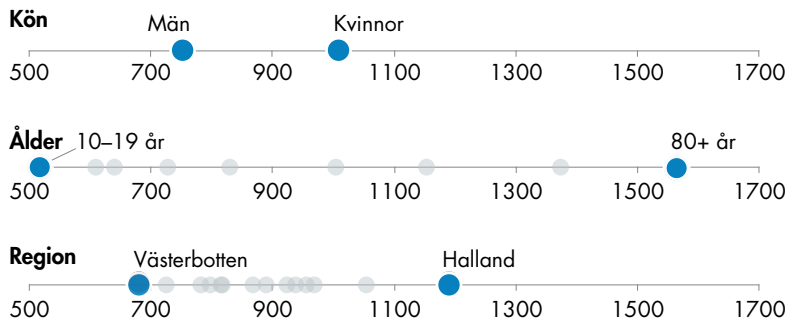
Fysiska läkarbesök i primärvården*

Källa: Tidsserie: Verksamhetsstatistiken (SKR).
Resultatredovisning: Väntetidsdatabasen (SKR).

1 031 per 1 000 invånare.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020

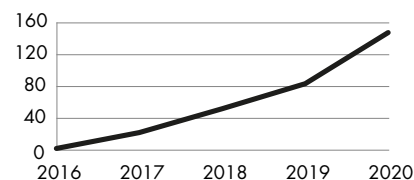


- ▶ Antalet fysiska läkarbesök minskade med 10 procent mellan 2015 och 2019.
- ▶ Kvinnor har något fler fysiska läkarbesök än män.
- ▶ Antalet läkarbesök ökar med ålder. Personer över 50 år genomför nästan dubbelt så många besök som de under 40 år.
- ▶ Resultatredovisningen inkluderar endast de 14 regioner som har tillräckligt god täckningsgrad. Det medför att medelvärdet för riket och i resultatredovisningen skiljer sig åt.

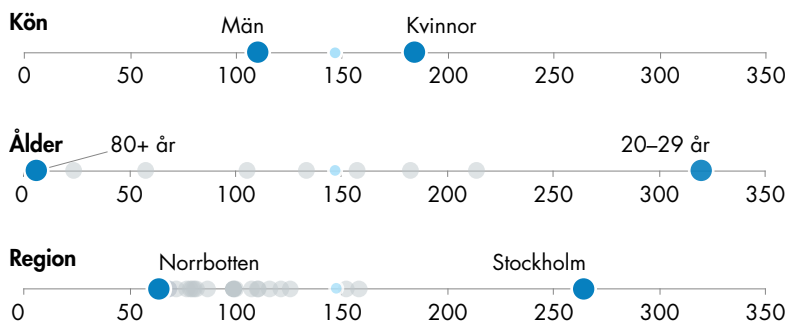
Digitala utomlänsbesök till läkare i primärvården*

Källa: Region Sörmland & Region Jönköpings län.

147 per 1 000 invånare.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020

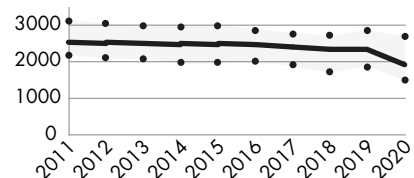


- ▶ Digitala utomlänsbesök till läkare ökar snabbt. Det går inte att följa upp digitala vårdbesök totalt, eftersom digitala inomregionala besök inte följs upp på nationell nivå.
- ▶ Betydligt fler kvinnor än män genomför digitala utomlänsbesök.
- ▶ I jämförelse med fysiska läkarbesök ser vi ett omvänt åldersmönster där yngre söker digital utomlänsvård i högre utsträckning.
- ▶ Det är vanligare att personer i storstadsregioner genomför digitala utomlänsbesök.

Viktade primärvårdsbesök*

Källa: Region Sörmland & Region Jönköpings län.

1 922 per 1 000 invånare.



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020



* Vi har inte haft möjlighet att ta hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt för dessa indikatorer eftersom datakällorna inte innehåller nödvändig bakgrundsinformation och inte heller kan länkas till sådan information.

- ▶ Antalet viktade primärvårdsbesök, det vill säga primärvårdsbesök som viktats utifrån vilken personalkategori som patienten träffar samt om besöket sker på primärvårdsmottagning eller i hemmet, har minskat över tid.
- ▶ Det genomförs flest primärvårdsbesök i Uppsala, Halland och storstadsregionerna.

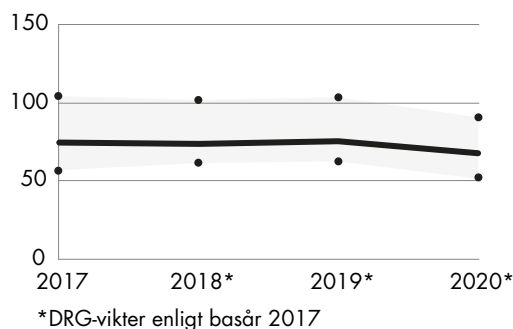
Konsumerade DRG per invånare, öppenvården

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen).

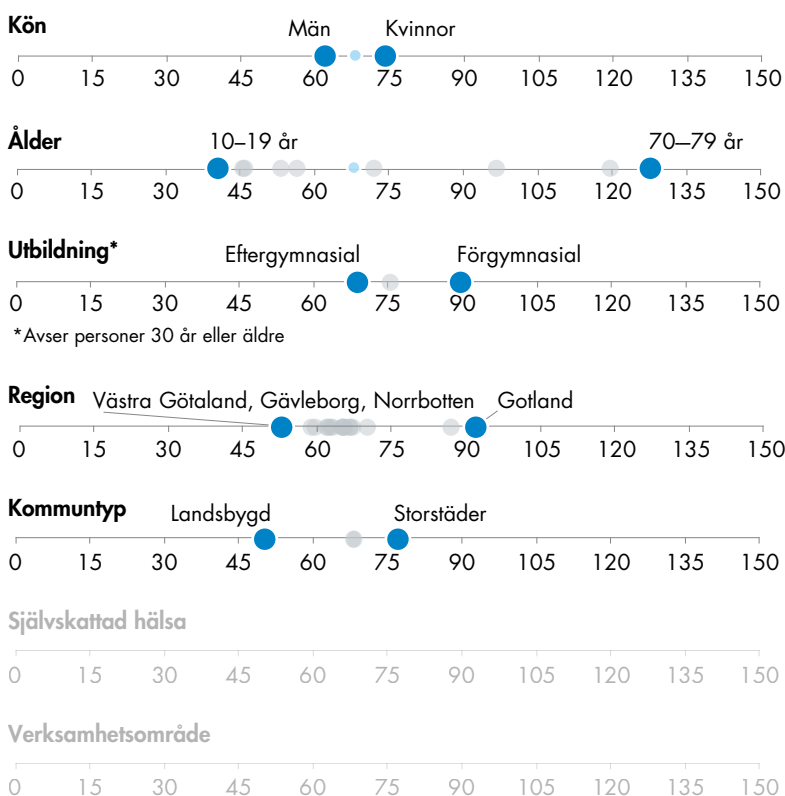
DRG sorterar vårdtillfällen utifrån medicinskt tillstånd och resursförbrukning, och kan användas för att jämföra vårdkonsumtion mellan grupper. Gäller specialiserad öppenvård. Åldersstandardiserad.

68

konsumerade DRG-poäng i specialiserad öppenvård per 1 000 invånare (inkluderar inte psykiatrisk vård).



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020



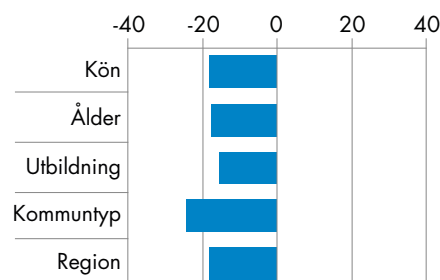
- Konsumerade DRG-poäng per invånare i specialiserad somatisk öppenvård minskade under 2020 jämfört med tidigare år. Minskningen beror på färre vårdtillfällen 2020.
- Kvinnor konsumerar fler DRG-poäng jämfört med män. Däremot är antalet konsumerade DRG-poäng per besök högre bland män än bland kvinnor.
- Äldre åldersgrupper står för en högre konsumtion av DRG-poäng i specialiserad öppenvård än yngre, vilket kan förklaras av ett större vårdbehov. Skillnaderna är dock inte lika stora som inom slutenvården.
- Patienter med en förgymnasial utbildning konsumerar fler DRG-poäng i specialiserad öppenvård jämfört med patienter med en gymnasial eller eftergymnasial utbildning.
- Antalet konsumerade DRG-poäng per invånare är lägre på landsbygden jämfört med storstäder och blandade kommuner. Befolkningen på Gotland konsumerar flest DRG-poäng per invånare i öppenvården och Gävleborg, Västra Götaland och Norrbotten har lägst konsumtion av DRG-poäng i riket.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Vi kan inte analysera denna indikator utifrån flera bakgrundsfaktorer på grund av att vi saknar möjlighet att hantera information om DRG-vikter på individnivå.

Förändring över tid

Förändring i skillnaden mellan grupper och områden, procent.



Variationen mellan grupper har minskat sedan 2017.

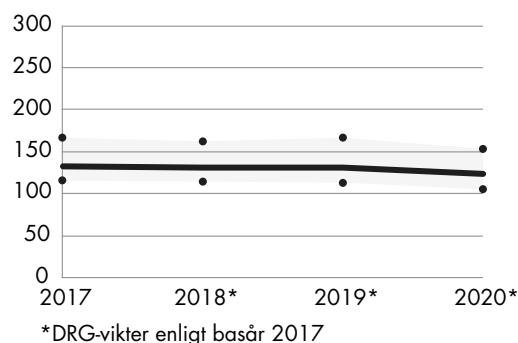
Konsumerade DRG per invånare, slutenvården

Källa: Patientregistret (Socialstyrelsen).

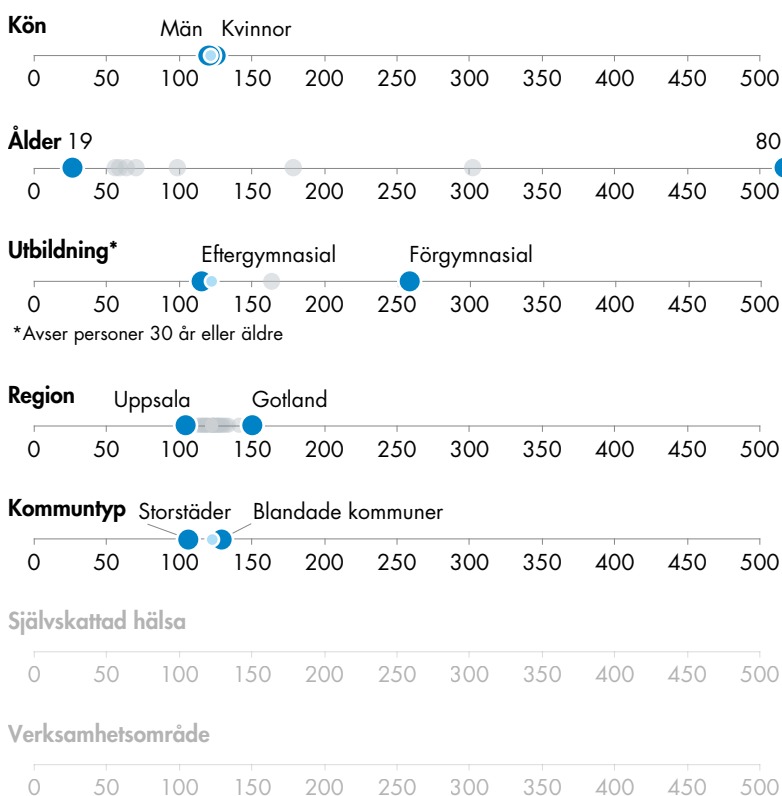
DRG sorterar vårdtillfällen utifrån medicinskt tillstånd och resursförbrukning, och kan användas för att jämföra vårdkonsumtion mellan grupper. Åldersstandardiserad.

122

konsumerade DRG-poäng i slutenvården per 1 000 invånare (inkluderar inte psykiatrisk vård).



Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer 2020



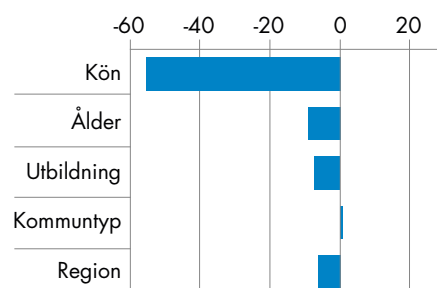
- DRG-poäng per invånare i specialiserad somatisk slutenvård minskade under 2020 jämfört med tidigare år.
- Män och kvinnor konsumerar ungefär lika många DRG-poäng per invånare i slutenvården.
- Det är främst äldre åldersgrupper som står för en högre konsumtion av DRG-poäng i slutenvården, vilket sannolikt förklaras av ett större vårdbehov.
- Patienter med en förgymnasial utbildning konsumerar fler DRG-poäng än patienter med en gymnasial eller eftergymnasial utbildning.
- Konsumtionen av DRG-poäng i slutenvården är högst i Region Gotland och lägst i Uppsala.
- Vi ser små skillnader utifrån kommuntyp. Boende i landsbygdskommuner konsumerar något fler DRG-poäng i slutenvården jämfört med boende i storstadskommuner.

Analys av bakgrundsfaktorer samtidigt

Vi kan inte analysera denna indikator utifrån flera bakgrundsfaktorer på grund av att vi saknar möjlighet att hantera information om DRG-vikter på individnivå.

Förändring över tid

Förändring i skillnaden mellan grupper och områden, procent.



Variationen mellan grupper har minskat sedan 2017. Undantaget är variationen mellan kommuntyper, där variationen är oförändrad.

8 Resurser

I det här kapitlet redovisar vi de resurser som hälso- och sjukvården har till sitt förfogande – både ekonomiska och reala. De reala resurserna består här av personal och vårdplatser. Kostnadsmåttan tjänar även som underlag till produktivitets- och effektivitetsberäkningarna som presenteras i resultatredovisningens avslutande del.

8.1 Tre indikatorer för att följa upp vårdens resurser

Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare

Det finns olika mått för att följa kostnader för hälso- och sjukvården i Sverige. Nettokostnader speglar kostnader som täcks av kommunalskatt och generella statsbidrag. Kostnader för eget åtagande inkluderar utöver nettokostnader också kostnader som finansieras av patientavgifter och riktade statsbidrag. Vi bedömer att kostnad för eget åtagande ger en mer heltäckande bild över kostnaden för riket. Det är sämre för kostnadsjämförelser mellan regioner eftersom måttet påverkas av om regioner har verksamheter i regionägda bolag. Vi redovisar båda dessa mått för riket, men när kostnaderna redovisas på regionnivå och uppdelat på verksamhetsområden används endast nettokostnad.

Indikatorerna baseras på Statistiska centralbyråns (SCB) räkenskapssammandrag för kommuner och regioner, inklusive förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel. Kostnaderna är uttryckta i 2020 års fasta priser enligt ett prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) inklusive läkemedel. Tandvård och primärvårdsansluten hemsjukvård är exkluderade.

Regionernas nettokostnader är genomgående justerade enligt kostnadsutjämnings-systemet för regioner. Kostnaderna för förmånsläkemedel är dock justerade enligt en separat behovsmodell för förmånsläkemedel.

Personella resurser per 1 000 invånare

Hälso- och sjukvård är en personalintensiv verksamhet. För att följa utvecklingen av hur många som arbetar inom hälso- och sjukvården, redovisar vi antalet legitimerade läkare och sjuksköterskor som är sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 1 000 invånare. Uppgifterna avser personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården under november månad det aktuella året. Både privat och offentligt driven verksamhet ingår i statistiken om sysselsatta personer.

Indikatorn baseras på Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

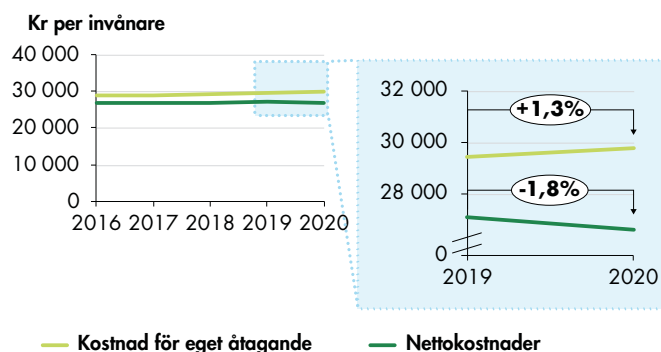
Indikatorn visar hur många vårdplatser som finns per 1 000 invånare i somatisk slutenvård och psykiatrisk heldygnsvård. Indikatorn baseras på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) verksamhetsstatistik.

8.2 Resultat i korthet

- ▶ Kostnaden för eget åtagande, det vill säga kostnader inklusive riktade statsbidrag och patientavgifter, har stigit i förhållande till befolkningen sedan 2016. Nettokostnaden, som inte inkluderar riktade statsbidrag, har varit i princip oförändrad sedan 2016 på riksnivå.
- ▶ Nettokostnaden för primärvård ökade något under perioden, medan nettokostnaden för övrig vård minskade i ungefär samma storleksordning. Nettokostnaden för specialiserad somatisk och psykiatrisk vård är stabil över åren.
- ▶ Antalet sysselsatta läkare har ökat något i förhållande till befolkningen sedan 2016, men samtidigt har antalet sysselsatta sjuksköterskor minskat i förhållande till befolkningen.
- ▶ Antalet sysselsatta läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens har minskat i förhållande till befolkningen. Andelen läkare som är specialister i allmänmedicin är oförändrad sedan 2016.
- ▶ Antalet disponibla vårdplatser har minskat i förhållande till befolkningen sedan 2017.

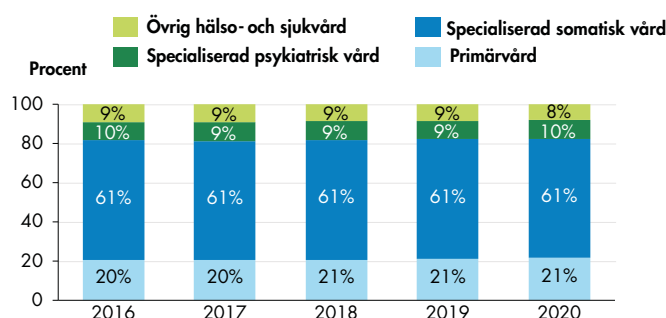
► Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare inklusive läkemedel

Figur 1. Kostnad per invånare, 2020 års priser



- Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården har minskat och kostnaden för eget åtagande har ökat i förhållande till befolkningen mellan 2019 och 2020.
- Skillnaden i kostnadsutvecklingen förklaras sannolikt av en ökning i riktade statsbidrag till regionerna under pandemin. Riktade statsbidrag och patientavgifter ingår i måttet kostnad för eget åtagande, men inte i nettokostnaden.
- Vi bedömer att kostnad för eget åtagande ger en mer heltäckande bild över hälso- och sjukvårdskostnaden för riket, men måttet är samtidigt sämre för kostnadsjämförelser mellan regioner eftersom det påverkas av om regioner har verksamhet i regionägda bolag eller inte.

Figur 2. Kostnadsfördelning mellan verksamhetsområden (nettokostnad)



- Kostnadsfördelningen mellan de olika verksamhetsområdena har varit likartad mellan 2016 och 2020.
- Primärvårdens kostnadsandel har dock ökat något – från 20 till 21 procent. Det motsvarar cirka 300 kr per invånare.
- Kostnadsandelen för övrig hälso- och sjukvård har minskat något sedan 2016.
- Kostnadsandelarna för specialiserad somatisk och psykiatrisk vård är oförändrade.

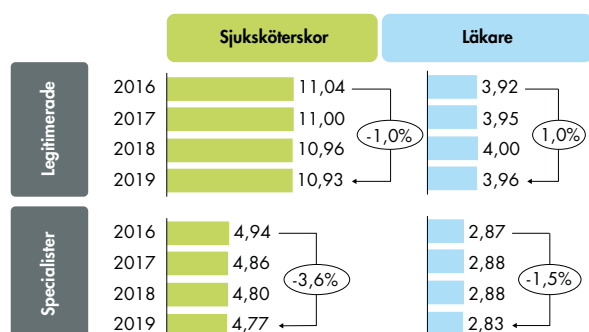
Figur 3. Strukturjusterad nettokostnad per invånare, 2020

	Primärvård	+	Specialiserad somatisk vård	+	Specialiserad psykiatrisk vård	+	Övrig vård	=	Totalt
Gotland	4 946		18 929		2 803		2 586		29 263
Stockholm	5 975		17 587		3 249		2 250		29 061
Blekinge	5 489		18 516		2 697		1 817		28 520
Västernorrland	4 940		19 048		2 340		2 048		28 376
Skåne	5 526		17 212		2 516		1 772		27 026
Uppsala	5 882		16 675		2 418		1 778		26 753
Östergötland	5 829		16 279		2 588		2 017		26 713
Gävleborg	6 093		16 615		2 144		1 800		26 653
Västerbotten	5 255		16 428		2 483		2 134		26 300
Örebro	5 336		16 097		2 467		2 275		26 175
Kronoberg	5 120		16 806		2 473		1 612		26 011
Västmanland	5 763		15 485		2 407		2 311		25 966
Kalmar	5 704		15 994		2 125		1 968		25 792
Halland	5 992		15 519		1 944		2 144		25 600
Jönköping	5 632		15 615		2 449		1 856		25 552
Jämtland Härjedalen	6 053		14 986		2 277		2 108		25 424
Värmland	5 157		15 589		2 243		2 399		25 388
Sörmland	5 595		15 979		2 232		1 554		25 359
Norrbotten	5 442		15 086		2 076		2 540		25 144
Dalarna	5 008		14 872		2 134		2 637		24 652
Västra Götaland	5 947		13 915		2 246		2 541		24 648

- Kostnaderna per invånare varierar mellan regionerna. Variationen är störst inom övrig vård (15 procent), efterföljt av specialiserad psykiatrisk vård (11 procent) och därefter somatisk vård (8 procent). Variationen mellan regionerna är minst inom primärvård (7 procent).
- Kostnadsfördelningen mellan de olika vårdområdena varierar också mellan regionerna. Primärvårdens kostnadsandel varierar mellan 17 och 24 procent. Kostnaden för specialiserad somatisk vård i förhållande till total kostnad för hälso- och sjukvård varierar mellan 56 och 67 procent. Motsvarande andelar för specialiserad psykiatrisk och övrig vård är 8–11 respektive 6–11 procent.

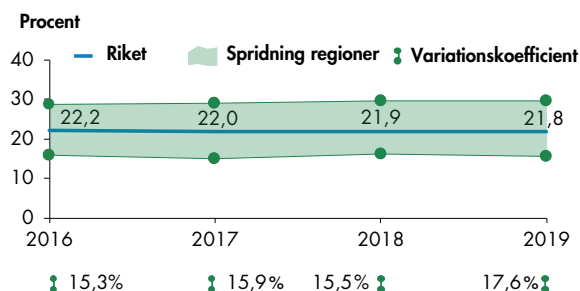
Personella resurser

Figur 4. Sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 1 000 invånare



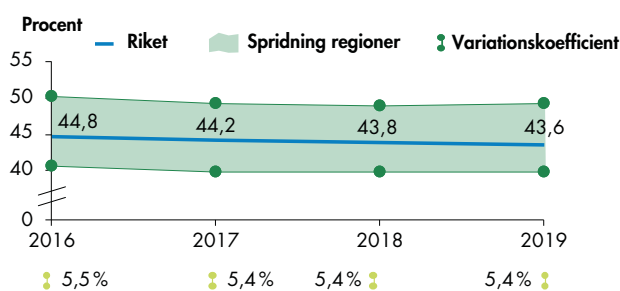
- Mellan 2016 och 2019 har antalet sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården ökat något i förhållande till befolkningen. Antalet sjuksköterskor har samtidigt minskat något.
- Under samma tidsperiod har antalet specialisläkare och specialistsjuksköterskor minskat jämfört med befolkningsutvecklingen.

Figur 5. Specialisläkare inom allmänmedicin i förhållande till samtliga specialisläkare, sysselsatta inom hälso- och sjukvården



- Andelen specialisläkare inom allmänmedicin är i stort sett oförändrad mellan 2016 och 2019.

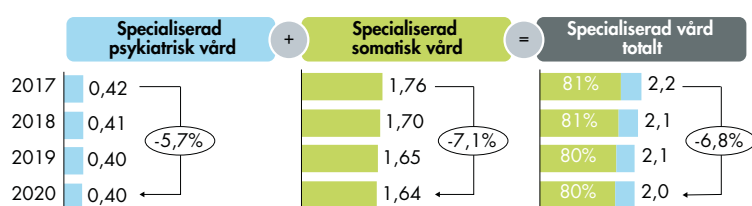
Figur 6. Specialistsjuksköterskor i förhållande till samtliga sjuksköterskor, sysselsatta inom hälso- och sjukvården



- Andelen specialistsjuksköterskor i förhållande till samtliga sjuksköterskor har minskat marginellt.

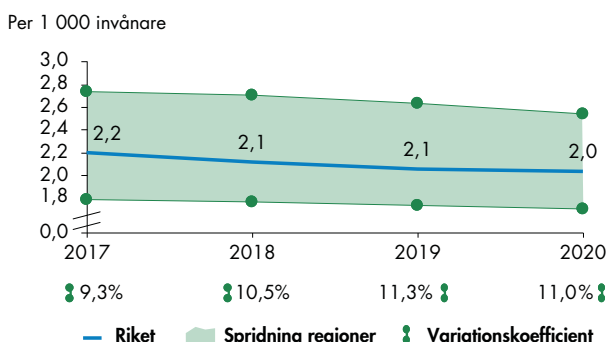
Disponibla vårdplatser

Figur 7. Disponibla vårdplatser i specialiserad slutenvård per 1 000 invånare



- Antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare har minskat med nära 7 procent sedan 2017.
- Minskningen har varit större inom specialiserad somatisk vård än inom den specialiserade psykiatriska vården.

Figur 8. Disponibla vårdplatser i specialiserad vård per 1 000 invånare



- År 2020 varierade antalet vårdplatser per 1 000 invånare mellan 1,7 och 2,5 i regionerna.
- I samtliga regioner förutom Gotland och Stockholm minskade antalet vårdplatser per invånare under perioden 2017–2020.
- Färre vårdplatser är delvis ett resultat av effektivare arbetssätt och medicinska framsteg som kortat vårdtiderna (SKR 2018). Det kan till exempel handla om ett skifte från sjukhusbaserad slutenvård mot öppenvård. Men minskningen har också drivits av brist på kompetens, framförallt sjuksköterskor. En hög förekomst av överbeläggningar tyder på att tillgängliga vårdplatser inte motsvarar behovet (Socialstyrelsen 2020b).

9 Produktivitet

Hälso- och sjukvården står inför en rad utmaningar, där bland annat demografiska förändringar väntas öka behoven av hälso- och sjukvård framöver. Eftersom hälso- och sjukvårdens resurser är begränsade är det viktigt att resurserna används på rätt sätt. Det innebär att beslutsfattare och verksamma i vården kontinuerligt bör sträva efter ökad produktivitet.

I det här avsnittet redovisar vi hur produktiviteten i hälso- och sjukvården utvecklas. Produktiviteten är ett mått på hur mycket vård som kan produceras med en given insats, till exempel hur många läkarbesök eller operationer som genomförs av en läkare under en dag. Produktiviteten kan förstärkas genom till exempel nya behandlingsmetoder eller arbetssätt. Eftersom de produktivetsmått vi använder inte tar hänsyn till kvaliteten i insatserna, kompletterar vi analysen med effektivitetsindikatorer i följande avsnitt.

9.1 Fyra indikatorer för att följa upp produktivitet

Kostnad per viktat primärvårdsbesök

För att uppskatta produktiviteten i primärvården, redovisar vi en indikator där antalet primärvårdsbesök relateras till den totala kostnaden för primärvården. Avsikten är att indikatorn ska visa hur mycket vård som primärvården kan producera med de resurser som den har till sitt förfogande. Om antalet vårdbesök ökar samtidigt som kostnaderna är oförändrade, ska det tolkas som att produktiviteten har ökat.

En nackdel med måttet är att det bara uttrycker hur *antalet* prestationer förhåller sig till den ekonomiska insatsen, och inte hur kvaliteten i vårdmötet utvecklas. Däremot har vi viktat besöken utifrån resursåtgången, för att undvika att måttet fångar upp sammansättningsförändringar i besöken. En förändring i sammansättningen, så att korta besök hos sjuksköterska ökar jämfört med läkarbesök, skulle annars kunna tolkas som en produktivetsökning. Vi använder oss av en viktningsmodell utvecklad av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), där besökstyperna viktas för att bättre spegla resursåtgången (SKL 2009). Vi har även adderat digitala utomlänsbesök. Dessa får samma vikt som ett mottagningsbesök (se avsnitt 7 för mer information om viktningsmodellen). Indikatorn baseras på information från Statistiska centralbyråns räkenskapssammandrag för kommuner och regioner samt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) verksamhetsstatistik. Kostnaderna som används här är strukturjusterade nettokostnader för primärvården uttryckta i 2020 års fasta priser. Här har vi valt att exkludera förmånsläkemedel i kostnaderna.

Kostnad per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård

För att uppskatta produktiviteten i den specialiserade somatiska vården, redovisar vi hur antalet konsumerade DRG-poäng (DRG står för diagnosrelaterade grupper) utvecklas i förhållande till hälso- och sjukvårdens kostnader. DRG-poäng är en variabel som fångar upp antalet vårdtillfällen, men även vårdtyngden vid respektive besök och vårdtillfälle. Genom att jämföra antalet viktade DRG-poäng med kostnaderna kan vi följa produktiviteten, det vill säga hur många vårdtillfällen som kan produceras med de resurser som hälso- och sjukvården har till sitt förfogande, med hänsyn till vårdtyngden vid besöken.

Vi har aggregerat den totala DRG-poängen per region och i riket för de vårdtillfällen som har information om DRG, för att få ett mått på total DRG-poäng. Mellan 2017 och 2020 saknar 1,2 procent av vårdtillfällena i specialiserad somatisk vård DRG-poäng. Vi har uppskattat DRG-poängen för de vårdtillfällen som saknar DRG genom att använda den genomsnittliga DRG-poängen per vårdtillfälle för en specifik grupp med avseende på bakgrundsfaktorer, exempelvis ålder och region. Eftersom nya diagnosgrupper tillkommer och befintliga grupper ändras mellan åren, är jämförelser över tid inte möjliga utifrån ett enskilt års DRG-vikter. För jämförelser över tid har vi därför använt vikter från 2017 som bas för skattningarna av följande års vikter. Om det inte finns någon vikt för DRG-gruppen för 2017, används närmast efterföljande års DRG-vikt.

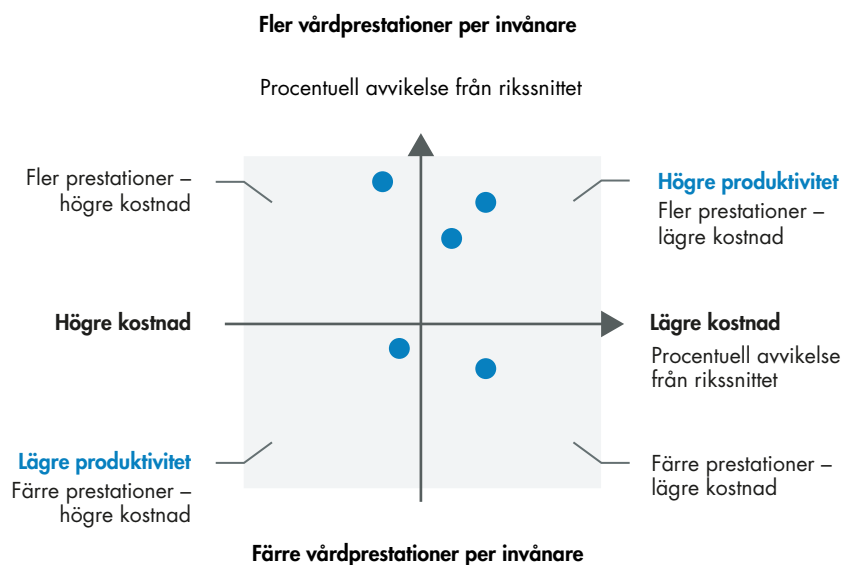
Relativ produktivetsmatris för primärvård

För att jämföra produktiviteten i primärvården mellan regioner använder vi en produktivetsmatris (se figur 7). Matrisen visar antalet prestationer i primärvården i förhållande till kostnaden. På den lodräta axeln använder vi viktade primärvårdsbesök per invånare i respektive region i förhållande till viktade primärvårdsbesök per invånare i riket för perioden 2017–2020. På den vågräta axeln använder vi regionens nettokostnad för primärvården i förhållande till medelvärdet av nettokostnaderna för primärvården i riket för 2017–2020 (hälso- och sjukvårdens nettokostnader, inklusive läkemedel). De regionala kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i behovsmässiga och strukturella förutsättningar.

Relativ produktivetsmatris för specialiserad somatisk vård

Även för att jämföra produktiviteten i specialiserad somatisk vård använder vi en produktivetsmatris. Matrisen visar antalet DRG-poäng i förhållande till kostnaden i respektive region. På den lodräta axeln använder vi DRG-poäng per invånare i respektive region i förhållande till DRG-poäng per invånare i riket för perioden 2017–2020. På den vågräta axeln använder vi regionens nettokostnad för specialiserad somatisk vård i förhållande till medelvärdet av nettokostnaderna för specialiserad somatisk vård i riket för 2017–2020 (hälso- och sjukvårdens nettokostnader, inklusive läkemedel). De regionala kostnaderna är justerade med kostnadsutjämningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i förutsättningar.

Figur 7. Produktivitetsmatris.



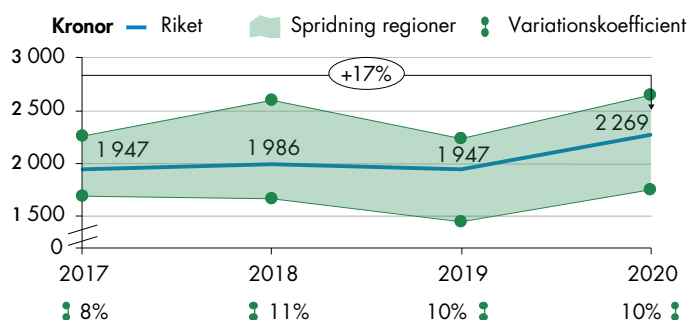
Resultat i korthet

- ▶ Produktiviteten i både primärvård och specialiserad somatisk vård var relativt oförändrad under 2017–2019, men försämrades under 2020. Det beror på att vårdkonsumtionen minskade kraftigt på grund av pandemin. Vården behövde då ställa in vård för att ta hand om ett snabbt ökat antal allvarligt sjuka i covid-19, samtidigt som många i befolkningen själva valde att inte söka vård för övriga behov, trots att de hade behövt det (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Samtidigt minskade inte kostnaderna.
- ▶ Produktiviteten i primärvården har varit stabil 2017–2019, men minskade markant under pandemiåret 2020. Kostnaderna per viktat primärvårdsbesök ökade, och det gäller samtliga regioner. För åtta regioner ökade kostnaderna per viktat primärvårdsbesök med över en femtedel jämfört med snittet för 2017–2020. I Dalarna, Uppsala och Halland skedde en jämförelsevis liten ökning av kostnaderna per viktat primärvårdsbesök.
- ▶ Produktivitetens utvecklingen i den specialiserade somatiska vården har samma mönster som primärvården. Kostnaden per DRG var oförändrad på riksnivå 2017–2019. Under 2020 ökade kostnaderna med 17 procent jämfört med 2017–2019. Kostnaderna ökade för samtliga regioner utom Västmanland.
- ▶ Det finns inga regioner som har hög eller låg produktivitet i både primärvård och specialiserad somatisk vård. Det är därmed svårt att avgöra om den sammantagna produktiviteten i hälso- och sjukvården är högre eller lägre i vissa regioner.
- ▶ Halland, Uppsala och Skåne har lägre kostnader för primärvården jämfört med rikssnittet samtidigt som de har fler viktade primärvårdsbesök per invånare. Det tyder på en högre produktivitet än genomsnittet i riket.

- ▶ Kalmar, Dalarna, Jämtland och Värmland har fler DRG-poäng per invånare jämfört med rikssnittet, och samtidigt lägre kostnader än rikssnittet, vilket tyder på en högre produktivitet i den specialiserade somatiska vården än rikssnittet. Sörmland, Östergötland, Gävleborg, Skåne och Kronoberg har lägre DRG-poäng och högre kostnader per invånare jämfört med rikssnittet.

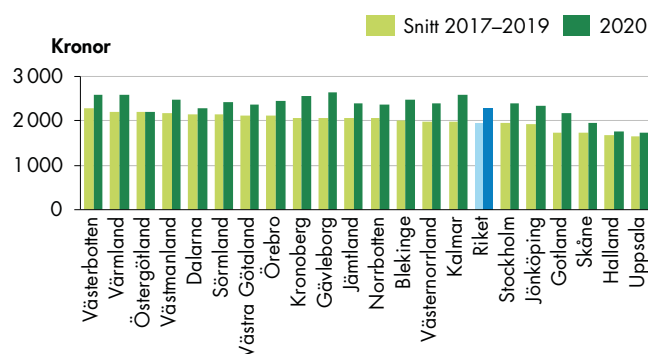
Kostnad per viktat besök i primärvård

Figur 1. Nettokostnad (exklusive läkemedel) per viktat primärvårdsbesök, 2020 års priser



- Kostnaden per viktat besök har ökat med 17 procent mellan 2017 och 2020. Det indikerar en försämrad produktivitet under pandemins första år. Det har framför allt drivits av att antalet besök har minskat, medan kostnaderna varit i stort sett oförändrade.
- Digitala utomlänsbesök är inkluderade, men eftersom digitala besök inom regionen inte följs upp på nationell nivå är de inte inkluderade i antalet besök. Däremot ingår de i kostnaderna.

Figur 2. Nettokostnad (exklusive läkemedel) per viktat primärvårdsbesök per region, 2020 års priser

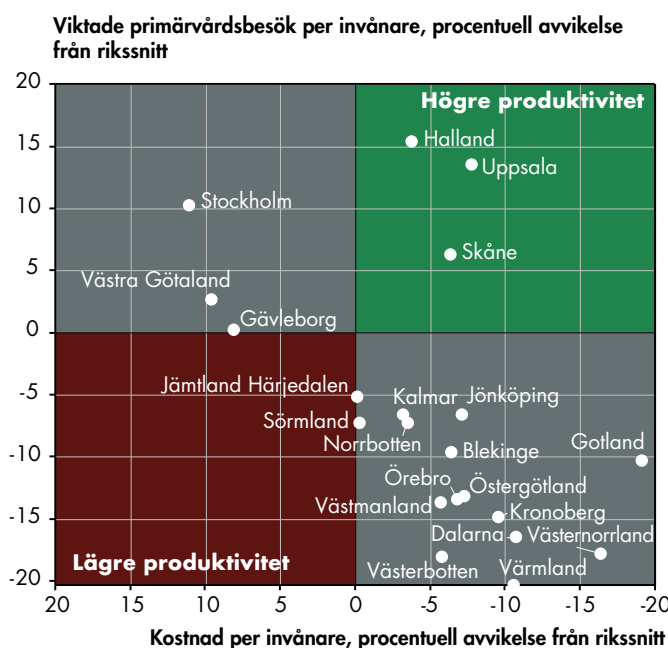


- Kostnaden per besök har ökat i samtliga regioner. Det drivs av en nedgång i antalet besök under pandemiåret 2020.

Not. Nettokostnaderna är justerade enligt kostnadsutjämningsystemet för att ta hänsyn till strukturella skillnader mellan regionerna.

Relativ produktivetsmatris för regionernas primärvård

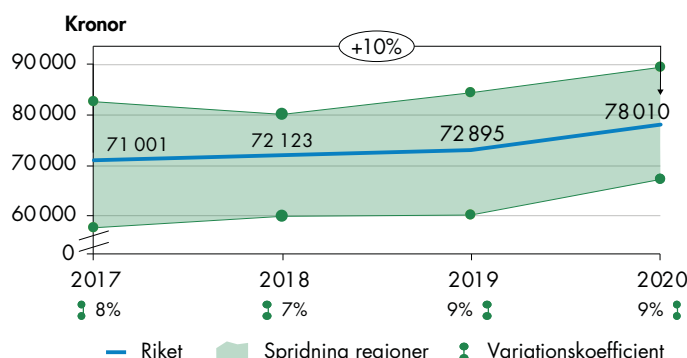
Figur 3. Produktivetsmatris för primärvården, genomsnitt för 2017–2020



- Figuren visar den procentuella avvikelserna i viktade primärvårdsbesök och kostnad per invånare jämfört med riket. Högre produktivitet innebär fler primärvårdsbesök tillsammans med låga kostnader per invånare.
- Halland, Uppsala och Skåne har lägre kostnader jämfört med riksnittet samtidigt som dessa regioner har fler viktade vårdbesök per invånare. Ingen region har högre kostnader och samtidigt färre viktade besök inom primärvården än riksnittet.
- Vi kan endast säga att det finns regioner som har en relativt högre produktivitet respektive lägre eftersom allt jämförs i avvikelse från riket. Däremot visar inte analysen om produktiviteten sammantaget är hög eller låg.
- Produktivitetjämförelsen är känslig för vilket kostnadsmått och vilka besök och vikt som ingår.

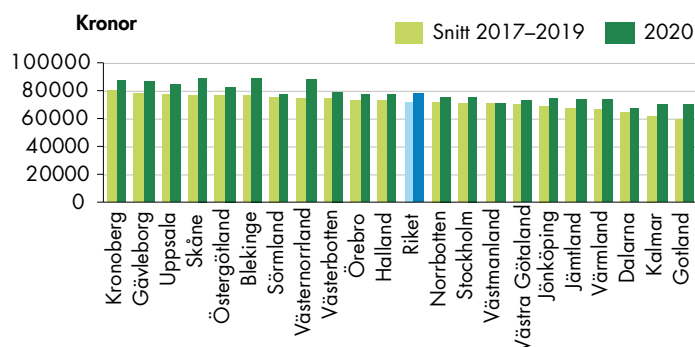
Kostnad per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård

Figur 4. Nettokostnad (exklusive förmånsläkemedel) per DRG-poäng, 2020 års priser



- Kostnad per DRG-poäng mäter kostnaden för varje vårdtillfälle med hänsyn tagen till dess vårdtyngd.
- Kostnaden per DRG i riket har ökat med 10 procent under perioden, vilket indikerar en försämrad produktivitet. Det har framförallt skett under pandemins första år.
- Förändringen har drivits av att färre vårdtillfällen under pandemin har lett till lägre DRG per invånare under samma tidsperiod.

Figur 5. Nettokostnad (exklusive förmånsläkemedel) per DRG-poäng per region, 2020 års priser

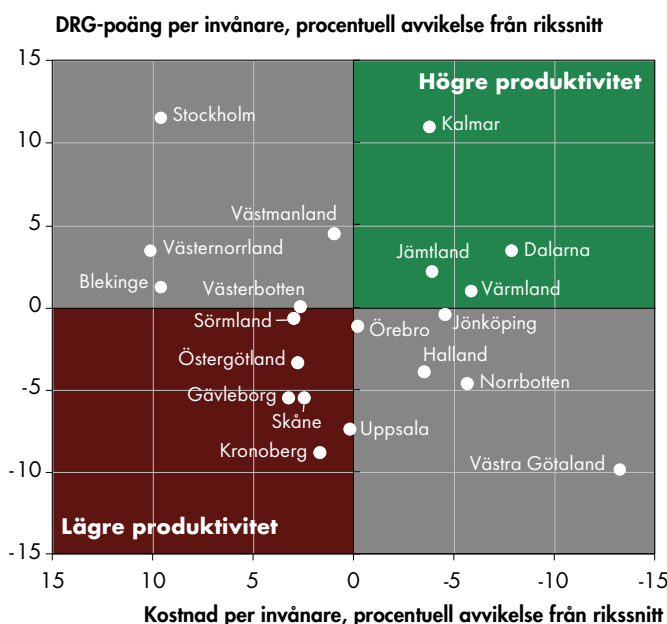


- Dalarna, Kalmar och Gotland har i snitt lägst kostnader per DRG-poäng under perioden 2017–2019. Kronoberg, Gävleborg, Uppsala och Skåne har högst kostnader per DRG-poäng.
- Kostnader per DRG-poäng för perioden 2020 är genomgående högre för varje region, vilket förklaras av färre genomförda vårdkontakter under pandemiåret 2020.

Not: Nettokostnaderna är justerade enligt kostnadsutjämningsystemet för att ta hänsyn till strukturella skillnader mellan regionerna. DRG-poängen har ålderstandardiserats för att ta hänsyn till att befolkningssammansättningen skiljer sig mellan regionerna.

Kostnad per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård

Figur 6. Produktivitetmatris för specialiserad somatisk vård, genomsnitt för 2017–2020



- Figuren visar den procentuella avvikelserna i konsumerade DRG-poäng och kostnad per invånare jämfört med riket. Högre produktivitet innebär mer producerad vård per invånare både sett till antal vårdtillfällen och vårdtillfällenas svårighetsgrad (hög DRG-poäng) tillsammans med låga kostnader per invånare.
- Kalmar, Dalarna, Jämtland och Värmland har högre DRG-poäng per invånare jämfört med rikssnittet samtidigt som dessa regioner har lägre kostnader än rikssnittet. Sörmland, Östergötland, Gävleborg, Skåne och Kronoberg har färre DRG-poäng och högre kostnader per invånare relativt rikssnittet.
- Vi kan endast säga att det finns regioner som har en relativt högre produktivitet respektive lägre eftersom allt jämförs i avvikelse från riket. Däremot visar inte analysen om produktiviteten sammantaget är hög eller låg.
- Produktivitetjämförelsen är känslig för vilket kostnads-mått som ingår och om DRG-poängen avser öppen- eller slutenvården.
- Gotland har en mycket hög avvikelse i DRG-poäng per invånare relativt rikssnittet (28 procent) och finns inte med i matrisen. Kostnaderna per invånare är något högre än rikssnittet för Gotland, och regionen skulle därmed befinna sig i rutan längst upp till vänster.

Not: Nettokostnaderna är justerade enligt kostnadsutjämningsystemet för att ta hänsyn till strukturella skillnader mellan regionerna. DRG-poängen har ålderstandardiserats för att ta hänsyn till att befolkningssammansättningen skiljer sig mellan regionerna.

10 Effektivitet

Hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. § 1 HSL). På systemnivå syftar begreppet effektivitet till att fånga hur väl de övergripande målen med hälso- och sjukvården uppnås i förhållande till den resursinsats som används. Det finns inga fullständiga eller enskilda mått som kan sägas fånga dessa mål fullt ut, utan vi är i stället hänvisade till olika indikatorer på hälso- och sjukvårdens kvalitet i förhållande till övergripande mått på resursinsatser.

10.1 Matris följer upp effektivitet

För att jämföra effektiviteten mellan regioner använder vi en effektivitetsmatris (se figur 8).

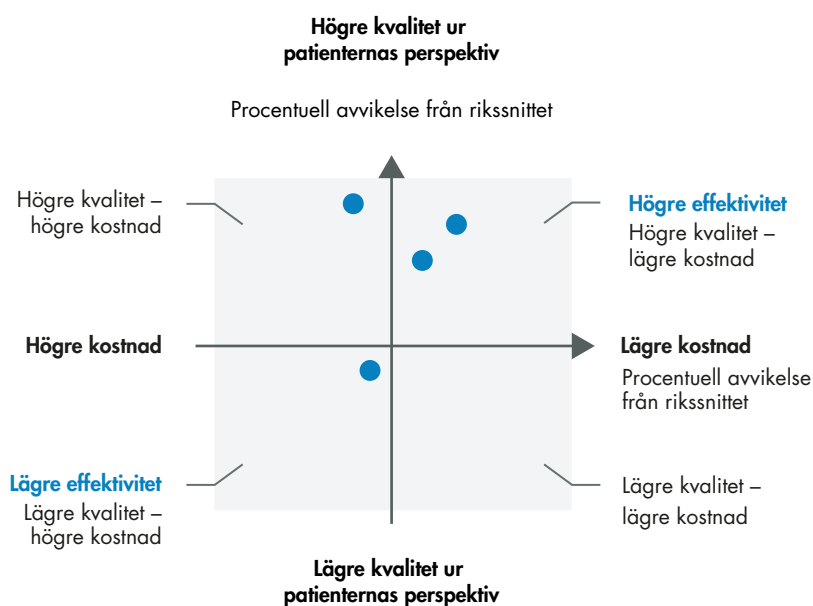
Effektivitetsmatris

Figur 8 visar ett mått på patientrelaterad kvalitet på den lodräta axeln. Det är ett sammanvägt mått på respektive regions resultat för de nio indikatorer som ingår i vårt urval av indikatorer för hälso- och sjukvårdens kvalitet inom områdena hälsoutfall av vården, personcentrering och tillgänglighet. För varje indikator beräknas först den procentuella avvikelser från rikssnittet per region. Dessa avvikelser räknas sedan samman till en total avvikelse. I sammanräkningen får de olika kvalitetsområdena olika vikter. Vikterna baseras på resultaten från vår en befolkningsenkät där de svarande värderade olika kvalitetsområden i förhållande till varandra (Vård- och omsorgsanalys 2019a):

- hälsoutfall: 40 procent
- personcentrering: 20 procent
- väntetider: 20 procent
- tillgänglighetsbarriärer: 20 procent.

På den vågräta axeln finns ett mått på resurserna (hälso- och sjukvårdens nettokostnader, inklusive läkemedel), justerade med kostnadsutjämnningen för att ta hänsyn till regionala skillnader i förutsättningar.

Figur 8. Effektivitetsmatris.

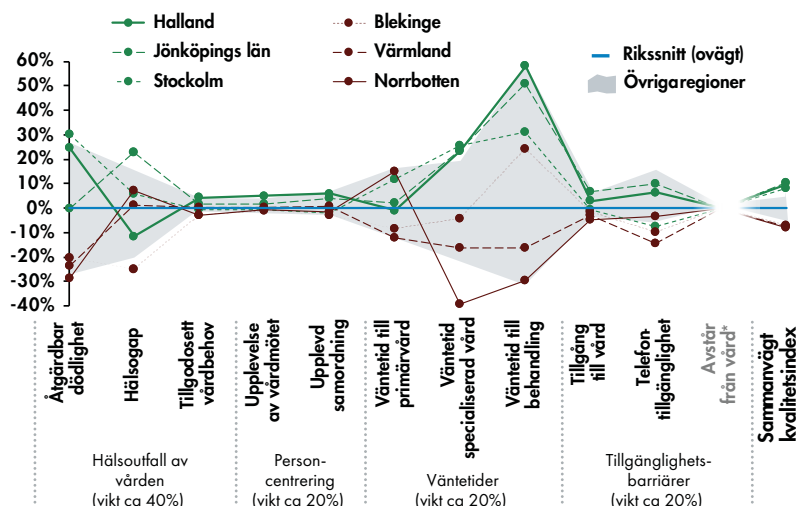


10.2 Resultat i korthet

- ▶ Vi ser inget signifikant samband mellan relativt sett höga resultat för kvalitetsindexet och den justerade kostnadsnivån bland regionerna. Det vill säga: god kvalitet tycks kunna uppnås utan höga kostnader.
- ▶ Fem regioner har högre sammanviktade kvalitetsresultat och samtidigt lägre totala hälso- och sjukvårdskostnader per invånare jämfört med rikssnittet: Jönköping, Halland, Kronoberg, Uppsala och Kalmar. De regionerna visade också god effektivitet jämfört med rikssnittet i vår förra resultatredovisning (Vård- och omsorgsanalys 2019b).
- ▶ Fem regioner hamnar i rutan som avser lägre effektivitet. Det innebär lägre resultat på kvalitetsindex och högre kostnader jämfört med rikssnittet.

► Kvalitetsavvikelse från rikssnitt

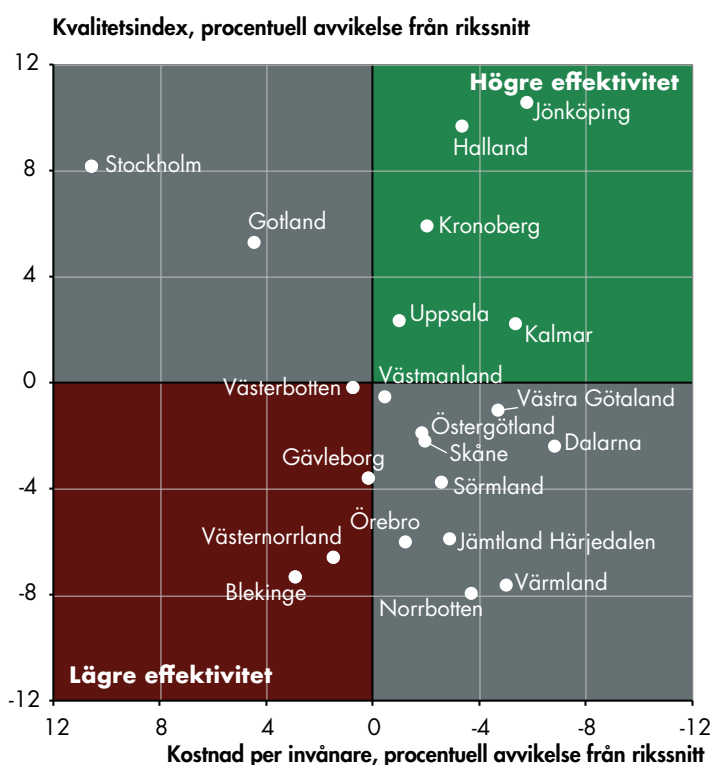
Figur 1. Procentuell kvalitetsavvikelse per indikator och sammanvägt kvalitetsindex



- Grafen visar regionernas procentuella avvikelse från rikssnittet för nio av de tio kvalitetsindikatorer som ingår i uppföljningen. Positiva värden innebär bättre resultat än rikssnittet, omvänt gäller för negativa värden.
- Längst till höger i figuren har resultaten för de nio indikatorerna viktats samman till ett kvalitetsindex. Viktningen baseras på patienternas och befolkningens värdering av de olika kvalitetsområdena.
- I grafen illustreras de tre regioner som placerar sig högst i det sammanvägda kvalitetsindexet i grön färg. De tre som placerar sig lägst redovisas i röd färg.
- Ingen region placerar sig högst eller lägst för samtliga indikatorer. Variationen mellan regionerna är störst inom de indikatorer som rör hälsoutfallet samt väntetider och minst inom de indikatorer som rör personcentrering.

► Kvalitetsavvikelse från rikssnitt

Figur 2. Effektivitetsmatris, genomsnitt 2017–2020 (kostnader) respektive 2020 eller senaste mätning (kvalitetsindex)



- Effektivitetsmatrisen visar den procentuella avvikelsen från kvalitetsindex och kostnadsindex jämfört med riket för respektive region.
- Resultaten visar att totalt fyra regioner hamnar i rutan som avser lägre effektivitet. Det innebär lägre resultat på kvalitetsindex och högre kostnader jämfört med rikssnittet.
- Fem regioner hamnar i rutan som avser högre effektivitet, med högre resultat på kvalitetsindex och lägre kostnader i jämförelse med riket: Jönköping, Halland, Kronoberg, Uppsala och Kalmar.
- Resultaten visar hur regionerna förhåller sig relativt varandra och riket när vi jämför det här specifika kvalitetsindexet och kostnadsindexet. Däremot visar inte analysen om effektiviteten sammantaget är hög eller låg.

11 Svensk vård i en internationell jämförelse

I det här avsnittet jämför vi hur indikatorerna förhåller sig till några länder med liknande ambitionsnivå för hälso- och sjukvårdssystemet som Sverige, samt genomsnittet i EU (se avsnitt 1.6). Även mellan jämförbara länder kan det finnas skillnader som gör det svårt att jämföra enskilda indikatorer. Exempelvis ger en god tillgång till högkvalificerad sjukhusvård ofta goda behandlingsresultat, vilket påverkar sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, men om tillgången till förebyggande vård och primärvård är sämre får det negativa konsekvenser för samma indikator (GBD 2018b). Behandlingsresultat behöver heller inte vara korrelerade med patientnöjdhet, eftersom patienter som blivit botade kan vara missnöjda med vårdprocessen och patienter som inte botats kan vara nöjda med bemötande. Syftet med jämförelsen är därför att ge en övergripande bild av styrkor och svagheter i den svenska hälso- och sjukvården – inte att dra slutsatser utifrån enskilda indikatorer.

Sverige har goda resultat för vårdens hälsoutfall och för personcentrering vid sjukhusvård. De svenska resultaten är däremot sämre när det gäller upplevelsen av vårdmötet vid vård och behandling hos ordinarie läkare eller vårdpersonal. Självupplevda väntetider till icke-akut vård är längst i urvalet och Sverige har även jämförelsevis långa väntetider till specialistvård och till operationer. Utöver väntetider har Sverige goda resultat för tillgänglighet och få avstår från vård på grund av restid eller av ekonomiska orsaker. Sverige utmärker sig med minst antal disponibla vårdplatser och lägst antal läkarkonsultationer per invånare och år, något som till viss del kan bero på skillnader i hur vården organiseras.

11.1 Befolkningens hälsa och behov

Folkhälsan kan variera mellan länder på grund av bland annat inkomstnivå, demografi, hälso- och sjukvårdens preventiva insatser samt miljö- eller beteenderelaterade riskfaktorer. I det här avsnittet jämför vi länderna med hänsyn till indikatorerna för befolkningens grundläggande hälsa och behov i avsnitt 2.

Även om vi inte har jämfört länderna utifrån samma bakgrundsfaktorer som i avsnitt 2, kan vi konstatera att hälsan är ojämnt fördelat mellan olika befolkningsgrupper i nästan alla länder. I genomsnitt förväntas en 30-årig man med låg utbildningsnivå leva mellan sex till sju år mindre och en kvinna fyra år mindre än en jämnårig med universitetsutbildning eller motsvarande inom OECD (OECD 2021a). Sverige har dock en låg skillnad i dödlighet mellan socioekonomiska grupper när vi jämför med övriga länder och våra nordiska grannländer, något som delvis kan förklaras av en låg förekomst av beteenderelaterade riskfaktorer, till exempel rökning, som beror på socioekonomiska faktorer (Mackenbach 2017).

I ett index publicerat i *The Lancet* över 41 indikatorer kopplade till de hälsorelaterade globala hållbarhetsmålen med indikatorer som förekomst av rökning och missbruk, vaccintäckning, dödlighet i självmord och trafikskadedödlighet placerar sig Sverige på andra plats (efter Norge) i urvalet och på tredje plats globalt sett (GBD 2018a).

11.1.1 Alla indikatorer går att följa upp i ett internationellt perspektiv

Indikatorerna självskattad hälsa och andelen med långvarig sjukdom baseras på frågor ur Eurostats årliga levnadsundersökningar EU-SILC (The EU Statistics on Income and Living Conditions) som genomförs i EU:s medlemsländer och även inkluderar bland andra Schweiz, Norge och Storbritannien. I Sverige genomförs datainsamlingen av Statistiska centralbyrån (ULF/SILC). EU-SILC-undersökningen ställer samma frågor till de svarande i alla länder.

Indikatorerna är jämförbara med dem i avsnitt 2, utöver eventuella skillnader i databearbetning mellan SCB och Eurostat, och att kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader i svar mellan länder (Eurostat 2020). En viktig skillnad mot analysen inom Sverige är att vi inte har haft möjlighet att åldersstandardisera indikatorerna, för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning, vare sig mellan länder eller över tid.

Förväntad medellivslängd

Information om förväntad medellivslängd kommer från Eurostat som samlar information från respektive lands officiella statistikmyndighet (Eurostat 2021). I den internationella delen har vi ersatt återstående medellivslängd vid 30 års ålder med återstående medellivslängd vid födseln.

Självskattad hälsa

Indikatorn baseras på en fråga ur EU-SILC och den är jämförbar med indikatorn i den svenska delen, med vissa reservationer som nämnts ovan.

Långvarig sjukdom och hälsobesvär

Indikatorn baseras på en fråga ur EU-SILC och den är jämförbar med indikatorn i den svenska delen, med vissa reservationer som nämns ovan.

Sjukdomsbörda

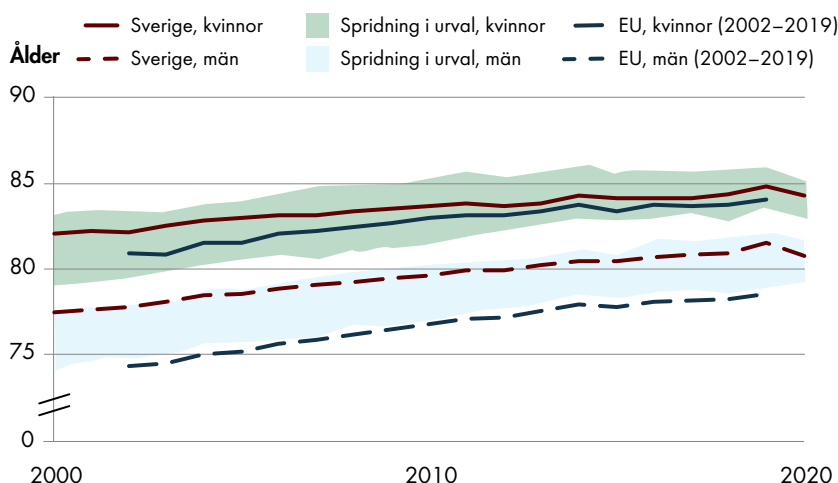
Befolkningens sjukdomsbörda mäter de effekter som befolkningens hälsoproblem har i termer av förlorade levnadsår. Indikatorn är jämförbar med den svenska. En viss försiktighet bör användas vid jämförelser mellan länder, eftersom en högre sjukdomsbörda inte nödvändigtvis reflekterar ett högre antal insjuknade. Variationen mellan länder kan också bero på skillnader i nationell policy för exempelvis upptäckt av sjukdomar genom screening och skillnader i kvalitet för övervakning och rapportering av sjukdomar i register (OECD 2020a).

11.1.2 Resultat i korthet

- ▶ Den förväntade livslängden i Sverige är hög i internationell jämförelse. Den förväntade livslängden för män är bland de högsta bland våra jämförelseländer och betydligt högre än genomsnittet i EU. Svenska kvinnor har en förväntad livslängd som ungefär motsvarar medianen bland jämförelseländerna, och den är något högre än genomsnittet i EU.
- ▶ I flera länder har den förväntade livslängden minskat under covid-19 pandemin. Sverige är dock det enda landet i Norden med en nedgång i förväntad livslängd (vid födseln) under pandemin.
- ▶ Den självskattade hälsan är hög i Sverige jämfört med de övriga länderna, både i åldersgruppen 16–64 år och över 65 år. Skillnaderna mellan länderna är relativt små i den yngre åldersgruppen, men stora bland dem över 65 år. Den självskattade hälsan är något högre för män än för kvinnor i de flesta länder, och skillnaden är störst i Sverige.
- ▶ Andelen med långvarig sjukdom bland åldrarna 16–64 år är högre i Sverige än genomsnittet i EU. Men Sverige placerar sig ungefär i mitten av jämförelseländerna. I åldersgruppen 65 år och äldre är andelen lägre än genomsnittet i EU.
- ▶ Sverige har en jämförelsevis låg sjukdomsbörda kopplad till flera sjukdomsgrupper, bland annat cancer, diabetes och njursjukdomar. När vi jämför hur många nya sjukdomsfall som upptäcks under året och förekomsten av befintliga sjukdomsfall för några av de sjukdomar där Sverige har låg sjukdomsbörda, ser vi att nya sjukdomsfall och förekomst inte är lägre än genomsnittet för de flesta sjukdomar. Det kan innebära att svensk sjukvård är jämförelsevis bra på att behandla dessa sjukdomar. Studier har exempelvis visat att Sverige har en mycket hög överlevnad för cancersjukdomar i internationell jämförelse (Socialstyrelsen 2020b och Allemani m.fl. 2018).
- ▶ Sverige har en jämförelsevis hög sjukdomsbörda kopplad till psykiska sjukdomar, kroniska respiratoriska sjukdomar och missbruksrelaterade sjukdomar.

► **Förväntad medellivslängd**

Figur 1. Förväntad medellivslängd vid födseln, 2000–2020



- ▶ Den förväntade medellivslängden i Sverige är över genomsnittet i EU för både kvinnor och män. Liksom i Sverige har skillnaden mellan kvinnor och män minskat över tid i alla jämförelseländer.
- ▶ År 2020 var den förväntade medellivslängden i Sverige för kvinnor den femte högsta och för männen den tredje högsta bland jämförelseländerna.
- ▶ Medellivslängden har ökat i alla länder i jämförelsen mellan 2000 och 2019 (se tabell 1). Under 2020 skedde en nedgång i förväntad medellivslängd i alla länder utom Danmark, Finland och Norge.

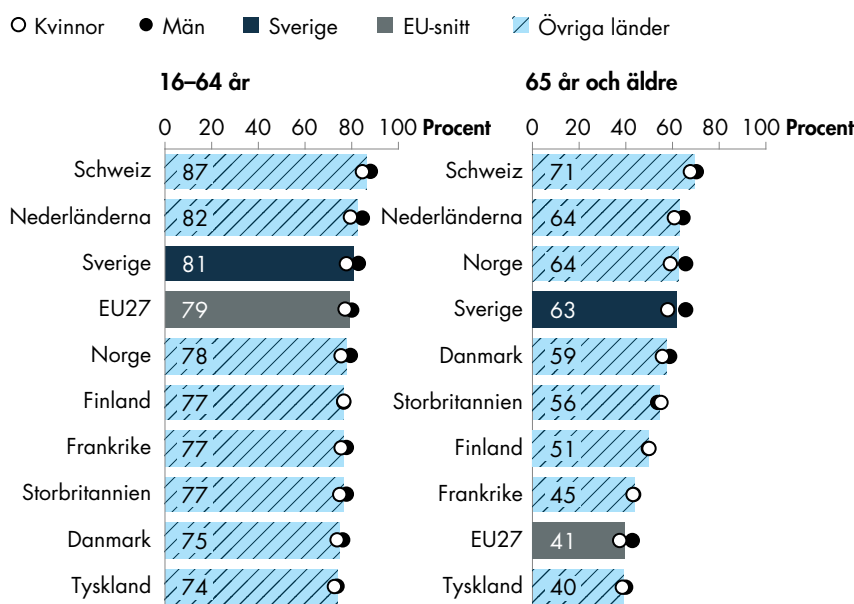
Tabell 1. Genomsnittlig förändring i medellivslängd mellan 2000–2019 samt 2019–2020 (procent)

		Sverige	Danmark	Finland	Frankrike	Nederländerna	Norge	Schweiz
Kvinnor	2000–2019	0,18%	0,28%	0,23%	0,18%	0,19%	0,20%	0,19%
	2019–2020	- 0,71%	0,12%	0,24%	- 0,70%	- 0,74%	0,24%	- 0,70%
Män	2000–2019	0,27%	0,34%	0,35%	0,31%	0,34%	0,36%	0,34%
	2019–2020	- 0,98%	0,13%	0,13%	- 0,88%	- 0,99%	0,37%	-1,22%

Not: Det saknas data för Tyskland och EU27 år 2020.

► **Självskattad hälsa**

Figur 2. Andelen av befolkningen 16–64 år och 65+ år med god eller mycket god självskattad hälsa, 2020 eller senast tillgängliga år



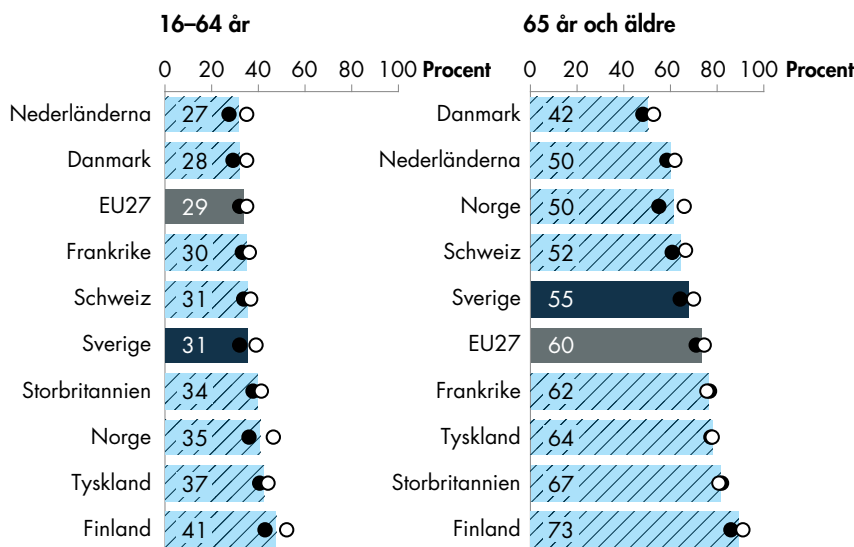
- ▶ Andelen med en god självskattad hälsa är hög i Sverige, både i åldersgruppen 16–64 år och 65 år eller äldre.
- ▶ Det är små skillnader mellan länderna i åldersgruppen 16–64 år. Skillnaderna är större bland äldre.
- ▶ Den självskattade hälsan är något högre för män än för kvinnor i de flesta länder. Skillnaderna mellan män och kvinnor är något högre i Sverige jämfört med de övriga länderna, särskilt i åldersgruppen 65 år eller äldre.
- ▶ Kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader i svar mellan länder (Eurostat 2020).

Not. 2018 för Storbritannien.

► Andel med långvarig sjukdom

Figur 3. Andelen av befolkningen som har en långvarig sjukdom eller hälsobesvär, 2019 eller senast tillgängliga år

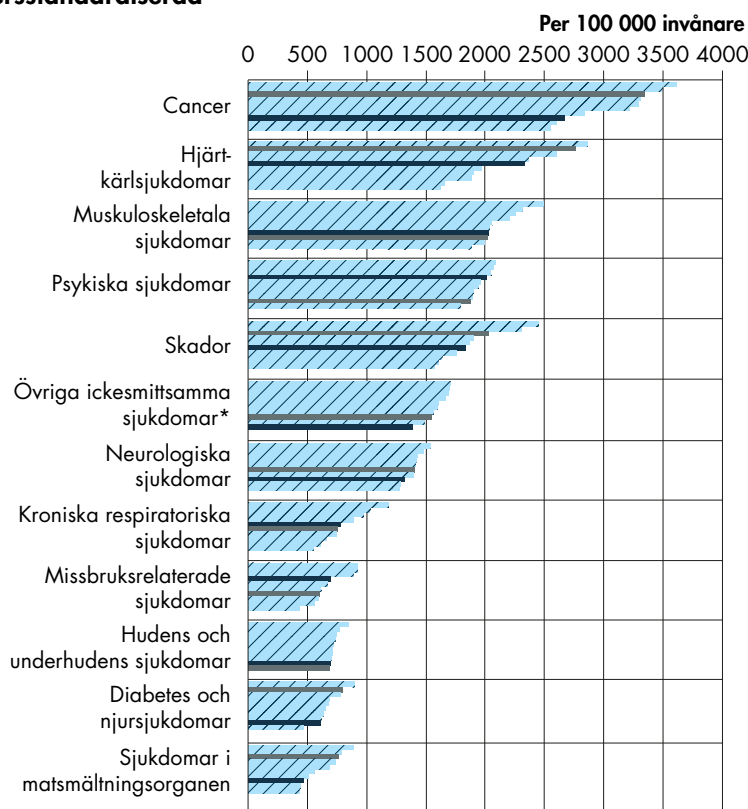
○ Kvinnor ● Män ■ Sverige ■ EU-snitt ■ Övriga länder



Not. 2018

► Sjukdomsbörda

Figur 4. DALYs (Disability-adjusted life years, funktionsjusterade levnadsår) per sjukdomsgrupp, 2019
Åldersstandardiserad



*Övriga ickesmittsamma sjukdomar inkluderar bland annat sjukdomar i urin-vägarna och fortplantningssystemet, gynekologiska sjukdomar och sjukdomar som drabbar munnen.

- Andelen med långvarig sjukdom i Sverige i åldersgruppen 16-64 år är ungefär som medelvärdet bland jämförelseländerna.
- Bland dem som är 65 år eller äldre är skillnaderna mellan länderna större. I Sverige är andelen äldre med långvarig sjukdom lägre än genomsnittet i EU.
- Kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader i svar mellan länder (Eurostat 2020).

- Funktionsjusterade levnadsår (DALYs) är ett mått på förlorade levnadsår till följd av sjukdom och för tidig död.
- Hjärt-kärlsjukdomar och cancer är de sjukdomstillstånd som är förenade med högst sjukdomsbörda.
- Sverige har en låg sjukdomsbörda kopplat till cancer, övriga icke-smittsamma sjukdomar, neurologiska sjukdomar, diabetes och njursjukdomar och sjukdomar i matsmältningsorganen jämfört med de övriga länderna och genomsnittet i EU.
- Sjukdomsbördan för hudens och underhudens sjukdomar är ungefär samma i Sverige som genomsnittet i EU, men lägre än jämförelseländerna.
- Sverige ligger över genomsnittet i EU för psykiska sjukdomar, kroniska respiratoriska sjukdomar och missbruksrelaterade sjukdomar.

11.2 Hälsoutfall av vården

I den internationella jämförelsen kan vi analysera hälsoutfall av vården utifrån två indikatorer: sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och hälsogapet.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet har blivit en viktig indikator i internationella jämförelser, eftersom måttet särskiljer dödsfall i sjukdomar där hälso- och sjukvårdens insatser har stor betydelse för överlevnaden från dödsfall som varierar med andra faktorer som påverkar sjukdomsförekomsten, exempelvis miljö- eller beteenderelaterade riskfaktorer.

Den demografiska utvecklingen har lett till mer komplexa vårdbehov i form av ökad multisjuklighet i alla de jämförda länderna (OECD 2020a), och en stor del av patienterna är multisjuka äldre. Hälsogapet, det vill säga skillnaden i livskvalitet mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen kan fånga skillnader i hälso- och sjukvårdens förmåga att möta stora vårdbehov ur patienternas och befolkningens perspektiv.

11.2.1 Två indikatorer går att följa upp i ett internationellt perspektiv

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn är hämtad från Eurostat och inkluderar dödsfall i sjukdomar som definieras som åtgärdbara enligt Eurostat och OECD:s definition från 2018 (OECD/Eurostat 2019). Måttet är åldersstandardiserat utifrån OECD:s standardbefolkning.

Indikatorn för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet skiljer sig något i definitionen av vilka sjukdomar och åldrar som inkluderas, och kan därför inte direkt jämföras med den i avsnitt 3. Definitionen skiljer sig på tre sätt: dels sätts dödsfallen i relation till antalet invånare 0–74 år i den internationella definitionen medan åldersgruppen är 1–79 år i den svenska, dels skiljer sig de diagnoser som ingår något (se bilaga 2 för mer information om skillnaderna) och dels inkluderas endast 50 procent av dödsfallen i den internationella definitionen (övriga klassas som hälsopolitiskt åtgärdbara i stället för sjukvårdsrelaterat åtgärdbara). Indikatorn bör tolkas med försiktighet, eftersom metoden för att sätta diagnoser kan variera mellan länder (Socialstyrelsen 2020a).

Hälsogap mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen

Indikatorn baseras på två frågor ur EU-SILC som är en statistisk undersökning som genomförs i EU samt Norge, Schweiz och Storbritannien varje år. Indikatorn är jämförbar med den i avsnitt 3, utöver eventuella skillnader i databearbetning mellan SCB och Eurostat.

Indikatorn ska tolkas med försiktighet eftersom vi inte haft möjlighet att åldersstandardisera indikatorn för att ta hänsyn till skillnader i ålderssammansättning mellan länder och över tid. Indikatorn tar inte heller hänsyn till förändringar i diagnospanoramat i befolkningen. Kulturella och språkliga faktorer kan till viss del påverka skillnader i svar mellan länder (Eurostat 2020).

Patienters upplevelse av om deras behov av hälso- och sjukvård blivit tillgodosett

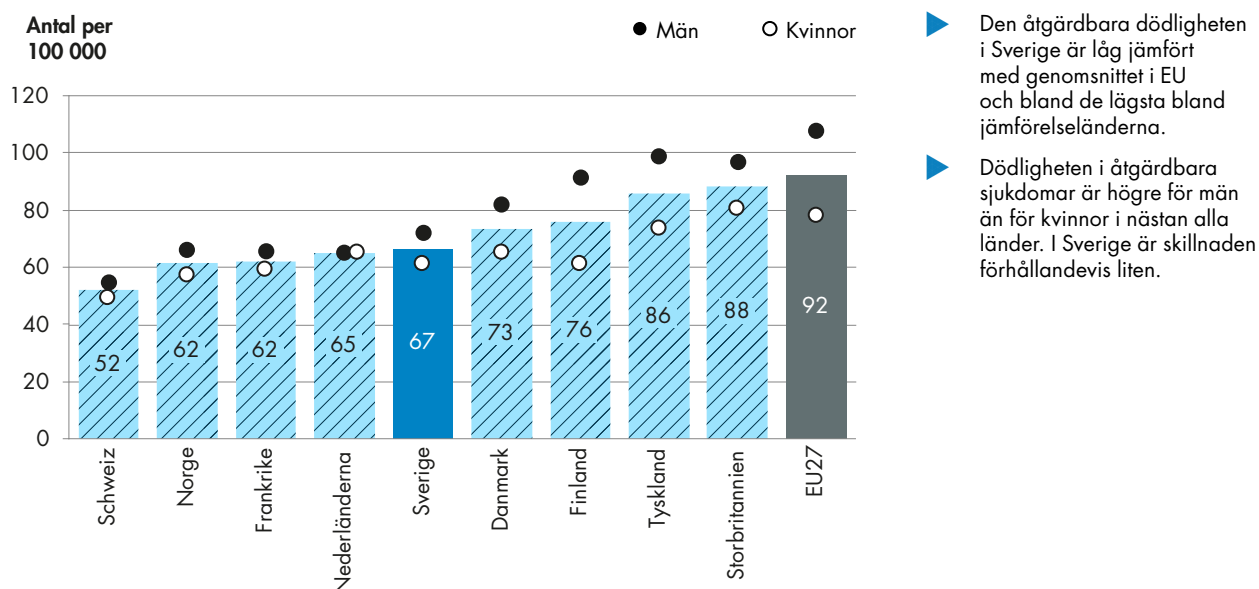
Vi har inte identifierat någon jämförbar indikator som går att använda i internationella jämförelser.

11.2.2 Resultat i korthet

- ▶ Svensk hälso- och sjukvård visar goda medicinska resultat jämfört med genomsnittet i EU. Bland länderna i vårt urval placerar sig Sverige ungefär i mitten. Norge har en något lägre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, medan den är något högre i Finland och Danmark. Sverige har tidigare visat goda resultat för behandling och överlevnad. I en av de största återkommande studierna för canceröverlevnad var Sverige ett av de länder som hade högst överlevnad i cancersjukdomar, tillsammans med Finland och Norge samt några länder utanför vårt urval (Allemani m.fl. 2018). Sverige hamnar på första plats bland länderna i vårt urval när det gäller kvalitet beräknad utifrån överlevnad i olika sjukdomsgrupper i en studie av SKR (2018), och på delad andra plats tillsammans med Tyskland och Nederländerna efter Finland, om samma mått korrigeras för några av de faktorer som påverkar folkhälsan (Schweiz är inte med i undersökningen).
- ▶ Skillnaden i åtgärdbar dödlighet mellan kvinnor och män är förhållandevis liten i Sverige.
- ▶ Hälsogapet mellan personer med och utan långvariga sjukdomar är också jämförelsevis lågt. Sverige placerar sig på andra plats bland länderna i urvalet.

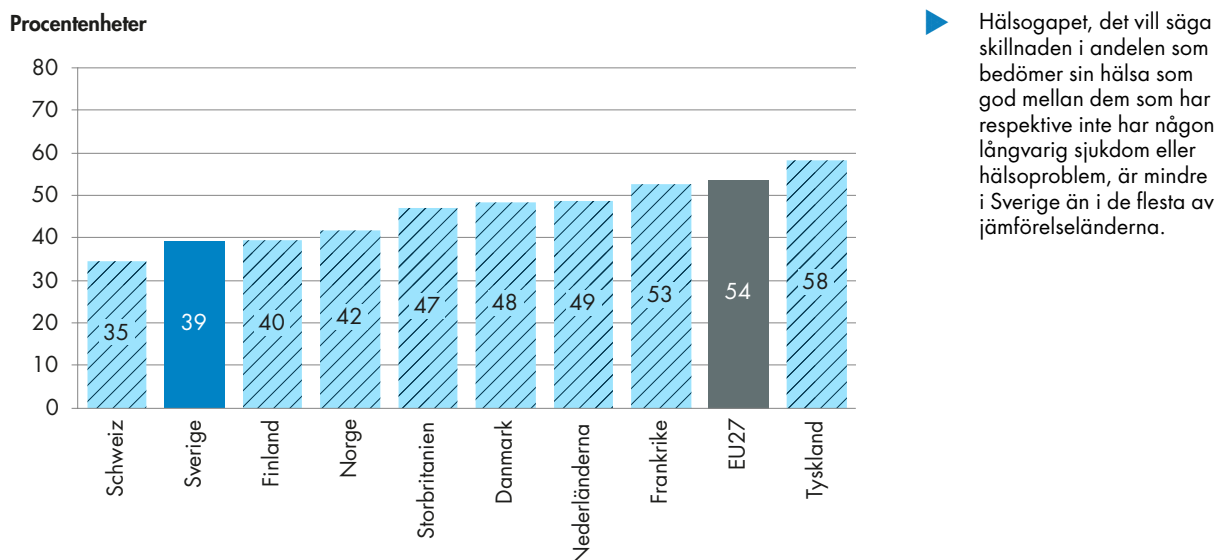
► Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Figur 5. Antal åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, 2017. Åldersstandardiserad enligt OECD:s standardbefolkning



► Hälsogap mellan personer med långvariga sjukdomar och den friska befolkningen

Figur 6. Skillnad i andelen som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan dem som har respektive inte har någon långvarig sjukdom eller hälsoproblem, 2020 eller senast tillgängliga år. Ej åldersstandardiserad



Not: 2018 för Storbritannien, 2019 för EU27.

11.3 Personcentrering

Att främja personcentrerad vård har blivit alltmer prioriterat i många länder de senaste åren, vilket resulterat i både nationella och europeiska projekt för att ta fram fler patientrapporterade upplevelsemått (PREMs) (OECD 2020a).

Vid en jämförelse av patientrapporterade mått på kvalitet och upplevelse av vårdmöten inom primärvården respektive specialist- och sjukhusvården i europeiska länder rankades primärvården högre än specialist- och sjukhusvården i alla länder utom Sverige och Finland (Schweiz och Norge finns inte med i undersökningen) (OECD 2020a). Det finns dock begränsningar i hur jämförbara resultaten är, eftersom vad som inkluderas i begreppet primärvård kan skilja sig mellan länder. I undersökningen ovan inkluderas vård hos allmänläkare, familjeläkare eller vårdcentraler.

Upplevelsen av samordning och kontinuitet beror på flera faktorer som kan skilja sig mellan länder och regioner. Det kan innebära en långvarig relation med samma vårdgivare (framför allt inom primärvården) som sträcker sig utöver sjukdom eller specifika episoder av sjukdom, vilket kan innebära exempelvis en fast vårdkontakt eller familjeläkare. Det kan också innebära samordning mellan vårdgivare och att varje patients medicinska information är lätt tillgänglig för alla vårdgivare som tar hand om patienten, exempelvis genom journalföring och remissystem (Kringos m.fl. 2015).

11.3.1 Inte möjligt att följa samma indikatorer ur ett internationellt perspektiv

Indikatorerna i avsnitt 4 baseras på den nationella patientenkäten. Det finns ingen internationell motsvarighet, och vi har därför använt 2020 års enkätundersökning International Health Policy Survey (IHP) för att jämföra personcentrering av hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv. De är inte direkt jämförbara med indikatorerna i den svenska delen, eftersom de kommer från en annan undersökning och frågorna är ställda på ett annorlunda sätt än i den nationella patientenkäten.

Vi bedömer att indikatorerna ändå återspeglar svar på liknande frågor. För indikatorn upplevelse av vårdmötet har vi möjlighet att inkludera tre av de fyra dimensioner som indikatorn i avsnitt 4 baseras på. Även indikatorn för samordning har en liknande fråga. Till skillnad från indikatorerna i avsnitt 4 har vi inte haft möjlighet att väga samman svar från patienter i primärvården, den specialiserade vården och vid akutmottagningar.

Upplevelse av vårdmötet

Den svenska indikatorn för upplevelse av vårdmötet baseras på en sammanvägning av fem enkätfrågor som avspeglar fyra dimensioner av personcentrering; delaktighet, medskapande och stöd till egenvård, bemötande samt kommunikation och information. Vi har inte kunnat väga samman resultaten från IHP-undersökningen (Vård- och omsorgsanalys 2021a) på samma sätt och redovisar därför dimensionerna separat. De dimensioner som finns är delaktighet, bemötande samt kommunikation och information. Frågorna om ordinarie läkare eller vårdpersonal gäller enbart dem som uppgett att de har ordinarie läkare eller vårdpersonal. De övriga gäller enbart patienter som vårdats vid sjukhus.

Indikatorn för delaktighet utgörs av andelen som upplever att de varit delaktiga i beslut om vård och behandling hos ordinarie läkare eller vårdpersonal samt vid sjukhusvistelse.

Indikatorn för kommunikation och information utgörs av andelen som anser att läkare eller ordinarie vårdpersonal förklarar på ett sätt som är lätt att förstå.

Indikatorn för bemötande består av andelen som anser att de blivit behandlade med vänlighet och respekt vid senaste sjukhusvistelse.

Upplevd samordning

Den svenska indikatorn för upplevd samordning baseras på frågan ”Anser du att personalen i hälso- och sjukvården samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?” Vi har inte haft tillgång till en internationell motsvarighet. I den internationella jämförelsen har vi i stället använt två frågor från IHP-undersökningen 2020 (Vård- och omsorgsanalys 2021a), där de svarande får ange om de upplevt att den ordinarie läkaren eller specialistläkaren saknat information om deras tidigare vård.

11.3.2 Resultat i korthet

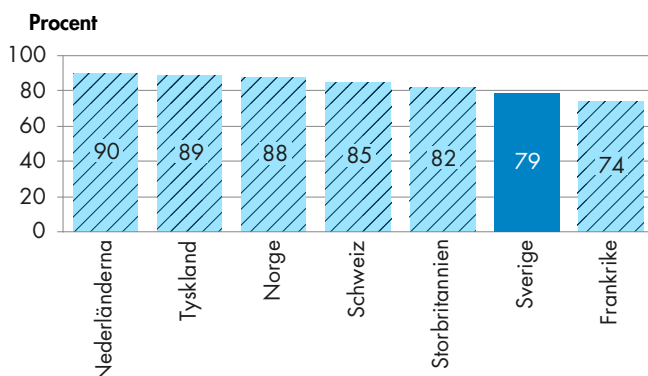
- ▶ Sverige har jämfört med de andra länderna låga resultat för personcentrering vid besök hos ordinarie läkare eller vårdkontakt. Svenska patienter upplever i lägre grad än patienter i andra länder att de är delaktiga vid beslut om vård och behandling hos sin ordinarie läkare samt att ordinarie läkare eller vårdpersonal förklarar på ett sätt som är enkelt att förstå.
- ▶ Inom sjukhusvården (vid vistelse minst en natt) är andelen som upplever vården som personcentrerad högre i Sverige än i många jämförbara länder. Svenska patienter upplever i högre grad än patienter i övriga länder att de är delaktiga vid beslut om vård och behandling vid sjukhusvistelse och att de blivit behandlade med vänlighet och respekt.
- ▶ Sverige har sämre resultat än jämförbara länder när det gäller samordning. Det är färre i Sverige än i övriga länder som anser att den ordinarie läkaren haft tillgång till information om vård som patienten fått från en specialistläkare. I den specialiserade vården ligger Sverige något under genomsnittet.
- ▶ Flera av jämförelseländerna har precis som Sverige sämre resultat inom primärvården än sjukhusvården både när det gäller personcentrering och samordning.

Personcentrering

Finland, Danmark och EU-genomsnitt saknas för de indikatorer som kommer från IHP-undersökningen (2020). Källor: Anges i bilaga 4.

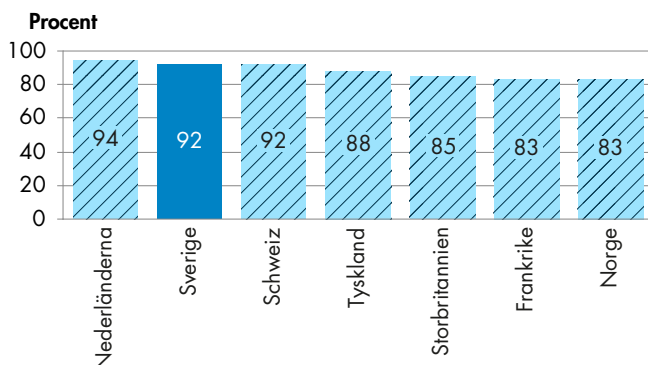
► Delaktighet

Figur 7. Andelen som anser att de är delaktiga i beslut om vård och behandling hos ordinarie läkare eller vårdpersonal, 2020



- I Sverige är det jämförelsevis få som anser att de är så involverade som de önskar i beslut om vård eller behandling hos sin ordinarie läkare.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar din ordinarie läkare eller vårdpersonal involvera dig så mycket som du önskar i beslut om din vård och behandling?
- Frågan gäller enbart dem som angett att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska, vilket i Sverige är jämförelsevis få (35 procent jämfört med mellan 80 och 98 procent i övriga länder).

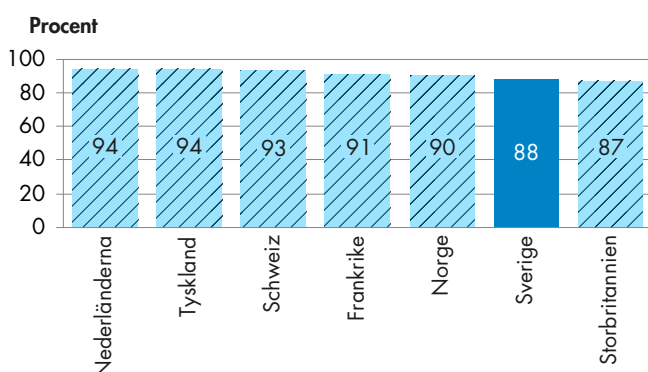
Figur 8. Andelen som anser att de är delaktiga i beslut om vård och behandling vid sjukhusvistelse (minst en natt), 2020



- I Sverige upplever personer som har varit inlagda på sjukhus att de varit delaktiga i beslut i något högre utsträckning i Sverige än de flesta av jämförelseländerna.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): Om du tänker tillbaka på den senaste gången du var inlagd på sjukhus, var du då så delaktig som du önskade i besluten om din vård och behandling?

► Kommunikation och information

Figur 9. Andelen som anser att läkare eller ordinarie vårdpersonal förklarar på ett sätt som är lätt att förstå, 2020



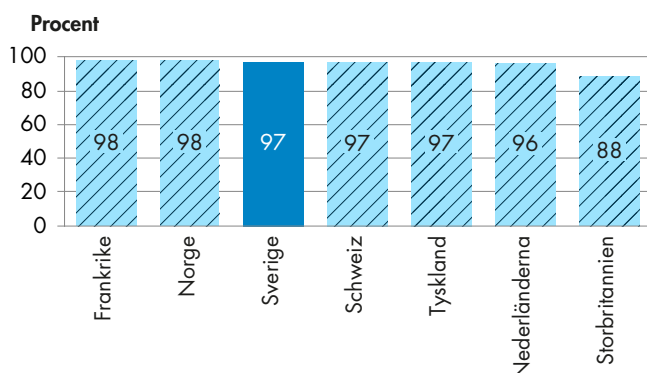
- Andelen som upplever att ordinarie läkare eller vårdpersonal oftast eller alltid förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå är något lägre i Sverige än i flera övriga länder.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): När du behöver vård eller behandling, hur ofta brukar din ordinarie läkare eller vårdpersonal förklara saker på ett sätt som är lätt att förstå?
- Frågan gäller enbart dem som angett att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska, vilket i Sverige är jämförelsevis få (35 procent jämfört med mellan 80 och 98 procent i övriga länder).

Personcentrering

Finland, Danmark och EU-genomsnitt saknas för de indikatorer som kommer från IHP-undersökningen (2020). Källor: Anges i bilaga 4.

► Bemötande

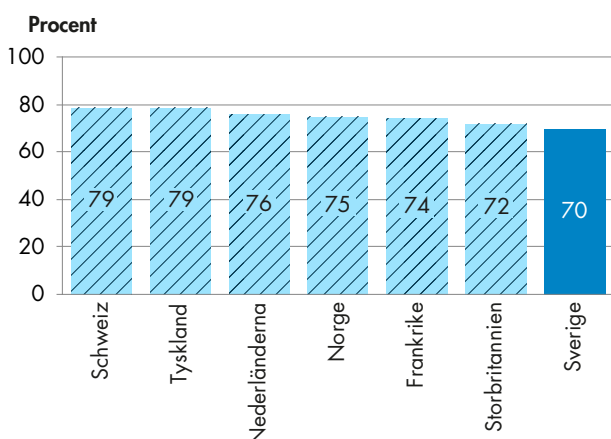
Figur 10. Andelen som anser att de blivit behandlade med vänlighet och respekt vid sjukhusvistelse, 2020



- I Sverige är det en relativt hög andel som anser att läkare och sjuksköterskor behandlat dem med vänlighet och respekt vid sjukhusvistelse där de varit inlagda minst en natt, men resultatet skiljer sig inte mycket från de flesta övriga länder.
- Bygger på två frågor i IHP (2020): Under denna sjukhusvistelse, hur ofta behandlade läkarna/sjuksköterskorna dig med vänlighet och respekt?

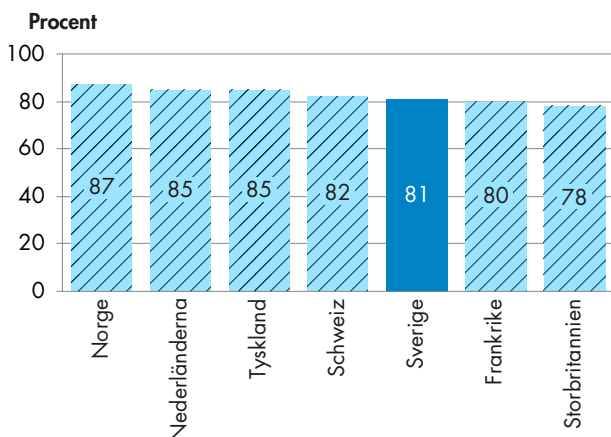
► Upplevd samordning

Figur 11. Andelen som anser att ordinarie läkare hade tillgång till nödvändig information från specialistläkare, 2020



- Andelen som upplever att ordinarie läkare alltid haft information eller varit uppdaterad om vård patienten fått från specialistläkare är lägre i Sverige än i övriga länder.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): Efter att du träffat specialisten, verkade din vanliga läkare sakna information och inte vara uppdaterad om den vård du fick av specialistläkaren?

Figur 12. Andelen som anser att specialistläkare hade tillgång till nödvändig information från ordinarie läkare, 2020



- Andelen som upplever att specialistläkare alltid haft information eller varit uppdaterad om vård patienten fått från ordinarie läkare är lägre i Sverige än i de flesta av jämförelseländerna.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): Under de senaste 2 åren, har du varit med om följande när du träffat en läkare i specialistvården: Denne saknade tillgång till grundläggande medicinsk info/provresultat från ordinarie läkare?

11.4 Väntetider

Långa väntetider till planerad och icke-akut kirurgi har varit ett problem i flera EU-länder under lång tid, till stor del på grund av brist på läkare och sjuksköterskor (OECD 2020b). Skillnader i väntetider mellan länder kan bero på flera olika samvarierande faktorer på både utbuds- och efterfrågesidan. Utbudet beror på tillgången till personal som kan utföra insatser inom vården, tillgängliga vårdplatser och tillgång till sjukvårdsmaterial. Efterfrågan påverkas av befolkningens hälsotillstånd, kostnader för patienter, patienters preferenser och tillgänglig medicinsk teknik.

OECD redovisar statistik över väntetider till ett antal vanliga operationer, där Sverige placerar sig relativt bra bland de länder i vårt urval som finns med i statistiken (Frankrike, Tyskland och Schweiz ingår inte). Det finns dock begränsade möjligheter att jämföra väntetider mellan länder med hjälp av registerdata, på grund av att definitioner och sätt att mäta varierar mycket (OECD 2020b). I Sverige räknas väntetiderna från att beslut om operation fattats, vilket kan innebära att det gått tid från det att en remiss kommit in till specialistvården. I exempelvis Norge inleds väntetiden det datum en remiss kommer in till specialistvården (OECD 2021b).

11.4.1 Inte möjligt att följa samma indikatorer ur ett internationellt perspektiv

Eftersom vi inte har jämförbara data för att följa upp väntetider utifrån verksamhetsstatistik, använder vi patientupplevda mått för att redovisa väntetider i den internationella jämförelsen. Indikatorerna kommer från 2020 års enkätundersökning International Health Policy Survey (IHP) (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Undersökningen genomfördes till stora delar innan utbrottet av covid-19-pandemin.

Patientupplevda väntetider till vård (exklusive akutmottagningar)

Indikatorn kommer från 2020 års enkätundersökning International Health Policy Survey (IHP) och består av andelen som svarat att de fick vård inom fem dagar sist de var sjuka eller behövde vård. Indikatorn skiljer sig från den i kapitel 5 eftersom besöksgarantin i Sverige nu är 3 istället för 5 dagar.

Patientupplevda väntetider till läkare inom specialistvården

Indikatorn kommer från IHP (2020) och består av andelen som svarat att de behövde vänta mindre än tre månader efter att de blivit hänvisade till eller bestämt sig för att träffa en specialistläkare.

Patientupplevda väntetider till operation

Indikatorn kommer från IHP (2020) och består av andelen som svarat att de fick vänta i mindre än tre månader efter att de fått rekommendation om icke-akut eller planerad kirurgi.

11.4.2 Resultat i korthet

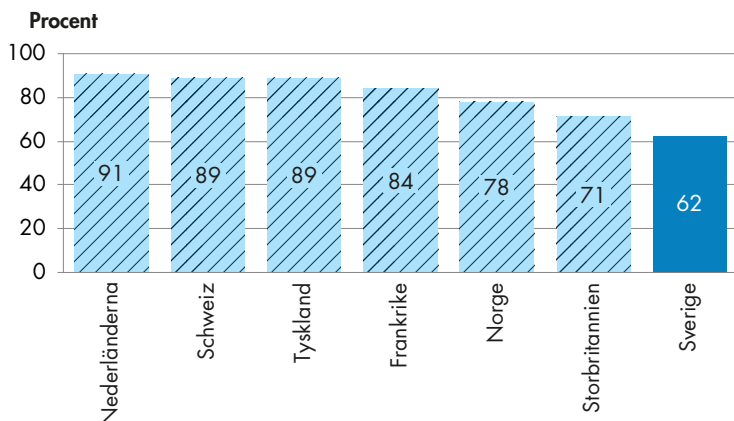
- ▶ Svensk vård ligger sämre till i förhållande till länderna i jämförelsen både när det gäller väntetider till icke-akut vård och väntetider till specialistvård eller operation. En bidragande orsak kan vara den höga belägningsgraden inom svensk sjukhusvård, vilken indikerar en brist på antal vårdplatser. Detta kan i sin tur leda till problem med patientflöden och behandlingsprocesser inom sjukhusen (Rehnberg 2019).
- ▶ Endast 62 procent av svenska patienter uppger att de får ett första besök i vården inom 5 dagar, vilket är lägst i urvalet. Detta resultat skiljer sig från den registerbaserade indikatorn i avsnitt 5, där 82 procent får vård inom tre dagar. Eftersom frågan inte specifikt klargör att det gäller primärvården kan vi inte vara säkra på vilken del av vården de svarande tolkat att frågan gäller.
- ▶ Det är samtidigt svårt att dra slutsatser genom att jämföra väntetider mellan länderna, både på grund av skillnader i definitioner och på grund av skillnader mellan sjukvårdssystemen. Schweiz har exempelvis korta patientrapporterade väntetider, men har samtidigt näst högst andel som uppger att de avstår vård på grund av höga kostnader och högst patientavgifter bland jämförelseländerna.

Väntetider

Finland, Danmark och EU-genomsnitt saknas för de indikatorer som kommer från IHP-undersökningen (2020). Källor: Anges i bilaga 4.

► Patientupplevda väntetider till vård (exklusive akutmottagningar)

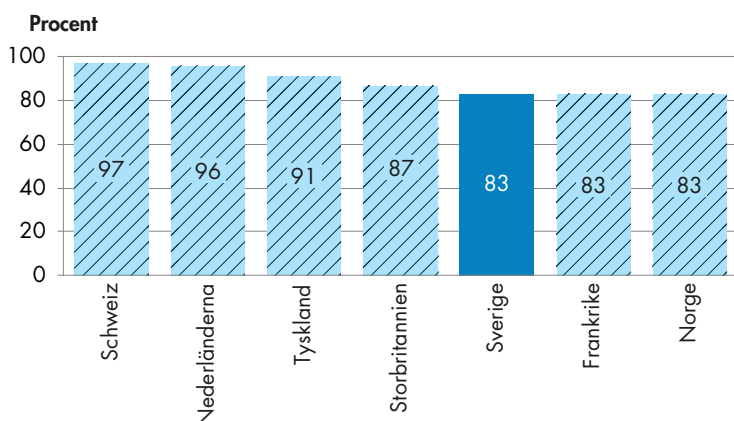
Figur 13. Andelen patienter som fått ett första besök i vården inom fem dagar (exklusive akutmottagning), 2020



- Sverige har lägst andel patienter som upplever att de fått en första besök i inom fem dagar bland de jämförda länderna, 62 procent uppger att de fått ett läkarbesök inom fem dagar jämfört med 71 till 91 procent i de andra länderna i vårt urval.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): Sist du var sjuk eller behövde vård, hur snabbt fick du en tid hos en läkare eller sköterska? Bortse från besök vid akutmottagningar på sjukhus.

► Patientupplevda väntetider till läkare inom specialistvården

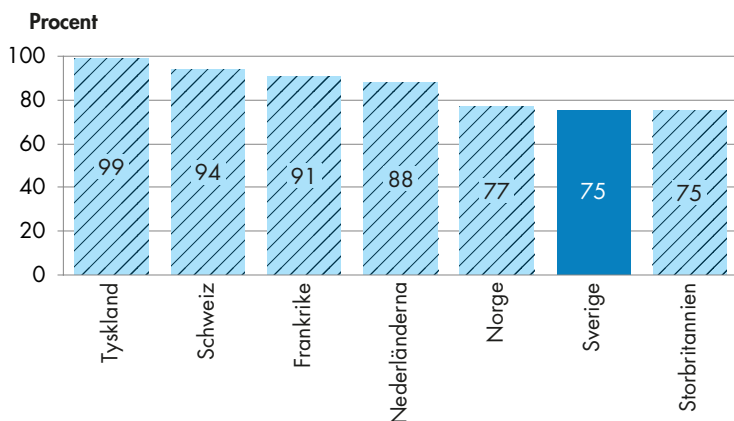
Figur 14. Andelen patienter som fått ett nybesök i den specialiserade vården inom 90 dagar, 2020



- Även inom specialistvården är det relativt sett färre i Sverige som fick tid till läkare inom specialistvården inom 90 dagar.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): Efter att du blev hänvisad till eller bestämde dig för att träffa en specialist, hur lång tid behövde du vänta för att få en tid?

► Patientupplevda väntetider till operation

Figur 15. Andelen patienter som fått planerad operation inom 90 dagar, 2020



- Sverige har (tillsammans med Storbritannien) lägst andel som fått en planerad operation inom 90 dagar, 75 procent.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): Efter att du fick rekommendationen om att bli opererad, hur lång tid behövde du vänta på den icke-akuta eller planerade kirurgen?

11.5 Tillgänglighetsbarriärer

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är ett brett begrepp som omfattar flera aspekter. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska, kostnadsmässiga och informationsmässiga. Skillnader mellan länder kan till exempel bero på hur hälso- och sjukvården finansieras.

Det är generellt mycket få i EU som uppger att de inte har sökt vård på grund av tillgänglighetsbarriärer, men det är fyra gånger så stor sannolikhet att låginkomsthushåll upplever att de inte haft tillgång till vård vid behov än att höginkomsthushåll upplever det (OECD 2020a).

11.5.1 En indikator går att följa upp i ett internationellt perspektiv

Vi kan följa upp en av indikatorerna i avsnitt 6 i en internationell jämförelse: personer som uppger att de avstår från vård på grund av restid, kostnader eller väntetider. Vi har valt att ersätta de övriga två indikatorerna med jämförbara alternativ som går att följa upp internationellt.

Personer som uppger att de avstått från vård

Indikatorn baseras på två frågor ur EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) som är en undersökning som genomförs i EU samt Norge, Schweiz och Storbritannien varje år. Indikatorn är jämförbar med den i avsnitt 6, utöver eventuella skillnader i databearbetning mellan SCB som Eurostat och att kulturella och språkliga faktorer kan påverka skillnader i svar mellan länder (Eurostat 2020).

Upplevelse av att ha tillgång till den vård man behöver

Indikatorn i avsnitt 6 baseras på Hälso- och sjukvårdsbarometern. Det finns ingen internationell motsvarighet, och vi har därför använt två frågor ur EU-SILC, där deltagarna får svara på om de haft ett vårdbehov under de senaste 12 månaderna och om de fått vård eller behandling vid de tillfällen de sökt eller inte.

Indikatorn skiljer sig därmed från indikatorn i avsnitt 6, där deltagarna får svara på om de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Till skillnad från indikatorn i avsnitt 6 består urvalet av hela befolkningen (över 16 år) och inte enbart patienter. Kulturella faktorer kan påverka skillnader i svar mellan länder (Eurostat 2020). Exempelvis avser frågan behov av "svåra" sjukdomar i Tyskland, vilket kan resultera i en viss underskattning jämfört med övriga länder (OECD 2020a). Försiktighet krävs därför när man jämför länder.

Svar samma dag (patientupplevd)

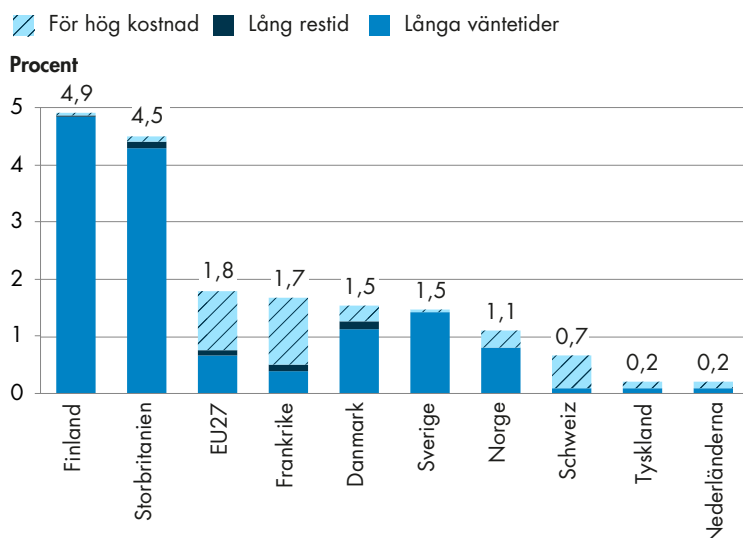
Indikatorn i avsnitt 6 baseras på registerdata från Väntetidsdatabasen. Det finns ingen internationell motsvarighet, och vi har därför använt 2020 års enkätundersökning International Health Policy Survey (IHP). Indikatorn skiljer sig från indikatorn i den svenska delen i två avseenden: den baseras inte på registerdata och specificerar inte heller om kontakten görs genom telefonsamtal.

11.5.2 Resultat i korthet

- ▶ Det är små skillnader mellan andelen som uppger att de fått sina vårdbehov tillgodosedda mellan de jämförda länderna. Men andelen är något mindre i Sverige jämfört med genomsnittet i EU och genomsnittet för jämförelseländerna.
- ▶ I Sverige är det relativt få som avstår vård på grund av höga kostnader och lång restid, vilket är ett tecken på låga trösklar in i vården.
- ▶ I vårt urval av länder varierar patientavgifternas andel av hälso- och sjukvårdens totala utgifter mellan 14 och 28 procent; Sverige (tillsammans med Norge) har lägst andel patientavgifter. Schweiz, med högst patientavgifter, har högst andel som avstår vård på grund av kostnader både i EU-SILC och i IHP (Vård- och omsorgsanalys 2021a), även om frågeformuleringarna inte är direkt jämförbara då indikatorn i denna uppföljning troligtvis fångar upp patienter med ett större vårdbehov än IHP.
- ▶ Andelen som avstår vård på grund av väntetider är däremot relativt hög i Sverige jämfört med många av de jämförda länderna och tredje högst i urvalet.
- ▶ När det gäller andelen som får svar samma dag vid kontakt med ordinarie vårdcentral ligger i Sverige i nivå med genomsnittet bland övriga jämförelseländer. I en tidigare undersökning har Sverige lägst andel bland jämförelseländerna som upplever att det är lätt att få vård på kvällar och helger (24 procent jämfört med 37–72 procent i övriga länder) (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

► Personer som uppger att de avstår från vård

Figur 16. Andelen som avstår från vård på grund av för hög kostnad, för lång resttid eller lång väntetid, genomsnitt 2018–2020

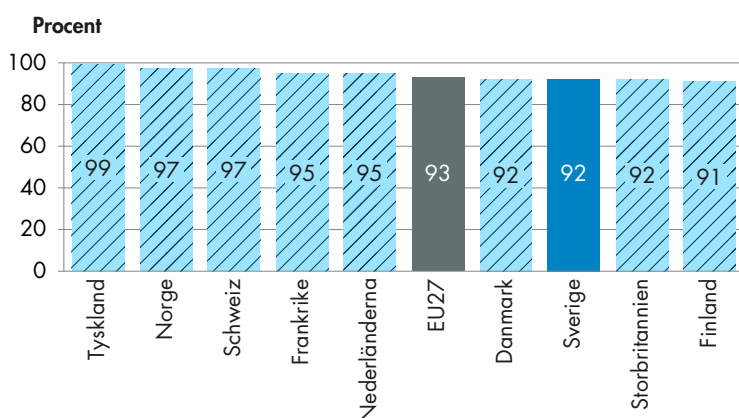


Not. 2018 för Storbritannien.

- I Sverige är det relativt få som avstår vård på grund av höga kostnader, lång resttid eller långa väntetider sammantaget. De flesta som avstår vård i Sverige gör det på grund av långa väntetider.
- Långa väntetider är även det vanligaste skälet i Finland, Danmark, Norge och Storbritannien. I Frankrike, Schweiz och EU i genomsnitt är det däremot vanligast att avstå vård på grund av höga kostnader.
- Bygger på tre frågor från undersökningen EU-SILC. Respondenterna har svarat på vad som var huvudorsaken till att de avstått från en undersökning eller behandling som de hade behov av.

► Upplevelse av att ha tillgång till den vård man behöver

Figur 17. Andelen som har haft ett vårdbehov de senaste 12 månaderna och fått vårdbehovet tillgodosett, 2020



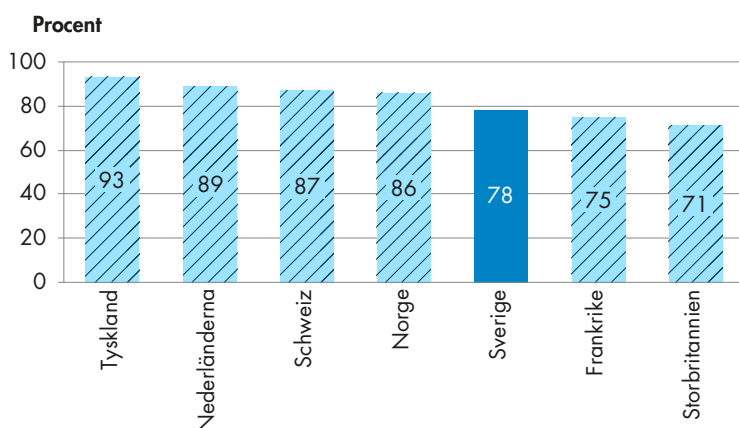
Not. 2018 för Storbritannien.

- Andelen som upplever att de fått vårdbehov tillgodosedda är relativt lika i alla länder. 92 procent anser att de fått sina vårdbehov tillgodosedda i Sverige, vilket är något under genomsnittet i EU.
- Bygger på frågor från undersökningen EU-SILC där respondenten först får svara på om de haft behov av undersökning eller behandling under de senaste 12 månaderna, och sedan om de fått vård varje gång de haft ett behov.

► Svar samma dag (patientupplevd)

Finland, Danmark och EU-genomsnitt saknas för denna indikator eftersom de inte ingår i IHP-undersökningen.

Figur 18. Andel som får svar samma dag vid kontakt med ordinarie vårdcentral, 2020



- Sverige ligger lite lägre än genomsnittet bland jämförelseländerna när det gäller andelen personer som alltid eller oftast får svar när de kontaktar sin vårdcentral under ordinarie mottagningstid.
- Bygger på en fråga i IHP (2020): När du kontaktar din ordinarie vårdmottagning i ett medicinsk ärende under ordinarie mottagningstid, hur ofta får du svar samma dag?

11.6 Vårdens insatser

För att jämföra vårdens insatser mellan länder har vi använt läkarkonsultationer per invånare. I de flesta länder är ett besök hos en läkare eller vårdpersonal i primärvården den vanligaste kontakten med vården och oftast utgångspunkten för ytterligare medicinsk behandling.

Att jämföra läkarbesök mellan länder är inte helt enkelt. Exempelvis är det vanligt att sjuksköterskor är ansvariga för hantering av patienter med kroniska sjukdomar och mindre hälsoproblem i Sverige, Finland och Storbritannien, till skillnad från de övriga jämförelseländerna (OECD 2021a). Länder med fler läkare som är egenföretagare, exempelvis Tyskland, och där läkare får betalt per besök tenderar även att ha fler konsultationer än länder där läkare främst är avlönade inom skattefinansierade verksamheter (exempelvis Sverige, Finland och Danmark) (OECD 2020a). Höga patientavgifter kan också resultera i färre konsultationer, vilket exempelvis är fallet i Schweiz (OECD 2020a).

Indikatorn mäter enbart fysiska kontakter (förutom data från Nederländerna som delvis inkluderar telefonkontakter). Digitala vårdbesök har ökat dramatiskt i nästan alla länder i urvalet under pandemin (Eurofond 2020). Den statistik vi redovisar är från 2019 och speglar därmed perioden innan pandemin, men enligt en undersökning från 2019 var det redan då mycket vanligare bland primärvårdsläkare i Sverige och Storbritannien att erbjuda digitala tjänster (exempelvis information om testresultat eller förnyelse av recept) än läkare i Nederländerna, Norge, Frankrike och Schweiz (Michelle m.fl. 2019). Svenska och norska patienter angav i högre grad än de övriga länderna att de använt digital kommunikation eller haft digitala besök med sin ordinarie vårdcentral i en undersökning innan pandemin (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

11.6.1 En indikator går att följa upp ur ett internationellt perspektiv

I den delen av promemorian som innehåller indikatorer över Sverige redovisar vi vårdens insatser genom produktivitet, hur mycket som kan produceras med en given insats. Eftersom vi inte har tillgång till den information som behövs för de övriga länderna, gör vi inte en liknande internationell jämförelse. I stället redovisar vi läkarkonsultationer per invånare.

Läkarkonsultationer per invånare

Indikatorn kommer från OECD och är jämförbar med indikatorn i avsnitt 7, men går inte att dela upp i primär- och specialistvård. Indikatorn visar antalet fysiska läkarkonsultationer för både allmänläkare och specialistläkare.

Det finns skillnader i metodologi mellan länderna, framför allt Tyskland och Nederländerna skiljer ut sig. För den tyska siffran förväntas det finnas en stor underrapportering. I Nederländerna inkluderas även telefonkontakter medan kontakter med barn- och mödraomsorgen är exkluderade. Data från Schweiz och Nederländerna kommer från hälsointervjuundersökningar. På grund av dessa skillnader ska indikatorn tolkas med viss försiktighet.

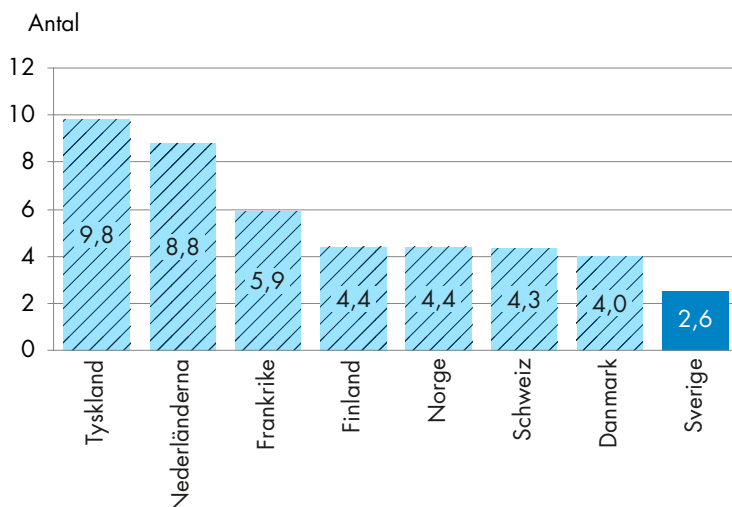
11.6.2 Resultat i korthet

- ▶ Sverige har lägst antal läkarkonsultationer per invånare och år, vilket till viss del kan förklaras av att annan vårdpersonal, som sjuksköterskor, utför fler uppgifter än i många av jämförelseländerna. Det har även visat sig att skillnader mellan länder kan bero på hur läkares ersättning är upplagd. Skillnader kan också bero på besökens längd – svenska läkare uppgav i IHP 2019 att deras patientmöten i genomsnitt tar 25 minuter, jämfört med 10–20 minuter som var genomsnitt i de övriga länderna i undersökningen (Vård- och omsorgsanalys, 2020). Digitala besök var även vanligare i Sverige redan innan pandemin än i flera av jämförelseländerna.
- ▶ Antalet läkarbesök per patient har minskat något i flera länder, däribland Sverige. Minskningen behöver inte bero på minskad produktivitet, utan skulle kunna vara en följd av nya arbetssätt.

► Läkarkonsultationer per invånare

Storbritannien och EU-genomsnitt saknas för denna indikator.

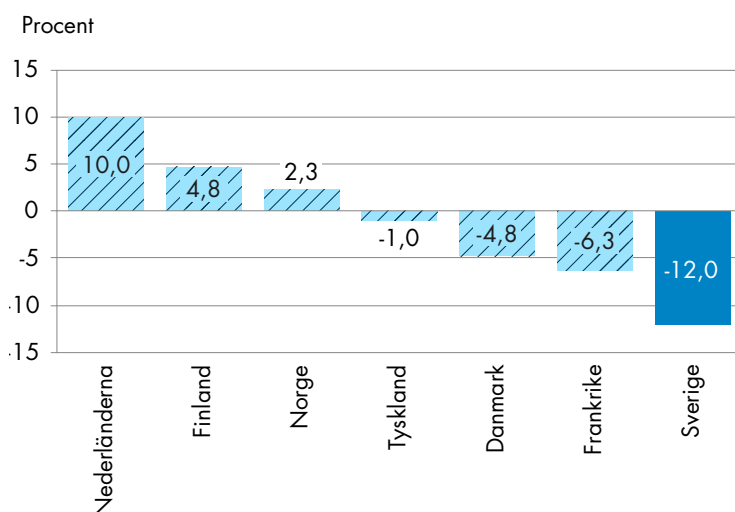
Figur 19. Läkarkonsultationer per invånare och år, 2019 eller närmaste år



Not. Schweiz 2017, Frankrike 2018.

- Sverige har lägst antal läkarkonsultationer per invånare bland länderna i urvalet.
- Variationer mellan länderna kan till viss del förklaras av arbetsfördelningen mellan läkare och annan vårdpersonal. I Sverige och Finland kan det låga antalet läkarkonsultationer delvis förklaras av att sjuksköterskor spelar en större roll i hanteringen av patienter med kroniska sjukdomar och i hanteringen av patienter med mindre hälsoproblem (OECD 2020b). Det finns dock ingen internationellt jämförbar statistik över vårdkontakter med andra yrkesgrupper än läkare.
- Med läkarkonsultationer avses besök och hembesök inom såväl primärvård som specialiserad vård. Andra typer av kontakter, till exempel telefonkontakter och digitala besök är exkluderade. Därmed kan sammansättningen i besöksform i olika länder påverka skillnaderna mellan länderna.

Figur 20. Antal läkarkonsultationer per invånare och år, procentuell förändring 2014–2019



Not: Avser 2014–2018 för Frankrike.

- Antalet läkarkonsultationer per invånare har minskat i Sverige sedan 2014. Även i Tyskland, Danmark och Frankrike har antalet läkarkonsultationer minskat. I Nederländerna, Finland och Norge har de i stället ökat.
- Det är svårt att veta vad utvecklingen beror på. Möjliga förklaringar kan vara ökad kompetensväxling från läkare till annan vårdpersonal, fler digitala besök eller minskad effektivitet i vissa länder.

11.7 Vårdens resurser

Vi jämför vårdens resurser mellan länderna i urvalet med samma indikatorer som i avsnitt 8 – hälso- och sjukvårdskostnader, personella resurser och disponibla vårdplatser per invånare. Det finns starka samband mellan hälso- och sjukvårdens kvalitet samt hälso- och sjukvårdens ekonomiska och personella resurser, men sambandets styrka minskar bland länder med hög välbefinningsnivå (GBD 2018b).

Antalet vårdplatser beror på flera faktorer utöver utbudet av platser. Det beror också på arbetssätt och betalningssystem, som kan utmyнна i skillnader i incitament att lägga in patienter (OECD 2020a).

11.7.1 Alla indikatorer går att följa upp i ett internationellt perspektiv

Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare inklusive läkemedel

Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare kommer från OECD och redovisas enligt System of Health Accounts som syftar till att använda gemensamma begrepp, definitioner och redovisningsregler för att mäta konsumtion av hälso- och sjukvårdsvaror och tjänster (OECD/Eurostat/WHO 2017).

Indikatorn är jämförbar med den svenska i det att den utgår från nationalräkenskaperna. Däremot finns det flera områden inom vård och omsorg som är inkluderade i OECD:s definition och som inte inkluderas i den svenska definitionen av hälso- och sjukvård, exempelvis vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning samt tandvård. Löpande sjukvårdsutgifter delas upp efter utgifter dels för enskilda vårdgivare, som vårdande och rehabiliterande vård, långtidsvård och tjänster och varor inklusive läkemedel, dels för kollektiva tjänster för det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet, som förebyggande folkhälsa samt övergripande administration av hälso- och sjukvård. Även subventioner som betalas ut till vårdgivare ingår i siffrorna (OECD 2020a). Länders hälsoutgifter omvandlas sedan till en gemensam valuta (euro) och justeras för att ta hänsyn till de nationella valutornas olika köpkraft.

Vi har även inkluderat två kostnadsmått som inte är primära indikatorer för att förenkla jämförelsen mellan länderna. Vi inkluderar hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP på grund av att nivån på hälso- och sjukvårdsutgifterna också beror på storleken på ekonomin som helhet. Vi har även delat upp utgifterna i hur stor del av vården som finansieras av staten eller obligatoriska sjukvårdsförsäkringar respektive av egenavgifter och frivilliga sjukvårdsförsäkringar.

Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Indikatorn kommer från OECD. Indikatorn är jämförbar med den svenska och utgår från samma datakälla. Indikatorn inkluderar bemannade vårdplatser på sjukhus inklusive psykiatriska och andra specialiserade sjukhus. Indikatorn inkluderar inte operationsbord och sängar för dagvård (OECD 2021b)

I några länder finns inte alla sjukhus med – Storbritannien inkluderar enbart offentliga sjukhus och Sverige exkluderar privatfinansierade platser. Sängplatser för dagvård kan i vissa fall inkluderas i Nederländerna (OECD 2020a). Platser på boenden för vård- och omsorg av äldre och funktionshindrade är inte inkluderade, däremot inkluderas platser för långvård på sjukhus (OECD 2021b).

Personella resurser per 1 000 invånare

Indikatorn kommer från OECD och är jämförbar med den svenska och utgår från samma datakälla. Indikatorn inkluderar sjuksköterskor och läkare som arbetar direkt med patienter.

I Frankrike inkluderas även sjuksköterskor som arbetar med forskning, administration och utbildning. I några länder (bland annat Finland och Schweiz) kan sjuksköterskor ha flera kvalifikationsnivåer, och ungefär en tredjedel av sjuksköterskorna är legitimerade sjuksköterskor med en lägre utbildningsnivå. Vårdbiträden och undersköterskor inkluderas inte.

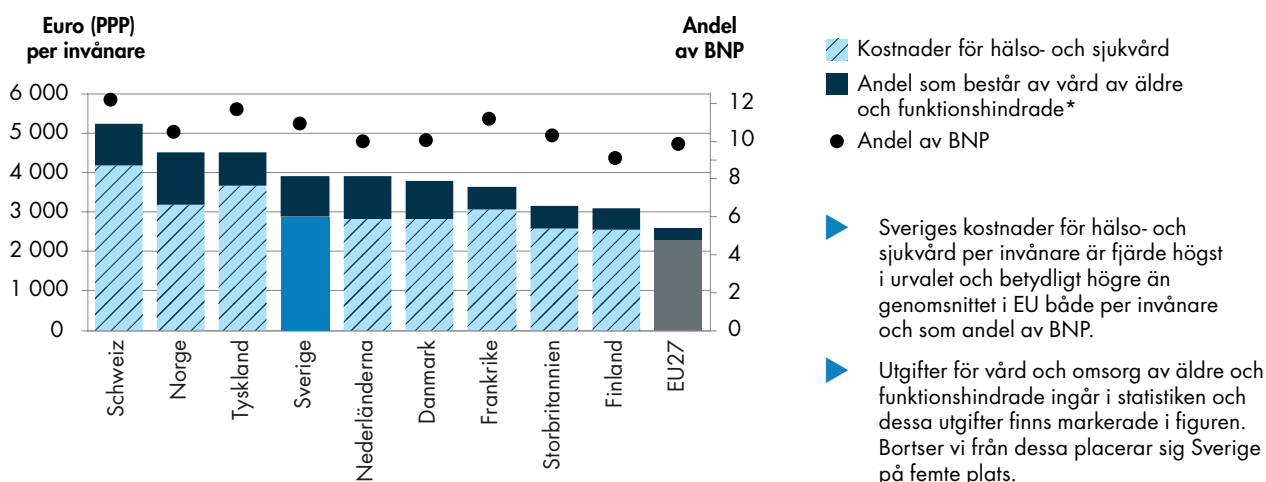
Alla länder har inte specialitetsspecifika data för läkare, och därför kan även ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialistkompetens ingå i statistiken för allmänläkare i vissa länder (OECD 2021b).

11.7.2 Resultat i korthet

- ▶ Sveriges kostnader för hälso- och sjukvård är något högre än i EU och i nivå med genomsnittet för länderna i jämförelsen, både i förhållande till befolkningen och som andel av BNP. I Sverige finansieras även en relativt hög andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna av offentliga utgifter.
- ▶ Sverige utmärker sig med att ha lägst antal vårdplatser i urvalet. Jämförelser av antalet vårdplatser visar på svårigheten att använda produktionsfaktorer vid jämförelser mellan länder, eftersom antalet vårdplatser även varierar med andra faktorer. Exempel på det är mängden vård som utförs i öppenvården utan att patienten läggs in på sjukhus och skillnader i ansvarsfördelningen för social omsorg samt vad som definieras som en vårdplats.
- ▶ Den långsiktiga trenden i alla länder är ett minskat antal vårdplatser till följd av medicinska framsteg som förkortar vårdtiderna. Sveriges låga placering kan delvis vara ett resultat av skifte från sluten till öppenvård (Socialstyrelsen 2020b). Den relativt stora minskningen i Sverige kan också bero på en förändrad ansvarsfördelning mellan äldreomsorg och vården (SKR 2018). Flera källor anger dock en hög förekomst av överbeläggningar i Sverige (Socialstyrelsen 2020b och Rehnberg 2019), vilket tyder på att de svenska vårdplatserna inte motsvarar behovet.
- ▶ Sverige har en något lägre tillgång till sjuksköterskor än jämförbara länder, men en hög andel läkare. Däremot är andelen specialister i allmänmedicin förhållandevis låg i Sverige. I flera länder finns även en brist på allmänläkare, särskilt i glesbygdsområden (OECD 2020a).

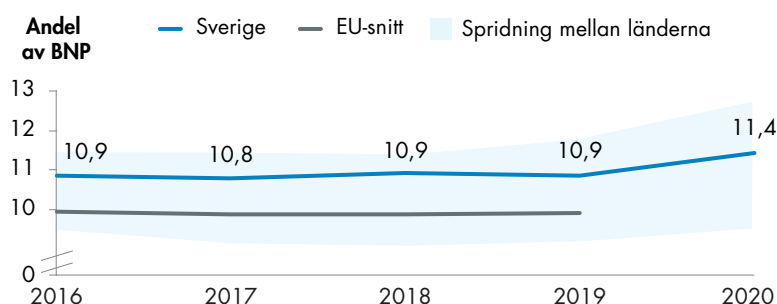
► Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare inklusive läkemedel

Figur 21. Kostnad i euro (PPP) per invånare och som andel av BNP, 2019 eller senast tillgängliga år



*Uppskattning eftersom definitionen skiljer sig åt mellan länder.

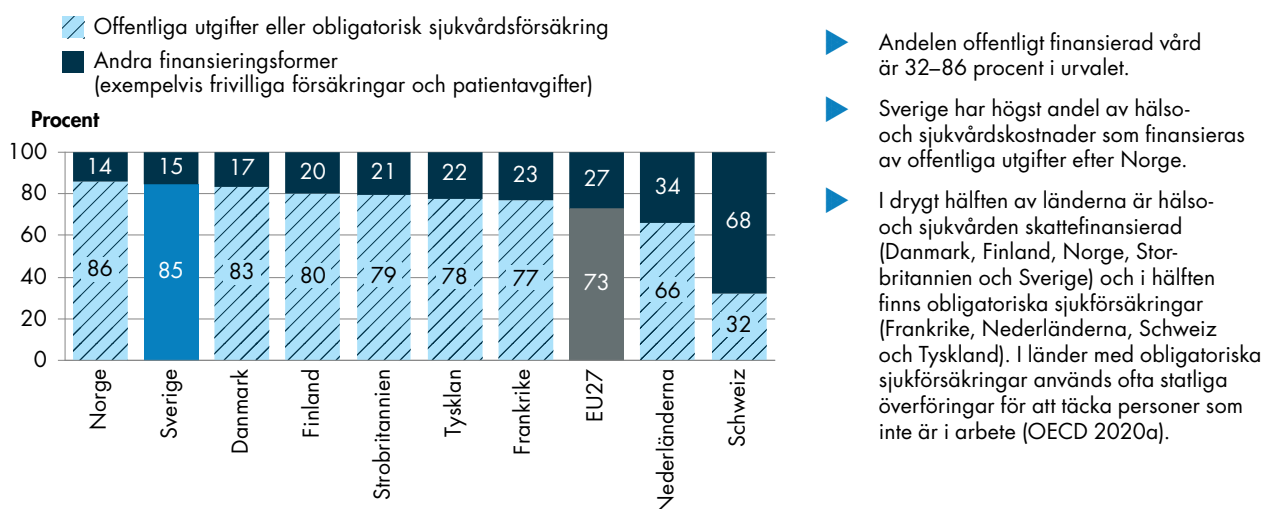
Figur 22. Hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP, 2016–2020



Not: För år 2020 är kostnaderna en uppskattning. I uppskattningen saknas information om genomsnitt i EU27 och Schweiz.

- Kostnader för hälso- och sjukvård i relation till BNP varierar över tiden både på grund av förändringar i hur mycket som spenderas på hälso- och sjukvård och den totala ekonomiska tillväxten i landet.
- Preliminära uppskattningar av OECD (2020a) visar på ökade utgifter som andel av BNP, vilket dels speglar utgifter för åtgärder på grund av covid-19, dels minskad ekonomisk aktivitet.

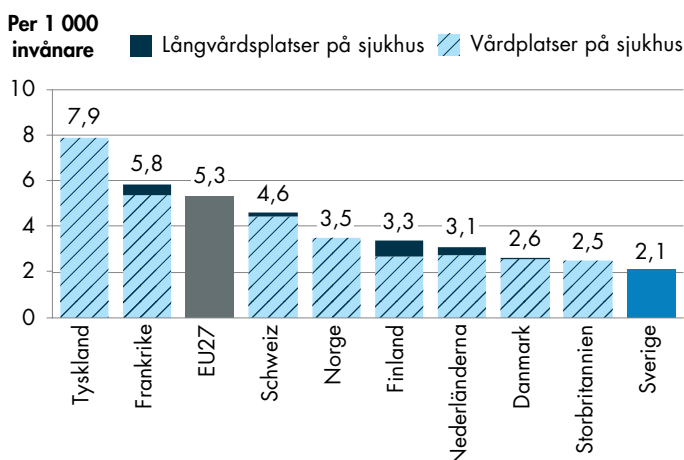
Figur 23. Hälso- och sjukvårdskostnader efter finansiering, 2019 eller närmaste år



Not: Genomsnitt för EU27 avser 2018 och är en uppskattning gjord av OECD.

► Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

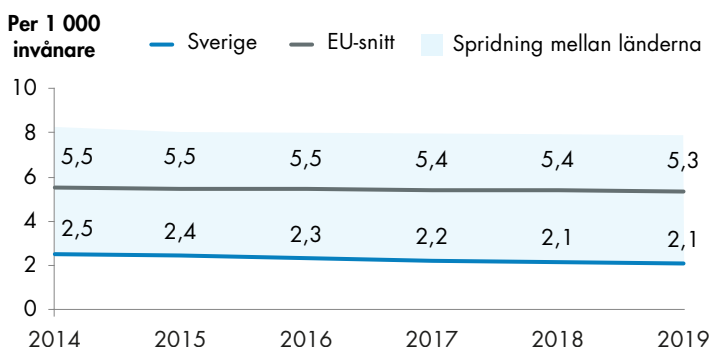
Figur 24. Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare i specialiserad slutenvård, 2019 eller senast tillgängliga år



Not: 2018 för Storbritannien. Genomsnittet för EU27 saknar information om långvårdsplatser.

- Sverige har lägst antal vårdplatser per invånare och nästan tre gånger färre vårdplatser än genomsnittet i EU.
- Det finns några skillnader i vilka vårdplatser som inkluderas mellan länder (se indikatorbeskrivning avsnitt 11.7.1). Platser för långvård på sjukhus är markerade i ljusblått.

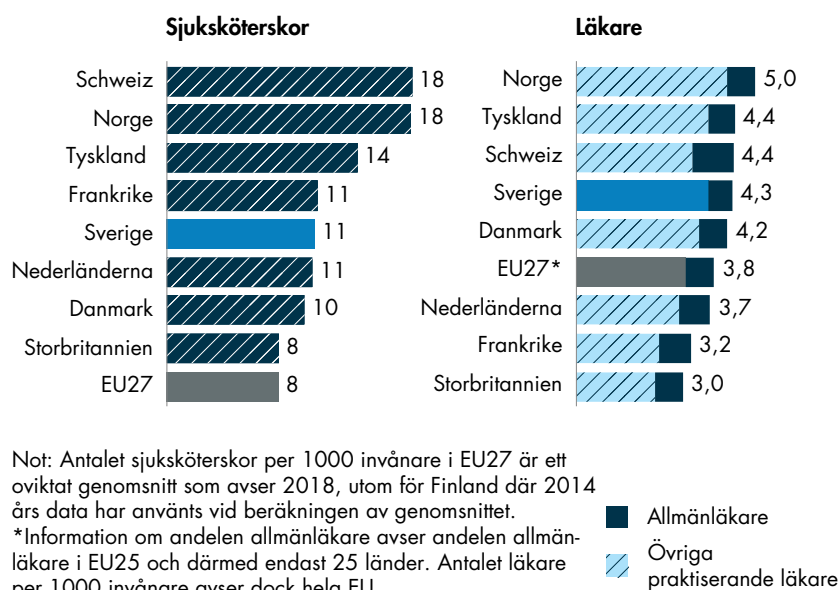
Figur 25. Disponibla vårdplatser i specialiserad slutenvård totalt per 1 000 invånare, 2014–2019



- Antalet vårdplatser har minskat i samtliga länder under perioden. Det är en del i en långsiktig trend, i genomsnitt har vårdplatser per capita minskat med 20 procent i EU sedan år 2000 (OECD, 2020a).
- Sverige har den näst största minskningen sedan 2014, efter Finland.
- I Sverige har minskningen varit runt fyra procent per år sedan 2014. Alla länder har en minskning på runt en till sex procent per år sedan 2014.

► Disponibla vårdplatser per 1 000 invånare

Figur 26. Praktiserande läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare, 2019 eller senast tillgängliga år



Not: Antalet sjuksköterskor per 1000 invånare i EU27 är ett oviktat genomsnitt som avser 2018, utom för Finland där 2014 års data har använts vid beräkningen av genomsnittet.

*Information om andelen allmänläkare avser andelen allmänläkare i EU25 och därmed endast 25 länder. Antalet läkare per 1000 invånare avser dock hela EU.

- Tillgången på sjuksköterskor är högre i Sverige än genomsnittet i EU, men något lägre än i jämförbara länder.
- Sverige har en relativt hög läkardtätet jämfört med länderna i urvalet och högre än genomsnittet i EU.
- Sverige har, i likhet med Norge och Tyskland, en låg andel allmänläkare. Definitionen av allmänläkare som använts kommer från OECD och innebär en läkare (general practitioner) som arbetar med att ge "långsiktig och generell vård till individer, familjer och samhällen" (OECD 2021a).
- Skillnader i vilka personalgrupper som inkluderas kan leda till över- och underskattningar för vissa länder (se indikatorbeskrivning avsnitt 11.7.1).

Referenser

- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., ... & Hood, M. (2018). *Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries*. *The Lancet*, 391(10125), 1023–1075.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J. och Klazinga, N. K. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, nr suppl 1, s. 5–13.
- European Observatory – European Observatory on Health Systems and Policies (2010). *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*. Köpenhamn: WHO.
- Eurofound (2020). *Living, working and COVID-19 dataset*. Dublin. <http://eurofound.link/covid19data> [Hämtat 2022-02-14].
- Eurostat (2020). *Methodological guidelines and description of EU-SILC target variables. 2019 operation (Version February 2020)*, Europeiska kommissionen.
- Eurostat (2021). Mortality (national level) (demo_mor). Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS). Compiling agency: Eurostat, the statistical office of the European Union. https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/demo_mor_esms.htm. [Hämtat 2022-02-07].
- Eurostat (2022a). Purchasing power parities (PPPs), price level indices and real expenditures for ESA 2010 aggregates. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PRC_PPP_IND__custom_2174678/default/table?lang=en [Hämtat 2022-02-14].
- Eurostat (2022b). Health care expenditure by function. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC__custom_423640/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=5a8bfe63-5f2d-475c-b221-d748of54fba3. [Hämtad 2021-12-20]
- GBD (2018a). GBD 2017 SDG Collaborators* Lozano, R., Fullman, N., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Beghi, E. *Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *The Lancet*, 392(10159), 2091–2138.
- GBD (2018b). *GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet*, 391(10136), 2236–2271.
- Jaipaul, C.K., Rosenthal, G.E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18 nr 1 s 23–30.

- KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre (2018). *Use of Patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. KCE-report 303. Bryssel: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. Regional Office for Europe: World Health Organization.
- Mackenbach, J. P. (2017). Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *European journal of public health*, 27 (suppl_4), 14–17.
- Michelle, M. m.fl. (2019). "Primary Care Physicians' Role in Coordinating Medical and Health-Related Social Needs in Eleven Countries", *Health Affairs*, Vol. 39/1.
- OECD (2020a). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. [Hämtat 2022-02-22].
- OECD (2020b). *Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.
- OECD (2021a). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>. [Hämtat 2022-02-22].
- OECD (2021b). *OECD Health Statistics 2021. Definitions, Sources and Methods*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2021.pdf>.
- OECD/Eurostat (2019). *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*. Paris: OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>. [Hämtat 2022-02-04].
- OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [Hämtat 2022-02-04].
- Rehnberg, Clas. *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Rapport till ESO 2019:8.
- SCB (2021). *Livslängden i Sverige 2011–2020. Livslängdstabeller för riket och länen. Livslängdstabeller för riket och länen*. Örebro: SCB, Statistiska centralbyrån.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2018). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2018*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *Väntetidsstatistik specialiserad vård*. Hämtad från vantetider.se, publicerad 2021-11-19.
- Socialstyrelsen och SKL (2013). *Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Bilaga 1. Beskrivning av indikatorer*.
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Artikelnr 2009-11-5. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *DRG – Grundläggande begrepp och principer. Avdelningen för statistik och utvärdering*. Daterad 2017-04-28.

- Socialstyrelsen (2020a). Sex frågor om vården. Bilaga 3. Indikatorbeskrivningar. Öppna jämförelser 2020.
- Socialstyrelsen (2020b). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården.*
- SOU 2018:39. *En god och nära vård. En primärvårdsreform.*
- SOU 2018:74. *Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting*
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin* (Rapport 2017:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård* (Rapport 2018:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019a). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019b). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården Del 2: Resultatredovisning*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (Rapport 2020:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (Rapport 2021:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020* (Rapport 2021:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- WHO – Världshälsoorganisationen (2000). *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneve: Världshälsoorganisationen.

Bilagor

Bilaga 1 – Referenser kapitel 2–10

Område	Figur	Källa	År
Befolkningens hälsa och behov	Figur 1	Befolkningsstatistik, SCB	2020, 2040
	Figur 2	Global Health Data Exchange	1990, 2019
	Figur 3	Kommunalekonomisk utjämning för regioner, SCB	
Resurser	Figur 1	Räkenskapssammandraget, SCB	2016–2020
	Figur 2	Räkenskapssammandraget, SCB	2016–2020
	Figur 3	Räkenskapssammandraget, SCB	2020
	Figur 4	HOSP - Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen	2016–2019
	Figur 5	HOSP - Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen	2016–2019
	Figur 6	HOSP - Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen	2016–2019
	Figur 7	Verksamhetsstatistiken, SKR	2017–2020
	Figur 8	Verksamhetsstatistiken, SKR	2017–2020
Produktivitet	Figur 1	Räkenskapssammandraget, SCB och verksamhetsstatistiken, SKR	2017–2020
	Figur 2	Räkenskapssammandraget, SCB och verksamhetsstatistiken, SKR	2017–2020
	Figur 3	Räkenskapssammandraget, SCB och verksamhetsstatistiken, SKR	2017–2020
	Figur 4	Räkenskapssammandraget, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen	2017–2020
	Figur 5	Räkenskapssammandraget, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen	2017–2020
	Figur 6	Räkenskapssammandraget, SCB och Patientregistret, Socialstyrelsen	2017–2020

Bilaga 2 – Åtgärdbar dödlighet

I promemorian använder vi oss av två olika definitioner av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. I avsnitt 3 används definitionen i tabell 1. I avsnitt 11 använder vi oss av Eurostat och OECD:s definition av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, se tabell 2.

Tabell 1. Dödsorsaker som inkluderas i måttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Dödsfallen sätts i relation till antalet invånare i åldern 1–79 år.

Dödsorsak	Diagnoskod enligt ICD-10	Ålder på personer vars dödsfall inkluderas
Andningsorganens sjukdomar	J00–J99	1–14 år
Kikhosta	A37	1–14 år
Mässling	B05	1–14 år
Astma	J45–J46	1–79 år
Blindtarmsinflammation	K35–K38	1–79 år
Bukbräck	K40–K46	1–79 år
Cervixcancer	C53	1–79 år
Diabetes (typ 1 och 2)	E10–E14	1–79 år
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	K80–K81, K83.0	1–79 år
Hodgkins sjukdom	C81	1–79 år
Hypertonisk sjukdomar	I10–I15	1–79 år
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	O00–O99	1–79 år
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	I05–I09	1–79 år
Stroke	I60–I69	1–79 år
Tetanus	A35	1–79 år
Tuberkulos	A15–A19, B90	1–79 år
Tyfoidfieber	A01.0	1–79 år
Osteomyelit	M86–M87	1–79 år

Not: ICD-10 är en internationell klassificering med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker.

Källa: Socialstyrelsen och SKL (2013)

Tabell 2. Dödsfall för personer 0–74 år som ingår i definitionen som tillämpas av Eurostat och OECD. Dödsfallen sätts i relation till totalbefolkningen 0–74 år.

Klassifikationskapitel	Diagnoskod ICD-10
Infektionssjukdomar	A15–A19*, B90*, J65*, A38, A40, (exkl.A40.3), A41 (exkl.A41.3), A46, I03, A48.1, A49.1, G00.2, G00.3, G00.8, G00.9, G03, J02
Cancer	C53*, C18–C21, C50, C54, C55, C62, C73, C81, C91.0, C91.1, D10–D36,
Endokrina sjukdomar	E10–E14*, E00–E07, E24–E25 (exkl. E24.4), E27
Sjukdomar i nervsystemet	G40, G41
Cirkulationsorganens sjukdomar	I71*, I10–I13*, I15*, I20–I25*, I60–I69*, I70*, I73.9*, I00–I09, I26*, I80, I82.9
Andningsorganens sjukdomar	J00–J06, J30–J39, J12, J15, J16–J18, J20–J22, J45–J47, J80, J81, J85, J86, J90, J93, J94
Matsmältningsorganens sjukdomar	K25–K28, K35–K38, K40–K46, K80–K81, K82–K83, K85.0, 1, 3, 8, 9, K86.1, 2, 3, 8, 9
Sjukdomar i urin och könsorganen	N00–N07, N13, N20–N21, N35, N17–N19, N23, N25, N26–N27, N34.1, N70–N73, N75.0, N75.1, N76.4, 6, N40
Graviditet, förlossning och barnsängstid	O00–O99, P00–P96
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	Q20–Q28, Y40–Y59, Y60–Y69, Y83–Y84, Y70–Y82

* 50 procent av dödsfallen tas med i beräkningen (övriga klassas som hälsopolitiskt åtgärdbara istället för sjukvårdsrelaterat åtgärdbara)

Källa: Socialstyrelsen (2020a)

Bilaga 3 – Referenser Effektivitetsmatris

Område	Indikator	Källa	År
Hälsoutfall av vården	Åtgärdbar dödlighet	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen	2020
	Hälsogap	ULF/SILC, SCB	2019–2020
	Tillgodosett vårdbehov	Nationell Patientenkät, SKR	2019, 2020, 2021
Personcentrering	Upplevelse av vårdmötet	Nationell Patientenkät, SKR	2019, 2020, 2021
	Upplevd samordning	Nationell Patientenkät, SKR	2019, 2020, 2021
Väntetider	Väntetid till primärvård	Väntetidsdatabasen, SKR	2020
	Väntetid till specialiserad vård	Väntetidsdatabasen, SKR	2020
	Väntetid till behandling	Väntetidsdatabasen, SKR	2020
Tillgänglighetsbarriärer	Tillgång till vård	Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR	2020
	Telefontillgänglighet	Väntetidsdatabasen, SKR	2020
	Avstår från vård	ULF/SILC, SCB	2019–2020

Bilaga 4 – Referenser Kapitel 11

Område	Figur	Källa	År
Befolkningens hälsa och behov	Figur 1	Eurostat. Life expectancy by age and sex [Hämtad 2022-02-28]	2000–2020
	Figur 2	Eurostat. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level [Hämtad 2022-02-28]	2018, 2020
	Figur 3	Eurostat. People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and labour status [Hämtad 2022-02-28]	2018, 2020
	Figur 4	Global Health Data Exchange	2019
Hälsoutfall av vården	Figur 5	Eurostat. Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex [Hämtad 2021-12-07]	2017
	Figur 6	Eurostat – EU-SILC	2018, 2019, 2020
Personcentrering	Figur 7	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 8	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 9	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 10	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 11	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 12	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
Väntetider	Figur 13	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 14	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
	Figur 15	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
Tillgänglighetsbarriärer	Figur 16	Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [Hämtad 2022-02-25]	2018–2020
	Figur 17	Eurostat – EU-SILC	2018, 2020
	Figur 18	Vård- och omsorgsanalys 2021a	2020
Prestationer	Figur 19	Eurostat. Consultation of a medical doctor (in private practice or as outpatient) per inhabitant [Hämtad 2021-12-20]	2017, 2018, 2019
	Figur 20	Eurostat. Consultation of a medical doctor (in private practice or as outpatient) per inhabitant [Hämtad 2021-12-20]	2014–2019
Resurser	Figur 21	Eurostat: Health care expenditure by function [Hämtad 2021-12-20] och OECD 2020a	2018, 2019
	Figur 22	OECD.Stat: Health expenditure and financing [Hämtad 2022-03-02]	2016–2020
	Figur 23	OECD 2021a	2018, 2019
	Figur 24	Eurostat. Hospital beds by type of care [Hämtad 2021-12-07]	2018, 2019
	Figur 25	Eurostat. Hospital beds by type of care [Hämtad 2021-12-07]	2014–2019
	Figur 26	OECD 2020a och 2021a	2018, 2019

Bilaga 5 – Tabeller per bakgrundsfaktor

I bilagan redovisas de bakomliggande värdena till diagram med rubriken ”Resultatredovisning utifrån enskilda bakgrundsfaktorer” i kapitel 2-7. Indikatorerna bygger på olika statistikkällor och det kan därför variera vilka bakgrundsfaktorer som finns tillgängliga i respektive datakälla.

Återstående medellivslängd

Förväntad återstående livslängd vid 30 års ålder.

Region	Återstående medellivslängd vid 30 år
Halland	54,3
Uppsala	53,8
Kronoberg	53,7
Jönköpings län	53,7
Stockholm	53,6
Gotland	53,4
Östergötland	53,3
Dalarna	53,2
Skåne	53,2
Kalmar län	53,1
Västra Götaland	53,1
Värmland	53,0
Västerbotten	53,0
Blekinge	52,9
Örebro län	52,9
Sörmland	52,8
Västmanland	52,7
Jämtland Härjedalen	52,7
Gävleborg	52,5
Norrbottnen	52,2
Västernorrland	52,2

Kön	Återstående medellivslängd vid 30 år
Kvinnor	54,7
Män	51,4
Utbildning	Återstående medellivslängd vid 30 år
Eftergymnasial	55,6
Gymnasial	52,8
Förgymnasial	50,3
Födelseland	Återstående medellivslängd vid 30 år
Född i Sverige	53,1
Född utanför Sverige	52,6

Självskattad hälsa

Andelen av befolkningen som har en bra eller mycket bra självskattad hälsa.

Region	Självskattad hälsa (procent)	Kön	Självskattad hälsa (procent)
Jönköpings län	81	Män	78
Västmanland	80	Kvinnor	74
Stockholm	78	Ålder	Självskattad hälsa (procent)
Uppsala	77	16–19 år	89
Västra Götaland	77	30–39 år	85
Kronoberg	77	29–29 år	83
Sörmland	77	40–49 år	80
Halland	77	50–59 år	75
Östergötland	77	60–69 år	72
Norrbottnen	76	70–79 år	65
Skåne	75	80+ år	49
Gävleborg	75	Utbildning	Självskattad hälsa (procent)
Västerbotten	75	Eftergymnasial	82
Dalarna	73	Gymnasial	72
Västernorrland	73	Förgymnasial	62
Örebro län	73	Långvarig sjukdom	Självskattad hälsa (procent)
Kalmar län	72	Nej	92
Värmland	71	Ja	52
Blekinge	70	Kommuntyp	Självskattad hälsa (procent)
Jämtland Härjedalen	69	Storstäder	79
Gotland	saknas	Blandade	76
		Landsbygd	73

Långvarig sjukdom eller hälsobesvär

Andel av befolkningen som har en långvarig sjukdom eller hälsobesvär som beräknas vara i minst 6 månader.

Region	Långvarig sjukdom (procent)	Kön	Långvarig sjukdom (procent)
Jönköpings län	32	Män	36
Halland	35	Kvinnor	42
Stockholm	36	Ålder	Långvarig sjukdom (procent)
Västra Götaland	38	80+ år	67
Uppsala	39	70–79 år	61
Värmland	39	60–69 år	52
Örebro län	40	50–59 år	43
Blekinge	40	40–49 år	30
Skåne	40	30–39 år	28
Östergötland	40	29–29 år	24
Västernorrland	40	16–19år	15
Västmanland	41	Utbildning	Långvarig sjukdom (procent)
Västerbotten	41	Eftergymnasial	37
Dalarna	42	Gymnasial	44
Kronoberg	43	Förgymnasial	56
Kalmar län	43	Självskattad hälsa	Långvarig sjukdom (procent)
Norrbottnen	43	God hälsa	26
Sörmland	43	Någorlunda hälsa	71
Gävleborg	47	Dålig hälsa	91
Jämtland Härjedalen	49	Kommuntyp	Långvarig sjukdom (procent)
Gotland	saknas	Storstäder	35
		Blandade	40
		Landsbygd	43

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Dödlighet i sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling per 100 000 invånare.

Region	Dödsfall per 100 000 invånare	Kön	Dödsfall per 100 000 invånare
Stockholm	27	Kvinnor	29
Uppsala	28	Män	40
Halland	28	Utbildning	Dödsfall per 100 000 invånare
Skåne	32	Eftergymnasial	20
Västerbotten	34	Gymnasial	43
Västra Götaland	34	Förgymnasial	81
Jönköpings län	35	Kommuntyp	Dödsfall per 100 000 invånare
Kronoberg	35	Storstäder	27
Gotland	36	Landsbygd	36
Östergötland	37	Blandade	39
Dalarna	39		
Örebro län	41		
Västmanland	42		
Sörmland	43		
Jämtland Härjedalen	43		
Blekinge	43		
Kalmar län	44		
Värmland	45		
Gävleborg	48		
Norrbottnen	48		
Västernorrland	49		

Hälsogap

Skillnaden (i procentenheter) i andelen som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan personer som är friska och personer som har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem.

Region	Hälsogap (procentenheter)	Kön	Hälsogap (procentenheter)
Jönköpings län	33	Män	38
Kronoberg	35	Kvinnor	43
Gävleborg	36	Ålder	Hälsogap (procentenheter)
Västra Götaland	37	16–19 år	25
Norrbottn	38	30–39 år	27
Västmanland	38	29–29 år	32
Stockholm	38	40–49 år	37
Värmland	40	50–59 år	41
Jämtland Härjedalen	40	60–69 år	41
Västerbotten	40	70–79 år	41
Västernorrland	41	80+ år	52
Skåne	42	Utbildning	Hälsogap (procentenheter)
Sörmland	44	Eftergymnasial	33
Östergötland	44	Gymnasial	42
Kalmar län	44	Förgymnasial	50
Uppsala	44	Kommuntyp	Hälsogap (procentenheter)
Halland	46	Storstad	37
Dalarna	48	Blandade	42
Örebro län	51	Landsbygd	42
Blekinge	54		
Gotland	saknas		

Tillgodosett vårdbehov

Andel av patienter som upplever att deras behov av vård har blivit tillgodosett.

Region	Tillgodosett vårdbehov (procent)	Verksamhetsområden	Tillgodosett vårdbehov (procent)
Halland	85	Slutenvård	89
Kalmar län	84	Öppenvård	86
Gotland	83	Akutvård	81
Östergötland	83	Primärvård	72
Jönköpings län	83	Kön	Tillgodosett vårdbehov (procent)
Dalarna	83	Män	83
Jämtland Härjedalen	83	Kvinnor	80
Uppsala	82	Ålder	Tillgodosett vårdbehov (procent)
Skåne	82	80+	87
Värmland	81	70–79	87
Kronoberg	81	0–9	86
Örebro län	81	60–69	85
Stockholm	81	10–14	83
Västerbotten	81	50–59	80
Västra Götaland	80	15–19	75
Gävleborg	80	40–49	75
Västernorrland	79	30–39	73
Västmanland	79	20–29	71
Blekinge	79	Utbildning	Tillgodosett vårdbehov (procent)
Norrbottnen	79	Förgymnasial	85
Sörmland	79	Gymnasial	81
		Eftergymnasial	80
		Självskattad hälsa	Tillgodosett vårdbehov (procent)
		God hälsa	92
		Någorlunda hälsa	83
		Dålig hälsa	64
		Kommuntyp	Tillgodosett vårdbehov (procent)
		Blandade	82
		Storstäder	78
		Landsbygd	77

Upplevelse av vårdmötet

Andel patienter som upplever ett positivt vårdmöte med avseende på delaktighet, medskapande, bemötande och kommunikation.

Region	Positivt vårdmöte (procent)	Verksamhetsområden	Positivt vårdmöte (procent)
Halland	87	Öppenvård	90
Gotland	85	Slutenvård	85
Jämtland Härjedalen	85	Primärvård	76
Uppsala	85	Akutvård	76
Jönköpings län	85	Kön	Positivt vårdmöte (procent)
Kalmar län	84	Män	85
Dalarna	84	Kvinnor	82
Värmland	84	Ålder	Positivt vårdmöte (procent)
Östergötland	84	70–79	89
Skåne	83	60–69	88
Västerbotten	83	80+	87
Örebro län	83	50–59	84
Kronoberg	83	40–49	80
Norrbottnen	83	30–39	76
Gävleborg	83	15–19	76
Stockholm	83	20–29	73
Västra Götaland	83	Utbildning	Positivt vårdmöte (procent)
Västernorrland	82	Förgymnasial	86
Blekinge	82	Gymnasial	83
Sörmland	80	Eftergymnasial	82
Västmanland	80	Självskattad hälsa	Positivt vårdmöte (procent)
		God hälsa	92
		Någorlunda hälsa	85
		Dålig hälsa	70
		Kommuntyp	Positivt vårdmöte (procent)
		Blandade	84
		Storstäder	81
		Landsbygd	80

Upplevelse av samordning

Andelen patienter som anser att personalen i hälso- och sjukvården samordnar deras vårdkontakter i den utsträckning de har behov av.

Region	God samordning (procent)	Verksamhetsområden	God samordning (procent)
Kalmar län	81	Öppenvård	85
Halland	81	Slutenvård	82
Jönköpings län	80	Akutvård	74
Gotland	79	Primärvård	67
Dalarna	79	Kön	God samordning (procent)
Jämtland Härjedalen	79	Män	79
Östergötland	78	Kvinnor	74
Uppsala	78	Ålder	God samordning (procent)
Kronoberg	78	70–79	84
Västerbotten	77	80+	83
Skåne	77	60–69	81
Värmland	77	0–9	78
Örebro län	77	10–14	77
Norrbottn	76	50–59	76
Gävleborg	76	15–19	72
Västernorrland	75	40–49	70
Stockholm	75	30–39	68
Västra Götaland	75	20–29	66
Blekinge	74	Utbildning	God samordning (procent)
Västmanland	74	Förgymnasial	82
Sörmland	74	Gymnasial	77
		Eftergymnasial	73
		Självskattad hälsa	God samordning (procent)
		God hälsa	89
		Någorlunda hälsa	79
		Dålig hälsa	63
		Kommuntyp	God samordning (procent)
		Blandade	78
		Landsbygd	73
		Storstäder	72

Väntetid till primärvård

Andelen patienter som har fått en medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar.

Region	Inom 3 dagar (procent)	Kön	Inom 3 dagar (procent)
Norrbottnen	93	Män	82
Stockholm	90	Kvinnor	80
Dalarna	90		
Gotland	86	Ålder	Inom 3 dagar (procent)
Västmanland	84	0–9 år	94
Örebro län	84	10–19 år	85
Kalmar län	83	30–39 år	82
Västra Götaland	83	20–29 år	81
Jönköpings län	83	40–49 år	81
Kronoberg	81	50–59 år	79
Halland	80	80+ år	79
Östergötland	80	60–69 år	77
Jämtland Härjedalen	77	70–79 år	77
Västernorrland	74		
Skåne	74		
Sörmland	74		
Blekinge	74		
Uppsala	73		
Gävleborg	72		
Värmland	71		
Västerbotten	70		

Väntetid till specialiserad vård

Andel patienter som väntat på ett första besök i den specialiserade vården i 90 dagar eller mindre.

Region	Högst 90 dagar (procent)	Verksamhetsområde	Högst 90 dagar (procent)
Stockholm	89	Hudsjukvård	87
Jönköpings län	88	Barn- och ungdomsmedicin	79
Halland	87	Allmän kirurgi	76
Kalmar län	84	Ortopedi	76
Kronoberg	83	Urologi	75
Västmanland	80	Kvinnosjukvård	75
Sörmland	76	Övriga	70
Gotland	75	Allmän psykiatri	69
Dalarna	75	Öron-näsa-halssjukvård	65
Skåne	71	Ögonsjukvård	59
Västerbotten	71		
Gävleborg	70		
Uppsala	70		
Örebro län	69		
Blekinge	68		
Östergötland	63		
Västra Götaland	61		
Värmland	59		
Jämtland Härjedalen	58		
Västernorrland	55		
Norrbottn	43		

Väntetid till behandling

Andel patienter som väntat på operation eller åtgärd i den specialiserade vården i 90 dagar eller mindre.

Region	Högst 90 dagar (procent)	Verksamhetsområde	Högst 90 dagar (procent)
Halland	85	Utprovning av hörapparat	74
Gotland	85	Ögon	73
Jönköpings län	81	Urologi	53
Kronoberg	71	Gynekologi	51
Stockholm	70	Kirurgi	50
Blekinge	67	Handkirurgi	50
Kalmar län	66	Övriga	49
Sörmland	62	Öron, näs och hals	45
Västmanland	59	Ortopedi	44
Uppsala	57		
Västernorrland	57		
Västerbotten	56		
Östergötland	52		
Västra Götaland	50		
Gävleborg	49		
Örebro län	49		
Dalarna	48		
Värmland	45		
Skåne	39		
Norrbottn	38		
Jämtland Härjedalen	36		

Avstår från vård

Andel av befolkningen som avstår vård på grund av kostnad, avstånd eller långa väntetider.

Region	Avstår från vård (procent)
Örebro län	0,7
Jämtland Härjedalen	0,8
Västmanland	0,8
Gävleborg	0,9
Halland	1
Uppsala	1
Sörmland	1,1
Kalmar län	1,3
Kronoberg	1,3
Jönköpings län	1,5
Västra Götaland	1,7
Blekinge	1,9
Norrbottn	1,9
Västerbotten	1,9
Skåne	2
Stockholm	2
Dalarna	2,1
Västernorrland	2,4
Värmland	2,5
Östergötland	2,9
Gotland	saknas

Kön	Avstår från vård (procent)
Män	1,6
Kvinnor	2

Ålder	Avstår från vård (procent)
16–19 år	1,2
80+ år	1,2
40–49 år	1,5
70–79 år	1,6
30–39 år	1,7
60–69 år	1,7
29–29 år	2,2
50–59 år	2,2

Utbildning	Avstår från vård (procent)
Förgymnasial	1,6
Eftergymnasial	1,7
Gymnasial	1,8

Självskattad hälsa	Avstår från vård (procent)
God hälsa	1,1
Någorlunda hälsa	2,9
Dålig hälsa	5,9

Kommuntyp	Avstår från vård (procent)
Blandade	1,6
Landsbygd	1,8
Storstad	2

Tillgång till vård

Andel av befolkningen som anser att de har tillgång till den vård de behöver.

Region	Tillgång till vård (procent)
Jönköpings län	94
Kalmar län	93
Gävleborg	92
Gotland	91
Kronoberg	91
Uppsala	91
Halland	91
Sörmland	90
Västerbotten	89
Västmanland	89
Östergötland	88
Stockholm	88
Västra Götaland	88
Örebro län	88
Skåne	87
Jämtland Härjedalen	87
Blekinge	87
Dalarna	87
Värmland	86
Västernorrland	86
Norrbottn	84

Kön	Tillgång till vård (procent)
Kvinnor	89
Män	88

Ålder	Tillgång till vård (procent)
80+ år	94
70–79 år	93
60–69 år	90
50–59 år	86
30–39 år	86
18–29 år	86
40–49 år	85

Utbildning	Tillgång till vård (procent)
Förgymnasial	94
Gymnasial	88
Eftergymnasial	87

Självskattad hälsa	Tillgång till vård (procent)
God hälsa	91
Någorlunda hälsa	84
Dålig hälsa	69

Födelseregion	Tillgång till vård (procent)
Sverige	89
Övriga Norden	88
Övriga Europa	84
Övriga världen	78

Kommuntyp	Tillgång till vård (procent)
Blandade	89
Landsbygd	89
Storstäder	87

Telefontillgänglighet

Andelen av samtal till vårdcentraler som besvaras samma dag.

Region	Besvaras samma dag (procent)
Jönköpings län	96
Kalmar län	94
Halland	93
Dalarna	92
Kronoberg	92
Västra Götaland	90
Sörmland	89
Gotland	88
Västmanland	87
Gävleborg	87
Jämtland Härjedalen	86
Östergötland	86
Västernorrland	86
Uppsala	84
Norrbottn	84
Skåne	83
Stockholm	81
Örebro län	81
Blekinge	79
Värmland	75
Västerbotten	saknas

Fysiska läkarbesök i primärvården

Antalet fysiska läkarbesök i primärvården per 1000 invånare.

Region	Besök (per 1 000 invånare)
Halland	1 185
Kalmar län	1 050
Jämtland Härjedalen	964
Västmanland	951
Gotland	934
Jönköpings län	919
Stockholm	884
Kronoberg	863
Östergötland	813
Dalarna	811
Örebro län	793
Värmland	778
Västernorrland	721
Västerbotten	676

Kön	Besök (per 1 000 invånare)
Kvinnor	1 009
Män	753
Ålder	Besök (per 1 000 invånare)
80+ år	1 566
70–79 år	1 375
60–69 år	1 155
50–59 år	1 006
40–49 år	831
30–39 år	729
20–29 år	642
0–9 år	611
10–19 år	520

Not: Inkluderar de 14 regioner som har tillräckligt god täckningsgrad.

Digitala utomlänsbesök till läkare i primärvården

Utomläns läkarbesök hos digitala vårdgivare i Region Sörmland och Region Jönköping per 1000 invånare.

Region	Besök (per 1 000 invånare)
Stockholm	263
Uppsala	157
Västra Götaland	152
Sörmland	125
Östergötland	121
Värmland	115
Skåne	110
Västmanland	110
Örebro län	107
Gotland	99
Halland	98
Gävleborg	86
Jönköpings län	81
Blekinge	80
Västernorrland	79
Kronoberg	78
Dalarna	77
Kalmar län	72
Jämtland Härjedalen	68
Västerbotten	63
Norrbottn	63

Kön	Besök (per 1 000 invånare)
Kvinnor	184
Män	110
Ålder	Besök (per 1 000 invånare)
20–29 år	319
30–39 år	213
0–9 år	182
40–49 år	157
10–19 år	133
50–59 år	105
60–69 år	57
70–79 år	23
80+ år	6

Viktade primärvårdsbesök

Mottagningsbesök och hembesök viktade efter besöksform och vilken personalkategori som utför besöket, per 1000 invånare.

Region	Besök (per 1 000 invånare)
Uppsala	2 674
Halland	2 408
Skåne	2 122
Västra Götaland	2 026
Jämtland Härjedalen	1 907
Stockholm	1 906
Östergötland	1 875
Gävleborg	1 858
Jönköpings län	1 849
Kalmar län	1 785
Norrbottn	1 766
Blekinge	1 753
Gotland	1 693
Västmanland	1 672
Dalarna	1 666
Sörmland	1 663
Örebro län	1 648
Västerbotten	1 588
Västernorrland	1 535
Kronoberg	1 517
Värmland	1 499

Konsumerade DRG-poäng öppenvården

Antal konsumerade DRG-poäng (DRG står för diagnosrelaterade grupper) per 1000 invånare inom specialiserad somatisk öppenvård.

Region	DRG-poäng (per 1 000 invånare)	Kön	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Gotland	92	Kvinnor	74
Stockholm	87	Män	62
Örebro län	75		
Uppsala	70	Ålder	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Västernorrland	67	70–79 år	128
Östergötland	67	80+ år	120
Västmanland	66	60–69 år	97
Kalmar län	66	50–59 år	72
Jönköpings län	65	40–49 år	57
Dalarna	65	30–39 år	53
Skåne	65	20–29 år	46
Sörmland	65	0–9 år	46
Jämtland Härjedalen	63	10–19 år	41
Halland	63	Utbildning	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Blekinge	62	Förgymnasial	89
Västerbotten	62	Gymnasial	75
Värmland	59	Eftergymnasial	69
Kronoberg	59	Kommuntyp	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Gävleborg	53	Storstäder	77
Västra Götaland	53	Blandade	69
Norrbottnen	53	Landsbygd	50

Konsumerade DRG-poäng slutenvården

Antal konsumerade DRG-poäng (DRG står för diagnosrelaterade grupper) per 1000 invånare inom specialiserad somatisk slutenvård.

Region	DRG-poäng (per 1 000 invånare)	Kön	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Gotland	150	Kvinnor	125
Kalmar län	141	Män	120
Västmanland	134		
Dalarna	132	Ålder	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Stockholm	130	80+ år	518
Värmland	129	70–79 år	303
Västernorrland	128	60–69 år	179
Västerbotten	127	50–59 år	99
Blekinge	126	30–39 år	70
Norrbottn	125	0–9 år	63
Jönköpings län	124	40–49 år	59
Sörmland	123	20–29 år	56
Jämtland Härjedalen	123	10–19 år	27
Gävleborg	120	Utbildning	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Östergötland	119	Förgymnasial	258
Halland	118	Gymnasial	163
Kronoberg	116	Eftergymnasial	115
Västra Götaland	116	Kommuntyp	DRG-poäng (per 1 000 invånare)
Örebro län	114	Blandade	128
Skåne	113	Storstäder	124
Uppsala	105	Landsbygd	105

Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022

Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet

I den här promemorian presenterar vi en indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Syftet med uppföljningen är att bidra med ett underlag som ger en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat, att identifiera utmaningar i hälso- och sjukvården samt att följa utvecklingen inom områden där utmaningar tidigare observerats. Vi hoppas att uppföljningen ska vara ett underlag utifrån vilket regeringen, i dialog med regionerna, kan utveckla hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.