

Uppdämda vårdbehov

Analys och förslag till insatser

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

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

Artikelnummer 2021-10-7534
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2021

Förord

Den pågående pandemin tenderar att förstärka den ojämlika hälsan i befolkningen. Ungefär var femte person avstod under första vågen från att söka vård, trots ett upplevt behov. De grupper i befolkningen som särskilt har påverkats av pandemins konsekvenser är exempelvis personer med kroniska sjukdomar, äldre, barn och personer med funktionsnedsättning.

Covid-19 har sedan mars 2020 också medfört stora påfrestningar och utmaningar för hälso- och sjukvården. Detta har bland annat inneburit att patienter har fått inställda eller uppskjutna vårdbesök och vårdåtgärder samt att regionernas förmåga att upprätthålla vårdgarantins tidsgränser har påverkats.

Regeringen har mot bakgrund av detta gett Socialstyrelsen och flera andra myndigheter uppdrag inom området. I mars 2021 fick Socialstyrelsen ett uppdrag (S2021/02641) att analysera omfattningen av nya, förändrade och utökade vårdbehov, hur behoven kan komma att omvandlas i efterfrågan på vård på kort och lång sikt samt förutsättningar och hinder för kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård att tillgodose dessa behov. I uppdraget ingick att sammanställa och redovisa en nationell lägesbild över de uppdämda vårdbehoven samt föreslå ändamålsenliga och effektiva insatser på nationell och regional nivå för att patienternas behov omhändertas på kort och lång sikt.

Rapporten riktar sig till regeringen, regionerna och allmänheten. Socialstyrelsen vill tacka Sveriges Kommuner och Regioner, regionerna, Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, patientföreningar, professionsorganisationer samt företrädare för privata och idéburna vårdgivare som på olika sätt bidragit till arbetet.

Ansvariga projektledare har varit Sara Dahlin och Patrik Hedefjäll. Ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	11
Bakgrund	14
Uppdragets syfte och mål	14
Metod och genomförande	15
Upplägg av arbetet	15
Samverkan	15
Omfattning och avgränsningar	15
Definitioner av begrepp	16
All utebliven vård behöver inte tas igen	18
Hälso- och sjukvården ska främja kostnadseffektivitet	18
Rapportens struktur	18
Pandemins påverkan på befolkningsnivå	19
Hög ålder och kroniska sjukdomar påverkar utsatthet i covid-19	19
Social isolering och digital klyfta	19
Isoleringen särskilt tydlig för äldre och personer med funktionsnedsättning	20
Den digitala klyftan ökar	20
Många korta sjukfall och inställd rehabilitering under pandemin	21
Förändrade levnadsvanor kan leda till kommande vårdbehov	21
Missbruk, skadligt bruk och beroende	21
Uppdämda vårdbehov inom missbruks- och beroendevård	22
Psykisk hälsa under pandemin	22
Hur barns psykiska mående påverkas av covid-19	23
Psykisk ohälsa ökar bland dem som redan före pandemin hade besvär	24
Begränsade effekter på läkemedelsuttag	24
Ingen ökning av suicid eller suicidförsök	26
Pandemin kan förstärka den ojämlika hälsan	28
Nödvändigt att stärka det hälsofrämjande arbetet	28
Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården under pandemin	29
Postcovid ger upphov till nya rehabiliteringsbehov	30
Flest postcovid-patienter inom primärvården	30
Hälso- och sjukvårdens hantering av utmaningarna med covid-19	33
Cancerbehandlingar har prioriterats	34
Färre cancerfall har upptäckts under pandemin	34

Väntetiderna till cancervården.....	36
Cancerkirurgi har skjutits upp.....	37
IVO har inlett en nationell tillsyn av cancersjukvården.....	37
Viktigt med plan för pausade screeningprogram.....	37
Konsekvenser av uppdämda vårdbehov inom screeningverksamheter	38
Pandemins inverkan på cancerrehabilitering.....	38
Uppdämda vårdbehov för personer med kroniska sjukdomar	38
Uteblivna besök för fem kroniska diagnoser har inte återhämtat sig	39
Uppdämt behov av rehabilitering för personer med funktionsnedsättning	40
Habiliteringens verksamhet är också påverkad	40
Hälso- och sjukvårdspersonalens situation under pandemin	41
Covid-19 vanlig arbetsskada för vårdpersonal	41
Fler söker till vårdutbildningar under pandemin.....	41
Andelen heltidsanställda ökar i kommuner och regioner.....	42
Pandemin har påverkat kompetensförsörjningen	42
Indirekta effekter på vårdkonsumtionen av pandemin	43
Uppdämda vårdbehov – regional hälso- och sjukvård	45
Besök inom primärvård minskade mest bland barn och äldre.....	45
Nybesök mer påverkade än återbesök	46
Produktionen av specialiserad vård har varierat.....	46
Flest besök har minskat inom öron-näsa-halssjukvård och ortopedi .	47
Minskningen av antalet operationer.....	47
De planerade operationerna har minskat mer än de akuta	47
Störst minskning för tonsilloperationer hos barn och unga samt för höftleds- och låroperationer hos äldre	48
Operationer inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård minskade mest.....	48
Väntetiderna har ökat.....	49
Antalet patienter som väljer att vänta ökar	50
Uppdämda vårdbehov för barn och unga.....	50
Svårt bedöma hur många som fortfarande undviker att söka vård	50
Att inte få vård i rätt tid kan vara en vårdskada	51
Patienternas klagomål relaterade till covid-19	51
IVO har utökat tillsynen med anledning av covid-19	51
Tillsyn av primärvård i Region Stockholm och Gotland	52
Tillsyn av intensivvården	52
Psykiatrisk vård	52
Pandemin har påverkat tillgängligheten till BUP	53

Verksamheten har ställt om och initierat nya arbetssätt	54
En väg in och standardiserade vårdflöden inom BUP	54
Enligt SKR har vården klarat pandemin	54
Regionernas hantering av de uppdämda vårdbehoven	55
Längre väntan när regionernas produktion inte hinner återhämtas .	55
Utmaningar som har lyfts av regionerna	55
Regionernas arbete med att återuppta produktionen	55
Vårdlotsar och andra stödfunktioner	57
Förslag för vård inom vårdgarantins gränser	57
Uppdämda vårdbehov inom kommunal hälso- och sjukvård	58
Vårdkonsumtionen hos personer 70 år och äldre	58
Ökad psykisk ohälsa och isolering bland äldre	58
En del anhöriga har upplevt försämrad hälsa	59
Minskning av besök till tandvården	59
Pandemins påverkan på kommunal hälso- och sjukvård	59
Minskning av socialtjänstinsatser till äldre	61
Inställd dagverksamhet och avlösning i hemmet	61
Utredningar och kvalitetsarbete för personer med demens har minskat	62
Risk för försämrat allmäntillstånd och ökat vårdbehov	62
Viktigt att uppmärksamma sköra äldres behov	62
Ökade behov av rehabilitering efter covid-19	63
Pågående arbete med att ta fram stöd kring rehabilitering	63
Medicinska bedömningar har inte gjorts i tillräcklig omfattning	64
Vård- och omsorgspersonal behöver återhämtning och stöd	64
Personalen hade höga sjuktal redan före pandemin	64
Utbildning och kompetensförsörjning behövs	65
Digital teknik har både pausats och utvecklats under pandemin	65
Exempel på ökat samarbete och mobila team	65
Pågående arbete inom prioriterade områden för äldre	66
Omställning till en god och nära vård under pandemin	66
Fokus på nya arbetssätt och snabb utveckling av digitaliseringen...	67
Insatser för förbättrad kompetensförsörjning	67
Uppdämda vårdbehov inom tandvården	68
Uteblivna och avbokade besök	68
Påverkan på tandvårdsbesök	69
Planerade tandvårdsbehandlingar har skjutits upp	69
Regionernas bedömning av uppdämda vårdbehov	70

Färre regelbundna undersökningar bland dem med sämre tandhälsa	71
Uppdämda vårdbehov – en internationell utblick	72
Skillnader vid äldreboenden i Norden	72
Hantering av uppdämda vårdbehov	73
Insatser för att möta uppdämda och förändrade vårdbehov	75
Behov av insatser utifrån den samlade lägesbilden	75
Insatser för att tillgodose identifierade behov från lägesbilden	76
Förslag till insatser i regionernas handlingsplaner för tillgänglighet....	77
Förslag till insatser – Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.....	78
Strategiska insatsområden för att bättre tillgodose uppdämda vårdbehov	79
Systemperspektiv och långsiktighet.....	80
Hälsofrämjande insatser och rehab för bättre folkhälsa	81
Nära vård för bättre tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet	81
Patienter och anhöriga som medskapare i vården.....	82
Kompetensförsörjning som stärker vårdkapacitetens kärna	83
Effektivare vård genom bättre kapacitetsstyrning.....	84
Kunskapsstyrning för god och jämlik vård	85
Översikt över olika insatser för att hantera uppdämda vårdbehov	86
Beskrivning och möjliga konsekvenser av insatser	89
1. Rehabsatsning på digitala tjänster via 1177 (Exempel rehab efter hjärtinfarkt)	89
2. Riktade hälsosamtal	90
3. Riktade Hälsosamtal 70+	92
4. Digitala stöd för post-covid rehab, som också kan användas framöver för möjliga andra kraftiga infektioner.....	92
5. Mobila team	93
6. Direktkonsultation.....	94
7. Egenmonitorering	96
8. Förlängning av Socialstyrelsens uppdrag att främja omställning till god och nära vård samt att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården till 2025.....	98
9. Patientkontrakt	98
10. Nationell vårdgivar databas med information om aktuell kapacitet som tillgängliggörs publikt till patienter via 1177	99
11. Vårdlotsar som arbetar primärt för att hjälpa patienter med vård inom vårdgarantin	99
12. Webbtidbok och kapacitetsplanering som möjliggör för patienter att direkt boka besök	99
13. Kompetensväxling (Task-shifting)	99

14. Utbildningsstöd för specialistkompetens	103
15. Förstärkt kompetensförsörjningsanalys	103
16. Utbildningssatsning för att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin	103
17. Öka utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor	104
18. Kö-satsning baserat på regiongemensam kvalitetssäkring av inflödet och visualisering av gapet mellan behov, produktion och kapacitet som krav för att kvalificera för pengar att arbeta bort uppdämda vårdbehov	104
19. Identifiering av gemensamma komponenter i olika regionala modeller för produktions- och kapacitetsstyrning (PoK)	104
20. Förutsättningar för och effekter av regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering	104
21. Förbättrad datakvalitet i portal om väntetider i vården så att den kan användas för planering i sjukvården	105
22. Befolkningsundersökningar om vårdkonsumtion	105
23. Regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare.....	105
24. Säkerställa att inställda munhälsobedömningar till målgruppen återupptas	105
25. Säkerställande av narkosresurser för tandvårdsoperationer till framför allt barntandvård.....	106
26. Uppföljning av nationella riktlinjer och riktade informationsinsatser till vård för kroniskt sjuka	106
Diskussion och slutsatser	106
Synpunkter från SKR och regionerna på förslagen till insatser	108
Behov av vidare analyser av uppdämda vårdbehov	109
Referenser	110
Bilaga 1 Aktörskarta	116
Bilaga 2. Statliga stöd till äldreomsorgen.....	117
Yrkesresan – ett nationellt kompetensutvecklingsprogram	117
Utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal vård och omsorg om äldre	117
Stöd till att främja hälsa, förebygga ohälsa och rehabilitering	118
Bilaga 3. Socialstyrelsens arbete kring god och nära vård.....	119

Sammanfattning

Den pågående covid-19-pandemin riskerar att leda till att ojämlikheten i hälsan förstärks. Grupper i befolkningen som särskilt har påverkats av pandemin konsekvenser är exempelvis personer med kroniska sjukdomar, äldre, barn och personer med funktionsnedsättning.

Den självskattade psykiska ohälsan i befolkningen ökade något under hösten 2020, framför allt bland personer som redan före pandemin hade sådana besvär. Antalet suicid minskade dock totalt sett 2020, jämfört med året innan.

Det finns också tendenser till sämre matvanor och mer stillasittande i befolkningen, vilket kan leda till en sämre folkhälsa som på sikt kan komma att leda till nya vårdbehov.

Ungefär var femte person avstod under våren 2020 från att söka vård, trots ett upplevt behov. Äldre är den grupp som i störst utsträckning känt oro och undvikit att söka vård.

Covid-19 har sedan mars 2020 medfört stora påfrestningar och utmaningar för hälso- och sjukvården. Detta har inneburit att patienter har fått inställda eller uppskjutna vårdbesök och vårdåtgärder samt att regionernas förmåga att upprätthålla vårdgarantins tidsgränser har påverkats. En generell slutsats är att pandemin inneburit att många av de utmaningar som fanns inom hälso- och sjukvården förut, nu har förstärkts.

Covid-19-pandemin har totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar, men samtidigt har digitala vårdbesök och hembesök ökat. Flest väntande ses för behandling inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård. Väntetiderna för behandling har ökat något mer för personer i åldern 18–69 år än för andra åldersgrupper. Allt fler patienter väljer också att vänta på behandling. Även inom barnpsykiatri ses negativa effekter i form av ökade köer och en minskning av antalet genomförda första bedömningar med 7 procent 2020 jämfört med 2019.

Ett nytt vårdbehov som uppstått under pandemin är patienter med postcovidssymtom. Fler yngre än äldre uppsöker vård för postcovid, men symtomen är svårare hos äldre och hos personer som sjukhusvårdats för covid-19. Många har behov av rehabilitering för att återfå sin hälsa och funktionsförmåga och flera kunskapsstöd har tagits fram för att säkerställa att patienternas behov uppmärksammas och att de får ett gott omhändertagande på rätt vårdnivå.

Socialstyrelsens slutsats av den första och andra covid-19-vågen är att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte räckt till att både återhämta den normala produktionen och att ta hand om de uppdämda vårdbehoven. Utmaningar som lyfts av regionerna för att komma ”i kapp” med köerna handlar bland annat om bristen på vårdplatser för vård efter operation. Bristen fanns redan före pandemin och har tilltagit under pandemin, eftersom vårdplatserna omprioriterats till covid-19-vården. En utmaning är också kompetensförsörjning inom flera verksamheter.

Mindre regioner upplever sig ha sämre förutsättningar än större regioner att hantera de uppdämda vårdbehoven, delvis på grund av avsaknad av privata vårdgivare som kan bidra till att avlasta den regiondrivna vården. Upphandlingsregler som gör att det tar lång tid att få fram avtal med privata vårdgivare försämrar möjligheten att korta väntetiderna och upplevs som ytterligare hinder.

Följsamheten till vissa nationella riktlinjer har varit sämre under pandemin. Akut vård och behandling för hjärtinfarkt och stroke har utförts i ungefär lika hög utsträckning under som före pandemin. Samtidigt har årliga läkarbesök och kontroller för personer med astma och KOL och personer med diabetes minskat. Antalet demensutredningar har också minskat och utredningstiden för demens har blivit längre.

Utmaningar som har lyfts fram av kommunerna för att hantera nya, ökade och uppdämda vårdbehov är brist på läkarmedverkan och brist på medicinsk kompetens. Inom kommunal hälso- och sjukvård har riskförebyggande arbete, rehabiliteringsinsatser, förbättrings- och kvalitetsarbete samt utbildningsinsatser och kompetenshöjande insatser till stora delar prioriterats ner, pausats eller upphört under pandemin. Socialstyrelsens bedömning är att brister i omvårdnaden kan ha påverkat hälsan och lett till ett uppdämt behov av framför allt rehabilitering hos patienterna. Sammantaget ses också en minskning av socialtjänstinsatser till äldre, vilket kan komma att leda till såväl uppdämda som oupptäckta vårdbehov som på sikt kan leda till negativa konsekvenser för individens hälsa om de inte omhändertas.

Även tandvården har påverkats av pandemin i form av kraftigt minskade besök. Tydligast har minskningen varit bland personer 70 år och äldre och bland personer med sämre munhälsa. De flesta regioner har patientgrupper som inte har fått all tandvård som de varit i behov av, men omfattningen av de uppdämda vårdbehoven ser olika ut i landets regioner.

Kompetensförsörjningen var redan före pandemin en av de stora utmaningarna inom hälso- och sjukvården. Det har bland annat uppmärksammats att specialistsjuksköterskor inom anestesi utgjort en flaskhals för att klara av att genomföra fler operationer. Inom kommunal hälso- och sjukvård har brister i framför allt medicinsk kompetens och kapacitet uppmärksammats. För att långsiktigt klara omställningen mot nära vård och uppfylla olika myndighetskrav inom primärvården behövs fler specialistläkare inom allmänmedicin.

Utifrån lägesbilden och för att möta de behov som pandemin har medfört har vi identifierat sex strategiska insatsområden där vi föreslår ett antal ändamålsenliga och effektiva åtgärder på kort och lång sikt:

- Hälsofrämjande och rehabilitering
- Nära vård
- Patientinflytande
- Kompetensförsörjning
- Kapacitetsstyrning och
- Kunskapsstyrning

Hälsofrämjande och rehabilitering är insatser som är inriktade på att möta de behov som uppstått hos särskilt utsatta grupper som erbjuds riktade hälso-samtal och rehabilitering. Området nära vård handlar om insatser som möter

utsatta grupper vårdbehov i deras vardagsmiljö, bidrar till att minska inflödet till den specialiserade vården och stärker omställningen mot nära vård. Området patientinflytande innehåller förslag till insatser som stärker patienters och anhörigas möjligheter att själva medverka i vården. Förslagen till insatser inom kompetensförsörjning riktar sig särskilt mot bristyrken för att stärka vårdens kapacitet. Förslagen till insatser inom kapacitetsstyrning handlar om att stödja lärande om hur arbetet kan organiseras utifrån patienters behov, snarare än utifrån verksamhetsinterna perspektiv. Slutligen handlar förslagen inom kunskapsstyrning om behov av ökad uppföljning, till exempel av vård till de grupper vars vårdbehov inte tillgodosetts under pandemin. Syftet med det är att inhämta mer kunskap för att bedöma vart det är relevant att initiera ytterligare åtgärder som kan lindra pandemins konsekvenser för individens hälsa och stärka möjligheterna till en god och jämlik vård.

Bakgrund

Covid-19 har sedan mars 2020 medfört stora påfrestningar och utmaningar för hälso- och sjukvården inom både regioner och kommuner. Detta har inneburit att patienter har fått inställda eller uppskjutna vårdbesök och vårdåtgärder, att regionernas förmåga att upprätthålla vårdgarantins tidsgränser har påverkats samt att patienter i kommunal hälso- och sjukvård inte fått medicinsk bedömning och rehabiliterande insatser vid behov.

Regeringen har mot bakgrund av denna situation gett Socialstyrelsen och flera andra myndigheter uppdrag inom området. I mars 2021 fick Socialstyrelsen det samlade uppdraget om att analysera omfattningen av nya, förändrade och utökade vårdbehov, hur behoven kan komma att omvandlas i efterfrågan på vård på kort och lång sikt, samt förutsättningar och hinder för kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård att tillgodose dessa behov.

Uppdragets syfte och mål

Uppdragets syfte är att sammanställa och redovisa en nationell lägesbild över de uppdämda vårdbehoven, inklusive hälso- och sjukvårdens förutsättningar och hinder för att tillgodose dessa behov, för att därigenom kunna föreslå ändamålsenliga och effektiva insatser på nationell och regional nivå för att patienternas behov omhändertas på kort och lång sikt.

Målet med uppdraget är att det ska bidra till att bättre kunna möta de nya, utökade och förändrade vårdbehov som pandemin inneburit. Målet är också att det på sikt ska bidra till en förbättrad tillgänglighet i svensk hälso- och sjukvård.

Metod och genomförande

Upplägg av arbetet

Lägesbilden baseras på de rapporter, underlag och data som publicerats om covid-19 av Socialstyrelsen och andra myndigheter och aktörer. Kunskapsinhämtningen har även gjorts genom intervjuer med utvalda regioner, regionföreträdare och nätverk.

I arbetet med att ta fram förslag till insatser har Socialstyrelsen gått igenom och analyserat regionernas handlingsplaner och fört diskussioner med regioner. Konsultföretaget Sirona har bistått med kostnadsberäkningar i den del av rapporten som handlar om förslag till insatser.

I augusti 2021 genomfördes en workshop med experter och intresseorganisationer för att på så sätt inhämta synpunkter och föra en diskussion om lägesbild och myndighetens förslag till insatser.

Samverkan

Socialstyrelsen har samverkat med en rad aktörer och intressenter i detta uppdrag, så som Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regionerna samt företrädare för privata och idéburna vårdgivare. Samverkan har även skett med Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården gällande de regionala handlingsplanerna för förbättrad tillgänglighet.

I arbetet har också flera nätverk och andra aktörer inkluderats. Dialog har även förts med den strategiska och taktiska gruppen för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården och regionernas kunskapsstyrningsorganisation i form av nationella samverkansgrupper (NSG) och nationella programområden (NPO). Vidare har dialog och förslag inhämtats från Coronakommissionen, Nationella vårdkompetensrådet, Nätverket för regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS). Samverkan har också skett med professionsföreträdare från Läkarförbundet, Vårdförbundet, Fysioterapeuterna, Arbetsterapeuterna samt de kommunala nätverken för Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Patientperspektivet har framför allt säkerställts genom samverkan med patientorganisationer, med inspel från myndighetens samordnare och sakkunniga, nätverk för psykisk hälsa, funktionshindersrådet vid Socialstyrelsen, missbruksrådet, samt via synpunkter som inkom genom den digitala workshopen i augusti 2021.

Omfattning och avgränsningar

Lägesbilden har sammanställts genom redan insamlad och publicerad data. Det innebär att fokus för lägesbilden framför allt avser de vårdbehov som uppkommit som en följd av pandemins första och andra våg under 2020. I de fall där

det finns data tillgänglig sträcker sig analyser även fram till 2021, med en ambition om att även kunna säga något om effekter av den tredje vågen.

För att fånga de uppdämda vårdbehoven innehåller lägesbilden en bred beskrivning av läget i vården. De uppdämda vårdbehoven hänger inte enbart samman med själva pandemin utan kan i flera fall även ha sina orsaker i problem och utmaningar som var kända för regionerna och kommunerna redan innan covid-19.

Gällande hälso- och sjukvårdens förutsättningar och hinder för att tillgodose nya, utökade och förändrade vårdbehov till följd av covid-19 utgör en given förutsättning att endast medicinska behandlingar som vilar på vetenskaplig grund kan komma ifråga. Utöver vad hälso- och sjukvården direkt kan göra finns inom ramen för egenvård ytterligare möjligheter att stärka individens förmåga att hantera utmaningar relaterade till covid-19. Det kan till exempel vara genom kost, kosttillskott, motion, naturvistelser och så vidare. Hinder för hälso- och sjukvården finns i de kortsiktiga resursbegränsningar som hälso- och sjukvården har att utgå ifrån.

Det finns flera avgränsningar som gjorts i uppdraget med utgångspunkt i att kunskapsläget fortfarande är begränsat och under utveckling. Socialstyrelsen har till exempel i lägesbilden valt att göra en kortare internationell utblick över hur de övriga nordiska länderna hanterat utmaningar som uppstått i och med pandemin. Det arbetet ska inte ses som en heltäckande sammanställning, eftersom mycket kunskap fortfarande inte är framtagen. Exempelvis när det gäller Socialstyrelsens arbete med vägledning i vården vid postcovid så har vi kontinuerligt tagit del av andra länders arbeten. Det har dock inte gjorts någon systematisk sammanställning från myndigheten om hur olika länder angripit frågan. Världshälsoorganisationen, WHO, arbetar just nu med att definiera tillståndet postcovid, och tar del av erfarenheter och olika dokument från nationer. Detta är angeläget att fortsätta följa, men i denna rapport ligger fokus på att beskriva det vi vet om läget just nu.

I uppdraget har även tandvård inkluderats för att ge en bild av hur de uppdämda vårdbehoven ser ut inom området. Förslag till insatser inom tandvården har inhämtats genom workshop med representanter från regionerna.

På grund av tidsaspekt och myndighetens covid-19-restriktioner för enkäter har ingen datainsamling skett via enkäter inom uppdraget.

För de insatser som myndigheten föreslår i denna rapport ligger fokus framför allt på hur det från nationell nivå går att stödja och stimulera arbeten som redan pågår. Den del av rapporten som rör förslag till insatser kan ses som en fördjupad del där vi också beskriver möjliga effekter på kort och lång sikt.

Definitioner av begrepp

Vårdbehov – Det finns ingen vedertagen definition av vad ett vårdbehov är. I denna rapport har vi använt oss av begreppet utifrån två olika aspekter. Det handlar dels om de behov som en *individ* har på åtgärder för att minska eller eliminera ohälsa, dels om de samlade behov som *en grupp* individer (befolkningen) har av åtgärder för att minska eller eliminera ohälsa.

Nya vårdbehov – I denna rapport har vi valt att ge en bild över postinfektiöst tillstånd efter covid-19, så kallad postcovid, som ett konkret exempel av ett nytt vårdbehov.

Förändrade och utökade vårdbehov – Utökade och förändrade vårdbehov är begrepp som ligger nära varandra. Det kan till exempel handla om personer som inte fått tillgång till vård, behandling eller medicinsk bedömning under pandemin och som en konsekvens av det får ytterligare vårdbehov. Men det kan också handla om personer som under tiden de väntat på behandling eller som en konsekvens av att de inte uppsökt vården, ändå lyckats läka ut skador eller besvär.

Efterfrågan på vård – Det genom vårdbegäran eller kontakt med hälso- och sjukvården aktivt uttryckta vårdbehovet.

Uppskjuten vård – Den efterfrågade vård som inte blivit av på grund av omprioriteringar och otillräcklig kapacitet. Uppskjuten vård är redan avtalad vård som inte genomförts och därmed en delmängd av uppdämda vårdbehov.

Vårdskuld – Begreppet ”vårdskuld” har förekommit i diskussionerna kring hälso- och sjukvårdens hantering av covid-19 som en synonym till uppdämda vårdbehov. ”Vårdskuld” antyder att det handlar om ett ”kvantifierbart” uppsamlat behov av sjukvård som uppstått till förmån för åtgärder som är mer akuta och som ska tas igen i framtiden. Detta begrepp har många bibetydelser som inte heller behöver vara korrekta då många uppdämda vårdbehov sannolikt inte behöver tas igen. Vi har därför valt att inte använda begreppet ”vårdskuld” i rapporten.

Uppdämda vårdbehov – De behov av vård som under en viss period inte kunnat tillgodoses på grund av att vårdbehov och vårdkapacitet inte överensstämmer med varandra. Detta kan delvis bero på att behov inte uttryckts i *efterfrågan* på vård och därmed inte varit känd för vården i dess planering och genomförande av vårdbesök eller vårdåtgärder. Det kan också bero på en skillnad i efterfrågan och kapacitet gällande kvantitet, kvalitet och prioriteringar enligt den etiska plattformens principer.

Överensstämmelse eller matchning mellan vårdbehov och vårdkapacitet. I vårdens strävan att möta medborgarnas behov ska följande principer beaktas:

- Människovärdesprincipen
- Behovs- och solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

Det betyder att prioriteringar av behov som kapaciteten ska tillgodose främst ska säkerställa att ingen diskriminering sker enligt människovärdesprincipen, att patienter med de största behoven ska ges företräde till vården och att där efter de metoder som är mest kostnadseffektiva väljs framför andra mindre kostnadseffektiva metoder.

Vårdkapacitet – Den maximala produktion som hållbart kan uppnås genom en ”optimal” kombination av resurser för att möta definierad efterfrågan på vård.

All utebliven vård behöver inte tas igen

För att kunna möta nya, förändrade och utökade vårdbehov är det nödvändigt att inte bara se till den vård som inte har kunnat genomföras. Det är också viktigt att relatera behoven till den vård som har kunnat genomföras [1]. All utebliven vård behöver inte nödvändigtvis resultera i ett uppdämt, kvarstående behov. Vissa hälsoproblem kan läka av sig själv och patienter kan även hitta andra sök- och kontaktvägar för att få hjälp med sina besvär. Genom att ta hand om sig med kost, motion och träning kan det bidra till att vissa vårdbehov försvinner, och hälso- och sjukvården kan också hjälpa till med annan lindring eller behandling istället för eller i väntan på operation [2]. Det är samtidigt nödvändigt att uppmärksamma om ett förändrat sökmönster beror på att patienter undviker att söka vård, trots att de har behov av det [1].

I rapporten har vi valt att ta med en inledande beskrivning av hälsoläget i befolkningen, eftersom myndighetens bedömning är att det på sikt kan komma att leda till nya eller förändrade vårdbehov. Vilka konsekvenserna kommer att bli är till stora delar avhängigt av hur pandemin utvecklar sig framöver och hur regionerna klarar av att tillgodose de uppdämda vårdbehoven som hittills uppstått. Det är även beroende av hur befolkningens sökmönster kommer att utvecklas framåt.

Hälso- och sjukvården ska främja kostnadseffektivitet

Det finns ett krav i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) på att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Ett hälso- och sjukvårdssystem som återkommande leder till att vården inte är tillräckligt tillgänglig och till långa väntetider är inte organiserad för optimal kostnadseffektivitet. Det kan exempelvis medföra att patienter kan behöva dyrare behandlingar längre fram i ett vårdförlopp för att kompensera för utebliven och otillräcklig vård tidigare i vårdförloppet. Patienten kan behöva söka akut vård på grund av försämrad hälsa under väntetiden. Patienten kan också behöva minska eller helt avstå från arbete eller studier, på grund av försämrad hälsa under väntetiden, vilket är samhällsekonomiskt ineffektivt [3].

Rapportens struktur

I den första delen av rapporten presenteras en nationell lägesbild över de uppdämda vårdbehoven. Där ges en bild av utvecklingen av nya, förändrade och utökade vårdbehov inom den regionalt och kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

I den andra delen av rapporten finns förslag om ändamålsenliga och effektiva insatser på nationell och regional nivå för att omhänderta patienters behov på kort och lång sikt.

Pandemins påverkan på befolkningsnivå

Under pandemins första våg uppgav var femte person i åldern 16–84 år att de avstod från att söka vård trots att de hade ett upplevt behov [2, 4, 5]. Många lokala och regionala aktörer har också ställt in eller pausat sitt folkhälsoarbete under 2020. Eftersom folkhälsorelevanta insatser syftar till att främja hälsa och utjämna skillnader i hälsa kan detta få stor betydelse för grupper som är socialt, ekonomiskt eller hälsomässigt utsatta [5, 6]. Nedan presenteras några exempel på vad som hittills är känt om hälsan i befolkningen och hur den förändrats under pandemin. Gruppen äldre har varit särskilt utsatta under pandemin och situationen för äldre beskrivs därför även mer specifikt i kapitlet om kommunal hälso- och sjukvård.

Hög ålder och kroniska sjukdomar påverkar utsatthet i covid-19

Socialstyrelsen har identifierat ett flertal sjukdomar och tillstånd som innebär en ökad risk för att bli allvarligt sjuk i covid-19. Dit hör exempelvis personer med cancersjukdom, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, kronisk leversjukdom, diagnosen fetma (BMI 40 eller högre), kronisk lungsjukdom, immunbristsjukdom, flerfunktionsnedsättning, graviditet från graviditetsvecka 20¹, personer med Downs syndrom (trisomi 21), personer med schizofreni eller bipolär sjukdom och personer som drabbats av stroke [7].

Hög ålder har bedömts vara det som påverkar en extra utsatthet för allvarligare symtom vid smitta av coronaviruset. Särskilt utsatta är personer i hög ålder i kombination med underliggande sjukdomar.² Dessa tillstånd är överrepresenterade bland de svåra covid-fallen. Läs mer om detta i avsnittet om kommunal hälso- och sjukvård. Även personer med Downs syndrom bedöms vara extra utsatta för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19 [2, 8, 9]. Det är sannolikt att underliggande sjukdomar påverkar utgången vid covid-19, speciellt vid samtidig förekomst av flera kroniska sjukdomar [10].

Social isolering och digital klyfta

De flesta har på något sätt påverkats av pandemin och smittskyddsåtgärderna men vissa grupper, speciellt personer i riskgrupp för att få covid-19, har drabbats mer än andra [8, 11]. Personer som är 70 år och äldre rekommenderades i mars 2020 att begränsa sina sociala kontakter och undvika platser där många personer samlas. Rekommendationerna har lett till sämre psykisk hälsa och riskerar även att påverka den fysiska hälsan. De negativa effekterna

¹ Infektion med covid-19 under andra halvan av graviditet ökar risken för prematur förlossning. Däremot finns inte något stöd för att tidig graviditet påverkas av covid-19.

² Såsom högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom eller diabetes.

handlar också om att många äldre upplevt att de särbehandlats på ett stigmatiserande sätt [11].

De grupper som redan lever under förhållanden som innebär förhöjd risk för ohälsa, tycks dessutom ha fått det svårare under pandemin. Fler har behövt hjälp med boende och mat och för vissa grupper har det varit svårare att komma i kontakt med vård och myndigheter, delvis på grund av ökade digitala kontakter. Isolering och nedstängda verksamheter har framför allt drabbat grupper med redan bristande nätverk och behov av stöd och trygga sammanhang [5].

Samtalen till stödlinjer har ökat under pandemin. Självmoderslinjen Mind, Alkohollinjen, Äldrelinjen och Bris är exempel på stödlinjer där trycket på antalet samtal har ökat. Antalet samtal har påverkats av hur coronasituationen förändrats och utvecklats. Bris bedömning är att krisen varit särskilt påtaglig för barn som lever i en utsatt situation i hemmet, exempelvis med föräldrar med psykisk ohälsa eller med våld i familjen [6].

Isoleringen särskilt tydlig för äldre och personer med funktionsnedsättning

Många kommuner har dragit ner på daglig verksamhet och gruppaktiviteter bland personer med funktionsnedsättning under pandemin. Personer med funktionsnedsättning hade redan före pandemin begränsade sociala kontakter och nedstängningen har därför ökat isoleringen. Detta har förstärkts av att vissa boenden haft stängt för besökare. Nedstängningen har också ökat isoleringen för brukare som bor i eget boende. Bland personer med insatser enligt LSS tycks bland annat personer med stöd i eget boende samt personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism ha varit särskilt utsatta.

Isoleringen har även ökat bland personer med personlig assistans, bland annat på grund av att stödet begränsats. Det har även förekommit att assistansanvändare valt att isolera sig på grund av oro för smitta. Självvald isolering har även förekommit inom andra stöd enligt LSS. Ensamheten kan leda till sämre psykiskt mående. Den psykiska ohälsan är sedan tidigare högre bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism än i den övriga befolkningen [12].

Den digitala klyftan ökar

Det finns signaler om att den digitala klyftan har ökat under pandemin, såväl för äldre som för personer med funktionsnedsättning. För personer med funktionsnedsättning beror det bland annat på bristande tillgänglighet i information och tjänster som är direkt kopplade till covid-19, som svårigheter att kommunicera med 1177 för personer med grav hörselnedsättning eller tal-svårigheter. Även om digitaliseringen underlättar för många personer med funktionsnedsättning är det viktigt att det finns alternativ i kontakten med exempelvis hälso- och sjukvården [8].

Sveriges Dövas Riksförbund har uppmärksammat Socialstyrelsen på att den bristande tillgången till teckenspråkstolk riskerar att medföra ytterligare väntetid inom sjukvården för målgruppen. Under pandemin har det också uppstått distanstolkning genom digitala lösningar, vilket kan bidra till en försämrad patientsäkerhet för döva.

Folkhälsomyndigheten har konstaterat att förebyggande insatser behöver intensifieras och den digitala kompetensen behöver öka bland äldre [11].

Många korta sjukfall och inställd rehabilitering under pandemin

Under pandemin har majoriteten av de sjukfall som startats på grund av covid-19 avslutats förhållandevis snabbt. Under hösten 2020 var det 8 procent av de sjukfall som startades med en covidrelaterad diagnos som passerade 90 dagar. Antalet sjukskrivna personer med potentiell postcovid har ökat sedan sommaren 2020 [13].

Förutsättningarna till stöd för återgång i arbete har försämrats under pandemin och rehabiliteringsinsatser har ställts in eller skjutits upp, i första hand gäller det uppskjutna operationer. Även inplanerade arbetslivsinriktade insatser, som till exempel arbetsträning, har i vissa fall fått pausas på grund av de rekommendationer som syftar till att minska smittspridningen av covid-19.

Det är fortfarande oklart hur inställda vårdbesök har drabbat personer med långa sjukskrivningar redan före pandemin [13].

Förändrade levnadsvanor kan leda till kommande vårdbehov

Nästan tre av tio anger att de ägnat sig mer åt friluftsliv under pandemin och att de tror att de kommer fortsätta med det [14].³ Den generella trenden under pandemin är dock att befolkningen är mindre fysiskt aktiva och äter mindre grönsaker, men mer snacks och sötsaker. Det har dock inte skett någon ökning av andelen dagligrökare, och inte heller av personer med riskkonsumtion av alkohol och personer med ett problemspelande. Unga 16–29 år är den grupp som i högst utsträckning rapporterat förändrade levnadsvanor, det vill säga att de sitter mer stilla och äter mer snacks och sötsaker. Samtidigt uppger ungdomar även att de dricker mindre alkohol [5].

Missbruk, skadligt bruk och beroende

Det finns i dagsläget ingen entydig bild av om det skett en ökning eller minskning av antalet personer som utvecklar eller söker hjälp och stöd för missbruk, skadligt bruk och beroende under pandemin. Flera kommuner anger dock att personer med missbruk och beroende mår sämre under pandemin, delvis som en följd av isolering och social distansering.

Totalkonsumtionen av alkohol minskade med 6 procent under 2020 [15]. Vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser minskade under pandemins första del jämfört med samma tidsperiod tidigare år. Bland personer i åldern 15–29 år syns en tydlig nedgång i antalet vårdade för alkoholförgiftning under perioden mars till augusti 2020 [5].

När det gäller vård till följd av narkotikaförgiftningar så förändrades inte antalet personer per 100 000 invånare som vårdades för detta under mars till

³ Enligt en enkätundersökning genomförd av Sveriges Radio i februari 2021 där över 16 000 personer deltog.

augusti 2020, jämfört med 2019. Det gäller för kvinnor och män, olika åldersgrupper och olika utbildningsgrupper. Däremot ses en viss minskning av andelen som har vårdats i hälso- och sjukvård till följd av skadligt bruk och beroende. Minskningen var något tydligare bland de yngsta (15–29 år) jämfört med de äldre. Utvecklingen ser likadan ut för kvinnor och män och för olika utbildningsgrupper.

I en enkät till verksamheter som möter personer med narkotikabruk svarar en majoritet att de inte noterat ett förändrat användningsmönster i klienternas substansbruk. Totalt 25 procent hade märkt av ett ökat substansbruk. I undersökningen svarade 41 procent av verksamheterna att de noterat en minskad tillgång till narkotika i början av pandemin [5].

I Sverige sprids hepatit C-smitta framför allt genom oren injektions-utrustning. Under pandemin har antalet personer som behandlats för Hepatit C minskat med uppemot 30 procent jämfört med året före.

Uppdämda vårdbehov inom missbruks- och beroendevård

Konsekvenserna av pandemin handlar till exempel om att det är fortsatta köer för att komma till behandling, till exempel LARO⁴ i vissa regioner. Användandet av digitala lösningar i missbruks- och beroendevården har ökat, vilket gjort att möjligheten till samverkan och SIP har ökat under pandemin. Samtidigt är bilden inte samstämmig, då andra menar att det saknas etablerade och säkra system för att genomföra exempelvis SIP-möten digitalt mellan olika huvudmän, vilket kan försvåra adekvat vård och stöd.

Många rehabiliteringsplaner har påverkats negativt eftersom gruppbase-rade verksamheter för arbetsträning eller utbildning har ställts in och uppsökande verksamhet har fått stå tillbaka.

Psykisk hälsa under pandemin

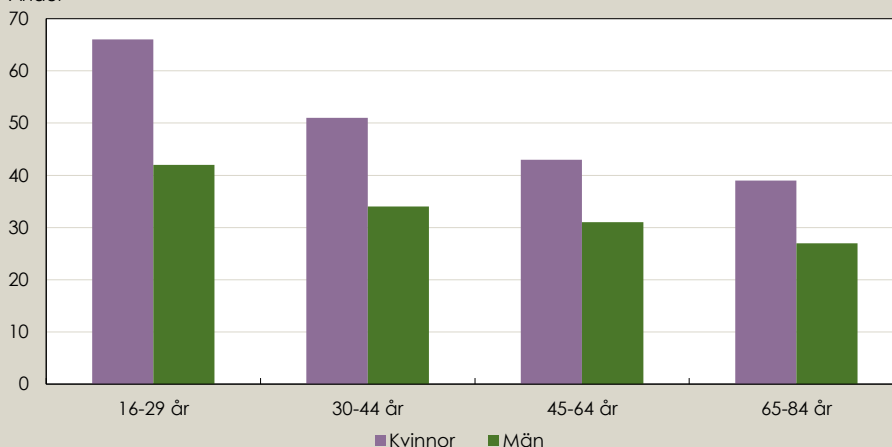
Sammantaget sågs ganska små förändringar av människors psykiska hälsa 2020 – både i Sverige och globalt. De flesta i befolkningen har fortfarande ett gott allmänt hälsotillstånd, men det finns en tendens till något sämre hälsa under hösten jämfört med våren 2020. Andelen med gott allmänt hälsotillstånd sjunker och vissa lätta psykiska besvär ökar.

⁴ Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Figur 1. Andel i olika åldersgrupper som uppger besvär av ångslan, ångest, oro

Fördelat på ålder och kön, år 2020.

Andel



Källa: Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor 2020.

Liksom före pandemin uppger kvinnor och unga personer oftare psykiska besvär jämfört med män och äldre personer. Det finns även signaler om en ökad oro, ångest och nedstämdhet bland personer som redan före pandemin levte under utsatta förhållanden, exempelvis personer med migranterfarenhet, hbtqi-personer och barn i familjer med psykisk ohälsa, beroende eller våld [5].

Även personer med funktionsnedsättning och som har insatser enligt LSS har i flera undersökningar uppgett ett sämre psykiskt mående på grund av pandemin. Det gäller till exempel personer med intellektuell funktionsnedsättning som antingen bor i gruppboende eller i eget boende samt personer med personlig assistans enligt LSS [12].

Hur barns psykiska mående påverkas av covid-19

Pandemin har påverkat barns tillgång till skyddsfaktorer som skola, sociala sammanhang och trygga vuxna utanför hemmet. Bris har konstaterat att barn främst påverkats av samhällsåtgärder och restriktioner som förändrar deras vardag, och många barns utsatthet i hemmet har förstärkts, vilket har märkts i samtalen till Bris. Samtalen om ångest ökade exempelvis med 200 procent sommaren 2021 jämfört med sommaren 2019.⁵ Även samtalen om suicid ökar. Det som barn upplever som särskilt jobbigt är ovissheten om när pandemin kommer att vara över [16].

Barns ökade utsatthet under pandemin bekräftas även av Folkhälso-myndighetens kunskapssammanställning som visar att det är fortsatt få barn som drabbas av allvarlig sjukdom och död i covid-19, men däremot påverkas barn i stor utsträckning av pandemins konsekvenser i det omgivande samhället.

⁵ Bris har under pandemin haft en öppen telefonlinje dygnet runt, vilket påverkat mängden samtal som kunnat tas emot.

Enligt barns berättelser till Bris har olika vård- och stödprocesser tillfälligt pausats, verksamheter har periodvis varit mindre tillgängliga och restriktionerna har försvårat för barn att hålla kontakt med stöd- och vårdaktörer 2020 [17].

Läs mer om hur barn- och ungdomspsykiatrisk vård påverkats av pandemin i kapitlet om uppdämda vårdbehov inom regional hälso- och sjukvård.

Psykisk ohälsa ökar bland dem som redan före pandemin hade besvär

Kunskap från tidigare infektionsutbrott och ekonomiska kriser talar för att den pågående covid-19-pandemin innefattar flera riskfaktorer för psykisk ohälsa.⁶ Den stress som pandemin orsakar, i form av oro för smitta och sjukdom, isolering och ensamhet, oro för ekonomin och ökad risk för våld och utsatthet i hemmet, skulle kunna medföra ökad psykisk ohälsa och ökat vårdskande. Dels bland personer som redan är i vård, dels i nya grupper.

I region Stockholm ses en tendens till att något fler personer fick vård för psykisk ohälsa från mars till och med september 2020, jämfört med samma period 2019. Vårdkonsumtionen visar dock inte på någon ökning av nydebuterad psykisk ohälsa, utan det är snarare återbesöken som ökat. Ökningen ses bland unga 0–17 år inom primärvården, samtidigt som en marginell minskning ses bland personer över 70 år. Det är möjligt att den ökade distanskontakten gjort det svårare att etablera vårdkontakt, framför allt för äldre personer [18].

Internationella studier visar att psykisk ohälsa tenderar att ha ökat något mer bland grupper som redan före pandemin hade en högre risk för psykisk ohälsa [5, 6].

Begränsade effekter på läkemedelsuttag

När det gäller uttag av läkemedel för behandling av psykiatriska diagnoser och symtom på psykiska besvär ses än så länge bara begränsade effekter.

Under vecka 12–14 år 2020 sågs en mindre ökning i samband med utbrottet av covid-19, och ökningen var tydligast bland flickor och kvinnor. Men under våren och sommaren 2020 återgick nivåerna till att likna samma perioder tidigare år.

Förskrivningen av adhd-läkemedel har fortsatt att öka under pandemin. Över 146 000 svenskar hämtade ut minst ett recept under 2020, jämfört med drygt 130 000 året innan [19].

Socialstyrelsens analyser visar på en något förhöjd förskrivning av lugnande läkemedel och sömnmedel till personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism och som har insatser enligt LSS under 2020 jämfört med tidigare år. Förskrivningen av psykofarmaka har dock ökat under många år i denna grupp, och därför går det inte med säkerhet att fastställa att ökningen under 2020 enbart berodde på pandemin [8].

⁶ Psykiska besvär är symptom som inte uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos medan psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp som omfattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.

Läkemedelsanvändningen hos personer 70 år och äldre

Socialstyrelsen har genomfört en analys av läkemedelsanvändningen hos personer 70 år och äldre, för att se om det har skett en förändring av användningen av vissa läkemedel sedan starten för pandemin. Utgångspunkten för analysen har varit att en minskad kontakt med vården i sin tur skulle kunna ha medfört minskad receptförnyelse eller nyinsättning av läkemedel.

För merparten av läkemedelsanvändningen sågs små eller inga minskningar från och med 1 april 2020. Bland de 25 vanligaste läkemedelsgrupperna var den största minskningen för en enskild grupp 8 procent.

För några av de mer ovanliga läkemedelsgrupperna skedde dock större minskningar som kan återspegla otillräcklig läkemedelsbehandling vid vissa sjukdomar och tillstånd. Det gäller främst medel vid ögonsjukdomar. Flera typer av antibiotika minskade också i användning under perioden.

De läkemedelsgrupper som ökade i användning kan i viss utsträckning förklaras av symtom som en coronavirusinfektion kan orsaka, såsom luftvägsbesvär och smärta, samt behandling av själva coronavirusinfektionen.

Tabell 1. Läkemedelsgrupper som minskade mest i användning från 1 april till 1 december 2020, hos män respektive kvinnor ≥70 år.

Läkemedelsgrupper som minskat med mer än 15 procent under någon månad fr.o.m. 1 april, jämfört med 1 mars, 2020. Största minskning (procent) samt användningen (andel användare, procent) av läkemedelsgruppen 1 januari 2020. Endast läkemedelsgrupper vars användning var minst 0,2 procent redovisas.

ATC	Läkemedelsgrupp	Största minskning	Användning
Män			
S01B	Antiinflammatoriska medel	-42	1,1
R05F	Hosthämmande medel i kombination med expektorantia	-38	0,7
S03C	Kortikosteroider i kombination med antiinfektiva medel	-29	0,6
S01A	Antiinfektiva medel	-28	0,4
C05A	Utvärtes medel vid hemorroider och analfissurer	-25	0,2
A01A	Medel vid mun- och tandsjukdomar	-23	1,9
A11E	Vitamin B-komplex, inkl. kombinationer	-22	0,8
J01C	Antibakteriella betalaktamer, penicilliner	-21	0,6
J01A	Tetracykliner	-18	0,2
J01E	Sulfonamider och trimetoprim	-17	0,2
D01A	Svampmedel för utvärtes bruk	-16	1,4
Kvinnor			
S01B	Antiinflammatoriska medel	-44	1,3
R05F	Hosthämmande medel i kombination med expektorantia	-36	0,7
J01A	Tetracykliner	-33	0,2
S01A	Antiinfektiva medel	-28	0,5
C05A	Utvärtes medel vid hemorroider och analfissurer	-26	0,2
S03C	Kortikosteroider i kombination med antiinfektiva medel	-26	0,7
A01A	Medel vid mun- och tandsjukdomar	-22	2,4
J01C	Antibakteriella betalaktamer, penicilliner	-17	0,6
M01A	Antiinflammatoriska och antireumatiska medel, icke-steroida	-16	3,2

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Ingen ökning av suicid eller suicidförsök

Trots att SOS Alarm har fått fler samtal om larm om suicid under pandemin, är det hittills inte fler som begår suicid eller vårdas för suicidförsök [5, 6, 20].⁷ Redan under pandemins första halvår sågs en minskning av suicid i alla åldersgrupper [21]. För helåret 2020 ses en märkbar nedgång i antalet suicid jämfört med året innan. För kvinnor minskar antalet suicid i alla åldersgrupper. Samma tendens ses även för män, utom i gruppen 85 år och äldre, där en viss ökning skett mellan år 2019 och 2020.

⁷ Andel inrapporteringar av suicidförsök (ICD-10: X6-X84) i åldersgruppen 10 år+, inom specialiserad öppen- och slutenvård.

Tabell 2. Antal suicid 2019–2020 uppdelat på åldersgrupp och kön

Både avsiktliga (ICD-10: X60-X84) och oklara (ICD-10: Y10-Y34) suicid är inkluderade.

År	Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
2019	15–29	105	204	309
2019	30–44	116	235	351
2019	45–64	179	346	525
2019	65–84	91	254	345
2019	85+	18	34	52
2020	15–29	68	196	264
2020	30–44	91	204	295
2020	45–64	142	322	464
2020	65–84	80	186	266
2020	85+	9	43	52

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

En nyligen publicerad studie med genomgång av suicidtal i 21 medel- och höginkomstländer visar inte heller någon ökning i antalet suicid i början av pandemin, däremot en signifikant minskning i 12 länder [22].⁸ Det är fortfarande oklart hur pandemin kommer att påverka befolkningens psykiska hälsa framöver [21].

Läs mer om tillgången till psykiatrisk vård i kapitlet om uppdämda vårdbehov inom regional hälso- och sjukvård.

⁸ Sverige ingick inte i studien.

Pandemin kan förstärka den ojämlika hälsan

Konsekvenserna av covid-19-pandemin och smittskyddsåtgärderna samspelar med sociala och ekonomiska förhållanden. De grupper som redan före pandemin hade förhöjd risk för ohälsa har drabbats mest. Det har även konstaterats att det finns ojämlikheter när det gäller sjukdom och dödlighet i covid-19. Utrikesfödda har exempelvis i större utsträckning varit sjuka i covid-19, behövt intensivvård och avlidit till följd av sjukdomen. Vaccinationstäckningen är dessutom lägre bland personer 65 år och äldre som är födda i andra länder än Sverige [23]. D-vitaminnivåer har också en viss betydelse vad gäller insjuknande och dödlighet i covid-19 [24].

En studie från Stockholm län har visat att inkomst är den socioekonomiska variabel som förklarar mest variation i covid-19-dödligheten bland länets befolkning och att det är viktigare än hushållsstorlek och trångboddhet. Det finns även ett stabilt samband mellan att ha ett yrke som inte medger hemarbete och risken att slutenvårdas för covid-19.⁹ För anställda inom hälso- och sjukvård eller äldreomsorg var risken ännu högre [25].

Redan före pandemin fanns det tecken på att den ojämlika hälsan ökar över tid. Pandemins konsekvenser kan därmed komma att förstärka dessa ojämlikheter. Utöver de bakgrundsfaktorer som redan räknats upp finns det grupper som generellt har en förhöjd risk att drabbas av ohälsa på grund av mer utsatta livsvillkor eller levnadsförhållanden. Det gäller till exempel barn och unga som lever i familjer med psykisk ohälsa, beroende och/eller våld, personer (framför allt kvinnor) som är utsatta för våld i nära relationer, personer med psykisk ohälsa och/eller beroendeproblematik, personer i hemlöshet, personer med migranterfarenhet¹⁰, hbtqi-personer¹¹ och personer med funktionsnedsättning [5].

Nödvändigt att stärka det hälsofrämjande arbetet

Vid samhällskriser drabbas generellt socioekonomiskt utsatta grupper i högre utsträckning än övriga befolkningen och de ojämlikheter i hälsa som redan finns i ett samhälle tenderar att öka. Folkhälsomyndighetens slutsats är därför att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver stärkas och prioriteras, både för att behålla en god folkhälsa och för att minska ojämlikheter i hälsa i befolkningen [5].

En god och jämlik hälsa i befolkningen är viktigt, inte minst för att avlasta vård och omsorg och mildra konsekvenserna av den pågående pandemin. Det är därför angeläget att hela samhället, inklusive hälso- och sjukvården, riktar uppmärksamhet mot främjande och förebyggande insatser för folkhälsan, även levnadsvanorna [26]. Fler och långsiktiga satsningar behövs och de strukturer som redan finns bör användas för att stärka det preventiva arbetet. Det är också viktigt med samverkan i det hälsofrämjande arbetet, och att den kan ske genom redan befintliga strukturer och pågående arbeten, till exempel kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, nära

⁹ Dödligheten i yrkesverksamma åldrar var så låg att den var svår att analysera rent statistiskt.

¹⁰ Nyanlända, asylsökande, ensamkommande och tillståndslösa.

¹¹ Homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner.

vård, nya socialtjänstlagen, strategi för hälsa samt ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Samtidigt behöver samverkan vertikalt och horisontellt ytterligare stärkas mellan myndigheter, regioner och kommuner [26].

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården under pandemin

Under pandemin har användandet av 1177 Vårdguidens telefonrådgivning ökat, främst med samtal om covid-19. De som kontaktat 1177 Vårdguiden har fått information eller råd om när eller i vilken situation som de behövt söka vård och information och råd om test för covid-19. Förtroendet för 1177 Vårdguiden som helhet tycks ha påverkats relativt mycket under pandemin. Det är 16 procent som har fått större förtroende för tjänsten, medan 79 procent anser att förtroendet är oförändrat [4]. Förtroendet har ökat betydligt mer bland yngre jämfört med äldre, vilket delvis kan kopplas till en större användning. Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som bland annat mäter svenskarnas förtroende för hälso- och sjukvården. I mätningen 2020 uppgav nästan 79 procent av befolkningen att de är mycket positiva eller ganska positiva till 1177 Vårdguidens e-tjänster [27].

Bland dem som under pandemin fått nya hälsobesvär har förtroendet för hälso- och sjukvården överlag varit oförändrat eller förbättrats något. Bland personer med långvariga hälsobesvär har förtroendet inte ökat lika mycket som för genomsnittet, och det är fler som anger att deras förtroende för hälso- och sjukvården har minskat. Andelen med minskat förtroende är högre bland de personer som varit med om att hälso- och sjukvården har avbokat, senarelagt eller nekat ett vårdbesök på grund av pandemin.

I Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 uppgav drygt 69 procent av befolkningen att de hade stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region, vilket är en ökning med 9 procentenheter under 2020 (SKR 2021a). Dessutom hade 73 procent mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering av covid-19-pandemin i sin region [28, 29].

I den årliga förtroendebarmetern, som mäter befolkningens förtroende för bland annat olika samhällsinstitutioner, har 81 procent ganska stort eller stort förtroende för hälso- och sjukvården, vilket är en ökning med runt 20 procentenheter från undersökningen 2019 [30].

Postcovid ger upphov till nya rehabiliteringsbehov

Covid-19 har gett upphov till nya patientgrupper: dels patienter som insjuknat i covid-19 och fått akutvård med påföljande rehabiliteringsbehov, dels en stor grupp patienter som har postcovid-symtom.¹² Postcovid förekommer hos personer som haft både lindrig och svår sjukdom, och hos både äldre och yngre personer – även barn. Risken för flera symtom ökar vid högre ålder och högre BMI, liksom efter tidigare sjukhusvård för covid-19. Vidare tycks fler yngre än äldre personer söka vård för postcovid.¹³

Flest postcovid-patienter inom primärvården

Majoriteten av dem som får diagnosen postcovid inom primärvården är kvinnor medan det finns en liten övervikt av män i den specialiserade vården.

Till och med mars 2021 hade 2 379 patienter med postcovid-diagnos rapporterats till Socialstyrelsens patientregister, varav 1 232 män, motsvarande 52 procent, och 1 147 personer var kvinnor motsvarande 48 procent.

Från mitten av oktober 2020 till och med mars 2021 hade 6 168 patienter fått postcovid-diagnos i den offentligt drivna primärvården. Av dessa var 3 986 kvinnor, motsvarande 65 procent, och resterande 35 procent, eller 2 182 personer, var män. Av dem som fått diagnosen inom primärvården var majoriteten i åldern 18–69 år. Inom den privata primärvården har uppskattningsvis 5 000 patienter fått en postcovid-diagnos under perioden. Förekomsten av postcovid varierar i landet [31].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag att kartlägga eventuella regionala skillnader i vård och omsorg av patienter med postcovid

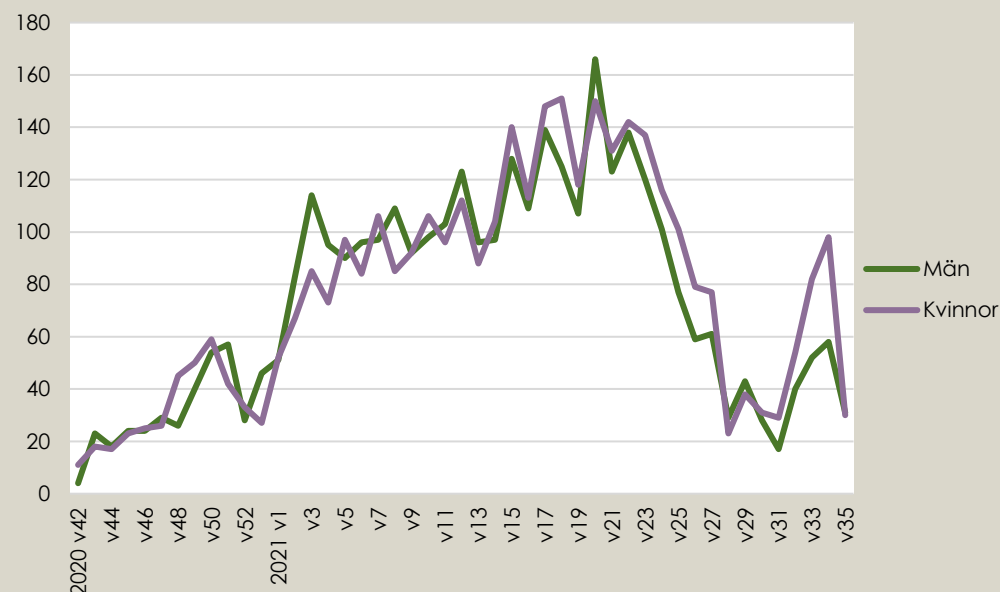
¹² Det finns ännu inte en entydig definition för postcovid. Generellt innebär det att en person har kvarstående symtom tolv veckor efter insjuknande i covid-19.

¹³ Möjligen döljs symtom bakom allmänt åldrande och samtidiga sjukdomar, och äldre kan ha andra aktivitetsmönster och förväntningar på tillfrisknande, men orsaken är oklar.

Figur 2. Antal vårdkontakter med Postinfektiöst tillstånd efter covid-19 – Postcovid

Gäller från införandet av respektive diagnoskod till 7 september 2021

Antal



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

För de flesta som insjuknat i covid-19 avtar symtomen gradvis, och inget stöd från hälso- och sjukvården behövs. Men en del får långvariga och ibland allvarliga symtom, och behöver utredning, behandling, rehabilitering och uppföljning. Dessa patienter kan övergripande delas in i patienter som haft en lindrig infektion och inte behövt sjukhusvård och patienter som haft en svår infektion och fått sjukhusvård, framför allt på grund av andningssvårigheter.

Tabell 3. De vanligaste diagnosgrupperna som rapporterats tillsammans med postcovid

Gäller från införandet av diagnoskoden 16 oktober 2020 till 18 maj 2021

Diagnosgrupper (ICD-10-SE-koder)	Antal personer	Andel (%) av totalt antal personer**
Lungfunktion/Andning	1 264	41
Hjärntrötthet/Kognitiv nedsättning	697	23
Smärta	344	11
Hjärtklappning/POTS	246	8
Kol/Astma	210	7
Pneumoni	207	7
Njurbesvär	118	4
Lukt/Smak	114	4
Neurologiska besvär	91	3
Sömnpromblem	91	3
Feber	88	3
Yrsel/Illamående	80	3
Depression/Ångest	74	2

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

*För en förteckning över ingående diagnoser, se Tabell 2 i Definitioner

**Andelen är beräknad från totalen av unika patienter med Postinfektiöst tillstånd efter covid-19 – postcovid (U.09.9)

Det finns ännu inget evidensbaserat arbetssätt för att utreda, behandla och rehabilitera patienter med postcovid. Särskilt för barn är kunskapsläget svagt. De flesta kan få god vård i primärvården, men vissa behöver specialiserad vård. Framför allt barn kan behöva specialiserad vård av bland annat barnläkare. I några regioner erbjuds idag vård för dessa patienter genom särskilda mottagningar.

Socialstyrelsen har tagit fram rekommendationer på kort tid, utifrån kunskapsläget som det ser ut just nu. Medicinska experter är eniga om att hälso- och sjukvården behöver organiseras efter patienternas individuella behov eftersom patientgruppen är mycket heterogen. Socialstyrelsen har gjort bedömningen att vårdkedjorna kan behöva anpassas för de rehabiliteringsbehov som patienter med postcovid har och har därför publicerat tre stöd till hälso- och sjukvården [32-34].

Det första kunskapsstödet vänder sig till professionen och ansvariga chefer i primärvården med förslag på hur man kan använda rehabiliterande insatser och arbetssätt för att patienterna ska återfå sin hälsa och funktions- och aktivitetsförmåga. Kunskapsstödet kan användas av chefer och arbetsledare för att planera resurserna för rehabilitering [34]. Det andra kunskapsstödet ger rekommendationer om vård vid postcovid [32].

Socialstyrelsen har även tagit fram en processmodell för rehabiliteringsinsatser för patienter med långvariga komplikationer efter covid-19. Med utgångspunkt i den nära vården har myndigheten publicerat ett förslag på flödesschema med beskrivning av vårdnivåer och ger stöd i att upptäcka rehabiliteringsbehov [33].

Hälso- och sjukvårdens hantering av utmaningarna med covid-19

Sveriges hälso- och sjukvårdssystem har under 2020 fått ställa om på grund av utbrottet av covid-19. Akut- och intensivvårdskapacitet har behövt utökas och omdirigering av vård har varit nödvändig för att göra plats och frigöra personal för vård av covid-19-patienter. Utbrottet har lett till många nya arbetssätt för hälso- och sjukvården.

Covid-19-pandemin har totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården i Sverige. Effekterna var som störst under den första vågens tidiga månader april–maj 2020, både för primärvården och den specialiserade vården. Under våren 2020 minskade till exempel antalet fysiska besök vid vårdcentraler från ungefär 1,9 miljoner i januari till knappt 1,1 miljoner i april. I stället ökade andra typer av vårdkontakter, framför allt hembesök och digitala besök. Enligt de fyra största digitala vårdgi- varna ökade antalet digitala vårdmöten sammantaget från februari till mars 2020 med drygt 60 procent [1, 6].

Specialistvården genomförde drygt 90 000 färre operationer och andra be- handlingar inom vårdgarantin under mars till augusti 2020, jämfört med samma period tidigare år, en minskning med 31 procent. De åtgärder som vidtogs inom den specialiserade vården för att klara av produktionen har varit ändrade arbetssätt från fysiska besök till distansbesök, ökad hemmonitorering och direktkonsultation via digitala plattformar mellan vårdnivåer. Andra åtgärder har varit omläggning av scheman, utökade arbetsskift, dagkirurgi, an- vändning av hyrläkare, extra vårdavtal och köp av vård utanför den egna re- gionen, något som dock varit svårare under andra vågen. Även aktualisering av väntelistor och produktionsplanering samt gemensam operationsplanering i regionen har bidragit [2].

Under hösten lyckades regionerna återuppta stora delar av de köer som uppstått under våren 2020 och i mitten av oktober genomfördes lika många operationer som normalt. Samtidigt kunde ett mönster ses av att vårdkontak- terna i primärvården återhämtade sig bättre än vårdkontakter i den speciali- serade vården. En orsak till det är att primärvården kunnat inkludera distans- besök i större utsträckning än i specialiserad vård.

Socialstyrelsens slutsats av den första covid-19-vågen är att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte räckt till att både återhämta den normala produkt- ionen och att ta hand om de uppdämda vårdbehoven. Samma konstaterande gäller efter den andra covid-19-vågen. Sannolikt kommer den tredje vågen att åter försvåra återhämtningen och det ackumulerade vårdbehovet kommer i sin tur att resultera i ytterligare längre väntetider [2].

Cancerbehandlingar har prioriterats

Patienter med aktiv cancersjukdom eller pågående behandling av cancer har en ökad risk för ett allvarligare sjukdomsförlopp vid covid-19. Cytostatikabehandling är en särskilt viktig riskfaktor oberoende av cancerform eller tid sedan insjuknande. Det finns en stor oro att pandemin fått negativa följdverkningar på cancervården, framför allt för att cancerfall ska förbli upptäckta [35].

I juni 2020 gjorde Socialstyrelsen bedömningen att behandlingar och vård av personer med cancersjukdomar inte påverkats på ett sådant sätt att det lett till några medicinska försämringar. De regionala variationerna för förändringar i både genomförda fysiska vårdbesök och operationer/åtgärder berodde framför allt på skillnader i smittspridning mellan regioner, men hade också sin grund i strukturella och organisatoriska faktorer [35].

Det är än så länge inte möjligt att bedöma vad pandemin kommer att ge för konsekvenser när det gäller utvecklingen av cancer generellt i befolkningen.

Färre cancerfall har upptäckts under pandemin

Antalet nyupptäckta cancerfall minskade med 12 procent första halvåret 2020 [36]. Under våren 2020 minskade exempelvis antalet män som diagnostiserades med prostatacancer jämfört med tidigare år.¹⁴ Däremot ökade antalet män som behandlades med radikal strålbehandling [37]. Under perioden mars till juni 2020 registrerades 36 procent färre fall av prostatacancer i NPCR jämfört med samma tidsperiod åren 2017–2019. Minskningen av antalet fall var mest uttalad bland män över 75 år, med en minskning med 51 procent, jämfört med en minskning på 28 procent bland män under 70 år. Preliminära data i NPCR från hösten 2020 visar att minskningen av antalet fall var mindre under den andra pandemivågen [38].

RCC:s analyser visar att den tydliga nedgången i antal inrapporterade tumörer följdes av en återhämtning i början av hösten 2020. Den samlade nedgången fram till slutet av oktober var drygt 9 procent. För riket sammantaget var den största procentuella nedgången för prostatacancer (-20 procent), följt av cervixcancer (-12,8 procent), lungcancer (-11,9 procent), tjock-och ändtarmscancer (-11,8 procent) och bröstcancer (-10,7 procent). Minskningen av rapporterade tumörer varierar kraftigt mellan regionerna. Då antalet rapporterade tumörer på grund av befolkningsförändringar kontinuerligt ökar varje år är nedgången sannolikt underskattad. Det som tycks påverka diagnostiken mest är befolkningens tvekan att söka vård vid nytillkomna symptom eller att delta i screening under pandemin.

I oktober 2020 uppgav 13 av 21 mammografienheter att tidsintervallen för mammografikontroller upprätthölls med endast mindre fördröjningar. Regionerna har dock prioriterat utredning av kvinnor som söker för knöl i bröstet eller andra bröstrelaterade symtom, före screeningsundersökningar till symptomfria kvinnor. Den genomsnittliga nedgången i riket av antalet rapporterade brösttumörer fram till oktober 2020 talar för att regionerna lyckats upprätthålla screeningen relativt väl.

¹⁴ I NPCR registreras 98 procent av alla män som diagnostiseras med prostatacancer.

Under våren 2020 pausades screening för cervixcancer i flera regioner med uppehåll i omgångar som varat från några veckor till månader. Restriktioner och råd för att begränsa smittan har också minskat följsamheten till kallelser för cellprov, vilket gjort det svårt att upprätthålla full kapacitet i screeningen. Även sjukfrånvaro och omfördelning av personal, samt sjukdomssymtom eller rädsla bland kvinnor som kallats, har lett till en minskad screeningaktivitet. Några regioner har även rapporterat ökad belastning på laboratorierna och brist på provtagningsmaterial. De flesta regioner rapporterar en uppskjuten screening av varierande grad. Socialstyrelsen har gett ut tillfälliga föreskrifter för HPV-självprovtagning. Några regioner¹⁵ har snabbt kunnat följa föreskrifterna eftersom anpassningar för självprovtagning redan funnits på plats, medan regioner som inte infört självprovtagning före pandemin haft svårare att komma igång [36].

RCC:s jämförelse av inrapporteringen helåren 2020 och 2019¹⁶ visar att mönstret kvarstår oförändrat till och med december 2020. Nedgången av antalet B-anmälningar (alla laboratorier) under perioden mars – december 2020 jämfört med motsvarande period 2019 var drygt 7 procent med kvarstående regionala skillnader [39]. Se tabell 4 nedan.

¹⁵ Stockholm, Östergötland, Skåne och Dalarna.

¹⁶ Redovisningen omfattar inrapportering av såväl maligna, premaligna som vissa benigna tillstånd enligt Socialstyrelsens föreskrifter och råd (HSLF_FS 2016:7). I Sverige har alla vårdgivare en skyldighet att anmäla nyupptäckta cancerfall till Cancerregistret vid Socialstyrelsen. För att ett nyupptäckt cancerfall ska inkluderas i statistiken krävs anmälan både från anmälande läkare (A-anmälan) och från den patologienhet som fastställt diagnosen (B-anmälan). Inrapporteringen av A-anmälningar sker dock i regel med viss fördröjning.

Tabell 4. Procentuell förändring av det totala antalet provsvar med cancerdiagnos inom respektive tidsperiod 2020, jämfört med samma tidsperioder 2019.

Kolumnen mars-maj visar procentuell (%) förändring av totala antalet provsvar under mars-maj 2020 jämfört med mars-maj 2019.

Laboratorium	jan-feb	mar-maj	jun-sep	okt-dec	mar-dec
Falu lasarett	-7.9	-20.0	-9.4	-19.8	-15.9
Danderyds sjukhus	-13.4	-31.4	-12.9	-21.5	-21.7
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge	-10.7	-36.3	-14.3	-21.6	-23.9
Karolinska Universitetssjukhuset Solna Klinisk	2.8	-19.1	-2.9	2.0	-6.4
Södersjukhuset	-2.4	-9.6	8.9	23.8	7.4
Stockholmslaboratorier totalt	-4.2	-24.8	-5.7	-5.5	-11.7
Länssjukhuset Ryhov Jönköping	20.7	6.2	-4.5	-10.8	-3.5
Norra Älvsborgs länssjukhus Trollhättan	1.0	-13.7	-13.9	3.3	-8.6
Sahlgrenska Universitetssjukhuset Klinisk	-1.7	-12.6	-6.0	-2.5	-6.9
Skaraborgs sjukhus Skövde	5.3	-7.4	8.9	9.1%	3.9
Södra Älvsborgs sjukhus Borås	-0.4	-12.6	-14.3	-9.6	-12.2
Blekingesjukhuset Karlskrona	3.2	-4.4	-11.6	-7.0	-7.9
Centralsjukhuset Kristianstad	-6.2	-12.6	-1.2	13.9	-0.1
Helsingborgs lasarett	-7.5	-21.7	3.3	2.6	-5.2
Skånes Universitetssjukhus Lund	3.7	-7.5	-4.8	-9.5	-7.1
Skånes Universitetssjukhus Malmö	4.8	-6.8	6.5	4.3	1.8
Totalt		-13.9	-4.4	-3.9	-7.2

Resultaten redovisas utifrån perioderna före pandemin (jan-feb), våg ett (mar-maj) mellan våg ett och två (jun-sep), och under våg två (okt-dec).

Källa: Cancercentrum.se

RCC:s bedömning är att konsekvenserna på ett års sikt i hög grad beror på pandemins fortsatta utveckling. För vissa regioner och diagnoser är risken stor att cancervårdens olika delar kommer att uppleva en tydligt högre belastning när pandemin klingar av. Det är ännu inte möjligt att bedöma mer långsiktiga konsekvenser på canceröverlevnad och dödlighet [36].

Samma utveckling som i Sverige har noterats i ett flertal länder, bland annat Norge och Danmark. Det är antagligen en konsekvens av att färre sökt vård under pandemin och att antalet undersökningar minskat.

Väntetiderna till cancervården

När det gäller hälsotillstånd som cancer är det viktigt att patientens diagnos inte går oupptäckt under lång tid eftersom det försvårar prognosen framöver.

SKR:s tillgänglighetsdata visar att cancervårdens behandlingar har kunnat prioriteras under pandemin. En större andel standardiserade vårdförlopp (SVF) har genomförts inom uppsatt måltid under våren 2020 jämfört med motsvarande period föregående år, även om antalet varit färre. Väntetid till ett urval studerade canceroperationer har varit kortare under våren och antalet operationer har varit i paritet med antalet operationer 2018, men något färre än 2019 [1].

Av nationella väntetidsdatabasen framkommer att cancervården hade 10 procent (-2 254) färre genomförda första besök i mars till och med december

2020 jämfört med motsvarande period 2019.¹⁷ Andelen väntande patienter som väntat mer än 90 dagar på första besöket var 2 procent (26 personer) i december 2020 och 8 procent (135 personer) i januari 2021.

Det kan därför finnas anledning att närmare studera varför dessa fall väntar längre än vårdgarantins tidsgräns [2].

Cancerkirurgi har skjutits upp

Under våren 2021 kom signaler om att femton sjukhus som bedriver intensivvård hade skjutit upp vård som inte kan vänta, på grund av den hårda belastningen under pandemin.¹⁸ Cancerkirurgi var ett sådant område som vissa regioner angav hade skjutits upp. Det handlar framför allt om patienter som fått vänta längre än 90 dagar [40].

Samtidigt har många regioner skalat upp sin operationsverksamhet under sommaren 2021 för att komma till rätta med långa köer. Karolinska universitetssjukhuset gjorde till exempel 67 procent fler canceroperationer vecka 25–30 i år än samma period 2019. Karolinska universitetssjukhuset har också slutit samarbetsavtal om avancerad vård med regionerna Gävleborg och Dalarna för att kunna ta om hand vissa patienter från dessa län [41].

IVO har inlett en nationell tillsyn av cancersjukvården

Uppskjuten cancervård innebär allvarliga risker för patientsäkerheten och påtagliga risker för vårdskador. IVO kommer därför att granska hur regionerna under pandemin tillgodoser behoven hos enskilda patienter utifrån de prioriteringar som har varit nödvändiga med anledning av pandemin. Tillsynen pågår under 2021 och granskningen omfattar:

- vilka konsekvenser den inställda vården och behandlingen har inneburit för enskilda patienter
- om det finns allvarliga brister som påverkar patientsäkerheten
- hur vårdgivarna har planerat att komma till rätta med den uppskjutna vård som covid-19 har orsakat.

IVO:s data om lex Maria-anmälningar, klagomål och andra upplysningar kommer också att ligga till grund för tillsynen [3].

Viktigt med plan för pausade screeningprogram

Under pandemin har samtliga tre screeningprogram behövt anpassas, och i vissa regioner har screeningverksamheten pausats. Orsaken är den ökade smittorisk och ansträngda personalsituation som uppstått. Ett stort antal inbjudna personer har också avstått från att komma till screening på grund av smittorisk, vilket har lett till att deltagandet i vissa regioner varit lågt, även om screeningverksamheterna har hållit öppet.

Under pågående pandemi kan smittoriskerna med att delta i screeningen eventuellt väga tyngre än den förebyggande hälsovinst som screening normalt innebär. Behovet av att optimera hälso- och sjukvårdsresurserna kan leda till att screeningen tillfälligt kan behöva pausas. De resurser som

¹⁷ Nationella väntetidsdatabasen innehåller endast första besök till cancersjukvården och Region Stockholm rapporterar inte in data för cancersjukvården.

¹⁸ Enkäten skickades till 62 sjukhus som bedriver intensivvård och representanter för 51 sjukhus besvarade enkäten.

screeningen tar i anspråk kan i ett extraordinärt läge också bedömas göra större nytta i andra delar av hälso- och sjukvården. I de fall screeningen tillfälligt behöver pausas ska en plan tas fram för hur screeningen ska återupptas [42].

Konsekvenser av uppdämda vårdbehov inom screeningverksamheter

Socialstyrelsens bedömning är att regionerna för närvarande arbetar hårt för att komma ifatt med screeningverksamheten. För mammografiverksamheterna har regionerna bland annat satsat på utökade öppettider genom att personal fått arbeta övertid. Även om läget i regionerna ser olika ut, kan det ta upp till två år innan screening för mammografi är i kapp. Regionerna rapporterar också att kvinnor, trots utökad verksamhet, inte prioriterar att komma. Under 2019 dök i genomsnitt 83 procent av de kallade kvinnorna upp på sin mammografi. För 2020 var den siffran 79 procent för hela landet [43].

Pandemins inverkan på cancerrehabilitering

Under pandemin har mycket av patientkontakten inom cancerrehabilitering skett digitalt. Detta har på vissa håll lett till nya innovativa lösningar, exempelvis digitala träffar/stödgrupper för personer med cancer. Flera fysiska aktiviteter i rehabiliterande syfte, såsom träningsgrupper och bassängträning, har inte kunnat genomföras under pandemin och de sociala kontakterna har begränsats.

Pandemin har lett till att närstående till patienter med cancer upplever att de har hamnat ännu mer i skymundan. På grund av restriktionerna har patienterna vid besök i vården inte fått ta med sig någon utomstående person. De närstående har en viktig roll i samtalen kring patientens mående dels för att ge stöd till sin anhörige under sjukdomsperioden men också för att få stöd för sina egna behov [44].

Uppdämda vårdbehov för personer med kroniska sjukdomar

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av ett urval åtgärder inom de nationella riktlinjerna för att på så sätt få en bred bild av uppdämda vårdbehov.¹⁹ Följsamheten till riktlinjerna skiljer stort mellan regionerna. Generellt har patienter kunnat få akuta insatser, medan årliga läkarbesök och kontroller för personer med kroniska sjukdomar har minskat mer.

Det gäller exempelvis astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, där cirka 26 000 färre patienter har fått sin lungfunktion mätt med spirometri²⁰ under 2020 jämfört med 2019.

¹⁹ De riktlinjeområden som ingår i analysen är astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, epilepsi, endometrios, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke samt tandvård. Utvärderingen visar inte bara på vårdvolymen i sig, utan även i vilken utsträckning patienter får den rekommenderade åtgärden i rätt omfattning och i rätt tid.

²⁰ Att mäta patientens lungfunktion med spirometri är en högt prioriterad insats i riktlinjerna och en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande.

För personer med diabetes är regelbundna kontroller viktiga för att undvika komplikationer. Socialstyrelsen rekommenderar bland annat årliga fotundersökningar i syfte att minska risken för exempelvis svårläkta sår, infektioner och amputation. Antalet patienter med typ 2-diabetes som fått en sådan undersökning har minskat med nästan 50 000 mellan 2019 och 2020. Motsvarande siffra för typ 1-diabetes är 8 700.

Under pandemin har antalet demensutredningar minskat med 30 procent. År 2020 var det omkring 2 100 färre personer som genomgick en basal demensutredning, jämfört med 2019. Även utredningstiden har blivit längre än tidigare.

Det finns även områden där följsamheten till de nationella riktlinjerna generellt har kunnat upprätthållas under pandemin. Ett sådant exempel är hjärtsjukvården. Patienter med hjärtinfarkt har fått akut behandling i samma utsträckning som tidigare år. Planerad kirurgi vid klaffsjukdom har utförts i ungefär lika hög utsträckning som före pandemin [45].

Även när det gäller stroke så har akut vård och behandling getts i samma utsträckning under 2020 som tidigare år. Andelen personer som anlänt till sjukhus inom tre timmar från start av strokesymptom har minskat marginellt. Tillgång till rehabilitering inom slutenvården efter stroke varierar stort i riket. Multidisciplinär rehabilitering inom öppenvård har minskat, medan tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam har ökat.

Socialstyrelsens utvärdering visar att vårdens följsamhet till flera nationella riktlinjer har blivit sämre under pandemin. All vård som uteblivit behöver inte tas igen, men på en del områden kan det ha byggts upp ett uppdämt vårdbehov. Om patienter inte får rätt behandling i tid finns det en risk för att de försämras. Det är därför viktigt att utvärderingens resultat används som underlag i regionernas och kommunernas planering och hantering av de uppdämda vårdbehoven [46].

Uteblivna besök för fem kroniska diagnoser har inte återhämtat sig

Socialstyrelsen har följt fem kroniska sjukdomsgrupper som kan antas ha ett större behov av nybesök och återbesök i primärvården. Dessa sjukdomsgrupper är astma, lungsjukdomar, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och högt blodtryck. Flera av dessa sjukdomsgrupper tillhör också riskgrupper för covid-19. Utvecklingen av dessa vårdkontakter visar i stort sett ett liknande mönster som utvecklingen av det totala antalet vårdkontakter för primärvården mellan januari 2020 och januari 2021. Vårdkontakter med de fem sjukdomsdiagnoserna verkar dock inte stå för den besöksökning totalt som ses i november 2020. Det skulle kunna tyda på att återhämtningen för återbesök för dessa diagnoser varit lägre än för övriga vårdkontakter [2].²¹

Det är viktigt att regionerna aktivt säkerställer att patienter med kroniska sjukdomar kommer till vården för regelbundna undersökningar.

²¹ Socialstyrelsen har inte haft tillgång till data för diagnoserna i kombination med graden av nybesök eller återbesök för att studera detta närmare. Eftersom det inte går att identifiera huvuddiagnosen via väntetidsdatabasen, kan man inte med säkerhet utgå från att vårdbesöket verkligen gällde just de specifika diagnoserna.

Uppdämt behov av rehabilitering för personer med funktionsnedsättning

Pandemin har medfört uppdämda behov av rehabilitering, vilket framkommer av dialog med ledamöter i Socialstyrelsens funktionshindersnämnd.²² De inställda rehabiliteringsinsatserna uppges både ha berott på att avdelningar har haft stängt och på att patienter inte har vågat delta på grund av rädsla för smitta.

Strokeförbundet uppger att färre personer har sökt vård under pandemin. Samtidigt har strokevården lånat ut personal till pandemienheter, vilket påverkat rehabiliteringen.

Ett annat exempel är rehabilitering vid afasi. Även här uppges vårdbesöken många gånger ha ställts in. Det har dels berott på att verksamheter har haft stängt och att personal tillfälligt flyttats till annan verksamhet, men också på att patienter inte har vågat komma till sina besök.

Neuroförbundet konstaterar att pandemin har lett till att nya patientgrupper som drabbats hårt av covid-19 har stora rehabiliteringsbehov. Även andra patientgrupper och många av Neuroförbundets medlemmar har fått sin rehabilitering inställd och det har på så vis byggts upp ett rehabiliteringsbehov.

Astma- och allergiförbundets medlemsundersökning om inställda undersökningar i Stockholm visar att en stor andel har undvikit att söka vård av rädsla för att bli smittade. Ungefär var tredje patient upplever att astmavården inte varit lika tillgänglig som vanligt. 25 procent anger att de har fått sin spirometri inställd. Förbundet konstaterar att inställd vård även förekommit i andra delar av landet [8, 47-50].

Habiliteringens verksamhet är också påverkad

Habiliteringens verksamhet har till viss del påverkats negativt av covid-19, exempelvis i form av inställda aktiviteter. Omställningen till digitala möten kom dock igång på bred front under hösten 2020. De som framför allt har uteblivit från besök är personer med flerfunktionsnedsättning, men även personer med cerebral pares [8].

²² I nämnden ingår representanter för patient- och funktionshindersorganisationer.

Hälso- och sjukvårdspersonalens situation under pandemin

För vårdpersonalen har pandemin inneburit en stor omställning. Övana att arbeta med covid-19-patienter, etisk stress, längre arbetspass och därmed kortare tid för återhämtning är några av de förändrade faktorer som lyfts fram som påverkar förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens kapacitet framåt [2].

Trots bättre kunskap om den medicinska behandlingen av covid-19-patienter under andra vågen, har trycket på en del av hälso- och sjukvårdspersonalen fortsatt varit hårt. För den vårdpersonal som har omhändertagit covid-patienter har pandemin inneburit arbete med krislägesavtal och frekventa schemabyten som ger en hård belastning och kräver stor flexibilitet. Stress, oro och en bristande återhämtning kan leda till somatiska besvär och psykisk ohälsa som i sin tur kan leda till sjukskrivningar eller egeninitierade uppsägningar [2, 51, 52].

Covid-19 vanlig arbetsskada för vårdpersonal

En sammanställning från Arbetsmiljöverket under hösten 2020 visar att 5 000 personer har anmält till Försäkringskassan att de drabbats av en arbetsskada på grund av coronaviruset. Merparten rör vårdpersonal, till exempel undersköterskor och sjukvårdsbiträden, med 2 101 anmälningar. Därefter följer sjuksköterskor med 1 391 anmälda arbetsskador [53].

I november 2020 visade statistik från Arbetsmiljöverket att antalet anmälningar om coronarelaterade arbetssjukdomar var över 1 800 för Vårdförbundets yrkesgrupper. De flesta anmälningarna gällde sjuksköterskor [54].

Vård och omsorg är den bransch näst efter utbildning som anmält flest tillbud kopplat till covid-19 enligt Arbetsmiljöverket. I maj 2021 hade 9 804 tillbud anmälts av personal inom vård och omsorg.

Fler söker till vårdutbildningar under pandemin

Samtidigt som personalen inom covidvården haft en ansträngd situation har intresset för att utbilda sig inom ett vård- eller omsorgsyre ökat under pandemin. Bland de utbildningar som fått fler sökande under pandemin finns flera utbildningar inom vårdområdet. Till sjuksköterskeprogrammen ökade antalet sökande med 34 procent (cirka 5 200 personer) höstterminen 2020 jämfört med året innan. Läkarprogrammen mottog 26 procent fler sökande och utbildningarna till biomedicinsk analytiker ökade med 22 procent hösten 2020 [55].

Andelen heltidsanställda ökar i kommuner och regioner

Allt fler väljer att arbeta heltid inom välfärden och 2020 var ökningen störst i kommunernas vård och omsorg, där andelen heltidsarbetande ökade med 2,8 procentenheter. Att fler anställs på heltid och arbetar heltid är en viktig pusselbit i att klara kompetensförsörjningen i välfärden de kommande åren. Andelen tillsvidareanställda ligger på drygt 80 procent. Antalet timavlönade var något färre i november 2020 än året innan. I gruppen 65 år och äldre minskade de timavlönade kraftigt 2020, vilket antas vara en effekt av pandemin. Timavlönade har dock varit en viktig resurs för att klara bemanningen under pandemin [56].

Pandemin har påverkat kompetensförsörjningen

Den centrala resursen i hälso- och sjukvården utgörs av dess personal. Redan innan pandemin fanns kända utmaningar för vårdens kompetensförsörjning, och under senare år har ett flertal utredningar och rapporter pekat på utmaningar och gett förslag till åtgärder gällande kompetensförsörjningen. Bland de utmaningar som framkommit finns bristen på vissa specialistkompetenser men även svårigheter att rekrytera utbildad personal. Covid-19-pandemin har bidragit till att göra utmaningarna ännu tydligare. I ljuset av pandemin har arbetsförhållandena för vårdpersonalen inom många verksamheter drastiskt förändrats, som nämndes ovan. Nationella vårdkompetensrådets analys pekar på både utmaningar och möjligheter med pandemin för hälso- och sjukvården. Teamarbetet i vården har utvecklats under pandemin, liksom digitala arbetssätt. Samarbetet om bemanning, verksamhetsförlagd utbildning och fortbildning har stärkts och det har även varit positivt att forskningens betydelse för sjukvården har lyfts fram. De utmaningar som synliggjorts handlar framför allt om behoven av specialistkompetens och det behov som finns av att stärka kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård. Snabbutbildad personal och omfattande delegering kan påverka patientsäkerheten.

Nationella vårdkompetensrådet föreslår en rad insatser för att driva på utvecklingen i en önskvärd riktning: förbättrad samordning om verksamhetsförlagd utbildning, VFU, men även stärkt samordning mellan lärosäten om specialistutbildningar. Också klinisk forskningssamverkan föreslås stärkas. Vidare föreslår rådet att satsningar på utbyggnad av utbildningar behöver åtföljas av forskningssatsningar, men även att utbildning i teamarbete behöver utvecklas, liksom digital utbildning och innovation [52].

Indirekta effekter på vårdkonsumtionen av pandemin

Både efterfrågan och utbudet på annat än covid-19-vård har minskat kraftigt till följd av pandemin under 2020. Vården har behövt ställa om för att omhänderta ett snabbt ökat antal allvarligt sjuka i covid-19. Samtidigt har många i befolkningen valt att inte söka vård, trots att de skulle behöva det [4].

Vård- och omsorgsanalys uppföljning av effekter på vårdkonsumtionen visar att nära 40 procent av befolkningen²³ antingen har avstått från eller väntat längre med att söka vård och istället hanterat sina hälsoproblem på egen hand under pandemin.

Av dem som undvikit eller väntat längre med att söka vård anger 77 procent att ovilja att belasta vården påverkat sökbeteendet. Nära 60 procent anger också att rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket bidragit till att de avstått eller avvaktat att söka vård.

Drygt 15 procent av befolkningen anger att vården antingen nekat, ställt in eller senarelagt deras vård på grund av pandemin. Var sjätte person anser att det under pandemin varit svårt att få kontakt med vården.

Av dem som på grund av pandemin undvikit att söka vård eller påverkats av vårdens ransoneringar, bedömer 58 procent att de har kvarvarande behov av vård.

7 procent av befolkningen anger att de under pandemin fått ett försämrat hälsotillstånd på grund av vård som de antingen avstått från själva eller som blivit inställd på vårdens initiativ.

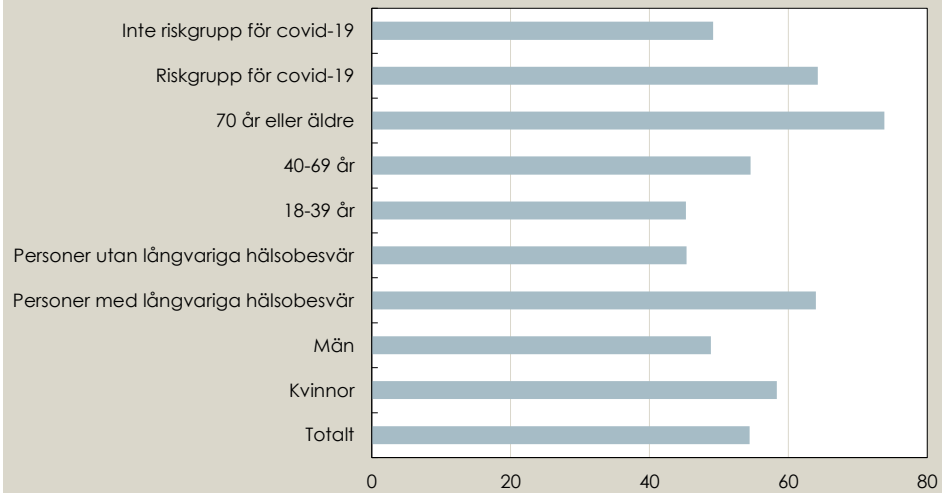
Vård- och omsorgsanalys slutsatser är bland annat att vårdens omställning och befolkningens ändrade vårdssökarbete har lett till ett uppdämt vårdbehov som är större än vad nationell statistik visar.

Riskgrupper för covid-19 och personer med långvariga hälsobesvär har minskat sin vårdkonsumtion mest. De har i större utsträckning själva valt att avvakta med att söka vård och verkar även i större utsträckning ha påverkats av vårdens ransoneringar under pandemin. En större andel inom dessa grupper har ett kvarvarande behov jämfört med befolkningen i övrigt [4].

²³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skickade ut en enkät till en befolkningspanel i december 2020 och insamlingen pågick till 7 januari 2021. Deltagarna i panelen rekryterades slumpmässigt ur Statens personadressregister (SPAR) och stratifierades utifrån län och två ålderskategorier samt kön och utbildningsnivå. Drygt 2 100 personer i fem olika regioner svarade på enkäten. Urvalet av regioner omfattar Blekinge, Jönköpings län, Stockholm, Värmland och Östergötland. Befolkningen i dessa fem regioner behöver inte spegla befolkningen i riket.

Figur 3. Uppskjuten vård i befolkningen

Andel (%) som fortfarande behöver vård efter att själva avbokat, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin, uppdelat efter olika bakgrundsgrupper.



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021.

Uppdämda vårdbehov

– regional hälso- och sjukvård

I detta kapitel beskrivs de uppdämda vårdbehoven inom primärvård, specialiserad vård och väntetider.

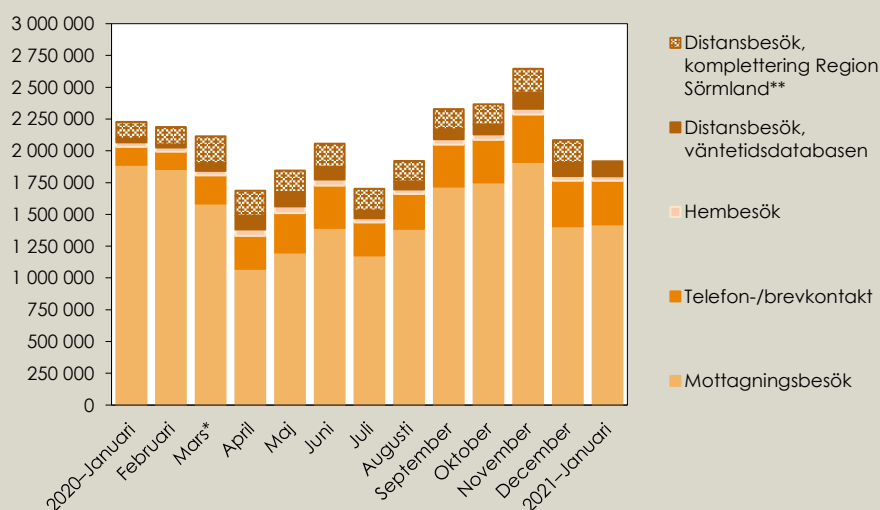
Besök inom primärvård minskade mest bland barn och äldre

I januari 2020 genomfördes drygt 2 miljoner vårdkontakter inom primärvården. Ett år senare, i januari 2021, hade andelen genomförda vårdkontakter minskat med 23 procent för gruppen 0–17 år, med 3 procent för gruppen 18–69 år och med 14 procent för gruppen 70 år och äldre, jämfört med januari 2020.

Det är mottagningsbesöken som har minskat mest, med 25 procent, medan distansbesök har ökat med 278 procent. Brev- och telefonkontakter ökade med 144 procent, och hembesök ökade med 6 procent mellan januari 2020 och januari 2021.

Figur 4. Vårdkontakter inom primärvården

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



* 10 mars: Hög risk för samhällssmitta enligt Folkhälsomyndigheten.

** Från januari 2021 redovisas inte några distansbesök från Region Sörmland eftersom några av de större vårdgivarna fakturerar direkt till patientens hemlän istället.

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

Hembesöken har under pandemin ökat för alla patienter utom för dem i åldersgruppen 0–17 år.²⁴ Folkhälsomyndigheten, och även Region Stockholm, har kunnat se samma mönster av att hembesöken i barnhälsovården har minskat under pandemin [2, 5, 57].

Nybesök mer påverkade än återbesök

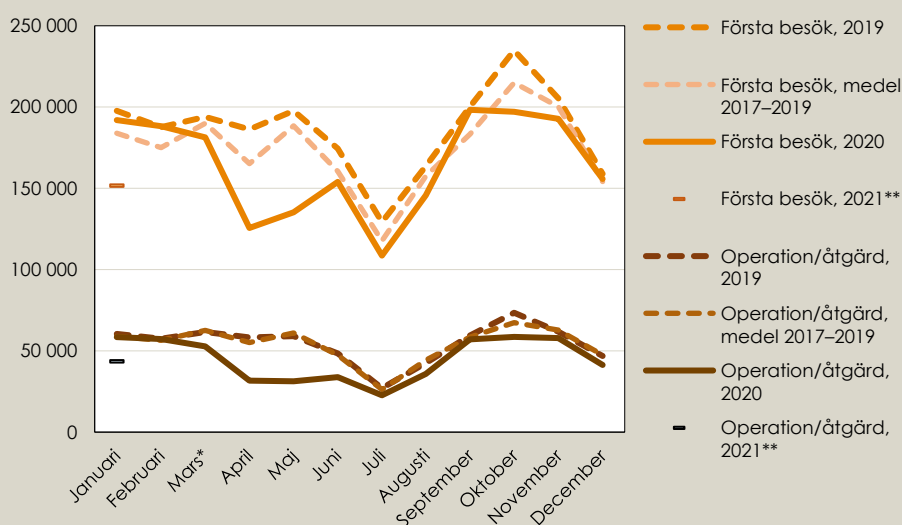
De primärvårdskontakter som inrapporteras till väntetidsdatabasen inkluderar både nybesök²⁵ och återbesök²⁶. Återhämtningen av vårdkontaktarna från september 2020 gäller främst återbesöken. En förklaring kan vara att det är enklare att utföra vissa återbesök digitalt. Att nybesöken generellt har påverkats mer av pandemin²⁷ beror antagligen på att nybesök oftare kräver ett fysiskt besök [2].

Produktionen av specialiserad vård har varierat

Under perioden mars 2020–januari 2021 var den totala minskningen 14 procent (-290 414) för genomförda första besök i den specialiserade vården inom vårdgarantin, jämfört med mars 2019–januari 2021 (figur 5 nedan).

Figur 5. Besök samt operationer och åtgärder i specialiserad vård

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



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

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

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

²⁴ Minskningen skedde i mars–december 2020 jämfört med medelvärde januari–februari 2020 samt i januari 2021 jämfört med januari 2020.

²⁵ Vårdkontakt för ett nytt hälsoproblem som ingår i vårdgarantin.

²⁶ Vårdkontakt för en patient med ett känt hälsoproblem där detta inte ingår i vårdgarantin.

²⁷ Med undantag för sommarmånaderna juni–augusti 2020 som för återbesöken dock följer säsongsmönstret.

Vårdgarantins besök, operationer och åtgärder minskade mer under den första vågen. Antalet genomförda första besök inom vårdgarantin var färre under den första vågen mars–september 2020 (-16 procent) än under den andra vågen oktober 2020–januari 2021 (-12 procent), jämfört med motsvarande perioder 2019–2020.

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

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

Under perioden mars 2020–december 2020 har samtliga specialiteter genomfört färre besök jämfört med motsvarande period 2019–2020. De största minskningarna i antalet besök skedde inom öron-näsa-halssjukvård (-21 procent), ortopedi (-16 procent) samt barn- och ungdomsmedicin (-20 procent).

Minskningen av antalet operationer

Under 2020 genomfördes totalt 422 513 operationer i Sverige²⁸, vilket är en minskning med 16 procent jämfört med 2019.²⁹ Under den andra vågen oktober 2020–januari 2021 minskade antalet genomförda operationer med 21 procent jämfört med motsvarande period 2019–2020.

De planerade operationerna har minskat mer än de akuta

De planerade operationerna utgör cirka 70 procent av alla operationer. År 2019 genomfördes drygt 350 000 planerade operationer.³⁰ De planerade operationerna stod för den huvudsakliga minskningen av operationerna; de var 30 procent färre under perioden mars 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020, medan de akuta operationerna under samma period bara minskade med 1 procent.

De flesta planerade operationerna 2019 ingick inom området rörelseapparat (23 procent) samt mag-tarmkanalen och därtill hörande organ (14 procent). Den största absoluta minskningen skedde inom området rörelseapparat (-39 procent) och den största relativa minskningen utgjordes av planerade operationstyper inom området öron-näsa-hals och struphuvud (-45 procent) under perioden mars 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020.

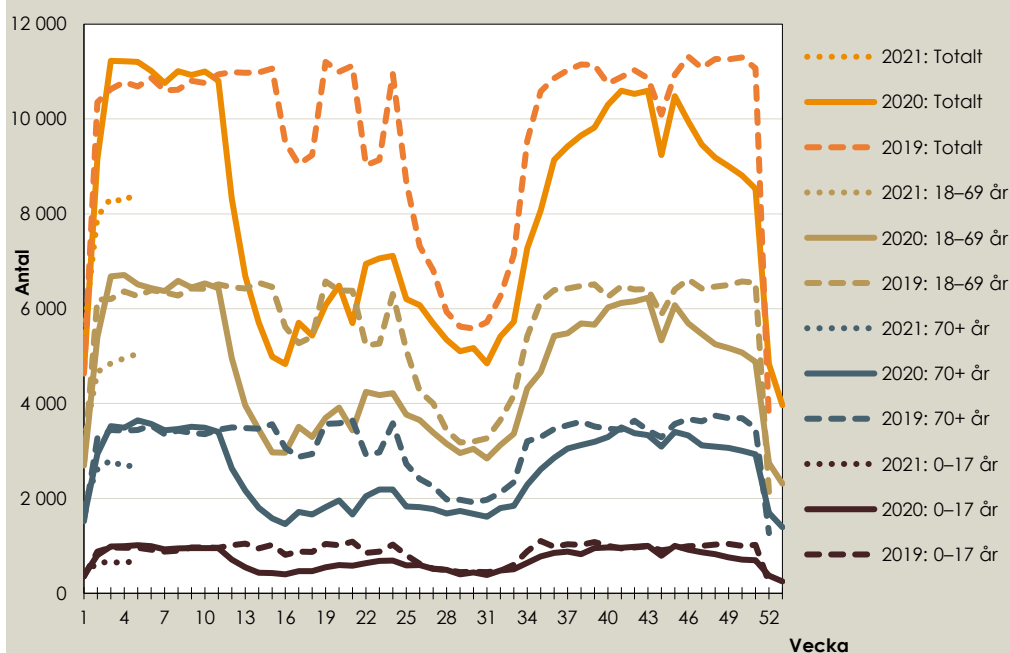
²⁸ Oavsett om de täcktes av vårdgarantin eller inte.

²⁹ Per helår 2019 utfördes enligt Svenskt Perioperativt Register (SPOR) drygt 590 000 operationer.

³⁰ Oavsett om de ingick i vårdgarantin eller inte.

Figur 6. Antal genomförda operationer totalt (planerade och akuta) i riket *

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



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

Källa: Nationella kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR).

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

De operationer som minskade mest bland barn och unga (0–17 år) var planerade operationer av trumhinnor och mellanöron (-56 procent) och operationer av tonsiller och adenoider (-48 procent). För gruppen 18–69 år var det framför allt knä- och underbensoperationer som minskade mest i antal (-39 procent). För patienter 70 år och äldre minskade flest antal operationer av höftleder och lår (-46 procent) samt operationer av knän och underben (-52 procent).

Operationer inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård minskade mest

Under perioden mars–december 2020 minskade antalet genomförda operationer och åtgärder som omfattas av vårdgarantin inom specialiserad vård inom alla vårdutbud.³¹ De största minskningarna skedde inom ortopedi (-31 procent), allmän kirurgi (-21 procent) och ögonsjukvård (-13 procent).

Produktionen av operationer och åtgärder inom vårdgarantin minskade både under den första och den andra vågen, men minskningen var större under den första vågen än under den andra vågen.

³¹ Jämfört med mars–december 2019.

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

Väntetiderna har ökat

Nedan beskrivs förändringen i väntetider under första och andra vågen av pandemin. Faktarutan nedan beskriver den nationella vårdgarantins tidsgränser som gäller för primärvården och den specialiserade vården.

Den nationella vårdgarantin

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

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

Sammantaget har antalet väntande patienter ökat under pandemin och det är väntetiderna på operation eller åtgärd som har ökat mest.

Av det antal som väntat över 90 dagar på besök i januari 2021, är det flest som väntar inom ögonsjukvård. Där har 25 700 personer väntat över 90 dagar. Andelen som har väntat över 90 dagar är störst för området allergisjukvård, där drygt fem av tio väntat över 90 dagar.

Flest väntande, ses för behandling inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård. Andelen som har väntat över 90 dagar är störst för området plastikkirurgi, där drygt sex av tio patienter väntat över 90 dagar.

Väntetiderna för behandling ökade något mer för personer i åldern 18–69 år än för andra åldersgrupper. Det ses inte några skillnader i väntetider mellan kvinnor och män. Kvinnor utgör en större andel av de väntande, både vad gäller kortare och längre väntetider, eftersom fler kvinnor (57 procent) än män besöker vården och genomgår fler operationer och åtgärder som täcks av vårdgarantin.

Sammantaget är det också så att antalet patienter som själva valt att vänta eller som vården låter vänta minskade hösten 2020 men sedan började öka igen fram till januari 2021.

Antalet patienter som väljer att vänta ökar

Antalet väntande patienter inom den specialiserade vården minskade under mars till juli 2020 jämfört med motsvarande månader 2019 och medelvärdet 2017–2019. Detta är en effekt av att flera regioner under våren gått igenom och aktualiserat sina väntelistor på grund av pandemin. En annan orsak till det minskade antalet väntande är att patienter avvaktat med att kontakta vården trots upplevt behov, vilket bidragit till ett minskat inflöde.

I januari 2021 valde drygt 52 000 patienter att vänta, eller behövde vänta av medicinska skäl på besök eller på operation eller åtgärd inom vårdgarantin för specialiserad vård jämfört med 28 200 väntande i januari 2020.

Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar är fortsatt fler än tidigare år. Antalet patienter som väntat mer än 90 dagar låg i december 2020 på fortsatt högre nivåer jämfört med december 2019 samt medelvärdet 2017–2019.

En ökning av antalet väntande på besök eller behandling kan handla om att färre patienters vårdbehov tillgodoses så att de väntande ackumuleras, men i en situation som under covid-19-pandemin, speglar det även att patienterna åter kontaktar vården eller att vården kallar patienterna. Förmodligen består ökningen av dels nyttillkomna vårdbehov, dels vårdbehov som patienterna avstått från att söka för under den första vågen.

Uppdämda vårdbehov för barn och unga

Före pandemin, i december 2019, var andelen i åldersgruppen 0–17 år som väntade på besök mer än 90 dagar lägre än för andra åldersgrupper, medan den var högre för operationer och andra åtgärder. Detta indikerar att åldersgruppen prioriterats för ett första besök, men hade svårigheter att komma till behandling redan före covid-19-pandemin.

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

När det gäller barnortopediska operationer kan det i normala fall vara svårare att få hjälp av privata aktörer med att arbeta av vårdkön än för vuxna när det gäller till exempel knä- och axeloperationer. Planerade operationer inom barnortopedi,³² kan dessutom kräva multidisciplinär handläggning som kräver inläggande vård på barnklinik. Patienter som berörs blir än mer utsatta vid en pandemi eller annan krissituation. För barn motsvarar en lång väntan på operation en stor andel av deras liv, vilket i sin tur kan få konsekvenser i form av förlängt lidande samt påverka utveckling och tillväxt.

Svårt bedöma hur många som fortfarande undviker att söka vård

Utifrån Socialstyrelsens rapport om vårdproduktion och köer går det inte att bedöma hur stor andel av de patienter som undvek vården under första vågen, eller som fick sina besök avbokade, som fått vård under den andra vågen. Det

³² Som ofta rör små barn eller barn med funktionsnedsättning.

går inte heller att bedöma hur många som fortfarande undviker att söka vård, utöver att de tycks vara färre [2].

Att inte få vård i rätt tid kan vara en vårdskada

En väntan på diagnos eller behandling kan innebära ökad oro, smärta och försämrad livskvalitet. Längre väntan kan även leda till ett försämrat medicinskt tillstånd, vilket i sin tur kan påverka prognosen negativt eller leda till patientsäkerhetsrisker vid behandling eller i slutändan till en situation där ingen behandling kan genomföras [2].

Med bristande tillgänglighet och långa väntetider ökar riskerna att patienterna inte får den vård som de behöver i rätt tid. IVO har därför konstaterat att det kan vara en vårdskada att inte få vård i rätt tid [3].

Höga tillgänglighetsbarriärer kan också riskera patientsäkerheten. Det kan till exempel handla om personer som saknar kunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar, eller som inte kan förstå den information som hälso- och sjukvården ger om hur man söker vård, och därför inte söker vård i rimlig tid. Det kan också handla om att olika personer har olika sätt att kommunicera och ta till sig information, vilket gör att hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa sig tillräckligt bra till dem kan vara avgörande för om patienterna känner sig trygga i vårdmöten, följer behandlingsrekommendationer och kommer på återbesök [3].

Patienternas klagomål relaterade till covid-19

År 2020 inkom ungefär 3 000 klagomål på hälso- och sjukvården. Det är 8 procent färre jämfört med 2016–2019, vilket troligtvis beror på att det totala antalet vårdkontakter minskade 2020. Av dessa ärenden var 10 procent covid-19-relaterade. Klagomålen på den somatiska specialistvården handlade främst om att vård inte bokats eller ställts in; vilket för patienterna lett till ett förlängt lidande och en ökad oro och för en del även att ekonomin påverkas på grund av förlängd sjukskrivning [58].

I klagomålen framkommer även patienters rädsla för covid-19 i samband med vårdbesök eller vid resor till och från vården. I klagomålen beskrivs att personalens användning av skyddsutrustning och följsamhet till hygienrutiner inte mötte patienternas förväntningar, vilket lett till oro och rädsla. Andra klagomål handlar om att patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19 har nekats sjukhusvård och senare avlidit. För tidiga utskrivningar av covid-19-patienter var en annan typ av klagomål.

Klagomålen inom primärvården handlar om att patienter nekats vård, besök, testning eller intyg [58].

IVO har utökat tillsynen med anledning av covid-19

IVO har med anledning av pandemin genomfört tillsyner inom primärvården i region Stockholm och Gotland, tillsyn av intensivvården och nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter. Detta beskrivs nedan. IVO:s tillsyn av äldreomsorgen beskrivs i kapitlet om kommunal hälso- och sjukvård.

Tillsyn av primärvård i Region Stockholm och Gotland

IVO utförde i början av pandemin en tillsyn av primärvården³³ som visade att verksamheterna hade anpassat sin verksamhet under pandemin för att fortsätta ge en god tillgänglighet för patienterna. Anpassningarna kunde till exempel vara fler bokningsbara tider istället för öppna mottagningar utan tidsbokningar, fler digitala besök, fler hembesök, eller andra åtgärder som har hindrat smittspridningen av covid-19, men som inte har påverkat tillgängligheten till primärvården för patienterna. En stor majoritet av de tillsynade primärvårdcentralerna har behövt skjuta upp vårdbesök för patienter med kroniska tillstånd. Men tillsynen visade också att de flesta hade utvecklat nya arbetssätt i väntan på vård för att förebygga risker för dessa patienter, vilket kan gynna patienterna på sikt.

Därutöver fanns även positiva effekter i organisationernas verksamheter som en följd av pandemin, där till exempel samverkan med andra aktörer har blivit bättre. Många verksamhetschefer och distriktssköterskor uttryckte att de såg risker för att personer med psykisk ohälsa och personer i riskgrupp inte söker vård inom primärvården under covid-19, trots att de egentligen behöver göra det [3].

Tillsyn av intensivvården

Under pandemin har det varit stor belastning på intensivvården. Behovet av intensivvårdsplatser för patienter med covid-19 har ökat snabbt under de tre smittvågorna och ställt stora krav på sjukhusen att göra omprioritering av verksamheter och resurser. Antalet tillgängliga platser har varierat kraftigt beroende på behov och planeringsstrategier i regionerna.

IVO initierade under våren 2020 en tillsyn av Region Stockholms samtliga sex akutsjukhus med intensivvårdskapacitet efter anmälningar om lokala skillnader mellan sjukhusen i prioritering till intensivvård och behandlingsbegränsningar under pågående intensivvård. Tillsynen visade att regionen generellt har kunnat följa vanliga principer för vård och behandling. Det framkom att Karolinska Universitetssjukhuset hade tagit fram egna riktlinjer och stöd vid beslut om intensivvård.

IVO planerar för en datadriven nationell tillsyn gällande IVA-vården. Tillsynen kommer att fokusera på den lärande processen, regional samt nationell samverkan, krisberedskap, samt på att säkerställa patientsäkerheten trots en förväntad hög belastning [3].

Psykiatrisk vård

Under pandemin har den psykiatriska vården, likt övriga vårdområden, ökat antalet digitala kontakter och telefonkontakter för återbesök och receptförnyelse. Socialstyrelsens bedömning är att vårdbehovet för första halvåret 2020 tillgodosågs för personer som sedan tidigare hade ett psykiatriskt tillstånd eller behov av läkemedel. Under andra halvåret 2020 fortsatte de psykiatriska

³³ Tillsynen omfattade Region Stockholms samtliga 229 vårdcentraler och Region Gotlands samtliga 6 vårdcentraler.

akutmottagningarna att ta emot färre besök, men besöken ledde till fler inläggningar [6].

Det kan tyda på att personer som har sökt vård har varit sjukare och att besöken inte har varit möjliga att undvika eller skjuta upp. Vissa kan också ha dragit sig för att söka in i det längsta och blivit sämre innan ett besök har kommit till stånd.

Inrapportering av nya fall med diagnostiserad depression och ångest-syndrom har minskat i antal, vilket sannolikt beror på att personer i mindre utsträckning sökt vård under pandemin. Samtidigt har antalet nya fall med diagnostiserad adhd fortsatt att öka i samma takt som tidigare.

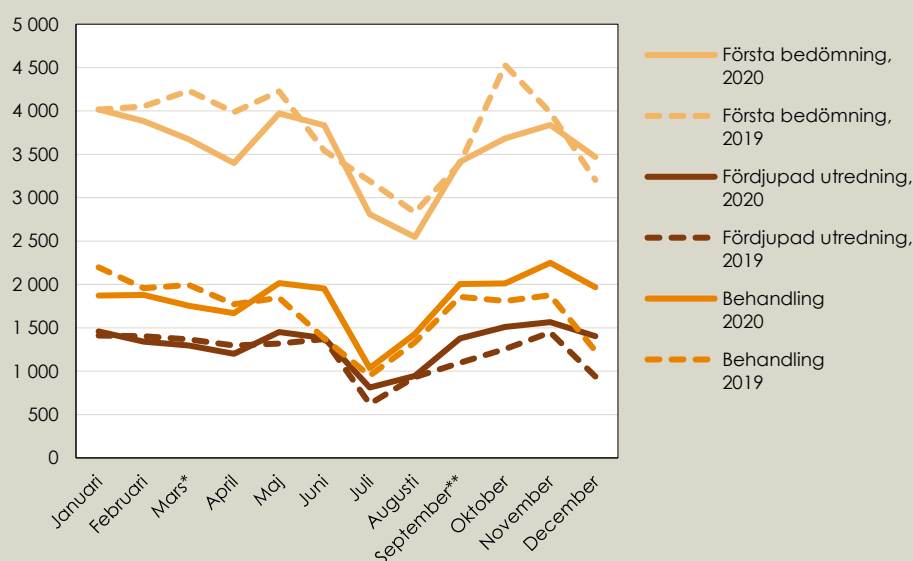
Pandemin har påverkat tillgängligheten till BUP

Socialstyrelsens analys av effekterna av covid-19 inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP, visar att antalet genomförda första bedömningar har minskat [59].

Under pandemiperioden mars–december 2020 minskade antalet genomförda första bedömningar med 7 procent jämfört med året innan.

Figur 7. Första bedömning, fördjupad utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Antal genomförda första bedömning, fördjupad utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Inklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.



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

** Region Skånes data för fördjupad utredning och behandling avseende september 2019 har ett uppskattat värde beräknat utifrån ett medelvärde av regionens mätpunkter för augusti och oktober 2019. Anledningen är en felrapportering av data.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

I likhet med den övriga hälso- och sjukvården beror minskningen framför allt på att patienterna om- och avbokade besök i större utsträckning våren 2020 på grund av rädsla för att bli smittade. Flera avbokningar gjordes också på grund av att patienter, vårdnadshavare eller behandlare hade symtom på covid-19.

Detta avspeglas även i resultaten vad gäller första bedömning inom BUP, där antalet väntande ökade hösten 2020, vilket talar för att patienter då började söka sig till vården igen.

Under perioden mars–december 2020 ökade antalet genomförda fördjupade utredningar och behandlingar jämfört med motsvarande period 2019. Omställningen till digitala arbetssätt kan vara en bidragande faktor till att BUP:s arbete har flutit på 2020. Samtidigt har de som väntar längst på fördjupad utredning fått vänta längre under 2020.

Tillgängligheten till BUP skiljer sig dessutom åt mellan olika regioner i Sverige.

Redan före pandemin fanns en brist på psykologer, vilka är en viktig del av vårdkedjan. Detta kan ha påverkat väntetiderna för fördjupad utredning 2020. Pandemin har därmed varit en bidragande faktor till en ytterligare ökning av antalet väntade dagar för dem som väntar längst.

Insatser inom BUP, så som exempelvis gruppbehandlingar, uppges ha minskats eller pausats under pandemin, vilket kan leda till försämrade möjligheter att stödja vårdnadshavare och barn med särskilda behov på både kort och lång sikt.

Verksamheten har ställt om och initierat nya arbetssätt

Att pandemin har tvingat verksamheter att ställa om, vilket lett till nya arbetssätt, har inneburit en del positiva förändringar. Digital omställning och ett ökat antal digitala besök och andra digitala arbetssätt ses även inom BUP. Samtidigt anger barn för Bris att det har varit svårare att ha kontakt med vård- och stödaktörer i samma omfattning under pandemin som före pandemin. De upplevde även svårigheter att tillgodogöra sig psykologiskt stöd över telefon.

Regionerna har också satsat en del på utbildning av personal och arbetat med strukturerade vårdprocesser inom BUP under 2020.

En väg in och standardiserade vårdflöden inom BUP

Det finns fler exempel på hur regionerna arbetar för att öka tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri. I flera fall har detta arbete påbörjats redan före pandemin. Till exempel pågår arbetet *En väg in* för barn och unga med psykisk ohälsa eller sjukdomstillstånd. Andra åtgärder och insatser som regionerna arbetar med är att skapa gemensam remissbedömningsenhet för att prioritera och bedöma remisser mer likvärdigt och kunna erbjuda barn och unga vård på rätt vårdnivå snabbare.

Flera regioner förändrar arbetssätten inom BUP genom att standardisera vårdflöden. Produktions- och kapacitetsstyrning är ett annat sätt att förändra sina arbetssätt och öka tillgängligheten [60].

Enligt SKR har vården klarat pandemin

Enligt SKR:s hälso- och sjukvårdsrapport har vården både ställt om för att hantera ett stort antal covid-patienter och samtidigt säkerställt att en stor del av den övriga vården fortsatt har kunnat ges under hela pandemin.

Antalet akuta operationer har legat på samma nivå som tidigare år, omkring 3 000 per vecka. 84 procent av alla planerade operationer och behandlingar har genomförts under 2020, jämfört med 2019.

Vissa planerade operationer och behandlingar har fått prioriteras ner i större utsträckning under pandemin. Det är främst personer i yrkesför ålder som nu väntat länge på vård [28].

Regionernas hantering av de uppdämda vårdbehoven

Regionerna prioriterar för närvarande att med hjälp av olika insatser och åtgärder komma till rätta med de uppdämda vårdbehoven. Nedan beskrivs utmaningar och pågående arbete.

Längre väntan när regionernas produktion inte hinner återhämtas

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

Utmaningar som har lyfts av regionerna

Utmaningar som lyfts av regionerna handlar bland annat om bristen på vårdplatser för vård efter operation, vilket har hindrat operationsproduktionen ytterligare under pandemin. Bristen fanns redan före pandemin och under pandemin har den tilltagit, eftersom vårdplatserna omprioriterats till covid-19-vården. En utmaning kopplad till detta är underbemanning inom flera verksamheter.

Förutom intensivvårdspersonal, som behövts ännu mer under pandemin, saknas det operations- och narkossjuksköterskor, även om man försöker erbjuda fler narkossjuksköterskor betald utbildning. Regionerna upplever också att det finns svårigheter att rekrytera vårdpersonal och att de helst skulle undvika att ta in hyrpersonal.

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

Regionernas arbete med att återuppta produktionen

Regionernas arbete med att återuppta produktionen påbörjades redan på sensommaren 2020 genom bland annat omläggning av scheman, utökade skift (inklusive kvälls- och helgarbete), hyrläkare, extra vårdavtal och köp av vård

utanför regionen [61]. En del regioner har också via informationskampanjer medverkat till att patienterna sökt vård i större utsträckning under den andra vågen än under den första vågen, även för primärvården. Detta har märkts inom den specialiserade vården genom att remisserna inte minskat nämnvärt under den andra vågen. Patienterna har också upplevt sig mer trygga med att söka vård under den andra vågen, konstaterar en del regioner. Regionerna har när det har varit möjligt ersatt fysiska besök med distansbesök, och erbjudit digitala behandlingar (till exempel stöd och behandling via Vårdguiden 1177) i större utsträckning under den andra vågen än under den första vågen. Även möjligheten till egen- och hemmonitorering har utökats för exempelvis patienter med diabetes och högt blodtryck. Någon region beskriver att man har riskgruppsanpassat besöksformerna; exempelvis utförs distansbesök eller hembesök i högre utsträckning vad gäller lungverksamhet. Sammantaget har dessa möjligheter bidragit till ett ökat antal genomförda vårdkontakter under andra vågen.

Regionerna har fortsatt att köpa vård av varandra, men förutsättningarna för detta har upplevts sämre för någon region under den andra vågen eftersom de flesta regionerna var mer drabbade då. Köp av vård utanför den egna regionen visar på patientströmmar för utomlänsvård. Även inom covid-19-vården har patienter flyttat mellan regionerna.

Andra åtgärder som har beskrivits av regionerna är aktualisering eller kvalitetssäkring av väntelistor, produktionsplanering, verksamhetsdialog och informationsträffar samt samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Större möjlighet att använda mobila team för vård i hemmet har skapats. Det har även tillkommit förändrade arbetssätt, till exempel gemensam operationsplanering i regionen och direktkonsultation via digital plattform mellan vårdcentral och specialistvård, vilket en av regionerna menar har bidragit till bättre måluppfyllelse. I en region har i huvudsak krislägesavtal använts under både den första och den andra vågen för att upprätthålla produktionsnivåerna. I några regioner har dagkirurgi också utförts i större utsträckning under den andra vågen än under den första vågen.

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

I vissa avseenden har det även skett förbättringsarbete för att hitta lösningar till uppkomna hinder; exempelvis hittar man även andra lugnande och ångestdämpande metoder i stället för traditionell sövning (till exempel lustgas) vid till exempel magnetröntgen på barn. Detta leder till frigjorda anestesiresurser som kan användas vid operationer [2].

I Västra Götalandsregionen har åtgärder tagits för att skala upp kapaciteten när det gäller operationer, dels på sjukhusen som drivs i regionens regi, dels genom avtal med privata aktörer. Under pandemin har regionen ökat nyttjandet av privata vårdgivare och under hösten 2021 kommer upphandlade vårdavtal att tas fram inom samtliga vårdområden [41].

Vårdlotsar och andra stödfunktioner

De flesta regioner uppger att goda exempel för att komma till rätta med de uppdämda vårdbehoven sprids genom befintliga nätverk på nationell nivå. Det handlar till exempel om nätverket *Vårdlotsar i samverkan* inom den nationella kunskapsstyrningsorganisationens programområden och nätverk på sjukvårdsregional eller regional nivå till exempel mellan tillgänglighetssamordnare [60].

I samtliga regioner finns idag olika stödfunktioner i form av vårdlotsar, väntetidssamordnare, vårdvägvisare, vårdgarantiservice, vårdsluss eller motsvarande funktioner. De har olika uppdrag; det kan vara att informera patienter om vårdgarantin och valmöjligheter, hjälpa patienter att få vård inom vårdgarantins tidsgränser och ibland även hjälpa vårdgivare med patienter som de inte kan ge vård inom vårdgarantins tidsgränser.

Förslag för vård inom vårdgarantins gränser

Under hösten 2020 inrättades en samordningsfunktion inom SKR för regionernas vårdlotsar eller motsvarande funktioner under namnet *Projekt Hänvisning*. Syftet med projektet är att säkerställa att vård kan ges till patienter som riskerar eller redan har väntat för länge på vård till följd av covid-19.

Regionerna lyfter fram att register med information om vårdgivare och avtalsvillkor nu behövs för att fler patienter ska bli hjälpta att få vård inom vårdgarantins gränser.

De flesta regioner saknar en samordnad och enhetligt fastställd rutin för vem eller vilken funktion i regionen som tar kontakt med patienten när tiden för vårdgarantin snart går ut och vid vilken tidpunkt under garantiperioden som detta sker. Det varierar också ofta inom en region. Flera regioner anger dock att de påbörjat ett arbete med enhetliga rutiner.

När det gäller allmän information om vårdgarantin och patientens rättigheter uppger en majoritet av regionerna att informationskanalerna är kallelser och remissbekräftelser, regionspecifika delar av 1177.se samt affischer och broschyrer på mottagningarna.

Regionerna ser ett behov av ett regiongemensamt och nationellt utvecklingsarbete. En nationell databas med samtliga vårdgivare och enheter, särskilt privata vårdgivare som har avtal med någon region är ett önskemål; uppdaterad information om tillgänglig kapacitet på webbplatsen väntetider i vården är ett annat. Möjlighet att kunna se prognosticerade väntetider inom den egna regionen samt i andra regioner, liksom regiongemensam produktionsplanering lyfts som viktiga utvecklingsområden. Flera regioner pekar på behovet av samordning och enhetliga rutiner för samtliga verksamheter och mottagningar inom regionen, exempelvis beträffande remisshantering och väntelistor [60].

Uppdämda vårdbehov inom kommunal hälso- och sjukvård

Äldre är den grupp som i störst utsträckning undvikit att söka vård under pandemin [11]. Bland personer i åldern 70–84 år är det ungefär 60 procent som anger att de varit oroliga för att inte få vård under pandemin. Bland personer 70–84 år uppgav 32 procent i maj 2020 och 21 procent i november 2020 att de undvikit att söka vård trots att de upplevt ett behov [62].

En uppföljande enkät från Folkhälsomyndigheten visar att oron för att inte få vård minskade i den äldre gruppen (70–84 år) från 60 procent i maj 2020 till 44 procent i maj 2021. Våren 2021 hade andelen äldre som undvikit att söka vård trots ett behov minskat från 32 till 18 procent [63].

Det är viktigt att i synnerhet äldre personer uppmuntras att söka vård och inte ställa in planerade besök utan att först diskutera detta med hälso- och sjukvården, för att undvika risk att drabbas av sämre hälsa [11, 62].

Vårdkonsumtionen hos personer 70 år och äldre

En analys av Socialstyrelsens patientregister visar att andelen vårdtillfällen i oplanerad och planerad slutenvård och öppenvård för personer 70 år och äldre minskade tydligt – med 10–14 procent – mellan helåren 2019 och 2020. Minskningen var mer uttalad hos kvinnor. Nedgången var mindre påtaglig hos de mest sjuka äldre. Ingen minskning av andelen vårdtillfällen sågs, i vare sig sluten- eller öppenvård, för äldre i särskilt boende och för äldre med hemsjukvård.

Ett genomgående fynd, för såväl alla som de mest sjuka äldre från 70 år, var en påtaglig minskning av andelen vårdtillfällen med huvuddiagnos pneumoni, KOL och olika typer av artroser.

Samtidigt sågs en ökning för ett flertal olika diagnoser, varav några kan ha orsakats av covid-19, såsom feber, onormal andning, pneumonit, akut njursvikt och lungemboli³⁴.

Ökad psykisk ohälsa och isolering bland äldre

Ökad psykisk ohälsa, besvär av ensamhet och isolering har uppmärksammats av kommuner³⁵ och i flera rapporter som publicerats om pandemins konsekvenser. Detta riskerar att leda till en ökad belastning på den kommunala hälso- och sjukvården och på socialtjänsten.

Kommunerna uttrycker särskilt stark oro för isolering bland äldre som inte bor på äldreboenden och då specifikt de som bor på landsbygd. Minskad kontakt med biståndshandläggare inom äldreomsorgen leder till att äldres vårdbehov ökar innan de får hjälp. Primärvården har märkt en tendens av ökade kontakter från äldre på grund av ensamhet [11].

³⁴ Analys av statistik från Patientregistret.

³⁵ Via SKR:s socialchefsnätverk har frågor ställts till företrädare för kommunerna – 11 kommuner har svarat, varav samtliga lyfte fram psykisk ohälsa som en konsekvens av pandemin.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela 609 miljoner kronor i statsbidrag till kommunerna för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.³⁶

Socialstyrelsen har också påbörjat ett arbete med att ta fram ett stöd till socialtjänsten för att stödja goda levnadsvanor och motverka ofrivillig ensamhet för personer som har stöd av funktionshinders- och äldreomsorgen. Särskilt fokus kommer att läggas på att förebygga psykisk ohälsa efter covid-19-pandemin. Avsikten är att stödet ska publiceras i slutet av 2021.

En del anhöriga har upplevt försämrad hälsa

Äldres isolering samt besöksförbud på äldreboenden riskerar också att skapa ohälsa hos anhöriga. Flera kommuner har uppmärksammat att inställd daglig verksamhet och besöksförbud medfört ökad belastning för anhöriga [64].

Nationellt Kompetenscentrum Anhörigas (NKA) kartläggning av covid-19-pandemins konsekvenser för anhöriga som ger vård, hjälp och stöd till närstående³⁷ visar att anhöriga har gjort mer omfattande omsorgsinsatser under pandemin än innan. Omsorgsinsatserna har ökat med 4 timmar per vecka, från i genomsnitt 28 timmar i veckan före pandemin till 32 timmar per vecka under pandemin.

56 procent av de anhöriga omsorgsgivarna anger att deras hälsa har försämrats under pandemin. Kvinnor anger detta i högre grad än män. Samtidigt har stödet till anhöriga minskat på många håll i landet, ställts in eller skjutits upp. Det finns även en tvekan bland anhöriga att använda tillgängligt stöd på grund av rädsla för smitta [65].

Samtidigt som många anhöriga har tagit ett ökat ansvar för omsorgen om sina närstående, finns det även många anhöriga som av rädsla för smitta och på grund av det tidigare besöksförbudet inte kunnat eller undvikit att besöka de äldre.

Minskning av besök till tandvården

Det är framför allt personer 70 år och äldre som minskat sina besök till tandvården under pandemin. Uteblivna tandvårdsbesök bland äldre kan bidra till en sämre munhälsa, vilket medför risk för allvarliga sjukdomar [66]. Dålig munhälsa kan även medföra svårigheter att äta och dricka och därmed undernäring, minskad motståndskraft mot infektioner och ökad risk för fall. Dålig munhälsa kan även leda till att sjukdomar förvärras. Detta medför i sin tur risk för utökade vårdbehov i den kommunala hälso- och sjukvården [67].

Pandemins påverkan på kommunal hälso- och sjukvård

Det är i nuläget svårt att mäta och utvärdera alla konsekvenser av covid-19 i den kommunala hälso- och sjukvården.³⁸ Verksamheter som har prioriterats

³⁶ Regeringsbeslut (2021-01-28 nr I:16).

³⁷ Kartläggningen gjordes genom en enkätundersökning. Cirka 600 anhöriga besvarade enkäten, genomsnittsåldern hos de svarande var 63 år och 76 procent var kvinnor.

³⁸ Frågor har ställts till SKR:s nätverk för socialchefer. Svar har inkommit från Kungsbacka, Umeå, Västerås, Sala, Älvkarleby, Kungsörn, Kumla, Fagersta, Laxå, Lekeberg och Karlshamn.

ner, pausats eller upphört under pandemin är riskförebyggande arbete, rehabiliteringsinsatser, förbättrings- och kvalitetsarbete samt utbildningsinsatser och kompetenshöjande insatser.

Det var redan före pandemin stora skillnader mellan kommunerna när det gäller i vilken utsträckning de bedriver ett riskförebyggande arbete. Klart är att det riskförebyggande arbetet i kommunerna har minskat mellan 2019 och 2020.³⁹

I kvalitetsregistret Senior Alert registreras hur stor andel som fått bedömning av behov av riskförebyggande åtgärder samt planerade riskförda åtgärder utförda och uppföljda, inom områdena munhälsa, undernäring, fall och trycksår.⁴⁰ Andelen personer 65 år och äldre som fått sina planerade riskförebyggande åtgärder⁴¹ utförda och uppföljda i särskilda boenden varierar så mycket som mellan 5 och 95 procent och i ordinärt boende mellan 0 och 100 procent. Orsakerna till skillnaderna behöver analyseras såväl regionalt som lokalt [68].

Minskningen av rehabiliterande insatser riskerar att leda till ökad fysisk och psykisk ohälsa samt förlorad aktivitets- och funktionsförmåga hos patientgruppen. Mot bakgrund av detta är Socialstyrelsens bedömning att det finns ett uppdämt behov av rehabilitering.

Isolering, minskad fysisk aktivitet och stimulans kan på kort sikt även innebära att individen inte kan leva ett självständigt vardagsliv och även att individen får ett ökat vårdbehov.

³⁹ Mellan 2019 och 2020 har andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende som fått åtgärder utförda och uppföljda inom samtliga identifierade riskområden minskat med två procent, från 62 till 60 procent. Bland personer 65 år och äldre med hemsjukvård i ordinärt boende har andelen minskat med tre procent, från 49 till 46 procent.

⁴⁰ Uteblivna bedömningar innebär risk för att inte relevanta åtgärder vidtas och innebär därmed risk för försämrad hälsa, skador och sjukdom.

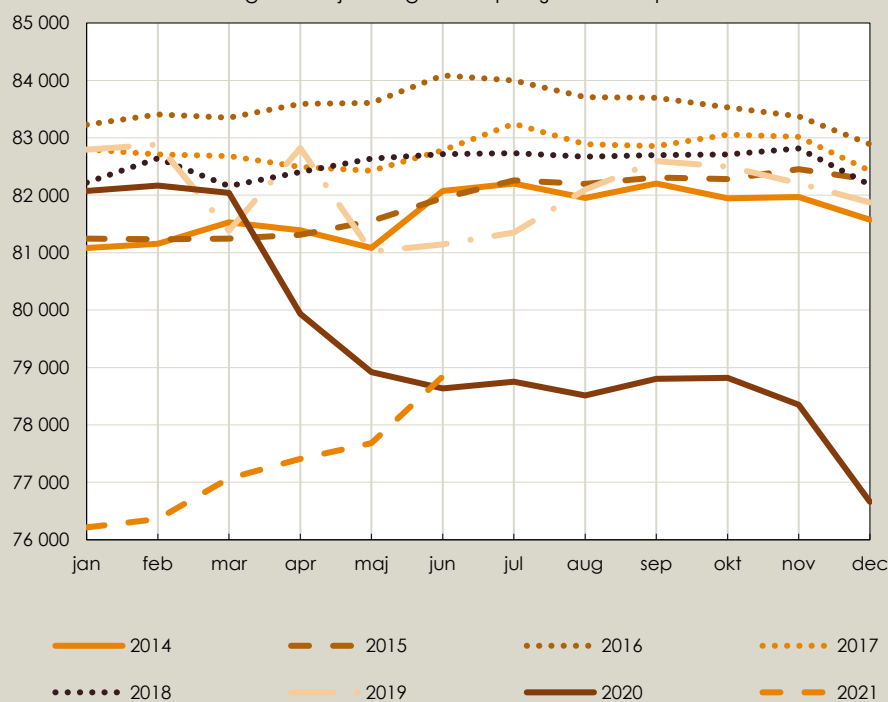
⁴¹ Indikatorerna riskförebyggande åtgärder mäter ett sammanslaget värde för utförda och uppföljda åtgärder inom de identifierade riskområdena nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår bland personer 65 år och äldre.

Minskning av socialtjänstinsatser till äldre

Antalet beviljade och andelen verkställda insatser till äldre enligt socialtjänstlagen minskade under 2020 [9].⁴² En lägre andel personer fick en hemtjänstinsats beviljad och utförd i ordinärt boende 2020.⁴³ Andelen personer 70 år och äldre som valde att avsluta hemtjänstinsatser var högre 2020. Hemtjänsten ställdes också in för drygt 2 100 äldre år 2020, och i de flesta fall var detta covid-19-relaterat.

Figur 8. Antal 65 år och äldre i särskilt boende per månad. 2014-2021, Riket

Antal personer, 65 år och äldre som under någon av årets 12 mätperioder (sista dagen varje månad) rapporterats ha ett pågående (verkställt och ännu inte avslutat) beslut om särskilt boende enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 §. Fördelat per månad. Riket



Källa: Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Antalet personer som flyttade in på särskilt boende för äldre var mindre år 2020 än året innan. Anledningen kan vara den allmänna smittspridningen av covid-19, som ledde till ett intagningsstopp på de särskilda boenden där det fanns smitta och att fler äldre tackade nej till boende.

Inställd dagverksamhet och avlösning i hemmet

Insatserna i dagverksamhet respektive avlösning i hemmet för personer med demenssjukdom minskade väsentligt mellan maj 2019 och maj 2020. Dels beror det på att många dagverksamheter stängde med anledning av covid-19, dels att anhöriga och närstående tackat nej till hemtjänsthjälp på grund av

⁴² Alla jämförelser 2020 görs med medelvärdet för perioden 2014–2019.

⁴³ Minskningen var tydligast under månaderna mars till maj 2020, från 324 personer till 209 personer per 100 000 invånare, vilket var ungefär samtidigt som tecknen på allmän smittspridning började visa sig.

försiktighet med att inte utsättas för smitta. Det är angeläget att följa utvecklingen och att kommuner och regioner överväger alternativ till de verksamheter som inte är möjliga att genomföra idag på grund av risk för smitta [69].

Utredningar och kvalitetsarbete för personer med demens har minskat

I särskilt boende för äldre bedöms cirka 70 procent ha en kognitiv svikt eller en demenssjukdom [9]. Drygt hälften (53 procent) av de personer som smittats av covid-19 har demenssjukdom. Som vi tidigare lyft i rapporten har antalet registrerade demensdiagnoser minskat 2020 jämfört med 2019.⁴⁴

Antalet omsorgsinsatser i särskilda boenden som är rekommenderade i nationella riktlinjer för demensvård minskade med 23 procent mellan 2019 och 2020.⁴⁵ Hälso- och sjukvårdspersonalens ökade arbetsbörda under pandemin kan vara en förklaring till både till den minskade registreringen och till de minskade insatserna.

Andelen kommuner med styrdokument för sammanhållen vård och omsorg för personer med demenssjukdom minskade från 49 procent 2019 till 30 procent 2020 [69]. Det indikerar att kvalitetsarbete kring sammanhållen vård och omsorg har försämrats som en konsekvens av pandemin.

Socialstyrelsen ska lämna en rapport till regeringen den 31 december 2021 med förslag på nya nationella satsningar kring demensvård. Myndigheten ska där beskriva hur uppdraget bidragit till att stärka kommunernas förutsättningar för att implementera kunskapsstöd och nationella riktlinjer, inklusive anpassningar av demensvården till följd av covid-19.⁴⁶

Risk för försämrat allmäntillstånd och ökat vårdbehov

En minskning av antalet beviljade och verkställda socialtjänstinsatser till äldre innebär risk för att behov av stöd, vård och omsorg inte tillgodoses och att förebyggande och hälsofrämjande åtgärder genomförs i mindre omfattning. Detta kan bidra till försämring av hälsa, funktionsförmåga och allmäntillstånd hos äldre personer i behov av äldreomsorg. Det kan även bidra till ökad belastning på anhöriga. Sammantaget innebär minskningen av socialtjänstinsatser till äldre en risk för ett uppdämt, oupptäckt eller icke omhändertaget vårdbehov.

IVO bedriver för närvarande en fördjupad tillsyn för att belysa konsekvenserna för enskilda individer när det sker förändringar i socialtjänstinsatserna.

Viktigt att uppmärksamma sköra äldres behov

Hög ålder är den riskfaktor som väger tyngst för allvarlig sjukdom och död i covid-19. Dödligheten i covid-19 har varit som störst för boende vid särskilda boenden, i synnerhet för personer 85 år och äldre. I maj 2021 hade 5 548 personer 70 år och äldre i särskilt boende avlidit till följd av covid-19

⁴⁴ Täckningsgraden uppskattas av registret till ca 80 procent inom specialistvården. Täckningsgrad utifrån skattad incidens hamnar på cirka 30 procent.

⁴⁵ SveDem, statistik hämtad från kvalitetsregistret, 2021-05-06.

⁴⁶ Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Socialstyrelsen, Socialdepartementet, 2020-12-22.

och 3 471 personer med hemtjänst.⁴⁷ Antalet bekräftat smittade 70 år och äldre i särskilt boende var 16 561 och 14 404 personer med hemtjänst.⁴⁸

Personer med hög ålder i kombination med underliggande sjukdomar är överrepresenterade bland de svåra fallen med covid-19. Risken för flera symptom efter covid-19 ökar vid högre ålder efter tidigare sjukhusvård för covid-19. Sköra äldre personer har extra stor risk att få komplikationer och bestående funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar efter covid-19.

Äldre personer kan också påverkas särskilt negativt av immobiliseringen under sjukdomstiden. Förutom allvarlig trötthet och nedsatt fysisk förmåga är det även vanligt med kognitiva besvär. Att uppmärksamma behov av hjälpmedel och initiera kontakter med rehabiliteringspersonal är viktigt för att förhindra och förebygga komplikationer efter covid-19 [32].

Ökade behov av rehabilitering efter covid-19

Inom den kommunala hälso- och sjukvården växer antalet personer som har genomgått infektion med covid-19. Behoven av rehabilitering har alltid varit stora i den kommunala hälso- och sjukvården, men ökar nu till följd av covid-19. Hälso- och sjukvården behöver därför planera för omfattande och långvariga rehabiliterande insatser. Primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, behöver fånga upp, bedöma, remittera och ge stöd till personer som drabbats av symptom, även om de inte behandlats på sjukhus. Det är även viktigt att ge närstående information och stöd [70].

Pågående arbete med att ta fram stöd kring rehabilitering

Socialstyrelsen har lyft fram behovet av ökat stöd till rehabilitering i den kommunala hälso- och sjukvården som en del i primärvårdens rehabilitering, samt av stöd till samverkan med regionens primärvårdsrehabilitering och specialistrehabilitering [71].

I ett meddelandeblad riktat till kommuner och regioner framhåller Socialstyrelsen vikten av att MAS och MAR har en organisatorisk ställning och ett mandat som gör det möjligt för dem att fullgöra sina uppgifter och sitt ansvar att verka för en god och säker hälso- och sjukvård [72]. I juni 2020 fanns funktionen MAR bara i 85 av landets 290 kommuner [73].

Föreningarna Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna har framfört förslag för att säkerställa äldres tillgång till rehabilitering. Förslagen handlar bland annat om att säkerställa att all omvårdnadspersonal utbildas i ett rehabiliterande arbetssätt samt att Socialstyrelsen tar fram och sprider kunskapsstöd och nationella riktlinjer för kommunal rehabilitering [73].

⁴⁷ Källa: Dödsorsaksintyg samt register över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, 23 maj 2021.

⁴⁸ Källa: Socialstyrelsen, Sminet, 24 maj 2021.

Medicinska bedömningar har inte gjorts i tillräcklig omfattning

IVO:s tillsyn av vård och omsorg vid särskilda boenden för äldre under pandemin har lett till slutsatsen att förutsättningar för god vård och behandling på särskilda boenden för äldre saknas.

Tillsynen visar att kontinuerliga och akuta medicinska bedömningar inte genomförts i den omfattning det har funnits behov av under pandemin. Kontroll och bedömning av de äldres hälsotillstånd har i alltför hög grad överlämnats av sjuksköterska till omvårdnadspersonal, som saknar den medicinska kompetens som krävs för att göra detta [74].

De grundläggande bristerna som IVO såg i sin tillsyn av äldreomsorgen under pandemin är kopplade till regionernas ansvar för den medicinska vården och behandlingen. Regionerna, som ansvarar för läkarvården i de kommunalt finansierade boendena, behöver säkerställa en hög läkarnärvaro för att möta behoven av individuella medicinska bedömningar.

IVO:s kritik gäller framför allt bemanning och kompetens, palliativ vård, att för mycket ansvar har överlämnats till omvårdnadspersonal, till exempel hälsobedömningar och läkemedelshantering, att de ansvariga inte har säkerställt en acceptabel bemanning och tillgång till medicinsk utrustning samt journalföring [74].

Vård- och omsorgspersonal behöver återhämtning och stöd

Exempel på nya och utökade arbetsuppgifter som uppstått för personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin är smittspårning, provtagning, arbete med skyddsutrustning, information till anhöriga, vaccinering och ökad efterfrågan på stöd från omsorgspersonal. Samtidigt har sjukfrånvaron varit hög [75]. Det har lett till att många medarbetare har haft en hög arbetsbelastning. Det riskerar att leda till att sjukfrånvaron ökar samt till att fler personer väljer att arbeta inom andra sektorer. Detta innebär hinder för att klara kompetensförsörjningen. Sjukfrånvaro leder dessutom till att tillfälligt anställda och vikarier ersätter ordinarie personal, vilket försämrar förutsättningarna att hög personalkontinuitet.

Personalen hade höga sjuktal redan före pandemin

Personal inom vård och omsorg var redan innan pandemin sjukskrivna i större omfattning än andra yrkesgrupper, kvinnor i högre grad än män i samma yrkesgrupp. Mot bakgrund av detta är det angeläget att arbetsgivare planerar för utökat stöd kring arbetsmiljöfrågor och stödinsatser för att förebygga ohälsa hos personal. Ett närvarande och stödjande ledarskap och samtalstöd till personal är viktiga åtgärder inom äldreomsorgen och den kommunala och regionala hälso- och sjukvården [52].

Regeringen har beslutat om ett statsbidrag om 150 miljoner kronor till kommunerna. Det ska användas under 2021 för att stärka förutsättningarna för att personalen som arbetar inom kommunal hälso- och sjukvård samt

äldreomsorg och som i sitt arbete har påverkats av spridningen av covid-19 får möjligheter till återhämtning och erbjuds tidiga insatser för att bearbeta sina upplevelser av pandemin [75].

Utbildning och kompetensförsörjning behövs

En effektiv kompetensförsörjning och kompetensutveckling krävs för att kommunerna ska kunna hantera de uppdämda, nya och ökade behoven av vård och rehabilitering som den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för att tillgodose. Det framhålls av Nationella vårdkompetensrådet, socialchefer och av MAS-föreningen. Flertalet patienter inom kommunal hälso- och sjukvård erhåller även socialtjänstinsatser och får ofta vård och behandling genom delegerad omsorgspersonal. Därför behöver utbildning och kompetensförsörjning omfatta både vård- och omsorgspersonal [52].

Digital teknik har både pausats och utvecklats under pandemin

Pandemin har inneburit att införandet av teknik både har snabbats på och pausats i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna har varit tvungna att ta i bruk digitala lösningar för att klara jobbet.

Pandemin har även skyndat på en omställning av sättet att kommunicera. Kommunerna behöver säkerställa att kommunikationen fungerar och att det finns tillräcklig bandbredd i kommunen, i myndighetsutövningen, i särskilda boenden och andra platser där socialtjänst utförs. Vidare behöver kommunikationslösningarna vara tillförlitliga och anpassade till målgruppen.

Kommuner med färre än 15 000 invånare har inte kommit lika långt i den digitala utvecklingen som övriga kommuner. Dessa är därför i större behov av nationellt stöd. Nationella aktörer behöver säkerställa att de mindre kommunerna har förutsättningar att ta del av det stöd som ges.

Digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är en komplex och resurskrävande process som en enskild kommun, eller förvaltning i en kommun, ofta har svårt att hantera på egen hand. Samverkan inom kommunen, mellan kommuner och med andra aktörer är därför en viktig framgångsfaktor [76].

En förstudie genomförs för närvarande om behov av kunskapsstöd kring digitaliserade vårdinsatser.

Exempel på ökat samarbete och mobila team

IVO lyfter i sin tillsyn av särskilda boenden för äldre att dessa på vissa håll arbetat med mindre arbetsteam med tät kommunikation och ett ökat samarbete med andra verksamheter för att minska rörligheten av personal och för att undvika att ta in timanställda. Verksamheterna har även organiserat personalen i olika team eller avdelningar för att minska risken för smittspridning, så kallad kohortvård.

Regionerna har också växlat upp vårdkapaciteten för bland annat hemsjukvård i form av ökad tillgång till mobila team och utökade uppdrag om avancerad sjukvård i hemmet. I vården av äldre på särskilda boenden har verksamheterna, i syfte att minska risken för smittspridning, infört bland annat ökad distansmonitorering och egenmonitorering av vitala funktioner samt digitala möten med andra samarbetsparter och anhöriga.

Även det Nationella vårdkompetensrådet ser att det stärkta samarbetet haft en positiv inverkan på kompetensförsörjningen i vården, till exempel stärkt samarbete mellan regioner och kommuner. Regioner har bland annat ökat vårdkapaciteten för hemsjukvård samt förmedlat kunskap om smittskydd till kommuner. Samverkan och dialog på särskilda boenden för äldre mellan chefer, arbetsgrupper, fackliga företrädare, läkare och sjuksköterskor har ökat för ett tydligare informationsflöde till medarbetare [52].

Pågående arbete inom prioriterade områden för äldre

Det pågår ett antal olika stödsatsningar för att öka medicinsk och annan kompetens samt för att säkerställa god vård och omsorg inom äldreomsorgen. Exempel på dessa finns i bilaga 2 längst bak i denna rapport.

Inom Socialstyrelsens uppdrag om att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård pågår också ett brett utvecklingsarbete [77]. Det arbete som bara indirekt har bäring på uppdämda vårdbehov för målgruppen äldre redovisas i bilaga 3.

Omställning till en god och nära vård under pandemin

Socialstyrelsen har sedan 2019 uppdraget att följa omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner. Utgångspunkten är de årliga överenskommelser om god och nära vård som tecknats mellan regeringen och SKR.

Vissa delar av omställningsarbetet i regioner och kommuner har bromsats upp under pandemin, medan andra områden utvecklats snabbare och påskyndat utvecklingen mot en mer nära vård.

Vissa utvecklingsarbeten har behövt ställas in eller skjutas fram, exempelvis arbete med kontinuitet, patientkontrakt och delaktighet. Även vissa utbildningsinsatser har fått stå tillbaka.

Personal har under pandemin behövt flyttas mellan verksamheter, vilket i vissa fall har påverkat det strategiska kompetensförsörjningsarbetet.

De positiva aspekter som lyfts fram är att:

- omställningen är etablerad i regionerna och att betydelsen av en mer nära vård är förankrad i regioners och kommuners arbete.
- arbetet med att skapa gemensamma målbilder mellan regioner och kommuner har fortsatt. Fler kommuner redovisar att man har en gemensam målbild med regionen än året innan.

- regionerna redovisar fler projekt och insatser på det förebyggande och hälsofrämjande området jämfört med 2019. Vissa regioner arbetar tillsammans med kommunerna med bland annat riktade insatser till specifika grupper med riskfaktorer för ökad framtida ohälsa.

Fokus på nya arbetssätt och snabb utveckling av digitaliseringen

Utveckling av nya arbetssätt är en del i omställningen till en nära vård som har fortsatt under pandemin. Det rör exempelvis insatser för att minska undvikbar slutenvård, som har intensifierats.

Mobila team och nya samarbetslösningar mellan vårdcentraler, den kommunala hälso- och sjukvården och den specialiserade vården har utvecklats.

Med hjälp av digital teknik har nya metoder för konsultationer börjat användas för att överbrygga gränser mellan regionernas primärvård och specialistvård samt kommunal hälso- och sjukvård.

Insatser för förbättrad kompetensförsörjning

Nya arbetssätt såsom kompetensväxling införs och utvecklas, genom att arbetsuppgifter omfördelas mellan yrkesgrupper eller att patienten styrs direkt till en specifik kompetens utan mellanled.

Tolv regioner uppger hösten 2020 att de har brist på allmänläkare. Flera regioner arbetar med att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin.

Regioner och kommuner arbetar fortsatt med olika utbildningsinsatser. Mycket fokus ligger på att utveckla ledarskapet samt att säkerställa specialistkompetens inom en rad områden genom att erbjuda specialistutbildningar för exempelvis undersköterskor och sjuksköterskor.

Flera kommuner och regioner arbetar aktivt för att förbättra arbetsmiljön. Flera av satsningarna har syftat till att bland annat erbjuda krisstöd eller utökade friskvårdssatsningar med anledning av pandemin.

En majoritet av regionerna redogör för att covid-19-pandemin inte påverkat möjligheten för sjuksköterskor att påbörja studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska med utbildningsförmån hösten 2020.

Uppdämda vårdbehov inom tandvården

Tandvården har en viktig roll i att främja och upprätthålla en god munhälsa i befolkningen. Majoriteten av befolkningen besöker tandvården regelbundet för planerade undersökningar och förebyggande tandvård. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium vilket minskar de framtida behoven av tandvård.

Munhälsan i Sverige är generellt sett god men det finns skillnader mellan olika grupper. Socioekonomiskt svaga grupper har i större utsträckning hög risk för munsjukdomar som ökar behovet för regelbunden tandvårdskontakt. Äldre personer har också oftare högre risk för munsjukdomar än yngre och är därför i större behov av en regelbunden kontakt med tandvården.

Det finns en farhåga om att covid-19-pandemin kan ha lett till en minskning av de planerade tandvårdsbesöken och förebyggande åtgärder, vilket i förlängningen kan leda till ett uppdämt vårdbehov.

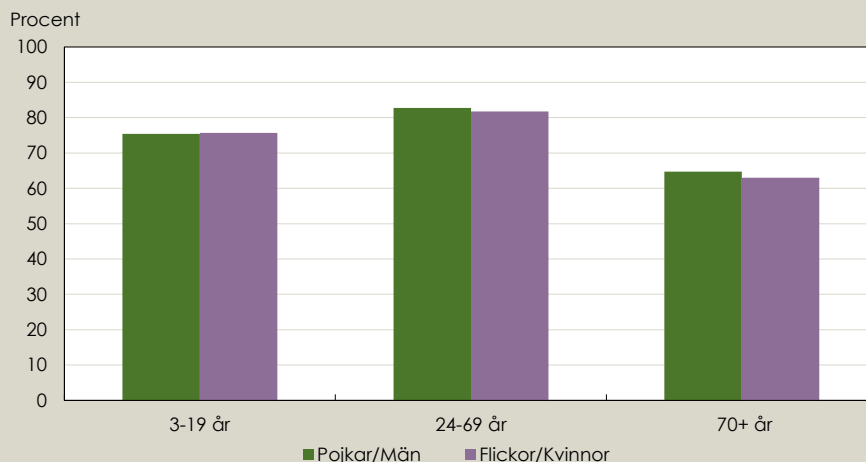
Uteblivna och avbokade besök

Antalet besök i tandvården minskade kraftigt i samband med pandemins utbrott.⁴⁹ Minskningen avtog successivt under hösten och fram till årsskiftet 2020/2021 (figur 9). Tydligast var minskningen bland personer 70 år och äldre. Antalet besökare minskade i lika stor utsträckning hos män och kvinnor, oavsett utbildningsnivå eller inkomst [66]. Antalet besökare minskade något mer inom Folktandvården (27 procent) än i privattandvården (21 procent).

⁴⁹ Enligt uppgifter från Socialstyrelsens tandhälsoregister och Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa).

Figur 9. Antal besökare* i tandvården 2020 jämfört med 2019

Avser vecka 11–51



* Antal personer 24 år och äldre som fått statligt tandvårdsstöd, samt barn och unga 3-19 år

Källa: Källa:SKaPa, Socialstyrelsens tandhälsoregister 2021

Påverkan på tandvårdsbesök

Den kraftiga minskningen i antal besökare i början på pandemin kan både förklaras av ändringar av tandvårdsklinikernas öppettider samt myndigheters rekommendationer för äldre och riskgrupper.

Under våren 2020 stängde många tandvårdskliniker för all annan vård än akuttandvård eller begränsade sin verksamhet på annat sätt. Omfattningen av nedstängningarna varierade mellan regionerna och mellan folktandvård och privattandvård. Nedstängningar var vanligare bland folktandvårdskliniker medan fler kliniker i privattandvården höll öppet med begränsade öppettider. Tandvården begränsade även sin verksamhet på annat sätt, till exempel genom att skjuta upp planerade besök för vissa patientgrupper eller att ställa in vissa behandlingar.

I pandemins början rekommenderade Folkhälsomyndigheten personer 70 år och äldre att begränsa sina sociala kontakter. I samband med det gick Socialstyrelsen ut med information om att rutinundersökningar och viss planerad tandvård för patienter tillhörande riskgrupper kunde skjutas upp i samband med den höga risken för smittspridning i samhället.

Under hösten ställdes planerade besök inte in i lika stor utsträckning som under våren, och det var inte tandvården som tog initiativ till avbokningar utan patienterna avbokade oftast själva sina besök. Oftast var det äldre och riskgrupper som avbokade sina besök, både i folktandvård och privattandvård.

Planerade tandvårdsbehandlingar har skjutits upp

I samband med den kraftiga minskningen av besökare i tandvården 2020, minskade andelen besök som avsåg planerade tandvårdsbehandlingar. Regelbundna undersökningar och sjukdomsbehandlande åtgärder minskade, vilket

medförde en relativt större andel tandutdragningar och behandlingar som krävde antibiotikaförskrivning. Störst var förändringen bland personer 70 år och äldre, men liknande trender ses för alla åldersgrupper.

På nationell nivå utfördes 23 procent färre regelbundna undersökningar mellan vecka 11 och 51 år 2020, jämfört med samma period året innan. Samtidigt skiljer sig regionerna åt i vilka patientgrupper som har prioriterats.

Regionernas bedömning av uppdämda vårdbehov

I en workshop med tandvårdsnätverket⁵⁰ i maj 2021 ställde Socialstyrelsen frågan om uppdämda vårdbehov föreligger inom den regionalfinansierade tandvården. De flesta regioner har patientgrupper som inte har fått all tandvård som de varit i behov av. Ett fåtal regioner har hunnit utföra största delen av den planerade tandvården för sina olika patientgrupper. Omfattningen av de uppdämda vårdbehoven ser därför olika ut i landets regioner.

Ändringar i tandvårdens verksamhet så som ökade krav på social distansering, anpassning av lokaler och uppskjuten vård för vissa patientgrupper har påverkat patientflödet under pandemin. Ökad sjukfrånvaro bland personalen har också haft en påverkan på verksamheterna. Tandvårdens totala kapacitet har därför minskad något under pandemin. Den tandvård som ställdes in i början på pandemin har därmed också varit svår att jobba i kapp. En del regioner lyfter svårigheter i att rekrytera personal och resursbrist som en delförklaring.

I majoriteten av regionerna har tandvård som utförs under narkos skjutits upp på grund av att tandvården har haft svårigheter att få tillgång till narkosresurser. Detta har skapat ökade köer och påverkat vårdbehov inom exempelvis barntandvård, orofacial medicin och käkkirurgi. Enligt regionernas bedömning har de ökade köerna bidragit till ökad akuttandvård, exempelvis för barn som inte fått fullständig behandling under narkos i enlighet med deras behov.

I många regioner har tandvård som utförs på äldreboenden ställts in under hela eller delar av pandemin. I samband med att besöksförbudet på äldreboenden infördes stoppades möjligheten till att utföra både munhälsobedömningar och mobil tandvård. Regionerna märker därför en minskning i utnyttjandet av det regionfinansierade tandvårdsstödet Nödvändig tandvård.

Det är svårt att skatta omfattningen av de uppdämda behoven, men i och med att patientgruppen som är påverkad har stora tandvårdsbehov finns troligtvis ett omfattande behov som inte har tillgodosetts.

I de flesta regioner är situationen inom barn- och ungdomstandvården liknande som innan pandemin. Några av regionerna nämner att köer till tandreglering har ökat och även att kötid för friska vuxna har ökat, eftersom dessa patienter har lägst prioritering och därför har hamnat längst bak i kön. En osäkerhet föreligger därför om omfattningen av uppdämda vårdbehov i den patientgruppen.

⁵⁰ I tandvårdsnätverket på SKR sitter representanter från Sveriges alla regioner.

Färre regelbundna undersökningar bland dem med sämre tandhälsa

Det finns en tydlig koppling mellan tidigare munsjukdomar och en ökad risk för fortsatta munproblem. Antalet intakta tänder⁵¹ kan därför användas som övergripande mått på munhälsa och risk för munsjukdomar. Personer med 0–14 intakta tänder kvar i munnen har ofta fått många av sina tänder lagade eller borttagna på grund av munsjukdomar. Denna patientgrupp kan därför behöva komma oftare för undersökning än andra.

Antalet undersökningar under år 2020 jämfört med 2019 minskade mest bland de äldsta med sämst munhälsa. Det innebär att de patientgrupper som kan förväntas ha ett stort behov av regelbunden kontakt med tandvården har uteblivit från besöken i störst utsträckning.

⁵¹ En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade kariesskador som kräver en fyllning eller en lagning. Den får inte ha någon fyllning och inte heller protetiska ersättningar.

Uppdämda vårdbehov – en internationell utblick

De hälsorelaterade konsekvenserna av pandemin ser olika ut i olika länder. Det är svårt att hitta jämförbara uppgifter om i vilken omfattning de övriga nordiska länderna påverkats av uppdämda vårdbehov på grund av pandemin. I detta avsnitt ger vi därför bara några korta exempel på hur vård som rör annat än covid-19 har påverkats av pandemin. Utblicken gäller för de nordiska grannländerna Danmark, Finland och Norge.

Respondenter från Danmark, Finland och Sverige⁵² uppgav i Eurofound's senaste undersökning att de inte har haft tillgång till medicinsk undersökning och behandling i den omfattning de anser sig ha behövt under pandemin. Detta förklaras bland annat med att vård ställts in och av en rädsla för att smittas av covid-19 under besöket [78].

I WHO:s pulsundersökning från april 2021 uppger 94 procent av 135 länder att hälso- och sjukvård som inte rör pandemin har påverkats. Mest påverkat uppges primärvård, rehabilitering, palliativ vård och vård som ges över längre tid (long-term care) vara [79]. Danmark uppger i undersökningen ha haft vissa störningar inom specialistvården. Finland uppger störningar inom primärvården, rehabilitering och vård som ges över längre tid [80].

En dansk befolkningsstudie som omfattar de första 11 månaderna av covid-19-pandemin visade på en lägre sjukhusinläggningsfrekvens under hela studieperioden för vissa medicinska tillstånd; till exempel sjukdomar i andningsorganen och nervsystemet, cancer, hjärtsvikt, akuta försämringar av kronisk lungsjukdom, sepsis och lunginflammation [81].

Enligt en norsk journalstudie minskade slutenvårdsbesöken i Norge från i snitt 2 400 per dag före pandemin till cirka 1 500 under inledningen av pandemin [82].

Skillnader vid äldreboenden i Norden

Coronakommissionen konstaterar att äldreomsorgen (särskilt äldreboenden) har drabbats hårt av covid-19 i många länder. I genomsnitt har 47 procent av de covidrelaterade dödsfallen utgjorts av personer i äldreboenden. Givet den höga covid-19 relaterade dödligheten inom äldreboenden i många länder konstaterar kommissionen att det är bekymmersamt att det finns så begränsad internationell statistik och sammanställningar av hur olika länder har försökt begränsa smittspridning till och inom äldreboenden. Mycket tyder dock på att äldreomsorgen i flera länder stått illa rustad att möta pandemin. En möjlig förklaring till skillnader i smittspridning och dödlighet mellan de nordiska länderna handlar om när i tid som de olika länderna infört besöksrestriktioner, karantänsregler för vårdpersonal och möjlighet till såväl skyddsutrustning som testning.

⁵² Norge ingår inte i undersökningen som bara omfattar EU-länder.

WHO och OECD har noterat att pandemin har lett till att resursmässiga och organisatoriska brister inom äldreomsorgen, som påtalats under många år, uppmärksammas. I de flesta länder är äldreomsorgen underfinansierad, med personal som ofta arbetar underbemannat och med låg lön, osäkra anställningsförhållanden och otillräcklig utbildning. I våra grannländer går det att se olika kombinationer av faktorer som försvårar respektive underlättar personalens möjligheter att utföra sitt arbete. Även om olika aspekter av bemanning, kompetens, anställningsförhållanden och arbetsvillkor delvis pekar åt olika håll är det troligt att personalen i svenska äldreboenden var mer utlämnade när pandemin bröt ut i jämförelse med de andra länderna.

Samtliga nordiska länders äldreomsorg har drabbats av pandemin, och inför restriktioner kring fysisk kontakt med de äldre. Detta har med all sannolikhet lett till sämre möjlighet till fysisk kontakt för vård och behandling, och därmed till ett dolt behov på grund av undanträngd vård för de äldre [83].

Sammanfattningsvis är det mycket som tyder på att många länder, i likhet med Sverige, kommer att behöva planer och resurser för att framöver ta hand om alla patienter som har behövt vänta på vård och behandling, och som fortfarande har ett behov av vård.

Hantering av uppdämda vårdbehov

Pandemin har påverkat personer med kroniska sjukdomar dubbelt, både genom ökad risk för komplikationer och död på grund av covid-19 och genom sämre tillgång till vård- och behandling [84]. Personer med en utsatt ekonomisk situation, allmänt sämre hälsa och högre hälso- och sjukvårdsutnyttjande har visat sig ha en större risk att inte få tillgång till den hälso- och sjukvård som behövs under pandemin, vilket över tid kan leda till ännu sämre livsvillkor och hälsa för dessa personer [85]. Även könsskillnader bör beaktas för att undvika att ojämställdhet och ojämlikhet i vård och behandling förvärras av pandemin [86].

Pandemin innebär stora utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemen globalt. Hälso- och sjukvårdspersonal har en central roll i systemet att hantera pandemin parallellt med annan vård och behandling, men de hör samtidigt till de mest sårbara för infektion och psykisk ohälsa på grund av sin yrkesmässiga exponering [87]. Enligt OECD synliggör pandemin betydelsen av att sätta primärvården i centrum för hälso- och sjukvårdssystemen för att kunna hantera oväntade ökningar av efterfrågan på vård och behandling och samtidigt upprätthålla kontinuiteten i vården för alla. En stark primärvård som har organiserats i multiprofessionella team med möjlighet till utveckling, som är integrerad med annan vård och omsorg och som stöds av digital teknik och väl utformade incitament bidrar till ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem som kan hantera större kriser enligt organisationen [84].

Ett EU-program med inriktning mot långsiktiga EU-åtgärder för hälsoområdet med anledning av pandemin har startats för perioden 2021–2027. Det har även tagits beslut om ett arbetsprogram för 2021. Arbetsprogrammet utgår från fyra områden: sjukdomsförebyggande åtgärder, krisberedskap, hälso- och sjukvårdssystem och digitalisering (det senare med cancer som ett

övergripande tema). EU påpekar att hälsofrågor är ämnesöverskridande, vilket innebär att flera av EU:s andra program, strategier, instrument och åtgärder kompletterar denna satsning [88, 89].

I Socialstyrelsens arbete med postcovid har myndigheten kontinuerligt tagit del av andra länders arbeten. Det har dock inte gjorts någon systematisk sammanställning om hur olika länder angripit frågan. WHO arbetar just nu med att definiera tillståndet postcovid, samt tar del av erfarenheter och olika nationella dokument. När denna rapport publiceras har ingen rapport från WHO ännu sammanställts.

Insatser för att möta uppdämda och förändrade vårdbehov

I den första delen av rapporten presenterades en nationell lägesbild över hälso- och sjukvårdens uppdämda vårdbehov under pandemin inom den regionalt och kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Den samlade lägesbilden visar att vården har påverkats på en rad olika sätt och att det framför allt handlar om att behov och utmaningar som fanns redan innan pandemin har förstärkts. Exempelvis har väntlistorna ökat [2] och ojämlikheten i hälsoförhållanden mellan olika socioekonomiska grupper i befolkningen har förstärkts [5]. Samtidigt finns det exempel på att pandemin har bidragit till att vården snabbt har ställt om och arbetar på nya sätt, till exempel digitalt, för att kunna tillgodose uppkomna vårdbehov. Pandemin har hittills också fört med sig nya vårdbehov i form av post-covid patienter och insatser relaterade till vaccineringen.

Vi befinner oss fortfarande i en pandemi. Eftersom det inte kan uteslutas att nya mutationer fortsätter att spridas och skapar nya smittvågor och eftersom effekterna av olika medicinska insatser fortfarande är oklara finns det inte en fullständig och entydig bild av hur framtida vårdbehov kan komma att utvecklas. Vad till exempel konsekvensen blir av att färre än normalt genomgår cancerscreening är fortfarande oklart, men det finns en uppenbar risk att det kommer ett antal cancerfall som inte upptäcks så tidigt som det vore önskvärt. Det kan på sikt ge konsekvenser för såväl patienter som för hälso- och sjukvården. I samhället ses vissa indikationer på en ökad psykisk ohälsa bland befolkningen generellt och beroende på pandemins utveckling kan detta komma att förändras. Lägesbilden ger en översikt över hälso- och sjukvården för den breda befolkningen. Samtidigt finns det vårdbehov exempelvis bland utsatta grupper som vi inte vet tillräckligt mycket om på grund av att kunskapsläget fortfarande är begränsat och under utveckling.

Behov av insatser utifrån den samlade lägesbilden

I denna del av rapporten presenteras arbetet med att identifiera ändamålsenliga och effektiva insatser på nationell och regional nivå för att omhänderta patienters behov på kort och lång sikt. De insatser som föreslås är därför dels inriktade på att möta behov hos de grupper som blivit mest negativt påverkade av pandemin, dels skapa ökad kapacitet i hälso- och sjukvården. De olika förslagen till insatser sorteras in under sex insatsområden: Hälsofrämjande och rehabilitering, Nära vård, Patientinflytande, Kompetensförsörjning, Kapacitetsstyrning samt Kunskapsstyrning. Även om till exempel hälsofrämjande och rehabilitering och patientinflytande ingår i det större arbetet med omställningen till en mer nära vård har vi valt att presentera dessa insatsområden separat för att tydliggöra kopplingen till vår lägesanalys. Uppdelningen i sex insatsområden tydliggör också hur insatser är riktade mot behov på kort och lång sikt. De förslag till insatser som här går under benämningen nära

vård är sådana som grundläggande förändrar strukturen i arbetsdelning och samarbete mellan olika vårdnivåer.

Utifrån den samlade lägesbilden framgår att den akut nödvändiga vården i hög grad har kunnat upprätthållas, men att andra vårdbehov och preventiva insatser fått stå tillbaka under pandemins första år. Som en konsekvens av detta kommer dessa uppdämda behov fortsatt att påverka hälso- och sjukvården under en tid framöver.

Av lägesbilden framgår att pandemin har förstärkt kompetensförsörjningen som en av vårdens stora utmaningar. Vidare framgår det att ett stort antal äldre personer har blivit socialt isolerade och fysiskt inaktiva och därmed fått förändrade eller utökade behov av fysisk aktivitet och rehabiliterande insatser. Ett annat tydligt mönster är att redan socioekonomiskt utsatta grupper i högre utsträckning påverkats negativt av pandemin och att dessa grupper har förstärkta behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Personer som befinner sig i kommunal vård har påverkats negativt av pandemin genom uteblivna hälsofrämjande och fysiska aktiviteter med ökade behov av rehabiliteringsinsatser för att undvika allvarligare sjukdomstillstånd. För flera patientgrupper med kroniska sjukdomar som diabetes, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom har regelbundna kontroller i vissa fall satts ut och antalet demensutredningar har minskat.

Hälso- och sjukvårdspersonal, främst i kommunal hälso- och sjukvård och inom specialistvården, har varit tvungna att förändra arbetssätt för att minska smittspridningen och i vissa fall byta arbetsuppgifter för att ta hand om ett tidvis stort antal covid-19-patienter. Främst inom den kommunala hälso- och sjukvården har insatser som gjorts inte varit tillräckliga. Läkarmedverkan från den regionala hälso- och sjukvården har inte motsvarat behoven, vilket medfört risker för patientsäkerheten. Många riskförebyggande och rehabiliterande aktiviteter har behövt ställas in, vilket på sikt kan komma att ge upphov till nya vårdbehov. Pandemin har också visat på brister i både kapacitet och kompetensnivå inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Insatser för att tillgodose identifierade behov från lägesbilden

För att bättre möta de behov som har identifierats genom den beskrivna lägesbilden behöver vårdens kapacitet ökas. Den centrala resursen i hälso- och sjukvården utgörs av dess personal vilket gör kompetensförsörjningen central. För att säkerställa kompetensförsörjningen på kort och lång sikt av yrkesgrupper som utgör flaskhalsar i sjukvårdsflödet kan särskilda insatser vara motiverade. Det kan handla om särskilda utbildningssatsningar för att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin, som utgör en central yrkesgrupp för att möjliggöra omställningen till nära vård. Det finns även ett behov av högre andel legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård samt en ökad läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. De flesta kompetensförsörjningsinsatser har effekt först på längre sikt, som utbildningsstöd till sjuksköterskor. På kortare sikt kan kompetensväxling ske från yrkesgrupper där be-

gränsad tillgång råder till andra yrkesgrupper. Vid överföring av arbetsuppgifter är det viktigt att personalens utbildning och kompetens säkras för att undvika patientsäkerhetsrisker. För att säkerställa goda och långsiktigt hållbara förutsättningar för vårdpersonalen behövs också möjligheter till återhämtning på arbetsplatserna.

På längre sikt behöver mer göras för att öka sjukvårdens kapacitet och produktivitet för att bidra till att minska akuta behov av specialiserad vård. Myndighetens bedömning är att de arbetssätt som är centrala för omställningen till en nära vård också bidrar till en långsiktigt mer effektiv vård. För att minska de uppdämda vårdbehoven till följd av pandemin behöver dessa nya, effektivare arbetssätt snabbare och bredare införas i de normala rutinerna i regionerna.

I den pågående omställningen mot nära vård har vissa regioner kommit längre än andra. Det handlar bland annat om fortsatt etablering av fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, patientkontrakt, men även om mobila team och direktkonsultation.

Att ställa om till dessa arbetssätt kan ta olika tid i regionerna, vilket innebär att dessa insatser bidrar till att hantera de uppdämda vårdbehoven framför allt på lång sikt. På kortare sikt kan ett fokuserat arbete med att analysera vårdbehovens aktualitet och lägga samman mindre vårdenheters väntelistor till regionalgemensamma underlätta möjligheten att prioritera patienter med större behov. Gemensamma patientflöden leder ofta till en ökad effektivitet, något som beskrivits i lägesanalysen för BUP-verksamheternas satsning på projektet ”En väg in”.

Digitaliseringen kan också mobilisera patienternas medverkan och möjlighet att själva boka tider via webbtidbokning och därmed bidra till att avlasta administrativa funktioner inom hälso- och sjukvården. Dock behöver alternativa vägar som till exempel telefonkontakt säkerställas för att undvika att ett digitalt utanförskap skapas för vissa patienter.

I arbetet med att stödja patienterna med deras vårdbehov beskrevs i lägesanalysen arbetet som utförs av vårdlotsar. Utöver det mer direkt stödjande arbetet behövs mer omfattande insatser för att informera patienterna om deras rättigheter och möjligheter att söka vård utifrån vårdgarantins förutsättningar.

Många av våra förslag i lägesbilden sammanfaller med förslag i regionernas handlingsplaner respektive förslagen i delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59) från Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som kort redogörs för här nedan innan den sammanfattande diskussionen presenteras.

Förslag till insatser i regionernas handlingsplaner för tillgänglighet

Inom ramen för uppdraget har vi gått igenom och analyserat regionernas handlingsplaner för att få en bild av hur regionerna prioriterar för att uppnå olika tillgänglighetsmål. Utifrån handlingsplanerna kan vi konstatera att regionerna har identifierat produktions- och kapacitetsplaneringen och digitalisering som centrala insatsområden för att öka tillgängligheten generellt, men också med tanke på uppdämda vårdbehov till följd av covid-19. Samtliga regionplaner innehåller insatser som berör omställningen mot nära vård som

också kan bidra till bättre tillgänglighet. De insatser som nämns i flertalet handlingsplaner är fast vårdkontakt och patientkontrakt, mobila team och tydligare samverkan med kommuner. Ett fåtal regioner anger hälsofrämjande samtal som en metod att minska inflödet och därmed bidra till bättre tillgänglighet. Flera av de regioner som genomför dessa samtal har däremot inte tagit upp det som en insats i handlingsplanen för att förbättra tillgängligheten.

En insats som bara nämns i någon enstaka handlingsplan är direktkonsultation⁵³ med specialistvård i primärvård, något som används i stället för remisser till specialiserad vård.

En annan insats som regionerna arbetar med är egenmonitorering, en form av digital tjänst som möjliggör för patienter med kroniska sjukdomar att få en nära och kontinuerlig bevakning av deras hälsotillstånd utifrån ett antal parametrar och därmed möjliggör direkta, preventiva vårdåtgärder utifrån patienternas förändrade hälsotillstånd. Tio regioner nämner egenmonitorering som en insats i handlingsplanerna för att minska behovet av akutsjukhusvård.⁵⁴

Förbättringsarbeten för effektiva flöden och processer lyfts också fram liksom implementering av nationella riktlinjer och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Förslag till insatser – Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har i uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på kortare väntetider. Deras uppdrag är inte primärt relaterat till covid-19, även om de i sitt första delbetänkande konstaterar att covid-19 ytterligare bidragit till försämrade väntetider. Delegationen föreslår i sitt delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59) en rad olika förslag för att stimulera och förbättra tillgängligheten i vården. Bland annat föreslås att regeringen och regionerna gemensamt bör planera för ett långsiktigt tillgänglighetsarbete. Arbetet bör omfatta årliga regionala handlingsplaner och årliga uppföljningar. Statens uppföljning av det gemensamma strategiska tillgänglighetsarbetet, genom överenskommelse med SKR, bör bland annat bestå av en årlig rapport från regionen gällande om insatserna i den regionala handlingsplanen för tillgänglighet har genomförts och hur resultatet är i förhållande till regionens mål. Regeringen föreslås tillsätta en kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Förutom detta ramverk som ska garantera ett systematiskt och långsiktigt arbete med tillgänglighet nämns ett antal mer konkreta förslag som sannolikt påverkar sjukvårdens kapacitet generellt, men även specifikt att på kort sikt bättre klara av de uppdämda vårdbehoven till följd av covid-19. Ett av dessa förslag är följande:

- Regeringen ska under 5 år stimulera ett regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete genom pilotverksamheter inom olika områden för ökad

⁵³ Direktkonsultation innebär ett digitalt trepartssamtal med patient, primärvård och specialistvård.

⁵⁴ Sju regioner har pågående projekt med egenmonitorering enligt SKR. Det innebär att sju regioner inte tagit upp sitt pågående arbete med egenmonitorering i sin handlingsplan.

kapacitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Möjliga områden för regiongemensam pilotverksamhet kan vara produktions- och kapacitetsplanering och samordnade upphandlingar (s. 26).

Produktions- och kapacitetsstyrning (PoK) innebär att ett flertal relaterade aktiviteter genomförs för att styra och matcha efterfrågan och kapacitet så att ett så stort patientgenomflöde som är långsiktigt hållbart uppnås. Produktions- och kapacitetsstyrning sker i dag ofta ofullständigt i regionerna [90, 91]. För att få effekter av PoK krävs ett ständigt pågående arbete med att följa inflödet, aktivt styra den dagliga och veckovisa produktionen för att möta inflödet och säkerställa kapacitet med kompetensmatchade team så att det blir en självklar del av verksamheten och verksamhetens kultur. Utifrån de diskussioner som Socialstyrelsen fört med regioner och den nationella samverkansgruppen för uppföljning och analys bedöms att en gemensam modell med definierade termer och begrepp på nationell nivå bör tas fram i samarbete mellan regioner i regi av SKR. Denna modell kan sedan användas i de regionala årliga handlingsplanerna. Samordnade upphandlingar över regiongränser av privata vårdgivare möjliggör för mindre regioner att ta del av det utbud som nu är koncentrerat till de större regionerna.

Detta förslag har förts fram av regionerna som ett sätt att stärka förutsättningarna för de mindre regionerna att hantera de uppdämda vårdbehoven i den delrapport som Socialstyrelsens överlämnade till regeringen 15 juni 2021 om regeringsuppdraget att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården.

Ett annat förslag i delbetänkandet SOU 2021:59 för att mildra effekterna av uppdämda vårdbehov till följd av pandemin är ökade krav på regionerna att informera patienter om vårdgarantin och involvera patienter i olika valmöjligheter för vård:

- Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informationen bör bland annat omfatta villkor vid vård i annan region, vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård (s. 26).

Vid hanteringen av de köer som uppstått på grund av covid-19 behöver patienterna involveras mer aktivt för att säkerställa behovens aktualitet och möjliga alternativa behandlingar. Vissa regioner arbetar proaktivt med så kallade vårdlotsar för att involvera patienterna, men arbetet sker inte i samtliga regioner. Innebörden i vårdgarantin behöver också förtydligas på ett sätt som används generellt av samtliga regioner i kommunikation med patienter för att undvika att ojämlika förhållanden skapas [60].

Strategiska insatsområden för att bättra tillgodose uppdämda vårdbehov

Utifrån den samlade lägesbilden som presenteras i denna rapport har en sammanställning av ett antal aktuella och specifika förslag på insatser gjorts. Ambitionen med dessa insatser är att förbättra tillgängligheten generellt för alla,

det vill säga en bred ansats för förbättrade flöden för att få in så många patienter som möjligt in i systemet igen, men samtidigt fokuserat adressera de mest behövande som äldre, kroniskt sjuka och särskilt utsatta grupper. De enskilda förslagen har i många fall redan prövats praktiskt i lokala eller regionala sammanhang med goda resultat och bedöms om de sprids kunna ge större bidrag till att adressera de uppdämda vårdbehoven till följd av covid-19.

I detta avsnitt anger vi sex strategiska insatsområden för att hantera de uppdämda vårdbehoven. Senare i tabell 5 beskrivs olika förslag på insatser inom ramen för dessa insatsområden med en uppskattning av hur insatserna berör efterfrågan av vård på kort och lång sikt. Vissa insatser kräver större förändringar som kan ta längre tid innan effekter på behov och efterfrågan kan ses. Hur snabbt olika insatser kan ske beror på hur dessa prioriteras och tilldelas resurser vilket innebär att tidsuppskattningarna har viss osäkerhet. Det är i nuläget totalt 26 olika förslag som berör följande områden; Hälsofrämjande och rehabilitering, Nära vård, Patientinflytande, Kompetensförsörjning, Kapacitetsstyrning samt Kunskapsstyrning. Digitalisering går in under flera av dessa områden. Majoriteten av förslagen till insatser inom dessa strategiska insatsområden är pågående arbeten som kan tänkas behöva spridas nationellt och några insatser för att stärka tillgängligheten har redan uppmärksamats från statligt håll. Regeringen har i regleringsbrevet för 2021 till exempel gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela 609 miljoner kronor i statsbidrag till kommunerna för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom samt statsbidrag om 150 miljoner kronor till kommunerna, att använda under 2021 för att stärka förutsättningarna för att personalen som arbetar inom kommunal hälso- och sjukvård samt äldreomsorg till följd av belastningarna som uppstått på grund av covid-19.

Systemperspektiv och långsiktighet

I utarbetandet av ändamålsenliga och effektiva insatser är utgångspunkten att både insatser som primärt bedöms ha effekt på kort sikt och insatser på längre sikt, som omställningen av svensk hälso- och sjukvård mot en mer nära vård, behöver ske parallellt. Ett centralt tema i flera föreslagna insatser är att tidigare och bättre ta hand om patienters vårdbehov innan det går så långt att de blir akuta och måste tas om hand inom den specialiserade vården eller leder till långvarig sjukskrivning. Detta innebär en satsning på riktade hälsosamtal till identifierade risk- eller åldersgrupper, rehabiliteringsinsatser, mobila team samt insatser med digitala stöd för egenmonitorering. En väsentlig effekt av dessa insatser är ett sannolikt minskat inflöde till akutsjukhusen och den övriga specialiserade vården, som i sin tur kan frigöra kapacitet för de planerade operationer och åtgärder som fått stå tillbaka på grund av hanteringen av covid-19-patienter. Här följer en beskrivning av de områden för insatser för att adressera uppdämda vårdbehov till följd av covid-19 som identifierats utifrån uppdragets formuleringar och den samverkan som skett med andra myndigheter och aktörer i projektet.

Hälsofrämjande insatser och rehab för bättre folkhälsa

Befolkningsundersökningar som redovisas i lägesanalysen visar att pandemin har medfört tendenser till social isolering, mer stillasittande, sämre matvanor och något ökade psykiska besvär. I Sverige fanns det redan före pandemin tecken på att hälsoklyftorna i befolkningen ökade. Utbrottet av covid-19 riskerar att förstärka dessa skillnader. Det är därför viktigt att stärka det hälsofrämjande arbetet, inte minst inom primärvården.

Insatser som kan bidra till att adressera många av de beskrivna negativa hälsokonsekvenserna som uppstått är rehabinsatser för särskilda grupper, äldre som blivit fysiskt inaktiva, men också post-covid-patienter. Rehabinsatser kan ske genom digitalt understödda och strukturerade insatser av åtgärder för att mobilisera kroppens muskler och vävnader. Genom rehabinsatser kan i vissa fall även större operativa ingrepp undvikas och risken för uppkomst av kroniska sjukdomar minskas eller förskjutas framåt i tiden. Det finns redan digitala stöd för rehabilitering där insatsen görs mer socialt interaktiv och effektiv och som nämns i regionernas handlingsplaner.

Patienter som uppvisar post-covid symptom behöver få stöd som är tillgängliga för hela sjukvården oberoende av organisatoriska gränser. Behandlingsstöd som utformats för att fungera främst i primärvården skulle också kunna utvecklas till digitala hjälpmedel för att samtidigt underlätta en kontinuerlig uppföljning av patienterna. I flera andra länder har en nationell, systematisk insats för utvärdering av hälsoappar i hälso- och sjukvården visat sig effektivt som i till exempel England [92]. I Sverige har ingen motsvarande nationell satsning gjorts på att utvärdera och upphandla medicinska appar.

En annan insats som på längre sikt bidrar till att minska belastningen på sjukvården är hälsosamtal för att påverka levnadsvanor gällande kosthållning, sömn, alkohol, tobak och så vidare [93]. Samtalsbehandlande insatser som hälsosamtal kan leda till bättre levnadsvanor och mindre sjukvårdsbelastning och kan ske digitalt eller per telefon för ökad produktivitet [94, 95]. För att säkerställa att de grupper som är mest i behov av dessa insatser får ta del av dem behöver regionerna aktivt bjuda in dessa grupper till hälsosamtal och rehabiliterande insatser.

Nära vård för bättre tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet

Tanken med nära vård är att göra vården mer tillgänglig och kontinuerlig utifrån patientens förutsättningar. Det handlar om en ny vårdlogik som utgår ifrån patientens behov och gör primärvården till navet i vården i stället för att utgå ifrån en alltmer specialiserad sjukhusvård som ofta organiseras efter industriell verksamhetslogik med köer, scheman och sekventiell behandling. I många fall kan denna förändring i vårdlogik stödjas av digitala lösningar och minska behovet av upprepade sjukhusvistelser, vilket också medför att sjukhusets resurser frigörs till den specialistvård som endast kan ske i en sjukhusmiljö. Genom att avlasta sjukhusvården frigörs resurser för till exempel operationer som fått stå tillbaka under pandemin.

Under pandemin har de digitala vårdbesöken ökat kraftigt. Även om möjligheterna till digitala besök inte kan nyttjas av alla patientgrupper (till exempel vissa grupper med funktionsnedsättningar) och det inte är väl belyst ifall patienter upplever att distansbesöken tillgodoser deras vårdbehov, är myndighetens bedömning att möjligheten till distansbesök uppskattas av många patienter. Alla patientgrupper kan eller vill inte nyttja digitala besök. Fullgoda alternativ måste därför finnas tillgängliga. Distansbesöken används dock idag mer som ett alternativ för återbesök och mindre för nybesök. Genom en mer kontinuerlig kontakt med patienter som lider av kroniska sjukdomar kan en bättre egenvård stödjas, insatser i hemmet göras som förhindrar sjukhusinläggning eller akutbesök. Detta kan främjas genom fast vårdkontakt och patientkontrakt, egenmonitorering och vid behov insatser i hemmet av mobila team. Teknisk infrastruktur som utvecklas av Inera möjliggör flerparsamtal eller direktkonsultation som underlättar så att primärvården kan fungera som navet i patienternas hälso- och sjukvård och samverka med patienten, annan hälso- och sjukvård och socialtjänsten i enlighet med intentionerna i proposition 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* [97].

Regionernas insatser för en mer strukturerad och enhetlig dokumentation och det pågående inrättandet av gemensamma vårdinformationsystem har betydelse för möjligheten till uppföljning på olika nivåer och kan även minska den administrativa bördan i hälso- och sjukvården och därmed frigöra arbetstid och kapacitet.

Patienter och anhöriga som medskapare i vården

Den nära vården ska öka patientens delaktighet, men patientens inflytande behöver stärkas i alla hälso- och sjukvårdens verksamheter, även inom specialistvården. Många digitala lösningar som till exempel Nationell vårdgivar-databas med information om aktuell kapacitet som tillgängliggörs publikt till patienter via 1177 kan bidra till att patienter själva kan söka vård efter sina behov. En annan digital lösning som ökar patienters och anhörigas inflytande är Webbtidbok som möjliggör för patienter och anhöriga att direkt boka, av eller omboka besök. Vårdlotsar har hittills främst arbetat utifrån verksamhetens ambition att uppfylla vårdgarantins krav snarare än att utgå ifrån patienters och anhörigas intressen, även om dessa aspekter till stor del sammanfaller. Genom att ge vårdlotsrollen en mer utpräglad patientstödande roll som utgår ifrån patientens perspektiv stärks patienters och anhörigas inflytande i vården. Ett annat förslag som redan omsatts i viss utsträckning i ett antal regioner är möjligheten för anhöriga att delta vid digitala vårdmöten [97]. Tekniken som utvecklas av Inera togs initialt fram för att stödja multidisciplinära konferenser inom cancervården, men används också för direktkonsultation inom Borgholmsmodellen [98]. Även om detta förslag sorteras in under det strategiska insatsområdet Nära vård, innebär möjligheten för anhöriga att delta i digitala flerparsmöten en större möjlighet att vara med och påverka vården för den berörda patienten.

Kompetensförsörjning som stärker vårddkapacitetens kärna

Redan före pandemin har kompetensförsörjningen under en längre tid utgjort en av vårdens stora utmaningar. I Socialstyrelsens analysrapport som publicerades 11 maj 2021, *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*, beskriver regionerna kompetensbrist och utlåning av personal till covid-19-vården som en av anledningarna till att vårdens produktion minskat under covid-19-pandemins första och andra våg. Brist på till exempel sjuksköterskor kan leda till att antalet vårdplatser inte kan upprätthållas vilket i sin tur påverkar möjligheterna till operationer. Även om det på längre sikt går att ändra på var vård ges så att efterfrågan på viss kompetens ändras (till exempel mindre behov av vårdplatser och sjuksköterskor på sjukhus) så gäller det att utnyttja befintlig och särskilt kritisk, begränsad kompetens effektivt. Andra brister i kompetensförsörjningen som framförts i bland annat Vårdkompetensrådets analys är tillgången på legitimerad personal och specialistkompetens inom kommunal hälso- och sjukvård, brist på allmänläkare och behovet av en nationellt sammanhållen analys av utbud och efterfrågan på olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården [52].

En insats som kan lösa brist på en viss yrkeskategori är kompetensväxling, dvs. att arbetsuppgifter skiftas från en yrkesgrupp till en annan. Vissa arbetsuppgifter är reglerade i författning, men det finns i övrigt få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. En grundläggande förutsättning för god och säker vård är att personalen har adekvat kunskap och kompetens för sina arbetsuppgifter. Vårdgivaren ansvarar för att den personal som utför en viss arbetsuppgift också har den utbildning och träning som behövs för uppgiften. Utbildningen bör också omfatta kännedom om risker för patientsäkerheten.

En statligt främjad kompetensförsörjningsinsats som tar längre tid innan effekten blir synlig är utbildningsstöd, att med bibehållen lön kunna studera vidare till specialistsjuksköterska eller satsningar för att avhjälpa identifierade flaskhalsar för omställningen mot nära vård, till exempel allmänläkare i primärvården.

Ett område som anses ha särskilt behov av kompetensförstärkning är kommunal hälso- och sjukvård med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), och bättre samverkan med läkarinsatser från regionerna. Förutom insatser för att växla mellan olika typer av befintlig kompetens, uppgradera tillgången på legitimerad kompetens eller utveckla ny kompetens bör insatser som kan bidra till att skapa en bra arbetsmiljö för att behålla befintlig kompetens inom vården övervägas. Insatser för att främja ett närvarande ledarskap och tillgång till handledning i kommunal hälso- och sjukvård och omsorg är centralt för bättre arbetsmiljö och bättre förutsättningar för kvalitet. I den kommunala hälso- och sjukvården finns en nära samverkan med omsorgspersonal, vilka ofta utför insatser på delegation av legitimerad personal. Därför är kompetenshöjande insatser för omsorgspersonal i kommunerna också av betydelse för att stärka vårdens kärna.

Effektivare vård genom bättre kapacitetsstyrning

Covid-19 har lett till längre väntetider och vårdköer än före pandemin. Trots olika insatser för att hantera situationen kommer de uppdämda vårdbehoven sannolikt inte kunna reduceras med mer än att nya arbetssätt och processer införs mer konsekvent. Regionerna har under de senaste tio åren i varierande utsträckning arbetat med produktions- och kapacitetsstyrning, och anger också i sina handlingsplaner att intensivare arbete med produktions- och kapacitetsstyrning ska bidra till bättre tillgänglighet. Även Myndigheten för vård och omsorgsanalys framhåller behovet av mer regiongemensam och i vissa fall även nationell produktions- och kapacitetsplanering [4]. Grundtanken med detta är att varje verksamhet ska arbeta mer aktivt med att förstå inflödet, vilken daglig arbetstakt som krävs för att tillgodose inflödet och hur befintliga resurser kan kombineras på effektivare sätt för att uppnå ökad kapacitet och ett högre uthålligt patientflöde.

För att uppnå en bättre tillgänglighet behöver verksamheterna IT-system som hjälper dem se hur det verkliga, aktuella inflödet ser ut och förändrar sig över tid, så att patienter kan ges vård efter deras prioritet och kapaciteten kan skapas för att matcha behoven.

Trots insatser för att kvalitetssäkra sitt inflöde så att patienter på väntelistan är aktuella och remisser är korrekta kan förändringar ske i patienters behov eller verksamheters förutsättningar.

De flesta verksamheter har på grund av covid-19 en lång lista av väntande som kan vara svår att arbeta bort och kräver resurser att administrera. Med en klar bild över inflödet och matchning av inflödet genom motsvarande kapacitet kan det tydliggöras vilken daglig produktionstakt som måste hållas.

På nationell nivå behöver kvaliteten i den nationella väntetidsdatabasen förbättras och insatser som befolkningsundersökningar [4] och simuleringsansatser övervägas för att utveckla förmågan att bättre prognosticera utvecklingen av inflödet på kort och lång sikt. Genom att göra tillgänglighetsdata för olika vårdgivare lättare tillgängligt för patienter, till exempel via 1177 och e-tjänsten Webbtidbok kan patienter själva boka besök där tillgången är bäst och på så sätt skapa en viss effektivitetsskapande marknadsmekanism [99].

Generellt för produktionsstyrning är att minska antalet olika flöden genom sammanläggning av flödena som leder till mindre variation, färre flaskhalsar, större flöden och därmed högre kapacitet. Det finns regioner som har belyst att åtgärder såsom regiongemensamma operationsflöden och produktionskapacitet används som sätt att hantera de uppdämda vårdbehoven. Förbättrad digital infrastruktur kan också bidra till högre produktivitet, till exempel genom direktinmatning av patientuppgifter i kvalitetsregister eller att kommuner kan använda digitala hjälpmedel.

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården pekar på ett fortsatt behov att införliva, öka och sprida kunskapen om dessa arbetssätt och pröva insatserna bredare i fler regioner och genom erfarenhetsutbyte mellan regioner [60]. Samarbete över regiongränser kan leda till effektiviseringar, men det kräver kvalitetssäkrade och aktuella uppgifter om fri kapacitet och rutiner för hur patienter ska få hjälp av lotsar med information om sin vård inom eller utom regionen. Regionövergripande upphandlingar av privata

vårdgivare kan möjliggöra för mindre regioner att få tillgång till privata vårdgivare [2]. Inom de flesta regioner och över regiongränser finns behov av en generisk modell för produktions- och kapacitetsstyrning så att fler verksamheter kan nå goda resultat, och att få ett gemensamt språk kring termer och begrepp vilket möjliggör bredare kompetensförsörjningsinsatser och erfarenhetsutbyte.

Kunskapsstyrning för god och jämlik vård

I lägesbilden framgick att många utsatta och marginaliserade grupper i samhället har drabbats hårdast av pandemin. Viss verksamhet har ställts in, patienter har själva valt att inte uppsöka hälso- och sjukvården på grund av risk för smittspridning och många grupper har blivit mer socialt isolerade. Förutom att särskilt uppmärksamma äldre, grupper med kroniska sjukdomar, barn och personer med funktionsnedsättning behöver starkare uppföljning av kliniska riktlinjer ske efter pandemin. Uppföljningar som Socialstyrelsen gjort har visat att efterlevnaden av olika kliniska riktlinjer och screeningprogram har minskat. En utvärdering av ett antal rekommenderade och högt prioriterade åtgärder från 15 nationella riktlinjeområden visade att årliga uppföljningar och kontroller inte skett i samma utsträckning under pandemin för patienter med astma och KOL, att antalet fotundersökningar för diabetespatienter tydligt har minskat, samt att antalet demensutredningar minskat märkbart [46].

Förstärkt uppföljning av de verksamheter som minskat sina insatser för kroniskt sjuka, samt informationsinsatser till dessa verksamheter för att prioritera de patienter som fått kontroller eller undersökningar inställda, är förslag till insatser för att kompensera de brister i följsamheten som uppstått till följd av covid-19. Patientundersökningar om vårdkonsumtion och deltagande i screeningprogram kan bidra till bättre utformade insatser för ökad följsamhet mot nationella riktlinjer, rekommendationer och föreskrifter på området.

I tabell 5 nedan samlas de förslag till insatser som förts fram av olika aktörer inom de sex föreslagna strategiska insatsområdena Hälsofrämjande och rehabilitering, Nära vård, Patientinflytande, Kompetensförsörjning, Kapacitetsstyrning samt Kunskapsstyrning. I denna lista beskrivs kortfattat vad insatsen går ut på, hur snabbt och vilken primär effekt som kan tänkas uppstå och vem som primärt kan tänkas ansvara för att insatsen omsätts i praktiken.

Översikt över olika insatser för att hantera uppdämda vårdbehov

I följande tabell presenteras de förslag till insatser som introducerats tidigare i texten och beskrivs mer i detalj i senare avsnitt. De olika insatserna är ordnade enligt olika insatsområden: Hälsofrämjande och rehab, Nära vård för tillgänglighet, Patientinflytande, Kompetensförsörjning, Kapacitetsstyrning och Kunskapsstyrning. De olika insatsernas effekt över tid, vilka särskilda behov som primärt adresseras, utfallsmått för insatsens effekt och vem som primärt är tänkt att genomföra insatsen beskrivs löpande i tabellen.

Tabell 5. Översikt över olika insatser för ökad tillgänglighet

Nr	Område	Insats	Tid	Behov	Utfallsmått/ effekt	Vem
1	Hälsofrämjande/ Rehab	Rehabsatsning på digitala tjänster via 1177 (riktade till grupper med minskade/uppskjutna insatser)	1–2 år	Alla	Bättre folkhälsa, mindre sjukhusinläggningar. Ekonomiska vinster med rehab jämfört omvårdnad/hemtjänst. Digital lösning ger skaleffekter	Stat/ Region/ kommun
2	Hälsofrämjande/ Rehab	Riktade Hälsoamtal	1–2 år, 10+ år	Kroniskt sjuka	Bättre folkhälsa, mindre sjukhusinläggningar (på lång sikt)	Region
3	Hälsofrämjande/ Rehab	Riktade Hälsoamtal 70+	1–2 år	Kroniskt sjuka	Bättre folkhälsa, mindre sjukhusinläggningar	Region
4	Hälsofrämjande/ Rehab	Digitala stöd(app) för post-covid rehab, som också kan användas framöver för möjliga andra kraftiga infektioner	1–2 år	Nya behov	Snabbare återgång till arbete	Stat
5	Nära vård	Mobila team som uppsöker patienten i hemmet i samverkan med kommunal hemsjukvård.	2–4 år	Kroniskt sjuka	Minskade akuta besök /inläggningar mest sköra äldre	Region/ kommun
6	Nära vård	Direktkonsultation (Tekniken kan även användas för digitalt samordnad individuell plan - SIP)	2–4 år	Kroniskt sjuka	Minskat antal remisser och besök exempel ortopedi	Region/ kommun
7	Nära vård	Egenmonitorering	3–5 år	Kroniskt sjuka	"Frigjorda" besök/vårdtillfällen	Region
8	Nära vård	Förlängning av Socialstyrelsens uppdrag att främja omställning till god och nära vård samt att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården till 2025.	2–4 år	Alla	En mer nationellt sammanhållen omställning till nära vård	Stat
9	Nära vård	Patientkontrakt	3–5 år	Kroniskt sjuka	Bättre folkhälsa, mindre sjukhusinläggningar, färre akutbesök	Region
10	Patientinflytande	Nationell vårdgivar databas med information om aktuell kapacitet som tillgängliggörs publikt till patienter via 1177	3–5 år	Alla	Tillmötesgå patienters behov att påverka sin situation och skapande av marknadsmekanismer	Regioner i samverkan/ Stat

Nr	Område	Insats	Tid	Behov	Utfallsmått/ effekt	Vem
11	Patientinflytande	Vårdlotsar som arbetar primärt för att hjälpa patienter med vård inom vårdgarantin	2–4 år	Alla	Bättre tillgänglighet, förståelse för patienters behov och möjlighet att tillgodose dessa	Regioner i samverkan
12	Patientinflytande	Webbtidbok och kapacitetsplanering som möjliggör för patienter och anhöriga att direkt boka, av eller omboka besök	1–2 år	Alla	Ökat inflytande för patient, tidsbesparing i vården	Region
13	Kompetensförsörjning	Kompetensväxling	1–2 år	Alla	Tidsbesparing per kritisk resurs/yrkesgrupp, frigörande av vårdplatser	Region/ Kommun
14	Kompetensförsörjning	Utbildningsstöd för specialistkompetens	2–4 år	Alla	Ökat antal specialistsjuksköterskor, exempelberäkningar	Stat/Region
15	Kompetensförsörjning	Förstärkt kompetensförsörjningsanalys Bättre underlag för kompetensförsörjningen i vården, både nationella och regionala/lokala sammanställningar och dimensionering av verksamhetsförlagd utbildning (VFU).	1–2 år	Alla	Tydligare prognoser av kompetensbehov för samtliga 22 legitimationsyrken, till exempel utifrån omställningen mot nära vård	Stat/Region
16	Kompetensförsörjning	Utbildningssatsning för att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin	> 5år	Alla	Ökad specialistkompetens inom primärvården	Stat/Region
17	Kompetensförsörjning	Öka utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor	1–2 år	Alla, spec. vård	Ökad kapacitet genom förstärkning av kritiska resurser som utgör flaskhals (till exempel Anestesisjuksköterskor)	Stat
18	Kapacitetsstyrning	Kö-satsning baserat på regiongemensam kvalitetssäkring av inflödet och visualisering av gapet mellan behov, produktion och kapacitet som krav för att kvalificera för pengar att arbeta bort uppdämda vårdbehov	1–2 år	Alla	Ökad produktivitet (mindre köadministration, färre av/ombokningar, fokus på daglig produktionstakt), "beta av ryggsäcken"	Stat/Region
19	Kapacitetsstyrning	Förutsättningar för och effekter av regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering	1–2 år	Alla	Bättre kapacitetsutnyttjande genom pooling av resurser	Region
20	Kapacitetsstyrning	Identifiering av gemensamma komponenter i olika regionala modeller för produktions- och kapacitetsstyrning	1–2 år	Alla	Fler verksamheter genomför produktions- och kapacitetsstyrning på ett bättre sätt, lärande mellan verksamheter inom ramen för årliga regionala handlingsplaner	Regioner i samverkan
21	Kapacitetsstyrning	Förbättrad datakvalitet i portal om väntetider i vården så att den kan användas för planering i sjukvården	1–2 år	Alla	Bättre underlag för tillgänglighetsstyrning	Regioner i samverkan/ Stat

Nr	Område	Insats	Tid	Behov	Utfallsmått/ effekt	Vem
22	Kapacitetsstyrning	Befolkningsundersökningar om vårdkonsumtion	1–2 år	Alla	Ökad kunskap om vårdbehovens utveckling som kan användas av regioner i deras planering	Stat
23	Kapacitetsstyrning	Regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare	1–2 år	Alla	Bättre möjligheter för mindre regioner att upphandla privat vård	Region
24	Kunskapsstyrning	Säkerställa att inställda munhälsobedömningar till personer på särskilda boenden återupptas	1–2 år	Kroniskt sjuka	Effekten av munhälsobedömningar är bättre planerade och färre akuta insatser. En särskild uppföljning bör ske i regi av SoS	Stat/ Kommun
25	Kunskapsstyrning	Säkerställande av narkosresurser för tandvårdsoperationer till framför allt barntandvård	1–2 år	Tandvård	Kortare kötider till tandvård som utförs under narkos minskar behovet av akuta behandlingar som annars uppstår under väntetiden.	Region
26	Kunskapsstyrning	Uppföljning av nationella riktlinjer och riktade informationsinsatser till vård för kroniskt sjuka	1–2 år	Kroniskt sjuka, Tandvård	Kostnad för framtida vård på grund av utebliven uppföljning av patienter med diabetes (fotundersökning), Astma och KOL och artros, samt utebliven demensundersökning	Stat/Region

Beskrivning och möjliga konsekvenser av insatser

1. Reabsatsning på digitala tjänster via 1177 (Exempel rehab efter hjärtinfarkt)

Digitalt stöd för rehab finns i olika former med olika digitala plattformar och kan göras tillgängliga till vårdgivare och patienter via 1177 Behandling och hjälpmedel. Digitala stöd i form av instruktionsvideor och uppföljning av patienternas tillstånd kan användas av olika vårdyrken för ett stort antal olika patientgrupper, situationer och hälsotillstånd. Beräkningarna för denna insats redogörs för i Bilaga: Utförligare beskrivning av olika insatser – Ekonomiska konsekvensberäkningar. Insatsen som exempelberäkningarna utgår ifrån innebär införandet av en digital ehälsoplattform för patienter som genomgår rehab efter hjärtinfarkt. Patienter använder den digitala plattformen för att registrera värden som kan avläsas av vårdgivaren. Detta innebär en tidsbesparing hos vårdgivaren samt förbättrad hälsa hos patienten, vilket leder till minskad vårdkonsumtion.

Figur 10. Digitalt stöd vid rehab efter hjärtinfarkt

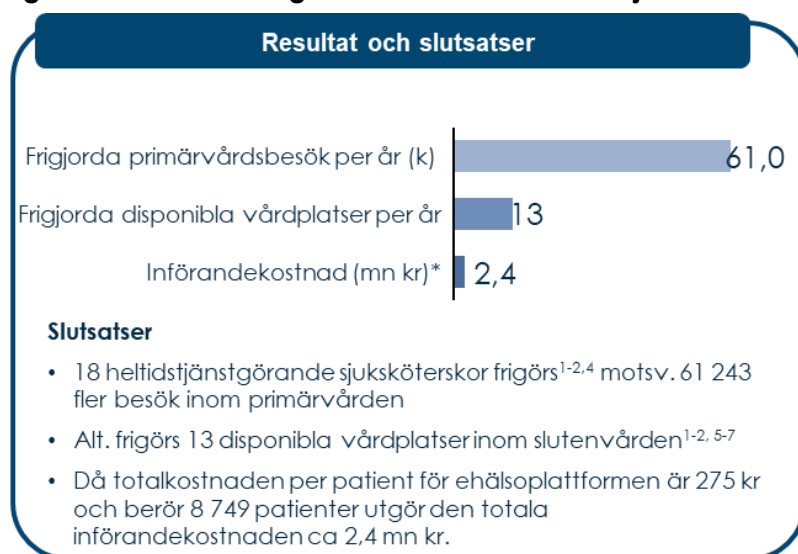


Exempelberäkningarna visar att införandet av ehälsoplattformen för alla patienter som genomgår rehab efter hjärtinfarkt innebär en tidsbesparing för kliniken, i synnerhet för sjuksköterskan som behöver ta emot två färre besök per patient. Således frigörs 18 heltidstjänstgörande sjuksköterskor motsvarande 61 243 fler besök inom primärvården eller 13 frigjorda disponibla vårdplatser inom slutenvården. Detta beräknas medföra införandekostnader på 2,4 miljoner kronor nationellt för att erbjuda och underhålla det digitala stödet för de cirka 8 750 patienter som genomgår denna typ av vård per år.

Analysen, som återges i bilagan *Beräkningar*, gör ett antagande om att risken för framtida kardiovaskulär händelse för en patient efter hjärtinfarkt är

25 procent (se känslighetsanalys för 10 respektive 40 procent), och att denna risk minskas då patienter som använde ehälsoplattformen hade signifikant lägre blodtryck vilket vissa studier visar minskar risken med 20 procent (se känslighetsanalys för 10 respektive 30 procent). Analysen antar att samtliga patienter som genomgår denna typ av vård kan och kommer att använda det digitala stödet. Målgruppen för insatsen är smal och företaget bakom ehälsoplattformen listar patienter med andra sjukdomar såsom KOL och postco-vid och det är möjligt att insatsen kan appliceras på en större grupp patienter med andra tillstånd för större effekt.

Figur 11. Resultat av digitalt stöd vid rehab efter hjärtinfarkt

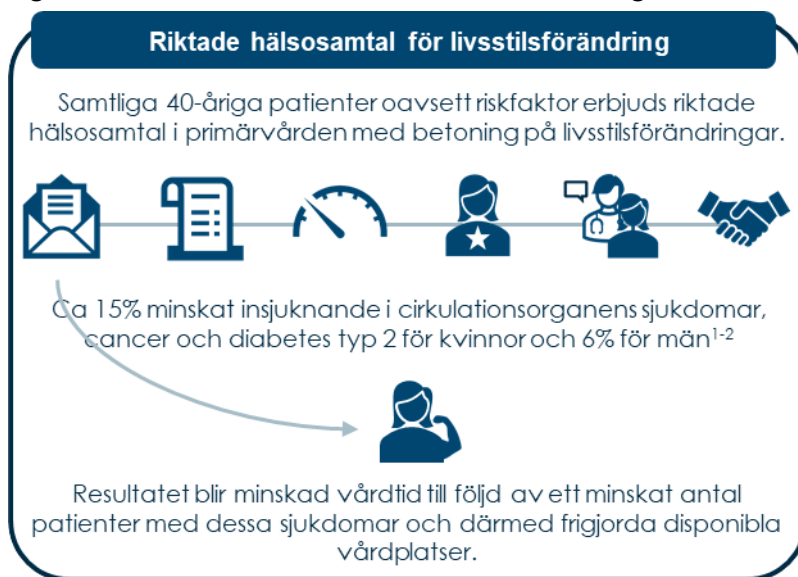


2. Riktade hälsosamtal

Insatsen innebär att patienter blir erbjudna riktade hälsosamtal med betoning på livsstilsförändringar inom primärvården.

I Sollentuna kommun i Region Stockholm infördes riktade hälsosamtal 1988 (se bilagan *Beräkningar*) [100]. Under observationstiden som pågick till 2010 sjönk insjuknandet i akut hjärtinfarkt för kvinnor med 22 procent i Sollentuna kommun jämfört med 7 procent i resten av Region Stockholm. För män sjönk akut hjärtinfarkt i Sollentuna kommun med 29 procent jämfört med 23 procent i resten av Region Stockholm. Studier har kunnat visa på minskat insjuknande även i andra hjärtsjukdomar och sjukdomar som cancer eftersom riktade hälsosamtal syftar till att förändra ohälsosamma levnadsvanor på ett övergripande plan. Riktade hälsosamtal har för avsikt att minska insjuknandet i dessa sjukdomar och även diabetes typ 2 som till stor del kan kopplas till ohälsosamma levnadsvanor. Ett antagande görs därför att riktade hälsosamtal har samma effekt på samtliga av cirkulationsorganens sjukdomar, cancer och diabetes typ 2.

Figur 12. Riktade hälsosamtal för livsstilsförändring

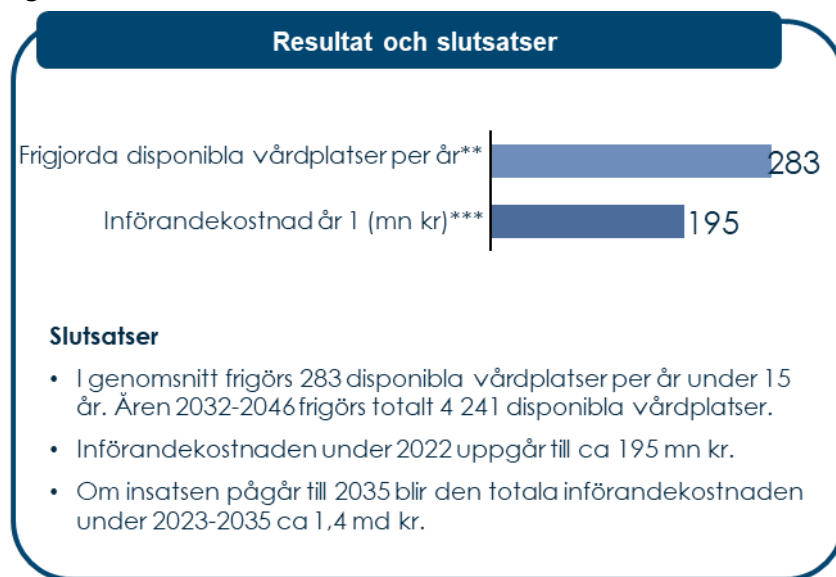


Analysen visar att riktade hälsosamtal i Sverige kan frigöra cirka 4 241 disponibla vårdplatser inom slutenvården mellan 2032 och 2046, eftersom insatsen antas få effekt till följd av minskningen i cirkulationsorganens sjukdomar, cancer och diabetes typ 2. I genomsnitt motsvarar det 283 frigjorda disponibla vårdplatser per år. Kostnaderna är beräknade utifrån att insatsen utförs nationellt för 40-åringar i Sverige mellan 2022 (införandeår) och 2035. Detta förväntas medföra en införandekostnad under införandeåret 2022 på totalt cirka 195 miljoner kronor. Under tidsperioden 2022 till 2035 skulle införandekostnaden totalt uppgå till 1,35 miljarder kronor.

Idag bedriver åtta regioner program för riktade hälsosamtal enligt Region Skåne [101]. Dessa är Region Jönköping, Region Västerbotten, Region Norrbotten, Region Västernorrland, Region Gävleborg, Region Sörmland, Region Västmanland och Region Östergötland. Införandeprocess pågår i Region Halland och Region Kronoberg. I beräkningen tas det inte hänsyn till att insatsen redan är införd i en tredjedel av landets regioner.

I studien som analysen baseras på är deltagarna som tar del av riktade hälsosamtal mellan 15 och 86 år. Genomsnittsåldern är dock 45,5 år. Effekten mäts inte enbart på dessa patienter utan på Sollentuna kommun i sin helhet. Kostnaderna för insatsen har i exempelberäkningen däremot beräknats för endast 40-åringar. Detta eftersom det är en av grunderna i de svenska programmen för hälsosamtal. Eftersom sannolikheten att insjukna i de sjukdomar insatsen riktar sig mot är högre i stigande ålder tros detta inte vara problematiskt i analysen.

Figur 13. Resultat av riktade hälsosamtal



Analysen är baserad på en studie som ser en minskning i insjuknande i akut hjärtinfarkt på 15 procentenheter för kvinnor och 6 procentenheter för män. Effekten är statistiskt signifikant för kvinnor, men inte för män. Effekten kan variera beroende på kommun eller region (se känslighetsanalys) och skilja sig åt för resterande av cirkulationsorganens sjukdomar, cancer och diabetes typ 2.

3. Riktade Hälsosamtal 70+

Denna insats är densamma som hälsosamtal generellt, men riktas till den grupp som sannolikt utsatts hårdast av inskränkningar i sociala kontakter som initierats för att minska smittspridningen i samhället. Insatsen ska identifiera behov av rehabåtgärder som kan tänkas ha uppstått till följd av covid-19.

4. Digitala stöd för post-covid rehab, som också kan användas framöver för möjliga andra kraftiga infektioner

Patienter som uppvisar post-covid-symptom behöver få stöd som är tillgängliga för hela sjukvården oberoende av organisatoriska gränser. Behandlingsstöd som utformats för att fungera främst i primärvården skulle också kunna utvecklas till digitala hjälpmedel i form av appar för att samtidigt underlätta en kontinuerlig uppföljning av patienterna. Även om en upphandling av appar för att följa covid-19-patienter kan ta en viss tid och utvecklingen av appar med god kvalitet som uppfyller medicintekniska regulatoriska krav (EU-förordningen 2017/745 om medicintekniska produkter – MDR) kan ta månader så att behovet med avseende på post-covid-patienter avtagit, ska kraven på appen vara sådana att appen kan användas för att följa patienter med liknande medicinska tillstånd. I Sverige har hittills ingen nationell satsning gjorts på att utvärdera och upphandla medicinska appar.

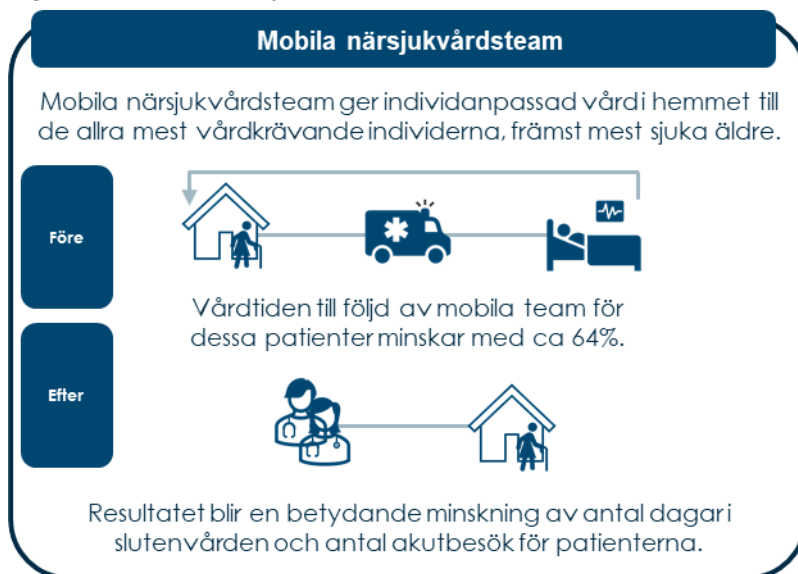
5. Mobila team

Olika insatser i hemmet för personer med större vårdbehov har provats på olika håll i Sverige under en längre tidsperiod och haft som gemensamt mål att minska transporter till och inläggningar på sjukhus. Mobila team som utgår ifrån specialistvården på sjukhusen samarbetar nära med kommunal hemsjukvård, regionens primärvård och specialiserad vård utifrån den definierade gruppen av patienter med stora vårdbehov i ordinärt boende.

Insatsen innebär att mobila närsjukvårdsteam erbjuds de allra mest vårdkrävande individerna som är kontinuerligt sviktande, främst sjuka äldre. Mobila närsjukvårdsteam ger dessa patienter individanpassad vård i hemmet i nära samverkan med den kommunala hemsjukvården. Resultatet blir en betydande minskning av antal dagar i slutenvården samt antal akutbesök för patienterna.

Exempelberäkningar visar att cirka 1 387 disponibla vårdplatser skulle kunna frigöras nationellt till följd av minskat antal oplanerade vårdtillfällen för målgruppen samtidigt som antalet minskar med 723 till följd av sjuksköterskor som ingår i de mobila teamen. Det innebär ett netto på 664 frigjorda vårdplatser nationellt. Exempelberäkningar visar vidare att det går att minska vårdkonsumtionen nationellt med cirka 4,4 miljarder kronor per år genom att tillsätta mobila team. Detta förväntas medföra kostnader på omkring 2,5 miljarder kronor (exklusive lokaler) för att tillsätta de 826 mobila team som kan täcka patientbehovet. Exempelberäkningarna visar att nettovinsten för regionerna således blir cirka 1,9 miljarder kronor till följd av minskade akutbesök och dagar inom slutenvård vilket kan användas för att bearbeta de uppdämda vårdbehoven.

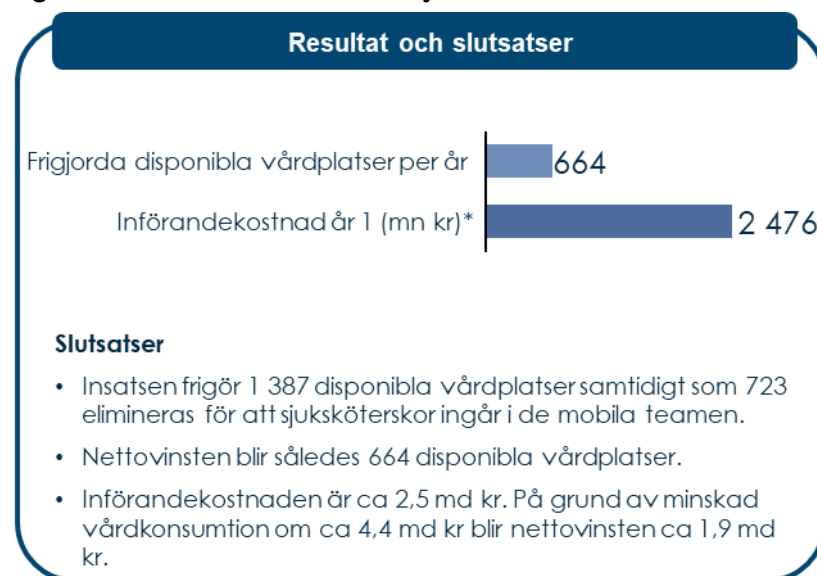
Figur 14. Mobila närsjukvårdsteam



Exempelberäkningarna bygger på en analys av mobila närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus. Analysen gör antagandet att insatsen vid Södra Älvsborgs sjukhus kan appliceras på alla regioner till ungefär 80 procent ba-

serat på hur andelen oplanerade inskrivningar i gruppen mest sjuka äldre förhåller sig till varandra mellan regionerna (se känslighetsanalys för 60 procent respektive 100 procent). Dessutom ingår vårdpersonal i de mobila teamen vilket gör att brist på sådan kan komma att bli en begränsande faktor för insatsen. Analysen antar att patienter som berörs av insatsen har minst tre oplanerade vårdtillfällen per år och tar inte hänsyn till minskade antal akutbesök eller minskning av andra vårdtillfällen vid beräkning av antalet frigjorda disponibla vårdplatser.

Figur 15. Resultat av mobila närsjukvårdsteam



6. Direktkonsultation

Direktkonsultation innebär en dramatisk omställning för den specialiserade vården som i stället för att kräva en remiss och ställa patienter i en kö direkt möter patienten och dennes primärvårdskontakt. Detta ställer stora krav på bemanning och organisering inne på sjukhusets mottagningar och övrig specialistvård. I detta specifika exempel räknas på direktkonsultation inom ortopedin, utifrån erfarenheter från Region Kalmar, men arbetssättet fungerar för andra områden också (se bilaga *Beräkningar*).

Direktkonsultation innebär att patienter får direktkontakt via videokonferenssystem [96] med en specialistkonsult inom ortopedi hos sin primärvårdsläkare. Patienternas problemställningar kan då lösas på plats inom primärvården, dvs. man kan gå direkt till beslut inom primärvården, i 75-80 procent av konsultationstillfällena. I övriga 20-25 procent remitteras patienten till specialistläkare och följer ett normalt vårdflöde vilket oftast innebär att patienten skickas till en röntgenundersökning.

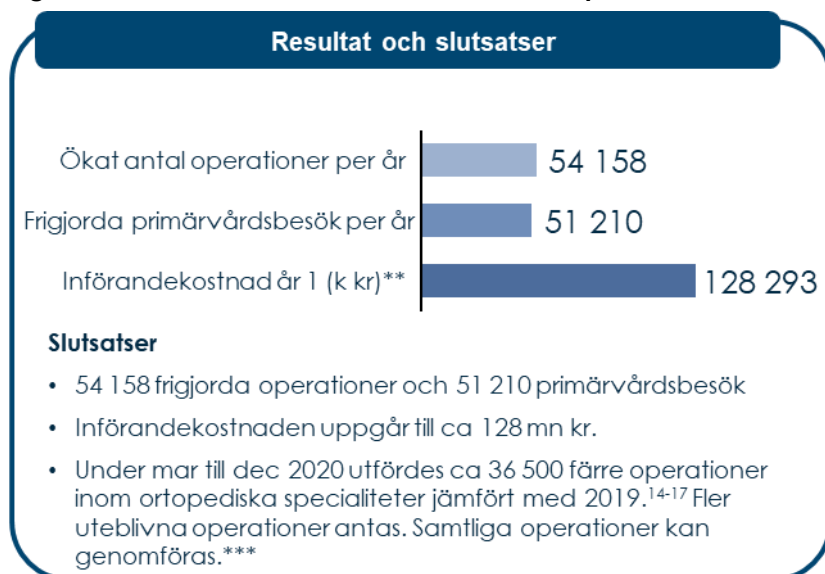
Exempelberäkningar visar att det går att frigöra kapacitet motsvarande cirka 54 158 operationer inom ortopedi genom att använda sig av digitala ortopedkonsulter. Den stora ökningen i operationskapaciteten beror till stor del på att 75-80 procent av primärvårdsbesöken kan lösas på plats och patienterna därmed inte behöver remitteras till specialistvård och röntgen vilket de skulle behöva göra om de följde ett normalt vårdflöde.

Figur 16. Direktkonsultation med specialistvård



Från mars till december 2020 gjordes cirka 24 000 färre operationer i Sverige inom ortopedisk vård jämfört med motsvarande period 2019 enligt SKR Vården i siffror. Totalt sett gjordes även cirka 12 500 färre höftprotes- och knäprotesoperationer samt operationer inom ryggkirurgisk vård. Sammanlagt uppgår de uppdämda vårdbehoven under perioden inom ortopediska specialiteter till cirka 36 500, en siffra som har ökat sedan dess. Kompetensväxlingen skulle troligtvis innebära att samtliga av dessa operationer skulle kunna utföras genom den frigjorda kapaciteten, om de gjorda antagandena stämmer.

Figur 17. Resultat av direktkonsultation med specialistvården



Vidare går det att frigöra 51 210 primärvårdsbesök genom tidsbesparingen för primärvårdsläkare till följd av eliminerad remisshantering. Primärvården och ortopedkliniker anses kunna använda sig av befintligt undersökningsrum

och befintlig skärm. Införandekostnaden består således av en upphandlingskostnad, en årlig kostnad för videokonferenssystem och en utbildningskostnad. Exempelberäkningen indikerar att införandekostnaden vid ett nationellt införande av digitala ortopedkonsulter skulle uppgå till cirka 128 miljoner kronor. Exempelberäkningen (se bilaga) avser i detta fall endast det kliniska området ortopedi men skulle även kunna översättas till andra områden där patienter remitteras till specialistvården för ytterligare undersökningar, vilket skulle öka den faktiska nyttan av insatsen.

Osäkerheten i analysen rör främst hur stor andel nybesök inom primärvård som inte kan lösas av enbart primärvårdsläkare, dvs. hur stor andel av nybesök som vanligtvis remitteras till specialistläkare och därför i stället kan tas emot av digitala ortopedkonsulter. I analysen är utgångspunkten att det gäller 50 procent av nybesök inom primärvården som kräver ortopedisk kompetens. Det lägsta estimatet i känslighetsanalysen är 30 procent och det högsta är 70 procent. Vidare råder det även osäkerheter vad gäller genomsnittlig tid för att svara på en remiss och göra en remissbedömning samt den genomsnittliga tiden det tar att utföra en röntgenbedömning, en röntgenundersökning och att skriva en remiss. Känslighetsanalysen visar på utfallen om dessa estimat skulle justeras ner eller upp. Analysen tar ej hänsyn till att operationssjuksköterskor eller anestesi-personal i många fall kan vara en begränsande faktor i operationsflödet. För att möjliggöra ett ökat antal operationer till följd av kompetensväxling krävs bland annat en insats för att öka antalet platser på specialistsjuksköterskeprogrammet inom anestesisjukvård.

7. Egenmonitorering

Egenmonitorering innebär en ändring i vårdlogik utifrån patienters behov istället för en kalenderstyrd vård. Genom att en vårdcentral eller en mer centralt placerad enhet som motsvarar flygets kontrolltorn löpande kan följa ett antal parametrar hos ett stort antal patienter möjliggörs preventiva insatser som kan förhindra att patienter blir så dåliga att de måste uppsöka specialiserad vård, ofta i form av sjukhusvård. Egenmonitorering passar utmärkt att kombinera med insatserna Patientkontrakt och Mobila Team.

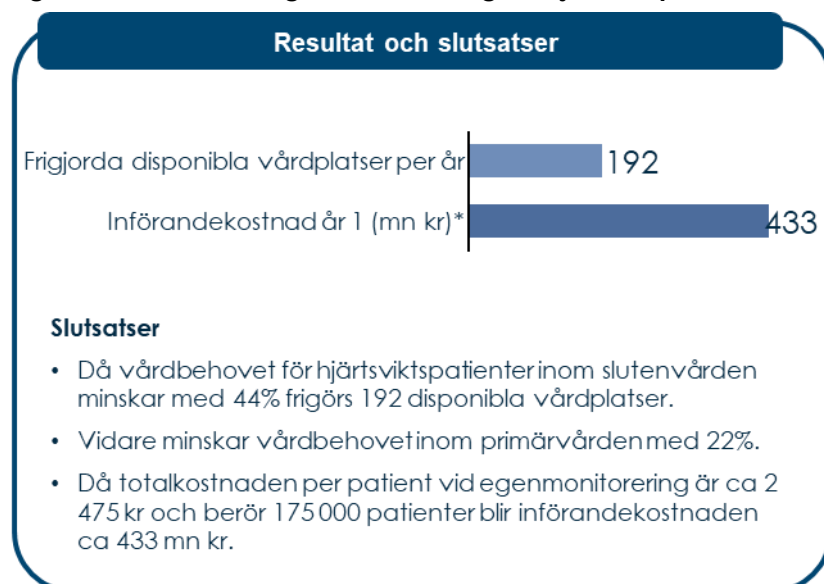
Insatsen i detta räkneexempel innebär egenmonitorering av hjärtsviktspatienter i form av en läsplatta, blodtrycksmätare och våg där patienten instrueras att ta sina mätvärden två gånger i veckan. Detta minskar vårdbehovet för patienterna inom både primär- och slutenvården. Beräkningarna för denna insats redogörs för i bilagan *Beräkningar*.

Figur 18. Egenmonitorering av hjärtsviktpatienter



Genom att införa egenmonitorering för de 250 000 hjärtsviktpatienter som finns i Sverige, med ett antagande om en anslutningsgrad på 70 procent, beräknas slutenvårdsbehovet minska med 44 procent vilket frigör cirka 192 disponibla vårdplatser inom slutenvården samtidigt som primärvårdsbesöken för hjärtsviktpatienter minskar med 22 procent. Detta förväntas medföra kostnader på omkring 433 miljoner kronor om året totalt för alla patienter anslutna till programmet.

Figur 19. Resultat av Egenmonitorering av hjärtsviktpatienter



Analysen gör ett antagande om att 70 procent av alla hjärtsviktpatienter i Sverige kommer ansluta sig till programmet (se känslighetsanalys för 50 respektive 90 procent). Exakta antalet hjärtsviktpatienter i Sverige framgår inte utan uppges vara mellan 200 000 och 300 000 (se känslighetsanalys).

Analysen beräknar en kvot av genomsnittlig medelvårdtid för de diagnoskoderna som tillhör hjärtsviktsbesvär utifrån antalet patienter, vilka skiljer sig något mellan de olika diagnoserna.

8. Förlängning av Socialstyrelsens uppdrag att främja omställning till god och nära vård samt att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården till 2025.

Socialstyrelsen bedriver ett arbete inom ramen för ett regeringsuppdrag om att främja omställning till god och nära vård samt stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården [102]. Uppdraget sträcker sig till och med 2022. För 2021 disponerar Socialstyrelsen 36 miljoner kronor för uppdraget. Uppdraget ska genomföras i enlighet med planer och förslag som är väl förankrade med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt med de Regionala stöd- och samverkansstrukturerna (RSS). Det omfattar samtliga av de utvecklingsområden som nämns ovan. Socialstyrelsen har möjlighet att förstärka arbetet för att ge stöd inom dessa områden, men det förutsätter ökade resurser.

Socialstyrelsen bedömer att det krävs ett långsiktigt arbete. Därför föreslår myndigheten att det nuvarande uppdraget förlängs till och med 2025 samt att resurser till uppdraget ökar från nuvarande 36 miljoner kronor per år till 46 miljoner kronor per år. Socialstyrelsen bedömer att en sammanhållen satsning är mest ändamålsenligt för att på ett effektivt, strategiskt och samordnat sätt kunna stärka den kommunala hälso- och sjukvården.

9. Patientkontrakt

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som ska säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt.

Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Patientkontrakt är inte ett formellt eller juridiskt bindande kontrakt, utan mer en överenskommelse som vården och patienten utformar tillsammans. Det ska stödja relationen mellan patienten och vården och bygger på samskapande och ett gemensamt ansvar. Patientkontrakt fungerar väl tillsammans med andra föreslagna insatser inom området nära vård, som exempelvis egenmonitorering och förväntas ge en ökad patientmedverkan som kan minska vårdbehoven och därmed bidra till hanteringen av uppdämda vårdbehov. Patientkontrakt bidrar också till bättre patientsäkerhet och delaktighet.

Patientkontrakt ingår i överenskommelsen om God och nära vård såväl 2019 som 2020 och 2021 [102-104]. Regionerna ska exempelvis för 2021 års överenskommelse ta fram handlingsplaner som ska redovisas till SKR i september 2021 [105]. Utvecklingen av patientkontrakt sker i samarbete mellan alla regioner och SKR. Regionala mötesplatser, dialogforum och lärandeforum har genomförts digitalt under 2020 i syfte att bland annat dela erfarenheter samt verka för utveckling av patientkontrakt.

10. Nationell vårdgivar databas med information om aktuell kapacitet som tillgängliggörs publikt till patienter via 1177

Föreslaget innebär att vårdgivarnas aktuella status ska tillgängliggöras patienterna så att de lättare ska se vilka möjligheter till vård som finns. Detta förslag bygger på förslaget om att förbättra datakvaliteten och ta arbetet vidare så att väntetidsdatabasen också kan användas för en överregional planering av sjukvården och som underlag för upphandling av kapacitet mellan regionerna. Förslaget underlättar också förslaget om regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare.

11. Vårdlotsar som arbetar primärt för att hjälpa patienter med vård inom vårdgarantin

I regionerna finns i dag vårdlotsar som arbetar för att säkerställa att vårdgarantins tidsgränser kan upprätthållas. Enligt Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvårdens delbetänkande SOU 2021:59 är det endast i ett fåtal regioner som vårdlotsuppdraget består i att kontakta och hjälpa enskilda patienter att få vård i tid (s.146-9). För att proaktivt kontakta alla patienter med risk att inte få specialistvård inom vårdgarantins gränser krävs att rutiner och system etableras i varje region. Detta skulle kunna leda till bättre tillgänglighet, förståelse för patienters behov och möjlighet att tillgodose dessa.

12. Webbtidbok och kapacitetsplanering som möjliggör för patienter att direkt boka besök

Webbtidbokning innebär att mottagningen låter invånaren boka, se bokad tid och av- eller omboka en tid direkt i journalsystemets tidbok via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Invånarens bokning visas sedan för vårdpersonalen i tidboken. Mottagningen styr vilka tider som ska synas och vad de ska heta. All hantering av tider och tidstyper görs i journalsystemet. Genom att personalen möjliggör för invånare att själva boka besökstider sker en tidsbesparing för olika personalkategorier, framför allt för administrativ personal. Webbtidbok sker redan idag i regionerna, men en riktad satsning med incitament till att en viss andel av besöken i varje verksamhet frigörs till Webbtidbokning skulle skynda på denna administrativa effektivisering.

13. Kompetensväxling (Task-shifting)

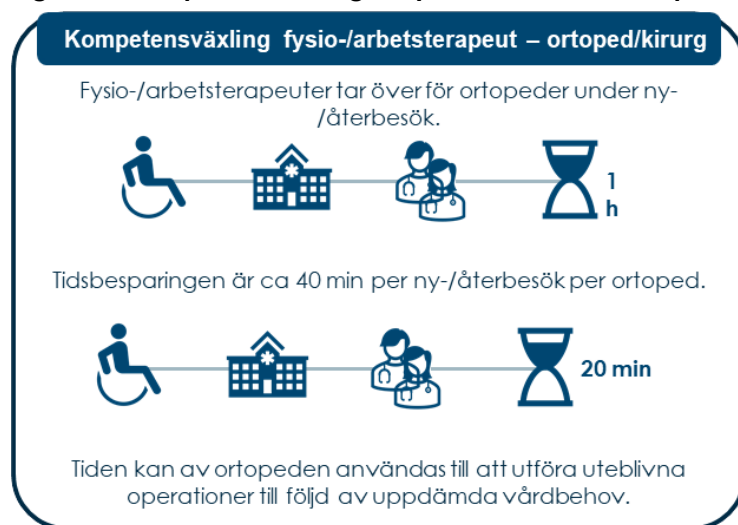
Kompetens- eller uppgiftsväxling (task-shifting) behöver utgå ifrån en kartläggning av vem som gör vad och att kompetens matchas med arbetsuppgift. Ofta handlar det om att överföra arbetsuppgifter mellan personalkategorier för att till fullo ta tillvara olika personalkategoriernas kompetenser. Insatsen passar inte för alla uppgifter, och det finns dessutom ett antal uppgifter som är reglerade i föreskrift. Personalens utbildning och kompetens behöver säkras, och förändringar hanteras inom ramen för verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det innebär bland annat att riskanalys genomförs, att processer och rutiner upprättas, att eventuella avvikelser och klagomål hanteras, och att förändringen följs upp inom ramen för verksamhetens egenkontroll.

Som exempel på kompetensväxling har vi utvärderat två exempel, det ena inom handkirurgi och det andra för läkemedelshantering inom slutenvården. Beräkningarna för insatserna redogörs för i bilagan *Beräkningar*. Det bör betonas att utvärderingarna inte omfattar eventuella konsekvenser för kvalitet och patientsäkerhet.

Exempel på kompetensväxling inom Handkirurgi

Kompetensväxlingen innebär att man inom handkirurgin kompetensväxlar mellan fysio- och arbetsterapeuter och handkirurger. Fysio- och arbetsterapeuter ser nybesök innan handkirurger vilket medför att fler patienter kan tas emot. Teambesök som varar en timme kan genom kompetensväxlingen omvandlas till 20 minuter för handkirurger. Vidare har fysio- och arbetsterapeuter uppföljningsbesök vilket frigör tid för handkirurger. I analysen har kompetensväxlingen skalats upp från specialiteteten handkirurgi till att beröra samtliga specialiteter inom ortopedi. Utsträckningen i vilken teambesök förekommer och tidsåtgången för dessa besök kan variera beroende på var besöken utförs vilket kan påverka resultaten av beräkningarna. Vidare utförs teambesök inte på nybesök på vissa vårdenheter. Beräkningarna som gjorts är endast exempelberäkningar för att visa potentialen av insatsen. I en känslighetsanalys tonas andelen besök insatsen kan appliceras på ner.

Figur 20. Kompetensväxling till fysio- och arbetsterapeut

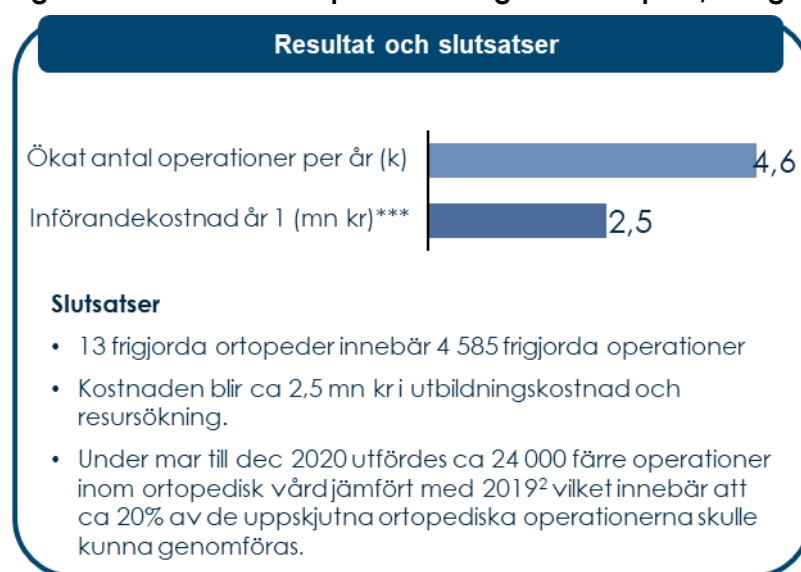


Exempelberäkningar visar att det på nationell nivå går att frigöra kapacitet motsvarande 4 585 operationer inom ortopedi genom att kompetensväxla teambesök från ortopeder till fysio- och arbetsterapeuter. Insatsen friställer således tid för ortopeder som de kan använda för att operera patienter. Från mars till december 2020 gjordes cirka 24 000 färre operationer i Sverige inom ortopedisk vård jämfört med motsvarande period 2019 enligt SKR Vården i siffror. Det innebär att cirka en femtedel av de uppskjutna ortopediska operationerna under perioden skulle kunna utföras om kompetensväxlingen skulle genomföras nationellt. Beräkningarna visar att den nationella införandekostnaden uppgår till cirka 2,5 miljoner kronor som består både av en ut-

bildningskostnad och en kostnad för antal nyanställda fysio- och arbetsterapeuter om kompetensväxlingen även skulle tillämpas på det utökade antalet operationer till följd av kompetensväxlingen.

Den enskilt största osäkerheten i analysen är hur stor andel av samtliga besök inom ortopedi som kompetensväxlingen kan appliceras på. Det lägsta estimatet är cirka 5 procent, det högsta upp till 20 procent. Vidare antas att varje operation leder till ett återbesök varför antal operationer också används för antalet återbesök. Analysen tar ej hänsyn till att operationssjuksköterskor eller anestesipersonal i många fall kan vara en begränsande faktor i operationsflödet.

Figur 21. Resultat av kompetensväxling inom ortopedi/kirurgi



Exempel på kompetensväxling för Läkemedelshantering inom slutenvården

Kompetensväxlingen innebär att receptarier tar över arbetsuppgifter från sjuksköterskor inom slutenvården som exempelvis rekvirera och iordningställa läkemedel när det är lämpligt. Detta medför en tidsbesparing på omkring 30 minuter per arbetsdag för sjuksköterskan vilken kan användas till vårdnära arbete eller själva administreringen av läkemedel.

Analysen visar att det går att frigöra kapacitet motsvarande 349 disponibla vårdplatser genom att kompetensväxla till receptarier som friställer tid hos sjuksköterskor som tidigare exempelvis rekvirerat, packat upp, hämtat i vårdnära lager och iordningställt läkemedel. Exempelberäkningen indikerar att cirka 628 receptarier skulle behöva anställas nationellt för att genomföra insatsen om den endast berör 25 procent av sjuksköterskor inom slutenvården. Detta förväntas medföra ökade personalkostnader om cirka 496 miljoner kronor exklusive indirekta rekryterings-, administrations- och utbildningskostnader.

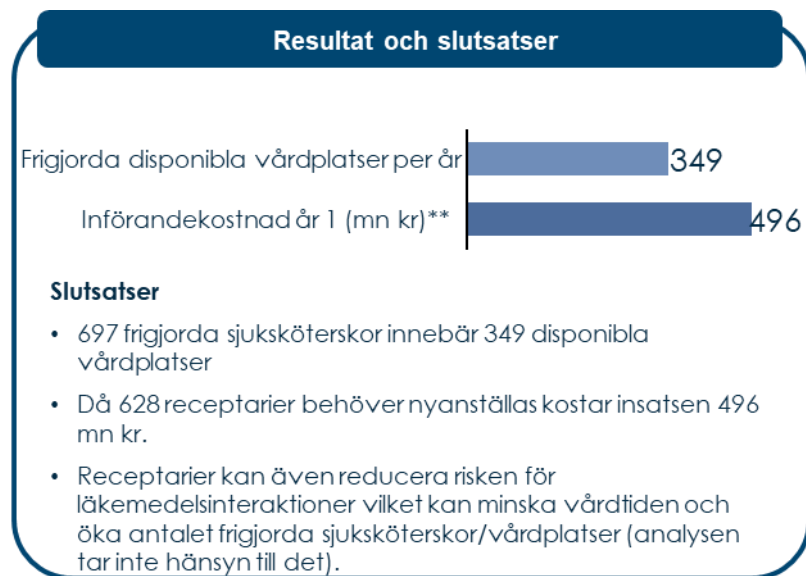
Figur 22. Kompetensväxling till receptarie



Analysen tar inte hänsyn till hur utbudet av receptarier som är tillgängliga för nyanställning ser ut nationellt. Socialstyrelsens statistik på olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården visar däremot att det finns 290 ej sysselsatta receptarier och 587 ej sysselsatta apotekare i Sverige. Om insatsen skalas upp kan utbudet av receptarier och apotekare komma att bli en flaskhals och en begränsning. Insatsen kräver ett resurstillskott om cirka 628 receptarier och apotekare nationellt. Att på sikt kompetensförsörja detta behöver i så fall bli en del av det nationella planeringsunderlaget som kompetensrådet arbetar med. Ytterst kan fler studieplatser på berörda utbildningar behöva tillkomma. Kostnaden för detta är ej inkluderad i våra beräkningar.

Om fler receptarier och apotekare anställs i specialistvården kan risken för läkemedelsinteraktioner sannolikt reduceras [106]. Läkemedelsinteraktioner är idag en vanlig orsak till förlängd vårdtid hos främst äldre multisjuka patienter. Eftersom antalet äldre förväntas öka kraftigt fram till 2030 (+48 procent fler invånare äldre än 80 år jämfört med 2019) är det rimligt att anta att effekten av kompetensväxling till receptarie kan bli större än vad som anges ovan.

Figur 23. Resultat av kompetensväxling läkemedelshantering inom slutenvård



14. Utbildningsstöd för specialistkompetens

Sedan 2017 har staten inom ramen för överenskommelsen med SKR, den så kallade Professionsmiljarden, gett ett utbildningsbidrag till regioner att stödja utbildningen av specialistsjuksköterskor. Det råder fortsatt stort behov av flera kategorier av specialistsjuksköterskor och ett fortsatt utbildningsstöd från staten medverkar till att behålla fokus på denna viktiga kompetensförsörjningsfråga.

15. Förstärkt kompetensförsörjningsanalys

Mot bakgrund av kompetensförsörjningens betydelse för en effektiv och väl fungerande hälso- och sjukvård är det motiverat att ytterligare förstärka den nationella analyskapaciteten av hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Det handlar bland annat om ökad kapacitet att ta fram underlag som redogör för och även analyserar efterfrågan och tillgång på både befintlig personal i vården och på prognoser över antalet examinerade i högskolan, för samtliga 22 legitimationsyrken. Ytterligare ett exempel är frågan om dimensioneringen av den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). Det Nationella Vårdkompetensrådet skulle kunna vara en aktör som bidrar till förstärkt kompetensförsörjningsanalys.

16. Utbildningssatsning för att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin

För att underlätta omställningen till nära vård kommer bemanningen inom primärvården vara en central fråga. Nuvarande bemanningstal med antalet allmänläkare per listade patienter bedöms vara för lågt för att uppdragen som primärvården förväntas ta på sig inom den nära vården ska kunna utföras på ett fullgott sätt. För att stödja omställningen kan utbildningssatsningar för att öka antalet ST-tjänster inom allmänmedicin vara motiverat.

17. Öka utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor

Anestesisjuksköterskor har uppmärksammats som en flaskhals i specialistvården i vissa regioner. Genom att snabbt öka antalet utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor där brist råder kan ökad kapacitet uppnås relativt snabbt. Detta förutsätter nära lokalt samarbete mellan region och högskola.

18. Kö-satsning baserat på regiongemensam kvalitetssäkring av inflödet och visualisering av gapet mellan behov, produktion och kapacitet som krav för att kvalificera för pengar att arbeta bort uppdämda vårdbehov

Detta förslag innebär att regionerna får extra pengar för att arbeta bort ”ryggsäcken” av vårdköer för helgarbete, eller att köpa in viss extern kapacitet förutsatt att verksamheten kan visa upp att dess inflöde är kvalitetssäkrat, dvs. att väntelistor, av- och ombokningar, remisser etc. är löpande bedömda och omsätts till produktionsplaner som kontrasteras mot faktisk produktion och bedömd kapacitet.

19. Identifiering av gemensamma komponenter i olika regionala modeller för produktions- och kapacitetsstyrning (PoK)

Samarbete och erfarenhetsutbyte mellan regioner inom produktions- och kapacitetsstyrning underlättas om gemensamma modeller, termer och begrepp används, vilket framhålls i Delegationen för ökad tillgänglighets betänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). ”I diskussion med regionerna framkommer att arbetet med PoK kommit igång och sker i olika utsträckning. En del regioner efterlyser metodstöd för arbetet och att det är särskilt viktigt att regionerna arbetar på samma eller kompatibla sätt med detta för att kunna samverka om PoK.” (s.192).

20. Förutsättningar för och effekter av regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering

I många regioner sker redan i flera verksamheter en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering som möjliggör viss specialisering och därmed en ökad total kapacitet inom regionen. Förslaget är därmed mest relevant för regioner och verksamheter där en övergripande planering ännu inte sker utan är delegerad till verksamhetsnivå, vilket visade sig vara fallet i vissa regioner [90].

21. Förbättrad datakvalitet i portal om väntetider i vården så att den kan användas för planering i sjukvården

Det har i flertalet rapporter, bland annat från Socialstyrelsen och Myndigheten för vård och omsorgsanalys påpekats att nuvarande datakvalitet i SKR:s väntetidsdatabas, särskilt för primärvården, är otillräcklig för att kunna följa upp och styra verksamheter i hälso- och sjukvården [2, 4]. Detta kan vara problematiskt i ett läge där uppdämda vårdbehov ska betas av och det gäller att ha en god bild över situationen och var flaskhalsar finns. Detta förslag går ut på att säkerställa en bättre datakvalitet i väntetidsdatabasen. Förslaget har också lyfts av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården i deras förslag om en överenskommelse mellan stat och regioner som ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen. Den innehåller krav om förbättrad presentation av väntetidsdata. Det föreslås även att överenskommen ska innehålla krav om förbättrad presentation av väntetidsdata (SOU 2021:59 s. 374). Ett regeringsuppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata som presenterades den 9 september 2021 utgör ett steg mot att adressera detta problem [105].

22. Befolkningsundersökningar om vårdkonsumtion

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslog i rapporten *I skuggan av covid-19 - Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020* att ge myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar för att få aktuella och kompletterande uppgifter [4]. Sådana befolkningsundersökningar skulle bidra till en bättre långsiktig produktions- och kapacitetsplanering i regionerna.

23. Regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare

Bättre möjligheter för mindre regioner att upphandla privat vård genom att få tillgång till upphandlingar som sker över enskilda regioner. I dag är det ett flertal mindre regioner som inte har privata vårdgivare verksamma inom den egna regionen och som har svårigheter att skicka patienter till privata vårdgivare i andra regioner. Detta problem för mindre regioner har lyfts av Socialstyrelsen i *Analys av första och andra covid-19-vågen* [2].

24. Säkerställa att inställda munhälsobedömningar till målgruppen återupptas

Regionerna ansvarar enligt 8§ i tandvårdslagen (1985:125) och 8-9§§ tandvårdsförordningen (1998:1338) för att erbjuda avgiftsfri munhälsobedömning inom ramen för uppsökande verksamhet till personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), (LSS), eller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Det innebär att målgruppen erbjuds en avgiftsfri uppsökande munhälsobedömning. Vid munhälsobedömningen görs en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård. Vid behov

av tandvård erbjuds personer behandling till hälso- och sjukvårdsavgift inom ramarna för nödvändig tandvård. Under pandemin har munhälsobedömningar och nödvändig tandvård skjutits upp i viss utsträckning. Det är därför oklart hur stora tandvårdsbehov som finns bland målgruppen. Insatsen har därför som syfte att säkerställa att personer vars tandvårdskontakt har skjutits upp under pandemin får en bedömning av sina tandvårdsbehov. Genom att säkerställa munhälsobedömningar till berättigade personer kan således patienter med stora eller akuta behov av tandvård eller med hög risk för oral ohälsa identifieras och prioriteras för behandling. Insatsen bidrar till att resurserna kan riktas mot dem som har störst behov.

25. Säkerställande av narkosresurser för tandvårdsoperationer till framför allt barntandvård

Att säkerställa narkosresurser för tandvårdsoperationer till framför allt barn innebär att tandvården kan bearbeta de köer som har byggts upp under pandemin. Barn och ungdomar som behöver tandvårdsoperation under narkos har ofta stora tandvårdsbehov som utgör en risk för individens allmänna hälsa. Narkoskapaciteten har skattningsvis halverats under år 2020 jämfört med 2019 med ökade kötider som följd. Kötider som har skapats innebär ofta för denna patientgrupp en eller flera episoder av akuta tandvårdsbehov under kötiden. Kortare väntetider innebär därför vinster i form av färre individer som behöver akuta behandlingar i väntan på fullständig behandling och sparar både vårdkostnader och lidande för individen.

26. Uppföljning av nationella riktlinjer och riktade informationsinsatser till vård för kroniskt sjuka

För att undvika att patienter med kroniska sjukdomstillstånd får ett förvärrat tillstånd på grund av bristande regelbundna kontroller behövs ytterligare uppföljningar och information till de verksamheter som har ansvar för uppföljningarna för att säkerställa att inga patienter får gå för länge utan uppföljning. Uppföljningar av följsamheten mot nationella riktlinjer för dessa grupper behöver genomföras av Socialstyrelsen.

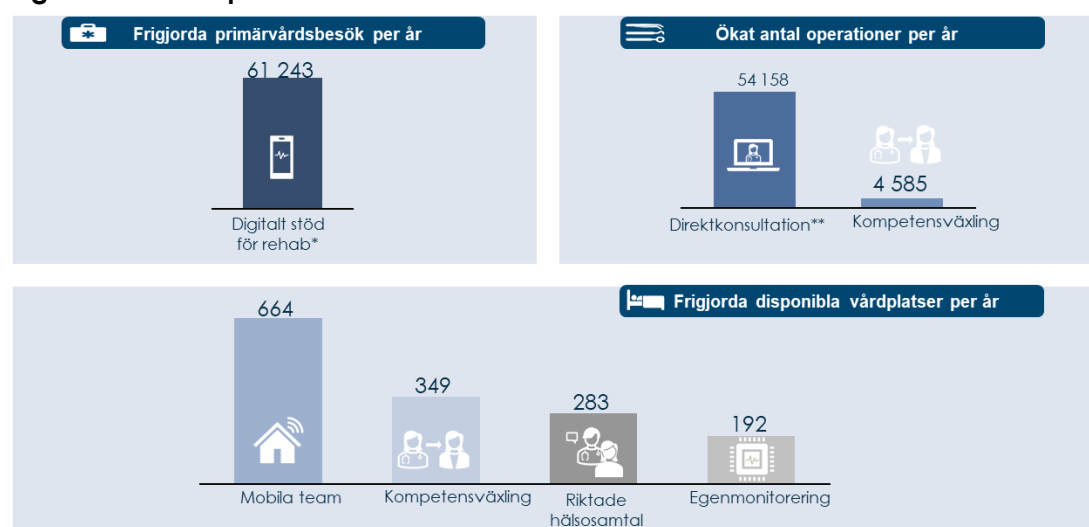
Diskussion och slutsatser

I regeringsuppdraget ingick att föreslå ändamålsenliga och effektiva insatser på nationell och regional nivå för att patienternas behov omhändertas på kort och lång sikt. Utifrån en genomgång av rapporter som publicerats av myndigheter, intresseorganisationer och andra aktörer har ett antal insatser identifierats som vi tror kan bidra till att uppdämda vårdbehov effektivt adresseras. De flesta av dessa förslag till insatser har redan omsatts lokalt och utvärderats med positiva resultat. I de konsekvensberäkningar vi genomfört har beräkningarna utgått ifrån att insatsen införs på nationell nivå. Detta har medfört mycket förenklade antaganden om att de speciella förutsättningar som fanns lokalt och bidrog till positiva effekter av insatsen också kan antas vid ett breddinförande nationellt. Det kan handla om insikter i behov, individuellt entreprenörskap, tillgång till kompetens och resurser etc. Det måste därför framhållas att de insatser som presenteras utgör förenklade exempel med uppgift att stimulera till reflektion

och inspiration att undersöka förutsättningarna att införa insatserna på annan plats än där de ursprungligen tagits fram och visat sig effektiva. Analyserna är även förenklade så tillvida att de ej tar hänsyn till huruvida införandet av vissa insatser redan påbörjats i andra regioner. Vid införande av de listade exemplen på insatser vill vi framhålla betydelsen av att redan initierade insatser beaktas så att dubbelarbete undviks.

Utifrån dessa förenklade antaganden om att insatserna införs på nationell skala kan de förslag som vi kunnat räkna på jämföras med varandra och sättas i relation till årsproduktion och uppskattade uppdämda vårdbehov. Digitalt stöd för rehab vid hjärtinfarkt frigör 61 243 primärvårdsbesök per år och direktkonsultation beräknas frigöra 51 210 primärvårdsbesök som tillsammans skulle kunna innebära en reduktion av besök med 112 453 besök.

Figur 24. Effekter per år av olika insatser



Not:

*Det primära utfallsmåttet för digitalt stöd för rehab är frigjorda primärvårdsbesök. Alternativt skulle 13 disponibla vårdplatser kunna frigöras istället.

**Det primära utfallsmåttet för direktkonsultation är ökat antal operationer. Utöver det skulle även 51 210 primärvårdsbesök kunna frigöras.

När det gäller effekter i termer av ökade operationer beräknas direktkonsultation kunna ge en ökning av antalet operationer med 54 158 operationer, medan kompetensväxling från kirurg och ortoped till fysio- och arbetsterapeut skulle kunna bidra med 4 585 operationer. När det gäller effekter i termer av frigjorda disponibla vårdplatser så beräknas mobila team kunna bidra med 664 platser, kompetensväxling från sjuksköterska till receptarie skulle kunna bidra med 349 vårdplatser, riktade hälsosamtal skulle kunna frigöra 283 vårdplatser och egenmonitorering 192 vårdplatser. I praktiken har det ofta visat sig att sjukhusens vårdplatser alltid beläggs så att det är svårt att realisera dessa effekter.

För att kunna bedöma effekterna av de föreslagna insatserna på de uppdämda vårdbehoven behöver vi relatera dessa till de uppdämda vårdbehoven eller den totala vårdproduktionen. De olika insatserna som primärt har effekten att frigöra ett antal disponibla vårdplatser, dvs. Mobila team, Kompetensväxling, Riktade hälsosamtal och Egenmonitorering ger tillsammans 1 488 vårdplatser per år. Antalet vårdplatser inom somatisk specialistvård är enligt SKRs verksamhetsstatistik 17 000 platser [107] och effekten av de föreslagna

insatserna utgör alltså 9 procent. Enligt regionernas synpunkter till Socialstyrelsens tidigare analys av uppdämda vårdbehov är vårdplatserna en trång sektor inom specialistvården där även mindre förbättringar kan bidra till ett större genomflöde av patienter varför vi anser att de föreslagna insatserna kan göra en stor skillnad i arbetet att hämta in de uppdämda vårdbehoven [2].

Även effekterna av direktkonsultation och kompetensväxling i att möjliggöra 58 743 fler operationer utgör ett substantiellt bidrag till ökad operationskapacitet, nära 10 procent av de 591 092 operationer som totalt genomfördes 2019 enligt svenskt perioperativt registers årsrapport [108]. Om vi sätter de 58 743 fler operationerna till följd av insatserna i relation till minskningen av antalet operationer på cirka 100 000 operationer till följd av covid-19 så innebär insatsen ett stort relativt bidrag för att reducera de uppdämda vårdbehoven [2]. Effekten av digitalt stöd för rehab om den endast införs som rehabilitering av patienter efter hjärtinfarkt är relativt liten med 61 243 frigjorda primärvårdsbesök per år. I kombination med direktkonsultation som uppskattas möjliggöra 51 210 primärvårdsbesök uppnås tillsammans 112 453 primärvårdsbesök. Detta ska sättas i relation till antalet primärvårdsbesök som uppskattas till cirka 1,9 miljoner per månad eller cirka 23 miljoner besök per år för 2020, där den uppskattade minskningen till följd av covid-19 uppgick till 6 procent eller 135 000 besök per månad [17]. Digitala stöd för rehab har däremot en betydligt bredare användning än endast för rehab av hjärtinfarktpatienter och kan därför om den införs för ett större antal patientgrupper och tillstånd innebära en relativt stor besparingspotential. Även direktkonsultation har en bredare användning än endast inom ortopedin, men det kräver relativt stora organisatoriska ändringar i sjukhusens rutiner från ett arbete som bygger på remisser och köer till att skapa en tillgänglig kapacitet när den behövs.

En annan utgångspunkt i vår rapport är att mycket av utvecklingsarbetet som pågår i svensk hälso- och sjukvård är långsiktigt och att covid-19 kan utgöra en unik möjlighet att lära av problem och framgångar i att hantera pandemins utmaningar. Den långsiktiga omställningen mot nära vård har både accelererats och bromsats genom pandemin och behöver nu förstärkas genom flera av de insatser som lyfts fram. Genom att mer aktivt involvera patienter och anhöriga i vårdens planering och genomförande kan behoven bättre tillgodoses. Tyvärr visar många rapporter som tar upp effekterna av covid-19 att redan svaga eller utsatta grupper i samhället drabbats i högre grad än friska och etablerade grupper. Det behövs sannolikt därför särskilda insatser mot dessa grupper. I våra förslag framhålls framför allt rehabinsatser till dessa grupper.

Synpunkter från SKR och regionerna på förslagen till insatser

SKR och regionerna har beretts möjlighet att lämna skriftliga synpunkter på de sex strategiska insatsområdena som presenterats i denna rapport. SKR:s kommentarer relaterar till det bredare arbetet med tillgänglighet, ett arbete som pågått i regionerna i många år. De menar att den uppskjutna vården behöver hanteras med fortsatt långsiktighet, inte minst genom att tillgänglighetsaspekter integreras i annat pågående arbete, så som till exempel nära vård. Det är därför viktigt att de satsningar som görs från statligt håll hänger

ihop med det redan pågående arbetet och stödjer den utveckling regionerna arbetar för.

Fem regioner har gett återkoppling: Dalarna, Gävleborg, Halland, Skåne och Västra Götaland (VGR), vilka representerar både små och stora regioner med olika socioekonomiska förutsättningar. Synpunkterna från regionerna är i huvudsak positiva. Det gäller till exempel förslagen om kunskapsutbyte inom kapacitetsstyrningen, ett arbete som ses som självklart och redan är pågående. Även förslaget om kö-satsning för att arbeta bort vårdköer kommenterades positivt av två regioner.

Förslagen som relaterar till nära vård som mobila team, direktkonsultation och egenmonitorering uppfattas av samtliga regioner som positivt, och liknande arbete pågår redan i flera regioner i nära samarbete med kommuner för att minska inflöde och återinskrivningar i slutenvården.

Samtidigt anser regionerna inte att alla förslag har en direkt eller tillräckligt snabb effekt. Gällande flera av förslagen skiljer sig också åsikterna åt mellan regionerna. Exempelvis kommenterar VGR förslagen på riktade hälsofarosamtal positivt medan region Skåne och region Gävleborg pekar på att effekterna först kan ses efter en lång tid samt medför omfattande administrativa kostnader. Även förslagen om en nationell vårdgivar databas med förbättrad datakvalitet uppfattas som för långsiktig och kostnadskrävande för att ses som en insats i relation till de akut uppdämda vårdbehoven till följd av covid-19. En synpunkt är att det kräver betydande förberedelser i regionerna med att definiera maxkapacitet och även andra IT-tekniska förändringar.

Det finns skillnader i hur regionerna ser på förslaget om patientkontrakt och huruvida det finns ett behov av att stärka det redan pågående arbetet. Utifrån regionernas perspektiv är det också viktigt att en förstärkning av det Nationella Vårdkompetensrådet innebär att arbetet med kompetensförsörjning sker i nära samarbete med regionerna utifrån deras egna planer för den framtida vården.

Behov av vidare analyser av uppdämda vårdbehov

Vid tidpunkten för skrivandet av denna rapport pågår fortfarande en viss smittspridning relaterat till covid-19 och det är osäkert hur kommande mutationer, vacciners effektivitet och möjliga biverkningar samt nya och alternativa behandlingar påverkar situationen framöver. Det är därför för tidigt att dra för långtgående slutsatser om hanteringen av covid-19. Utöver de områden som tas upp i denna rapport, såsom väntetider, köer och produktion, cancerscreening, postcovid, följsamhet till nationella riktlinjer, rehabilitering och psykisk hälsa, finns det ett fortsatt behov av att följa utvecklingen brett inom hälso- och sjukvården.

Gällande de sex strategiska insatsområdena så kommer myndigheten att fortsätta arbeta med att förtydliga hur de enskilda förslagen redan i flera pågående aktiviteter är under genomförande och vilka lärdomar som kunnat dras från dessa genomförandeprocesser. I detta arbete kommer de olika förslagen att relateras tydligare till varandra i någon form av prioriteringsordning och även statens roll i genomförandet kommer att vidareutvecklas.

Referenser

1. Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av pandemin. Sveriges kommuner och regioner; 2020.
2. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Socialstyrelsen; 2021.
3. Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020. Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
4. I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin 2020. Myndigheten för vårdanalys; 2021.
5. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. Folkhälsomyndigheten; 2021.
6. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
7. Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19 (S2021/00825 delvis). Socialstyrelsen; 2021.
8. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
9. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
10. Uppdatering av tidigare rapport gällande identifiering av riskgrupper som löper störst risk att drabbas av ett särskilt allvarligt sjukdomsförlopp. Socialstyrelsen; 2020.
11. Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19. Folkhälsomyndigheten; 2020.
12. Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2021.
13. Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 2. Försäkringskassan; 2021.
14. Uppsving för friluftslivet under pandemin. Sveriges radio. 2021-09-01.
15. Alkoholkonsumtionen under pandemiåret 2020. Preliminära uppgifter. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2021.
16. Fler samtal än någonsin till Bris under sommaren. Barnens rätt i samhället. 2021-09-01.
17. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020. Barnens rätt i samhället; 2021.
18. Vård för psykisk ohälsa under covid-19-pandemin Stockholm, mars till september 2020. Region Stockholm; 2020.
19. Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka. Socialstyrelsen; 2021.
20. Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin Socialstyrelsen; 2020.
21. Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020. Folkhälsomyndigheten; 2021.
22. Pirkis J, John A, Sangsoo S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19

- pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet*. 2021; 8(7):579-88.
23. Vaccinationstäckning och födelseland. Folkhälsomyndigheten; 2021. Hämtad från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-undergrupper/>.
 24. Belzekian JP et al. Mechanisms in endocrinology: Vitamin D and COVID-19. *Eur J Endocrinol*. 2020; 5(183):133-47. Hämtad från
<https://ej.e.bioscientifica.com/view/journals/eje/83/5/EJE-20-0665.xml>.
 25. Coronapandemin och socioekonomiska skillnader, en prognos om kort- och långsiktiga effekter 2020. Folkhälsoguiden; 2021.
 26. PM Dialogmöte om preventionens betydelse – summerande rapport.
 27. Hälso- och sjukvårdsrapporten 2021. Om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården. Sveriges kommuner och regioner; 2021.
 28. Vården har säkerställts under hela pandemin. Sveriges kommuner och regioner; 2021.
 29. Vården i siffror. Genomförda första besök inom 90 dagar i ortopedisk vård. Sveriges kommuner och regioner. Hämtad 2021-09-01 från:
<https://vardenisiffror.se/indikator/563c5f18-bfd1-4d80-86f7-a0f7086d14c6?datefrom=2020-08-01&dateto=2020-12-31&relatedmeasuresbyentry=kallsystem&relatedmeasuresbyid=bdc31ba-d-4f5f-4ff9-94a9-98776a671e0f&units=se>
 30. Allmänhetens tillit, tankar och beteende under coronaepidemin. Kantar Sifo; 2021.
 31. Flest postcovidpatienter inom primärvården – kvinnorna i majoritet Socialstyrelsen; 2021.
 32. Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2) Socialstyrelsen; 2021.
 33. Postcovid – processmodeller för rehabilitering. Stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 3). Socialstyrelsen; 2021.
 34. Postcovid – stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 1). Socialstyrelsen; 2021.
 35. Förekomst och utfall av covid-19 hos personer med cancer. Socialstyrelsen; 2020.
 36. Uppskjuten cancervård. Delrapport 3 – inrapporteringsstatistik canceranmälan till cancerregistret, jämförelse diagnosår 2020 och 2019. Regionala cancercentrum i samverkan; 2021.
 37. Fallara G et al. Prostate cancer diagnosis, staging, and treatment in Sweden during the first phase of the COVID-19 pandemic. *Scand J Urol*. 2021; 55(3):184–91. Hämtad från:
https://www.researchgate.net/publication/351212825_Prostate_cancer_diagnosis_staging_and_treatment_in_Sweden_during_the_first_phase_of_the_COVID-19_pandemic.
 38. Färre fall av prostatacancer under pandemin. Regionala cancercentrum i samverkan; 2021.
 39. Uppskjuten cancervård. Delrapport 4 – elektronisk anmälan från patologilaboratorier (B-anmälan). Jämförelse av antalet registrerade anmälningspliktiga tumörer januari – december 2020 med motsvarande

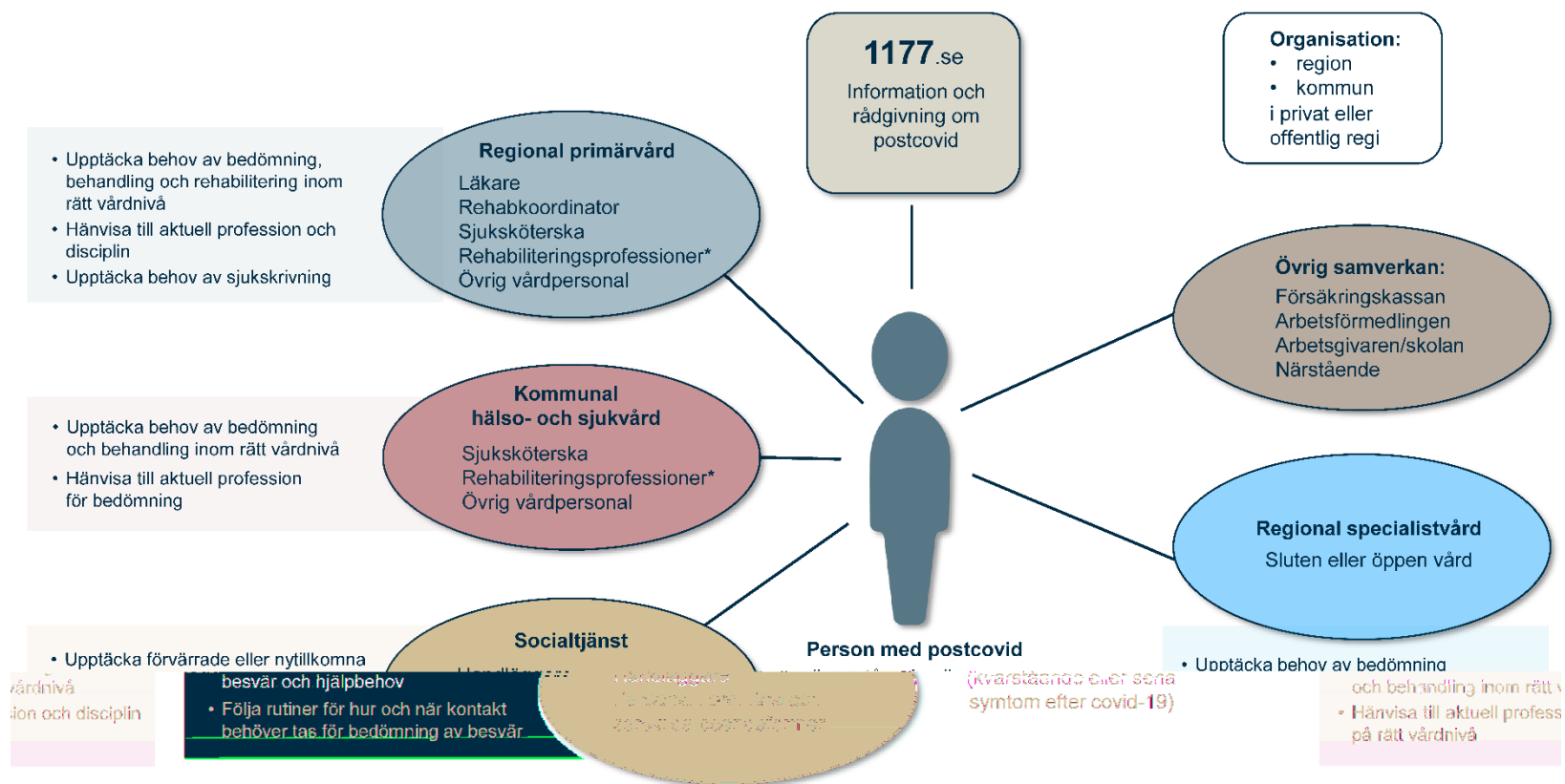
- period 2019. Diagnosår 2019 – 2021. Regionala cancercentrum i samverkan; 2020.
40. Flera sjukhus har skjutit upp vård som inte kan vänta. Läkartidningen. 2021-05-28.
 41. Fler vårdavtal ska kapa operationsköer i Västra Götaland. Läkartidningen. 2021-08-12.
 42. Screening för cancer under coronapandemin. Regionala cancercentrum i samverkan; 2021.
 43. En av fem kvinnor screenades inte – riskerar att missa vård. Dagens Nyheter. 2021-04-29.
 44. Delrapport av Socialstyrelsens regeringsuppdrag om cancerrehabilitering. Socialstyrelsen; 2021.
 45. Hur Covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2020.
 46. Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2021.
 47. Neurorapporten 2021. Ojämlig tillgång till rehabilitering. Neuro; 2021.
 48. Inställda undersökningar under coronaåret drabbar barn och vuxna med astma. Astma- och Allergiförbundet. 2021-09-01.
 49. Omvärldsseminarium. Nämnden för funktionshinderfrågor. 2021-03-04.
 50. Nämnden för funktionshinderfrågor. Protokoll från möte 2020-10-15.
 51. Stark oro för hur vårdpersonalen mår. Vårdfokus. 2021-09-01.
 52. Pandemin och kompetensförsörjningen. Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetensrådet efter coronavåren 2020. Socialstyrelsen; 2020.
 53. Att arbeta under en pandemi. Vårdförbundets medlemsundersökning: Vårdfokus; 2021.
 54. Coronaskador skjuter i höjden – så anmäler du arbetsskada. Vårdförbundet; 2021.
 55. Rekordmånga anmällda till högskolan i höst. Universitets- och högskolerådet. 2021-04-16.
 56. Personalen i välfärden. Personalstatistik för kommuner och regioner 2020. Sveriges kommuner och regioner; 2021.
 57. Påverkan av Covid-19 på det regionala BHV-programmet - En kartläggning av barnhälsovårdssjuksköterskors uppfattning i Region Stockholm under mars-maj 2020. Region Stockholm; 2021.
 58. Klagomål till patientnämnderna i Sverige 2020 Patientnämnderna i Sverige; 2021.
 59. Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen; 2021.
 60. SOU 2021:59. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.
 61. Analys av första covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Socialstyrelsen; 2020.
 62. Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre. Folkhälsomyndigheten; 2021.
 63. Färre äldre oroliga för att söka vård. Folkhälsomyndigheten; 2021.
 64. Rapportering 2 avseende uppdrag ”Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19”. Länsstyrelsen Hallands län; 2020.

65. Konsekvenser av covid-19-pandemin för personer som ger vård, hjälp och stöd till en närstående. Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2021.
66. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna – del 3. Socialstyrelsen; 2021.
67. Grundläggande utbildning om munhälsa och munvård. Webbutbildning. Socialstyrelsen; 2021.
68. Öppna jämförelser 2020 – Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2021.
69. Den nationella demensstrategin – en halvtidsrapport. Socialstyrelsen; 2020.
70. Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården. Praktiskt kunskapsstöd till vård- och omsorgspersonal. Socialstyrelsen; 2020.
71. Stöd till kunskapsbaserad rehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård – en förstudie. Socialstyrelsen; 2019.
72. Meddelandeblad för kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2020.
73. Sammanfattande resultat av enkät till MAR: Kommunernas beredskap ur ett rehabiliterande perspektiv vid covid-19. Arbetsterapeuterna; 2020.
74. Förutsättningar för god vård och behandling på säbo saknas och leder till brister. Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
75. Utbetalning av medel till kommunerna för en särskild satsning på krisstöd, samtalsstöd, traumastöd m.m. till personal inom vård och omsorg om äldre med anledning av spridningen av covid-19. Socialdepartementet; 2020.
76. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2021.
77. Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2021.
78. Living, working and COVID-19 dataset. Eurofound; 2020.
79. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. WHO; 2020.
80. Tracking continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. WHO; 2021.
81. Bodilsen J, NP, Søgaard M, et al. Hospital admission and mortality rates for non-covid diseases in Denmark during covid-19 pandemic: nationwide population based cohort study. BMJ. 2021; 373(n1135).
82. Helgeland J, TK, Grøslund M, Huseby BM, Håberg S, Lindman ASE. Admissions to Norwegian Hospitals during the COVID-19 Pandemic. Scand J Public Health. 2021;1-8.
83. Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Coronakommissionen; 2020.
84. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemi. OECD; 2021.
85. Smolić Š, Čipin I, P., M. Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. Eur J Ageing. 2021; 11:1-17.
86. Bambra C, Albani V, P., F. COVID-19 and the gender health paradox. Scand J Public Health. 2021; 49(1):17-26.
87. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. WHO; 2020.

88. Commission implementing decision of 24.6.2021 on the financing of the Programme for the Union's action in the field of health ('EU4 Health Programme') and the adoption of the work programme for 2021 [Internet]. European Commission; 2020.
89. EU för hälsa 2021–2027 – en vision om ett friskare EU. Europeiska kommissionen; 2021.
90. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Socialstyrelsen; 2018.
91. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019. Socialstyrelsen; 2019.
92. Data and technology that improves lives. NHS Digital. Hämtad 2021-09-01 från: <https://digital.nhs.uk/>
93. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning 2018. Socialstyrelsen; 2018.
94. Lingfors H, Persson LG. All-cause mortality among young men 24-26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study BMJ Open. 2021; 9(1).
95. Lindholm, L, Stenling, A, Norberg, M, Stenlund, H, Weinehall, L. A. Cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC public health. 2018.; 18(1):452.
96. Digital samverkan över organisationsgränser. Inera; 2019.
97. Ström, M. I Borgholm blir distriktsläkaren ortopedens förlängda arm. Läkartidningen 23-24/2020.
98. Vårdskulden – operationer/åtgärder inom specialiserad vård. Summering av riket och regioner för perioden mars till och med december 2020. Vårdföretagarna; 2021.
99. Journath G, Hammar N, Elofsson S, A, L, Vikström M, Walldius G, et al. Time Trends in Incidence and Mortality of Acute Myocardial Infarction, and All-Cause Mortality following a Cardiovascular Prevention Program in Sweden. Plos One. 2015.
100. Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Region Skåne. Underlag införande process maj 2019. Region Skåne; 2019.
101. Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Socialdepartementet; 2020.
102. Överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019. Socialdepartementet; 2019.
103. Överenskommelse mellan staten och SKL; Patientmiljarden: Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Socialdepartementet; 2018.
104. Överenskommelse regeringen och Sveriges kommuner och regioner, God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Socialdepartementet; 2021.
105. Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. 2021. Socialdepartementet. S2021/06332.
106. Dawoud D.M., Smyth M., Ashe J., et al. Effectiveness and cost effectiveness of pharmacist input at the ward level: a systematic review and meta-analysis. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2019.

107. Verksamhetsstatistik om hälso- och sjukvård, 2020. Sveriges kommuner och regioner; 2021.
108. SPOR. Svenskt perioperativt register, Årsrapport 2019-01-01 – 2019-12-31. Uppsala Clinical Research Center; 2019.

Bilaga 1 Aktörskarta



* Legitimerad arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, psykolog

Bilaga 2. Statliga stöd till äldreomsorgen

Regeringen har beslutat om stöd avseende 2021 för att öka medicinsk och annan kompetens samt till att säkerställa god vård och omsorg inom äldreomsorgen:

1. Ett prestationsbaserat stöd för att minska andelen timanställningar i äldreomsorgen – 2 miljarder kronor.
2. Ett prestationsbaserat stöd för att utöka sjuksköterskebemannning inom äldreomsorgen – 1 miljard kronor.
3. Stöd till regionerna för att för att utöka tillgången till läkare inom äldreomsorgen – 300 miljoner kronor.
4. Stöd till ökade lönekostnader till följd av utbildning till specialistundersköterskor med fokus på vård och omsorg om äldre och vård om personer med demenssjukdom – 22,1 miljoner kronor.⁵⁵
5. Äldreomsorgslyftet – syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal, omsorgspersonal samt första linjens chefer möjlighet att utbilda sig på arbetstid - 3,4 miljarder kronor.⁵⁶
6. God vård och omsorg av äldre personer - syftar till att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer – 4 miljarder kronor.⁵⁷

Yrkesresan – ett nationellt kompetensutvecklingsprogram

Nationella yrkesresan är ett nationellt introduktions- och kompetensutvecklingsprogram, som utarbetas inom för Partnerskapet – stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Ett kompetensutvecklingsprogram för äldreomsorg ska utvecklas.⁵⁸

Utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal vård och omsorg om äldre

Regeringen har tillsatt en utredning som ska överväga och lämna förslag på hur medicinsk kompetens kan stärkas i den kommunala vården och omsorgen om äldre. Utredaren ska bland annat överväga och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom vården och omsorgen om äldre. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2022.⁵⁹

⁵⁵ Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende anslag 4:5, Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet, regeringsbeslut 2021-04-29 (S2021/03319).

⁵⁶ Regeringsbeslut 2021-01-14 S2021/00338 (delvis).

⁵⁷ Regeringsbeslut (2020-12-22 nr I:14).

⁵⁸ Nationell yrkesresa för vård och omsorg, Förstudie om behovet av en nationell strukturerad introduktion och kompetensutveckling för baspersonal och legitimerad personal inom kommunal vård och omsorg, Göteborgsregionen, 2021.

⁵⁹ En äldreomsorgslag, Dir. 2020:142, Socialdepartementet, 2020.

Stöd till att främja hälsa, förebygga ohälsa och rehabilitering

Rehabilitering är ett viktigt verktyg för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med projekt kring rehabilitering:

- Kunskapsstöd till rehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård, i samverkan med regional hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- En hälsoekonomisk rapport avseende samhällsekonomisk nytta av rehabilitering.
- Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att under perioden 2018 – 2021 stödja implementering av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar.⁶⁰ Resurserna omfattar under 2021 12,5 miljoner kronor.⁶¹

⁶⁰ Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar, 2017-12-21, S2017/07515/FS (delvis).

⁶¹ Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Bilaga 3. Socialstyrelsens arbete kring god och nära vård

Inom Socialstyrelsens uppdrag om att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård pågår ett brett utvecklingsarbete. Flera stöd till kompetensutveckling har tagits fram eller är under utveckling. Några exempel på det är följande:

- Ett nytt område ”God och nära vård” på Kunskapsguiden.
- Utbildning som syftar till att underlätta uppföljning, kommunikation samt systematiskt kvalitetsarbete i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Utbildning riktad till ledare för att stödja arbete med att leda verksamheter inom den kommunala hälso- och sjukvården och att stödja samverkan.⁶²
- Kunskapsstöd om att förebygga och behandla undernäring.
- Stöd för användning av nationella riktlinjer i kommunal hälso- och sjukvård är under utveckling.⁶³

⁶² Målgrupper är chefer och andra ledare som t.ex. MAS och MAR. Utbildningen beräknas vara färdig i november 2021.

⁶³ Utbildningen handlar om klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och funktionstillstånd (ICF).