

Fakta om öppen hälso- och sjukvård

Förord

Hälso- och sjukvården står idag inför stora utmaningar. Antalet äldre i befolkningen kommer de kommande åren att öka kraftigt samtidigt som tillgången till personal inte kommer att öka i samma takt. Behovet av en omställning av vården är väl känt och just nu pågår ett omfattande arbete i kommuner och regioner för att utveckla den Nära vården i hela Sverige.

Öppenvård är den största vårdformen sett till antalet vårdkontakter, med över 80 miljoner vårdkontakter om året. I den här rapporten belyser vi fakta om regionernas öppenvård. Tillgången till data är inte lika god inom öppenvården som i den slutna vården, men tack vare kvalitetsregister finns möjligheter att följa vården över tid. Kommunernas del av öppenvården finns tyvärr inte med i den här rapporten då avsaknaden av täckande data från den kommunala primärvården är så stor att den i nuläget inte kan beskrivas på ett representativt sätt.

Den här rapporten visar att vi har en öppenvård med hög kvalitet och goda resultat i Sverige. Vården har utvecklats över lång tid och blivit allt bättre tack vare nya behandlingsmetoder och ett mer hälsofrämjande arbete. Rapporten visar också att utvecklingen mot Nära vård måste fortsätta, med bättre kontinuitet, ökad personcentrering och stärkt samverkan mellan vårdnivåer.

Covid-19-pandemin har satt mycket utvecklingsarbete på paus men också inneburit en del genombrott. Samtidigt befinner sig kommuner och regioner nu i ett tufft ekonomiskt läge som riskerar att bromsa viktig utveckling och därför kräver kloka vägval. Det är avgörande att kommuner, regioner och stat fortsätter arbeta tillsammans på ett långsiktigt sätt.

Rapporten riktar sig till förtroendevalda och tjänstepersoner på regional och nationell nivå, liksom till andra personer och organisationer som är intresserade av det svenska hälso- och sjukvårdssystemets utveckling och vilka utmaningar det står inför.

Stockholm i juni 2023

Ameli Norling

Sektionschef

Sektionen för hälso- och sjukvård

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	12
Vad är öppen vård?	12
Var finns fakta om öppen hälso- och sjukvård?	13
Vårdkontakter i öppen vård	16
Vårdkontakter på akutmottagningar	28
Utveckling av vård vid några kroniska sjukdomar	38
Diabetes	39
Astma och KOL	45
Hjärtsvikt.....	53
Reumatoid artrit.....	56
Sammanfattning	59
Nya arbetssätt	61
Digitala vårdtjänster.....	62
Egenvård	65
Patientkontrakt	66
Jämförelser mellan primärvård och specialiserad vård	67
Samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården	73
Enkla kontaktvägar mellan primärvård och specialiserad vård.....	74
Utskrivning från sjukhus	75
Vård i hemmet	77
Mobila team i Malmö	78
Palliativ vård	79
Diskussion och slutsatser	85

Sammanfattning

Många vårdkontakter inom öppen vård

Den öppna hälso- och sjukvården i Sverige utgör en mycket stor verksamhet som 2021 omfattade drygt 86 miljoner vårdkontakter, den kommunala primärvården oräknad. Varje invånare i Sverige hade då i genomsnitt 8,1 kontakter med den öppna vården, varav 5,4 i primärvård och 2,7 i somatisk eller psykiatrisk specialiserad öppen vård. Vårdkontakternas antal och deras fördelning mellan huvudområdena i den regionfinansierade vården varierar mellan regionerna. Äldre personer har en högre konsumtion av primärvård medan yngre i större utsträckning återfinns inom den specialiserade vården.

Mellan 2013 och 2016 ses en successiv ökning av antalet vårdkontakter som inte förklaras av befolkningsökningen. Från 2017 vänder trenden neråt, för att kraftigt minska under det första pandemiåret 2020. Under 2021 och 2022 ökar antalet igen, men vårdkontaktarna är fortfarande på en nivå som är lägre än 2019. Inom psykiatrin är tendensen en annan med en stadig och successiv uppgång i antalet kontakter.

Den vanligaste formen av vårdkontakt är fysiska besök till läkare och sjuksköterska. I primärvården är 43 procent av besöken läkarbesök och 31 procent sjuksköterskebesök, medan andelen läkarbesök i den specialiserade vården utgör 50 procent och sjuksköterskebesöken 23 procent. Inom primärvården är också fysioterapeuterna starkt representerade med 11 procent av besöken. Telefon eller brevkontakter utgör 15 procent i primärvården och 12 procent i den specialiserade vården.

I primärvården lägger läkarna mest tid på de äldre patienterna. Vilken vård som söks varierar över livet. I tidig ålder ingår besök hos BVC. Bland de äldre ökar de kroniska sjukdomarna. Psykisk ohälsa och stressrelaterade problem är vanliga kontaktorsaker liksom kroniska sjukdomar som hypertoni, diabetes och astma. Mycket tid avsätts för sjukdomar i rörelseapparaten, exempelvis artros och ryggsjukdomar. Samsjuklighet förekommer i 19 procent.

Rimliga väntetider på akuten för personer med akuta behov

Varje dag söker i genomsnitt knappt 5 000 personer vård på någon av akutmottagningarna i landet. De äldsta står för en större andel av besöken än vad

som beror av gruppen storlek i befolkningen. Gruppen 80 år eller äldre utgör 7,4 procent av befolkningen 19 år och äldre men svarar för 20,1 procent av besöken.

En tredjedel av de som söker akut skrivs in i slutenvård. Äldre personer skrivs in i högre utsträckning än yngre och i åldersgruppen 80 år och äldre är andelen som skrivs in 50 procent.

En allmän uppfattning är att patienter på akutmottagningarna får vänta länge innan de får sin bedömning och eventuella åtgärd utförd. Statistiken visar att nästan hälften av alla patienter, 43 procent, blir bedömda inom 30 minuter. Inom 2 timmar har nästan 80 procent fått en bedömning och beslut är fattat om det fortsatta omhändertagandet. Mediantiden till bedömning är 39 minuter. Akutmottagningarna tillämpar ett triageringssystem som innebär att ”röda” patienter med riktigt akut vårdbehov alltid går före ”gula” som bedöms kunna vänta. Detta förklarar att det finns en lägre prioriterad grupp som kan få vänta betydligt längre beroende på den aktuella situationen på akutmottagningen. Äldre med gul prioritering går före yngre.

Mediantiden för den totala vistelsetiden är 212 minuter, alltså cirka tre och en halv timmar. Drygt tre fjärdedelar av patienterna har fått sin bedömning och eventuella behandlingar och undersökningar genomförda och lämnar akutmottagningen inom 6 timmar från ankomsten. Generellt sett kan man säga att äldre patienter kommer snabbare till första bedömning jämfört med yngre men att vistelsetiden för äldre personer är något längre.

Det finns inga tydliga skillnader i vistelsetid mellan de som skrivs in på sjukhus och de som går hem efter bedömning som tyder på att väntan på att en vårdplats ska finnas tillgänglig förlänger vistelsen på akuten. De skillnader som finns tyder snarare på att de som är i behov av slutenvård kräver mer tid för bedömning, utredning och eventuella åtgärder än de som inte skrivs in.

Som läsare är det viktigt att tänka på att detta är på riksnivå och för ett helt år ackumulerade data. De är med andra ord ett genomsnitt av situationen på alla landets akutmottagningar under ett helt år. De belyser alltså inte den upplevelse som patienter, närstående och personal kan ha av hur det ser ut en viss dag, på en viss akutmottagning.

Utveckling av digitala vårdtjänster på distans pågår

Digitala vårdtjänster är en viktig och naturlig del av dagens och morgondagens vårdutbud då de, rätt använda, är kraftfulla verktyg för att möjliggöra tillgänglighet på nya sätt till invånarna och samtidigt möta många av de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. De digitala vårdgivarnas etablering har gått snabbt, något som möjliggjorts av strukturer och lagstiftning. De viktigaste möjliggörarna har varit fri etablering, lag om valfrihetssystem, vårdcentralers rätt att anlita underleverantörer och Patientlagen med valfrihet att söka vård i hela landet där patientens hemregion betalar kostnaden.

Det är framför allt de yngre som konsumerar den digitala vården och kvinnors konsumtion av digital vård är betydligt högre än männens. De digitala vårdkontakterna är också ojämnt fördelade över landet och har en tydlig koncentration till storstadsområdena med kommunerna i Stockholms län i topp. År 2020 var de digitala vårdkontakterna med privata nätläkarbolag drygt 2,3 miljoner till antalet och utgjorde 4,3 procent av alla kontakter i primärvård.

Utveckling inom digital öppenvård pågår. Trenden är att regionerna själva bygger ut digitala distansbesök samtidigt som de privata nätbolagen öppnar fysiska vårdcentraler.

Stora förbättringar för patienter med kronisk sjukdom

Hälso- och sjukvård vid kronisk sjukdom står för en stor del av vårdkontakterna i öppen vård. Huvuddelen av vården sker inom primärvården. De senaste 20 åren har situationen förbättrats radikalt framför allt för personer med diabetes, astma och reumatoid artrit, RA. Orsakerna är flera som ny kunskap och medicinsk utveckling med nya behandlingsmetoder men också ändrade levnadsvanor och bättre förutsättningar för egenvård. Nationella riktlinjer, kunskapsstyrning och kvalitetsregister har bidragit till att vården blivit mer jämlik.

Inom diabetesvården har förbättrad blodsockerkontroll, lägre blodtryck, lägre blodfetter och minskad rökning lett till minskat insjuknade i hjärtinfarkt och stroke. Detta har i sin tur bidragit till bättre livskvalitet, ökad livslängd och för vården ett minskat behov av vårdplatser för vård på sjukhus och i kommunal omsorg.

Astmapatienter var förr vanliga på akutmottagningen och inom slutenvården men efter att behandling med inhalationssteroider initierades har dessa vårdbehov minskat kraftigt. Effekten av nya behandlingar är särskilt påtaglig vid barnastma.

För den patientgruppen är sjukhusvård numera mycket ovanlig. Rökning bland astmapatienter har minskat och är nu 6% bland vuxna i primärvården, vilket är samma nivå som i befolkningen som helhet.

Under 1990-talet skedde ett paradigmskifte inom vården av patienter med RA i och med att de nya biologiska läkemedlen introducerades. Även äldre läkemedel används idag mer effektivt och behandlingen i början av sjukdomsförloppet är intensiv med täta kontroller och tydliga behandlingsmål. Förutsatt att sjukdomen diagnostiseras så tidigt som möjligt och behandling sätts in i tid hinner inflammationerna inte skada lederna permanent och patienterna kan inom ett år återgå till ett i stort sett normalt liv. Andra effekter av de nya läkemedlen är att reumakirurgi nästan helt försvunnit inom ortopedi och handkirurgi. Rehabilitering har övergått från fokus på anpassning till fokus på träning och fysisk aktivitet och nästan ingen behöver numera läggas in på vårdavdelning för RA. Rullstolarna är nästan borta, färre kortisoninjektioner ges och många patienter tycker att de borde slippa komma på besök.

Under loppet av 20 år har det skett en minskning av antalet vård dagar för personer med de fyra kroniska sjukdomarna kronisk lungsjukdom, diabetes, hjärtsvikt och RA med nästan 40 procent. Detta har inneburit att drygt 500 vårdplatser på sjukhus frigjorts. Mest framgångsrik att minska behovet av slutenvård har reumavården varit. Men även patienter med diabetes som huvuddiagnos liksom de med KOL har minskat i antal på vårdavdelningar runt om i landet. Vården av personer med hjärtsvikt har haft svårast att hitta metoder och arbetssätt som gör att patienterna kan få adekvat vård i öppna former.

Bra kan bli bättre

Trots att stora framsteg gjorts i behandlingen av kroniska sjukdomar inom öppen vård finns det kunskap som inte tillämpas i praktiken överallt, något som gör vården ojämlig. Följsamheten till nationella riktlinjer är högre vid diabetes än vid astma och KOL. Barn med astma får i högre utsträckning vård som följer behandlingsrekommendationer än vuxna. Dessutom finns det regionala skillnader.

Hjärtsvikt och KOL är de sjukdomar som står för flest påverkbara inskrivningar och återinskrivningar på sjukhus. En förbättring av den öppna vården inom dessa områden har stor potential att positivt påverka patienternas livskvalitet samtidigt som behovet av vårdplatser på sjukhus kan minska.

Ett annat viktigt förbättringsarbete handlar om strukturerat arbete med levnadsvanor inom den öppna vården. Fysisk träning och rökstopp leder till ökad livskvalitet och funktionsförmåga samtidigt som behovet av sjukhusvård minskar, men erbjuds inte i samma utsträckning som behandling med läkemedel.

Systemperspektiv och samarbete behöver vidareutvecklas

Öppen vård kan liksom vårdplatser på sjukhus inte studeras isolerat. Patienter rör sig hela tiden mellan olika vårdnivåer och verksamheter och behöver inte sällan vård från flera vårdgivare samtidigt. Det som är effektivt i en del av sjukvården behöver inte vara effektivt för systemet som helhet. För att hantera en så stor och komplicerad verksamhet som hälso- och sjukvård behövs uppdelning och avgränsningar. En stor utmaning är att överbygga de mellanrum som uppstår i vårdens övergångar. Vålfungerande samarbete leder till effektivare vård, något som har ett stort fokus i den utveckling av Nära vård som nu pågår.

I jämförelse med andra länder är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet unikt på flera sätt. Två huvudmän, regionerna och kommunerna, har det övergripande ansvaret och även rätt att ta upp skatt för att finansiera verksamheten. Regionerna ansvarar för primärvård och för all specialiserad vård, öppen som slutet. Kommunerna blev huvudmän i och med ÄDEL-reformen 1992 då landstingens långvårdsavdelningar avvecklades och ersattes med särskilda boenden (SÄBO) i kommunerna, där den äldre får en sammanhållen vård och omsorg. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är på primärvårdsnivå och omfattar SÄBO och även hemsjukvård i alla län utom Stockholm. Kommunernas ansvar omfattar inte läkarinsatser.

Privata och offentliga vårdgivare har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Inom primärvården finns lagstiftning om fritt vårdval.

I verksamheterna arbetar personal från många olika yrkesgrupper som behöver samarbeta med varandra och med patienter och närstående för att vården ska vara god, säker och meningsfull. I dessa möten blandas kunskaper, erfarenheter, kulturer, språk och olika särintressen. Denna komplexa situation är inte unik för Sverige utan finns i hela västvärlden och är den viktigaste orsaken till att omorganisationer har en mycket begränsad effekt på vårdens resultat.

Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Denna gräns är oskarp och förändras i takt med den medicinska utvecklingen. Att utgå från patientens behov och hur dessa ska mötas brukar vara bästa sättet att undvika spänningar mellan personal från olika yrkeskategorier, huvudmän och vårdgivare som annars lätt uppstår.

Det finns några situationer där gränsöverskridande samarbete är särskilt viktigt. En är utskrivning från sjukhus där ny lagstiftning förflyttat fokus från betalningsansvar i kommunerna till samarbete mellan huvudmännen. Målet är att uppnå en trygg och smidig resa genom systemet för patienter som har fortsatt behov av vård och omsorg efter utskrivningen. Efter införande av den nya lagen har vårddagarna på sjukhus för utskrivningsklara patienter minskat kraftigt. Ett annat angeläget samarbetsområde är palliativ vård. Där behöver den specialiserade palliativa vården hitta former för att stödja primärvården och även sjukhusen så att patienterna kan få så optimal vård som möjligt sista tiden i livet.

Idag pågår också ett stort antal utvecklingsarbeten i syfte att förbättra samarbete och sömlös övergång mellan vårdnivåer runtom i landet. Ett par intressanta exempel är arbetet att skapa enkla kontaktvägar i Jönköpings län och framväxten av mobila team i Malmö som närmare beskrivs i rapporten.

Primärvården som nav

Primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården, där de flesta av patienternas behov när det gäller hälsan blir tillgodosedda. Alla parter är överens om att primärvården behöver växa och den nära vården ha de resurser som behövs. Mellan 2006 och 2020 har antalet i hälso- och sjukvård verksamma specialistläkare ökat med 25 procent. I stort sett hela ökningen återfinns inom den specialiserade vården medan antalet allmänläkare ligger ganska konstant strax över 5 000. Inom ramen för omställningen till Nära vård gör nu alla regioner stora ansträngningar för att rekrytera och utbilda allmänläkare. 2021 fanns 3 290 ST-läkare i allmänmedicin i Sverige, en ökning med 12 procent på två år.

Utveckling av Nära vård

Just nu pågår omställningen till Nära vård. Det räcker inte längre att införa nya medicinska metoder för att säkra kompetens och finansiering av verksamheten. Vårdens arbetssätt och kultur behöver också förändras. Det handlar om att arbeta mer personcentrerat, proaktivt och förebyggande, samarbeta mer över olika gränser

och på ett strukturerat sätt bjuda in patienter och närstående att vara delaktiga i vården.

Det finns inga enkla lösningar på dagens utmaningar inom hälso- och sjukvården. Utvecklingsarbete tar tid och det går sällan att på kort sikt se konkreta resultat. Idag finns flera koncept som är mogna för storskalig spridning, varav några beskrivs i denna rapport. Det som behövs nu är modet att satsa på breddinförandet. Det kommer att innebära hårt arbete för medarbetarna i vårdens olika verksamheter. Ledningsnivån behöver förse verksamheterna med förutsättningar för förändringsarbetet men också följa upp hur det går och att arbetet ger resultat.

Inledning

Vad är öppen vård?

Lagstiftningens svar på den frågan är att all hälso- och sjukvård som inte är sluten vård är öppen vård. Både hälso- och sjukvårdslagen från 1982 och den från 2017 definierar öppen vård som allt som inte är sluten vård, alltså vård som ges till patient som är intagen vid en vårdinrättning.

När lagstiftaren formulerar sig på det sättet så avspeglar det att det svenska systemet för hälso- och sjukvård har haft och fortfarande i hög grad har sin utgångspunkt i det som sker på sjukhus (vårdinrättning).

I slutbetänkanden från utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) skriver utredaren Göran Stiernstedt bland annat att ” Den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från många i övrigt jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur.” Han drar slutsatsen att de styrande principer som hälso- och sjukvårdslagen anger är föråldrade och bidrar till ett alltför sjukhuscentrerat system och att de därför bör ersättas med principer som anger närheten till patienten som inriktning för hälso- och sjukvårdens organisation.¹

Utredningen God och nära vård tog över stafettpinnen i den här frågan och i sitt slutbetänkande God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) diskuterar utredaren Anna Nergårdh frågan vidare. Hennes slutsats är ändå att begreppen på kort sikt inte kan förändras. I den nya Hälso- och sjukvårdslagen från 2017 är alltså definitionerna av begreppen öppen och sluten vård oförändrat kvar.

Den nya lagen har dock för att ytterligare stärka primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården förtydligat primärvårdens uppdrag. Primärvård definieras som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper genom att ”svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens”².

¹ SOU 2016:2 Effektiv vård sid 357

² SFS 2020:1043 Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen

I samma lagändring och kompletterat med en ytterligare ändring (SFS 2023:37) beskrivs primärvårdens grunduppdrag på följande sätt:

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,
5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Var finns fakta om öppen hälso- och sjukvård?

Även om primärvårdens uppdrag nu förtydligats, så innebär det faktum att öppen vård definieras som vård som inte är sluten vård påverkat hur myndigheters och regioners datainsamlingar i uppföljande syfte utformats. Den slutna vården har fokuserats sedan lång tid tillbaka.

I Socialstyrelsens patientregister finns data öppet tillgängliga som beskriver den slutna vården från 1998 och framåt. Statistiken är diagnosbaserad och innehåller utöver diagnoser möjligheter till urval per region, åldersgrupp och kön. Tillgängliga variabler är vårdtid, vårdtillfällen och antal patienter. Här finns alltså goda möjligheter att följa tidslinjer och att spåra skillnader mellan regioner och mellan åldrar och kön.

Motsvarande data för den öppna specialiserade vården har samlats in sedan 2001, men det är först från 2011 och framåt som uppgifterna har tillräcklig täckningsgrad för att ha full jämförbarhet över tid och för att göra motsvarande uppföljningar och analyser som för den slutna vården. De är också avgränsade till uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den specialiserade öppenvården.

Socialstyrelsen har idag ingen regelbunden och systematisk insamling av data som på ett heltäckande sätt beskriver vad som görs i primärvård.

Ny statistik gör det möjligt att mer detaljerat följa primärvården över tid. Sedan ett par år tillbaka samlar SKR in individbaserad primärvårdsstatistik från ett antal regioner med både kostnader och vårduppgifter till den så kallade KPP-databasen.³ Med hjälp av dessa uppgifter och annan tillgänglig statistik har ett arbete påbörjats för att ta fram en modell av hela den regionala primärvården i Sverige för åren 2019–2021.

Den kommunala primärvården är ett område som nästan helt saknar statistisk beskrivning, åtminstone på nationell nivå. Socialstyrelsens statistikdatabas innehåller uppgifter från 2019 och framåt om patientrelaterade vårdåtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. De är inte helt kompletta då ett antal kommuner saknas. Om inget annat anges så finns den data från den kommunala hälso- och sjukvård inte med i det som redovisas i denna rapport.

Verksamhetsindelningen VI 2000⁴ lades fast våren 2000 av dåvarande Landstingsförbundet. Målet med verksamhetsindelningen är att kunna förse medlemmarna med analys- och jämförelsematerial, inte bara på aggregerad nivå utan också för delar av verksamheten. En jämförbar och rättvisande bild skall kunna redovisas per delområde oberoende av organisation och driftform. Här går det att följa antalet vårdkontakter i öppen vård ett 20-tal år tillbaka och med jämförbarhet över tid. Data presenteras öppet på Kolada⁵ och på SKR:s hemsida.⁶

I Hälso- och sjukvårdslagen slås fast att regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. SKR förvaltar denna nationella

³ SKR [KPP-databasen](https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp.1076.html), Kostnad per patient – vilket innebär att kostnad beräknas för varje individuell vårdkontakt

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp.1076.html>

⁴ [Verksamhetsindelning 2000](https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/verksamhetsindelningvi2000.65735.html),

<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/verksamhetsindelningvi2000.65735.html>

⁵ Rådet för främjande av kommunala analyser, RKA, är en ideell förening som bildats i samarbete mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Föreningens uppdrag är att underlätta uppföljning och analys av olika verksamheter i kommuner och regioner genom att tillhandahålla statistik i en databas - Kolada.

⁶ [SKR: Verksamhetsstatistik 2013 – 2022](https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html)

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html>

väntetidsdatabas⁷. Väntetider och andra variabler avseende alla besök/kontakter och åtgärder/operationer lagras och beräknas för visning på webbplatsen Väntetider i vården. Dessa data finns för alla regioner från och med 2021 och kan användas för uppföljning av såväl den specialiserade öppna vården som primärvården. Det finns dock vissa skillnader i volymer i det som rapporteras till Väntetidsdatabasen jämfört med det som regionerna rapporterar till KPP-databasen och till Verksamhetsstatistiken.

För primärvården finns också ett nationellt system för kvalitetsdata, Primärvårdskvalitet⁸. Där kan enskilda primärvårdsenheter följa sina egna resultat, analysera och utveckla vården. Data ägs av huvudmännen och någon presentation av aggregerade data på nationell nivå sker inte. I den här rapporten används data från Primärvårdskvalitet för avgränsade analyser av omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom.

Nationella kvalitetsregister⁹ innehåller individbaserade uppgifter om diagnoser eller problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Det finns idag drygt 100 Nationella kvalitetsregister och data från några av dessa används här i rapporten för att belysa den öppna vården förmåga att ta hand om patienter med vissa utvalda diagnoser.

Data från alla dessa källor används i rapporten. Eftersom de angivna datakällorna har tillkommit med olika syften och ibland definierar variabler olika, används alltid data från samma källa för att följa förändringar över tid och för olika uppdelningar och analyser. Det innebär att variabelernas mätetal kan variera mellan olika jämförelser och analyser beroende på vilken källa som använts.

⁷ SKR: [Väntetider i vården](https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik.63530.html) som visar väntetidsstatistik från hälso- och sjukvården i Sverige.

<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik.63530.html>

⁸ [SKR Primärvårdskvalitet](https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html)

<https://skr.se/primarvardskvalitet.32919.html>

⁹ [SKR Nationella kvalitetsregister](https://skr.se/kvalitetsregister.32864.html)

<https://skr.se/kvalitetsregister.32864.html>

Vårdkontakter i öppen vård

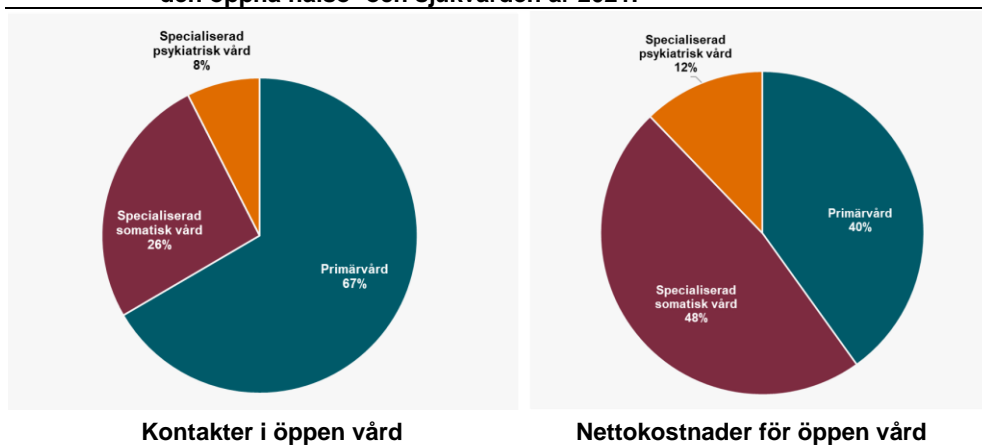
Under 2021 hade den öppna hälso- och sjukvården sammantaget drygt 86 miljoner vårdkontakter, den kommunala primärvården oräknad. Detta enligt VI 2000. Där ingår alla typer av kontakter med alla personalkategorier. I begreppet kontakter ingår, utöver besök på sjukhus-, specialist- och primärvårdsmottagning, hembesök och distanskontakter. Med distanskontakter avses kontakter där hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda och kommunicerar via brev, telefon eller annat digitalt medium.

Varje invånare i Sverige har år 2021 haft i genomsnitt 8,1 kontakter med den öppna vården. Av dessa har 5,4 skett i primärvård och 2,7 i somatisk eller psykiatrisk specialiserad öppen vård. Kostnaden för det har uppgått till knappt 12 600 kr per invånare eller drygt 131 miljarder kr. Socialstyrelsen har data på hur många patienter som besökt läkare i öppen specialiserad vård och under 2021 var det knappt 4,2 miljoner enskilda individer eller 40,2 procent av befolkningen.¹⁰

Kontakternas och kostnadernas fördelning över verksamhetsdelarna framgår av cirkeldiagrammet nedan. Det som i Verksamhetsindelningen benämns Tandvård respektive Övrig hälso- och sjukvård ingår inte. Med Övrig hälso- och sjukvård avses exempelvis ambulans och sjuktransporter, funktionshindersverksamhet och hjälpmedelsverksamhet.

¹⁰ Socialstyrelsens statistikdatabas och SCB. Antalet besök av enskilda patienter specialiserad öppenvård var år 2021 4 196 389. Medelbefolkningen samma år var 10 415 811.

Diagram 1: Kontakter och nettokostnader exklusive läkemedel, andel per huvuddel i den öppna hälso- och sjukvården år 2021.

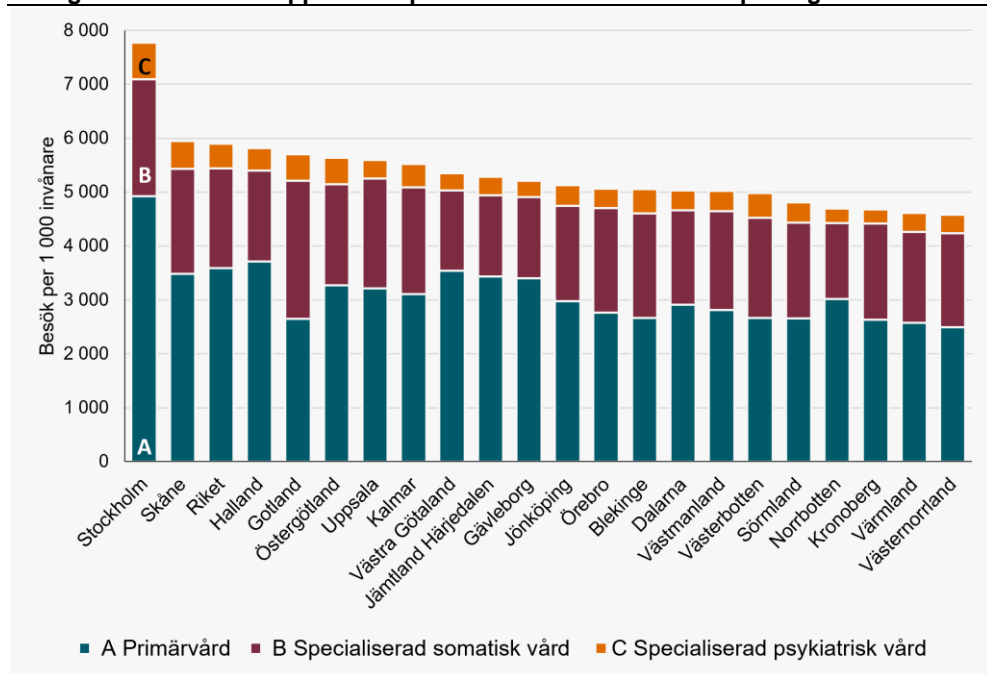


Källa: SKR, Verksamhets- och ekonomistatistik 2013 - 2022

Vårdkontaktens antal och deras fördelning mellan huvuddelarna i den regionfinansierade vården varierar från region till region. En jämförelse av regionernas patientkontakter i öppen vård, och då per 1 000 invånare, ger en bild där Stockholm har drygt 3 000 fler besök per 1 000 invånare jämfört med regionen med minst antal. Andelen kontakter i primärvård har också ganska stor variation. Västra Götaland har störst andel med 66 procent av sina besök i öppen vård inom den regionfinansierade primärvården.

Här har enbart fysiska kontakter (besök) använts för att undvika att jämförelsen grumlans av den osäkra fördelningen av olika former av distanskontakter. Data från 2022 har använts för jämförelsen.

Diagram 2: Besök i öppen vård per 1 000 invånare fördelade per region 2022.

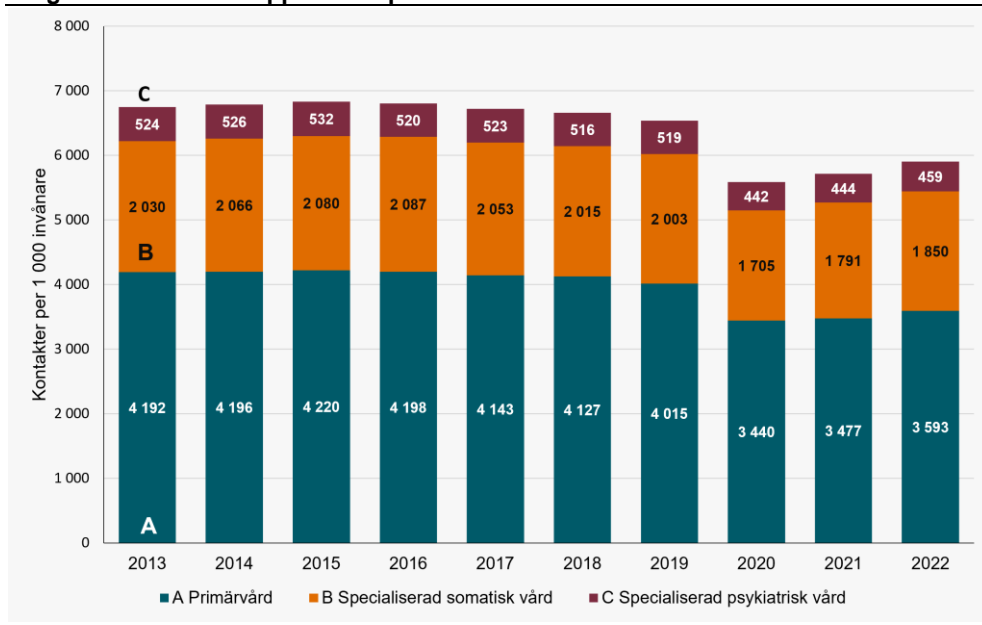


Källa: SKR, Verksamhetsstatistik 2013 - 2022

Verksamhetsstatistiken finns sammanställd åren 2006 och framåt. Den publiceras öppet på SKR:s hemsida med tidsserier per huvuddel av hälso- och sjukvården under de senaste 10 åren. Det som här visualiseras är alla typer av kontakter och oavsett yrkeskategori. Alla typer av kontakter på distans är exkluderade i diagram 3 på grund av ofullständig historik.

Fram till och med 2016 ses en tydlig, successiv ökning av antalet kontakter som inte förklaras av befolkningsökningen. Från 2017 vänder trenden neråt, för att kraftigt minska under det första pandemiåret 2020. Under 2021 och 2022 ökar antalet igen, men har fortsatt en nivå som är lägre än 2019. Inom psykiatrin är tendensen en annan med en stadig och successiv uppgång i antalet kontakter.

Diagram 3: Besök i öppen vård per 1 000 invånare. Åren 2013–2022



Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2013 - 2022¹¹

För varje delområde kan motsvarande trender visas. Inom primärvård är allmänläkar- och sjuksköterskevård de stora områdena, följt av fysio- och arbetsterapi. Även här visas endast antal fysiska besök.

I delområdet Övrig primärvård redovisas bland annat ungdomsmottagning med preventivmedelsrådgivning, fotvård och patientinformation/hälsouppläsning till enskilda patienter/patientgrupper. Här redovisas även den sjukdomsförebyggande folkhälsoverksamheten som riktar sig mot enskilda individer eller grupper av individer.

Primärvårdsansluten hemsjukvård¹² består till största delen av kontakter inom Region Stockholm. Stockholms län är det enda län i landet där hemsjukvården fortfarande utförs av regionen. I övriga län har kommunerna övertagit ansvaret för

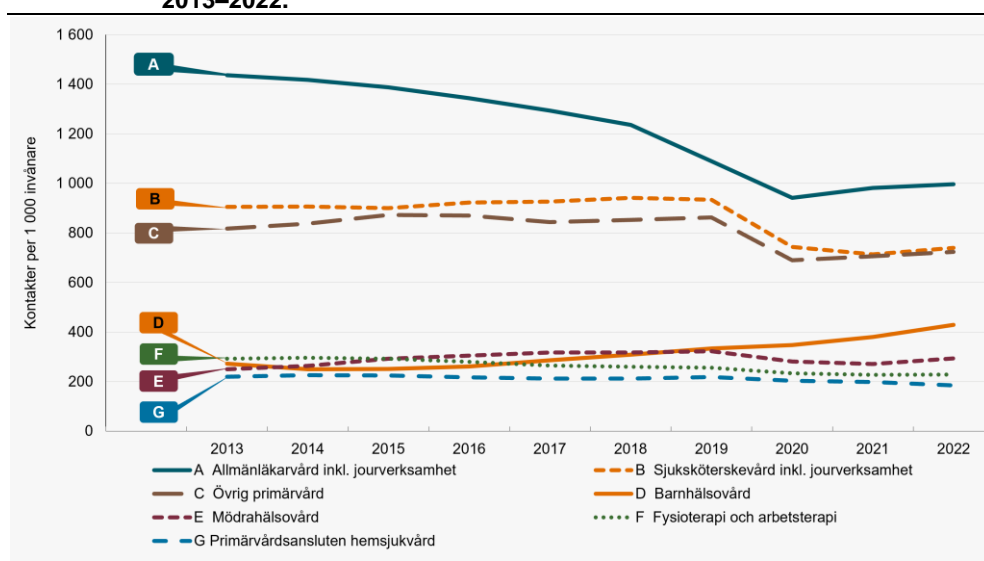
¹¹ [SKR: Verksamhetsstatistik 2013 – 2022](https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html)

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html>

¹² Primärvårdsansluten hemsjukvård definieras här som ”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

hemsjukvården upp till läkarnivå. De avtal som ligger till grund för övertagandet ser lite olika ut från län till län. I många län har regionen fortfarande ansvar för mindre delar av hemsjukvården. Enstaka hembesök ingår i de olika yrkeskategoriernas kontakter.

Diagram 4. Kontakter per 1 000 invånare per delområde i primärvård. Avser åren 2013–2022.

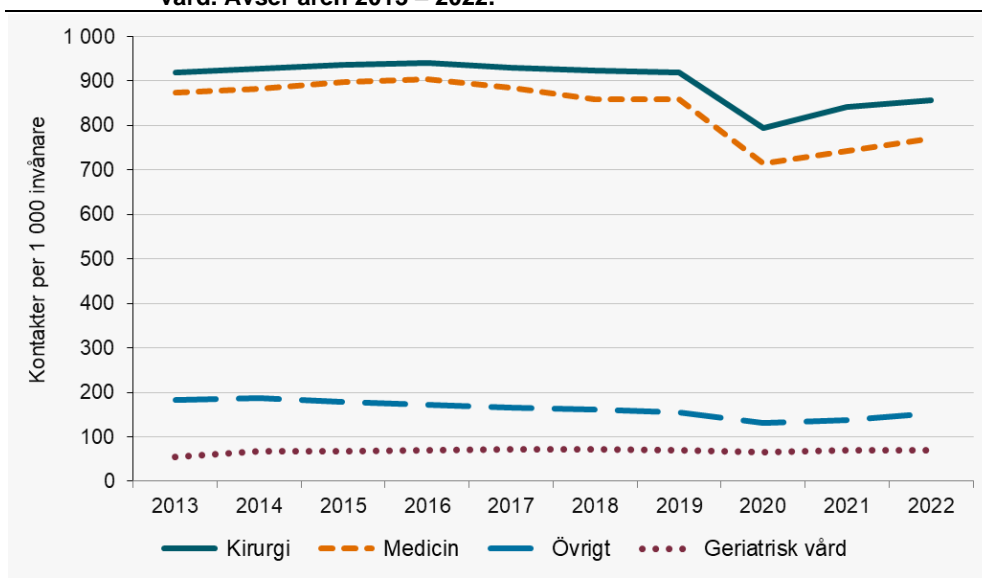


Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2013 - 2022

Den somatiska specialiserade vårdens delområden utgörs av de stora medicinska verksamhetsområdena. I övrigt ingår akutmottagningar och annan verksamhet som inte kan fördelas på verksamhetsområdena.

Bilden över tid liknar i stort primärvårdens. Nedgången under 2020 är kraftigare och följs av en större uppgång under 2021. Den geriatriska öppna vårdens kontakter har ökat med 28 procent från 2012 och till 2022. Skalan i diagrammet gör alltså inte förändringarna i den geriatriska vården rättvisa. Den geriatriska öppna vården är mycket ojämnt fördelad över landet, med en koncentration till Stockholm. Där sker drygt 11 procent av alla kontakter i den öppna specialiserade somatiska vården inom området geriatrik. Genomsnittet för riket är knappt 4 procent. Förutom i Region Stockholm finns en stor geriatrisk öppen vård i Östergötland, Dalarna, Västmanland och Sörmland. Nästan en tredjedel av alla regioner saknar verksamhet som definieras som geriatrik. Stockholms stora geriatrik förklaras till stor del av att man är det enda län i landet där kommunerna inte tagit över ansvaret för hemsjukvården.

Diagram 5: Kontakter per 1 000 invånare per delområde i specialiserad somatisk vård. Avser åren 2013 – 2022.



Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2013 - 2022

Då förändringarna över tid inom den psykiatriska specialiserade vården varit små visas inte kontakter per delområde.

Vilka möter patienterna vid alla dessa kontakter och vilka typer av kontakter har de med vården? Det kanske enklaste sättet att ta sig an de frågeställningarna är att undersöka data som finns i SKR:s databas över vårdkontakter i specialiserad vård och primärvård. Den har i första hand som syfte att följa väntande patienter och väntetiderna, men den kan också användas för att analys av detaljerade data av den öppna vården. Eftersom dessa data samlas in med ett annat syfte än de till verksamhets- och ekonomistatistiken så är det inte alltid full överensstämmelse mellan mätetalen.

Rapportering till denna databas sker månadsvis så här finns möjlighet att redovisa mer aktuella data. Rapportering är lite olika uppdelad mellan den från den specialiserade vården och den från primärvården och utfallen visas därför var för sig.

I den specialiserade vården är den första kontakten i en vårdepisod mycket intressant ur ett tillgänglighetsperspektiv så utfallen i databasen är uppdelade på första besök och återbesök. Här har dessa lagts samman och det är bara de kontakter som faktiskt genomförts som ingår.

Den här databasen har för 2022 fångat drygt 18 miljoner vårdkontakter i den specialiserade vården. De har fördelat sig på följande på olika kontaktformer:

Tabell 1: Kontakter i specialiserad vård fördelad på olika kontaktformer: Avser 2022.

Totalt antal kontakter	18 416 891
Besök på mottagning/vårdenhet där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar	76,5%
Telefon- och brevkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård	11,5%
Besök på mottagning/vårdenhet enhet där en patient möter ett vårdteam (teambesök)	4,7%
Distanskontakt via videolänk	1,8%
Besök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (gruppbesök)	1,6%
Besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (hembesök)	1,0%
Besök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter ett vårdteam (gruppteambesök)	0,9%
Distanskontakt/digitalt vårdmöte	0,7%
Besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter ett vårdteam	0,6%
Besök på annan plats där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar	0,3%
Skriftlig distanskontakt/digitalt vårdmöte	0,3%
Besök på annan plats där en patient möter ett vårdteam	0,8%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Den uppdelning av patientkontakter som inte sker öga mot öga, utan på distans kommer från den terminologi som togs fram av Socialstyrelsen 2017.¹³

Uppdelningen gör det svårt att överblicka hur stor andel dessa egentligen utgör, men sammanfattad i fyra större kontaktformer blir bilden tydligare.

¹³ Socialstyrelsen; [Resultat av terminologiremiss om distanskontakt och relaterade begrepp](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/terminologi-resultat-remiss-terminologiarbete-begrepp-fjarrkontakt-2017.pdf).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/terminologi-resultat-remiss-terminologiarbete-begrepp-fjarrkontakt-2017.pdf>

Tabell 2: Kontakter i specialiserad vård fördelad på fyra sammanfattande kontaktformer. Avser 2022.

Totalt	18 416 891
Besök	83,7%
Telefon/brevkontakt	11,5%
Besök distans	2,8%
Hembesök	2,0%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Längre fram i rapporten återkommer fenomenet kontakter på distans och dess utveckling under en egen rubrik. I det som redovisats här är bortfallet stort när det gäller de digitala distanskontakterna.

För primärvården är statistiken för kontaktformer inte lika detaljerad. Där finns bara fyra olika former som framgår av tabellen nedan. I den här statistiken fångas för 2022 sammanlagt drygt 27 miljoner kontakter.

Tabell 3: Kontakter i primärvård fördelad på olika kontaktformer: Avser 2022.

Totalt	27 204 811
Besök	78,9%
Telefon/brevkontakt	15,4%
Besök distans	4,2%
Hembesök	1,5%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Den absolut vanligaste kontaktformen är fortfarande besök på mottagning där patienter möter hälso- och sjukvårdspersonal öga mot öga. De digitala formerna av vårdkontakter blir allt fler: Telefon och brevkontakter svarar fortsatt för en hög andel av vårdkontakterna.

I primärvården lägger läkarna mest tid på de äldre patienterna. Vilken vård som söks varierar över livet. I tidig ålder ingår besök hos BVC. Bland de äldre ökar de kroniska sjukdomarna. Psykisk ohälsa och stressrelaterade problem är vanliga kontaktorsaker liksom kroniska sjukdomar som hypertoni, diabetes och astma. Mycket tid avsätts för sjukdomar i rörelseapparaten, exempelvis artros och ryggsjukdomar. Samsjuklighet förekommer i 19 procent.¹⁴

¹⁴ SKR Primärvårdskvalitet

Fördelningen över olika personalkategorier inom den specialiserade öppna vården visar som väntat på att läkare och sjuksköterskor dominerar.

Tabell 4: Kontakternas fördelning på personalkategorier i specialiserad vård. Avser 2022.

Totalt	18 416 891
Läkare	49,8%
Sjuksköterska	23,4%
Psykolog	4,9%
Fysioterapeut	3,7%
Kurator	3,2%
Arbetsterapeut	2,2%
Skötare	2,1%
Barnmorska	2,1%
Audionom	1,5%
Undersköterska	1,3%
Logoped	0,8%
Dietist	0,8%
Övriga	4,3%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Inom primärvården är det samma starka dominans för läkare och sjuksköterskor. Här är också fysioterapeuterna starkt representerade.

Tabell 5: Kontakternas fördelning på personalkategorier i primärvård. Avser 2022.

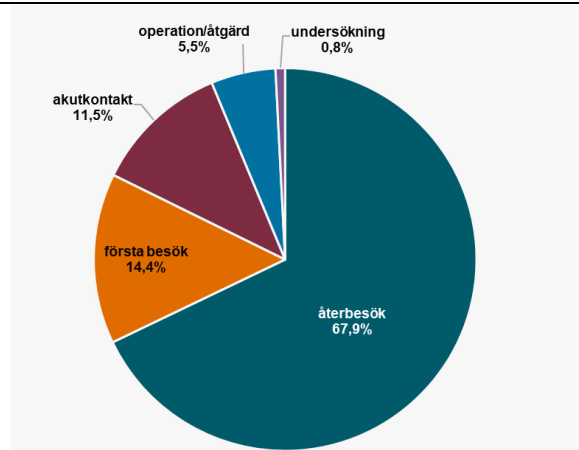
Totalt	27 204 811
Läkare	42,7%
Sjuksköterska	30,6%
Fysioterapeut	10,7%
Undersköterska	4,7%
Psykolog	2,7%
Barnmorska	2,0%
Kurator	1,8%
Arbetsterapeut	1,6%
Övriga	3,1%

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

I och med att Väntetidsdatabasen fokuserar på tillgänglighet och väntetider så är data insamlade utifrån de olika faser som kan ingå i en vårdepisod¹⁵. Det innebär att det finns möjlighet att fånga hur många av kontakterna som är att hänföra till en viss fas i vårdepisoden.

I cirkeldiagrammet nedan beskrivs hur kontakterna fördelades mellan de olika faserna under hela 2022.

Diagram 6. Kontakternas fördelning på olika faser i specialiserad öppen vård. Avser 2022.

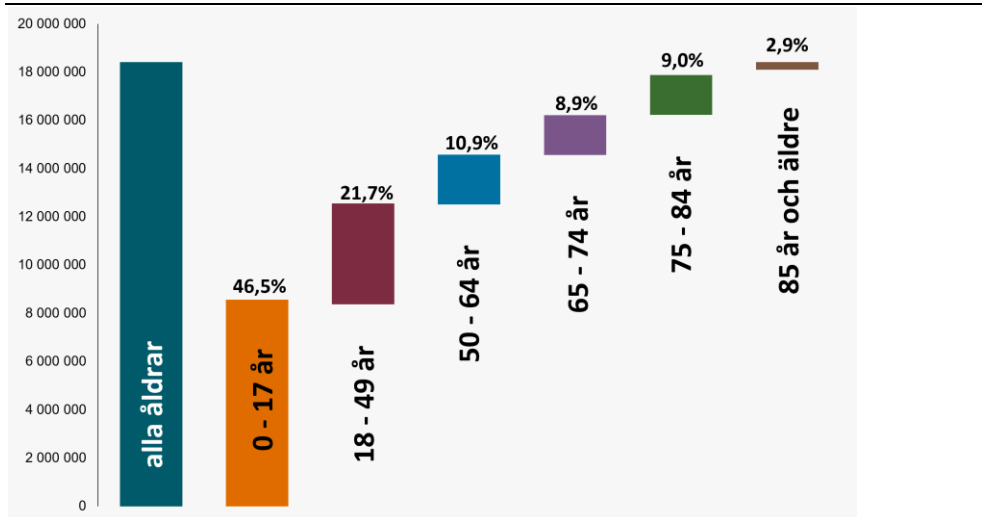


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

En intressant aspekt av hur kontakterna fördelas i befolkningen, är ålders- och könsfördelningarna. Det är enbart Väntetidsdatabasen som har sådana data tillgängliga. Kön rapporteras inte av alla regioner så därför kan ingen sådan fördelning visas här.

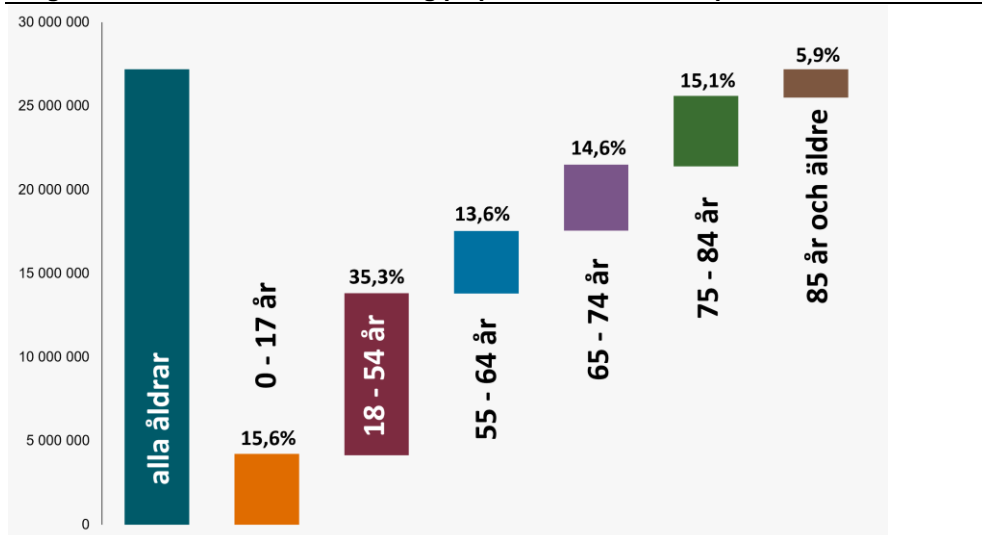
¹⁵ Socialstyrelsens termbank: samtliga vårdkontakter med en patient för ett visst hälsoproblem

Diagram 7. Kontakternas fördelning på patienternas åldrar i specialiserad öppen vård. Avser 2022.



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Diagram 8. Kontakternas fördelning på patienternas åldrar i primärvård. Avser 2022.

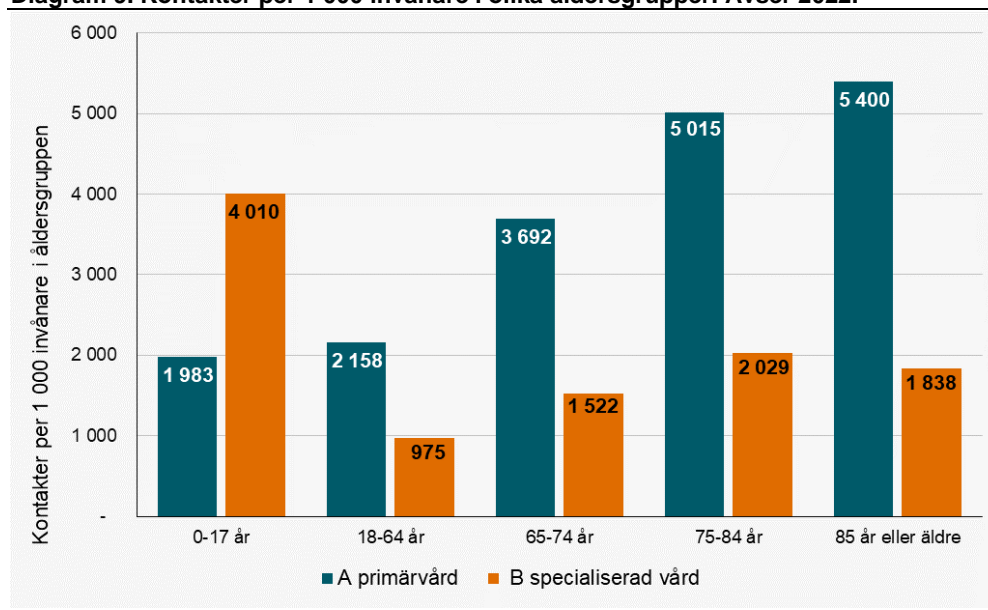


Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Ett annat sätt att beskriva hur kontakterna i öppen vård fördelas över åldrarna är att räkna hur många kontakterna är per 1 000 invånare i respektive åldersgrupp. För att få jämförbara siffror för primärvård och specialiserad vård har åldersgrupperna 18–

49 år och 50–64 år i specialiserad vård och 18–54 år och 55–64 år i primärvård slagits samman till en åldersgrupp 18–64 år.

Diagram 9. Kontakter per 1 000 invånare i olika åldersgrupper. Avser 2022.



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data extraherade med QlickView analysverktyg 2023-04-20

Vårdkontakter på akutmottagningar

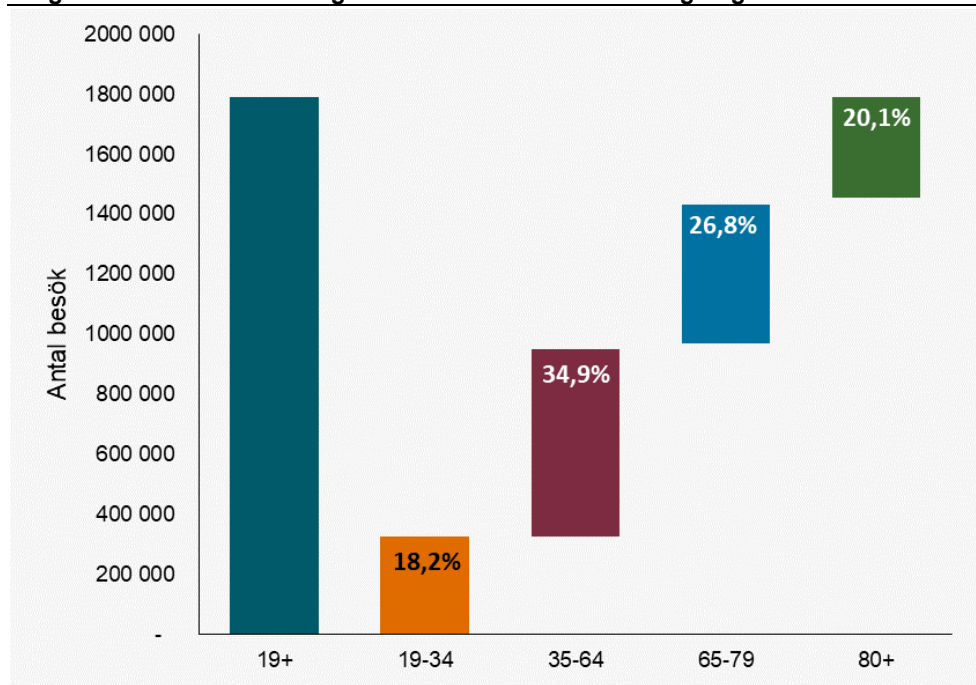
Akutmottagningarna har haft och har en central roll för patientflödena på landets sjukhus. Varje dag söker i genomsnitt knappt 5 000 personer vård på någon av akutmottagningarna landet. Cirka 33 procent skrivs in i sluten vård. Övriga går hem efter genomförd bedömning och behandling. I det som beskrivits tidigare i denna rapport ingår vårdkontakter på akutmottagningar som en delmängd i den specialiserade vården.

Sedan 2016 ingår besök och väntetider på akutmottagningarna i den rapportering som regionerna är författningsreglerat bundna att rapportera till Socialstyrelsen. Rapporteringen är avgränsad till att gälla sjukhusbundna akutmottagningar, med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade. Den är också avgränsad till vuxna individer, 19 år och äldre. Skälet till det senare är att akutverksamhet för barn är mycket olika organiserad i regionerna och att ha de yngsta med skulle försvåra jämförbarheten.

Även SKR:s väntetidsdatabas innehåller data över akuta kontakter och väntetiderna för dessa. Här är den inte avgränsad till akutmottagningar på sjukhus med två eller flera somatiska specialiteter utan har finns all akutverksamhet specialiserad öppen vård med. Mätningarna startade under 2021 och därför saknas uppemot en tredjedel av data. Från mitten av 2022 är överensstämmelsen bättre mellan databaserna. Här används Socialstyrelsens data om inte annat anges.

Åldersfördelningen bland de som besöker akutmottagningen är tämligen väl relaterad till åldersgruppernas fördelning i befolkningen. De äldsta har en större andel av besöken än vad som beror av gruppen storlek i befolkningen. Gruppen 80 år eller äldre utgör 7,4 procent av befolkningen 19 år och äldre men svarar för 20,1 procent av besöken.

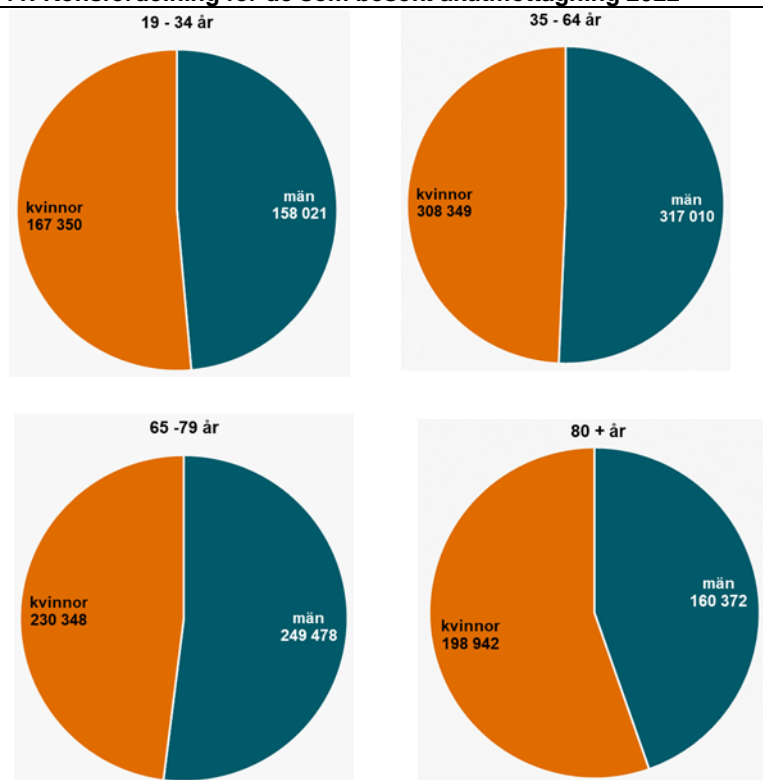
Diagram 10. Åldersfördelning för de som besökt akutmottagning 2022.



Källa: Socialstyrelsen Patientregistret: Akutmottagningar, väntetider och besök

Könsfördelningen bland de som besöker akutmottagningarna är inte heller den annorlunda än den förväntade. Könen fördelar sig nästan exakt på samma sätt som de fördelas i respektive åldersgrupp i befolkningen. Enda undantaget är i gruppen 80 år och äldre där männen utgör 44,6 procent av besökarna på akutmottagningen, men är 41,7% av befolkningen i den åldersgruppen.

Diagram 11. Könsfördelning för de som besökt akutmottagning 2022

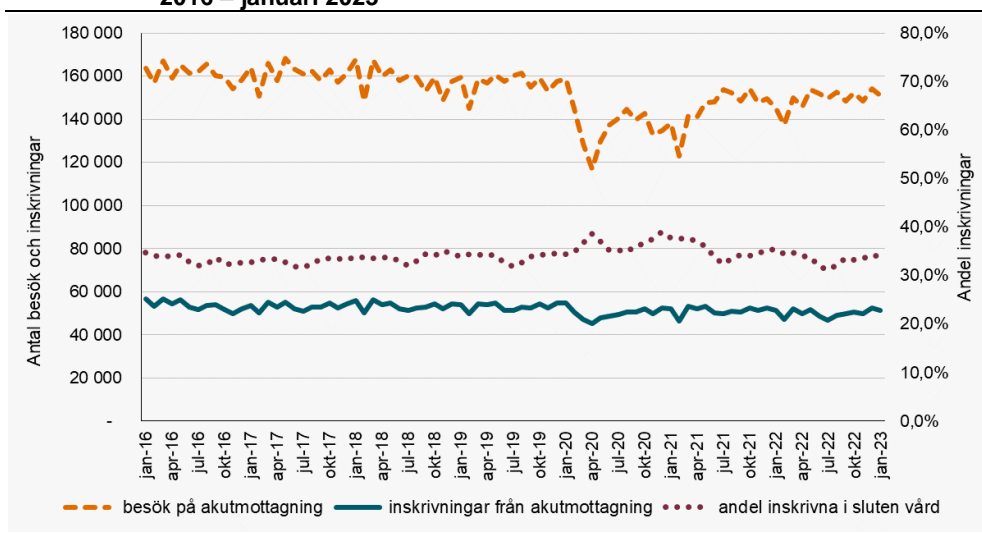


Källa: Socialstyrelsen Patientregistret: Akutmottagningar, väntetider och besök

Som redan nämnts leder ungefär en tredjedel av besöken på akutmottagning till inskrivning i slutenvård. Andelen är förvånansvärt konstant under de år som data finns tillgängliga för. I början av pandemin, våren 2020, minskade antalet besök på akutmottagningarna påtagligt. De har sedan successivt ökat men ligger ännu tydligt under nivån före pandemin. Årvis summerade så minskade antalet inskrivna under 2020 med 6 procent för att sedan öka under 2021 med 3 procent. Under 2022 har de igen minskat tillbaka till nivån för 2020.

Under 2020 ökade andelen som skrevs in, den prickade linjen i diagrammet nedan, med ungefär 2,4 procentenheter. Det förklaras till största delen av att antalet besök på akutmottagningarna minskade med drygt 200 000 eller i genomsnitt 550 patienter per dag det året.

Diagram 12. Andel patienter på akutmottagning som skrivits in i slutenvård. Januari 2016 – januari 2023



Källa: Socialstyrelsen Patientregistret: Akutmottagningar, väntetider och besök

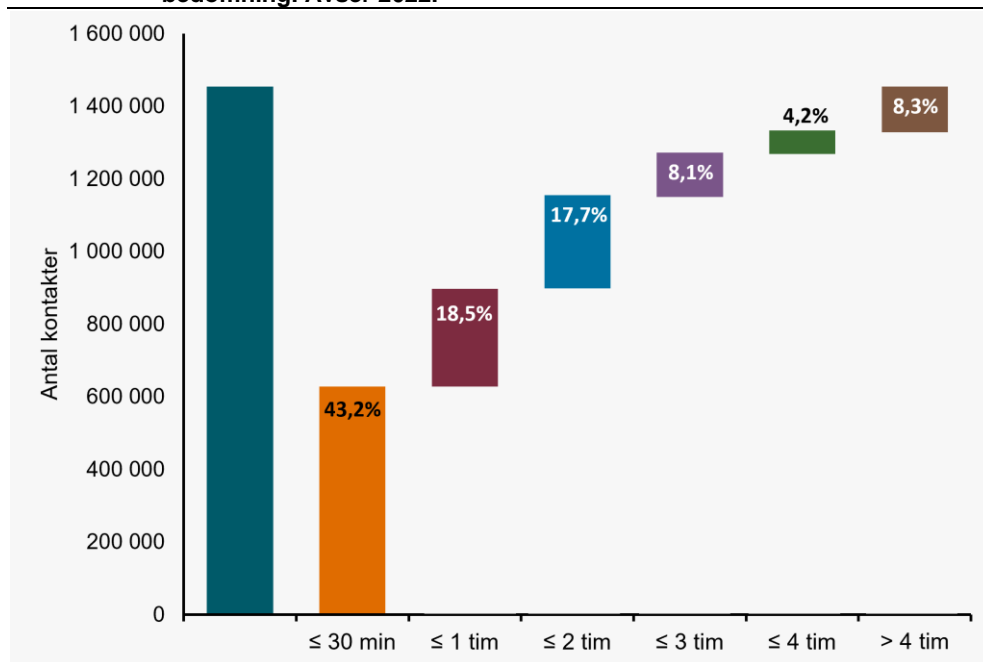
En allmän uppfattning är att patienter på akutmottagningarna får vänta länge innan de får sin bedömning och eventuella åtgärd utförd. Särskilt för äldre och sköra patienter kan långa vistelsetider innebära säkerhetsrisker i form av vårdskador.¹⁶

I SKR:s rapport från november 2022 Fakta om väntetider i vården beskrivs inte väntetider på akutmottagningarna. Det görs i stället kortfattat här. Som datakälla används då Väntetidsdatabasen. Den innehåller mer detaljerade uppgifter om väntetiderna på akutmottagningarna. Dels mäts inom hur många minuter/timmar som patienten får vänta på en första beslutsgrundande bedömning, dels hur lång den totala vistelsetiden på akutmottagningen blev. Här ingår alla patienter oavsett ålder. Liksom i Socialstyrelsens statistik så är data i Väntetidsdatabasen när det gäller tid till bedömning och vistelsetid avgränsad till att komma från akutmottagningar med två eller flera samlokaliserade medicinska specialiteter.

Nästan hälften av alla patienter, 43,2 procent, blir bedömda inom 30 minuter och inom 2 timmar är knappt 80 procent bedömda och beslut fattat om det fortsatta omhändertagandet. Mediantiden till bedömning är 39 minuter. Tyvärr är bortfallet ganska stort, cirka 14% av besöken saknar uppgift om tid till bedömning.

¹⁶ Inspektionen för vård och omsorg: I väntan på vårdplats, Om patientsäkerhet på akutmottagningar. Mars 2018.

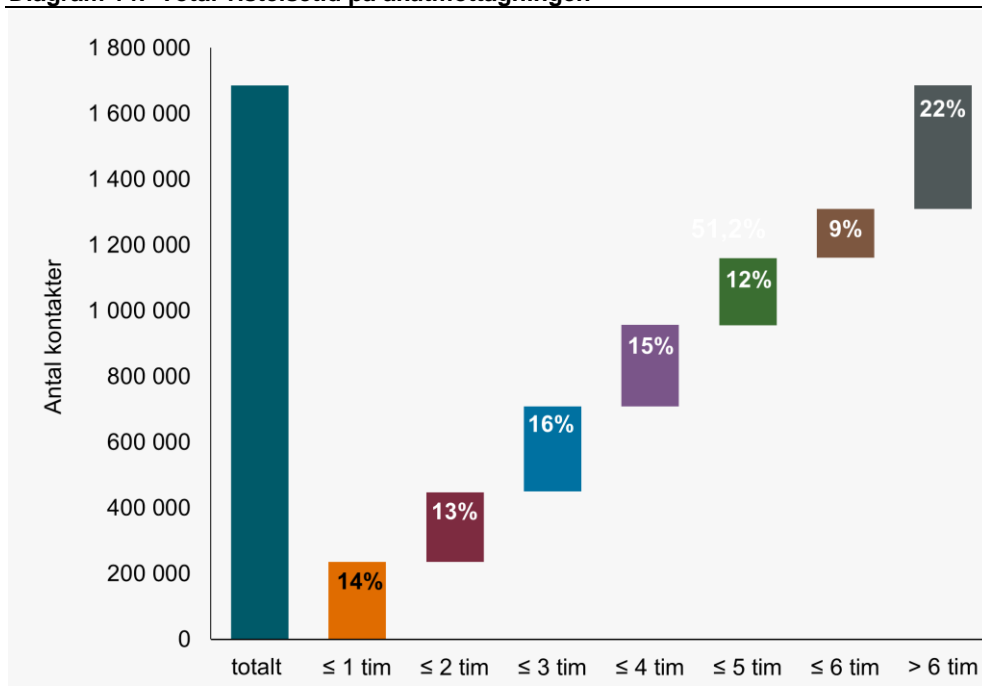
Diagram 13. Tid från ankomst till akutmottagningen till en första beslutsgrundande bedömning. Avser 2022.



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Den totala vistelsetiden på akutmottagningen fångas också i Väntetidsdatabasen och mediantiden för den är 212 minuter, alltså cirka tre och en halv timmar. Drygt tre fjärdedelar av patienterna har fått sin bedömning och eventuella behandlingar och undersökningar genomförda och lämnar akutmottagningen inom 6 timmar från ankomsten.

Diagram 14: Total vistelsetid på akutmottagningen



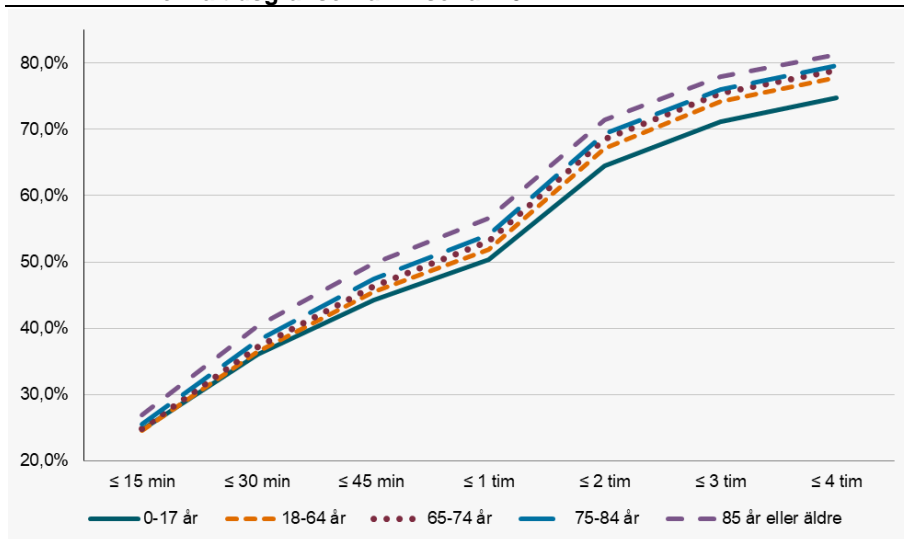
Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Väntetidsdatabasen innehåller data uppdelade på sex olika åldersklasser, barn och ungdomar upp till och med 17 år, yngre personer upp till och med 49 år, medelålders upp till och med 64 år, äldre från 65 till 74 år, 75 till 84 år och 85 år eller äldre.

I de kommande två diagrammen har andelen inom varje åldersgrupp som väntat eller vistats inom de olika tidsgränserna beräknats. För att göra diagrammen mer lättavlästa har åldersgrupperna 18–49 år och 50–64 år slagits samman.

Generellt sett kan man säga att äldre patienter kommer snabbare till första bedömning jämfört med yngre. Andelen i varje åldersgrupp som får vänta längre än 4 timmar på en första bedömning är också lägst för de allra äldsta och högst för barn och ungdomar. Av de yngsta är det drygt 10 procent som väntar mer än 4 timmar. Motsvarande andel för gruppen 85 år och äldre är knappt 6 procent.

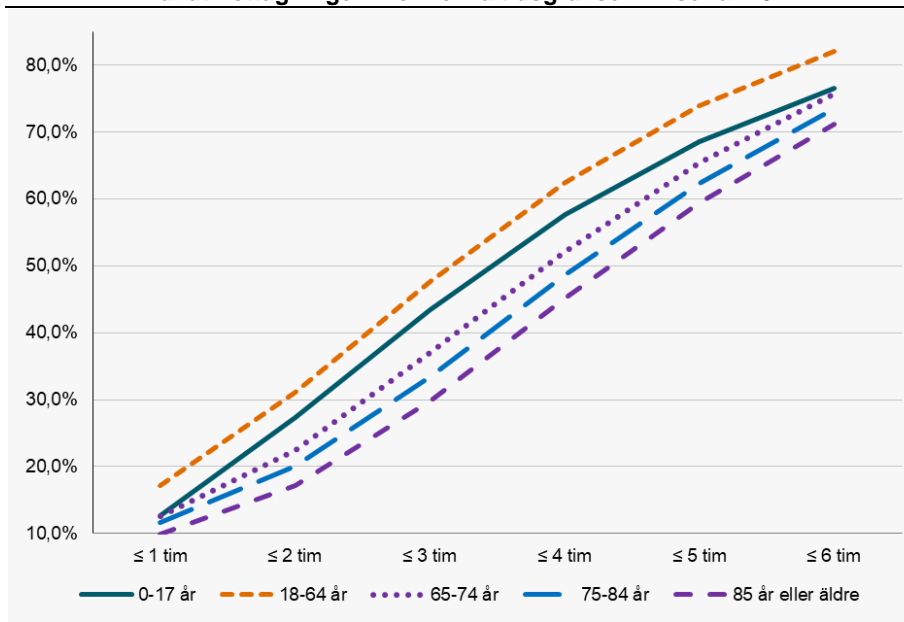
Diagram 15: Andel patienter per åldersgrupp som fått en första bedömning inom de olika tidsgränserna. Avser år 2022.



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg.

På samma sätt kan åldersfördelningen för grupperna med olika vistelsetider visualiseras. Här är tidsgränserna satta till hela timmar och åldersgrupperna 18 – 49 år och 50 – 64 år är sammanslagna.

Diagram 16: Andel patienter per åldersgrupp som haft en vistelsetid på akutmottagningen inom olika tidsgränser. Avser år 2022.



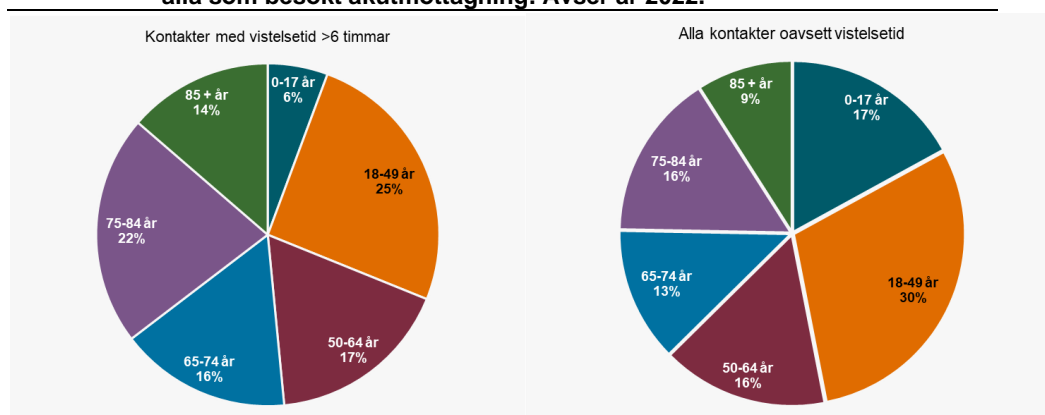
Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

Ju äldre patienten är desto längre är vistelsetiden på akuten. Snabbast genomförs besöket för åldersgruppen 18 – 49 år. I den åldersgruppen är mediantiden för vistelsen 178 minuter medan den i gruppen 85 år och äldre uppgår till 260 minuter.

Nästan 30 procent av besöken för patienter 85 år och äldre tar mer än 6 timmar i anspråk. Motsvarande andel för 18 – 49-åringarna är strax över 16 procent.

Ytterligare sätt att belysa detta är att jämföra åldersfördelningen bland patienter som vistas mer än 6 timmar på akutmottagningen med åldersfördelningen bland alla kontakter oavsett vistelsetidens längd. Det görs i diagram 17 nedan.

Diagram 17 Åldersfördelning bland de med vistelsetid mer än 6 timmar och bland alla som besökt akutmottagning. Avser år 2022.



Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, data är extraherade med QlickView analysverktyg

När väntetider och vistelsetiderna värderas är det viktigt att ha i minnet att första bedömning på akutmottagningen sker efter strikt medicinsk prioritering av vårdbehovet medan vistelsens längd avgörs av vilka åtgärder i form av utredning och behandling som behövs. Detta förklarar att lågprioriterade patienter ibland får vänta många timmar. Den äldsta åldersgruppen prioriteras i genomsnitt högre till första bedömning men har en längre vistelsetid.

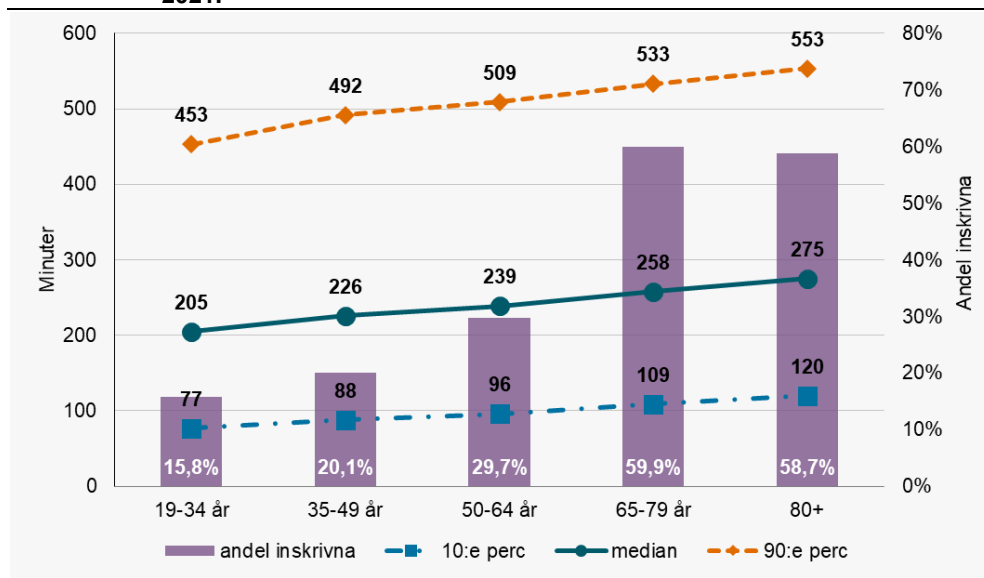
En annan faktor som kan tänkas påverka vistelsetidens längd är om patienten blir inskriven i sluten vård eller ej. En hypotes skulle kunna vara att de som skrivs in blir kvar längre på akuten i avvaktan på att plats finns tillgänglig på vårdavdelning.

Väntetidsdatabasen innehåller inte uppgifter om vilka patienter som skrivits in i sluten vård från akutmottagningen. Däremot fångar Socialstyrelsen det i sitt patientregister och genom att skapa en bild av hur stor andel i olika åldersgrupper som skrivs in så kan vistelsetiderna värderas bättre. Tyvärr finns inte data i

Socialstyrelsens öppna statistikdatabas senare än från 2021 och de har också en helt annan åldersindelning än den som används i Väntetidsdatabasen. Några direkta jämförelser per åldersgrupp är därför inte möjliga att göra.

I kombinationsdiagrammet nedan har median samt, 10:e och 90:e percentil för vistelsetid lagts in som linjer med skala på den vänstra y-axeln och andel inskrivna patienter har lagts in som staplar på höger y-axel. Allt fördelat på ålder med den indelning i grupper som Socialstyrelsen tillämpar.

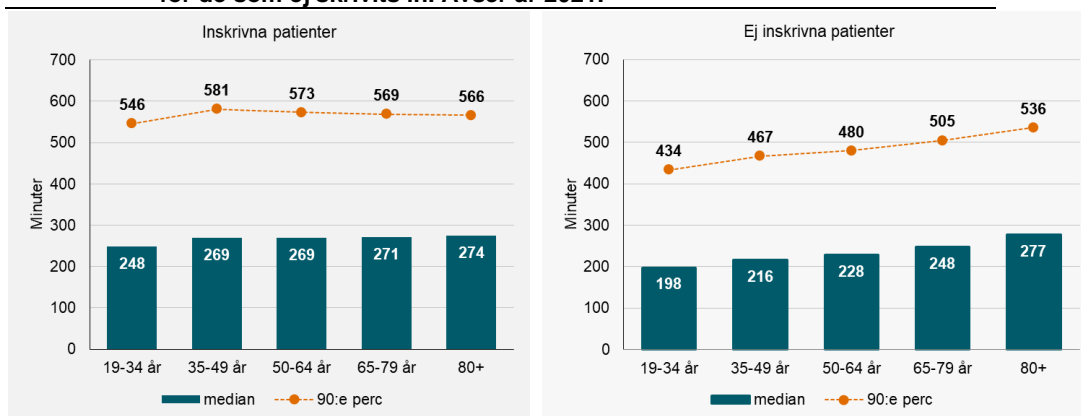
Diagram 18: Vistelsetider och andel inskrivna i slutenvård per åldersgrupp. Avser år 2021.



Källa: Socialstyrelsen Patientregistret: Akutmottagningar, väntetider och besök

För att ytterligare försöka tydliggöra inskrivningens betydelse för vistelsetiden på akutmottagning har medianen och 90:e percentilen för vistelsetiden lagts på två parallella grafer där den ena avser inskrivna patienters tider och den andra motsvarande tider för de som inte skrivits in i slutenvård.

Diagram 19: Vistelsetider på akutmottagning för patienter inskrivna i slutenvård och för de som ej skrivits in. Avser år 2021.



Källa: Socialstyrelsen Patientregistret: Akutmottagningar, väntetider och besök

Det finns inga tydliga skillnader mellan de inskrivna och de ej inskrivna som tyder på att det uppstår en väntan på akuten på att vårdplats ska finnas tillgänglig för de som skrivs in. De skillnader som finns tyder snarare på att de som är i behov av slutenvård kräver mer tid för bedömning, utredning och eventuella åtgärder än de ej skrivs in. Bland de som skrivs in i slutenvård finns heller ingen tydlig skillnad i vistelsetid beroende på ålder. För de som inte skrivs in finns däremot en tydlig tendens att högre ålder ger längre vistelsetider.

Som läsare är det viktigt att tänka på att detta är till riket och för ett helt år ackumulerade data. De är med andra ord ett genomsnitt av situationen på alla landets akutmottagningar under ett helt år. De belyser alltså inte den upplevelse som patienter, närstående och personal kan ha av hur det ser ut en viss dag, på en viss akutmottagning.

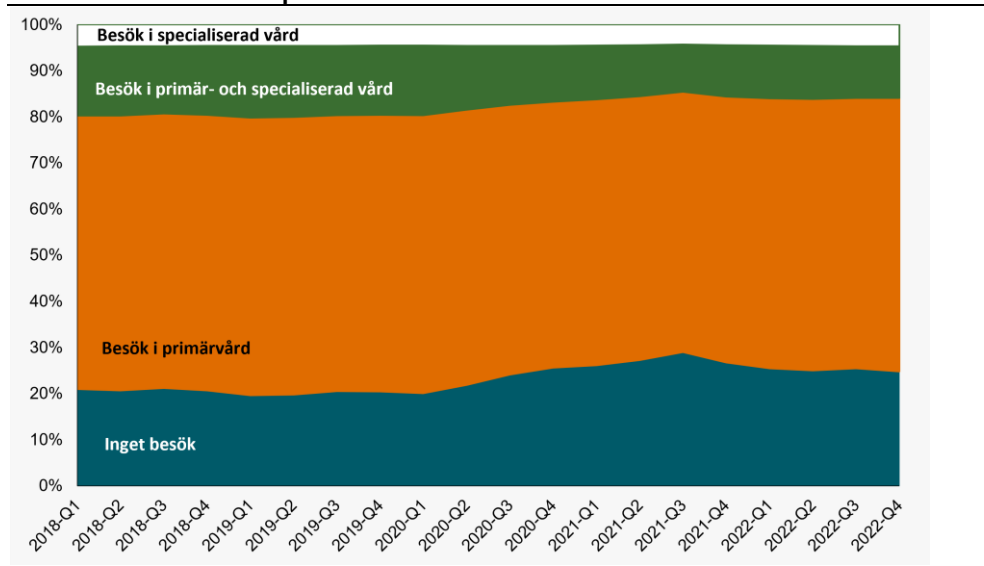
Utveckling av vård vid några kroniska sjukdomar

I takt med förbättrade medicinska möjligheter och ökad livslängd behöver hälso- och sjukvården i större omfattning kontrollera och behandla patienter med kroniska sjukdomar. I och med att patienterna lever med sin sjukdom varje dag är deras kunskap och delaktighet av stor betydelse för ett gott resultat. Kontinuitet, planering och enkla vägar att få kontakt med vården är också viktigt.

Huvuddelen av vården sker inom primärvården. Samsjuklighet är vanligt och 19 procent¹⁷ av patienterna har mer än en kronisk sjukdom. Under ett år får 75 procent en uppföljande kontakt med vården, fysiskt eller på distans.

Data som ligger till grund för diagram 20 är hämtat från Västra Götaland och beskriver var listade patienter med kronisk sjukdom¹⁸ får sin uppföljning.

Diagram 20: Andel listade patienter med kronisk sjukdom i Västra Götaland som fått återbesök per kvartal 2018–2022



Källa: Primärvårdskvalitet, Indikator Sa02 för Västra Götaland

¹⁷ Källa: Primärvårdskvalitet

¹⁸ Sa02 inkluderar flera kroniska sjukdomar som en sammanslagen grupp. Diagnoserna har valts ut eftersom det är sjukdomstillstånd som ofta sköts i primärvården. Diagnosgrupperna som ingår är demens, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärlssjukdom och TIA / Stroke.

I detta avsnitt ges en närmare presentation av utvecklingen inom fem stora folksjukdomar som är förenade med stort lidande: astma, KOL, diabetes, hjärtsvikt och reumatoid artrit. Tillsammans omfattar dessa sjukdomar närmare två miljoner personer.

Diabetes

Diabetes är en allvarlig kronisk sjukdom som drabbar både barn och vuxna. Antalet patienter med typ 1-diabetes och typ 2-diabetes ökar och 5,6 procent av Sveriges vuxna befolkning har sjukdomen idag. Personer med diabetes har ökad risk för hjärtkärlsjukdom och död. Det finns mycket starkt vetenskapligt stöd för att en god multifaktoriell diabetesbehandling kan fördröja och förhindra diabeteskomplikationer på ett kostnadseffektivt sätt.

Effektiv blodtrycksbehandling och blodfettsbehandling med statiner är särskilt viktigt. Vidare bör hälso- och sjukvården stödja personer med diabetes att sluta röka och att vid behov öka sin fysiska aktivitet. Blodsockersänkande behandling kan följas med blodprovet HbA1c.

Nationella riktlinjer finns som ges ut av Socialstyrelsen och vänder sig till beslutsfattare och profession inom området.¹⁹

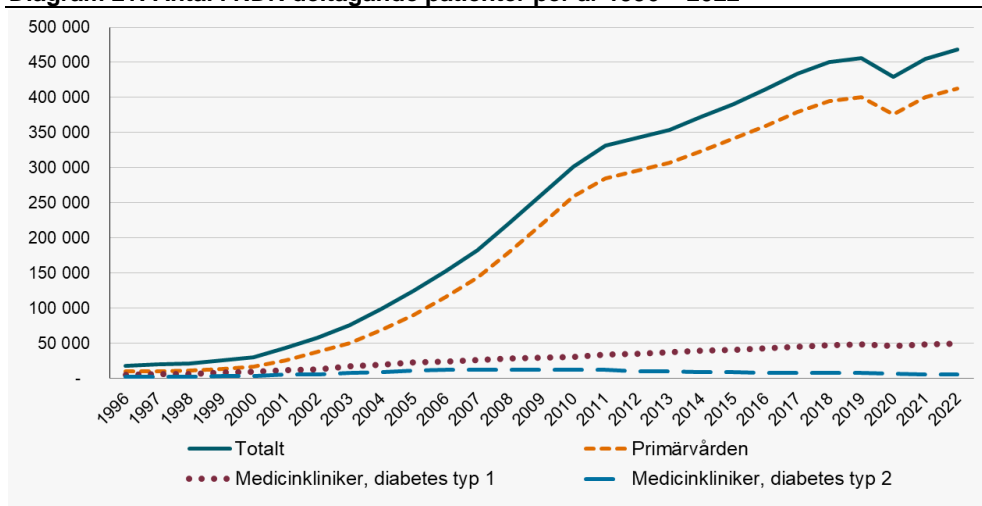
Nationella diabetesregistret²⁰, NDR har funnits i över 25 år och omfattar idag både barn och vuxna med diabetes. Under 2022 rapporterade 1311 vårdenheter in uppgifter till NDR från landets alla regioner. Över 85 procent av vuxna med diabetes rapporteras in till registret och de allra flesta via någon typ av direktöverföring från journalen. 2022 omfattade registret 468 402 patienter.

Primärvården som har huvudansvaret för patienter med diabetes typ 2 ansvarar för merparten av vården.

¹⁹ Socialstyrelsen, [Nationella riktlinjer för diabetesvård – stöd för styrning och ledning](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/diabetes/).
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/diabetes/>

²⁰ [Nationella Diabetesregistret](https://www.ndr.nu/#/)
<https://www.ndr.nu/#/>

Diagram 21: Antal i NDR deltagande patienter per år 1996 – 2022



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022.²¹

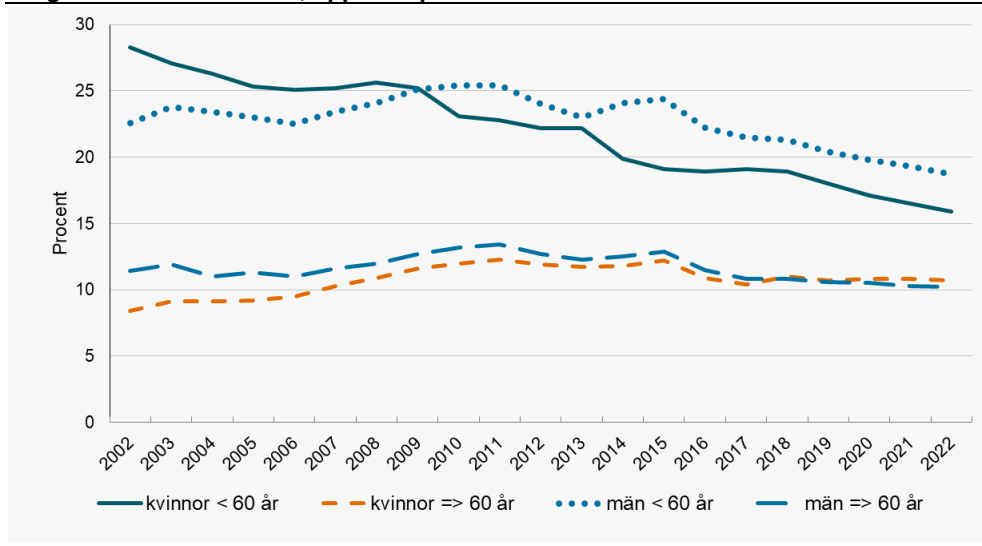
Sunda levnadsvanor är grunden för framgångsrik diabetesbehandling. För vuxna med diabetes finns tre variabler som direkt eller indirekt avspeglar levnadsvanor: rökvanor, BMI och fysisk aktivitet.

Kvinnor under 60 år som sköts i primärvården var tidigare storrökare. Under de senaste tio åren har rökning minskat kraftigt i denna grupp. Även män under 60 år har minskat sin rökning men inte lika mycket.

²¹ Nationella Diabetesregistret [Årsrapport 2022](#)

<https://www.ndr.nu/#/arsrapport>

Diagram 22: Andel rökare, uppdelat på kön och ålder. Primärvården 2002 – 2022.



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022.

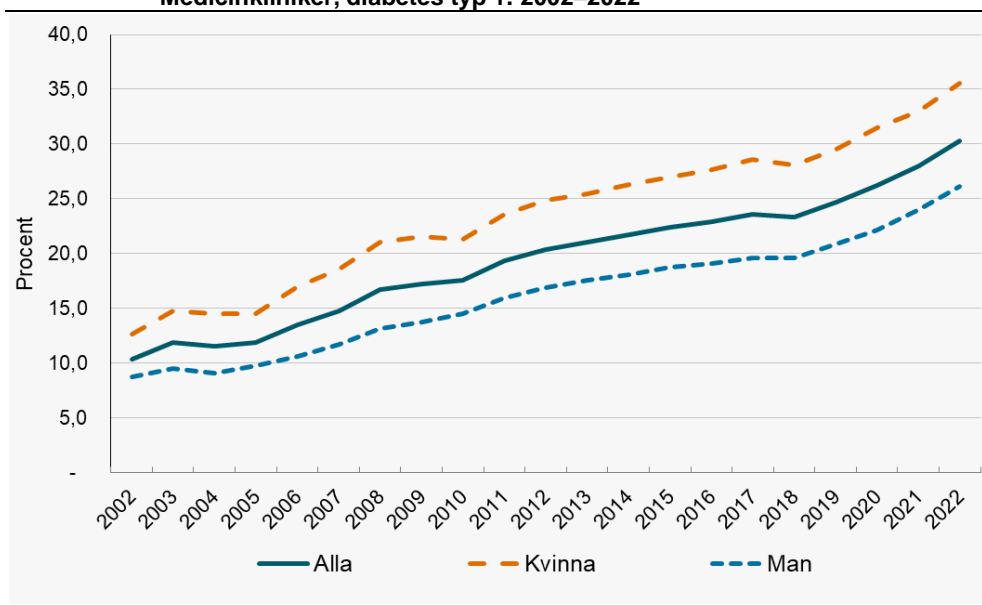
Förändringen av BMI har varit relativt stabil sedan 2010. Drygt 15 procent av alla med typ 2 diabetes har BMI 35 eller högre (fetma grad 2 och 3) och drygt 40 procent har BMI 30 eller högre, dvs fetma. I åldrarna 18–65 år har drygt 50 procent fetma och trenden går åt fel håll över senaste 6 åren. I åtta av 21 regioner är andelen med typ 2-diabetes och fetma över 60 procent.

Fysisk aktivitet mäts genom självskattning, något som ofta är kopplat till en övervärdering. Ingen större skillnad i fysisk aktivitet har skett inom denna grupp.

Betydelsen av multifaktoriell riskfaktorkontroll vid diabetes är väl känd. God kontroll av blodsocker, blodtryck och blodfetter i kombination med sunda levnadsvanor och hos yngre patienter tidig insättning av läkemedelsbehandling är högt prioriterat i riktlinjerna.

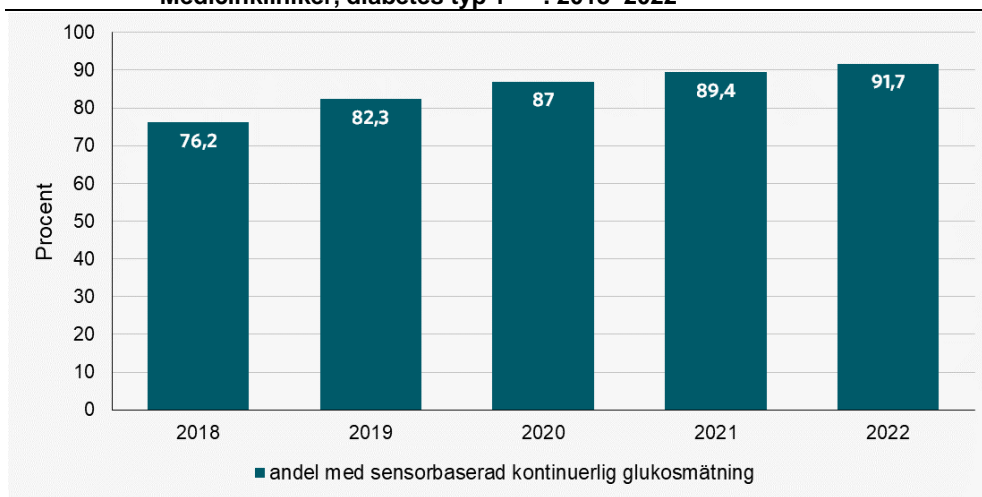
HbA1c avspeglar den genomsnittliga blodsockerkontrollen och högt HbA1c är en riskfaktor för i princip alla diabeteskomplikationer vid både typ 1- och typ 2-diabetes. HbA1c har minskat över tid för alla diabetestyper. Vid typ 1-diabetes har användningen av nya behandlingsmetoder som insulinpump och sensorbaserad kontinuerlig blodsockermätning ökat.

**Diagram 23: Andel som behandlas med insulinpump, uppdelat på kön.
Medicinkliniker, diabetes typ 1. 2002–2022**



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022.

**Diagram 24: Andel med sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning (rtCGM/isCGM²²)
Medicinkliniker, diabetes typ 1²³. 2018–2022**



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022.

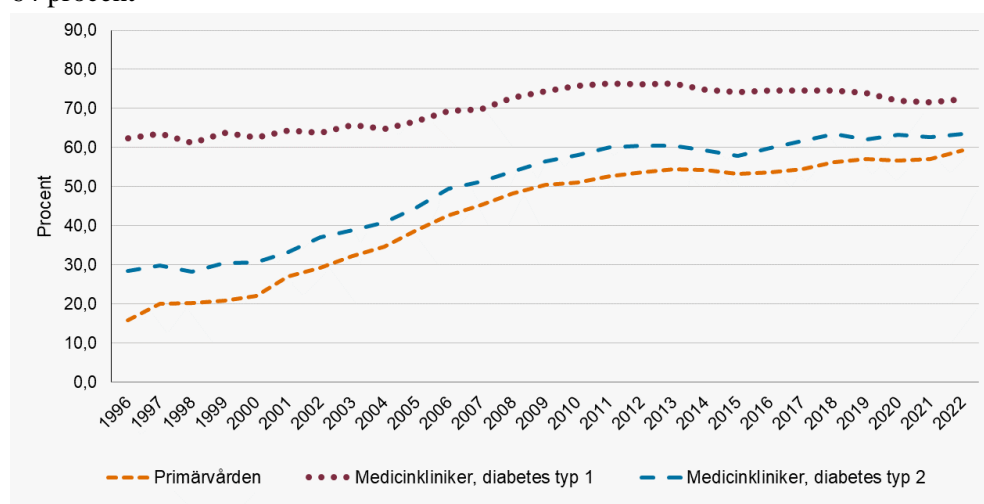
²² (rtCGM/isCGM M = real time CGM, isCGM = intermittent scanning CGM (tidigare FGM))

²³ *Registrering i NDR av sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning påbörjades år 2016.

Välkontrollerat blodtryck är viktigt för personer med diabetes för att minska risken för komplikationer och för tidig död. Om blodtrycket är 140/85 mm Hg och högre räknas det som förhöjt blodtryck och bör då behandlas. Det har skett en dramatisk förbättring avseende blodtryck de sista 20 åren för patienter med typ 2-diabetes. Samtidigt är det en bit kvar till målet att mer än 65 procent av patienterna med typ 2-diabetes ska ha ett blodtryck under 140/85 mm Hg. Det finns regionala skillnader i resultat och i NDR kan regionerna jämföra sig med varandra.

Diagram 25: Andel med blodtryck <140/85 mm Hg. 1996–2022.

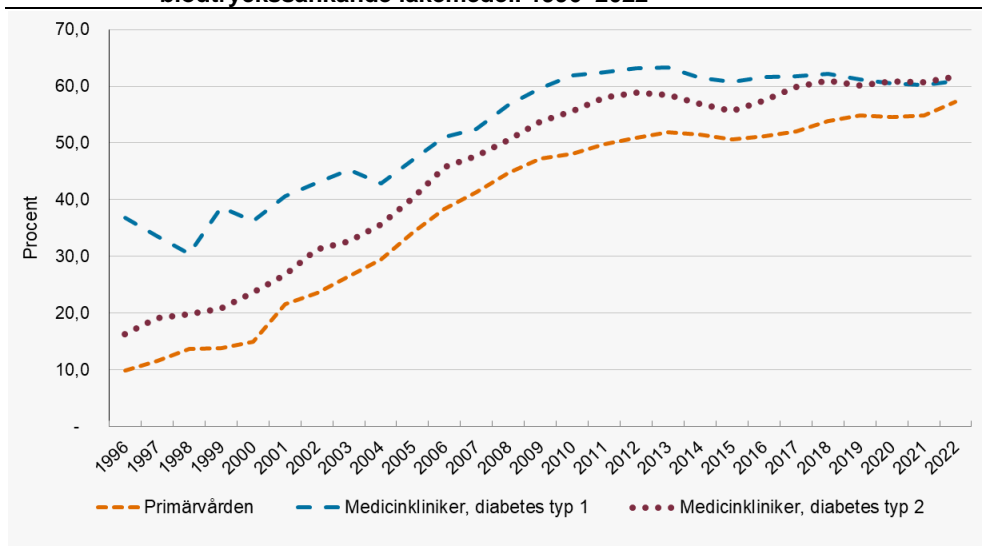
64 procent



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022.

I registret mäts också hur stor andel av de som behandlas för högt blodtryck som uppnår målvärdena.

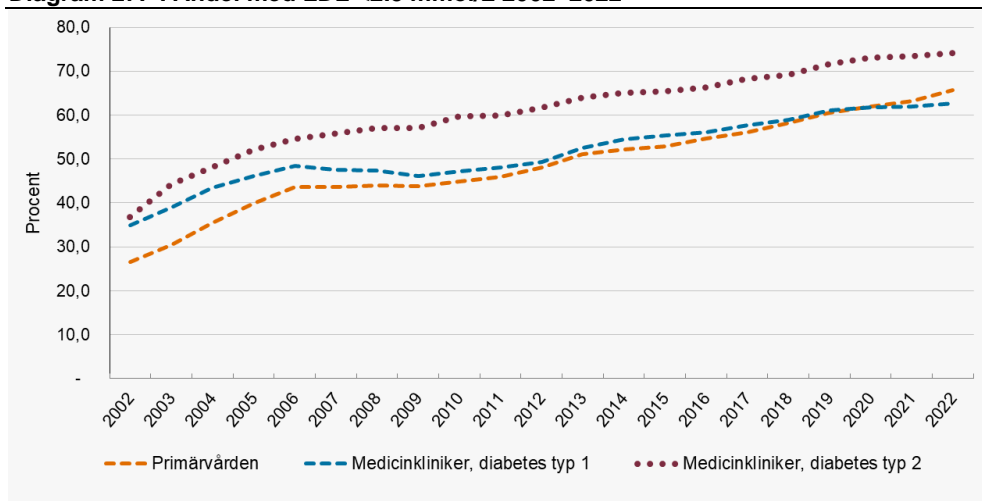
Diagram 26 Andel med blodtryck <140/85 mm Hg hos patienter med blodtryckssänkande läkemedel. 1996–2022



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022

En viktig och behandlingsbar riskfaktor är höga blodfetter. Andelen patienter med låga blodfettvärden har ökat kraftigt de senaste 20 åren.

Diagram 27: . Andel med LDL <2.5 mmol/L 2002–2022



Källa: Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2022.

Resultatet för patienterna av förbättrad blodsockerkontroll, lägre blodtryck, lägre blodfetter och minskad rökning är ett minskat insjuknade i hjärtinfarkt och stroke vilket bidragit till bättre livskvalitet, ökad livslängd och för vården ett minskat

behov av vårdplatser för vård på sjukhus och i kommunal omsorg. Detta beskrivs i rapporten Fakta om vårdplatser.²⁴

NDR har en löpande samverkan med patientföreningen Svenska Diabetesförbundet som sitter med i NDR:s styrgrupp och i expertgruppen för barndiabetesvården. NDR samverkar också med Nationella programområdet för endokrina sjukdomar främst genom Nationella arbetsgruppen för diabetes (NAGdiabetes). NDR:s registerhållare är med i NAG-diabetes och ordföranden i NAGdiabetes är med i registrets styrgrupp. NDR hjälper till att identifiera gap och förbättringsområden och bidrar till en förståelse och förankring av den nya kunskapsorganisationen i diabetesvården.

Astma och KOL

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två kroniska luftvägssjukdomar som orsakar betydande sjuklighet och lidande hos en stor del av befolkningen. Astma drabbar både barn och vuxna, och cirka 800 000 personer lever med sjukdomen i Sverige. KOL drabbar främst personer som röker eller som har rökt och är vanligare bland äldre vuxna. Uppskattningsvis 400 000 – 700 000 personer i Sverige har KOL och av dem dör omkring 2 700 varje år.

Personer med KOL försämras gradvis under många år och behovet av vård och omsorg är ofta livslångt. Samsjuklighet är vanligt. Drygt 60 procent har hypertoni, nästan 30 procent har hjärtsjukdom och depression och 20 procent har diabetes. Flera försämringsperioder under loppet av ett år innebär en stor risk för snabbare sjukdomsutveckling och tidigare död, särskilt om patienten behöver vårdas på sjukhus. Försämringsperioder medför också ekonomiska konsekvenser för regionerna, där akuta vårdkontakter och slutna vård driver kostnaderna.

Det finns nationella riktlinjer för vård av astma och KOL som är framtagna av Socialstyrelsen²⁵. För att upptäcka och diagnostisera sjukdomarna bör hälso- och sjukvården använda spirometri. Behandling sker bäst genom interprofessionella

²⁴ SKR [Fakta om vårdplatser](https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/faktaomvardplatser.64555.html)

<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/faktaomvardplatser.64555.html>

²⁵ Socialstyrelsen. [Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning](https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/astma-och-kol/)

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/astma-och-kol/>

team där, förutom läkemedelsbehandling, rökstopp, fysisk aktivitet, patientutbildning och skriftlig behandlingsplan är särskilt angeläget.

Den nationella kunskapsstyrningen har därutöver tagit fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp²⁶ som bland annat innehåller en organisationsmodell för astma, allergi och KOL-mottagning i primärvård som visat goda hälsoekonomiska resultat.

Alla regioner är anslutna till Luftvägsregistret²⁷ som startade 2013 men det finns en variation i hur många enheter som registrerar aktivt. Årsrapporten 2022 baseras på 87 000 patienter med astma och 37 000 med KOL som under året haft minst ett besök i den öppna vården. Antalet deltagande enheter ökar, vilket är mycket tack vare direktöverföring av journaluppgifter som nu står för nära 90 procent av alla registreringar. Idag innehåller registret nära 400 000 patienter. Cirka 10 procent av registreringarna är från den specialiserade vården.

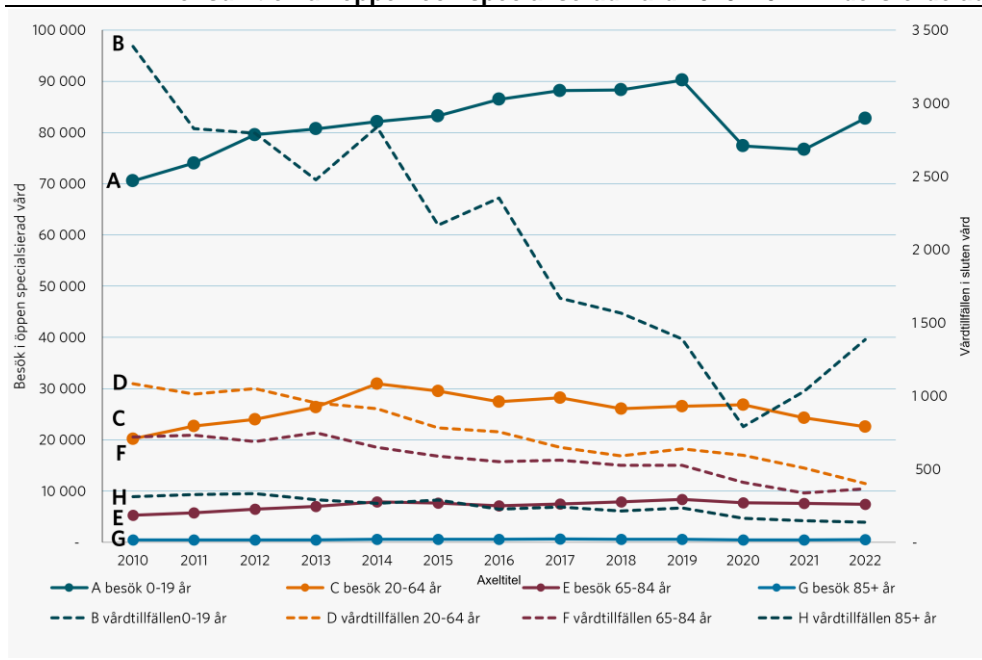
De senaste 40 åren har det skett en dramatisk förbättring för patienter med astma och även för personer med KOL. Astmapatienter var förr vanliga på akutmottagningen och inom slutenvården men efter att behandling med inhalationssteroider initierades har dessa vårdbehov minskat kraftigt. Effekten av nya behandlingar är särskilt påtaglig vid barnastma. För den patientgruppen är sjukhusvård numera mycket ovanligt samtidigt som en måttlig ökning av besök i öppenvård noteras. Ökad kunskap om sjukdomarna har lett fram till nya läkemedel. Vid KOL är även rehabilitering av stor vikt. De flesta patienter vårdas idag inom primärvården och endast de med svårare sjukdom sköts inom den specialiserade vården.

²⁶ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, [Vårdförlopp KOL](https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/lungoc/hallergisjukdomar/vardforloppkol.56321.html)
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/lungoc/hallergisjukdomar/vardforloppkol.56321.html>

²⁷ [Luftvägsregistret](https://lvr.registercentrum.se/)
<https://lvr.registercentrum.se/>

Diagram 28: Påverkbar sluten vård – Astma

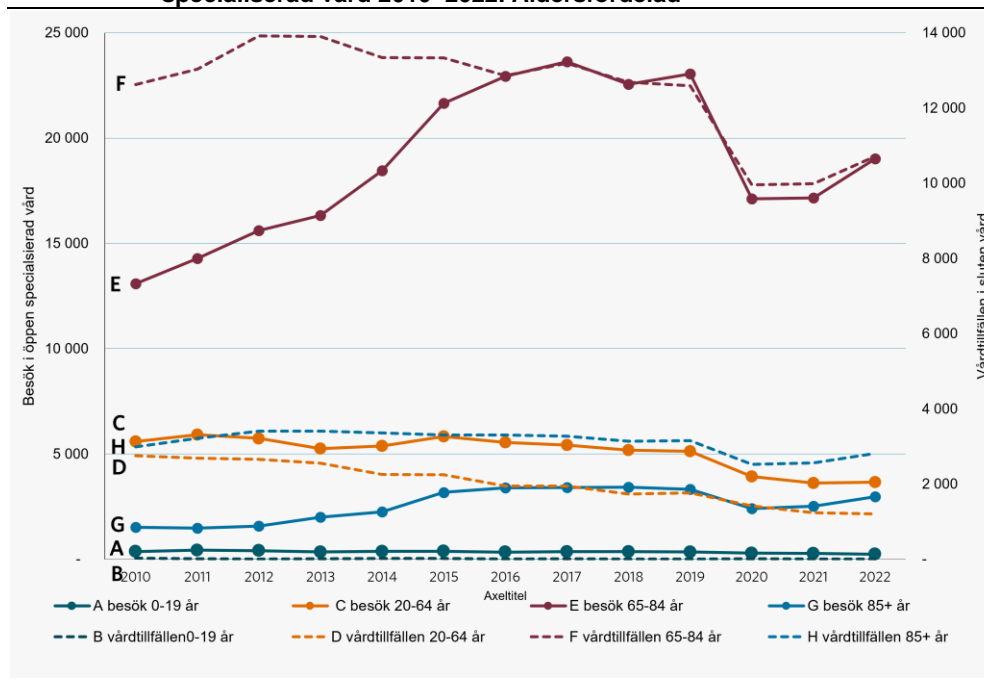
Konsumtion av öppen och specialiserad vård 2010–2022. Åldersfördelad



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, patientregistret

När det gäller KOL har trenden över tid har varit en minskning av sjukhusvård framför allt för yngre patienter. Antalet besök i öppen vård har samtidigt ökat kraftigt för patienter över 65 år. Under covidpandemin minskade såväl antalet besök i öppen vård som antalet vård dagar på sjukhus på grund av KOL kraftigt i alla åldersgrupper.

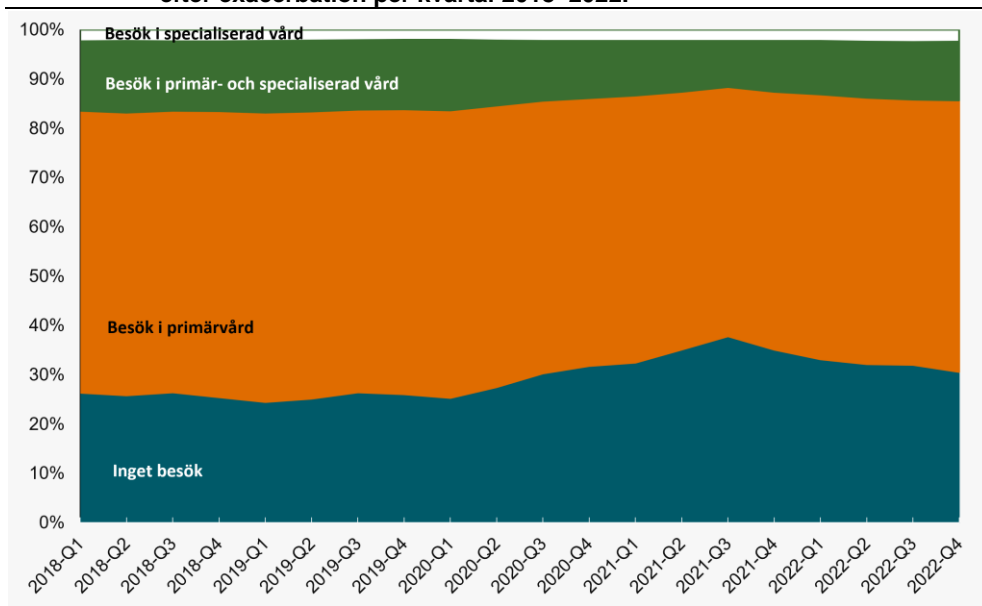
Diagram 29: Påverkbar sluten vård – KOL. Konsumtion av öppen och sluten specialiserad vård 2010–2022. Åldersfördelad



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, patientregistret

Huvuddelen av KOL-vården sker inom primärvården. En stor del av patienterna får inget årligt kontrollbesök. Diagram 30 visar andelar av patienter som fått återbesök och var det skett: Data är hämtade från Västra Götaland och är alltså inte representativa för riket.

Diagram 30: Andel listade patienter i Västra Götaland med KOL som fått återbesök efter exacerbation per kvartal 2018–2022.

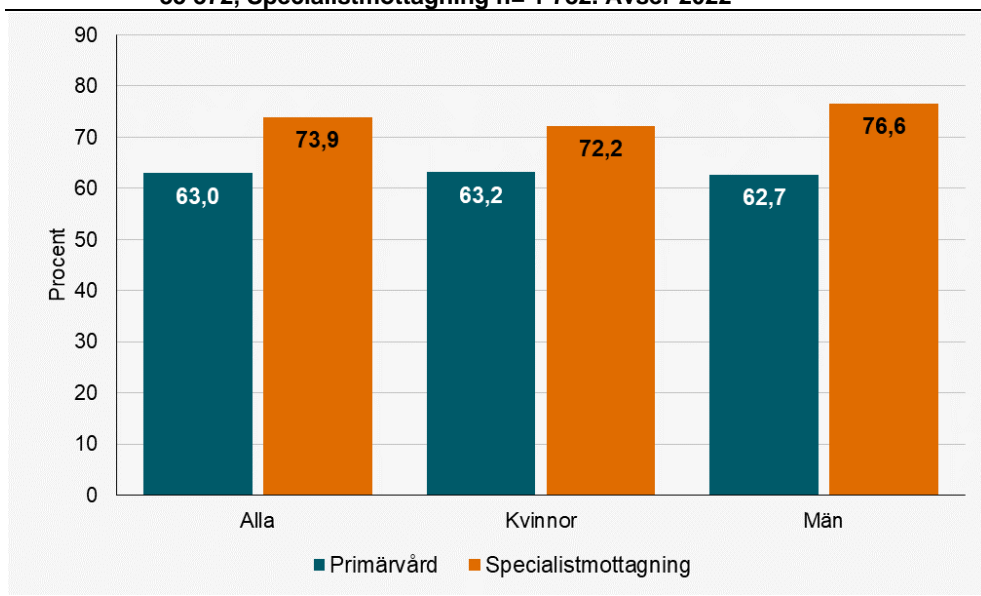


Källa: Primärvårdskvalitet, indikator Sa03, Västra Götaland

Astmadiagnosen grundas främst på symptom och spirometri. Hos vuxna rekommenderas spirometri en gång per år hos patienter med okontrollerad astma och minst var tredje år hos patienter med kontrollerad astma med underhållsbehandling. Av de som registrerats i Luftvägsregistret under 2022, oavsett vårdnivå, utfördes spirometri på över 80 procent av alla med okontrollerad astma.

Vid KOL är spirometri viktigt för diagnostiken och bidrar även till bedömningen av långtidsutvecklingen. Vid analyser 18-månader tillbaka i tiden från vårdbesöket har 63 procent av patienterna med KOL i primärvården och 74 procent av de vid specialistmottagningar utfört spirometri.

Diagram 31: Andel patienter med KOL som har genomfört spirometri senaste 18-månaderna, totalt och fördelat på kön och vårdnivå. Primärvård n= 35 372, Specialistmottagning n= 1 782. Avser 2022



Källa: Luftvägsregistrets årsrapport 2022.

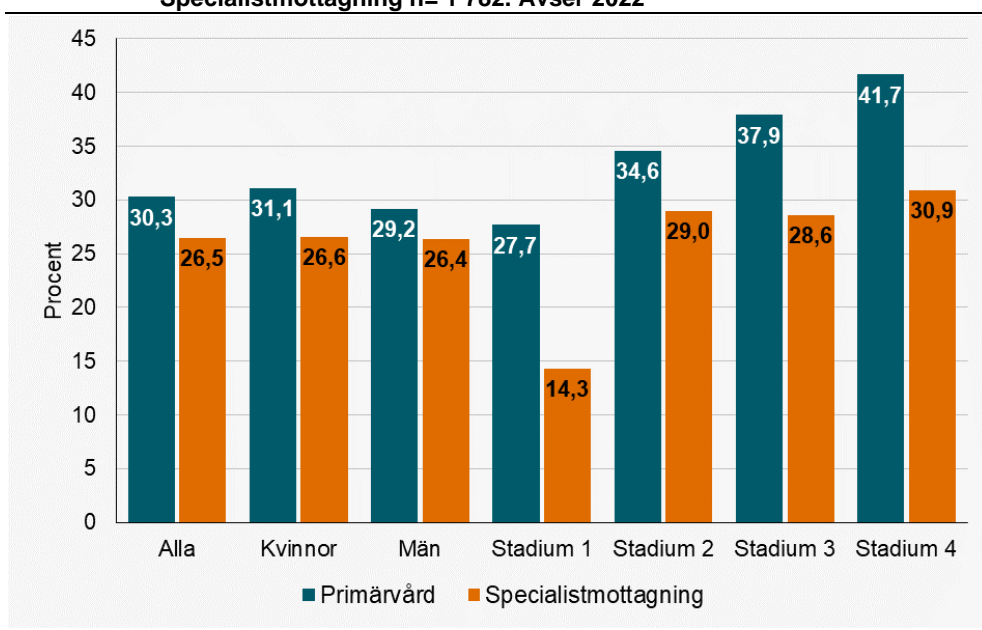
Tobaksrökning har en negativ effekt på sjukdomen astma. Rökande personer med astma har mer symtom och sämre astmakontroll men även en ökad risk för akutbesök och sjukhusvistelser. Genom att rökningen ger en accelererande minskning av lungfunktionen ökar också risken för utveckling av KOL. Stöd i att sluta röka är viktigt, likaså preventiva insatser för att förhindra att barn och ungdomar börjar röka och att skydda dem från passiv rökning. Rökning bland personer med astma har minskat och är nu 6 procent bland vuxna i primärvården. Det är samma nivå som i befolkningen som helhet. Bland ungdomar är knappt 2 procent i primärvården dagligrökare.

Rökning är fortfarande den största riskfaktorn för att drabbas av KOL och rökavvänjning bör alltid erbjudas till personer med KOL som röker. Andelen patienter med KOL som är dagliga tobaksrökare är nu i primärvården 27 procent och i specialistmottagningar 24 procent.

I primärvården erbjuds 40 procent av rökarna rökavvänjning, och trenden är stabil över åren. Vid specialistmottagningar varierar åtgärden mellan 40 och 54 procent. Mellan olika regioner finns en markant skillnad i andelen patienter som erbjudits rökslutarstöd.

Bland annat baserat på resultaten av spirometrierna indelas KOL i fyra stadier, där Stadium 1 är lindrig KOL, stadium 2 är måttlig KOL, stadium 3 svår KOL och stadium 4 mycket svår KOL

Diagram 32: Andel patienter med KOL som röker, senaste 18 månaderna, totalt samt per kön, KOL-stadium och vårdnivå. Primärvård n= 35 372, Specialistmottagning n= 1 782. Avser 2022



Källa: Luftvägsregistrets årsrapport 2022

Under de senaste 18 månaderna har 3 procent av KOL-patienterna i primärvården och 32 procent av patienterna vid en specialistmottagning rapporterat ha två eller fler exacerbationer²⁸ (alternativt ett inläggande vårdtillfälle).

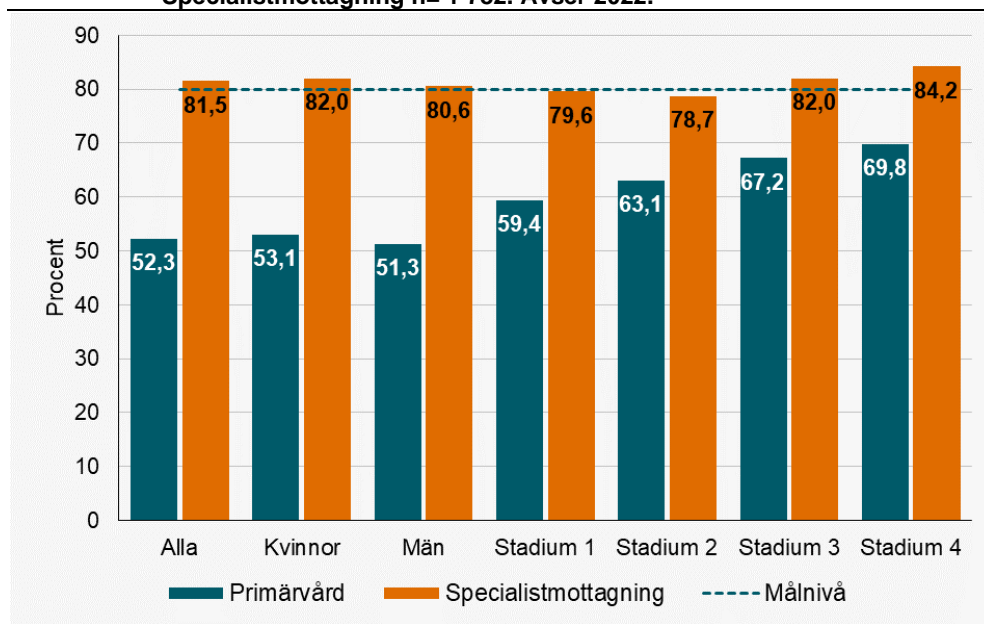
Åtgärder som Socialstyrelsen prioriterar högt vid KOL är bland annat mätning av fysisk kapacitet, patientutbildning och skriftlig behandlingsplan.

Mätning av fysisk kapacitet görs med sex minuters gångtest hos personer med stabil KOL. Endast 6 procent i primärvården och 40 procent vid specialistmottagningar har någonsin utfört sex minuters gångtest.

²⁸ Enligt KOLwebben.se är exacerbation en försämring i det vanliga tillståndet och en allvarlig klinisk händelse hos personer med KOL.

Patientutbildning har någonsin erhållits av 50 procent av patienterna i primärvården och av 80 procent vid specialistmottagningar. Målnivån är 80 procent.

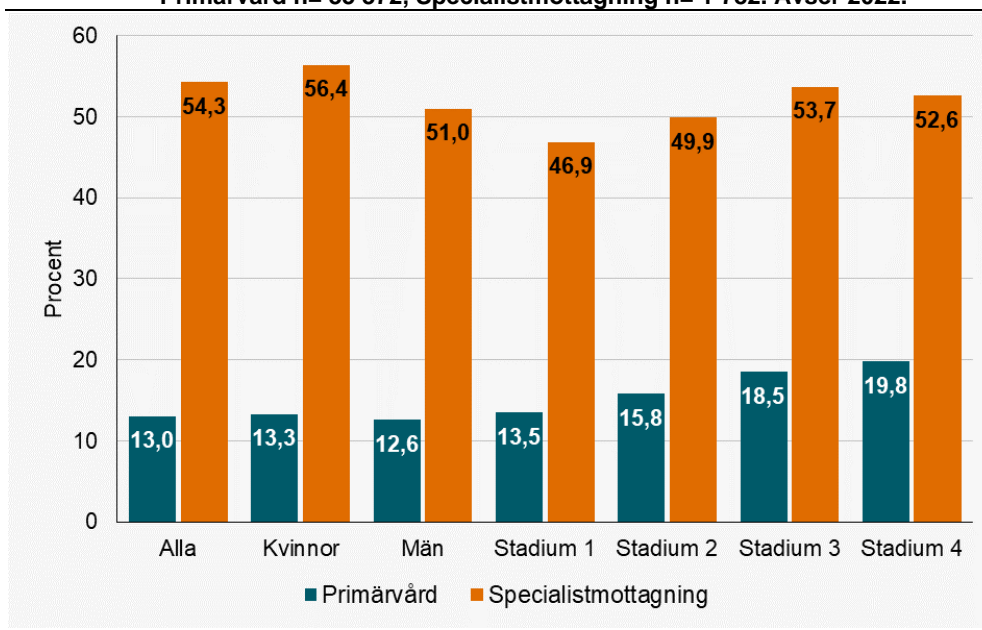
Diagram 33: Andel patienter som någonsin har genomgått patientutbildning, totalt samt per kön och KOL-stadium och vårdnivå. Primärvård n= 35 372, Specialistmottagning n= 1 782. Avser 2022.



Källa: Luftvägsregistrets årsrapport 2022

En skriftlig behandlingsplan stödjer egenvården och hjälper patienten att tidigt upptäcka en exacerbation så att behandling kan insättas. I primärvården är det endast 13 procent som någonsin erhållit skriftlig behandlingsplan och vid specialistmottagningar cirka 54 procent. I primärvården ökar dock andelen som erhållit skriftlig behandlingsplan och är 20 procent vid mycket svår KOL (stadium 4).

Diagram 34: Andel patienter med KOL som någonsin erhållit skriftlig behandlingsplan, totalt samt per kön och KOL-stadium och vårdnivå. Primärvård n= 35 372, Specialistmottagning n= 1 782. Avser 2022.



Källa: Luftvägsregistrets årsrapport 2022 Figur 45

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är ett allvarligt sjukdomstillstånd som orsakas av en eller flera bakomliggande sjukdomar där kranskärslssjukdom och högt blodtryck är de vanligaste. Symptomen är trötthet och andfåddhet oftast i kombination med svullna ben. För diagnos krävs en objektiv bedömning av hjärtats funktion som vanligen görs med hjälp av ekokardiografi. Förutsättningar för att behandlingen vid hjärtsvikt ska få effekt är att patienten är välinformerad, följer behandlingen, genomgår regelbundna viktkontroller och har möjlighet att medverka i doseringen av vätskedrivande läkemedel. Fysisk träning är också en viktig del av behandlingen. Rätt insatt behandling i ett tidigt skede bidrar till förbättrad livskvalitet, minskat antal sjukhusinläggningar och minskad dödlighet. Nya behandlingar har även tillkommit inom hjärtsviktområdet som just nu införs.

Hjärtsvikt är i nuläget den enskilt största diagnosen vid Sveriges medicinkliniker. Varje år insjuknar cirka 40 000 personer och antalet personer i Sverige som beräknas ha en symptomgivande hjärtsvikt är 200 000 till 300 000. Enligt studier är den direkta sjukvårdskostnaden drygt tre miljarder årligen, vilket motsvarar cirka

två procent av hela hälso- och sjukvårdsbudgeten. Det stora flertalet personer med hjärtsvikt får sin vård inom primärvården samtidigt som sjukhusen har cirka 60 000 vårdtillfällen på grund av hjärtsvikt varje år.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för hjärtsjukvård²⁹ med kapitel om hjärtsvikt och inom kunskapsstyrningen finns ett Nationellt vårdförlopp för nydebuterad hjärtsvikt³⁰.

RiksSvikt³¹ är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra och utveckla vården av hjärtsvikt i Sverige genom att samla in data avseende bland annat diagnostik, behandling, uppföljning, symtom och livskvalitet. Anslutningsgrad och täckningsgrad har under en längre tid varit lågt men ökar nu sakta. I årsrapporten för 2022 konstateras att svensk sjukvård är mycket bra på att ge patienterna med hjärtsvikt rätt läkemedelsbehandling men betydligt sämre på att operera in hjärtsviktspacemaker och implanterbar defibrillator. Införande av nya läkemedel sker nu snabbt i hela landet även om spridningen i nuläget stor. Även när det gäller deltagande i fysiskt träningsprogram ligger svensk sjukvård långt under målvärdet, trots att detta är satt tämligen lågt.

De senaste tio åren har antalet vård dagar på sjukhus för hjärtsvikt minskat bland personer 80 år och äldre samtidigt som öppenvårdsbesöken ökat kraftigt i alla åldersgrupper. Det finns gott om exempel på hur stöd till egenvård och hemsjukvård kan minska vårdkonsumtionen på sjukhus men något paradigmskifte har ännu inte skett.

²⁹ Socialstyrelsen [Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

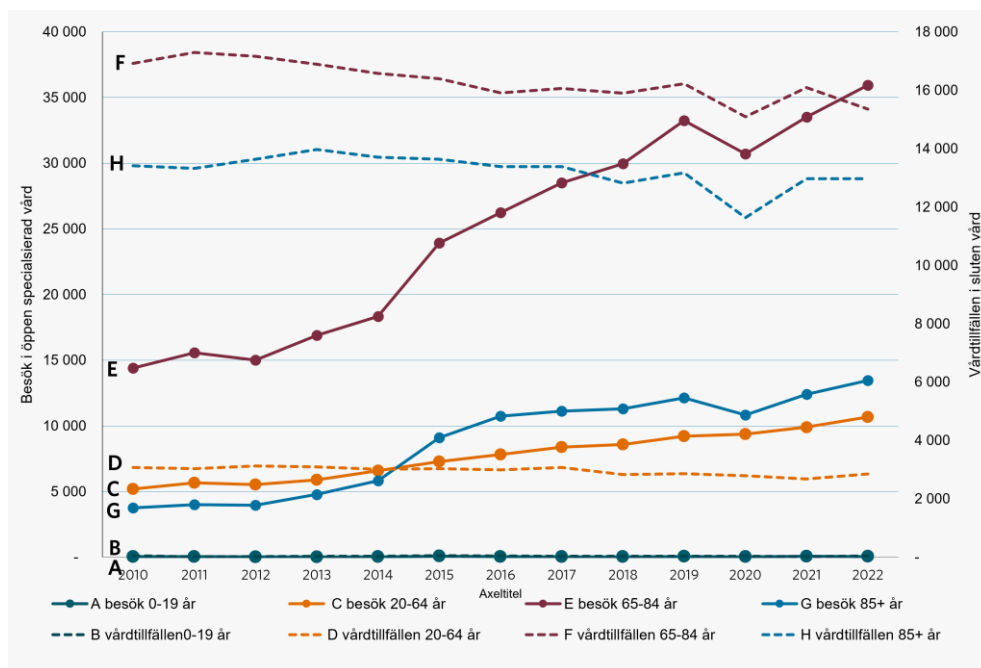
³⁰ Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. [Vårdförlopp hjärtsvikt](https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/hjartoc)

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/hjartoc>
hkarlsjukdomar/vardforlopphjarvsviktnydebuterad.56306.html

³¹ [RiksSvikt](https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/)

<https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/>

Diagram 35: Påverkbar sluten vård – Hjärtsvikt. Konsumtion av öppen och sluten specialiserad vård 2010–2022. Åldersfördelad



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, patientregistret

Riksförbundet Hjärtlung genomförde 2019 en enkätundersökning³² bland sina medlemmar med hjärtsvikt för att kartlägga hur man upplever sin diagnos och den vård man har.

Undersökningen visade följande:

- Varannan medlem med hjärtsvikt är orolig över hur deras hjärtsvikt kommer att utveckla sig och upplever att deras sociala liv begränsas.
- Varannan är frustrerad över att vardagslivet begränsas av hjärtsvikten, som till exempel att dammsuga och handla.
- 46 procent uppger att det känns jobbigt att inte träffa samma läkare varje gång
- 44 procent upplever att det inte finns tillräcklig kunskap om hjärtsvikt i samhället
- 43 procent tycker att vården är dålig på att ta kontakt för att följa upp hur behandlingen fungerar

³² Riksförbundet Hjärtlung. [Att leva med hjärtsvikt](https://www.hjart-lung.se/vi-vill/vara-undersokningar/att-leva-med-hjartsvikt/)

<https://www.hjart-lung.se/vi-vill/vara-undersokningar/att-leva-med-hjartsvikt/>

- 41 procent uppger att de känner sig förtvivlade över att de inte kan leva ett "normalt" liv med sin sjukdom
- 3 av 10 anger att de gått mer än 3 år med symtom innan de fick diagnos
- Endast 1 av 4 uppger att de deltar i sjukgymnastik

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA), är en inflammatorisk sjukdom i lederna. Sjukdomen är två till tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män och risken att utveckla RA stiger med åldern. Obehandlad ledinflammation vid RA leder i de allra flesta fall till att ben och brosk i lederna bryts ner med uttalade funktionsnedsättningar, smärta, stelhet och kronisk trötthet som följd. RA har varit en fruktad sjukdom som för många inneburit felställningar i lederna med svårigheter att klara såväl det dagliga livet som ett arbete. Förutom reumatiska vårdavdelningar på sjukhusen fanns tidigare tre rikssjukhus (Spenshult, Strängnäs och Östersund) för patienter med RA.

Under 1990-talet skedde ett paradigmskifte inom reumatikervården i och med att TNF-hämmarna, de första så kallade biologiska läkemedlen, anlände till reumatologklinikerna. För patienterna men också för vårdens verksamheter innebar detta en enorm skillnad. Den moderna reumatologin har förutom införandet av nya läkemedel också inneburit ett helt nytt synsätt som handlar om att sjukdomarna ses som behandlingsbara. Frånvaro av sjukdomsaktivitet, så kallad remission, har blivit ett relevant behandlingsmål. Även de äldre läkemedlen används idag mer effektivt och behandlingen i början av sjukdomsförloppet är intensiv med täta kontroller och tydliga behandlingsmål.

Idag är RA-patienternas situation helt förändrad. Förutsatt att sjukdomen diagnostiseras så tidigt som möjligt och behandling sätts in i tid hinner inflammationerna inte skada lederna permanent och patienterna kan inom ett år återgå till ett i stort sett normalt liv.

År 1995 tog Svensk Reumatologisk Förening (SRF) initiativ till ett nationellt kvalitetsregister, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, SRQ³³. Från att enbart följa upp patienter med reumatoid artrit täcker registret idag över hundra reumatiska diagnoser och inkluderar 89 000 patienter. Unikt för registret är att många patienter själva, genom Patientens Egen Registrering (PER), för in

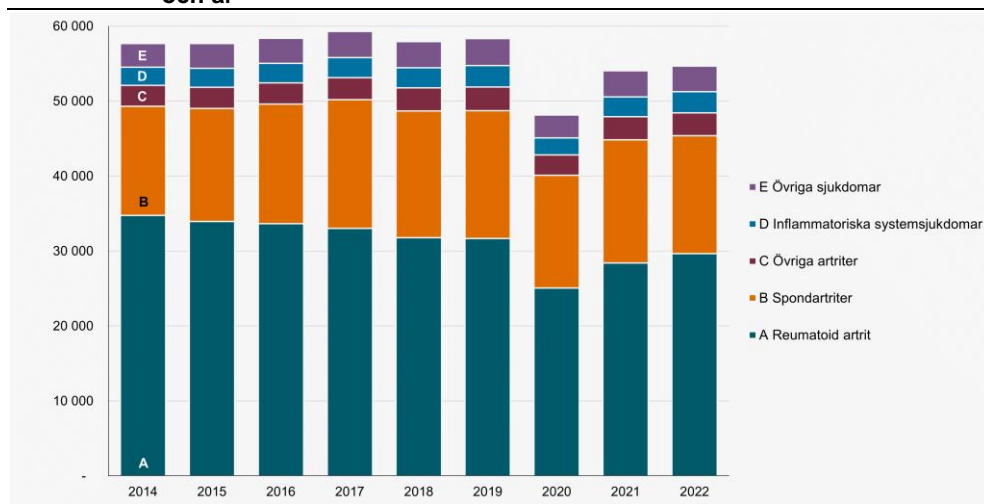
³³ [SRQ, Svensk reumatologis Kvalitetsregister](https://srq.nu/)

<https://srq.nu/>

information om sitt mående i registret inför varje läkarbesök. På det viset erhålles en stor databas med uppgifter om patienternas hälsotillstånd och vård. Läkarbesöket kan användas på ett bättre sätt samtidigt som patientens kunskap och medvetenhet om sin sjukdom ökar.

Diagrammet nedan visar det totala antalet registrerade besök i SRQ de senaste 9 åren, per diagnosgrupp och år. Under 2021 har fler besök registrerats, efter minskningen 2020 (som sannolikt var en ”pandemieffekt”).

Diagram 36: Antalet registrerade besök i SRQ de senaste 9 åren, per diagnosgrupp och år

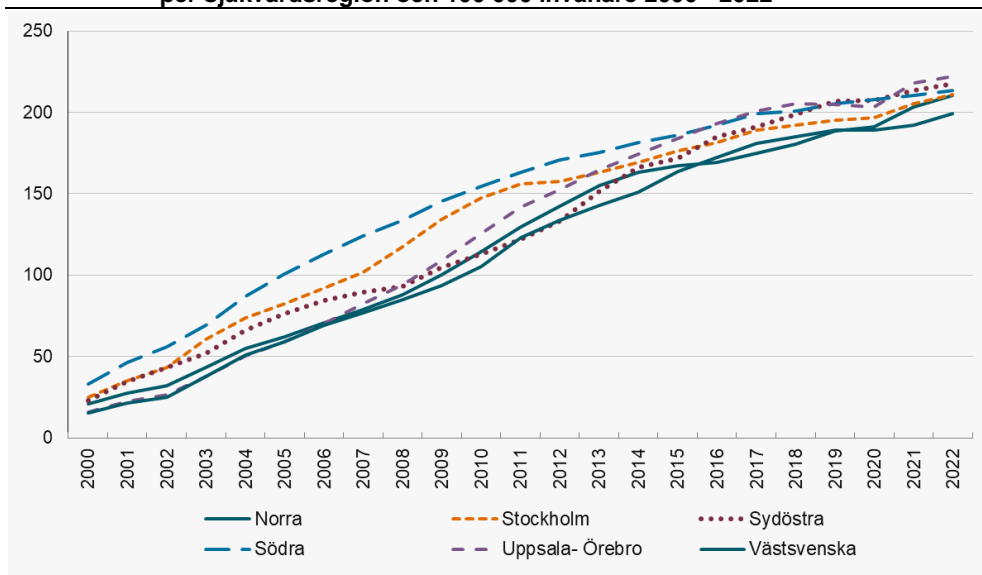


Källa. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Behandlingen med nya biologiska läkemedel tog fart omkring år 2000. Antalet patienter som behandlas har succesivt ökat över tid på ett likartat sätt i hela landet.

De biologiska läkemedlen samlas under begreppet bDMARD där DMARD står för Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug. bDMARDs är biologiskt framställda och ges i infusion (”dropp”) eller som subkutan injektion. De kan delas in i TNFi- och icke-TNFi-preparat.

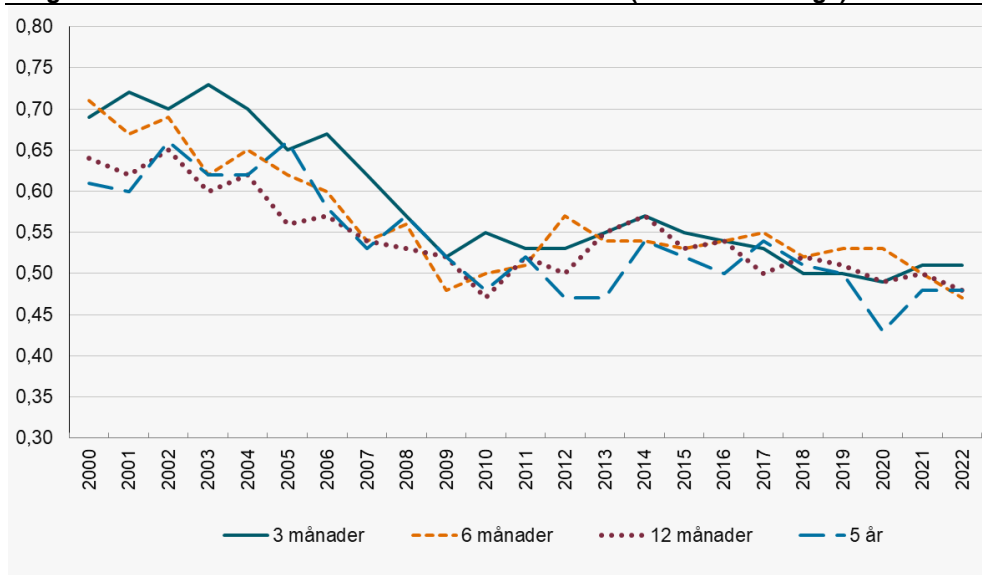
Diagram 37: Antal patienter med Reumatoid Artrit som behandlats med bDMARDs per sjukvårdsregion och 100 000 invånare 2000 - 2022



Källa. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Health Assessment Questionnaire (HAQ) är ett mått på funktionsförmåga. Ett lågt värde på HAQ indikerar god funktionsförmåga. Funktionsförmågan bland patienter med RA har kraftigt förbättrats i och med införande av nya läkemedel.

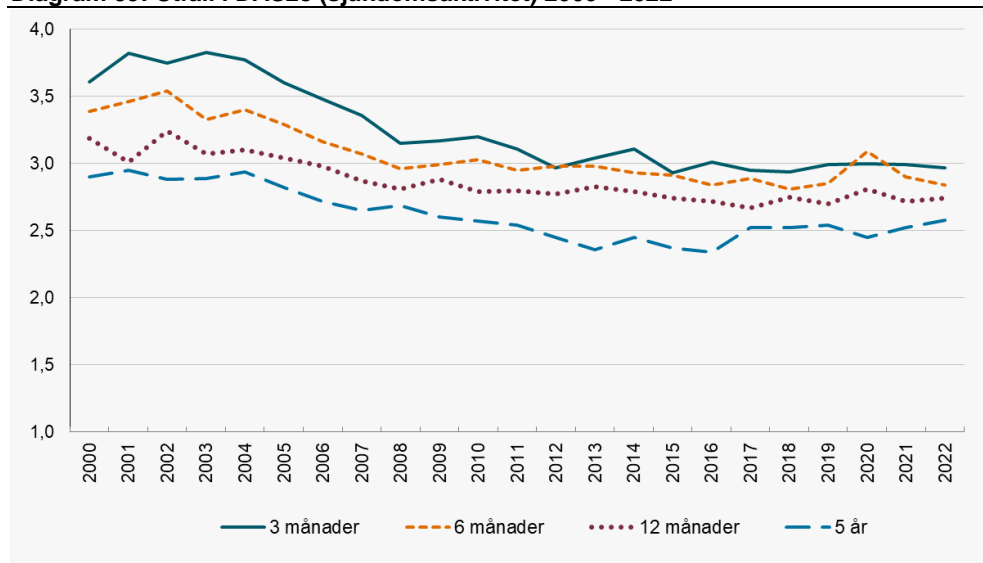
Diagram 38: Utfall i Health Assessment Questionnaire (funktionsförmåga) 2000-2022.



Källa. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Sjukdomsaktivitet vid RA kan mätas med skattningsskalan DAS28 som innehåller en bedömning av ledesvullnad kombinerat med blodprovet ”sänkan”. Ett lågt värde på DAS28 indikerar låg sjukdomsaktivitet. Den stora skillnaden sedan de nya läkemedlen infördes är en snabb förbättring det första året.

Diagram 39: Utfall i DAS28 (sjukdomsaktivitet) 2000 - 2022



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Resultat från registret visar också att trötthet minskat tydligt efter behandlingsstart. Andelen som röker har i flera år varit lägre vid 12-månadersbesöket än vid det första besöket och vid 12 månader är det fler som når den rekommenderade nivån för fysisk aktivitet än vid det första besöket.

Andra effekter av de nya läkemedlen är att reumakirurgi nästan helt har försvunnit inom ortopedi och handkirurgi. Rehabilitering har övergått från fokus på anpassning till fokus på träning och fysisk aktivitet och nästan ingen behöver numera läggas in på vårdavdelning för RA. Rullstolarna är nästan borta, färre kortisoninjektioner ges och många patienter tycker att de borde slippa komma på besök.

Sammanfattning

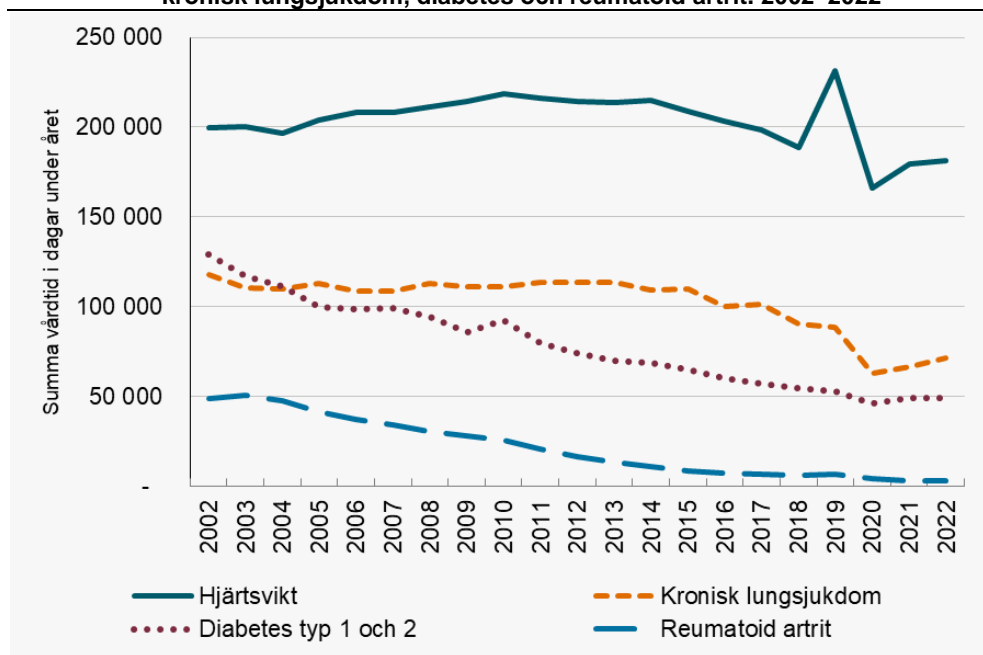
Patienter med de fyra kroniska sjukdomar som tagits upp som exempel här har historiskt varit betydande konsumenter av slutenvård. För 20 år sedan belade de i genomsnitt per dag 1 358 vårdplatser. 10 år senare hade det minskat till 1 148

vårdplatser och 2022 var det nere på 834 vårdplatser, en minskning med nästan 40 procent. Summerat så är det alltså drygt 500 vårdplatser som hittills frigjorts.

I diagrammet syns att reumavården varit mest framgångsrika att minska beroendet av sluten vård för sina patienter. Men även patienter med diabetes som huvuddiagnos liksom de med kronisk lungsjukdom har minskat i antal på vårdavdelningar runt om i landet. Så här långt verkar vården av patienter med hjärtsvikt ha svårast att hitta metoder och arbetssätt som gör att patienterna kan få adekvat vård utanför sjukhuset vårdavdelningar.

Det här är alltså ytterligare exempel på att en utvecklad och effektiv öppen vård i stor utsträckning kan ersätta dygnet runt vård på sjukhus. Inget talar för att utvecklingen inte kommer att gå vidare och sjukhusberoendet för patienter med kronisk sjukdom kommer att fortsätta minska.

Diagram 40: Summa vårdtid i slutenvård för patienter med diagnoserna hjärtsvikt, kronisk lungsjukdom, diabetes och reumatoid artrit. 2002–2022

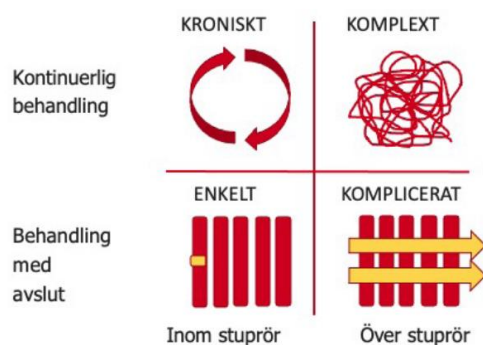


Källa: Socialstyrelsens patientregister, urval diagnoskoder enligt ICD 10: hjärtsvikt I50, kronisk lungsjukdom J42-44, diabetes E10-14 och reumatoid artrit M05, 06, 08

Nya arbetssätt

Primärvården ska enligt lagstiftningen fungera som basen och navet i hälso- och sjukvården. För att kunna ge en god och säker vård till patienter med vitt skilda symptom och diagnoser där var femte patient har någon form av samsjuklighet behövs en välorganiserad verksamhet som utgår från patientens behov. För att beskriva de nya angreppssätt som utvecklas kan det vara hjälpsamt att dela in vårdbehoven i två dimensioner. Den första är om patienten har ett tillstånd som kan botas, eller om det är ett tillstånd som är kroniskt och behöver hanteras över tid, eller livslångt. Den andra dimensionen är om det rör sig om något som kan hanteras inom en specialitet, eller om flera enheter, kliniker eller funktioner måste involveras.

Bild 1: "LHC-matrisen"



Källa: Leading Health Care, Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk (aka "LHC-matrisen"), Working paper 2016–01.³⁴

Enkla vårdbehov där vårdbehovet är botbart inom en enhet består av stora volymer av vårdkontakter som ofta är akuta och där tillgänglighet är viktigt. Inom detta område har vi de senaste åren sett en snabb utveckling av digitala vårdbesök.

Komplikerade vårdbehov som är botbara men kräver samordning mellan flera verksamheter ställer krav på en fungerande vårdprocess för att bli effektiv. Det kan till exempel handla om utredning och behandling vid höftartros eller utredning vid misstanke om cancer. Med inspiration från bilindustrin har standardiserade

³⁴ Leading Health Care. [LHC-matrisen](#)

<https://leadinghealthcare.se/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/LHC-WP-1-2016-patientgrupper-och-varldorganisation-med-logga.pdf>

vårdprocesser och vårdförlopp utvecklats och arbete pågår för att förkorta väntetider.

Vid kronisk sjukdom som exempelvis hypertoni, diabetes och astma behöver patienten själv ta kontroll över sin sjukdom för att få bästa möjliga livskvalitet. Kontinuitet i vårdrelationen blir viktigt liksom patientutbildning, planering, stöd till egenvård och enkla kontaktvägar.

Vid komplexa vårdbehov behövs ofta personal från olika professioner och verksamheter. Då ställs särskilda krav på förmåga till teamarbete runt patienten liksom samverkan mellan olika huvudmän och vårdgivare. Patienter med komplexa vårdbehov är ofta sköra och sårbara med liten förmåga att på egen hand samordna sin vård. Studier har visat att gruppen är liten, cirka 3 procent av befolkningen, men har hög vårdkonsumtion, framför allt om det föreligger bristande samarbete. Olika former av vårdsamordnare liksom mobila team har växt fram för att förbättra omhändertagandet.

Den medicinska utvecklingen är ständigt pågående och drivs på ett utmärkt sätt av professionella medarbetare, specialistorganisationer, kvalitetsregister och forskare. Parallellt med den rent medicinska utvecklingen pågår också förbättringsarbeten som syftar till att få det komplexa vårdssystemet att skapa största möjliga värde för patienter, närstående och befolkning. Delaktiga och välinformerade patienter, fördjupat samarbete mellan primärvård och specialiserad vård samt klokt använd teknik och digitala tjänster är några aktuella utvecklingsområden. Nya sätt att flytta vård från sjukhus till öppna former testas och införs.

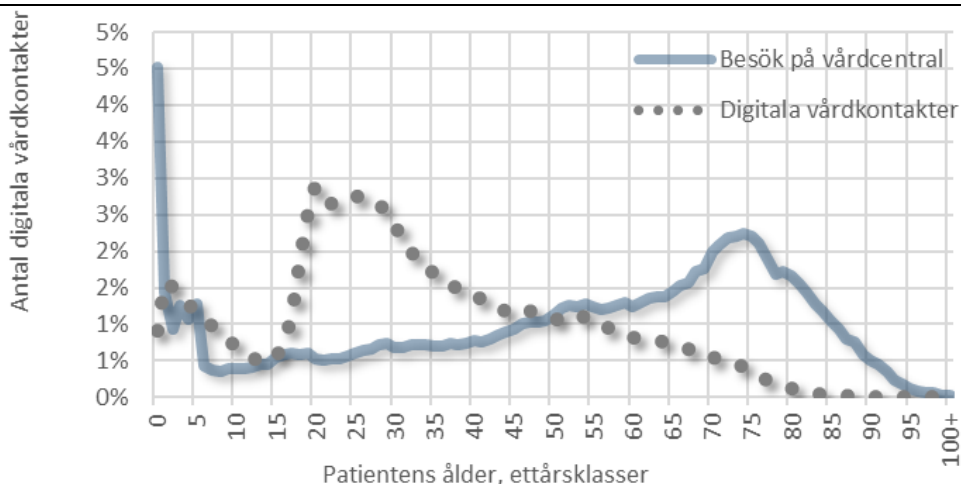
Digitala vårdtjänster

Digitala vårdtjänster är en viktig och naturlig del av dagens och morgondagens vårdutbud då de rätt använda, är kraftfulla verktyg för att möta många av de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. De digitala vårdgivarnas etablering har gått snabbt, något som möjliggjorts av strukturer och lagstiftning. De viktigaste är fri etablering, lag om valfrihetssystem, vårdcentralers rätt att anlita underleverantörer och Patientlagen med valfrihet att söka vård i hela landet där patientens hemregion betalar kostnaden. Dessa förutsättningar har gett stort utrymme för ett antal privata aktörer att etablera sig och erbjuda lätt tillgängliga verktyg för patienter att snabbt komma i kontakt med vården.

Den snabba utvecklingen har gjort att uppföljningen inte är komplett. Region Sörmland har stått som hemlän för flertalet av dessa privata aktörer och fungerat som mellanhand mellan patienternas hemregion och utförarna för utbetalning av ersättning. Region Sörmland har därigenom data för det mesta av den digitala vården via Hälsovalssystemet.

Det är framför allt de yngre som konsumerar digitala vårdkontakter. En sammanställning av data från Sörmland år 2020 som fångar 2,3 miljoner kontakter har jämförts med drygt 1,5 miljoner besök på vårdcentral i Halland 2019 och ger en tydlig bild av att digital vård konsumeras av yngre och fysiska besök av äldre.

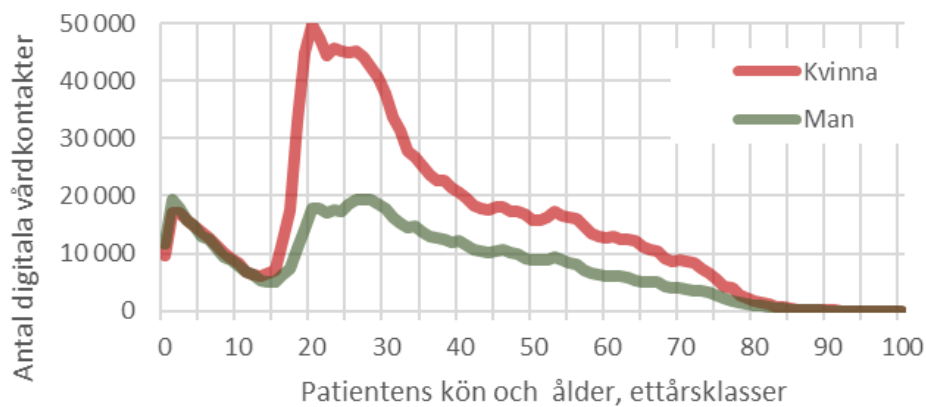
Diagram 41: Konsumtion av digitala vårdkontakter jämför med fysiska besök på vårdcentral



Källa: Digital vård; Region Sörmland, 2020, n = 2 325 592. Besök på vårdcentral; Region Halland, 2019, n=1 533 537

De digitala kontakterna fördelade på kön, visar att kvinnors konsumtion av digital vård är betydligt högre än mäns,

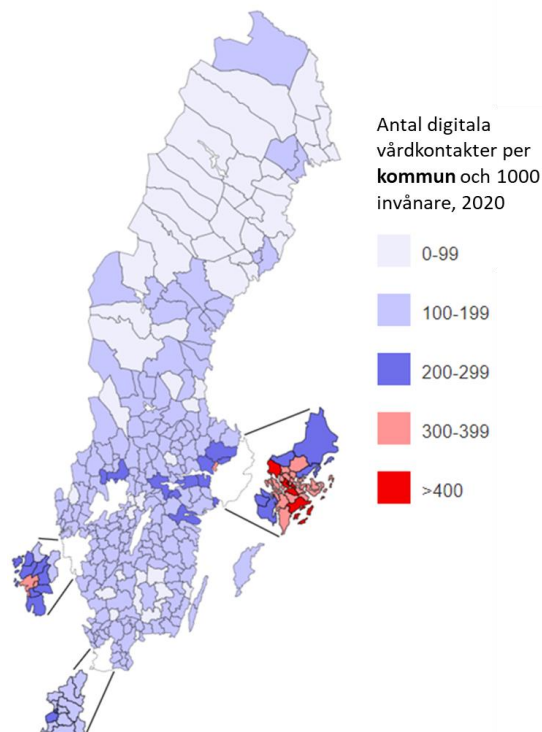
Diagram 42: Kvinnors och mäns konsumtion av digital vård 2020.



Källa: Region Sörmland

De digitala kontakterna är också ojämnt fördelade över landet och har en tydlig koncentration till storstadsområdena med kommunerna i Stockholms län i topp.

Diagram 43: De digitala vårdkontakterna fördelade efter patientens folkbokföringskommun.2020



Källa: Region Sörmland 2020

Utveckling inom digital öppenvård pågår. Trenden är att regionerna själva bygger ut digitala distansbesök samtidigt som de privata nätbolagen öppnar fysiska vårdcentraler.

Egenvård

En stor mängd digitala tjänster har de senaste åren utvecklats för att förenkla, öka tillgänglighet och minska kostnader. Inom hälso- och sjukvården har 1177 under många år erbjudit egenvårdsråd men när det gäller kontroll av kronisk sjukdom finns en stor potential att effektivisera vården.

Vid behandling av kroniska sjukdomar är det extra viktigt att patienterna är delaktiga i behandlingen och känner att de kan påverka densamma. Att vara aktiv som patient innebär att få kontroll på sin situation och att öka sin livskvalitet. Den erfarenhet, sjukdomskompetens och kunskap som patienterna besitter är en resurs som behöver tas tillvara i möten med vården.

Egenmonitorering handlar om att patienten själv utför löpande registrering och bedömning av värden avseende sitt hälsotillstånd. Detta görs med stöd av digital eller analog teknik som anger objektiva mätvärden och/eller subjektiva skattningar och dessa kan göras tillgängliga för såväl personen som vårdenheten.

Monitoreringen kan vara egeninitierad där personen på eget initiativ följer vissa mätvärden med hjälp av egen utrustning eller så kan den vara ordinerad av behörig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, där hälso- och sjukvården ansvarar för mätutrustning och inkommen rapportering.

Egenmonitorering har varit rutin inom diabetesvården under många år. Nu byggs den ut och flera regioner har tagit beslut om att pröva och införa egenmonitorering till patienter med kroniska sjukdomar framför allt hypertoni, hjärtsvikt, astma och KOL.

Jämtland/Härjedalen har varit föregångare i Sverige. Några resultat är bättre effekt av insatt blodtrycksbehandling och minskat behov av sjukhusvård vid hjärtsvikt. Kunniga patienter som har kontroll på sin behandling blir tryggare, slipper onödiga behandlingsresor och personalen får tid över till andra uppgifter.

Egenmonitorering har en stor effektiviseringspotential men för att lyckas krävs att ledningsnivån löser frågor inom ett stort antal områden bland annat upphandling, teknik, logistik, ersättning, juridik, utbildning och support.

Hemmet blir i allt högre utsträckning platsen för vård och omsorg. Kommun och region behöver därför gemensamt samordna infrastruktur och digitala lösningar för respektive patient/brukare.

Patientkontrakt

I internationella jämförelser ligger Sverige i topp när det gäller medicinska resultat. Men det finns områden där resultaten är sämre. Det gäller patienternas upplevelse av kontinuitet, fasta kontakter, tillgänglighet, information, delaktighet, planering och samordning av vården.

Patientkontrakt är ett sätt att säkerställa att patienten blir delaktig i sin egen hälsa och vård samt att stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser. Syftet är att säkerställa delaktighet, kontinuitet, samordning och tillgänglighet med patientens perspektiv som utgångspunkt.

En överenskommelse mellan patienten och vårdens personal beskriver vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra.

I patientkontraktet finns en sammanhållen planering med uppgifter om fasta kontakter och nästa steg, till exempel bokade tider. Det pågår arbete för att kunna visualisera de centrala uppgifterna i patientkontraktet för patienten på 1177.

I första hand omfattar arbetssättet patienter med omfattande och komplexa behov.

Patientkontrakt är ett strukturerat arbetssätt som bidrar till att uppnå tydlighet och personcentrering. I hela landet pågår nu initiativ för införande.

Jämförelser mellan primärvård och specialiserad vård

I omfattande hälso- och sjukvårdsutredningar från slutet av 2010-talet beskrivs att den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från många jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur, något som behöver ersättas av en organisering som har närhet till patienten som inriktning. I den senaste ändringen av Hälso- och sjukvårdslagen har primärvården fått ett förtydligande av sitt uppdrag som navet i vården.

Finns det tidiga viktiga tecken på förändringar i vårdkonsumtion, kostnader och andra variabler på att det pågår en förflyttning i den önskade riktningen?

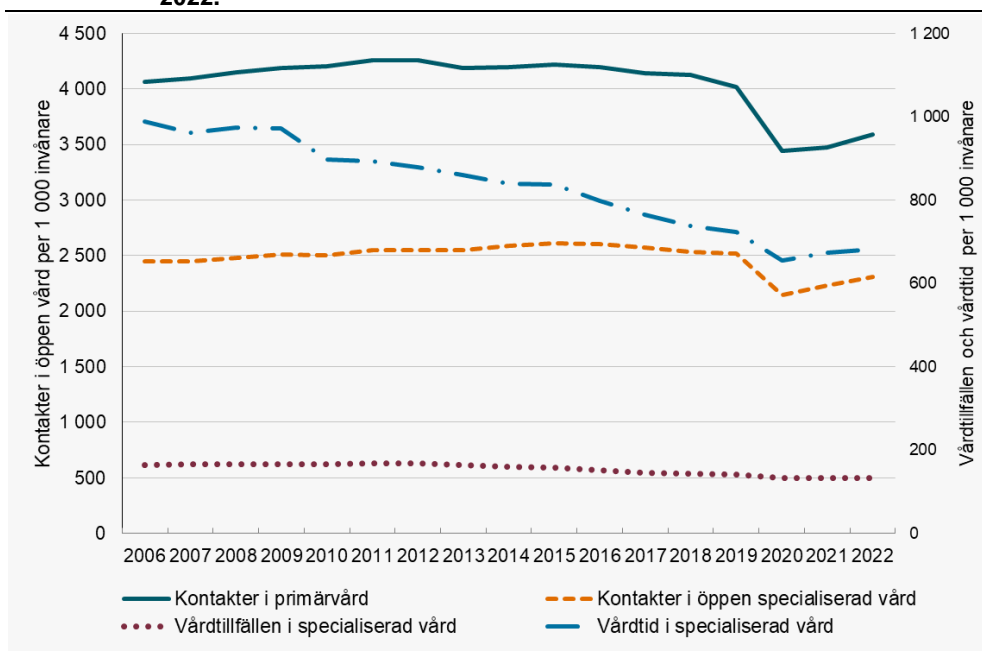
I SKR:s faktarapport om vårdplatser konstateras att antalet disponibla vårdplatser minskat kraftigt de senaste 20 åren. Där beskrivs också hur vårdtiderna kunnat minskas som en följd av medicinsk och organisatorisk utveckling och innovation. Ett rimligt antagande är att den slutna vården kunnat minskats genom att mer av behandlingar och vårdåtgärder kunnat genomföras i öppna former,

I diagrammet nedan har antalet kontakter i primärvård och öppen specialistvård relaterats till vårdtillfällena och vårdtid i slutna specialiserad vård.

Där går det inte att hitta någon generell ökning av antalet kontakter i den öppna vården som skulle kunna förklara mindre slutna vård. Det är snarare så att kontakterna även i öppen vård minskat från 2011–2012 och framåt. Bilden är starkt påverkad av den kraftiga nedgången under pandemin och vart utvecklingen därefter är på väg är svårvärderat.

Förflyttningen av vård från sjukhus till öppna former har sannolikt skett samtidigt som andra förändringar gjorts inom den öppna vården.

Diagram 44: Kontakter i öppen vård och vårdtillfällen och vårdtid i slutna vård. 2006.-2022.

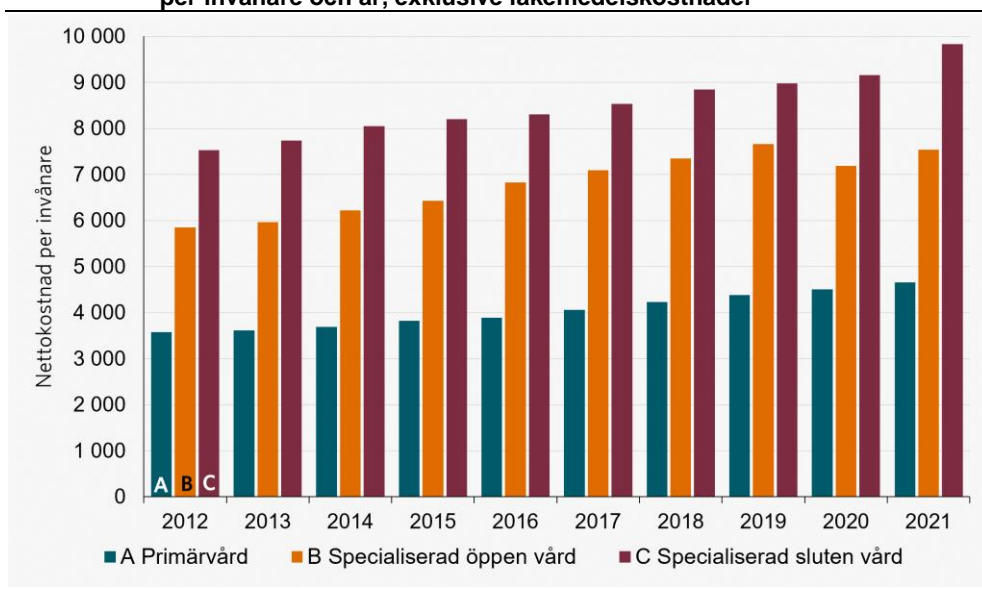


Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2006 - 2022

Ett annat sätt är att försöka hitta förändringar kostnaderna för de olika huvuddelarna av hälso- och sjukvården. SCB sammanställer årligen underlag från regionerna till en samlad ekonomisk redovisning som finns publicerad på SKR:s hemsida. Den följer samma struktur som VI2000 anger för indelningen av hälso- och sjukvården. Även kostnaderna kan alltså följas för primärvård och specialiserad psykiatrisk och somatisk vård. I skrivande stund finns ingen sammanställning av ekonomin för 2022.

Av grafen framgår en jämn successiv ökning av nettokostnaderna av cirka 3 procent per år som är jämnt fördelad över verksamhetsdelarna. Det är en ökning utöver den som orsakas av befolkningsökningen då kostnaden är räknad per 1 000 invånare. Primärvårdens andel av kostnaderna ligger på 20–22 procent av de totala kostnaderna över hela 10-årsperioden. Den slutna vårdens andel av de totala kostnaderna ligger konstant runt 43–45 procent.

Diagram 45: Primärvård och öppen och sluten specialiserad vård - nettokostnader per invånare och år, exklusive läkemedelskostnader



Källa. SKR Ekonomistatistik 2012–2021³⁵

De senaste åren har den framtida kompetensförsörjningen hamnat i fokus i och med att befolkningsprognoser ger en framtid där alla samhällssektorer kommer att behöva fler personer att anställa än vad demografin medger. Det flesta vårdgivare beskriver redan idag en situation där det råder brist på personal av alla yrkeskategorier som behövs i hälso- och sjukvården. Ett sätt att försöka mildra effekten av detta är kompetensväxling då arbetsuppgifter flyttas från ett bristyrke till en annan yrkesgrupp som det inte är samma brist på och som vars tid dessutom förmodligen kostar mindre.

Ett försök att se om det går att spåra någon sådan utveckling de senaste åren är att jämföra hur många besök olika yrkeskategorier genomför och hur fördelningen dem emellan förändrats över tid.

Diagram 46 visar en kraftig nedgång av alla besök i primärvård i anslutning till pandemin men också att antalet besök hos läkare i primärvård per 1 000 invånare började minska flera år före pandemins start. Besök till andra personalkategorier i

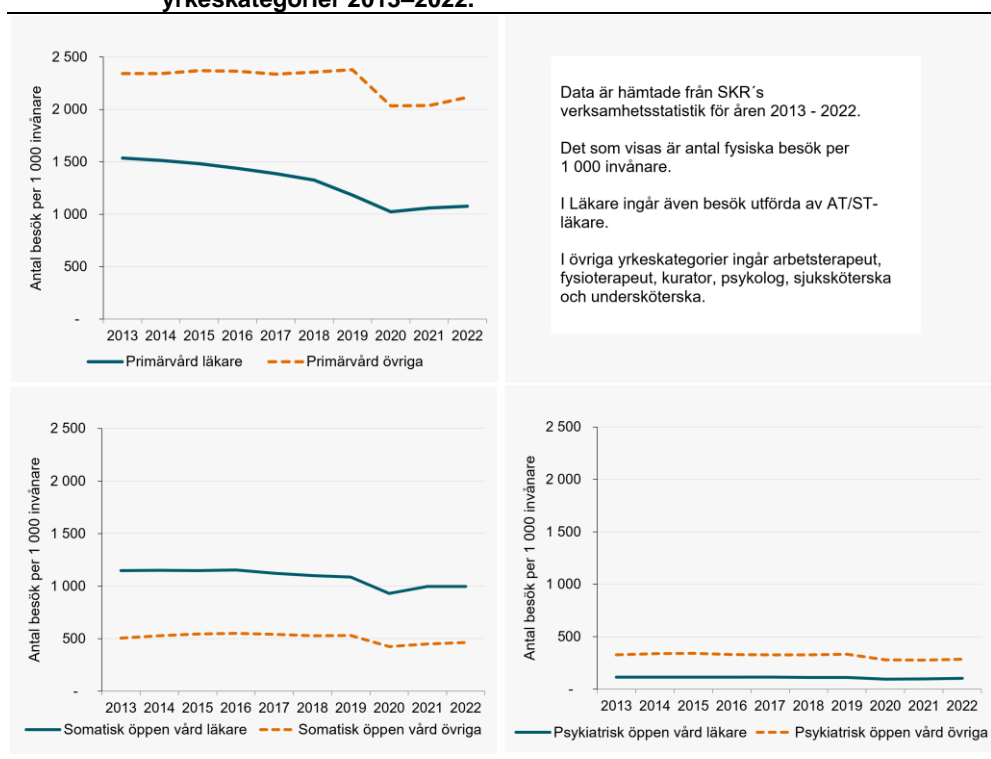
³⁵ SKR [Ekonomistatistik 2012-2021](https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.htm)

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.htm>

primärvården har legat konstant fram till pandemin. Inom den specialiserade öppna vården har verksamheten varit mer stabil.

Som läsare måste man komma ihåg att det som visas är statistik över volymen besök och att det inte är givet att ett ökat ett antal besök ger ett bättre resultat. En minskning kan också innebära att vårdkontakter som inte är värdeskapande har kunnat tas bort.

Diagram 46: Antal besök per 1 000 invånare fördelat på läkare och övriga yrkeskategorier 2013–2022.

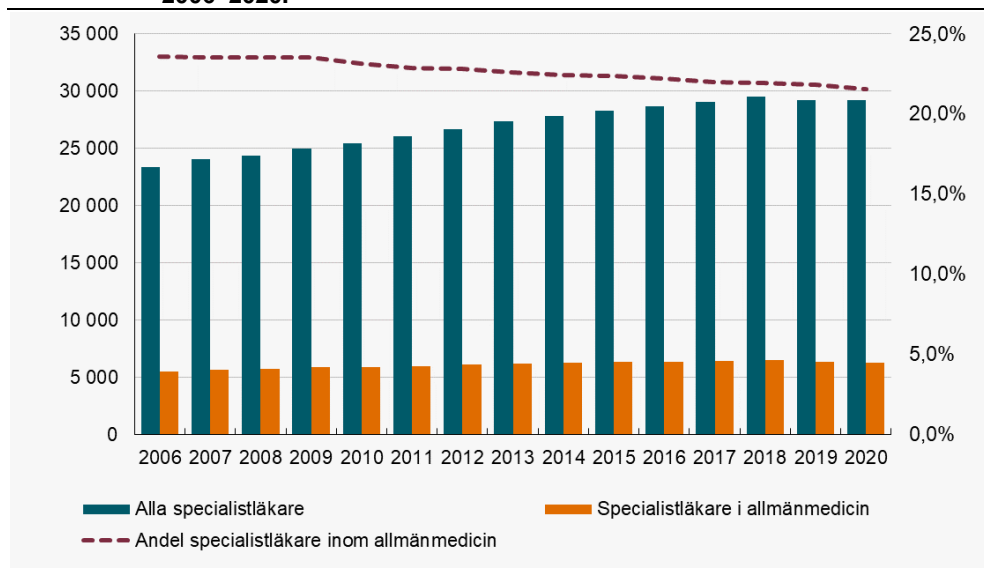


Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2013–2022

En utveckling mot en Nära vård med primärvården som nav förutsätter att det finns allmänläkare som kan bemanna primvården. Socialstyrelsen sammanställer med en viss fördröjning uppgifter över hälso- och sjukvårdspersonal och publicerar dem öppet i sin statistikdatabas.

Mellan 2006 och 2020 har antalet i hälso- och sjukvård verksamma specialisläkare ökat med 25 procent. I stort sett hela ökningen återfinns inom den specialiserade vården medan antalet allmänläkare ligger ganska konstant strax över 5 000.

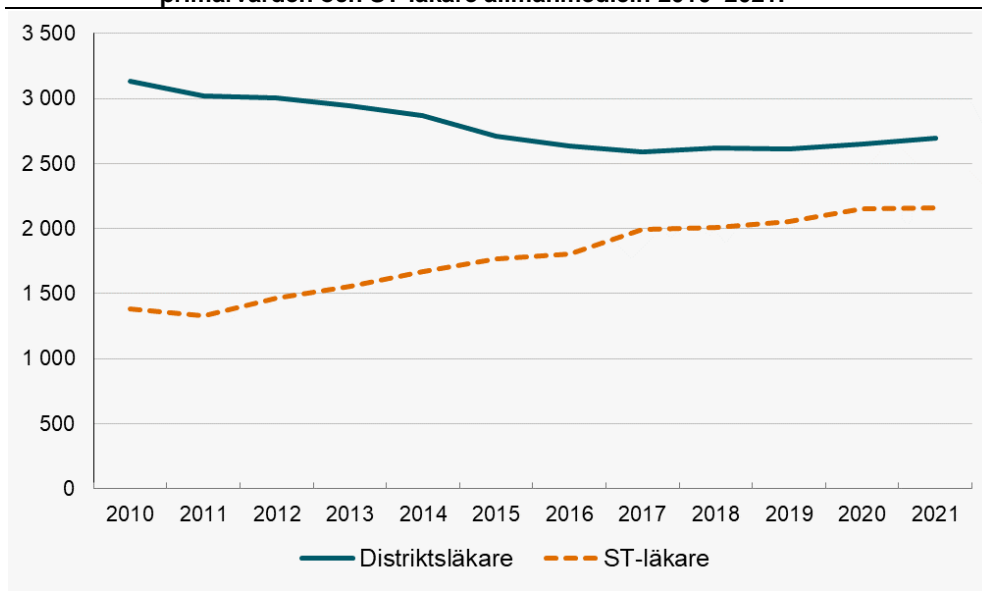
Diagram 47: Antal specialisläkare totalt och antal specialisläkare i allmänmedicin. 2006–2020.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal 2006–2020

Antalet regionanställda ST-läkare i allmänmedicin har ökat stadigt under perioden 2010 till 2021, från ca 1 380 ST-läkare i november 2010 till 2 160 ST-läkare i november 2021 (56 %). Antalet distriktsläkare/specialister i allmänmedicin har under samma period till antalet minskat med 14 procent.

Diagram 48: Regionalt anställda distriktsläkare/specialister allmänmedicin i primärvården och ST-läkare allmänmedicin 2010–2021.



Källa: SKR Läkartillgång i primärvården ISBN 978-91-8047-039-1³⁶

För att få en helhetsbild av antalet ST-läkare i allmänmedicin har SKR också samlat in uppgifter från regionerna om antalet ST-läkare hos såväl privata som regiondrivna verksamheter i maj/juni 2019 och 2021. I maj/juni 2021 angav regionerna att det fanns totalt 3 290 ST-läkare i allmänmedicin. Av dessa var 2 120 anställda i regionerna och 1 170 anställda hos privata vårdgivare. Två år tidigare, i maj/juni 2019, fanns enligt denna insamling totalt 2 950 ST-läkare i allmänmedicin i landet, varav ca 2 030 var anställda i regionernas verksamheter och 920 hos privata vårdgivare. Ökningen av ST-läkare ses i alla regioner och uppgår till 12 procent på 2 år.

³⁶ SKR [Läkartillgång i primärvården](https://skr.se/download/18.1fe145c3183790beec051065/1664887612060/Lakartillgang-i-prim%C3%A4rvarden2021.pdf)

<https://skr.se/download/18.1fe145c3183790beec051065/1664887612060/Lakartillgang-i-prim%C3%A4rvarden2021.pdf>

Samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården

När data på total konsumtion av specialiserad vård sammanställs blir det synligt att det finns en kraftig minskning av antalet vård dagar på sjukhus samtidigt som konsumtionen av öppen specialiserad vård är ganska konstant, se diagram 44. Pandemieffekterna är tydliga och återhämtningen inte fullständig under 2022. Innehållet i vården är dock mycket förändrat varför jämförelser måste göras med försiktighet.

Öppen vård kan liksom vårdplatser på sjukhus inte studeras isolerat. Patienter rör sig hela tiden mellan olika vårdnivåer och verksamheter och behöver inte sällan vård från flera vårdgivare samtidigt. Det som är effektivt i en del av sjukvården behöver inte vara effektivt för systemet som helhet. För att hantera en så stor och komplicerad verksamhet som hälso- och sjukvård behövs uppdelning och avgränsningar. En stor utmaning är att överbrygga de mellanrum som uppstår i vårdens övergångar.

I jämförelse med andra länder är det svenska hälso- och sjukvårdssystemet unikt på flera sätt. Två huvudmän, regionerna och kommunerna, har det övergripande ansvaret och även rätt att ta upp skatt för att finansiera verksamheten. Regionerna ansvarar för primärvård och för all specialiserad vård, öppen som slutet. I och med ÄDEL-reformen 1992 avvecklades landstingens långvårdsavdelningar och ersattes med särskilda boenden (SÄBO) i kommunerna där den äldre får en sammanhållen vård och omsorg. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är på primärvårdsnivå och omfattar SÄBO och även hemsjukvård i alla län utom Stockholm. Kommunernas ansvar omfattar inte läkarinsatser.

Privata och offentliga vårdgivare har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Inom primärvården finns lagstiftning om fritt vårdval.

I verksamheterna arbetar personal från många olika yrkesgrupper som behöver samarbeta varandra och med patienter och närstående för att vården ska vara god, säker och meningsfull. I dessa möten blandas kunskaper, erfarenheter, kulturer, språk och olika särintressen. Denna komplexa situation är inte unik för Sverige

utan finns i hela västvärlden och är den viktigaste orsaken till att omorganisationer har en mycket begränsad effekt på vårdens resultat.

Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Denna gräns är oskarp och förändras i takt med den medicinska utvecklingen. Att utgå från patientens behov och hur dessa ska mötas brukar vara bästa sättet att undvika spänningar mellan personal från olika yrkeskategorier, huvudmän och vårdgivare som annars lätt uppstår.

Sambanden mellan specialiserad vård och primärvård är, sett ur en enskild patients perspektiv, inte särskilt starka. Som patient kan man uppfatta att det bara sker skriftligt via remisser. Remissen fyller många funktioner. Den är en informationsbärare, den legitimerar förflyttning till högre vårdnivåer, den förflyttar patientansvar från en vårdutförare till en annan och den fördelar kostnader mellan organisatoriska enheter inom vården. Samtidigt kräver remisshantering mycket administrativa resurser och bidrar inte sällan till att förlänga patientens väntetider.

Enkla kontaktvägar mellan primärvård och specialiserad vård

Idag pågår arbeten för att personal i primärvård och specialiserad vård ska närma sig varandra och hitta snabbare och enklare kontaktvägar. Ett sådant initiativ är det arbete som infördes i september 2022 i Jönköpings län. Syftet är att effektivisera vårdprocessen så att patientens väntetid förkortas samtidigt som remisser och hänvisningar till akutmottagningar minskar.

Arbetet initierades med en inventering av hur behovet av kontaktvägar ser ut. Mycket tid investerades i dialogen med berörda verksamheter, bland annat besöktes samtliga vårdcentraler. Resultatet blev fyra olika spår, tre med kontaktvägar från primärvård till slutenvård, ett spår åt andra hållet.

Akutspåret innebär att det på respektive sjukhus olika kliniker ska finnas en bakjourskoordinator. Till den funktionen kan distriktsläkare ringa och diskutera en patient som kan vara välkänd sedan tidigare, eller kommit akut med sina problem. Exempel på alternativ till besök på akuten kan vara ett snabbt besök på en slutenvårdsmottagning, en snabb röntgentid eller direktinläggning på vårdavdelning.

Halvakut spår innebär specialistläkare ”on demand”. En distriktsläkare som har mottagning på vårdcentralen ska ha möjligt att enkelt konsultera en specialistläkare

i sjukhusvården när det finns en patient med en subakut frågeställning. Primärvården kan ringa en specialist inom varje område i länet, vardagar 08 - 16.

Samråd, multidisciplinär konferens (MDK) är ett spår för patienter med komplex problematik och där tidigare insatser inte gett resultat. Läkare i primärvården eller slutenvården kan vid behov kontakta chefssjuksköterska på berört sjukhus, som sammankallar de specialister som är aktuella till ett digitalt möte. De får inte säga nej och det får inte ta mer än en till tre veckor att träffas. Man kopplar upp sig, diskuterar patientens problematik och kommer fram till en lösning.

Tillgänglig primärvård är till för situationer där primärvården är rätt instans att hantera frågeställningen. Den akut tillgängliga primärvårdsläkaren ska kunna handlägga och lösa akuta allmänmedicinska frågor om utredning och behandling samt också vara behjälplig att koordinera patienten vidare till rätt kollega på vårdcentralen alternativt till rätt nästa vårdinstans (via bakjourskoordinator eller specialist ”on-demand”). Rutinen kan användas av ambulanssjukvården liksom av slutenvårdens läkare när behov finns av snabb kontakt med läkare inom primärvården.

Vinster med enkla kontaktvägar handlar också om att bygga relationer över gränser och att det i konsultationen på ett naturligt sätt uppstår ett lärande mellan vårdnivåerna. Att göra sig tillgänglig för samarbetspartners förutsätter tillit, god organisation och en kultur där alla förstår syftet och ser vinsterna. Pragmatiska lösningar behövs för att tillämpa rutinerna i praktiken.

Planer finns för att koppla på den kommunala vården, som förutom ordinarie kontakter med primärvårdens läkare också ska ha akutnummer för att alltid få tag i läkare på vårdcentralen.

Utskrivning från sjukhus

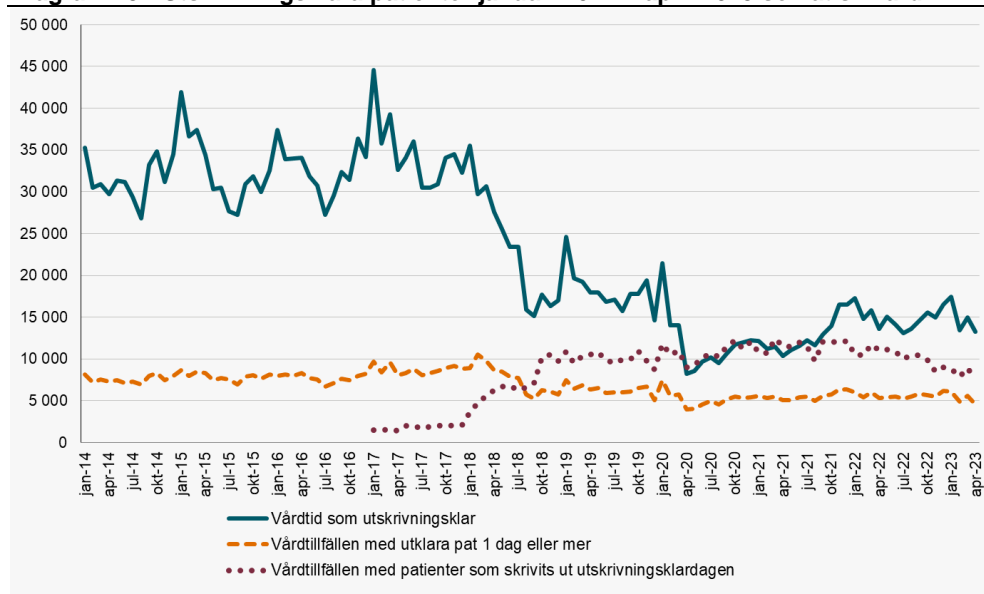
De risker som är förenade med utskrivning från sjukhus är väl kända och beskrivna och handlar framför allt om olika perspektiv på kontinuitet i form av personliga relationer, samordning av insatser, långsiktig planering samt information och informationsöverföring.

För de patienter som har fortsatt behov av vård efter utskrivning från sjukhus flyttas ansvaret för vården i och med utskrivningen från en vårdgivare till en annan.

Ända sedan ÄDEL-reformen har kommunernas betalningsansvar varit ett konfliktområde i relationen mellan huvudmännen. Lag om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ersatte 2018 Betalningsansvarslagen inom somatisk vård och året efter, 2019 följde psykiatri efter. Målet med förändringen var att personer med behov av fortsatt vård och omsorg efter utskrivning från sjukhus skulle få en smidig och säker resa genom vården och att vårdtiden för utskrivningsklara patienter, som inte bedöms ha behov av vård på sjukhus, skulle minska. Lagstiftningen innehåller en detaljerad vårdprocess för denna patientgrupp där planeringen startas vid inskrivningen. Primärvården har ett samordningsansvar och ska kalla till samordnad individuell plan, SIP, i anslutning till utskrivningen.

Den nya lagstiftningen gav omedelbar effekt i form av att vårdtiden på sjukhus för utskrivningsklara patienter i somatisk vård snabbt minskade. Andelen patienter som skrivs ut samma dag ökade och andelen vårdplatser på sjukhus belagda av utskrivningsklara patienter minskade. Under pandemin var andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter särskilt lågt men sista halvåret ses en ökning igen till nivåer jämförbara med 2019. Det finns dock en stor variation där länen kommit olika långt i samarbetet för att få fungerande rutiner för utskrivning på plats. Stabilt låga värden finns i Kalmar län.

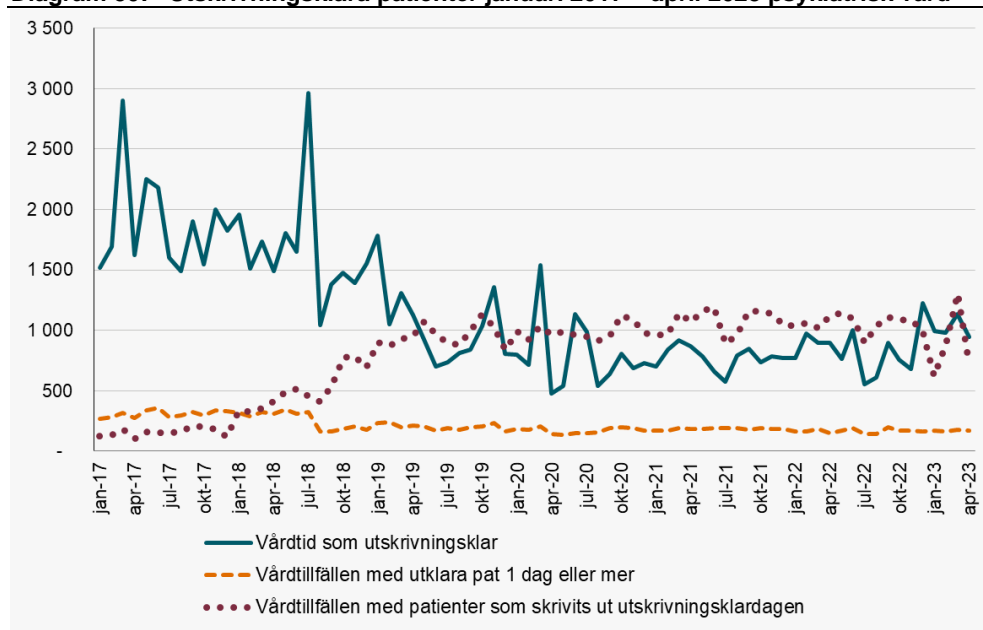
Diagram 49: Utskrivningsklara patienter januari 2014 – april 2023 somatisk vård.



Källa: SKR Väntetidsdatabasen, utskrivningsklara patienter,

Samma utveckling har ägt rum med start ett år senare inom psykiatrin, med undantag för att den uppgång som nu ses inom somatisk vård inte finns på samma sätt inom psykiatrin. Antalet patienter är betydligt lägre vilket innebär en större månadsvariation.

Diagram 50: Utskrivningsklara patienter januari 2017 – april 2023 psykiatrisk vård



Källa: SKR Vätetidsdatabasen, utskrivningsklara patienter.

Det är positivt att så många sjukhusplatser kunnat frigöras för patienter som har medicinskt behov av vård på sjukhus, men uppföljningar visar också att lagens intentioner inte till fullo uppfylls ännu. Det är läkaren som avgör när en patient är utskrivningsklar men det finns ibland olika uppfattningar om detta. Datum då en patient bedöms som utskrivningsklar ändras ofta vilket skapar planeringsproblem hos kommunen och det förekommer brister i den fortsatta planeringen vilket kan leda till undvikbar återinskrivning.

Vård i hemmet

Socialstyrelsen kom 2021 med rapporten Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre³⁷ som följer denna utveckling under perioden 2010–2019. I hela

³⁷ Socialstyrelsen. [Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf>.

gruppen 65 år och äldre var andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter utskrivning från sjukhus cirka 14 procent. För grupperna mest sjuka äldre och multisjuka äldre är det dubbelt så vanligt att bli återinskriven, omkring 28 procent. Återinskrivningarna stämmer ganska väl med internationella erfarenheter från andra sjukvårdssystem och ligger stabilt över tid. Vanligast är det att bli återinskriven under den första veckan efter utskrivning. Det saknas i dagsläget tillräcklig kunskap om orsakerna liksom rekommendationer om vilka åtgärder som är framgångsrika. KOL och hjärtsvikt är de vanligaste diagnoserna vid såväl inskrivning som återinskrivning. Det är en vanlig uppfattning att återinskrivningar beror på att utskrivningen genomförts ”för tidigt”. När personer med stor erfarenhet från utskrivning av äldre intervjuas är deras uppfattning att det snarare handlar om brister i kontinuitet, information, samverkan och uppföljning. Mer forskning behövs inom detta område.

Ett arbetssätt som används på ett systematiskt sätt inom primärvården i Örebro är att vårdsamordnaren ringer upp patienten i hemmet inom 72 timmar efter utskrivning för att följa upp hur det fungerar i hemmet.

Mobila team i Malmö

Ett annat sätt som fått stor spridning i hela landet är att erbjuda mobila team som kan bedöma och behandla sköra patienter i hemmet som komplement till primärvårdens hemsjukvård. Sådana team finns såväl inom somatisk som psykiatrisk vård.

Malmö har en lång tradition av att sjukhusets specialister arbetar sida vid sida med primärvårdsläkare i mobila team hemma hos patienterna som alternativ till att de vårdas på sjukhus.

Från 2013 fanns ÄMMA-teamet bestående av läkare från medicin och primärvård samt sjuksköterska från kommunen. Målgruppen var personer som är kända i kommunen, tidvis sviktande och har svårigheter att själva ta sig till vårdcentralen. ÄMMA-teamet gjorde insatser under en kort tid tills situationen stabiliserats.

2017 fattades beslut i ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal mellan regionen och kommunerna om att införa mobila vårdteam, en teambaserad vårdform för de mest sjuka med kommunal hemsjukvård. Teamet kan göra akuta hembesök av läkare inom 2 timmar och planerade hembesök inom 5 arbetsdagar. Möjlighet till direktinläggning på sjukhus eller korttidsplats i kommunen finns.

2021 togs ytterligare ett steg genom att testa Mobilt sjukhusteam som är akut sjukhusvård i hemmet (Hospital at home). Teamet har möjlighet att i hemmet utföra blodanalyser, ultraljud, EKG och bladderscan med mera, samt ge behandlingar som infusioner, injektioner och syrgasbehandling. Patienten har daglig kontakt med ett interprofessionellt team som kan göra ett eller flera hembesök och har beredskap dygnet runt. Vårdtiden är kort, 1–14 dagar och vården tydligt personcentrerad med patienten och närstående som självklara deltagare i teamet. Egenmonitorering av vitala parametrar görs av alla patienter som klarar det. Platser för direktinläggning på sjukhuset finns om behov uppstår. Många patienter är yngre. Vanligast är infektionsdiagnoser. Det allra viktigaste är att patienten själv vill ha vård i hemmet.

Kontinuerlig värdering av vårdnivå görs liksom överföring till primärvårdsnivå så fort tillståndet tillåter och primärvården är redo att ta över det medicinska ansvaret. För patienter med kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen eller Hälso- och sjukvårdslagen fortsätter dessa såsom innan i syfte att främja kontinuitet för patienten. Samarbete och sömlös övergång mellan vårdnivåer eftersträvas.

Resultat finns nu från projekttiden då totalt 716 patienter vårdats under 3 771 vårddagar med 6 688 hembesök och 508 distansbesök.

- Patienterna mår bättre, äter bättre, sover bättre, faller mindre och blir mindre förvirrade när de vårdas hemma.
- Inga allvarliga avvikelser, vårdrelaterade infektioner eller fallskador har uppstått.
- Patienter och anhöriga är mer delaktiga, nöjda och trygga. Inga patientklagomål har rapporterats.
- Medarbetarna är nöjda.
- Inga övervältringseffekter på kommunen har noterats.

Kostnaden beräknas till cirka hälften av vad vården inneliggande på sjukhus hade blivit.

Palliativ vård

Som framgått tidigare varierar konsumtionen av öppen vård mellan olika åldersgrupper. För primärvården gäller att ju äldre personer desto större behov av att ha kontakt med vården. För den specialiserade öppna vården finns inte samma

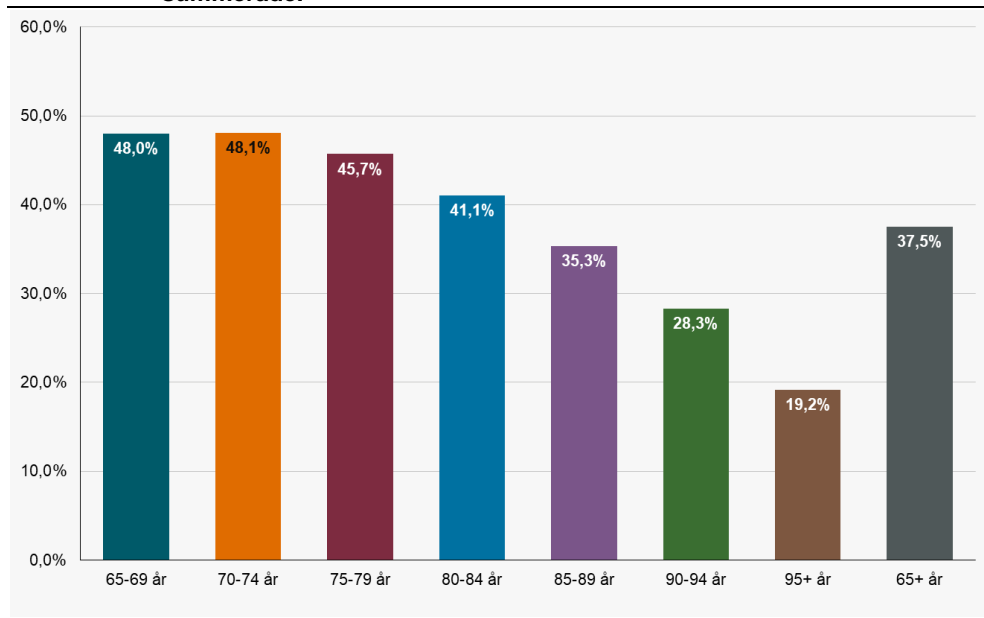
starka samband mellan behov och ålder. Där är det de yngsta, 0 – 17 år, som svarar för nästan hälften av alla kontakter.

Generellt sett borde det vara så att människor behöver många hälso- och sjukvårdsinsatser i slutet av sitt liv oavsett i vilken ålder personen är i när döden inträffar. Hur det behovet tillgodoses och på vilken vårdnivå och i vilken form är alltså viktiga frågeställningar att försöka belysa.

En sådan belysning förutsätter samkörning av data från dödsorsaksregistret och patientregistret. Efter en beställning av data från Socialstyrelsen har aggregerade data kunnat sammanställas. Här har det avgränsats till att gälla personer som var 65 år och äldre när de avled och åren 2006 till och med 2021. I gruppen, som består av ungefär 80 000 människor per år har konsumtionen av slutet vård och specialiserad öppen vård undersökts 2 år tillbaka i tiden från dödsdagen räknat.

Yngre personer avlider i större utsträckning på sjukhus än äldre men även bland personer 95 år och äldre dör en av fem på sjukhus.

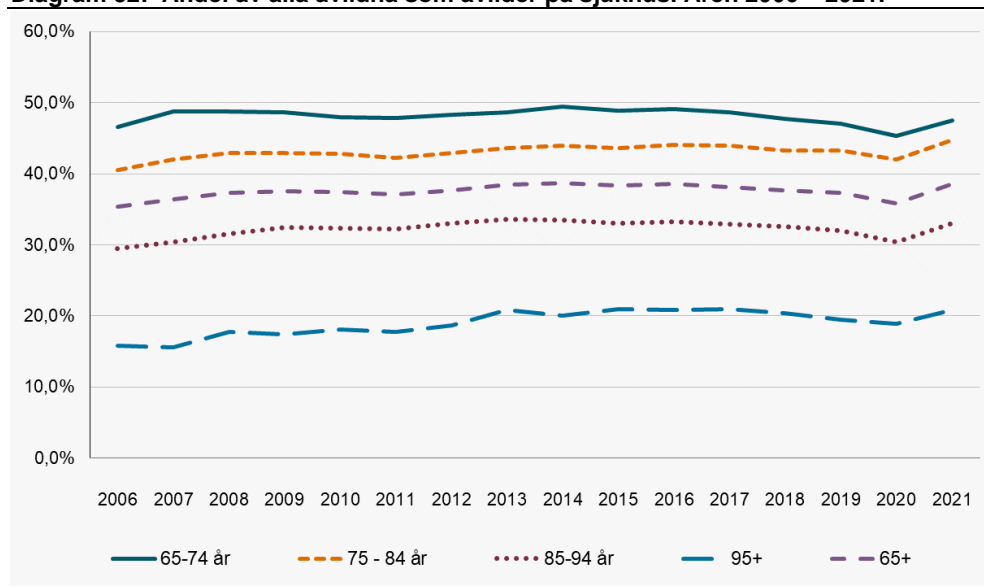
Diagram 51: Andel av alla avlidna som avlider på sjukhus. Åren 2006 – 2021 summerade.



Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister.

Andelen som avlider på sjukhus under den aktuella perioden är förhållandevis konstant över åren med en svag successiv ökning och med en nedgång under pandemiåret 2020. Här har åldersgrupperna samlats i 10-årsgrupper.

Diagram 52: Andel av alla avlidna som avlider på sjukhus. Åren 2006 – 2021.



Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister.

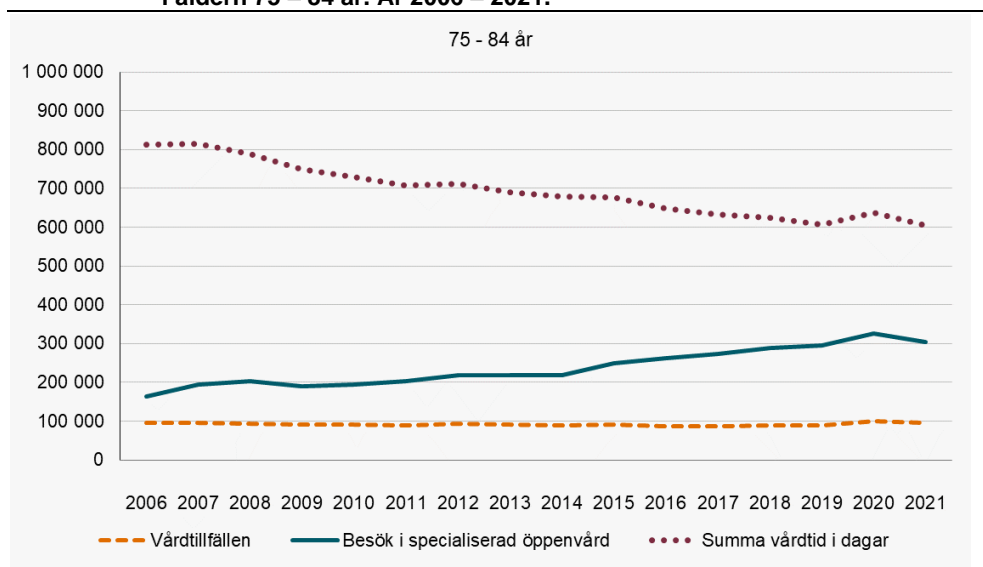
Hur mycket specialiserade vård fick då dessa personer åren innan de avled? Antalet vårdtillfällen de fick förändrades inte under mätperioden, men vårdtiden minskade med 20 procent samtidigt som antalet besök i öppen specialiserad vård ökade med drygt 80 procent. I absoluta tal uppgick besöken för personer som avlidit 2021 till drygt 700 000, vilket var 7,6 procent av totala antalet besök för gruppen 65 år och äldre. Antalet vårdtillfällen var 182 000, vilket utgjorde 13 procent av alla vårdtillfällen för åldersgruppen.

Om vårdkonsumtionen- för gruppen 75–84 år jämförs med gruppen 95 år och äldre ser mönstren helt olika ut. De yngre följer den generella trenden med konstant antal vårdtillfällen, minskande vårdtid och drygt 80 procent fler besök i öppen vård. För de äldsta ökar antalet vårdtillfällen liksom den sammanlagda vårdtiden samtidigt som besöken i öppen vård mer än tredubblats under perioden. Data i tidsserierna är inte åldersstandardiserade.

Sammanfattningsvis visar genomgången att det finns en tydlig tendens till att allt fler av de allra äldsta får alltmer av sin vård de två sista åren i livet i den specialiserade vården, både som slutet och öppen vård. För de i åldern 65–94 år

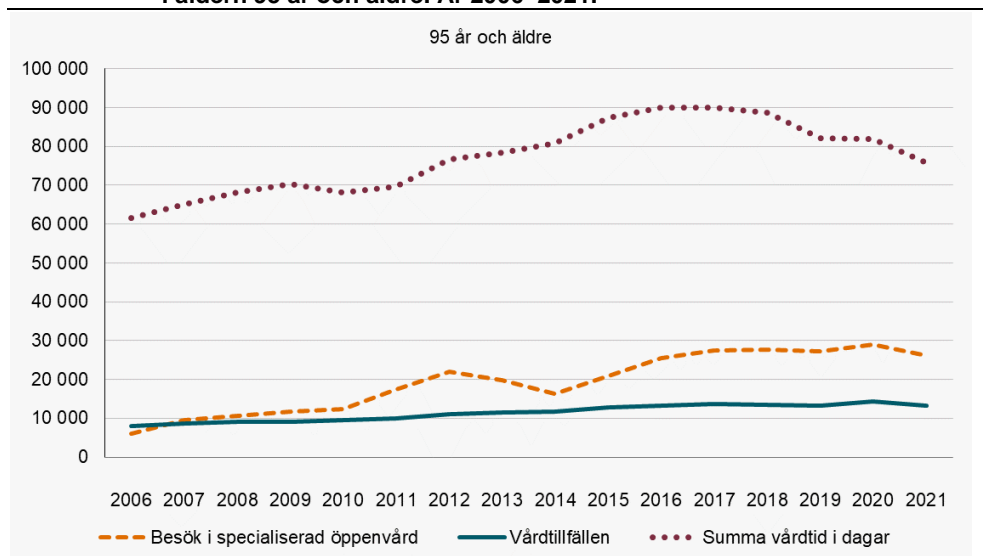
ses däremot en trend till allt mindre tid i slutna vård och mer vård i öppen form. Av statistiken framgår heller inte i vilken grad det handlar om oväntade dödsfall eller om dödsfall som föregåtts av en lång sjukdomsperiod och där ställning tagits till om vården ska övergå i palliativt skede.

Diagram 53: Konsumtion av slutna och öppen specialiserad vård för gruppen avlidna i åldern 75 – 84 år. År 2006 – 2021.



Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister

Diagram 54: Konsumtion av slutna och öppen specialiserad vård för gruppen avlidna i åldern 95 år och äldre. År 2006–2021.



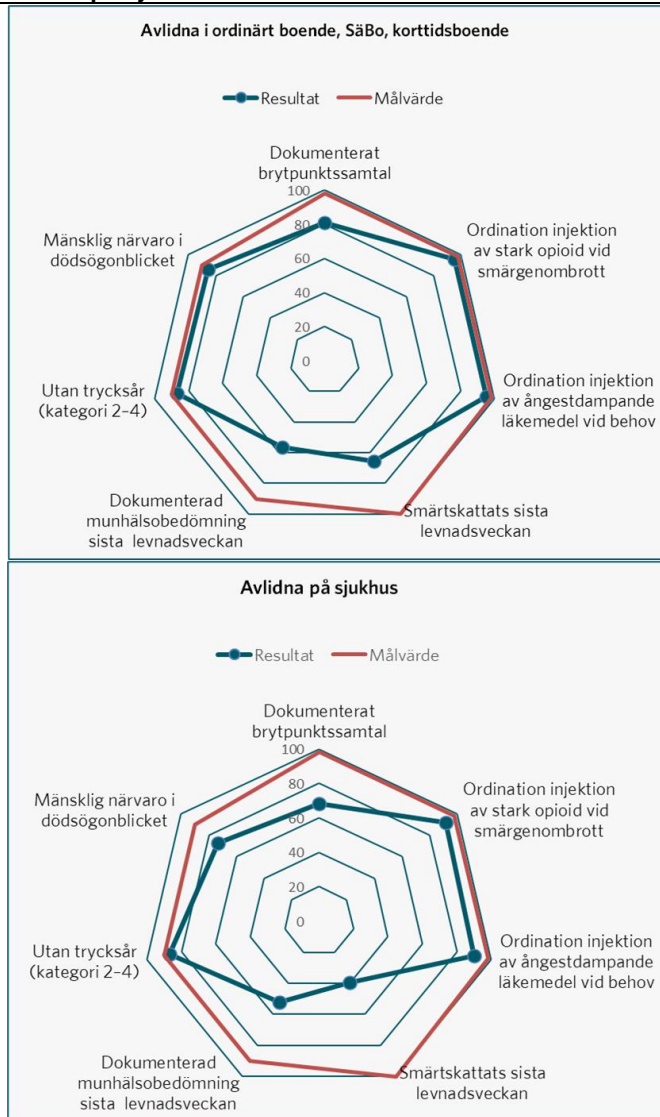
Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister

Det finns en stor variation i hur den palliativa vården bedrivs i landet. Majoriteten av de väntade dödsfallen sker med stöd av allmän palliativ vård i kommunerna eller på sjukhusen. Den allmänna palliativa vården ges till patienter vars behov kan tillgodoses på primärvårdsnivå av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Allmän palliativ vård och omsorg bedrivs i hemmet och inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden i nära samarbete med den regionala primärvården. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och utförs av ett läkarlett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

För att uppnå en god palliativ vård är samverkan mellan olika vårdgivare och vårdnivåer en förutsättning. Medicinsk utveckling, lokala traditioner och tillgång till personal med kompetens i kommunerna har påverkat de vägval som gjorts regionalt och lokalt för att kunna säkerställa en god och säker vård i varje enskild situation.

I Svenska Palliativregistret finns möjlighet att följa upp Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård utifrån vårdform. Bäst resultat har den palliativa vården i hemmet som får stöd av specialiserad palliativ vård. Därefter kommer den allmänna palliativa vården i kommunala boenden och i hemmet. Sämst resultat har sjukhusvården, något som kan bero på att kärnuppdraget för sjukhuset inte är att patienterna ska dö utan att de ska behandlas, tillfriskna eller åtminstone förbättras i sitt hälsotillstånd.

Diagram 55: Utfall i kvalitetsindikatorer för palliativ vård avseende avlidna i ordinärt boende, särskilt boende och korttidsplats jämfört med utfallet för avlidna på sjukhus. Riket år 2022.



Källa: Svenska palliativregistrets utdataportal

Diskussion och slutsatser

Huvuddelen av den svenska hälso- och sjukvården, hela 86 miljoner vårdkontakter årligen, sker inom den öppna vården. Två tredjedelar äger rum inom primärvården. Utifrån den fakta och det underlag som redovisas i den här rapporten kan vi dra några slutsatser:

- Vi har en väl fungerande öppenvård och ett robust system för hälso- och sjukvård i Sverige, som levererar vård av hög kvalitet.
- Det finns ett antal centrala förbättringsområden. Några angelägna handlar om att förbättra vården vid hjärtsvikt och KOL, stärka samarbetet mellan primärvård och specialiserad vård, samt bättre följa upp vården.
- Resurser behöver avsättas för att upprätthålla och fortsätta utveckla öppenvården.
- Nära vård behöver utvecklas snabbare och den utveckling som redan skett på många platser behöver spridas.

I denna rapport redovisas resultat från kvalitetsregister kring utvecklingen de senaste 20 åren avseende folksjukdomarna diabetes, astma, KOL, hjärtsvikt och reumatoid artrit. Resultaten kan beskrivas som en revolution där patienterna idag har god livskvalitet, färre vård dagar på sjukhus och kan förvänta sig att leva nästan lika länge som personer utan kronisk sjukdom. Det är ett viktigt kvitto på att Sverige i grunden har ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem som behöver värnas, vårdas och vidareutvecklas för att kunna möta de stora utmaningar som enkelt uttryckt handlar om att färre personal i framtiden behöver kunna vårda fler patienter.

De goda resultaten för patienter med kroniska sjukdomar har blivit allra bäst för patienter med diabetes och reumatoid artrit. Viktiga framgångsfaktorer har varit att ledningen skapat förutsättningar för särskilda vårdteam med specialutbildad personal att med stöd av kvalitetsregister och nationella kunskapsstöd kunna tillämpa ny kunskap i praktiken. Att patienterna är engagerade och kunniga och har fått utbildning om sin sjukdom och verktyg för egenvård har ytterligare bidragit till en god och jämlik vård i hela landet. Vid barndiabetes har även en skola där alla elever får gratis lunch liksom kostnadsfria läkemedel och hjälpmedel stor betydelse.

Trots att stora framsteg gjorts i behandlingen av kroniska sjukdomar inom öppen vård finns det kunskap som inte tillämpas i praktiken överallt, något som gör vården ojämlig. Följsamheten till nationella riktlinjer är högre vid diabetes än vid astma och KOL. Barn med astma får i högre utsträckning vård som följer behandlingsrekommendationer än vuxna. Dessutom finns det regionala skillnader. Detta beror till stor del på att primärvården, som har det stora behandlingsansvaret för kronisk sjukdom, idag inte förmår att sköta detta på ett optimalt sätt. Hjärtsvikt och KOL är de sjukdomar som står för flest påverkbara inskrivningar och återinskrivningar på sjukhus. En satsning på att förbättra vården vid dessa diagnoser torde ha stor potential att positivt påverka såväl patienternas livskvalitet som tillgång till vårdplatser på sjukhus.

Ett annat viktigt förbättringsområde handlar om levnadsvanor. Vid KOL är rökstopp den mest prioriterade åtgärden men fortfarande är det många patienter med KOL och astma som röker och endast cirka hälften blir erbjudna rökavvänjning. Om patienter med kronisk hjärtsvikt får fysisk träning, ökar deras livskvalitet och funktionsförmåga samtidigt som behovet av sjukhusvård minskar. Men sådan rehabilitering erbjuds och utnyttjas sällan. Icke-farmakologiska åtgärder som rekommenderas högt av Socialstyrelsen bör initieras oftare, exempelvis åtgärder som ges av dietist och fysioterapeut samt skriftlig behandlingsplan.

Hur man än väljer att organisera vård och omsorg så kommer det att finns gränser som behöver överbryggas. I stället för att ägna tid och kraft på att förtydliga och förflytta gränser behövs arbete på alla nivåer för att stärka samarbetet mellan vårdens olika aktörer. I alla län finns idag en samverkansstruktur för gemensam styrning och ledning på strategisk nivå. Regionen och kommunerna i några län har även hunnit arbeta fram en gemensam plan för primärvårdens utveckling, ett bra förslag från Nära vårdutredningen och ett sätt att gå från ord till handling med ett systemperspektiv.

Samarbete behövs också på verksamhetsnivå och professionsnivå. Primärvård och specialiserad vård behöver hitta sätt att närma sig varandra och fördjupa sitt samarbete. De båda vårdnivåerna hänger inte ihop till en helhet vilket ytterst drabbar patienter, men också närstående och personal. Primärvården ska enligt den nya lagstiftningen vara basen och navet i vården. Den specialiserade vården behöver vara lättillgänglig för primärvården som stöd och konsult men har också ett eget vårdansvar när specialiserad vård utförs i hemmet. I denna rapport finns exempel på hur arbete med att göra sig tillgänglig för varandra kombinerat med

sömlösa arbetssätt har potential att minska antalet remisser och stärka vården i hemmet. Detta kan leda till kortare väntetider och minskat behov av slutna vård men också till ett kollegialt lärande. Resultatet blir också nöjdare och tryggare patienter och närstående men även ökad arbetsglädje bland personalen.

Dagens sjukvårdsdebatt handlar mycket om brist på vårdplatser och långa väntetider till vård, inte minst på akutmottagningarna. Denna genomgång visar att väntetiden till bedömning och behandling i de flesta fall är rimlig. Medianväntetiden till bedömning är 39 minuter och 4 av 5 har fått en bedömning inom 2 timmar då beslut även fattats om det fortsatta omhändertagandet. Samtidigt finns personer som får vänta orimligt länge. Satsningar på akut omhändertagande inom den Nära vården med stöd från specialiserad vård till vårdcentraler och till vård i hemmet kan minska behovet av vård på akutmottagning för många patienter.

Stora ansträngningar har genom åren lagts på att utveckla uppföljningen av den slutna vården. Tydliga rutiner för registrering och diagnosättning tillämpas likartat i hela landet, något som underlättar uppföljning över tid och analys. Så ser det inte ut inom den öppna vården. Möjligheterna att följa upp verksamheten över tid är mycket begränsad och det är endast de sista åren som en mer fullständig bild av alla yrkesgruppers verksamhet kan fås. För att beskriva händelseförlopp över längre tid har kvalitetsregister varit en värdefull faktakälla. Utvecklingsarbete kring uppföljning pågår och behöver fortsätta, gärna med statligt stöd för att bygga robust infrastruktur. Det behövs såväl kvalitetssäkrad data av hög kvalitet som medger uppföljning och jämförelser över tid som månatlig uppföljning för att kunna följa effekter av insatta åtgärder. Det behövs också en bättre uppföljning av den kommunala vården som helt utelämnats i denna rapport på grund av avsaknaden av data. Fokus behöver förflyttas från att i detalj följa upp enskilda verksamheter till att hitta sätt att följa utvecklingen på systemnivå. Patienters upplevelser och erfarenheter av vården behöver fångas i större utsträckning och det värde som vården skapar för individer och för samhället i stort beskrivas.

Just nu pågår en stor nationell satsning på utveckling av Nära vård. Det räcker inte längre att införa nya medicinska metoder för att säkra kompetens och finansiering av verksamheten. Vårdens arbetssätt och kultur behöver också förändras. Det handlar om att arbeta mer personcentrerat, proaktivt och förebyggande, samarbeta mer över olika gränser och på ett strukturerat sätt bjuda in patienter och närstående att vara delaktiga i vården.

Primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården, där de flesta av patienternas behov när det gäller hälsan blir tillgodosedda. Viktiga utmaningar är ekonomin och kompetensförsörjningen. Alla parter är överens om att primärvården behöver växa och få de resurser som behövs för att kunna axla det stora uppdrag som lagstiftningen ger. Dagens ersättningssystem förutsätter i och med det fria vårdvalet att medel avsätts i budget för att detta ska vara möjligt. Den specialiserade vårdens rambudget är däremot svårare för politiken att styra och kontrollera. Det behövs med andra ord tydliga beställningar med tillhörande finansiering till primärvården för att få fart på omställningen av vården. Samtidigt kan resurser också avsättas till Nära vård genom att digitaliseringen finansieras från central nivå liksom att kostnadsansvar för den specialiserade vårdens medverkan i arbetet naturligt finns hos respektive verksamhet.

Det finns inga enkla lösningar på dagens utmaningar inom hälso- och sjukvården. Utvecklingsarbete tar tid och det går sällan att på kort sikt se konkreta resultat. Idag finns flera koncept som är mogna för storskalig spridning, varav några beskrivs i denna rapport. Det som behövs nu är modet att satsa på breddinförandet. Det kommer att innebära hårt arbete för medarbetarna i vårdens olika verksamheter. Ledningsnivån behöver förse verksamheterna med förutsättningar för förändringsarbetet men också följa upp hur det går och att arbetet ger resultat.

Fakta om öppen hälso- och sjukvård

Regionernas öppna vård är en stor verksamhet som omfattar över 80 miljoner vårdkontakter årligen. I den här rapporten presenteras fakta om regionernas öppenvård.

Rapporten visar att vi har en öppenvård med hög kvalitet och goda resultat i Sverige. Vården har utvecklats över lång tid och blivit allt bättre tack vare nya behandlingsmetoder och ett mer hälsofrämjande arbete. Rapporten visar också att utvecklingen mot Nära vård måste fortsätta, med bättre kontinuitet, ökad personcentrering och stärkt samverkan mellan vårdnivåer.

Rapporten riktar sig till förtroendevalda och tjänstepersoner på regional och nationell nivå, liksom till andra personer och organisationer som är intresserade av det svenska hälso- och sjukvårdssystemets utveckling och vilka utmaningar det står inför.

Kommunernas del av den öppna vården ingår inte rapporten.

Upplysningar om innehållet
Maj Rom, maj.rom@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2023
ISBN: 978-91-8047-186-2

www.skr.se