

# Hälso- och sjukvårds- rapporten 2020

ÖPPNA JÄMFÖRELSER



Reviderad 2020-06-25

Ändringar i text på sidan 20 under rubriken ”Vårdförlopp i cancersjukvård – fler patienter ingår, men färre når ledtidsmål” samt diagram 6 på sidan 21.

# Förord

*Hälso- och sjukvårdsrapporten – Öppna jämförelser* är en årligen återkommande rapport som avser att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. För tredje året i rad publicerar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) aktuell rapport.

Den pandemin vi just nu befinner oss i präglar hälso- och sjukvården. Aktuell rapport har dock fokus på att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården innan pandemins intågande. I stort sett avser vi här att uppdatera förra årets rapport utifrån 2019 års data. Men ambition finns att i en kommande rapport mer fördjupa oss i att beskriva utvecklingen och analysera läget i hälso- och sjukvårdssystemet med anledning av covid-19, baserat på data från 2020. En fristående fördjupande rapport med fokus på den omställning regioner och kommuner gjort och gör i spåren av pandemin avser även att komma separat.

Utöver den årliga publiceringen av Hälso- och sjukvårdsrapporten finns det sedan flera år tillbaka möjlighet att ta del av en mängd kvalitetsdata och annan data kring hälso- och sjukvården på webbplatsen Vården i siffror, med kontinuerlig uppdatering.

Genom aktuell rapport finns det möjlighet att sammanställa och uppmärksamma resultat från det gångna året. Syftet är att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården men även att skapa överblick och jämföra regioners resultat med varandra, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge nu är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för regionerna i deras ledning, styrning och verksamhetsutveckling, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Fokus i den här rapporten sätts på sju olika, breda teman. Mer diagnosspecifika jämförelser och resultat återfinns på Vården i siffror.

Stockholm, juni 2020

Fredrik Lennartsson

Direktör, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner

## Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
Rapportens resultat i korthet .....	6
<b>Inledning</b> .....	<b>8</b>
Rapportens innehåll och upplägg.....	9
<b>Patienters och befolkningens syn på vården</b> .....	<b>10</b>
Fler anser att de har tillgång till den vård de behöver .....	10
Patienter upplever ett bättre bemötande och helhetsintryck .....	12
Behov av vård som inte tillgodoses.....	13
Resultattablå .....	16
<b>Tillgänglighet och väntetider</b> .....	<b>17</b>
Vårdgaranti för primärvård med ny mätning sker.....	17
Väntetider under 2019 - inget trendbrott i specialiserad vård .....	18
Antalet nybesök ökar, men väntan till besök eller behandling .....	19
Vårdförlopp i cancersjukvård – fler patienter ingår, men färre når ledtidsmål ...	20
Patienter positiva till sjukvårdens tillgänglighet – befolkningen något mer skeptisk .....	21
Resultattablå .....	22
<b>Säker vård</b> .....	<b>23</b>
Strukturerad journalgranskning .....	23
Vårdrelaterade infektioner .....	25
Överbeläggningar .....	26
Punktprevalensmätningar av vårdskador .....	28
Resultattablå .....	30
<b>Resultat för stora sjukdomsgrupper</b> .....	<b>31</b>
Sjukdomsförekomsten minskar för viktiga sjukdomar .....	31
Färre påverkbara dödsfall .....	32
Bättre resultat vid stroke och hjärtinfarkt.....	32
Överlevnaden vid cancer ökar .....	34
PROM – när patienten själv bedömer behandlingens resultat .....	35
Resultattablå .....	36
<b>Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer</b> .....	<b>37</b>
Målnivåer nås oftast inte, men förbättringar sker .....	37
Måluppfyllelsen för stroke och hjärtinfarkt ökar .....	38
Cancersjukvårdens målnivåer - en blandad bild .....	40

Resultattabla .....	42
<b>Ekonomiska resultat och kostnader .....</b>	<b>43</b>
Starkt resultat som till stor del förklaras av jämförelsestörande poster .....	43
Resultaten förbättrades i nära hälften av regionerna .....	44
Finansiella poster stärker resultaten i nästan alla regioner .....	45
Högre resultat 2019 stärker finansieringen av investeringar .....	46
Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP är konstant .....	48
Resultattabla .....	50
<b>Kompetensförsörjning .....</b>	<b>51</b>
Rekryteringsutmaningen .....	51
Ingen flykt från hälsa- och sjukvården .....	52
Fler jobbar heltid, arbetar även efter 65 .....	52
Utbildning .....	54
Användning av inhyrd personal .....	55
Sjukfrånvaro .....	55
Hållbart medarbetarengagemang .....	56
Resultattabla .....	57
<b>Bilaga 1 Metodbeskrivning för resultattablaer .....</b>	<b>58</b>

# Sammanfattning

Denna rapport beskriver hälso- och sjukvårdens läge och utvecklingen till och med 2019, med en rad olika kvalitets- och andra mått.

Allt tyder på att covid-19-pandemin har haft mycket stor påverkan på hälso- och sjukvården, särskilt när det gäller planerad vård och behandling som ställts in för att frigöra resurser. I andra avseenden är det inte självklart att och hur kvaliteten påverkats, utan detta kommer att behöva belysas i kommande uppföljningar. Vården vid hjärtinfarkt, eller vid cancer, kan vara exempel på detta.

Effekterna av covid-19-pandemin syns inte i den här rapporten, som i första hand baseras på data till och med 2019. Rapporten har fokus på att beskriva den situation som rådde innan pandemin. Innehållet kan därför ses som en utgångspunkt för de analyser som görs om pandemins effekter baserat på kommande data.

I den här rapporten beskrivs läget och utvecklingen till och med 2019, med utgångspunkt i sju tematiska avsnitt. Det berör perspektiv så som patienterfarenheter, tillgänglighet, patientsäkerhet, resultat för stora sjukdomsgrupper, måluppfyllelse gentemot riktlinjer, ekonomi och kompetensförsörjning.

## Rapportens resultat i korthet

**Tillgänglighet och väntetider enligt vårdgarantin är en fortsatt utmaning, men de flesta invånarna anser att de har tillgång till den vård de behöver**

Tillgängligheten till primärvården kan beskrivas som god utifrån den nya vårdgarantin om tillgång till medicinsk bedömning inom 3 dagar.

Det finns fortsatta utmaningar när det gäller tillgängligheten till specialiserad vård. Andelen som väntat längre än 90 dagar vid nybesök till läkare och operation har ökat sedan 2014 och under 2019 skedde inga större förändringar jämfört med föregående år. Andelen nybesök och operationer som genomfördes inom 90 dagar från beslut har försämrats något mindre sedan 2014 och är i stort sett oförändrade under 2019.

För de flesta av de standardiserade vårdförloppen minskade andelen som genomfördes inom de angivna ledtiderna. Av de 20 största vårdförloppen har en förbättring skett för tre, fyra hade en oförändrad andel medan för resten var det en försämring.

En stor, och ökande, andel av invånarna anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Samtidigt sjunker invånarnas förtroende för sjukvården i sin helhet något jämfört med tidigare år.

### **Färre insjuknar och sjukvården räddar fler liv**

Sjukdomsförekomsten av hjärtinfarkt och stroke har minskat kraftigt och ökningen av antalet cancerfall har brutits under senare år.

Förbättrad sjukdomsförebyggande behandling har lett till att risken att senare drabbas av ny stroke eller ny hjärtinfarkt har minskat. Det är också en tydlig trend att femårsöverlevnaden vid cancer ökat under de senaste tjugo åren, även om resultaten skiljer sig åt mellan olika cancerformer.

Det har skett en kraftig minskning av den sjukvårdsrelaterade påverkbara dödligheten de senaste tjugo åren.

Det finns tecken på en viss minskning av vårdskador inom den somatiska slutenvården. Samtidigt sker en fortsatt ökning av överbeläggningar. Andelen utlokaliserade patienter ökar dock inte jämfört med föregående år.

### **Ansträngd ekonomi för många regioner**

Kostnadsökningar i regionerna ger svaga ekonomiska resultat. I nio av 21 regioner förbättrades dock resultaten mätt i kronor per invånare under 2019. Den totala hälso- och sjukvårdsutgiftens andel av BNP har varit konstant under de senaste åren, trots ökade kostnader i regionerna.

### **Fler arbetar längre**

Att flera anställda arbetar mer och längre är viktigt för kompetensförsörjningen. Under åren 2005 till 2019 har antalet anställda över 65 år i regionerna ökat från 3 000 till 17 000 personer. Även andelen heltidsarbetande ökar, från 63 procent 2009 till 70 procent 2019.

# Inledning

För tredje året i rad publicerar Sveriges Kommuner och Regioner rapporten - *Hälso- och sjukvårdsrapporten – Öppna jämförelser*. Påverkan från pandemin präglar nu hälso- och sjukvården. Årets rapport avser dock att beskriva utvecklingen och läget i hälso- och sjukvårdssystemet innan pandemins intågande. Fokus är att uppdatera förra årets rapport baserat på 2019 års data, utan ambition om fördjupning eller analys kopplat till pandemins effekter på hälso- och sjukvårdssystemet. En kommande fristående rapport avser att beskriva utvecklingen och analysera läget i hälso- och sjukvårdssystemet med anledning av covid-19, baserat på data från 2020.

Syftet med *Hälso- och sjukvårdsrapporten – Öppna jämförelser* är att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Det gäller till exempel tillgänglighet, kostnader, patienternas erfarenheter och befolkningens syn på sjukvården, men också patientsäkerhet och medicinska resultat för stora sjukdomsgrupper.

Ett annat syfte är att genom resultatöversikter på olika områden skapa överblick och jämföra regioners resultat med varandra, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge nu är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för regionerna, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

En rad ytterligare jämförelser och resultat återfinns på webbplatsen *Vården i siffror*, [vardenisiffror.se](http://vardenisiffror.se). Statistiken i *Vården i siffror* kommer framför allt från de många diagnos- eller behandlingsbaserade nationella kvalitetsregistren. Men data hämtas också från andra insamlingar, som till exempel Nationell Patientenkät, Hälso- och sjukvårdsbarometern, Väntetider i vården och Socialstyrelsens hälsodataregister.

Ambitionen från SKR är att tillhandahålla en bred beskrivning av hälso- och sjukvårdens utveckling med hjälp av kvalitets- och andra data, i digitala och andra rapportformat. Snabb återföring av resultat är viktigt för regionernas planering och prioriteringar. Rapporteringen med bas i data från *Vården i siffror* blir därmed ett komplement till andra utvärderings-, analys- och lägesrapporter om hälso- och sjukvården som SKR och olika myndigheter publicerar.



## Rapportens innehåll och upplägg

Rapporten delas in i sju tematiska områden, med kortfattad beskrivning av utveckling:

- Patienters och befolkningens syn på vården
- Tillgänglighet och väntetider
- Säker vård
- Resultat för stora sjukdomsgrupper
- Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer
- Ekonomiska resultat och kostnader
- Kompetensförsörjning

För respektive tema finns en tillhörande färglagd resultattabla. I tablan redovisas samtliga regioners samt rikets resultat för ett urval mått och indikatorer. Senast tillgängliga data används, som regel 2019. Ingen sammanvägd ranking görs, vare sig inom ett tema eller totalt. Källorna är framförallt Socialstyrelsens hälsodataregister, nationella kvalitetsregister och de olika datainsamlingar SKR genomför tillsammans med regionerna.

I metodavsnitt (bilaga 1) beskrivs hur resultattablåerna tagits fram och vad färgsättningen betyder.

Allt underlagsdata finns i en Excel-fil på [skr.se](http://skr.se), tillsammans med ett presentationsmaterial i PowerPoint. Aktuell PDF-rapport finns även som rapport på [vardenisiffror.se](http://vardenisiffror.se)

Data i rapporten på Vården i siffror kommer att uppdateras löpande.

Vissa mått, främst de som avser regionernas ekonomiska ställning och personal- och arbetsgivarfrågor, finns enbart i Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada.

Temat och resultattabla för *Nära vård – omställningen*, som fanns med förra året, har tagits bort eftersom det pågår andra arbeten om hur denna uppföljning ska ske.

# Patienters och befolkningens syn på vården

Uppföljning, analys och dialog utifrån patienters och invånares erfarenheter och förväntningar på hälso- och sjukvården är en ovärderlig källa till kunskap och avgörande för att driva kontinuerlig kvalitetsförbättring. Ökningen av kroniska sjukdomar tillsammans med bättre möjligheter att hantera dem och förlänga liv ställer högre krav på ett mer personcentrerat hälso- och sjukvårdssystem. Trots detta mäts patientrapporterade mått fortfarande i relativt låg utsträckning. OECD sammanfattar i sin rapport Health at a Glance 2019 att ”vårdens kvalitet förbättras avseende säkerhet och effektivitet, men mer fokus bör läggas på patientrapporterade resultat och upplevelser”.

Resultat såsom överlevnad och livslängd är viktiga, men de tar ibland fokus från en rad andra saker som värderas av patienter som till exempel smärta, funktion och livskvalitet samt upplevelsen av själva vården. Samtliga regioner har enats om att detta är ett viktigt utvecklingsområde och samverkar sedan 2018 inom ramen för det Nationella systemet för kunskapsstyrning för en utvecklad uppföljning av både befolkningens och patienternas syn på hälso- och sjukvården.

I det ansträngda läget som hälso- och sjukvården befinner sig i med anledning av covid-19-pandemin blir det framöver fortsatt viktigt att följa och förstå patienter och befolkningens förtroende för, attityder till och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Kunskap kring detta är viktiga parametrar för att förstå hur invånarna betar sig, om de litar på att få den hjälp de behöver, om man har avstått från att söka vård etc.

Aktuellt avsnitt avser att fånga patienters och invånarnas uppfattning av hälso- och sjukvården under i första hand 2019, innan påverkan på olika sätt av pandemin.

## **Fler anser att de har tillgång till den vård de behöver**

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning med syftet att fånga befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Befolkningens syn på hälso- och sjukvården är ett viktigt perspektiv att ha med i arbetet med att planera, leda, styra och förbättra regionernas verksamhet. Att följa upp befolkningens förtroende, upplevelse av tillgång till sjukvård och inställningar i olika frågor är en viktig del för att kunna föra en demokratisk dialog och identifiera förbättringsområden. Hur invånarnas uppfattning utvecklar sig över tid är även intressant i relation till förändringar som görs, både lokalt och nationellt, i form av olika beslut, reformer och insatser som syftar till att förbättra för befolkningen.

2019 års resultat visar att en ökande andel av invånarna i Sverige anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver och generellt upplevs tillgången till hälso- och sjukvården som god. I riket är det 84 procent som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Det är en ökning med tre procentenheter mot föregående år.

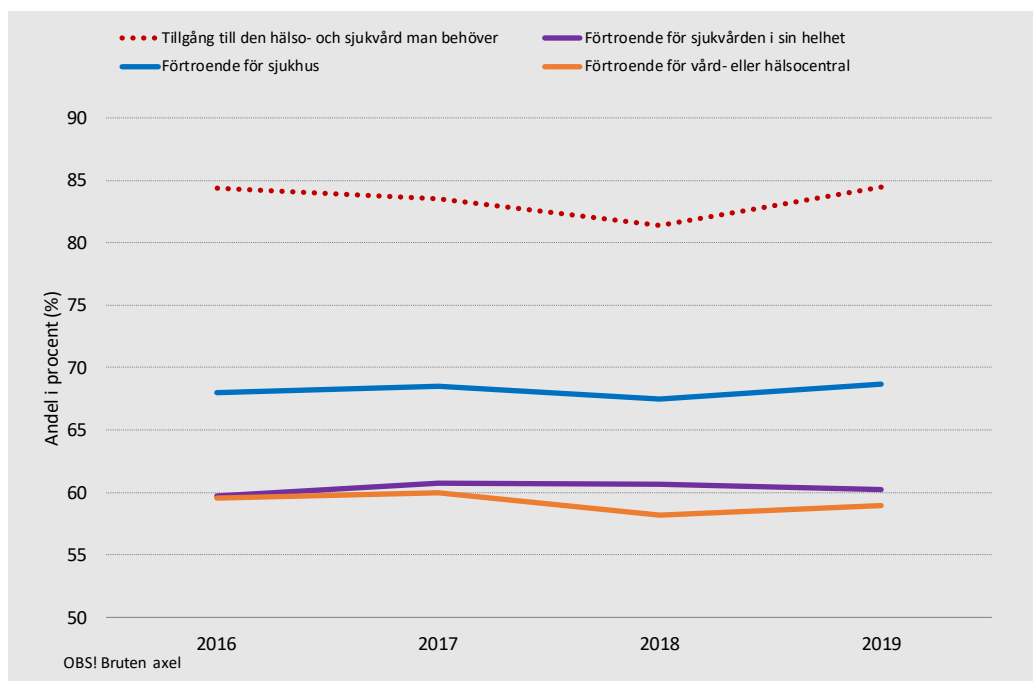
Förtroendet för vårdcentraler respektive sjukhusen har ökat något från föregående år till 59 respektive 69 procent. Förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet ligger ganska konstant men har minskat en procentandel från 2018, till 60 procent positiva svar 2019.

När det gäller förtroende för hälso- och sjukvården är det relativt stora regionala skillnader. Det är även stor skillnad beroende på upplevt allmänt hälsotillstånd. Bland de som upplever att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd svarar två av tre att de har förtroende för hälso- och sjukvården. Motsvarande andel bland dem som har ett dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd är en av tre. För denna grupp har andelen med förtroende minskat med sex procentenheter under 2019, till 35 procent.

Närmare hälften, 48 procent, av invånarna anser att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus i sin egen region är rimliga. Det är en uppgång med tre procentenheter sedan den förra mätningen. Även när det gäller väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler har invånarna fått en mer positiv uppfattning jämfört med för ett år sedan. Andelen som anser att väntetiderna är rimliga har ökat från 58 procent 2018 till 62 procent i 2019 års undersökning.

Uppfattningen om väntetiderna i den egna regionen skiljer sig stort över landet. Om man ser till åldersgrupper ökar andelen som instämmer i att väntetiderna är rimliga med stigande ålder. Andelen med en positiv uppfattning i frågorna är högst bland de som är 70 år eller äldre.

**Diagram 1. Befolkningens förtroende för sjukvården och syn på sin tillgång till sjukvård 2016-2019. Andel positiva svar.**



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

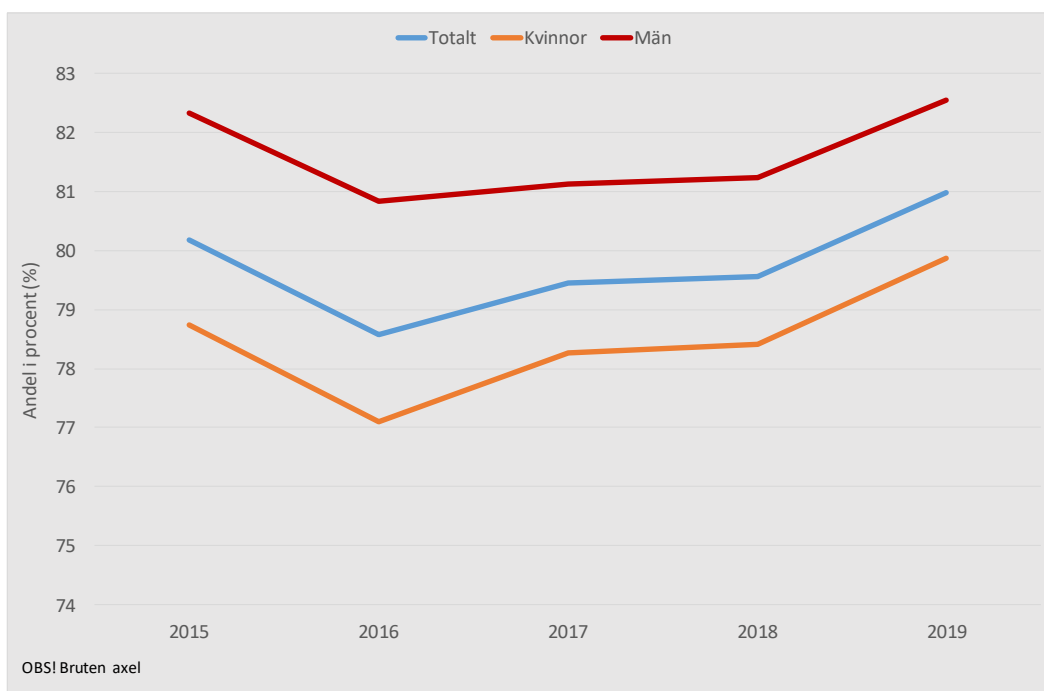
## Patienter upplever ett bättre bemötande och helhetsintryck

Nationell patientenkät är en av Sveriges största undersökningar och varje år tillfrågas närmare 700 000 personer om sina upplevelser av hälso- och sjukvården. Syftet med Nationell patientenkät är i första hand att resultaten ska ligga till grund för lokalt förbättrings- och utvecklingsarbete utifrån ett patientperspektiv, men de ger även underlag för ledning och styrning på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Modellen för uppföljning utgår från frågeställningar som visat sig vara viktiga för patienterna. De nationellt gemensamma undersökningarna omfattar primärvård, somatisk öppen- och slutenvård, akutmottagningar, samt psykiatrisk öppen- och slutenvård. Undersökningarna genomförs vartannat år.

Överlag är en majoritet av patienterna positiva i sina svar om upplevelser de haft i hälso- och sjukvården. Under hösten 2019 genomfördes Nationell Patientenkät inom primärvården. I samtliga regioner hade helhetsintrycket förbättrats och framför allt upplevde patienterna att de blivit bättre bemötta. Det finns dock regionala skillnader och skillnader i hur män och kvinnor svarar.

Män är överlag mer positiva. Störst skillnader återfinns i svaren på frågorna om huruvida läkaren vid besöket ställt frågor om levnadsvanor såsom rökning, mat, motion och alkohol. Signifikant fler män uppger att de haft ett samtal med läkaren om detta. Även de allra äldsta (90+) sticker ut, för den gruppen är emotionellt stöd den viktigaste dimensionen.

**Diagram 2. Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning 2015-2019.**

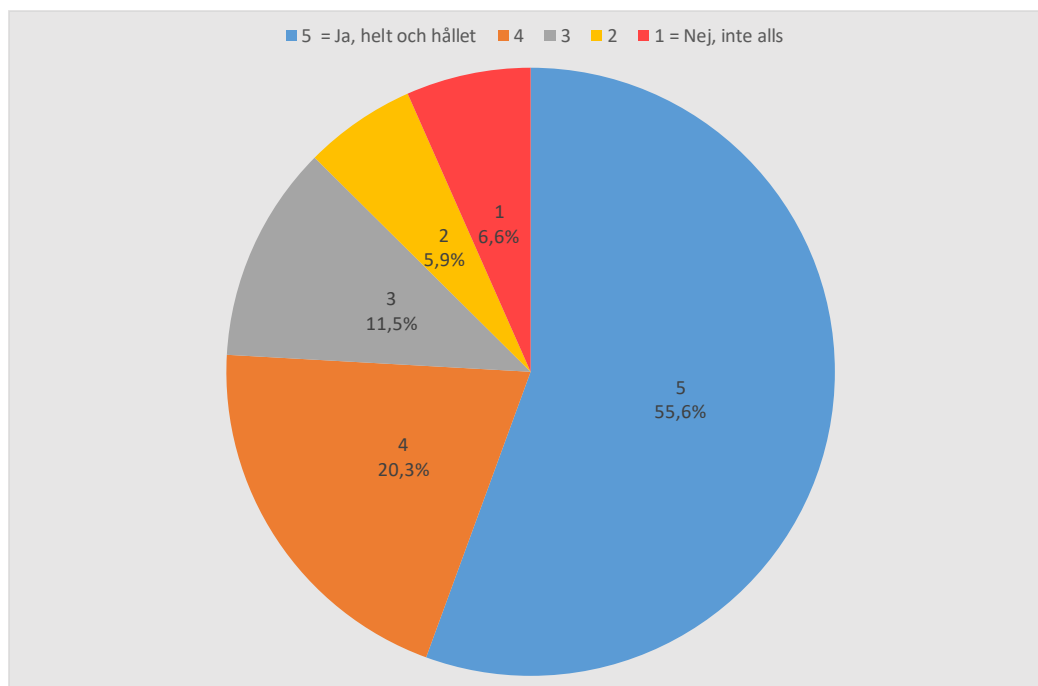


Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

### Behov av vård som inte tillgodoses

I Nationell Patientenkät ställs även frågan om man anser att det aktuella behovet av vård blivit tillgodosett. Närmare 13 procent av respondenterna i primärvården gav 2019 ett nekande svar. Detta är ett något bättre resultat än 2017 års undersökning men motsvarar på årsbasis ändå ett mycket stort antal besök. Skulle man översätta det till andelen av besök i primärvården på årsbasis så innebär det 2 miljoner besök där patienten uppfattar att ens behov av vård inte har tillgodosetts.

**Diagram 3. Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett.  
Primärvård 2019**



Källa. Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en fördjupad analys av svaren från Commonwealth Fund International Health Policy Survey<sup>1</sup>. I den konstaterar myndigheten att det behövs mer kunskap om varför vissa grupper har mindre positiva erfarenheter av vården. Deras analys visar att yngre patienter och patienter med låg självskattad hälsa upplever sina möten med vården som sämre än andra. Analysen visar också att patienter med högre inkomster i större utsträckning har en fast läkarkontakt. Det är, menar Vårdanalys, problematiskt ur jämlikhetssynpunkt, eftersom patienter med en regelbunden vårdkontakt har bättre erfarenheter av vården. För att tillgodose alla patienters behov av god vård och ett gott bemötande, utifrån patienternas individuella förutsättningar, behöver kunskapen öka om vad det är som gör att olika grupper har så olika erfarenheter av vården.

<sup>1</sup> Vården ur befolknings perspektiv, Vårdanalys, 2016  
<https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016/>

Liknande slutsatser dras även i två andra studier från Vårdanalys; Förnuft och känsla<sup>2</sup>, från 2018 samt Med örat mot marken<sup>3</sup>, från 2019. Upplevelse av brister i tillgänglighet, kontinuitet och relationella faktorer som att bli lyssnad på och få tillräckligt med tid i mötet med vården är enligt dem vanliga skäl till att ha ett lågt förtroende. Dessa områden brukar framhållas som svagheter i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet generellt.

---

<sup>2</sup> Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende hälso- och sjukvården, Vårdanalys 2018  
<https://www.vardanalys.se/rapporter/fornuft-och-kansla/>

<sup>3</sup> Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården, Vårdanalys, 2019 <https://www.vardanalys.se/rapporter/med-orat-mot-marken/>

## Resultattabla

Resultattablån består av 10 indikatorer inom området Patienters och befolkningens syn på vården. Indikatorerna är hämtade från Hälso- och sjukvårdsbarometern samt Nationell patientenkät (NPE) - Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser 2019 med undantag för indikatorerna H och I som avser 2018.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	84,3	60,8	67,6	59,7	65,1	25,4	80,6	88,5	87,7	85,6
Uppsala	85,7	61,8	68,5	60,3	65,3	19,4	82,1	90,0	86,2	88,0
Sörmland	85,1	57,0	61,0	60,4	63,8	20,4	80,8	87,4	83,9	86,0
Östergötland	85,4	64,4	75,7	57,9	64,6	22,5	79,9	89,9	89,2	87,5
Jönköpings län	92,0	76,0	79,2	72,4	61,9	23,0	82,7	90,7	89,6	86,8
Kronoberg	86,3	62,8	71,1	61,6	67,7	19,3	82,8	89,9	88,4	86,6
Kalmar län	87,5	68,6	75,2	66,6	61,1	15,7	84,6	91,6	91,2	87,3
Gotland	86,3	63,3	75,1	57,6	71,6	23,3	80,0	90,4	92,6	89,0
Blekinge	84,1	61,0	70,8	58,4	67,5	19,0	77,9	90,3	88,0	88,1
Skåne	82,9	56,2	66,4	56,3	61,7	20,7	80,7	89,6	87,0	87,5
Halland	89,5	70,9	76,1	67,8	68,3	17,2	84,6	92,1	89,8	89,4
Västra Götaland	82,7	55,6	67,5	54,6	64,3	20,7	79,7	89,5	87,0	85,9
Värmland	84,5	59,4	68,7	57,1	64,9	20,0	81,9	89,7	88,8	88,3
Örebro län	86,0	66,9	76,5	58,6	66,7	24,5	78,4	90,4	89,5	88,0
Västmanland	85,1	62,5	69,8	57,3	64,2	19,8	77,9	89,9	87,2	86,3
Dalarna	83,0	59,6	70,3	57,9	56,9	18,8	81,6	90,8	90,2	87,1
Gävleborg	84,6	52,2	58,2	60,4	62,2	18,9	82,9	88,9	85,8	87,3
Västernorrland	80,3	51,3	58,1	55,0	65,4	15,5	79,9	89,7	88,2	84,2
Jämtland Härjedalen	84,3	61,4	68,9	64,0	71,5	19,4	85,6	89,5	89,9	85,5
Västerbotten	87,1	66,5	75,1	62,8	75,4	20,2	81,4	89,7	90,6	86,3
Norrbottnen	80,6	56,0	61,3	56,7	57,6	19,2	80,4	88,4	89,4	92,8
<b>Riket</b>	<b>84,5</b>	<b>60,2</b>	<b>68,7</b>	<b>59,0</b>	<b>64,4</b>	<b>21,5</b>	<b>81,0</b>	<b>89,7</b>	<b>88,1</b>	<b>86,9</b>

**Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser:** Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gul-tonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver, %	F Förtroende för digitala vårdbesök
B Förtroende för sjukvården i sin helhet, %	G Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning, index
C Förtroende för sjukhus, %	H Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en öppenvårdsmottagning på sjukhus, index
D Förtroende för vård- eller hälsocentral, %	I Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagd på sjukhus, index
E Förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon, %	J Positivt helhetsintryck hos patienter standardiserat vårdförlopp cancer, index



## Tillgänglighet och väntetider

Tillgänglighet och väntetider lyfts ofta fram som utmaningar inom den svenska hälso- och sjukvården, medan kvaliteten i andra avseende beskrivs som hög. Att förbättra tillgängligheten har därför varit en högt prioriterad fråga i många år, bland annat med hjälp av nationella vårdgarantier.

Sjukvårdens tillgänglighet påverkas av flera aspekter än väntetider, flera som är svåra att mäta och som inte fångas av vårdgarantier för nybesök. Patientavgifter, geografiska avstånd och språkliga barriärer kan spela roll, liksom patienternas förväntningar. Det finns en tillgänglighetsaspekt även vid kronisk sjukdom, men här beskrivs främst aspekter av tillgänglighet som mäts inom ramen för vårdgaranti.

De tillgänglighetsmått som idag förekommer på Vården i siffor kan användas för att ge en grov bild av den aktuella trenden, till och med 2019. Av närmare 120 tillgänglighetsmått hade 65 procent försämrats, jämfört med året innan. Dessa är inte utvalda för att ge en samlad överblicksbild, men kan säga något om trenden inför 2020, innan pandemin förändrade villkoren för hälso- och sjukvården.

### **Vårdgaranti för primärvård med ny mätning sker**

Alla som ringer ska få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag enligt den nationella vårdgarantin. Mätningen av andelen besvarade telefonsamtal i primärvården visar på stabila och höga resultat, där 89 procent av samtalen besvarades hösten 2019.

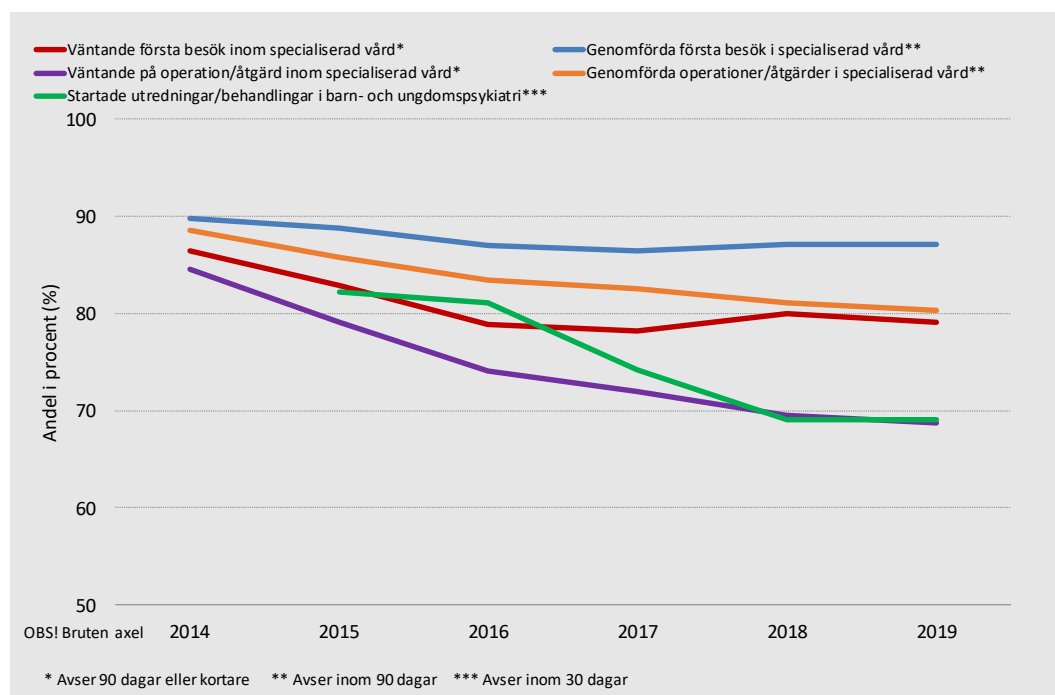
Den nya vårdgarantin för primärvård, som började gälla 1 januari 2019, innebär att en person som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen kan ske genom fysiskt besök eller distansbesök av legitimerad personal. För helåret 2019 finns inte data för alla regioner, men i det som har rapporterats in i mars 2020 var det cirka 80 procent av alla patienter som fick medicinsk bedömning inom 3 dagar. Det avser samtliga typer av mottagningar, inte bara läkarbesök.

## Väntetider under 2019 - inget trendbrott i specialiserad vård

Tillgängligheten till planerade behandlingar samt för nybesök till läkare i specialiserad vård fångas genom två slag av summerande överblicksmaat, andelen patienter som genomfört eller väntat på besök respektive behandling inom vårdgarantitidens 90 dagar. En försämring av utfallet har skett sedan 2014, men mellan 2018 och 2019 är förändringarna små.

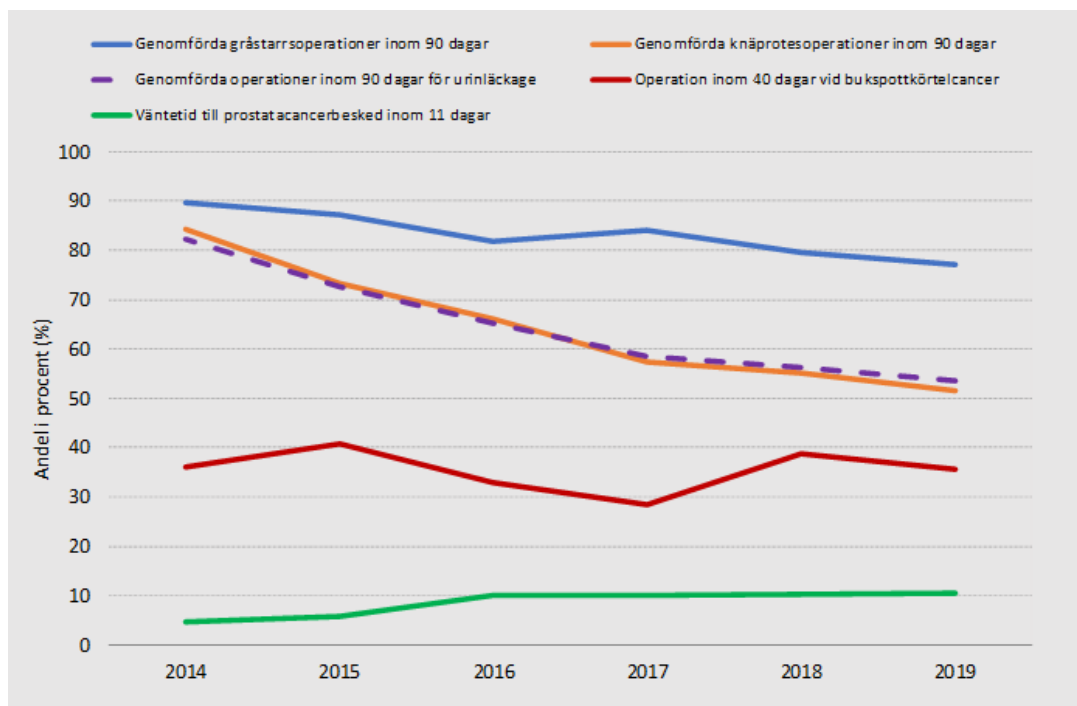
Det är viktigt att inte enbart se på de summerande måtten, utan även se på specifika operationstyper och diagnoser. I ett separat diagram nedan visas som exempel väntetidsutvecklingen för några olika specifika sjukdomar och behandlingar, hämtade från både kvalitetsregister och den nationella väntetidsmätningen.

**Diagram 4. Andel som når vårdgarantins tidsgränser - besök och operationer/åtgärder i specialiserad vård samt startade utredningar och behandlingar i barn- och ungdomspsykiatri, 2014-2019.**



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Regioner

**Diagram 5. Andel som når vårdgarantins tidsgränser respektive andra väntetidsmål för ett urval operationer och behandlingar, 2014-2019**



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Regioner, Nationella prostatacancerregistret (NPCR) samt Nationellt kvalitetsregister för bukspottkörtelcancer

### **Antalet nybesök ökar, men väntan till besök eller behandling**

Väntetidernas utveckling påverkas bland annat av sjukvårdens kapacitet. Det finns inget etablerat mått på kapacitet, men den nationella väntetidsmätningen ger en bild av hur antalet besök och operationer utvecklats de senaste åren, hos de enheter som ingår i rapporteringen.

Antalet genomförda planerade operationer har minskat något mellan 2014 och 2019. Samtidigt har antalet väntande till operationer ökat med 16 procent. Antalet genomförda nybesök inom den specialiserade vården har ökat med närmare 20 procent. Trots det har antalet väntande samtidigt ökat med 15 procent, mellan december 2014 och december 2019. Det innebär, enligt denna grova bild, att volymerna genomförda besök och behandlingar inte har ökat i den grad som krävs för att täcka vårdbehovet. Med konsekvensen att fler får vänta, både till behandling och till nybesök.

## Vårdförlopp i cancersjukvård – fler patienter ingår, men färre når ledtidsmål

Inom cancervården har för cirka 30 olika cancertyper så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF) införts. I ett SVF beskrivs för olika cancerdiagnoser de utredningar och första behandlingar som ska göras vid välgrundad misstanke om cancer, liksom vilka tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder och för hela förloppet. Tidsgränserna varierar mellan diagnoser och behandlingar.

Inklusionsmålet för SVF cancer innebär att 70 procent av alla cancerpatienter ska utredas enligt SVF. Detta mål uppfylldes redan 2018 och under första halvåret 2019 inkluderades 74 procent av alla patienter med nydiagnostiserad cancer (inom aktuella diagnoser) i ett SVF. Det innebär att de flesta cancerpatienter utreds på ett enhetligt och kvalitetssäkrat sätt i Sverige. Några få regioner når dock inte upp till målet.

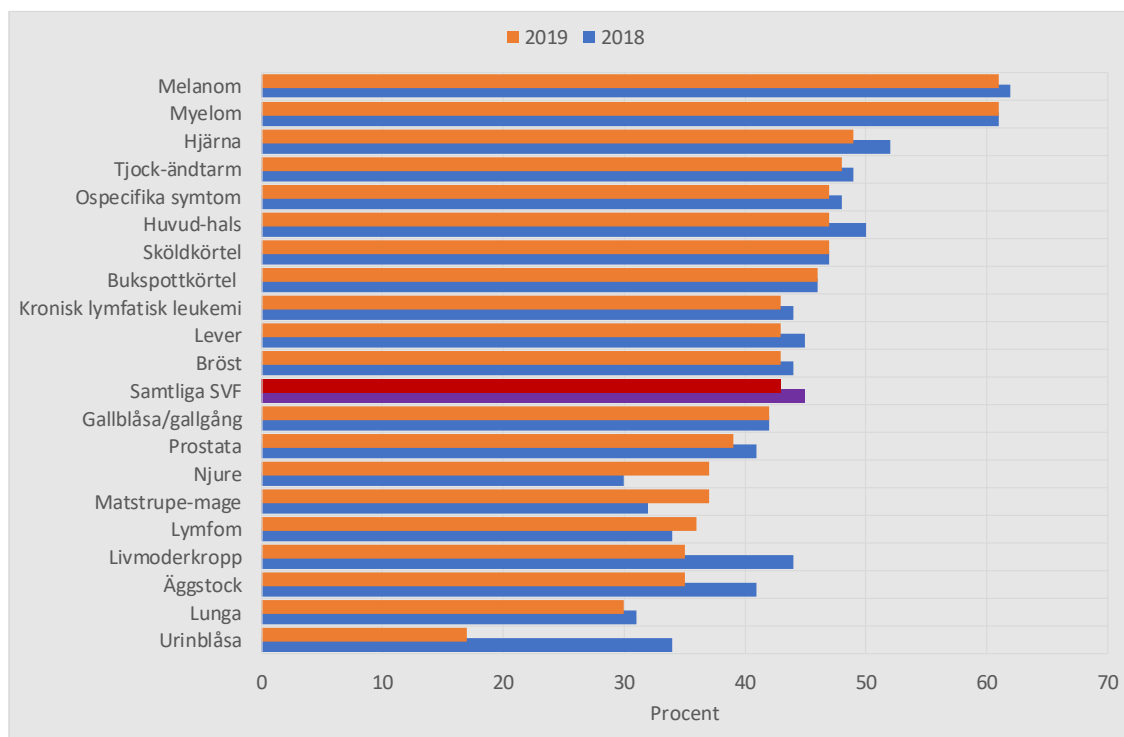
Andelen SVF som fullföljdes inom den maximala ledtiden under 2019 visas i diagram 6, för SVF som avslutats med att behandling startats. Målet är att minst 80 procent av alla patienter med cancer som utretts inom ett SVF ska starta behandling inom den angivna tiden. Jämfört med 2018 har under 2019 en förbättring skett för tre diagnoser, fyra har en oförändrad andel och för de 13 övriga är andelen som når målet lägre. I de flesta fall är förändringarna små.

Socialstyrelsen har följt upp införandet av SVF. I en rapport från 2019<sup>4</sup> skriver man att förutsättningarna för en jämlik cancervård har stärkts genom SVF-införandet, medan väntetiderna nationellt sett påverkats i begränsad omfattning för majoriteten av förloppen.

---

<sup>4</sup> Standardiserade vårdförlopp i cancervården – Sammanfattning och samlad bedömning, Socialstyrelsen, 2019, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-1-och-7-sammanfattande-bedomning.pdf>

**Diagram 6. Andel patienter som genomgått SVF inom den angivna ledtiden för de 20 största SVF, 2018 och 2019.**



Källa: Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC)

### **Patienter positiva till sjukvårdens tillgänglighet – befolkningen något mer skeptisk**

Patienter ger bland annat sin syn på tillgänglighet i Nationell patientenkät. Patienters svar på frågor om upplevelse av tillgänglighet efter besök i primärvård summerade till ett indexvärde på 83 av 100 för 2019, vilket är en ökning med drygt 1,5 procentenheter jämfört med 2018. Skillnader mellan regionerna är förhållandevis små.

I befolkningsenkäten Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2019 (en enkät som går ut till befolkning oavsett om man besökt vården eller ej) svarade 62 procent att väntetiderna till besök på vårdcentral eller hälsocentral är rimliga. En ökning från 58 procent 2018. Det är därmed en återhämtning i resultaten under 2019 jämfört med året innan, men det ligger ändå på en lägre nivå jämfört med 2016 och 2017 då andelen positiva i riket var 65 respektive 63 procent.

För sjukhusen är andelen positiva lägre. Här svarar färre än hälften att de uppfattar att väntetiderna till sjukhusvård är rimliga. Det skedde en ökning i resultaten under 2019, till 48 procent från 45 procent året innan. Det är dock fortfarande en lägre siffra jämfört med 2016 och 2017, då det låg på 51 respektive 50 procent för riket.

## Resultattabla

Resultattablan består av 12 indikatorer inom området Tillgänglighet. Indikatorerna är hämtade från Väntetider i Vården, Nationell patientenkät samt Hälso- och sjukvårdsbarometern – Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser i första hand 2019 (halvårsdata förekommer) med undantag för Nationell patientenkät avseende öppenvårdsmottagning på sjukhus (2018) och medicinsk bedömning (mars 2020).

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	90,7	96,3	89,0	91,7	84,9	96,8	80,5	82,6	88,8	58,2	49,3	94,3
Uppsala	74,8	81,3	80,9	79,3	72,3	72,5	76,0	82,7	89,4	57,4	43,0	87,8
Sörmland	74,7	83,1	67,3	75,6	69,2	69,9	84,6	82,5	86,4	63,4	45,9	82,5
Östergötland	79,5	89,0	80,8	82,9	74,1	97,8	42,9	83,4	88,7	65,5	52,1	84,1
Jönköpings län	84,2	88,7	87,7	86,2	88,6	95,3	24,8	84,7	89,3	79,7	63,5	97,0
Kronoberg	82,5	86,6	81,6	84,4	77,7	92,8	34,5	85,2	89,1	68,4	52,4	91,5
Kalmar län	81,6	83,1	82,5	79,8	79,8	96,1	51,8	86,4	90,4	73,2	61,4	90,8
Gotland	85,0	91,9	76,7	88,2	81,3	84,1	95,8	83,3	90,0	67,1	61,3	96,5
Blekinge	71,9	77,5	84,9	75,2	85,3	98,9	62,4	81,2	88,5	69,3	54,9	84,8
Skåne	67,9	85,2	79,4	81,1	66,3	79,7	90,0	82,8	88,8	59,3	44,7	90,0
Halland	80,1	93,1	91,9	89,2	93,2	93,0	60,0	85,2	91,4	69,4	60,3	92,9
Västra Götaland	95,0	83,9	80,9	77,0	63,7	88,1	59,3	82,0	88,1	58,0	40,5	90,3
Värmland	70,2	70,9	70,0	67,5	55,7	95,2	54,9	81,5	88,5	60,2	46,4	84,4
Örebro län	85,3	81,2	68,3	82,1	63,9	93,1	45,8	81,3	89,0	63,1	50,0	86,7
Västmanland	85,8	82,3	87,0	78,9	73,4	87,8	32,2	82,0	88,7	67,2	50,1	
Dalarna	90,0	79,8	77,2	77,8	61,3	84,6	82,7	83,1	89,1	62,3	46,1	87,9
Gävleborg	70,0	81,6	80,8	61,0	62,6	85,8	46,7	85,5	87,4	70,1	48,0	87,0
Västernorrland	72,1	70,9	63,3	62,7	57,3	68,3	61,3	82,4	88,2	56,5	43,6	86,5
Jämtland Härjedalen	74,4	67,4	61,3	58,9	51,4	79,2		84,8	88,9	65,7	45,0	87,0
Västerbotten	64,8	75,3	72,4	77,9	64,2	79,8	33,7	84,2	88,5	65,8	49,3	77,1
Norrbotten	93,0	77,7	67,7	60,3	59,6	88,0	47,1	83,4	87,6	62,7	44,0	90,1
<b>Riket</b>	<b>79,9</b>	<b>87,1</b>	<b>80,3</b>	<b>79,1</b>	<b>68,8</b>	<b>89,7</b>	<b>69,1</b>	<b>83,0</b>	<b>88,7</b>	<b>61,9</b>	<b>47,9</b>	<b>88,6</b>

**Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser:** Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, samtliga legitimerade yrkesgrupper %	G	Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, %
B	Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård, %	H	Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning, index
C	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård, %	I	Positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt öppenvårdsmottagning på sjukhus, index
D	Väntande 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård, %	J	Rimlig väntetid till vård- eller hälsocentral, %
E	Väntande 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård	K	Rimlig väntetid till sjukhusvård, %
F	Genomförda första besök inom 90 dagar i allmänpsykiatrisk vård, %	L	Primärvårdens tillgänglighet per telefon, %

## Säker vård

Det primära målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska lidandet för patienter och närstående genom att minimera antalet vårdskador (undvikbara skador). Men det finns även starka ekonomiska skäl för en förbättrad patientsäkerhet. Ett aktivt patientsäkerhetsarbete med syfte att förebygga vårdskador har bedrivits under de senaste 10-15 åren, både i Sverige och internationellt. För en fortsatt positiv utveckling av patientsäkerheten behövs ett systematiskt och uthålligt arbete.

Regionerna bedriver med stöd från SKR ett antal olika aktiviteter; journalgranskningar för att identifiera skador och vårdskador, mätningar kring vårdhygien, förekomst av vårdrelaterade infektioner och trycksår. Dessutom mäts överbeläggningar och utlokaliseringar i slutenvården vid sjukhus.

Med anledning av de påfrestningar som covid-19-pandemin innebär för sjukvården blir det särskilt viktigt att fortsatt under 2020 följa i vilken mån patientsäkerheten påverkas och har påverkat för olika patientgrupper.

### VAD ÄR EN SKADA OCH VAD ÄR EN VÅRDSKADA?

I markörbaserad journalgranskning identifieras skador ur patientens perspektiv. En skada är ett oönskat resultat som ligger utanför det normala vårdförloppet. En del av dessa skador bedöms i efterhand som undvikbara det vill säga vårdskador. Vid till exempel hjärt-lungräddning kan det hända att revben knäcks. Det går inte att undvika. Med vårdskada menar vi undvikbara skador. Det kan vara att en patient får en allergisk reaktion när hen får penicillin. Om det finns en anteckning i journalen att patienten inte tål penicillin och patienten trots det, får det och därefter drabbas av en allergisk reaktion är det en vårdskada.

### Strukturerad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en viktig källa för att följa utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Metoden baseras på att man vid journalgranskning identifierar markörer, som kan tyda på en skada. Därefter bedöms det om det är en skada och om skadan i så fall var undvikbar, och därmed anses vara en vårdskada.

Under perioden 2013-2018 har närmare 90 000 journaler inom den somatiska sjukhusvården granskats. Vid lite drygt 7 procent av de granskade vårdtillfällena drabbades patienter av vårdskador. Det innebär att uppskattningsvis 100 000 patienter på svenska sjukhus 2018 drabbades av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. Detta är en minskning gentemot 2017, då man beräknade att cirka 110 000 patienter fick vårdskador. Minskningen beror både på att andelen

vårdtillfällena med vårdskador i MJG-mätningen minskar och att antalet vårdtillfällena i somatisk slutenvård minskar. I cirka 1 200 fall per år uppskattas vårdskadan bidra till att patienten avlider och i cirka 2 000 fall bidrar den till att patienter får bestående men av varierande allvarlighetsgrad.

För patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp är andelen patienter med skador högre än för dem som inte genomgått ett kirurgiskt ingrepp. Andelen patienter inom ortopedisk och allmänkirurgisk vård som får en vårdrelaterad infektion (VRI) efter ett kirurgiskt ingrepp är signifikant högre bland dem som är 80 år eller äldre. Konsekvensen av en VRI för en äldre patient blir många gånger allvarligare än för en yngre.

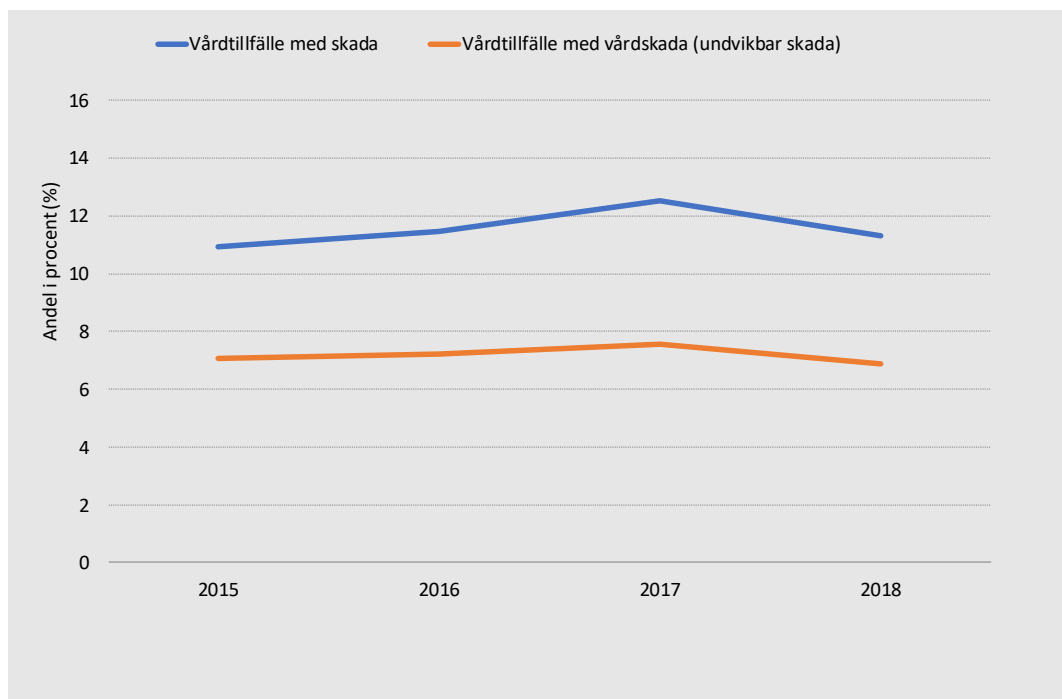
Äldre patienter genomgår idag stora kirurgiska ingrepp. I den postoperativa processen finns ett stort behov av ny kunskap om vilka åtgärder som är mest effektiva för att förebygga vårdrelaterad lunginflammation. Några åtgärder som tycks vara framgångsrika är: tidig mobilisering, hjälp med munhygien och snabb diagnos.

En fjärdedel av de 1 546 patienter som återinskrevs oplanerat inom 30 dagar 2018 hade skador. 75 procent av de patienter som återinskrevs var över 65 år. Den vanligaste skadan var vårdrelaterade infektion (VRI). Inom kirurgisk verksamhet var närmare hälften av skadorna VRI och en fjärdedel kirurgiska skador. För medicinsk verksamhet var VRI den vanligaste skadetyper, men läkemedelsskador, trycksår och fallskador var andra vanliga skadetyper.

Vårdtiden för patienter som fått en vårdskada är mer än dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada. Kostnaden för de extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas för 2018 till cirka 8 miljarder kronor.



**Diagram 7. Andel vårdtillfällen med skada respektive vårdskada 2015-2018, somatisk slutenvård.**



Källa: Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Regioner

### Vårdrelaterade infektioner

Även om antalet patienter som får vårdrelaterade infektioner (VRI) har minskat är det fortfarande omkring 57 000 patienter som varje år drabbas av VRI. Uppskattningsvis kan mellan en tredjedel och hälften av dessa skador förebyggas.

I cirka 1 300 fall per år bidrar VRI till att patienten avlider. Mellan 400 och 650 av dessa dödsfall bedöms vara undvikbara. VRI som bidrar till att patienten avlider är vanligast bland de äldsta patienterna. En signifikant skillnad finns mellan könen där män har den högsta andelen vårdtillfällen med allvarlig VRI. Medelvårdtiden för patienter som får en VRI är mer än dubbelt så lång som för patienter utan VRI (16,3 dagar respektive 6,2 dagar).

Förutom det lidande som VRI innebär för de drabbade patienterna bedöms kostnaderna för den extra vårdtid på sjukhus som till del beror på VRI till närmare 4,4 miljarder kronor vilket utgör drygt 6 procent av kostnaden för somatisk sjukhusvård. Ett framgångsrikt förebyggande arbete borde kunna reducera kostnaden med mellan 1,5 - 2,2 miljarder kronor årligen. Alternativt kan de frigjorda vårdplatserna användas för annan vård.

Andelen vårdtillfällen med VRI för utlokaliserade patienter är drygt 60 procent högre än för patienter som vårdas på en vårdenhet med specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

## Överbeläggningar

Överbeläggningar och utlokaliseringar innebär en ökad risk för vårdskador, framför allt för utlokaliserade patienter. Frekvensen vårdskador är 60-70 procent högre för utlokaliserade patienter. De vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner (VRI) och trycksår.

### VAD ÄR UTLOKALISERING RESPEKTIVE ÖVERBELÄGGNING

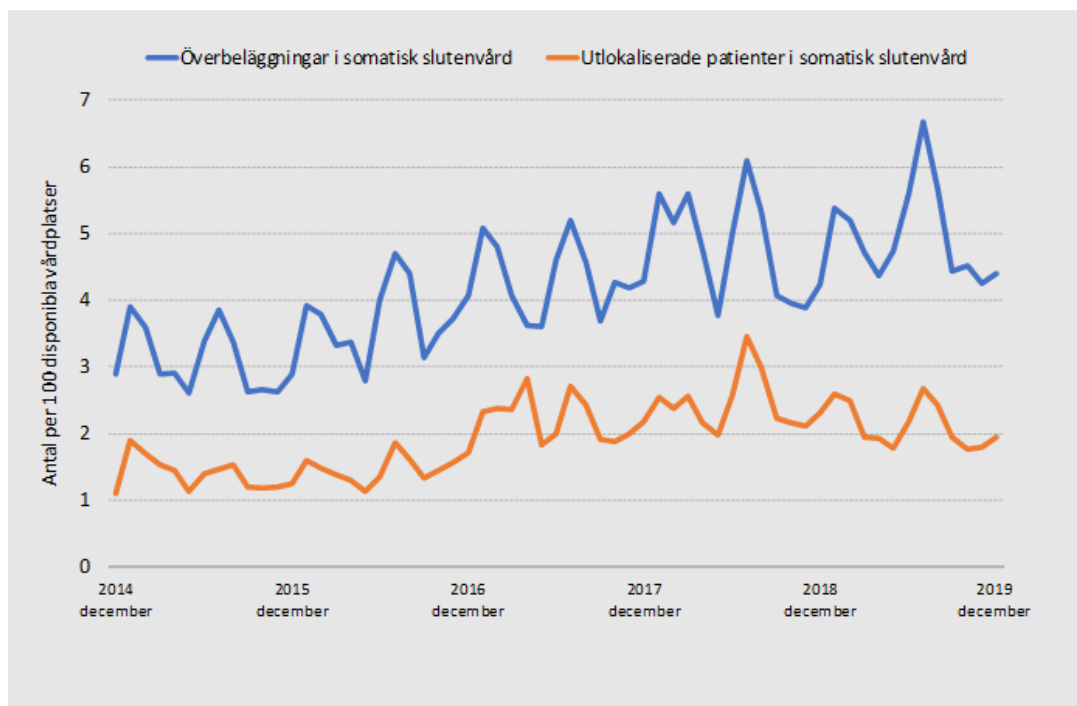
**Utlokaliserad patient** – en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

**Överbeläggning** - Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har SKR och Socialstyrelsen tillsammans med regionerna utvecklat en modell för att varje månad följa upp förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Utvecklingen kan följas på [vantetider.se](http://vantetider.se).

Sedan flera år har överbeläggningarna i somatisk slutenvård ökat. Utvecklingen sett till genomsnittet för helåret 2019 innebar inget positivt trendbrott, utan överbeläggningarna har ökat något. Andelen utlokaliserade patienter har dock minskat. Förändringarna är i båda fallen små.

**Diagram 8. Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser, december 2014-december 2019.**



Källa: Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Regioner

Om åtgärderna utlokalisering och överbeläggning måste användas ska det göras på ett sätt som minimerar riskerna för patienterna. Hur detta kan göras framgår i SKR:s rapport ”Ingen på sjukhus i onödan”<sup>5</sup>.

Socialstyrelsen har i en genomgång av den vetenskapliga litteraturen<sup>6</sup> även konstaterat att det finns ett samband mellan såväl otillräcklig bemanning som bristande kompetens och risk för vårdskador. Att andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador nu inte ökar, trots att somliga verksamheter har hög personalomsättning, kompetensbrist och vårdplatsbrist är positivt.

De senaste åren har antalet disponibla vårdplatser minskat i förhållande till befolkningens storlek<sup>7</sup>. Även under 2019 fortsatte minskningen av slutenvårdsplatser. Vårdplatsantalet är en viktig faktor, men behovet av

<sup>5</sup> Ingen på sjukhus i onödan, SKR, 2016

<https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/ingen-pa-sjukhus-i-onodan.html>

<sup>6</sup> Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen, 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>

<sup>7</sup> Verksamhetsstatistik, SKR, 2020

<https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html>

slutenvård påverkas även av hur väl det samlade hälso- och sjukvårds- och omsorgssystemet fungerar. Hittills har inte de olika insatserna i omställningen till nära vård medfört att överbeläggningarna minskat, i riket som helhet.

## **Punktprevalensmätningar av vårdskador**

Det finns vårdskadetyper som förekommer oftare än andra. Exempel på vanliga vårdskador är vårdrelaterade infektioner, fallskador, trycksår och läkemedelsrelaterade skador.

SKR administrerar nationella mätningar av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och trycksår. Mätningarna görs genom punktprevalensmätning (PPM), vilket innebär mätning av förekomst (prevalens) vid en bestämd tidpunkt.

Syftet är att ge vården ett stöd i patientsäkerhetsarbetet. Ofta är det brist på anpassningar i organisationen som är orsaken till att patienter skadas. Det kan handla om brister i följsamhet till rutiner, teknik, kommunikation och information.

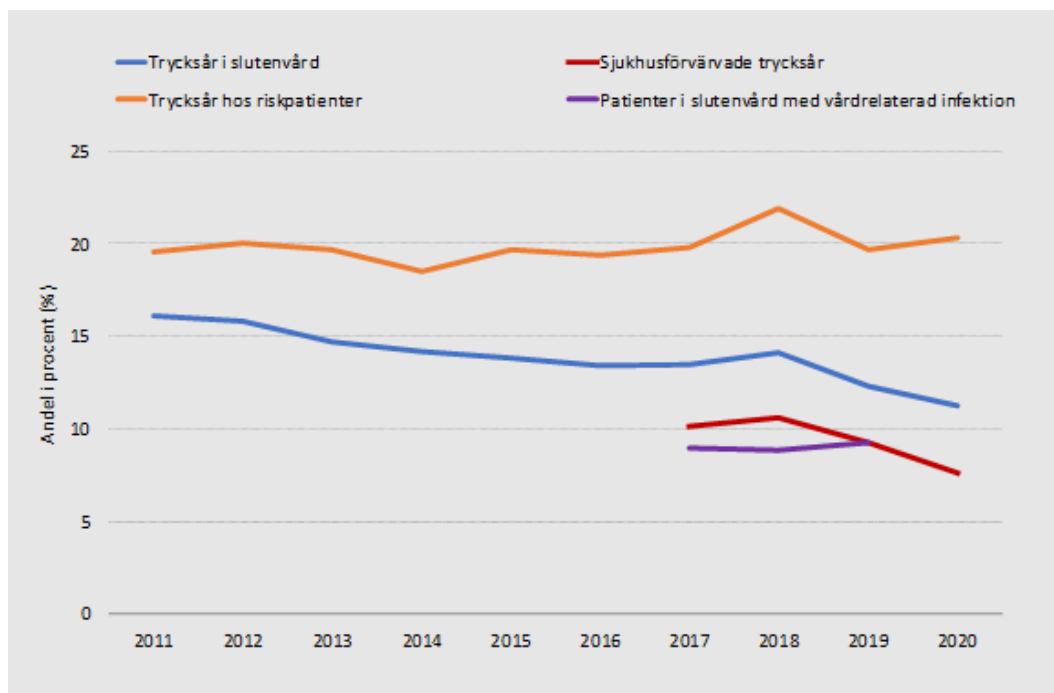
2020 års mätning av trycksår<sup>8</sup> visade på en nedgång i förekomsten av andelen trycksår totalt och andelen sjukhusförvärvade trycksår. Resultaten visade också fortsatta förbättringar i det förebyggande arbetet som kan ha bidragit till att andelen trycksår minskat. Mätningen visade dock att andelen trycksår hos patienter som bedöms ha en ökad risk för att få trycksår var något fler i denna mätning, 20,3 procent jämfört med 19,7 procent 2019.

---

<sup>8</sup> Resultat av mätning av trycksår, SKR, 2020

<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar/resultatmatningtrycksar.2125.html>

**Diagram 9. Andel patienter med trycksår och vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård 2011-2020. Avser punktprevalensmätning en viss tidpunkt.**



Källa: Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Regioner

## Resultattabla

Resultattabla består av 10 indikatorer inom området Patientsäkerhet. Indikatorerna är hämtade från Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser 2020 för indikatorer för trycksår men 2019 för övriga indikatorer.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	7,6	6,4	13,3	22,8	61,8	66,7	3,0	1,1	5,0	81,7
Uppsala	10,5	9,3	11,9	21,5	76,2	80,4	2,8	2,3	7,1	51,2
Sörmland	9,6	9,7	14,1	19,1			0,8	0,2	4,8	86,6
Östergötland	10,8	4,5	6,4		86,5	86,5	2,6	4,3	6,9	69,0
Jönköpings län	8,9	8,7	11,5	15,7	88,9	90,3	1,1	0,3	1,4	
Kronoberg	12,3	1,4	6,8	17,7	76,2	77,6	0,1	0,3	2,5	98,4
Kalmar län	10,5	1,9	4,0	19,4	71,9	76,9	0,2	2,0	0,5	90,1
Gotland	5,2	9,4	12,1	12,1	72,9	77,1	5,7	0,0	1,7	47,7
Blekinge	8,4	11,0	13,6	21,7	72,9	76,1	1,8	1,4	3,4	
Skåne	11,0	6,7	9,8	19,0	80,2	85,5	1,5	2,5	7,6	95,9
Halland	11,3	6,5	8,2	19,0	59,6	64,0	0,9	1,4	1,9	77,7
Västra Götaland	7,0	9,8	13,0	19,7	72,9	75,7	2,3	1,6	6,7	64,3
Värmland	9,7	4,9	8,0	18,0	79,1	82,6	1,8	0,1	2,2	60,5
Örebro län	9,4	6,2	10,3	21,5	75,9	78,4	1,7	0,1	2,6	52,0
Västmanland	8,8	4,0	7,3	18,3	71,1	76,3	1,2	0,2	2,1	80,1
Dalarna	8,9	11,6	13,4	23,5	64,0	67,7	1,6	1,9	1,7	66,1
Gävleborg	6,5	8,0	10,2	20,7	79,9	82,4	1,6	7,2	6,5	85,9
Västernorrland	10,0	11,1	12,3	24,8	77,2	80,0	0,9	3,7	6,4	94,5
Jämtland Härjedalen	8,2	13,0	11,9	13,3	68,5	74,5	1,9	2,5	3,1	
Västerbotten	9,8	7,8	9,8	15,8			5,5	9,0	3,7	66,0
Norrbottn	10,6	11,4	16,2	23,8	64,3	67,6	2,8	3,4	6,0	95,2
<b>Riket</b>	<b>9,2</b>	<b>7,6</b>	<b>11,3</b>	<b>20,3</b>	<b>74,5</b>	<b>78,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>5,0</b>	<b>72,7</b>

**Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser:** Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård, %	F	Följsamhet till grundläggande hygienrutiner, %
B	Patienter med sjukhusförvärvade trycksår, %	G	Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
C	Patienter med trycksår i slutenvård, %	H	Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
D	Trycksår hos riskpatienter, %	I	Överbeläggningar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser
E	Följsamhet till grundläggande hygienrutiner och klädregler, %	J	Användning av WHO:s checklista för säker operation, %

## Resultat för stora sjukdomsgrupper

Ett centralt mått på hälso- och sjukvårdens kvalitet är det resultat den åstadkommer för befolkningens hälsa. Hälso- och sjukvårdens resultat i termer av överlevnad och lägre risk för ny sjukdom förbättras över tid för flera stora sjukdomsgrupper, samtidigt som förekomsten minskar. Förekomsten påverkas av samhällsutvecklingen i stort, men även av sjukvårdens insatser. Detta avsnitt visar hur viktiga resultatmått utvecklats, för några stora sjukdomsgrupper. Fokus i det här avsnittet ligger på läget och utvecklingen innan covid-19-pandemin.

Rapportering i media från kvalitetsregister och sjukhus under våren 2020 pekar på att vårdsökande och behandling även för akuta tillstånd som hjärtinfarkt och stroke kan ha minskat som följd av pandemin. Även för cancersjukdom kan det finnas en påverkan; att uppskjutet eller minskat vårdsökande kan leda till senare upptäckt av cancer.

Samtliga dessa frågor förtjänar belysning i kommande uppföljningar: Hur har vårdsökandet påverkats och vilka blir effekterna av ett minskat vårdsökande - hur påverkas förekomst och död i dessa stora sjukdomsgrupper?

### Sjukdomsförekomsten minskar för viktiga sjukdomar

Det finns inga uppgifter om den samlade sjukdomsförekomsten på nationell nivå. Detta gäller bland annat diagnoser som högt blodtryck, hjärtsvikt, artros, förmaksflimmer, njursvikt och även förekomsten av psykisk ohälsa, där vårdinsatsen oftast ges i primärvård. Uppföljningssystemet Primärvårdskvalitet<sup>9</sup>, som är under utveckling, kommer att kunna beskriva förekomsten av flera av dessa långvariga eller kroniska sjukdomar.

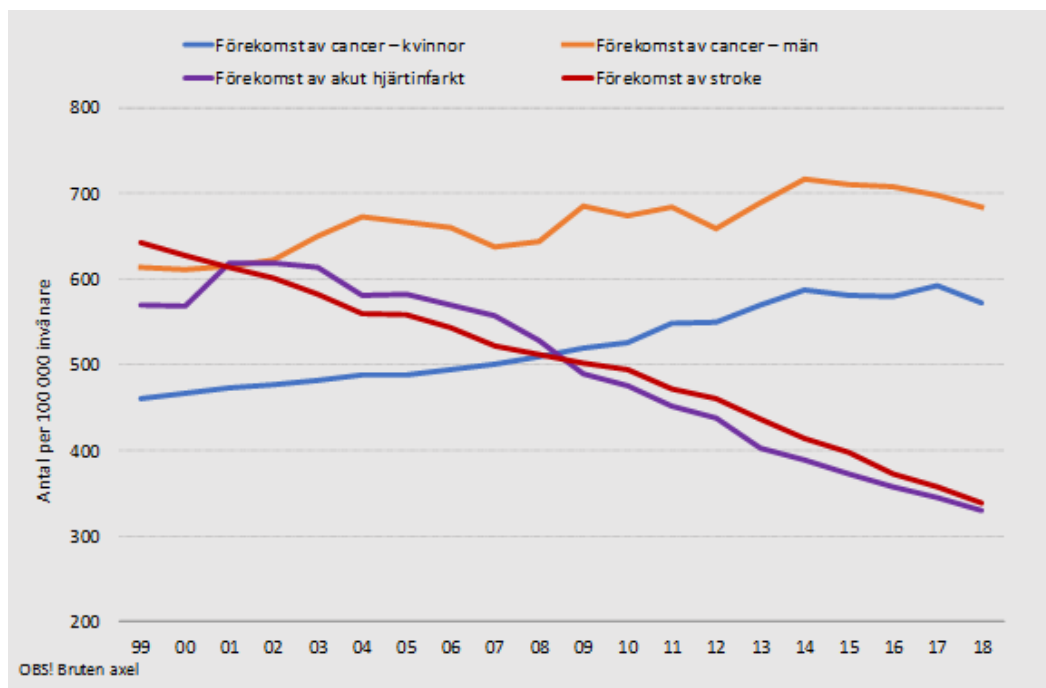
För vissa sjukdomar, där vården i akutskedet bedrivs vid sjukhus, kan utvecklingen däremot beskrivas. Sjukdomsförekomsten minskar för hjärtinfarkt och stroke, medan antalet nya fall av cancer inte längre ökar. I diagram 10 framgår hur påtaglig minskningen i några fall är.

För både stroke och hjärtinfarkt har antalet fall per 100 000 invånare nästan halverats mellan 1999 och 2019. För cancer har det för både män och kvinnor skett en ökning sedan 1999, men på senare år har ökningen planat ut. Antalet fall har till och med minskat under 2018, om man tar hänsyn till befolkningens ålderssammansättning.

---

<sup>9</sup> Primärvårdskvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården, SKR  
<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html>

**Diagram 10. Antal fall per 100 000 invånare för stroke, hjärtinfarkt och cancer, 1999-2018. Åldersstandardiserade värden.**



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabaser

## Färre påverkbara dödsfall

Ett brett mått på sjukvårdens resultat är den sjukvårdsrelaterade påverkbara dödligheten. Måttet används inom EU. Med sjukvårdsrelaterade påverkbara dödsfall avses dödsfall i sjukdomar som kan påverkas av sjukvården, med tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och cancer i livmoderhals. Bara dödsfall för jämförelsevis unga personer ingår, upp till 70 år. I Sverige har antalet sådana dödsfall per 100 000 invånare minskat kraftigt de senaste tjugo åren.

## Bättre resultat vid stroke och hjärtinfarkt

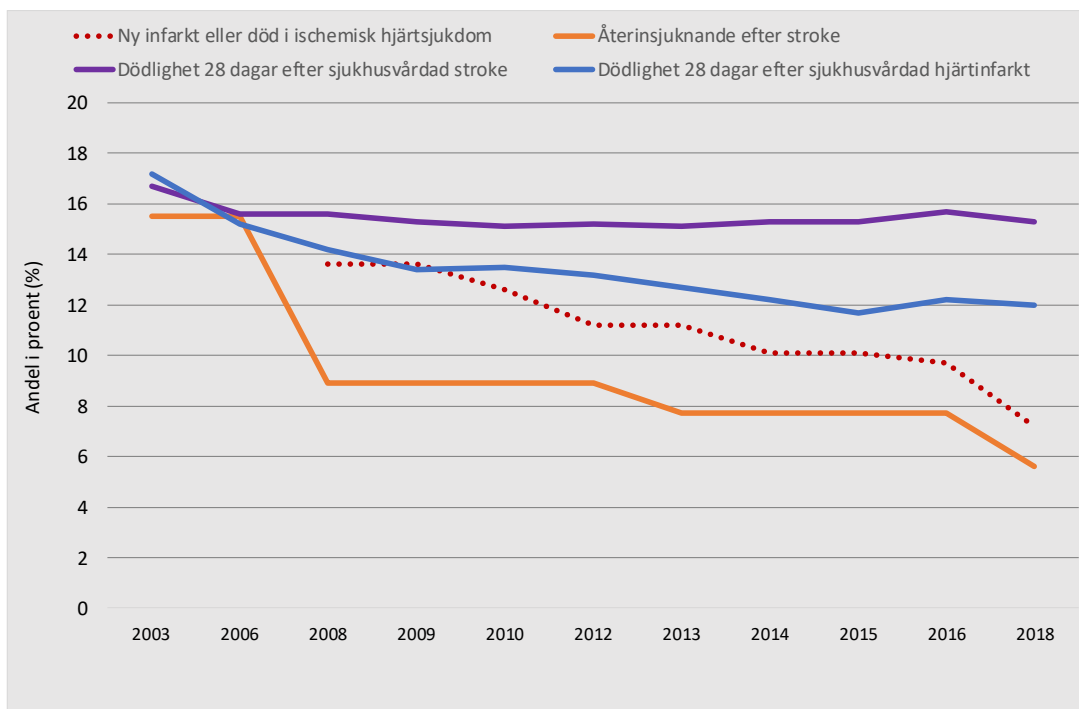
För hjärtinfarkt vården har stora förändringar skett de senaste 20 åren. Nya behandlingsmetoder har införts, framförallt PCI-behandling vid stor hjärtinfarkt och nya läkemedel för att förhindra återförträngning av hjärtats kärl. För stroke har på senare år nya behandlingar införts, som propplösande läkemedelsbehandling och trombektomi, där man mekaniskt löser upp en proppbildning i hjärnan.

I diagram 11 visas flera resultatmått för stroke och hjärtinfarkt, som pekar på de förbättrade resultaten. Den minskande risken för ny stroke inom ett år eller för ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom tyder på att den



sekundärpreventiva behandlingen förbättrats. I båda fallen finns det en stark tradition av nationella riktlinjer och system för kvalitetsuppföljning genom kvalitetsregistren Riksstroke och SWEDEHEART.

**Diagram 11. Resultatmått för stroke och hjärtinfarkt: Andel som avlider inom 28 dagar eller drabbas av ny sjukdom inom ett år, 2003-2018.**



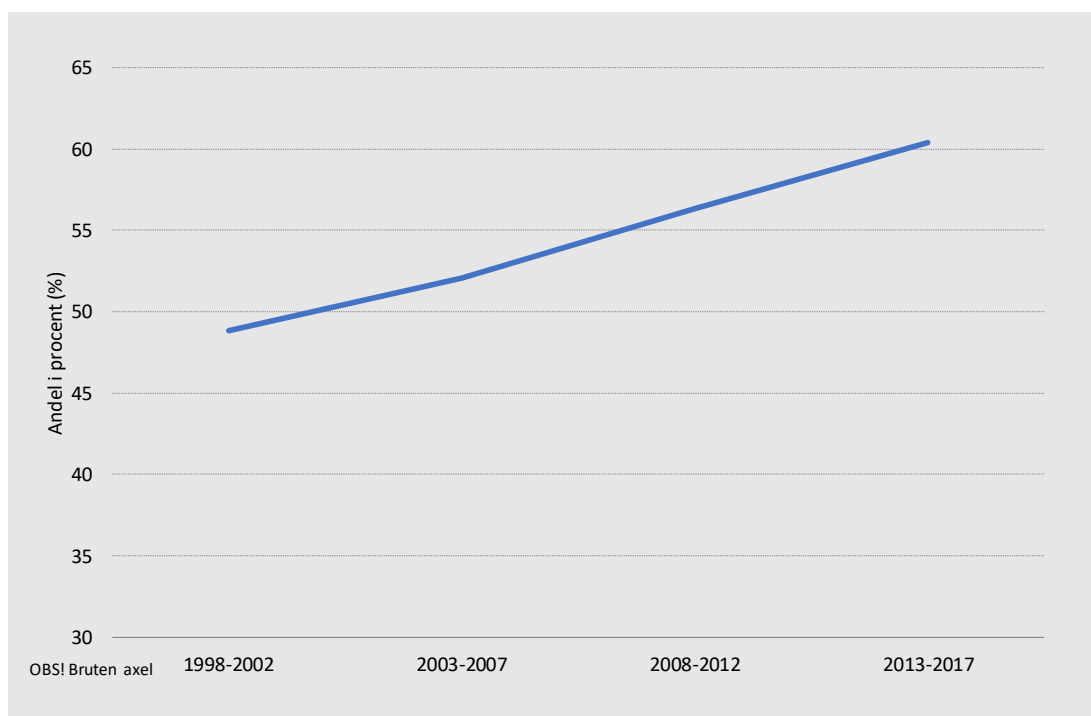
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Överlevnaden vid cancer ökar

Varje år får ungefär 60 000 personer en cancerdiagnos, vilket är fler än det sammanlagda antalet som får en stroke eller hjärtinfarkt. Cancersjukvårdens kvalitet kan beskrivas med hjälp av både kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister. På Vården i Siffror finns ungefär 100 mått om cancer, både om förekomst och om kvalitet.

Ett vanligt övergripande mått på cancersjukvårdens resultat är överlevnad vid cancersjukdom, jämfört med de i befolkningen som inte har cancer. Relativ överlevnad på 100 procent skulle betyda att risken att avlida är lika stor för personer utan cancer som för de som har fått en cancerdiagnos. De senaste 20 åren finns en tydlig trend med en ökning av femårsöverlevnaden vid cancer, från under 50 procent till närmare 60 procent. Den relativa överlevnaden både är olika och har utvecklats olika för olika cancerformer.

**Diagram 12. Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom, 1998-2002 till 2013-2017. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden**



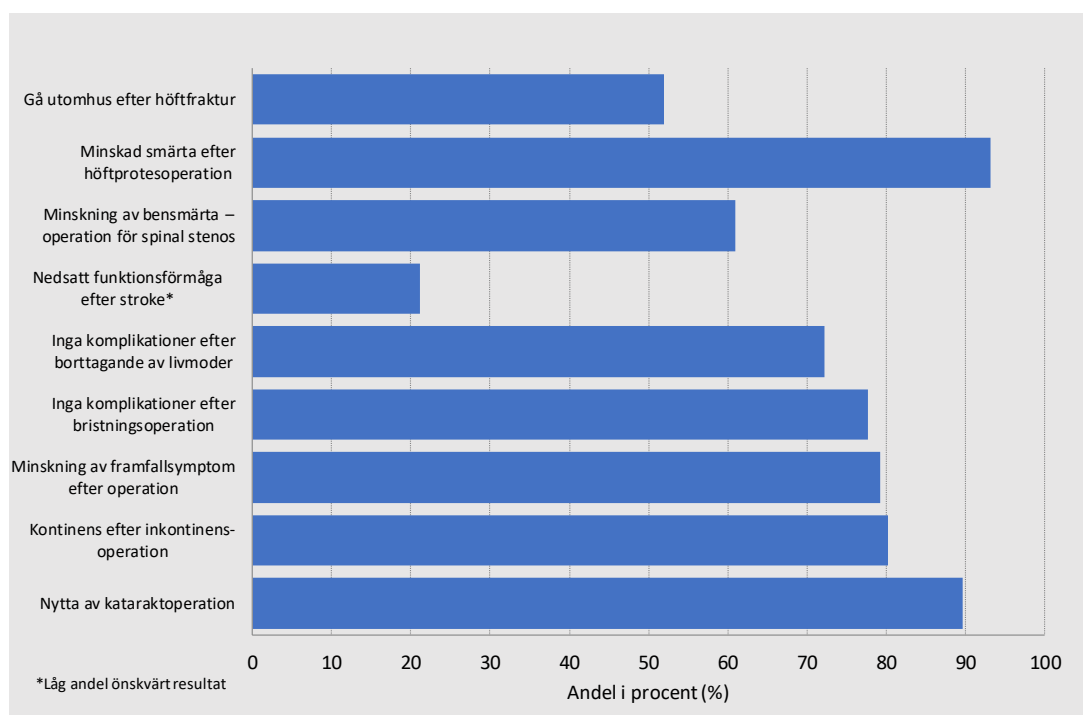
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

## PROM – när patienten själv bedömer behandlingens resultat

Under senare år har det blivit vanligare att patienten själv rapporterar hur denne bedömer resultatet av en behandling och att detta redovisas i kvalitetsuppföljningen. Detta sker främst inom de nationella kvalitetsregistren.

Motivet till att använda PROM är bland annat det uppenbara, att det är patienten som lever med sin sjukdom som bäst kan bedöma effekten av en behandling. Dessutom finns det för vissa behandlingar inga traditionella ”medicinska” mått som är lämpliga. Mycket talar för att användningen av patientrapporterade mått kommer att bli vanligare.

**Diagram 13. PROM - Patientskattade resultat (PROM) för ett urval behandlingar. Andel positiva svar. Senaste mätperiod för respektive behandling.**



Källa: Svenska Höftprotesregistret (SHPR), Svenska Ryggregistret SweSpine, Riksstroke, Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp) och Nationella kataraktregistret

I diagrammet ovan visas för ett urval olika behandlingar hur patienterna svarar om effekten av behandlingen man fick. Syftet är att illustrera vilka mått som används och ge en grov bild av svaren, inte att jämföra nyttan med olika behandlingar.

Om dessa mått – se vidare [vardenisiffror.se](http://vardenisiffror.se)

## Resultattabla

Resultattabla består av 11 indikatorer inom området Resultat för stora sjukdomsgrupper. Indikatorerna är hämtade från Socialstyrelsens hälsodataregister samt Riksstroke. Data avser 2018 för fem indikatorer, 2017 för en indikator, 2016-2018 för två indikatorer, 2017-2018 för två indikatorer samt 2012-2018 för en indikator.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	50,3	11,1	6,8	29,1	61,2	24,5	11 440	815,7	1,35	15,6	2,33
Uppsala	49,4	8,7	7,8	28,1	59,9	25,5	5 162	618,5	1,55	13,9	2,51
Sörmland	59,3	9,8	8,8	31,9	58,4	24,8	9 230	656,1	1,26	18,9	2,29
Östergötland	57,6	9,9	8,8	29,8	62,0	23,8	11 451	516,5	1,43	13,5	2,54
Jönköpings län	56,8	9,6	7,5	30,3	62,8	22,0	9 341	638,1	1,46	14,8	2,90
Kronoberg	52,1	12,0	5,4	25,2	61,4	25,8	6 196	626,0	1,36	18,0	2,12
Kalmar län	59,9	11,6	7,3	35,7	58,8	27,0	15 685	690,4	1,42	17,8	2,40
Gotland	48,2	10,6	8,1	18,1	58,7	24,7	5 839	771,2	1,52	29,1	2,25
Blekinge	62,3	11,6	7,8	28,5	60,0	25,9	8 841	621,3	1,47	15,1	2,55
Skåne	53,9	10,8	6,9	30,8	60,2	24,7	7 299	642,3	1,37	13,3	2,35
Halland	48,3	11,2	7,1	32,0	61,1	21,6	7 528	593,2	1,43	17,0	2,28
Västra Götaland	57,2	10,9	7,2	31,8	61,6	25,1	8 385	602,1	1,39	13,9	2,46
Värmland	57,1	11,7	5,9	28,8	58,5	24,4	8 550	678,4	1,27	15,2	2,93
Örebro län	57,8	10,3	7,1	27,8	59,5	24,6	9 226	566,7	1,38	16,6	1,80
Västmanland	54,6	9,2	7,0	32,7	59,4	28,0	4 336	758,5	1,33	21,6	2,23
Dalarna	51,1	10,4	8,2	30,2	57,1	28,0	6 569	642,4	1,28	22,1	2,36
Gävleborg	54,5	13,1	7,9	29,2	56,3	25,6	9 060	669,7	1,29	15,8	2,36
Västernorrland	58,3	10,6	7,4	29,3	59,6	27,7	10 687	613,6	1,27	14,9	2,27
Jämtland Härjedalen	53,4	12,2	7,7	24,4	57,3	22,6	7 881	614,1	1,26	16,8	3,16
Västerbotten	50,2	7,7	5,5	30,1	60,9	25,5	8 960	587,6	1,28	14,2	2,04
Norrbotten	60,8	12,0	6,9	30,1	58,0	24,4	12 899	639,1	1,49	16,6	2,85
<b>Riket</b>	<b>54,3</b>	<b>10,7</b>	<b>7,2</b>	<b>30,3</b>	<b>60,4</b>	<b>24,9</b>	<b>9 324</b>	<b>659,8</b>	<b>1,38</b>	<b>15,5</b>	<b>2,39</b>

**Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser:** Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelse från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

A	Sjukvårdsrelaterad påverkbar dödlighet per 100 000 invånare	G	Återfraktur efter fragilitetsfraktur antal per 100 000 levnadsår
B	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt 28 dagar, %	H	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom per 100 000 invånare
C	Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom, %	I	Överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes, kvot
D	Död eller ADL-beroende efter stroke, %	J	Själv mord i befolkningen per 100 000 invånare
E	Överlevnad vid cancersjukdom – flera cancerformer, %	K	Överdödlighet vid bipolär sjukdom, kvot
F	Dödlighet efter höftfraktur, %		

## Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer

Kunskapsbaserad vård är ett brett begrepp, men måluppfyllelse för kvalitetsmått ger en bild av om vårdriktlinjer följs. Det finns nu målnivåer för ett stort antal kvalitetsmått från Socialstyrelsens riktlinjer<sup>10</sup> och från nationella kvalitetsregister. Den stora fördelen med övervägda målnivåer är att resultat kan bedömas i ljuset av målnivån, inte bara som jämförelser mellan enheter.

Måluppfyllelsen för några stora sjukdomar med nationella riktlinjer beskrivs här – stroke, hjärtinfarkt, cancer och diabetes. I första hand baserat på 2019 års data. Senare uppföljningar under loppet av 2020 och därefter kommer att utvisa i vilken mån omställningen för att möta covid-19-pandemin har påverkat måluppfyllelsen för olika riktlinjer.

### Målnivåer nås oftast inte, men förbättringar sker

Det finns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen för ungefär 20 sjukdomsgrupper, inklusive indikatorer för uppföljning. För väl över hundra av dessa indikatorer finns målnivåer angivna, som en del i riktlinjearbetet. De allra flesta är processmått.

Det finns inte tillgängliga data för alla Socialstyrelsens målnivåindikatorer, men i Vården i siffror är 68 indikatorer publicerade (maj 2020). En grov lägesbild kan ges. I riket som helhet nåddes under 2019 eller senaste år målnivån för drygt 22 procent av de indikatorer som är publicerade och möjliga att analysera. För majoriteten av dessa mått, närmare 58 procent, skedde en förbättring mellan de senaste mätperioderna.

Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer per indikator, en för hög och en för måttlig måluppfyllelse. Den högre målnivån är som regel samma som Socialstyrelsens, om indikatorn är densamma. Den summerande bilden är snarlik den för Socialstyrelsens målnivåer. 134 indikatorer med målnivåer från kvalitetsregister finns i Vården i siffror (maj 2020). För 29 procent av dessa nåddes den högre målnivån. Drygt 61 procent av måtten hade förbättrats den senaste mätperioden.

Bilderna av utvecklingen över tid är grova, men de är i linje med det som gäller för alla kvalitetsindikatorer i Vården i siffror. För 623 mått kan utvecklingen beskrivas i termer av bättre/sämre. För dessa hade 61 procent förbättrats den senaste mätperioden, medan övriga försämrats.

---

<sup>10</sup> Målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer, Socialstyrelsen  
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/malniivaer/>

Man bör vara försiktig med att av detta dra slutsatsen att hälso- och sjukvården som helhet förbättrats. Olika mått är olika viktiga och det är bara vissa kvalitetsaspekter som mäts och visas på Vården i siffror<sup>11</sup>.

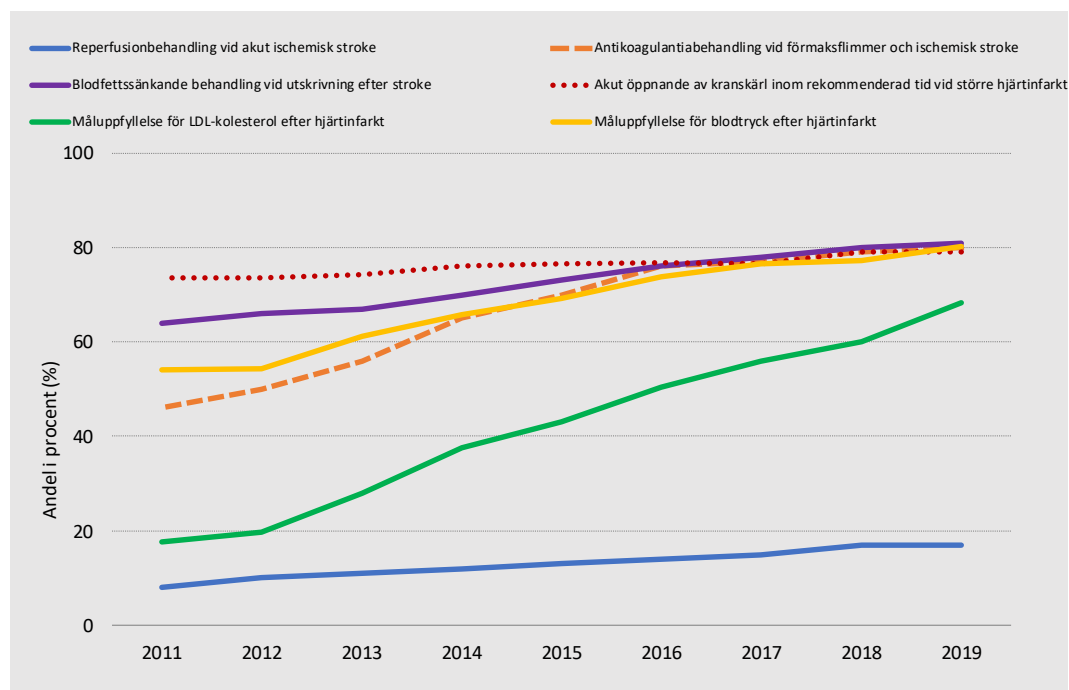
## Måluppfyllelsen för stroke och hjärtinfarkt ökar

För hjärtinfarkt och stroke finns det många målnivåsatta kvalitetsmått, både genom Socialstyrelsens riktlinjer och genom kvalitetsregistren Riksstroke och SWEDEHEART. Målnivåerna är satta så att de dels är förenliga med riktlinjer, dels stödjer kvalitetsförbättring och leder till minskade skillnader mellan sjukhusen.

För hjärtinfarkt nås 2019 den högre målnivån för 6 av 11 mått. Förbättringar har under 2019 skett för åtta av måtten. SWEDEHEARTS kvalitetsindex kan maximalt ge 11 poäng. 2019 nådde riket poängsumman 7,5, vilket är en ökning sedan 2016.

För Riksstroke är utvecklingen snarlik. Man har 15 målnivåsatta mått med data för 2019 i Vården i siffror. För sex av dessa nåddes målnivån i riket 2019. Alla 15 mått förbättrades eller var oförändrade 2019, jämfört med tidigare år.

**Diagram 14. Utveckling över tid för ett urval kvalitetsmått för stroke- respektive hjärtinfarktvård, 2011-2019. Andel med önskad behandling eller som uppnått behandlingsmål.**



Källa: SWEDEHEART och Riksstroke

<sup>11</sup> <https://vardenisiffror.se/>

I diagram 14 visas utvecklingen för ett urval mått om hjärtinfarkt och stroke, som alla uppmärksammats i uppföljning och riktlinjer och där framgångar nåtts. Reperfusionsterapi efter stroke - att öppna blockeringar i blodkärlen - har ökat och är nära målnivån 20 procent. Antikoagulantibehandling, för patienter som också har förmaksflimmer, har ökat kraftigt över tid. Denna behandling minskar risken för att man drabbas av ny stroke.

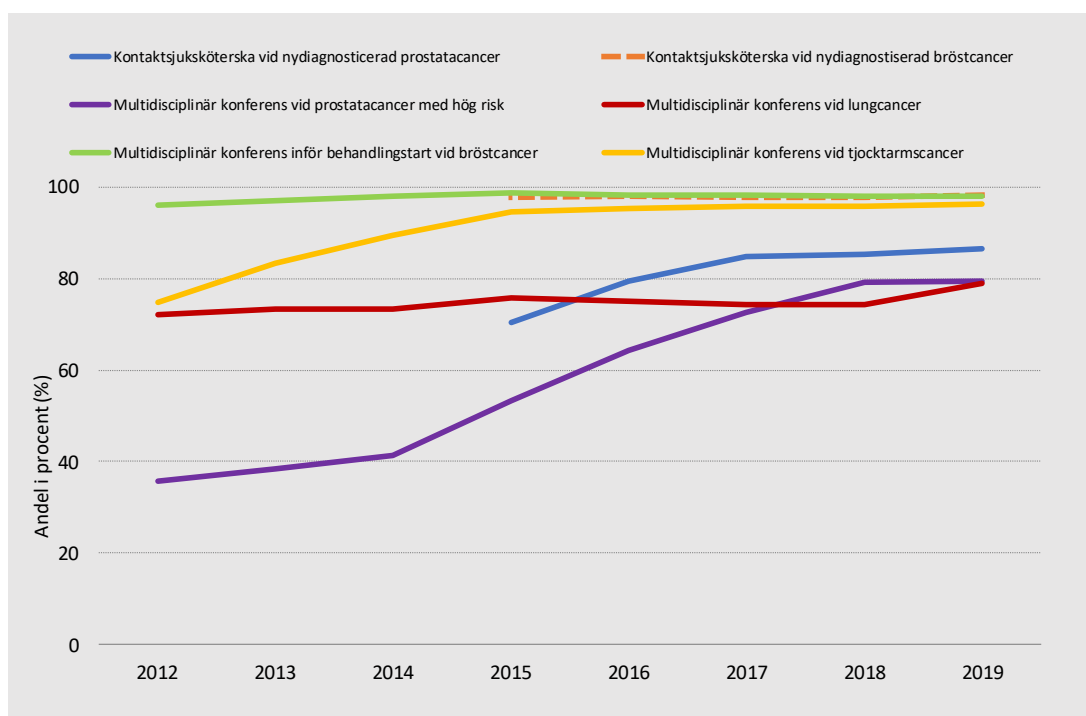
För hjärtinfarkt är det slående att de båda sjukdomsförebyggande måtten om måluppfyllelse för blodtryck och LDL-kolesterol utvecklas så positivt; allt fler patienter når målen och minskar sin risk för ny infarkt.

## Cancersjukvårdens målnivåer - en blandad bild

Inom cancersjukvården finns det väl utbyggda kvalitetsregister, som har bra täckningsgrad och fångar många kvalitetsaspekter. Det finns i Vården i siffror 59 kvalitetsmått (maj 2020) med målnivåer satta av kvalitetsregister. De flesta är processmått, men även några resultatmått har målnivåer.

Det senaste året med helårsdata (2019) nåddes målnivåerna för 25 procent av dessa indikatorer. 2019 förbättrades resultaten för ungefär 66 procent av måtten, jämfört med året innan. Förbättringar och/eller försämringarna kan vara marginella. Summeringar som dessa kan ge en orientering om utvecklingen, men en tydligare bild kan bara fås om man studerar de olika indikatorerna och deras resultat var för sig.

**Diagram 15 Utveckling över tid för ett urval kvalitetsmått vid cancer, 2011-2019. Andel med kontaktsjuksköterska och genomförd multidisciplinär konferens.**



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR), Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, Nationella lungcancerregistret samt Svenska kolorektalcancerregistret

Två olika processmått på cancervårdens utveckling över tid visas i diagram 15 - för olika cancerformer, om kontaktsjuksköterska och så kallad multidisciplinär konferens. Båda måtten har hög prioritet i nationella riktlinjer.

I en multidisciplinär konferens deltar specialister från flera discipliner med syftet att diskutera och föreslå lämpligaste behandling för den individuella



patienten. En kontaktsjuksköterska har rollen att ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerhetsställa patientens delaktighet och inflytande i vården.

För dessa processmått har utvecklingen över tid i de flesta fall varit positiv. För flera mått som har med väntetider att göra är avståndet till målnivåer betydligt större. Arbetet med standardiserade vårdförlopp i cancervård syftar bland annat till att korta ledtiderna mellan olika steg från diagnostik till behandling.

## Resultattabla

Resultattablån består av 11 indikatorer inom området Kunskapsbaserad vård. Indikatorerna kommer från Riksstroke, SWEDEHEART, Nationella diabetesregistret (NDR), Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, Nationella prostatacancerregistret (NPCR), Svenska kolorektalcancerregistret (SCRCR), Nationella lungcancerregistret samt Graviditetsregistret. Data avser 2019, färgsättning baserad på målnivå.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Stockholm	79	74	70,1	95,2	58,1	9,5	98,7	85,7	98,6	96,1	81,9
Uppsala	83	81	58,8	87,5	55,9	8,9	98,0	92,9	93,7	70,6	93,3
Sörmland	79	83	70,2	91,0	58,4	7,5	97,5	87,6	99,3	92,2	81,3
Östergötland	92	86	67,3	93,9	66,3	8,2	98,6	96,8	95,4	79,1	91,0
Jönköpings län	76	76	65,8	89,0	54,6	10,3	98,7	89,5	97,4	96,1	88,8
Kronoberg	75	75	79,0	87,1	54,6	12,6	98,1	94,5	94,9	69,1	85,4
Kalmar län	82	72	53,1	91,1	54,3	9,7	99,6	90,2	96,1	53,4	93,3
Gotland	66	82	47,5	87,9	52,1	10,2	98,5	97,4	100,0	59,1	91,8
Blekinge	56	80	80,5	88,2	54,1	8,8	100,0	98,2	95,7	46,6	92,3
Skåne	80	84	77,7	90,6	49,9	9,3	98,0	72,1	95,5	77,4	90,8
Halland	88	82	67,2	90,3	60,6	6,1	99,4	96,4	96,6	87,1	97,1
Västra Götaland	88	83	66,9	93,0	58,7	8,8	98,4	88,4	95,1	61,4	84,9
Värmland	80	80	49,5	90,8	56,7	8,9	92,3	97,9	97,3	88,0	90,6
Örebro län	91	81	68,1	90,5	59,4	8,3	97,1	73,6	96,8	97,1	88,0
Västmanland	92	81	74,7	96,3	58,9	8,6	100,0	94,0	98,0	92,2	78,7
Dalarna	80	89	63,9	91,1	57,4	8,8	98,5	67,9	84,9	77,6	83,2
Gävleborg	90	77	80,8	93,0	55,6	10,1	95,4	96,8	97,1	87,7	90,1
Västernorrland	87	76	73,6	93,6	56,7	10,7	94,6	83,5	98,3	65,4	81,3
Jämtland Härjedalen	77	83	43,0	96,3	50,8	6,9	99,1	99,4	96,4	62,3	85,9
Västerbotten	76	81	63,3	88,8	64,5	7,2	97,3	97,7	97,5	88,4	86,5
Norrbotten	92	80	58,7	86,1	59,7	10,4	100,0	45,5	95,9	88,2	85,2
<b>Socialstyrelsen</b>	90,0		60,0	85,0	65,0	10,0	100,0	100,0	100,0	74,0	
<b>Kvalitetsregister hög</b>	90,0	80,0	60,0	85,0			99,0	90,0	90,0	95,0	85,0
<b>Kvalitetsregister låg</b>	80,0	70,0	40,0	80,0			95,0	70,0		70,0	

**Målnivå – färger efter måluppfyllelse:** För vissa indikatorer finns endast en målnivå. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars blir det röd färg. Kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, så kallad **låg respektive hög målnivå**. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts, gul färg om man ligger mellan låg respektive hög målnivå. Har ingen av målnivåerna uppnåtts så blir det röd färg. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen brukar vara högre.

A	Strokeenhet som första vårdenhet vid stroke, %	G	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, %
B	Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och ischemisk stroke, %	H	Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad prostatacancer, %
C	Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, %	I	Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, %
D	Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, %	J	Multidisciplinär konferens vid lungcancer, %
E	Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård, %	K	Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, %
F	Blodsocker (HbA1c > 70 mmol/mol) vid diabetes – primärvård, %		

## Ekonomiska resultat och kostnader

Det ekonomiska läget i regionerna påverkas av och ger förutsättningar för verksamheterna och dess förmåga att genomföra uppdragen effektivt. Här beskrivs regionernas ekonomiska resultat och kostnadsutveckling avseende 2019. SKR:s bedömningar av samhällsekonomi och det ekonomiska läget för kommuner och regioner redovisas främst i den ekonomirapport som utkommer två gånger om året. Den senaste rapporten utkom i maj 2020<sup>12</sup>, vars analyser och prognoser präglades av Corona-pandemin. I det här kapitlet ligger dock fokus på att beskriva läget och utvecklingen av det ekonomiska läget innan krisen, baserat på uppgifter, analyser och prognoser avseende 2019.

Statistiska centralbyrån, SCB, samlar årligen uppgifter om regionernas kostnader, det så kallade räkenskapssammandraget. En rad av dessa uppgifter redovisas också i SKRs ekonomistatistik för regionerna. Kostnader per invånare för sjukvårdens olika delverksamheter (primärvård, somatisk specialiserad vård etc.) ingår som nyckeltal i Vården i Siffror och i Kolada. Kostnadsuppgifter på diagnos- och åtgärdsnivå finns i KPP-databasen (Kostnad per Patient) vid SKR.

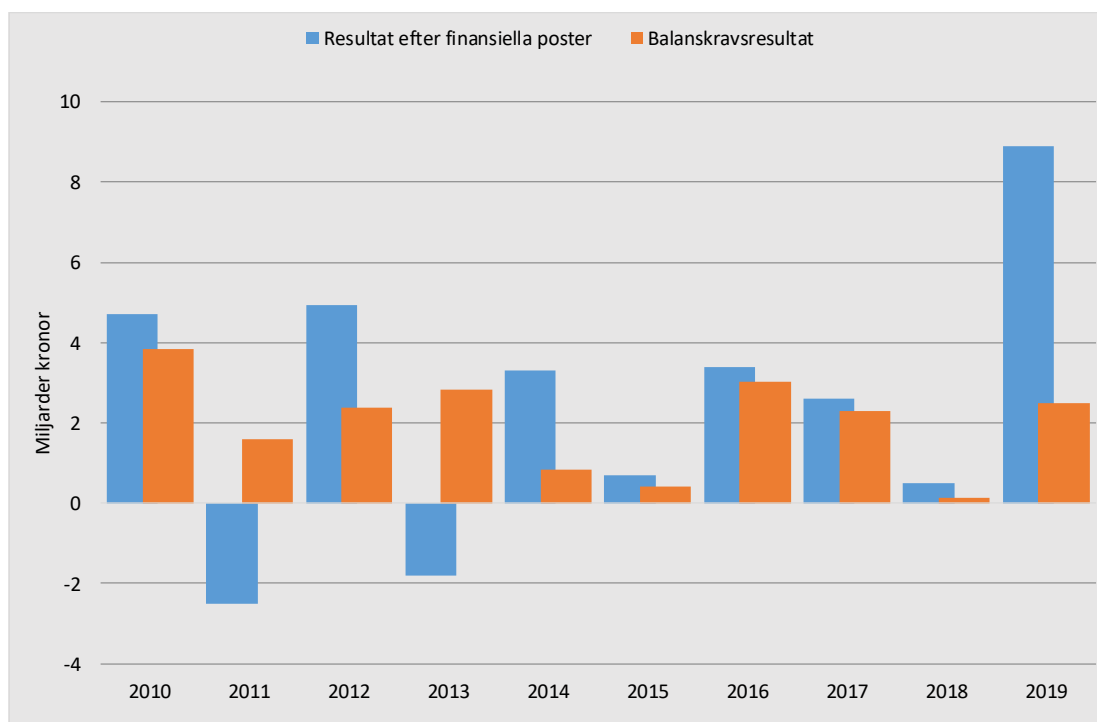
### **Starkt resultat som till stor del förklaras av jämförelsestörande poster**

Regionernas preliminära resultat 2019 uppgick till 8,9 miljarder kronor. Det motsvarar 2,7 procent av skatteintäkter och generella statsbidrag. Resultatet innehåller jämförelsestörande intäkter jämfört med 2018 på 6,7 miljarder från orealiserade värden på finansiella placeringar. Vid jämförelse mot föregående år är därför även balanskravsresultatet relevant att använda. Även balanskravsresultatet stärktes 2019 jämfört med 2018 från 0,1 till 2,5 miljarder kronor. I genomsnitt har resultatet de senaste tio åren enligt balanskravet motsvarat 0,8 procent och resultatet efter finansiella poster 0,9 procent av skatter och generella statsbidrag.

---

<sup>12</sup> Ekonomirapporten, SKR  
<https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/ekonomirapporten.7150.html>

**Diagram 16. Regioners resultat före extraordinära poster 2010-2019**



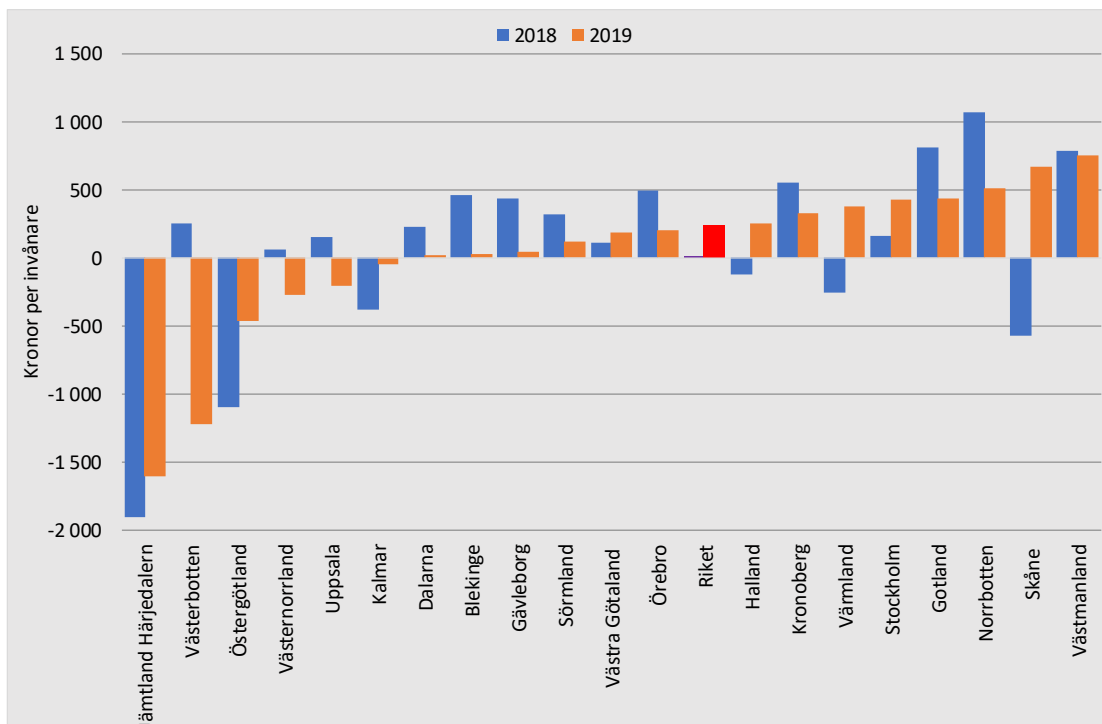
Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

De svaga resultaten i regionerna förklaras av en hög kostnadsutveckling. De kommande åren förväntas skatteunderlag och skatteintäkter bli väsentligt lägre än i prognoserna före pandemin. Tillsammans med fortsatta demografiska utmaningar riskerar det att leda till ännu svagare resultat. Till detta kommer mer osäkerhet kring coronavirusets effekter på verksamhet och ekonomi.

### **Resultaten förbättrades i nära hälften av regionerna**

Tolv regioner försämrade sitt balanskravsresultat 2019 och sex regioner, lika många som föregående år, hade ett negativt balanskravsresultat som enligt lag ska återställas inom tre år. Resultaten mätt som kronor per invånare förbättrades i nio av 21 regioner. Skattehöjningar och besked om riktade statsbidrag först när halva året gått bidrog till resultatförbättringar, men även en något dämpad kostnadsutveckling bidrog.

**Diagram 17. Balanskravsresultat i regionerna 2018 och 2019**



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

### NY REDOVISNINGSLAG 2019

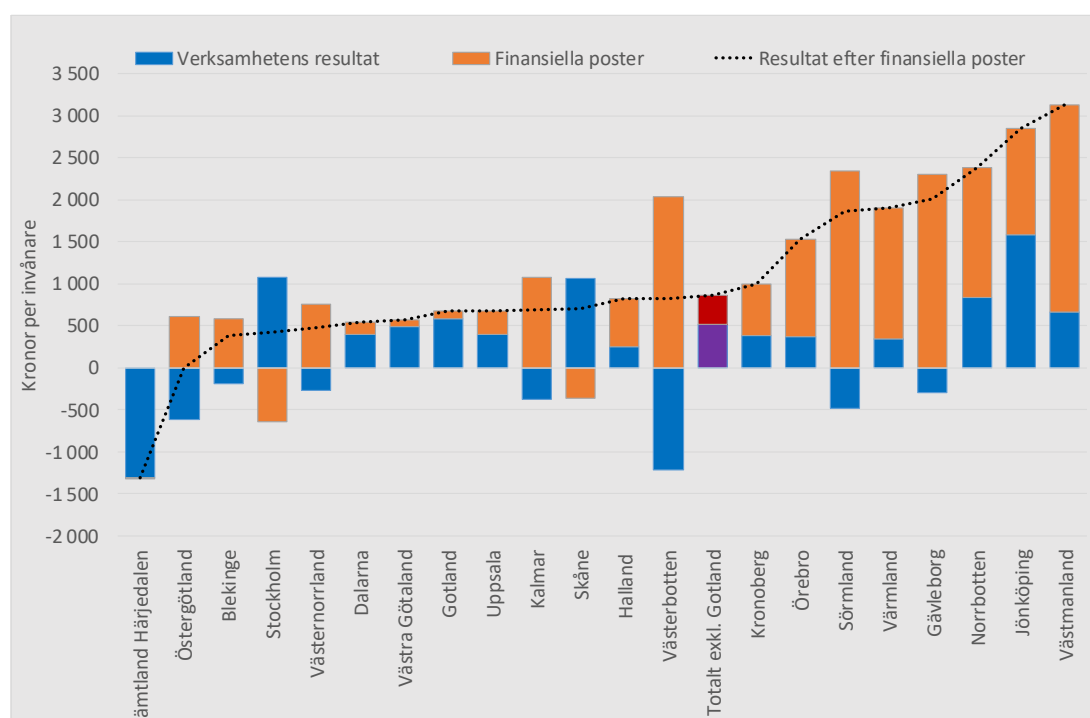
Riksdagen har beslutat om en ny redovisningslag från 2019. Enligt den nya lagen ska finansiella placeringar marknadsvärderas och realiserade vinster och förluster redovisas. Marknadsvärderingen får konsekvenser i jämförelse med tidigare år och kan ge stora fluktuationer under året i takt med börsens svängningar. Nya resultatnivåer i resultaträkningen benämnda "verksamhetens resultat" och "resultat efter finansiella poster" har tillkommit. Detta innebär att det nu finns flera resultatnivåer att följa. Syftet att införa "verksamhetens resultat" är att tydliggöra den ekonomiska effekten av den löpande verksamheten.

### Finansiella poster stärker resultaten i nästan alla regioner

Verksamhetens resultat, en ny resultatrad som visar resultatet före finansiella poster, uppgick till 5,2 miljarder kronor 2019. Det är en ökning på 3,5 miljarder kronor jämfört med föregående år. I 13 regioner var verksamhetens resultat positivt 2019, tre fler än 2018. Flera regioner har byggt upp pensionsportföljer för att täcka framtida åtaganden. Vid positiva förändringar av marknadsvärden på portföljerna genereras en avkastning som stärker de finansiella intäkterna. Regioner med höga investeringsnivåer och hög skuldsättning har istället räntekostnader som belastar resultaten. Sammantaget var finansnettot negativt

för regionerna 2017 och 2018 men vändes 2019 till positivt. De finansiella intäkterna ökade från 4 miljarder kronor 2018 till nära 10 miljarder kronor 2019. Alla regioner utom två redovisade positiva resultat efter finansiella poster.

**Diagram 18. Verksamhetens resultat i regionerna 2019**



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

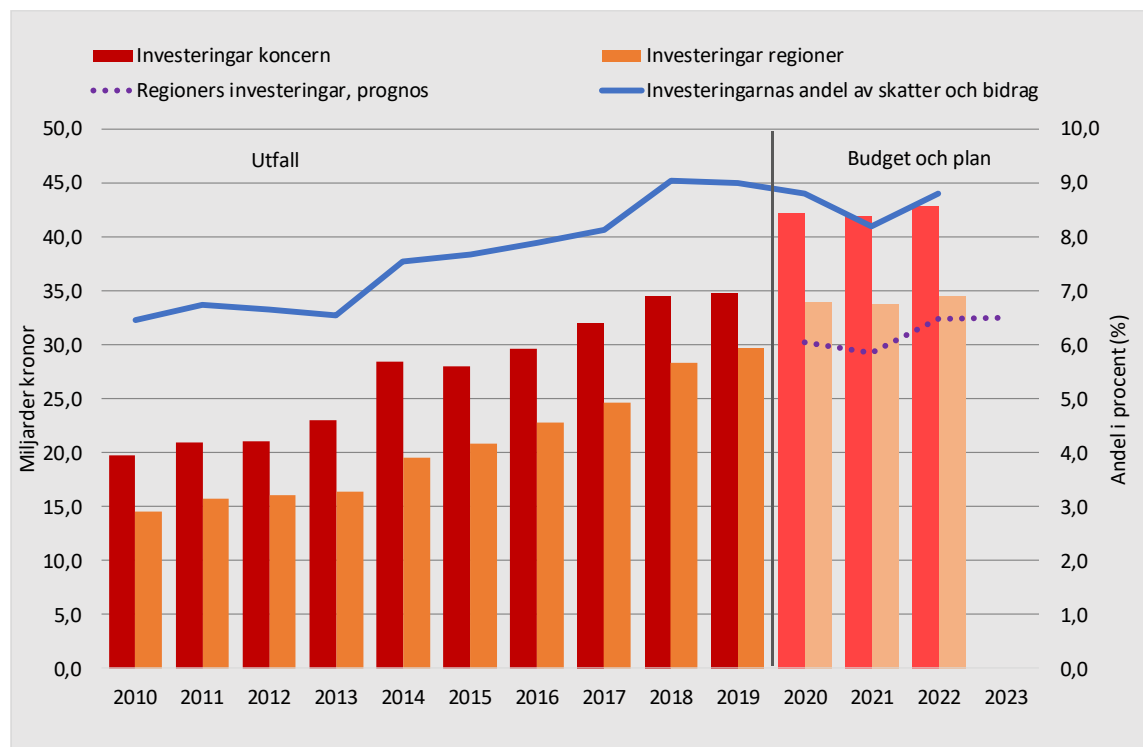
Verksamhetens resultat syftar till att tydliggöra den ekonomiska effekten av den löpande verksamheten. Åtta regioner hade ett negativt bidrag från den löpande verksamheten men de finansiella intäkterna stärkte resultaten.

### Högre resultat 2019 stärker finansieringen av investeringar

Regionerna behöver göra rekordstora investeringar nu och framöver, vilket gör ett överskott i resultatet behövligt. Sjukhus, vårdcentraler och andra vårdinrättningar byggs om för att motsvara krav och riktlinjer på dagens vård och arbetsmiljö. Växande befolkning ökar också investeringsbehoven. Befolkningsökningen och ambitionen att öka kollektivt resande ger också upphov till stora investeringar i kollektivtrafik. Det ställs höga krav på tillgänglighet och miljöanpassning, vilket bidrar till ökade investeringsutgifter och driftskostnader.

Investeringsutgifterna uppgick till 29,7 miljarder kronor 2019, vilket motsvarar en ökning med 5 procent jämfört med 2018. I genomsnitt har investeringarna ökat med cirka 10 procent per år under de senaste tio åren.

**Diagram 19. Investeringar i regioner och koncern, utfall samt prognos**



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

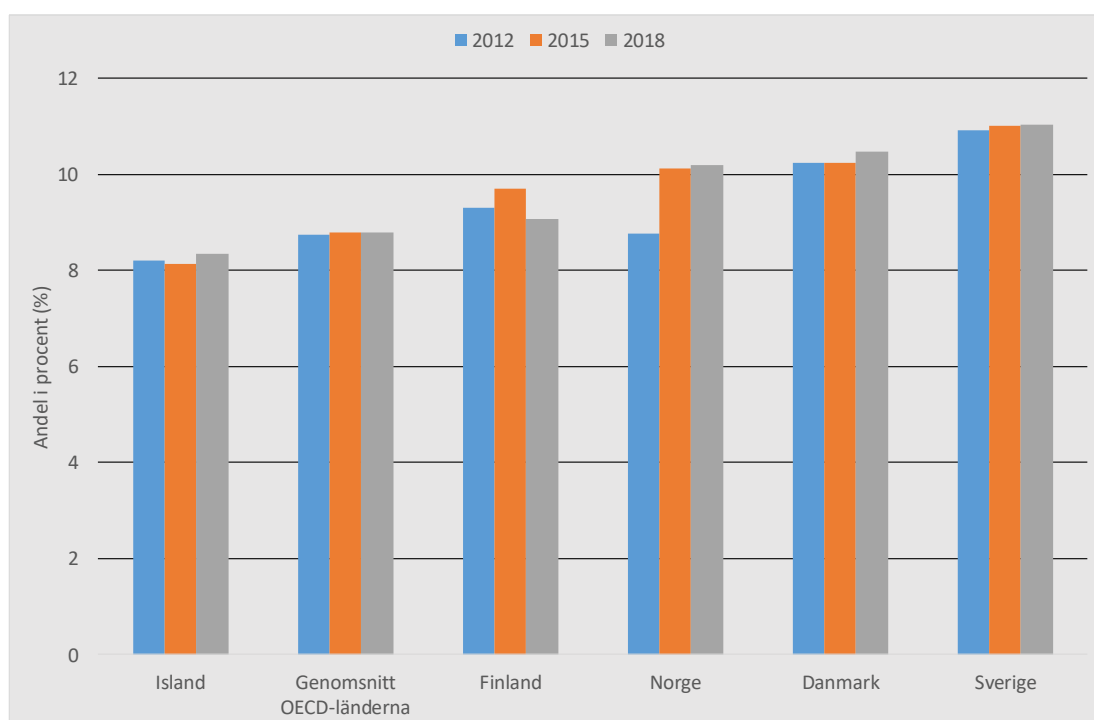
Investeringarnas andel av skatter och statsbidrag ökade från 5 procent år 2009 till 9 procent år 2019. Ökningstakten dämpades 2019 och enligt regionernas budget för 2020 och planer för 2021-2022 väntas en fortsatt dämpad utveckling.

Regionernas investeringar inklusive de regionägda bolagen uppgick till 34,8 miljarder kronor 2019, en marginell ökning jämfört med 2018. Med stärkta resultat i regionerna ökar självfinansieringsgraden av investeringarna.

## Hälso- och sjukvårdens andel av BNP är konstant

Regionernas kostnader ökar i relativt snabb takt, men totala hälso- och sjukvårdsutgifter andel av BNP fortsätter att vara konstant. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP uppgick till 11,0 procent i Sverige 2018, liksom de senaste tre åren dessförinnan. Då även delar av kommunernas omsorgsutgifter för äldre och funktionshindrade ingår i totalen ligger Sverige på en relativt hög nivå i jämförelse med genomsnittet i OECD länderna. I Danmark och Norge har andelen ökat medan i Finland minskade utgifternas andel av BNP 2018.

**Diagram 20. Hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP 2012-2018**



Källa: OECD, Health Expenditure, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

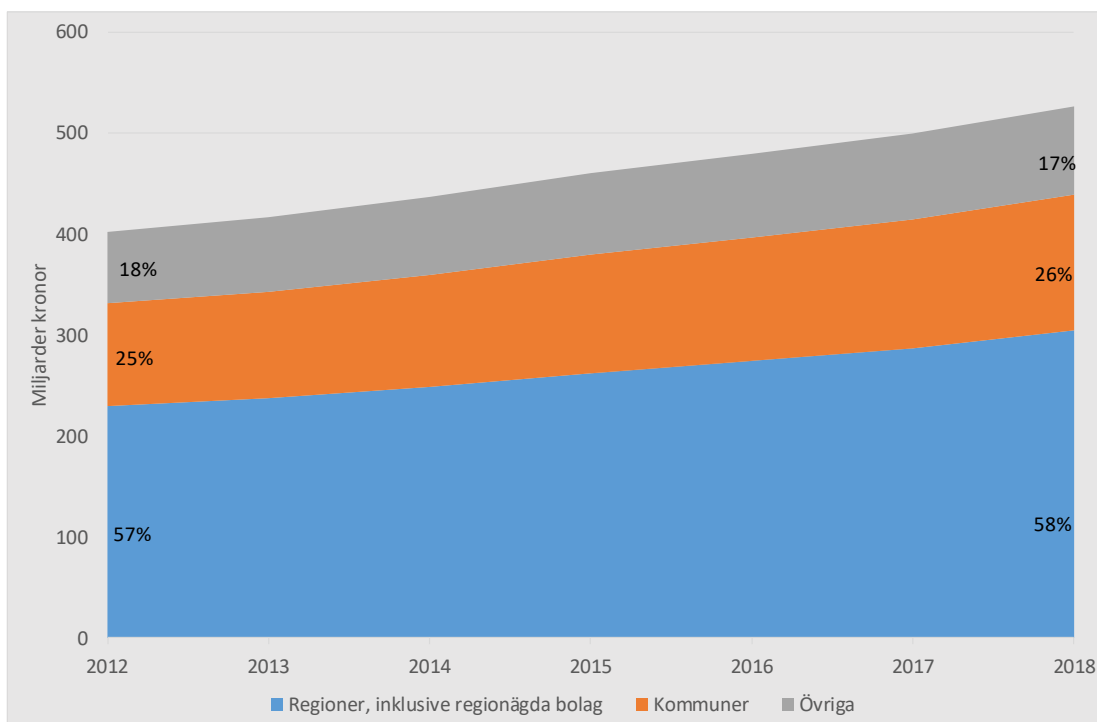
SCB redovisar i hälsoräkenskaperna de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, inklusive till exempel det som anges som kommunal hälso- och sjukvård och kostnaderna för privata vårdförsäkringar. 2018 var de totala kostnaderna något över 526 miljarder, en ökning med 124 miljarder sedan 2012, vilket i löpande priser motsvarar en ökning på cirka 31 procent.

2018 uppgick regionernas totala kostnad för hälso- och sjukvård enligt SCBs hälsoräkenskaper till 304 miljarder kronor. Kommunerna motsvarande kostnad var cirka 134 miljarder. För kommunerna svarar hälso- och sjukvård enligt OECD-definitionen, det vill säga inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, för knappt 128 av dessa. Det man normalt avser när man



talkar om kommunerna som hälso- och sjukvårdshuvudman ingår i den övriga delen.

**Diagram 21. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansjär 2012-2018. Miljarder kronor.**



Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån (SCB)

I ”Övriga” ingår staten, hushållen, företag, ideella organisationer och frivilliga sjukvårdsförsäkringar.

## Resultattabla

Resultattabla består av 10 indikatorer inom området Ekonomiska resultat och kostnader. Indikatorerna är hämtade från Statistiska Centralbyrån (SCB), Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner samt KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Regioner. Data avser 2019 för indikatorerna A-G och 2018 för indikatorerna H-J.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Stockholm	1,3	1,2	10	-7	93	-63	11,65	26 298	59 157	58 128
Uppsala	2,2	-0,7	30	0	102	11	11,08	24 625	58 850	64 003
Sörmland	6,0	0,4	32	-2	58	36	11,27	24 859	59 189	62 297
Östergötland	0,0	-1,6	42	5	98	38	10,80	24 641	55 928	56 374
Jönköpings län	9,0	4,1	50	17	102	66	11,05	24 782	52 691	55 515
Kronoberg	3,1	1,0	32	-19	95	38	12,06	25 870	59 674	58 723
Kalmar län	2,2	-0,1	35	-20	65	37	11,20	24 427	61 503	49 297
Gotland	2,1	1,3	43	0	89	-3	11,58	26 994		
Blekinge	1,1	0,1	29	-28	101	35	11,52	26 606	61 493	62 569
Skåne	2,3	2,2	-8	-60	73	-13	11,01	24 515	54 667	62 720
Halland	2,7	0,8	37	7	36	42	11,17	25 373	53 814	54 245
Västra Götaland	1,8	0,6	19	-30	124	20	11,36	24 730	61 367	57 454
Värmland	5,8	1,2	22	-32	172	31	11,74	24 943	57 382	52 619
Örebro län	4,8	0,6	26	-22	38	22	11,64	25 510	58 315	59 270
Västmanland	10,0	2,4	39	0	136	60	11,41	25 155	55 060	57 908
Dalarna	1,6	0,1	4	-77	68	18	11,67	24 596	55 830	56 073
Gävleborg	6,1	0,1	40	-14	168	61	11,67	26 028	57 428	54 047
Västernorrland	1,5	-0,9	28	-37	198	37	11,78	25 553	66 541	56 534
Jämtland Härjedalen	-4,1	-5,0	-31	-120	39	11	11,41	26 979	56 644	56 804
Västerbotten	2,7	-4,0	19	-24	36	32	11,85	26 774	61 507	60 243
Norrbottnen	7,0	1,5	40	-11	50	66	11,92	25 579	62 274	58 568
<b>Riket</b>	<b>2,7</b>	<b>0,8</b>	<b>19</b>	<b>-17</b>	<b>92</b>	<b>28</b>	<b>11,44</b>	<b>25 332</b>	<b>58 287</b>	<b>58 281</b>

**Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser:** Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga landsting/regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan landsting/regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Ju större avvikelser från medianvärdet desto starkare röd eller grön färg. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

**Blå skala i maximalt sex nyanser:** När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Resultat efter finansiella poster % av skatter o bidrag	F	Finansiella nettotillgångar, % av skatter o bidrag
B	Balanskravsresultat % av skatter o bidrag	G	Justerad landstingsskattesats, %
C	Soliditet koncern landsting, %	H	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kronor
D	Soliditet inkl. pensioner före 1998, %	I	Kostnad per producerad DRG-poäng i öppen sjukhusvård, kronor
E	Självfinansiering av investeringar, %	J	Kostnad per producerad DRG-poäng i slutet sjukhusvård, kronor

## Kompetensförsörjning

Att hälso- och sjukvårdens medarbetare har bra förutsättningar att utföra sitt arbete är avgörande för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kompetensförsörjningen måste vara långsiktig och anpassad till en ökad andel äldre i befolkningen.

Ett stort arbete pågår i kommuner och regioner för att möta kompetensutmaningen. Det handlar både om att få befintliga medarbetare att arbeta mer, hitta nya arbetssätt och arbetsorganisationer samt att fortsätta attrahera och utveckla medarbetare. I rapporten *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden*<sup>13</sup> från 2018 framgår att rekryteringsbehovet kan minska med cirka en tredjedel just genom att fler jobbar mer (heltidsarbete ökar), fler jobbar längre och genom att utnyttja tekniken.

Uppgifterna i detta avsnitt avser i huvudsak att belysa hur situationen såg ut 2019 och speglar således inte hur regionerna hanterar personal- och kompetensförsörjning under covid-19-pandemin 2020.

### Rekryteringsutmaningen

För att möta behoven behöver hälso- och sjukvårdens arbetsgivare, enligt SKR:s rekryteringsrapport från 2018<sup>14</sup>, öka antalet anställda med drygt 4 000 personer per år under en tioårsperiod om inga förändringar i arbetssätt görs. Därutöver förväntas knappt 8 000 medarbetare gå i pension årligen under perioden. Därtill kommer personalbehovet i hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna.

Rekryteringsläget till flera yrken inom hälso- och sjukvården är besvärligt, och har så varit en tid. Enligt SCBs Arbetskraftsbarometer<sup>15</sup>, december 2019, har andelen arbetsgivare i regionerna som uppger brist på sökande de senaste åren ökat kraftigt särskilt vad gäller tandhygienister, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. För sjuksköterskor, både med och utan specialistutbildning, är bristen på sökande fortsatt stor. Yrken där tillgången på nyexaminerade sökande har förbättrats är vård- och omsorgsutbildning (gymnasienivå), läkare och tandsköterskor.

Trots svårigheter att rekrytera och ökad konkurrens om arbetskraften på arbetsmarknaden har regionerna lyckats öka antalet anställda. Sedan 2013 har

---

<sup>13</sup>Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, SKR, 2018

<https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/sverigesviktigastejobbfinsivafarden.27518.html>

<sup>14</sup> Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden – Rekryteringsrapport 2018, SKR, 2018  
[https://webbutik.skr.se/shop?funk=visa\\_artikel&artnr=7585-610-0](https://webbutik.skr.se/shop?funk=visa_artikel&artnr=7585-610-0)

<sup>15</sup> Arbetskraftsbarometern, SCB

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/arbetskraftsbarometern/>

antalet anställda (månadsavlönade) ökat med 26 000, en ökning med 10 procent. Antalet undersköterskor, skötare m.fl. har ökat med 6 300 personer (15 procent) och antalet läkare med 4 100 personer (14 procent). Antalet sjuksköterskor ökade med 400 personer (1 procent) under samma period. Även inom kommunernas vård och omsorg har antalet anställda ökat under perioden, med undantag för år 2019.

## Ingen flykt från hälso- och sjukvården

Ungefär nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg. Andelen har endast förändrats marginellt under perioden 1996 till 2016, enligt studien *Bristyrken i offentlig verksamhet* från IFAU<sup>16</sup>, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Det är dock fler sjuksköterskor som arbetar som exempelvis vårdutvecklare eller chefer än tidigare.

SKR:s personalstatistik<sup>17</sup> visar att 9 procent av de månadsavlönade tillsvidareanställda lämnade regionsektorn mellan 2018 och 2019. Det handlar om såväl pensionsavgångar som de som går till privat eller kommunal sektor eller lämnar av andra skäl. Lite drygt en tredjedel av de som lämnade var över 60 år medan var tionde började arbeta i en kommun. Utöver de som lämnade sektorn var det en procent som bytte region inom sektorn och 11 procent som bytte arbetsställe inom sin region.

## Fler jobbar heltid, arbetar även efter 65

Ett sätt att möta kompetensutmaningen inom hälso- och sjukvården är att öka heltidsarbetet och arbeta för att förlänga arbetslivet bland medarbetarna. I diagram 22 framgår att andelen heltidsarbetande har ökat från 63 procent 2009 till 70 procent 2019.

---

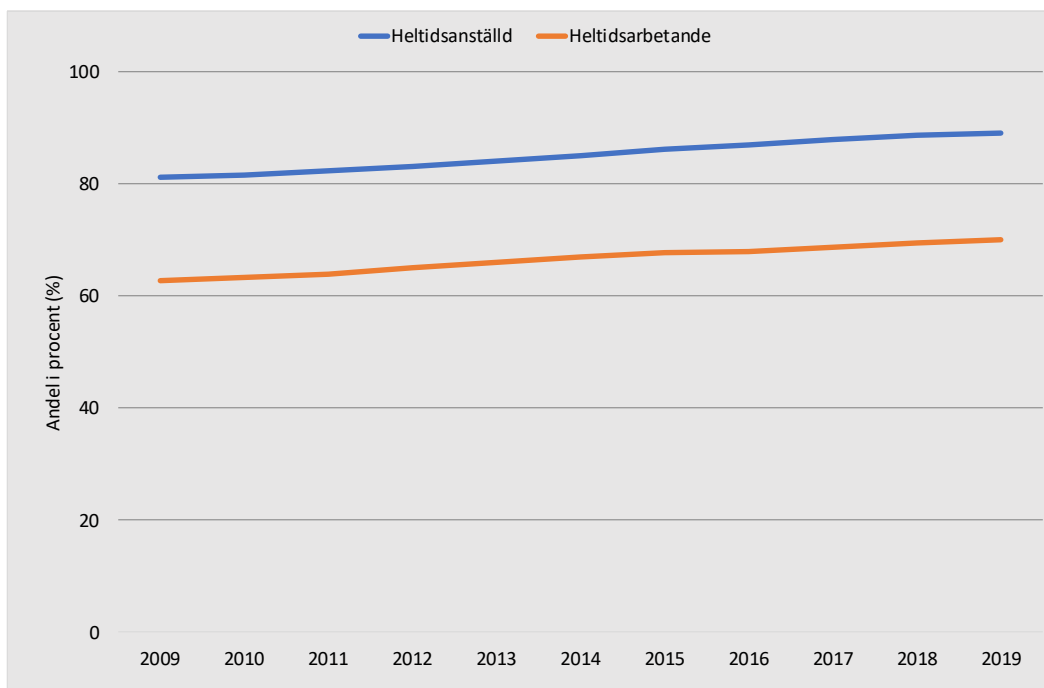
<sup>16</sup> Bristyrken i offentlig verksamhet, IFAU, 2018

<https://www.ifau.se/sv/Forskning/Publikationer/Rapporter/2018/bristyrken-i-offentlig-verksamhet/>

<sup>17</sup> Personalen i kommuner och regioner, SKR

<https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenisiffror.850.html>

**Diagram 22. Andel heltidsanställda och heltidsarbetande i riket, 2009-2019. Avser månadsavlönade.**



Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner

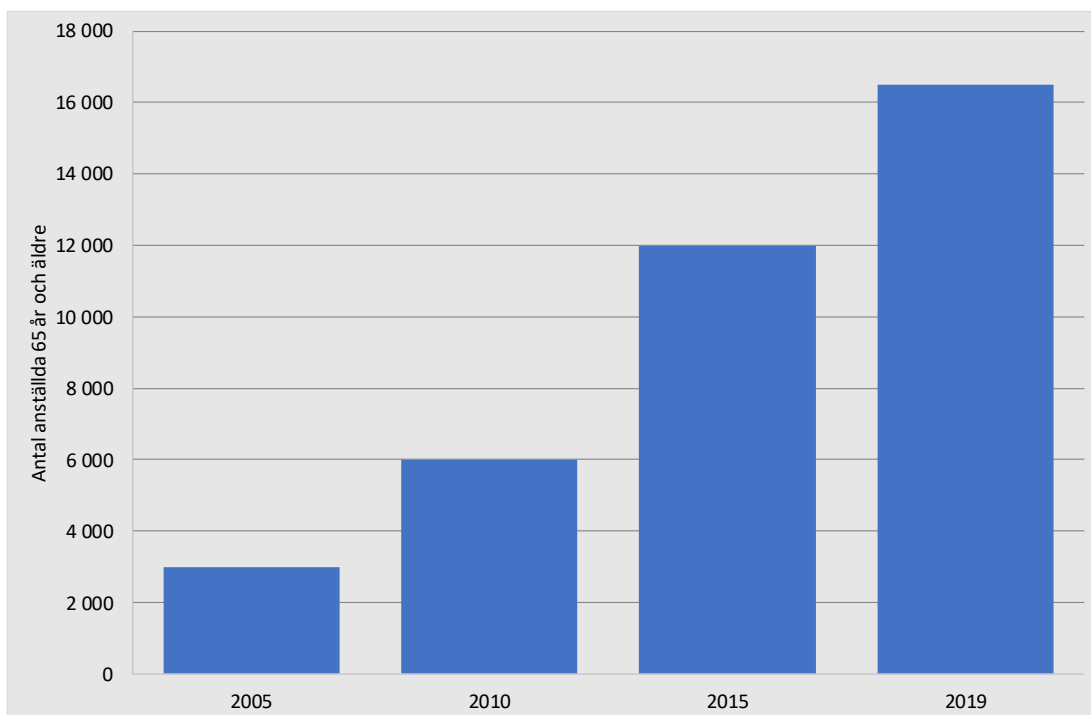
Bland de 7 800 månadsavlönade över 60 år som lämnade regionsektorn 2018 var den genomsnittliga avgångsåldern 64 år. År 2010 var motsvarande siffra 63,5 år, så arbetslivet förlängs relativt långsamt.

I diagram 23 framgår att ökningen av antalet 65 år och äldre som arbetar kvar, eller kommer tillbaka efter pensionering, däremot är större. Under år 2005 till 2019 har antalet anställda i regionerna ökat från 3 000 till 17 000 personer för denna grupp. Detta avser både månads- och timavlönade.

En studie från SKR 2019, *Mitt i livet*<sup>18</sup>, visar att omkring en tredjedel av de anställda i kommuner och regioner tror att de kommer att arbeta till 67 år eller längre. Majoriteten uppger också att det finns förutsättningar för att arbeta längre än sin tänkta pensionsålder – bland annat genom ökade möjligheter till deltidsarbete och genom att få en förändrad roll såsom rådgivare, expert eller handledare.

<sup>18</sup> Mitt i livet – Attityder till jobb, yrkesväxling och ett förlängt arbetsliv, SKR, 2019  
<https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/mitt-i-livet.html>

**Diagram 23. Antalet anställda 65 år och äldre i regionerna 2005-2019. Avser månads- och timavlönade.**



Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner

## Utbildning

Utbildningarnas innehåll och utformning är centrala för att hälso- och sjukvården ska kunna rekrytera och behålla personal med rätt kompetens.

Hälso- och sjukvård har ett stort utbildningsuppdrag och ansvarar bland annat för att tillhandahålla utbildningstjänstgöring för AT- och ST-läkare, ST-tandläkare och PTP-psykologer. Vården har också ett stort uppdrag gentemot lärosätena att tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och verksamhets integrerat lärande (VIL), för studenter på högskole- och YH-utbildningar.

Den kraftiga utbyggnaden av sjuksköterskeutbildningen och barnmorskeutbildningen de senaste åren har i kombination med stora pensionsavgångar i samma yrkesgrupper lett till att samtliga regioner rapporterar att det är svårt att tillhandahålla så många VFU-platser som man skulle önska då handledarkapaciteten är begränsad. Även läkarutbildningen har genomgått en kraftig utbyggnad som kräver stora resurser av regionerna. Antalet AT-platser har inte ökat lika snabbt som behovet.

För 2019 tillfördes regionerna 400 miljoner kronor för att erbjuda sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning, vilket lades till tidigare års

överenskommelser mellan regeringen och SKR. Fr o m 2019 avsätts även medel till kommunerna. Regionerna hade innan satsningarna påbörjades erbjudit olika former av studielön och/eller studieförmåner under studietiden liksom särskilda utbildningsanställningar för sjuksköterskor. Socialstyrelsens uppföljning av satsningarna 2017 och 2018<sup>19</sup> visade på en ökning av antalet som fick ersättning från arbetsgivaren med 700 tjänster. Flera regioner beskriver också att utbildningsanställningarna haft positiva effekter på möjligheterna att rekrytera sjuksköterskor. Ingen uppföljning av 2019 års satsning har ännu gjorts.

## Användning av inhyrd personal

Användningen av bemanningsföretag är ett uttryck för personalbrist och svårigheterna att rekrytera. Samtliga regioner har sedan 2016 arbetat gemensamt med stöd av SKR för att nå ett oberoende av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Kostnader för hyrpersonal har rapporterats och publicerats kontinuerligt av SKR<sup>20</sup>.

Under de gångna åren har regionerna genomfört ett stort antal åtgärder för att minska beroendet av inhyrd personal. Exempel på åtgärder är förändrade arbetssätt och arbetsflöden, satsningar på specialistutbildning för sjuksköterskor och på inrättande av fler tjänster för AT-läkare och ST-läkare. Flera av åtgärderna är långsiktiga och det kommer att ta tid innan full effekt uppnås.

Vid senaste rapporteringen, helåret 2019, hade 10 av 21 regioner minskat sina kostnader, jämfört med 2018. Kostnaden för inhyrda läkare minskade något medan kostnaden för inhyrda sjuksköterskor ökade. Kostnaderna ökar totalt sett fortfarande, men kostnadsökningstakten har planat ut. Sedan augusti 2017 är kostnadsandelen för hyrpersonal i relation till egen personal konstant, knappt 4 procent.

## Sjukfrånvaro

Svängningarna i sjukfrånvaro bland anställda inom hälso- och sjukvård följer samma mönster som sjukfrånvaron totalt sett i Sverige. Efter en uppgång från rekordlåga nivåer 2010 har vi sedan 2017 en period av svag nedgång. Men fortfarande motsvarar sjukfrånvaron längre än 30 dagar i regionerna, på heltid eller deltid, cirka 7 200 årsarbetare år 2019. Hälso- och sjukvården gick därför miste om arbetskraft som i årsarbetare motsvarade 1 800 sjuksköterskor, 1 800 undersköterskor och 300 specialistutbildade läkare på grund av sjukfrånvaro längre än 30 dagar.

---

<sup>19</sup> Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare – Uppföljning av överenskommelserna år 2018, Socialstyrelsen, 2019  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-15.pdf>

<sup>20</sup> Bemanningstrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvård, SKR  
<https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemannningstrendinhyrdpersonal.11422.html>

## Hållbart medarbetarengagemang

Ett tydligt engagemang bland medarbetarna är en viktig förutsättning för att säkra en högkvalitativ, effektiv och hållbar hälso- och sjukvård nu och i framtiden.

Enligt den senaste Arbetsmiljöundersökningen<sup>21</sup>, som genomförs av SCB/Arbetsmiljöverket, ansåg ungefär fyra av fem medarbetare i regionerna (82 procent) att de har ett mycket meningsfullt arbete. Det är betydligt mer än de 69 procent på arbetsmarknaden totalt som uppgav detta. Drygt fyra av fem medarbetare i regionerna ansåg även att de i det stora hela är nöjda med arbetet, vilket också var betydligt mer än genomsnittet på arbetsmarknaden.

En central uppgift för arbetsgivare är att skapa förutsättningar för engagemang bland medarbetarna och att omsätta engagemanget i bra verksamhet. För att främja och tillvarata medarbetarengagemanget är det viktigt att primärt arbeta med att skapa förståelse för verksamhetens uppdrag och mål samt inspirera till att nå dessa. Helt enkelt att bidra till att ge medarbetarna ett djup och en trygghet i sitt och organisationens arbete och uppmuntra ett väl utvecklat medarbetarskap. Dessa delar försöker SKR fånga i en modell och enkät som används av kommuner och regioner för att kontinuerligt utvärdera arbetsgivarpolitiken – Hållbart medarbetarengagemang (HME)<sup>22</sup>.

Genom HME-modellen erbjuder SKR en enkät innehållande nio frågor som speglar tre olika perspektiv som alla tre har inverkan på medarbetarengagemanget – motivation, ledarskap och styrning. Den primära avsikten med HME-enkäten är att mäta organisationens och chefernas förmåga att ge förutsättningar för, tillvarata och upprätthålla ett stort medarbetarengagemang. De flesta medarbetare inom hälso- och sjukvården har någon gång besvarat HME-enkäten.

---

<sup>21</sup> Arbetsmiljöundersökningen, SCB, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/arbetsmiljo/arbetsmiljoundersokningen/>

<sup>22</sup> Hållbart medarbetarengagemang (HME), SKR <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/uppfoljninganalys/hallbartmedarbetarengagemanghme.html>



## Resultattabla

Resultattabla består av 12 indikatorer inom området Kompetensförsörjning. Fokus är på regionerna som arbetsgivare, inte bara som huvudman och finansiär för sjukvården. Indikatorerna är hämtade från Sveriges Kommuner och Regioner och avser 2019 med undantag för indikatorerna för HME (medarbetarengagemang) som avser 2015-2019. Alla mått i resultattabla (utom hyrkostnad) visas i Kolada, men inte på Vården i siffror, undantaget HME. Alla regioner rapporterar inte sina resultat i Kolada och är därför inte med i resultattablans tre mått från HME-enkäten. HME-måtten avser senast rapporterade värde sedan 2015 och redovisas i Vården i siffror.

Regioner	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Stockholm	2,8			78	76	74	6,1	1,8	85	5	10	72
Uppsala	3,1	10	13	79	77	73	5,3	2,2	85	6	9	69
Sörmland	4,9	9	13	78	77	74	6,4	1,7	83	7	10	71
Östergötland	3,2	9	12				5,8	2,0	87	7	6	70
Jönköpings län	3,1	9	10	79	82	76	5,6	2,0	87	6	7	61
Kronoberg	5,7	9	11				5,0	2,0	86	7	8	64
Kalmar län	5,7	9	11	81	82	75	5,2	2,0	86	7	7	67
Gotland	9,1			79	76	70	6,1	1,6				
Blekinge	4,5	9	12				5,4	1,8	88	5	7	74
Skåne	2,3	9	12				5,4	1,8	85	7	8	71
Halland	2,9	9	10				5,2	1,8	86	6	7	61
Västra Götaland	2,1	9	10	77	74	70	6,2	1,8	87	6	7	69
Värmland	4,9	9	15	81	80	77	5,3	1,6	84	6	10	69
Örebro län	2,9	9	11	79	79	74	5,0	1,8	86	7	7	74
Västmanland	6,0	9	11	81	80	76	6,9	1,7	86	6	8	71
Dalarna	5,5	9	11				6,0	2,1	85	7	8	69
Gävleborg	7,8	9	16	80	79	76	5,5	1,6	86	5	9	75
Västernorrland	14,1	10	12	78	78	72	5,2	1,7	81	9	9	77
Jämtland Härjedalen	5,3	10	10				4,7	1,5	87	7	6	71
Västerbotten	3,9	8	10				5,4	1,7	86	8	6	70
Norrbottnen	8,4	10	10	80	79	74	4,5	1,9	84	8	8	75
Riket	3,8	9	14	80	79	76	5,5	1,8	86	6	8	70

**Blå skala i maximalt sex nyanser:**  
När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg.

A	Hyrcostnader andel av egna personalkostnader, %	G	Sjukfrånvaro bland regionanställd, totalt, %
B	Andel avgångna tillsvidareanställda, %	H	Kvot mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro
C	Andel nyanställda tillsvidareanställda, %	I	Andel tillsvidareanställda månadsavlönade, %
D	Hållbart medarbetarengagemang - Motivation, Index	J	Andel visstidsanställda månadsavlönade, %
E	Hållbart medarbetarengagemang - Ledarskap, Index	K	Andel visstidsanställda timavlönade, %
F	Hållbart medarbetarengagemang - Styrning, Index	L	Andel heltidsarbetande månadsavlönade, %

# Bilaga 1 Metodbeskrivning för resultattablåer

Resultattablåerna består av färglagda tabeller med resultat för riket och samtliga regioner för de indikatorer och mått som ingår. Värden avser senaste tillgängliga mätperiod, i många fall år 2019. Även halvårs-, månads- eller flerårsdata har använts. Data har hämtats från Värden i siffror under april månad. Vissa datakällor som uppdateras automatiskt kan ha fått in kompletterande data i ett senare skede. Uppgifterna kan alltså skilja sig åt i några fall.

Färgläggningen syftar till att synliggöra respektive regions utfall samt olika mönster av variation mellan regionerna. Se exempel nedan. Skillnaderna i färger baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga regioners utfall.

Cellerna är färglagda med färger i flera olika nyanser av gult, grönt, rött och blått. Om uppgifter saknas eller om en region har för få fall för att redovisas är cellen vit.

Tre olika modeller för färgläggning har använts.

**Grönt-gult-rött i maximalt sex nyanser:** Används när det i princip är möjligt att beskriva resultatet i termer av bättre eller sämre. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om variationen mellan regioner är mindre är flera värden/celler gultonade. Om värdet ligger inom eller nära den 10:e eller 90:e percentilen, dvs. bland det tio procent som avviker mest mot medianvärdet desto starkare röda eller gröna nyanser. Antalet röda, gröna och gula celler varierar för indikatorerna, beroende på spridningen av värden.

En förenkling är att ingen hänsyn tas till statistisk säkerhet. Ett alternativ till att visa sex färgnyanser hade varit att använda grönt och rött för resultat som är statistiskt säkerställt skilt från rikets värde. En sådan modell kan övervägas. I Excelbilagan finns även respektive regioners procentuella avvikelse från rikets värde inlagt.

**Blå skala i maximalt sex nyanser:** När det inte är självklart bra eller dåligt att ha ett visst resultat, exempelvis antal läkare eller kostnader per invånare, används en neutral, blå färgskala i sex nyanser. Högre värden tilldelas en mörkare blå färg och lägre värden en ljusare blå färg. Färgtilldelningen baseras på avståndet till medianvärdet för samtliga regioner för respektive indikator. Man tar inte hänsyn till rikets värde. Om värdet ligger inom eller nära den 10:e percentilen dvs. bland det tio procent som avviker mest mot medianvärdet desto svagare färg. För värden inom eller nära den 90:e percentilen desto mörkare färg.

**Grönt-gult-rött baserat på måluppfyllelse:** Används i kapitlet Kunskapsbaserad vård. Målnivåerna, är satta av Socialstyrelsen eller nationella kvalitetsregister. För vissa indikatorer finns bara en målnivå, som kan vara från Socialstyrelsens nationella riktlinjer eller från kvalitetsregister. Har man uppfyllt målnivån i dessa fall så får man grön färg, annars röd.

Nationella kvalitetsregister anger ofta två målnivåer för en indikator, låg respektive hög målnivå. Då får man grön färg om hög målnivå har uppfyllts och gul färg om man nått den lägre målnivån. Har ingen av målnivåerna uppnåtts markerar cellen med röd färg.

Om Socialstyrelsen också har satt målnivå för samma indikator så är det oftast samma målnivå som den högre målnivån för kvalitetsregistret. I enstaka fall förekommer skillnad i målnivå mellan Socialstyrelsen och hög målnivå för kvalitetsregister. Då sätts grön färg om hög målnivå för kvalitetsregister har uppnåtts, även om målnivån från Socialstyrelsen är högre.

#### ATT TÄNKA PÅ VID TOLKNING

Resultattablåerna består av ett urval av indikatorer – ett annat urval hade kunnat göras. Tillgången på data styr ofta urvalet.

Skillnader i patienternas sjukdomsgrad i de olika regionerna (så kallad casemix) kan påverka resultaten.

Datakvaliteten varierar, liksom indikatorernas validitet, i vilken grad de verkligen mäter det de avser att mäta.

Indikatorerna speglar kvalitetsaspekter som är olika viktiga, vilket gör att det är svårt att väga samman flera olika resultat.

Ingen hänsyn tas till statistisk säkerhet eller hur nära ett resultat är en gräns för måluppfyllelse.

Tablåerna belyser variation mellan regionerna, men det kan även finnas påtaglig variation inom en region, mellan befolkningar, olika socioekonomiska grupper eller olika vårdgivare.

# Hälso- och sjukvårdsrapporten 2020

## Öppna jämförelser

*Hälso- och sjukvårdsrapporten – Öppna jämförelser* är en årligen återkommande rapport som avser att beskriva läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Syftet är att skapa en överblick och jämföra regioners resultat med varandra, i den tradition av öppna kvalitetsjämförelser som sedan länge nu är etablerad i Sverige. Detta är ett stöd för regionerna i deras ledning, styrning och verksamhetsutveckling, men bidrar också till transparens om sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

I den här rapporten beskrivs läget och utvecklingen i hälso- och sjukvårdssystemet till och med 2019, med utgångspunkt i sju tematiska avsnitt. Det berör perspektiv så som patienterfarenheter, tillgänglighet, patientsäkerhet, resultat för stora sjukdomsgrupper, måluppfyllelse gentemot riktlinjer, ekonomi och kompetensförsörjning.

Rapporten har fokus på att beskriva den situation som rådde innan pandemin. Innehållet kan därför ses som en utgångspunkt för de analyser som görs om pandemins effekter baserat på kommande data.

Upplysningar om innehållet  
Fredrik Westander, [fredrik.westander@skr.se](mailto:fredrik.westander@skr.se)  
Siv-Marie Lindquist, [siv-marie.lindquist@skr.se](mailto:siv-marie.lindquist@skr.se) (data)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020  
ISBN: 978-91-7585-833-3