

PM 2022:4

# Från uppdämt vårdbehov till förlängda köer

Uppföljning av förändringar i befolkningens  
vårdkonsumtion till följd av covid-19-pandemin

# Vård- och omsorgsanalys PM-serie

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

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

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

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se). Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
ISBN 978-91-88935-53-3  
[www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

# Från uppdämt vårdbehov till förlängda köer

Uppföljning av förändringar i befolkningens  
vårdkonsumtion till följd av covid-19-pandemin

# Beslut

Beslut om den här promemorian har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Analytikern Agnes Lindvall har varit föredragande. Analyschefen Caroline Olgart Höglund, chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren och projektdirektören Åsa Ljungvall har deltagit.

Stockholm 2022-08-19

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam

*Generaldirektör*

Agnes Lindvall

*Föredragande*

# Förord

Under covid-19-pandemins andra år fortsatte hälso- och sjukvården att pressas hårt. Kapaciteten i delar av hälso- och sjukvården har inte varit tillräcklig, och planerad vård har senarelagts. Befolkningen har också valt att avstå från att söka vård. Under 2021 innebar pandemin nya vågor av sjukdoms- och dödsfall, men vaccin blev tillgängliga och stora delar av befolkningen kunde återigen vända sig till hälso- och sjukvården.

Syftet med den här promemorian är att på ett övergripande sätt beskriva vårdkonsumtionsförändringarna till följd av pandemin, för personer som sökt vård för annat än covid-19, och att beskriva hur befolkningen upplevt tillgången till vård under pandemin. Promemorian är en uppföljning av rapporten *I skuggan av covid-19* som publicerades 2021.

Arbetet med promemorian har letts av projektledaren Agnes Lindvall. I projektgruppen har även analytikern Daniel Trankell, projektdirektören Nils Janlöv, tillförordnade projektdirektören Åsa Ljungvall och juristen Timothy Hallgren deltagit. PFM Research har administrerat enkätutskicket. Vi vill rikta ett varmt tack till alla som tagit sig tid att svara på vår enkät.

Stockholm augusti 2022

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

# Sammanfattning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade våren 2021 rapporten *I skuggan av covid-19* som gav en övergripande bild av 2020 års förändringar i vårdkonsumtion som en följd av covid-19-pandemin. Resultaten visade att planerad vård blev senarelagd och att många i befolkningen undvek att uppsöka hälso- och sjukvården, trots att de skulle ha behövt det. Vårdens prioriteringar och människors beteendeförändringar ledde till ett uppdämt vårdbehov som sannolikt kommer att märkas under lång tid framöver. Vi konstaterade att det är viktigt att följa den här utvecklingen. I den här promemorian följer vi därför på nytt upp förändringarna i vårdkonsumtion genom att analysera statistik över väntetider och genom en enkätundersökning till befolkningen.

## Syftet är att skapa en samlad bild av vårdkonsumtionsförändringarna under pandemin

Syftet med den här promemorian är att på övergripande nivå beskriva de förändringar i vårdkonsumtionen som covid-19-pandemin lett till. Arbetet har utgått från tre frågeställningar:

- Hur har vårdkonsumtionen i den specialiserade vården i stort förändrats under pandemin?
- Hur har pandemin påverkat befolkningens syn och efterfrågan på vård?
- Hur har vårdens omställning och ransonering till följd av pandemin påverkat befolkningen?

Liksom i rapporten *I skuggan av covid-19* (Vård- och omsorgsanalys 2021) fokuserar vi inte på vården av patienter med covid-19, utan på pandemins indirekta effekter på övrig vårdefterfrågan och det övriga vårdutbudet.

Frågeställningarna har besvarats genom två delstudier:

- En webbaserad enkät riktad till en befolkningspanel bestående av slumpmässigt rekryterade individer, för att undersöka förändringar i vårdkonsumtionen ur ett patientperspektiv.
- En beskrivning av vårdkonsumtionsförändringarna under 2021 utifrån väntetidsdatabasen för första besök och operation eller annan åtgärd i den specialiserade vården.

Enkätundersökningen ger oss möjlighet att analysera befolkningens syn på pandemins effekter på annan vård än för covid-19, vilket inte går med hjälp av statistik över slutgiltig vårdkonsumtion. Enkäten ger en inblick i patienternas perspektiv på pandemiåren 2020-2021 och är ett viktigt komplement till väntetidsstatistiken. Till skillnad från statistiken ur väntetidsdatabasen avser enkäten all hälso- och sjukvård, inklusive primärvård,

och inte enbart en del av den specialiserade vården. Den genomfördes i december 2021 och drygt 5 400 personer från hela landet svarade på enkäten. Deltagarna ingår i en befolkningspanel och rekryterades slumpmässigt ur Statens personadressregister (SPAR) och stratifierades utifrån län, kön och åldersgrupp. I resultatsammanställningen har vi även viktat de svarande utifrån geografiskt område, ålder, kön och utbildningsnivå så att materialet så långt som möjligt överensstämmer med befolkningens sammansättning.

## Övergripande resultat och slutsatser

Sammanfattningsvis ger delstudierna följande resultat:

**Tabell 1.** Promemorians fem övergripande slutsatser baserade på de huvudsakliga resultaten.

Slutsatser	1	2	3	4	5
	<p><b>Det uppdämda vårdbehovet från 2020 ledde till faktiska vårdköer 2021</b></p>	<p><b>Vårdutbudet har ökat, men vårdköerna växer</b></p>	<p><b>Uppskattningsvis halva befolkningen har någon gång under pandemin antingen avstått från att söka vård eller fått sin vård inställd</b></p>	<p><b>Personer med långvariga hälsoproblem har i störst utsträckning påverkats av vådransonering och ändrat sitt vård-sökarbete</b></p>	<p><b>Rekommendationerna i rapporten <i>1 skuggan av covid-19</i> är fortfarande aktuella</b></p>
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inflödet av patienter som väntar på ett första besök i specialiserad vård var 24 procent högre 2021 än 2020.</li> <li>Inflödet av patienter som väntar på en operation eller åtgärd var 27 procent högre 2021 än 2020.</li> <li>Vi bedömer att ökningen i inflödet mellan 2020 och 2021 delvis består av personer som annars skulle besökt vården under 2020. Däremot är det samlade inflödet för 2020–2021 i nivå med eller något lägre än det förväntade inflödet. Det innebär att det sannolikt finns ett visst kvarvarande uppdämt behov av första besök, operationer och åtgärder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antalet genomförda operationer och åtgärder är i nivå med 2017–2019 och det genomfördes 23 procent fler operationer och åtgärder 2021 än 2020.</li> <li>Inflödet av patienter till första besök i den specialiserade vården och operationer översteg antalet genomförda operationer och åtgärder under året.</li> <li>Även om vårdproduktionen återhämtat sig till nivåerna före pandemin blev vårdköerna längre under 2021. Ökningen i vårdutbudet under 2021 var därmed inte tillräckligt stort för att beta av det uppdämda vårdbehovet från 2020 och ny vård-efterfrågan under 2021.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enkätresultaten visar att cirka 50 procent av de svarande någon gång under pandemin har avstått från att söka vård, och 27 procent har någon gång antingen fått ett vårdbesök avbokad, senarelagt eller nekat.</li> <li>Cirka 50 procent av dem som undvikit att söka vård eller fått vård inställd har ett kvarvarande vårdbehov.</li> <li>9 procent av befolkningen upplever sämre hälsa efter utebliven vård under pandemin.</li> <li>55 procent av de svarande känner någon form av oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19. Det är en minskning med 16 procentenheter sedan förra undersökningen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enkätresultaten visar att personer med långvariga hälsoproblem i högre utsträckning än andra fått vård inställd eller undvikit att söka vård under pandemin.</li> <li>Personer med allvarligare hälsoproblem avstår i högre grad från vårdbesök. De har också i högre utsträckning ett kvarvarande vårdbehov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vård- och omsorgsanalys lämnade fyra rekommendationer i rapporten <i>1 skuggan av covid-19</i> och vi bedömer att de fortfarande är relevanta.</li> </ul>

## **Det uppdämda vårdbehovet från 2020 ledde till faktiska värdköer 2021**

Under det första pandemiåret 2020 syntes en tydlig nedgång i antalet nytillkomna personer som väntade på ett första besök, en operation eller en annan åtgärd inom specialiserad vård, jämfört med 2017–2019. Det minskade inflödet berodde sannolikt på förändrat beteende, snarare än minskat vårdbehov i befolkningen. Följden blev ett uppdämt vårdbehov i befolkningen, bestående av personer som behövde vård men som antingen inte sökt vård eller inte blivit uppsatta på väntelistorna.

Under 2021 var inflödet av patienter som väntar på ett första besök 24 procent högre än 2020, och inflödet av patienter som väntar på en operation eller åtgärd var 27 procent högre. Sammantaget var det genomsnittliga inflödet 2020–2021 i nivå med eller något lägre än det för 2017–2019. Om vi antar att det faktiska vårdbehovet under pandemin var ungefär detsamma som genomsnittsinflödet 2017–2019 övergick det uppdämda vårdbehovet från 2020 i en känd vårdskuld för första besök under 2021. Det går också att uppskatta vårdbehovet under pandemin utifrån inflödets historiska utveckling, där inflödet till första besök har ökat lite varje år, och då bedömer vi att det fortfarande finns personer som behöver ett första besök men som ännu inte blivit synliga i inflödet.

Oavsett om vi utgår från den historiska utvecklingen eller det genomsnittliga inflödet 2017–2019 är det faktiska inflödet av personer som väntar på en operation något lägre än det förväntade. Det innebär att det även för operationer sannolikt finns personer som behöver en åtgärd, men som inte syns i inflödet ännu.

Vi bedömer att ökningen i patienter som väntar på specialiserad vård 2021 delvis består av personer som annars skulle besökt vården under 2020.

## **Vårdutbudet ökade under 2021, men värdköerna växte ändå**

Utbudet, eller produktionen, av vård var betydligt högre 2021 jämfört med 2020. Det genomfördes 15 procent fler första besök, och 23 procent fler operationer och andra åtgärder under 2021 än året innan. Antalet genomförda operationer och andra åtgärder var i nivå med medelvärdet för 2017–2019. Det ser därför ut som att vårdproduktionen återhämtade sig till de nivåer som gällde före pandemin. Men även då rådde det en obalans mellan in- och utflödet av patienter som väntar på första besök, operationer eller åtgärder, och väntetiderna har blivit allt längre. Återhämtningen är alltså inte tillräcklig för att möta befolkningens behov enligt inflödet. Utifrån väntetidsdatabasen har vi beräknat köbalansen, vilket är det begrepp vi använder för förhållandet mellan inflöde och utflöde av patienter, för olika regioner och vårdområden. Köbalansen ser olika ut för olika regioner och vårdområden, och det är svårt att peka ut en enskild sak om orsakar detta. Det rör sig antagligen om en kombination av bland annat arbets sätt, resurser och organisation.

Det totala antalet personer som väntade på vård ökade också under året, så värdköerna blev alltså längre. Det högre vårdutbudet 2021 var därmed inte tillräckligt högt för att motsvara ökningen i inflödet av väntande, eller efterfrågan. Totalt handlar det om en ökning med 40 procent på väntelistorna till första besök och 10 procent för operation eller annan åtgärd.



## **Hälften av befolkningen har någon gång under pandemin antingen avstått från att söka vård eller fått sin vård inställd**

Hälften av de svarande i enkäten uppger att de någon gång under pandemin har avstått från att söka vård trots att de egentligen upplevde att de behövde vård. Hälso- och sjukvårdens ransoneringar och smittspridningsåtgärder har också lett till att 27 procent någon gång under pandemin har fått ett vårdbesök avbokad, senarelagt eller nekat. Sammantaget innebär det att över halva befolkningen, 53 procent, någon gång under pandemin antingen själva har avstått från att söka vård eller fått sin vård inställd. Jämfört med enbart 2020 var det omkring 12 procentenheter ytterligare i befolkningen som avstod eller fick sin vård inställd under 2021.

För vissa har besvären gått över, men hälften av dem som undvikit att söka vård eller fått vård inställd uppger att de fortfarande behöver vård, och 9 procent anger att deras hälsa har försämrats. Detta gäller för vårdbesök inom både primär- och specialistvården.

Våra enkätundersökningar ger mestadels samma bild av befolkningens erfarenheter. I båda var den främsta anledningen till att inte söka vård en ovilja att belasta sjukvården under pandemin, och den vanligaste åtgärden var att söka vård vid ett senare tillfälle.

En positiv utveckling sedan förra undersökningen är att färre oroar sig för att bli allvarligt sjuka i covid-19. I 2021 års undersökning svarade hälften att de känner någon form av oro för det, jämfört med 71 procent i den tidigare undersökningen. Vi ser också att personer över 70 år började återvända till hälso- och sjukvården under 2021. Det var färre som undvek att söka vård på grund av rädsla för att bli smittad än i 2020 års undersökning, 63 procent jämfört med 78 procent.

## **Personer med långvariga hälsoproblem har påverkats av vårdens ransoneringar och ändrat sitt vårdsockarbete mer än andra**

Personer med långvariga hälsoproblem har i högre utsträckning än andra fått vård inställd eller undvikit att söka vård. Vi kan inte säga säkert vilken typ av vårdbesök som inte har genomförts, men uppdämda vårdbehov kan på sikt innebära ökad ohälsa för en grupp som redan är sårbar. Extra oroande är också att utebliven vård är vanligare bland personer med allvarliga långvariga hälsoproblem än bland dem med mildare hälsobesvär. Även personer i riskgrupp för svår covid-19 har avstått från vård i högre utsträckning än andra. Sett till personer med långvariga hälsoproblem och personer i riskgrupp för svår covid-19 uppger cirka 60 procent att de har ett kvarvarande vårdbehov.

Båda enkätundersökningarna visar att dessa grupper oftare än andra har undvikit att söka vård eller fått vård avbokad eller inställd. De svarar också i högre utsträckning än personer utan hälsobesvär att de fortfarande behöver vård.

## **Rekommendationerna i rapporten *I skuggan av covid-19* är fortfarande aktuella**

Vi bedömer att rekommendationerna i förra rapporten (Vård- och omsorgsanalys 2021) fortfarande är relevanta.

Den *första rekommendationen* var att regionerna bör förstärka tillgängligheten i första linjens vård, ha en mer gemensam planering av vårdproduktion och kapacitet för att hantera det uppdämda behovet av operationer och även i fortsättningen uppmana befolkningen att söka vård vid behov.

I den *andra rekommendationen* uppmanades regering, berörda myndigheter och regioner att särskilt följa upp hur pandemin påverkat vårdbehovet för personer med långvariga hälsobesvär och riskgrupper för covid-19, för att motverka risker för att de blir undanträngda. Vård ska ges efter behov enligt hälso- och sjukvårdslagen och det är mycket viktigt att de berörda myndigheterna säkerställer att patientgrupper med stora behov får sitt vårdbehov tillgodosett.

Den *tredje rekommendationen* var att regeringen bör ge myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar, för att få aktuella uppgifter som kan komplettera de som finns i register.

Den *fjärde rekommendationen* handlade om att regeringen bör verka för god datakvalitet i väntetidsdatabasen och utvidga det nationella patientregistret med motsvarande information enligt officiell statistik. Det gällde särskilt primärvården och återbesök i den specialiserade vården. Kvalitetsproblemen i väntetidsdatabasen är kända och måste åtgärdas för att man ska kunna följa upp och analysera väntetiderna på ett rättvisande sätt.

Sedan *I skuggan av covid-19* publicerades har vi sett en rad olika aktiviteter för att motverka pandemins effekter på svensk hälso- och sjukvård. I regionerna har hälso- och sjukvården har arbetat hårt med att bemöta det uppdämda vårdbehovet hos befolkningen efter 2020, men det rör sig också om regeringsuppdrag om att hantera uppdämda vårdbehov, uppskjuten vård och plötsliga inflöden av patienter. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata. Trots detta behövs det ytterligare långsiktigt arbete för att motverka effekterna av pandemin. Vi anser därför att rekommendationerna från *I skuggan av covid-19* är fortsatt aktuella.

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>12</b>
1.1	Vi har tidigare beskrivit pandemiåret 2020 .....	12
1.2	Pandemin fortsatte att påverka hälso- och sjukvården efter 2020 .....	13
1.3	Promemorians syfte och frågor .....	14
1.4	Rapportens disposition .....	15
<b>2</b>	<b>Förändring i vårdkonsumtion under 2021 .....</b>	<b>16</b>
2.1	Vi följer förändringar i vårdkonsumtion med hjälp av väntetidsdatabasen .....	16
2.2	Inflödet av väntande på första besök ökade mer än antalet genomförda besök .....	19
2.3	Fler genomförda operationer och andra åtgärder 2021 än 2020, men också ökat inflöde .....	23
2.4	Inflödet av nytillkomna patienter ligger åter på väntade nivåer .....	27
<b>3</b>	<b>Befolkningens upplevelse av förändringar i utbud och efterfrågan .....</b>	<b>30</b>
3.1	Vi har gjort en befolkningsundersökning med riksrepresentativt urval .....	30
3.2	Resultaten delas in utifrån hälsomässiga och demografiska faktorer.....	31
3.3	En majoritet har fått den vård de behöver under pandemin .....	34
3.4	Färre är oroliga för att bli allvarligt sjuka i covid-19 .....	36
3.5	Under pandemin har många avstått från eller väntat med att söka vård.....	39
3.6	Ransoneringen av vård fortsatte att påverka vårdkonsumtionen under 2021.....	47
3.7	Nästan var tionde upplever sämre hälsa efter utebliven vård .....	52
<b>4</b>	<b>Slutsatser.....</b>	<b>53</b>
4.1	Det uppdämda vårdbehovet från 2020 ledde till faktiska vårdköer 2021 .....	54
4.2	Vårdutbudet har ökat, men vårdköerna växer .....	56
4.3	Cirka halva befolkningen har någon gång under pandemin antingen avstått från att söka vård eller fått sin vård inställd .....	56
4.4	Personer med långvariga hälsoproblem har i störst utsträckning påverkats av vårdransonering och ändrat sitt vårdsökarbeteende.....	57
4.5	Rekommendationerna i rapporten <i>I skuggan av covid-19</i> är fortfarande aktuella ..	58
	<b>Referenser .....</b>	<b>60</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>62</b>
	Bilaga 1. Enkätundersökning om vårdefterfrågan.....	62
	Bilaga 2. Enkät.....	68

# 1 Inledning

År 2020 och 2021 påverkades hela världen av coronaviruset. Viruset upptäcktes i slutet av 2019 och på några månader hade en global pandemi brutit ut som ställde hela världen på ända. För Sveriges del slog pandemin till på allvar i mars 2020, men sedan 1 april 2022 klassas covid-19 inte längre som en samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom (prop. 2021/22:137).

Covid-19-pandemin innebar ett stort tryck på hälso- och sjukvården som tvingades att ställa om mycket snabbt för att ta hand om alla som drabbades av sjukdomen. Vård- och omsorgspersonal har pressat sig till det yttersta för att rädda liv. Omställningen i hälso- och sjukvården, liksom pandemin i allmänhet, har även påverkat övrig hälso- och sjukvård som inte direkt har med covid-19 att göra. Planerad vård har behövt senareläggas och många i befolkningen har valt att inte uppsöka hälso- och sjukvården, trots att de skulle ha behövt det. Prioriteringarna och beteendeförändringarna har lett fram till ett uppdämt vårdbehov som sannolikt kommer påverka oss under lång tid framöver.

Vård- och omsorgsanalys publicerade våren 2021 rapporten *I skuggan av covid-19* som gav en övergripande bild av vårdkonsumtionsförändringarna under 2020 som en följd av pandemin. Resultaten visade att vårdkonsumtionen hade påverkats av både förändrade vårdsökarbeteenden hos befolkningen och hälso- och sjukvårdens omställning för att hantera pandemin. Vi konstaterade att det är viktigt att fortsätta följa vårdkonsumtionen under pandemin. I den här promemorian följer vi därför på nytt upp förändringarna genom analys av statistik över väntetider och genom en enkätundersökning till befolkningen.

## 1.1 Vi har tidigare beskrivit pandemiåret 2020

Syftet med rapporten *I skuggan av covid-19* var att på övergripande nivå beskriva förändringar i vårdkonsumtionen under 2020 till följd av pandemin. Rapportens fokus var inte på vården av patienter som var sjuka i covid-19, utan snarare på pandemins indirekta effekter på annan vårdefterfrågan och på annat vårdutbud. Resultaten visade att vårdkonsumtionen hade påverkats av både förändrade vårdsökarbeteenden hos befolkningen och av hälso- och sjukvårdens omställning för att hantera pandemin. Arbetet utgick från tre frågeställningar:

- På vilket sätt och varför har covid-19-pandemin påverkat befolkningens efterfrågan på övrig vård?
- På vilket sätt och varför har covid-19-pandemin påverkat övrigt vårdutbud?
- Hur har befolkningens sammantagna vårdkonsumtionsmönster förändrats under covid-19-pandemin?

Frågorna besvarades genom data från väntetidsdatabasen för att ge en kvantitativ beskrivning av vårdkonsumtionsförändringar och med hjälp av en enkät riktad till befolkningen för att undersöka förändringar i vårdkonsumtion ur ett patientperspektiv. Dessutom genomförde vi en övergripande dokumentstudie av förändringar av vårdutbudet på grund av pandemin.

Resultaten visade att nära 40 procent av befolkningen på *eget bevåg* hade antingen avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård under 2020. Av dem som undvikit eller väntat längre med att söka vård angav 77 procent att de inte velat belasta vården. Nära 60 procent angav att rädsla för att smittas av covid-19 under vårdbesöket bidragit till att de avstått från eller avvaktat med att söka vård.

Drygt 15 procent av befolkningen angav att *vården* antingen ställt in, senarelagt eller nekat deras vård på grund av pandemin. Lika många ansåg att det under 2020 var svårt att få kontakt med vården. Det minskade utbudet av vård under 2020 förklaras av att hälso- och sjukvården genomförde medvetna ransoneringar och smittskyddsåtgärder, och behövde hantera personal- och materialbrist.

Av dem som på grund av pandemin under 2020 undvek att söka vård, eller påverkades av vårdens ransoneringar, bedömde 53 procent att de hade kvarvarande behov av vård. Totalt 7 procent av befolkningen angav att de under pandemin fått ett försämrat hälsotillstånd på grund av vård som de antingen avstått från själva eller som blivit inställd på vårdens initiativ. Riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär hade minskat sin vårdkonsumtion mest.

Rapportens slutsatser ledde till fyra rekommendationer som var riktade till regionerna och regeringen om behovet av att förstärka tillgängligheten till första linjens vård, behovet av att följa upp vårdbehovet hos personer med långvariga hälsobesvär och för de i riskgrupp för svår covid-19, att genomföra fortsatta befolkningsundersökningar, samt att verka för god datakvalitet i väntetidsdatabasen.

## 1.2 Pandemin fortsatte att påverka hälso- och sjukvården efter 2020

Vår tidigare beskrivning av pandemin publicerades under pågående pandemi och tog fasta på det första året, 2020. Men även under 2021 fortsatte pandemin att påverka samhället och hälso- och sjukvården. Året inleddes med en avtagande andra smittspridningsvåg, som snart övergick i en tredje våg under våren. Under första halvåret 2021 översteg Sverige en miljon bekräftade covid-19-fall sedan pandemins början, och totalt 68 000 personer som vårdats på sjukhus. Av dessa behandlades cirka 7 500 personer på intensivavdelning (IVA) (SKR 2021a). Trycket på intensivvården var fortsatt hög med 4 166 patienter under 2021 jämfört med 4 225 under 2020. Däremot var mediantiden för vård med respirator signifikant kortare under 2021 (Svenska intensivvårdsregistret 2022). Jämfört med den första vågen under 2020 var smittspridningen hög i hela landet, och sjukhusinläggningarna var också många i samtliga regioner (Socialstyrelsen 2022a).

Vid årsskiftet 2020–2021 påbörjades arbetet med att vaccinera befolkningen mot covid-19. Den första gruppen som vaccinerades var personer över 65 år med plats på särskilt boende eller med hemtjänst. Efter det vaccinerades övriga personer 65 år och äldre.

Skyddseffekten mot vård på IVA och död efter två doser uppskattades till 91 procent (Folkhälsomyndigheten 2021a). Under den tredje vågen, det vill säga under våren 2021, vårdades cirka 12 procent av patienterna med covid-19 på IVA. Det är samma nivå som under första och andra vågen, men dödligheten sjönk från 16 till 7 procent. Även medianvårdtiderna sjönk från 26 till 22 dygn, och vårdtiden på IVA minskade (SKR 2021a).

### 1.3 Promemorians syfte och frågor

Syftet med den här promemorian är att analysera effekterna av covid-19-pandemin på vårdkonsumtionen, det vill säga hur befolkningen ändrat sin vårdefterfrågan och påverkats av förändringarna i vårdutbudet. Följande frågeställningar ligger till grund för arbetet:

- Hur har vårdkonsumtionen i den specialiserade vården i stort förändrats under pandemin?
- Hur har pandemin påverkat befolkningens syn och efterfrågan på vård?
- Hur har vårdens omställning och ransonering till följd av pandemin påverkat befolkningen?

Frågeställningarna besvaras med hjälp av analyser av statistik från väntetidsdatabasen och med en enkätundersökning riktad till befolkningen.

Promemorian är alltså en uppföljning av rapporten *I skuggan av covid-19* eftersom vi där konstaterade att det är viktigt att följa och analysera vårdkonsumtionens utveckling med hjälp av befolkningsundersökningar, för att undersöka om ändrad vårdkonsumtion beror på förändringar i efterfrågan på vård eller i utbudet av vård. Analyserna utifrån väntetidsstatistiken kompletteras av vår enkätundersökning som fokuserar på befolkningens perspektiv på hur pandemin har påverkat annan vård än den som rör covid-19. Enkäten gör det möjligt att analysera vårdbehov som av olika anledningar inte syns i väntetidsstatistiken.

#### 1.3.1 Vårdutbud och vårdefterfrågan utgör tillsammans vårdkonsumtion

I både *I skuggan av covid-19* och i denna promemoria använder vi begreppen vårdkonsumtion, vårdutbud och vårdefterfrågan. Här definierar vi kortfattat begreppen. För en mer detaljerad genomgång, se kapitel 2 i *I skuggan av covid-19*.

*Vårdkonsumtion* beskriver befolkningens användning av hälso- och sjukvården, och består till exempel av antal besök i primärvården eller vårdtillfällen i den specialiserade vården (Vård- och omsorgsanalys 2019). Vårdkonsumtionen styrs av befolkningens behov av och efterfrågan på vård, och av hälso- och sjukvårdens vårdutbud.

*Vårdefterfrågan* kan beskrivas som en handling som ger uttryck för ett hälsobehov (Liss 2001), det vill säga själva handlingen att uppsöka och vilja ha vård.

*Vårdutbud* definieras inom hälso- och sjukvården som både innehållet i vården, till exempel de medicinska behandlingar som genomförs, och dess kapacitet, det vill säga den maximala vårdproduktion som vården kan ställa till förfogande under en viss tidsperiod (Socialstyrelsen 2018). Utbudet av hälso- och sjukvård begränsas av resurserna, bland annat ekonomi, personal och lokaler.

### 1.3.2 Vi besvarar frågeställningarna med hjälp av två datakällor

För att analysera vårdkonsumtionen och vårdefterfrågan har vi använt två datakällor: väntetidsdatabasen hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), och Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning om hur pandemin påverkat de svarandes vårdsökarbeteenden.

Väntetidsstatistiken består av antalet personer som väntar på ett första besök, en operation eller en annan åtgärd i slutet av varje månad, och antalet första besök, operationer och åtgärder som genomförs per månad. Utifrån statistiken i väntetidsdatabasen går det att se huruvida det görs fler eller färre besök respektive operationer eller andra åtgärder i sjukvården under ett år. Det finns även information om primärvården och återbesök i väntetidsdatabasen, men i denna promemoria fokuserar vi på den specialiserade vården. En av anledningarna till detta är att statistiken över primärvården bland annat har brister i täckningsgraden, något som framkom i vår föregående rapport *I skuggan av covid-19*.

Det går inte att utifrån väntetidsdatabasen uppskatta hur vanligt det är att ha ett vårdbehov utan att söka vård, och statistiken visar inte hur befolkningen resonerar om sin vårdkonsumtion. För att besvara dessa frågor är enkätundersökningen ett viktigt komplement. Hur enkätundersökningen genomförts beskrivs i bilaga 1.

## 1.4 Rapportens disposition

Denna promemoria bygger på två delstudier som presenteras var för sig i kapitel 2 och 3. Kapitel 2 baseras på statistik från väntetidsdatabasen för att ge en översiktlig bild av förändringarna i vårdutbudet och vårdefterfrågan inom den specialiserade vården under 2021, jämfört med 2020, och ett genomsnitt av 2017–2019 före pandemin. Kapitel 3 redovisar resultaten från enkätundersökningen om befolkningens upplevelse av hur förändringarna i efterfrågan och utbud av vård har påverkat dem. Enkäten består dels av frågor som berör hela pandemiperioden 2020–2021, dels av vissa frågor som specifikt rör 2021. I kapitel 4 sammanfattar vi våra resultat och presenterar slutsatserna från dem.

## 2 Förändring i vårdkonsumtion under 2021

Pandemåret 2020 utmärktes av att färre första besök, operationer och andra åtgärder genomfördes inom den specialiserade vården, men också av att antalet nytillkomna personer som väntade på ett första besök eller en operation minskade. Detta ledde till ett uppdämt vårdbehov i befolkningen, bestående av personer med vårdbehov som inte sökt eller fått vård. I det här kapitlet ger vi en översiktlig bild av förändringarna i vårdutbudet och vårdefterfrågan inom den specialiserade vården under 2021. Syftet är att belysa förändringar i vårdkonsumtionen 2021 och jämföra hälso- och sjukvårdens situation 2021 med 2020 och åren före pandemin. Utifrån information från väntetidsdatabasen har vi uppskattat förhållandet, den så kallade köbalansen, mellan in- och utflödet av patienter i vårdköen inom den specialiserade vården. Köbalansen visar om antalet genomförda besök i vården över- eller understiger antalet nytillkomna patienter, och därmed om vårdköerna ökar eller minskar.

Enligt väntetidsstatistiken ökade efterfrågan på specialiserad vård under 2021 jämfört med 2020. Samtidigt ökade antalet genomförda första besök, operationer och andra åtgärder. Antalet genomförda insatser ökade däremot inte till den grad att det översteg inflödet av nytillkomna patienter som väntar på vård, vilket innebär att vårdköerna fortsatte att växa under 2021. Allt fler köade i väntan på ett första besök, operation eller annan åtgärd. In- och utflödet av patienter skiljer sig åt mellan olika regioner och mellan olika vårdområden, men utifrån den tillgängliga statistiken går det inte att peka ut en enskild anledning till detta. Förklaringar som lyfts fram tidigare är bland annat skillnader i arbetssätt, produktivitet, personella resurser, organisation och prioriteringar (SOU 2022:22). Oavsett anledning är skillnaderna mellan regioner och vårdområden i väntetider ett fenomen som vi observerat tidigare (Vård- och omsorgsanalys 2017).

Att antalet nytillkomna i kö till den specialiserade vården ökade under 2021, och därmed återgick till normala nivåer, ses som ett tecken på att en del av det uppdämda vårdbehov som beskrevs i *I skuggan av covid-19* under 2021 omvandlades till efterfrågan på vård.

### 2.1 Vi följer förändringar i vårdkonsumtion med hjälp av väntetidsdatabasen

Väntetider i vården rapporteras till väntetidsdatabasen som administreras av SKR. Med hjälp av den inrapporterade informationen går det att studera vårdkonsumtionen månad



för månad, och för olika regioner och specialiteter. Genom att följa inflödet och utflödet av patienter inom den specialiserade vården kan vi se om antalet genomförda första besök eller operationer överstiger eller understiger antalet nytillkomna patienter som väntar på vård. Det går även att studera utvecklingen av antalet väntande patienter och genomförda insatser över tid.

År 2021 införde SKR en ny uppföljningsmodell av väntetider inom den specialiserade vården, som bland annat innehåller fler typer av insatser jämfört med den tidigare modellen. I den här promemorian använder vi den tidigare modellen, för att kunna jämföra utvecklingen 2021 med tidigare år.

Väntetidsdatabasen är i dagsläget den främsta och mest omfattande källan till information om väntetider i hälso- och sjukvården, och även den främsta källan till information om antalet personer som väntar på att få vård. Andra källor gör det inte möjligt att belysa inflödet, vilket är värdefullt för att förstå vad som förändrats under pandemin och vad som ligger bakom det ökande antalet som väntar på vård. Det finns dock kända brister i kvalitet och täckningsgrad i väntetidsdatabasen, vilket försvårar uppföljningen.

### **2.1.1 Bristande datakvalitet och täckningsgrad i väntetidsdatabasen försvårar uppföljning**

En viktig slutsats i rapporten *I skuggan av covid-19* var att statistik från väntetidsdatabasen behöver bearbetas och kvalitetssäkras. I arbetet med rapporten såg vi misstänkta felregistreringar, stora skillnader i täckningsgrad jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik och avsaknad av bortfallsanalys.

#### **Första besök i specialiserad vård**

Besöken i den specialiserade vården som registreras i väntetidsdatabasen är ett urval av vårdbesök från olika specialiteter och ger inte en komplett bild av antalet första besök i sjukvården. *I skuggan av covid-19* visade att det finns stor variation i antalet registrerade besök över tid för vissa regioner och vårdområden, och det går inte att med säkerhet säga hur stor del av variationen som utgör felregistreringar och eller som är faktisk variation (Vård- och omsorgsanalys 2021). I *I skuggan av covid-19* exkluderades Region Jämtland Härjedalen från analysen, eftersom antalet inrapporterade första besök varierade kraftigt över tid utan tydlig anledning. Vi har därför valt att utesluta regionen även från årets analyser.

Det förekommer också skillnader i antalet väntande patienter mellan december 2020 och januari 2021 för vissa regioner, och det är svårt att avgöra huruvida de beror på skillnader i hur patienter registreras mellan åren, eller om antalet väntande faktiskt förändrades vid årsskiftet. För att motverka denna osäkerhet redovisas förändringar i antalet patienter som väntar på ett första besök ibland för perioden februari–december 2021 snarare än för hela året.

## Operationer och åtgärder i specialiserad vård

Väntetidsdatabasen omfattar ett urval av operationer och åtgärder. Det innebär att väntetiderna som redovisas i den här rapporten inte ger en komplett bild av väntetiderna till operationer och åtgärder. I *I skuggan av covid-19* observerade vi, precis som i statistiken för första besök, brister i datavalideringen och felregistreringar i form av till exempel en fördubbling i antalet utförda operationer mellan 2017 och 2018 i Region Jämtland Härjedalen, och noll registrerade operationer för hjärtsjukdomar i Västerbotten för 2017–2019 (Vård- och omsorgsanalys 2021). Jämtland Härjedalen har uteslutits ur analysen även i den här promemorian.

Antalet väntande på operationer och åtgärder skiljer sig också åt mellan december 2020 och januari 2021 för vissa regioner. Även här väljer vi i vissa fall att redovisa antalet patienter som väntar på en operation eller åtgärd under perioden februari–december 2021.

### 2.1.2 Inflöde, utflöde och köbalans

Inflöde, utflöde och köbalans är tre centrala begrepp som vi använder i det här kapitlet utifrån informationen i väntetidsdatabasen, se faktaruta 1.

**Faktaruta 1.** Hur vi beräknar inflöde, utflöde, och köbalans.

**Inflöde:** Antalet nytilkomna till en kö eller väntelista. Vi beräknar inflödet enligt följande formel:

*Inflöde månad (n) = Antal väntande i slutet av månad (n) – Antal väntande i slutet av månad (n-1) + Antal genomförda vårdinsatser månad, där vårdinsatser är besök eller operationer (n)*

Inflödet kan också minska genom att patienterna väljer att avstå vård, eller avlider innan de har hunnit besöka vården.

**Utflöde:** Antalet personer som lämnar en kö eller väntelista. Vi använder antalet genomförda första besök respektive operationer eller andra åtgärder som mått på utflödet. Antalet genomförda insatser motsvarar i sin tur vårdutbudet.

**Köbalans:** Anger förhållandet mellan inflödet och utflöde. Vi beräknar köbalansen med följande formel:

$$\text{Köbalans} = \frac{\text{Utflöde} - \text{Inflöde}}{\text{Inflöde}}$$

Köbalansen är alltså den procentuella skillnaden mellan utflöde och inflöde. Den uttrycker hur många procent utflödet skiljer sig från inflödet. En negativ köbalans innebär att antalet genomförda insatser understiger antalet nytilkomna patienter, och att köns längd därmed ökar. Om exempelvis 50 nya patienter sätts upp på väntelistan (inflöde) en viss period och 40 patienter behandlas (utflöde) under samma period är köbalansen  $(40-50)/50 = -20$  procent, det vill säga att utflödet är 20 procent mindre än inflödet.

I korthet avser inflöde antalet nytillkomna patienter till väntelistan och därmed kön. Ett exempel är att det kommer 50 nya remisser till en specialistklinik en viss månad, och alla patienter bedöms vara i behov av den aktuella vården och sätts upp på väntelistan. Då är inflödet 50 personer. Utflödet är å andra sidan det antal personer som lämnar väntelistan, huvudsakligen för att de fått den vård som de väntat på. Exempelvis blir utflödet 40 personer om 40 besök genomförs under en viss månad på en viss klinik.

Köbalansen anger förhållandet mellan inflödet och utflödet. Den uttrycker hur många procent högre eller lägre utflödet var jämfört med inflödet. Om utflödet var 40 och inflödet 50 blir köbalansen -20 procent; utflödet var alltså 20 procent lägre än inflödet. När utflödet är mindre än inflödet är köbalansen negativ, och det är fler personer som tillkommer till väntelistan än som lämnar den. Det gör att antalet väntande ökar. På samma sätt innebär en positiv köbalans att utflödet är större än inflödet, vilket gör att antalet väntande minskar och kön blir kortare. Det är alltså inte in- eller utflödet i sig som avgör vårdköernas utveckling, utan förhållandet mellan dem. Det innebär också att en förändring (ökning eller minskning) i det totala antalet som väntar på vård kan förklaras både av inflödet och av utflödet.

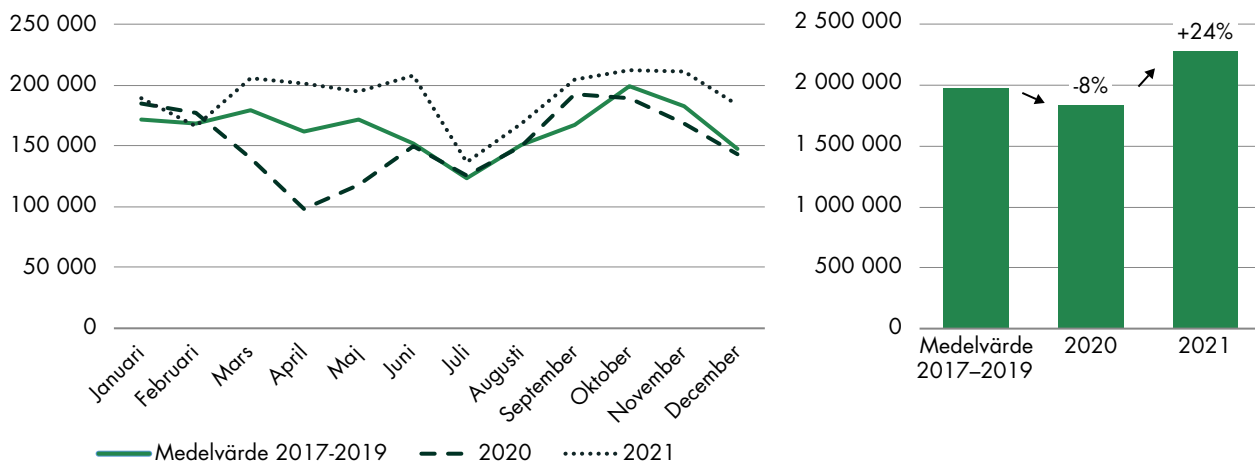
Inflöde och utflöde relaterar även till de tidigare introducerade begreppen vårdkonsumtion och vårdefterfrågan (se kapitel 1). Inflödet till ett första besök kan ses som en indikation på uttryckt efterfrågan på vård eftersom den som söker vård och blir ställd i kö har gett uttryck för ett hälsobehov, medan antalet genomförda första besök är en indikation på vårdutbudet. Om det genomförs många behandlingar, eller kapaciteten är hög, finns ett högt vårdutbud som i sin tur leder till ett högt utflöde av patienter från kön.

## **2.2 Inflödet av väntande på första besök ökade mer än antalet genomförda besök**

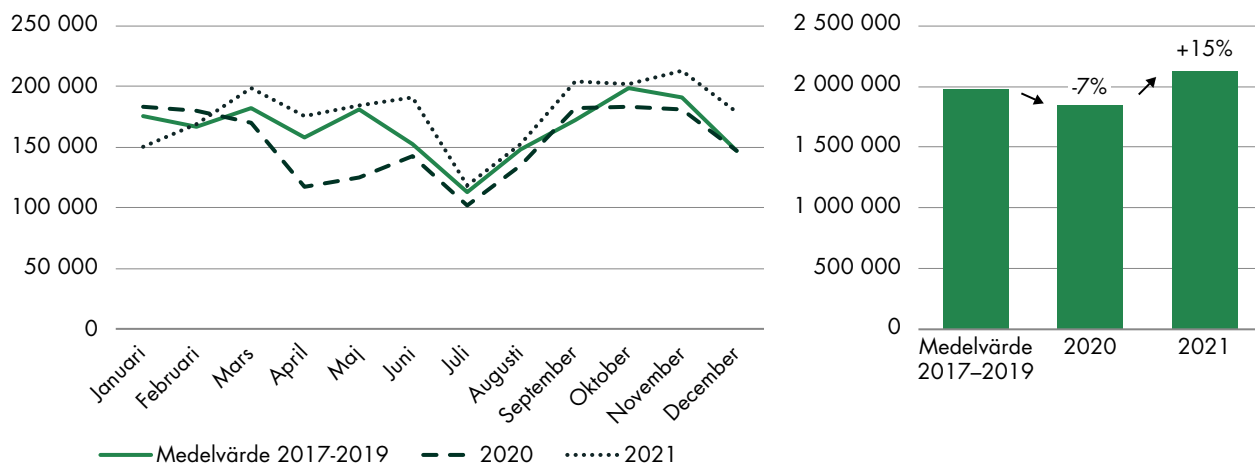
Med väntetidsdatabasen och den uppföljningsmodell som vi använder här är första besöket inom den specialiserade vården ett besök hos en läkare efter att en remiss utfärdats eller efter att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården. Inflödet av patienter som väntar på ett första besök inom den specialiserade vården var högre 2021 än 2020, med variation över året. Under 2021 var det lägst i juli och högst i oktober–november. Den största skillnaden jämfört med 2020 var i mars–juni, alltså i pandemins första våg. Inflödet var dock högre alla månader 2021 jämfört med 2020 och även jämfört med det genomsnittliga inflödet 2017–2019 (se figur 1.1). I genomsnitt var det cirka 37 000 fler nytillkomna patienter per månad 2021 än 2020.

**Inflödet till kön för ett första besök, antal genomförda första besök och antal väntande per månad under 2021 och 2020 samt ett medelvärde för 2017-2019.**

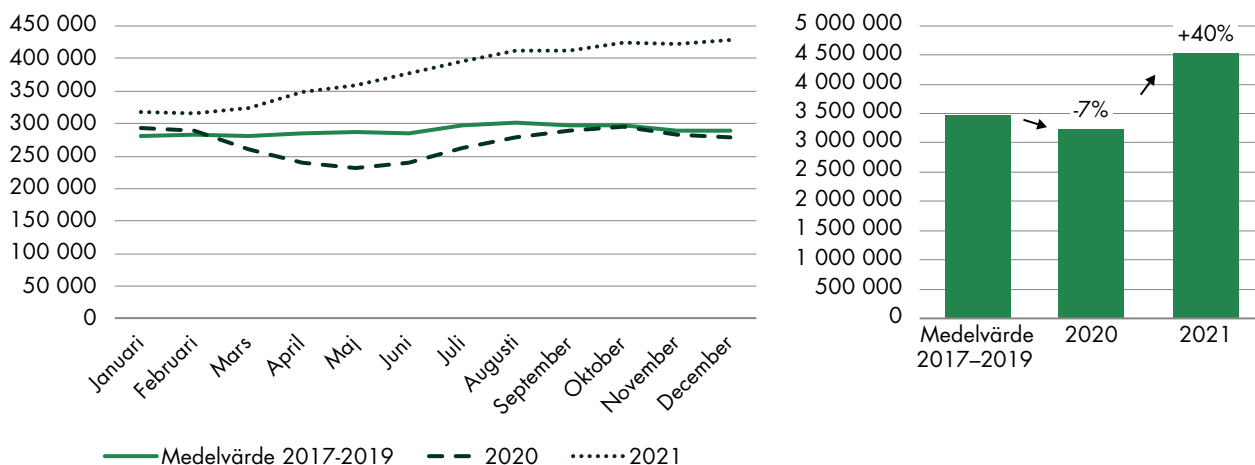
**Figur 1.1** Inflowe av patienter, antal som väntar på ett första besök.



**Figur 1.2** Antal genomförda första besök.



**Figur 1.3** Antal väntande på ett första besök.



Källa: SKR:s väntetidsdatabas. Hämtad från vantetider.se den 6 april 2022. Bearbetning av Vård- och omsorgsanalys.

Not: Den procentuella förändringen i stapeldiagrammen syftar på förändring mot föregående tidsperiod.

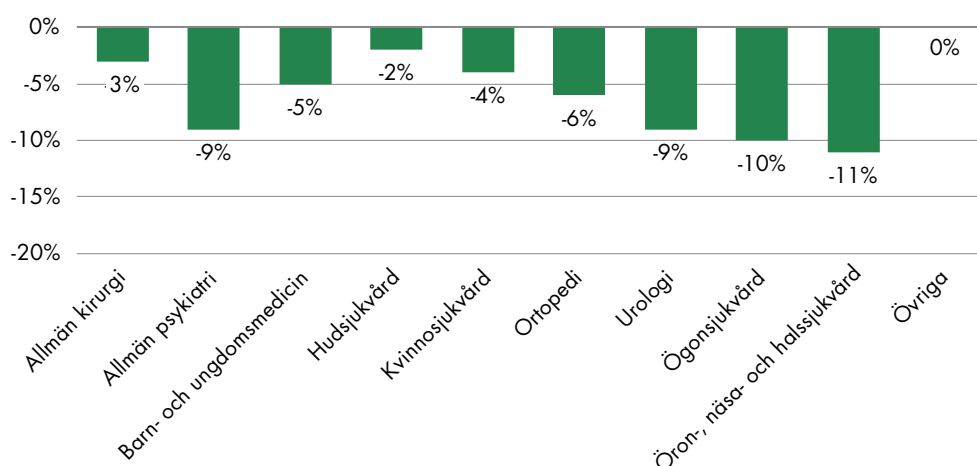
Även antalet genomförda första besök (utflödet) var större under 2021 jämfört med 2020, med 15 procent fler första besök. Liksom för inflödet var skillnaden störst under mars–juni då det var en betydande minskning i antalet genomförda första besök 2020, i samband med pandemins första våg. Under resten av året var skillnaden mindre, och även under 2020 genomfördes nästan lika många första besök som 2017–2019. Under 2021 genomfördes fler första besök än genomsnittet för 2017–2019 (figur 1.2).

Både inflödet och utflödet av väntande på första besök var alltså högre 2020 än 2021. Men även om utflödet ökade, var inflödet större än utflödet. Med andra ord räckte inte vårdproduktionen för alla nytillkomna i kön, varpå vårdköerna växte. Enligt statistiken från väntetidsdatabasen var köbalansen för första besök -6,5 procent; utflödet var alltså 6,5 procent lägre än inflödet 2021. Liknande resultat går att se i utredningen *Vägen till ökad tillgänglighet* (SOU 2022:22), där produktionsunderskottet för första besök var nära 5 procent. År 2020 var köbalansen i stället positiv (se avsnitt 2.2.2, tabell 2), med ett större utflöde än inflöde, till följd av den betydande minskningen i inflöde under pandemins första år. Statistiken från 2020 visar att efterfrågan snabbt anpassade sig efter det rådande smittläget, medan utbudet av vård förändrades långsammare. Statistiken från 2021 visar inte samma effekt av det rådande smittläget, utan antalet personer som sökte vård har genomgående varit högt och överstigit inflödet före pandemin.

### 2.2.1 Längre kö inom alla områden

Den negativa köbalansen för första besök 2021 ses inom alla de övergripande vårdområden som redovisas i väntetidsdatabasen, vilket också innebär att antalet som väntar på ett första besök ökade inom alla specialiteter. Störst skillnad mellan inflöde och utflöde av patienter ser vi för öron-, näsa- och halssjukvård, ögonsjukvård, urologi och allmän psykiatri (figur 2).

**Figur 2.** Förhållandet mellan in- och utflöde i procent (köbalans) för första besök inom olika områden i den specialiserade vården 2021.



Källa: [vantetider.se](http://vantetider.se), hämtat den 6 april 2022. Bearbetning av Vård- och omsorgsanalys.

Not: Perioden avser februari–december 2021. Region Jämtland Härjedalen är exkluderad ur statistiken.

Den negativa köbalansen för första besök kan också ses för samtliga regioner, men skillnaden mellan ut- och inflöde av patienter som väntar på vård är olika stor i olika regioner (figur 3). Störst skillnad ser vi i Blekinge, Skåne och Västra Götaland.

**Figur 3.** Förhållandet mellan in- och utflöde i procent (köbalans) för första besök inom olika regioner i den specialiserade vården 2021.



Källa: vantetider.se, hämtat den 6 april 2022. Bearbetning av Vård- och omsorgsanalys.

Not: Perioden avser februari–december 2021. Region Jämtland Härjedalen är exkluderad ur statistiken.

## 2.2.2 Fler väntande del av längre trend

Vårdköerna till första besök har länge ökat i Sverige. För tidsperioden 2013–2016 visar köbalansen att köerna ökade till första besök i den specialiserade vården (Vård- och omsorgsanalys 2017). Även 2017–2019 rädde en negativ köbalans, men mindre än under den föregående perioden (tabell 2).

**Tabell 2.** Förhållandet mellan in- och utflöde (köbalansen) för första besök inom den specialiserade vården.

Tidsperiod	Köbalans
2017–2019	-0,20%
2020	0,50%
2021	-6,50%

I jämförelse med den historiska trenden avviker utvecklingen för 2021 med ett betydligt lägre utflöde än inflöde, alltså en förhållandevis stor negativ köbalans på -6,5 procent. När vi jämför köbalansen 2021 med köbalansen 2020 är det viktigt att ha i åtanke att inflödet 2020 hölls lågt genom ransonering i vården, bland annat genom att man inte satte upp patienter på väntelistan, och genom att patienter avstod från att söka vård. Inflödet speglade alltså inte det faktiska vårdbehovet, något som ledde till det uppdämda vårdbehovet som vi såg under 2020. För hela pandemin var köbalansen sammantaget -3,5 procent.

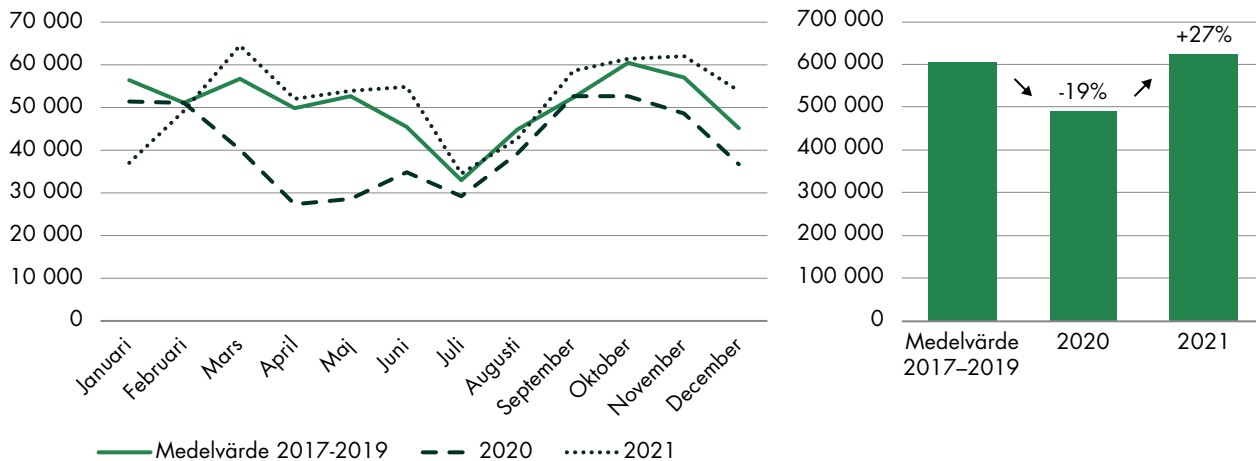
## **2.3 Fler genomförda operationer och andra åtgärder 2021 än 2020, men också ökat inflöde**

Inflödet av väntande på en operation visar att efterfrågan var högre 2021 jämfört med 2020 (figur 4.1), med i genomsnitt cirka 10 000 fler nytillkomna per månad. Bortsett från januari var inflödet högre samtliga månader 2021 jämfört med 2020, och störst var skillnaden i mars–juni eftersom inflödet minskade betydligt i pandemins första våg. Inflödet 2021 var också lika stort eller större än det genomsnittliga inflödet 2017–2019, bortsett från januari.

Även antalet genomförda operationer eller andra åtgärder (utflödet) ökade under 2021 jämfört med 2020. Liksom för inflödet var skillnaden störst under mars–juni, i pandemins första våg. Sammantaget genomfördes 23 procent fler operationer och åtgärder 2021 än 2020. Den ökningen kan ses som ett uttryck för en ökning i vårdutbudet under 2021 jämfört med 2020 då sjukvården behövde införa ransoneringar. Antalet genomförda operationer och åtgärder var 2021 i nivå med medelvärdet för 2017–2019, det vill säga före pandemin (figur 4.2).

**Inflöde av nya patienter, genomförda operationer och åtgärder och antalet väntande på operation eller åtgärd.**

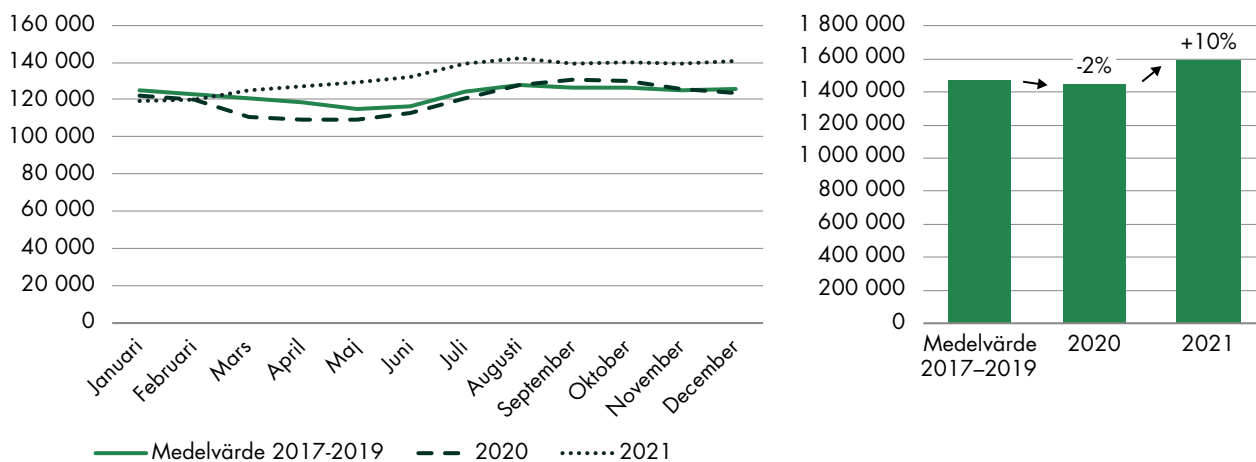
**Figur 4.1** Inflöde av patienter, antal som väntar på en operation.



**Figur 4.2** Antal genomförda operationer eller åtgärder.



**Figur 4.3** Antal väntande på operation eller åtgärd.



Källa: SKR:s väntetidsdatabas. Hämtad från vantetider.se den 6 april 2022. Bearbetning av Vård- och omsorgsanalys.

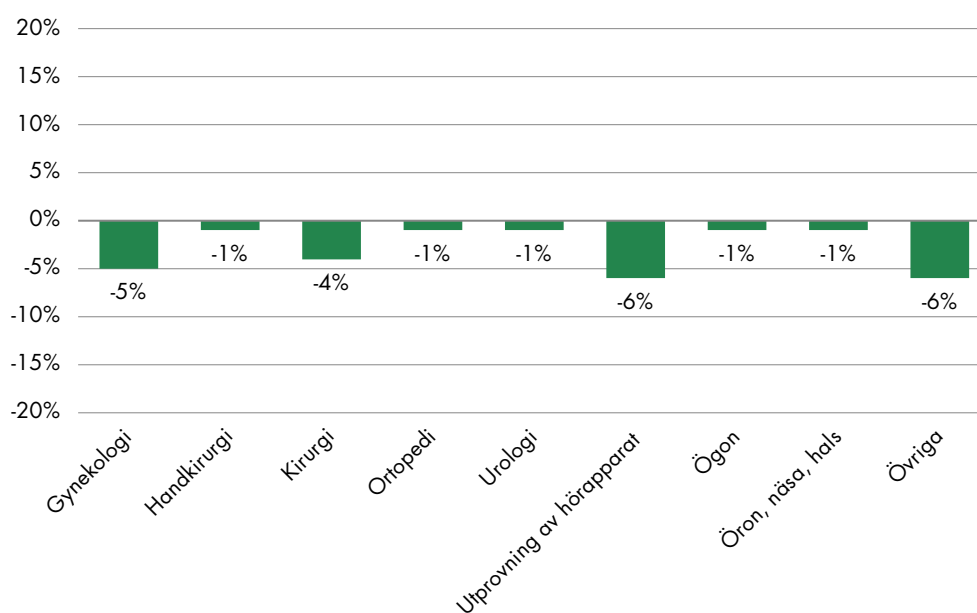
Not: Den procentuella förändringen i stapeldiagrammen syftar på förändring mot föregående tidsperiod.



### 2.3.1 Längre kö till operation inom alla områden

Vårdköerna till operationer och åtgärder växte till alla områden som ingår i väntetidsdatabasen, men mest växte köerna för utprovning av hörapparater, gynekologi och kirurgi (figur 5). För området öron-näsa-hals minskade antalet väntande kraftigt i väntetidsdatabasen, från cirka 20 000 per månad under 2020 till cirka 10 000 under 2021. Vi kan inte säga vad minskningen beror på och har därför valt att redovisa köbalansen för perioden februari–december i stället för hela året.

**Figur 5.** Förhållandet mellan in- och utflöde i procent (köbalans) i kön till operation eller annan åtgärd inom olika områden i den specialiserade vården 2021.

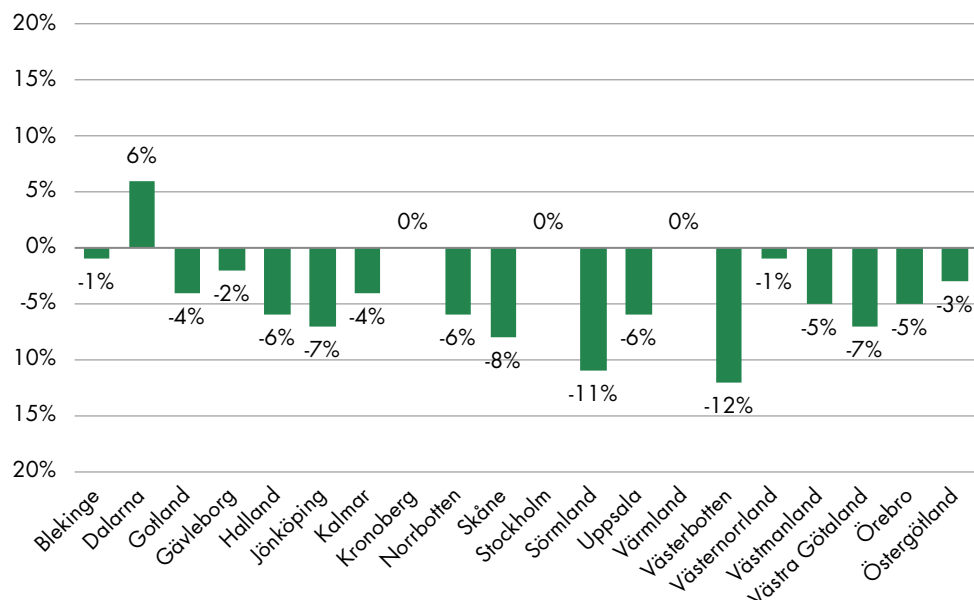


Källa: [vantetider.se](http://vantetider.se), hämtat den 6 april. Bearbetat av Vård- och omsorgsanalys.

Not: Perioden avser februari–december 2021. Region Jämtland Härjedalen är exkluderad.

Den negativa köbalansen går också att se för alla regioner förutom Dalarna (figur 6). Störst inflöde av patienter som väntar, i förhållande till antalet genomförda operationer och åtgärder, ser vi Västerbotten och Sörmland.

**Figur 6.** Förhållandet mellan in- och utflöde i procent (köbalans) i kön till operation eller annan åtgärd i olika regioner i den specialiserade vården 2021.



Källa: vantetider.se, hämtat den 6 april. Bearbetat av Vård- och omsorgsanalys.

Not: Perioden avser februari–december 2021. Region Jämtland Härjedalen är exkluderad.

### 2.3.2 Även till operation har antalet väntande ökat under en längre tid

Trots en ökning i vårdutbudet översteg inte antalet utförda operationer och åtgärder antalet nytillkomna i vårdkön under 2021, utan vårdköerna fortsatte att växa. Enligt statistiken från väntetidsdatabasen var köbalansen för operationer och andra åtgärder -2,8 procent – utflödet var alltså 2,8 procent lägre än inflödet. Liknande resultat går att se i utredningen *Vägen till ökad tillgänglighet* (SOU 2022:22). Utredningen använder den nya utvidgade uppföljningsmodellen och inkluderar patienter vars väntan registrerats som patientvald och medicinskt orsakad, men redovisar ändå ett produktionsunderskott på 3,5 procent för operationer och åtgärder.

År 2020 var köbalansen i stället positiv (tabell 3), med ett större utflöde än inflöde, till följd av det stora minskade inflödet. Men generellt har vårdköerna till operationer eller andra åtgärder ökat under en längre tid, precis som köerna till första besök. Under tidsperioden 2013–2016 visade köbalansen att köerna till operation eller andra åtgärder ökade för varje enskilt år; utflödet var 0,3–1,7 procent lägre än inflödet, och köerna växte följaktligen (Vård- och omsorgsanalys 2017). Köbalansen 2017–2019 var också negativ, och i nivå med dessa andelar (tabell 3). Jämfört med tidigare år var alltså köbalansen för 2021 förhållandevis stor, med nära -3 procent. För hela pandemin var köbalansen -1 procent, det vill säga närmare den historiska utvecklingen än om vi enbart tittar på 2020.

**Tabell 3.** Förhållandet mellan in- och utflöde (köbalansen) för operation eller annan åtgärd.

Tidsperiod	Köbalans
2017–2019	-0,40%
2020	0,40%
2021	-2,80%

Källa: SKR:s väntetidsdatabas, Vård- och omsorgsanalys bearbetningar.

Att inflödet är större än utflödet gör att det totala antalet patienter som väntar på vård ökade för 2021 som helhet, men framför allt under första halvåret.

## 2.4 Inflödet av nytillkomna patienter ligger åter på väntade nivåer

I avsnitten ovan har vi visat att efterfrågan på specialiserad vård, i form nytillkomna patienter som väntar på vård, ökade kraftigt mellan 2020 och 2021 (se figur 1 och 4). Under 2021 var inflödet av patienter som väntar på ett första besök eller en operation 24 respektive 27 procent högre än under 2020. Det är omöjligt att med säkerhet säga hur utvecklingen hade sett ut om pandemin aldrig inträffat, men i det här avsnittet uppskattar vi inflödet av nytillkomna patienter utifrån två scenarion som bygger på utvecklingen åren före pandemin. Det första scenariot utgår från att den verkliga efterfrågan i befolkningen 2020–2021 var densamma som medelvärdet för 2017–2019, det vill säga ett oförändrat vårdbehov över tid. Det andra scenariot utgår i stället från den ungefärliga utvecklingen av inflödet till första besök respektive operation eller andra åtgärder 2017–2019. För första besök ser vi då att inflödet av patienter ökade med ungefär 4 procent per år. För operation eller andra åtgärder minskar inflödet med ungefär 1 procent varje år i genomsnitt.

Sammantaget ser vi att inflödet av patienter 2021 nådde en nivå som antingen översteg eller var i linje med det förväntade inflödet för både första besök och operationer. Antalet nytillkomna patienter som väntar på ett första besök översteg det genomsnittliga inflödet från 2017–2019, men var i nivå med det väntade inflödet om vi antar att inflödet av patienter ökar med 4 procent per år. Antalet nytillkomna patienter som väntar på en operation eller åtgärd var 2021 i linje med det förväntade inflödet, oavsett om vi utgår från medelvärdet 2017–2019 eller från att inflödet minskar med 1 procent per år. Utvecklingen av vårdefterfrågan under pandemin visar att det särskilt var våren 2020 som avvek från det normala. Under andra halvan av 2020 och under 2021 hade befolkningen i stort återgått till att söka vård på samma sätt som åren före pandemin. Antalet nytillkomna patienter som väntar på en operation översteg det förväntade inflödet, vilket kan tolkas som att ökningen under 2021 delvis består av patienter som under vanliga omständigheter i stället skulle sökt vård under 2020.

Det totala faktiska inflödet av patienter som väntar på ett första besök eller operation för båda åren 2020 och 2021 är i linje med, eller något lägre än, det förväntade inflödet av patienter om pandemin aldrig inträffat. Det tyder på att det dolda vårdbehovet under pandemin delvis övergick till ett känt vårdbehov under 2021, men att det fortfarande kan finnas personer som inte sökt vård trots att behovet finns.

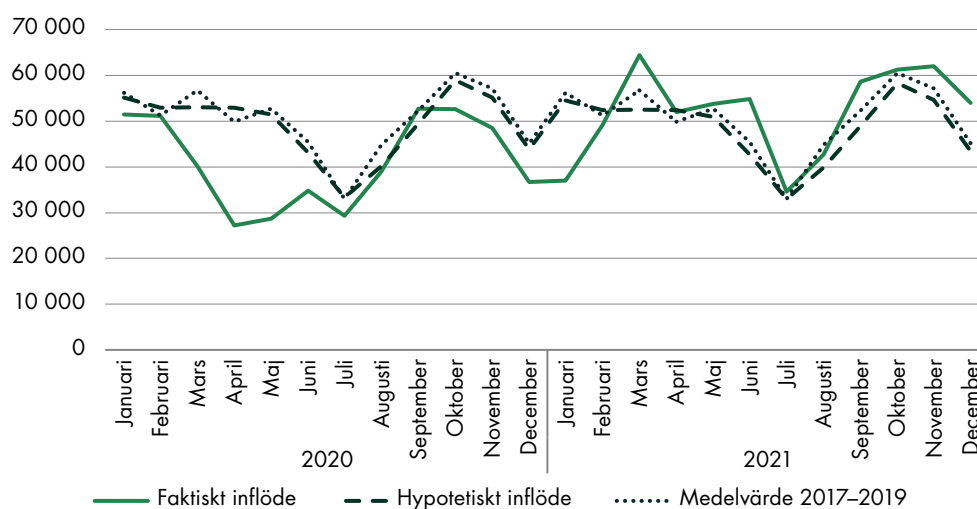
### 2.4.1 Inflödet av patienter till ett första besök

Inflödet av patienter som väntar på ett första besök var under 2020 lägre jämfört med hur inflödet ”faktiskt” hade sett ut om vårdefterfrågan inte minskat på grund av pandemin. Särskilt våren 2020 sjönk inflödet dramatiskt, men under andra halvåret började befolkningen söka sig tillbaka till vården.

Som vi beskrev i förra avsnittet har vi gjort två olika antaganden om inflödet av patienter 2020–2021 om pandemin inte påverkat efterfrågan på vård från befolkningen. I *första scenariot*, där det verkliga behovet i befolkningen antas motsvara det genomsnittliga inflödet av patienter 2017–2019, ser vi att det faktiska inflödet 2021 var betydligt högre än förväntat (figur 7): 15 procent högre än medelvärdet för 2017–2019. Minskningen i inflödet under 2020 kompenseras därmed av det högre inflödet 2021, något som styrks av att det genomsnittliga inflödet för 2020 och 2021 tillsammans är i nivå med det genomsnittliga inflödet 2017–2019. Detta skulle kunna tolkas som att inflödet under 2021 delvis bestod av patienter som under vanliga omständigheter i stället skulle sökt vård under 2020.

Om vi däremot utgår från *andra scenariot*, där det verkliga behovet i befolkningen antas öka med 4 procent per år (enligt utvecklingen 2017–2019) ser vi att det faktiska inflödet 2021 var i nivå med det förväntade (figur 7), bara 1 procent lägre än det hypotetiska inflödet av patienter. En tolkning av inflödets utveckling 2021 är att det återgick till den nivå som hade varit den förväntade för ett år utan pandemieffekter. Eftersom det faktiska inflödet 2021 inte överstigit det förväntade verkar det uppdämda vårdbehovet från 2020, i form av patienter som aldrig sökte vård trots behov, inte ha omvandlats till faktisk efterfrågan på vård. I första scenariot verkar dessa patienter ha sökt vård 2021 i stället, men under antagandet att inflödet av patienter ökar med 4 procent per år är det svårt att säga hur många av de patienter som sökte vård 2021 annars hade sökt vård 2020. Det är möjligt att det kvarstår ett uppdämt vårdbehov efter 2020–2021 som inte syns i väntetidsstatistiken.

**Figur 7.** Det faktiska inflödet av patienter 2020–2021, jämfört med det förväntade inflödet utifrån medelvärden för 2017–2019 kontra den historiska utvecklingen 2017–2019.



Källa: vantetider.se, hämtat den 6 april. Bearbetat av Vård- och omsorgsanalys.

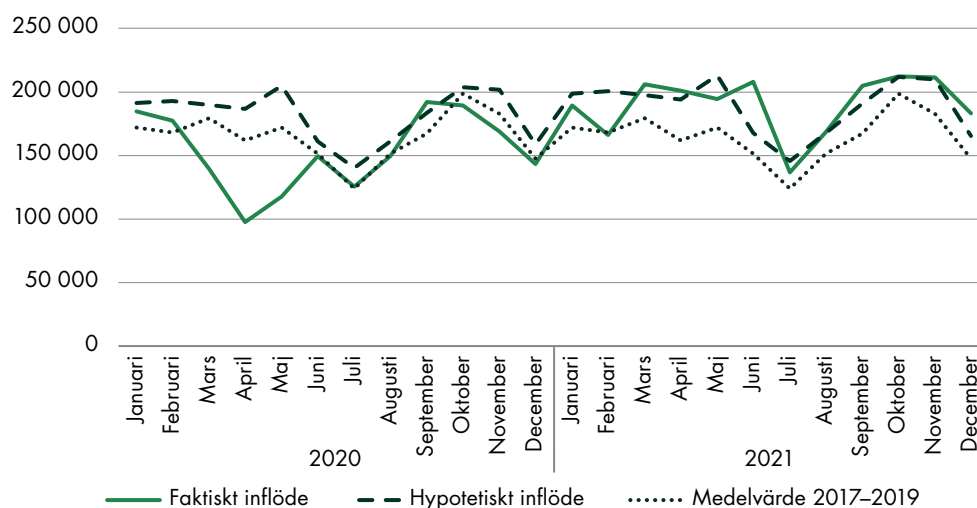
Not: Hypotetiskt inflöde avser 2019 års inflöde + 4 % per år. Medelvärdet för 2017–2019 avser genomsnittet av inflödet 2017–2019 för respektive månad.

## 2.4.2 Inflödet av patienter till operationer och åtgärder

Våren 2020 minskade även inflödet av patienter som väntar på en operation eller åtgärd drastiskt. Det förväntade inflödet har beräknats utifrån samma två scenarion som i förra avsnittet. För operationer och andra åtgärder ger båda scenarierna mycket liknande förväntade utveckling av inflödet av patienter om pandemin aldrig hade inträffat (figur 8). Det beror på att det faktiska inflödet har varit förhållandevis stabilt under de senaste åren, och därför motsvarar medelvärdet för 2017–2019 rätt så väl.

Den största skillnaden mellan faktiskt inflöde och förväntat inflöde var under våren 2020, men under 2021 hade inflödet återhämtat sig och låg nära de förväntade värdena. Samlat under 2020 var det faktiska inflödet 20 procent lägre än väntat, baserat på den historiska trenden, men under helåret 2021 var det faktiska inflödet 3 procent högre än inflödet baserat på medelvärdet 2017–2019 och 7 procent högre än det beräknade inflödet utifrån utvecklingen 2017–2019. Ökningen drivs huvudsakligen av att det faktiska inflödet av patienter var högre än förväntat under mars–juni (figur 8). Att det faktiska inflödet överstiger det förväntade kan eventuellt vara ett tecken på att personer som avstod från att söka vård under 2020 ställde sig i kö under 2021 i stället. Men om vi räknar samman inflödet under 2020 och 2021 är det faktiska inflödet av patienter fortfarande lägre än förväntat. Även om det uppdämda vårdbehovet till viss del hade övergått till ett känt vårdbehov 2021 kan det alltså fortfarande finnas ett visst kvarvarande dolt vårdbehov hos personer som avstod att söka vård under 2020.

**Figur 8.** Det faktiska inflödet av patienter 2020–2021, jämfört med det förväntade inflödet utifrån medelvärden 2017–2019 kontra den historiska utvecklingen 2017–2019.



Källa: vantetider.se, hämtat den 6 april. Bearbetat av Vård- och omsorgsanalys.

Not: Hypotetiskt inflöde avser 2019 års inflöde - 1 % per år. Medelvärdet för 2017–2019 avser genomsnittet av inflödet 2017–2019 för respektive månad.

# 3 Befolkningens upplevelse av förändringar i utbud och efterfrågan

Vård- och omsorgsanalys tidigare rapport *I skuggan av covid-19* (Vård- och omsorgsanalys 2021) bygger delvis på en enkätundersökning om befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården under pandemin. Resultaten visade att det under 2020 var många som avstod från eller väntade med att söka vård, och i många fall ställdes också vården in av vårdgivarna. För vissa ledde det till en försämrad hälsa. Eftersom covid-19-pandemin påverkade hälso- och sjukvården även under 2021 behöver vi fortsätta att följa befolkningens upplevelse av vård för annat än covid-19 under båda pandemiåren. Därför har vi genomfört en uppföljande undersökning om befolkningens erfarenheter av att söka och få vård under pandemiåren 2020 och 2021, i form av en enkät till ett urval av befolkningen. I det här kapitlet redovisar vi resultaten.

Under pandemiåren var det många som självmant minskade sina kontakter med sjukvården, men många fick också sina vårdbesök avbokade eller senarelagda av sjukvården. Jämfört med 2020 var det 12 procentenheter ytterligare som 2021 självmant avstod från vård eller fick vård inställd av sjukvården. I 2021 års undersökning angav cirka 50 procent av alla som självmant avstått från vård eller fått vård inställd att de fortfarande har behov av vård, och för 9 procent i befolkningen har den uteblivna vården lett till ett försämrat hälsotillstånd. Liknande resultat kunde vi se i 2020 års undersökning. Andelen som oroar sig för att bli allvarligt sjuk i covid-19 hade dock minskat från 71 till 55 procent, något som antagligen kan förklaras av möjligheten att vaccinera sig under 2021.

Personer med långvariga hälsobesvär och i riskgrupp för svår covid-19 har i högre utsträckning än andra både avstått från vård och fått vård inställd eller senarelagd. Dessutom har personer med allvarligare långvariga hälsobesvär oftare fått vård inställd eller avstått från att söka vård än personer med lindrigare besvär. Personer med långvariga hälsobesvär har också ett större kvarvarande vårdbehov än andra. Dessa resultat syns i både undersökningen från 2020 och undersökningen som omfattar både 2020 och 2021. En förbättring sedan undersökningen 2020 är att fler personer äldre än 70 år sökte och fick vård under 2021.

## 3.1 Vi har gjort en befolkningsundersökning med riksrepresentativt urval

Enkätundersökningen genomfördes med hjälp av en befolkningspanel, där deltagarna rekryterades slumpmässigt ur Statens personadressregister (SPAR) och stratifierades

utifrån län, kön och åldersgrupper. Resultaten har även viktats utifrån geografiskt område, åldersgrupp, kön och utbildningsnivå för att få ett så representativt resultat som möjligt. Insamlingsperioden för enkäten var 10 december 2021–31 december 2021. Drygt 5 400 personer från hela landet svarade på enkäten. Se bilaga 1 för mer information om insamlingen, och bilaga 2 för att se vilka frågor som ställdes i undersökningen.

Analysen av enkätsvaren görs huvudsakligen med hjälp av deskriptiv statistik. För vissa frågor har vi använt regressionsanalyser för att undersöka sambanden mellan utfall och demografiska och hälsomässiga bakgrundsfaktorer som kan ha betydelse. Det kan till exempel röra sig om sambandet mellan att avstå från vård och att ha hälsobesvär när vi kontrollerar för ålder och hälsa. Se bilaga 1 för mer information om regressionsanalyserna.

Frågorna i årets undersökning syftar huvudsakligen på hela pandemiperioden, det vill säga 2020–2021, medan den förra undersökningen enbart handlade om 2020. Genom att jämföra resultaten från undersökningen 2020 med resultaten från 2021 får vi bland annat en uppfattning om utvecklingen när det gäller andelen i befolkningen som avstått från att söka vård eller fått vård inställd.

Några frågor i årets undersökning avser 2021 års upplevelser. De handlar dels om ifall man under 2021 behövde söka vård och i så fall om man upplever att man fått den vård som man behöver, dels om ifall man i dagsläget känner oro för att insjukna i covid-19 och att kunna få den vård som behövs. I dessa fall gör vi en direkt jämförelse med resultaten från 2020 års undersökning. Se bilaga 2 för samtliga frågor i årets undersökning.

Undersökningarna är inte ställda till samma personer båda gångerna, men befolkningsammansättningen är överlag densamma i båda undersökningarna (se bilaga 1, avsnitt 6.1.4). I båda undersökningarna viktas också materialen mot befolkningen för att motverka skevheter i representativiteten. Vi bedömer att båda undersökningarna är representativa på befolkningsnivå, och därmed jämförbara.

## 3.2 Resultaten delas in utifrån hälsomässiga och demografiska faktorer

Vid flera tillfällen presenterar vi resultaten uppdelat på olika bakgrundsfaktorer:

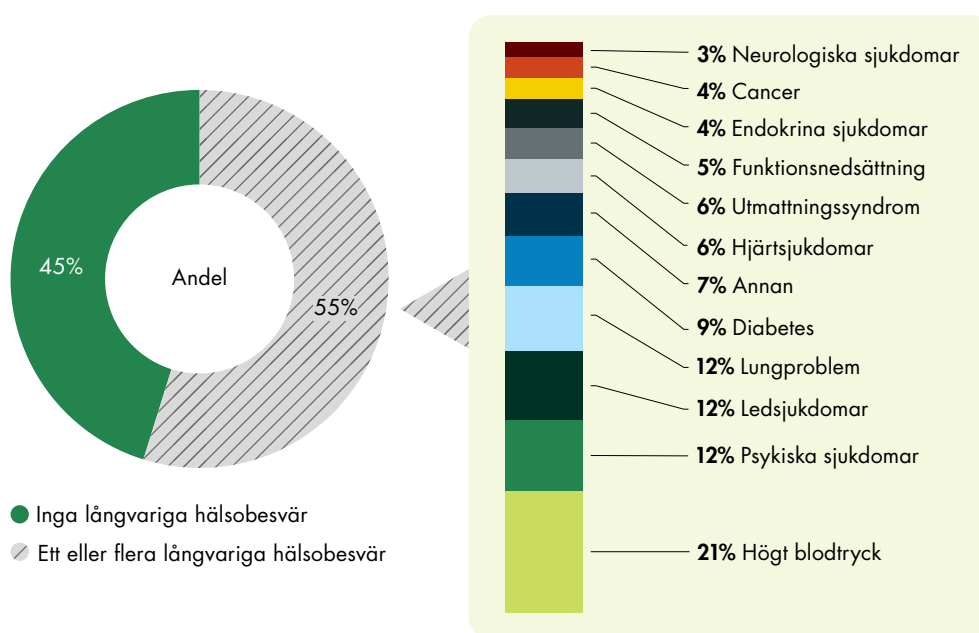
- Kön: män och kvinnor
- Ålder: 18–39 år, 40–69 år, 70 år eller äldre
- Personer med långvariga hälsobesvär, sjukdomar och funktionsnedsättningar
- Personer i riskgrupp för svår covid-19

I detta avsnitt beskriver vi hur det ser ut med långvariga och nya symtom bland de som besvarat enkäten. Personer med långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar kallas i fortsättningen *personer med långvariga hälsobesvär*. De som under pandemin fick nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19) benämns *personer med nya hälsobesvär*. I enkäten kan en person ha ett långvarigt hälsobesvär men också ha fått ett nytt hälsobesvär under pandemin. En person kan även ha mer än ett hälsobesvär.

### 3.2.1 Hälften av de svarande har ett långvarigt hälsobesvär

I enkäten fick de svarande själva rapportera om sina hälsobesvär. Hälften av de svarande har någon form av långvarigt hälsobesvär, varav högt blodtryck var den vanligaste formen (figur 9). Näst vanligast var psykisk ohälsa och ledsjukdomar. Långvariga hälsobesvär förekommer i högre grad bland svarande i åldersgrupperna 40–69 år och 70 år och äldre, jämfört med åldersgruppen 18–39 år (tabell 4).

**Figur 9.** Sjukdomssammansättning bland personer med långvariga hälsobesvär, sjukdom eller funktionsnedsättning i 2021 års undersökning.



Not: Antal svar: 2 970–5 814. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du några långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?".

**Tabell 4.** Förekomsten av långvariga hälsobesvär i olika åldersgrupper. 2021 års undersökning. Viktat för befolkningen.

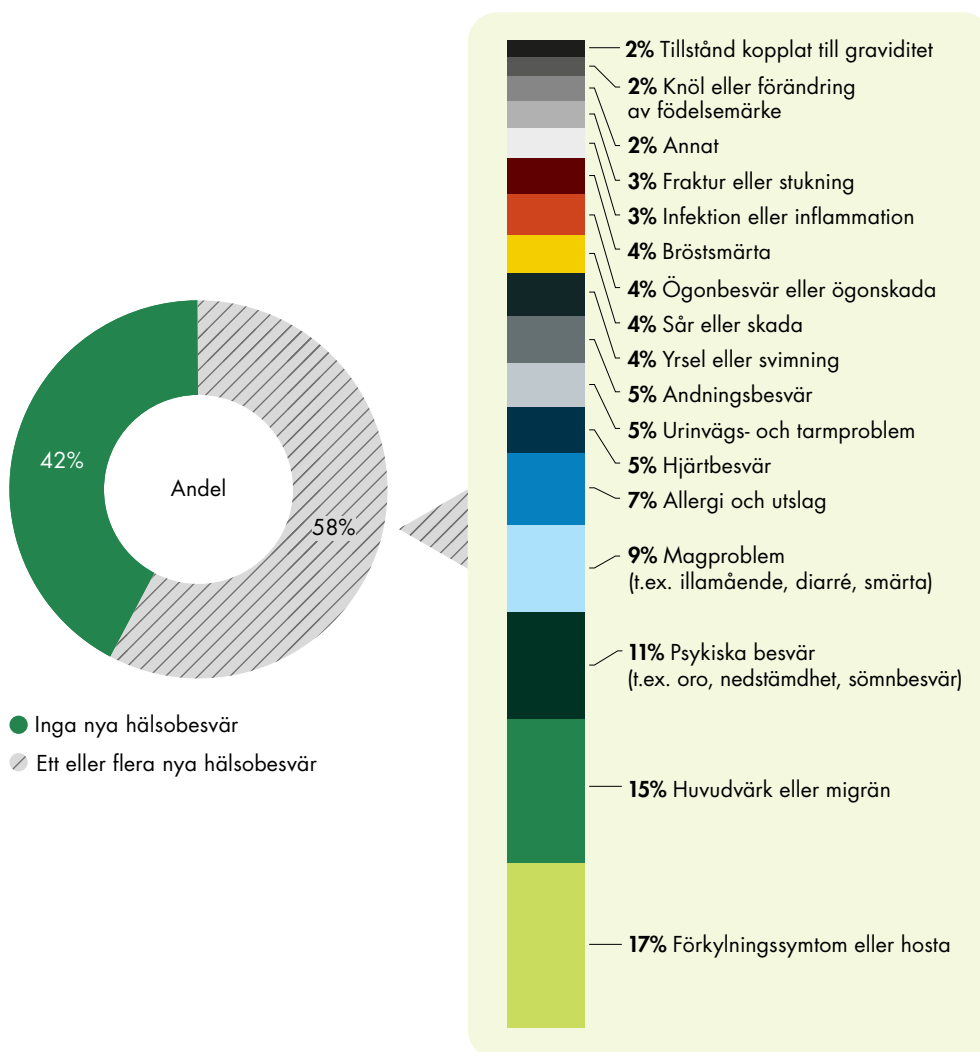
Ålder	Andel med långvariga hälsobesvär
18–39 år	43%
40–69 år	56%
70 år och äldre	74%

### 3.2.2 Mer än hälften fick nya symtom under 2021

Nästan 60 procent av de svarande fick under 2021 nya symtom eller akuta hälsobesvär som inte är covid-19. Det vanligaste hälsobesväret är förkylningssymtom eller hosta, men det är även vanligt med huvudvärk och migrän samt psykisk ohälsa (figur 10). Nya hälsobesvär förekommer i högre grad bland personer 18–39 år, jämfört med de som är 40–69 år och 70 år och äldre.



**Figur 10.** Sjukdomssammansättning bland personer som under 2021 fick nya symtom eller akuta besvär (inte covid-19).

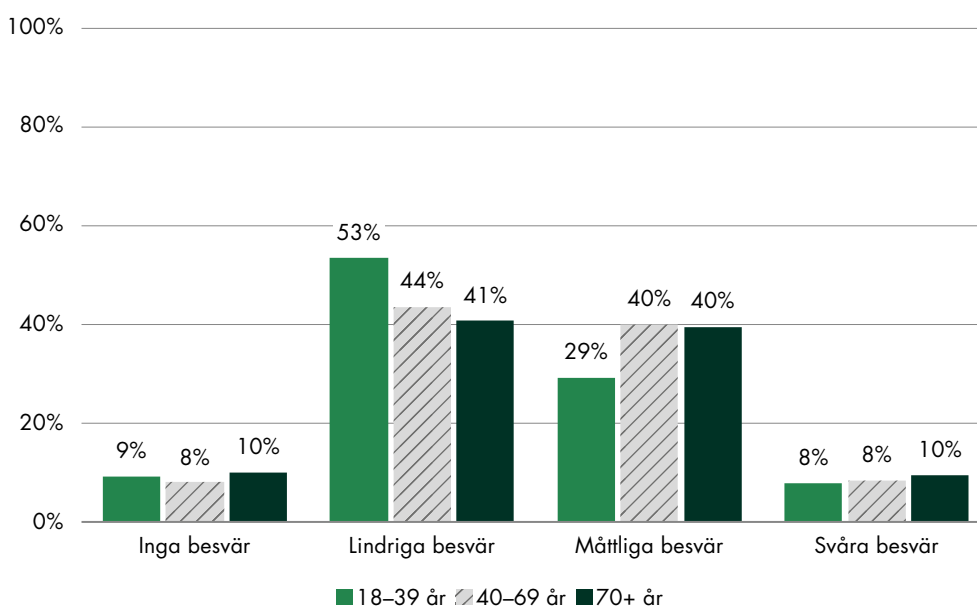


Not: Antal svar: 3 130. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du under 2021 haft nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19)?"

### 3.2.3 Mestadels lindriga besvär, men över hälften har behövt vård

De flesta med långvariga eller nya hälsobesvär uppger att deras besvär är lindriga till måttliga. I båda grupperna är det cirka 10 procent som upplever svåra besvär, medan lindriga till måttliga besvär rapporteras av 72 procent av dem med långvariga besvär och 83 procent av personerna med nya besvär. Yngre har i större utsträckning lindriga nya hälsobesvär jämfört med personer 40–69 år och 70 år och äldre (figur 11).

**Figur 11.** Allvarsgrad av besvär kopplat till nya symtom under 2021, uppdelat på ålder.



Not: Antal svar: 3 130. Viktat för befolkningen. Fråga: "Hur upplevde du dina besvär kopplat till dessa nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19) under 2021?".

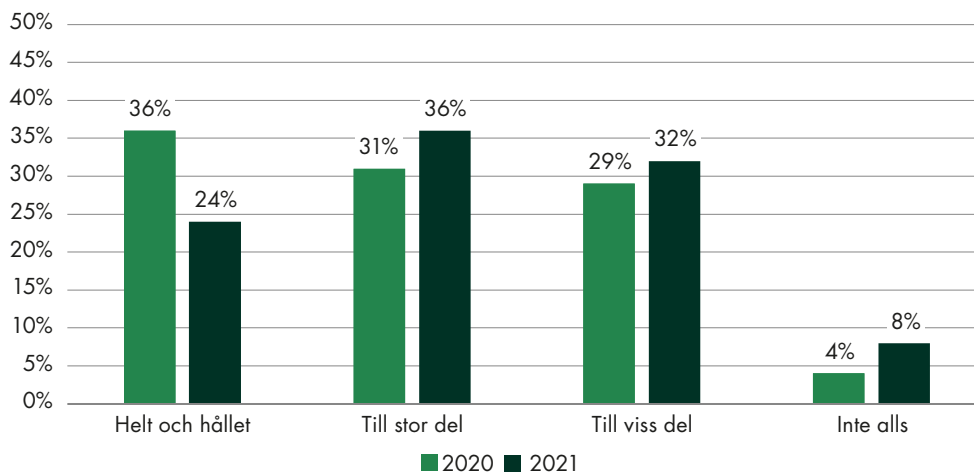
Majoriteten av de svarande har alltså lindriga till måttliga hälsobesvär, men 51 procent av personerna med långvariga hälsobesvär upplevde ändå att de behövde vård under 2021, vid ett eller flera tillfällen. Bland personer med nya hälsobesvär är andelen 59 procent.

### 3.3 En majoritet har fått den vård de behöver under pandemin

Majoriteten av dem med långvariga eller nytillkomna hälsoproblem svarar att de har fått den vård som de behöver för sina hälsoproblem under covid-19-pandemin, helt och hållet eller till stor del (figur 12 och 13). Vi har ställt samma fråga i båda enkätundersökningarna 2020 och 2021, och kan därmed jämföra åren.

År 2020 svarade 67 procent av befolkningen med långvariga hälsoproblem att de det året fått vården de behöver, helt och hållet eller till stor del. År 2021 hade andelen minskat något till 60 procent (figur 12).

**Figur 12.** Bedömning av i vilken utsträckning personer har fått den vård de behöver för sina långvariga hälsoproblem, sjukdomar eller funktionsnedsättningar år 2020 och 2021.

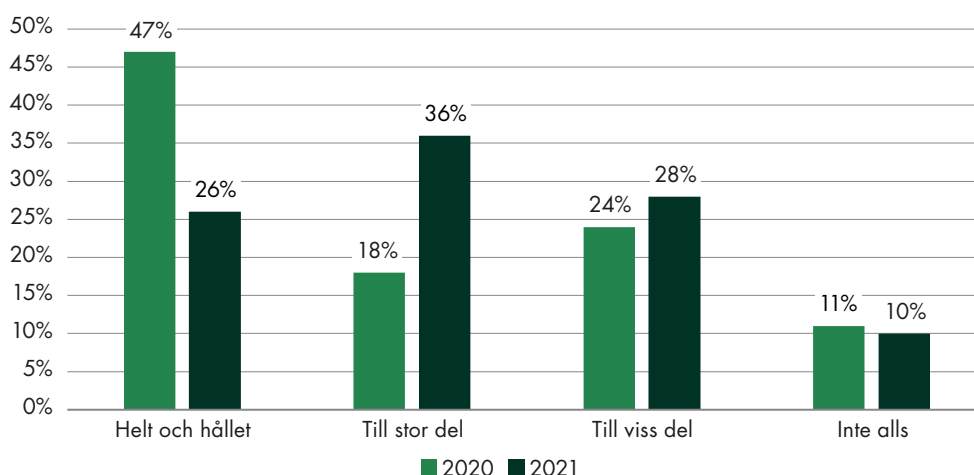


Not: Antal svar: 349 svar 2020, 1 502 svar 2021. Viktat för befolkningen. Fråga: "Som helhet, bedömer du att du har fått den vård du behövt för dina långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar under 2020/2021?".

Bland personer med nya hälsobesvär 2020 svarade 65 procent att de fått vården som de behöver, helt och hållet eller till stor del. Andelen minskade något till 62 procent i 2021 års undersökning. Samtidigt minskade andelen som svarade *helt och hållet* från 47 till 26 procent mellan 2020 och 2021, medan fler svarade till *stor del* (figur 13).

Vi kan inte med säkerhet säga vad som orsakar minskningen i andelen patienter som angett att de helt och hållet har fått den vård som de behöver. Båda undersökningarnas urval ska motsvara befolkningssammansättningen, men en möjlig förklaring är att många hade andra förväntningar på sjukvården under pandemins första år.

**Figur 13.** Bedömning av i vilken utsträckning personer har fått den vård de behöver för sina nya hälsobesvär år 2020 och 2021.



Not: Antal svar: 470 svar 2020, 1 838 svar 2021. Viktat för befolkningen. Fråga: "Som helhet, bedömer du att du har fått den vård som du behövt för dessa nya symptom eller akuta hälsobesvär under 2020/2021?".

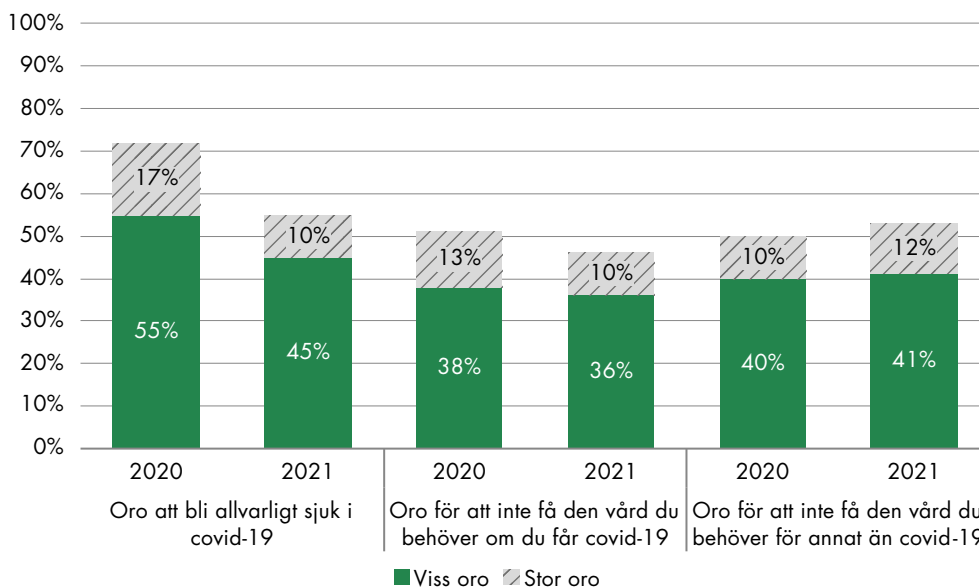
Vi har gjort en fördjupad analys av skillnader mellan olika grupper i upplevelsen av om man fått den vård som man behöver, baserat på 2021 års undersökning, med hjälp av en regressionsanalys. Det huvudsakliga resultatet är att personer som är 70 år och äldre i högre utsträckning än andra svarat att de har fått den vård som de behöver för sina långvariga och nya hälsobesvär. Vi ser också att personer med allvarligare hälsoproblem i lägre utsträckning fått vården som de behöver, än personer med lindrigare problem (se regression 1 och 2 i bilaga 1).

### 3.4 Färre är oroliga för att bli allvarligt sjuka i covid-19

Arbetet med att vaccinera befolkningen mot covid-19 påbörjades i december 2020. Möjligheten till vaccination har varit en avgörande skillnad mellan de två pandemiåren. I slutet av 2021 hade cirka 80 procent av befolkningen fått två doser vaccin (Folkhälso-myndigheten 2022). I takt med att vaccinationstäckningen steg, minskade också risken för att bli allvarligt sjuk i covid-19. Utvecklingen märks när vi jämför enkätundersökningarna. Andelen som kände oro för att bli allvarligt sjuk när de besvarade undersökningen minskade från 72 procent 2020 till 55 procent i december 2021 (figur 14).

Däremot ser vi ingen skillnad i oron för att inte få den vård som man behöver om man blir sjuk i covid-19, eller för andra sjukdomstillstånd. År 2021 kände 46 procent någon form av oro för att inte få tillräcklig vård om de blir sjuka i covid-19, och 53 procent var oroliga för att inte få den vård som de behöver för annat än covid-19. Motsvarande andelar 2020 var 50 och 49 procent.

**Figur 14.** Andelen som känt oro utifrån tre olika aspekter under pandemin 2020 och 2021.



Not: År 2020; antal svar: 2 075–2 106 år 2020. Fråga: "Har du känt oro för något av följande under pandemin?". År 2021; antal svar: 5 418. Fråga: "Känner du i dagsläget oro för något av följande?". Viktat för befolkningen.

### 3.4.1 Större oro i riskgrupper för att bli allvarligt sjuk i covid-19

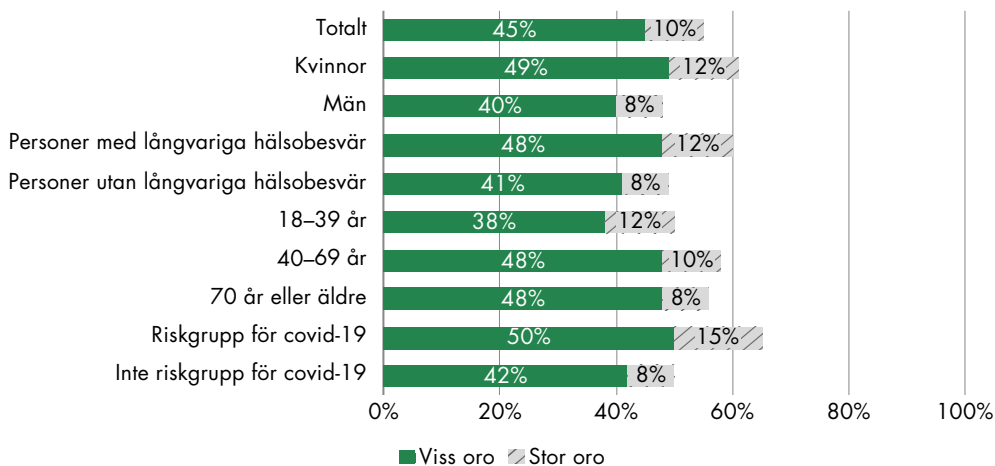
Figur 15 visar att oron för att bli allvarligt sjuk i covid-19, eller inte få tillgång till vård under pandemin, skiljer sig åt mellan grupper. Personer i riskgrupper för svår covid-19 var mest oroliga över att bli allvarligt sjuka i covid-19, och kände också oro för att inte få tillräcklig vård om de skulle insjukna i covid-19. Här speglar oron ett förmodat större behov som är orsakat av underliggande sjukdomar. Även personer med långvariga hälsobesvär oroade sig mer för att bli allvarligt sjuka i covid-19 och inte få den vård de behöver, jämfört med personer utan långvariga hälsobesvär. För samtliga frågor kände kvinnor större oro än män. Det är samma svarsmönster som i 2020 års undersökning.

Yngre (18–39 år) kände i något mindre utsträckning viss eller stor oro för att bli allvarligt sjuka i covid-19, jämfört med de äldre åldersgrupperna, i båda undersökningarna. Andelen oroliga yngre minskade också från 62 till 50 procent mellan åren.

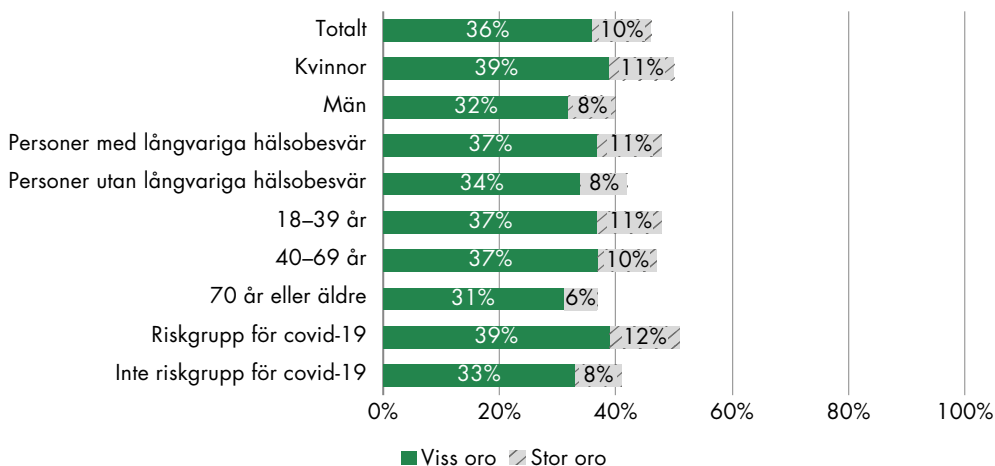
Personer som är 70 år och äldre var i mindre utsträckning oroliga för att inte få tillräcklig vård för covid-19 eller andra sjukdomar, jämfört med de yngre åldersgrupperna. För denna fråga har det skett en tydlig förändring jämfört med 2020, då oron var störst bland de äldre: 62 procent av befolkningen 70 år och äldre var 2020 oroliga för att inte få den vård som de behöver för covid-19, jämfört med 37 procent 2021.

**Andel som 2021 känt oro utifrån tre olika aspekter under pandemin, uppdelat på olika grupper.**

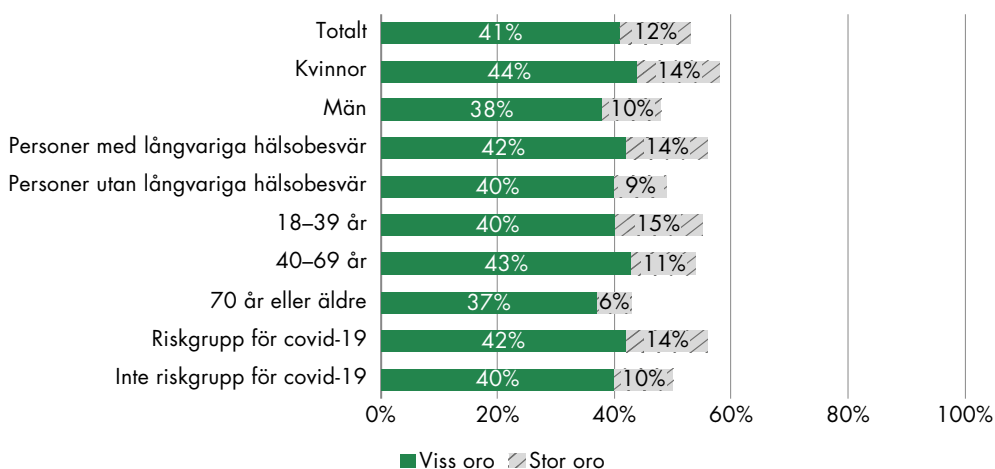
**Figur 15.1** Andel som 2021 känt oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19.



**Figur 15.2** Andel som 2021 känt oro för att inte få den vård du behöver om du får covid-19.



**Figur 15.3** Andel som 2021 känt oro för att inte få den vård du behöver för annat än covid-19.



Not: Antal svar: 5 418. Viktat för befolkningen. Fråga: "Känner du i dagsläget oro för något av följande?"

### 3.5 Under pandemin har många avstått från eller väntat med att söka vård

Utebliven vård under pandemin består dels av vård som sjukvården har ställt in eller skjutit upp, dels av vård som patienterna själva har skjutit upp eller ställt in. Det är viktigt att följa andelen personer som under pandemin självmant avstått från att söka vård, eftersom de upplever ett vårdbehov men inte syns i väntetidsstatistiken eftersom de aldrig tagit kontakt med sjukvården.

Den vanligaste anledningen till att avstå från eller skjuta upp ett vårdbesök under pandemin var att man inte ville belasta hälso- och sjukvården, både 2020 och 2021. Men ungefär hälften av de som avstått från vård har ett kvarvarande vårdbehov, och andelen är högst bland personer med långvariga hälsobesvär och personer i en riskgrupp för covid-19. Bland personer med långvariga hälsobesvär har de med allvarligare besvär oftare avstått från vård än de med lindrigare besvär.

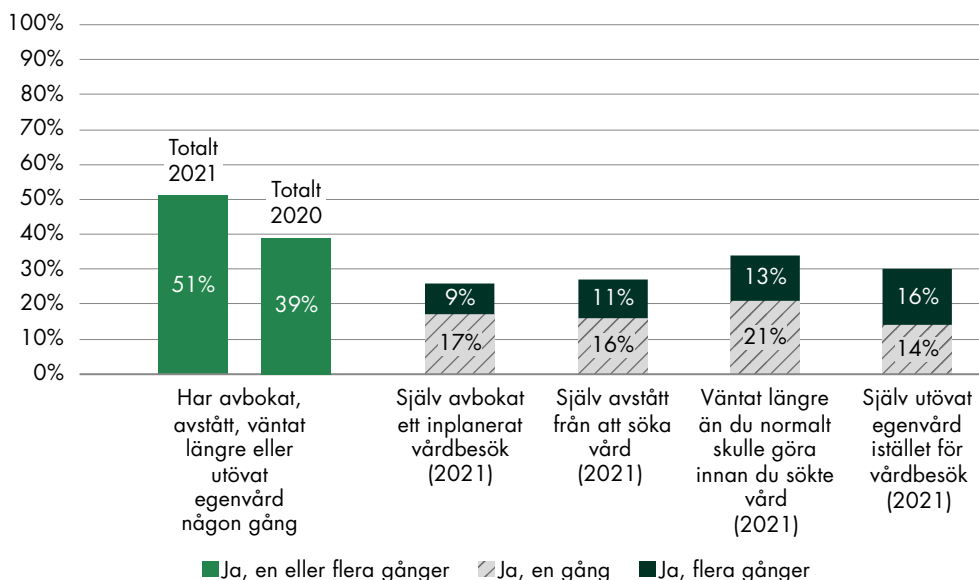
#### 3.5.1 Vanligast är att vänta längre än normalt med att söka vård

Under pandemin har efterfrågan på vård minskat. År 2021 svarade drygt hälften av befolkningen, 51 procent, att de någon gång sedan pandemins början avstått från eller avbokat ett vårdbesök, väntat längre än normalt med att söka vård, eller utövat egenvård i stället för att uppsöka vården. Det vanligaste är att en eller flera gånger ha väntat längre än normalt innan man sökte vård (34 procent), men det är nästan lika vanligt att själv avboka vård, själv avstå från vård och att utöva egenvård i stället (figur 16).

I undersökningen 2020 var det 39 procent som självmant hade avstått från eller väntat med att kontakta vården, vilket innebär en ökning med 12 procentenheter i uppföljningsundersökningen. Däremot är resultaten desamma när det gäller hur man avstått vård, det vill säga genom att avboka, avstå från att boka, vänta längre med att söka vård eller utöva egenvård. Både i undersökningen för 2020 och för båda pandemiåren 2020–2021 var det vanligaste att vänta längre än normalt med att söka vård, medan övriga tre alternativ är lite mindre vanliga och andelarna ungefär desamma.

Resultaten visar dock inte hur *mycket* vård som befolkningen avstått från eftersom vi inte frågar om *antalet* inställda besök.

**Figur 16.** Andelen som på grund av pandemin valt att avstå eller avboka vårdbesök, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård under 2020–2021.



Not: Antal svar 5 418. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande vid något tillfälle?".

### Personer med hälsobesvär har oftare avstått vård

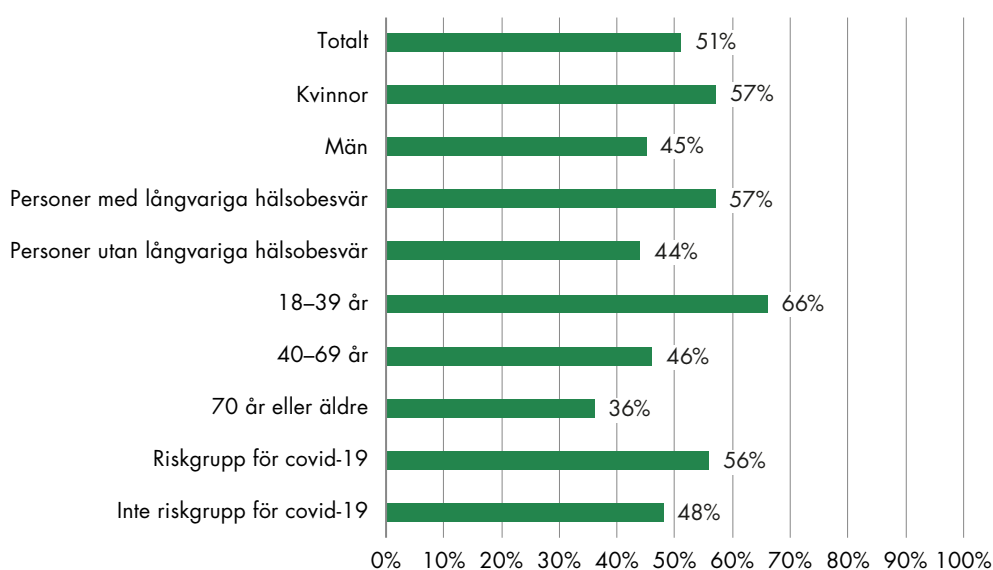
Personer med långvariga hälsobesvär har i större utsträckning avbokad eller avstått från vård, väntat med att söka vård, eller utövat egenvård jämfört med personer utan långvariga hälsobesvär, se figur 17. Det gäller även personer i en riskgrupp för covid-19 jämfört med övriga. Dessa mönster kvarstår när vi kontrollerar för ålder, kön och utbildning med hjälp av en regressionsanalys (se bilaga 1, tabell 9). Det är också samma mönster som i undersökningen från 2020. Att ha allvarigare besvär av sina långvariga hälsobesvär är också mer förknippat med att avstå från vård, jämfört med att ha lindrigare besvär. En möjlig förklaring är att personer med allvarigare hälsobesvär också gör fler årliga besök inom vården, och därmed ökar sannolikheten för att något besök ställs in. Samtidigt har personer med allvarigare problem störst behov av vård, vilket innebär att inställda besök kan leda till framtida problem.

Personer som är 18–39 år gamla har i högre utsträckning än äldre självmant avstått från vård, avvaktat med eller senarelagt vård eller utövat egenvård under pandemin. Det är ett mönster som framträtt efter 2020. I 2021 års undersökning var andelen 66 procent, jämfört med 46 procent i åldersgruppen 40–69 år, och 36 procent bland dem som är 70 år och äldre (figur 17). Dessa resultat kvarstår när vi kontrollerar för kön, utbildning, förekomst av långvariga hälsobesvär, riskgrupp för covid-19 och självskattad hälsa med hjälp av en regressionsanalys (se bilaga 1, tabell 9). I undersökningen från 2020 hade 18–39-åringarna avstått från eller avvaktat med att söka vård i ungefär samma utsträckning som övriga åldersgrupper. Det innebär att det under 2021 främst var de yngre som inte sökte vård.



Socialstyrelsen har analyserat pandemins påverkan på läkarbesöken inom den öppna specialistvården och dagkirurgin, och redovisar också ökningarna i antalet genomförda besök och dagkirurgiska åtgärder för personer 70 år och äldre under tredje och fjärde vågen av smittspridning, det vill säga från februari 2021 (Socialstyrelsen 2022b). Detta stämmer överens med våra resultat om att äldre återvände till hälso- och sjukvården under 2021.

**Figur 17.** Andelen som på grund av pandemin valt att någon gång avstå från eller avboka vårdbesök, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård, uppdelat på olika grupper.

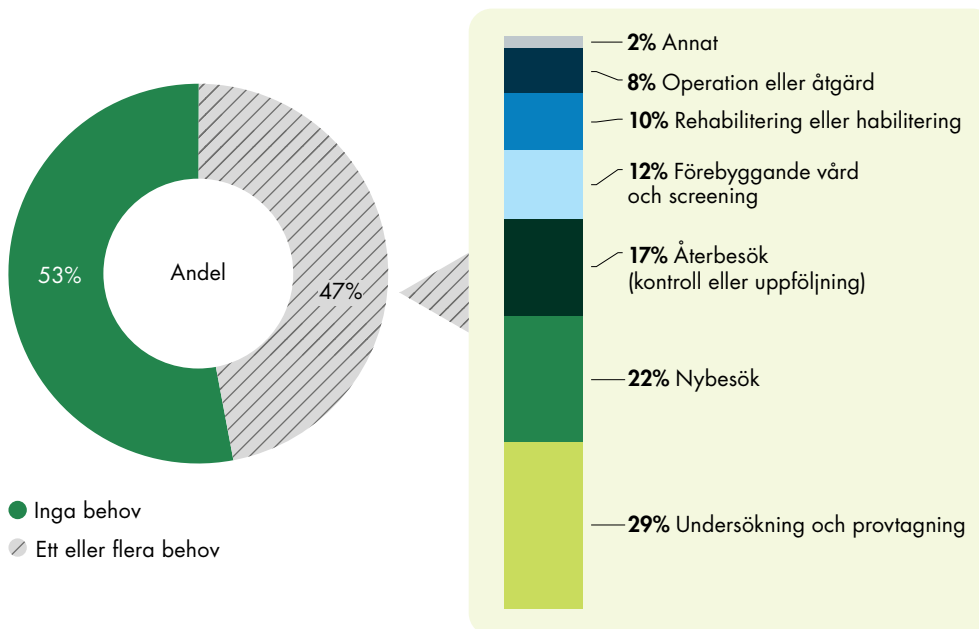


Not: Antal svar 5 418. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande vid något tillfälle? Själv avbokat ett inplanerat vårdbesök, själv avstått från att söka vård, väntat längre än du normalt skulle göra innan du sökte vård, själv utövat egenvård i stället för vårdbesök."

### 3.5.2 Hälften av dem som undviker att söka vård har kvar vårdbehovet

Att avstå från eller senarelägga vård kan leda till att det ursprungliga vårdbehovet kvarstår, går över eller förvärras. Drygt hälften av dem som avstått från vård, 53 procent, uppgav att de fortfarande behöver vård. Av dessa angav 29 procent att de behöver en undersökning eller provtagning, 22 procent ett nybesök, och 17 procent ett återbesök (figur 18). Liknande resultat ses i 2020 års undersökning, vilket tyder på att vårdbehovet är relativt konstant under hela pandemiperioden bland dem som avstått från att söka vård.

**Figur 18.** Kvarvarande vårdbehov bland de som har undvikit att söka vård under pandemin, och typ av vård.



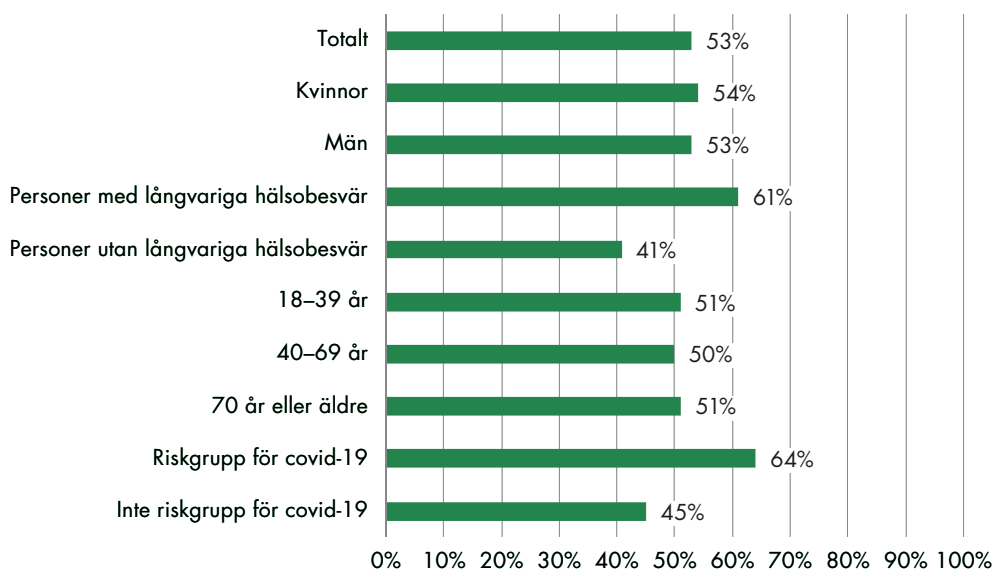
Not: Antal svar 2 768. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du fortfarande behov av vård som du någon gång under hela pandemin själv avbokade, avstätt från eller väntat med att söka?".

### Personer i riskgrupp och med långvariga hälsobesvär har ett större kvarvarande vårdbehov

Det är framför allt personer med långvariga hälsobesvär och i riskgrupp för covid-19 som fortfarande har ett vårdbehov efter att ha avstått från eller avvaktat med vård. Totalt 61 procent med långvariga hälsobesvär behövde fortfarande vård jämfört med 41 procent av dem utan långvariga hälsobesvär. Bland personerna i riskgrupp för covid-19 behövde 64 procent fortfarande vård jämfört med 45 procent bland övriga (figur 19). Det är snarlika resultat som i undersökningen 2020, vilket innebär att det främst är personer med sämre hälsa som fortfarande är i behov av vård.

Sett till olika åldersgrupper har yngre personer (18–39 år) kvarvarande vårdbehov i samma utsträckning som de äldre – 51 procent jämfört med 50 procent (figur 19). Detta är en förändring jämfört med 2020 års undersökning då personer 70 år och äldre hade kvarvarande vårdbehov i högre utsträckning än andra åldersgrupper, efter att ha avstått från att söka vård (74 procent jämfört med 55 procent för gruppen 39–69 år och 45 procent för 18–39 år). Dessa resultat ses också i enkätens övergripande fråga om i vilken utsträckning vårdbehovet har blivit täckt (se avsnitt 3.3). Där konstaterade vi att äldre upplever att de fått den vård som de behöver i större utsträckning än yngre personer.

**Figur 19.** Andel som fortfarande behöver vård efter att själva avbokad, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin, uppdelat på olika grupper.

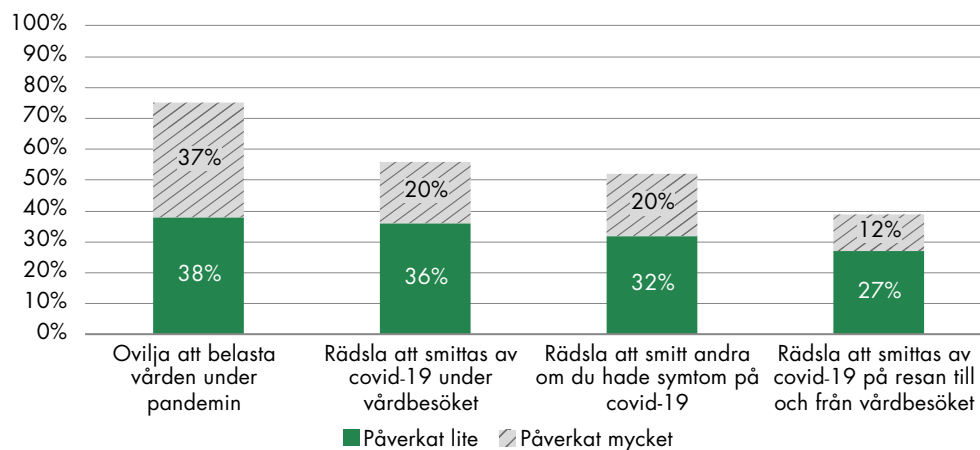


Not: Antal svar 2 768. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du fortfarande behov av vård som du någon gång under hela pandemin själv avbokad, avstått från eller väntat med att söka?".

### 3.5.3 Att avstå vård på grund av ovilja att belasta vården är vanligast

Den vanligaste anledningen till att inte söka vård under pandemin var att man inte ville belasta sjukvården. Totalt 75 procent angav det som orsak, medan 56 procent angav att de var rädda för att smittas under vårdbesöket och 52 procent var rädda för att smitta andra (figur 20). Rädsla för att smittas på resan till eller från vårdbesöket var något mindre vanligt. Motiveringen till att avstå från vård är ungefär densamma i de båda undersökningarna. År 2020 var det 77 procent som avstått från vård för att inte belasta hälso- och sjukvården, och även övriga anledningar var på ungefär samma nivå.

**Figur 20.** Anledning till att patienter har avbokad, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin.



Not: Antal svar 2 768. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har följande påverkat ditt val att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under pandemin?".

### **Äldre är rädda för att bli smittade, yngre är rädda för att smitta andra**

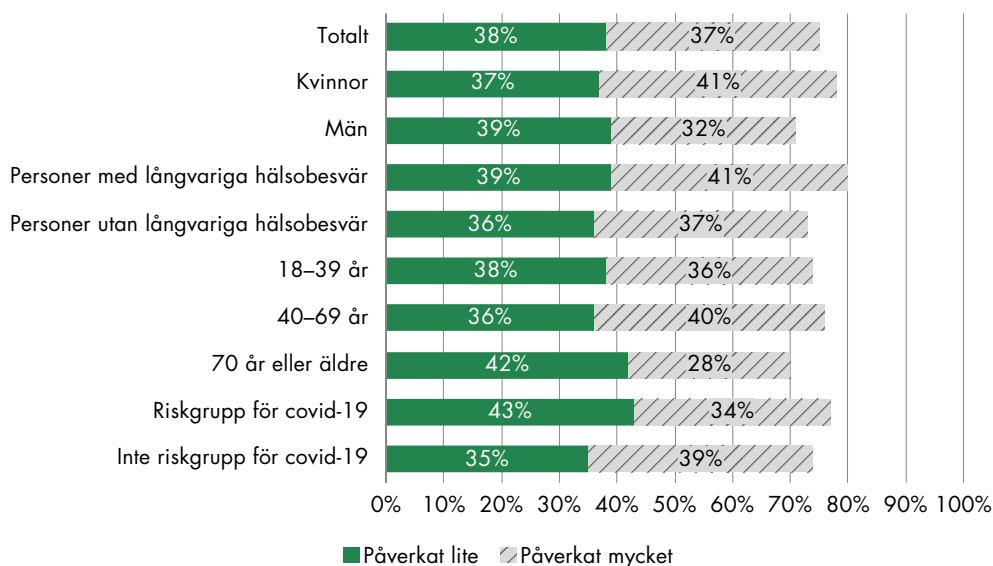
Skälen till att avboka, avstå eller senarelägga vård varierar i olika grupper (figur 21). Det är till exempel vanligare att personer med långvariga hälsobesvär inte söker vård på grund av ovilja att belasta sjukvården (80 procent jämfört med 73 procent bland dem utan långvariga besvär). Detsamma gäller för kvinnor jämfört med män, eftersom 78 procent respektive 71 procent gav det svaret.

Smittorisken vid vårdbesöket är något som framför allt oroar äldre och personer i riskgrupp för covid-19. I gruppen 70 år och äldre svarade 63 procent att de avstått från vård på grund av rädsla för att bli smittad, jämfört med 57 procent i gruppen 40–69 år och 53 procent i gruppen 18–39 år.

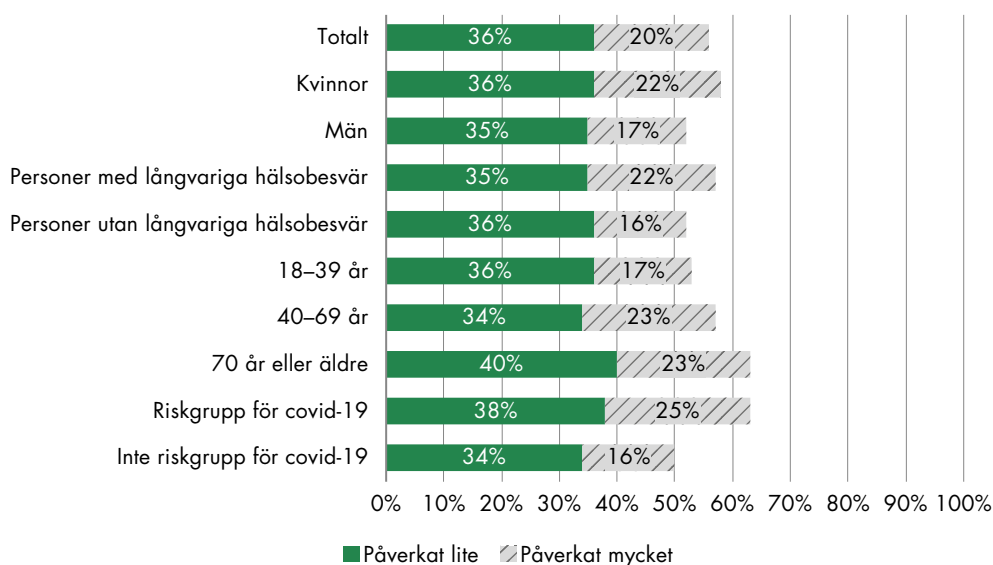
Bland yngre personer är det mindre vanligt med rädsla för att smittas, men de har i högre utsträckning än äldre avstått från vård på grund av rädsla för att smitta andra (figur 21). Eftersom hög ålder är en av de främsta riskfaktorerna för svår covid-19 speglar dessa skillnader antagligen skillnader i riskbedömning. Risken för att smittas på resan till och från vårdbesöket är något som framför allt oroar personer i riskgrupp och i åldern 18–39 år. Personer 70 år och äldre tycks däremot inte oroas av resan i någon större utsträckning.

### Anledning till att patienter har avbokat, avstått från eller väntat med att söka vård under pandemin uppdelat efter olika grupper

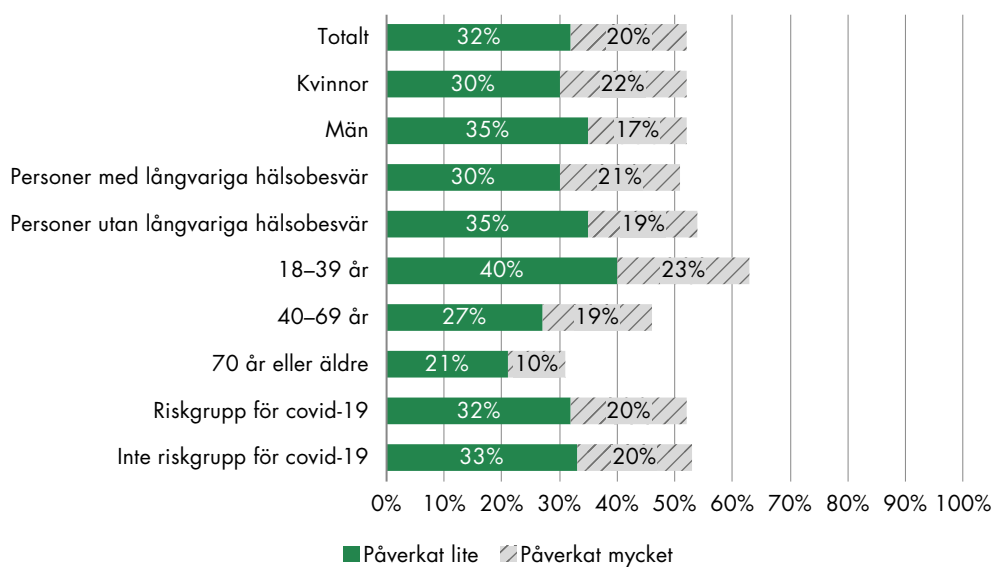
**Figur 21.1** Ovilja att belasta vården under pandemin.



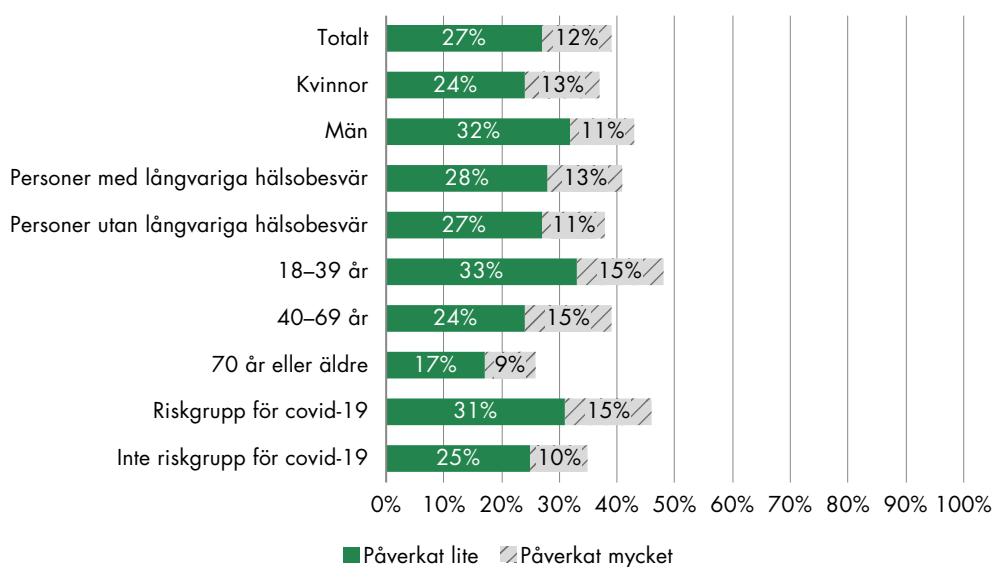
**Figur 21.2** Rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket.



**Figur 21.3** Rädsla att smitta andra om du hade symtom på covid-19.



**Figur 21.4** Rädsla att smittas av covid-19 på resa till och från vårdbesöket.

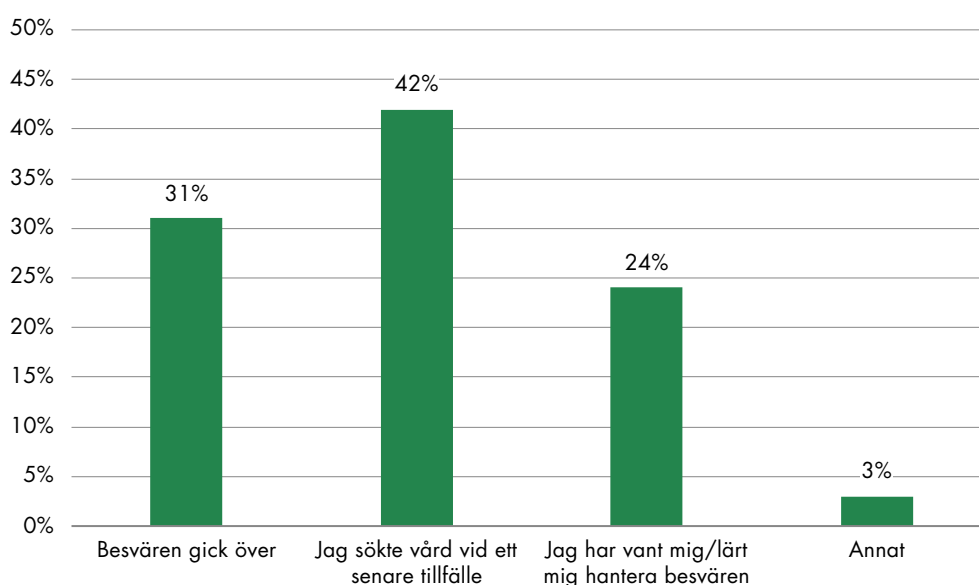


Not: Antal svar 2 768. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har följande påverkat ditt val att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under pandemin?".

### 3.5.4 De flesta sökte vård vid ett senare tillfälle eller tillfrisknade

Totalt 42 procent av dem som avstått från vård sökte i stället vård vid ett senare tillfälle (figur 22). Vi vet dock inte i vilken utsträckning det ledde till ett faktiskt vårdbesök för dessa personer eller till att vårdbehovet täcktes. För 31 procent gick besvären över, men 24 procent angav att de hade vant sig eller lärt sig att hantera besvären när enkäten besvarades. Dessa personer har ett möjligt kvarvarande vårdbehov, och gruppen står alltså för en dold efterfrågan på vård.

**Figur 22.** Följder av att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under 2020–2021.



Not: Antal svar 1 289. Viktat för befolkningen. Fråga: "Vad hände med besvären efter att du valde att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård?".

## 3.6 Ransoneringsen av vård fortsatte att påverka vårdkonsumtionen under 2021

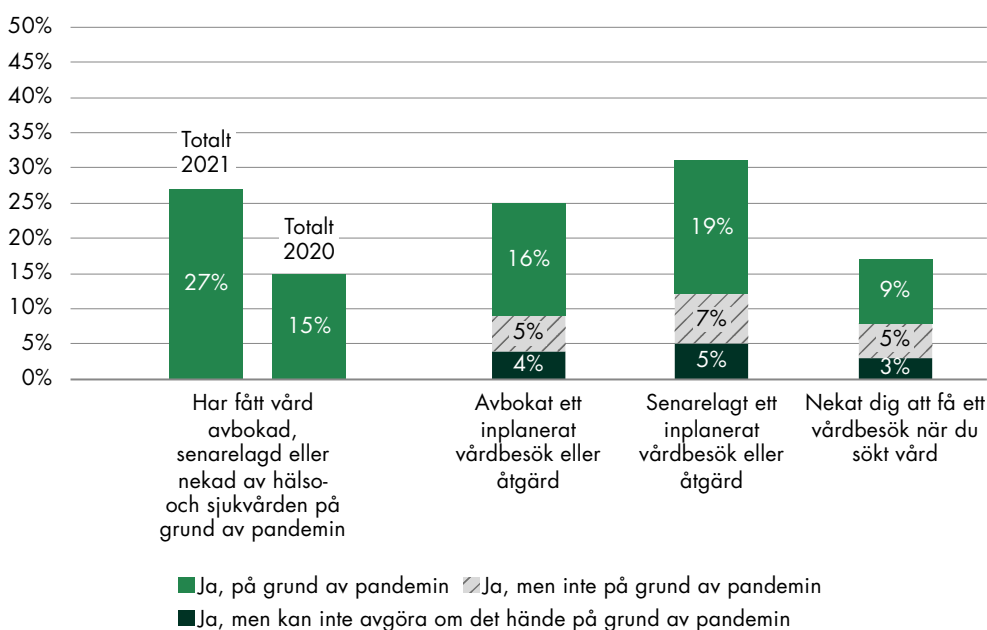
Under covid-19-pandemin har sjukvården behövt omprioritera och ransonera sina resurser, och därmed fått avboka och senarelägga vårdbesök. Omkring var fjärde av de svarande har fått vård avbokad, inställd eller senarelagd av hälso- och sjukvården. Frågan innefattar pandemin från våren 2020 till slutet av 2021, och resultaten visar att ransoneringsen av vård fortsatte att påverka möjligheterna att få vård även under 2021. Grupper med stora vårdbehov har påverkats i högre utsträckning, trots att vård ska ges efter behov.

### 3.6.1 Var fjärde har fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin

Totalt svarade 27 procent att de har fått en vårdinsats avbokad eller senarelagd, eller nekats ett vårdbesök av hälso- och sjukvården på grund av pandemin, se figur 23. Det vanligaste är att vårdbesöket blivit senarelagt. Det finns även svarande som har fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av andra skäl än pandemin, eller som inte vet om det beror på pandemin eller inte. Det är oklart i vilken utsträckning vårdgivaren ger ett skäl till inställd vård eller förseningar, och det är vanligt att vård senareläggs även under normala omständigheter. I den här undersökningen bygger resultaten på de svarandes uppfattning, och andelen som fått vården inställd eller senarelagd kan vara en underskattning eller en överskattning.

I 2020 års undersökning var det 15 procent som fått vård avbokad, senarelagd eller nekad på grund av pandemin. Det var alltså ytterligare 12 procentenheter i befolkningen som fått vård inställd eller senarelagd om vi ser till hela pandemiperioden jämfört med enbart 2020. Ökningen är naturlig eftersom det rör sig om en längre tidsperiod. Vi vet inte det totala antalet vårdbesök som har blivit inställda eller senarelagda, eftersom en person kan ha råkat ut för vårdransonering flera gånger under pandemin. Det kan till exempel handla om personer som inte fick vård 2020 och som heller inte fick något vårdbesök under 2021, något som vår undersökning inte kan fånga. Andelen som någon gång under pandemin råkat ut för att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagd eller nekade ett vårdbesök ger därför en förenklad bild av vårdransoneringen som uppstått på grund av pandemin. I båda undersökningarna var den vanligaste formen av ransonering att patienterna fått ett inplanerat vårdbesök senarelagt, följt av ett avbokad besök (figur 23).

**Figur 23.** Andel som varit med om att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagd eller nekade ett vårdbesök under 2020–2021.



Not: Antal svar: 5 418. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du under pandemin varit med om något av följande?"



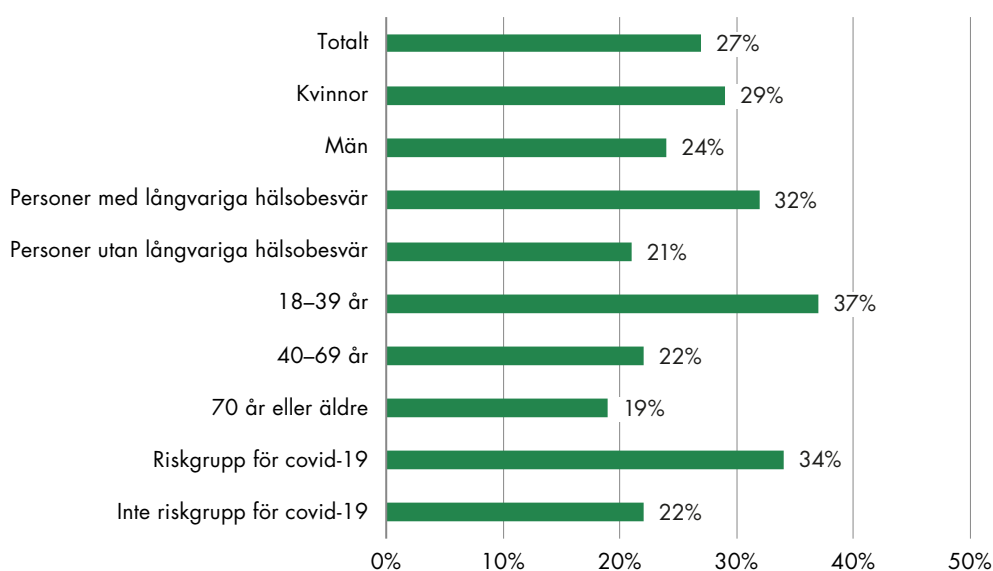
### Yngre och personer i riskgrupp har i högre utsträckning fått vård avbokad, senarelagd eller nekad på grund av pandemin

De grupper som i högst utsträckning har fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården på grund av pandemin är personer 18–39 år, personer i en riskgrupp för covid-19 och personer med långvariga hälsobesvär (figur 24). Dessa grupper var även överrepresenterade i förra undersökningen.

Skillnaderna mellan åldersgrupper, mellan personer med kontra utan långvariga besvär och mellan personer i riskgrupp för covid-19 kontra övriga kvarstår när vi kontrollerar för dessa faktorer samtidigt, och även för kön och utbildning, med hjälp av en regressionsanalys (se bilaga 1, tabell 11). Regressionsanalysen visar också att det är vanligare att personer med svårare långvariga hälsobesvär fått vården senarelagd eller inställd, jämfört med personer med lindrigare besvär. Detta är oroväckande med tanke på principen att vård ska ges efter behov. Eftersom vi inte har någon mer information om vilka typer av vårdbesök som blir inställda går det inte att säga varför personer med allvarigare problem oftare får vården inställd eller senarelagd, men det viktigt att undersöka frågan vidare.

En möjlig förklaring till åldersskillnaderna är att yngre kan bedömas ha ett lägre vårdbehov än de äldre, eftersom vårdbehovet generellt ökar med åldern. Det finns även en viss tendens till att kvinnor i högre utsträckning fått vården inställd eller senarelagd, men skillnaderna mellan män och kvinnor är inte statistiskt signifikanta i regressionsanalysen.

**Figur 24.** Personer som fått vård avbokad, senarelagd eller nekad av hälso- och sjukvården under 2020–2021.

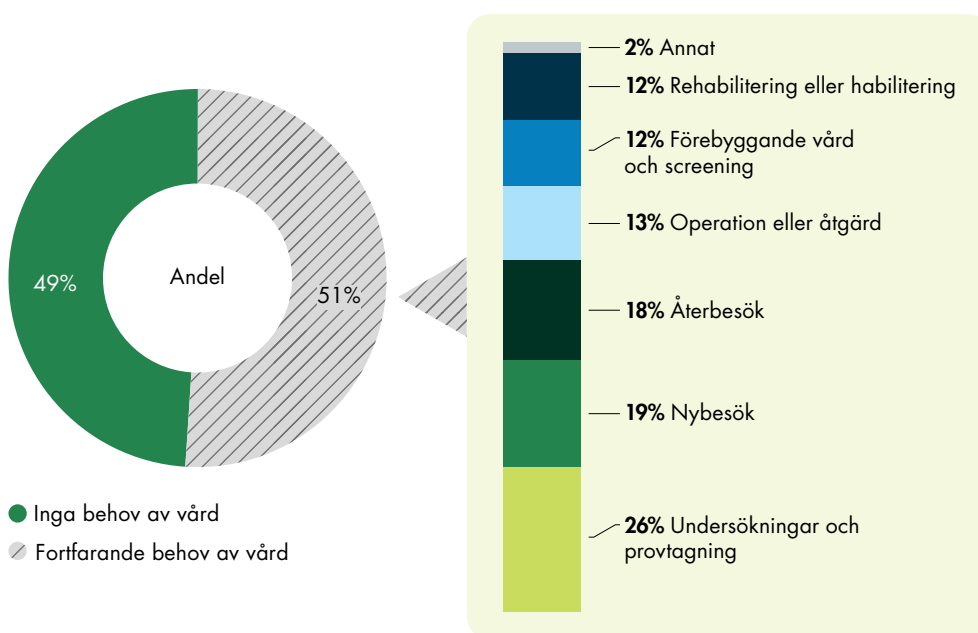


Not: Antal svar: 1 478. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du under pandemin varit med om något av följande?".

### 3.6.2 Undersökningar och provtagningar har påverkats av ransonerings

Hälften av personerna som drabbats av vårdens ransonerings på grund av pandemin uppger att de fortfarande behöver vård (figur 25). Det gäller främst undersökningar och provtagningar som utgör 26 procent av den påverkade vården, men även nybesök och återbesök. Även i vår föregående undersökning var det cirka hälften som fortfarande behövde vård, något som tyder på att det faktiska vårdbehovet hos befolkningen var relativt konstant under 2020–2021.

**Figur 25.** Andel som fortfarande behöver vård efter att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat vårdbesök eller åtgärd på grund av pandemin, samt typen av vårdbehov.

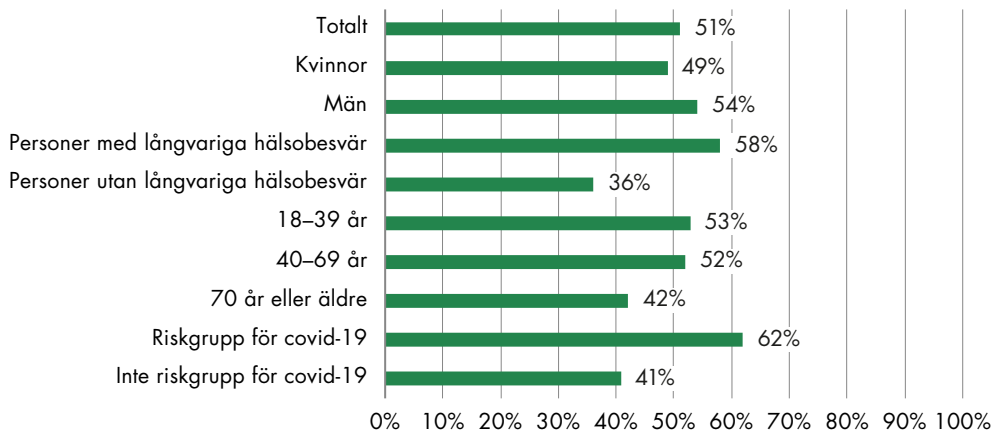


Not: Antal svar 1 060–2 083. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du fortfarande behov av vård som hälso- och sjukvården under pandemin avbokad, senarelagt eller nekad dig?".

### Kvarvarande vårdbehov vanligast bland personer i riskgrupp för covid-19 och dem med långvariga hälsobesvär

Av de som fått sin vårdinsats avbokad, senarelagt eller nekad är det framför allt de i riskgrupp för covid-19 och de med långvariga hälsobesvär som upplever att de har ett kvarvarande vårdbehov (figur 26). Dessa resultat kvarstår även när vi kontrollerar för kön, ålder och utbildning med hjälp av en regressionsanalys (se bilaga 1, tabell 12). Vi ser också att kvarvarande vårdbehov är mindre vanligt bland personer 70 år och äldre än i andra åldersgrupper, när vi bortser från skillnader i hälsa.

**Figur 26.** Andel som fortfarande upplever ett vårdbehov efter att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat vårdbesök eller åtgärd, uppdelat på olika grupper.



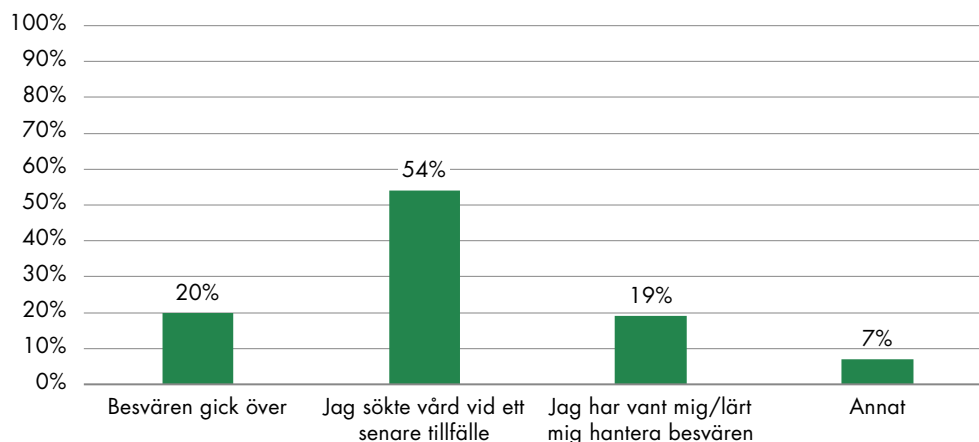
Not: Antal svar 1 060. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har du fortfarande behov av vård som hälso- och sjukvården under pandemin avbokad, senarelagt eller nekat dig?".

### 3.6.3 De flesta sökte vård vid ett senare tillfälle

Personer som drabbats av hälso- och sjukvårdens ransonering har i första hand sökt vård vid ett senare tillfälle (figur 27). Totalt 54 procent svarade att de sökt vård senare, men vi kan inte utifrån undersökningen svara på i vilken utsträckning de faktiskt har fått vård. För 20 procent av de tillfrågade har besvären gått över, medan 19 procent fortfarande lever med besvären.

Personer som sökte vård vid ett senare tillfälle är en del av inflödet av patienter som väntar på vård, medan personer som har kvar sina besvär och inte söker vård står för en dold efterfrågan på vård som inte syns i statistiken över väntande. I båda fall handlar det om en ökad efterfrågan på vård som hälso- och sjukvården kan behöva hantera i framtiden.

**Figur 27.** Följder av att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat patienter vård.

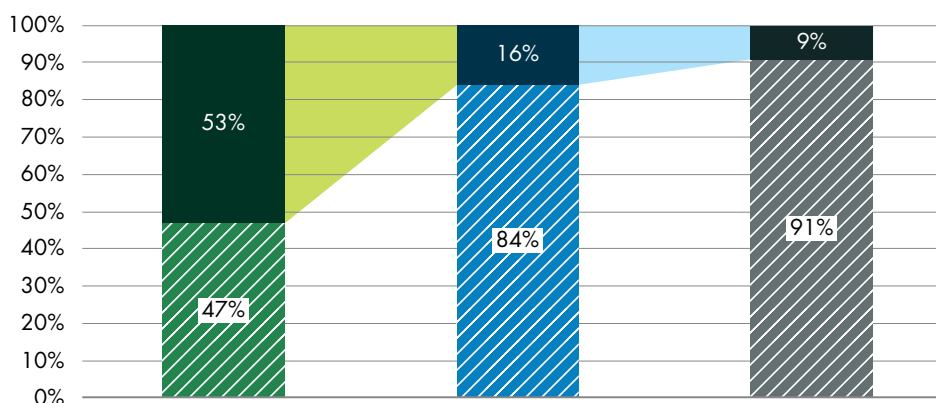
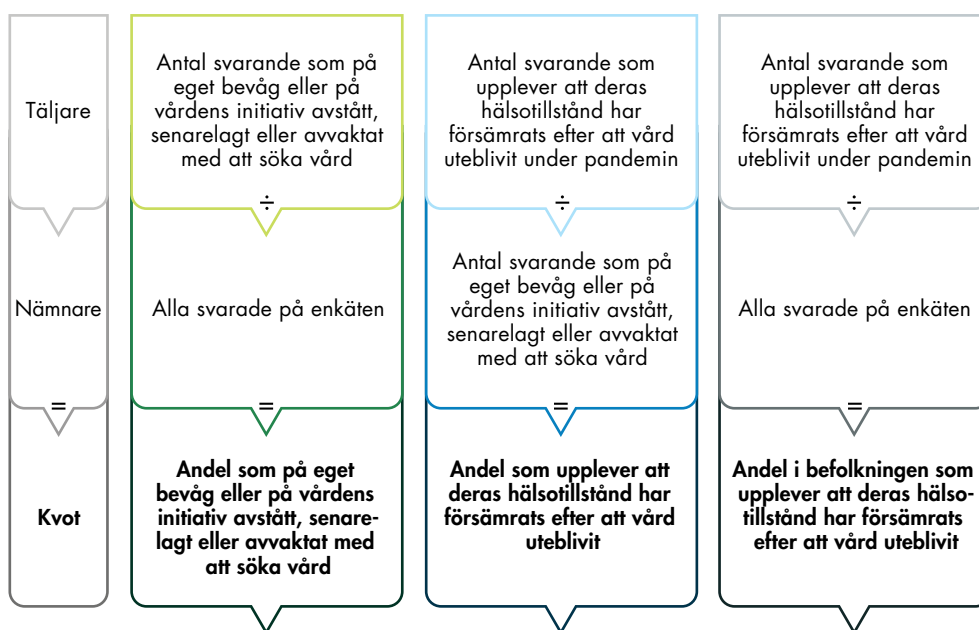


Not: Antal svar 1 024. Viktat för befolkningen. Fråga: "Vad händer med dina besvär efter att hälso- och sjukvården avbokad, senarelagt eller nekat dig vård?".

### 3.7 Nästan var tionde upplever sämre hälsa efter utebliven vård

Den uteblivna hälso- och sjukvården har gjort att vissa fått ett sämre hälsotillstånd. Av dem som inte fått vård på grund av pandemin angav 16 procent att deras hälsotillstånd försämrats. I befolkningen motsvarar det 9 procent som har fått sämre hälsa till följd av vård som blivit inställd eller undvikits (figur 28). Motsvarande andel i förra undersökningen var 7 procent. På kort sikt har alltså den minskade vårdefterfrågan och det minskade utbudet lett till sämre hälsa för en mindre del av dem som upplevt ett vårdbehov under pandemin. Hur detta utvecklas på sikt återstår att se.

**Figur 28.** Personer som avstått från vård eller fått vård inställd av hälso- och sjukvården på grund av pandemin och fått ett sämre hälsotillstånd under pandemin. Tidsperiod: 2020–2021.



Not: Antal svar 470–5 418. Viktat för befolkningen. Fråga: "Har pandemin gjort att du själv valt att avboka, avstått eller väntat längre med att söka vård, eller har hälso- och sjukvården avbokat, senarelagt eller nekat dig ett vårdbesök på grund av pandemin? Bedömer du att ditt hälsotillstånd påverkats av detta?".

## 4 Slutsatser

I det här kapitlet redogör vi för våra huvudsakliga resultat och slutsatser.

Vår samlade bedömning är att vårdkonsumtionsmönstret för annat än covid-19-vård ser väsentligt annorlunda ut för de båda åren. År 2020 utmärktes av beteendeförändringar hos befolkningen och ransonering från hälso- och sjukvården, men under 2021 ökade både antalet nytillkomna som sökte specialiserad vård och vårdproduktionen inom den specialiserade vården. Däremot ökade inte antalet genomförda första besök, operationer och åtgärder tillräckligt för att överstiga inflödet av nytillkomna patienter. Det ledde till att vårdköerna växte ytterligare under 2021.

Samtidigt ser vi att befolkningen under pandemiåren ändrat sitt beteende genom att avstå från vård, huvudsakligen för att inte belasta hälso- och sjukvården under en svår tid. Personer med långvariga hälsoproblem har i större utsträckning än andra avstått från vård och fått vård inställd under pandemin, något som kan få negativa konsekvenser för deras framtida hälsa. I vår tidigare uppföljning på området, *I skuggan av covid-19*, lämnades fyra rekommendationer till regeringen och regionerna. Vi bedömer att rekommendationerna fortfarande är aktuella. I tabell 5 sammanfattas våra slutsatser.

Tabell 5. Promemorians fem övergripande slutsatser baserade på de huvudsakliga resultaten.

Slutsatser	1	2	3	4	5
	<b>Det uppdämda vårdbehovet från 2020 ledde till faktiska vårdköer 2021</b>	<b>Vårdutbudet har ökat, men vårdköerna växer</b>	<b>Uppskattningsvis halva befolkningen har någon gång under pandemin antingen avstått från att söka vård eller fått sin vård inställd</b>	<b>Personer med långvariga hälsoproblem har i störst utsträckning påverkats av vårdansökning och ändrat sitt vård-sökarbete</b>	<b>Rekommendationerna i rapporten <i>1 skuggan av covid-19</i> är fortfarande aktuella</b>
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflödet av patienter som väntar på ett första besök i specialiserad vård var 24 procent högre 2021 än 2020.</li> <li>• Inflödet av patienter som väntar på en operation eller åtgärd var 27 procent högre 2021 än 2020.</li> <li>• Vi bedömer att ökningen i inflödet mellan 2020 och 2021 delvis består av personer som annars skulle besökt vården under 2020. Däremot är det samlade inflödet för 2020–2021 i nivå med eller något lägre än det förväntade inflödet. Det innebär att det sannolikt finns ett visst kvarvarande uppdämt behov av första besök, operationer och åtgärder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antalet genomförda operationer och åtgärder är i nivå med 2017–2019 och det genomfördes 23 procent fler operationer och åtgärder 2021 än 2020.</li> <li>• Inflödet av patienter till första besök i den specialiserade vården och operationer översteg antalet genomförda operationer och åtgärder under året.</li> <li>• Även om vårdproduktionen återhämtat sig till nivåerna före pandemin blev vårdköerna längre under 2021. Ökningen i vårdutbudet under 2021 var därmed inte tillräckligt stort för att beta av det uppdämda vårdbehovet från 2020 och ny vård-efterfrågan under 2021.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkätresultaten visar att cirka 50 procent av de svarande någon gång under pandemin har avstått från att söka vård, och 27 procent har någon gång antingen fått ett vårdbesök avbokad, senarelagd eller nekat.</li> <li>• Cirka 50 procent av dem som undvikit att söka vård eller fått vård inställd har ett kvarvarande vårdbehov.</li> <li>• 9 procent av befolkningen upplever sämre hälsa efter utebliven vård under pandemin.</li> <li>• 55 procent av de svarande känner någon form av oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19. Det är en minskning med 16 procentenheter sedan förra undersökningen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkätresultaten visar att personer med långvariga hälsoproblem i högre utsträckning än andra fått vård inställd eller undvikit att söka vård under pandemin.</li> <li>• Personer med allvarligare hälsoproblem avstår i högre grad från vårdbesök. De har också i högre utsträckning ett kvarvarande vårdbehov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vård- och omsorgsanalys lämnade fyra rekommendationer i rapporten <i>1 skuggan av covid-19</i> och vi bedömer att de fortfarande är relevanta.</li> </ul>

## 4.1 Det uppdämda vårdbehovet från 2020 ledde till faktiska vårdköer 2021

Under det första pandemiåret 2020 minskade antalet nytillkomna personer som väntade på ett första besök, en operation eller en annan åtgärd påtagligt inom den specialiserade vården jämfört med 2017–2019 (Vård- och omsorgsanalys 2021). Troligen berodde minskningen på en kombination av beteendeförändringar hos patienter, färre remisser från övriga delar av hälso- och sjukvården och förändringar i när och hur patienter sätts upp på väntelistor, snarare än på ett minskat vårdbehov i befolkningen. Till exempel

hade 53 procent av befolkningen avstått från vård eller fått den senarelagd under 2021. Individer med vårdbehov, som antingen inte sökt vård eller blivit uppsatta på väntelistor räknas som ett uppdämt vårdbehov (Vård- och omsorgsanalys 2021).

Det går inte att veta hur vårdköerna till den specialiserade vården hade utvecklats 2020 om pandemin inte inträffat, men i rapporten *I skuggan av covid-19* uppskattade vi att antalet väntande på första besök skulle varit omkring 34 procent högre i slutet av 2020 om inflödet av patienter varit detsamma som tidigare år. Antalet väntande på operation eller annan åtgärd skulle ha varit cirka 48 procent högre. Vi bedömde att minskningen i antalet nytillkomna till väntelistorna sannolikt handlade om ett uppdämt vårdbehov som längre fram skulle visa sig som en ökning i behov och efterfrågan (Vård- och omsorgsanalys 2021).

I linje med det resonemanget ser vi nu att det var ett betydligt högre inflöde av patienter som väntar på vård 2021 jämfört med 2020. Störst skillnad i inflödet ser vi mellan pandemins första månader april–maj 2020 jämfört med samma månader 2021. Inflödet av patienter som väntar på ett första besök var 27 procent högre 2021 än 2020 och inflödet av patienter som väntar på en operation eller åtgärd var 24 procent högre.

Sett till båda pandemiåren 2020–2021 var inflödet av patienter som väntar på ett första besök 4 procent högre än medelvärdet för 2017–2019. Även om inflödet av nya patienter var särskilt lågt under 2020 kompenseras den nedgången av det högre inflödet under 2021, när vi utgår från att det faktiska vårdbehovet motsvarar det genomsnittliga inflödet 2017–2019. Vi bedömer därför att en del av de patienter som aldrig sökte vård eller blev remitterade till ett första besök i den specialiserade vården under 2020 i stället gjorde det 2021. Huruvida inflödet av nya patienter 2021 innebär att det dolda vårdbehovet från 2020 övergick i en känd vårdskuld beror på om vi antar att behovet av första besök är konstant över tid, eller ökar något för varje år. Om vi utgår från scenariot där det verkliga behovet i befolkningen antas vara konstant ser vi att det faktiska inflödet överstiger det förväntade inflödet 2021. I det scenariot har det uppdämnda vårdbehovet övergått i ett känt vårdbehov, medan i scenariot där behovet ökar för varje år sannolikt innebär att det fortfarande finns ett uppdämt vårdbehov. Det kraftiga inflödet av nytillkomna patienter som väntar på vård under 2021 kompenserar till viss del för minskningen i inflöde under 2020, och därför drar vi slutsatsen att det uppdämnda vårdbehovet för första besök från 2020 delvis övergick till känd vårdefterfrågan under 2021.

När det gäller operation eller andra åtgärder ser utvecklingen annorlunda ut. Inflödet av personer som väntar på en operation eller åtgärd under båda pandemiåren 2020–2021 tillsammans var 8 procent lägre än genomsnittet för 2017–2019. Den minskningen drivs huvudsakligen av att antalet nytillkomna patienter minskade kraftigt under 2020, vilket inte kompensades av det högre inflödet 2021. Under 2021 var inflödet 3 procent högre än genomsnittet för 2017–2019 medan inflödet minskade med 19 procent 2020. Under perioden 2017–2019 finns det en tendens till att inflödet av patienter minskade något för varje år. Det är därför inte säkert att inflödet av patienter för perioden 2020–2021 hade nått upp till samma nivå som för 2017–2019 även om pandemin aldrig inträffat. Den minskning på 8 procent som vi ser mellan 2017–2019 och 2020–2021 är dock större än vad den fleråriga trenden visar, och därmed större än vad vi skulle kunna förvänta oss utifrån hur det har sett ut tidigare år. För operationer och andra åtgärder bedömer vi därför att en del av det uppdämnda vårdbehovet har övergått i en känd vårdskuld, medan en del kvarstår som uppdämt och ännu inte syns på väntelistorna.

## 4.2 Vårdutbudet har ökat, men vårdköerna växer

Under pandemin har hälso- och sjukvården behövt ransonera vård för att ta tillvara på personal, material och andra resurser. I vår förra befolkningsundersökning 2020 (*I skuggan av covid-19*) hade drygt 15 procent fått vårdbesök avbokade, senarelagda eller nekade på grund av pandemin. I väntetidsstatistiken märktes också ransoneringen tydligt i form av färre genomförda första besök, operationer och andra åtgärder (Vård- och omsorgsanalys 2021).

Under 2021 var ransoneringen enligt väntetidsstatistiken betydligt lägre än under 2020, och det ser ut som att vårdproduktionen till stor del hade återhämtat sig till de nivåer som gällde före pandemin. Det genomfördes 15 procent fler första besök än 2020, och 23 procent fler operationer och andra åtgärder. Antalet genomförda operationer och andra åtgärder var i nivå med medelvärdet för 2017–2019. Den ökade vårdproduktionen bekräftas också av Socialstyrelsen som såg en ökning av vårdproduktionen under juni och september 2021 jämfört med medelvärdet för motsvarande månader under perioden 2017–2019. Under december 2021 var vårdproduktionen också högre än tidigare med fler operationer inom slutenvården, fler läkarbesök och mer dagkirurgi i specialiserad öppenvård (Socialstyrelsen 2022c).

Trots att vårdproduktionen delvis återhämtade sig under 2021 ökade det totala antalet personer som väntade på vård. Vårdköernas utveckling styrs av både inflödet av nytillkomna patienter och utflödet av patienter som fått ett besök eller åtgärd. Under 2021 var vårdutbudet högre än föregående år, men inte tillräckligt högt för att motsvara ökningen i inflödet av väntande. Efterfrågan på vård var alltså högre än utbudet, något som ledde till att vårdköerna växte under året. Det förekommer skillnader i vårdköernas utveckling mellan regionerna, men i arbetet med den här promemorian har vi inte analyserat närmre vad skillnaderna mellan regioner eller vårdområden beror på. Förklaringar som lyfts fram tidigare är bland annat arbetssätt, produktivitet, personella resurser, organisation och prioriteringar (SOU 2022:22). Tidigare analyser har visat att det inte finns några enkla eller enskilda förklaringar. På riksnivå hade antalet genomförda första besök hade behövt vara cirka 7 procent högre, det vill säga cirka 140 000 första besök fler, för att nå upp till antalet nytillkomna i kön, och antalet operationer hade behövt vara cirka 3 procent fler, vilket motsvarar cirka 17 000 stycken. För att vårdköerna ska minska i omfattning och vårdgarantin infrias hade antalet genomförda första besök, operationer och andra åtgärder dock behövt vara väsentligt högre än så.

## 4.3 Cirka halva befolkningen har någon gång under pandemin antingen avstått från att söka vård eller fått sin vård inställd

Pandemin har inneburit stora förändringar i huruvida befolkningen sökt och fått vård eller inte. Cirka 50 procent av de svarande i enkäten uppger att de någon gång under pandemin valt att avstå från, avboka eller senarelägga ett vårdbesök eller att utöva egenvård i stället, trots att de upplevde att de behövde vård. Det är en ökning med 12 procentenheter sedan förra undersökningen. Den främsta anledningen är att man inte velat belasta sjukvården.



Den vanligaste åtgärden var att senarelägga sitt vårdbesök, men av enkäten framgår inte i vilken utsträckning dessa personer sedan fick vård eller inte. Pandemin har nämligen också påverkat hälso- och sjukvårdens möjligheter att tillgodose befolkningens vårdbehov. Ransoneringar av material och personal samt åtgärder för att minska smittspridning har lett till att 27 procent någon gång under pandemin antingen har fått ett vårdbesök avbokad, senarelagt eller nekat. I 2020 års undersökning var andelen 15 procent. Ökningen är alltså 12 procentenheter om vi ser till hela pandemiperioden jämfört med enbart 2020. Den vanligaste åtgärden är att vårdbesöket har senarelagts. För vissa som självmant avstått vård, eller råkat ut för sjukvårdens ransoneringar, har besvären gått över, men cirka 50 procent av dem som inte fått vård uppger att de fortfarande behöver vård. Vissa har också fått sämre hälsa under pandemin. Av dem som har ett vårdbehov men inte sökt eller fått vård angav 9 procent att deras hälsa har försämrats.

Jämfört med undersökningen 2020 var det färre som oroade sig för att bli allvarligt sjuka i covid-19 under 2021. Totalt 55 procent svarade att de kände någon form av oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19, jämfört med 71 procent i den tidigare undersökningen. En annan positiv utveckling är att personer över 70 år började återvända till hälso- och sjukvården under året. Det är mindre sannolikt att personer i den åldersgruppen har avstått vård, eller fått vårdbesök avbokade, jämfört med yngre. Det är också i den åldersgruppen som lägst andel fortfarande behöver vård efter att sjukvården avbokat deras besök. Även Socialstyrelsens redovisning av besöksmönster utifrån patientregistret visar att personer 70 år och äldre har dragit ner mindre på antalet vårdbesök under pandemin än befolkningen 18–64 år (Socialstyrelsen 2022b).

#### **4.4 Personer med långvariga hälsoproblem har i störst utsträckning påverkats av vådransonering och ändrat sitt vårdsockarbeteende**

Mångas vårdsockarbeteende har förändrats under pandemin, med skillnader mellan olika grupper beroende på till exempel vårdbehovet före pandemin, och sannolikheten för att bli allvarligt sjuk i covid-19. Den mest problematiska skillnaden mellan grupper som vi ser i vår undersökning är att personer med långvariga hälsoproblem i större utsträckning än andra avstått från att söka vård under pandemin.

Majoriteten av personerna med långvariga hälsobesvär i vår undersökning har lindriga besvär: 72 procent har lindriga till måttliga besvär medan cirka 10 procent har allvarliga besvär. Det är vanligare att gruppen med allvarliga besvär har avstått från eller senarelagt vårdbesök under pandemin jämfört med personer med lindriga besvär. Samma mönster ser vi för sannolikheten för att få vårdbesök inställda eller senarelagda. En möjlig förklaring till att de både avstått vårdbesök och fått vårdbesök inställda oftare än andra kan vara att de gör fler vårdbesök under ett år, och därmed ökar sannolikheten för att de ska få ett besök inställt. Samtidigt ska vård ges utifrån behovsprincipen, och personer med allvarliga långvariga hälsoproblem har större vårdbehov än den friskare befolkningen. På sikt kan detta alltså innebära ökad ohälsa för en grupp som redan är sårbar. Även personer i riskgrupp för covid-19 har avstått vård i högre utsträckning än andra. Bland personer med långvariga hälsoproblem och personer i riskgrupp för covid-19 uppger cirka 60 procent att de har ett kvarvarande vårdbehov.

## 4.5 Rekommendationerna i rapporten *I skuggan av covid-19* är fortfarande aktuella

Denna promemoria är en uppföljning av vår analys i rapporten *I skuggan av covid-19* (Vård- och omsorgsanalys 2021). I den lämnade vi ett antal rekommendationer till regeringen och regionerna – rekommendationer som vi fortsatt bedömer är relevanta.

Den *första rekommendationen* var att regionerna bör förstärka tillgängligheten i första linjens vård och fortsätta att uppmana befolkningen att söka vård vid behov. Detta är särskilt viktigt för att fånga upp de personer med kvarvarande vårdbehov som har långvariga hälsobesvär eller är i riskgrupp för covid-19. För operationer och andra åtgärder inom den specialiserade vården rekommenderades regionerna att i högre grad planera sin produktion och kapacitet tillsammans med andra regioner för att hantera det uppdämda behovet. Ett led i detta är att regioner och myndigheter bör informera invånarna om deras möjligheter att fritt välja vårdgivare inom öppenvården i hela landet och att regionerna är skyldiga att erbjuda vård hos en annan vårdgivare om vårdgarantin inte kan infrias.

Den *andra rekommendationen* uppmanade regering, berörda myndigheter och regioner att särskilt följa upp hur pandemin påverkat vårdbehovet för personer med långvariga hälsobesvär och riskgrupper för covid-19, i syfte att motverka risker för undanträngning. Principen om vård efter behov ingår i portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)) och det är mycket viktigt att berörda myndigheter säkerställer att patientgrupper med stora vårdbehov får sin vård tillgodosedd.

Utifrån denna uppföljning ser vi att det fortsatt finns behov av att öka vårdproduktionen för att minska vårdskulden och uppfylla vårdgarantin. Det är också fortfarande särskilt angeläget att bevaka eventuell undanträngning av personer med långvariga besvär.

Den *tredje rekommendationen* var att regeringen skulle ge myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar för att få aktuella uppgifter som kan komplettera de uppgifter som finns i register.

Den *fjärde rekommendationen* handlade om att regeringen bör verka för god datakvalitet i väntetidsdatabasen och parallellt införliva motsvarande information i ett utvidgat nationellt patientregister enligt officiell statistik. Vi noterade nämligen att statistik från väntetidsdatabasen behövde bearbetas och kvalitetssäkras. I arbetet med rapporten såg vi misstänkta felregistreringar, stora skillnader i täckningsgrad jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik och avsaknad av bortfallsanalys. Det gällde särskilt primärvården och återbesök i den specialiserade vården.

Sedan publiceringen av *I skuggan av covid-19* har regionerna och regeringen vidtagit en rad åtgärder för att minska det uppdämda vårdbehovet. Hälso- och sjukvården har arbetat med att hantera den uppskjutna vården från 2020 samtidigt som man hanterat hög belastning i hälso- och sjukvården av patienter med covid-19. Regeringen gav både 2021 och 2022 medel till regionerna efter befolkningsstorlek för att hantera de uppdämda vårdbehoven och den uppskjutna vården (Socialdepartementet 2021b, 2021c, 2022c, SKR 2021b). Därtill ser vi en rad mer riktade insatser. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppdrag att fördela medel till regionerna för riktade insatser för att omhänderta de uppdämda vårdbehoven samt att följa upp hur regionerna arbetar med att omhänderta de uppdämda vårdbehoven och hur medlen används (Socialdepartementet 2022b).

Bland de riktade insatserna som regionerna kan få medel för ingår regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning av nationella riktlinjer och riktade informationsinsatser till vård för kroniskt sjuka. En viktig del är enligt uppdraget att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 2022b). Därtill har regeringen avsatt ekonomiska medel till professionens organisationer för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialdepartementet 2022d).

Regionerna arbetar även för att öka tillgängligheten inom ramen för regionala handlingsplaner. Detta arbete är en del av överenskommelsen mellan SKR och staten för 2022 (SKR 2022a). Socialstyrelsen har fått i uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, och i det ingår att följa upp regionernas handlingsplaner (Socialdepartementet 2022e). Det är naturligtvis viktigt att följa upp att de initiativ som har tagits leder till reella förbättringar för patienterna, och inte minst att personer med långvariga besvär får den vård som de behöver.

Slutligen har Socialstyrelsen fått i uppdrag från regeringen att utveckla sina förutsättningar för att samla in väntetidsdata. Staten har även gjort en överenskommelse med SKR för att utveckla den nationella väntetidsdatabasen (Socialdepartementet 2021a). Det innebär att det i framtiden förhoppningsvis blir lättare att få tillgång till väntetidsdata med god kvalitet, och då blir det lättare att följa förändringar i vårdkonsumtionen. Trots de åtgärder som vidtagits behövs det ytterligare långsiktigt arbete för att motverka effekterna av pandemin. Vi anser därför att rekommendationerna från *I skuggan av covid-19* är fortsatt aktuella.

# Referenser

- Folkhälsomyndigheten (2021a). *Skyddseffekt av vaccination mot covid-19 i åldersgrupperna 65 år och äldre. Baserat på svensk data från våren 2021*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2021b). *Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020*.
- Folkhälsomyndigheten (2022). *Vaccinationer mot covid-19 i Sverige*. <https://experience.arcgis.com/experience/6df5491d566a44368fc721726c274301> [2022-05-31]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Liss, P.-E. (2001). *Hur bedömer vi vårdbehov? Bilaga 5*. SOU 2001:8. Prioriteringar i vården. Stockholm: Socialdepartementet.
- Prop. 2021/22:137. *Upphävande av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen*. [https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/upphavande-av-covid-19-lagen-och-lagen-om\\_H903137/html](https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/upphavande-av-covid-19-lagen-och-lagen-om_H903137/html) [2022-05-31].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2021. Om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022a). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialdepartementet (2021a). *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*. S2021/06332. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2021b). *Utbetalning av medel till regionerna för covid-19 relaterad vård och uppskjuten vård*. S2021/01353 (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2021c). *Utbetalning av medel till regionerna för covid-19 relaterad vård och uppskjuten vård*. S2021/1919. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022a). *Bemyndigande att underteckna tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022*. S2022/02249 (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022b). *Utbetalning av medel till regionerna för covid-19 relaterad vård och uppskjuten vård*. S2022/01054. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022c). *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven*. S2022/00456. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2022d). *Uppdrag att fördela medel för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. S2022/00454. Stockholm: Regeringskansliet.

- Socialdepartementet (2022e). *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*. S2022/01664 (delvis). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2022a). *Statistik om covid-19*. [www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/](http://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/) [2022-05-13]. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2022b). *Pandemins effekter på vården*. [www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/](http://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/) [2022-06-17]. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022c). *Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2022:22). *Vägen till ökad tillgänglighet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svenska Intensivvårdsregistret (2022). *Årsrapport för 2021*.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin 2020*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

# Bilagor

## Bilaga 1. Enkätundersökning om vårdefterfrågan

I denna bilaga redogör vi för enkätundersökningen som ligger till grund för vår analys av vårdefterfrågan i den här promemorian.

### Population och urval

Vi riktade oss till ett slumpmässigt urval av personer i Sverige som var 18 år eller äldre, via en befolkningspanel som tillhandahölls av PFM Research. Paneldeltagarna var slumpmässigt rekryterade och ingen form av självrekrytering till panelen har förekommit.

Enkätundersökningen genomfördes med befolkningen som målpopulation. För att urvalet skulle vara så representativt för Sveriges befolkning som möjligt stratifierades urvalet baserat på kön, ålder och län.

Datainsamlingen pågick 10–31 december 2021. En inbjudan om att delta i enkätundersökningen skickades ut till totalt 27 727 paneldeltagare i PFM Researchs webbpanel. Under datainsamlingen skickades en påminnelse till de som inte ännu inte hade svarat på enkäten, vilket ökade antalet inkomna svar.

### Svars- och bortfallsredovisning

Totalt svarade 5 526 personer på enkäten, varav 54 exkluderades på grund av avvikande svarsmönster. I slutändan levererades 5 471 enkätsvar till Vård- och omsorgsanalys. Den totala svarsfrekvensen var 19,7 procent.

Vi undersökte svarstiderna, det vill säga den tid det tog för respondenterna att svara på enkäten, för att avgöra tillförlitligheten i enkätsvaren. För de allra flesta tog det 5–9 minuter att besvara enkäten i sin helhet, och mediantiden var cirka 6 minuter och den genomsnittliga tidsåtgången 18 minuter. Det höga genomsnittet beror på att några få respondenter tog mer än 50 minuter på sig att svara på enkäten, vilket kan förklaras med att det var möjligt att spara sina svar och fortsätta vid ett senare tillfälle.

Vi har jämfört fördelningen i kön, ålder och län i enkätaterialet med befolkningsstatistiken från Statistiska centralbyrån (SCB) och kan konstatera att det finns vissa skillnader. Bland annat ser vi en underrepresentation av yngre personer i enkätaterialet, i jämförelse med befolkningen. De personer som svarade på enkäten tenderar också att ha högre utbildning än befolkningen i stort, och vi ser en tydlig underrepresentation av personer som har grundskoleutbildning eller lägre än sin högsta avslutade utbildning. När det gäller fördelningen mellan länen ser vi något färre svarspersoner i Stockholms län och Västra Götalands län i jämförelse med befolkningen i stort. Se webbilagan för de sammanställningar som vi gjort för att utvärdera bortfall.

## Viktning

Våra dataanalyser är viktade för att skapa en bättre representativitet i enkätaterialet och vikterna baserar sig på kön, ålder, utbildning och riksdel<sup>1</sup>. Vikterna är framtagna enligt formeln fördelningen i befolkningen för varje grupp delat på fördelningen för varje grupp i datamaterialet. Vikterna är konstruerade utifrån befolkningsstatistik från SCB:s statistikdatabas.

Viktade och oviktade resultat har jämförts, för att undersöka om resultaten och därmed tolkningen av dem skiljer sig åt beroende på om vi viktar eller inte. Inga större förändringar kunde hittas när vi jämför oviktade och viktade resultat. För enstaka frågor kan fördelningen mellan svarsalternativen skifta något, men inte på sådant sätt att tolkningen av resultaten blir annorlunda. I och med detta bestämde vi oss för att använda de vikter som levererades tillsammans med datamaterialet, men vi har uteslutit de tre respondenter vars viktvärden översteg 9 eftersom man kan ifrågasätta om de är representativa för befolkningen.

## Demografisk sammansättning av urvalet

Den demografiska sammansättningen av urvalet för vår undersökning skiljer sig något från befolkningen som helhet. Kvinnor, personer äldre än 50 år och högutbildade är något överrepresenterade jämfört med befolkningssammansättningen.

Det demografiska urvalet är inte riktigt detsamma som i vår förra undersökning *I skuggan av covid-19*, med något fler 18–35-åringar och personer med gymnasieexamen i 2021 års undersökning.

---

1 Enligt EU:s regionala indelningar som kallas för NUTS. Riksdel är namnet på den svenska NUTS-kategorin som benämns NUTS2 och är mindre än landsdel, men större än län. Riksdelar är alltså oftast något större än regionerna.

**Tabell 6.** Jämförelse mellan enkäterna 2020 och 2021 samt befolkningssammansättningen hämtad från SCB, med avseende på demografi och socioekonomi. Oviktrade data.

		Svarande (2020)	Svarande (2021)	Befolkningen
<b>Kön</b>	Kvinna	55%	52%	50%
	Man	45%	48%	50%
<b>Ålder</b>	18–34 år	17%	19%	29%
	35–54 år	24%	28%	33%
	55–74 år	43%	42%	29%
	75–84 år	15%	11%	8%
<b>Ålder (kvinnor)</b>	18–34 år	11%	7%	14%
	35–54 år	13%	13%	17%
	55–74 år	24%	22%	14%
	75–84 år	7%	7%	4%
<b>Ålder (män)</b>	18–34 år	7%	12%	15%
	35–54 år	10%	15%	16%
	55–74 år	20%	20%	15%
	75–84 år	8%	4%	4%
<b>Högsta avslutade utbildning</b>	Grundskola	15%	10%	15%
	Gymnasium	34%	42%	41%
	Högskola	51%	48%	43%
<b>Högsta avslutade utbildning (kvinnor)</b>	Grundskola	7%	5%	7%
	Gymnasium	18%	21%	41%
	Högskola	30%	26%	43%
<b>Högsta avslutade utbildning (män)</b>	Grundskola	7%	5%	8%
	Gymnasium	16%	21%	22%
	Högskola	21%	22%	20%

## Analys

Till analysen användes mjukvaran R. Analysen genomfördes huvudsakligen genom att ta fram deskriptiv statistik med andelar för de olika grupperna. I de fall resultaten var svårtolkade genomförde vi en logistisk regression för att undersöka risker för olika utfall i grupperna. En logistisk regression är en logaritmisk analys av sannolikheten för ett binärt utfall, till exempel att ha ett kvarvarande vårdbehov eller att inte ha det. Eftersom en logistisk regression beskriver ett logaritmiskt förhållande är det inte lämpligt att beskriva sambandet som en multiplicerande faktor ("X gånger högre risk"). De logistiska regressioner som påvisat en signifikant högre risk omnämns därför i rapporten som att sannolikheten för ett utfall är högre för en viss grupp. Tabellerna nedan presenterar de logistiska regressioner som omnämns i promemorian.



## Resultat från de logistiska regressionerna

**Tabell 7.** Modell över sannolikheten för att få den vård man behöver för långvariga hälsoproblem.

Fått vård för långvariga hälsobesvär (n = 1 542)		Oddsquot (KI 95 %)	Oddsquot (KI 95 %)
<b>Kön</b>	Man	1,19 (0,95–1,48)	0,99 (0,79–1,26)
	18–39	0,79 (0,62–1,01)	0,65 (0,50–0,85)
<b>Åldersgrupper</b>	40–69	Ref	Ref
	70+	1,86 (1,36–2,56)	1,81 (1,30–2,52)
<b>Högsta avslutade utbildning</b>	Grundskola	1,17 (0,86–1,60)	1,16 (0,84–0,61)
	Gymnasium	Ref	Ref
	Högskola	1,01 (0,80–1,29)	0,95 (0,74–1,23)
<b>Riskgrupp</b>	Riskgrupp för covid-19	1,1 (0,87–1,38)	1,11 (0,87–1,42)
<b>Självskattad hälsa</b>	Dålig självskattad hälsa	0,28 (0,21–0,38)	0,49 (0,35–0,69)
	Inga	-	Ref
<b>Hälsobesvär - allvarsgrad</b>	Lindriga	-	1,13 (0,64–1,95)
	Måttliga	-	0,29 (0,17–0,49)
	Svåra	-	0,17 (0,09–0,31)

**Tabell 8.** Modell över sannolikheten för att få den vård man behöver för nytillkomna hälsoproblem.

Fått vård för nya hälsobesvär (n = 1 810)		Oddsquot (KI 95 %)	Oddsquot (KI 95 %)
<b>Kön</b>	Man	1,13 (0,93–1,38)	1,07 (0,88–1,32)
	18–39	0,78 (0,63–0,97)	0,68 (0,55–0,85)
<b>Åldersgrupper</b>	40–69	Ref	Ref
	70+	1,39 (1,03–1,90)	1,35 (1,00–1,85)
<b>Högsta avslutade utbildning</b>	Grundskola	0,98 (0,74–1,31)	1 (0,75–1,33)
	Gymnasium	Ref	Ref
	Högskola	0,95 (0,76–1,18)	1 (0,80–1,25)
<b>Riskgrupp</b>	Riskgrupp för covid-19	1,24 (1,01–1,54)	1,24 (1,00–1,54)
<b>Självskattad hälsa</b>	Dålig självskattad hälsa	0,25 (0,18–0,35)	0,31 (0,22–0,43)
	Inga	-	Ref
<b>Hälsobesvär - allvarsgrad</b>	Lindriga	-	1,34 (0,83–2,11)
	Måttliga	-	0,55 (0,35–0,87)
	Svåra	-	0,69 (0,41–1,15)

**Tabell 9.** Modell över sannolikheten för att självmant ha avstått från vård på grund av pandemin.

Självmant avstått från vård (n = 3 077)		Oddsquot (KI 95 %)	Oddsquot (KI 95 %)
Kön	Man	0,61 (0,53–0,70)	0,67 (0,57–0,79)
	18–39	2,78 (2,43–3,17)	2,69 (2,25–3,22)
Åldersgrupper	40–69	Ref	Ref
	70+	0,5 (0,42–0,59)	0,53 (0,42–0,67)
	Grundskola	0,94 (0,79–1,12)	0,9 (0,72–1,33)
Högsta avslutade utbildning	Gymnasium	Ref	Ref
	Högskola	1,09 (0,97–1,24)	1,04 (0,88–1,24)
Hälsobesvär	Långvariga hälsobesvär	1,69 (1,48–1,92)	1,43 (1,19–1,71)
Riskgrupp	Riskgrupp för covid-19	1,69 (1,46–1,95)	1,79 (1,48–2,16)
Självskattad hälsa	Dålig självskattad hälsa	2,26 (1,74–2,97)	1,74 (1,27–2,41)
	Inga	-	Ref
Hälsobesvär - allvarsgrad	Lindriga	-	2,03 (1,54–2,68)
	Måttliga	-	2,75 (2,07–3,67)
	Svåra	-	2,12 (1,45–3,10)

**Tabell 10.** Modell över sannolikheten för att ha kvarvarande vårdbehov efter att ha avstått från vård på grund av pandemin.

Kvarvarande vårdbehov efter att ha avstått från vård (n = 1 842)		Oddsquot (KI 95 %)	Oddsquot (KI 95 %)
Kön	Man	0,95 (0,81–1,12)	1,01 (0,83–1,22)
	18–39	1,64 (1,38–1,95)	1,63 (1,32–2,02)
Åldersgrupper	40–69	Ref	Ref
	70+	0,75 (0,58–0,96)	0,68 (0,50–0,93)
	Grundskola	1,26 (1,00–1,60)	1,55 (1,16–2,07)
Högsta avslutade utbildning	Gymnasium	Ref	Ref
	Högskola	1,04 (0,88–1,24)	1,16 (0,94–1,43)
Hälsobesvär	Långvariga hälsobesvär	1,88 (1,57–2,24)	1,94 (1,55–2,43)
Riskgrupp	Riskgrupp för covid-19	1,91 (1,59–2,30)	2,1 (1,68–2,63)
Självskattad hälsa	Dålig självskattad hälsa	1,54 (1,14–2,09)	1,04 (0,75–1,46)
	Inga	-	Ref
Hälsobesvär - allvarsgrad	Lindriga	-	1,03 (0,69–1,55)
	Måttliga	-	1,26 (0,83–1,89)
	Svåra	-	1,74 (1,04–2,92)

**Tabell 11.** Modell över sannolikheten för att ha fått ett vårdbesök avbokad på grund av pandemin.

Fått besök avbokad pga. pandemin (n = 3 076)		Oddsquot (KI 95 %)	Oddsquot (KI 95 %)
<b>Kön</b>	Man	0,78 (0,69–0,89)	0,94 (0,80–1,11)
	18–39	2,41 (2,10–2,78)	2,38 (2,00–2,83)
<b>Åldersgrupper</b>	40–69	Ref	Ref
	70+	0,58 (0,48–0,71)	0,57 (0,44–0,73)
	Grundskola	1,15 (0,96–1,38)	0,99 (0,78–1,25)
<b>Högsta avslutade utbildning</b>	Gymnasium	Ref	Ref
	Högskola	1,11 (0,97–1,28)	0,98 (0,82–1,17)
<b>Hälsobesvär</b>	Långvariga hälsobesvär	1,52 (1,31–1,76)	1,54 (1,27–1,87)
<b>Riskgrupp</b>	Riskgrupp för covid-19	2,11 (1,81–2,45)	1,84 (1,53–2,22)
<b>Självskattad hälsa</b>	Dålig självskattad hälsa	1,4 (1,09–1,80)	1,16 (0,87–1,53)
	Inga	-	Ref
<b>Hälsobesvär - allvarsgrad</b>	Lindriga	-	1,1 (0,82–1,49)
	Måttliga	-	1,38 (1,02–1,88)
	Svåra	-	1,5 (1,02–2,21)

**Tabell 12.** Modell över sannolikheten för att ha ett kvarvarande vårdbehov efter att ha fått ett vårdbesök avbokad på grund av pandemin.

Kvarvarande vårdbehov efter att vårdbesök blivit avbokad (n = 1 375)		Oddsquot (KI 95 %)	Oddsquot (KI 95 %)
<b>Kön</b>	Man	1,14 (0,95–1,38)	1,32 (1,05–1,66)
	18–39	1,27 (1,04–1,56)	1,55 (1,21–1,98)
<b>Åldersgrupper</b>	40–69	Ref	Ref
	70+	0,47 (0,35–0,62)	0,63 (0,44–0,92)
	Grundskola	1,54 (1,19–2,01)	1,85 (1,33–2,58)
<b>Högsta avslutade utbildning</b>	Gymnasium	Ref	Ref
	Högskola	0,99 (0,81–1,22)	1 (0,78–1,27)
<b>Hälsobesvär</b>	Långvariga hälsobesvär	2,09 (1,69–2,59)	1,99 (1,51–2,62)
<b>Riskgrupp</b>	Riskgrupp för covid-19	2,02 (1,65–2,49)	1,94 (1,52–2,50)
<b>Självskattad hälsa</b>	Dålig självskattad hälsa	1,24 (0,89–1,74)	1,02 (0,70–1,50)
	Inga	-	Ref
<b>Hälsobesvär - allvarsgrad</b>	Lindriga	-	0,96 (0,61–1,50)
	Måttliga	-	1,04 (0,65–1,64)
	Svåra	-	2,05 (1,16–3,67)

## Bilaga 2. Enkät

### Bakgrundsfrågor

#### Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

#### Hur skulle du säga att ditt hälsotillstånd är i dagsläget jämfört med hur det var före pandemin?

- Betydligt bättre
- Något bättre
- Oförändrat
- Något sämre
- Betydligt sämre
- Kan inte bedöma

#### Tillhör du en riskgrupp för covid-19?

- Ja, jag vet att jag tillhör en riskgrupp
- Ja, jag tror att jag tillhör en riskgrupp
- Nej, jag tillhör inte en riskgrupp
- Vet inte

#### Har du några långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?

*Du kan ange flera svar*

- Astma eller kroniskt lungproblem (t.ex. kronisk bronkit, emfysem eller KOL)
- Cancer
- Diabetes
- Andra endokrina sjukdomar (t.ex. sköldkörtelinflammation)
- Funktionsnedsättning
- Hjärtsjukdom
- Högt blodtryck
- Ledsjukdom (t.ex. artrit, ledinflammation, ledgångsreumatism eller artros)
- Neurologisk sjukdom (t.ex. multipel skleros, parkinson eller epilepsi)
- Psykisk sjukdom (t.ex. depression, ångest, ätstörning eller bipolär sjukdom)
- Utmattningssyndrom
- Annan långvarig sjukdom, vilken? \_\_\_\_\_
- Nej, inget långvarigt hälsobesvär, ingen sjukdom eller funktionsnedsättning

## Långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar

**Hur upplever du dina besvär kopplat till dessa långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?**

- Inga besvär
- Lindriga besvär
- Måttliga besvär
- Svåra besvär

**Har du under 2021 haft behov av vård för dessa långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar?**

- Inget vårdbehov
- Vårdbehov vid enstaka tillfälle
- Vårdbehov minst en gång i månaden
- Vårdbehov minst en gång i veckan

**Som helhet, bedömer du att du har fått den vård du behövt för dina långvariga hälsobesvär, sjukdomar eller funktionsnedsättningar under 2021?**

- Helt och hållet
- Till stor del
- Till viss del
- Inte alls

**Har du under 2021 haft nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19)?**

*Du kan ange flera svar*

- Allergi och utslag
- Andningsbesvär
- Besvär med hjärtat (t.ex. dubbelslag, ojämn hjärtrytm)
- Bröstsmärta
- Fraktur eller stukning
- Förkylningssymtom eller hosta
- Huvudvärk eller migrän
- Infektion eller inflammation (t.ex. öroninflammation, borrelia, bältros)
- Knöl eller förändring av födelsemärke
- Magproblem (t.ex. illamående, diarré, smärta)
- Psykiska besvär (t.ex. oro, nedstämdhet, sömnbesvär)
- Sår eller skada
- Tillstånd kopplat till graviditet
- Urinvägs- och tarmproblem
- Yrsel eller svimning
- Ögonbesvär eller ögonskada
- Annat, vad?
- Nej, inga akuta hälsobesvär eller nya symtom

### Nya symtom och akuta hälsobesvär under pandemin (inte covid-19)

**Hur upplevde du dina besvär kopplat till dessa nya symtom eller akuta hälsobesvär (inte covid-19) under 2021?**

- Inga besvär
- Lindriga besvär
- Måttliga besvär
- Svåra besvär

**Har du under 2021 sökt vård eller känt att du borde söka vård för dessa nya symtom eller akuta hälsobesvär?**

- Ja, flera gånger
- Ja, en gång
- Nej

**Som helhet, bedömer du att du har fått den vård som du behövt för dessa nya symtom eller akuta hälsobesvär under 2021?**

- Helt och hållet
- Till stor del
- Till viss del
- Inte alls

### Frågor om hälso- och sjukvård under pandemin

*Nu vill vi att du tänker på hela pandemin, det vill säga från våren 2020 och fram till idag*

**Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande vid något tillfälle?**

*Tänk även på hur det var i början av pandemin*

	Nej	Ja, en gång	Ja, flera gånger
Själv avbokat ett inplanerat vårdbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv avstått från att söka vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väntat längre än du normalt skulle göra innan du sökte vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utövat egenvård i stället för vårdbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du fortfarande behov av vård som du någon gång under hela pandemin själv avbokat, avstått från eller väntat med att söka?**

*Du kan ange flera svar*

- Ja, förebyggande vård och screening (t.ex. mammografi)
- Ja, första besök
- Ja, undersökningar och provtagning
- Ja, operation eller åtgärd
- Ja, rehabilitering eller habilitering
- Ja, återbesök (kontroll eller uppföljning)
- Ja, annat, vad? \_\_\_\_\_
- Nej

**Vad hände med besvären efter att du valde att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård?**

- Besvären gick över
- Jag sökte vård vid ett senare tillfälle
- Jag har vant mig/lärt mig hantera besvären
- Annat: \_\_\_\_\_

**Bedömer du att ditt hälsotillstånd har påverkats på grund av att du själv valde att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård?**

- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt bättre
- Mitt hälsotillstånd har blivit något bättre
- Mitt hälsotillstånd har inte påverkats
- Mitt hälsotillstånd har blivit något sämre
- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt sämre
- Kan inte bedöma

Beskriv gärna hur ditt hälsotillstånd har påverkats: \_\_\_\_\_

**Har följande påverkat ditt val att avboka, avstå från eller vänta med att söka vård under pandemin?**

*Vi ber dig besvara alla delfrågorna*

	Inte påverkat	Påverkat lite	Påverkat mycket
Rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla att smittas av covid-19 på resan till och från vårdbesöket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla att smitta andra om du hade symptom på covid-19 (t.ex. feber, hosta, snuva eller ont i halsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovilja att belasta vården under pandemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Skulle något av följande få dig att överväga att avboka ett besök, avstå från eller vänta med att söka vård i dagsläget?**

	Ja	Nej
Rädsla att smittas av covid-19 under vårdbesöket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla att smittas av covid-19 på resan till och från vårdbesöket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla att smitta andra om du hade symptom på covid-19 (t.ex. feber, hosta, snuva eller ont i halsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovilja att belasta vården under pandemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du under pandemin varit med om något av följande?**

*Tänk även på hur det var i början av pandemin*

	Nej	Ja, pga. pandemin	Ja, men inte pga. pandemin	Ja, men kan inte avgöra om det hände pga. pandemin
Har hälso- och sjukvården avbokat ett inplanerat vårdbesök eller åtgärd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hälso- och sjukvården senarelagt ett inplanerat vårdbesök eller åtgärd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hälso- och sjukvården nekat dig att få ett vårdbesök när du sökt vård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Har du fortfarande behov av vård som hälso- och sjukvården under pandemin av-bokat, senarelagt eller nekat dig?**

*Du kan ange flera svar*

- Ja, förebyggande vård och screening (t.ex. mammografi)
- Ja, första besök
- Ja, undersökningar och provtagning
- Ja, operation eller åtgärd
- Ja, rehabilitering eller habilitering
- Ja, återbesök (kontroll eller uppföljning)
- Ja, annat, vad? \_\_\_\_\_
- Nej



**Vad hände med dina besvär efter att hälso- och sjukvården avbokat, senarelagt eller nekat dig vård?**

- Besvären gick över
- Jag sökte eller fick vård vid ett senare tillfälle
- Jag har vant mig/lärt mig hantera besvären
- Annat: \_\_\_\_\_

**Bedömer du att ditt hälsotillstånd har påverkats på grund av att hälso- och sjukvården avbokat, senarelagt eller nekat dig vård?**

- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt bättre
- Mitt hälsotillstånd har blivit något bättre
- Mitt hälsotillstånd har inte påverkats
- Mitt hälsotillstånd har blivit något sämre
- Mitt hälsotillstånd har blivit betydligt sämre
- Kan inte bedöma

Beskriv gärna hur ditt hälsotillstånd har påverkats: \_\_\_\_\_

**Känner du i dagsläget oro för något av följande?**

*Vi ber dig svara på alla delfrågorna*

	Ingen oro	Viss oro	Stor oro
Att bli allvarligt sjuk i covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att inte få den vård du behöver om du får covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att inte få den vård du behöver för annat än covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bakgrundsfrågor

### 43. Vilken är din högsta avslutade utbildning?

- Mindre än grundskolenivå
- Grundskola, folkskola eller motsvarande
- Gymnasium, realskola eller motsvarande
- Universitet, högskola eller kvalificerad yrkesutbildning

### 44. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

- Arbetar
- Arbetslös
- Studerar
- Pensionär
- Sjukskriven
- Annat

### 45. Hur många vuxna (18 år eller äldre) ingår i ditt hushåll?

- 1
- 2
- 3 personer eller fler

### 46. Vad är hushållets sammanlagda inkomst före skatt per månad?

Räkna med löner, pensioner, arbetslöshetsersättningar, ersättningar från Försäkringskassan, rörelseinkomster samt olika bidrag som barn-, studie- och underhållsbidrag.

- Mindre än 10 000 kr per månad
- 10 000 kr – 19 999 kr per månad
- 20 000 kr – 29 999 kr per månad
- 30 000 kr – 39 999 kr per månad
- 40 000 kr – 49 999 kr per månad
- 50 000 kr – 59 999 kr per månad
- 60 000 kr – 69 999 kr per månad
- 70 000 kr – 79 999 kr per månad
- 80 000 kr – 89 999 kr per månad
- 90 000 kr eller mer per månad

# Från uppdämt vårdbehov till förlängda köer

Uppföljning av förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av covid-19-pandemin

I den här promemorian presenterar vi en uppföljning av Vård- och omsorgsanalys rapport *I skuggan av covid-19*. Syftet med promemorian är att analysera hur covid-19-pandemin påverkat den vårdkonsumtion som inte direkt relaterar till pandemin, det vill säga hur befolkningens övriga efterfrågan på, och tillgång till vård, utvecklats. Analysen baseras på statistik från väntetidsdatabasen och en enkätundersökning som fångar befolkningens erfarenheter.

---

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