

# Uppskjuten och inställd vård under pandemin

Anders Ekbohm

*Underlagsrapport till SOU 2021:89 Sverige under pandemin*

*Stockholm 2021*

ISBN 978-91-525-0262-4

## *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*

### Sammanfattning

Sverige är fortfarande drabbat av Coronaviruset, som påverkar viktiga samhällsfunktioner. Hälso- och sjukvårdsorganisationen är en sådan. Denna påverkan sker på flera olika plan. Resurser har omprioriterats för att möta de akuta behoven av vård av de som drabbats av COVID-infektion, i form av personal, sängplatser inklusive intensivvårdsutrymme, tillgång till olika diagnostik hjälpmedel inklusive laboratorieresurser, möjligheter till operativa interventioner samt en transportapparat som i ökad grad använts för att utjämna vårdbehovet regionalt men även nationellt. Sjuktalet har blivit större inom personalen dels genom COVID-infektioner men framför allt genom de råd och rekommendationer som FHM distribuerat, där rekommendationen att stanna hemma vid symptom eller vid nära kontakt med någon känd smittad har aggraverat en redan ansträngd personalsituation. FHM:s rekommendationer till allmänheten om undvikande av externa kontakter särskilt för riskgrupper, t ex äldre (70 år och äldre), gravida och de med bakomliggande sjukdomar, har medfört en rädsla för att söka hälso- eller sjukvård även när detta är motiverat. Detta har lett till förändringar i hur sjukvård bedrivs, vilka prioriteringar som gjorts mellan och inom skilda patientgrupper. Dessa prioriteringar har i stort lämnats till hälsoprofessionen regionalt, och mycket få nationella styrdokument anpassat till läget 2020 har haft någon inverkan. Dessa förändringar har gått under namn som undanträngningseffekter, vårdskuld eller uppdämda vårdbehov, begrepp utan vettiga definitioner och som alla vaga uttryck ger utrymme för många tolkningar.

Vid en genomgång av hur prioriteringar de facto genomförts nationellt och regionalt är det samlade intrycket att hälsoprofessionen i det stora hela har visat en förmåga till pragmatiska, väl fungerande omprioriteringar där patientnyttan har varit den övergripande faktorn. En viss skillnad finns mellan förloppen under första vågen 2020, vecka 10-22, och den andra, vecka 40-52, där man med de erfarenheter som samlats under första vågen tycks ha skapat ett bättre system för prioriteringar jämfört med första vågen. Vid en genomgång av effekterna av pandemin har vi använt oss av skilda kvalitetsregister, register från SOS, FHM, VAL-data basen i Stockholm, rapporter från ROC i Uppsala, utvärderingar från skilda regioner samt SKR. All data är inte ännu komplett för 2020, framför allt saknas möjlighet i många fall att undersöka i vilken mån socioekonomiska faktorer har varit av vikt vid gjorda prioriteringar. Sådana data kommer att vara tillgängliga till årsskiftet 2021/2022. Vi har valt att dela upp effekterna på tre områden, primärpreventiva åtgärder, vård av kroniska sjukdomstillstånd, samt slutenvård såväl elektiv som akut. Vår rapport täcker inte alla patientkategorier utan vi har valt vissa patientgrupper som representativa för vården i stort.

### **Primärprevention**

Till detta räknar vi verksamhet vid barnhälsovården, mödravården, vaccinationer samt effekter på folkhälsan till följd av rekommendationerna från FHM. Barnhälsovården har fungerat väl och verksamheten har påverkats bara marginellt, påpekas skall dock att de datakällor vi har tillgång regionalt inskränker sig till tre, Dalarna, Södermanland och Jönköping. Vaccinationsupptaget bland barn har varit oförändrat högt inklusive HPV-vaccination, och amningsfrekvensen har t o m ökat. En oroande aspekt föreligger dock, då vi ser en ökning i barnfetma, såväl vid 3-4 och 5-årskontrollerna, något som också bekräftas från data från barnfetmaregistret. Mödravården visar även på goda resultat och såväl utfalls- som processvariabler visar på små förändringar från tidigare år. Dock ser vi en ökning av akutsnitt och andel med dödfödda bland mödrar födda utanför Sverige och de med låg

utbildningsnivå, detta tyder på att den förebyggande mödravården för vissa grupper inte fungerat optimalt, sannolikt p g a en rädsla för externa kontakter under graviditeten.

En iakttagelse som gjorts är att hjärtinfarktincidensen har sjunkit under pandemin, detta gäller alla regioner, åldersgrupper och är oberoende av kön. Nedgången i incidens speglas även av en nedgång i dödlighet. Rekommendationerna från FHM ledde också till stora förändringar vad gäller livsstil, där social distansering samt självisolering vid symptom från övre luftvägarna var viktiga komponenterna, och kan hypotetiskt vara en av de underliggande orsakerna. Dessa fynd är av betydelse om man väljer att använda totalmortalitet som variabel när man utvärderar effekterna av pandemin.

### **Kroniska sjukdomstillstånd**

Grupper med kronisk sjukdom visar på ett likartade mönster, såväl patienter med reumatoid artrit eller diabetes har en lägre besöksfrekvens 2020 jämfört med tidigare år. Men medicineringen tycks inte ha påverkats. Inom diabetesvården har kontroller av ögon och fotstatus blivit mindre frekventa, vilket är oroande, här kan irreversibla skador uppkommit som ligger utanför begreppet vårdskuld. Psykiatrin har övergått till distansbesök från fysiska besök, och om adderar dessa två former är besöksfrekvensen oförändrad, detta gäller såväl barn- som vuxenpsykiatri, och likartad bild ges från såväl primärvård som specialistkliniker.

### **Slutenvård**

Cancervården har påverkats med en nedgång på 6,4 % rapporterade fall, en utveckling som är likartad med våra nordiska grannländer, men i motsatts till dem som har sett en normalisering under andra halvåret 2020, föreligger fortfarande en minskning i Sverige vid utgången av 2020. Screeningverksamheten för bröstcancer har i vissa regioner lagts ner helt, vilket är en delförklaring och uppföljningen av PSA-test för prostatacancer har förändrats. Även cervixcancerscreeningen har minskat med 24 % med stora regionala skillnader. Här finns ändå anledning till viss oro eftersom minskningen av rapporterade in-situ fall är 13,4 %, och där man inte kan utesluta ett selektivt bortfall, där de med högst risk har valt att inte screenas. Omhändertagandet av cancerpatienter visar på ett pragmatiskt förhållningssätt där kurativ terapi har prioriterats framför andra grupper, dock finns en tendens att äldre till viss del har haft en lägre prioritet.

Kirurgi visar på en nedgång av 11 %, som dock är begränsad till elektiva (planerade) ingrepp, medan akut kirurgi visar på en mindre uppgång 3 %. Den senare uppgången kan förklaras av att en minskad tillgång till nyare diagnostiska hjälpmedel har lett till att man funnit det säkrare att operera än att avvakta, en annan förklaring som inte utesluter den första att en del patienter som ej kunnat opereras enligt plan, får sitt tillstånd förvärras och då får opereras akut. Nedgången var störst under den första vågen med en nedgång på 42 % medan motsvarande nedgång under andra vågen inskränkte sig till 4 %. Vid akut kirurgi har ingen förändring skett mellan könen och i ålderssammansättningen jämfört med tidigare. Vid elektiv kirurgi finns en tendens till nedprioritering av de äldsta åldersgrupperna. Denna prioritering är särskilt markerad under den första vågen. Efter första vågen finns indikationer på att den icke offentligt drivna vården har en något annorlunda prioritering än den offentligt drivna, där man vid proteskirurgi prioriterar yngre åldersgrupper.

Sammanfattningsvis har såväl öppen som slutenvård efter omständigheterna fungerat väl, inskränkningar har gjorts, men de prioriteringar som gjorts kännetecknas av pragmatism, rimliga överväganden och erfarenheter gjorde under första vågen har tagits till vara under den andra vågen. Med detta sagt har dock vissa grupper såsom äldre, kvinnor födda utanför Sverige haft sämre tillgång till hälso- och sjukvården, sannolikt till följd av en önskan att undvika infektion, vilket är i

linje med FHM:s rekommendationer. Man bör kanske överväga om dessa i framtiden behöver modifieras för att undvika sådana bortfall?

## Mått och allmänna synpunkter

Sverige är fortfarande drabbat av Coronaviruset, som påverkar viktiga samhällsfunktioner. Hälso- och sjukvårdsorganisationen är en sådan. De direkta effekterna är väl kända och manifesterar sig som en ökad belastning av slutenvård såväl vanliga slutenvårdsplatser som intensivvårdsplatser, laboratorieresurser och diagnostisk kapacitet t ex radiologi. Även primärvården och annan öppen vård inklusive psykiatri har fått prioritera om vilket lett till försvårad tillgänglighet.

Till yttermera visso har rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten (FHM) om särskilt restriktivitet för utpekade riskgrupper, såsom äldre (över 70 år), gravida och de med bakomliggande sjukdomar, medfört en rädsla för att söka hälso- eller sjukvård även när detta är motiverat. Många planerade återbesök har därför inhiberats på patientens eget initiativ, och motiverade nybesök har inte kommit till stånd. Detta har inte alltid enbart varit den potentiella patientens eget val utan initiativet kan ha kommit från vårdgivaren. Ett exempel på sådan omprioritering från vårdgivare är screeningverksamheten, där skilda regioner dock har valt olika strategier. Sjuktalet har blivit större inom personalen dels genom COVID-infektioner men framför allt genom de råd och rekommendationer som FHM distribuerat, där rekommendationen att stanna hemma vid symptom eller vid nära kontakt med någon känd smittad har aggraverat en redan ansträngd personalsituation. Detta har lett till förändringar i hur sjukvård bedrivs, vilka prioriteringar som gjorts mellan och inom skilda patientgrupper. Dessa överväganden har i stort lämnats till hälsoprofessionen regionalt, och mycket få nationella styrdokument anpassat till läget 2020 har haft någon inverkan. Dessa förändringar har gått under namn som undanträngningseffekter, uppdämda vårdbehov eller vårdskuld, begrepp som saknar vettiga definitioner och som alla vaga uttryck ger utrymme för många tolkningar.

Konsekvenserna av dessa undanträngningseffektscenarior finns såväl på kort sikt som på lång. De långsiktiga konsekvenserna kan av naturliga skäl ännu inte utvärderas även om vissa hypoteser om framtida scenarier redan nu kan formuleras. Även konsekvenserna på kort sikt är svårvärderade men visst faktaunderlag för att underlätta planeringen för de närmaste åren är nu tillgängligt. Vad som för nästan saknas helt är data stratifierat på Socioekonomisk status och/ eller invandrarstatus för att bättre kunna utvärdera i vilken mån undanträngningseffekterna har drabbat vissa grupper olika. På grund av svårigheter att på kort tid koppla sådan information till de olika hälsodataregistren kommer analyser av detta slag inte kunna göras förrän till årsskiftets 2021/2022. Vad som finns är därför möjligheter att se skillnader mellan kön, åldersgrupper och regioner. Vi har även vad gäller regioner möjlighet att studera i vilken mån smittspridningens omfattning regionalt och över tid påverkade undanträngningseffekterna.

Att utvärdera och kvantifiera samtliga undanträngningseffekter är en omöjlighet eller behöver tid som inte föreligger inom Kommissionens mandat. Vi har valt att dela upp effekterna på tre områden, primärpreventiva åtgärder, vård av kroniska sjukdomstillstånd, samt slutenvård - såväl elektiv (planerad) som akut. Vår rapport täcker inte alla patientkategorier utan vi har valt vissa patientgrupper som representativa för vården i stort.

Följande källor har använts;

1. Barnvaccinationsregistret (Folkhälsomyndigheten).
2. BORIS (Kvalitetsregister för barnfetma).
3. BVC-registret (Kvalitetsregister för barnvårdscentraler).

4. Cancerregistret (Socialstyrelsen).
5. Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer (Socialstyrelsen).
6. Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen).
7. Hälso- och sjukvårdsrapporten 2021 (SKR).
8. NDR nationella diabetesregistret (Kvalitetsregister för diabetes).
9. NKCx Nationella kvalitetsregister för cervixcancerprevention (Kvalitetsregister för cervixcancer screening).
10. OBSTETRIX (Kvalitetsregister för mödra- och förlossningsvård).
11. Protesregister (Kvalitetsregister för höft- och knäproteser).
12. Region Stockholms hantering av covid-19 (Region Stockholm).
13. Rheuma-registret (Kvalitetsregister för reumatiska sjukdomar).
14. ROC Uppsala (Regionalt cancercentrum i Uppsala).
15. SPOR (Kvalitetsregister för perioperativ vård).
16. SWEDHEART 2020 (Kvalitetsregister för hjärtinfarkt vård).
17. VAL-databasen (Region Stockholms databas för all vår inklusive primärvård).

Jämförelser för att analysera eventuella undanträngningseffekter under 2020 har gjorts med åren 2017-2019, där detta är möjligt. Vid vissa datakällor föreligger endast data för 2019 eller 2018 tillsammans med 2019, jämförelserna har då begränsats till dessa år. Vid vissa förlopp/sjukdomar finns trender antingen ökande eller avtagande, detta har angetts i samband med att resultaten redovisats förändringar föreligger även vad det gäller åldersfördelning men inga åldersstandardiserade jämförelser har gjorts. Beroende på hur data har levererats har 2020 analyserats som helår, halvår eller kvartalsvis. Som mått på spridning regionalt har vi använt oss av antal inläggningar på grund av covid-19 per 100,000 invånare och vecka. För längre tidsperioder medeltalet av de veckor som ingår i avsedd tidsperiod.

### **Primärprevention**

Till detta räknar vi verksamhet vid barnhälsovården, mödravården, vaccinationer samt effekter på folkhälsan till följd av rekommendationerna från FHM.

#### *Barnhälsovården*

Det finns inget nationellt register som täcker barnhälsovården. Dalarna, Södermanland samt Jönköping har byggt upp ett rapporteringssystem de senaste åren. Förutsättningarna till jämförelser över tid är dock begränsade, men detta är möjligt genomföra för enskilda barnvårdscentraler. Siffrorna är därför osäkra men är konsistenta för olika områden.

Omfattningen av hembesök inom 30 dagar efterförlossningen är oförändrat, likaså vid 8 månader. Viktkontroller under första levnadsåret görs i samma omfattning 2020 som 2019. Amningsdata från de tre regionerna skiljer sig åt, hur variablerna har kategoriserats och är därför svårtolkad. Men andelen som ammas helt eller huvudsakligen har dock ökat i alla tre regioner från 50,5 % år 2019 till 53,3 %, och inget tyder på att några större förändringar skett under 2020 vad gäller att helt avstå från amning. Barnvaccinationsprogrammen har genomförts i samma höga omfattning 2020 som 2019.

Vad det gäller BMI vid tre-, fyra- och fem årskontroller har denna gått upp i samtliga åldrar i alla tre regioner, underlaget är dock dåligt för treårskontrollerna i region Södermanland. I en enkät tidigare i år till barnklinikerna för att kartlägga eventuella undanträngningseffekter fanns barnfetma som ett av de områden som lyftes fram. Efter analys av data från barnvårdsregistret föreligger det en statistiskt säkerställd skillnad i andelen feta eller överviktiga barn vid fyraårskontrollerna, 14 % juni

2019 - maj 2020 att jämföras med 19 % juni 2020 – maj 2021. Vid femårskontrollerna finns en liknande trend men inte signifikant 16 % att jämföra med 19 %.

Data från BORIS (BarnObesitas Registret i Sverige) bekräftar att här föreligger ett problem. Antalet nybesök på barnfetmamottagningar gick ner från 3450 patienter år 2019 till 3018 år 2020, fram till 2019 har det varit en uppgående trend. Denna minskning återfanns i samtliga regioner. Vid 1-årskontrollerna återkom 62,7 % år 2020 att jämföra med 66,7 år 2019. Motsvarande siffror för 2-årskontrollerna var 41,7 % jämfört med 47,8 %, och 3-årskontrollerna 31,0 % jämfört med 37,4%. Riskfaktorer för barnfetma är låg socioekonomisk status, utrikesfödda föräldrar samt splittrad familjebildning. Isolering, neddragning av förskoleverksamhet är sannolika faktorer för denna ökning. En fördjupning i form av uppföljning och forskning är nödvändig, detta är ej en "vårdskuld" utan risken är att vi har skapat en ny grupp av framtida patienter.

Sammanfattningsvis har barnhälsovården inklusive vaccinationsprogrammet fungerat väl, men det ökade BMI är oroande, och finns tecken på att vissa marginaliserade grupper har prioriterats bort. Fortsatt uppföljning är nödvändig för att identifiera behovet av och insatsernas framtida inriktning.

### *Mödrahälsovården*

Mödrahälsovården omfattar besök på mödravårdscentraler, förlossning och uppföljning efter förlossning. Organisationen är robust och likformig över landet. Till detta kommer en fortlöpande inrapportering till mödravårdsregistret och en forskningsdatabas OBSTETRIX, som möjliggör att stratifiera på socioekonomi men även identifiera de mödrar, som är utrikesfödda. Vi har valt att göra den senare variabeln dikotom och den först nämnda indelad i tre klasser. Följande utfall har studerats;

1. Barnets storlek klassat som normal (AGA), större än normalt (LGA) med hänsyn taget till graviditetstid samt mindre än normalt (SGA) med hänsyn taget till graviditetstid.
2. Prematuritet klassat i tre grupper; innan vecka 36 (prem 1), innan vecka 32 (prem 2), innan vecka 28 (prem 3).
3. Intrauterin fosterdöd (IUD).
4. Preeklampsi (havandeskapsförgiftning).
5. Akut kejsarsnitt (sectio).
6. Planerat kejsarsnitt (sectio).
7. Ultraljud vecka 16-20.
8. Antal besök på mödravårdscentral.
9. Amning vid uppföljning klassat i tre grupper; enbart bröstuppfödning (e), delvis bröstuppfödning (d), ej bröstuppfödning (n).
10. Apgar 5 minuter efter förlossningen, andel med ett "score" under 7. Ett mått på barnets välbefinnande efter förlossningen.
11. Vårdtid.

Jämförelser har gjorts mot utfallen 2017, 2018 och 2019. Vi har haft möjlighet att studera utfallen regionalt och månadsvis. Resultaten redovisas på helårsbasis och för riket samt de större regionerna (Tabell 1).

**Tabell 1**

Population	Riket	Stockholm	Västra Götaland	Skåne
2017-2019 AGA (%)	93,84	94,33	93,60	93,93
2020 AGA (%)	94,04	94,56	93,78	94,03
2017-2019 LGA (%)	3,76	3,20	3,88	3,71

Population	Riket	Stockholm	Västra Götaland	Skåne
2020 LGA (%)	3,72	2,93	4,07	3,65
2017-2019 SGA (%)	2,40	2,48	2,52	2,36
2020 SGA (%)	2,24	2,51	2,15	2,33
2017-2019 prem 1 (%)	0,36	0,36	0,45	0,50
2020 prem 1 (%)	0,35	0,38	0,35	0,29
2017-2019 prem 2 (%)	0,36	0,35	0,40	0,37
2020 prem 2 (%)	0,33	0,25	0,35	0,35
2017-2019 prem 3 (%)	4,83	4,42	4,99	5,11
2020 prem 3 (%)	4,69	4,55	4,83	5,10
2017-2019 IUD (%)	0,34	0,29	0,41	0,36
2020 IUD (%)	0,31	0,27	0,30	0,30
2017-2019 preekl (%)	3,04	2,94	3,27	3,27
2020 preekl (%)	3,49	3,89	3,44	4,34
2017-2019 sectio akut (%)	9,06	9,48	9,13	9,31
2020 sectio akut (%)	9,62	10,21	10,21	9,74
2017-2019 sectio elek (%)	8,28	11,21	7,48	7,52
2020 sectio elek (%)	8,19	10,64	7,38	8,04
2017-2019 ul 16-20 (%)	88,31	95,39	83,90	91,53
2020 ul 16-20 (%)	91,42	96,31	91,78	94,40
2017-2019 besök (antal)	8,78	8,52	8,97	8,67
2020 besök (antal)	8,97	8,67	9,49	8,81
2017-2019 amning e (%)	68,17	68,52	65,83	66,46
2020 amning e (%)	67,44	66,46	64,68	66,60
2017-2019 amning d (%)	17,16	20,46	17,03	16,48
2020 amning d (%)	18,04	22,41	16,62	17,46
2017-2019 amning n (%)	13,87	10,29	15,95	16,19
2020 amning n (%)	13,92	10,60	17,56	15,40
2017-2019 <7 Apgar (%)	1,71	1,39	1,68	1,76
2020 <7 Apgar (%)	1,75	1,50	1,66	1,94
2017-2019 vårdtid (dagar)	2,09	2,24	2,16	2,14
2020 vårdtid (dagar)	1,91	1,98	2,00	1,90

Födelseutfallen har inte påverkats negativt av pandemin. Andelen med konstaterad prematuritet intrauterin fosterdöd har minskat, liksom andelen födda "large for gestational age" och "small for gestational age". Det föreligger en ökning av preeklampi i samtliga regioner. Den underliggande förklaringen till detta är sannolikt den förändring i den kliniska definitionen för detta tillstånd, som trädde i kraft under 2020. Begreppet vidgades, och man förväntade sig en ökning på cirka 20 %, en siffra som ligger mycket nära den ökning vi ser. Andelen planerade kejsarsnitt är oförändrat, men andelen akuta kejsarsnitt har ökat, särskilt i storstadsregionerna. Den bakomliggande orsaken är svårförklarad. Möjligen kan den ökade insatsen med igångsättning vid överburenhet som införts under 2020 vara en förklaring, även om resultaten från de randomiserade studierna som föregick de nya riktlinjerna talar emot detta. Det föreligger en liten tendens till en ökad andel barn med lågt Apgar värde (mindre än 7) 5 minuter efter förlossningen, denna är dock marginell och är inte konsistent över regionerna. Vårdtiden i samband med förlossningen har gått ner särskilt under andra kvartalet, och är sannolikt en följd av viljan att vara isolerad och brist på personal.

Vad gäller processvariabler såsom ultraljudsundersökning under vecka 16 till 20 och antal besök på mödravårdscentral föreligger en ökning, och vad gäller amningsfrekvensen i samband med



efterkontrollen är den i stort oförändrad. Allt tyder på att mödravårdens resultat och processer har fungerat väl under pandemin.

I Tabell 2 har vi stratifierat mellan mödrar födda i Sverige och utanför Sverige. För några saknas uppgift och därför skiljer sig siffrorna något från total födslar. De siffror som visar på skillnader mellan de två grupperna vad gäller utfall och processvariabler är kända sedan tidigare, men vad som är intressant är att följa förändringar i skillnaderna mellan de två grupperna 2017 till 2019 jämfört med 2020.

**Tabell 2**

Population	Riket	Född i Sverige	Född utanför Sverige
2017-2019 AGA (%)	93,84	93,88	93,94
2020 AGA (%)	94,04	94,08	94,14
2017-2019 LGA (%)	3,76	4,15	2,85
2020 LGA (%)	3,72	4,14	2,66
2017-2019 SGA (%)	2,40	1,96	3,21
2020 SGA (%)	2,24	1,77	3,20
2017-2019 prem 1 (%)	0,36	0,29	0,39
2020 prem 1 (%)	0,35	0,29	0,43
2017-2019 prem 2 (%)	0,36	0,33	0,37
2020 prem 2 (%)	0,33	0,29	0,33
2017-2019 prem 3 (%)	4,83	4,85	4,46
2020 prem 3 (%)	4,69	4,64	4,48
2017-2019 IUD (%)	0,34	0,28	0,42
2020 IUD (%)	0,31	0,23	0,46
2017-2019 preekl (%)	3,04	3,37	2,21
2020 preekl (%)	3,49	3,79	2,66
2017-2019 sectio akut (%)	9,06	8,61	9,72
2020 sectio akut (%)	9,62	9,02	10,74
2017-2019 sectio elek (%)	8,28	7,86	9,20
2020 sectio elek (%)	8,19	7,72	9,10
2017-2019 ul 16-20 (%)	88,31	90,99	87,56
2020 ul 16-20 (%)	91,42	93,68	90,91
2017-2019 besök (antal)	8,78	9,01	8,46
2020 besök (antal)	8,97	9,17	8,70
2017-2019 amning e (%)	68,17	69,54	64,50
2020 amning e (%)	67,44	68,93	63,49
2017-2019 amning d (%)	17,16	14,84	23,37
2020 amning d (%)	18,04	15,55	24,65
2017-2019 amning n (%)	13,87	14,84	11,13
2020 amning n (%)	13,92	15,02	11,01
2017-2019 <7 Apgar (%)	1,71	1,59	1,82
2020 <7 Apgar (%)	1,75	1,60	2,06
2017-2019 vårdtid (dagar)	2,09	2,05	2,16
2020 vårdtid (dagar)	1,91	1,86	2,01

Vad gäller utfallen ökar skillnaden i andelen förlossningar med intrauterin fosterdöd och skillnaden vad gäller barn "small for gestational weight". Likaså finns en ökning av skillnaden i andelen nyförlösta med ett Apgar score under 7 fem minuter efter förlossningen, en förändring som är

liknande den vi ser i andelen akuta kejsarsnitt. En ökad frekvens av COVID-19 smitta hos mödrarna kan vara en delförklaring för skillnaden i intrauterin fosterdöd, men sannolikt inte vad gäller skillnaden i Apgar score.

Vårdtiden har gått ner för båda grupperna med en likartad skillnad 2020 som för den tidigare perioden. Vad gäller andra processvariabler har inget skett vad gäller skillnader i de två grupperna såsom antal besök på mödravårdscentraler och ultraljud under vecka 16 till 18. Dessa resultat tyder dock på att det finns grupper av mödrar födda utanför Sverige som inte har nåtts av mödravården i samma utsträckning som innan pandemin, och detta har medfört en marginell försämring vad gäller födelseutfall. Det förefaller sannolikt att skillnaderna skulle öka ytterligare om vi stratifierat för kvinnor födda utanför Europa, men detta får vänta till slutrapporten.

I Tabell 3 har vi stratifierat på utbildningsnivå, < 9 års skolgång, 9-12 år, > 12 år samt okänd. I den senare gruppen återfinns en del mödrar med födelseland utanför Sverige. Kortare utbildning (mindre än 9 år) är förenat med en ökning i andelen intrauterin fosterdöd i motsats till andra grupper. Ökningen i andel barn med lågt Apgar score är även högre än för övriga grupper. Övriga utfalls- och processvariabler visar på samma skillnad mellan grupperna 2020 som under tidigare perioder.

**Tabell 3**

Population (skolgång)	Riket	<9 år	9-12 år	>12år	ingen uppgift
2017-2019 AGA (%)	93,84	93,74	93,30	94,47	93,33
2020 AGA (%)	94,04	94,44	93,61	94,46	93,71
2017-2019 LGA (%)	3,76	2,61	4,21	3,48	3,62
2020 LGA (%)	3,72	2,70	4,09	3,51	3,64
2017-2019 SGA (%)	2,40	3,66	2,49	2,05	3,05
2020 SGA (%)	2,24	2,86	2,30	2,03	2,66
2017-2019 prem 1 (%)	0,36	0,29	0,37	0,26	0,63
2020 prem 1 (%)	0,35	0,60	0,35	0,30	0,50
2017-2019 prem 2 (%)	0,36	0,29	0,38	0,31	0,50
2020 prem 2 (%)	0,33	0,38	0,30	0,30	0,47
2017-2019 prem 3 (%)	4,83	4,24	5,23	4,35	5,34
2020 prem 3 (%)	4,69	4,22	5,09	4,20	5,29
2017-2019 IUD (%)	0,34	0,52	0,37	0,25	0,53
2020 IUD (%)	0,31	0,66	0,36	0,21	0,43
2017-2019 preecl (%)	3,04	2,27	3,25	2,92	2,98
2020 preecl (%)	3,49	1,92	3,63	3,47	3,44
2017-2019 sectio akut (%)	9,06	9,29	8,98	8,80	9,93
2020 sectio akut (%)	9,62	9,53	9,70	9,26	10,46
2017-2019 sectio elek (%)	8,28	8,06	7,50	8,72	8,92
2020 sectio elek (%)	8,19	8,49	7,53	8,39	8,98
2017-2019 ul 16-20 (%)	88,31	84,62	89,85	91,24	76,79
2020 ul 16-20 (%)	91,42	86,75	92,35	93,97	82,69
2017-2019 besök (antal)	8,78	8,48	8,91	8,85	8,27
2020 besök (antal)	8,97	8,63	9,09	9,00	8,66
2017-2019 amning e (%)	68,17	66,04	61,39	74,30	63,68
2020 amning e (%)	67,44	64,49	60,83	72,89	63,60
2017-2019 amning d (%)	17,16	24,38	18,73	15,49	19,96
2020 amning d (%)	18,04	24,56	19,19	16,70	20,09
2017-2019 amning n (%)	13,87	8,58	19,42	9,54	14,85
2020 amning n (%)	13,92	9,98	19,32	9,94	15,18

Population (skolgång)	Riket	<9 år	9-12 år	>12år	ingen uppgift
2017-2019 <7 Apgar (%)	1,71	2,34	1,79	1,47	2,12
2020 <7 Apgar (%)	1,75	2,89	1,95	1,49	1,95
2017-2019 vårdtid (dagar)	2,09	2,15	2,02	2,12	2,18
2020 vårdtid (dagar)	1,91	1,98	1,87	1,91	1,99

Sammanfattningsvis har mödra-och hälsovården fungerat väl. Ett orosmoment är att förlossningsutfall såsom intrauterin fosterdöd, lågt Apgar score och akut kejsarsnitt försämrats 2020 jämfört med tidigare för särskilt utsatta grupper, mödrar födda utanför Sverige och/eller med låg utbildningsnivå.

### Hjärtsjukdomar

Rapporter från vården om ett minskat söktryck för hjärtsjukdomar särskilt hjärtinfarkt har väckt oro att potentiella patienter, särskilt äldre, har avstått från att söka vård. Detta är anmärkningsvärt eftersom en COVID-infektion tycks öka risken för hjärtinfarkt. En alternativ förklaring är att de rekommenderade restriktionerna framför allt vad gäller självisolering vid tecken på infektion parat med striktare hygien leder till färre infektioner hos individer med risk för hjärtinfarkt. Detta kan sedan leda till färre hjärtinfarkter, och på så sätt vara den bakomliggande orsaken för en reell nedgång i hjärtinfarkt.

I Tabell 4 framgår denna nedgång i antalet hjärtinfarkter år 2020 jämfört med 2017-2019. Denna återfinns i samtliga regioner (Tabell 5) mest markant under 2:a kvartalet, när smittspridningen var störst och följsamheten av rekommendationerna från FHM var mest uttalad. Den finns både bland de över 70 år och bland de yngre och hos båda könen. Något förvånande är att minskningen är större bland de under 70 år och framtida vetenskapliga studier har en utmaning i att finna de underliggande förklaringarna till detta!

Såväl Tabell 4 som Tabell 5 innehåller en utvidgning av studieperioden till första kvartalet 2021 och visar att nedgången fortsätter även under detta kvartal och en återgång till "normala" nivåer ännu inte skett.

**Tabell 4**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Norr tot	0,95	0,86	1,03	0,99	0,96
Norr >70	0,98	0,82	1,08	1,12	1,01
Norr <70	0,92	0,91	0,97	0,83	0,89
Uppsala tot	0,92	0,83	0,94	0,89	0,86
Uppsala >70	0,91	0,85	1,00	0,95	0,89
Uppsala <70	0,93	0,80	0,87	0,82	0,84
Sthm tot	0,89	0,86	0,89	0,96	0,87
Sthm >70	0,88	0,91	0,92	1,00	0,94
Sthm <70	0,89	0,81	0,87	0,91	0,81
Sydost tot	0,91	0,84	0,89	0,96	0,89
Sydost >70	1,03	0,77	0,90	0,96	0,91
Sydost <70	0,78	0,92	0,89	0,96	0,87
Väst tot	0,98	0,88	0,96	0,91	0,93
Väst >70	1,01	0,88	1,02	0,92	0,94
Väst <70	0,94	0,88	0,90	0,90	0,92
Syd tot	0,89	0,89	1,00	0,86	0,93

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Syd >70	0,98	0,93	0,95	0,88	0,95
Syd <70	0,81	0,85	1,05	0,83	0,91

**Tabell 5**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Totalt	0,93	0,85	0,94	0,91	0,90
Män	0,93	0,84	0,93	0,91	0,91
Kvinnor	0,92	0,86	0,96	0,92	0,87
> 70 år	0,97	0,86	0,97	0,96	0,93
< 70 år	0,89	0,84	0,91	0,86	0,87

I Tabell 6, Tabell 7 och Tabell 8 redovisas statistik från Socialstyrelsens dödsorsaksregister för hjärtinfarkt och hjärtsjukdom. Samma mönster återfinns här som i statistiken för hjärtinfarkt i HIA-registret. Detta är särskilt markant vad gäller hjärtinfarkt som underliggande dödsorsak där minskningen är än mer markerad. Detta gäller såväl män som kvinnor och de över och under 70 års ålder. Mönstret är likartat i alla regioner, men enbart de större regionerna redovisas i tabellerna. Vi ser inte heller någon ökning i ischemisk kronisk hjärtsjukdom, utan en lätt minskning. Detta talar starkt emot att potentiella patienter har avstått från att söka vård och stannat hemma. Om så var fallet borde detta ha avspeglats i dödsorsaksregistret.

**Tabell 6 (I20 - I25 all hjärtsjukdom)**

Population	Q1	Q2	Q3	Q4
Män > 70 år riket (%)	0,87	0,97	0,88	0,97
Män > 70 år Stockholm (%)	0,88	1,00	0,83	0,96
Män > 70 år Västra Göt (%)	0,83	0,97	0,88	0,94
Män > 70 år Skåne (%)	0,86	0,76	0,92	1,02
Kvinnor > 70 år riket (%)	0,84	0,86	0,95	0,94
Kvinnor > 70 år Stockholm (%)	0,88	0,79	0,94	1,04
Kvinnor > 70 år Västra Göt (%)	0,82	0,91	0,86	0,89
Kvinnor > 70 år Skåne (%)	0,87	0,63	0,73	0,75
Män < 70 år riket (%)	0,80	0,88	0,97	0,99
Män < 70 år Stockholm (%)	0,89	0,79	0,77	1,09
Män < 70 år Västra Göt (%)	0,75	0,87	0,81	0,71
Män < 70 år Skåne (%)	0,83	0,68	0,81	0,79
Kvinnor < 70 år riket (%)	0,86	0,81	0,85	0,83
Kvinnor < 70 år Stockholm (%)	0,76	0,63	0,93	0,71
Kvinnor < 70 år Västra Göt (%)	1,07	0,75	0,94	0,93
Kvinnor < 70 år Skåne (%)	0,50	0,77	1,20	0,62

**Tabell 7 (I21 akut hjärtinfarkt)**

Population	Q1	Q2	Q3	Q4
Män > 70 år riket (%)	0,80	0,83	0,83	0,91
Män > 70 år Stockholm (%)	0,80	0,78	0,75	1,03
Män > 70 år Västra Göt (%)	0,89	1,01	0,99	0,76
Män > 70 år Skåne (%)	0,59	0,53	0,62	0,70

Population	Q1	Q2	Q3	Q4
Kvinnor > 70 år riket (%)	0,69	0,71	0,87	0,85
Kvinnor > 70 år Stockholm (%)	0,67	0,56	0,70	0,90
Kvinnor > 70 år Västra Göt (%)	0,67	0,79	0,98	0,84
Kvinnor > 70 år Skåne (%)	0,56	0,41	0,55	0,58
Män < 70 år riket (%)	0,76	0,75	0,96	0,93
Män < 70 år Stockholm (%)	0,96	0,48	0,46	0,83
Män < 70 år Västra Göt (%)	0,63	0,95	0,88	0,79
Män < 70 år Skåne (%)	0,75	0,58	1,10	0,69
Kvinnor < 70 år riket (%)	0,85	0,98	0,82	0,70
Kvinnor < 70 år Stockholm (%)	-	-	-	-
Kvinnor < 70 år Västra Göt (%)	-	-	-	-
Kvinnor < 70 år Skåne (%)	-	-	-	-

Tomma celler beror på för få antal (<5 i någon cell).

**Tabell 8 (I25 kronisk ischemisk hjärtsjukdom)**

Population	Q1	Q2	Q3	Q4
Män > 70 år riket (%)	0,92	1,06	0,93	1,02
Män > 70 år Stockholm (%)	0,88	1,00	0,83	0,96
Män > 70 år Västra Göt (%)	0,78	0,98	0,85	1,04
Män > 70 år Skåne (%)	1,10	0,95	1,20	1,04
Kvinnor > 70 år riket (%)	0,94	0,95	1,02	1,02
Kvinnor > 70 år Stockholm (%)	0,97	0,98	1,20	1,16
Kvinnor > 70 år Västra Göt (%)	0,93	0,99	0,79	0,92
Kvinnor > 70 år Skåne (%)	1,17	0,78	0,94	1,01
Män < 70 år riket (%)	0,81	1,05	0,95	1,06
Män < 70 år Stockholm (%)	0,89	1,14	0,87	1,30
Män < 70 år Västra Göt (%)	0,83	0,83	0,82	0,64
Män < 70 år Skåne (%)	0,78	0,92	1,46	1,00
Kvinnor < 70 år riket (%)	0,89	0,61	0,86	0,89
Kvinnor < 70 år Stockholm (%)	-	-	-	-
Kvinnor < 70 år Västra Göt (%)	-	-	-	-
Kvinnor < 70 år Skåne (%)	-	-	-	-

Tomma celler beror på för få antal (<5 i någon cell).

Trots att resurser, framför allt personella, har allokerats till vård av COVID-19 patienter har detta inte påverkat vården av infarktpatienter. Data från RIKSHIA vad gäller processvariablerna "Median tid från första symptom till PCI" och "Median tid från EKG till PCI" visar båda en mindre minskning i tiden eller oförändrad mediantid, för den först nämnda en minskning till 162 minuter 2020 att jämföra med 164 minuter 2019, för den sist nämnda oförändrat på 62 minuter. Mönstret är likartat för de flesta regioner. De stora regionerna visar samma mönster, Stockholm och Västra Götaland en minskning resp oförändrat tidsintervall, Skåne oförändrat resp en minskning i tidsintervallen!

Sammanfattningsvis talar data för att vi har en reell minskning i incidensen men också i mortaliteten i akut hjärtsjukdom oberoende av kön, ålder eller region. Den underliggande orsaken kan vara ett minskat insjuknande i "normala" infektionssjukdomar som en följd av bättre hygien, minskad smittspridning genom rekommendationer om självisolering vid förkylningssymptom. Detta har implikationer på hur vi skall redovisa överdödlighet totalt! Vilka väntevärden skall användas? Slutligen omhändertagandet av patienter med akut hjärtsjukdom har haft samma höga kvalitet som tidigare!

## Kroniska sjukdomstillstånd

Här har vi använt oss diabetes, psykiatrisk sjukdom och reumatoid arthrit (RA) som exempel.

### *Diabetes*

Diabetes är en kronisk sjukdom med kända komplikationer såsom förhöjd risk för hjärtkärlsjukdomar, komplikationer från ögon och njurar. En väl skött diabetessjukdom anses minska risken för sådana komplikationer och regelbundna kontroller är därför väsentliga. Diabeteskontroller äger främst rum inom primärvården men även medicinkliniker över landet sköter vissa patienter, särskilt de med typ 1 men även i vissa fall typ 2 med komplicerad sjukdom eller förlopp. Det nationella diabetesregistret utgör grunden för våra analyser, ett kvalitetsregister som startades 1996 och räknas till ett av de mer framstående registren. Detta trots att det har större problem att lösa än andra sjukdomstillstånd, dels på grund av mycket hög prevalens (förekomst) och dels för att majoriteten av patienterna sköts inom primärvården. Genom att jämföra data från läkemedelsregistret där diabetessjukdomen definieras som att en individ medicinerar med diabetesläkemedel, uppskattas täckningsgraden till 87,4 % med en viss variation mellan regionerna; Värmland 95,4 % och Norrbotten 77,4%.

Diabetes delas in i två typer. Inom NDR definieras patienter med typ 1 genom en debutålder under 30 år och enbart insulinbehandling, medan typ 2 patienter definieras genom enbart kost- eller tablettbehandling eller insulinbehandling med eller utan tabletter samt debutålder över 40 år.

Under 2020 gick antalet patienter registrerade i registret ner för första gången sedan 1998, 420 153 individer att jämföra med 398 991 individer 2019. Denna nedgång var mest uttalad inom primärvården; 367 907 individer att jämföra med 398 991 individer 2019, en minskning med 8 %. Nedgången var något mindre uttalad bland de patienter som rapporteras från medicinklinikerna; 52 246 stycken att jämföra med 55 755 stycken 2019, en minskning med 6 %. På medicinklinikerna var nedgången 5 % för de med typ 1 diabetes att jämföra med 16 % för de med typ 2 diabetes. Denna nedgång är likartad i de "stora" regionerna även om region Stockholm ligger över riksgenomsnittet, primärvården Stockholm 9,5 %; 70 529 år 2020 vs 77 875 år 2019, primärvården Västra Götaland 7 %; 66 714 år 2020 vs 71 740 år 2019 samt primärvården Skåne 5 %; 46 779 år 2020 vs 49 255 år 2019. I de mindre regionerna fanns en viss variation Blekinge 24 %; 2387 år 2020 vs 2563 år 2019, och i den andra ändan av spektrat Sörmland och Gotland med ökning på 5 respektive 7 %.

Nedgången för antalet patienter med typ 2 på medicinklinikerna visar på en likartad utveckling; Stockholm 10 %; 1261 år 2020 vs 1407 år 2019, Västra Götaland 16 %; 1256 år 2020 vs 1504 år 2019, Skåne 21 %; 1233 år 2020 vs 1574 år 2019. Talen för övriga regioner är så små att adekvata jämförelser är meningslösa.

För typ 1 på medicinklinikerna är utvecklingen likartad även här med Stockholm med en minskning över riksgenomsnittet. Stockholm en nedgång på 7 % 8530 år 2020 vs 9187 år 2019, Västra Götaland 4 % 7890 år 2020 vs 8254 år 2019, Skåne 4 % 5858 år 2020 vs 6119 år 2019. Sammaledes har de mindre regionerna en stor variation där med Halland 23 % och Blekinge 19 % finns i ena änden av spektrat medan Uppsala, Dalarna och Västerbotten visar på en ökning.

Utvecklingen skiljer sig något för med en ålder över 70 år jämfört med de under 70 år. Inom primärvården var nedgången 8,2 % för de med en ålder över 70 år att jämföra med 5,8 % för ålder under 70 år. Nedgången för de över 70 år var 17,2 % för typ 2 vid medicinkliniker att jämföra med 13,3 % för de under 70 år. Skillnaderna återfinnes i alla regioner.

Ett annat sätt att studera diabetesvårdens omfattning och kvalitet är att mäta hur många som hade en vårdkontakt under 2019 för diabetes har en ny kontakt under 2020. Även här föreligger skillnader mellan de olika åldrarna och diabetes typ. Inom primärvården hade 73,7 % av de över 70 års ålder en sådan förnyad kontakt att jämföra med 79,2 % för de under 70 år. För typ 1 diabetes var motsvarande siffror 81,9 % och 85,1 %

HbA1c avspeglar den genomsnittliga blodsockerkontrollen och ett högt HbA1c värde är en stark riskfaktor för de väl kända komplikationerna för diabetes. HbA1c är därför en god parameter för att utvärdera kvaliteten på omhändertagandet av en diabetes patient eller en grupp av patienter. Detta omhändertagande innefattar såväl medicinering, men också att utbilda och stötta patienten i den egenvård denna kroniska sjukdom kräver. Vi har sedan flera år en positiv trend för diabetespatienterna HbA1c värden, och så är även fallet för 2020 för patienterna som sköts inom primärvården, medan det finns en tendens till motsatsen hos de patienter som sköts på medicinklinikerna för såväl typ 1 som typ 2. Frågan man ställer sig är dock i vilken mån nedgången av registrerade patienter påverkar denna variabel?

Synsättnings och bensår är kända och fruktade komplikationer till diabetes. Ofta använda processvariabler för att bedöma kvaliteten på vården är frekvensen ögonbottenundersökningar och fotundersökningar. Detta är variabler som funnits i NDR de senaste åren. Vad gäller ögonbottenundersökningar föreligger riktlinjer från Socialstyrelsen hur frekventa dessa undersökningar skall vara och det mått som används är andelen av patienter där dessa riktlinjer följts. Vad gäller patienterna på medicinkliniken har frekvensen i stort varit konstant de senaste 10 åren och man kan inte se någon förändring 2020, 87,0 % respektive 85,3 % för de två kategorierna. Inom primärvården har man sett en uppåtgående trend sedan 2010, men denna bryts år 2020 och här föreligger en nedgång från 75,8 % år 2019 till 73,9 % år 2020. Mönstret är likartad för såväl de med en ålder över 70 år som de under.

Fotundersökningar är en annan rutin för vården av diabetespatienter. Man påpekar särskilt detta i NDR "Fotsår kan leda till svåra sjukdomar och handikapp och därför är screening och fungerande vårdprocesser vid fotundersökningar och fotsår av stor vikt". I Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård fastställs att fotundersökning skall göras årligen. Det processmått som används är följaktligen andel patienter med kontroll av fotstatus senaste året. Man påpekar emellertid att detta ett grovt mått och äldre med sköra fötter behöver undersökas betydligt oftare. Andelen som genomgått årlig kontroll har i stort sett varit konstant och densamma för alla tre kategorier oavsett huvudman av vården, cirka 80 %. Under 2020 ser vi dock en nergång till 74,2 % för primärvården, till 72 % för typ 2 vid medicinklinik samt till 67,5 % för typ 1 vid medicinklinik.

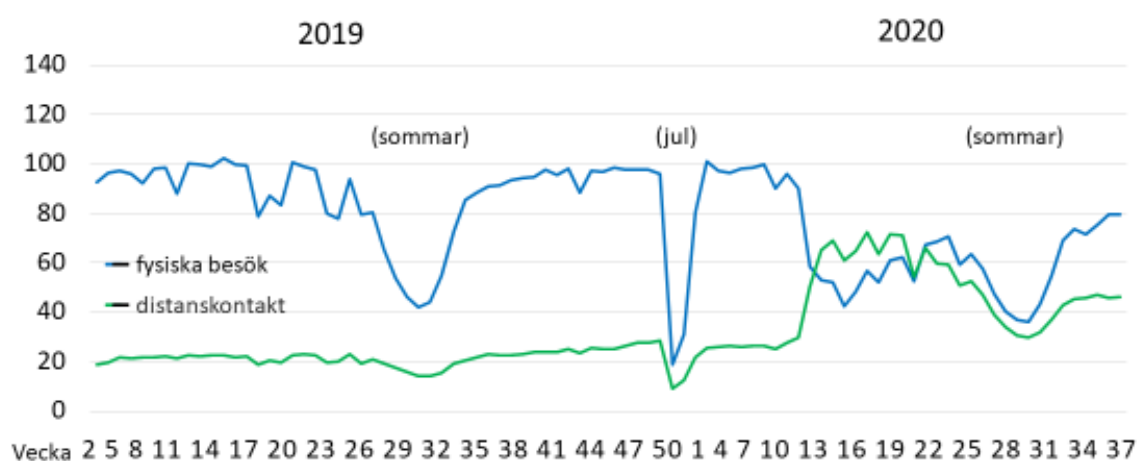
Sammanfattningsvis finns det indikationer att en del patienter har haft mindre kontakt med Hälso- och sjukvården än vad de borde ha enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Detta underskott av vårdkontakter i form av återbesök, kontroller av ögon- och fotstatus tycks vara mest uttalat för de äldre. Den negativa trenden för HbA1c vid medicinklinikerna är ett annat observandum. Sannolikt föreligger här en ovilja från dessa patienter att bryta mot Folkhälsomyndighetens rekommendationer kombinerat med en bortprioritering från Hälso- och sjukvården. Stora regionala skillnader föreligger dock, vilket sannolikt speglar skillnader i hur diabetesvården är organiserad regionalt. Värt att notera hur Region Stockholm tycks ha svårare än andra storstadsregioner att bibehålla utbudet under 2020 jämfört med tidigare år. Uppföljning och fördjupad analys av vilka subgrupper som särskilt drabbats rekommenderas! NDR utgör här en viktig resurs, men avsaknandet av ett primärvårdsregister utgör ett problem, eftersom täckningsgraden varierar stort mellan regionerna.

## Psykiatri

Avsaknandet av ett kvalitetsregister inom psykiatri skapar svårigheter att studera undanträngningseffekter inom detta område, detta särskilt som den största delen av denna patientkategori behandlas inom primärvården som också saknar ett nationellt täckande register. Statistik från SKR visar dock att antalet besök inom vuxenpsykiatri har minskat med 16 % under 2020 jämfört med 2019. Det föreligger dock stor variation mellan regionerna. Från en minskning på 34 % i region Uppsala till 5 % i region Gotland och region Skåne.

Med hjälp av VAL databasen för Region Stockholm har dock en del data kunnat levereras för analys. I Figur 1 nedan visas antalet fysiska besök eller distanskontakt per vecka inom specialiserad psykiatri under åren 2019 och 2020. I Figur 2 redovisas de två kontaktformerna adderade till varandra. Det är uppenbart att omfattningen av patientkontakter i stort har varit oförändrat men att distanskontakter i ökande omfattning ersätter fysiska besök. Mycket talar för att en liknande utveckling har setts i de flesta regioner. Sammanslagen statistik från 12 regioner från perioden mars 2019 till september 2020 visar att andelen distansbesök har ökat från 15 % till 35 %.

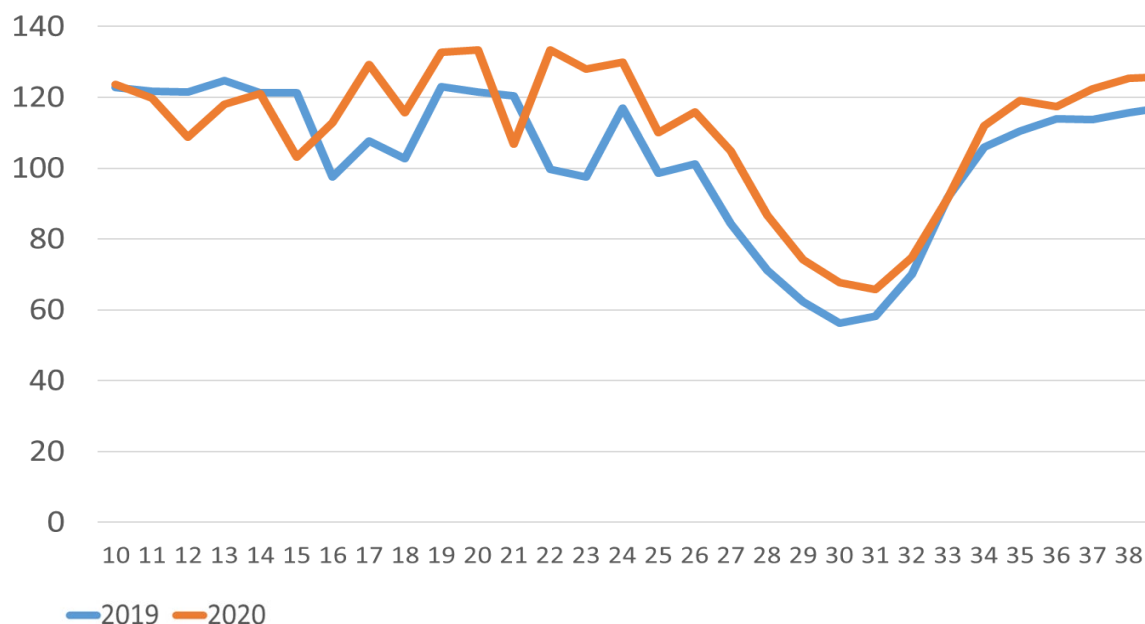
**Figur 1 Antal vuxna (18–69 år) per 10 000 inv. med fysiska besök eller distanskontakt per vecka i Region Stockholm, inom specialiserad psykiatri under åren 2019 och 2020**



Källa: Se [www.folkhalsoguiden](http://www.folkhalsoguiden), rapport-2021.3-vard-for-psykisk-ohalsa-under-covid-19-pandemin.pdf



**Figur 2 Antal vuxna (18–69 år) per 10 000 invånare med fysiska besök eller distans-kontakt per vecka inom specialiserad psykiatri mars-september 2020 vs 2019**



I den statistik som finns till förfogande (sommaren 2021) saknas möjligheter att bryta ner data på diagnosgrupper. Mycket talar dock för att tillgänglighet och kvalitet för ”svår” psykiatrisk sjukdom har varit tillfredställande. I Socialstyrelsen utvärdering av Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer, redovisas t ex en oförändrad andel patienter som behandlats med antidepressiva läkemedel vid egentlig depression inom den specialiserade vuxenpsykiatrin. Här är variationen mellan regionerna i det närmaste obefintlig. Andelen patienter som behandlats med ECT ökade under 2020, men antalet ECT-behandlingar var konstant, denna skillnad förklaras av att antalet inläggningar för depression minskade med 10 % under 2020.

Sammanfattningsvis saknas det adekvata data för att närmare analysera pandemins påverkan av den psykiatriska vården. Helt klart är dock att alternativa vårdformer har utvecklats och till delar har kompenenserats för nedgången i antalet besök 2020, i alla fall för de yngre åldersgrupperna. I vilken mån detta har påverkat prognosen för skilda diagnosgrupper är en uppgift för framtida utvärdering och forskning.

### *Reumatoid artrit*

Reumatoid artrit (RA) är en systemsjukdom som framför allt drabbar leder men även andra organ är ofta påverkade. Den är potentiellt invalidiserande, men här har skett stora genombrott de senaste 20 åren, och tidig diagnos tillsammans med farmakologisk terapi är direkt avgörande för sjukdomens framtida utveckling. Det processmått som brukar användas är tid till diagnos efter symptomdebut. Incidensen av reumatoid artrit går ner och under 2020 diagnosticerades 1320 nya fall att jämföras med 1404 fall 2019. Målsättningen är att en patient skall få sin diagnos inom 20 veckor från symptomdebut. För män andelen män som uppnådde detta ökade med 7 % under 2020 medan andelen för kvinnor var oförändrad jämfört med 2019.

Antal besök till medicinklinik eller reumatologisk klinik per individ var cirka 20 % lägre jämfört med tidigare år och den största nedgången var under andra kvartalet 2020. Det förelåg ingen skillnad vad

gäller kön, ålder eller sjukdomens duration. Vad gäller medicineringen fanns en viss variation mellan olika farmakologiska produkter jämfört med tidigare år, men detta var i stort sett marginellt.

Sammanfattningsvis skiljer sig omhändertagandet 2020 av denna patientgrupp bara marginellt från tidigare år.

### Slutenvård

Inom detta avsnitt behandlas cancervård, inklusive screening, proteskirurgi, annan planerad kirurgi samt akutkirurgi.

#### *Cancervård allmänt*

Cancersjukdom blir ofta en kronisk sjukdom, men sjukdomsburden brukar oftast mätas i form av antalet nydiagnostiserade fall under en specificerad tid. Nydiagnostiserade fall kan grovt delas upp i två olika grupper;

1. De fall som diagnosticeras efter att en individ sökt kontakt med sjukvården på grund av besvär, nytillkomna eller kroniska, vilket leder till en utredning då en tumör diagnosticeras antingen, som den underliggande orsaken till besvären eller som ett bifynd under utredningen.
2. De som diagnosticeras i samband med screening allmän eller riktad den senare benämns ofta surveillance.

I de prioriteringar regionerna gjort, har några regioner minskat eller avbrutit sin screeningverksamhet, andra har fortsatt med oförändrade insatser. Gemensamt för samtliga regioner har dock varit att söktrycket för utredningar har minskat, sannolikt som en följd av de rekommendationer om att undvika externa kontakter, som utfärdats av Folkhälsomyndigheten.

Under 2020 rapporterades 6,4 % färre cancerfall jämfört med 2019, eftersom antalet cancrar stiger varje år är sannolikt detta en underskattning. Nedgången var något lägre för män, 5,8 %, än för kvinnor, 7,0 %. Nedgången var mest markant under perioden april-maj och en viss återhämtning fanns under hösten 2020. Nedgången återfanns i alla åldersgrupper mest markerad i åldersspannet 60-69 år. Regionalt fanns vissa skillnader (Tabell 9) men gemensamt var en nedgång för alla.

**Tabell 9**

Region	Totalt (%)	Bröst (%)	Prostata (%)	CRC (%)	Lung (%)
Riket	-6,4	-8,2	-18,2	-7,9	-6,3
Stockholm	-6,9	-14,9	-19,0	-4,6	+2,9
Mellansverige	-6,2	-7,9	-16,1	-6,4	-5,4
Sydöst	-5,3	-10,7	-7,0	-13,3	-10,5
Syd	-6,7	-6,6	-19,7	-6,5	-14,2
Väst	-5,5	+1,4	-24,8	-7,3	-7,4
Norr	-9,0	-10,0	-17,5	-14,5	-1,4

Prostatacancer (n=2088) är den cancerform som står för störst nedgång i absoluta tal, därefter kommer cervixcancer in-situ (n=1602) följt av bröstcancer (n=883). Dessa tre former kommer att behandlas i särskilda avsnitt. Kolorektal cancer (n=777) och lungcancer (n=292) är två andra cancerformer med uttalad minskning. Gemensamt för alla dessa fem cancerformer är förekomsten av stora regionala skillnader.

Vad gäller kolorektal cancer finns för närvarande ingen allmän screening även om en sådan verksamhet är under uppbyggande i de flesta regioner. Denna verksamhet, som är resurskrävande och som antingen görs som kolonoscopi initialt eller där kolonoscopi är en del i processen, avbröts är i samband med pandemin. Stockholm har dock en kolonoscopiverksamhet, som är mångdubbelt större än resten av landet. Denna verksamhet bedrivs till stora delar av utförare utanför den regionala organisationen. Det är sannolikt den högre diagnostiska kapaciteten som förklarar Stockholm mindre uttalade nedgång. Vad gäller lungcancer, finns det också anledning att tro att en högre diagnostisk kapacitet förklarar Stockholm brist på ökning, och i delar av region Norr föreligger screeningsverksamhet på försök. Lungcancer är en cancerform med mycket dålig prognos och det underskott vi ser 2020 jämfört med 2019 kommer sannolikt inte att leda till en ökad belastning under 2022 ej heller till någon ökad dödlighet. Detta är sannolikt inte fallet vad gäller kolorektal cancer där omfattningen av vårdinsatser är beroende av vilket stadium tumören har vid diagnos. Här finns anledning att tro att det föreligger en "vårdskuld" och eventuellt en ökad dödlighet i denna tumörform på längre sikt. Siffror från SPOR (Svenskt perioperativt register) ger dock en något annorlunda bild. Antalet operationer på tjocktarmen och ändtarmen var i det närmaste identiskt 2020 jämfört med 2019, även om det föreligger en nedgång på 3 % i de äldre åldersgrupperna. Detta talar för att de kurativa ingreppen för kolorektal cancer inte vidhäftas en så stor skuld som nedgången i diagnostiserade cancer ger anledningen att befara.

Utvecklingen i Sverige är inte unik i internationella jämförelser. Samtliga nordiska länder visar på samma utveckling. Norge har t ex en minskning på 12,7 % under perioden mars till september, vilket är mycket nära motsvarande siffror i Sverige. För övriga nordiska länder föreligger inga exakta siffror ännu. Rapporter från Nordirland och Spanien visar på än mer uttalad minskning i rapporteringen av nydiagnostiserade tumörer. Vad som dock skiljer Sverige från Danmark och Norge är att våra grannländer under det sista kvartalet 2020 har samma cancerincidens som 2019, medan Sverige fortfarande ligger under 2019 års siffror.

Sammanfattningsvis finns ett underskott av diagnostiserade cancer i Sverige, detta beroende på nedgång i screeningverksamheten, brist på diagnostisk kapacitet och en ovilja hos vissa grupper att söka hälso- och sjukvård som en följd av pandemin. Detta medför att det föreligger en risk att vissa cancer kommer att diagnostiseras i ett senare skede, vilket kan öka dödligheten eller leda till mer omfattande terapeutiska insatser än normalt. Det är därför av vikt att screeningverksamheten återgår till tidigare nivåer och att diagnostisk kapacitet tillförs verksamheten. Här föreligger dock vissa skillnader inom landet, som följd av de prioriteringar som gjorts på regional nivå.

### *Bröstcancer*

Vägen till diagnos av bröstcancer har två huvudspår. Antingen att kvinnan söker för en nyupptäckt förändring i bröstet eller att den upptäcks i samband med screening. Kvantitativt är de screeningupptäckta några fler än den i första gruppen. Screeningprogrammet för bröstcancer omfattar alla kvinnor i åldersspannet 40-74 år, vilka kallas med 20-24 månaders intervaller. Den nedgång, vi ser, i antalet diagnostiserade bröstcancer förklaras nästan helt av nedgången av screeningupptäckta cancer. De regionala skillnaderna vi ser är därför en spegel av i vilken mån de olika regionerna valde att prioritera screening för bröstcancer. Region Stockholm och Region Mellansverige valde på ett tidigt stadium att dra ner på denna verksamhet, denna strategi tillämpades däremot inte i Region Väst. Samtliga regioner prioriterade dock omhändertagande av kvinnor som sökt för "knöl i bröstet" framför screening och fördelningen av minskningen till de screeningupptäckta tyder på att detta var en pragmatiskt fungerande prioritering.

Nedgången i diagnostiserade bröstcancrar är mest markant i åldersspannet över 70 år, mindre uttalat mellan 50 och 69 år och ingen förändring jämfört med 2017 - 2019 för de under 50 år. Bland de icke-screening upptäckta cancerarna finns en mindre nedgång bland de med stadium 3 och 4 vid diagnos, medan inga skillnader föreligger vid in-situ och stadium 1 och 2. Motsvarande tendens finns även bland de screening upptäckta, där det inte föreligger någon skillnad vid in-situ utan minskningen finns i övriga stadier särskilt markant för stadium 4. Man kan bara spekulera om den bakomliggande förklaringen till detta, deltagande i tidigare screening kan spela roll, men varför dessa skillnader är så tydliga pockar på fördjupade studier.

Under våren 2020 ändrades de nationella behandlingsrekommendationerna för bröstcancer, då man befarade ökande väntetider för kirurgi. Dessa nya rekommendationer innebar en ökad användning av cytostatika eller antihormonella läkemedel som inledande terapi i väntan på operation. Dessa rekommendationer fick genomslag särskilt under pandemins första fas, och en dryg fördubbling av andelen, som fick preoperativ behandling. Vid årsskiftet 2020/2021 förelåg ingen skillnad i andelen som fick preoperativ behandling jämfört med årsskiftet 2019/2020. Från denna statistik framgår att de med stadium 3 inte omfattades av denna förändring utan den största skillnaden återfanns i stadium 1. Detta tyder på att operativ behandling helt riktigt prioriterades för de med högre stadium vid diagnos. En annan prioritering, som gjordes för att öka operationskapaciteten, var att andelen som fick omedelbar rekonstruktion vid mastektomi gick ner under början av pandemin för att under hösten öka och till och med överstiga tidigare år, en fortsättning av den trend som funnits de senaste åren.

Sammanfattningsvis kan sägas att här finns undanträngningseffekter särskilt bland de äldre (över 70 år), omprioriteringar har gjorts, som synes vara logiska och pragmatiska. Det föreligger stora regionala skillnader och den nedlagda screeningverksamheten kommer att leda till en eftersläpning i omhändertagandet av denna patientgrupp de närmaste åren om inte särskilda insatser görs. Framtida studier får visa om detta kommer att någon inverkan på prognosen.

### *Cervixcancerscreening*

Målet med cervixcancerscreening är att genom tidig upptäckt av dysplasi eller cancer in-situ skapa möjlighet till tidig intervention, vilket leder till att ingen invasiv cancer utvecklas. Nedgången i cervixcancer under perioden januari-oktober 2020 var 4,9 % jämfört med motsvarande period 2019.

Om man väljer att betrakta cervixcancer in-situ som en egen cancerform var det den med störst minskning efter prostatacancer, -13,4 %. Även här föreligger stora regionala skillnader, -22,9 % i region Norr till -8,5 % i region Väst. Eftersom denna cancerform nästan uteslutande är en effekt av det nationella screeningprogrammet är detta en spegel av omfattningen av det regionala screeningprogrammet. Målgruppen för detta program är kvinnor mellan 23 och 70 år, var tredje år i åldersspannet 23 till 50 år och var sjunde år i åldersspannet 50 till 70 år. Denna senare åldersgrupp utvidgades från 60 år till 70 år 2015, men brister i de administrativa rutinerna för denna åldersgrupp har lett till en låg täckningsgrad. Screeningtesten har två komponenter en cellprovskontroll där tidiga avvikelser från det normala kan identifieras och åtgärdas och även diagnostik av HPV-infektion som är det som driver omvandlingen till cancer.

Det är en markant nedgång i antalet prover under andra kvartalet 2020 jämfört med de tre tidigare åren. Antalet prover ligger fortfarande något lägre under tredje och fjärde kvartalet 2020. Hela den nedgången under de två sista kvartalen förklaras dock av en bestående nedgång i Region Stockholm. I övriga regioner har läget normaliserats och i några fall sker en ökning jämfört med tidigare år. I detta sammanhang skall dock påpekas att Socialstyrelsen sommaren 2020 gav ut tillfälliga föreskrifter som medgav en bredare användning av HPV självprovtagning till och med juni 2021.

Stockholm, Östergötland, Skåne och Dalarna hade förberett för en sådan anpassning, men de tre sist nämnda fick dock igång en "normal" screeningverksamhet under de två sista kvartalen 2020. HPV vaccinationen har fortsatt under 2020 med oförändrad nivå jämfört med 2019.

Sammanfattningsvis kan sägas att nedgången i provtagning särskilt i region Stockholm är oroande. Denna oro förstärks av det faktum att minskningen av rapporterade in-situ fall är så högt som 13,4 %, vilket kan tolkats som att vi har haft ett selektivt bortfall där de med högst risk har valt att inte låta sig screenas. Utfallet i cervixcancer de närmaste åren kommer att vara en markör för hur verksamma de åtgärder har varit för regionerna att komma till rätta med det underskott som föreligger.

#### *Prostatacancer*

Under 2020 är denna cancerform där vi ser den största nedgången jämfört med tidigare åt både i absoluta och relativa tal, även här med stora regionala skillnader. Denna nedgång sker till allra största delen i början av pandemin, men ingen återhämtning sker under senare delen av året. Den sannolika reella nedgången förstärktes av att nya riktlinjer började tillämpas om vilka patienter som skulle gå vidare till fortsatt utredning efter PSA-test. Detta gäller särskilt region Väst, som också har den största nedgången.

Nedgången var lika stor och visade samma mönster för såväl lågrisk, intermediärrisk, högrisk som metastaserad cancer. Minst nedgång återfanns i åldersgruppen under 70 år, mer uttalad i åldersgruppen 70 till 75 år och mest uttalad bland de över 75 år. Antalet skelettundersökningar bland högriskpatienterna under 80 års ålder visar på en nedgång under första delen av pandemin.

Vad gäller de terapeutiska insatserna ser man ingen nedgång i antalet radikala prostatektomier, det bör dock i detta sammanhang påpekas att vi åren innan 2020 sett en ökning av antalet prostatektomier så frånvaron av en minskning kan dölja en nedgång i andelen av de som tidigare skulle ha opererats. Antalet kurativa strålterapi visar på en marginell nedgång i början av pandemin men under andra halvåret är antalet det samma som under tidigare år. För hormonbehandling föreligger dock en markerad nedgång under första delen av pandemin men också under hösten 2020.

Sammanfattningsvis föreligger en nedgång i diagnosticerad prostatacancer för alla riskgrupper, mer uttalad för de äldre, över 75 års ålder. Kurativ behandling har prioriterats medan den hormonella interventionen tycks ha fått lägre prioritet. Här föreligger ett stort uppdämt behov.

#### **Proteskirurgi**

Höft- och knäproteskirurgi är exempel på operationer som är kvantitativt stora där huvudparten utförs elektivt, även om en del höftproteser görs akut i samband med behandlingen för trauma. Förändringar i operationsvolym för dessa två operationstyper är därför ett gott mått på hur och när regionerna har prioriterat och om det föreligger skillnader mellan olika grupper. Data har ställts till förfogande genom protesregistret, ett kvalitetsregister som omfattar såväl knän som höfter. Jämförelser har gjorts mellan 2020 och 2017-2019.

#### *Höftkirurgi*

Antalet akuta protesoperationer för höftprotes år 2020 var närmast identiskt med jämförelseåren 2017-2019. Antalet elektiva operationer var 13475, vilket var 79 % av det förväntade med samma nedgång för såväl kvinnor som män (Tabell 10).

**Tabell 10**

Period	Q1+Q2+Q3+Q4	
	Antal	Andel av förväntat
Totalt	13475	0,79
Män	7716	0,79
Kvinnor	5759	0,78

Nedgången förelåg huvudsakligen under de första två kvartalen, men även under de två sista fanns en mindre nedgång (Tabell 11).

**Tabell 11**

Period	Q1+Q2	Q3+Q4
Totalt	0,67	0,93
Män	0,68	0,93
Kvinnor	0,66	0,93

I Tabell 12 och Tabell 13 analyseras åldersgrupperna < 60 år, 60-69 år, 70-79 år samt > 80 år separat för kvinnor och män. Nedgången har drabbat alla åldersgrupper utan könsskillnad. Nedgången är dock mest markerad för de äldre åldersgrupperna lika för båda könen.

**Tabell 12 kvinnor**

Ålder	Q1+Q2	Q3+Q4
Totalt	0,66	0,93
< 60 år	0,83	1,05
60-69 år	0,69	0,89
70-79 år	0,60	0,89
80+	0,59	0,96

**Tabell 13 män**

Ålder	Q1+Q2	Q3+Q4
Totalt	0,68	0,93
< 60 år	0,78	0,95
60-69 år	0,70	0,92
70-79 år	0,60	0,93
80+	0,64	0,96

I Tabell 14 redovisas varje region för sig. Här föreligger en stor variation för båda perioderna. Under Q 1 och Q 2, lägst påverkan i region Uppsala 85 % och högst i region Västernorrland 43 %. Under Q 3 och Q 4 region Halland med en 28 % ökning att jämföra med region Värmland med 69 %. Generellt kan sägas att i regioner med stora neddragningar under Q 1 och Q 2, dessa i viss mån kvarstod under Q 3 och Q 4, och vice versa för de med låga neddragningar.

**Tabell 14**

Region	Q1+Q2	Q3+Q4
Blekinge	0,62	1,01
Dalarna	0,59	0,70
Gotland	0,77	1,01
Gävleborg	0,59	1,03
Halland	0,76	1,28
Jämtland	0,53	0,92
Jönköping	0,51	1,00
Kalmar	0,65	0,84
Kronoberg	0,55	0,99
Norrbottn	0,57	0,95
Skåne	0,71	0,88
Stockholm	0,76	1,03
Södermanland	0,48	1,15
Uppsala	0,85	0,93
Värmland	0,50	0,69
Västerbotten	0,74	1,14
Västernorrland	0,43	0,87
Västmanland	0,55	0,55
Västra Götaland	0,79	0,86
Örebro	0,44	0,70
Östergötland	0,51	0,75

*Knäproteser*

I motsats till höftproteser förekommer nästan inga akuta operationer för knäproteser. I Tabell 15 och Tabell 16 redovisas resultaten för knäproteser, utvecklingen är mycket lik den för elektiva höftproteser, neddragningen är av samma storleksordning utan någon skillnad mellan könen.

**Tabell 15**

Period	Q1+Q2+Q3+Q4
Totalt	0,75
Män	0,77
Kvinnor	0,73

**Tabell 16**

Period	Q1+Q2	Q3+Q4
Totalt	0,65	0,87
Män	0,66	0,89
Kvinnor	0,64	0,85

I Tabell 17 redovisas neddragningarna stratifierat på ålder. Det är uppenbart att de med en ålder under 60 år har prioriterats högre under båda tidsperioderna, särskilt den sista. För övriga åldersgrupper är skillnaderna marginella särskilt under den sista perioden.

**Tabell 17**

Ålder	Q1+Q2	Q3+Q4	Q1+Q2+Q3+Q4
Totalt	0,65	0,87	0,75
< 60 år	0,72	1,00	0,85
60-69 år	0,67	0,80	0,76
70-79 år	0,61	0,82	0,71
80+	0,59	0,84	0,70

I Tabell 18 redovisas knäoperationer med protes per region. Vi har här även gjort en jämförelse mellan "konsumtion" och "produktion". Vad gäller skillnaderna mellan regionerna är det stora likheter med variationerna vid höftledsoperationer. Denna största nedgången under Q 1 och Q 2 mest uttalad i region Blekinge till 39 % och minst i region Västerbotten till 77 %. Under Q 3 och Q 4 var minskningen störst i region Västmanland 56 % medan region Västerbotten redovisade en ökning med 13 %.

**Tabell 18**

Region	Q1+Q2		Q3+Q4		Q1+Q2+Q3+Q4	
	Kons	Prod	Kons	Prod	Kons	Prod
Totalt	0,65	0,65	0,87	0,87	0,75	0,75
Stockholm	0,75	0,74	0,86	0,91	0,80	0,82
Uppsala	0,66	0,67	0,96	0,96	0,80	0,80
Södermanland	0,54	0,62	0,90	1,01	0,70	0,80
Östergötland	0,59	0,47	0,77	0,64	0,67	0,55
Jönköping	0,61	0,73	1,02	1,08	0,80	0,89
Kronoberg	0,49	0,42	0,66	0,71	0,57	0,54
Kalmar	0,58	0,53	0,94	0,82	0,75	0,67
Gotland	0,58	0,47	0,61	0,71	0,60	0,58
Blekinge	0,39	0,40	0,92	0,93	0,61	0,62
Skåne	0,71	0,66	0,90	0,87	0,80	0,73
Halland	0,66	0,75	1,06	1,19	0,84	0,94
Västra Götaland	0,70	0,73	0,87	0,89	0,78	0,75
Värmland	0,45	0,44	0,63	0,64	0,53	0,53
Örebro	0,74	0,54	0,91	0,64	0,82	0,58
Västmanland	0,49	0,56	0,56	0,22	0,52	0,42
Dalarna	0,66	0,51	0,83	0,63	0,74	0,57
Gävleborg	0,57	0,59	0,84	0,83	0,69	0,70
Västernorrland	0,40	0,40	0,80	0,86	0,57	0,60
Jämtland	0,50	0,38	0,68	0,64	0,59	0,51
Västerbotten	0,77	0,75	1,13	1,14	0,93	0,93
Norrbottn	0,70	0,67	0,82	0,80	0,76	0,74

Skillnaderna mellan regionerna blir än mer markerade när man ser på produktionen, d.v.s. hur många operationer som genomförts av utförare i respektive region. Konsumtion står för operationer som utförts på invånare i respektive region. Vad gäller produktion är spannet större än för konsumtion; För Q 1 och Q 2 region Jämtland 38 % och region Halland 75 % och Q 3 och Q 4 region Västmanland 22 % och region Halland en ökning på 14 %. Det är uppenbart att här har vissa regioner prioriterat bort viss elektiv verksamhet på ett likartat sätt för såväl höft- som knäledsprotoser. Detta



har till viss mån kompenseras av kapacitet inom andra regioner, t e x region Halland, Västerbotten och Södermanland. En framtida kartläggning om hur utomregionspatienter har prioriterats är av stort intresse.

Sammanfattningsvis föreligger stora skillnader mellan regionerna hur elektiv proteskirurgi har prioriterats, men vad det gäller den akuta föreligger ingen skillnad jämfört med tidigare perioder, Det föreligger ingen skillnad mellan könen, men de yngre tycks ha haft en något högre prioritering. Om denna är avsiktlig eller en följd av att de äldre har varit ovilliga att ha kontakt med hälsovården är omöjligt att avgöra. Inom några regioner föreligger en stor skillnad i nedgången i konsumtion och produktion, detta tyder på att det genom samarbeten mellan regioner och/eller icke offentligt drivna sjukvård finns möjligheter till att komma till rätta med det uppdämda behov som föreligger för proteskirurgi.

#### *Utförare; Offentlig driven vård versus offentlig- eller försäkringsfinansierad vård*

Inom ramen för protesregistren redovisas all proteskirurgi oavsett utförare. Inom ramen för SPOR (Svenskt perioperativt register) redovisas all kirurgi utförd av offentliga drivna vårdenheter. En skillnad i neddragningar kan ge en fingervisning om det är skillnader i de prioriteringar som gjorts.

I Tabell 19 redovisas skillnader i höft- och knäplastker mellan de två datakällorna;

**Tabell 19**

<b>Register</b>	<b>Höftregistret (%)</b>	<b>SPOR (%)</b>
Totalt	79	69
Män	79	69
Kvinnor	78	69
Över 80 år	77	71
70-79 år	74	65
60-69 år	79	70
Under 60 år	89	76
	<b>Knäregistret (%)</b>	<b>SPOR (%)</b>
Totalt	75	63
Män	77	63
Kvinnor	73	61
Över 80 år	59	59
70-79 år	61	60
60-69 år	67	64
Under 60 år	72	71

Denna sammanställning visar att den offentligt drivna vården har dragit ner mer på proteskirurgin än den vård som genomförts av andra utförare. Prioriteringarna, proportionellt sett, har ett likartat mönster, men de yngre åldersgrupperna synes ha haft en konkurrensfördel jämfört med de, som har omhändertagits inom den offentligt drivna vården. De underliggande orsakerna är sannolikt mångfacetterad; de yngre omfattas inte av samma strikta rekommendationer vad gäller pandemin som de äldre och de yngre har mer sällan annan sjuklighet, vilket leder till att de mer riskfritt kan opereras på en sjukvårdsinrättning utan akutresurser. En alternativ sannolikt överlappande förklaring kan vara en underliggande privat sjukförsäkring, men vi saknar underlag för att i detalj undersöka omfattningen av detta.

## Akut och elektiv kirurgi

Genom data från SPOR (svenskt perioperativt register) finns möjlighet att utvärdera all kirurgi inom offentligt driven vård. Data finns veckovis, uppdelat på elektiv och akut kirurgi, kön, åldersgrupp och per region. Jämförelser har gjorts mellan 2019 och 2020. I Tabell 20 redovisas totala antalet, nedbrutet på kön och ålder och skillnaden i procent. Vid några tillfällen saknas uppgift om kön och/eller ålder, vilket leder till att total siffrorna skiljer sig från summan av olika subgrupper.

**Tabell 20**

	<b>Totalt (N)</b>	<b>%</b>	<b>Akut (N)</b>	<b>%</b>	<b>Elektiv (N)</b>	<b>%</b>
<b>Totalt</b>						
2020	448 626	89	159 283	103	289 341	83
2019	505 349		154 938		350 411	
<b>Män</b>						
2020	202 783	89	72 370	103	130 412	83
2019	226 938		70 111		156 827	
<b>Kvinnor</b>						
2020	241 358	87	84 710	101	156 647	81
2019	276 590		83 634		192 956	
<b>Över 80 år</b>						
2020	53 954	90	25 246	101	28 708	82
2019	59 832		25 030		34 802	
<b>Män</b>						
2020	23 981	92	10 231	102	13 750	86
2019	25 982		10 001		15 981	
<b>Kvinnor</b>						
2020	29 619	88	14 795	99	14 824	79
2019	33 833		15 016		18 817	
<b>70-79 år</b>						
2020	91 065	88	26 796	103	64 268	83
2019	103 073		26 087		76 986	
<b>Män</b>						
2020	46 520	90	13 998	103	32 522	85
2019	51 913		13 653		38 260	
<b>Kvinnor</b>						
2020	44 037	86	12 632	102	31 404	81
2019	51 122		12 411		38 711	
<b>60-69 år</b>						
2020	71 118	88	19 886	103	51 232	83
2019	80 740		19 346		61 394	
<b>Män</b>						
2020	35 785	89	11 033	105	24 752	84
2019	40 142		10 537		29 585	
<b>Kvinnor</b>						
2020	34 824	86	8 715	99	26 109	82

	<b>Totalt (N)</b>	<b>%</b>	<b>Akut (N)</b>	<b>%</b>	<b>Elektiv (N)</b>	<b>%</b>
2019	40 552		8 759		31 793	
<b>Under 60 år</b>						
2020	231 557	89	86 695	104	144 861	82
2019	260 532		83 666		176 866	
<b>Män</b>						
2020	96 492	89	37 103	103	59 388	81
2019	108 899		35 900		72 999	
<b>Kvinnor</b>						
2020	132 875	88	48 567	102	84 308	81
2019	151 082		47 447		103 635	

Det har skett en nedgång av all kirurgi på 11 %, men denna nedgång återfinns helt inom de elektiva ingreppen. För de akuta finns till och med en mindre ökning på 3 %. Ett avvaktande förhållningssätt att söka vård och att elektiva operationer skjuts upp är två sannolika underliggande orsaker till minskningen. Denna nedgång är något mer markerad för kvinnor jämfört med män men skillnaderna är marginella. Skillnaderna i nedgång skiljer sig inte mellan åldersgrupperna. Uppgången för akuta ingrepp är mer markerad för män jämfört med kvinnor och återfinns i alla åldersgrupper

För att närmare utreda vad som kan vara specifikt för operativa ingrepp för kvinnor har vi i Tabell 21 redovisat några specifika operationer; kejsarsnitt, prolaps (framfall) och hysterektomi (borttagande av livmodern) .

**Tabell 21**

	<b>Totalt (N)</b>	<b>%</b>	<b>Akut (N)</b>	<b>%</b>	<b>Elektiv (N)</b>	<b>%</b>
<b>Kejsarsnitt</b>						
2020	18 881	103	11 008	105	7 873	100
2019	18 366		10 483		7 883	
<b>Prolapsoperation</b>						
2020	2 552	67				
2019	3 811					
<b>Över 80 år</b>						
2020	218	62				
2019	350					
<b>70-79 år</b>						
2020	782	67				
2019	1171					
<b>60-69 år</b>						
2020	590	64				
2019	926					
<b>Under 60 år</b>						
2020	962	71				
2019	1 364					
<b>Hysterektomi</b>						
2020	4 399	90	45	167	4 354	90
2019	4 870		27		4 843	

	<b>Totalt (N)</b>	<b>%</b>	<b>Akut (N)</b>	<b>%</b>	<b>Elektiv (N)</b>	<b>%</b>
<b>Över 80 år</b>						
2020	230	104	3	-	227	102
2019	222		0		222	
<b>70-79 år</b>						
2020	710	104	1	.	709	104
2019	680		0		680	
<b>60-69 år</b>						
2020	642	96	3	38	639	97
2019	670		8		662	
<b>Under 60 år</b>						
2020	2 812	85	38	200	2 774	85
2019	3 296		19		3 277	

Vad gäller kejsarsnitt föreligger en mindre ökning av de akuta snitten, men är resultatet i princip det samma som vid Tabell 1, men här är jämförelsen antal och i Tabell 1 andel. Prolapsoperationer har uppenbarligen prioriterats ned, men detta tycks vara oberoende av ålder, en reflektion är att vilka överväganden har gjorts när denna exklusivt kvinnliga åkomma har getts en låg prioritet? Vad gäller hysterektomi sker som gott som alla operationer elektivt. Här har en prioritering skett mellan åldersgrupperna, som synes vara adekvat, då hysterektomi i de äldre åldersgrupperna många gånger ligger på gränsen till vitalindikation alternativt imperativt behov.

I Tabell 22 görs motsvarande jämförelser för exklusiva manliga åkommor, prostatahyperplasi och radikal prostatektomi för cancer.

**Tabell 22**

	<b>Totalt (N)</b>	<b>%</b>	<b>Akut (N)</b>	<b>%</b>	<b>Elektiv (N)</b>	<b>%</b>
<b>Prostatahyperplasi</b>						
2020	2 310	66	41	77	2 269	66
2019	2 534		53		3 441	
<b>Över 80 år</b>						
2020	333	63	10	40	323	64
2019	528		25		503	
<b>70-79 år</b>						
2020	1 142	66	23	144	1 119	65
2019	1 731		16		1 715	
<b>60-69 år</b>						
2020	650	68	5	56	645	68
2019	960		9		951	
<b>Under 60 år</b>						
2020	185	68	3	150	182	67
2019	274		2		272	
<b>Radikal prostatektomi</b>						
2020	2 425	96				
2019	2 534					
<b>Över 80 år</b>						
2020	1	25				
2019	4					

	Totalt (N)	%	Akut (N)	%	Elektiv (N)	%
70-79 år						
2020	762	93				
2019	820					
60-69 år						
2020	1 198	97				
2019	1 230					
Under 60 år						
2020	464	97				
2019	479					

Det är därför intressant att se att operationer för prostatahyperplasi, som kvantitativt ligger nära de för prolaps, har nedprioriteras i ungefär samma utsträckning. Även här görs så gott som alla operationer elektivt. Det finns heller ingen skillnad mellan åldersgrupperna. Vad gäller den kurativa terapin för prostatacancer, radikal prostataektomi bekräftar denna statistik de från regionalt onkologiskt centrum, dvs att det bara har förekommit en marginell nedgång, något mer markerad i de äldre åldersgrupperna.

Cholecystektomi (operation för gallsten och eller inflammation i gallblåsan) och appendektomi (borttagande av blindtarmen) är två operationer som volymmässigt är de vanligaste operationerna i mag- tarmtrakten. Appendektomi gör oftast på en akut inflammation medan cholecystektomi görs ibland akut men något mer frekvent elektivt. Inflammation i blindtarmen är ett mycket allvarligt tillstånd bland de äldre (över 70 år), varför tidig operation är viktig. Tillståndet är dock vanligast bland de yngre åldersgrupperna, där diagnostiken har förfinats under de senaste 10-20 åren, och ofta inkluderar ultraljud och/eller datortomografi. Båda operationerna är därför ett sätt att studera prioriteringarna under pandemin. I Tabell 23 redovisas detta uppdelat på elektiva och akuta operationer, kön och åldersgrupper.

**Tabell 23**

	Total (N)	%	Akut (N)	%	Elektiv (N)	%
<b>Cholecystektomi</b>						
2020	10 963	93	5 928	105	5 035	82
2019	11 753		5 620		6 133	
<b>Män</b>						
2020	4 226	94	2 529	102	1 697	85
2019	4 480		2 474		2 006	
<b>Kvinnor</b>						
2020	6 608	91	3 329	107	3 279	80
2019	7 236		3 118		4 118	
<b>Över 80 år</b>						
2020	520	102	376	114	144	80
2019	512		331		181	
<b>70-79 år</b>						
2020	1 773	95	1 079	107	694	81
2019	1 861		1 006		855	
<b>60-69 år</b>						
2020	1 982	93	1 066	106	916	81
2019	2 136		1 005		1 131	
<b>Under 60 år</b>						

	Total (N)	%	Akut (N)	%	Elektiv (N)	%
2020	6 679	92	3 401	104	3 278	83
2019	7 228		3 264		3 964	
<b>Appendectomi</b>						
2020	11 231	108	11 034	108	197	105
2019	10 374		10 186		188	
<b>Män</b>						
2020	5 969	107	5 880	108	89	86
2019	5 557		5 453		104	
<b>Kvinnor</b>						
2020	5 026	106	4 919	106	107	127
2019	4 734		4 650		84	
<b>Över 80 år</b>						
2020	176	102	163	97	13	260
2019	173		168		5	
<b>70-79 år</b>						
2020	608	110	577	109	31	135
2019	552		529		23	
<b>60-69 år</b>						
2020	874	109	834	109	40	108
2019	805		768		37	
<b>Under 60 år</b>						
2020	9 535	108	9 422	109	113	92
2019	8 806		8 683		123	

Det föreligger två olika mönster för de två operationerna. Antalet appendektomier har gått upp, vilket sannolikt speglar nedgången i utredningsresurser såsom ultraljud och datortomografi, vilket leder till att man "tar det osäkra för det säkra" och opererar med något lägre tröskel. För cholecystektomier ser vi en något annorlunda tendens, även om antalet cholecystektomier har gått ner för båda könen och för alla åldersgrupper förklaras detta av en nedgång bland de elektiva. De akuta ingreppen har ökat och här kan finnas flera delvis överlappande förklaringar. I väntan på en elektiv operation kan gallåkomman bli akut, och det ökade antalet kan vara en följd av en förlängd väntetid på operation. En annan underliggande orsak kan vara att den behandlande kirurgen klassar en cholecystektomi som akut för att få operationen prioriterad. Sammanfattningsvis kan dock sägas från dessa två exempel att den akuta kirurgiska vården har fungerat och att inga bortprioriteringar kan spåras i aktuellt material.

#### *Jämförelse mellan första och andra vågen*

Den första vågen, här definierad som perioden vecka 10 – vecka 12 2020, mötte en svensk sjukvård, som inför många okända faktorer skalade ner en del verksamheter för att bättre kunna möta det vårdbehov man väntade skulle genereras av pandemin. Erfarenheterna av den första vågen tillkom som beslutsunderlag när den andra vågen, här definierad som vecka 40 – vecka 52, blev aktuell. I Tabell 24 jämför vi de neddragningar som blev resultatet.

**Tabell 24**

Ingrepp	Hela året %	1:a vågen %	2:a vågen %
Totalt	89	69	96

<b>Ingrepp</b>	<b>Hela året %</b>	<b>1:a vågen %</b>	<b>2:a vågen %</b>
Akut total	103	97	101
Elektivt total	83	58	93
Män totalt	89	69	97
Män akut	103	97	104
Män elektivt	83	57	95
Kvinnor totalt	87	67	94
Kvinnor akut	101	94	100
Kvinnor elektivt	81	57	92
Över 80 år totalt	90	70	98
Över 80 år akut	101	93	100
Över 80 år elektivt	82	55	97
70 – 79 år totalt	88	65	99
70 -79 år akut	103	94	106
70 -79 år elektivt	83	62	93
Under 60 år totalt	89	69	94
Under 60 år akut	104	99	104
Under 60 år elektivt	82	57	91
Kejsarsnitt totalt	103	104	98
Kejsarsnitt akut	105	108	98
Kejsarsnitt elektivt	100	99	98
Prolapsoperation	67	31	84
Hysterektomi	90	70	100
Prostatahyperplasi	66	33	82
Total prostataektomi	96	97	87
Cholecystektomi total	93	69	101
Cholecystektomi akut	105	98	106
Cholecystektomi elektiv	82	46	97
Appendektomi	108	97	109

Det är uppenbart att den första vågen ställde stora krav på omprioriteringar, vilket slår igenom på de elektiva operationerna. Cancerkirurgin påverkas i mindre omfattning och akut kirurgin inklusive elektiva kejsarsnitt nästa inte alls. Ingen skillnad i stort mellan könen, medan det finns en tendens till nedprioritering för de äldre åldersgrupperna. Det föreligger inte heller någon korrelation mellan omfattning av smitta och neddragningar regionalt. Sammanfattningsvis har sjukvården visat på ett pragmatisk prioritering, även om första vågen har satt äldre patienter på visst undantag, men erfarenheterna från första vågen har använts förr att skapa ett mycket mer robust fungerande system under andra vågen!

### **Konklusion**

Sammanfattningsvis har såväl öppen som sluten vård efter omständigheterna fungerat väl, inskränkningar har gjorts, men de prioriteringar som gjorts kännetecknas av pragmatism, rimliga överväganden och erfarenheter gjorde under första vågen har tagits till vara under den andra vågen. Med detta sagt har dock vissa grupper såsom äldre, kvinnor födda utanför Sverige haft sämre tillgång till hälso- och sjukvården, sannolikt till följd av en önskan att undvika infektion, vilket är i linje med FHM:s rekommendationer. Man bör kanske överväga om dessa rekommendationer i framtiden behöver modifieras för att undvika sådana bortfall? Det förtjänas slutligen att påpeka att vi inget vet om de långsiktiga konsekvenserna av denna neddragning framför allt inom

cancerområdet, men även för kroniska tillstånd som t ex diabetes eller inom psykiatrin. Fortsatta insatser genom forskning och uppföljning är nödvändiga framtida satsningar för att få dessa insikter.