



State of Health in the EU

Sverige

Landsprofil hälsa 2021

Landsprofilerna om hälsa

Landsprofilerna i serien *State of Health in the EU* ger en kortfattad, policyinriktad översikt över hälsa och hälso- och sjukvårdssystemen i EU och EES (Europeiska ekonomiska samarbetsområdet). Varje lands särdrag och utmaningar lyfts fram i förhållande till övriga länder i EU/EES. Syftet är att underlätta politikernas och aktörernas utbyte av kunskaper och erfarenheter.

Landsprofilerna har tagits fram gemensamt av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och European Observatory on Health Systems and Policies i samarbete med Europeiska kommissionen. Värdefulla kommentarer och förslag har också inkommit från nätverket Health Systems and Policy Monitor, OECD:s hälsokommitté och EU:s expertgrupp för resultatutvärdering av hälso- och sjukvården.

Innehåll

1. ÖVERSIKT	3
2. HÄLSA I SVERIGE	4
3. RISKFAKTORER	7
4. HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET	9
5. RESULTAT INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	12
5.1 Effektivitet	12
5.2 Tillgänglighet	14
5.3 Anpassningsförmåga	16
6. SLUTSATSER	22

Data- och informationskällor

De data och upplysningar som presenteras i landsprofilerna är till största delen hämtade från den officiella statistik som länderna rapporterat in till Eurostat och OECD. All information har validerats för att jämförelserna av data ska hålla högsta möjliga kvalitet. Information om vilka källor och metoder som använts vid insamling och hantering av data finns i Eurostats databas och OECD:s hälsodatabas. Vissa data har också samlats in från Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease

Prevention and Control (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), Världshälsoorganisationen (WHO) samt andra nationella källor.

EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde för de 27 EU-medlemsstaterna om inte annat anges. Island och Norge ingår inte i EU-genomsnittet.

Denna profil blev klar i september 2021 och bygger på de data som fanns tillgängliga i slutet av augusti 2021.

Demografisk och socioekonomisk kontext i Sverige, 2020

Demografiska faktorer	Sverige	EU
Befolkning	10 327 589	447 319 916
Andel av befolkningen över 65 år (%)	20.0	20.6
Fruktbarhetstal ¹ (2019)	1.7	1.5
Socioekonomiska faktorer		
BNP per capita (EUR PPP ²)	36 643	29 801
Relativ fattigdom ³ (%), 2019	17.1	16.5
Arbetslöshet (%)	8.3	7.1

1. Antal barn som föds per kvinna i åldern 15–49 år. 2. Köpkraftsparitet (PPP) är ett mått som anger vilken växelkurs som krävs för att olika valutor ska ha samma köpkraft, så att skillnader utjämnas mellan prisnivåerna i ett land jämfört med ett annat. 3. Andel av befolkningen som lever på under 60 % av den disponibla medianinkomsten per konsumtionsenhet. Källa: Eurostats databas.

Ansvarsfriskrivning: De åsikter och synpunkter som uttrycks i detta dokument är författarnas egna och återspeglar inte nödvändigtvis åsikterna hos OECD eller dess medlemsländer, European Observatory on Health Systems and Policies eller någon av dess partner. De synpunkter som presenteras i dokumentet ska inte på något sätt anses återspegla Europeiska unionens officiella ståndpunkt.

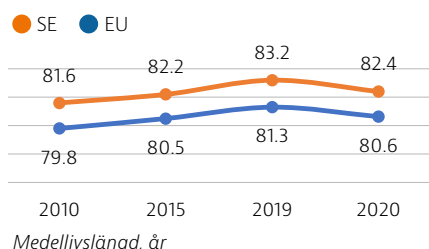
Detta dokument samt alla data och kartan i detta påverkar inte något territoriums status eller suveränitet, dragningen av internationella gränser eller namnet på några territorier, städer eller områden.

Ytterligare ansvarsfriskrivningar för WHO gäller.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

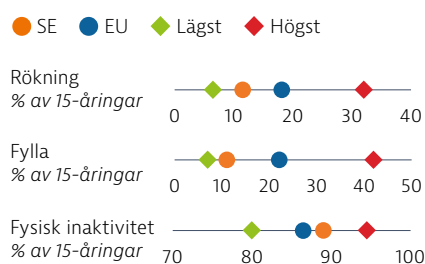
1 Översikt

Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU, även om den under 2020 minskade med nästan ett år till följd av covid-19-pandemin. Hälso- och sjukvårdssystemet fungerar i allmänhet bra när det gäller tillgång till högkvalitativ vård. Det finns dock fortsatt utmaningar när det gäller likvärdig tillgång till vård för befolkningen i olika regioner, tillgång till vård i tid, bättre samordning av vård för personer med kroniska sjukdomar och förbättrad kvalitet på långvarig vård och omsorg.



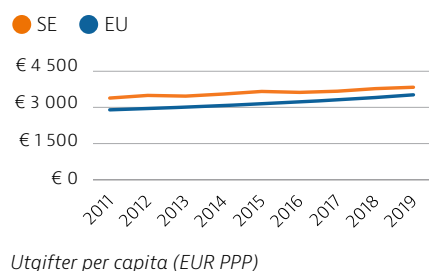
Hälsostatus

År 2020 var medellivslängden i Sverige 82,4 år, vilket är nästan två år över EU-genomsnittet. Den minskade dock samma år med nästan ett år, på grund av det stora antalet dödsfall i covid-19. Mer än två tredjedelar av dem som avled i covid-19 var 80 år eller äldre.



Riskfaktorer

Andelen vuxna som röker i Sverige är bland de lägsta i EU. Bruk av andra tobaksprodukter, t.ex. snus, är dock vanligt. Alkoholkonsumtionen per vuxen har minskat de senaste tio åren och ligger långt under EU-genomsnittet. Siffrorna är låga även för svenska ungdomar när det gäller rökning och överdriven alkoholkonsumtion, men höga när det gäller fysisk inaktivitet.

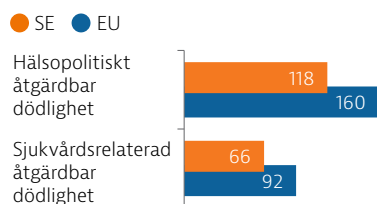


Hälso- och sjukvårdssystemet

Sverige låg 2019 på fjärde plats i EU i fråga om utgifter för hälso- och sjukvård per capita, och på tredje plats i fråga om dessa utgifters andel av BNP. Hälso- och sjukvårdsutgifterna finansieras till största delen med offentliga medel (85 %). Utgifterna för hälso- och sjukvården växte i relativt blygsam omfattning under åren före pandemin, men ökades av regeringen under 2020 och 2021 som svar på covid-19-pandemin.

Effektivitet

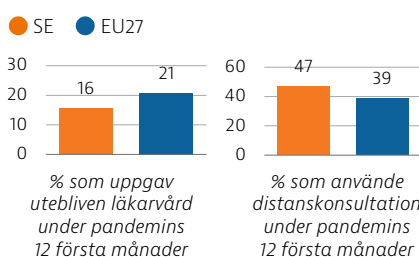
Sverige hade låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2018, vilket tyder på att det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet generellt är effektivt under normala omständigheter.



Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare, 2018

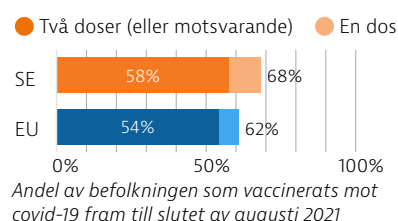
Tillgänglighet

Under det första året efter pandemins början rapporterade en av sex personer i Sverige vissa icke tillgodosedda vårdbehov, vilket är färre än EU-genomsnittet. För att upprätthålla tillgången till vård ökade användningen av distanskonsultation snabbt i Sverige under pandemin.



Anpassningsförmåga

Sverige försökte i sin hantering av covid-19-krisen att hitta en balans mellan skydd av människors hälsa och skydd av ekonomisk och social verksamhet. Jämfört med övriga nordiska länder infördes färre restriktioner, särskilt under den första vågen, och antalet döda var stort. I slutet av augusti 2021 hade 58 % av befolkningen fått två doser eller motsvarande, vilket är något över EU-genomsnittet.



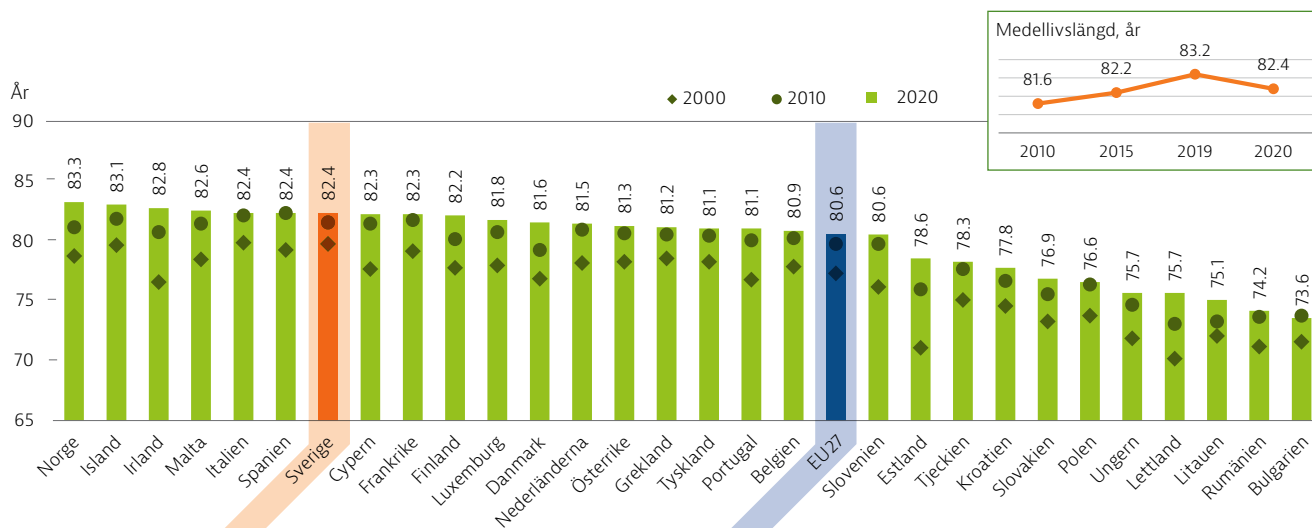
2 Hälsa i Sverige

Medellivslängden i Sverige sjönk under 2020 på grund av covid-19

Medellivslängden i Sverige var bland de högsta i EU år 2020, även om den tillfälligt minskade med hela

0,8 år på grund av det relativt stora antalet dödsfall i covid-19 (figur 1). Minskningen är något större än genomsnittet för hela EU (0,7 år). Det är den största minskningen av medellivslängden i Sverige sedan 1944 (SCB, 2021).

Figur 1. Medellivslängden var bland de högsta i EU år 2020 trots minskningen på grund av covid-19



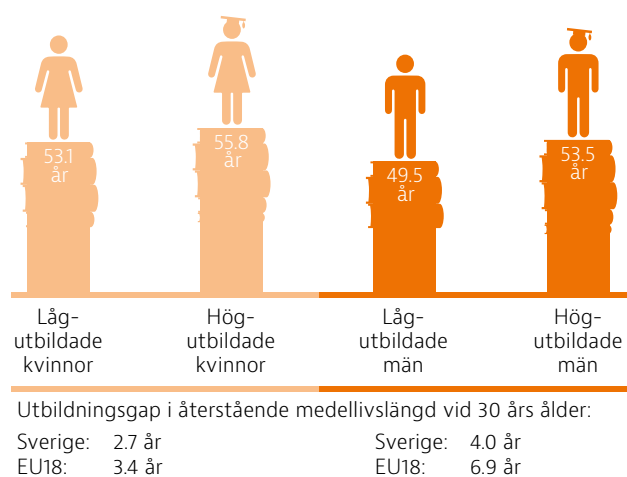
Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde. Uppgifterna för Irland avser 2019.
Källa: Eurostats databas.

De könsrelaterade och sociala skillnaderna i medellivslängd är mindre tydliga än i de flesta andra EU-länder

Skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män är mycket mindre i Sverige än i andra EU-länder (3,5 år jämfört med EU-genomsnittet på 5,6 år). Även de utbildningsrelaterade skillnaderna är mindre tydliga än i de flesta andra EU-länder. Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder för männen med lägst utbildningsnivå var emellertid fyra år kortare än för dem med högst utbildningsnivå 2017. Motsvarande skillnad för kvinnor var cirka tre år (figur 2).

För år 2020 förväntas de socioekonomiska ojämlikheterna när det gäller medellivslängd öka, eftersom överdödligheten på grund av covid-19 var störst i områden med många migranter och låginkomsttagare (Folkhälsomyndigheten, 2021a).

Figur 2. Den utbildningsrelaterade skillnaden i medellivslängd var fyra år för män och cirka tre år för kvinnor



Anmärkning: Uppgifterna avser återstående medellivslängd vid 30 års ålder. Med högutbildade avses personer som har minst två års eftergymnasial utbildning (ISCED-nivåerna 5–8). Med lågutbildade avses personer som inte har genomgått gymnasial utbildning (ISCED-nivåerna 0–2).

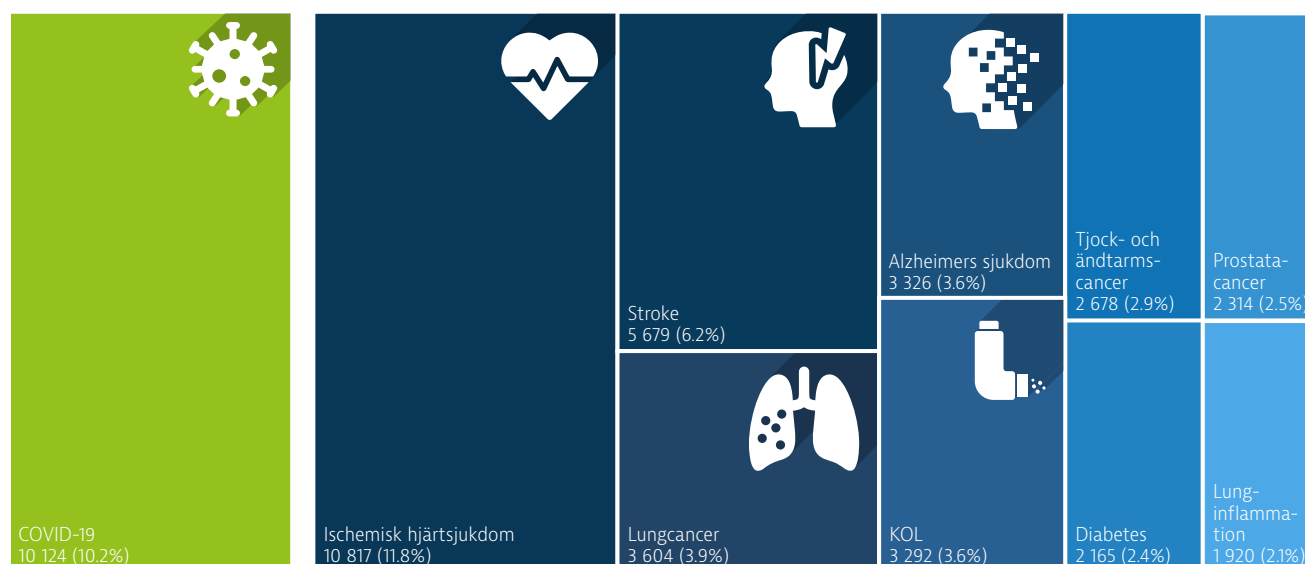
Källa: Eurostats databas (data för 2017).

Före pandemin var de främsta dödsorsakerna ischemisk hjärtsjukdom, stroke och lungcancer

Under 2018 orsakade hjärt-kärlsjukdomar en tredjedel av alla dödsfall i Sverige (33 %), följt av cancer (alla former) som orsakade en fjärdedel av dem (25 %). Mer specifikt var ischemisk hjärtsjukdom (närmare 12 % av alla dödsfall) och stroke (6 %) de främsta dödsorsakerna 2018. Lungcancer var den cancerform som orsakade flest dödsfall (figur 3).

Covid-19 stod för över 10 000 dödsfall i Sverige 2020 (10 % av alla dödsfall). Ytterligare 4 500 dödsfall registrerades under de åtta första månaderna av 2021. Mer än två tredjedelar av dem som avled var 80 år eller äldre.

Figur 3. Covid-19 stod för en stor andel av dödsfallen 2020



Anmärkning: Antalet och andelen covid-19-dödsfall avser 2020, medan antalet och andelen för andra orsaker avser 2018. Storleken på covid-19-rutan är proportionell mot storleken på de huvudsakliga dödsorsakerna 2018.

Källor: Eurostat (för dödsorsaker 2018) och ECDC (för covid-19-dödsfall 2020, fram till vecka 53).

Dödligheten i covid-19 var fram till slutet av augusti 2021 10 % lägre i Sverige än i EU-länderna i genomsnitt (omkring 1 420 per miljon invånare jämfört med EU-genomsnittet på 1 590). Den var dock flera gånger högre än i Norge och Finland.

Överdödligheten oavsett dödsorsak var i Sverige mellan mars och december 2020 jämfört med tidigare år lägre än antalet covid-19 dödsfall. Detta tyder på att dödsfallen av andra orsaker var färre, och på att det i motsats till flera andra EU-länder inte skedde någon underräkning av antalet covid-19-dödsfall i Sverige (ruta 1).

De flesta svenskar säger sig ha god hälsa, men det finns skillnader knutna till inkomstgrupp

År 2019 uppgav mer än tre fjärdedelar av svenskarna (76 %) att de hade god hälsa, vilket är en större andel än i EU som helhet (69 %). Bland låginkomsttagare är det dock färre som anser sig ha god hälsa, och denna tendens syns även i andra länder. Bara 66 % av svenskarna i den lägsta inkomstgruppen uppgav att de hade god hälsa, jämfört med 86 % i den högsta inkomstgruppen.

Närmare två av fem vuxna i Sverige har en kronisk sjukdom

Närmare två av fem vuxna svenskar (38 %) uppgav att de hade minst en kronisk sjukdom 2019, vilket är en något högre andel än i EU som helhet (36 %) enligt EU:s statistik över inkomst- och levnadsvillkor (EU-SILC). Denna andel ökar med åldern: 55 % av alla över 65 år uppgav minst en kronisk sjukdom. Många av dessa sjukdomar ökar risken för allvarliga komplikationer av covid-19. Precis som i fallet med egenrapporterad hälsa finns det inkomstrelaterade skillnader i förekomsten av kroniska sjukdomar: 46 % av vuxna svenskar i den lägsta inkomstgruppen uppgav att de har minst en kronisk sjukdom, jämfört med 30 % i den högsta inkomstgruppen.

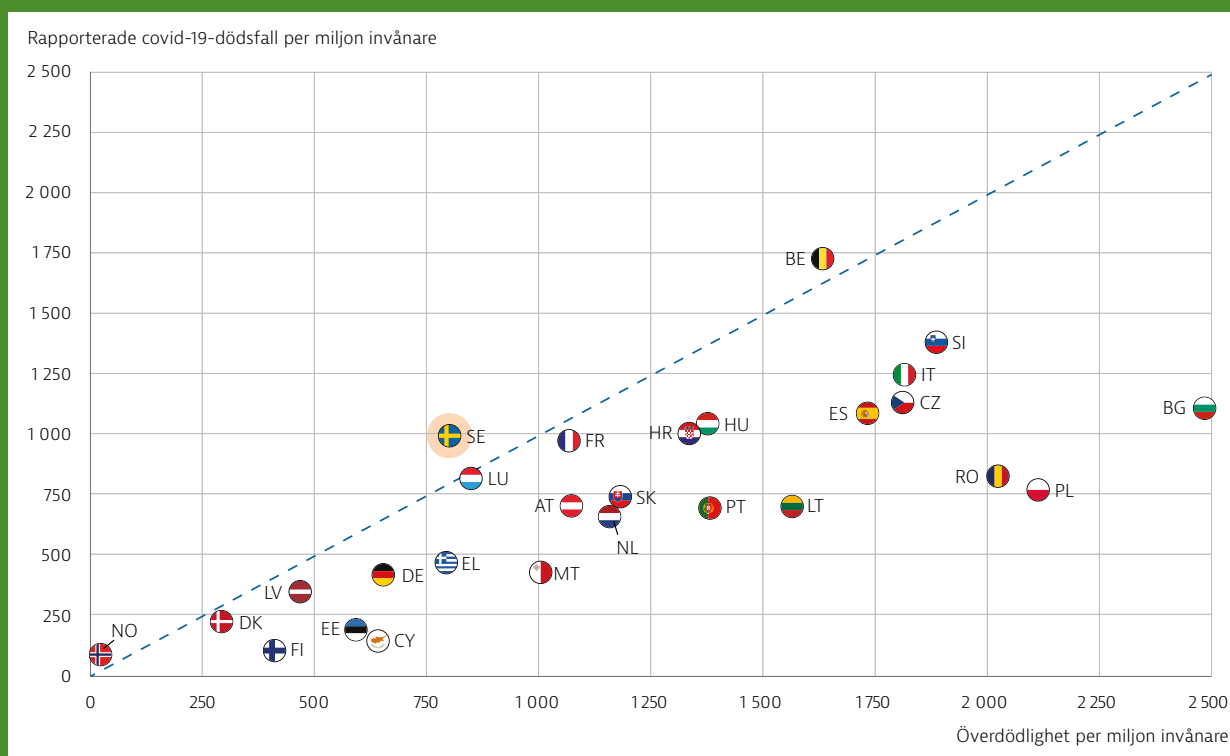
Ruta 1. Överdödligheten var lägre än antalet covid-19-dödsfall 2020

Länderna rapporterade antalet dödsfall i covid-19 med varierande exakthet, vilket berodde på testning och andra problem i samband med fastställande av dödsorsak. Detta ledde till en begränsad jämförbarhet.

Indikatorn överdödlighet (definierad som antal dödsfall, oavsett dödsorsak, över det antal som kan väntas baserat på tidigare års erfarenheter) kan användas för att mäta antalet covid-19-dödsfall på ett sätt som är mindre påverkat av dessa problem. Mellan mars och december 2020 var överdödligheten

i Sverige lägre än antalet rapporterade covid-19-dödsfall, vilket tyder på att dödsfallen av andra orsaker (t.ex. influensa) var färre än under tidigare år. Överdödligheten var också lägre i Sverige än i de flesta andra EU-länder, vilket tyder på att flera länder verkar ha underskattat antalet covid-19 dödsfall (figur 4). Sverige låg på nionde plats bland EU-länderna i fråga om antalet dödsfall i covid-19 år 2020, men först på nittonde plats sett till överdödligheten. Dock var överdödligheten i Sverige 2020 mycket högre än i alla övriga nordiska länder.

Figur 4. Överdödligheten i Sverige var lägre än antalet covid-19-dödsfall mars–december 2020



Anmärkning: Island finns inte med i denna figur eftersom landets överdödlighet var negativ mars–december 2020.

Källor: ECDC (för covid-19-dödsfall) och OECD utifrån Eurostat-data (för överdödlighet).

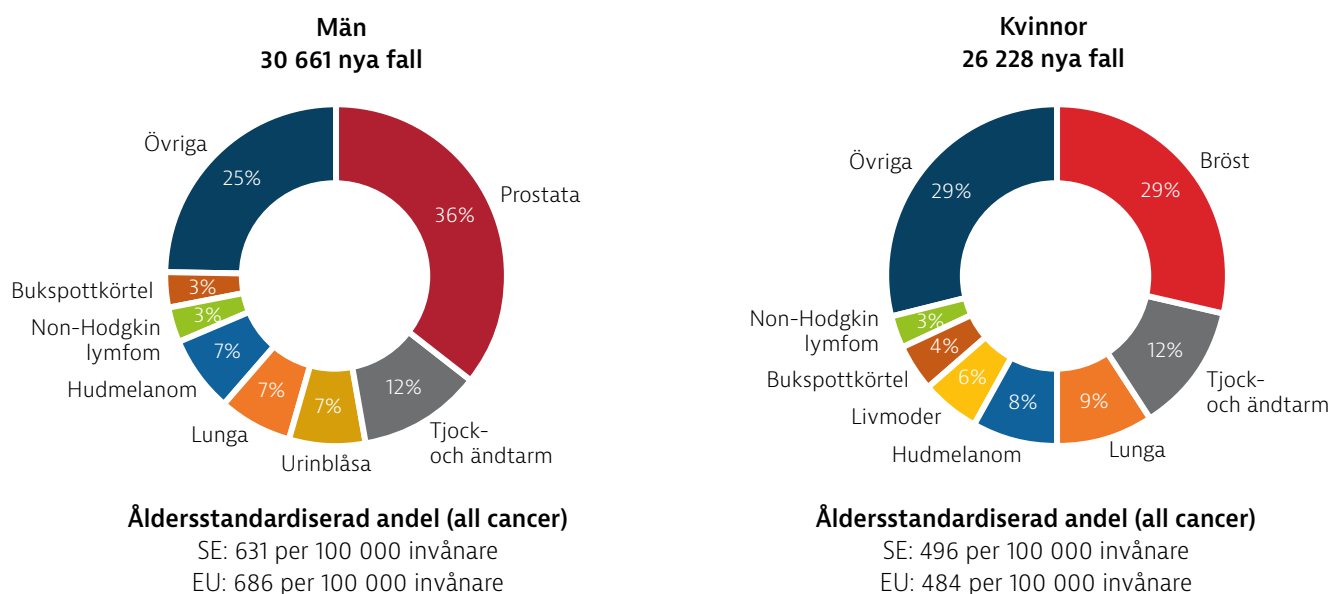
Cancerbördan i Sverige ligger nära EU-genomsnittet

Omkring 23 500 människor i Sverige dog av cancer 2018, och enligt JRC:s (Gemensamma forskningscentrumet i EU) beräkningar, som bygger på incidenstrender från tidigare år, väntades omkring 57 000 nya cancerfall 2020¹. Cancerincidensen väntades bli något lägre än EU-genomsnittet bland män, och något högre bland kvinnor. Figur 5 visar att prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer

är de vanligaste cancerformerna bland män, medan bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor, följt av tjock- och ändtarmscancer och lungcancer. Sverige har haft nationella cancerstrategier sedan 2010 för att minska risken för cancer, förbättra cancervårdens kvalitet och minska skillnaderna mellan befolkningsgrupper när det gäller sjuklighet och överlevnad (se avsnitt 5.1).

1. Beräkningarna gjordes före covid-19-pandemin, och detta kan ha påverkat både cancerincidensen och cancerdödligheten för 2020.

Figur 5. Omkring 57 000 nya cancerfall väntades i Sverige 2020



Anmärkning: Icke-melanom hudcancer är inte medräknad. Livmodercancer omfattar inte livmoderhalscancer.
Källa: Europeiska cancerinformationssystemet.

3 Riskfaktorer

Beteenderelaterade riskfaktorer ligger bakom mer än en tredjedel av alla dödsfall

Drygt en tredjedel (34 %) av alla dödsfall i Sverige kan kopplas till beteenderelaterade riskfaktorer, bland annat kostrelaterade risker, tobaksrökning,

alkoholkonsumtion och låg fysisk aktivitet. Detta är under EU-genomsnittet på 39 %. Exponering för luftföroreningar i form av fina partiklar (PM_{2,5}) och ozon stod tillsammans för omkring 1 % av alla dödsfall 2019 – en mycket lägre andel än i EU i genomsnitt (figur 6).

Figur 6. Mer än en tredjedel av dödsfallen i Sverige kan kopplas till beteenderelaterade riskfaktorer



Anmärkning: Det totala antalet dödsfall med koppling till dessa riskfaktorer är lägre än summan av antalet dödsfall relaterat till varje enskild riskfaktor, eftersom samma dödsfall kan kopplas till mer än en riskfaktor. De kostrelaterade riskerna omfattar 14 faktorer, bland annat lågt intag av frukt och grönsaker och hög konsumtion av sötade drycker. Luftföroreningarna omfattar exponering för PM_{2,5} och ozon.
Källor: IHME (2020), Global Health Data Exchange (beräkningarna avser 2019).

Rökningen och alkoholkonsumtionen har minskat

Mindre än 10 % av vuxna i Sverige rökte dagligen 2019, vilket är en minskning från 14 % år 2010. Sverige har den minsta andelen vuxna som röker varje dag i hela EU. I dessa siffror ingår dock inte användning av andra tobaksvaror. År 2019 snusade 21 % av männen och 5 % av kvinnorna i Sverige dagligen. Som med andra tobaksvaror ökar snusning risken för ischemisk hjärtsjukdom och stroke och likaså för cancer i bukspottkörteln, munhålan och matstrupen.

Alkoholförsäljningen och alkoholkonsumtionen per person bland 15-åringar minskade något (med 4 %) mellan 2010 och 2019, och ligger på en lägre nivå än i de flesta andra EU-länder. Under 2020 uppgav sju av tio personer att de inte hade ändrat sin alkoholkonsumtion på grund av pandemin. Fler personer rapporterade en minskad alkoholanvändning (19 %) än en ökad sådan (8 %), särskilt bland unga vuxna (Systembolaget, 2021).

Bland ungdomar uppgav 11 % av 15-åringarna 2018 att de hade varit berusade mer än en gång i livet, vilket är en lägre andel än i de flesta andra EU-länder (EU-genomsnitt: 22 %).

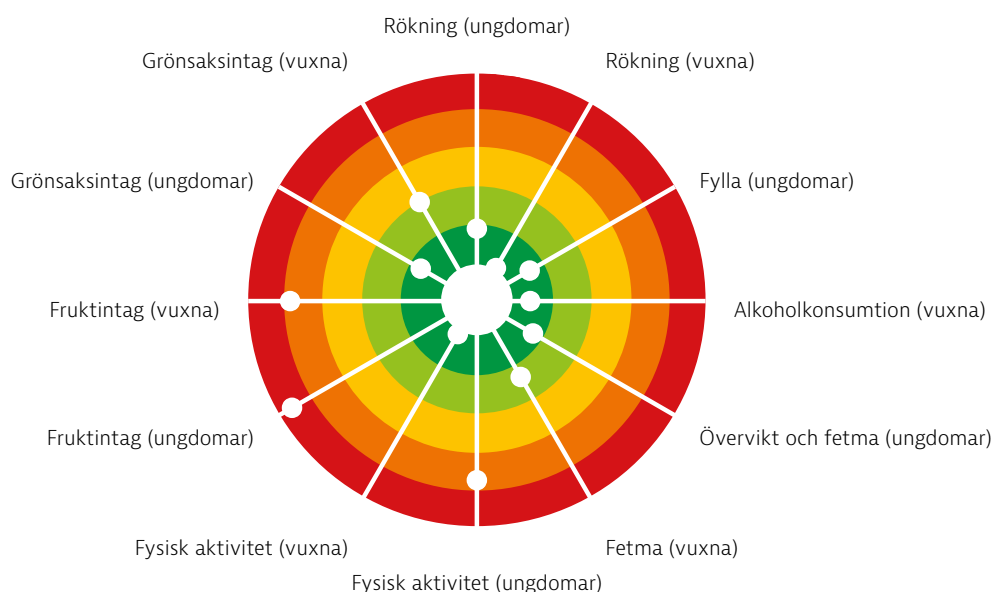
Den fysiska aktiviteten är relativt hög bland vuxna, men låg bland ungdomar

Andelen vuxna i Sverige som uppger att de deltar i åtminstone måttlig fysisk aktivitet varje vecka är högre än i de flesta andra EU-länder, men för ungdomar är det motsatta fallet. Bara 11 % av 15-åringarna i Sverige uppgav att de deltog i åtminstone måttlig fysisk aktivitet varje dag 2018, vilket är lägre än EU-genomsnittet på 14 %.

Andelen ungdomar som uppger att de äter minst en portion grönsaker varje dag är relativt hög jämfört med andra EU-länder, men när det gäller en portion frukt är andelen i stället relativt låg: omkring tre fjärdedelar av 15-åringarna uppgav 2018 att de inte åt frukt varje dag. Detsamma gäller för vuxna: mindre än hälften uppgav att de åt minst en portion frukt varje dag 2019.

Mer än var sjunde vuxen i Sverige (15 %) hade fetma 2019. Andelen har ökat över tid men är fortfarande lägre än i de flesta andra EU-länder (figur 7). Detsamma gäller för ungdomar: ungefär var sjätte person (16 %) hade övervikt eller fetma 2018, vilket är en lägre andel än EU-genomsnittet på 19 %.

Figur 7. Ungdomars fysiska inaktivitet och näringsintag är folkhälsoproblem i Sverige



Anmärkning: Ju närmare mitten punkten är placerad, desto bättre är landets resultat jämfört med andra EU-länder. Inget land hamnar i det vita mittenfältet, eftersom det finns utrymme för förbättringar på alla områden i samtliga länder.

Källor: OECD:s beräkningar grundade på HBSC-undersökningen 2017–2018 när det gäller indikatorerna för ungdomar, och OECD:s hälsostatistik samt den europeiska hälsoenkäten (EHIS) 2014 och 2019 när det gäller indikatorerna för vuxna.

Social ojämlikhet bidrar till hälsorisker

Många beteenderelaterade riskfaktorer i Sverige är vanliga bland lågutbildade och låginkomsttagare. Av vuxna som inte hade slutfört gymnasiet rökte 13 % dagligen 2020. Bland personer med eftergymnasial

utbildning var andelen endast 4 %. Ett liknande samband kan ses för övervikt och fetma, som förekom hos 67 % av vuxna utan gymnasieutbildning, men bara hos 45 % av dem med eftergymnasial utbildning. Att riskfaktorerna är vanligare i socialt utsatta grupper bidrar väsentligt till ojämlikheter i hälsa.

4 Hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvårdssystemet är mycket decentraliserat

Alla som bor i Sverige har rätt till hälso- och sjukvård, oavsett nationalitet. Staten ansvarar för reglering och tillsyn, och de 21 regionerna för finansiering, upphandling och tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Regionerna har ansvaret

för primärvård, specialistsjukvård och psykiatrisk vård, och de 290 kommunerna ansvarar för vård och omsorg för personer med funktionsnedsättningar, rehabilitering, hemtjänst, socialtjänst för barn och vuxna, äldreomsorg och skolhälsovård. De styrningsstrukturer som inrättades för att hantera covid-19-pandemin inbegrep en rad olika myndigheter på olika förvaltningsnivåer (ruta 2).

Ruta 2. Hanteringen av covid-19-pandemin inbegrep flera myndigheter och en ny pandemilag

Insatserna mot covid-19 leds av regeringen (genom Utrikesdepartementet och Socialdepartementet) tillsammans med bland andra Folkhälsomyndigheten (som samordnar övervakning, kommunikation och testning) och Socialstyrelsen (som samordnar vårdplatser och andra resurser). Myndigheten för samhällsskydd och beredskap informerar allmänheten om pandemin och ger stöd åt andra instanser, medan regionerna har i uppgift att utöka sjukvårdens kapacitet.

Källa: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

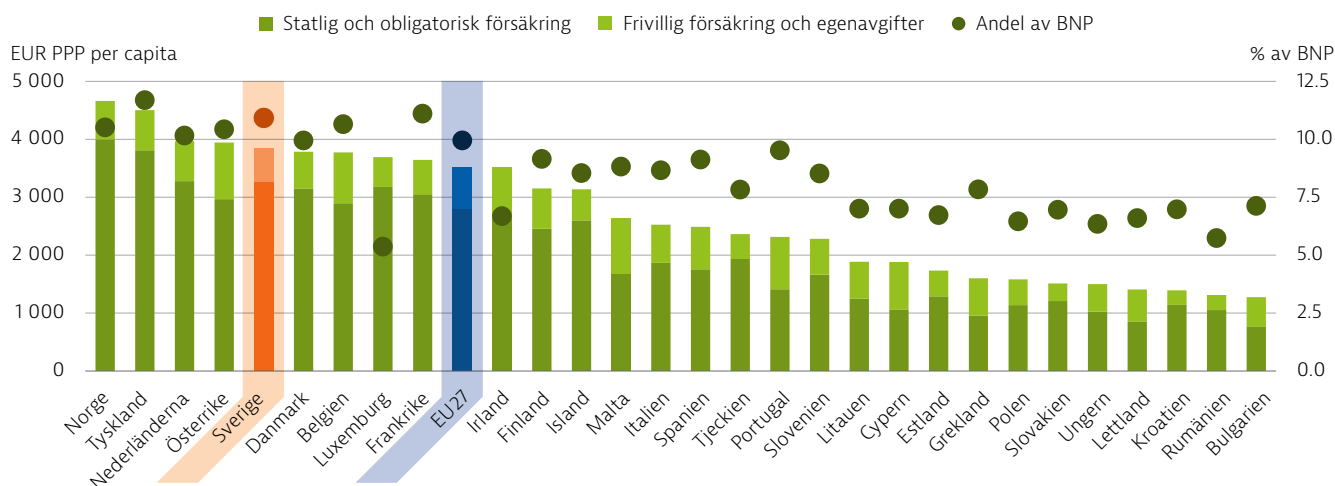
Under covid-19-pandemin godkände Sveriges riksdag en lagändring som tillfälligt gav regeringen ökade befogenheter att snabbt kunna vidta åtgärder för att begränsa smittspridningen. Detta följdes av en tillfällig pandemilag som antogs i mars 2021. Den tillfälliga pandemilagen gick längre än smittskyddslagen och smittskyddsförordningen och gav regeringen utökade befogenheter, bl.a. möjlighet att begränsa verksamheter.

Hälso- och sjukvården finansieras främst med offentliga medel

Hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige finansieras till största delen genom kommunala skatter tillsammans med direkta statliga överföringar, stöd till regionerna för öppenvårdsläkemedel och särskilda nationella program. År 2019 uppgick Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård till 10,9 % av BNP. Andelen ligger en bra bit över EU-genomsnittet på 9,9 % och är tredje störst i EU (figur 8). Hälso- och sjukvårdsutgiften per capita var fjärde störst bland EU-länderna 2019: 3 837 euro (justerat för skillnader i köpkraft).

De offentliga utgifterna utgjorde 85 % av de samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna, vilket är betydligt över EU-genomsnittet (80 %). Resterande hälso- och sjukvårdsutgifter (14 %) betalades till största delen direkt av hushållen. Endast cirka 1 % av hälso- och sjukvårdsutgifterna finansierades genom frivilliga sjukförsäkringar. Antalet personer med privat frivillig sjukförsäkring har dock ökat under de senaste tjugo åren, då en sådan försäkring möjliggör snabbare tillgång till privat specialistvård.

Figur 8. Sverige spenderar mer på hälso- och sjukvård än de flesta andra EU-länder



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2021 (uppgifterna avser 2019, med undantag för Malta där de avser 2018).

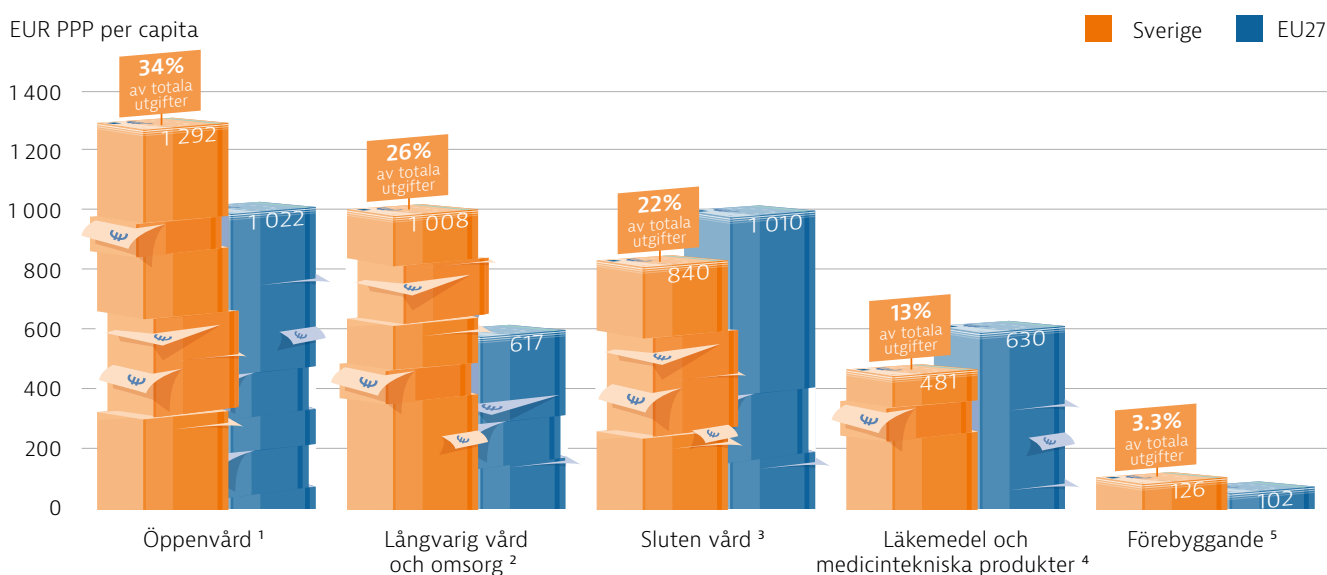
En tredjedel av hälso- och sjukvårdsutgifterna går till öppenvården

Den största utgiftsposten inom vården i Sverige är öppenvården (inklusive hemvård), som stod för drygt en tredjedel (34 %) av de totala vårdutgifterna 2019 (figur 9). Detta avspeglar de senaste tjugo årens ambition att bromsa kostnaderna för sjukhusvård genom att stärka öppenvården. Utgifterna för långvarig vård och omsorg uppgick till mer än en fjärdedel (26 %) av de totala vårdutgifterna. Utgiften per person var nästan dubbelt så stor som EU-genomsnittet. Utgifterna för slutna vård (som

vanligtvis tillhandahålls på sjukhus) utgjorde 22 % av de totala vårdutgifterna, vilket är mindre än för tio år sedan och mycket lägre än EU-genomsnittet (29 %).

I Sverige lades en mindre andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna på öppenvårdsläkemedel och medicintekniska produkter (13 %) än i EU i genomsnitt (18 %). Att utgifterna för läkemedel som ordinerats utanför sjukhus är relativt små beror delvis på lägre läkemedelspriser och en relativt stor användning av generiska läkemedel. Utgifterna för förebyggande åtgärder utgjorde 3,3 % av de totala vårdutgifterna, vilket är över EU-genomsnittet (2,9 %).

Figur 9. Sverige spenderar nästan dubbelt så mycket som EU-genomsnittet på långvarig vård och omsorg



Anmärkningar: Administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdssystemet ingår inte. 1. Inkluderar hemvård och stödtjänster (t.ex. patienttransporter). 2. Inkluderar bara hälso- och sjukvård. 3. Inkluderar kurativ vård och rehabilitering på sjukhus och andra vårdinrättningar. 4. Inkluderar bara marknaden för öppenvården. 5. Inkluderar bara utgifter för organiserade förebyggande program. EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde.

Källor: OECD:s hälsostatistik 2021 och Eurostats databas (data för 2019).

Hela befolkningen omfattas av hälso- och sjukvården, och patientavgifterna varierar mellan regionerna

Alla i Sverige omfattas av hälso- och sjukvården. Vårdtjänsterna är antingen kostnadsfria eller belagda med en mindre patientavgift. Patientavgifterna bestäms av regionerna. Under 2021 var avgifterna 100–300 kronor (10–30 euro) för ett besök i primärvården, upp till 400 kronor (40 euro) för ett besök hos en specialist (kostnaden är lägre vid en remiss) och 100 kronor (10 euro) per dag för en vuxen patients sjukhusvistelse. För medicinsk rådgivning tillämpas ett avgiftstak på 1 150 kronor (115 euro) per person och år. För receptbelagda läkemedel ligger taket på 2 350 kr (235 euro) per person och år. För personer under 20, gravida kvinnor och äldre finns undantag från avgiftsreglerna.

Privata sjukförsäkringar blir allt populärare i Sverige

Antalet personer med privat sjukförsäkring har ökat snabbt de senaste 15 åren. I slutet av 2019 hade omkring 681 000 personer en kompletterande sjukförsäkring, även om innehållet och premierna varierar betydligt. Försäkringen tecknas oftast genom arbetsgivaren och möjliggör snabbare tillgång till öppenvård och planerad kirurgi, men det är vanligt att den också omfattar allmänna hälsokontroller och företagshälsovård. Trots att det fortfarande är relativt ovanligt med privat sjukförsäkring finns anledning till oro när det gäller den jämlika tillgången till vård.

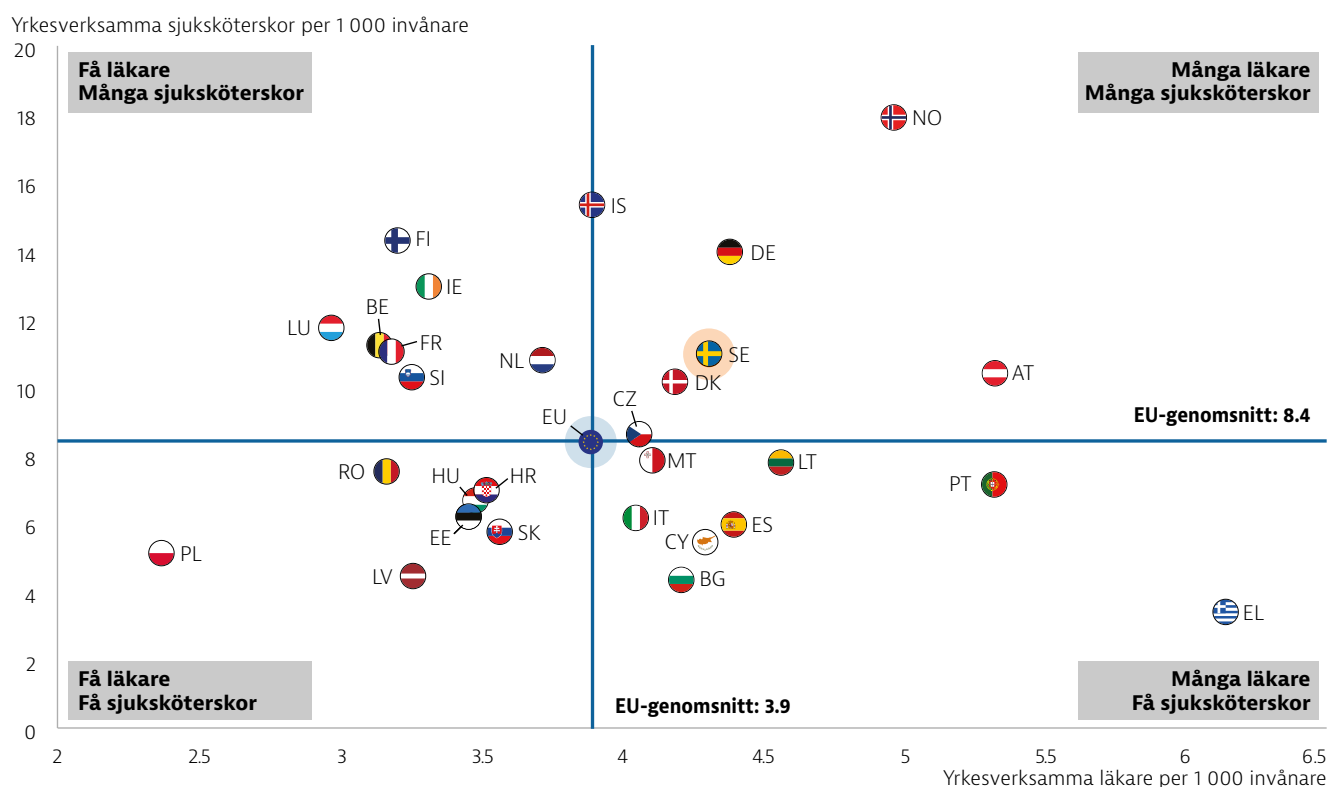
Det finns många privata aktörer inom primärvården, men de flesta sjukhusen drivs i offentlig regi

Både offentliga och privata vårdinrättningar finansieras med offentliga medel i Sverige. Patienterna omfattas av samma regelverk och avgifter i båda typerna av inrättningar. Offentliga sjukhus på regional nivå utför huvuddelen av akutsjukvården, medan universitetssjukhusen ger högspecialiserad vård. Det finns även privatägda sjukhus. Sedan privata aktörer för ett drygt årtionde sedan fick rätt till offentlig finansiering har de ökat snabbt i antal. Offentliga och privata läkare (inbegripet sjukhusspecialister) samt annan hälso- och sjukvårdspersonal är till största delen avlönade anställda.

Trots många läkare finns det relativt få allmänläkare i Sverige

Sverige ligger över EU-genomsnittet när det gäller antalet läkare och sjuksköterskor per invånare: år 2018 fanns det 4,3 läkare per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 3,9) och 10,9 sjuksköterskor per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 8,4) (figur 10). Det är dock bara en av sju läkare som är allmänläkare, så antalet allmänläkare per invånare i Sverige (0,6 per 1 000 invånare) är en tredjedel lägre än EU-genomsnittet (nästan en per 1 000 invånare). Sjuksköterskorna har fått en större roll i primärvården och kan nu både förskriva läkemedel och samordna vård.

Figur 10. Sverige har fler läkare och sjuksköterskor per invånare än de flesta andra EU-länder



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde. Siffrorna från Portugal och Grekland omfattar alla läkare som har rätt att utöva sitt yrke, vilket leder till en kraftig överskattning av antalet yrkesverksamma läkare (i Portugal 30 % mer). I Grekland är antalet sjuksköterskor en underskattning, eftersom siffrorna endast inkluderar dem som arbetar på sjukhus.

Källa: Eurostats databas (data för 2018 eller närmaste tillgängliga år).

Före covid-19-pandemin hade Sverige lägst antal vårdplatser i EU

År 2019 hade Sverige lägst antal vårdplatser per capita i EU: 2,1 platser per 1 000 invånare (EU-genomsnitt: 5,4). Anledningen är delvis att sjukhusverksamheten i Sverige främst är inriktad på kurativ vård (akutsjukvård), medan den mesta av rehabiliteringen liksom all långvarig vård och omsorg tillhandahålls utanför sjukhus. Den genomsnittliga sjukhusvistelsen har minskat under de senaste tio åren och var 2018 cirka 25 % kortare än EU-genomsnittet (5,7 dagar jämfört med EU-genomsnittet på 7,5).

Under covid-19-pandemins andra våg i december 2020 uppnåddes närmare 80 procents beläggning av intensivvårdsplatserna (IVA) i Sverige på grund av det ökande antalet covid-19-patienter, särskilt i Stockholm. Sjukhusen kunde ha ökat antalet IVA-platser ytterligare, men då skulle det inte ha funnits tillräckligt med specialiserad IVA-personal för att bemanna dessa platser (se avsnitt 5.3).

Vårdreformer har fokuserat på att öka tillgängligheten och förbättra vårdkvaliteten

Svenskarna kan välja primärvårdsgivare och kontakta specialister direkt i de flesta regioner. Insatser på senare tid har syftat till att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvårdstjänster och förkorta väntetiderna. Vårdgarantin innebär att patienter ska kunna få kontakt med en primärvårdsinrättning

samma dag som de söker vård, få en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar och få träffa en specialist eller få nödvändig behandling eller operation inom 90 dagar vid ett nytt hälsoproblem eller en kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem (se avsnitt 5.2). Om vårdgarantins tidsgränser överskrids erbjuds patienten vård någon annanstans, på hemregionens bekostnad.

5 Resultat inom hälso- och sjukvården

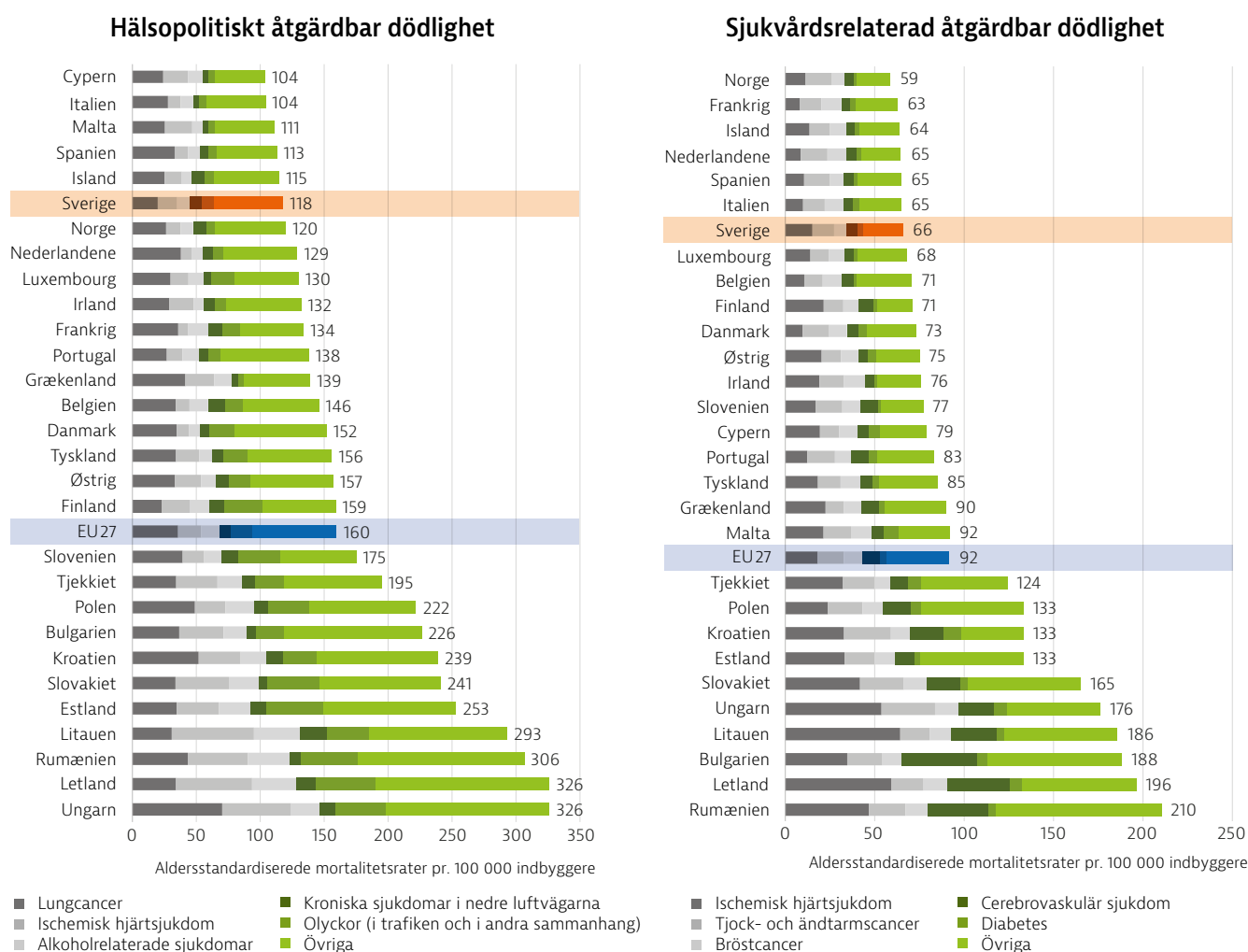
5.1 Effektivitet

Före covid-19-pandemin hade Sverige låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sverige hade låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2018,

vilket tyder på att det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är effektivt när det gäller att förhindra dödsfall vid sjukdomstillstånd som bedöms vara behandlingsbara eller möjliga att förebygga (figur 11). Den låga hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten beror främst på ett lågt antal förtida dödsfall på grund av hjärt-kärlsjukdom, alkoholrelaterade orsaker och lungcancer.

Figur 11. Den hälsopolitiskt åtgärdbara och sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten var låg före pandemin



Anmärkning: Med hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet avses dödsfall som i huvudsak kan förhindras genom förebyggande folkhälsoåtgärder och primärvård. Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet avses dödsfall som i huvudsak kan förhindras genom hälso- och sjukvårdsåtgärder, bland annat hälsoscreening och behandling. Hälften av alla dödsfall i vissa sjukdomar (t.ex. ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovaskulär sjukdom) kan hänföras till hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet, och den andra hälften till sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Båda indikatorerna avser förtida dödlighet (före 75 års ålder). Uppgifterna bygger på de reviderade förteckningarna från OECD/Eurostat.

Källa: Eurostats databas (uppgifterna avser 2018, med undantag för Frankrike där de avser 2016).

Sverige har en lång tradition av folkhälsokampanjer för att minska riskfaktorer

Sveriges låga nivå av hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet på grund av exempelvis lungcancer, alkoholkonsumtion och trafikolyckor kan delvis förklaras med landets kraftfulla folkhälsoåtgärder. Informationskampanjer riktade till allmänheten kombinerat med höga skatter på tobak och alkohol har bidragit till att minska konsumtionen. Det finns ett statligt monopol på alkoholförsäljning, och alkohol säljs bara i särskilda butiker med begränsade öppettider. Dessutom är åldersgränsen 20 år för köp av alkohol på Systembolaget, den statsägda butikskedja som säljer alkoholhaltiga drycker.

Under 2021 antog Sverige en samlad strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021–2025. Strategin bygger vidare på de tidigare strategier som har funnits sedan 2011, och dess övergripande mål är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. Den senaste strategin har ett starkare fokus på narkotika, med en nollvision när det gäller läkemedels- och narkotikarelaterade dödsfall, och på skydd av barn och unga (Folkhälsomyndigheten, 2021b).

Den låga dödligheten i trafikolyckor är resultatet av den långsiktiga trafiksäkerhetsstrategin Nollvisionen, med målet att ingen ska dödas eller allvarligt skadas i trafikolyckor. Strategin har varit framgångsrik: enligt de preliminära siffrorna för 2020 omkom färre än 200 personer i trafikolyckor i Sverige, vilket är en minskning från över 500 personer 2003.

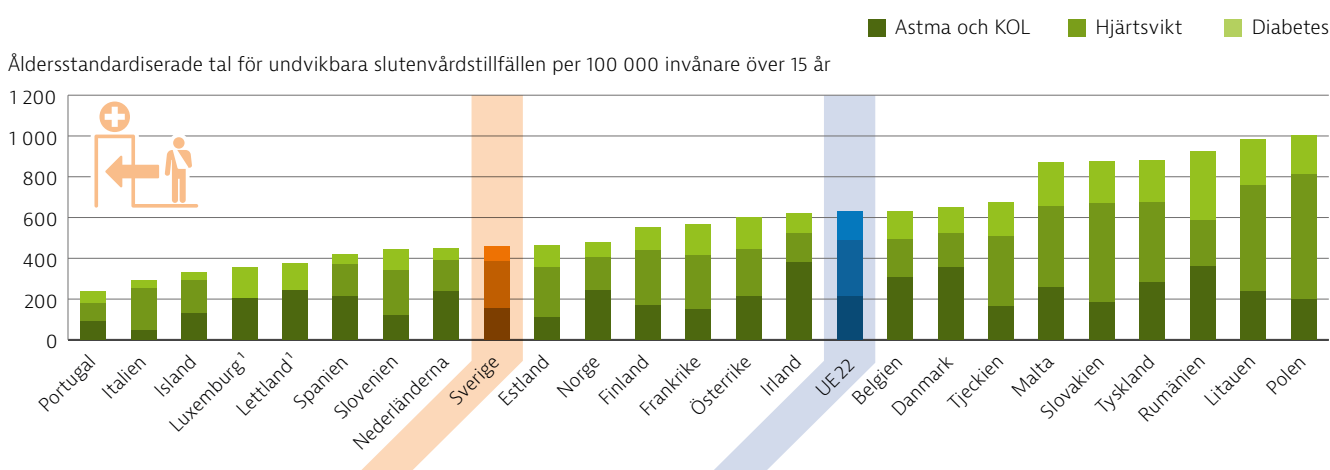
Vaccinationstäckningen bland äldre skulle kunna bli bättre

Bara omkring 52 % av svenskarna i åldersgruppen 65 år och äldre vaccinerades mot influensa 2019–2020. Det är något mer än EU-genomsnittet, men långt under WHO:s rekommenderade mål på 75 % (Folkhälsomyndigheten, 2021c). Täckningen har legat oförändrad på cirka 50 % de senaste åren. Att öka täckningen har varit en utmaning, delvis på grund av utebliven efterfrågan från patientgruppen och brist på förtroende för influensavaccin, och även beroende på att kommunikationen till allmänheten om influensavaccinering har varit bristfällig och att alla som har rätt att vaccinera sig inte aktivt har erbjudits detta (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Det låga antalet undvikbara sjukhusvister avspeglar den relativt starka primärvården

För flera smittsamma eller kroniska sjukdomar, t.ex. astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), diabetes och hjärtsvikt, kan inläggning på sjukhus undvikas genom välorganiserad sjukdomshantering i öppenvården. Antalet sjukhusvister i Sverige på grund av dessa sjukdomar ligger under EU-genomsnittet, även om några länder har ännu lägre tal (figur 12). Detta kan delvis förklaras med att sjukdomarna är mindre vanliga i Sverige än i de flesta andra EU-länder, men det beror också på att Sverige har en stark öppenvårdssektor som lyckas begränsa antalet sjukhusvister genom att behandla patienterna effektivt i öppenvården.

Figur 12. Sverige ligger under EU-genomsnittet när det gäller antalet undvikbara sjukhusvister för patienter med kronisk sjukdom



Anmärkning: 1. Data om hjärtsvikt finns inte tillgängliga i Lettland och Luxemburg.
Källa: OECD:s hälsostatistik 2021 (data för 2019 eller närmaste tillgängliga år).

Cancervården har blivit bättre, men heltäckande screening har fortfarande inte införts

Antalet personer i Sverige som överlever vissa typer av cancer (bröstcancer, livmoderhalscancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och barnleukemi) har ökat i Sverige de senaste tio åren och är nu bland de högsta i EU, tack vare tidigare diagnos och effektiva behandlingar (figur 13).

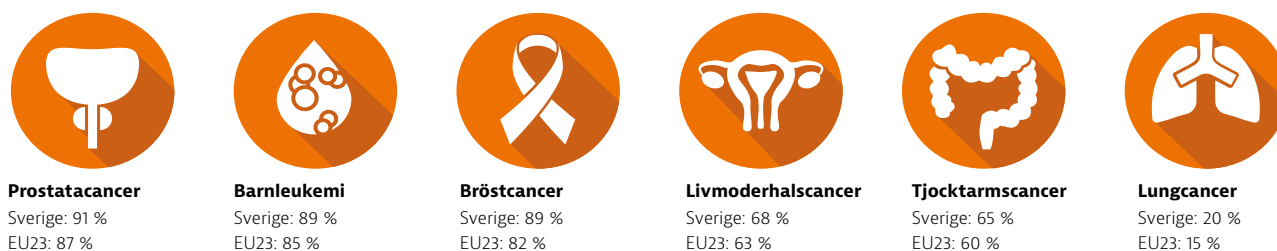
Sedan den nationella cancerstrategin infördes 2010 har Sverige gjort mycket för att förbättra cancervården. Regeringen har också valt att prioritera nysatsningar på cancervården under 2019–2021. Budgeten för 2021–2023 inkluderar 600 miljoner kronor (60 miljoner euro) extra per år för att stärka patientperspektivet genom att skapa standardiserade vårdförlopp som inkluderar alla aktörer i vårdprocessen. På så vis avser man minimera väntetiderna och osäkerheten för patienten. Strategin är främst inriktad på kvalitet och jämlik tillgång till vård, men andra viktiga delar är förebyggande arbete och tidig upptäckt. Detta är i linje med Europas plan mot cancer som lades fram av Europeiska kommissionen i februari 2021 (Europeiska kommissionen, 2021).

Alla svenska regioner erbjuder regelbunden mammografi för kvinnor i åldersgruppen 40–74 år, och en stor del av målgruppen tackar ja. Bland kvinnor i åldern 50–69 år uppgav 95 % år 2019 att de hade genomgått en bröstundersökning under de senaste två åren. Denna andel är den högsta bland EU-länderna. Nationell screening för livmoderhalscancer har också införts för kvinnor i åldersgruppen 23–64 år. Den primära screeningen är ett cellprov för cytologi för kvinnor i åldern 23–29 år, och ett cellprov för HPV (humant papillomvirus) för kvinnor som är 30 år eller äldre. Screeningdeltagandet har varit högt och har legat på över 80 %, men minskade 2018 till 76 %.

Screening för tjock- och ändtarmscancer erbjuds ännu inte för män och kvinnor i hela landet, och bara två av de 21 regionerna erbjuder screening för invånare i åldersgruppen 50–59 år. Detta förklarar varför bara 37 % i åldersgruppen 50–74 år i Sverige uppgav att de hade genomgått screening 2019, jämfört med EU-genomsnittet på 51 %.

Preliminär statistik visar att mängden cancervård förblev oförändrad 2020, men pandemin gjorde att införandet av vissa cancerscreeningsprogram fick pausas (Folkhälsomyndigheten, 2021a).

Figur 13. Canceröverlevnaden i Sverige ligger över EU-genomsnittet



Anmärkning: Uppgifterna avser personer som fick diagnos mellan 2010 och 2014. Barnleukemi avser akut lymfatisk cancer. Källa: Programmet Concord. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2 Tillgänglighet

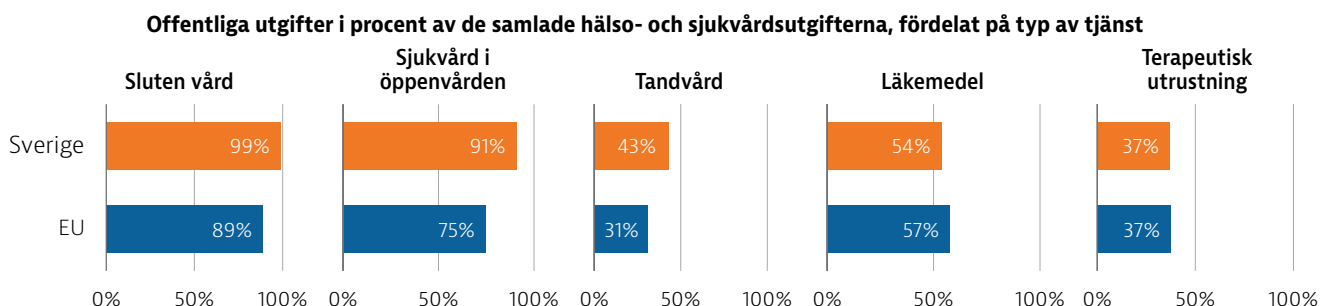
Förmånerna är omfattande, men det finns vissa regionala skillnader

Alla invånare i Sverige har rätt till offentligfinansierad vård, och systemet för hälso- och sjukvård för nyanlända har också förbättrats under senare år. Sverige har ett omfattande förmånssystem och en vårdlagstiftning med tydligt fokus på jämlikhet och behovsbaserad vård, men indelningen av landet i 21 självstyrande regioner gör att reglerna om vad som ingår i vården i viss mån skiljer sig åt mellan olika delar av landet. För att åtgärda detta strukturella problem samarbetar Socialstyrelsen och organisationen Sveriges Kommuner och Regioner för att enas om gemensamma riktlinjer och strategier.

Taken för patientavgifterna begränsar de negativa effekterna på jämlikheten, men priset kan vara ett hinder

Omkring 14 % av hälso- och sjukvården i Sverige finansieras genom patientavgifter, vilket är något mindre än EU-genomsnittet (15 %). Patientavgifter tas ut för nästan alla sorters tjänster och produkter inom vården, med undantag för mödravård och primärvård för barn samt vissa tjänster för personer över 85 år. Regionerna bestämmer själva sina patientavgifter, och avgiftsstrukturen ger patienterna incitament till att söka sig till primärvården i stället för till sjukhusen. Bara patientavgifterna för receptbelagda läkemedel och tandvård bestäms på nationell nivå. Det mesta av patientavgifterna går till läkemedel och tandvård, som oftast inte täcks av den allmänna sjukförsäkringen i lika hög grad som sjukhusvistelser och öppenvård (figur 14).

Figur 14. Sluten vård och öppenvård täcks i högre grad än tandvård och läkemedel av den allmänna sjukförsäkringen



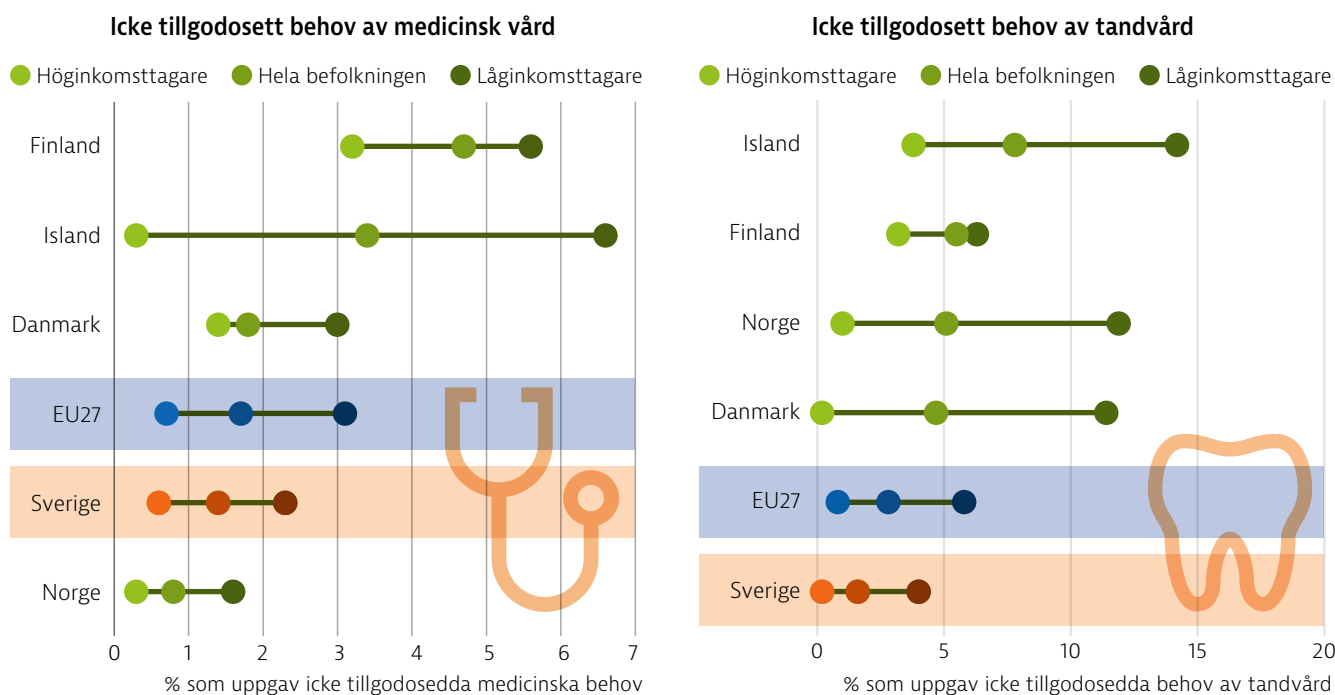
Anmärkning: Tjänster i öppenvården avser i huvudsak tjänster som tillhandahålls av generalister och specialister i öppenvården. Läkemedlen omfattar receptbelagda och receptfria läkemedel samt medicinska konsumtionsvaror. Terapeutisk utrustning avser synhjälpmedel, hörapparater, rullstolar och andra medicintekniska produkter. Källa: OECD:s hälsostatistik 2021 (data för 2019).

Före covid-19-pandemin var det få som uppgav icke tillgodosedda behov av medicinsk vård: 1,4 % av samtliga uppgiftslämnare och 2,4 % av uppgiftslämnare med låg inkomst hade upplevt att deras behov av medicinsk undersökning eller behandling inte tillgodosetts på grund av kostnad, reseavstånd eller väntetid 2019. Andelen personer i Sverige som uppgav att deras behov av tandvård inte hade tillgodosetts var mindre än 2 % 2019, men bland

låginkomsttagare var den mer än dubbelt så stor som genomsnittet (figur 15).

Tandvård ingår inte i det offentliga förmånssystemet, och vuxna betalar själva en större andel av priset från 24 års ålder. I en ny regeringsrapport rekommenderas en omfattande reform av tandvårdssystemet 2026 för att ta itu med ojämlikheter i tillgången till tandvård (Socialdepartementet, 2021).

Figur 15. Låg andel icke tillgodosedda behov av medicinsk vård, men större andel icke tillgodosedda tandvårdsbehov bland låginkomsttagare



Anmärkning: Uppgifterna gäller icke tillgodosedda behov av medicinsk undersökning eller behandling eller av tandundersökning eller tandbehandling p.g.a. kostnad, reseavstånd eller väntetid.

Källa: Eurostats databas, med utgångspunkt i EU-SILC-data (uppgifterna avser 2019, med undantag för Island där de avser 2018).

Enligt en annan undersökning som genomfördes i hela Europa under februari–mars 2021 uppgav 16 % av svenskarna icke tillgodosedda medicinska vårdbehov

under det första året av covid-19-pandemin. Det är en lägre andel än EU-genomsnittet på 21 % (Eurofound, 2021)².

2. Uppgifterna i Eurofound-undersökningen är inte jämförbara med dem i EU-SILC-undersökningen på grund av skillnader i metoder.

Väntetiderna för besök hos specialistläkare och icke-akuta operationer ökade under pandemin

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har länge kännetecknats av överdrivet långa väntetider, och problemet har lett till åtskilliga debatter och politiska initiativ. Det viktigaste initiativet har varit vårdgarantin från 2010, som innehåller regler om maximala väntetider för olika vårdtjänster. Andra initiativ har omfattat nationella program med incitament för regionerna att minska köerna (dessa incitament avskaffades 2015) och öka insynen genom att regelbundet offentliggöra väntetiderna. Detta har gjorts både av enskilda vårdgivare, för att hjälpa patienterna att göra väl underbyggda val, och på nationell nivå, för att jämföra regionerna och därigenom sätta press på de regionala myndigheterna.

Sveriges Kommuner och Regioner (2021) använder fyra centrala indikatorer för att mäta hur vårdgarantin fungerar: kontakt med primärvården samma dag, en medicinsk bedömning inom tre dagar, ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar och operation/åtgärd påbörjad inom 90 dagar. Andelen personer som fick kontakt med primärvården samma dag minskade från 93 % till 87 % under 2020. 81 % av patienterna fick en medicinsk bedömning, med mycket små variationer från en månad till en annan under pandemin³. Den ökade digitaliseringen på grund av pandemin gjorde det dock svårare för vissa grupper i befolkningen att komma i kontakt med vården (Folkhälsomyndigheten, 2021a).

Pandemin fick betydande inverkan på specialistvården. I mars 2020 fick 80 % av patienterna ett första besök hos en specialist inom 90 dagar, och 71 % fick en operation/åtgärd påbörjad inom 90 dagar. Dessa andelar sjönk till 67 % för ett första besök (juni 2020) respektive 44 % för påbörjad operation/åtgärd (juli 2020). Även om hälso- och sjukvårdssystemet senare återhämtade sig låg siffrorna i december 2020 fortfarande under nivån före pandemin (77 % för ett första besök och 60 % för en påbörjad operation/åtgärd). Det fanns också tydliga regionala skillnader i tillgängligheten till specialister och operationer/åtgärder, som var större i städerna (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

Regeringen har lovat ökade insatser för att minska väntetiderna, och har bland annat tecknat överenskommelser om satsningar med Sveriges Kommuner och Regioner.

Sjuksköterskor på avancerad nivå ökar tillgängligheten till vård, men mer vårdpersonal behövs för att möta efterfrågan

Sverige har med framgång utökat sjuksköterskornas ansvarsområde inom primärvården, bland annat genom att införa besök hos sjuksköterska i stället för hos allmänläkare. Detta bidrar till att minska problemet med brist på allmänläkare och ger legitimerade sjuksköterskor med kompletterande utbildning och tillräcklig erfarenhet rätt att skriva ut vissa läkemedel. Än så länge finns bara ett begränsat antal sjuksköterskor med examen på avancerad nivå och specialistsjuksköterskor, och antalet nyutexaminerade med sjuksköterskeexamen på avancerad nivå och specialistutbildning har minskat sedan 2005.

I sin årliga rapport för 2021 angav Socialstyrelsen (2021) att covid-19-krisen hade påverkat hälso- och sjukvårdspersonalen avsevärt i Sverige, eftersom den varit hårt belastad under pandemin. Mer hälso- och sjukvårdspersonal kommer att behövas för rehabilitering av patienter med långvariga symtom. Bristen på vårdpersonal är större på landsbygden. Det finns också ett ökat behov av mer erfaren personal i hela landet.

5.3 Anpassningsförmåga

Det här avsnittet om anpassningsförmåga fokuserar främst på följderna och den politiska hanteringen av covid-19-pandemin⁴. Precis som nämndes i avsnitt 2 fick covid-19-pandemin stor påverkan på befolkningens hälsa och på dödligheten i Sverige under 2020 och första halvan av 2021. Dödligheten i covid-19 fram till i slutet av augustijuni 2021 var lägre än EU-genomsnittet, men den var mycket högre än i övriga nordiska länder. Pandemin påverkade även ekonomin. Sveriges BNP minskade med omkring 3 % 2020. Minskningen är mindre än EU-genomsnittet (6 %), men på ungefär samma nivå som i övriga nordiska länder. Arbetslösheten i Sverige ökade under 2020, särskilt bland yngre. I åldersgruppen 15–24 år steg den från 20 % 2019 till 24 % 2020.

Sverige valde en annan strategi mot covid-19

Sverige hade fler covid-19-fall än EU-genomsnittet under den första pandemivågen våren 2020 och den andra vågen som började hösten 2020 (figur 16). Till skillnad från de flesta andra länder, som införde stränga nedstängningar under den första

3. Vissa siffror för väntetiderna i primärvården är dock osäkra eftersom man har bytt till en mer omfattande datainsamlingsmetod som bygger på administrativa register. Försämringen av väntetiderna under pandemin kan ha underskattats.

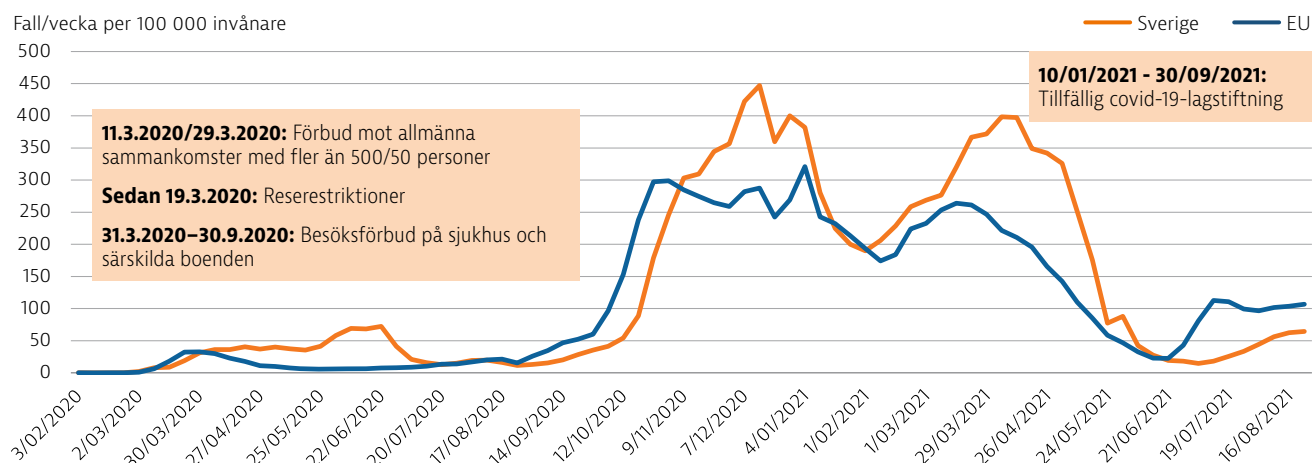
4. Hälso- och sjukvårdssystemets anpassningsförmåga har i sammanhanget definierats som förmågan att förbereda sig för, hantera (tillgodogöra sig, ställa om och förändra) och lära av störningar och kriser (EU:s expertgrupp för resultatutvärdering av hälso- och sjukvården, 2020).

pandemivågen för att stoppa spridningen av viruset, intog den svenska regeringen en mindre restriktiv hållning i hanteringen av pandemin. Ansvaret för att utarbeta åtgärder och rekommendationer mot covid-19 delegerades till Folkhälsomyndigheten, som ansvarar för folkhälsan i både normala tider och krissituationer. Inledningsvis införde Sverige enbart åtgärder som syftade till social distansering, t.ex. reserestriktioner och förbud mot stora allmänna sammankomster.

Antalet nya covid-19-fall var fortfarande högt under senvåren (maj-juni) 2020, medan de flesta andra europeiska länder såg en stor minskning efter de

första nedstängningarna. Den andra vågen hösten 2020 började några veckor senare i Sverige än i många andra länder, men smittotalen ökade snabbt från mitten av november och nådde en hög topp i december 2020 och januari 2021. Efter en tillfällig nedgång började fallen öka igen i februari 2021, och antalet nya fall började minska först i maj 2021. Till en början fanns förhoppningar om att det större antalet smittade under den första vågen skulle leda till att en eventuell andra våg blev mindre på grund av en mer utbredd immunitet, men den andra vågen visade sig bli avsevärt större än den första.

Figur 16. Antalet rapporterade covid-19-fall nådde högre toppar i Sverige än i EU i genomsnitt



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde (antalet länder som ingår i genomsnittet varierar beroende på vecka). Antalet covid-19-fall underskattades både i Sverige och andra EU-länder under den första vågen våren 2020, på grund av att testningen var mer begränsad då. Källa: ECDC (för covid-19-data) och författarna (för smittspridningsbegränsande åtgärder).

Dödligheten i covid-19 i Sverige var också högre än EU-genomsnittet fram till slutet av mars 2021. Detta berodde främst på den högre dödligheten under den första vågen av pandemin våren 2020⁵. Den höga dödligheten under den första vågen berodde till stor del på de många smittade och döda bland äldre på särskilda boenden. I slutet av juni 2020 hade närmare hälften (47 %) av alla covid-19-dödsfall inträffat bland dessa personer. Dödligheten var också avsevärt högre bland utrikesfödda, särskilt personer födda i Afrika och Mellanöstern, än i den svenskfödda befolkningen. Detta var fallet under både den första och den andra vågen (Folkhälsomyndigheten, 2021d).

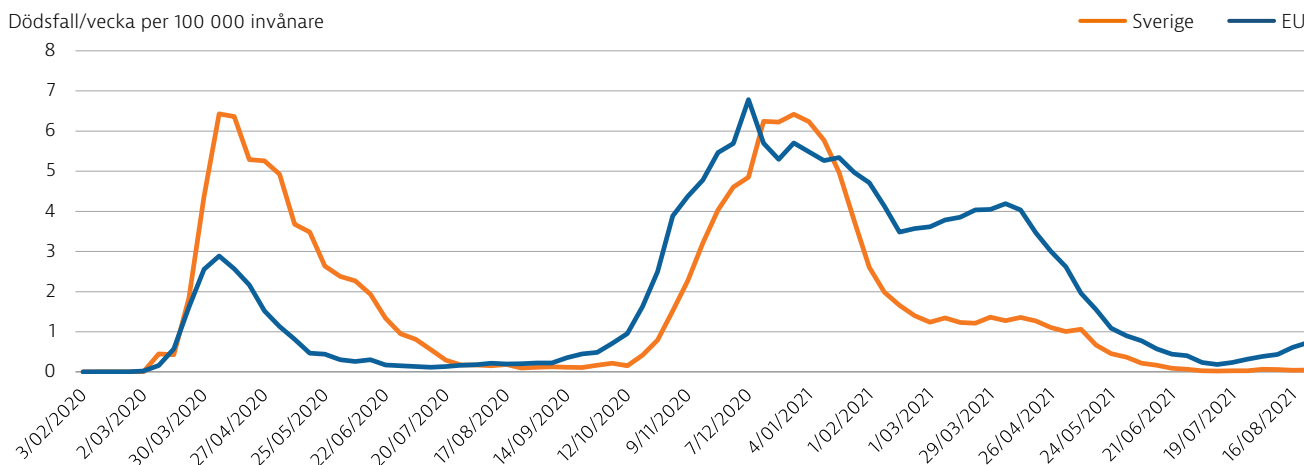
Den andra vågen varade längre än den första, och därför blev antalet dödsfall i Sverige precis som i många andra EU-länder större under den andra vågen (mitten av november 2020 till slutet av februari 2021) än under den första vågen (början av mars till slutet av juni 2020) (figur 17).

Coronakommissionen drog i sin delrapport i oktober 2021 slutsatsen att Sveriges hantering av pandemin har varit långsam och pandemiberedskapen otillräcklig.

5. Precis som nämndes i avsnitt 2 var överdödligheten lägre i Sverige än i de flesta andra EU-länder 2020. Orsaken är att många länder på grund av begränsad testning och andra problem i samband med fastställande av dödsorsak underskattade antalet covid-19-dödsfall.

Figur 17. Antalet dödsfall i covid-19 var högt i Sverige under de två första vågorna

Dödsfall/vecka per 100 000 invånare



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde (antalet länder som ingår i genomsnittet varierar beroende på vecka). I många EU-länder underskattades antalet covid-19-dödsfall under båda vågorna på grund av mer begränsad testning och problem i samband med fastställande av dödsorsak. Överdödligheten (av alla dödsorsaker) i Sverige låg under EU-genomsnittet under de tolv första månaderna av pandemin.

Källa: ECDC.

Ruta 3. Coronakommissionen lämnade i slutet av oktober 2021 en rapport som ger en preliminär bedömning av Sveriges hantering av pandemin

Regeringen tillsatte i juli 2020 en Coronakommission för att utreda hanteringen av covid-19-pandemin av regeringen, statliga myndigheter, regioner och kommuner och jämföra den svenska strategin med motsvarande i andra länder. Kommissionen lämnade sin andra delrapport i slutet av oktober 2021, medan en slutrapport blir publicerad i februari 2022.

Kommissionens viktigaste slutsatser i sin rapport från oktober 2021 inkluderade att:

"Sveriges hantering av pandemin har präglats av en långsam reaktion. De initiala åtgärderna för förebyggande och kontroll av sjukdomar var otillräckliga för att stoppa eller till och med begränsa spridningen av viruset i landet.

Sveriges pandemiberedskap var otillräcklig. Den befintliga lagstiftningen om smittsamma sjukdomar var och är otillräcklig för att svara på en allvarlig epidemi eller pandemiutbrott.

Sveriges system för förebyggande och kontroll av smittsamma sjukdomar var och är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som har det övergripande ansvaret när landet drabbas av en allvarlig infektionssjukdom.

Sjukvården har med kort varsel kunnat anpassa och skala upp vården för personer med covid-19. Detta är till stor del tack vare dess anställda. Anpassning har uppnåtts till priset av extrem press på personalen och av inställd och uppskjuten vård. [Landet] kommer därför att leva med konsekvenserna av pandemin för en lång tid framöver."

Källa: Statens offentliga utredningar från Socialdepartementet. Coronakommission, Delrapport 2 – Sverige under pandemin, oktober 2021.

De första åtgärderna för att begränsa smittspridningen byggde på både rekommendationer och föreskrifter

Den inledande strategin för att begränsa spridningen av covid-19 byggde på smittskyddslagen från 2004, som betonar individens ansvar att förhindra spridning av sjukdomar. De viktigaste rekommendationerna var att stanna hemma vid minsta symptom på en infektion, hålla avstånd till andra människor både utomhus och inomhus och tvätta händerna. Särskilda riskgrupper, däribland personer i åldern 70 år eller äldre, uppmuntrades att undvika nära kontakt med andra och att undvika folksamlingar. Rättsligt bindande regler omfattade förbud mot allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler än 500 personer – ett maxantal som senare sänktes

till 50 personer. Man införde även besöksförbud på särskilda boenden och förbud mot trängsel på restauranger, barer och kaféer.

För att göra det enklare att följa regler och rekommendationer beslutade regeringen och riksdagen att slopa karensdagen, så att arbetstagare skulle kunna stanna hemma vid minsta symptom utan större ekonomiska konsekvenser. För att minska trycket på primärvården tog man även bort kravet på läkarintyg vid sjukskrivningar längre än sju dagar.

Grundskolorna hölls öppna för att ge alla elever samma möjligheter och främja deras välbefinnande, och för att man i början av pandemin inte trodde att barn och unga spelade någon betydande roll för smittspridningen.

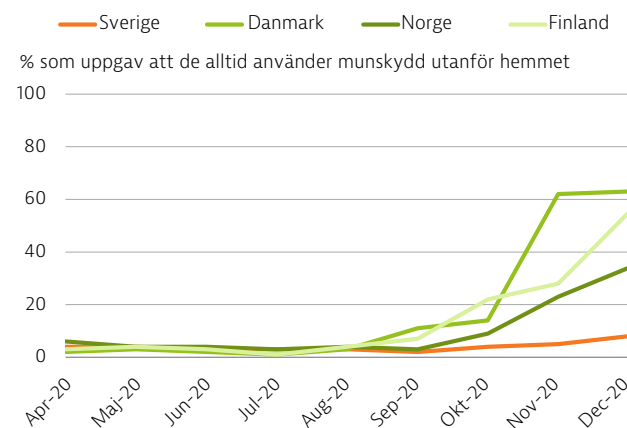
Reglerna och rekommendationerna var mindre stränga än i exempelvis grannländerna Norge och Finland. Våren 2020 antogs en tillfällig lag som gav regeringen utökade befogenheter att vidta åtgärder mot covid-19-pandemin. Bestämmelserna upphörde automatiskt att gälla den 1 juli 2020, utan att ha använts. Ytterligare en tillfällig covid-19-lag trädde i kraft den 10 januari 2021, och ger regeringen och myndigheter rätt att införa begränsningar för verksamheter på olika platser. Denna lag, som gör det möjligt att begränsa folksamlingar och stänga restauranger, gällde till och med den 30 september 2021.

Regeringen och de berörda behöriga myndigheterna vidtog följande åtgärder för att begränsa spridningen av viruset:

- Alla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler än 500 deltagare, inklusive kultur- och idrottsevenemang, förbjöds den 11 mars 2020. Förbudet ändrades och gällde från och med den 29 mars 2020 alla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler än 50 deltagare. Den 1 november 2020 lättade man på förbudet och tillät allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med högst 300 sittande deltagare, men den 24 november 2020 infördes en deltagargräs på åtta personer.
- Restauranger och barer hölls i allmänhet öppna, men från och med den 24 mars 2020 fick mat och dryck endast förtäras sittande. Från och med den 20 november 2020 förbjöds alkoholservering efter klockan 22.00. Förbudet skärptes och under perioden 24 december 2020–15 januari 2021 var det förbjudet att servera alkohol efter klockan 20.00.
- Regionerna införde besöksbegränsningar på sjukhusen och ett antal kommuner gjorde detsamma på äldreboenden. Den 31 mars 2020 meddelade regeringen att man införde ett nationellt besöksförbud på landets äldreboenden. Förbudet upphörde att gälla den 1 oktober 2020.
- Från och med den 18 mars 2020 rekommenderades distansundervisning för yrkeshögskolor, högskolor och universitet. Undervisning på plats kunde återupptas den 15 juni 2020. Den 7 december 2020 övergick gymnasieskolor, högskolor och universitet i Sverige till distansundervisning för studerande i åldern 16 år och äldre. En vecka senare blev även högstadieskolorna i Stockholm ombedda av myndigheterna att övergå till distansundervisning.

I mitten av december 2020 rekommenderade Folkhälsomyndigheten för första gången användning av munskydd i kollektivtrafiken. Användningen av munskydd på offentliga platser var dock mycket låg i Sverige, även i jämförelse med övriga nordiska länder, vilket berodde på att det inte ansågs finnas tillräckliga vetenskapliga bevis för munskyddens effektivitet (figur 18).

Figur 18. Användningen av munskydd var mycket låg i Sverige



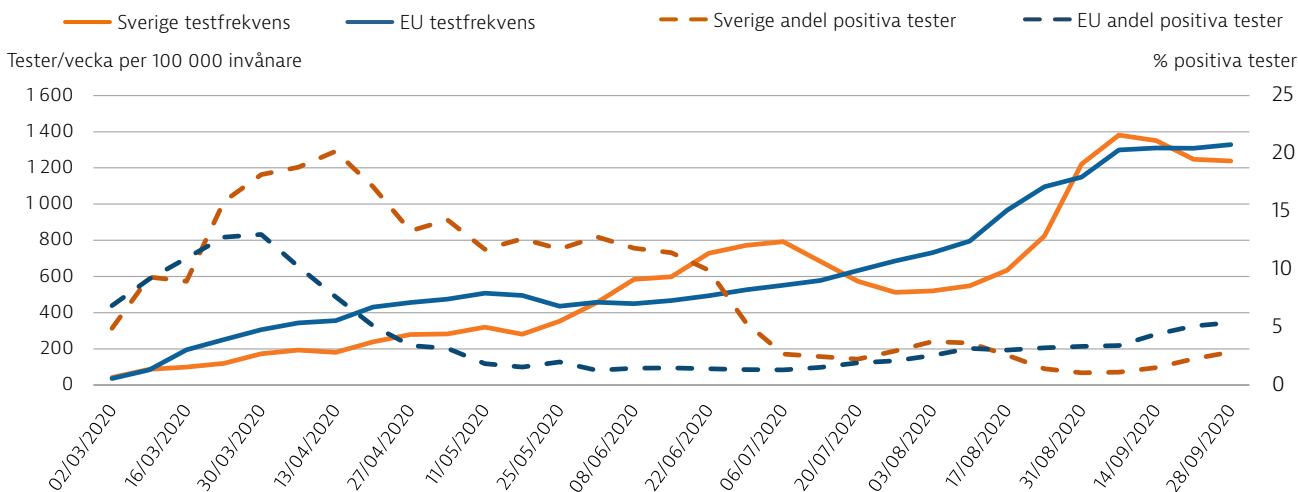
Källa: YouGov-data (<http://www.coviddatashub.com/>).

Testningskapaciteten var begränsad i början av pandemin, men utökades gradvis

Ett av problemen i Sverige i början av pandemin var den begränsade testningskapaciteten. Omfattningen av testningen låg under EU-genomsnittet fram till slutet av maj 2020. Testningen begränsades huvudsakligen till personer med covid-19-symptom, vilket förklarar den höga andelen positiva mellan mars och maj 2020 (figur 19). Endast ett litet antal tester utfördes i samhället i stort, och därigenom begränsades möjligheten att tidigt upptäcka nya fall och vidta lämpliga åtgärder för att begränsa spridningen av viruset.

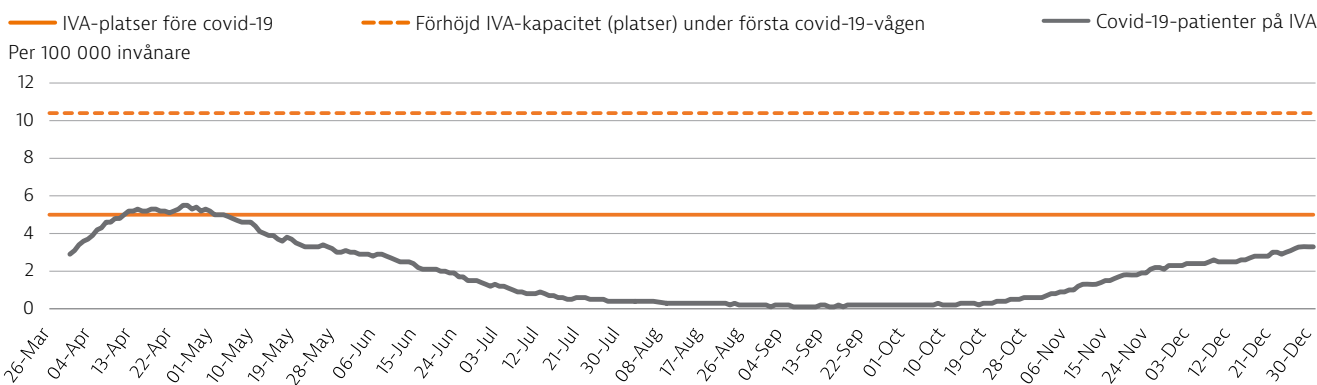
Tillgången på intensivvårdsplatser var ansträngd

Före covid-19-pandemin var IVA-kapaciteten i Sverige bland de lägsta i EU, med cirka 5 IVA-platser per 100 000 invånare 2019. Det var under hälften av genomsnittet för de 14 EU-länder som hade tillgängliga data om detta (OECD/EU, 2020). Sverige fördubblade IVA-kapaciteten under den första pandemivågen för att klara av det ökade behovet av IVA-vård (figur 20). Delar av Stockholmsmässans anläggning byggdes om till ett fältsjukhus med hjälp av Försvarsmakten, och ett flertal andra IVA-platser inrättades tillfälligt.

Figur 19. Testningskapaciteten i början av pandemin var lägre i Sverige än i många andra EU-länder

Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde (antalet länder som ingår i genomsnittet varierar beroende på vecka).

Källa: ECDC.

Figur 20. Mobilisering av extra IVA-platser hjälpte sjukhusen att hantera toppar i efterfrågan

Källor: COVID-19 Health System Response Monitor (för IVA-kapacitet) och Svenska intensivvårdsregistret (för antal covid-19-patienter på IVA).

Ett annat problem var bristen på personlig skyddsutrustning för vårdpersonal, och sjukhus i huvudstadsregionen tvingades återanvända personlig skyddsutrustning efter rengöring. Socialstyrelsen bekräftade att Sverige inte hade något strategiskt lager av personlig skyddsutrustning att dela ut till hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Stockholmsregionen erfor även brist på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal, och man vädjade till alla med erfarenhet inom vården att anmäla sig som frivilliga. Inom några veckor hade över 5 000 personer anmält sig, bland annat studerande, pensionerad hälso- och sjukvårdspersonal samt verksamma inom andra områden. Försvarsmakten kallades också in för att hjälpa till med personal, utrustning och logistik.

Den första vågen av covid-19-pandemin drabbade särskilt boende på inrättningar för långvarig vård och omsorg

Den första pandemivågen i Sverige slog särskilt hårt mot boende på inrättningar för långvarig vård och omsorg. Mellan mars och slutet av juni 2020

inträffade närmare hälften (47 %) av alla covid-19-dödsfall bland boende på dessa inrättningar, och ytterligare en fjärdedel bland personer med hemtjänst. Virusets spreds på olika sätt på särskilda boenden, t.ex. genom boende som återvände från sjukhusvistelser, vid besök av familjemedlemmar (före förbudet) och av smittad men symptomfri personal. Mellan den 31 mars och 1 oktober 2020 rådde försöksförbud på inrättningar för långvarig vård och omsorg. Otillräcklig testning av både boende och personal på särskilda boenden under pandemins första månader ledde också till långsammare upptäckt och isolering av smittade. Bristen på personlig skyddsutrustning och de särskilda boendernas fysiska utformning begränsade också möjligheterna att hålla nere smittspridningen.

Personalbrist, som delvis berodde på att anställda var sjuklediga eller självisolerade sig, ledde till ökad användning av tillfällig personal med begränsad eller ingen formell utbildning. En nationell webbutbildning i hygienrutiner utarbetades och har genomgåts av fler än 140 000 anställda inom långvarig vård och omsorg.

Covid-19-pandemin fick betydande ekonomiska och sociala konsekvenser

Vissa grupper påverkades mer än andra av pandemins ekonomiska och sociala konsekvenser (Folkhälsomyndigheten, 2021a). Förlorade arbetstillfällen drabbade främst människor som redan hade svaga positioner på arbetsmarknaden, som ungdomar, utrikesfödda personer och anställda inom handel, hotell och restaurang samt transportsektorn.

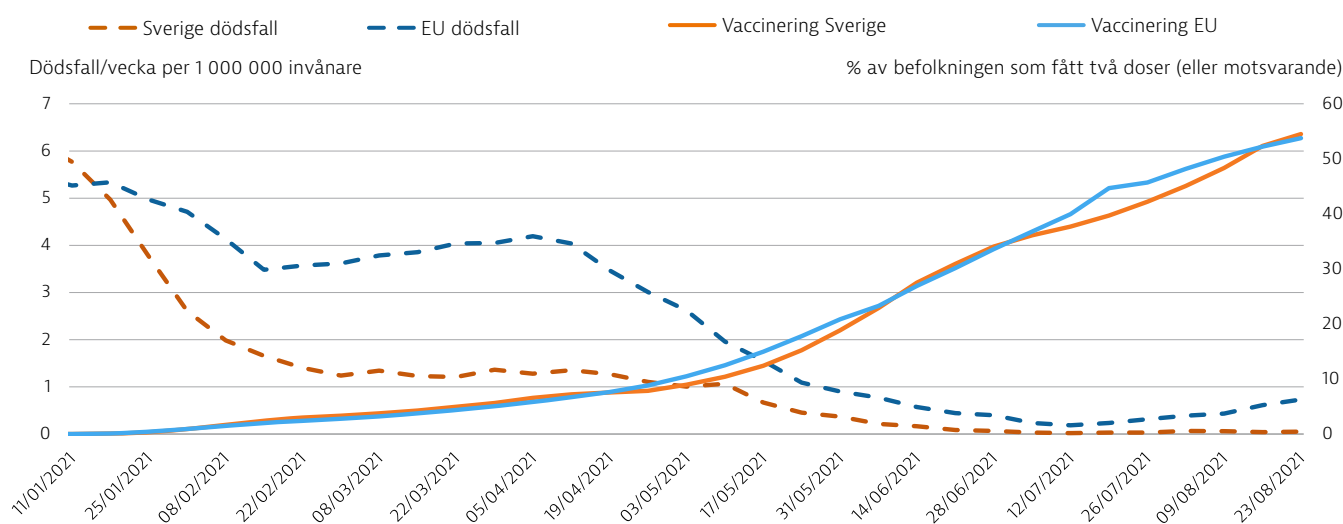
Svenskarnas livsstil påverkades också på olika sätt. Människor blev mindre fysiskt aktiva och konsumerade mer godis och snacks. Rökning och skadlig alkoholkonsumtion ökade dock inte. Rapporteringen av lätta psykiska besvär ökade. Äldre människor var oftare oroliga för covid-19. Det fanns även tecken på ökad ångest, oro och nedstämdhet bland utsatta grupper i befolkningen, t.ex. migranter och barn i familjer med psykisk ohälsa, beroendeproblematik eller våld (Folkhälsomyndigheten, 2021a).

Acceptansen av covid-19-vaccinet är stor

I Sverige är det regionerna som ansvarar för att genomföra vaccinationerna. Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer (2021e) skulle personer med störst behov av skydd mot covid-19 erbjudas vaccinet först – före dem som löper lägre risk för allvarlig sjukdom och död. Det fanns fyra prioriteringsgrupper som baserades på ålder, sjukdomsbild och funktionsnedsättning. Anhöriga och vårdare till personer i dessa grupper vaccinerades också i samma ordning. Acceptansen av vaccinationen var mycket stor: 88 % av vuxna svenskar och 97 % av befolkningen i åldern 70 år och äldre uppgav att de troligtvis eller helt säkert skulle vaccinera sig (Folkhälsomyndigheten, 2021f).

I slutet av augusti 2021 hade över 55 % av hela Sveriges befolkning fått två doser eller motsvarande, vilket är något över EU-genomsnittet. I takt med att vaccinationerna har ökat har antalet dödsfall i covid-19 minskat (figur 21).

Figur 21. Andelen vaccinerade mot covid-19 i befolkningen låg i slutet av augusti 2021 något över EU-genomsnittet



Källor: ECDC (för covid-19 dödsfall) och Our World in Data (för vaccinationstäckning).

Regeringen ökade de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård till följd av krisen 2020 och 2021

För att hantera krisen ökade Sveriges regering de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna kraftigt 2020, och de förväntades öka med ytterligare över 10 % under 2021. Här ingår ökade medel till kommuner och regioner för åtgärder inom hälso- och sjukvården, 16 miljarder kronor (1,6 miljard euro) för testning och smittspårning och 10 miljarder kronor (1 miljard euro) för vaccinationer.

Sveriges återhämtnings- och resiliensplan antogs i maj 2021. Flera åtgärder avser tillgången till

vårdpersonal – i synnerhet sjuksköterskor inom både vården och på särskilda boenden. I den del av planen som fokuserar på att möta den demografiska utmaningen har Äldreomsorgslyftet tilldelats 4,58 miljarder kronor (458 miljoner euro) till kompetenshöjning hos befintlig vårdpersonal för att klara både kortsiktiga och långsiktiga kompetensbehov. En central del i Äldreomsorgslyftet är att personal ges möjlighet att genomgå utbildning på betald arbetstid. Ett annat inslag är förslaget om en skyddad yrkestitel för undersköterskor inom både sjukvården och äldreomsorgen, som ska bidra till att ge erkännande åt yrket, göra det mer attraktivt och standardisera utbildningen.

6 Slutsatser

- Medellivslängden i Sverige är fortfarande är högre än i de flesta andra EU-länder, men minskade 2020 med 0,8 år på grund av det stora antalet dödsfall i covid-19. Minskningen ligger nära EU-genomsnittet, men den är mycket större än i övriga nordiska länder.
- Vid sidan av covid-19 bör situationen när det gäller cancer och andra icke-överförbara sjukdomar inte underskattas. Omkring 23 500 människor i Sverige dog av cancer 2018, vilket är mer än dubbelt så många som dog i covid-19 2020 (omkring 10 000). Sedan den nationella cancerstrategin infördes 2010 har Sverige gjort mycket för att förbättra cancervården. Regeringen har också valt att prioritera nysatser på cancervården under 2019–2021. Strategin är främst inriktad på kvalitet och jämlik tillgång till vård, men andra viktiga delar är förebyggande arbete och tidig upptäckt. Preliminära data för 2020 tyder på att cancervården inte påverkades under pandemin, även om vissa cancerscreeningsprogram fick pausas.
- Väntetiderna i vården har länge varit ett problem, och under pandemin 2020 fick en större andel av befolkningen vänta längre än tre månader för att få komma till en specialist eller påbörja en operation/åtgärd. Regeringen har lovat ökade insatser för att minska väntetiderna.
- Sverige lägger mycket pengar på hälso- och sjukvård. Utgifterna per invånare och som andel av BNP är bland de högsta i EU. Regeringen ökade också de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna 2020 med anledning av pandemin, och planerade ytterligare en ökning på över 10 % för 2021. Häri ingår extra medel till kommuner och regioner för åtgärder inom hälso- och sjukvården, 16 miljarder kronor (1,6 miljard euro) för testning och smittspårning och 10 miljarder kronor (1 miljard euro) för covid-19-vaccinationer.
- Den ursprungliga strategin för att hantera covid-19-pandemin i Sverige var unik. Till skillnad från andra nordiska och västeuropeiska länder, som införde stränga nedstängningar under den första vågen för att stoppa spridningen av viruset, intog den svenska regeringen en mindre restriktiv hållning och försökte uppnå en balans mellan att skydda människors hälsa och skydda ekonomisk och social verksamhet. Åtgärder som syftade till social distansering infördes, t.ex. reserestriktioner och förbud mot stora allmänna sammankomster, men dessa var inte lika stränga som i andra länder. Det fanns förhoppningar om att det större antalet smittade under den första vågen skulle göra en eventuell andra våg lindrigare på grund av en mer utbredd immunitet, men den andra vågen visade sig bli något större än den första sett till antalet smittade och avlidna.
- Den första vågen av pandemin slog särskilt hårt mot boende på inrättningar för långvarig vård och omsorg. Närmare hälften av alla covid-19-dödsfall i Sverige under den första vågen inträffade bland boende på sådana inrättningar, och ytterligare en fjärdedel bland personer med hemtjänst. Otillräcklig testning av både boende och personal på särskilda boenden under pandemins första månader ledde till långsammare upptäckt och isolering av smittade. Bristen på personlig skyddsutrustning och de särskilda boendenas fysiska utformning begränsade också möjligheterna att hålla nere smittspridningen.
- Vaccinet erbjöds först till dem med störst behov av skydd mot covid-19, som äldre, personer med kroniska sjukdomar och deras anhöriga och vårdare. I slutet av augusti 2021 hade över 55 % av hela Sveriges befolkning fått två doser eller motsvarande av ett covid-19-vaccin, vilket är något över EU-genomsnittet. I takt med att vaccinationerna har ökat har antalet dödsfall i covid-19 minskat.

Huvudsakliga källor

OECD/EU (2020), Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle, Paris, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Sweden: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/sweden/countrypage.aspx>.

Källförteckning

Corona Commission (2020), *Sub-report 1 – Elderly care during the pandemic* SOU 2020 : 80, December 2020.

Corona Commission (2021), *Sub-report 2 – Sweden during the pandemic* SOU 2021 : 89, October 2021.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February–March 2021).

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan*.

Ministry of Social Affairs (2021), *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa*.

National Board of Health and Welfare (2021), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*.

Public Health Agency of Sweden (2016), *Influensavaccination till riskgrupper*.

Public Health Agency of Sweden (2021a), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

Public Health Agency of Sweden (2021b), *Förnyad nationell ANDTS-strategi (alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar)*.

Public Health Agency of Sweden (2021c), *Statistik för influensavaccinationer*.

Public Health Agency of Sweden (2021d), *Utrikesfödda och covid-19 – Konstaterade fall, IVA-vård och avlidna bland utrikesfödda i Sverige 13 mars 2020 – 15 februari 2021*.

Public Health Agency of Sweden (2021e), *Rekommendationer för vaccinationer mot Covid19*.

Public Health Agency of Sweden (2021f), *Undersökning om acceptans för vaccination mot covid-19*.

Statistics Sweden (2021), *Medellivslängden i Sverige. ANDTS-strategi (alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar)*.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (2021), *Vårdgarantiläget i Sverige*.

Swedish Civil Contingencies Agency (2014), *Risker och förmågor 2013 – Redovisning av regeringsuppdrag om nationell risk- och förmågebedömning*.

Systembolaget (2021), *Så dricker vi i Sverige*.

Förkortningar för länder

Belgien	BE	Frankrike	FR	Lettland	LV	Österrike	AT	Spanien	ES
Bulgarien	BG	Grekland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Sverige	SE
Cypern	CY	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Tjeckien	CZ
Danmark	DK	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Tyskland	DE
Estland	EE	Italien	IT	Nederländerna	NL	Slovakien	SK	Ungern	HU
Finland	FI	Kroatien	HR	Norge	NO	Slovenien	SI		

State of Health in the EU

Landsprofil hälsa 2021

Landsprofilerna är en viktig del av Europeiska kommissionens pågående initiativ State of Health in the EU för förmedling av kunskap. De utarbetas med ekonomiskt stöd från Europeiska unionen. Landsprofilerna har tagits fram gemensamt av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och European Observatory on Health Systems and Policies i samarbete med Europeiska kommissionen.

De kortfattade, policyinriktade landsprofilerna bygger på en öppen, konsekvent metod och använder både kvantitativa och kvalitativa data, som anpassas till förhållandena i varje EU-/EES-land på ett flexibelt sätt. Syftet är att skapa förutsättningar för politikerna och aktörers utbyte av kunskaper och erfarenheter.

Varje landsprofil innehåller en kort sammanfattning av

- landets hälsostatus,
- faktorer som påverkar hälsan, med fokus på beteenderelaterade riskfaktorer,
- hälso- och sjukvårdssystemets utformning, och
- hälso- och sjukvårdens effektivitet, tillgänglighet och anpassningsförmåga.

En kompletterande rapport ges ut av Europeiska kommissionen.

Vill du veta mer? Gå till: ec.europa.eu/health/state

Ange följande vid hänvisning till denna publikation: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Sverige: "Landsprofil hälsa 2021", State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264467255 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)