



State of Health in the EU

Sverige

Landsprofil hälsa 2023

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. För första gången sedan serien lanserades innehåller 2023 års upplaga av landsprofilerna om hälsa ett särskilt avsnitt om psykisk hälsa.

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	17
6. FOKUS PÅ PSYKISK HÄLSA	20
7. 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 2023 och bygger på de data som fanns tillgängliga första halvan av september 2023.

Demografisk och socioekonomisk kontext i Sverige, 2022

Demografiska faktorer

	Sverige	EU
Befolkning	10 452 326	446 735 291
Andel av befolkningen över 65 år (%)	20,3	21,1
Fruksamhetstal ¹ (2021)	1,7	1,5

Socioekonomiska faktorer

BNP per capita (EUR PPP ²)	42 264	35 219
Relativ fattigdom ³ (%)	16,0	16,5
Arbetslöshet (%)	7,5	6,2

1. Antal barn som föds per kvinna i åldern 15–49 år. 2. Köpkraftsparitet 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.

Friskrivningsklausuler: Detta arbete publiceras under ansvar av OECD:s generalsekreterare. De åsikter som uttrycks och de argument som används här återspeglar inte nödvändigtvis de officiella åsikterna i OECD:s medlemsländer. De synpunkter och åsikter som uttrycks i publikationerna från Europeiska observationsorganet för hälso- och sjukvårdssystem och hälsopolitik representerar inte nödvändigtvis de deltagande organisationernas officiella politik. I händelse av avvikelser mellan det ursprungliga arbetet på engelska och översättningen, bör endast texten i det ursprungliga arbetet anses vara giltig.

Detta arbete har utförts med ekonomiskt stöd från Europeiska unionen. De åsikter som uttrycks häri kan inte på något sätt anses återspegla Europeiska unionens officiella ståndpunkt.

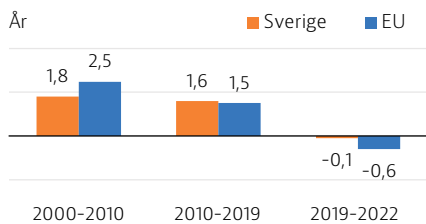
Namnen på och representationen av länder och territorier som används i denna gemensamma publikation följer WHO:s praxis.

Territoriella friskrivningar gäller för OECD: Detta dokument, liksom alla uppgifter och kartor som ingår däri, påverkar inte statusen för eller suveräniteten över något territorium, avgränsningen av internationella gränser eller namnet på något territorium, någon stad eller något område. Ytterligare specifika ansvarsfriskrivningar finns tillgängliga [här](#).

Territoriella ansvarsfriskrivningar som gäller för WHO: De använda beteckningarna och presentationen av detta material innebär inte att WHO uttrycker någon som helst åsikt om den rättsliga statusen för något land, territorium, stad eller område eller för dess myndigheter, eller om gränsdragningen för dess gränser. Prickade och streckade linjer på kartor representerar ungefärliga gränslinjer för vilka det kanske ännu inte finns någon fullständig överenskommelse.

© OECD och Världshälsoorganisationen (i egenskap av värdorganisation och sekretariat för Europeiska observationsorganet för hälso- och sjukvårdssystem och hälsopolitik) 2023.

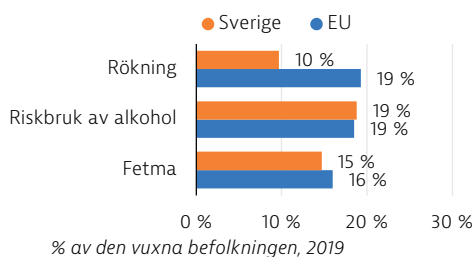
1 Översikt



Förändringar i förväntad livslängd vid födseln

Hälsostatus

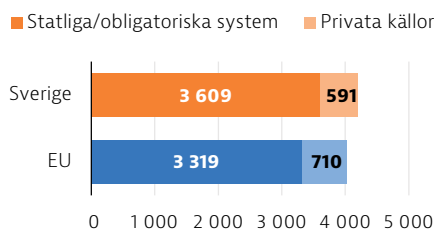
Sverige hade EU:s näst högsta medellivslängd 2022 med 83,1 år. Efter en kraftig minskning under pandemins första år steg medellivslängden 2021 och 2022 till nästan samma nivå som före pandemin. Skillnaderna i medellivslängd baserat på utbildningsnivå är stora i Sverige och har ökat de senaste 20 åren.



% av den vuxna befolkningen, 2019

Riskfaktorer

Omkring en tredjedel av alla dödsfall i Sverige 2019 kan tillskrivas beteenderelaterad riskfaktor. Andelen vuxna som röker i Sverige är bland de lägsta i EU. Bruket av snus är dock vanligt. Omkring en av fem vuxna (19 %) rapporterade riskbruk av alkohol 2019 – en andel som motsvarar EU-genomsnittet. Andelen vuxna som lider av fetma är något lägre än EU-genomsnittet men har ökat, från 11 % 2010 till 15 % 2019.



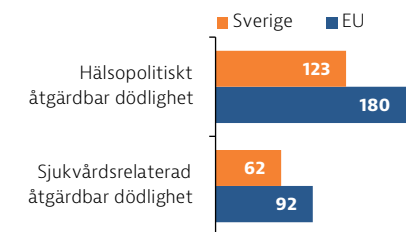
Euro per capita (köpkraftsparitet), 2021

Hälso- och sjukvårdssystemet

Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård ligger något över EU-genomsnittet: utgifterna per capita var 4 200 euro 2021, jämfört med 4 028 euro för EU i stort (justerat för skillnader i köpkraft). Offentliga medel täckte 86 % av hälso- och sjukvårdsutgifterna, vilket är högre än EU-genomsnittet på 81 %. Räknat som andel av BNP uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna 2021 till 11,2 %.

Effektivitet

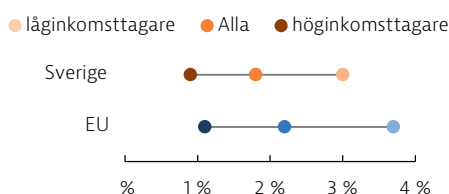
Sveriges låga nivå av hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet på grund av t.ex. lungcancer, alkoholkonsumtion och trafikolyckor är kopplat till landets kraftfulla folkhälsoåtgärder. Låg sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet pekar också på ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem.



Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare, 2020

Tillgänglighet

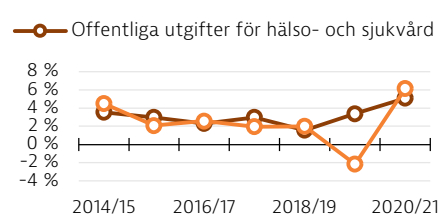
Tillgången till hälso- och sjukvård är i allmänhet god, med en i allmänhet låg nivå av icke tillgodosedda behov av medicinsk vård. Dock är tillgången till vård i glesbygd fortfarande ett problem och väntetiden för planerad kirurgi har ökat efter pandemin.



% som uppgav icke tillgodosedda behov av medicinsk vård, 2022

Anpassningsförmåga

De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård ökade till följd av pandemin med över 3 % 2020 och med över 5 % 2021. Sverige har i sin återhämtnings- och resiliensplan anslagit 452 miljarder euro för att åtgärda brister inom äldreomsorgen som uppmärksammades under pandemin.



Årlig förändring i reala termer

Psykisk hälsa

Omkring 17 % av svenskarna hade psykiska besvär 2019, vilket ligger nära EU-genomsnittet. Vanliga besvär är ångest och depression, som också är vanligare bland kvinnor och personer med lägre inkomster: 16 % av männen och 18 % av kvinnorna i den lägsta inkomstkventilen rapporterade depression 2019, jämfört med 8 % av männen och 9 % av kvinnorna i den högsta inkomstkventilen. En ny nationell strategi för psykisk hälsa håller på att utarbetas.

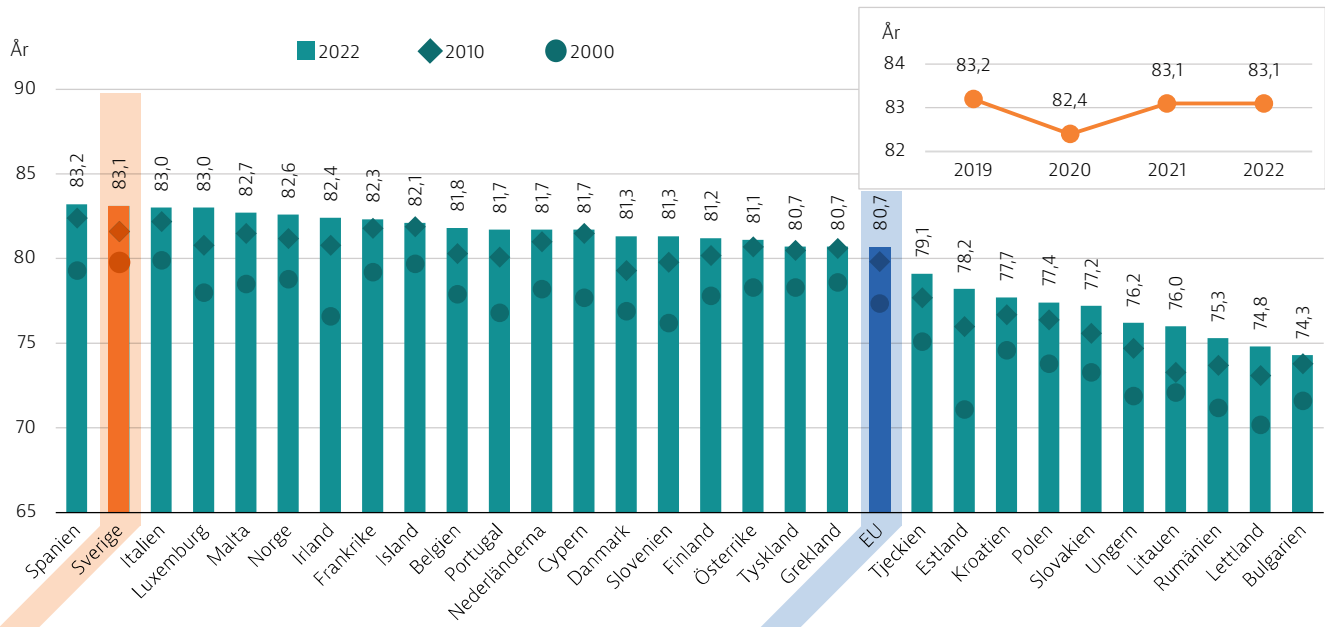
2 Hälsa i Sverige

Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU

Den förväntade livslängden vid födseln på 83,1 år 2022 var näst högst i EU. Efter en kraftig minskning

med 0,8 år 2020 på grund av det stora antalet covid-19-dödsfall ökade medellivslängden 2021 till nästan samma nivå som före pandemin och förblev oförändrad 2022 (figur 1).

Figur 1. Medellivslängden i Sverige var 2022 näst högst i EU



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde. Uppgifterna för 2022 är preliminära uppskattningar från Eurostat som kan skilja sig från nationella uppgifter och kan komma att revideras. Uppgifterna för Irland avser 2021. Källa: Eurostats databas.

I Sverige är klyftan mellan könen vad gäller medellivslängd mycket mindre än i de flesta EU-länder. 2022 kunde svenska kvinnor räkna med att leva 3,3 år längre än män, vilket är långt under EU-genomsnittet där skillnaden är 5,4 år.

I Sverige påverkar sociala ojämlikheter medellivslängden mer än könsrelaterade ojämlikheter

Ojämlikheten i medellivslängd på grund av socioekonomisk status är större än ojämlikheten på grund av kön. 2021 kunde svenska 30-åriga kvinnor med högst utbildning räkna med att leva 6,8 år längre än de med lägst utbildning, medan skillnaden var 5,9 år bland svenska män (figur 2). Utbildningsklyftan bland kvinnor ökade med 2,5 år mellan 2000 och 2021, medan ökningen bland män var mer måttlig – 1,1 år.

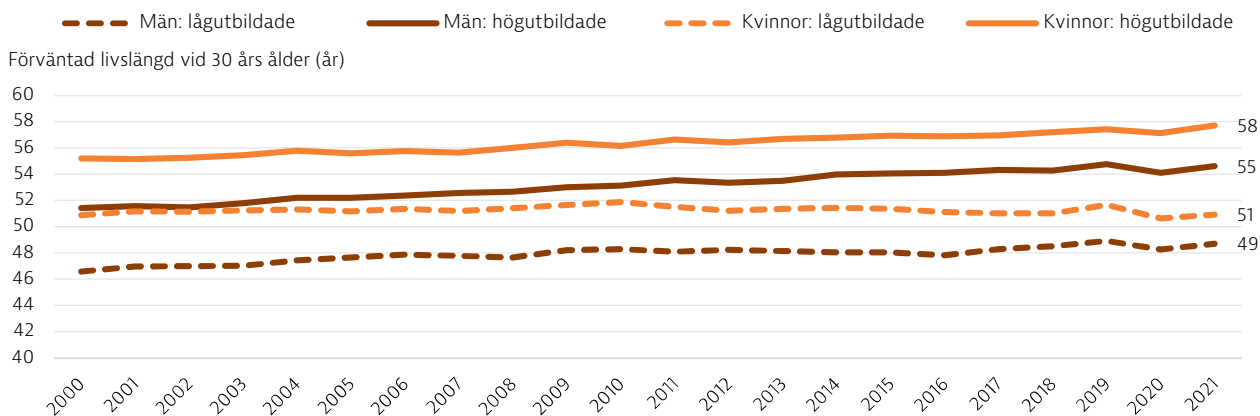
Denna växande klyfta i fråga om medellivslängd är delvis relaterad till en ojämn fördelning av förbättrade levnads- och arbetsvillkor de senaste 20 åren, vilket leder till ökande inkomstskillnader. Andelen personer utan gymnasieutbildning

har minskat de senaste 20 åren i och med den uppåtgående trenden när det gäller utbildningsnivå, men personer med låg utbildningsnivå missgynnas alltmer på arbetsmarknaden och i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2019). Lågutbildade är också mer benägna att utsättas för riskfaktorer såsom rökning, dålig kost och låg fysisk aktivitet. Denna riskexponering bidrar i sin tur i hög grad till ökad risk för förtida död.

Hjärt-kärlsjukdom och cancer var de vanligaste dödsorsakerna 2020, men covid-19 stod för en stor andel av dödsfallen

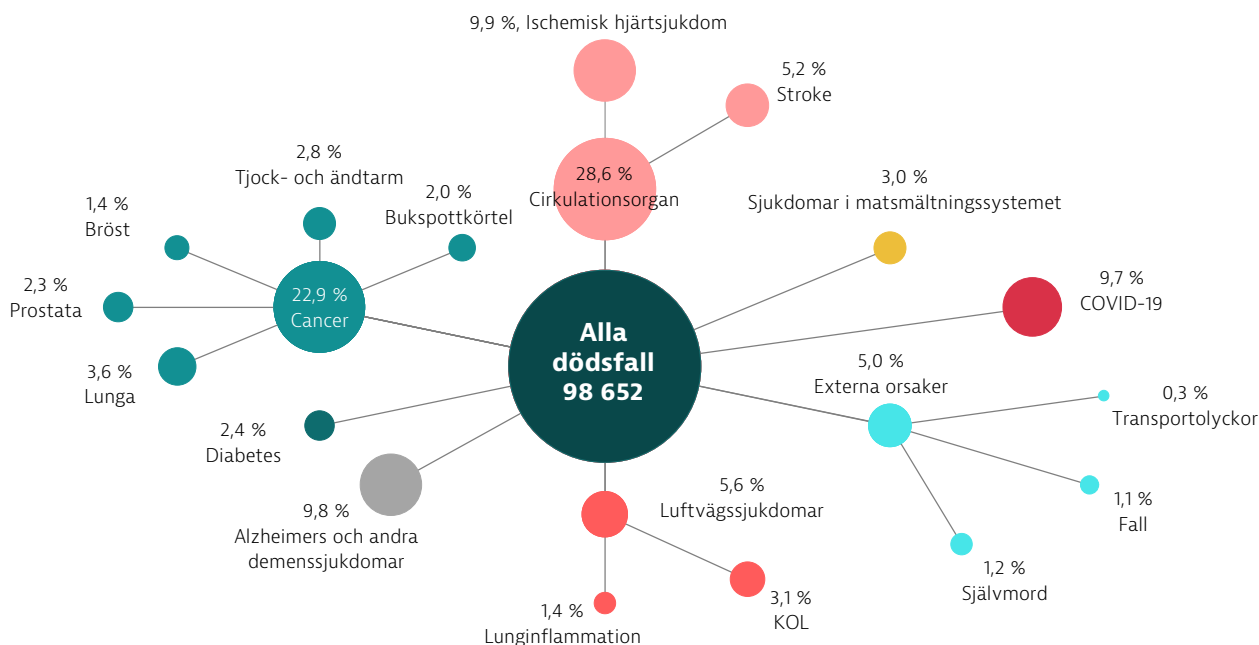
Under 2020 var de främsta dödsorsakerna i Sverige hjärt-kärlsjukdomar – t.ex. stroke och ischemisk hjärtsjukdom – cancer, Alzheimers och andra demenssjukdomar samt covid-19 (figur 3). Under pandemins första år stod covid-19 för nästan 9 500 dödsfall i Sverige (9,7 % av alla dödsfall), vilket gjorde covid-19 till den fjärde vanligaste dödsorsaken. Över hälften av alla avlidna i covid-19 år 2020 var 85 år eller äldre.

Figur 2. Utbildningsklyftan för återstående medellivslängd vid 30 års ålder är ungefär 6–7 år i Sverige



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

Figur 3. Covid-19 stod för nästan 10 % av dödsfallen 2020



Anmärkning: KOL står för kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Källa: Eurostats databas (data för 2020).

Den bredare indikatorn på överdödlighet (av alla dödsorsaker) visar att överdödligheten var omkring 8 % högre i Sverige 2020 än under de föregående fem åren. Denna andel sjönk till endast 1 % 2021 och 4 % 2022. Treårsgenomsnittet för överdödlighet var det lägsta bland EU-länderna (figur 4).

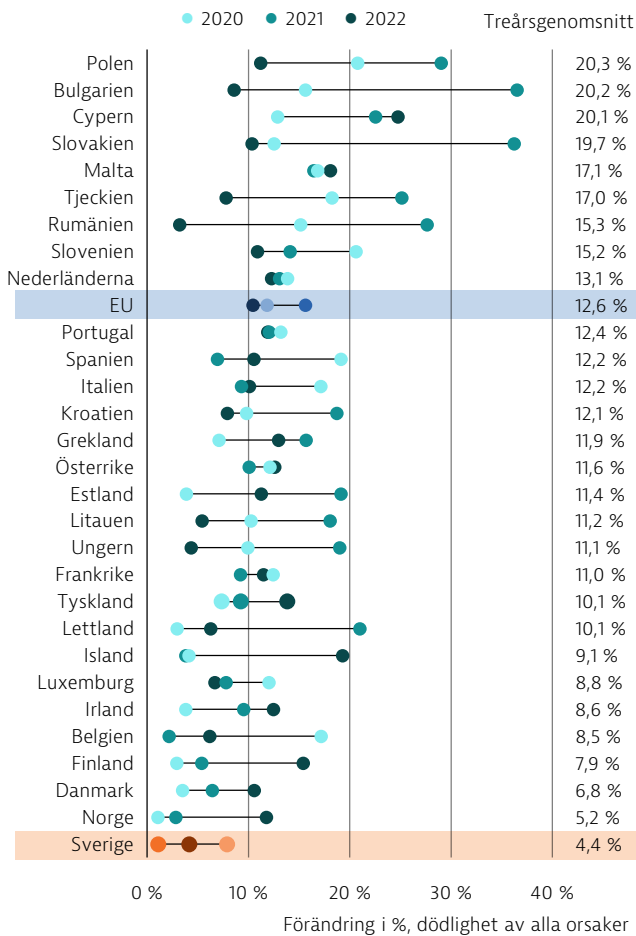
Kvinnor och män i Sverige lever en större del av sina liv efter 65 års ålder utan funktionsnedsättningar

Till följd av en ökad medellivslängd, ett fruktsamhetstal under reproduktionstalet och en åldrande babyboomgeneration ökade andelen personer i åldersgruppen 65 år och äldre i Sverige från 17 % år 2000 till 20 % år 2020. År 2050 beräknas denna andel ha ökat till 23 %.

2020 kunde 65-åriga kvinnor räkna med att leva ytterligare 21,4 år – något mer än EU-genomsnittet – medan 65-åriga män kunde räkna med att leva 18,9 år till – även över EU-genomsnittet (figur 5).

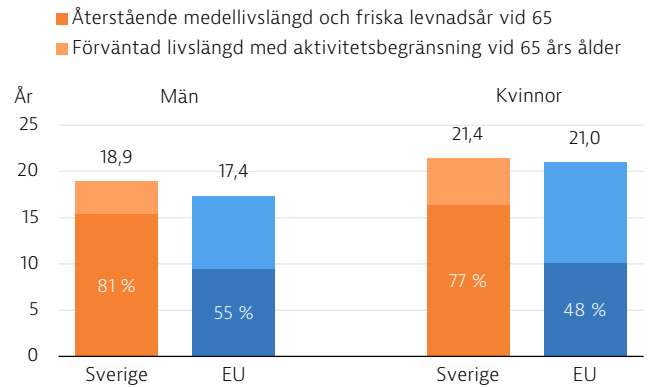
Jämfört med andra EU-länder lever kvinnor och män vid 65 års ålder i Sverige en betydligt högre andel av sina återstående levnadsår utan funktionsnedsättning, så klyftan mellan Sverige och EU-genomsnittet vad gäller friska levnadsår är ännu större. Liksom i andra länder är klyftan mellan svenska män och kvinnor vad gäller friska levnadsår vid 65 års ålder mindre än klyftan i medellivslängden. Detta beror på att kvinnor tenderar att spendera en större del av sina återstående levnadsår med funktionsnedsättning och begränsningar i det dagliga livet.

Figur 4. Treårsgenomsnittet för överdödlighet i Sverige var det lägsta bland EU-länderna



Anmärkning: Överdödlighet definieras som antal dödsfall, oavsett dödsorsak, som överstiger det genomsnittliga antalet dödsfall per år under de fem år som föregick pandemin (2015–2019).
Källa: OECD:s hälsostatistik med utgångspunkt i Eurostat-data.

Figur 5. Äldre människor i Sverige lever längre och friskare liv än EU-genomsnittet

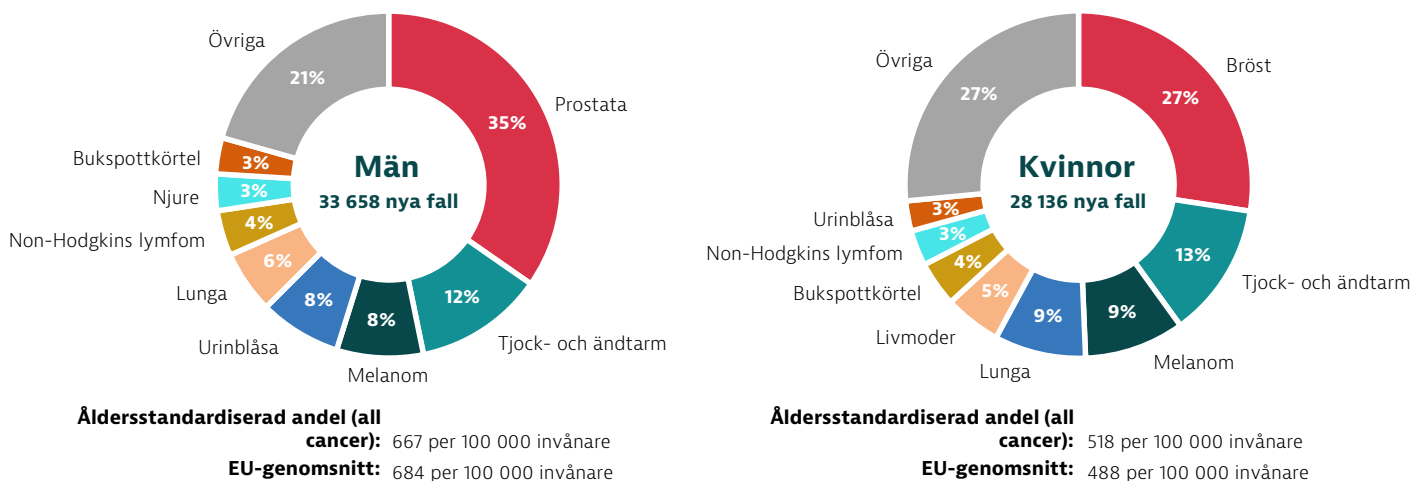


Källa: Eurostats databas (data för 2020).

Cancerbördan i Sverige ligger nära EU-genomsnittet

Enligt uppskattningar från Gemensamma forskningscentrumet räknade man med över 61 000 nya fall av cancer 2022. Cancerincidensen väntades bli något lägre än EU-genomsnittet bland män, och något högre bland kvinnor. Figur 6 visar att den ledande cancerformen bland män är prostatacancer och tjock- och ändtarmscancer, medan den ledande cancerformen bland kvinnor är bröstcancer, följt av tjock- och ändtarmscancer. Sverige har haft nationella cancerstrategier sedan 2009 för att minska risken för cancer, förbättra cancervårdens kvalitet och minska skillnaderna mellan befolkningsgrupper när det gäller sjuklighet och överlevnad (se avsnitt 5.1).

Figur 6. Över 61 000 nya diagnosticerade cancerfall väntades i Sverige 2022



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

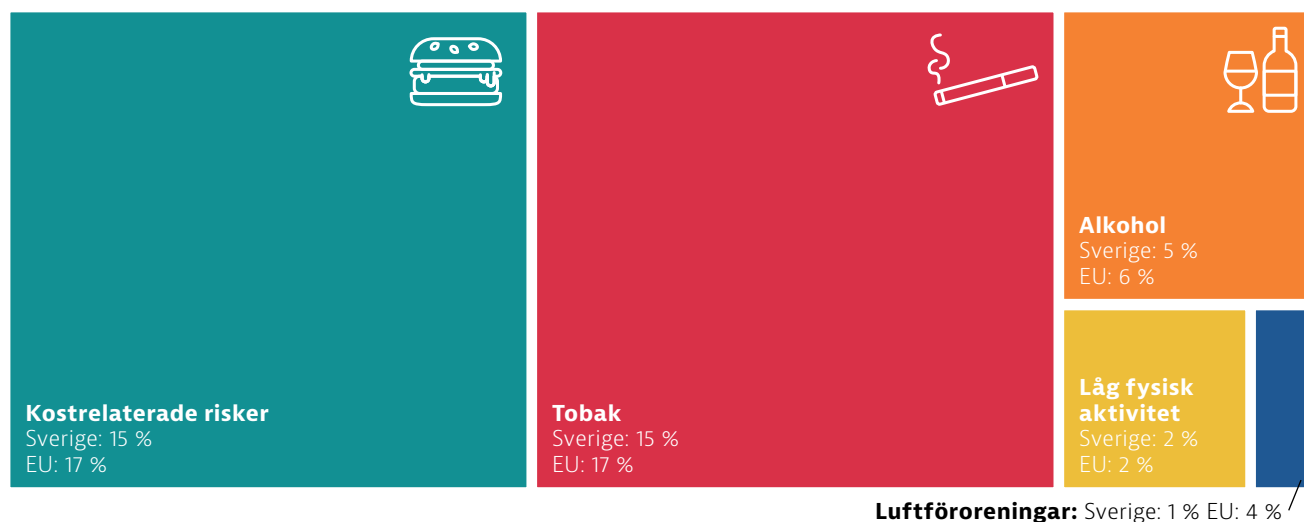
3 Riskfaktorer

Beteenderelaterade riskfaktorer ligger bakom mer än en tredjedel av alla dödsfall, en andel lägre än EU-genomsnittet

Drygt en tredjedel (34 %) av alla dödsfall i Sverige 2019 kan kopplas till beteenderelaterade riskfaktorer, bland annat kostrelaterade risker,

tobaksrökning, alkoholkonsumtion och låg fysisk aktivitet. Detta är under EU-genomsnittet (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 7).

Figur 7. Runt 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).

Andelen vuxna som röker är bland de lägsta i EU, men alkoholkonsumtionen är fortsatt hög

Mindre än 10 % av vuxna i Sverige rökte dagligen 2021, vilket är en minskning från 14 % år 2010. Sverige har den minsta andelen vuxna som röker varje dag i hela EU (figur 8). I dessa siffror ingår dock inte användning av andra tobaksvaror. År 2021 snusade 20 % av männen och 6 % 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.

Även om den totala alkoholkonsumtionen bland vuxna har minskat under de senaste 20 åren och nu är lägre än i de flesta andra EU-länder, är riskbruket av alkohol fortfarande relativt hög. Nästan en av fem vuxna (19 %) rapporterade riskbruk av alkohol 2019, en högre andel än i många EU-länder¹. Bland ungdomar uppgav 17 % av 15-åringarna 2022 att de hade varit berusade mer

än en gång i livet, ganska nära EU-genomsnittet på 18 %.

Den fysiska aktiviteten är relativt hög, men intaget av frukt och grönsaker är väldigt lågt

Andelen vuxna i Sverige som uppger att de ägnar sig åt åtminstone måttlig fysisk aktivitet varje vecka är högre än i de flesta andra EU-länder. Detsamma gäller för ungdomar, men bara 16 % av 15-åringarna i Sverige uppgav att de ägnade sig åt åtminstone måttlig fysisk aktivitet varje dag 2022, bara något högre än EU-genomsnittet på 15 %.

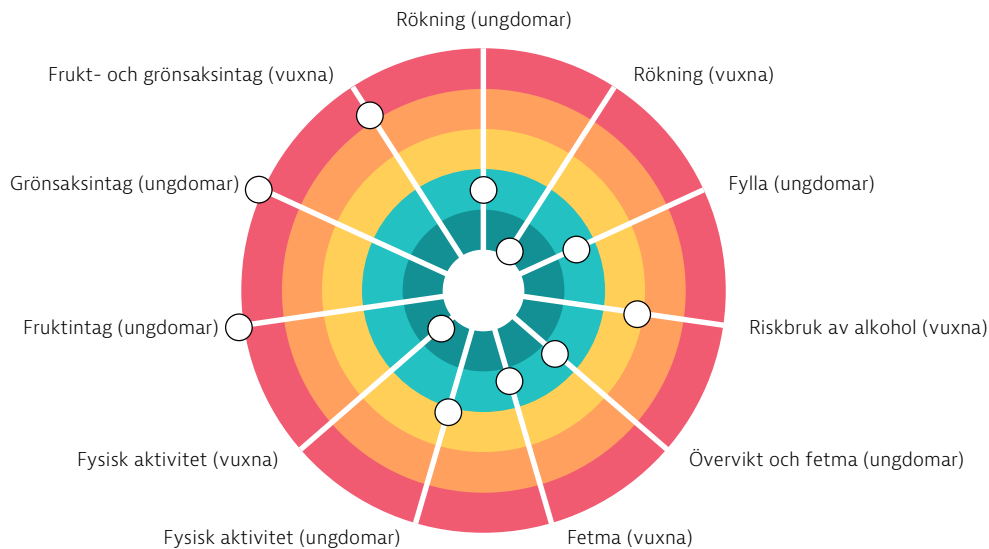
Andelen ungdomar som rapporterar att de äter minst en portion grönsaker eller frukt varje dag är bland de lägsta i EU-länderna: bara omkring 20 % av 15-åringarna rapporterade 2022 att de åt frukt eller grönsaker varje dag och endast 8 % av de vuxna åt minst fem portioner frukt och grönsaker 2019 – en lägre andel än i de flesta andra EU-länder.

¹ Med riskbruk avses sex eller fler alkoholhaltiga drycker vid ett och samma tillfälle för vuxna.

Mer än var sjunde vuxen i Sverige (15 %) led av fetma 2019. Denna andel har ökat successivt men är fortfarande lägre än i de flesta andra EU-länder.

Detsamma gäller för ungdomar: nästan var femte (19 %) led av övervikt eller fetma 2022, vilket är en lägre andel än EU-genomsnittet (21 %).

Figur 8. Sverige ligger bättre till än nästan alla andra EU-länder vad gäller de flesta riskfaktorer, förutom intaget av frukt och grönsaker



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.

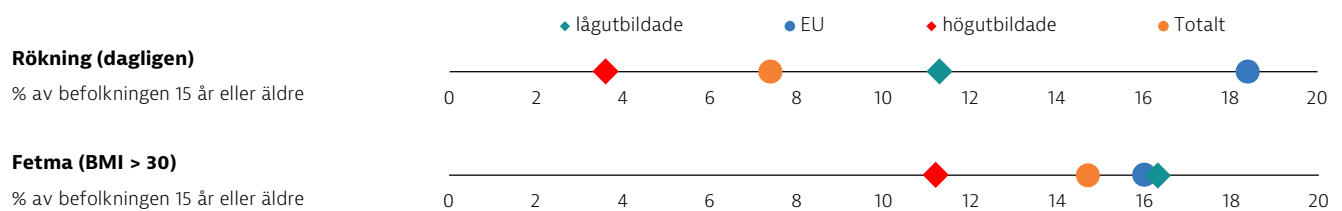
Källor: OECD:s beräkningar med utgångspunkt i HBSC-undersökningen 2022 när det gäller indikatorerna för ungdomar och den europeiska hälsoenkäten (EHIS) 2019 när det gäller indikatorerna för vuxna.

Det är vanligare att röka och lida av fetma om man är låginkomsttagare

Många beteenderelaterade riskfaktorer i Sverige är vanliga bland lågutbildade och låginkomsttagare. Enligt Europeiska hälsoenkäten 2019 rökte 11 % av vuxna som inte hade gått ut gymnasiet dagligen.

Bland personer med eftergymnasial utbildning var andelen endast 4 % (figur 9). Ett liknande samband kan ses för övervikt och fetma, som förekom hos 16 % av vuxna utan gymnasieutbildning, men bara hos 11 % av de med eftergymnasial utbildning.

Figur 9. Andelen som röker och lider av fetma är högre bland lågutbildade



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

Källa: Eurostats databas (med utgångspunkt i EHIS, 2019).

4 Hälsa- och sjukvårdssystemet

Hälsa- och sjukvårdssystemet är decentraliserat med nationell tillsyn

Alla som bor i Sverige har rätt till hälsa- och sjukvård, oavsett nationalitet. Staten ansvarar för reglering och tillsyn, och de 21 regionerna för finansiering, upphandling och tillhandahållande av hälsa- och sjukvård. Regionerna har ansvaret för primärvård, specialistsjukvård och psykiatrisk vård, och de 290 kommunerna ansvarar för äldreomsorg, vård och omsorg för personer med funktionsnedsättningar, rehabilitering och skolhälsovård.

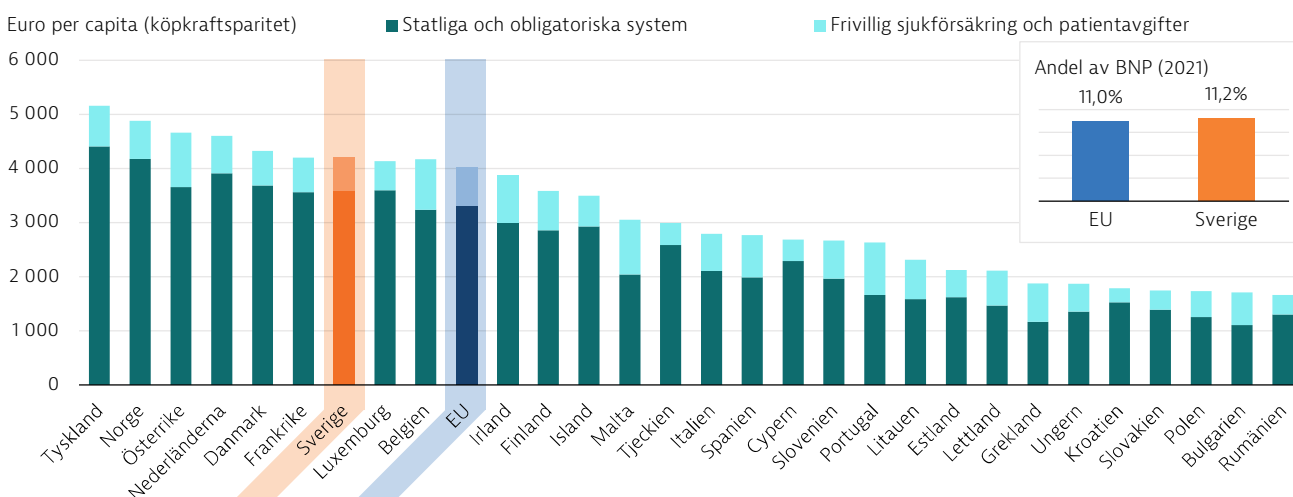
Enligt Tidöavtalet, som ligger till grund för regeringen, ska en statlig utredning undersöka hur hälsa- och sjukvårdssystemet kan centraliseras för att förbättra effektiviteten, jämlikheten och minska sjukvårdsköerna. Bristen på politiskt samförstånd på nationell och lokal nivå kommer dock sannolikt att leda till mer stegvisa förändringar. Denna pågående utredning granskar fördelarna och nackdelarna med ett centraliserat hälsa- och sjukvårdssystem och förväntas komma med politiskt genomförbara förslag.

Sveriges utgifter för hälsa- och sjukvård ligger något över EU-genomsnittet:

Under 2021 uppgick Sveriges hälsa- och sjukvårdsutgifter till 11,2 % av BNP, en något högre andel än EU-genomsnittet på 11,0 %. Hälsa- och sjukvårdsutgifterna per capita, justerat för skillnader i köpkraft, var också något högre i Sverige än EU-genomsnittet 2021 (4 200 euro jämfört med 4 028 euro) (figur 10).

De offentliga utgifterna utgjorde 86 % av de samlade hälsa- och sjukvårdsutgifterna, vilket är över EU-genomsnittet på 81 %. Resterande hälsa- och sjukvårdsutgifter (13 %) betalades till största delen direkt av hushållen via patientavgifter. Små patientavgifter tas ut för nästan alla typer av tjänster, med viktiga undantag för utsatta grupper (se avsnitt 5.2). Endast cirka 1 % av hälsa- och sjukvårdsutgifterna finansierades genom frivilliga sjukförsäkringar, men andelen har ökat då en sådan försäkring kan möjliggöra snabbare tillgång till vård.

Figur 10. Sverige spenderade över 11 % av BNP på hälsa- och sjukvård 2021



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2023 (uppgifterna avser 2021, med undantag för Malta där de avser 2020).

En tredjedel av hälsa- och sjukvårdsutgifterna går till öppenvården

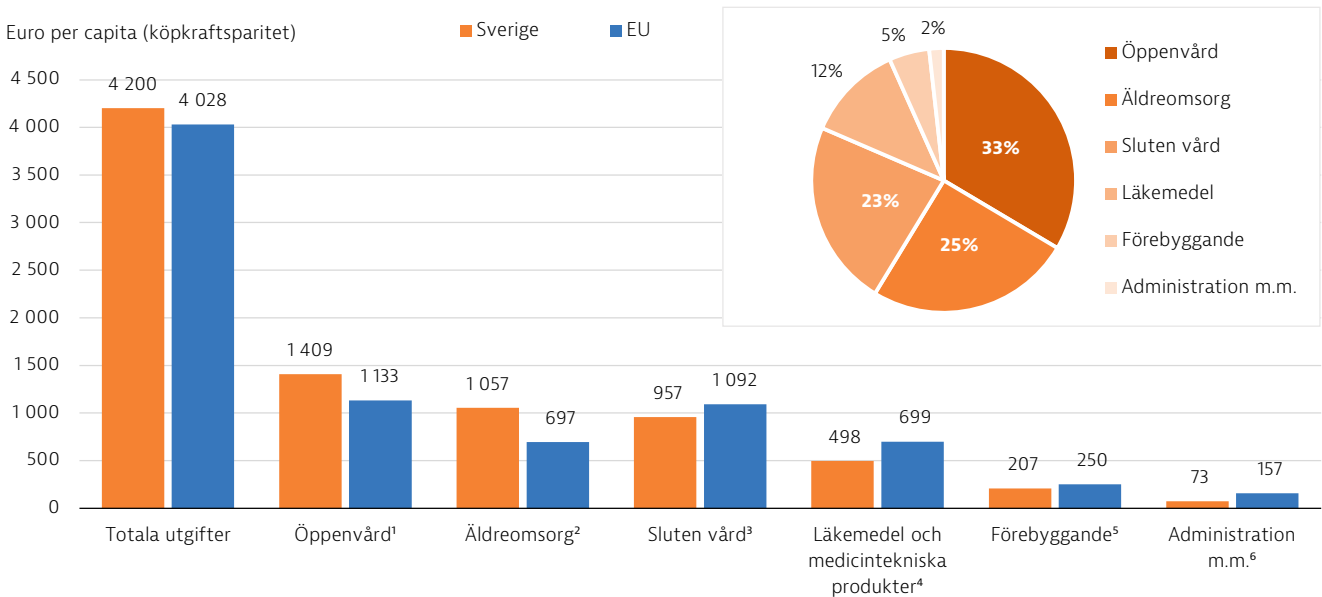
Öppenvården stod för en tredjedel av Sveriges vårdutgifter 2021 och var den största utgiftsposten (figur 11). Utgifterna för äldreomsorg uppgick till en fjärdedel (25 %) – en mycket större andel än EU-genomsnittet (16 %). Utgifterna för sluten vård utgjorde 23 % av de totala vårdutgifterna, vilket

är mindre än för tio år sedan och mycket lägre än EU-genomsnittet (28 %). Minskningen under de senaste tio åren avspeglar ett steg mot öppenvård och bort från sjukhussjukvård. Utgifterna för öppenvårdsläkemedel är jämförelsevis låga tack vare låga priser och en stor användning av generiska läkemedel.

Utgifterna för folkhälsoarbete och förebyggande åtgärder i Sverige ökade kraftigt under pandemin, liksom i andra EU-länder. Den stod för nästan 5 %

av hälso- och sjukvårdsutgifterna, en större andel än de omkring 3 % som vanligtvis anslogs till förebyggande åtgärder före pandemin.

Figur 11. Öppenvård och äldreomsorg utgör 60 % av hälso- och sjukvårdsutgifterna



Anmärkningar: 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 öppenvårdspatienter. 5. Inkluderar bara utgifter för organiserade förebyggande program. 6. Inkluderar förvaltning av hälso- och sjukvårdssystem, administration och andra utgifter. EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2023 (uppgifterna avser 2021, med undantag för Malta där de avser 2020).

Hela befolkningen omfattas av hälso- och sjukvården, och patientavgifterna är låga

Alla i Sverige omfattas av hälso- och sjukvården. Vårdtjänsterna är antingen kostnadsfria eller belagda med en mindre patientavgift. Patientavgifterna bestäms av regionerna. 2023 uppgick avgifterna till 150–300 kronor (13–26 euro) för ett primärvårdsbesök och upp till 400 kronor (35 euro) för ett specialistbesök. För vårdbesök tillämpas ett avgiftstak på 1 300 kronor (116 euro) per person och år. För receptbelagda läkemedel ligger taket på 2 600 kr (233 euro) per person och år. För personer under 20, gravida kvinnor och äldre finns undantag från avgiftsreglerna.

De flesta sjukhus drivs i offentlig regi, men det finns många privata aktörer inom primärvården

Både offentliga och privata vårdinrättningar finansieras med offentliga medel i Sverige. Offentliga sjukhus på regional nivå utför akutsjukvård, medan universitetssjukhusen ger högspecialiserad vård. Det finns även privatägda sjukhus. Patienterna omfattas av samma regelverk och avgifter i båda typerna av inrättningar. Efter 2010 års lag om obligatoriskt patientval inom primärvården ökade antalet patienter som söker vård hos privata vårdgivare, även för konsultationer över nätet.

Antalet svenskar med privat sjukförsäkring är lågt, men väcker frågor om jämlik tillgång på vård

Antalet personer med privat sjukförsäkring har ökat under de senaste 15 åren. 2021 hade omkring 7 % av befolkningen frivillig sjukförsäkring. Försäkringen tecknas oftast genom arbetsgivaren och möjliggör snabbare tillgång till öppenvård, planerad kirurgi, allmänna hälsokontroller och företagshälsovård.

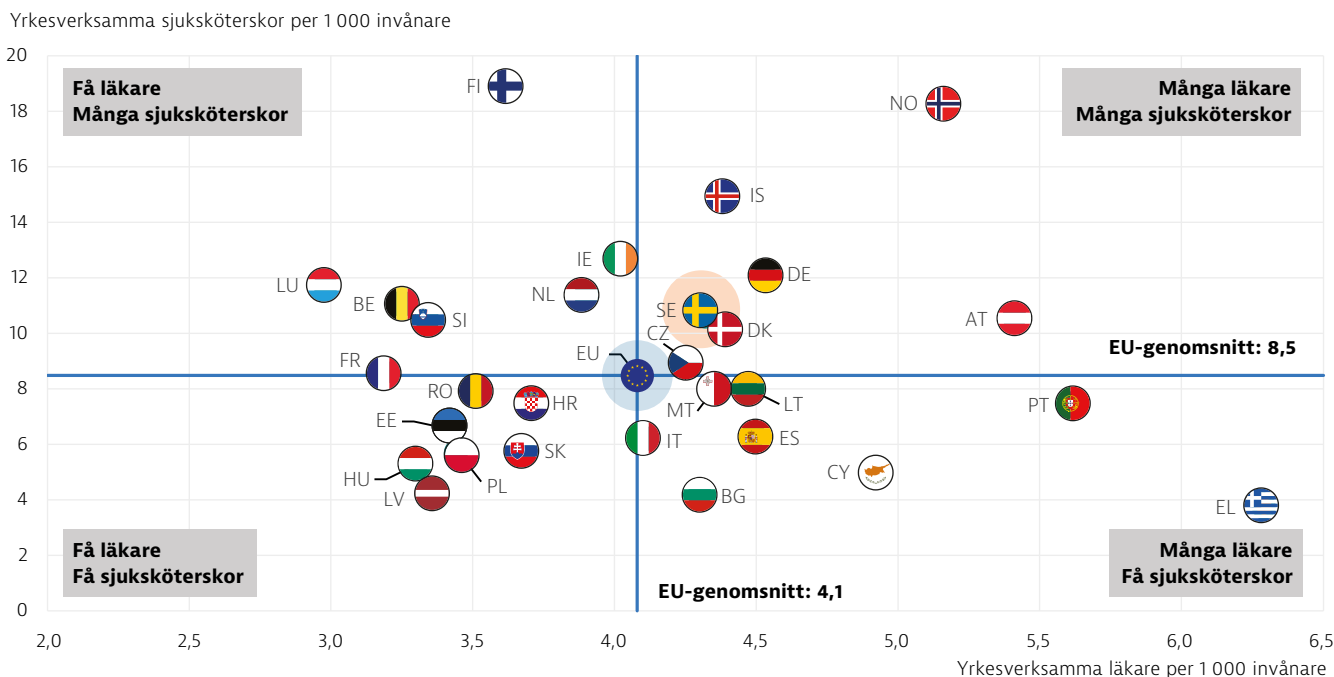
Även om det fortfarande är ganska få som har privat sjukvårdsförsäkring finns anledning till oro när det gäller jämlik tillgång till vård. Sjukvård som omfattas av tilläggsförsäkring tillhandahålls av privata vårdgivare som ofta också erbjuder offentligt finansierad vård. I avtalen mellan vårdgivarna och försäkringsbolagen begränsas väntetiden för ett specialistbesök ofta till 7 dagar och för operation till 21 dagar. Däremot bygger avtalen med regionerna, för offentligt finansierad vård, ofta på en väntetid på högst 90 dagar (den nationella vårdgarantin). Vårdgivare kan prioritera patienter med tilläggsförsäkring för att uppfylla avtalen med försäkringsbolagen, vilket väcker farhågor att prioritering kanske inte baseras på behov.

Antalet läkare och sjuksköterskor per invånare är högre än genomsnittet i EU

Sverige låg över EU-genomsnittet när det gäller antalet läkare och sjuksköterskor per 1 000

invånare 2020, med 4,3 läkare (jämfört med EU-genomsnittet på 4,1) och 10,7 sjuksköterskor (jämfört med EU-genomsnittet på 8,5) (figur 12).

Figur 12. Sverige har fler läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare än EU-genomsnittet



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde. Uppgifterna om sjuksköterskor omfattar alla kategorier av sjuksköterskor (inte bara de som uppfyller EU-direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer). 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.

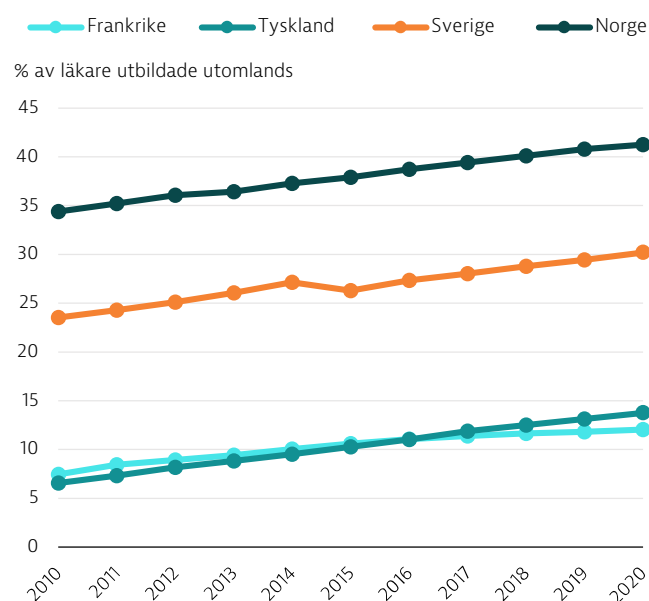
Källa: OECD:s hälsostatistik 2023 (uppgifter för de flesta länder avser 2021, med undantag för Sverige där de avser 2020).

Antalet läkare har ökat sedan 2000, delvis på grund av ett ökat antal läkare utbildade utomlands. Andelen läkare utbildade utomlands ökade från 24 % av alla läkare i Sverige 2010 till 30 % år 2020 (figur 13). Över en femtedel av dem är dock svenska medborgare som tog sin första läkarexamen utomlands innan de återvände till Sverige. Antalet inhemska läkare som utbildar sig utomlands har fyrdubblats sedan 2006, främst på grund av begränsat antal platser på svenska läkarutbildningar.

Trots att antalet läkare per invånare ökar rapporterar flera regioner brist på allmänläkare (se avsnitt 5.2). Andelen allmänläkare i Sverige är mycket lägre än EU-genomsnittet (14 % jämfört med 20 %).

Antalet sjuksköterskor per invånare har hållit sig stabilt de senaste tio åren, och flera regioner rapporterar brist – i synnerhet på specialistsjuksköterskor.

Figur 13. Andelen läkare utbildade utomlands ökade till 30 % 2020



Anmärkning: Under 2020 var över en femtedel av de utlandsutbildade läkarna i Sverige och över hälften av de utlandsutbildade läkarna i Norge personer födda i dessa länder och de hade tagit sin första läkarexamen utomlands för att sedan återvända till sina hemländer.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2023.

5 Resultat inom hälso- och sjukvården

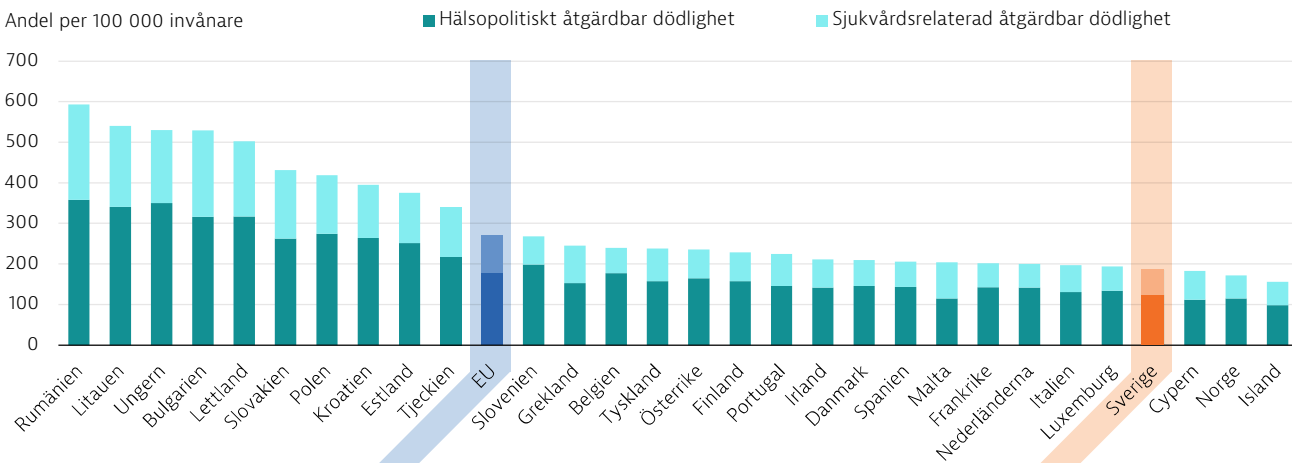
5.1 Effektivitet

Sverige har en av de lägsta nivåerna av åtgärdbar dödlighet i EU

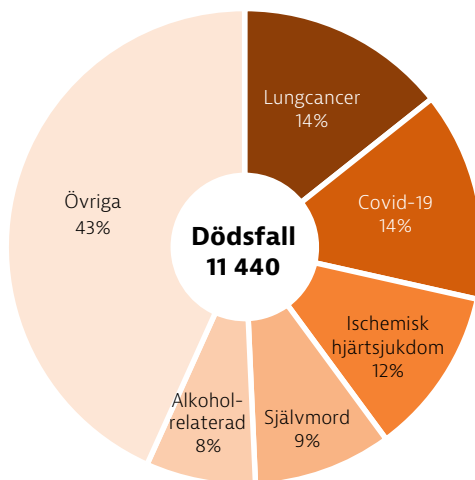
Sverige hade mycket låg hälsopolitiskt åtgärdbar och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2020, vilket tyder på att det offentliga hälso- och

sjukvårdssystemet är effektivt när det gäller att förhindra dödsfall vid sjukdomstillstånd som bedöms vara behandlingsbara eller möjliga att förebygga (figur 14). Den låga hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten beror främst på ett lågt antal förtida dödsfall på grund av lungcancer och hjärt-kärlsjukdom.

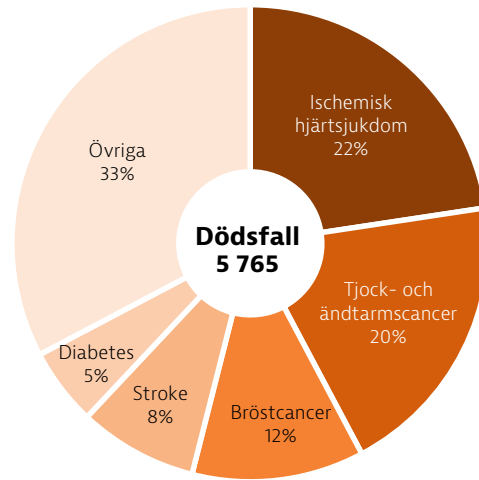
Figur 14. Åtgärdbar dödlighet var bland de lägsta i EU 2020



Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet



Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet



Sverige

Anmärkningar: 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. Båda indikatorerna avser förtida dödlighet (före 75 års ålder). Hälften av alla dödsfall till följd av vissa sjukdomar (t.ex. ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och högt blodtryck) hamnar på listan över hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet och den andra hälften på listan med behandlingsbara orsaker, så det finns ingen dubbelräkning av samma dödsfall.

Källa: Eurostats databas (data för 2020).

Sverige har en lång tradition av folkhälso- och sjukvårdsåtgärder för att minska riskfaktorer

Sveriges låga nivå av hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet på grund av exempelvis lungcancer, alkoholkonsumtion och trafikolyckor kan 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 butikskedjan 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 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 2021 omkom färre än 200 personer i trafikolyckor i Sverige, vilket är en minskning från över 500 personer 2003 (Europeiska trafiksäkerhetsobservatoriet).

I Sverige går många på screening för bröstcancer och livmoderhalscancer, och screening för tjock- och ändtarmscancer håller på att införas

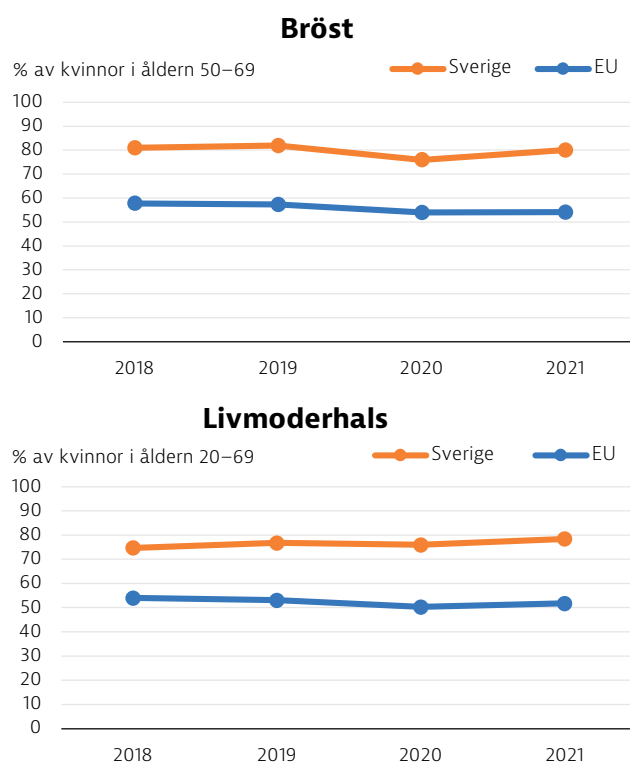
Sverige har tre landsomfattande allmänna kostnadsfria screeningprogram för cancer. Det gäller bröst-, livmoderhals- och tjock- och ändtarmscancer (OECD, 2023a).

Alla regioner i Sverige erbjuder mammografi för kvinnor i åldern 40–74 år, och screening för livmoderhalscancer har genomförts nationellt för kvinnor i åldern 23–64 år. Antalet deltagare i dessa två screeningprogram har legat långt över EU-genomsnittet både före och under pandemin. Även om antalet sjönk något under pandemins första år, 2020, ökade de 2021, även om antalet som går på mammografi fortfarande låg något under nivåerna före pandemin 2021 (figur 15).

Screening för tjock- och ändtarmscancer erbjuds för män och kvinnor i hela landet först 2021. Tidigare erbjuds bara 2 av de 21 regionerna

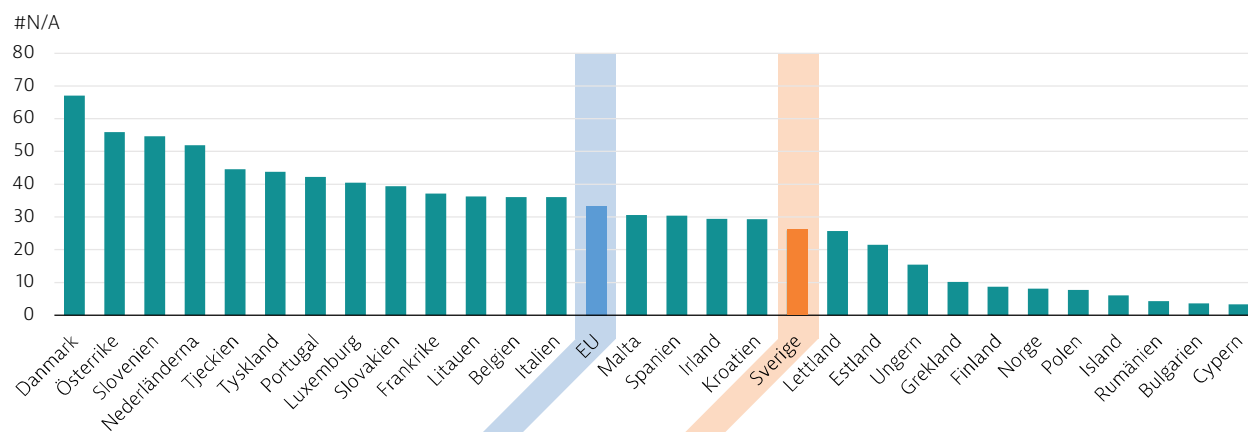
screening för invånare i åldersgruppen 50–59 år. Detta förklarar varför bara 26 % i åldersgruppen 50–74 år i Sverige uppgav att de hade genomgått screening de senaste två åren 2019, vilket var lägre än EU-genomsnittet på 33 % (figur 16). 2022 skickade dock alla regioner inbjudningar att delta i screening av tjock- och ändtarmscancer. I och med det är programmet helt utbyggt, vilket förväntas leda till högre screeningfrekvenser.

Figur 15. Långt fler än EU-genomsnittet går på screening för bröst- och livmoderhalscancer



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde. Uppgifterna avser andelen individer inom målgrupperna som har genomgått screening under de senaste två åren.
Källa: OECD:s hälsostatistik 2023 (med utgångspunkt i nationell statistik).

Figur 16. Eftersom programmet inte var helt infört var det relativt få som genomgick screening för tjock- och ändtarmscancer 2019



Anmärknings: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde. Undersökningsuppgifter från 2019 av personer i åldern 50–74 år som genomgått screening de senaste två åren.
Källa: Eurostats databas (med utgångspunkt i EHIS, 2019).

5.2 Tillgänglighet

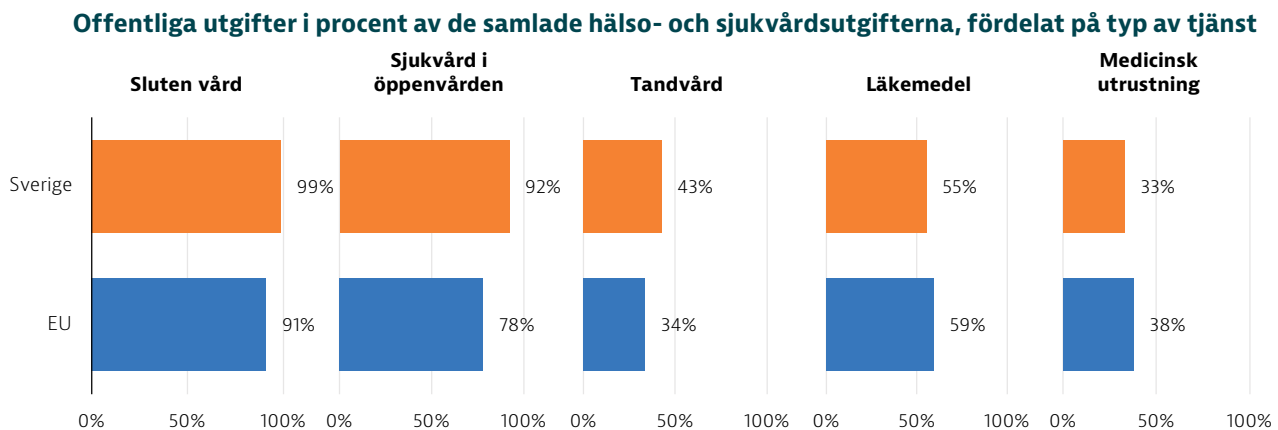
Förmånerna är omfattande, men det finns vissa regionala skillnader

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.

Högekostnadsskyddet begränsar de negativa effekterna av patientavgifterna, men priset kan vara ett hinder

Omkring 13 % av hälso- och sjukvården i Sverige finansieras genom patientavgifter, vilket är något mindre än EU-genomsnittet (14,5 %). Patientavgifter tas ut för nästan alla sorters tjänster och produkter inom vården, med undantag för mödravård och barnhälsovård samt vissa tjänster för personer över 85 år. Regionerna bestämmer själva sina patientavgifter, och avgiftsstrukturen ger patienterna incitament att söka sig till primärvården i stället för till sjukhusen. Högekostnadsskyddet för öppenvård och för receptbelagda läkemedel fastställs nationellt, medan avgifterna för öppenvårdsbesök fastställs regionalt. Tandvård, läkemedel och medicinsk utrustning betalas i lägre utsträckning med offentliga medel än sjukhusvisitationer och öppenvård (figur 17). Patientavgifterna för tandvård är i allmänhet högre, utom för personer under 24 år.

Figur 17. Sluten vård och öppenvård täcks i högre grad än tandvård och läkemedel av den allmänna sjukförsäkringen



Anmärkningar: Tjänster i öppenvården avser i huvudsak tjänster som tillhandahålls av generalister och specialister i öppenvården. Läkemedlen omfattar receptbelagda och receptfria läkemedel samt medicinska konsumtionsvaror. Medicinsk utrustning avser synhjälpmedel, hörapparater, rullstolar och andra medicintekniska produkter. EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2023 (data för 2021 eller närmaste tillgängliga år).

Låg nivå av icke tillgodosedda behov av medicinsk vård och tandvård

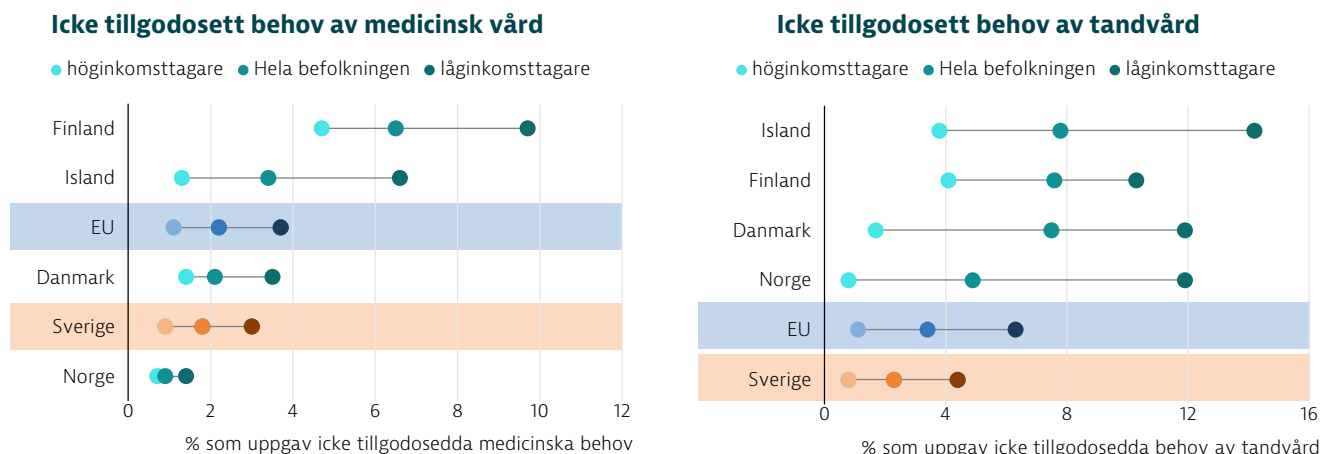
Enligt uppgifter från EU-Silc var nivån av icke tillgodosedda behov av medicinsk vård låg: knappt 2 % av samtliga uppgiftslämnare och 3 % av uppgiftslämnare med låg inkomst hade upplevt att deras behov av medicinsk undersökning eller behandling inte tillgodosetts på grund av kostnad, reseavstånd eller väntetid 2022. Andelen personer som rapporterade icke tillgodosedda behov av tandvård i Sverige var också låg: endast 2,3 % av samtliga uppgiftslämnare uppgav icke

tillgodosedda behov av tandvård 2022, men bland låginkomsttagare var andelen nästan dubbelt så hög som genomsnittet (figur 18).

Covid-19-pandemin och relaterade åtgärder för att begränsa spridningen begränsade tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster. Undersökningar som genomfördes under våren 2021 och våren 2022 visade att 15 % respektive 19 % av befolkningen rapporterade icke tillgodosedda behov av medicinsk vård vid tidpunkten för undersökningen (figur 19). Dessa andelar låg nära EU-genomsnittet².

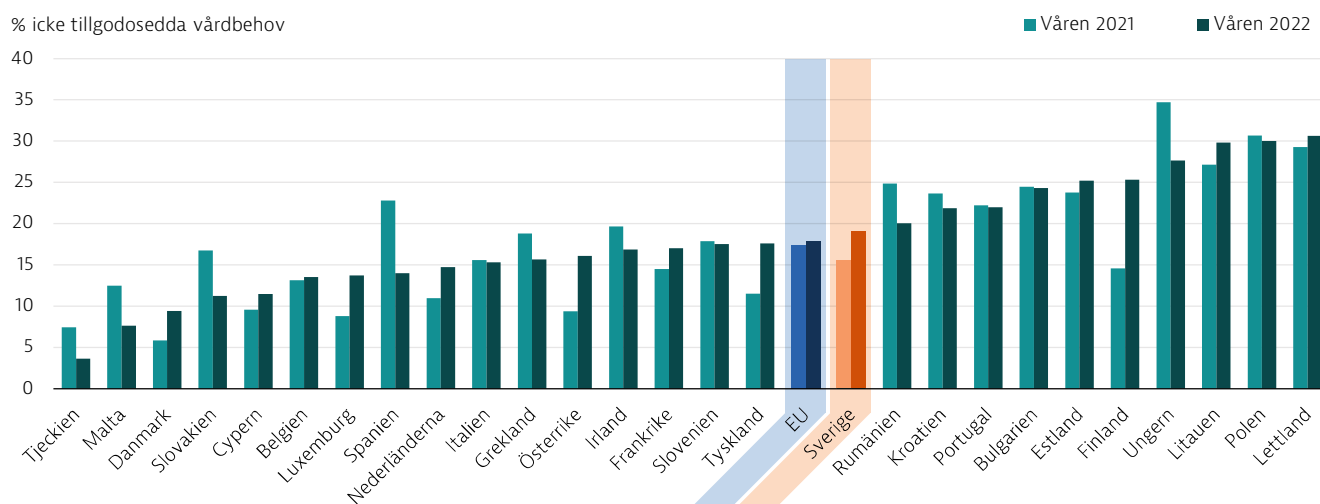
² Uppgifterna i Eurofound-undersökningen är inte jämförbara med dem i EU-Silc-undersökningen på grund av skillnader i metoder.

Figur 18. 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 2022, med undantag för Norge där de avser 2020 och Island där de avser 2018).

Figur 19. Icke tillgodosedda behov av medicinsk vård våren 2021 och våren 2022 låg nära EU-genomsnittet



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde.
 Källa: Eurofound (2022), e-undersökningen Living, working and COVID-19.

Sverige har reglerat de digitala vårdbesöken för att bättre integrera dem i lokala hälso- och sjukvårdssystem

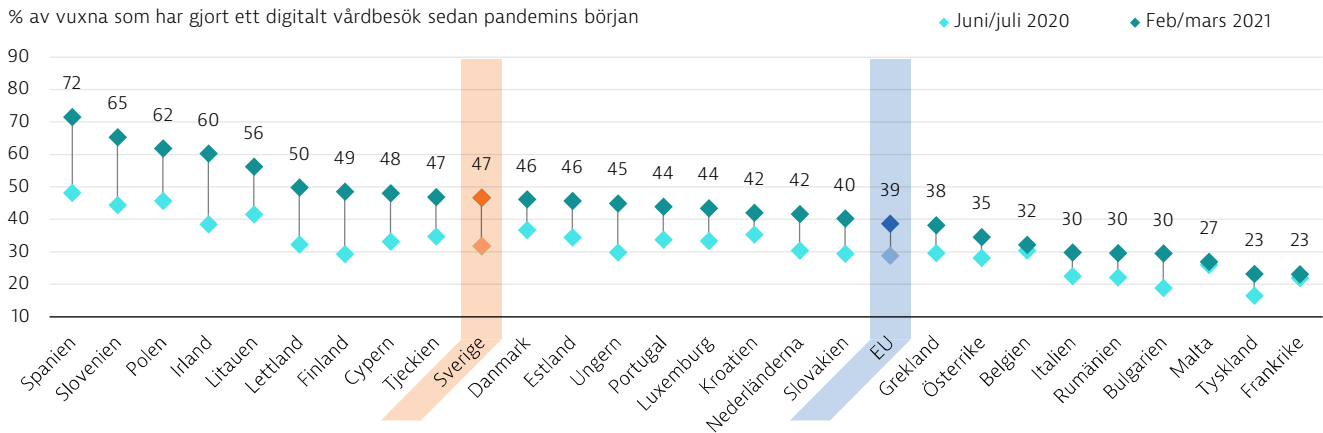
Under pandemin var digitala vårdbesök ett komplement för att upprätthålla eller förbättra tillgången till vård. Nästan hälften (47 %) av svenska vuxna rapporterade i början av 2021 att de hade gjort minst ett digitalt vårdbesök sedan pandemins början, en ökning från 30 % under sommaren 2020 (figur 20). Antalet digitala vårdbesök ökade kraftigt under pandemin, men de står fortfarande bara för en liten del av det totala

antalet vårdbesök – omkring 18 % av primärvårdsbesöken 2020³. Digitala vårdbesök ersätter inte bara fysiska läkarbesök utan skapar också ny konsumtion. Risken finns att detta kan öka efterfrågan på s.k. lågvärdevård. Digitala vårdbesök har lett till ökade kostnader för regionerna, trots lägre snittkostnad per besök, eftersom en del ny konsumtion uppstått. Till skillnad från fysiska läkarbesök är digitala vårdbesök vanligare bland högutbildade och de med goda socioekonomiska förhållanden (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022).

3 I Sverige likställs bara mobiltelefonapplikationer och videobesök som personligt vårdbesök (inte telefonsamtal).

Figur 20. Nästan hälften av svenska vuxna gjorde minst ett digitalt vårdbesök under pandemins första år

% av vuxna som har gjort ett digitalt vårdbesök sedan pandemins början



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett vägt medelvärde. Låg tillförlitlighet för uppgifter från Cypern, Lettland och Malta för 2021, och från Luxemburg för 2021 och 2020 på grund av litet urval.

Källa: Eurofound (2022), e-undersökningen Living, working and COVID-19.

De digitala vårdbesöken har ökat sedan 2015 då digitala vårdgivare i alla 21 regioner fick erbjuda tjänsten i hela landet. Eftersom regionerna har ekonomiskt ansvar för den vård som deras invånare får i andra regioner kom man 2017 överens om ett rekommenderat pris för digitala vårdbesök och en lägsta patientavgift i hela landet. Efter ökningen av digitala vårdbesök under pandemin antogs ny lagstiftning 2022 för att bättre integrera dem i de lokala hälso- och sjukvårdssystemen. Den innebär att svenskarna endast kan registrera sig på en vårdcentral, och de får byta vårdcentral max två gånger per år.

Sverige ska dessutom investera 3,8 miljoner euro för att utveckla tjänster och tillämpningar för e-hälsa som en del av införandet av EU:s program för sammanhållningspolitik 2021–2027. Omkring 40 % av detta belopp kommer att samfinansieras av EU.

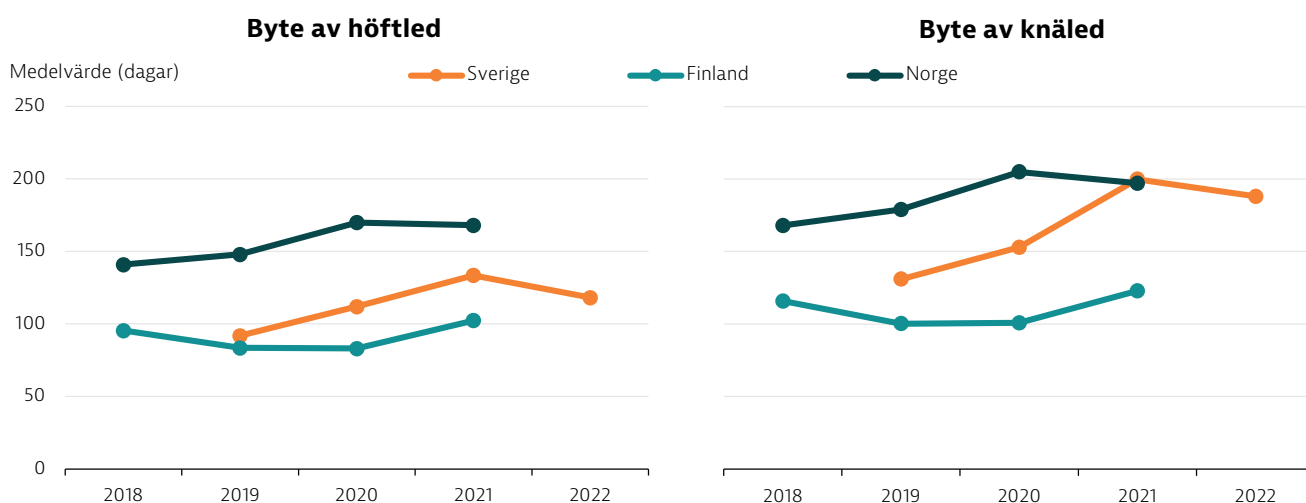
Väntetiderna fortsätter att väcka uppmärksamhet

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har länge kännetecknats av långa väntetider, och problemet har lett till åtskilliga debatter och politiska initiativ sedan långt före pandemin. Det viktigaste politiska initiativet var vårdgarantin från 2010, som innehöll regler om maximala väntetider för olika tjänster. Andra initiativ har omfattat nationella program med incitament för regionerna att minska köerna (dessa incitament avskaffades 2015) och att öka insynen genom att regelbundet offentliggöra väntetiderna. Detta infördes inledningsvis på regional och nationell nivå, och från och med 2019 utvidgades det till den enskilda vårdgivaren inom primärvården och därefter, från och med 2021, till sjukhusnivå.

Sveriges Kommuner och Regioner 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.

Störningarna i sjukhusvården och annan hälso- och sjukvård under pandemin ledde till betydande öknings av väntetiden under 2020 och 2021, särskilt för specialistvård. 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. I juni/juli 2020 hade dessa andelar minskat till 67 % för specialistbesök och 44 % för operation/åtgärd.

Om man tittar på specifika operationer ökade den genomsnittliga väntetiden för byte av höftled från 92 dagar 2019 till 112 dagar 2020, och fortsatte att öka ytterligare under 2021, innan den började minska 2022. Man såg ett liknande mönster för byte av knäled, även om väntetiden i allmänhet var högre både före och under pandemin: den ökade från i genomsnitt 131 dagar 2019 till 153 dagar 2020 och 200 dagar 2021, innan den började minska något 2022 (figur 21). Den genomsnittliga väntetiden för dessa två operationer var högre i Sverige än i Finland 2021, men lägre än i Norge för byte av höftled, även om uppgifterna inte är strikt jämförbara eftersom mätningen av väntetider börjar tidigare i vårdförloppet i Norge.

Figur 21. Väntetiderna för byte av höft- och knäled ökade kraftigt under pandemin

Anmärkning: Väntetiderna i Norge är en överskattning eftersom de börjar mäta väntetiden tidigare i vårdförloppet.
Källa: OECD:s hälsostatistik 2023.

Antalet avancerade specialistsjuksköterskor inom primärvården är fortfarande mycket begränsat

Sverige har utökat sjuksköterskornas ansvarsområde genom att införa tjänster för avancerade specialistsjuksköterskor inom primärvården för att förbättra tillgången till vård där det är ont om allmänläkare. Sådana avancerade specialistsjuksköterskor får ytterligare utbildning på masternivå. Men 2022 fanns endast omkring 35 avancerade specialistsjuksköterskor i Sverige. De främsta hindren för att kunna tillsätta avancerade specialistsjuksköterskor är bristen på tjänster med tydligt definierade uppgifter och låga lönetillägg jämfört med vanliga sjuksköterskor. Nationella vårdkompetensrådet rekommenderade 2023 att införa denna yrkesroll som ett reglerat yrke för att göra det lättare att få fram avancerade specialistsjuksköterskor till primärvården. Rådet anser att en översyn behöver göras om bland annat utbildningsvägar, roll och funktion för avancerade specialistsjuksköterskor för att nå en överenskommen mellan berörda parter och skapa nya tjänster (Nationella vårdkompetensrådet, 2023).

5.3 Anpassningsförmåga

Covid-19-pandemin blev den största störningen i hälso- och sjukvårdssystemen under de senaste årtiondena. Den har belyst sårbarheterna och utmaningarna i länders strategier för krisberedskap och deras förmåga att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster till sina befolkningar. För att bemöta de bestående effekterna av pandemin – liksom andra kriser på senare

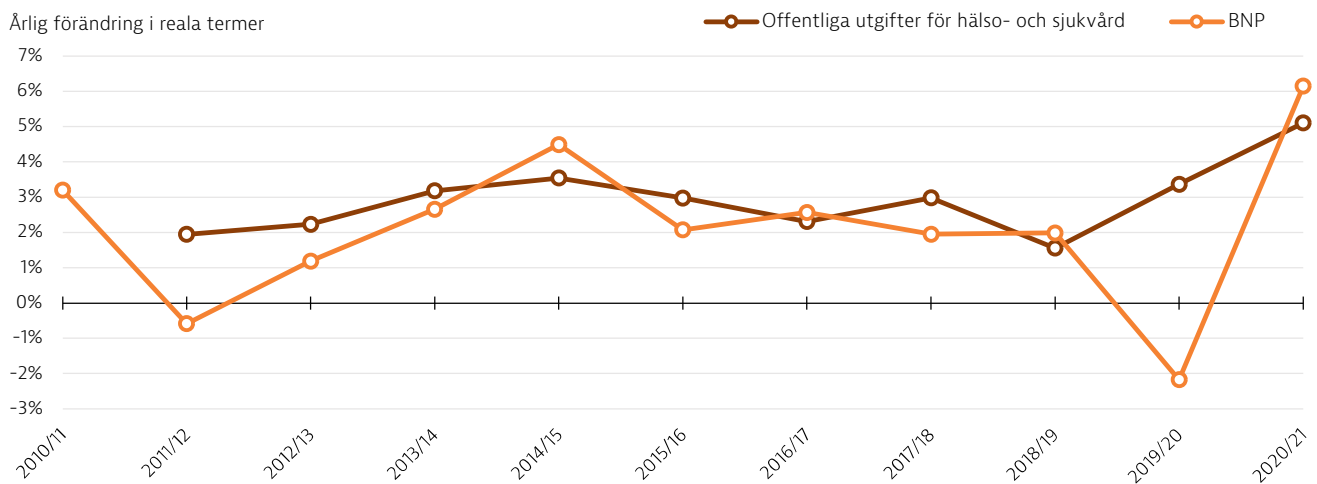
tid, såsom ökade levnadskostnader och den påverkan konflikter som kriget i Ukraina har – implementerar länder olika strategier. Dessa syftar till att minska effekterna på tillhandahållandet av tjänster, investera i hälso- och sjukvårdssystemens återhämtning och anpassningsförmåga⁴, förbättra kritiska områden inom hälso- och sjukvårdssektorn och stärka deras beredskap för framtida störningar.

Sveriges strategier mot covid-19 ledde till en betydande ökning av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård 2020 och 2021.

Åren före pandemin ökade de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård i Sverige med 2–3 % per år i reala termer och ökade i allmänhet i linje med BNP. Under pandemins första år började de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård öka snabbare, med 3,4 % 2020, och tillväxttakten ökade till över 5 % 2021 (figur 22). Den snabba ökningen under 2021 berodde på kostnader direkt kopplade till pandemihantering och vaccinationskampanjer. Den påverkades också av att man försökte komma ikapp med sjukvård som skjutits upp under pandemins första år.

Den stora ökningen av statens utgifter för hälso- och sjukvård under pandemin bekräftade trenden att staten står för en allt större del av vårdkostnaderna. Statens utgifter 2020 (inklusive direkta utgifter för vissa nationella program, investeringar och indirekta utgifter i form av ett allmänt utjämningsbidrag och läkemedelsförmåner) stod för 25 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, vilket var en ökning från 20 % 2019.

⁴ Hälso- och sjukvårdssystemens 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).

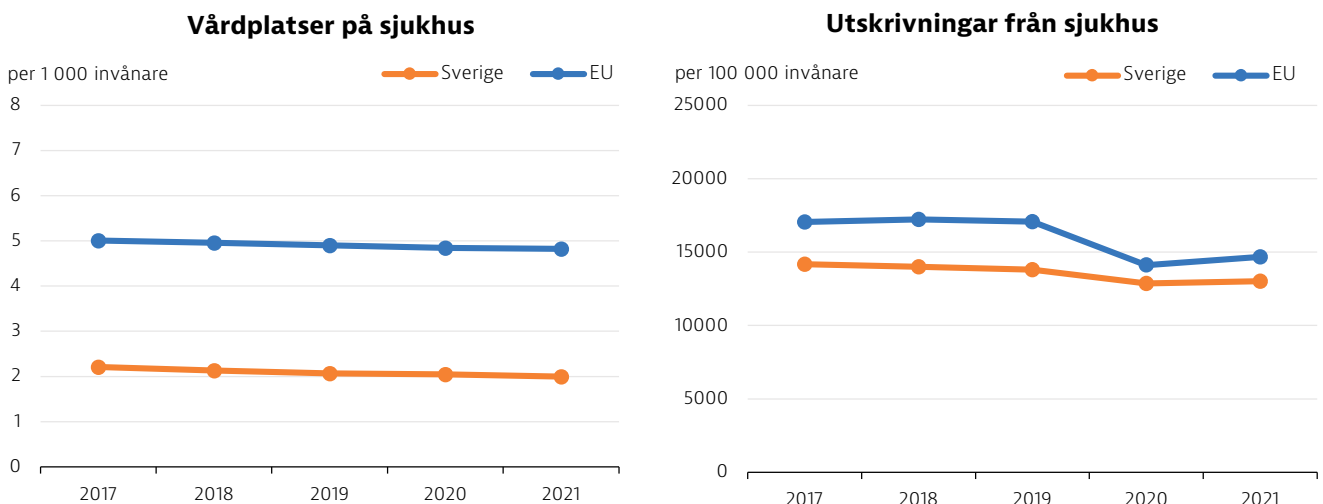
Figur 22. Pandemin ledde till en kraftig ökning av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård

Källa: OECD:s hälsostatistik 2023.

Antalet vårdplatser i Sverige är mycket lågt, men även sjukhusvistelser är lägre än EU-genomsnittet

Åren före pandemin hade Sverige färre vårdplatser per invånare än något annat EU-land (2,1 platser per 1 000 invånare 2019 jämfört med EU-genomsnittet på 4,9 platser per 1 000 invånare), och det förändrades inte under pandemin. Anledningen är delvis att större delen av rehabiliteringen, liksom all långvarig vård och omsorg, tillhandahålls utanför sjukhus. För att möta den snabbt ökande

efterfrågan på intensivvård under pandemins första år ökade Sverige antalet intensivvårdsplatser, främst genom att omplacera befintliga vårdplatser och skjuta upp icke-akut sjukhusvård för att skapa en buffert av extra resurser (bäddar, personal och utrustning) samtidigt som man minskade risken för sjukhusutbrott (OECD, 2023b). Till följd av dessa störningar sjönk antalet sjukhusvistelser med 7 % 2020, en minskning som var mindre dramatisk än EU-genomsnittet (figur 23).

Figur 23. Sverige hade lägst antal vårdplatser per capita i EU före och under pandemin

Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde.

Källa: OECD:s hälsostatistik 2023.

Nyligen genomförda nationella utvärderingar kom fram till att antalet vårdplatser i Sverige är otillräckligt. Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att anslå 2 miljarder kronor (175 miljoner euro) i resultatbaserade utbetalningar till regioner

för att öka antalet platser 2023. Dessutom utarbetar Socialstyrelsen en nationell plan för att minska bristen.

Pandemin riktade uppmärksamhet mot äldreomsorgssektorn, vilket ledde till ett förslag om en ny äldreomsorgslag.

Pandemin synliggjorde brister inom äldreomsorgen i Sverige. Strukturella problem – såsom den ständiga personalbristen till följd av oattraktiva arbetsförhållanden – påverkar kvantitet, kvalitet och säkerhet inom äldreomsorgen. Dessa utmaningar försvårade reaktionen på pandemin (Statens offentliga utredningar, 2022).

452 miljoner euro från Sveriges återhämtnings- och resiliensplan har anslagits för att förbättra äldreomsorgen genom kompetenshöjning och utbildning av ny personal⁵. I en nationell utredning som offentliggjordes 2022 föreslogs dessutom att en ny äldreomsorgslag skulle antas som ska komplettera den nuvarande socialtjänstlagen (Statens offentliga utredningar, 2022). Förslaget syftar till att klargöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll, och att öka kvalitet och kontroll. Det innehåller nya mål när det gäller förebyggande och hälsofrämjande samt tillgång till olika tjänster.

Antibiotikaanvändningen i Sverige är bland EU:s lägsta

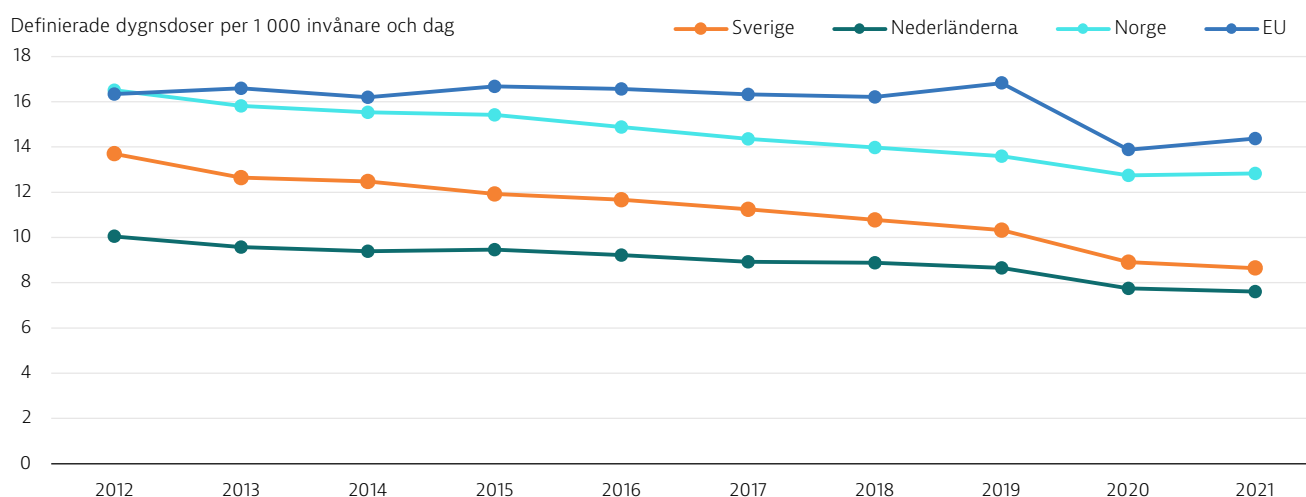
Antibiotikaresistens är ett stort folkhälsoproblem i EU. Uppskattningar pekar på runt 35 000 dödsfall på grund av infektioner med antibiotikaresistenta bakterier (ECDC, 2022) och vårdrelaterade kostnader på omkring 1,1 miljarder euro per år

(OECD/ECDC, 2019). Överdriven föreskrivning och överanvändning av antibiotika är en bidragande orsak till antibiotikaresistens.

Sverige var ett av de EU-länder som använde minst antibiotika i samhället (sjukhus ej inräknat) 2021, och förbrukningen har minskat gradvis under de senaste tio åren och under pandemin (figur 24).

Sverige har en övergripande strategi för att ta itu med antibiotikaresistens. Strategin för 2020-2023 har den övergripande målsättningen att bevara möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner hos människa och djur (Regeringskansliet, 2023). Den består av sju mål, bland annat stärkt övervakning och övervakningssystem för att spåra antibiotikaanvändning och mönster för resistens; stärkta förebyggande åtgärder mot infektion och kontrollåtgärder i hälso- och sjukvårdssammanhang; främja ansvarsfull användning av antibiotika; ökad kunskap om antibiotikaresistens hos allmänheten.

Figur 24. Antibiotikaanvändningen i Sverige har minskat de senaste tio åren



Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde. Uppgifterna omfattar endast användning i samhället (sjukhus ej inräknat).
Källa: ECDC ESAC-Net.

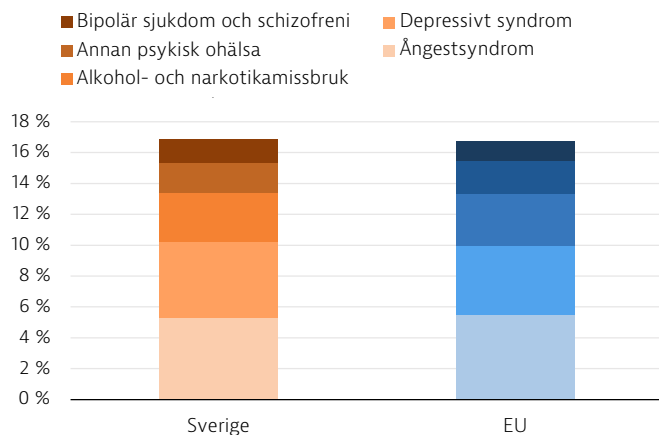
⁵ Dessa siffror om Sveriges återhämtnings- och resiliensplan hänvisar till den ursprungliga bilagan till rådets genomförandebeslut om godkännande av Sveriges nationella återhämtnings- och resiliensplan. Dessa kan ändras före utgången av 2023.

6 Fokus på psykisk hälsa

Den uppskattade andelen psykiska hälsoproblem ligger nära EU-genomsnittet

Även om det finns betydande informationsluckor om förekomsten av psykiska hälsoproblem i Sverige, som i alla EU-länder, tyder tillgängliga uppgifter på att psykiska hälsoproblem påverkar ett stort antal människor varje år. Enligt IHME:s uppskattningar led omkring 17 % av svenskarna av psykisk ohälsa 2019 – en andel i linje med EU-genomsnittet (figur 25). Vanligast är ångest och depression (var och en av dessa drabbar 5 % av befolkningen). Uppskattningsvis 3 % av befolkningen lider av problem i samband med alkohol- och narkotikamissbruk. Allvarliga psykiska sjukdomar som bipolär sjukdom och schizofreni drabbar omkring 1 % av befolkningen.

Figur 25. Uppskattningsvis en av sex led av psykisk ohälsa 2019



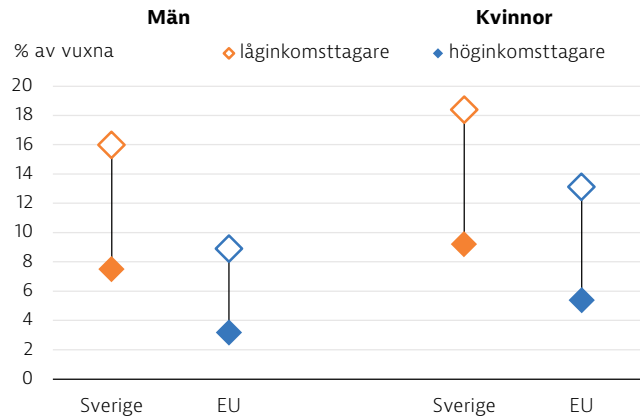
Anmärkning: EU-genomsnittet är ett ovägt medelvärde.
Källa: IHME (uppgifter avser 2019).

Flera psykiska problem är vanligare bland kvinnor än bland män, däribland ångeststörning, depression och bipolär sjukdom. En del av skillnaderna kan bero på att kvinnor är mer benägna att rapportera problemen. Ett undantag är dock alkohol- och narkotikamissbruk som rapporteras oftare av män.

Det finns betydande socioekonomiska skillnader bland dem som rapporterar depression. I Sverige, liksom i alla andra EU-länder, är det mer sannolikt att låginkomsttagare rapporterar depression: 2019 rapporterade omkring 16 % av männen och 18 % av kvinnorna i den lägsta inkomstkvaliteten depression, jämfört med 8 % av männen och 9 % av kvinnorna i den högsta inkomstkvaliteten (figur 26). Anställda rapporterar vanligtvis mindre depression

än de som är arbetslösa, eftersom sysselsättningen tenderar att öka självkänslan. Och tvärtom: Att förlora ett arbete förvärrar i allmänhet psykisk ohälsa.

Figur 26. I Sverige, liksom i andra EU-länder, är det dubbelt så vanligt att låginkomsttagare rapporterar depression som höginkomsttagare



Anmärkning: Höginkomsttagare avser personer i den högsta inkomstkvaliteten (20 % av befolkningen med högst inkomst), medan låginkomsttagare avser personer i den lägsta inkomstkvaliteten (20 % av befolkningen med lägst inkomst).

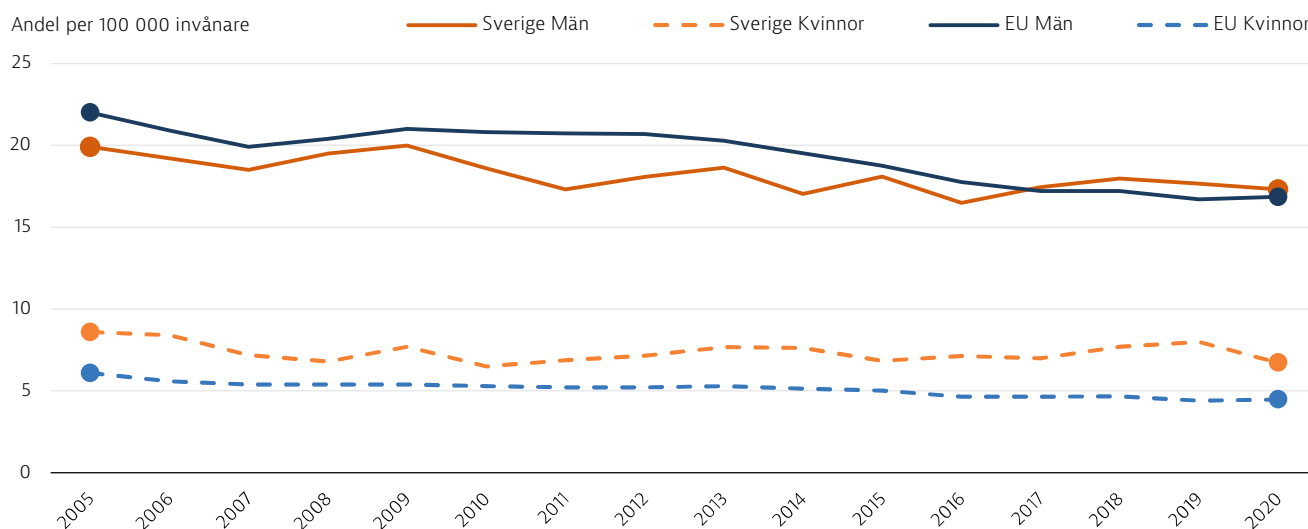
Källa: Eurostats databas (med utgångspunkt i EHIS, 2019).

Antalet självmord bland män och kvinnor i Sverige minskade i genomsnitt mellan 2005 och 2020 och låg nära EU-genomsnittet för män, men över det för kvinnor. Liksom i andra EU-länder skedde de flesta av de 1 200 självmorden i Sverige 2020 bland män (figur 27). Klyftan mellan könen vad gäller självmordsförsök är dock omvänd i Sverige, eftersom kvinnor ofta använder en metod som inte leder till döden. Av de 7 580 personer som låg på sjukhus för självmordsförsök 2021 var 62 % kvinnor (Karolinska institutet, 2022). Olika faktorer, som omvälvande händelser i livet (t.ex. förlust av anhörig, skilsmässa, förlust av arbete), social isolering och socioekonomiska eller kulturella faktorer, kan alla bidra till självmordstankar och självmordsförsök.

Den psykiatriska vården är inriktad på nära vård

I Sverige har regeringen det övergripande ansvaret för den psykiatriska vården och fastställer politik, förordningar och riktlinjer. Regionerna har ansvar för att planera, organisera och tillhandahålla psykiatrisk vård medan kommuner tillhandahåller sociala tjänster och ansvarar för missbruk och

Figur 27. Antalet självmord har minskat i Sverige sedan 2005, men ligger fortfarande över EU-genomsnittet för kvinnor



Källa: Eurostats databas.

missbruksbehandling. Dessutom ansvarar Folkhälsomyndigheten i Sverige för samordningen av det nationella arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och självmord.

Sverige lägger stor vikt vid nära vård. Vårdcentralerna och de allmänläkare och psykologer som är anställda där är vanligtvis de första kontaktpunkterna för personer som söker psykiatrisk vård. De bedömer, diagnostiserar, behandlar (främst milda till måttliga symtom) och hänvisar till specialiserad psykiatrisk vård. Psykiater tar emot patienter med allvarliga symtom på vårdcentralen, och besök är tillgängliga utan remiss. Specialiserad psykiatrisk vård tillhandahålls också på psykiatriska kliniker och -sjukhus, men tillhandahållandet av tjänster på dessa specialistmottagningar har minskat allteftersom den nära vården har utvecklats.

Antalet vårdplatser inom den specialiserade psykiatrin minskade från omkring 4 390 år 2012 till 4 160 år 2022 – en minskning med 5 % under de tio åren.

Den nationella strategin för psykisk hälsa syftar till att stärka samordningen och samarbetet mellan berörda parter

Under de senaste tio åren har regeringen utvecklat strategier för psykisk hälsa för att stärka samordningen och samarbetet mellan de myndigheter som ansvarar för psykiatrisk vård. Den förra strategin (2016–2020) hade fem fokusområden: främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykiska hälsoproblem; tidig upptäckt och tillgång till insatser; riktade insatser för utsatta grupper;

personcentrerad vård; bättre organisation och ledarskap. Strategin var inriktad på samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner för att stärka främjande och förebyggande insatser genom riktade stimulansmedel till regioner och kommuner. De flesta regioner har omsatt de nationella strategierna i regionala strategier och planer. Totalt bekostade regeringen omkring 3 300 initiativ under 2021 (Socialstyrelsen, 2022). Initiativen fokuserade på att förbättra barn- och ungdomspsykiatrin. Många kommuner har till exempel skapat ungdomsgrupper för att kunna upptäcka psykiska problem i ett tidigare skede. De ägnar sig också åt utåtriktad verksamhet, såsom regelbundna skolbesök för att tillhandahålla psykologisk rådgivning och information.

2021 lade regeringen fram en proposition för riksdagen om att flytta över ansvaret för missbruksbehandlingen till regionerna för att förbättra tillgången och kontinuiteten i vården. Regionerna ansvarar för den psykiatriska vården och kommunerna för missbruksvården. Detta delade ansvar kan leda till att patienter remitteras från psykiatriska akutmottagningar till kommunala missbrukskliniker och tvärtom. Riksdagen varken förkastade eller antog förslaget. Den regering som valdes 2022 ser för närvarande över denna proposition. Regeringen håller på att granska en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

7 Slutsatser

- Medellivslängden i Sverige är bland de högsta i EU med 83,1 år 2022. Efter en minskning med 0,8 år 2020 på grund av covid-19-dödsfall ökade medellivslängden igen 2021 och låg på nästan samma nivå som före pandemin 2022. Skillnaden i medellivslängd på grund av socioekonomisk status är större än skillnaden på grund av kön. Vid 30 års ålder kunde högutbildade kvinnor 2021 räkna med att leva 6,8 år längre än lågutbildade, medan skillnaden var 5,9 år bland svenska män.
- Sverige gör bättre ifrån sig än de flesta andra EU-länder när det gäller många beteenderelaterade riskfaktorer, förutom vissa kostfaktorer. Liksom i andra länder har övervikt och fetma ökat bland ungdomar och vuxna, men nivåerna är fortfarande lägre än EU-genomsnittet.
- Covid-19-pandemin ledde till störningar i sjukhusvård och annan hälso- och sjukvård i Sverige, liksom i andra EU-länder. Ett stort antal icke akuta sjukhusbehandlingar sköts upp under pandemins första år, vilket ledde till färre sjukhusvistelser och kirurgiska ingrepp 2020. Sjukhusverksamheten ökade något under 2021, men låg fortfarande under nivåerna före pandemin. Den lägre verksamhetsnivån ledde till ökade väntetider för ingrepp som höft- och knäledsbyten under 2020 och 2021. Väntetiderna för dessa operationer blev kortare 2022, men var fortfarande längre än före pandemin.
- Användningen av digitala vårdbesök ökade kraftigt under pandemin. De blev ett sätt att fortsätta tillhandahålla vård, samtidigt som man minskade risken för infektioner. Nästan hälften av svenska vuxna rapporterade att de hade gjort minst ett digitalt vårdbesök under pandemins första år. Lagstiftningen som antogs 2022 syftar till att bättre integrera digitala vårdbesök i de lokala hälso- och sjukvårdssystemen. Det finns dock farhågor om att vissa digitala vårdbesök ger lågvärdig vård och att digitala vårdbesök i allmänhet kan öka ojämlikheten i tillgång, eftersom de främst används av högutbildade och höginkomsttagare.
- Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP uppgick till 11,2 % 2021, vilket är något högre än EU-genomsnittet (11,0 %) och även högre än före pandemin (10,8 % 2019). Ökningen berodde främst på ökade offentliga utgifter för hälso- och sjukvård under pandemin. Den offentliga andelen av hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige (86 %) var betydligt högre än EU-genomsnittet (81 %) 2021.
- Antalet vårdplatser per 1 000 invånare i Sverige är det lägsta i EU, delvis på grund av rehabilitering samt långvarig vård och omsorg tillhandahålls mest utanför sjukhus. Utredningar visar att det totala antalet vårdplatser inte är tillräckligt. För att komma till rätta med detta har regeringen bett Socialstyrelsen att anslå 2 miljarder kronor (175 miljoner euro) till regionerna för att öka antalet offentliga vårdplatser 2023. Socialstyrelsen håller också på att ta fram en nationell plan för att ta itu med bristen på vårdplatser.
- Brister inom äldreomsorgen i Sverige fick ökad offentlig och politisk uppmärksamhet under pandemin. För att åtgärda bristen på arbetskraft inom äldreomsorgssektorn har Sverige i sin återhämtnings- och resiliensplan anslagit 452 miljoner euro för kompetensutveckling och utbildning av ny personal.
- Omkring en av sex (17 %) svenskar hade psykiska besvär 2019, vilket ligger nära EU-genomsnittet. De vanligaste psykiska problemen är ångest och depression. Den psykiatriska vården är inriktad på nära vård. Regeringen håller på att utarbeta en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

Huvudsakliga källor

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en> <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Janlöv N et al. (2023), Sweden: health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–198.

Källförteckning

ECDC (2022), Health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the European Union and the European Economic Area, 2016–2020.

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

European Road Safety Observatory (2022), Annual statistical report on road safety in the EU. European Commission.

Government Offices of Sweden (2023), Swedish Strategy to Combat Antibiotic Resistance 2020–2023.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>

Karolinska Institutet (2022), Suicide attempts in Sweden. National Centre for Suicide Research and Prevention.

Nationella vårdkompetensrådet (2023), Avancerad specialistsjuksköterska (AVS) – en möjlighet att stärka kompetensen kring patienter med komplexa vårdbehov, med inriktning mot nära vård.

Public Health Agency of Sweden (2019), Öppna jämförelser Folkhälsa 2019.

OECD (2023a), EU Country Cancer Profile: Sweden 2023, OECD Publishing.

OECD (2023b), Ready for the next crisis? Investing in health system resilience. OECD Publishing.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance, Tackling the burden in the European Union, Briefing note for EU/EEA countries.

National Board of Health and Welfare (2022), Assignment to monitor, evaluate and support the implementation of government initiatives in the field of mental health 2020–2023 within the agreement between the government and the Swedish Association of Local Authorities and Regions.

Statens Offentliga Utredningar (2022), Nästa steg Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer, Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.

Swedish Agency for Health and Social Care Analysis (2022), Besök via nätet – Vård- och omsorgsanalys 2022.

Förkortningar för länder

Belgien	BE	Frankrike	FR	Lettland	LV	Osterrike	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 2023

Ländernas hälsoprofiler utgör en central del av Europeiska kommissionens State of Health in the EU cykel, ett kunskapsförmedlingsprojekt som utvecklats med finansiellt stöd från Europeiska unionen.

Dessa profiler är resultatet av ett samarbete mellan Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och Europeiska observatoriet för hälso- och sjukvårdssystem och politik, i samverkan med Europeiska kommissionen. Med en konsekvent metodologi som använder både kvantitativa och kvalitativa data täcker analysen de senaste utmaningarna och utvecklingen inom hälso- och sjukvårdspolitiken i varje EU-/EES-land.

Utgåvan av hälsoprofiler för år 2023 ger en syntes av olika kritiska aspekter, inklusive:

- det aktuella hälsotillståndet i landet;
- hälsans bestämningfaktorer, med särskilt fokus på beteendemässiga riskfaktorer;
- strukturen och organisationen av hälso- och sjukvårdssystemet;
- effektiviteten, tillgängligheten och motståndskraften hos hälso- och sjukvårdssystemet;
- För första gången i serien, en redogörelse för tillståndet för psykisk hälsa och relaterade tjänster i landet.

För att komplettera de viktigaste resultaten från ländernas hälsoprofiler finns även en syntesrapport från Europeiska kommissionen.

För mer information, vänligen besök: ec.europa.eu/health/state

Vänligen citera denna publikation som:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),

Sverige: Landsprofil hälsa 2023, State of Health in the EU,

OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264477179 (PDF)

Series: State of Health in the EU

SSN 25227041 (online)