

# Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård

Lägesrapport 2017

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

ISBN 978-91-7555-411-2  
Artikelnummer 2017-3-1

Foto Dick Clevestam, Johnér Bildbyrå  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2017

# Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna lägesrapport syftar till att redovisa tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Resultatet baseras framför allt på rapporter och sammanställningar som Socialstyrelsen och andra myndigheter har publicerat 2016. Lägesrapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän i landsting.

Rapporten har utarbetats av Sara Dahlin. Underlag om tandvård har lämnats av Andreas Cederlund. Flera medarbetare vid myndigheten har medverkat till rapporten. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	9
Hälso- och sjukvård .....	11
Aktuell utveckling .....	11
Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård .....	14
Säker hälso- och sjukvård .....	19
Individanpassad hälso- och sjukvård .....	28
Jämlig hälso- och sjukvård .....	31
Tillgänglig hälso- och sjukvård .....	46
Effektiv hälso- och sjukvård .....	50
Tandvård och tandhälsa .....	60
Aktuell utveckling .....	60
Kunskapsbaserad tandvård .....	70
Säker tandvård .....	71
Individanpassad tandvård .....	79
Jämlig tandvård .....	80
Tillgänglig tandvård .....	83
Effektiv tandvård .....	86
Referenser .....	87



# Sammanfattning

## Folkhälsan utvecklas positivt

Folkhälsan utvecklas i positiv riktning. Medellivslängden ökar i befolkningen, vilket framför allt beror på förbättrad hälsa och en minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar och cancer.

De senaste tio åren ses en positiv utveckling av befolkningens levnadsvanor. Alkoholkonsumtion och användning av tobak minskar. Samtidigt är hälsan i befolkningen ojämlig, med skillnader utifrån kön, ålder och utbildningsnivå. Arbetet med levnadsvanor har blivit mer etablerat inom hälso- och sjukvården. Inom primärvården får allt fler stöd för att åtgärda ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

Psykisk hälsa är ett prioriterat område eftersom ohälsan ökar, särskilt bland unga. Tillgången till psykologisk behandling är otillräcklig i förhållande till befolkningens behov, framför allt inom primärvården.

## Utmaning att möta asylsökandes vårdbehov

Antalet asylsökande minskade kraftigt 2016 jämfört med 2015, men för landstingen kvarstår ett flertal utmaningar för att öka vårdens tillgänglighet för gruppen asylsökande och nyanlända. Tillgången på tolkar behöver öka och ensamkommande barn och ungas behov av stöd i vården kan förbättras.

## De flesta är nöjda med den vård de får

Majoriteten av befolkningen, 79 procent, är nöjd med tillgången till svensk hälso- och sjukvård och anser att de får sitt behov av sjukhusvård tillgodosett. Det finns dock stora regionala skillnader bland annat vid kvinnokliniker. I Gävleborg anger 94 procent av kvinnorna att de fått tillräckligt emotionellt stöd vid sitt besök, jämfört med 74 procent av kvinnorna som vårdats i Norrbotten.

## Kvinnor lämnar fler klagomål på vården

Klagomålen till patientnämnderna har ökat mellan 2010 och 2015, från 26 500 till 34 400 klagomål. Fler kvinnor än män lämnar klagomål och många av klagomålen handlar om brister i tillgänglighet, svårigheter att få kontakt med vården och dåligt bemötande. Klagomålen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ökar också. Under 2016 utmynnade 1 474 ärenden till IVO i kritik mot vårdgivare.

Lex Maria-anmälningarna fortsätter också att öka något. Vårdgivarna gjorde 2 470 lex Maria-anmälningar 2016, jämfört med 2 373 anmälningar året innan.

Fler kvinnor än män, 62 respektive 38 procent, anmälde en skada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) 2016, men andelen kvinnor och män som ersätts för sina skador är relativt jämn.

## Förlossningsvården är ojämlig

Utlandsfödda kvinnor har högre kejsarsnittsfrekvens än kvinnor födda i Sverige och de drabbas oftare av bristningar i samband med förlossning. Bland kvinnor födda i Sverige är andelen som drabbas av bristningar drygt 5 procent, jämfört med 10 procent bland kvinnor födda i vissa delar av Afrika.

En positiv utveckling är att allt fler landsting har riktlinjer för att upptäcka gravida kvinnors utsatthet för våld. Totalt tillfrågas ungefär 80 procent av alla kvinnor vid mödravårdens inskrivningssamtal om våldsutsatthet.

## Multiresistenta bakterier och följsamhet till hygienrutiner

År 2015 anmäldes nästan 3 900 fall av resistenta bakterier av typen MRSA, vilket var drygt 30 procent fler än 2014. Ökningen berodde till stor del på att fler människor på flykt sökte vård och provtogs i Sverige. Jämfört med övriga länder i Europa är förekomsten av MRSA låg i Sverige.

En viktig insats för att undvika spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen följer basala hygienrutiner och klädregler. Mellan 2010 och 2016 har följsamheten till hygienrutinerna ökat från 62 till 80 procent och för klädreglerna från 87 till 96 procent. Spridningen mellan landstingen är dock stor.

## Tandhälsan bland unga fortsätter att förbättras

Tandhälsan bland unga fortsätter att förbättras. Andelen kariesfria 19-åringar ökade från 31 till 37 procent mellan 2010 och 2015, och Sverige står sig väl sett ur ett internationellt perspektiv. Bland förskolebarn ses dock en svag negativ trend där allt fler barn har karies i mjölkttänderna.

Tandhälsan bland vuxna utvecklas fortsatt positivt. Samtidigt är god tandhälsa, tandvårdskonsumtion och behovet av tandvård ojämnt fördelat i befolkningen. Besök i tandvården har ett tydligt samband med socioekonomiska faktorer. Bland asylsökande och nyanlända förekommer ett stort och ofta akut tandvårdsbehov, jämfört med övrig befolkning.

En positiv trend är att antibiotikaförskrivningen minskar inom tandvården. Minskningen mellan 2010 och 2015 har varit större bland offentliga vårdgivare än bland privata vårdgivare. Det finns stora regionala skillnader och kvinnor förskrivs fortfarande fler recept på antibiotika än män.



# Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att varje år redovisa en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Rapporten kan fungera som ett underlag för beslutsfattare på nationell nivå, men den kan även vara intressant för andra målgrupper.

## God vård

Rapporten har fördjupningskapitel för följande områden:

- hälso- och sjukvård
- tandhälsa och tandvård.

Rapporten har ett jämställdhetsfokus och där så är möjligt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan kvinnor och män och vi för även resonemang om tänkbara orsaker.

Rapportens struktur utgår från målen för god vård [1]. Begreppet god vård utgår i sin tur från bestämmelserna i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 3 § tandvårdslagen (1985:125), TvL. Där framgår att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och en god tandvård. God vård ska ses som ett samlingsbegrepp för de egenskaper som Socialstyrelsen anser att en god hälso- och sjukvård och tandvård ska vara:

- **Kunskapsbaserad.** Vården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Säker.** Vården ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad.** Vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga.
- **Jämlig.** Vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- **Tillgänglig.** Vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid; ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.
- **Effektiv.** Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga vård till hela befolkningen.

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomlysas i denna lägesrapport. Rapporten har bäring framför allt på följande mål:

- Mål 3: säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla.
- Mål 5: att uppnå jämställdhet, och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10: minskad ojämlikhet.

## Datakällor

Rapporten bygger på flera källor:

- aktuella utredningar, utvärderingar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården.
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården.
- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhålsregister, nationella kvalitetsregister samt internationell statistik.
- bearbetningar och analyser av enkätundersökningar, till exempel Nationell patientenkät, den nationella Folkhälsoenkäten och Vårdbarometern.
- Statistiska centralbyråns register över landstingens räkenskaper.

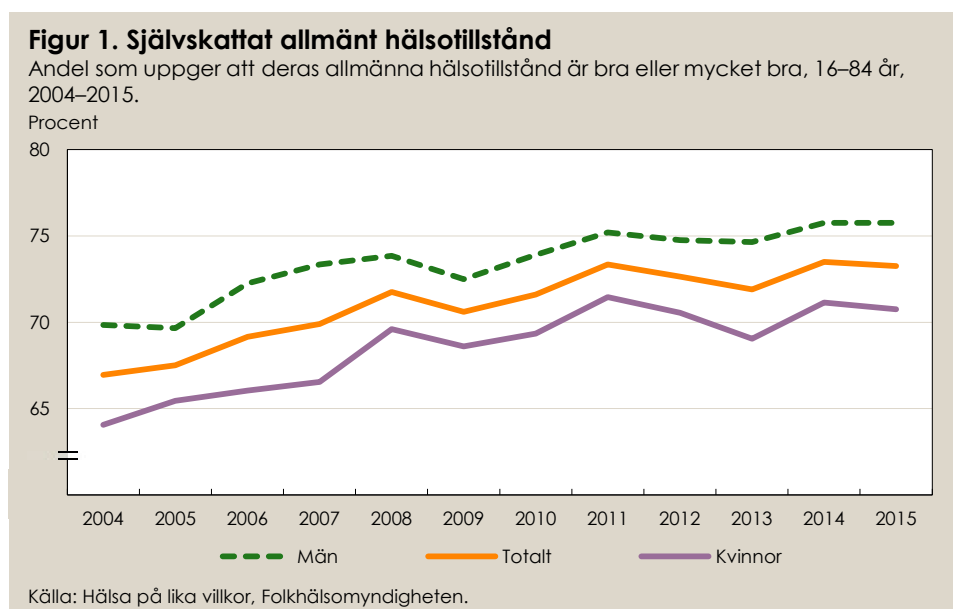
# Hälso- och sjukvård

## Aktuell utveckling

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för den aktuella utvecklingen inom folkhälsa, psykisk ohälsa, hjärt-kärlsjukdomar och cancer samt utvecklingen av hälso- och sjukvård till asylsökande och nyanlända.

### Folkhälsan utvecklas i positiv riktning

De allra flesta i Sverige upplever att de har en god hälsa, men det finns stora skillnader mellan olika grupper. Över 70 procent av Sveriges befolkning anser sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd och andelen med bra hälsa har ökat sedan 2004, vilket figur 1 nedan visar.



Trots det finns det fortfarande skillnader utifrån kön, utbildningsnivåer och socioekonomiska grupper. Det är till exempel vanligare att män rapporterar god hälsa än att kvinnor gör det. Andelen med god hälsa är högre bland personer med högskoleutbildning.

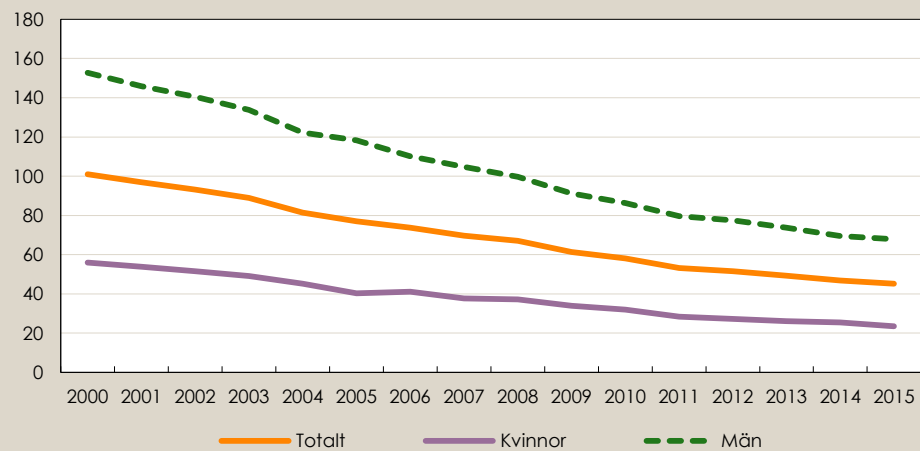
För vissa levnadsvanor ses en kraftig förbättring den senaste tioårsperioden, exempelvis har andelen män med riskkonsumtion av alkohol minskat, framför allt bland unga män. Det är färre i befolkningen som röker dagligen, men antalet personer med fetma har ökat [2].

### Överlevnaden i folksjukdomar utvecklas positivt

Allt fler överlever stora folksjukdomar som stroke, diabetes, cancer och hjärtsjukdom [3]. I figur 2 illustreras att dödligheten i olika hjärtsjukdomar stadigt har minskat i Sverige de senaste 15 åren.

**Figur 2. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom**

Antal dödsfall per 100 000 invånare, 1–79 år, 2000–2015. Åldersstandardiserade värden. Per 100 000 inv.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaden i dödlighet mellan kvinnor och män kvarstår men minskar över tid. Trots en positiv utveckling finns det fortfarande regionala skillnader när det gäller diagnostik och tillgång till rekommenderade behandlingar. Detta beskrivs närmare i avsnittet *Jämlik hälso- och sjukvård*.

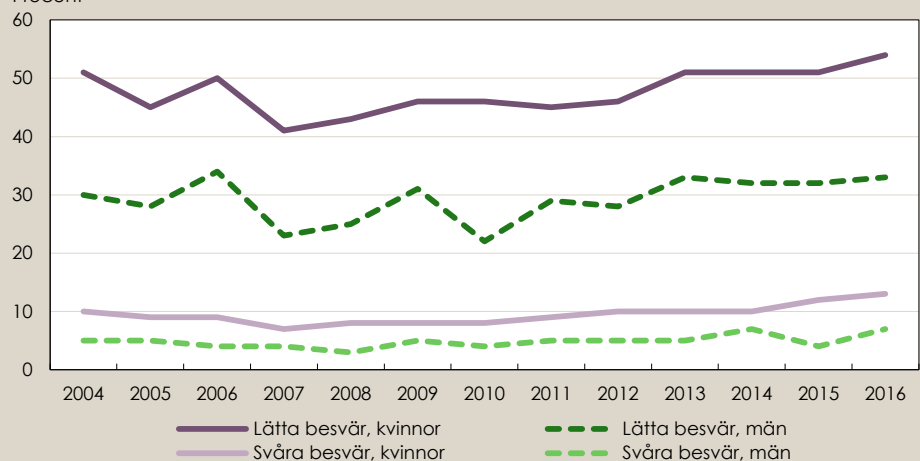
### Psykisk hälsa är ett fortsatt angeläget område

Trots en generellt sett god hälsa i befolkningen har den psykiska ohälsan ökat under ett antal år. Det är betydligt vanligare att kvinnor upplever stress, sömnbesvär, trötthet och ångest [4].

Bland unga vuxna i åldern 16–29 år, rapporterar drygt hälften, 54 procent, av alla kvinnor ångest jämfört med 33 procent av alla män.

**Figur 3. Självrapporterade besvär av ångest bland unga**

Andel unga 16–29 år som upplevt lätta eller svåra besvär av ångest, 2004–2016. Procent

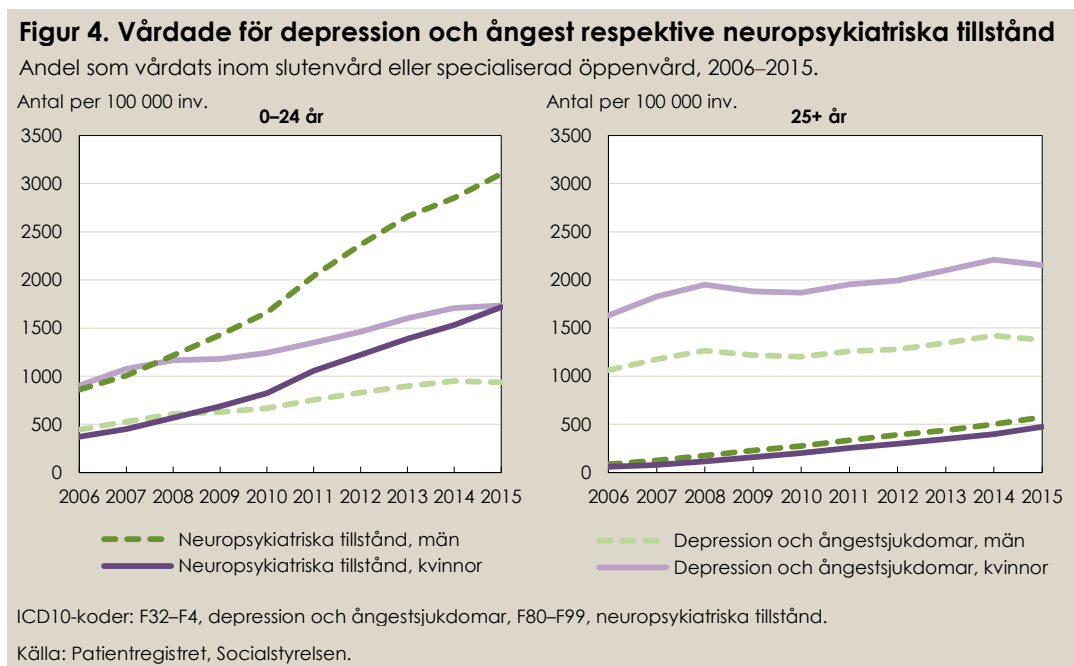


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Svår ångest är vanligare bland 16–29-åringar än med andra åldersgrupper [4]. Även äldre personer är en utsatt grupp. Totalt upplever 52 procent av alla personer med äldreomsorg besvär av ångslan, oro eller ångest, varav 9 procent upplever svåra besvär [5].

## Vård för neuropsykiatriska diagnoser ökar

Sedan 2006 har det skett en ökning i andelen kvinnor och män som vårdas för såväl depression som neuropsykiatriska tillstånd. Som figur 4 visar är ökningen särskilt markant bland unga under 25 år.



I takt med ökningen av psykisk ohälsa ökar också förskrivningen av antidepressiva läkemedel. Detta redovisas i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

## Sjukfrånvaron ökar

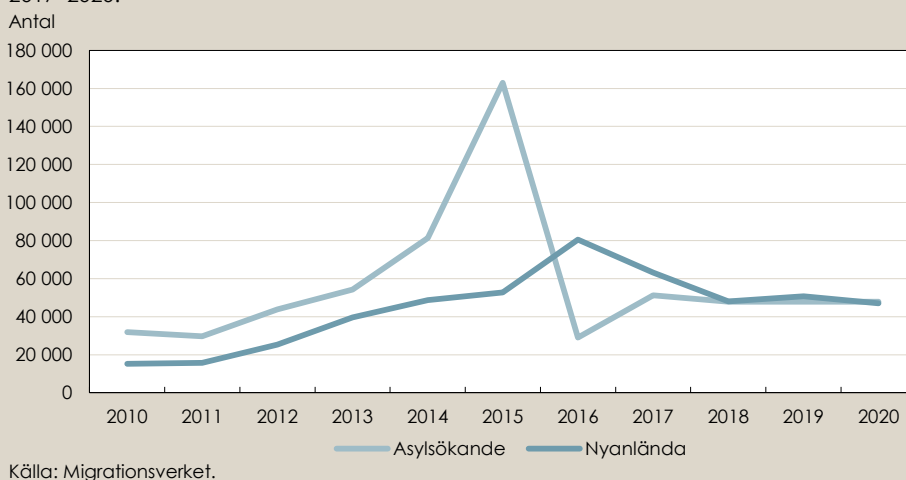
Mellan 2010 och 2015 ökade sjukfrånvaron kraftigt. Ökningen var generell i alla åldrar, för kvinnor och män och i de flesta diagnosgrupper. Särskilt kraftig var ökningen för psykiatriska diagnoser. Anpassningsstörningar och stressreaktioner ökade mest. Antalet startade sjukfall med psykiatriska diagnoser ökade från 82 000 sjukfall 2010 till 139 000 sjukfall 2015. Bland kvinnor ökade sjukfallen från 58 000 till 99 000, vilket motsvarar en ökning med 71 procent. Ökningen för män var 63 procent [6]. Sjukfrånvarons utveckling beskrivs närmare i avsnittet *Effektiv hälso- och sjukvård*.

## Vård till migranter innebär fortsatta utmaningar

År 2016 sökte 29 000 personer asyl i Sverige. Av dessa var 60 procent män och 38 procent var barn. Antalet asylsökande har kraftigt minskat jämfört med 2015, då nästan 163 000 personer sökte asyl [7].

### Figur 5. Asylansökningar och beviljade uppehållstillstånd

Antal inkomna asylansökningar och beviljade uppehållstillstånd (för asylsökande och anhöriga till före detta asylsökande). Baserat på statistik för 2010–2016 och prognos för 2017–2020.



### Flera vårdverksamheter påverkas

Vårdbehoven hos asylsökande och nyanlända varierar stort. Några har omedelbara vårdbehov på grund av infektionssjukdomar, psykisk ohälsa och graviditet medan andra är relativt friska [8]. Asylsökande konsumerar mindre vård per person jämfört med övriga befolkningen och har därtill ett annat sökmönster. De får mer primärvård och mindre specialiserad vård, med undantag av sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård [9].

Det minskade inflödet av asylsökande 2016 har inte inneburit förändrat läge för hälso- och sjukvården [10, 11]. Såväl primär-, barnhälso-, kvinno- och infektionsvården, barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri har påverkats. Det finns ett stort informationsbehov hos och till de asylsökande. Stödet till ensamkommande barn och unga vid psykisk ohälsa behöver förbättras [11].

För att nå en mer jämlik vård behöver tillgången till tolkar och andra språkstöd öka. Ofta väljer tolkar bort uppdrag i hälso- och sjukvården för att andra uppdrag i offentliga sektorn erbjuder bättre villkor [12].

Alla asylsökande ska erbjudas en hälsoundersökning. Uppföljning av hälsoundersökningars utfall är därför ett viktigt område. År 2016 genomfördes 80 000 hälsoundersökningar, vilket är 29 procent fler än året innan [13]. För närvarande pågår ett arbete med att förenkla och effektivisera hälsoundersökningarna till asylsökande, för att på så sätt öka genomförandegraden [9].

## Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Nedan beskrivs det kunskapsstödjande arbetet med fokus på nya nationella riktlinjer, utvärderingar av följsamhet till de nationella riktlinjerna och framtagna rekommendationer.

## Nya nationella riktlinjer inom tre områden

De nationella riktlinjerna ger rekommendationer om vilka åtgärder som är mest angelägna vid olika hälsotillstånd. Riktlinjerna innehåller även indikatorer för att göra det möjligt att på nationell, regional och lokal nivå följa upp hur hälso- och sjukvården använder rekommendationerna.

Det finns i dag 16 nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har under 2016 publicerat riktlinjer och remissversioner av riktlinjer inom tre områden:

- vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom
- vård vid depression och ångestsyndrom
- vård och omsorg vid demenssjukdom

MS och Parkinsons sjukdom är ett helt nytt riktlinjeområde, medan riktlinjer för depression och ångestsyndrom samt demenssjukdom är befintliga riktlinjer som har genomgått en omfattande revidering och uppdatering.

Riktlinjerna redovisas nedan, förutom riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom som har publicerats i *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2017* [14].

## Nya riktlinjer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom

### *Det behövs fler multidisciplinära team*

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med MS eller Parkinsons sjukdom bör erbjudas insatser från ett multidisciplinärt team. Nästan var femte verksamhet saknar idag sådana team [15, 16].

Färre än hälften av verksamheterna har team som innehåller samtliga professioner<sup>1</sup> som lyfts fram i de nationella riktlinjerna. Störst är bristen på psykologer, vilka bara ingår i vartannat team.

Andelen specialistverksamheter som har tillgång till ett fullständigt MS-team respektive Parkinsonsteam varierar. Västerbotten, Värmland och Blekinge är exempel på landsting som har fullständiga team<sup>2</sup>.

### *Fler bör följas upp regelbundet*

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med MS ska erbjudas undersökningar minst en gång om året hos läkare med betydande erfarenhet av MS. Rekommendationen är att personer med Parkinsons sjukdom bör ha uppföljningsbesök minst två gånger per år.

Idag är det endast drygt 60 procent av alla personer med MS som besökt den öppna specialiserade vården det senaste året. Andelen personer med Parkinsons sjukdom som har haft ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året är ännu mindre, 58 procent.

Även om de flesta verksamheter har uppföljningsrutiner som anger att patienterna ska följas upp minst en gång per år är det många som inte kan följa rutinerna, framför allt på grund av att det saknas läkare med betydande erfarenhet av MS. Det finns dessutom stora skillnader mellan uppföljning av

<sup>1</sup> Läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och psykolog eller neuropsykolog vid MS samt även logoped och dietist vid Parkinsons sjukdom.

<sup>2</sup> Minimikravet på ett team är att det utöver neurolog och sjuksköterska ska ingå minst ytterligare två av de ovan nämnda kompetenserna.

olika patientgrupper. Äldre personer följs upp i betydligt mindre utsträckning än yngre och det är mer vanligt att högutbildade än lågutbildade följs upp.

## Remissversion av riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Upp till 25 procent av alla kvinnor och upp till 15 procent av alla män beräknas någon gång under livet få en depression eller drabbas av ångestsyndrom [17, 18]. Personer som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom samt återinsjuknande. Obehandlade tillstånd kan även medföra en ökad risk för självmord. Socialstyrelsen rekommenderar därför i remissversionen av riktlinjerna att hälso- och sjukvården har en hög tillgänglighet för att snabbt kunna erbjuda en strukturerad första bedömning.

### *Strukturerad bedömning av självmordsrisk*

Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för självmordsbeteende bland vuxna och barn. Grunden för att kunna bedöma självmordsrisk är den kliniska bedömningen, vilken enligt Socialstyrelsens rekommendation kan kompletteras med ett särskilt bedömningsinstrument. I dag ses stora variationer i hur hög andel av patienter som får en strukturerad bedömning av självmordsrisk inom den specialiserade psykiatriska vården. Jönköpings län och Norrbotten är de landsting där högst andel patienter erbjuds detta.

### *Det är viktigt med aktiv uppföljning*

Mer än 70 procent av alla patienter med depression eller ångestsyndrom får vård inom primärvården [19]. Det är också inom primärvården som 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt har stor betydelse för möjligheten att upptäcka allvarliga tillstånd hos personer med depression eller ångestsyndrom, eller personer med misstänkt depression eller ångestsyndrom.

### *Samsjuklighet bör undersökas i större utsträckning*

Personer med depression och ångestsyndrom löper större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga sjukdomar [19]. Det är också vanligare att personer med långvariga sjukdomar exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller stroke drabbas av depression och ångest.

Samtidigt riskerar personer med psykisk ohälsa att inte få fullgod behandling av samtidiga kroppsliga sjukdomar. Därmed riskerar de att få en sämre hälsa och dö i förtid. Hälso- och sjukvården behöver därför i större utsträckning än i dag uppmärksamma och utreda kroppslig sjukdom hos denna grupp.

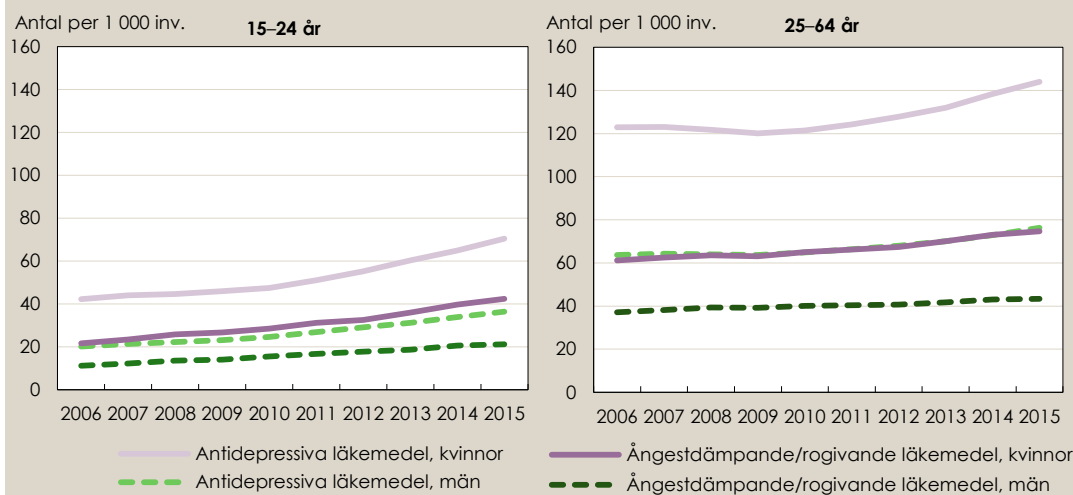
### *Tillgången till psykologisk behandling behöver öka*

I remissversionen av de nationella riktlinjerna prioriteras kognitiv beteendeterapi (KBT) högre än behandling med antidepressiva läkemedel vid lindrig depression och vid de flesta ångestsyndrom hos vuxna. Vid medelsvår till svår depression bör hälso- och sjukvården däremot framför allt erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel. Figur 6 nedan visar hur behandlingen av antidepressiva läkemedel utvecklats de senaste tio åren. Ökningen är särskilt stor bland kvinnor i åldern 15–24 år.



### Figur 6. Behandling med antidepressiva läkemedel

Andel personer som hämtat ut minst ett recept på antidepressiva eller ångstdämpande/rogivande läkemedel\*, 2006–2015.



\* ATC-koder N06A och N05B

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det råder i dag brist på personal med kompetens i de psykologiska behandlingsmetoder som Socialstyrelsen rekommenderar i sin remissversion. Det innebär att tillgången till psykologisk behandling inte motsvarar behovet. Det gäller särskilt inom primärvården, där det krävs både mer kompetens och ökade resurser för att kunna följa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

### Rekommendationer om nationell screening för bukaortaaneurysm

Under 2016 har Socialstyrelsen publicerat en slutlig version av en rekommendation om ett nationellt screeningprogram för bukaortaaneurysm, motsvarande det screeningprogram som redan finns i de flesta regioner och landsting [20].

Rekommendationen pekar dock ut ett antal områden där screeningprogrammet kan förbättras. Det finns till exempel behov av en nationell kommunikationsplan med tydlig och likvärdig information till män som bjuds in att delta i programmet. Huvudmännen behöver också utföra regelbundna kvalitetskontroller, till exempel för deltagarfrekvens, ultraljudsundersökningens kvalitet och uppföljningen av patienter. Som ett stöd för detta har Socialstyrelsen tagit fram indikatorer och bakgrundsmått för uppföljning.

### Ingen nationell screening för förmaksflimmer eller cystisk fibros

Socialstyrelsen rekommenderar inte att hälso- och sjukvården inför screening för förmaksflimmer i syfte att förebygga stroke. Anledningen är att det saknas vetenskapligt stöd för om screening har avsedd effekt att förebygga

stroke. Det går därmed inte att säga om hälsovinster överväger de negativa effekterna av screeningprogrammet.

Myndigheten rekommenderar inte heller screening för cystisk fibros hos nyfödda eftersom de negativa effekterna av screeningprogrammet bedöms överstiga nyttan för de barn som därmed skulle få en tidigare diagnos. I dagsläget saknas dessutom förutsättningar för att kunna införa det föreslagna screeningprogrammet på ett etiskt godtagbart sätt.

## Nya rekommendationer om minskade fosterrörelser

Minskade fosterrörelser som inte uppmärksammas eller omhändertas på rätt sätt kan leda till allvarliga konsekvenser och i värsta fall till att fostret dör. År 2014 föddes fyra döda barn per 1000 födda barn. I flera decennier har förekomsten av antalet dödfödda barn varit oförändrad. Rutinerna gällande information om fosterrörelser och utredning vid minskade fosterrörelser skiljer sig dock åt i landet. Få landsting har skriftliga rutiner om att informera alla gravida om minskade fosterrörelser. Enligt Socialstyrelsens nya rekommendationer bör alla gravida kvinnor få information om fosterrörelser i samband med rutinbesök i mödrahälsovården omkring graviditetsvecka 24. Om kvinnans beskrivning av fosterrörelserna tyder på att de blivit färre eller svagare bör hon direkt erbjudas en undersökning av fostret [21].

## Rekommendationer om palliativ vård följs inte

Varje år dör cirka 90 000 personer i Sverige, varav 70 000–75 000 behöver palliativ vård<sup>3</sup> i någon form. Långt ifrån alla vårdgivare följer rekommendationerna för hur den palliativa vården bör bedrivas [22]. Till exempel smärtskattades bara 38 procent av alla patienter 2015 under deras sista levnadsvecka. Variationen mellan landstingen och regionerna är 21 till 57 procent.

Så kallade brytpunktssamtal<sup>4</sup> kan ge patienten möjlighet att självständigt besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Ändå får bara drygt hälften av patienterna dessa samtal. De stora skillnaderna tyder på att mycket återstår att utveckla och förbättra. Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag att ta fram nationella målnivåer för den palliativa vården för att på så sätt bidra till en mer jämlik vård.

## Översyn av riktlinjer för diabetesvård

Under 2016 och våren 2017 genomför Socialstyrelsen en översyn av de nationella riktlinjerna för diabetesvård. I maj 2017 publiceras de uppdaterade rekommendationerna om läkemedelsbehandling samt viktminskande kirurgi. Läkemedelsverket tar parallellt fram behandlingsrekommendationer inom samma område.

<sup>3</sup> Palliativ vård är hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

<sup>4</sup> Så kallade brytpunktssamtal hålls med patienten när sjukdom och tillstånd har nått en punkt där all botande och bromsande behandling avslutas och vården övergår till palliativ vård i livets slutskede.

## Ny vision för e-hälsa

Digitaliseringen innebär stora möjligheter för hälso- och sjukvården, inte minst när det gäller vårdens verksamhetsutveckling [23]. I *Visionen för e-hälsa 2025* anges ett flertal insatser som ska skapa förutsättningar och styrformer för att digitaliseringens möjligheter ska kunna tillvaratas. Visionen fokuserar på områden som *regelverk, enhetlig begreppsanvändning och standardisering* [24].

För närvarande pågår flera nationella satsningar för att digitalisera vården. Socialstyrelsen tillhandahåller en nationell informationsstruktur (NI), hälso-relaterade klassifikationer, en termbank och en svensk version av det internationella kliniska begreppssystemet Snomed CT. Dessa produkter och tjänster ska användas för att utveckla en digital dokumentation av den enskilda individen, vilken kan återanvändas för god vård och för uppföljning både på individ- och gruppnivå [25].

Användare och intressenter har relativt god kännedom om den gemensamma informationsstrukturen och varför den behövs, men det saknas tillräcklig kompetens och kunskap om hur den bör användas. Över 70 procent av landstingen beskriver att de har otillräcklig kompetens inom exempelvis kodning och terminologiarbete. Verksamheterna har därtill små möjligheter att bygga denna kompetens lokalt.

## Kartläggning av läkemedelsförråd

Socialstyrelsen har i samarbete med Läkemedelsverket kartlagt i vilken utsträckning kommuner rekviderar läkemedelsförråd från landstingen och därifrån dispenserar läkemedel till i boende i vård- och omsorgsboenden [26].

Det finns två typer av läkemedelsförråd:

- **Akut- eller buffertförråd** som avser att täcka akuta och tillfälliga behov av läkemedel till boende och *kompletterar* dosförpackade och receptförskrivna läkemedel.
- **Fullständiga läkemedelsförråd** som innehåller ett komplett sortiment av läkemedel och *ersätter* dosförpackade och receptförskrivna läkemedel. Merparten av läkemedlen dispenserar till patienten från förrådet.

Kartläggningen visar att kommunerna rekviderar akut- och buffertförråd till vård- och omsorgsboenden i hela landet. I fyra landsting/regioner rekviderar kommuner också fullständiga läkemedelsförråd. Bristen på individdata för rekvisitionsläkemedel från läkemedelsförråden i vård- och omsorgsboenden medför vissa hinder för registerbaserad läkemedelsuppföljning. Strukturering och samordning av journalsystemen i kommun och landsting, samt nationell läkemedelslista leder till bättre uppföljningsmöjligheter av läkemedelsanvändningen i vård- och omsorgsboenden.

## Säker hälso- och sjukvård

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av en vårdskada, det vill säga en skada som orsakats

av hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas om lämpliga åtgärder hade vidtagits.

I det här avsnittet redovisas tillståndet och utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. En utförlig redovisning av patientsäkerhet görs också i Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser 2016 Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning* [27].

## Anmälningar från patienter och vårdgivare

Enligt 7 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska IVO efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. I varje landsting och kommun ska det finnas en patientnämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. som patienter och deras närstående kan vända sig till när de upplevt problem i kontakten med offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Vidare kan patienter och närstående anmäla en skada till patientförsäkringen Löf<sup>5</sup>. Vårdgivare är enligt 3 kap. 5 § PSL skyldiga att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada<sup>6</sup> till IVO, så kallade lex Maria-anmälningar.

Under våren 2017 kommer nu gällande föreskrift<sup>7</sup> att ersättas med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

### Antalet klagomål till patientnämnderna ökar

Trenden med ett ökat antal klagomål till patientnämnderna håller i sig.



Kvinnor **klagar på vården** i större utsträckning än män.  
Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år står för högst andel klagomål.

Under 2015 tog patientnämnderna emot drygt 34 400 klagomål, figur 7 nedan visar hur klagomålen har ökat i antal sedan 2010.

<sup>5</sup> Löf är ett landstings- och regionägt försäkringsbolag. Patienter som har drabbats av en skada i samband med hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning om skadan hade kunnat undvikas eller om det finns andra omständigheter som framgår av 6 § patientskadelagen.

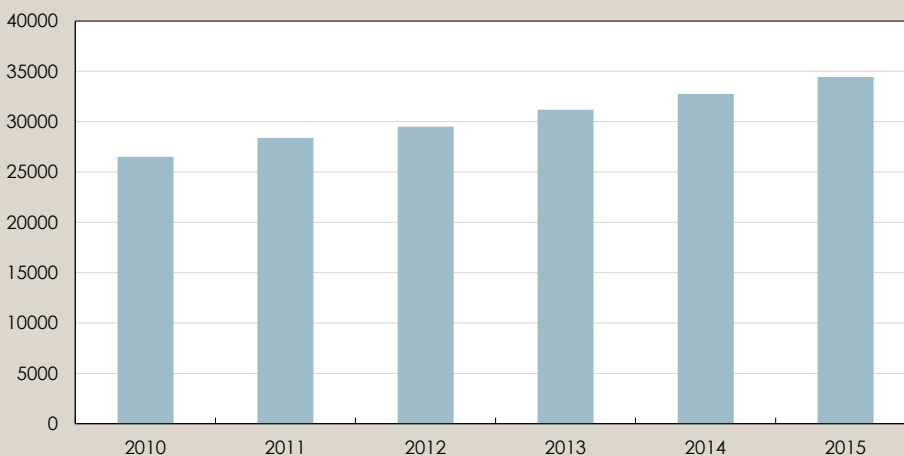
<sup>6</sup> Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om lämpliga åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (patientsäkerhetslagen [2010:659]).

<sup>7</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

**Figur 7. Anmälningar till patientnämnderna**

Antal anmälda klagomål år 2010–2015.

Antal



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Under 2015 minskade antalet anmälningar i sex län och antalet klagomål varierade mellan de olika länen. Storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö stod för nästan hälften av alla ärenden [28].

#### *Klagomål på vård och behandling är vanligast*

Mellan 2014 och 2015 ökade antalet klagomålen inom samtliga verksamhetsområden. Exempelvis ökade antal klagomål med 11 procent 2015 inom primärvården. Somatisk specialistsjukvård stod för hälften av alla klagomål.

Majoriteten av klagomålen rörde vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet, men det fanns även klagomål på undersökning, utredning och resultat, brister i bemötande och bristfällig information. Många klagomål handlade om brister i tillgänglighet, svårigheter att få kontakt med vården, resursbrist och hyrläkare samt bristande långsiktig planering och kontinuitet.

#### *Klagomålen till IVO ökar*

Klagomålen till IVO ökar. År 2016 anmäldes 7 181 klagomål vilket var en ökning med 983 klagomål jämfört med 2015 då 6 198 klagomål anmäldes. IVO fattade under året beslut i 7 087 klagomålsärenden, varav 4 193 ärenden bedömdes ha betydelse för patientsäkerheten och därför utreddes. Av de utredda klagomålen utmynnade 1 474 i kritik mot vårdgivare. Kirurgi var det vanligaste verksamhetsområdet där klagomål utreddes, följt av primärvård.

#### *Anmälningar till patientförsäkringen Löf ökar*

Antalet anmälningar till Löf har ökat de senaste åren, från drygt 11 800 anmälningar 2011 till cirka 15 900 anmälningar 2016. Mellan 2015 och 2016 ökade anmälningarna med knappt 2 procent. Drygt 70 procent av alla anmälningar 2016 gällde skador som uppkommit vid vård på sjukhus. Nästan alla anmälningar inom slutenvården, 99 procent, rörde somatisk vård. De flesta anmälningarna gällde ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymerna. Fler kvinnor än män, 62 respektive 38 procent, anmälde en skada 2016 men andelen ersatta skador var nästan densamma för båda könen. Det finns en trend att antalet ersatta skador inte ökar i samma takt

som antalet anmälningar. År 2016 beviljades ungefär 42 procent ersättning,<sup>8</sup> vilket kan jämföras med 2009 då 43 procent av patienterna beviljades ersättning.

### Lex Maria-anmälningarna ökar något över tid

Antalet lex Maria-anmälningar 2016 ökade marginellt. Vårdgivarna gjorde 2 470 lex Maria-anmälningar 2016, jämfört med 2 373 anmälningar 2015 och 2 311 anmälningar 2014. Under 2016 fattade IVO beslut i 2 496 ärenden. De vanligaste ärendetyperna var självmord, vård och behandling samt diagnostisering. De flesta besluten gällde psykiatrisk specialistvård, kirurgisk specialistsjukvård och primärvård. Denna fördelning har varit densamma de senaste åren.

### Skador och vårdskador inom somatisk slutenvård

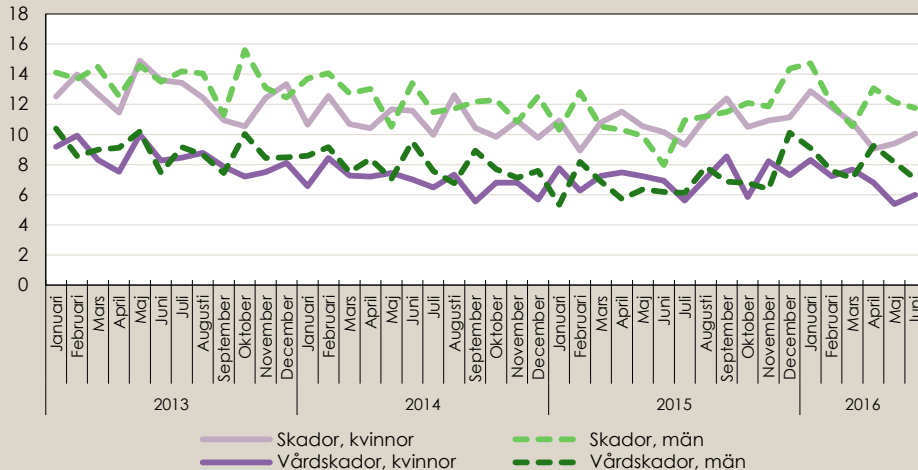
Andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat med 11,4 procent för män och 14,2 procent för kvinnor, vid en jämförelse mellan mätperioderna januari 2013–september 2014 och oktober 2014–juni 2016. För män och kvinnor var den totala minskningen 13 procent.

Skador och vårdskador<sup>9</sup> är vanligare inom kirurgisk verksamhet än inom medicinsk verksamhet [29]. Förekomsten ökar med stigande ålder hos patienterna och med vårdtidens längd. Skador och vårdskador är därtill vanligare hos patienter som vårdas på universitetssjukhus och länsjukhus än hos patienter som vårdas på länsdelssjukhus [30]. Fram till mitten av 2015 skedde en tydlig minskning av antalet skador och vårdskador både hos kvinnor och hos män [27]. Därefter bröts den nedåtgående trenden, se figur 8.

**Figur 8. Skador och vårdskador inom slutenvården**

Andel vårdtillfällen med skador (dvs. icke undvikbara skador och undvikbara skador) och vårdskador (dvs. undvikbara skador) per månad 2013–2016.

Procent



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

<sup>8</sup> Andelen ersatta skador för 2016 är preliminär eftersom samtliga ärenden inte är handlagda. Anmälningar som kommer in ett kalenderår kan dessutom leda till beslut efterföljande år. Det finns också en eftersläpning i anmälningarna, vilket gör att ett beslut som exempelvis fattades 2015 kan röra en skada som inträffade 2013.

<sup>9</sup> Resultaten är baserade på drygt 52 300 slumpvis utvalda vårdtillfällen vid drygt 60 akutsjukhus.

År 2016 var de vanligaste skadetyperna vårdrelaterad infektion (VRI), andra typer av skador och kirurgiska skador. VRI, andra typer av skador, blåsoverfyllnad och svikt i vitala funktioner minskade signifikant 2016 jämfört med 2013 [31].

## Vårdrelaterade infektioner är oförändrade

VRI i slutet somatisk vård är i stort sett oförändrade 2016, ungefär 9 procent. Den vanligaste vårdrelaterade infektionen är lunginflammation följt av urinvägsinfektion. Förekomsten av VRI är högst i åldersgruppen 61–79 år, där 10 procent av patienterna drabbas.

Män har haft en högre andel VRI än kvinnor i alla punktprevalensmätningar (PPM). I PPM 2016 fick 10 procent av männen och 8 procent av kvinnorna en VRI. Sedan 2008 har andelen VRI bland kvinnor minskat något mer än bland männen. Spridningen mellan landstingen var dock stor 2016 och varierade mellan drygt 11 och 21 procent.

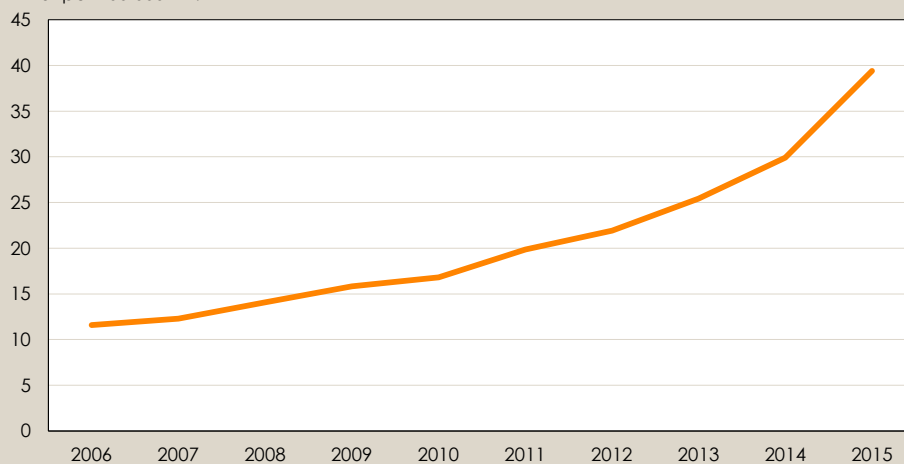
## Förekomsten av resistenta bakterier ökar

Antibiotikaresistens är fortsatt ett mycket allvarligt globalt hot mot folkhälsan. Resistensnivåerna för vanliga bakterier har länge varit låga i Sverige jämfört med andra länder, men resistensläget försämras kontinuerligt även i Sverige, till exempel vad gäller ökningen av multiresistenta ESBLcarba tarmbakterier. Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka men den snabba ökningstrenden som sågs hösten 2015 och i början av 2016 har avtagit.

**Figur 9. Utveckling av resistenta MRSA-bakterier**

Antal anmälda fall av MRSA per 100 000 invånare i Sverige, 2006–2015.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Under 2015 anmäldes nästan 3 900 fall av resistenta bakterier av typen MRSA,<sup>10</sup> vilket var drygt 30 procent fler än 2014. Ökningen berodde till stor del på att fler människor på flykt sökte vård och hade provtagits i Sverige 2015. Samtidigt sågs mer än en fördubbling av antalet fall med mycket

<sup>10</sup> MRSA: Meticillinresistenta Staphylococcus aureus.

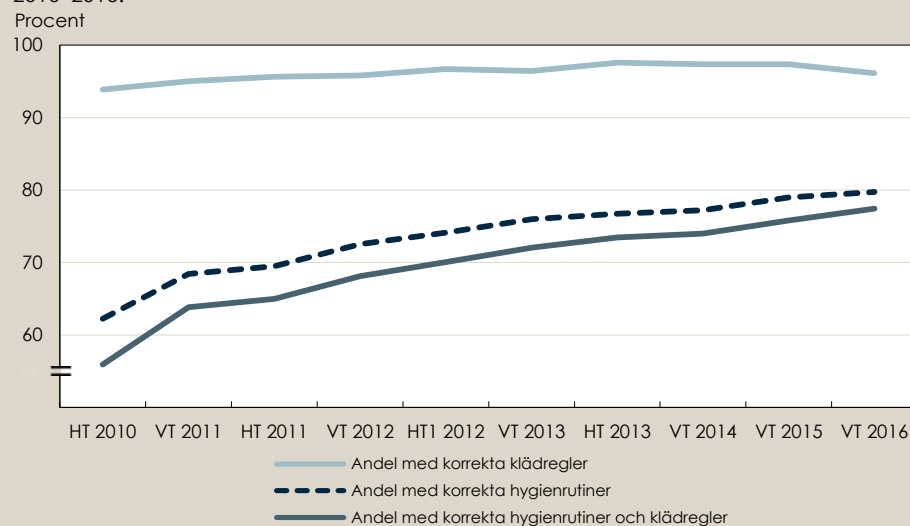
resistenta tarmbakterier med ESBLcarba<sup>11</sup>. I likhet med ökningen för MRSA ökade antalet fall med ESBLcarba hösten 2015 och i början av 2016 av samma orsaker [32]. Sverige har en låg förekomst av MRSA jämfört med många andra länder i Europa [33].

### Följsamhet till hygienrutiner och klädregler ökar

Det finns många olika orsaker till VRI uppstår och en viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Följsamheten till BHK<sup>12</sup> har de senaste åren varit cirka 77 procent, med en högre följsamhet till klädregler (96 procent) än till hygienrutiner (80 procent) vilket framgår av figur 10. Under de tio punktprevalensmätningar som har genomförts i landstingen mellan 2010 och 2016<sup>13</sup> har följsamheten till hygienrutinerna ökat från 62 till 80 procent och för klädreglerna från 87 till 96 procent [34].

**Figur 10. Basala hygienrutiner och klädregler**

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler hos hälso- och sjukvårdspersonal 2010–2016.



Spridningen mellan landstingen är dock stor och följsamheten till både hygienrutiner och klädregler varierar mellan 85,8 procent och 63,6 procent.

### Antibiotikaanvändningen minskar

Det finns ett tydligt samband mellan antibiotikaanvändning och utveckling av resistens hos bakterier. En mycket hög antibiotikaanvändning riskerar i förlängningen att leda till en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling.

<sup>11</sup> En variant av ESBL där bakterierna är resistenta mot den antibiotika som används för att behandla infektioner av ESBL-producerande bakterier. ESBL: Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum Betalactamase.

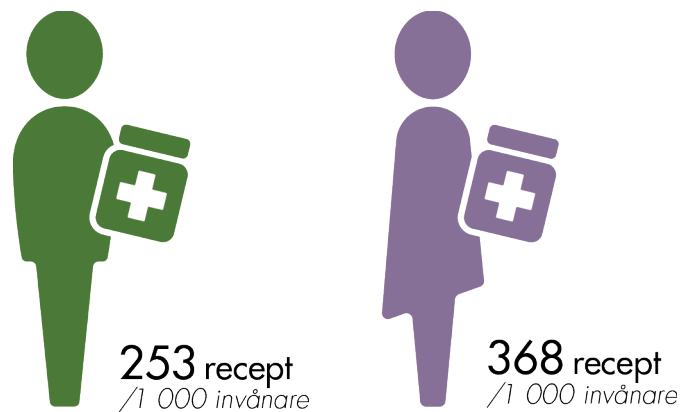
<sup>12</sup> Mätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg och omfattar 8 olika steg. Resultatet omfattar inte observation av kortklippta naglar fria från konstgjorda material med anledning av att enstaka landsting inte registrerat resultat för detta nyinförda steg.

<sup>13</sup> Region Jönköpings län deltog inte i mätningen 2016. I Stockholms läns landsting deltog inte Danderyds sjukhus i mätningen 2016.



Andelen som hämtar ut recept på antibiotika har sjunkit de senaste åren<sup>14</sup>. Under 2016 minskade den totala antibiotikaförsäljningen<sup>15</sup> på recept med 1,6 procent jämfört med 2015, från 323 till 318 recept/1000 invånare och år. I åldersgruppen 0–6 år och 7–19 år ökade dock försäljningen med 4,5 procent respektive 1,5 procent [35].

Det skrevs ut mer antibiotika i storstadsregionerna än i övriga landet. Minst antibiotika skrevs ut i norra Sverige.



Kvinnor använder mer **antibiotika** än män.  
Det beror på att kvinnor drabbas av och behandlas för **urinvägsinfektioner** oftare än män.

Det är önskvärt med en låg förskrivning av antibiotika men den optimala nivån är svår att fastslå. Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) redovisar antibiotikaanvändning i Europa och figur 11 visar att Sverige har en förhållandevis låg förskrivning jämfört med andra länder. För Europa som helhet har antibiotikaanvändningen ökat 2010–2014. Sverige och Cypern minskade användningen under perioden medan användningen i Storbritannien ökade.

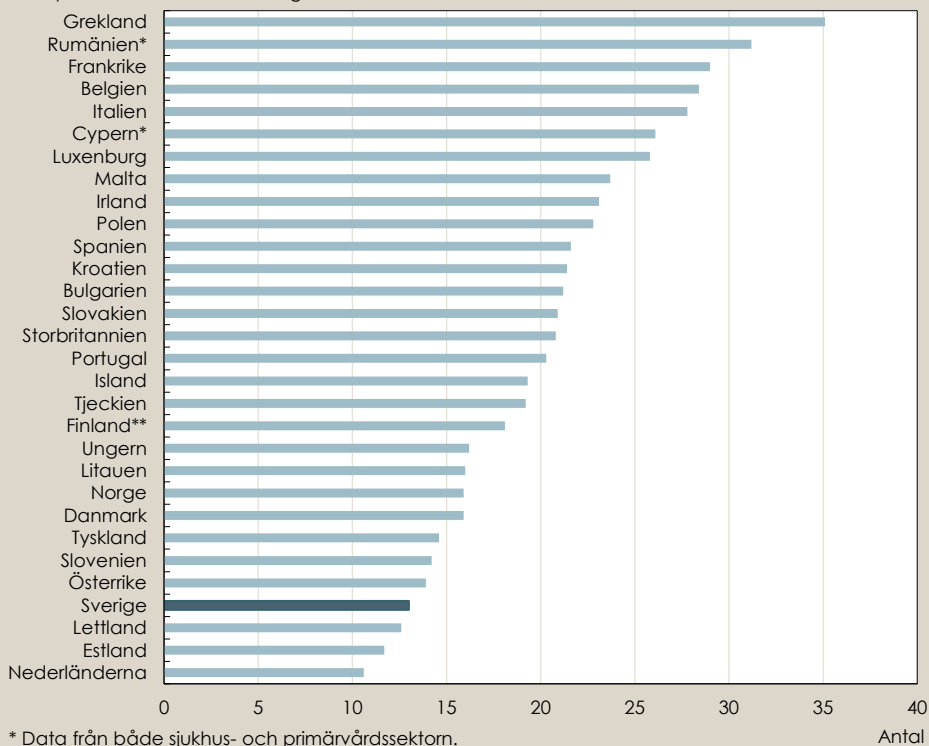
<sup>14</sup> Källan är Socialstyrelsens läkemedelsregister som innehåller data om uthämtade läkemedel på recept. Data om läkemedel som används i slutenvården, så kallade rekvisitionsläkemedel, saknas i registret.

<sup>15</sup> J01 exkl. metenamin.

### Figur 11. Antibiotikaanvändning i Europa

Förskrivning av antibiotika inom primärvården, 2014.

DDD per 1000 invånare och dag



\* Data från både sjukhus- och primärvårdssektorn.

\*\* För Finland exkluderas användning i avlägsna primärvårdscenter och vårdhem.

Källa: European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC).

## Överbeläggningar i somatisk vård har ökat

Globalt har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utveckling. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar<sup>16</sup> och utlokaliserade patienter<sup>17</sup>. Dessa problem verkar också ha tilltagit under senare år [3].

Riksgenomsnittet av antalet överbeläggningar inom den somatiska slutenvården varierar mellan 2,8 och 4,7 per 100 disponibla vårdplatser med ett årsgenomsnitt på 3,7 år 2016. Riksgenomsnittet av antalet överbeläggningar är därmed högre än 2015 då det var 3,1 per 100 disponibla vårdplatser med en variation mellan 2,6 och 3,9.

Årsgenomsnittet av antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser varierar i landstingen från 1,8 till 10,5 år 2016. Variationen är större jämfört med 2015 då den låg mellan 1 till 7,2.

### Utlokaliseringar i somatisk vård

Riksgenomsnittet av antalet utlokaliseringar är 1,5 per 100 disponibla vårdplatser 2016 att jämföra med 2015 då det var 1,1 per 100 disponibla

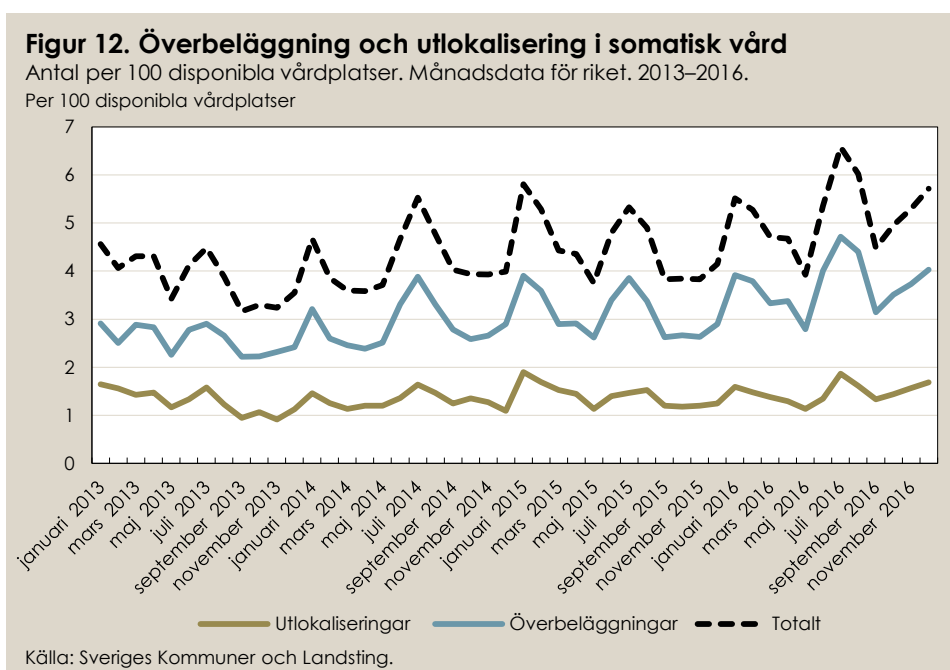
<sup>16</sup> En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och en fysisk arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador.

<sup>17</sup> Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

vårdplatser. Riksgenomsnittet av antalet utlokaliseringar 2016 varierar mellan 1,1 och 1,9 per 100 disponibla vårdplatser vilket är samma variation som för 2015.

Årsgenomsnittet av antalet utlokaliseringar 2016 varierar mellan landstingen från 0 till 5,1 per 100 disponibla vårdplatser. Variationen 2015 låg mellan 0 och 4,7 per 100 disponibla vårdplatser.

*Flest överbeläggningar och utlokaliseringar på sommaren*  
Mellan 2013 och 2016 har riksgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,6 till 3,7 per 100 disponibla vårdplatser. För samma tidsperiod har utlokaliseringar ökat marginellt, från 1,3 till 1,5 per 100 disponibla vårdplatser. Detta framgår av figur 12 nedan. Det är flest överbeläggningar och utlokaliseringar under jul och nyår samt under semesterperioden.



## Säker läkemedelshantering

Landstingen beslutar som regel själva vilka läkemedel som ska användas inom slutenvården och sluter egna avtal med läkemedelsföretagen. Detta har inneburit att tillgång och pris på framför allt nya läkemedel har skiljt sig åt. För att komma till rätta med detta har landstingen sedan några år tillbaka etablerat en nationell process för ett ordnat införande av nya läkemedel. Målet är en patientsäker tillgång till nya kostnadseffektiva läkemedel.

Generellt sett är företrädare för landsting, patient- och professionsorganisationer, läkemedelsföretag och myndigheter positiva till ordnat införande och anser att processen ger förutsättningar för en tidig, jämlik och kostnadseffektiv tillgång till läkemedel i hela landet. Det finns dock utmaningar som rör till exempel transparens, rättssäkerhet och uppföljning av läkemedel oavsett kostnad samt samhällets strävan att skapa så mycket hälsa som möjligt för hela befolkningen utifrån befintlig budget. Tidig introduktion av nya läkemedel innebär att patienter får snabbare tillgång till behandling men

det innebär också att kunskapen om läkemedlets effekter och risker är delvis ofullständig, vilket i sin tur för med sig osäkerhet för såväl patienter som stat, landsting och företag [36].

### *En gemensam läkemedelslista tas fram*

I nuläget är det ofta svårt för hälso- och sjukvården att få överblick över en patients alla läkemedelsförskrivningar, vilket innebär en stor patientsäkerhetsrisk. Ett nationellt arbete pågår därför inom ramen för e-hälsovisionen 2025 att skapa en gemensam läkemedelslista. Ett lagförslag om införandet av en samlad nationell läkemedelslista gick ut på remiss i början av 2017.

### *Läkemedel har expedierats felaktigt vid vissa apotek*

IVO har granskat läkemedelshanteringen vid ett antal apotek i Västra Götalandsregionen och har i några fall kunnat konstatera att receptbelagda läkemedel expedierats utan korrekta underlag. Kostnaderna för de läkemedel som lämnats ut på felaktiga grunder uppgår till stora belopp. IVO ser allvarligt på de patientsäkerhetsrisker som följer av detta [37].

All legitimerad apotekspersonal har teoretiskt sett möjlighet att skapa falska expeditionsunderlag, vilket i nuläget är svårt att upptäcka både för apotek och för hälso- och sjukvårdsverksamheter. IVO har därför haft ett antal dialogmöten hösten 2016 med berörda myndigheter och intresseorganisationer för att initiera ett arbete kring förebyggande åtgärder. Läkemedelsverket har tillsammans med Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att utreda och lämna förslag på vilka författningsändringar som krävs för att införa elektronisk förskrivning som huvudregel, och därmed minimera användningen av pappersrecept. Om pappersrecepten försvinner upphör möjligheten att manipulera läkemedelsexpeditioner på det sätt som nu skett.

## Individanpassad hälso- och sjukvård

Med individanpassad hälso- och sjukvård menas att vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. I det här avsnittet redovisas tillståndet och utvecklingen när det gäller befolkningens förtroende för och patienters erfarenheter av hälso- och sjukvården.

### Förtroendet för hälso- och sjukvården

Ungefär 63 procent av befolkningen uppgav 2015 att de har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården (62 procent av kvinnorna och 64 procent av männen)<sup>18</sup>. Andelen varierar mellan 54 och 73 procent på landstingsnivå. År 2012 hade 59 procent stort förtroende för hälso- och sjukvården, vilket innebär att förtroendet har ökat något.

### Majoriteten vill lämna uppgifter om levnadsvanor

Totalt 97 procent av befolkningen kan tänka sig att lämna information om sina levnadsvanor vid kontakt med hälso- och sjukvården [38, 39]. 85 procent lämnar gärna informationen muntligt i samtal med läkaren och 65

<sup>18</sup> Andelen som har mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller den egna regionen 2015.

procent tycker också att det går bra att lämna informationen till sjuksköterska eller annan personal. It-baserade formulär är betydligt mindre populära; ungefär 40 procent är uttalat negativa till it-baserade lösningar. Yngre är mer positiva till IT-lösningar än äldre och personer med lång utbildning är mer positiva än personer med kort utbildning.

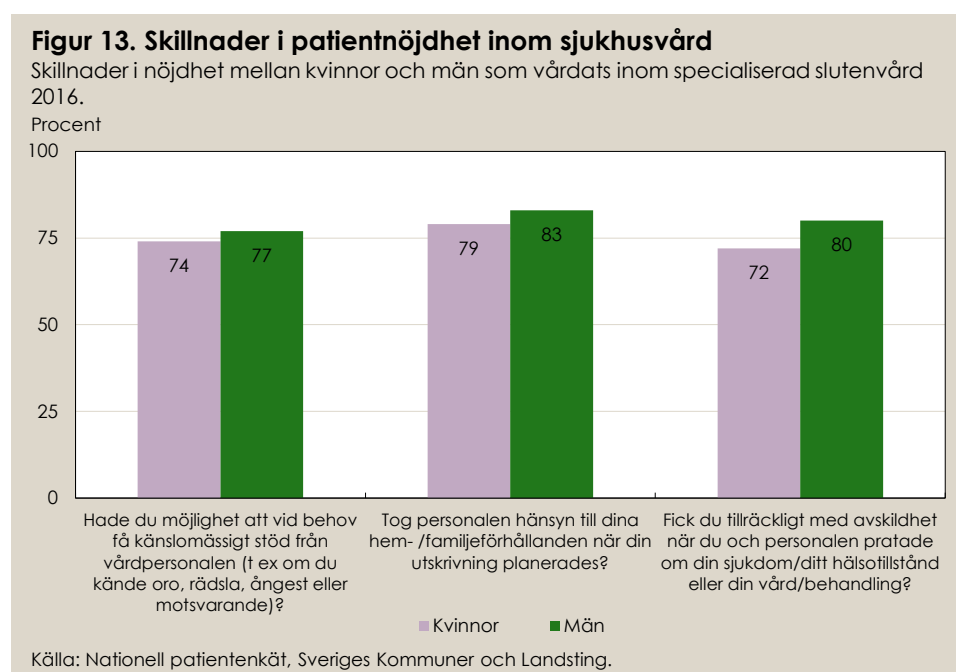
## Patienter positiva till sjukhusvården

Patienter som varit inlagda på sjukhus<sup>19</sup> är överlag positiva till helhetsintrycket.<sup>20</sup> Minst positiva är patienterna med möjligheten till delaktighet och involvering i den egna vården. Män är mer nöjda än kvinnor med sitt vårdbesök. Störst skillnad finns mellan äldre män och yngre kvinnor, där 94 procent av de äldre männen är positiva jämfört med 84 procent av de yngre kvinnorna [40].

Patienter som var inlagda eller besökte öppenvården på sjukhus våren 2016 är generellt nöjda med den information de fick om sina läkemedel och eventuella biverkningar av dessa; andelen positiva svar är 71 procent inom slutenvården och 80 procent inom öppenvården [41].

## Patientnöjdhet vid sjukhusvård

Som figur 13 nedan visar anger kvinnor i lägre utsträckning än män, 72 jämfört med 80 procent, att de fått tillräcklig avskildhet när de diskuterat sitt sjukdomstillstånd eller sin vård och behandling med personalen. Var tionde kvinna svarar ”inte alls” på frågan om de fått tillräcklig avskildhet.



## Patientnöjdhet för vård på kvinnokliniker

Socialstyrelsens analys av kvinnosjukvården visar att majoriteten av alla som besökte en kvinnoklinik 2016 var positiva till helhetsintrycket. Samtidigt ses

<sup>19</sup> Slutenvård, enkäten besvarades av 56 000 personer.

<sup>20</sup> Det har gjorts en förändring av hur patienterfarenheter mäts, vilket gör att det inte går att göra jämförelser över tid.

skillnader mellan klinikerna. Nöjdast var kvinnor som besökt öppenvården i Uppsala län (95 procent), följt av Örebro län (91 procent) och Halland (91 procent). Lägst andel nöjda besökare har Kronoberg (79 procent) och Västerbotten (81 procent).

När det gäller delaktighet inom slutenvården var kvinnor i Dalarna nöjdast (85 procent) tätt följt av kvinnor i Gävleborg, Halland och Jönköpings län (84 procent). Minst nöjda var kvinnor i Södermanland (70 procent), Blekinge (71 procent) och Östergötland (72 procent).

### *Nöjdheten med det emotionella stödet varierar stort*

Skillnaderna i nöjdhet för emotionellt stöd varierar kraftigt mellan landstingen och regionerna. I Gävleborg ansåg 94 procent av kvinnorna att de fått tillräckligt emotionellt stöd när de vårdats vid en kvinnoklinik i länet. I Norrbotten ansåg en avsevärt lägre andel, 74 procent, att de fått det emotionella stöd de haft behov av.

#### **Tabell 1. Patientnöjdhet kvinnokliniker**

Andel kvinnor som angett att de fått tillräckligt emotionellt stöd vid sitt sjukhusbesök, 2016.

Landsting/region	Öppenvård	Slutenvård
Västernorrland	73	86
Västmanland	74	76
Jämtland	76	84
Kronoberg	77	87
Västerbotten	78	88
Östergötland	78	81
Gävleborg	79	94
Region Skåne	80	87
Södermanland	80	77
Jönköpings län	82	89
Västra Götaland	82	86
Halland	82	91
Kalmar län	83	90
Värmland	84	83
Dalarna	85	92
Örebro	86	85
Norrbotten	89	74
Uppsala län	90	85
Blekinge	-	82

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns också skillnader inom landstingen och regionerna, till exempel inom Region Skåne<sup>21</sup> där 88 procent av kvinnorna som besökt den gynekologiska mottagningen på Närsjukhuset i Simrishamn ansåg att de fått tillräckligt emotionellt stöd. Vid gynekologiska mottagningen i Malmö, som tillhör Skånes universitetssjukhus, ansåg däremot bara 60 procent att de fått emotionellt stöd i den utsträckning de hade önskat.

<sup>21</sup> Region Skåne har valt att exkludera kvinnor som genomfört en abort från att delta i enkätundersökningen.

## Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska ges på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättningar, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Hälso- och sjukvården ska också sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem som har störst behov (2 § HSL).

I detta avsnitt redovisas skillnader som det senaste året uppmärksammats i vård och behandling utifrån dimensioner som geografi, utbildning, ålder, kön och födelsebakgrund.

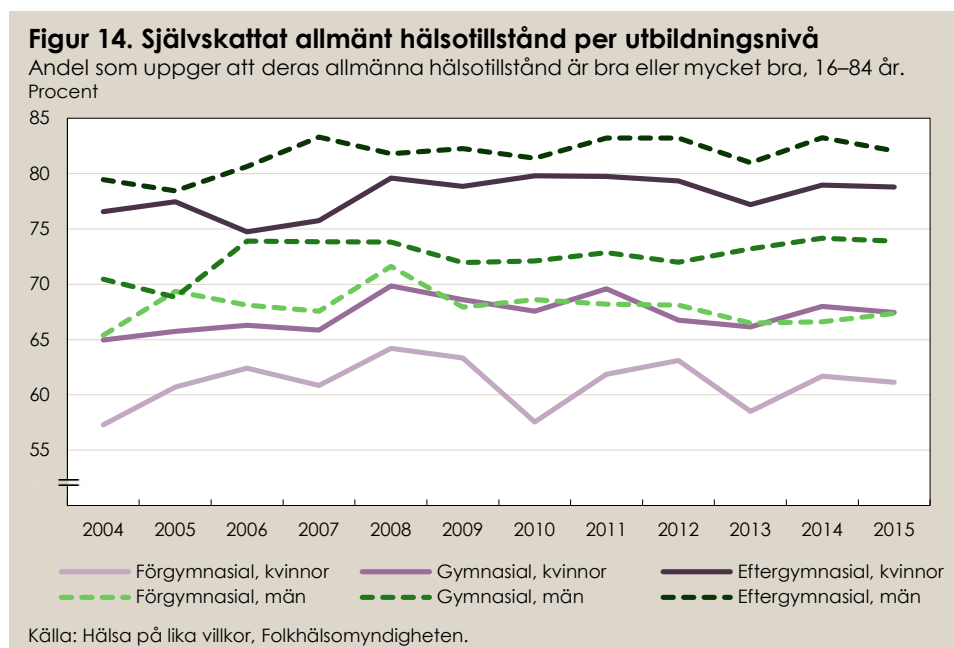
### Hälsan i befolkningen

Mellan 2000 och 2015 ökade den beräknade återstående medellivslängden för både kvinnor och män. För kvinnor från 82 år till 84 år och för män från 77,4 år till 80,3 år. Mellan landstingen är skillnaden i återstående medellivslängd för män som mest 2,6 år och för kvinnor 2,1 år [42].

I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Jämfört med övriga Europa har Sverige däremot en låg ökningstakt av medellivslängden. Män i Sverige har den sjätte högsta medellivslängden och kvinnor i Sverige har den nionde högsta medellivslängden i Europa.

### Livsvillkor och levnadsförhållanden

Hälsa och skillnader i hälsa påverkas av människors livsvillkor och levnadsförhållanden. Utbildningsnivåerna i Sverige fortsätter att stiga och en allt större del av befolkningen har gymnasial och eftergymnasial utbildning. En generell trend är att kvinnor har längre utbildning än män. Det finns dessutom ett tydligt samband mellan god hälsa och hög utbildningsnivå [43]. Detta ses i figur 14 nedan.

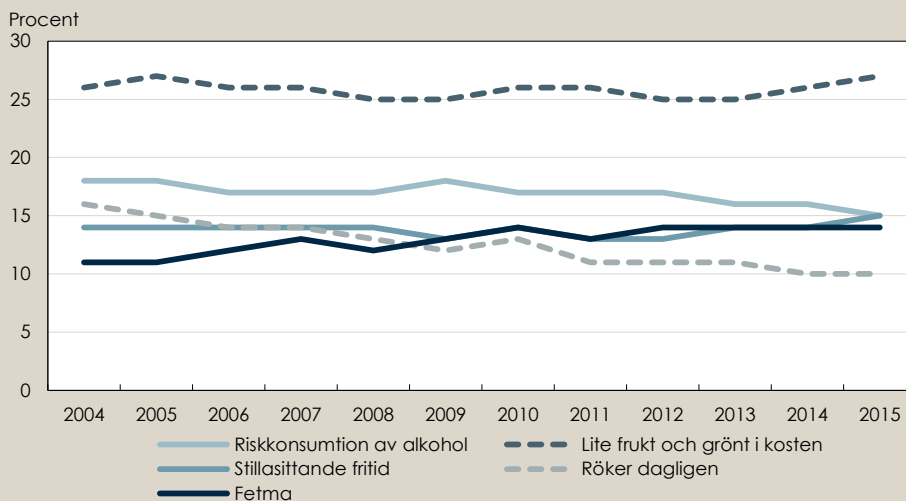


## Levnadsvanor

Det har generellt sett skett en positiv utveckling av levnadsvanorna de senaste tio åren. Alkoholkonsumtion och användning av tobak minskar i befolkningen, vilket figur 15 visar. Samtidigt finns det stora skillnader utifrån utbildningsnivå, kön och ålder.

**Figur 15. Levnadsvanor samt fetma**

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), har en stillasittande fritid, röker dagligen eller har ett BMI som klassas som fetma, 16–84 år, 2004–2015.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

### *Tobaksrökningen minskar – men inte i alla grupper*

Totalt 11 procent av kvinnorna och 9 procent av männen i Sverige uppger att de röker dagligen. För kvinnorna är det en minskning med drygt 5 procentenheter mellan 2004 och 2015; för männen är minskningen 3 procentenheter. Dagligrökning är vanligast bland personer i övre medelåldern; 13 procent bland 45–64-åringarna röker varje dag. Andelen har dock minskat i alla åldersgrupper utom den äldsta (65–84 år). Det är mindre vanligt att personer med eftergymnasial utbildning röker dagligen, jämfört med personer med kortare utbildning.

Samma mönster ses i övriga EU-länder, men trots att tobaksrökningen minskar generellt röker fortfarande var femte vuxen dagligen i Europa [44].

### *Alkoholkonsumtionen minskar i befolkningen*

I början av 2000-talet var den totala alkoholkonsumtionen cirka 10 liter per person i åldern 15 år och äldre [45]. År 2015 hade alkoholkonsumtionen sjunkit till ungefär 9 liter per år och person. Andelen riskkonsumenter av alkohol i åldersgruppen 16–84 år minskade från 18 till 15 procent under perioden 2004–2015. Störst är minskningen i åldersgruppen 16–29 år, från 37 till 23 procent. Det är främst män som minskat sitt riskfyllda drickande. Bland äldre i åldersgruppen 65–84 år ökade däremot andelen riskkonsumenter bland både kvinnor (från 3 till 6 procent) och män (från 8 till 10 procent).



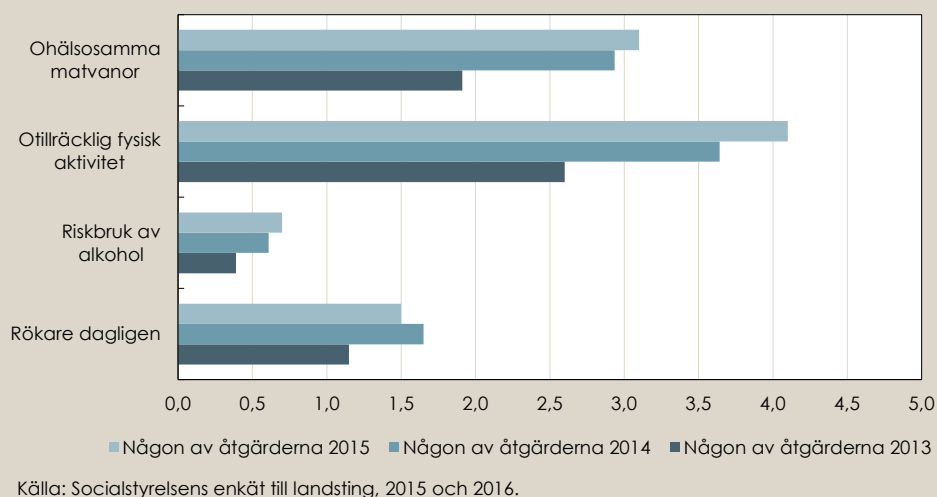
### Stödet till hälsosamma levnadsvanor mer etablerat

Hälso- och sjukvårdens arbete med patienternas levnadsvanor har blivit mer etablerat de senaste åren. De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har bidragit till att öka fokus på att främja hälsa och patienternas delaktighet i vård och behandling. Dessutom har riskfaktorerna för ohälsa uppmärksammats allt mer [39].

Andelen patienter som har fått stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor ökar. I figur 16 visas andelen patienter som har fått någon sådan åtgärd i procent av samtliga patienter som har besökt primärvården. Stödet har utvecklats mest positivt vad gäller mat och fysisk aktivitet medan det fortfarande är mindre vanligt med samtal om alkohol. Åtgärder till personer som röker minskade något mellan 2014 och 2015, trots att det är den levnadsvana som innebär störst risk för patienten. Det finns därför särskild anledning att noga följa utvecklingen av stöd till patienter som röker.

**Figur 16. Åtgärder till personer med ohälsosamma levnadsvanor**

Andel primärvårdspatienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana, 2013–2015.



Fler högtbildade än lågutbildade och fler män än kvinnor deltar i förebyggande aktiviteter och förbättrar sina levnadsvanor efter att ha diskuterat dem med vårdpersonal [46]. Det är dock bara en tredjedel av alla landsting som har jämlikhet eller minskade hälsoklyftor som mål för primärvårdens förebyggande arbete. Ungefär samma andel ger särskild ersättning till vårdgivarna för att öka jämlikheten genom förebyggande arbete. Landstingen kan arbeta mer systematiskt både för att nå rätt personer med hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete och för att anpassa insatserna efter olika grupper.

### Utvecklingen av övervikt och fetma

Övervikt och fetma är ett globalt folkhälsoproblem. Andelen med fetma i den svenska befolkningen ökade från 11 till 14 procentenheter mellan 2004 och 2012 och var sedan relativt stabil fram till 2015. För den självrapporterade

fetman ses tydliga skillnader kopplade till ålder och kön, vilket framgår av tabell 2.

**Tabell 2. Självrapporterad övervikt eller fetma**

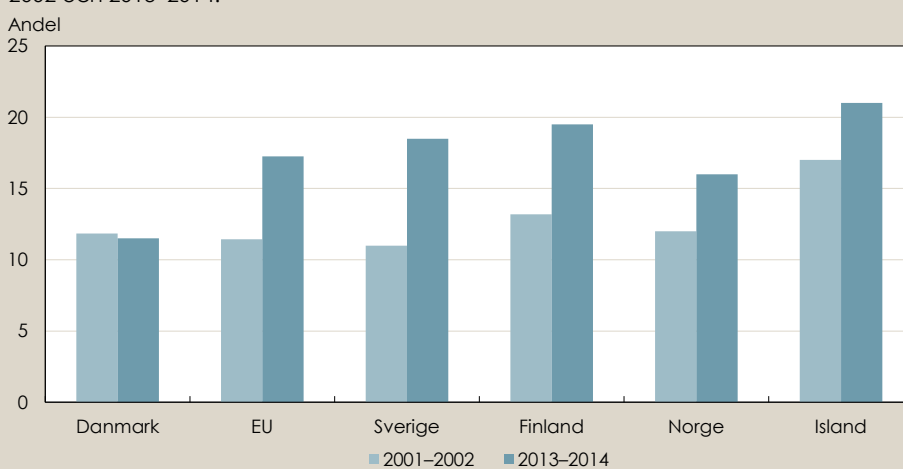
Andel kvinnor och män som angett att de har övervikt och fetma, fördelat på ålder, 2016.

Övervikt och fetma	Kvinnor	Män	Samtliga
16–29 år	25	32	29
30–44 år	37	56	46
45–64 år	52	70	61
65–84 år	56	67	61

Källa: Folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

**Figur 17. Förändring självrapporterad övervikt i Norden och övriga EU**

Självrapporterad övervikt bland 15-åringar i befolkningen, Norden och övriga EU, 2001–2002 och 2013–2014.



Källa: OECD Health at glance – Europe 2016.

### Allt fler barn behandlas för fetma

En ökad andel barn får behandling för fetma inom den specialiserade öppenvården och i barnsjukvården. Andelen som vårdats med en fetmadiagnos<sup>22</sup> har ökat mellan 2011 och 2015, från 262 till 471 per 100 000 invånare i åldersgruppen 0–12 år och från 446 till 722 per 100 000 i åldersgruppen 13–17 år. I tonåren är andelen högre bland pojkar än bland flickor, 785 jämfört med 654 per 100 000 invånare 2015. Under senare år har fetmakirurgi börjat prövas som ett behandlingsalternativ till ungdomar med svår fetma där annan behandling inte har gett tillräckliga resultat.

Ungdomar som vill genomgå fetmakirurgi har en försämrad psykisk hälsa före operationen. De har en sämre självbild och fler symtom på ångest, depression, ilska och normbrytande beteende jämfört med andra ungdomar. Två år efter operationen är majoriteten signifikant förbättrade men samtidigt uppger 1 av 5 av de opererade ungdomarna att de har symptom som vid klinisk depression och 14 procent av dem har självmordstankar. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder ett psykosocialt stöd både före och efter operationen och att stödet sträcker sig längre än första året efter operationen [47].

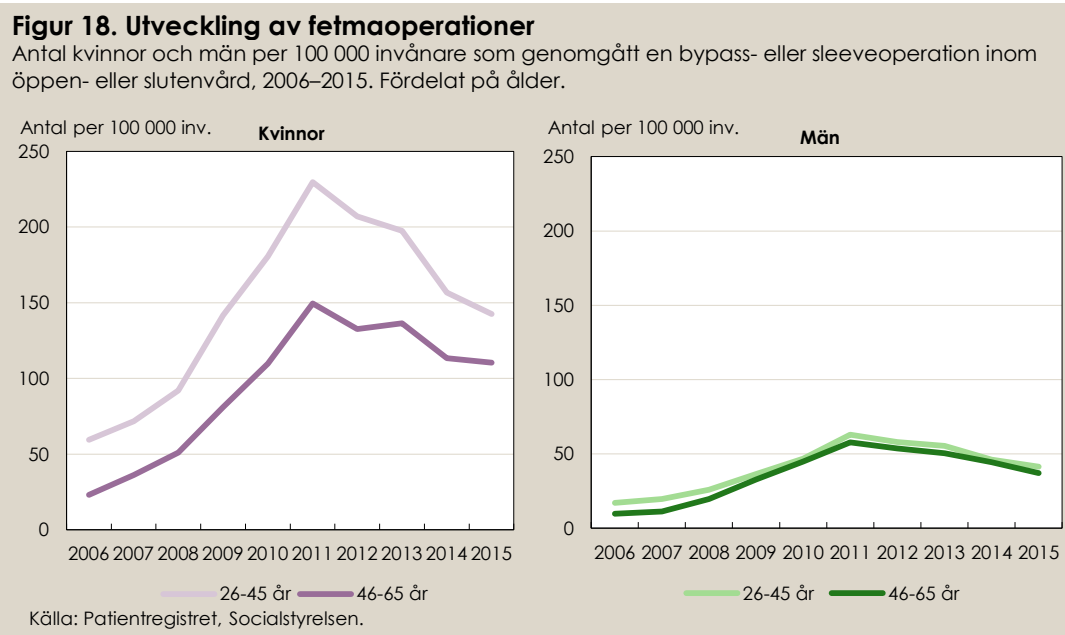
<sup>22</sup> Diagnoskod E66.

Sverige saknar en nationell handlingsplan och nationella riktlinjer för såväl prevention som behandling av barnfetma. I Storbritannien, där ungefär en tredjedel av alla barn i åldersgruppen 2–15 år är överviktiga, antogs 2016 en handlingsplan för att minska barnfetman i befolkningen de kommande 10 åren. Handlingsplanen fokuserar bland annat på att underlätta hälsosamma livsmedelsval, minska sockerhalten i livsmedelsprodukter, göra skolmaten nyttigare och utveckla hälso- och sjukvårdens stöd till familjer.

WHO har tillsatt en kommission, Ending Childhood Obesity, i syfte att komma tillrätta med problemet. Skatt på söta drycker, subventioner på hälsosamma livsmedel, striktare regler kring marknadsföring riktad mot barn, tydligare nutritionsmärkning av livsmedel och en stärkt roll för elevhälsan är några av de åtgärder som lyfts fram som särskilt viktiga.

### Fler egenfinansierar sin fetmaoperation

I Sverige genomfördes 2015 drygt 8 700 fetmaoperationer, varav drygt 7 av 10 gjordes på kvinnor. Som framgår av figur 18 har andelen fetmaoperationer bland vuxna minskat sedan 2011.



Andelen som egenfinansierar sin fetmaoperation ökar. Ungefär 15 procent av alla patienter använder privata medel för att finansiera sin operation vilket är en ökning från 10 procent 2013. Det finns ett tydligt samband av att en högre andel självbetalande patienter finns i län där operationsfrekvensen är lägre. Färre remitteringar på grund av brist på läkare i primärvården samt avsaknad av nationella riktlinjer är möjliga orsaker till variationerna [48].

Fetmaoperationer är vanligare bland kvinnor än bland män. Mellan 2006 och 2015 opererades tre gånger så många kvinnor (32 900) som män (10 500). Dödligheten var högre bland fetmaopererade män än bland fetmaopererade kvinnor. Bland dem som opererades 2006 hade 8 procent av männen och 4 procent av kvinnorna avlidit inom 9 år, det vill säga till och med 2015. Av samtliga opererade som dog 2006–2015 hade 19 procent av

männen och 31 procent av kvinnorna avlidit till följd av förgiftning<sup>23</sup> eller självmord<sup>24</sup>.

### *Fetmakirurgi ökar risken för att barnet föds tidigt*

I dag är 38 procent av alla kvinnor som föder barn i Sverige har övervikt eller fetma under den tidiga graviditeten [49]. Dessa kvinnor har en ökad risk för en rad graviditets- och förlossningskomplikationer. Andelen kvinnor som genomgått en fetmaoperation innan de föder barn har ökat kraftigt de senaste åren. Fetmakirurgi ökar riskerna för dödföddhet, för tidig födsel och medfödda missbildningar, samtidigt som risken för graviditetsdiabetes minskar [50, 51].

### Allt fler vårdas på grund av missbruk

Antalet personer som vårdas inom hälso- och sjukvården för missbruksrelaterade diagnoser har ökat sedan 2006. Det är unga med drogmissbruk och äldre över 65 år med skadligt bruk/missbruk av alkohol som har ökat mest. Majoriteten av dem som vårdats är män, men könsfördelningen utjämnades något mellan 2006 och 2014.

Socialstyrelsen kartlade 2016 utbudet av och tillgången till vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna med missbruks- eller beroendeproblem. Kartläggningen visar att en brist i vårdkedjan är antalet vårdplatser vid akuta tillstånd och abstinensbehandling. Detta beskrivs närmare i rapporten *Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2017* [45].

### *Den narkotikarelaterade dödligheten ökar*

Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat i Sverige under de senaste tio åren. Av de 949 personer som avled i dödsfall orsakade av förgiftning med droger, läkemedel eller biologiska substanser som underliggande dödsorsak var 68 procent män. Männerna avlider i en yngre ålder än kvinnorna. För männen sker de flesta dödsfallen i åldersgrupperna 25–39 år och för kvinnorna i åldersgrupperna 45–59 år.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2017. WHO har utformat riktlinjer för första hjälpen-insatser vid drogöverdos genom användning av läkemedlet Naloxon vilket kan motverka andningsstopp vid överdos av opioider. WHO:s rekommendation kommer att övervägas inom ramen för uppdraget.

### Skillnader i dödlighet

Trots att dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar och cancer minskar kvarstår skillnader mellan olika utbildningsgrupper. Personer med kortare utbildning har högre risk att insjukna och dö i hjärt-kärlsjukdomar och cancer jämfört med personer med längre utbildning [43].

---

<sup>23</sup> Diagnosgrupp X40–49.

<sup>24</sup> Inklusive oklara fall (X60–84, Y10–34).

### *Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskar*

De senaste 35 åren har dödligheten i olika hjärtsjukdomar stadigt minskat i Sverige [52]. Män har betydligt högre dödlighet än kvinnor, och i Norrbotten är dödligheten bland män dubbelt så hög jämfört med Kronoberg.

Sedan 1988 har det skett en minskning i död 28 dagar efter hjärtinfarkt,<sup>25</sup> både för män och för kvinnor. År 2014 dog cirka 29 000 personer inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. År 1988 dog 48 procent av kvinnorna, jämfört med 50 procent av männen. År 2014 var motsvarande andelar 26 procent för kvinnorna och 28 procent för männen [3].

Trots förbättringarna finns det skillnader mellan olika utbildningsgrupper. I åldersgruppen 35–79 år avled 14 procent av de med eftergymnasial utbildning inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt 2015. Motsvarande andel för dem med förgymnasial utbildning var drygt 20 procent.

Andelen patienter som dör inom 90 dagar efter en förstagångsstroke minskar.<sup>26</sup> Under perioden 2013–2015 dog knappt 27 procent av patienterna inom 90 dagar, vilket är en förbättring med drygt fem procentenheter sedan perioden 1992–1994. Dödligheten är något högre bland kvinnor än bland män. Personer i åldersgruppen 35–79 år med eftergymnasial utbildning har lägre dödlighet än personer i samma åldersgrupp med förgymnasial utbildning.

### *Allt fler överlever cancer*

Chansen att botas efter insjuknande i cancer har ökat de senaste 40 åren, tack vare bättre behandling och större möjlighet att upptäcka cancer i ett tidigt stadium. Ändå dör cirka 23 000 personer om året i en cancersjukdom i Sverige [53].

I Sverige lever i dag drygt 450 000 personer som har eller har haft cancer; av dem är drygt 247 000 kvinnor och 207 000 män. Femårsöverlevnaden<sup>27</sup> vid cancer är ungefär 58 procent. Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, tätt följt av bröstcancer och malignt hudmelanom. Femårsöverlevnaden bland män med prostatacancer och bland kvinnor med bröstcancer var cirka 90 procent 2010–2014 [3].

### *Svenska män har högst överlevnad i cancer i Norden*

Svenska mäns relativa femårsöverlevnad efter en cancerdiagnos var 55 procent 2010–2014. Det kan jämföras med männen i Finland där femårsöverlevnaden var 47 procent samma period.

Även svenska kvinnor har en hög relativ femårsöverlevnad. Andelen svenska kvinnor som levde fem år efter att de fått sin cancerdiagnos var 58 procent 2010–2014. Det enda land i Norden med högre relativ femårsöverlevnad hos kvinnor var Norge där 59 procent av kvinnorna levde fem år efter att de fått sin cancerdiagnos [3].

<sup>25</sup> Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt är ett internationellt mått som mäter kvaliteten i hela vårdkedjan.

<sup>26</sup> Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvård. Som förstagångsfall räknas personer som inte haft någon stroke de 7 föregående åren, vilket motsvarade drygt 73 000 personer 2012–2014.

<sup>27</sup> Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive hud-, bröst- och prostatacancer för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. Indikatorn är förändrad jämfört med tidigare publiceringar. Eftersom hud- bröst och prostatacancerdiagnoser tagits bort från indikatorn och dessa cancertyper har hög överlevnad har andelen som lever fem år efter upptäckt cancerdiagnos minskat med cirka 10 procentenheter.

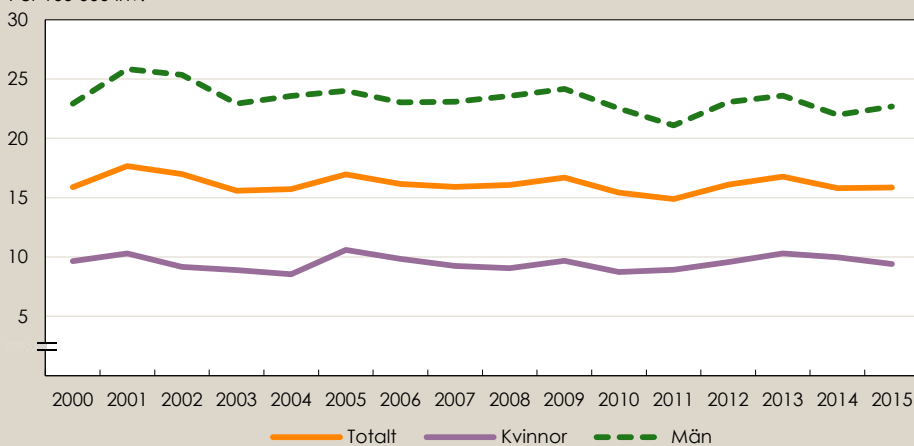
## Ingen minskning av självmord i befolkningen

Antalet självmord i befolkningen har varit oförändrat de senaste 15 åren. År 2015 tog 1 171 personer sitt liv i Sverige, varav 845 män och 326 kvinnor.<sup>28</sup> Det motsvarar 14,5 säkra självmord per 100 000 invånare (21 för män och 8 för kvinnor). Vidare registrerades 2015 ytterligare 371 osäkra självmord (243 män och 128 kvinnor).

**Figur 19. Självmord i befolkningen**

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2000–2015. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 inv.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det är vanligare med självmord bland personer med kortare utbildning. Bland män med förgymnasial utbildning är det ungefär dubbelt så vanligt som bland män med eftergymnasial utbildning.

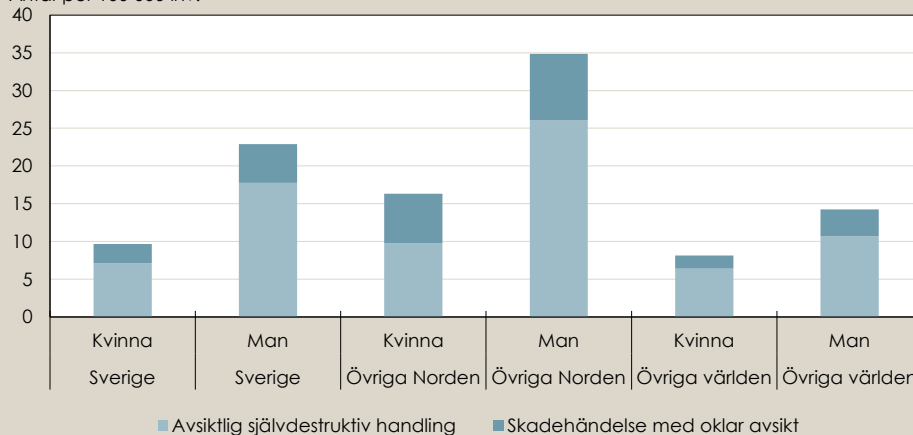
*Självmord vanligare bland män födda i övriga Norden*  
Utifrån födelseland ses bland män, men även bland kvinnor, en markant högre andel självmord hos personer födda i övriga Norden jämfört med personer födda i Sverige. Kvinnor och män födda i övriga världen står för en lägre andel självmord jämfört med personer födda i Sverige.

<sup>28</sup> Avser säkra självmord från 15 år och uppåt.

### Figur 20. Dödsfall avsiktlig självdestruktiv handling och skadehändelse med oklar avsikt

Dödsfall och skadehändelse fördelat på födelseland och kön, 2011–2015.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och befolkningsregistret, Statistiska centralbyrån.

De brister som kan kopplas till självmord i befolkningen och som identifierats inom vården är bland annat att det inte har gjorts systematiska självmordsriskbedömningar i tillräcklig hög grad och att verksamheten inte har följt de regionala vårdprogrammen.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har utarbetat ett förslag till nationellt program för suicidprevention, vilket innehåller nio strategier med målet att minska antalet självmord [54].

### Psykiatrisk tvångsvård ska utvecklas

#### *Schizofreni och psykos är vanliga diagnoser vid tvångsvård*

Under 2015 tvångsvårdades omkring 12 600 personer. Av dessa vårdades 89 procent enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och 11 procent enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Majoriteten av dem som vårdas är i åldersgruppen 18–35 år och den vanligaste diagnosgruppen är schizofreni och psykos<sup>29</sup>. Sett till enskilda diagnoser är emotionell instabil personlighetsstörning vanligast hos kvinnor och psykos vanligast hos män.

Allt fler har en vårdplan när de skrivs ut efter att ha tvångsvårdats. Av kvinnorna hade 61 procent en vårdplan 2015, jämfört med 56 procent av männen. År 2014 hade 57 procent av kvinnorna och 55 procent av männen en vårdplan vid utskrivningstillfället.

#### *Vanligaste tvångsåtgärden är läkemedelstillförsel under fastspänning*

Av tabell 3 nedan framgår att läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande är den vanligaste tvångsåtgärden för både män och kvinnor.

<sup>29</sup> Diagnos F20–F29 enligt ICD-10.

**Tabell 3. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård (LPT och LRV), 2015.**

Antal	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Kvinnor	2 526	1 711	2 877
Män	1 588	1 874	2 289
<b>Totalt</b>	<b>4 114</b>	<b>3 585</b>	<b>5 166</b>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller tvångsvård för unga är det betydligt vanligare att flickor jämfört med pojkar vårdas enligt LPT. Under 2015 vårdades 96 pojkar och 208 flickor under 18 år enligt LPT. Den vanligaste tvångsåtgärden för flickor var fastspänning och för pojkar läkemedelstillförsel under fastspänning. Totalt utfördes 472 fall av fastspänning och 317 fall av läkemedelstillförsel under fastspänning, vilket framgår av tabell 4.

**Tabell 4. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) för personer under 18 år, 2015.**

Antal	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Flickor	404	157	249
Pojkar	43	48	68
<b>Totalt</b>	<b>472</b>	<b>205</b>	<b>317</b>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Den nationella samordnaren för psykisk hälsa har sedan 2016 i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn inom den psykiatriska tvångsvården. Översynen ska bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas eller ändras och ska redovisas senast den 31 december 2017 [55].

## Ojämlig förlossningsvård

De senaste åren har det framkommit att det finns utmaningar och förbättringsmöjligheter inom förlossningsvården [3]. Denna typ av vård behöver exempelvis bli mer lyhörd för kvinnors behov och upplevelser. En utmaning är att säkerställa att utrikesfödda kvinnor får den vård och det stöd de behöver.

Kejsarsnittsfrekvensen (akuta) är högre bland utlandsfödda kvinnor och trots att kunskap finns drabbas många utlandsfödda kvinnor av bristningar<sup>30</sup> som går att förebygga [56, 57]. Jämfört med övriga länder i Norden har kvinnor i Sverige en relativt hög andel bristningar och figur 21 visar att de inte minskat över tid.

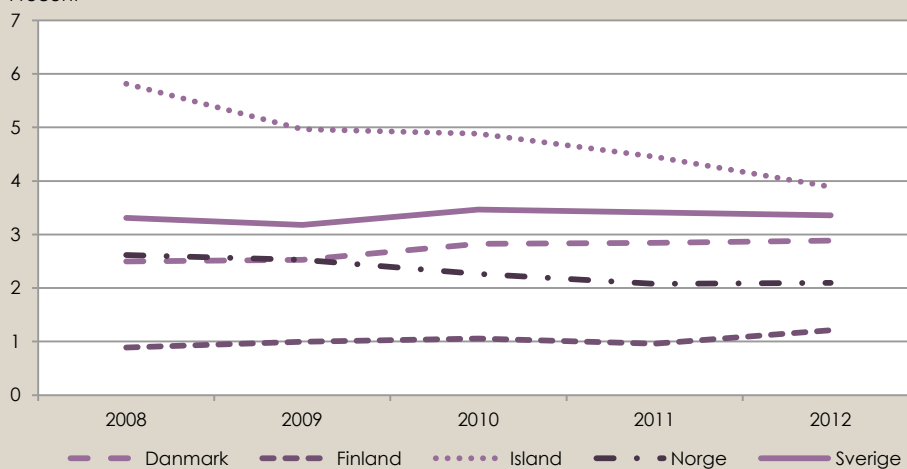
<sup>30</sup> Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan.



**Figur 21. Bristningar vid förlossningar i Norden**

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, 2008–2012.

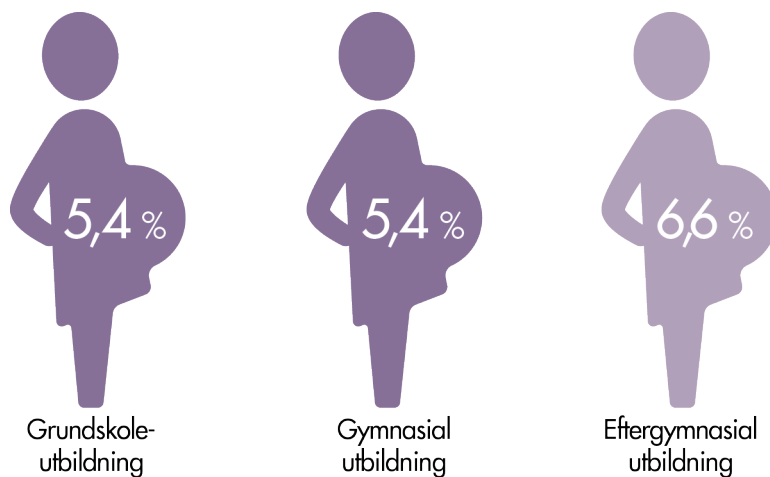
Procent



Källa: Nordiska ministerrådet.

### Utbildningsnivå och födelsebakgrund påverkar risken för bristningar

Det är något vanligare med bristningar bland förstföderskor med eftergymnasial utbildning jämfört med kvinnor med grundskola eller gymnasial utbildning. En trolig delförklaring kan vara att kvinnor med eftergymnasial utbildning i regel är något äldre när de föder sitt första barn och då ofta föder större barn [58].



Utbildningsnivå påverkar risk för bristningar hos förstföderskor.

Andelen bristningar är högst bland kvinnor födda i vissa afrikanska länder, 10 procent, följt av kvinnor födda i Asien, nästan 8 procent. Bland kvinnor födda i Sverige uppgår andelen till drygt 5 procent. Resultatet är samstämmigt med andra studier som visar att utrikesfödda kvinnor i högre utsträckning drabbas av förlossningskomplikationer [57].

Förlossningsutfallet bland asylsökande kvinnor skiljer sig också från svenskfödda kvinnor. Kvinnor som söker asyl har ökat risk för graviditetsdi-

abetes, att förlösas för tidigt eller mycket för tidigt. Däremot har asylsökande kvinnor något lägre kejsarsnittsfrekvens [57].

Orsakerna till skillnaderna antas vara bristande kommunikation mellan vårdpersonalen och kvinnorna. En annan viktig orsak är att utrikesfödda kvinnor inte alltid har samma kontinuerliga kontakt med mödravården. Personalens lyhörddhet för patienter med annat ursprung än dem själva kan också påverka utfallet. Kunskapsfrämjande insatser kan minska antalet förlossningskomplikationer [58].

Det saknas systematiska översikter över behandlingar mot skador efter vaginal förlossning. Personalens möjlighet till utbildning och träning behöver öka och förebyggande åtgärder och efterföljande behandling måste utvärderas vetenskapligt i högre grad än vad som görs i dag [59].

Sedan 2015 pågår en regeringssatsning på en förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

## Reform om fria läkemedel till barn

För ungefär hälften av alla barn under 18 år hämtas receptförskrivna läkemedel ut varje år och läkemedel mot infektioner, astma och allergier är vanligast.

Den 1 januari 2016 trädde lagstiftningen om fria läkemedel till barn i kraft vilket innebär att läkemedel inom läkemedelsförmånen är kostnadsfria för barn upp till 18 år. Reformen omfattar även asylsökande barn och barn som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Statistiken för det första halvåret 2016 visar att andelen barn med uttag av receptförskrivna läkemedel ökade med ungefär fem procent jämfört med samma period 2015. För vissa läkemedelsgrupper är ökningen större; det gäller främst läkemedel mot olika typer av allergiska besvär, till exempel eksem och astma. Antalet barn som får mjukgörande salvor och krämer uthämtade har ökat med 50 procent jämfört med första halvåret 2015. Dessa läkemedel förskrivs främst för att minska hudtorrhet och förebygga utbrott av eksem.

Även uthämtningen av kortisonsalvor, som också används vid eksemsjukdomar, ökade tydligt det första halvåret efter reformens genomförande. I läkemedelsregistret finns endast data om uthämtade läkemedel, så det går inte att avgöra om ökningen beror på att barnen förskrivs läkemedel i större utsträckning än tidigare eller om ökningen beror på en ökad benägenhet att hämta ut redan förskrivna läkemedel. Vissa mjukgörande salvor säljs även utan recept men det har inte skett någon minskad försäljning av dessa läkemedel receptfritt sedan reformen infördes, vilket tyder på att fler barn får tillgång till behandling [60].

## Skillnader i förskrivning av adhd-läkemedel

Antalet personer som förskrivs adhd-läkemedel i befolkningen fortsätter att öka. Förskrivningen sker i störst utsträckning till barn mellan 10 och 17 år.



En högre andel pojkar än flickor i åldern 10–17 år hade minst ett uttag av något adhd-läkemedel 2015.

Det finns stora regionala skillnader i förskrivningen, där andelen pojkar som fick adhd-läkemedel uthämtat varierade mellan landstingen med några få procent och drygt 14 procent. Vad som ligger bakom dessa regionala skillnader är oklart. Socioekonomiska faktorer kan spela in, liksom hur diagnosättning sker i olika delar i landet.

Ökningen i förskrivning kommer antagligen att fortsätta. Andelen personer i befolkningen i åldersgruppen 10–17 år som använder adhd-läkemedel kan på sikt komma att vara drygt 6 procent bland pojkarna och 3 procent bland flickorna. Drygt 8 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna kommer att ha en adhd-diagnos, eftersom inte alla som diagnosticeras med adhd påbörjar läkemedelsbehandling [61].

## Variationer i vårdkonsumtion inom OECD

Skillnader i vårdkonsumtion mellan olika geografiska områden har sedan lång tid uppmärksamats då de kan peka på att befolkningen i olika delar av landet inte har samma tillgång till vård. En intressant fråga är om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har större eller mindre regionala skillnader än i andra länder. När OECD 2014 publicerade rapporten *Geographic Variations in Health Care. What do we know and what can be done to improve health system performance* [62] beslutade Socialstyrelsen därför att genomföra motsvarande analys för Sverige.<sup>31</sup> I en rapport publicerad av myndigheten har skillnader i vårdkonsumtion för sju områden<sup>32</sup> undersökts [63].

Knäplastik är det område som varierar störst mellan länderna, följt av hjärtsjukvård och hysterektomi. Minst variation har operation vid höftfraktur, vilket var ett förväntat resultat. Dessa operationer påverkas i mycket liten utsträckning av medicinsk praxis eller resurser, medan motsatsen gäller för de områden som visar större variation.

En slutsats av analysen är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet inte uppvisar större regionala skillnader än i andra länder. Tendensen är snarare att Sverige har mindre regionala skillnader än andra länder.

För att se om det skett några förändringar över tid ingår också data för 2010–2015. Variationerna är generellt stabila mellan åren, men för knäplastik

<sup>31</sup> OECD-studien omfattade 13 länder och ett urval insatser.

<sup>32</sup> Följande områden ingår; inskrivningar i slutna vård utan kirurgisk åtgärd, kranskärlsoperation, angioplastik, höftledsoperation vid höftfraktur, knäplastik, hysterektomi och kejsarsnitt. Underlaget till studien har hämtats från patientregistret och medicinskt födelseregister. Jämförelserna avser år 2011.

och hysterektomi finns en tendens till ökade skillnader. Det är sällan som ett landsting/region går från att ha ett högt vårdutnyttjande till ett lågt eller vice versa.

### Antalet personer som vårdas för våld minskar

Antalet patienter som skrivs in på sjukhus för att ha utsatts för våld minskar bland kvinnor och män och framför allt i åldersgruppen 15–24 år [64]. Hos den största gruppen, män 15–24 år, har det skett en halvering sedan 2007. Var sjätte person som skrevs in på sjukhus 2015 vårdades för en skadehändelse. Av dessa 150 000 patienter fick 1 800 vård för skador orsakade av våld. Obeväpnat våld och annan misshandel ledde till flest inläggningar. Därefter kommer knivskador, övergrepp med trubbigt föremål och skottskador. De inrapporterade skottskadorna har ökat de senaste åren, från 62 skadade 2008 till 118 skadade 2015.

Patienter som fick sjukhusvård för att ha skadat sig själva var under 2015 nästan fyra gånger fler än de våldsdrabbade. Men även här syns sedan 2007 en tydlig minskning i den största gruppen, kvinnor 15–24 år.

### Våld i nära relationer ska förebyggas och upptäckas

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem med allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser för dem som utsätts. Vanligast är att kvinnor utsätts för våld i nära relationer, och den som utövar våldet är ofta en man som är partner eller före detta partner.

I dag rekommenderar Socialstyrelsen att frågor om erfarenheter av våld ställs till alla kvinnor som besöker mödrahälsovård och psykiatrisk vård samt att frågan om våld tas upp i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri [65].

### *Alla landsting har riktlinjer för att upptäcka gravidas våldsutsatthet*

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer till hälso- och sjukvården bör alla kvinnor som uppsöker mödravården tillfrågas rutinmässigt om erfarenhet av våld. År 2013 hade samtliga landsting särskilt utformade riktlinjer för frågor om gravidas våldsutsatthet, jämfört med 2010 då endast hälften av landstingen hade det. Ungefär 80 procent av alla gravida tillfrågades vid sitt inskrivningssamtal, med en spridning mellan landstingen från 57 till 99 procent.

**Tabell 5. Gravida kvinnor som tillfrågats om våld**

Antal och andel gravida kvinnor som tillfrågats om utsatthet för våld fördelat på ålder och utbildningsnivå, 2014.

Åldersgrupp	Antal kvinnor	Andel kvinnor
≤19 år	783	81
20–24 år	9 545	81
25–29 år	22 871	81
30–34 år	23 833	79
≥35 år	14 695	78
<b>Utbildningsnivå</b>		
Grundskoleutbildning	5 049	80
Gymnasial utbildning	27 434	83
Eftergymnasial utbildning	32 587	79

Källa: Graviditetsregistret.

### Förekomsten av frågor om våld kartläggs

Socialstyrelsen genomför för närvarande en kartläggning av förekomsten av rutinmässiga frågor om våld inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. I uppdraget ingår att ta reda på i vilka delar av verksamheterna som frågor om våldsutsatthet och våldsutövande ställs, vilka metoder som används samt hur arbetet kvalitetssäkrats genom exempelvis skriftliga rutiner och fortbildning. För första gången är fokus också på att upptäcka män som utövar eller riskerar att utöva våld.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen tecknade 2016 en överenskommelse om en särskild satsning för att stärka jämställdhetsarbetets inriktning mot män, pojkar och maskulinitetsfrågor där en del handlar om våldsförebyggande arbete. Syftet är att kommuner, landsting och regioner ska få inspiration till särskilda insatser för att påverka begränsande normer om maskulinitet [66].

För att uppnå det jämställdhetspolitiska delmålet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra är det en förutsättning att våldet förebyggs och upptäcks samt att relevanta insatser erbjuds. I rapporten *Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2017* görs en samlad beskrivning av våld i nära relationer och pågående våldsförebyggande arbete inom socialtjänsten [45]. I rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2017* görs en fördjupad genomgång av utsatthet för våld bland kvinnor med funktionsnedsättning samt tillgången till information och stöd i kommunerna [67].

### Vården för personer med könsdysfori ojämlik

Socialstyrelsen har genomfört en mindre uppföljning av kunskapsstödet för vård av personer med könsdysfori<sup>33</sup>. Uppföljningen består av intervjuer med landets sju utredningsteam och den visar att kännedomen om kunskapsstödet är hög hos utredningseenheterna och att det används som en vägledning för verksamheten. Den största utmaningen är enligt utredningsteamerna att leva upp till den ökade efterfrågan på vården och de menar att det krävs ökade resurser för att kunna arbeta utifrån kunskapsstödet rekommendationer. En kritisk faktor som de intervjuade nämner är bristande kunskap och resurser

<sup>33</sup> Könsdysfori är ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet.

hos remitterande landsting vilket leder till en ojämlik vård över landet. Uppföljningen visar också att vården är fortfarande ojämlik med regionala skillnader i tillgång till och prioriteringen av barn- och ungdomsteam, psykosocialt stöd, hjälpmedel, samt fertilitetsbevarande åtgärder.<sup>34</sup>

## Tillgänglig hälso- och sjukvård

Med tillgänglig vård menas att vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Det innebär att patienter inte ska behöva vänta oskäligt lång tid på de vårdinsatser de har behov av. God tillgänglighet kan också handla om andra aspekter av vården, till exempel kontinuitet, samordning, fysisk tillgänglighet.

I det här avsnittet redovisas tillgång till hälso- och sjukvård, besöksutveckling, arbetet med standardiserade vårdförlopp samt tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal.

### Befolkningens tillgång till hälso- och sjukvården

Majoriteten av befolkningen, 86 procent, anger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver [68].

### Hög telefontillgänglighet

Enligt den nationella vårdgarantin ska personer som ringer till primärvården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. För att följa upp det mäts telefontillgängligheten två gånger per år. Sammanlagt rapporterades drygt 2 miljoner samtal 2016 varav drygt 1,7 miljoner besvarades. I riket som helhet besvarades därmed nästan 86 procent av samtalen.

### Läkarbesök inom 7 dagar i primärvård

Möjligheten för personer att få ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar finns angiven i vårdgarantin. I juli 2016 fick 93 procent av patienterna ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.<sup>35</sup> Variationen mellan de olika landstingen och regionerna var 80–93 procent [69].

### Väntat högst 90 dagar på specialistvård

Andelen som väntat 90 dagar eller kortare på första besök i specialistvård enligt vårdgarant var 79 procent i december 2016 [70]. Samma period hade 76 procent av alla patienter efter beslut om behandling väntat 90 dagar eller kortare.

Analyser av vårdgarantin visar att kötiderna kan kortas genom mer ändamålsenlig personalförsörjning, bättre arbetssätt samt effektivare användning av tillgängliga resurser, till exempel om läkare genomför fler operationer eller om det finns fler tillgängliga vårdplatser och läkare. Dessutom brister landstingen i sin information till patienterna gällande möjligheten att byta vårdgivare om den planerade vården inte kan ges inom utsatt tid enligt vårdgarantin [71].

---

<sup>34</sup> Dnr.31819/2016.

<sup>35</sup> Läkarbesök för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte i mätningen. Även så kallad patientvald väntetid är exkluderad.

## Tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning

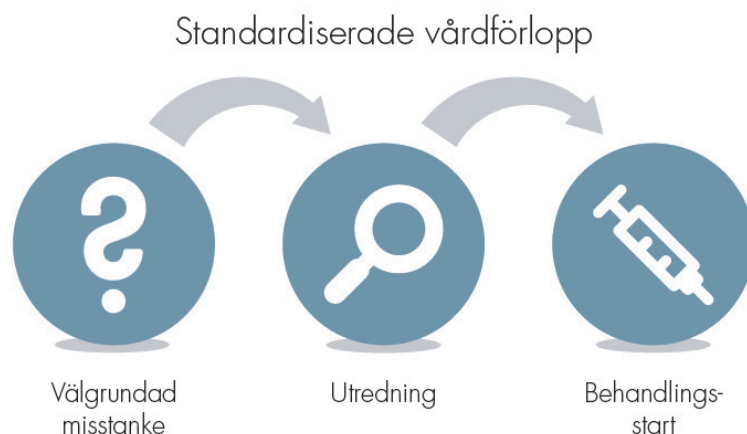
Den fysiska tillgängligheten är hög vid landets vårdcentraler. Nästan samtliga vårdcentraler, 95 procent, är tillgängliga för personer som använder rullstol. Tillgängligheten är dock sämre för personer med nedsatt syn- och hörsel. År 2016 uppgav 24 procent av vårdcentralerna att de hade tagit fram en handlingsplan för tillgänglighet, men fortfarande uppfyller långt ifrån alla rekommendationerna vad gäller tillgänglighet, vilket redovisas närmare i rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2017*.

## Standardiserade vårdförlopp kortar väntetiderna

Sedan så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF) infördes för vissa typer av cancer har väntetiderna kortats väsentligt. För att påbörja behandling av prostatacancer med hög risk är väntetiden för SVF-patienter 50 dagar jämfört med omkring 150 dagar för patienter som inte har genomgått SVF. Socialstyrelsens bedömning är att standardiserade vårdförlopp har goda förutsättningar att bidra till en mer integrerad och sammanhållen cancervård.

Standardiserade vårdförlopp innebär att det i förväg bestämts hur processen från misstanke om cancer fram till start av behandling ska gå till. Utredningsförloppet beskriver:

- vad som ligger till grund för välgrundad misstanke om (en viss) cancer
- vilka utredningar som ska göras för att ställa diagnos och besluta om behandling
- vilka maximala, värdeskapande ledtider som gäller för alla utredningsåtgärder.



En majoritet av patienterna som genomgått SVF är nöjda med den betydligt kortare utredningstiden. Tiden av ovisshet blir kortare både för de patienter som får en cancerdiagnos och för de patienter där cancermisstanken kan avskrivras. Detta framgår av intervjuer och enkäter som Socialstyrelsen genomförde 2016.

Modellen användes inledningsvis för fem olika cancersjukdomar. Under 2016 infördes SVF för ytterligare 13 cancerdiagnoser och fler diagnoser tillkommer 2017. En av utmaningarna är det stora ansvar som vilar på läkare i primärvården att tidigt upptäcka diffusa symtom och hantera patienter med

flera olika sjukdomar. Fokus på kvalitet och samarbete är avgörande för att regeringssatsningen långsiktigt ska bidra till dels kortare väntetider, dels delaktiga och nöjda patienter [72].

### Långa väntetider för vissa kroniska sjukdomar

En analys av väntetider för vissa kroniska sjukdomar och tillstånd<sup>36</sup> visar att väntetiderna för 2015 varierade stort [73]. Från symtom till diagnos vid tidig ledgångsreumatism var medianväntetiden 154 dagar, från remiss till första besök vid smärtrehabilitering var medianväntetiden 56 dagar. Väntan från remiss till behandling vid anorexia var 18 dagar, för bulimi 29 dagar och för ätstörning utan närmare specifikation 27 dagar.

Mellan 2011 och 2015 ses ingen tydlig trend i utvecklingen av väntetider för de kroniska sjukdomarna som ingick i myndighetens analys. För vissa diagnoser är det stora variationer både mellan och inom olika landsting och regioner. Det behövs fördjupade analyser om vad som orsakar dessa skillnader för att det ska vara möjligt att tolka resultaten och vad de säger om tillgången på hälso- och sjukvård ur ett jämlikhetsperspektiv. Mer arbete behövs också för att skapa en metodologisk grund vad gäller den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd [73].

### Långa vistelsetider på akutmottagningarna

De långa medianvistelsetiderna på akutmottagningarna<sup>37</sup> kvarstår och är drygt tre timmar för alla patienter. Var tionde patient över 19 år vistas sju timmar eller längre på akutmottagningen [74].

Hälften av alla patienter väntar en timme eller mer på att träffa en läkare, vilket inte har förändrats sedan den föregående mätningen 2015.

Patienter som är 80 år och äldre har fortfarande en längre total vistelsetid på akutmottagningen jämfört med patienter i åldersgruppen 19–79 år. Var tionde äldre patient får vänta 7 timmar och 18 minuter eller längre på akutmottagningen innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården. Patienter som är 80 år och äldre har däremot kortare väntetid till läkarbedömning jämfört med patienter i åldersgruppen 19–79 år.

### Läkares kompetens och överbeläggningar påverkar

Lägre kompetens i form av kortare utbildningsnivå hos läkaren samt överbeläggningar på vårdavdelningar bidrar till längre vistelsetider för patienterna på akutmottagningarna.<sup>38</sup>

Patienter som är 60 år och äldre söker sig till akutmottagningarna främst på grund av besvär som hanteras av den medicinska specialiteten vilket är en riskfaktor för längre väntetider. Dessa patienter har även högre medicinsk prioritet samtidigt som de skrivs in oftare än yngre patienter. För att undvika

<sup>36</sup> 69 av samtliga 109 nationella kvalitetsregister fick frågan om att medverka, 14 kvalitetsregister valde att delta.

<sup>37</sup> Av de tidigare 71 sjukhusbundna akutmottagningarna är det totalt 63 akutmottagningar som numera omfattas av definitionen *akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade*. På grund av kvalitetsbrister i inrapporterad data har endast 45 respektive 41 akutmottagningar ingått i denna mätning av total vistelsetid respektive tid till läkare. I bortfallet förekommer flera stora akutmottagningar i landet. Måten som redovisas är total vistelsetid på akutmottagning och tid till läkarbedömning för tolv månadersperioden från och med juli 2015 till och med juni 2016.

<sup>38</sup> Enligt Socialstyrelsens kartläggning och analys av väntetider vid akutmottagningarna i Malmö, Lund, Örebro, Varberg och Växjö.

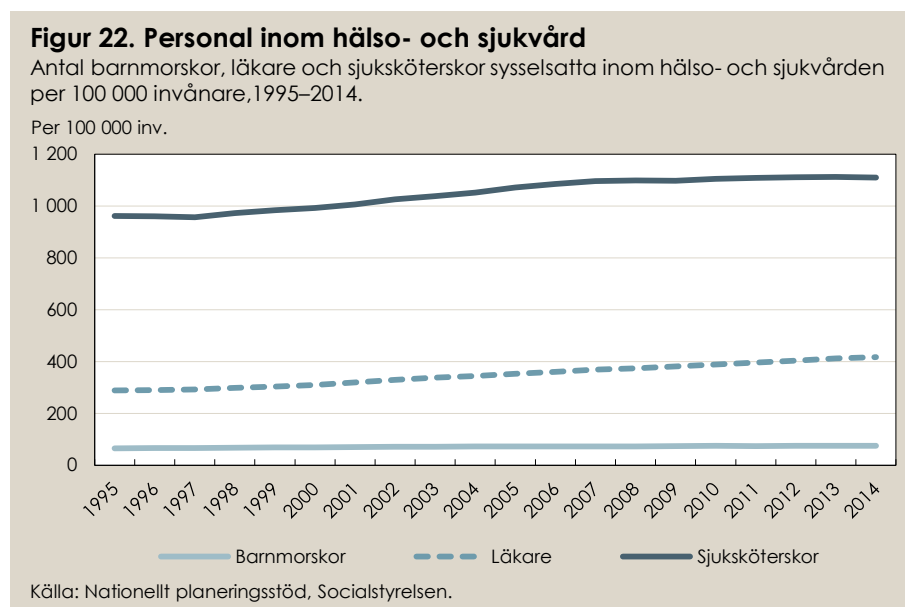


förlängda vistelsetider och tillhandahålla god vård är det viktigt att legitimerade läkare och specialister finns tillgängliga på akutmottagningarna för stöd [74].

Det råder därtill inte balans mellan tillgängliga vårdplatser och flödet av patienter för inskrivning till slutenvården. Överbeläggningar är en angelägenhet för sjukhuset som helhet. För bättre överblickbarhet och tillgänglighet till lediga vårdplatser behövs ett effektivt system, exempelvis i form av arbetsorganisation eller tekniska lösningar, för hela sjukhuset, inte enbart för akutmottagningen [74].

## Tillgången på personal ökar

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård och i förhållande till befolkningen har ökat över tid. Samtidigt finns det regionala skillnader. Tillväxttakten för antalet sysselsatta barnmorskor och sjuksköterskor har varit långt under tillväxten för läkare sedan slutet av 1990-talet, vilket figur 22 visar.



Tillgången på barnmorskor per 100 000 invånare har ökat med mindre än 1 procent mellan 2009 och 2014 och samma tidsperiod ökade den totala tillgången på sjuksköterskor med 1 procent. Tillgången på specialiserade sjuksköterskor minskade däremot med 7 procent i förhållanden till befolkningen mellan 2009 och 2014.

Tillgången på läkare ökade totalt sett med 1,4 procent mellan 2013 och 2014. Mellan 2009 och 2014 var ökningen 10 procent. Tillgången på specialiserade läkare per 100 000 invånare ökade med 6 procent mellan 2009 och 2014. Antalet nybörjarplatser på utbildningarna till barnmorska, läkare och sjuksköterska ökade mellan 2009 och 2014, vilket ger förutsättningar för en fortsatt ökad tillgång av samtliga personalgrupper kommande år.

## Läkartätheten är hög i Sverige

Sverige hävdar sig väl internationellt när det gäller antal läkare per 100 000 invånare. Sverige hade den fjärde högsta läkartätheten i EU- och EES-

området 2014 och tillväxttakten de senaste sex åren har varit på samma nivå som för de övriga fyra länderna med högst läkartäthet. I tabell 6 redovisas de tio EU- och EES-länder som har högst läkartäthet.

**Tabell 6. Antal praktiserande läkare per 100 000 invånare i EU/EES-området 2006–2014**

Land	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Österrike	445	453	460	468	478	482	490	499	505
Norge	379	390	400	405	411	419	423	431	443
Litauen	365	372	370	365	383	409	422	428	431
<b>Sverige</b>	<b>360</b>	<b>368</b>	<b>374</b>	<b>381</b>	<b>388</b>	<b>396</b>	<b>404</b>	<b>411</b>	<b>417</b>
Schweiz	n/a	n/a	382	383	381	383	392	404	413
Tyskland	344	349	354	362	371	380	387	400	411
Bulgarien	365	364	360	369	375	386	391	398	399
Italien	n/a	n/a	n/a	368	n/a	n/a	387	390	388
Spanien	365	359	358	363	380	388	382	381	380
Tjeckien	356	356	354	356	359	364	367	369	n/a

Källa: Eurostat

Sverige hade den åttonde högsta sjukskötersketätheten i EU och EES-området, vilket framgår av tabell 7 nedan.

**Tabell 7. Antal praktiserande sjuksköterskor per 100 000 invånare i EU/EES-området 2006–2014**

Land	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Schweiz	1 454	1 471	1 492	1 520	1 602	1 660	1 697	1 736	1 756
Norge	1 392	1 394	1 400	1 593	1 613	1 640	1 653	1 667	1 689
Danmark	1 448	1 429	1 490	1 561	1 583	1 601	1 631	1 652	n/a
Island	1 372	1 400	1 489	1 529	1 454	1 482	1 516	1 545	1 533
Finland	1 315	1 340	1 314	1 356	1 386	1 408	1 412	n/a	n/a
Tyskland	1 128	1 143	1 166	1 195	1 207	1 220	1 229	1 284	1 314
Luxemburg	1 094	n/a	n/a	1 112	1 105	1 127	1 192	1 193	1 197
<b>Sverige</b>	<b>1 085</b>	<b>1 096</b>	<b>1 099</b>	<b>1 098</b>	<b>1 105</b>	<b>1 108</b>	<b>1 111</b>	<b>1 112</b>	<b>1 109</b>
Belgien	912	924	932	942	957	980	1 000	1 028	1 056
Nederländerna	820	830	840	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Källa: Eurostat

## Effektiv hälso- och sjukvård

Med en effektiv hälso- och sjukvård menas att tillgängliga resurser används på bästa sätt för bästa möjliga vård och omsorg ska kunna erbjudas till hela befolkningen. En väl fungerande och effektiv hälso- och sjukvård som erbjuder befolkningen vård av hög kvalitet är en viktig välfärdsfråga.

I detta avsnitt analyseras olika aspekter av effektivitet i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, även ur ett jämförande internationellt perspektiv. Socialstyrelsen har 2016 reviderat rapporten *Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer* som kan vara ett stöd för uppföljningar av effektivitet inom vård och omsorg [75].

## Högspecialiserad vård – en viktig del av vårdkedjan

Den högspecialiserade vården utgör ungefär 6 procent av det totala vårdutbudet, och den fyller en viktig funktion i vårdkedjan [76]. I jämförelse med andra länder har Sverige en högspecialiserad sjukvård av hög kvalitet med spetskompetens och hög tillgänglighet för patienten, men det finns fortsatt utmaningar vad gäller exempelvis tillgänglighet på kvällar och nätter [77, 78].

## Rikssjukvård – hög kvalitet och effektiv resursanvändning

Rikssjukvård innebär att viss definierad högspecialiserad vård centraliseras till ett eller två sjukhus för att uppnå en bättre kvalitet och nyttja resurserna bättre. Syftet är att ge förutsättningar för högre vårdkvalitet samt forskning och utveckling inom området. Socialstyrelsen har i uppdrag att utreda först vad som ska vara rikssjukvård (*definitionsutredning*) och därefter i vilka landsting och vid vilken verksamhet vården ska bedrivas (*tillståndsutredning*). År 2016 har Rikssjukvårdsnämnden beslutat om fyra definitioner och fördelning av ett tillstånd [79]. Totalt finns 21 beviljade tillstånd och 15 områden är definierade som rikssjukvård.

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar verksamheten under tillståndsperioden. Dessa utvärderingar utgör underlag för kommande beslut, och de innehåller krav och villkor som ställs för att bedriva rikssjukvård för kommande tillståndsperiod.

Utvärderingen av rikssjukvårdsverksamheten för intrauterina behandlingar<sup>39</sup> har utförts 2016 och den visar att de villkor som är förenade med tillståndet att bedriva rikssjukvård är uppfyllda och att verksamheten bedriver vård av internationellt hög kvalitet. Tre typer av intrauterina behandlingar ingår i rikssjukvården: intrauterin laserbehandling, intrauterin transfusionsbehandling och intrauterin shuntbehandling. Totalt utfördes 127 intrauterina behandlingar inom rikssjukvården 2013–2015, varav majoriteten var intrauterina laser- och transfusionsbehandlingar.

Under 2016 har Socialstyrelsen påbörjat ett nytt arbetssätt för att ta fram de indikatorer som används vid uppföljning och utvärdering av rikssjukvård. Genom det nya sättet att arbeta ges förutsättningar att följa upp rikssjukvården via Socialstyrelsens egna register, via kvalitetsregister när det finns data att hämta därifrån. Arbetet har skett i samarbete med medicinska experter inom de två områden som varit aktuella som pilotprojekt [80]. Under 2017 fortsätter arbetet med att ta fram indikatorer för fler rikssjukvårdsområden. Socialstyrelsen har i januari 2017 fått i uppdrag av regeringen att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården och för att fasa ut dagens system för rikssjukvård.

## Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

Samtidigt som utvecklingen i form av digitalisering, nya medicinska metoder och verktyg går allt snabbare har landstingen svårigheter att rekrytera nya medarbetare, behålla befintlig kompetens och att använda kompetensen hos

<sup>39</sup> Intrauterina behandlingar utförs på foster medan de befinner sig i livmodern.

medarbetare på ett effektivt sätt. Socialstyrelsen ska därför följa regeringen och SKL:s överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Överenskommelsen fokuserar på tre utvecklingsområden:

- it-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- smartare användning av medarbetarnas kompetens
- stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Socialstyrelsen ska ta del av insatser och initiativ inom överenskommelsens tre områden. Som en del i uppdraget ska myndigheten genomföra en nulägesanalys av arbetet inom dessa utvecklingsområden, identifiera hinder och analysera framgångsfaktorer för ett effektivt arbete. Därutöver ska Socialstyrelsen utgöra ett stöd och bidra till utveckling av insatserna genom att utnyttja myndighetens kompetens på de olika områdena. Socialstyrelsen ska också sprida kunskap om regelverk av betydelse för insatserna.

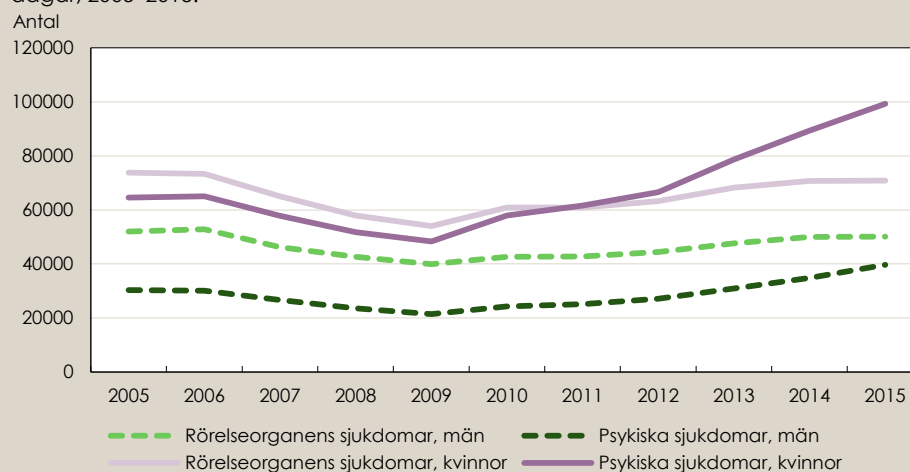
## Sjukfrånvaron ökar

Två av tre sjukskrivna är kvinnor, vilket är ett relativt konstant mönster över tid och liknande mönster ses även i andra länder [6]. Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser den vanligaste sjukskrivningsorsaken och dessa sjukfall är vanligare i yngre medelåldern. Åldersgruppen 30–49 år står för halva ökningen i psykiatriska diagnoser men ökningen är tydlig i alla åldersgrupper.

Orsakerna till den ökande sjukfrånvaron är flera. Inom forskningen är det väl belagt att det finns ett samband med psykiatriska diagnoser och sjukfrånvaro som är kopplad till den psykosociala arbetsmiljön. Inom de yrken som har mest negativ psykosocial arbetsmiljö är risken för sjukfall med psykiatriska diagnoser störst [81].

**Figur 23. Startade sjukfall i de största diagnosgrupperna**

Startade sjukfall i psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar, längre än 14 dagar, 2005–2015.



## Läkare sjukskriver män längre tid än kvinnor

Läkare sjukskriver i genomsnitt män längre tid än kvinnor för likartade åkommor i både det första och det andra läkarintyget som ligger till grund för

sjukskrivning. Det innebär att män kan vara sjukskrivna längre tid än kvinnor utan förnyad läkarkontakt.

I alla landsting och regioner finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstider. Läkare i Region Jämtland/Härjedalen sjukskriver exempelvis män i genomsnitt 5,1 dagar längre än de sjukskriver kvinnor [82].

### *Läkares bedömningar vid sjukskrivning ska granskas*

Under 2015 uppgick kostnaderna för sjukskrivningar och rehabilitering till 37 miljarder kronor, och siffran väntas öka till 45 miljarder kronor 2020. Det innebär en ökning på 4 procent per år, vilket är en högre utvecklingstakt i förhållande till övriga delar av bnp. Med anledning av de ökande kostnaderna har Riksrevisionen inlett en granskning av läkares försäkringsmedicinska uppdrag. Syftet är att undersöka om läkare har tillräckliga förutsättningar att bedöma patienternas arbetsförmåga inför beslut om sjukskrivning [83].

Försäkringskassan har också konstaterat att det finns utrymme för ökad likformighet i sjukskrivningspraxis bland annat när det gäller de psykiatriska diagnoser som lett till en stor ökning i antalet sjukfall under senare år [84].

### *Nya rekommendationer för sjukskrivningstider*

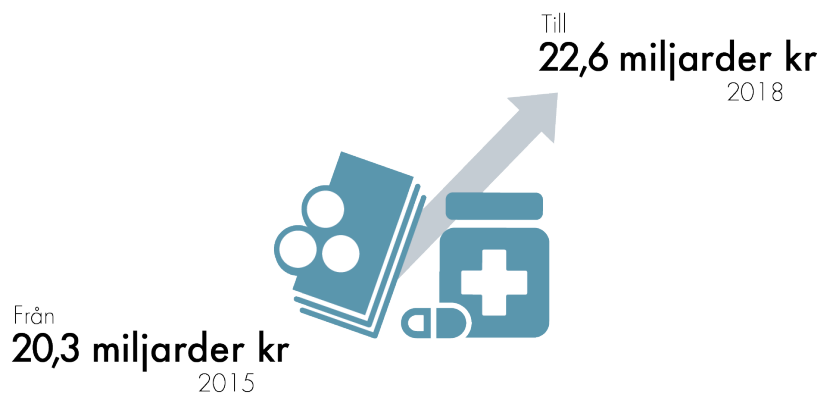
Socialstyrelsen har sett över de rekommenderade sjukskrivningstiderna för 17 diagnoser inom området psykiska sjukdomar och besvär. I januari 2017 började nya rekommendationer gälla för sjukskrivning i psykiska diagnoser. Den största förändringen är att läkare ska undvika sjukskrivning när det gäller ett flertal lindriga diagnoser, och att patienter ska sjukskrivas på deltid i högre utsträckning än tidigare. För patienter med lindrig förstagångsdepression eller lindrig akut stressreaktion bör läkare undvika sjukskrivning helt. Partiell sjukskrivning föreslås för 16 av de 17 diagnosgrupperna. Undantaget är psykotiska syndrom.

Under 2016 har samtliga landsting integrerat det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sin elektroniska journal- och intygshantering, vilket innebär att läkare har möjlighet att få stöd direkt när sjukintyget skrivs. Målet är att höja kvaliteten på sjukskrivningarna och bidra till en kvalitetssäker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess med minskade omotiverade skillnader i sjukskrivningstider över landet och mellan olika läkare [85].

### *Kostnader för läkemedel*

Läkemedel är den vanligaste behandlingsformen i hälso- och sjukvården. Över 6,3 miljoner svenskar hämtar ut minst ett recept på läkemedel per år och dessutom behandlas många med läkemedel på sjukhus. Utöver det kommer den behandling med receptfria läkemedel som inhandlas på apotek och i detaljhandel.

Kostnaderna för läkemedel förväntas öka med 3,6 procent fram till 2018 [86].



Kostnaderna för receptförskrivna läkemedel förväntas öka kraftigt de kommande åren. Det beror delvis på att befolkningen ökar och samtidigt blir allt äldre.

En fjärdedel av kostnadsökningen beror på att befolkningen ökar och samtidigt blir allt äldre, vilket leder till en generell ökning av läkemedelsförbrukningen. Dessutom har det introducerats nya mycket effektiva men dyra läkemedel på senare år. En annan klass av nya läkemedel som driver kostnadsökningen är så kallade TNF-alfahämmare, vilka främst används vid reumatiska sjukdomar. Det sker också en ökning av uthämtningen av recept på läkemedel till barn, vilket till viss del kan förklaras av reformen med fria läkemedel till barn som trädde i kraft den 1 januari 2016. Även kostnaderna för läkemedel som används på sjukhus, så kallade rekvisitionsläkemedel, förväntas öka med 1,3 procent mellan 2015 och 2018, från 7,5 miljarder kronor till 8,5 miljarder kronor.

Nya och mycket effektiva smittskyddsläkemedel mot hepatit C introducerades 2013 vilket ledde en mycket hög kostnadsökning från mindre än 200 miljoner kronor 2013 till mer än 1,5 miljarder kronor 2015. Under de kommande två åren förväntas kostnaderna för de nya hepatit C-läkemedlen vara stabila eller minska till följd av att de flesta av de patienter som bör få behandling enligt gällande behandlingsriktlinjer då har blivit omhändertagna.

Långsiktigt innebär kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet stora utmaningar. Diskussioner om att utveckla nya betalningsmodeller för läkemedel pågår på många nivåer, bland annat inom Europeiska Läkemedelsmyndigheten (EMA).

Regeringen har också nyligen tillsatt en utredning för att se över systemet för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel. Målet är att ta fram ett system som främjar en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel, med tydlig ansvarsfördelning mellan stat och landsting, förutsägbara processer för berörda aktörer och en jämlik och patientcentrerad vård. Ytterligare ett mål är att skapa goda förutsättningar för forskning och innovation inom området [87].

## Effektivitet ur ett internationellt perspektiv

Sjukvårdens kvalitet och effektivitet kan beskrivas i tre olika dimensioner: på aggregerad nivå, på disaggregerad nivå samt genom jämförelser av

resultat av behandlingar vid specifika sjukdomar, dels patientrapporterade resultat.

### Tre dimensioner av kvalitet och effektivitet



#### Aggregerad

Effektivitet i hela det svenska sjukvårdssystemet analyseras i jämförelse med andra länder eller Sverige över tid.

#### Disaggregerad

Effektivitet i primärvård, sjukhus och regioner analyseras.

#### Sjukdoms-/patientbaserad

Effektivitet kopplat till specifika diagnoser analyseras.

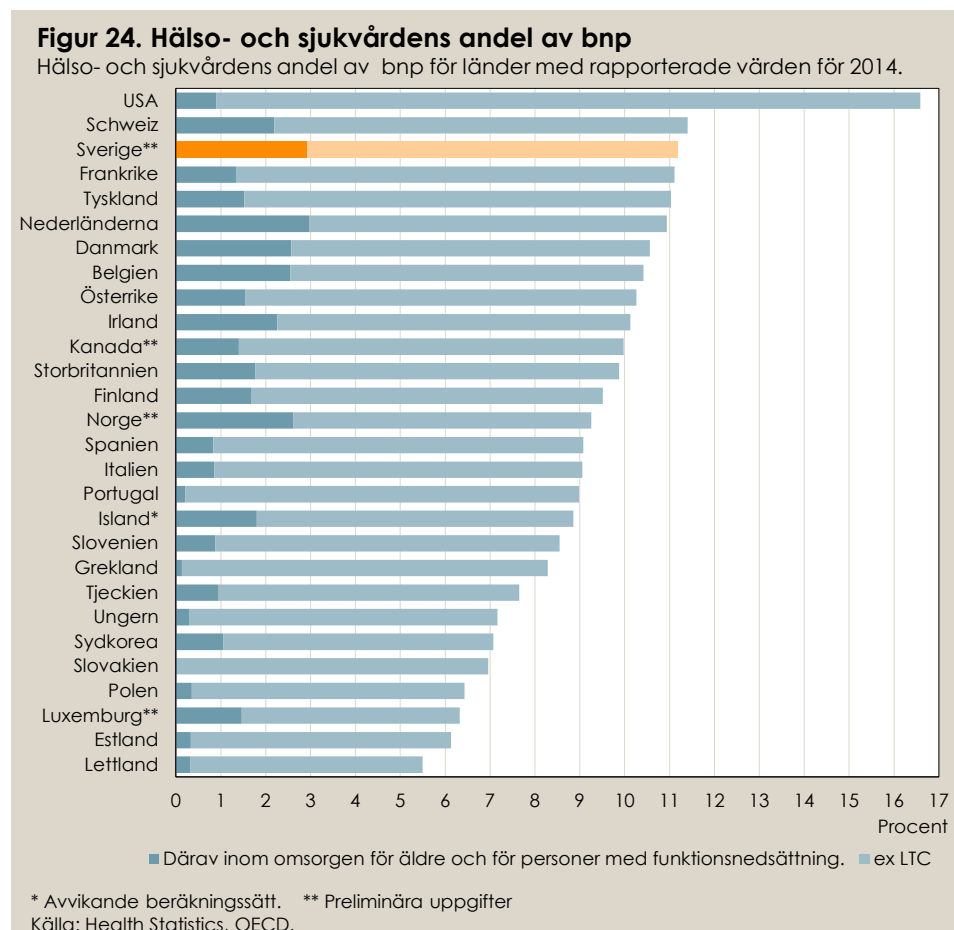
På den aggregerade nivån analyseras effektiviteten i hela det svenska sjukvårdssystemet, i jämförelse med andra länder eller över tid. På en disaggregerad nivå analyseras effektiviteten på en lägre nivå, exempelvis inom olika delar av systemet som primärvård respektive sjukhusvård men även genom regionala jämförelser. På sjukdoms- eller patientbaserad nivå analyseras effektivitet kopplat till specifika diagnoser. Resultat som rapporteras om patienternas upplevelse och erfarenheter inom vården är ett viktigt bidrag i dessa jämförelser. Det är vanligt att dimensionerna används samtidigt vid en analys av effektiviteten inom vården.

För att mäta effektivitet krävs uppgifter om resursanvändning och resultat. Det går antingen att undersöka om ett system, en verksamhet eller ett resultat är mer eller mindre effektivt än andra motsvarande system, verksamheter eller resultat. Det går även att analysera resursanvändning och resultat över tid. Det bästa är att göra båda parallellt. Nedan analyseras effektiviteten i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet i en internationell jämförelse, det vill säga den aggregerade dimensionen.

### Orsaker till höga utgifter för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av bnp var 11,2 procent år 2014, och har varit relativt stabila sedan år 2011, då de steg från 8,5 procent år 2010 till 10,7 procent. Mellan 2001 och 2010 var kostnadsandelen stabil på drygt 8 procent. Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av bnp är bland de högsta inom OECD. I tidigare mätningar har Sveriges placering varit mer genomsnittlig. Skillnaden i placering beror inte på att Sverige numera lägger mer resurser på hälso- och sjukvård, utan är ett resultat av införandet av den nya redovisningsmetod som länderna ska följa. Den nya metoden innebär att en avsevärt större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård. Denna del är större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder.

I figur 24 nedan särredovisas den del som avser omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning och av denna kostnad utgjorde 80 procent kostnader för personlig omvårdnad. Skillnader i det offentliga åtagandet kan påverka denna andel. Andra länder med en hög andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Nederländerna, Norge, Danmark och Belgien.



Prelimära skattningar av hälso- och sjukvårdsutgifterna för 2015 pekar på att Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård har minskat marginellt som andel av bnp, vilket främst beror på den starka ekonomiska utvecklingen i fjol. Denna förväntas dock bli lägre redan 2016.

## Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

År 2014 uppgick utgifterna för all hälso- och sjukvård i Sverige till 438 miljarder kronor. Det är en ökning med 20 miljarder kronor, vilket motsvarar 4,8 procent. Ökningstakten är den starkaste sedan 2009 med undantag av 2011 då det nya systemet för hälsoräkenskaperna introducerades.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> I den reviderade manualen för hälsoräkenskaperna, SHA 2011, har hälso- och sjukvårdsbegreppet utökats. Utökningen gäller kostnader för den del av vården som äldre och personer med funktionsnedsättning får i form av personlig omvårdnad. Traditionellt sett har tjänster som gäller personlig omvårdnad inom äldreomsorg och om personer med funktionsnedsättning i Sverige räknats till omsorgen, inte till hälso- och sjukvården. Revideringen har gjorts för 2011–2013, vilket innebär att jämförelser med tidigare år inte är helt jämförbara.



Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 53 procent, utgörs enligt hälsoräkenskaperna av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster. Öppenvården står för över hälften av dessa kostnader och de steg med 6,6 procent 2014. Det var framför allt kostnaderna i övrig specialiserad vård som ökade. Kostnaden för rehabiliterande hemsjukvård hade en hög kostnadsutvecklingstakt, men påverkar inte den totala ökningen nämnvärt då det endast utgör en liten del av de totala kostnaderna. Kostnader för dagsjukvården sjönk markant, men påverkar av samma anledning inte totalsumman nämnvärt.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och för personer med funktionsnedsättning uppgick till 115 miljarder kronor, vilket motsvarar 26 procent av de totala kostnaderna. Utvecklingen var något högre än de senaste åren.

Kostnaderna för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter svarar för 12 procent (53 miljarder kronor) av de totala kostnaderna. Dessa utgifter fortsätter att öka svagt. Kostnaderna för receptförskrivna mediciner, som utgör den största delen av kostnaderna, ökade endast med 1 procent. Kostnaderna för receptfria mediciner ökade också, men dessa kostnader är låga i förhållande till kostnaden för receptförskrivna mediciner. Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård samt administration och övriga vårdkostnader. Dessa kostnaders bidrag till den totala kostnadsutvecklingen är dock marginell.

**Tabell 8. Hälso- och sjukvårdsutgifter enligt Hälsoräkenskaperna (SHA)**

Hälso- och sjukvårdsutgifter 2011–2014. Förändring mellan åren, verksamheternas andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna samt andel av bnp, fasta priser i 2011 års prisnivå.

	2011	2012	2013	2014	Förändring		Andel
					mdkr	%	
<i>Miljarder kronor om inget annat anges</i>							
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	206	210	217	230	13	5,7	53
Slutenvård	83	85	87	92	5	5,4	21
Dagsjukvård	7	8	8	8	-1	-6,8	2
Öppenvård	114	117	121	129	8	6,8	30
varav	0	0	0	0	0		
allmän botande öppenvård	24	25	26	27	1	3,4	6
tandvård	23	23	24	25	1	4,1	6
övrig specialiserad öppen vård	53	55	57	62	5	8,5	14
övrig botande öppenvård	13	13	14	16	2	10,4	4
Rehabiliterande hemsjukvård	1	1	2	2	0	21,2	0
Hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och för personer med funktionsnedsättning	103	105	109	114	5	4,3	26
Särskilda boendeformer	68	70	72	75	3	4,2	17
Dagverksamhet och korttidsvård	6	6	6	6	0	4,4	1
Ordinärt boende (omvårdnads tjänster)	29	30	32	33	1	4,6	8
Tilläggstjänster inom sjukvård	14	14	16	17	1	3,3	4
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	49	50	51	52	1	2,7	12
Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga varor/ förbrukningsartiklar	40	41	41	42	1	2,8	10
varav							
receptförskrivna mediciner	29	28	28	28	0	1,2	7
receptfria mediciner	8	10	10	10	1	6,8	2
övriga medicinska dagligvaror	3	3	3	3	0	4,2	1
Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor	9	9	10	10	0	2,3	2
Förebyggande vård	11	12	13	13	0	1,8	3
Informations-, utbildnings- och rådgivningsprogram	5	5	6	5	0	-4,3	1
Immuniseringsprogram	2	1	2	2	0	7,8	0
Allmänna hälsokontroller							
Healthy condition monitoring programmes	5	5	5	6	0	6,2	1
Epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete	0	0	0	0	0	2,7	0
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	5	6	6	7	1	14,0	2
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	2	2	3	3	0	-7,3	1
<b>Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>390</b>	<b>399</b>	<b>415</b>	<b>435</b>	<b>20</b>	<b>4,9</b>	<b>100</b>
Årlig procentuell förändring andel av bnp, procent	10,7	10,9	11,1	11,1			

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån.

## *Strukturella skillnader kan justeras med Data Envelopment Analysis*

Data Envelopment Analysis (DEA) är ett sätt att mäta relativ effektivitet mellan jämförbara enheter. DEA är särskilt lämpligt för att beakta strukturella skillnader eftersom metoden använder variabler som mäter insatser och resultat samtidigt som den justerar för enheternas olika förutsättningar.

Medeiros och Schwiersz använder DEA för att uppskatta den relativa effektiviteten av hälso- och sjukvårdssystemen i samtliga EU-länder [88]. Analysen använder bland annat förväntad livslängd, hälsojusterad förväntad livslängd och åtgärdbar dödlighet som resultatvariabler. Som mått för använda resurser inkluderas utgifterna för hälso- och sjukvård per invånare samt antalet läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare. Flera kontrollvariabler används för att justera för strukturella skillnader mellan länderna.

Sverige är tillsammans med Belgien, Cypern, Spanien, Frankrike, Luxemburg och Nederländerna i topp med denna mätmetod. Sverige rankas på sjätte plats när den genomsnittliga effektiviteten i samtliga modeller presenteras. De största potentiella effektivitetsvinsterna för Sverige finns vad gäller sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

## Utvecklingen över tid med indexberäkning

Det pågår försök, bland annat inom OECD, med att utveckla jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet. Det finns ännu inga metoder som är allmänt accepterade för att göra internationella jämförelser. De metodologiska problemen gäller framför allt för analyser av hälso- och sjukvårdskostnader. För att analysera hur effektiviteten i ett hälso- och sjukvårdssystem utvecklas kan indexberäkningar användas. Nedan presenteras ett exempel på en internationell effektivitetsmätning.

### *The Commonwealth Fund, en jämförelse baserad på enkätundersökningar*

The Commonwealth Fund är en privat stiftelse i USA som kontinuerligt gör internationella jämförelser av olika hälso- och sjukvårdssystem. Jämförelsen inkluderar 80 indikatorer som grupperas i fem kategorier: kvalitet, tillgänglighet, effektivitet, jämlikhet och folkhälsa. Jämförelsen inkluderar även vissa kostnadsindikatorer<sup>41</sup>.

Sverige hamnade på tredje plats i den senaste jämförelsen [89]. Jämförelsen publicerades dock i juni 2014 innan statistiken över de svenska hälso- och sjukvårdskostnaderna senast reviderades, vilket kan innebära att Sverige får en sämre placering i nästa jämförelse. Den främsta anledningen till placeringen var att Sverige nu har mycket högre kostnader jämfört med övriga länder i analysen. Detta beror i sin tur troligtvis på tidigare redovisad förändring av hälso- och sjukvårdsbegreppet.

---

<sup>41</sup> Indikatorerna hämtas från enkätundersökningar som riktar sig till multisjuka patienter, primärvårdsläkare och befolkningen i allmänhet. Indikatorer från hälso- och medicinska utfall samt kostnader hämtas från OECD och WHO.

# Tandvård och tandhälsa

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen utvecklingen inom tandvården och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TvL. Myndigheten redogör även för befolkningens tandhälsa. I 2 § TvL slås det fast att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården, antingen Folk tandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården är det fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år de fyller 21 år (15 a § TvL). Det är landstingen som ansvarar för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

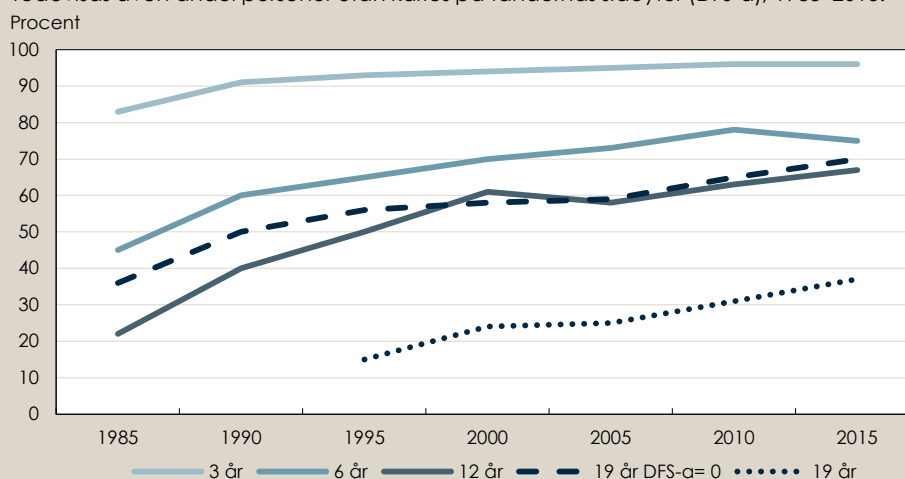
## Aktuell utveckling

### Tandhälsan bland unga fortsätter att förbättras

Andelen 19-åringar som är kariesfria<sup>42</sup> är fortsatt god [90]. År 2015 var 37 procent kariesfria, vilket framgår av figur 25 nedan. Det är en ökning från 31 procent år 2010 och det finns ingen skillnad mellan flickor och pojkar. För gruppen 19-åringar redovisas också kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries (DFS-a). Dessa skador är en god indikator på framtida vårdbehov, eftersom lagade tänder i framtiden kommer att behöva nya fyllningar när de gamla går sönder. År 2015 hade 70 procent av de undersökta 19-åringar inga kariesskador på tändernas kontaktytor, vilket är en förbättring med 5 procentenheter jämfört med 2010.

**Figur 25. Andel kariesfria barn och ungdomar**

Andel kariesfria barn och ungdomar i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år. För 19-åringar redovisas även andel personer utan karies på tändernas sidoytor (DFS-a), 1985–2015.

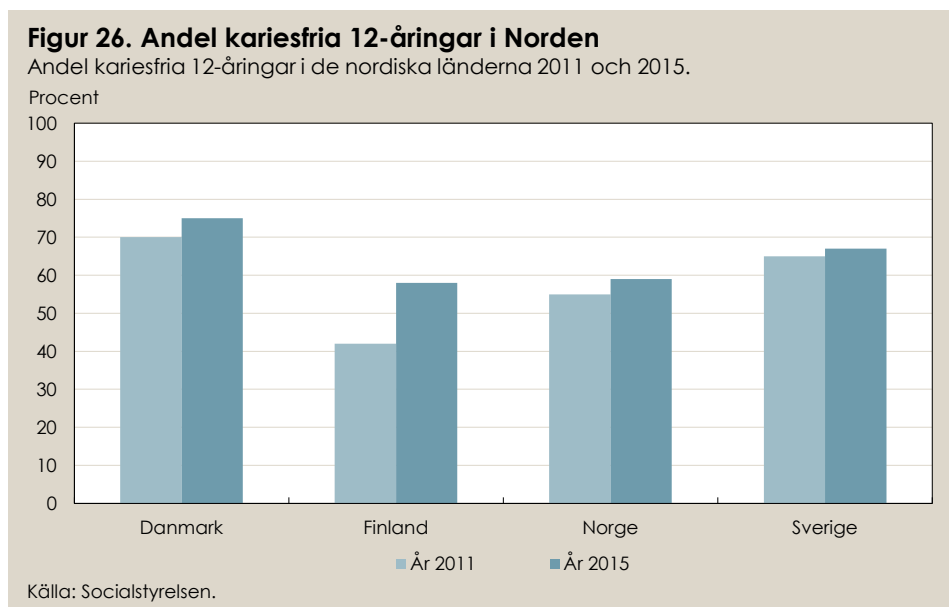


<sup>42</sup> I detta sammanhang menas att en person inte har haft kariesskador som behövt lagas.

WHO har satt som mål att 12-åringar i Europa i medeltal ska ha maximalt 1,5 kariesskadade tänder (DFT, decayed- and filled- teeth) 2020. Sverige nådde det målet redan 1995 och resultatet 2015 var 0,70 DFT. Detta värde var i stort sett oförändrat jämfört med 2014 medan andelen kariesfria 12-åringar minskade med 1 procent mellan 2014 och 2015. I en internationell jämförelse är dock detta ett bra värde och ger det en bild av att svenska 12-åringar har en god tandhälsa. Den goda tandhälsan är dock inte jämt fördelad bland barnen i åldersgruppen för samtidigt finns det en grupp barn som har flera kariesskadade tänder. För att beskriva detta kan WHO:s Significant Caries Index (SiC) användas. SiC utgörs av det beräknade medelvärdet för DFT för den tredjedel av populationen som har flest kariesskador. År 2015 var SiC i Sverige 2,08 vilket är en minskning med 0,27 kariesskadade tänder jämfört med 2010. Vid 12 års ålder har flickor i medeltal något fler kariesskadade tänder än pojkar, 0,73 respektive 0,66.

### Andelen kariesfria 12-åringar i Norden ökar

Uppgifter om andel kariesfria 12-åringar samlas också in i de nordiska länderna. Socialstyrelsen har för denna rapport gjort en sammanställning av antalet kariesfria 12-åringar i de nordiska länderna<sup>43</sup> för 2011 och 2015. Resultaten, framgår i figur 26 och visar att tandhälsan bland 12-åringar förbättrades mellan 2011 och 2015. Sammanställningen visar också att det fortsatt finns nationella skillnader i tandhälsa där Danmark fortfarande redovisar högst andel kariesfria 12-åringar, 75 procent. I ett nordiskt perspektiv har svenska 12-åringar en god tandhälsa men skillnaden som ses jämfört med Danmark visar att det finns en utvecklingspotential när det gäller tandhälsa bland unga i Sverige.



Andelen kariesfria 6-åringar i riket var 75 procent 2015. Detta är en minskning med en procentenhet sedan 2014 och med tre procentenheter jämfört

<sup>43</sup> För Island saknas uppgifter.

med 2010. Orsaken till att andelen kariesfria 6-åringar har minskat sedan 2010 är inte klarlagd. Till viss del kan detta bero på att barn i allt högre utsträckning kallas till tandvården med individuellt satta intervall snarare än vid specifika åldrar. Barn med karies kallas oftare till tandvården och blir därmed överrepresenterade i statistiken men tendensen att fler 6-åringar har karies i mjölkttänderna har också noterats av Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) [91]. WHO:s mål för tandhälsan i Europa är att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria 2020. Som en jämförelse så rapporterade Danmark år 2014 att 87 procent av 5-åringarna var kariesfria [92].

Eftersom goda tandvårdssvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölkttänderna en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren och kariessituationen bland 6-åringarna bör därför fortsatt följas noga.

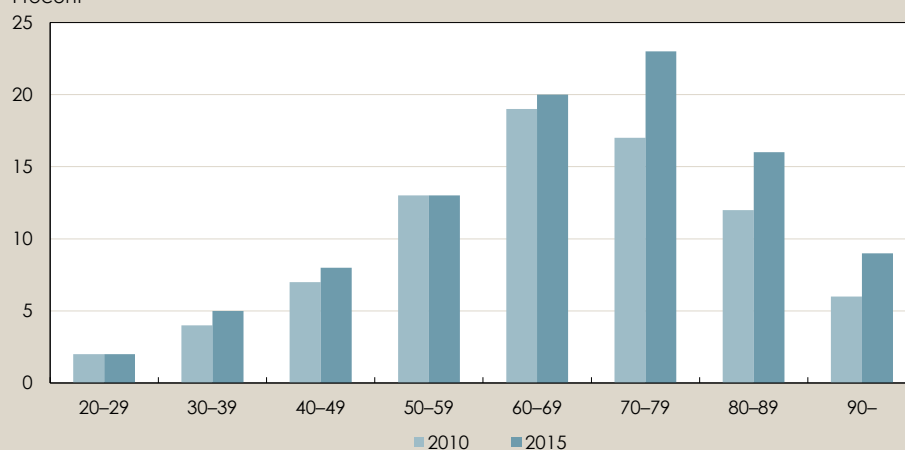
### Allt fler äldre behandlas för parodontit

Förekomsten av parodontit<sup>44</sup> är låg bland unga personer med den ökar med stigande ålder. Totalt behandlades 11 procent av befolkningen som var 20 år eller äldre för parodontit 2015. Andelen i åldersgruppen 20–29 år som fick behandling för parodontit var 2 procent medan motsvarande andel i åldersgruppen 70–79 år var 23 procent. Det är dock ingen skillnad mellan kvinnor och män. I figur 27 framgår att andelen personer som är 60 år eller äldre och som behandlas för parodontit har ökat från 16 till 20 procent mellan 2010 och 2015.

**Figur 27. Behandling av parodontit**

Andel personer 20 år eller äldre som behandlats för parodontit 2010 och 2015. Fördelat på åldersgrupper.

Procent



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

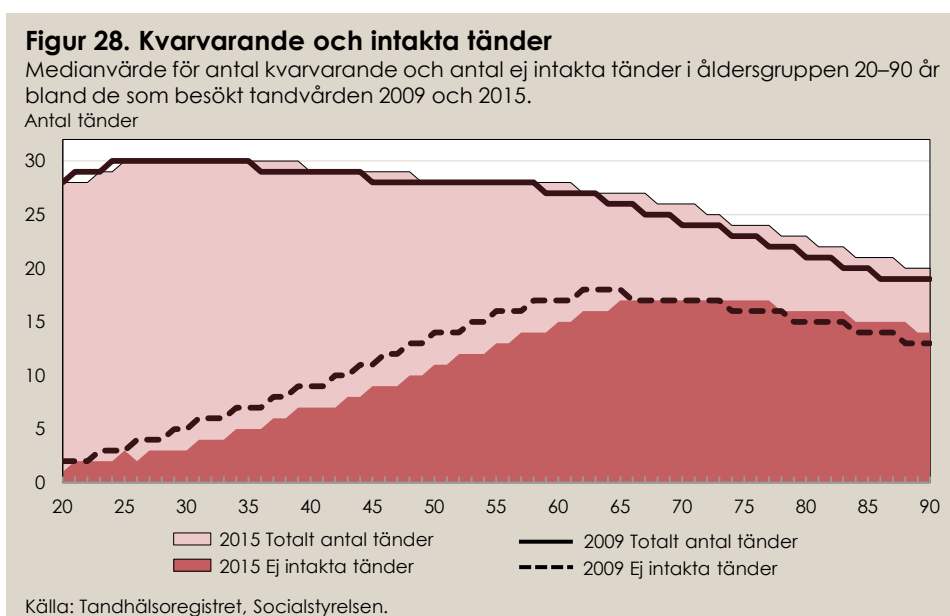
En anledning till ökningen är att allt fler äldre personer har fler egna tänder kvar. Detta är positivt, men kan samtidigt leda till att fler drabbas av paro-

<sup>44</sup> Parodontit orsakas av inflammatoriska processer som påverkar tändernas stödjevåvnader, inkluderande tandkötet (gingivan) och käkbenet. Sjukdomen kan resultera i att dessa vävnader förstörs och att tandköttsfickor bildas omkring tänderna. Om sjukdomen inte behandlas kan den leda till tandlossning och att tänder förloras.

dontit. För att motverka detta kan förebyggande insatser behövas för äldre personer.

### Allt fler äldre har egna tänder

Antalet kvarvarande och intakta tänder är ett övergripande mått på tandhälsa. Mätt på detta sätt har tandhälsan i befolkningen förbättrats mellan 2009 och 2015. I åldersgruppen 65–90 år har antalet egna tänder ökat med i genomsnitt en tand under perioden. I åldersgruppen 65–74 år utgörs det ökande antalet tänder av intakta och tidigare olagade tänder medan det i åldersgruppen 75–90 år ofta utgörs av en tidigare lagad och ej intakt tand. Figur 28 nedan visar den positiva utvecklingen.



Tidigare lagade och ej intakta tänder löper ökad risk att behöva ny behandling. Tidigare lagningar behöver bytas och genom att det lättare uppstår karies på dessa tänder, i anslutning till tidigare lagningar, är antalet ej intakta tänder en indikator på framtida behov av tandvård. Bland äldre kan detta också indikera ett ökat behov av förebyggande tandvårdsåtgärder.

### Tandhälsa blir en del av WHO:s actionplan

WHO:s regionala kommitté för Europa antog i september 2016 *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region* [93]. Orala sjukdomar, framför allt karies och tandlossningssjukdomar, är de vanligast förekommande icke smittsamma sjukdomarna i Europa. Orala hälsoproblem har stor påverkan på människors välmående och orala sjukdomar är kopplade till andra icke smittsamma sjukdomar till exempel diabetes och hjärtkärlsjukdomar. De delar även riskfaktorer med dessa sjukdomar, exempelvis konsumtion av socker samt användningen av tobak och alkohol.

Över hela Europa är socioekonomiska bestämningsfaktorer kopplade till en ökad risk för orala sjukdomar. För att öka tandhälsan och minska sociala skillnader föreslår WHO därför åtgärder för att bland annat främja hälsosam

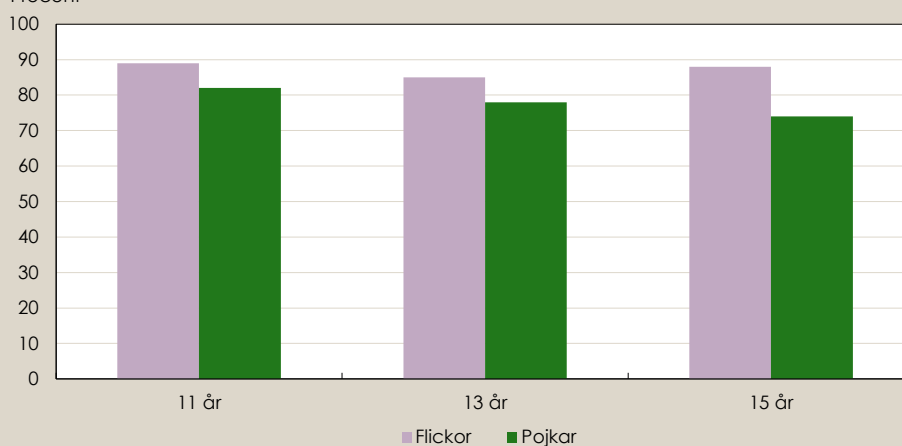
kost och minskat sockerintag, regelbunden tandborstning med fluortandkräm och minskad användning av tobak.

I rapporten *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being* redovisar WHO resultatet av 2013/2014 års undersökning av hälsorelaterade beteenden bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år [94]. Resultaten är baserade på enkätundersökningar utförda i 44 länder, däribland Sverige. Tandborstning två gånger per dag med fluortandkräm är av stor vikt för att förebygga karies och tandköttssinflammation. Långt ifrån alla barn i Sverige i åldersgruppen 11–15 år borstar tänderna mer än en gång per dag och bland 15-åriga pojkar är andelen så låg som 74 procent, vilket framgår av figur 29. Generellt borstar flickor tänderna oftare än pojkar. I åldrarna 11, 13 och 15 år är andelen flickor som borstar tänderna minst en gång per dag relativt konstant, medan andelen pojkar som borstar minst en gång per dag tydligt minskar med stigande ålder.

**Figur 29. Regelbunden tandborstning**

Andel barn och unga i åldrarna 11, 13 och 15 år som borstar tänderna mer än en gång per dag, 2013/2014.

Procent



Källa: HBSC survey 2013/2014.

Jämfört med andra nordiska länder har Sverige en högre andel barn och unga som borstar tänderna mer än en gång per dag. Av tabell 9 framgår att lägst andel 15-åringar som borstar tänderna mer än en gång per dag finns bland pojkar i Finland. Av dem borstar färre än hälften av 15-åringarna tänderna enligt rekommendationerna. Andelen svenska 15-åringar som borstar tänderna mer än en gång per dag är i stort sett oförändrad sedan undersökningen 2005/2006.

**Tabell 9. Andel 15-åriga flickor och pojkar i de nordiska länderna som borstar tänderna mer än en gång per dag**

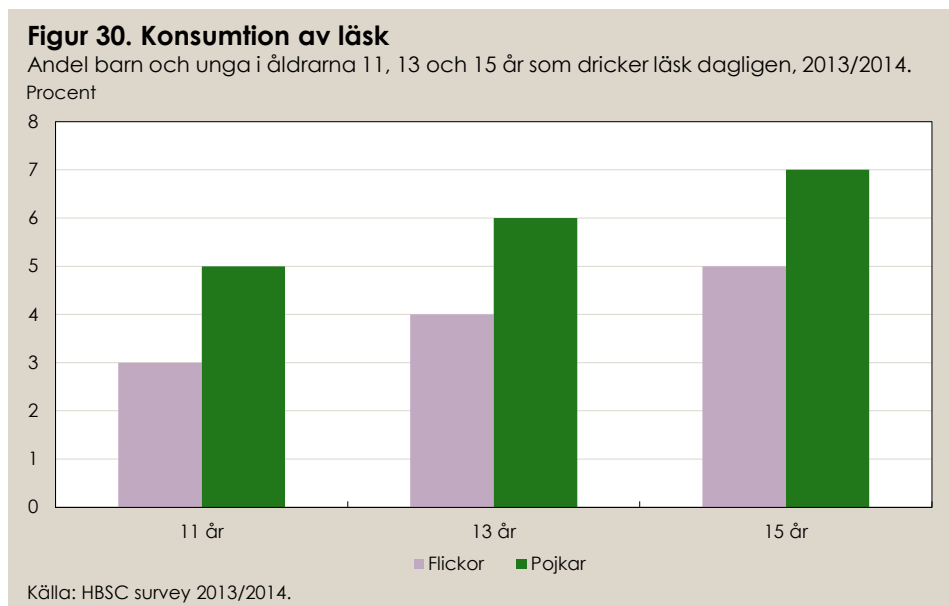
	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
2005/2006	82	72	61	39	74	54	80	73	87	76
2009/2010	84	73	70	43	79	56	79	66	86	71
2013/2014	83	75	74	45	80	63	82	62	88	74

Källa: HBSC survey 2013/2014.



Intag av läskedrycker påverkar den orala hälsan negativt och är en riskfaktor dels för karies på grund av ett ofta högt sockerinnehåll och dels för erosioner och frätskador på tänderna orsakat av ett lågt pH-värde. Högt intag av läsk förknippas också med en ökad risk för viktökning, fetma och kroniska sjukdomar.

En låg andel barn och unga i Sverige dricker läsk dagligen. Totalt för alla länder i HBCS-undersökningen är andelen 11-åringar som dricker läsk varje dag är i snitt 13 procent bland flickor och 17 procent bland pojkar. Motsvarande siffror för Sverige var 3 respektive 5 procent, vilket figur 30 visar.



Andelen ökar med stigande ålder och bland svenska 15-åringar var andelen som 2014 drack läsk varje dag 5 procent bland flickorna och 7 procent bland pojkarna. Det innebär att var tjugonde 15-åring i Sverige dricker läsk varje dag. Intag av läsk har dock ett samband med familjens socioekonomiska situation. Bland flickor i Sverige minskar konsumtionen signifikant med förbättrad socioekonomisk situation hos familjen. Även bland pojkar minskar konsumtionen, men minskningen är inte signifikant.

## Utmaningar vad gäller tandvård till asylsökande

Socialstyrelsen har 2016 följt upp situationen i tandvården med anledning av det stora antalet asylsökande som kom till Sverige 2015, dels genom rapportering till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och dels genom arbete med ett regeringsuppdrag där utmaningarna för Folk tandvården att tillhandahålla tandvård till asylsökande och nyanlända har analyserats [11].

Tandvården, i första hand folktandvården, har påverkats av det stora antalet asylsökande i landet. Det minskade inflödet av nya asylsökande under 2016 har inte lett till omedelbara förändringar för tandvården eftersom dålig munhälsa bland asylsökande och nyanlända behöver följas upp och behandlas [11]. Tidigare har asylsökande nästan uteslutande varit hänvisade till

folktandvården, men sedan den 1 juli 2016 har regeringen öppnat för möjligheten att landstingen även kan sluta avtal med privata vårdgivare för tandvård till asylsökande vuxna och barn.

Tandvården har rapporterat om ett stort, ofta akut, vårdbehov hos såväl barn som vuxna asylsökande. Asylsökande barn ska också följas upp genom regelbundna kontroller i tandvården inom ramen för de program som erbjuds i landstinget, på samma sätt som alla barn i befolkningen. Tandvården möter dock asylsökande barn med omfattande kariesangrepp och ett vårdbehov som svenska tandläkare inte är vana att möta och har bristande erfarenheter av att behandla.

Bland vuxna asylsökande förekommer dålig tandstatus som kräver tandvård som inte kan anstå. Tandvården har också rapporterat om ett omfattande tobaksbruk och en hög sockerkonsumtion samt dålig munhygien som bidrar till den dåliga tand- och munhälsan bland asylsökande. Detta kan öka nyanländas behov av tandvård även på längre sikt.

Nyanlända vuxna uppsöker tandvården mest för akuta besvär och i låg utsträckning i förebyggande syfte. En bidragande orsak kan vara att många asylsökande och nyanlända har en annan syn på och tidigare erfarenheter av tandvård, eftersom de kommer från länder där tandvårdsbesök enbart görs när det behövs. Tandvård i Sverige är däremot till stora delar uppbyggd kring att tandvården kallar till regelbundna kontroller för att förebygga akuta tandvårdsbehov. Bland vuxna asylsökande förekommer bristande kunskaper om vilken tandvård de har rätt till inom ramen för vård som inte kan anstå.

För att uppnå en god och jämlik tandhälsa hos nyanlända behövs riktade insatser till asylsökande och nyanlända, bland annat ökad information om tand- och munhälsa samt om hälsosamma levnads- och kostvanor. Förbättrad samverkan med hälso- och sjukvården skulle kunna underlätta detta. Ett exempel är hälsoundersökningar av asylsökande och nyanlända, idag är inte tandhälsa inkluderat i alla landsting.

### *Särskild analys behövs av tandhälsa bland nyanlända*

Informationen om tandhälsan bland asylsökande och nyanlända personer i Sverige är begränsad.<sup>45</sup> Socialstyrelsen har därför för denna rapport analyserat tandhälsan och tandvårdskonsumtion bland personer från de sju vanligaste invandringsländerna<sup>46</sup> utanför Norden och EU mellan den 1 januari 2013 till 30 juni 2016.

När en person som är bosatt i Sverige besöker tandvården och använder sitt allmänna tandvårdsbidrag som en del av betalningen ska patientens generella tandhälsa rapporteras till tandhälsoregistret. Rapportering ska göras om antalet kvarvarande tänder och antalet kvarvarande intakta tänder. Detta ger en översiktlig bild av individens tandhälsa och tidigare tandvård samt framtida tandvårdsbehov. Figur 31 visar medianvärdet för antal kvarvarande tänder hos vuxna personer som besökt tandvården mellan den 1 januari 2013 och 30 juni 2016.

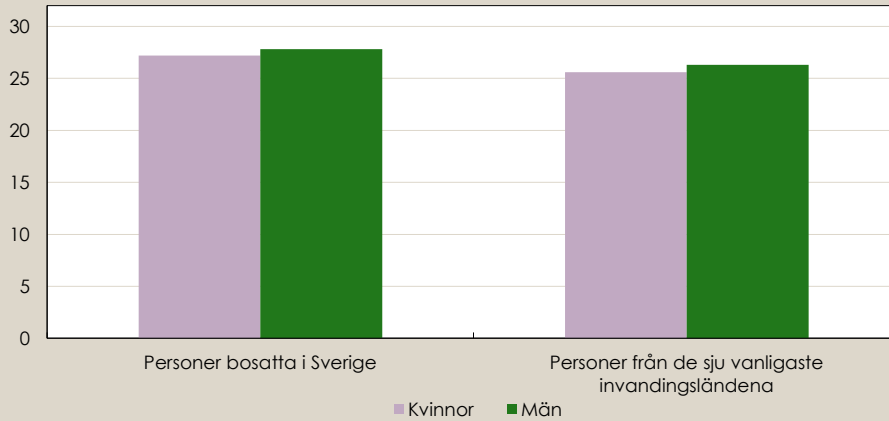
<sup>45</sup> I Socialstyrelsens tandhälsoregister finns uppgifter om tandhälsa och tandvård hos personer som är 20 år och äldre och bosatta i Sverige.

<sup>46</sup> Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran, Somalia, Syrien och Turkiet. Datum för invandring till Sverige är i denna analys satt till maximalt 3 år innan det första registrerade besöket i tandvården.

### Figur 31. Kvarvarande tänder

Median antal kvarvarande tänder hos personer 20 år eller äldre från de sju vanligaste invandringsländerna respektive personer i den övriga befolkningen, som besökt tandvården 1 januari 2013–30 juni 2016, fördelat på kön. Data är åldersstandardiserad.

Antal tänder



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Nyanlända har i genomsnitt drygt en kvarvarande tand färre jämfört med den övriga befolkningen. Det finns dock stora skillnader mellan personer från olika invandringsländer. Gruppen nyanlända med flest kvarvarande tänder hade i median 27,9 kvarvarande tänder, vilket är 0,6 fler tänder än den övriga befolkningen, medan gruppen med minsta antal kvarvarande tänder hade 23,8 tänder, vilket är 3,5 tänder färre än den övriga befolkningen. Kvinnor, både i gruppen nyanlända och i den övriga befolkningen, har 0,7 respektive 0,6 färre tänder än män.

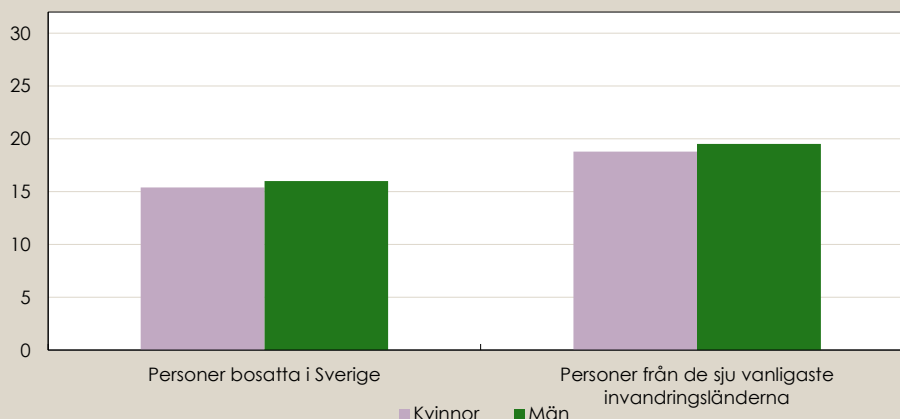
Att få en tand uttagen kan vara orsakat av uttalad tandsjukdom, men det kan också vara ett uttryck för vilken typ av tandvård personer har tillgång till och möjlighet att välja. Färre kvarvarande tänder kan leda till problem att tugga, äta och tala samt vara socialt stigmatiserande om tandförlusterna är synliga. Färre kvarvarande tänder kan därför indikera ett behov av rehabiliterande tandvård där förlorade tänder ersätts med protetiska ersättningar.

Av figur 32 framgår att nyanlända personer som besökt tandvården i genomsnitt har fler intakta tänder än den övriga befolkningen, 19,0 respektive 15,8. Även här skiljer sig resultaten åt inom gruppen nyanlända, där medianantalet intakta tänder varierar mellan 16,4 och 24,3 tänder. Kvinnor har något färre intakta tänder än män. Detta gäller både för gruppen nyanlända och för övriga bosatta i Sverige.

### Figur 32. Intakta tänder

Median antal intakta tänder hos vuxna personer från de sju vanligaste invandringsländerna respektive personer i den övriga befolkningen som besökt tandvården 1 januari 2013–31 juni 2016, fördelat på kön. Data är ålderstandardiserad.

Antal tänder



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

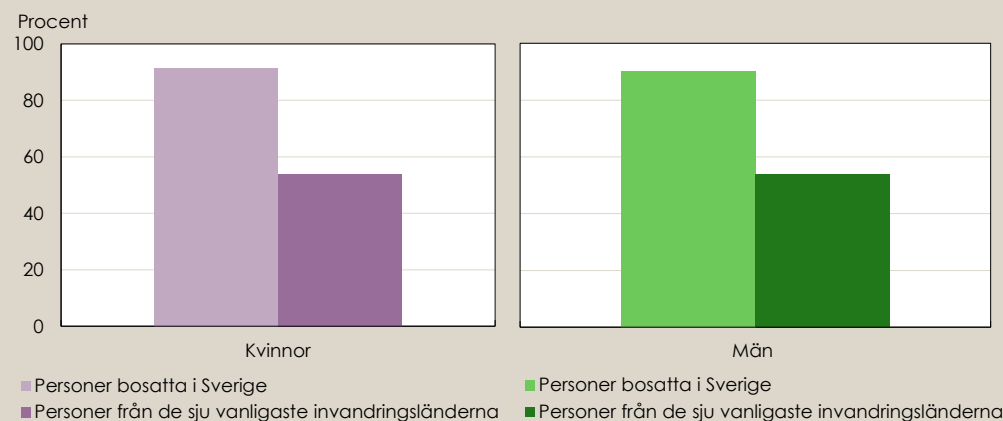
Sammantaget ger det en bild av att nyanlända som besöker tandvården i genomsnitt har något färre kvarvarande tänder än den övriga befolkningen, men att de kvarvarande tänderna i högre utsträckning är intakta. Det är dock tydligt att tandhälsan bland nyanlända varierar kraftigt beroende på invandringsland. Olika grupper har olika erfarenhet av tandsjukdomar och det finns skillnader i vilken tandvård personer haft tillgång till och fått. Det betyder i sin tur att olika grupper har olika behov av tandvård.

#### *Akuta besök vanligare bland nyanlända*

Att besöka tandvården för undersökning i förebyggande syfte gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på sjukdomar i munhålan i ett tidigt stadium. Detta kan minska framtida behov av tandvård. I Socialstyrelsens tandhälsoregister finns uppgifter om tandvårdsbesök. Av de nyanlända personer som besökte tandvården mellan den 1 januari 2013 och 30 juni 2016 gjorde 54 procent minst ett besök för undersökning i förebyggande syfte, vilket framgår av figur 33. Motsvarande andel i den övriga befolkningen var 91 procent. Att nyanlända som besöker tandvården i hög grad gör det för akuta besvär framgår av figur 34. 38 procent av de nyanlända gjorde endast akuta besök under perioden. I den övriga befolkningen var andelen som endast besökt tandvården akut 7 procent. I gruppen nyanlända ses ingen skillnad mellan könen, medan män i den övriga befolkningen bara besöker tandvården akut i något högre grad än kvinnor, 7,6 jämfört med 6,6 procent. Inom gruppen nyanlända förelåg finns däremot skillnader beroende på invandringsland. Andelen kvinnor och män i gruppen som i högst utsträckning endast besöker tandvården akut var 42 procent. För gruppen som i lägst utsträckning endast besökt tandvården akut var andelen 27 procent. Att besöka tandvården akut kan indikera ett ökat tandvårdsbehov men det kan också vara ett uttryck för att en person väljer att besöka tandvården när problem uppstår, snarare än i förebyggande syfte.

### Figur 33. Besök i tandvården för undersökning

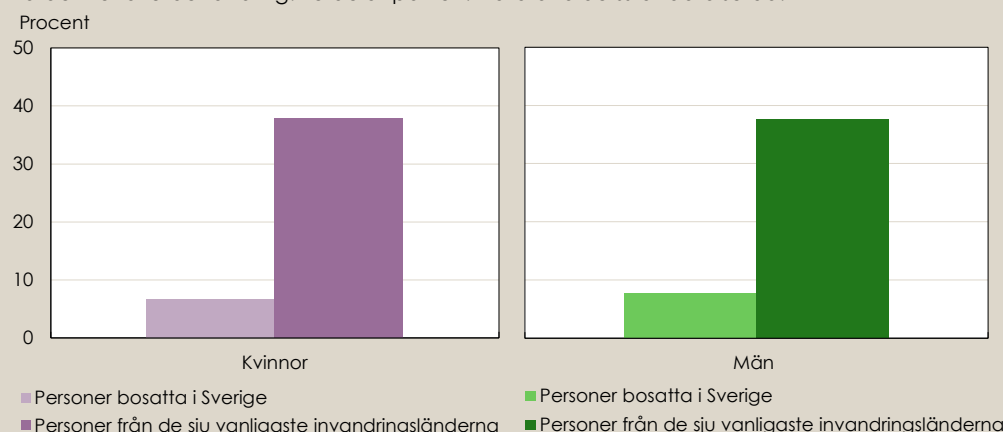
Andel personer, 20 år eller äldre från de sju vanligaste invandringsländerna respektive personer i den övriga befolkningen i landet, som under perioden 1 januari 2013–30 juni 2016 gjort ett eller flera besök i tandvården för undersökning i förebyggande syfte. Fördelat på kön. Data är åldersstandardiserad.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

### Figur 34. Akutbesök i tandvården

Andel personer 20 år eller äldre från de sju vanligaste invandringsländerna respektive personer i den övriga befolkningen som under perioden 1 januari 2013–30 juni 2016 endast besökt tandvården för akutbehandling. Fördelat på kön. Data är åldersstandardiserad.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

### Tandvårdsbehoven bland nyanlända varierar

Socialstyrelsens analys av tandhälsan och besök i tandvården bland nyanlända visar att det finns stora skillnader mellan personer från olika invandringsländer. Att ha många egna och tidigare olagade tänder ger en god förutsättning för fortsatt god tandhälsa genom livet. Omvänt kommer personer med många tidigare lagade tänder att ha ett högre tandvårdsbehov. Nyanlända som besökt tandvården har i genomsnitt färre lagade tänder än den övriga befolkningen. Det ger goda förutsättningar att uppnå en god tandhälsa. Samtidigt besöker nyanlända tandvården för undersökning i förebyggande syfte i betydligt lägre utsträckning än vad den övriga befolkningen gör. Det kan ses som ett bekymmer i ett sjukdomsförebyggande perspektiv. Inom gruppen nyanlända finns det dessutom fler som saknar

tänder jämfört med den övriga befolkningen. Bland dessa kan det finnas ett ökat behov av rehabiliterande tandvård i form av protetiska ersättningar. I denna analys redovisas inte tandhälsa och tandvårdskonsumtion separat för varje invandringsland. Resultaten visar att det finns stora skillnader mellan olika länder och ur ett tandhälso- och tandvårdsperspektiv är det tydligt att gruppen nyanlända inte kan analyseras som en grupp eftersom det kan leda till en risk för att både överskatta och underskatta behovet av tandvård. I denna analys har faktorer såsom utbildningsnivå inte inkluderats. Utbildningsnivå är en viktig bestämningfaktor för tandhälsa och sannolikheten för att besöka tandvården för undersökning. Därmed skulle detta kunna vara en viktigare faktor än invandringsland och förklara variationen mellan och inom olika grupper.

## Kunskapsbaserad tandvård

### Brister i rapporteringen om äldres tandhälsa och tandvård

Sedan den 1 januari 2013 ska vårdgivare lämna uppgifter till Socialstyrelsen om tandhälsa och utförd tandvård på patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt för nödvändig tandvård. Socialstyrelsen har utfört en validering av de uppgifter som vårdgivarna rapporterar [95]. Inom gruppen som får nödvändig tandvård finns många äldre som bor på särskilt boende. Resultatet av valideringen visar att det finns stora brister i rapporteringen och att många patienter, fram för allt inom gruppen som får nödvändig tandvård, över huvud taget inte rapporteras in till tandhälsoregistret. Slutsatsen är att den del av tandhälsoregistret som innehåller uppgifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift inte håller tillräcklighet god kvalitet för att kunna användas till statistik, utvärderingar eller forskning. Därmed saknas också till stor del uppgifter om äldres tandhälsa och vilken tandvård äldre i Sverige tar del av.

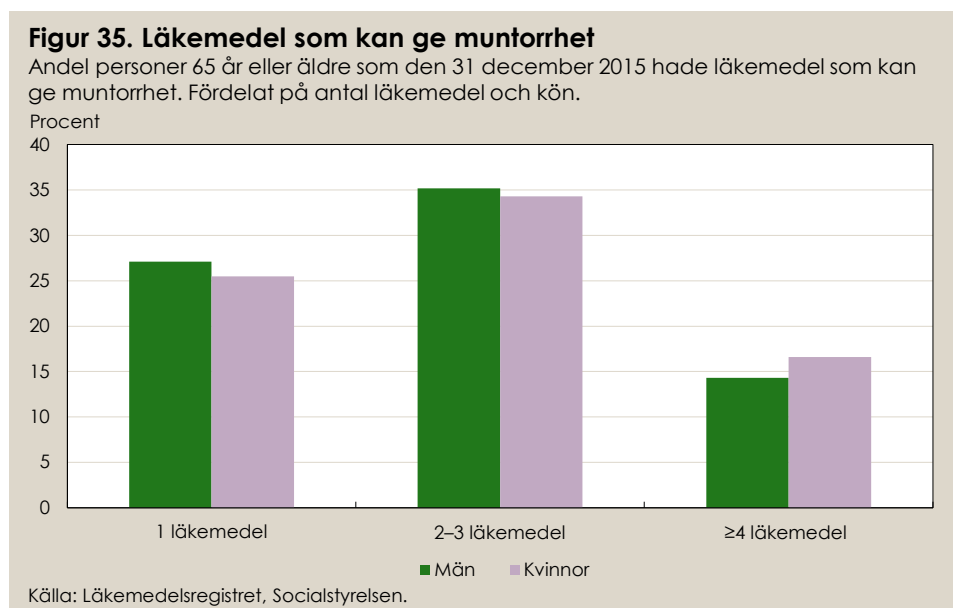
### Fortsatt många äldre tar läkemedel som kan ge muntorrhet

En god salivsekretion är en viktig faktor för en god mun- och tandhälsa. Nedsatt salivsekretion kan leda till ökad risk för karies, sveda i munnen och problem med att tala och tugga. Muntorrhet är vanligare bland äldre [96] och är en känd biverkan av flera läkemedel. Några av de läkemedel som kan ge muntorrhet är:

- ACE-hämmare
- kalciumantagonister
- urindrivande medel
- medel mot magsår och refluxsjukdom
- sömnmedel
- antidepressiva medel
- opioider

- läkemedel med antikolinerga effekter (till exempel mot inkontinens samt vissa lugnande och antidepressiva medel).

En hög andel av befolkningen som är 65 år eller äldre tar läkemedel som kan ge upphov till muntorrhet [97]. Totalt är andelen i åldersgruppen så hög som 76 procent. Högst är andelen i gruppen 85 år eller äldre, där 86 procent tar läkemedel som kan ge muntorrhet. I de äldsta åldersgrupperna tar en högre andel av kvinnorna läkemedel som kan ge muntorrhet, vilket framgår av figur 35.



Risken att drabbas av muntorrhet ökar ju fler läkemedel en person tar. Många personer hämtar ut fler än ett läkemedel och cirka 50 procent av dem som är 65 år eller äldre tar 2 eller fler läkemedel som kan ge muntorrhet. Vanligast är att äldre tar 2–3 läkemedel som kan ge muntorrhet och att antalet läkemedel ökar med ålder. Många äldre har en hög risk att drabbas av muntorrhet på grund av de läkemedel de tar, vilket innebär att det kan finnas behov av förebyggande tandvårdsinsatser för att minska risken för problem med mun och tänder.

## Säker tandvård

### Tandvården brister i dokumentationen

Antalet klagomål riktade mot tandvården ökade med 7 procent mellan 2013 och 2015 [28]. Som andel av alla klagomål till patientnämnderna utgör tandvården 4 procent. Denna andel har varit oförändrad sedan 2013.

År 2015 fattade IVO beslut i 310 ärenden som rörde klagomål på tandvården [98]. De klagomål som utreddes handlade i de flesta fall om vård och behandling. I 44 procent av dessa klagomål riktade IVO kritik eller ställde krav på åtgärder. En av IVO:s viktigaste iakttagelser vid tillsynen var att journalerna saknar delar som är nödvändiga för att garantera en säker tandvård. En

av de brister som påpekades är att det påfallande ofta saknas dokumentation om planerad behandling och behandlingsalternativ. Dessutom förekommer det brister i underlaget och dokumentationen av de kliniska och radiologiska fynd som samlas in vid undersökningar och bedömningar.

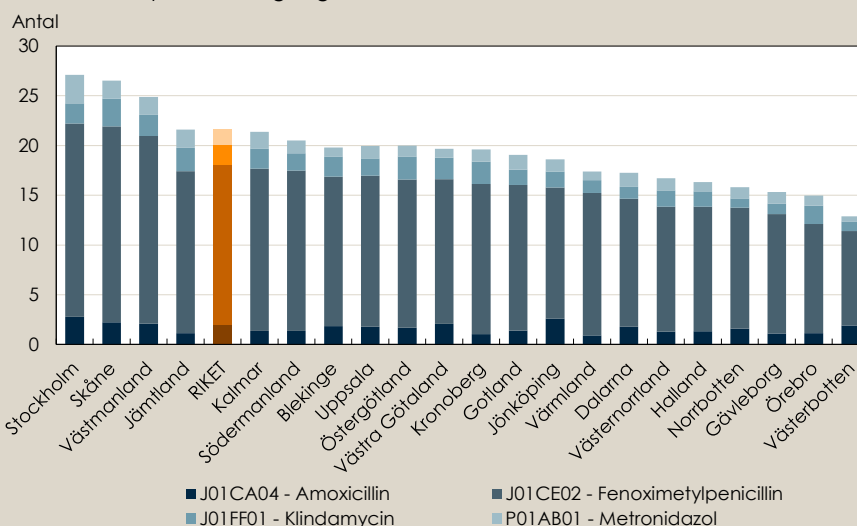
Detta riskerar enligt IVO leda till att sjukdomar och tillstånd i munnen inte diagnostiseras och åtgärdas. Det rör sig framförallt om karies och tandlossningssjukdomar men även om infektioner och tumörsjukdomar. En orsak till dessa brister är att journalen ofta utformas som en dokumentation gentemot Försäkringskassan och de regler som gäller för statligt tandvårdsstöd snarare än för att beskriva patientens tandvård.

## Antibiotikaanvändningen i tandvården minskar

År 2015 förskrev tandläkare i snitt 21,8 recept på antibiotika per 1000 invånare. Därmed fortsätter förskrivningen av antibiotika inom tandvården att minska. Sedan 2007 har antalet uthämtade förpackningar med antibiotika förskrivna av tandläkare minskat med en tredjedel. Det finns skäl att tro att de åtgärder som gjorts inom tandvården med rekommendationer rörande antibiotika genom bland annat nationella riktlinjer, redovisning av statistik och utbildning av personal bidragit till den positiva utvecklingen. Det finns dock fortfarande stora regionala skillnader vid förskrivning av antibiotika inom tandvården, vilket figur 36 nedan visar.

**Figur 36. Antibiotikaförskrivning av tandläkare**

Antal uthämtade förpackningar med antibiotika per 1 000 invånare 2015. Fördelat på ATC kod och per landsting/region.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

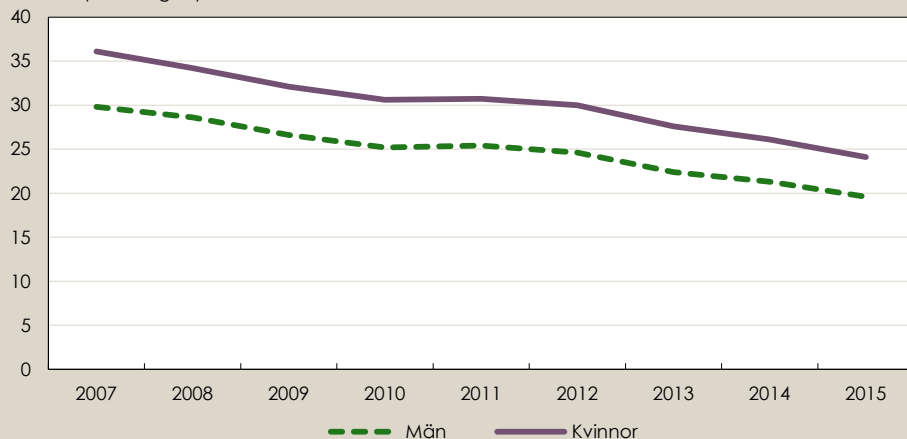
Det är fram för allt inom läkemedelsgruppen Fenoximetylpenicillin (PcV) som skillnaderna ses. Förskrivningen av antibiotika minskade 2015 för både kvinnor och män, men av figur 37 går att utläsa att kvinnor får fortsatt fler recept på antibiotika förskrivna av tandläkare.



### Figur 37. Antibiotikaförskrivning av tandläkare

Antal uthämtade förpackningar med antibiotika per 1 000 invånare, förskrivet av tandläkare 2007–2015. Fördelat på kön.

Antal förpackningar per 1 000 inv.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

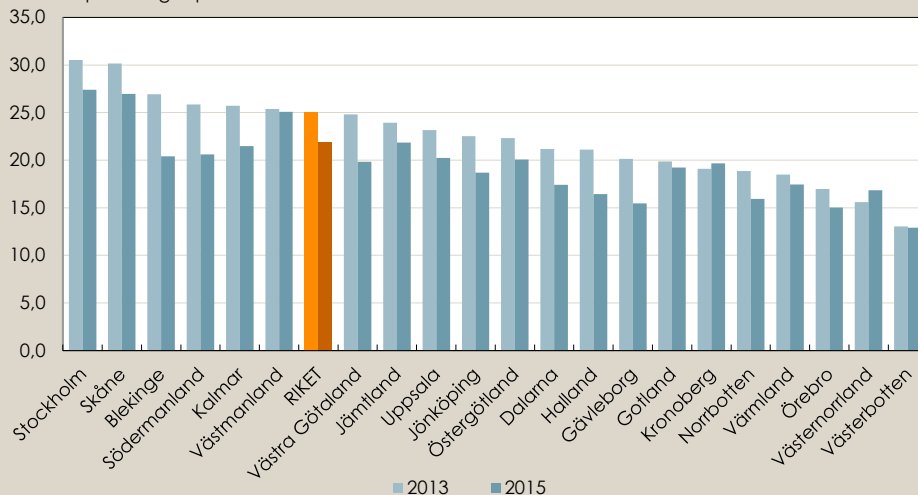
Skillnaden mellan män och kvinnor har dock minskat. År 2015 fick kvinnor i snitt 4,5 fler recept på antibiotika per 1000 invånare jämfört med 6,3 fler 2007. Orsakerna till skillnaden och till att den består är inte känd. Inom tandvården torde inte skillnader i diagnoser ha en avgörande betydelse, vilket kan vara fallet inom övrig hälso- och sjukvård.

Figur 38 visar förändringen i förskrivning av antibiotika mellan 2013 och 2015. Med några undantag minskar förskrivningen i samtliga landsting och regioner.

### Figur 38. Antibiotikaförskrivning av tandläkare

Antal uthämtade förpackningar med antibiotika per 1 000 invånare förskrivet av tandläkare, 2013 och 2015. Fördelat per landsting/region.

Antal förpackningar per 1 000 inv.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

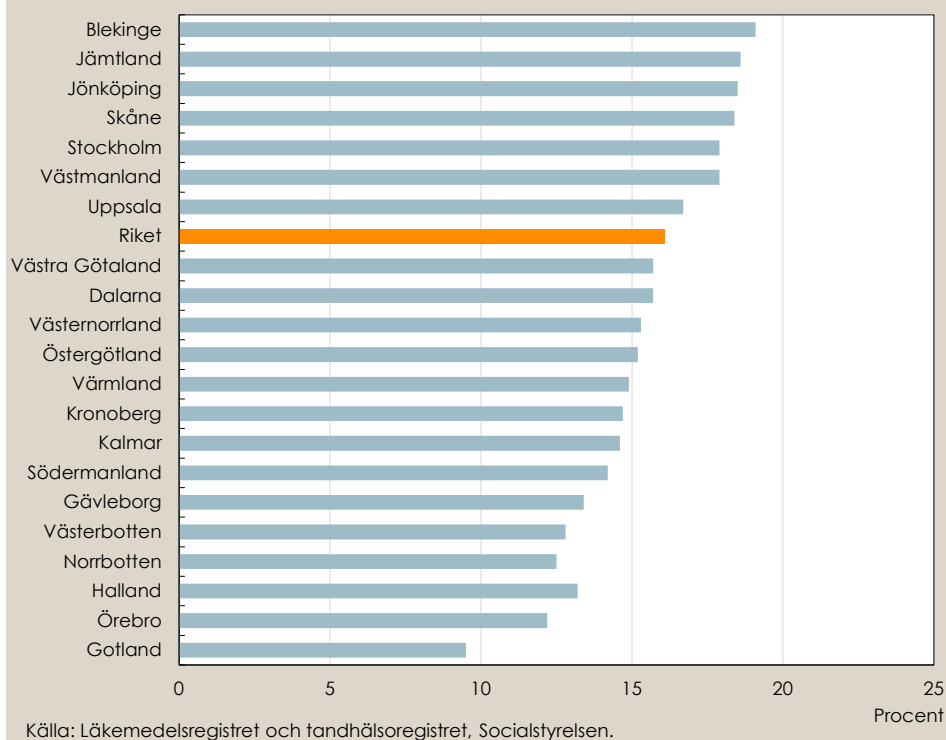
Socialstyrelsen har inför denna rapport gjort en fördjupad analys av antibiotikaförskrivningen inom tandvården utifrån uppgifter från både läkemedels-

registret och tandhälsoregistret. Detta ger en möjlighet att beskriva för vilka diagnoser och för vilka behandlingar antibiotika används.

Figur 39 visar att det förekommer regionala skillnader i hur tandläkare förskriver antibiotika när patienten besöker tandvården för akut tandvärk. Högst andel antibiotikaförskrivningar ses i Blekinge. Där fick 19 procent av patienterna som besökte tandvården ett recept på antibiotika. Lägst andel fanns på Gotland (9,5 procent). En högre andel kvinnor än män (17 respektive 15 procent) får antibiotika vid akut tandvärk och behovet av tandvård ökar generellt med stigande ålder. Behovet av antibiotikabehandling vid akut tandvärk kan också påverkas av patientens ålder och allmänna hällsotillstånd.

**Figur 39. Regionala skillnader i förskrivning av antibiotika vid akut tandvärk**

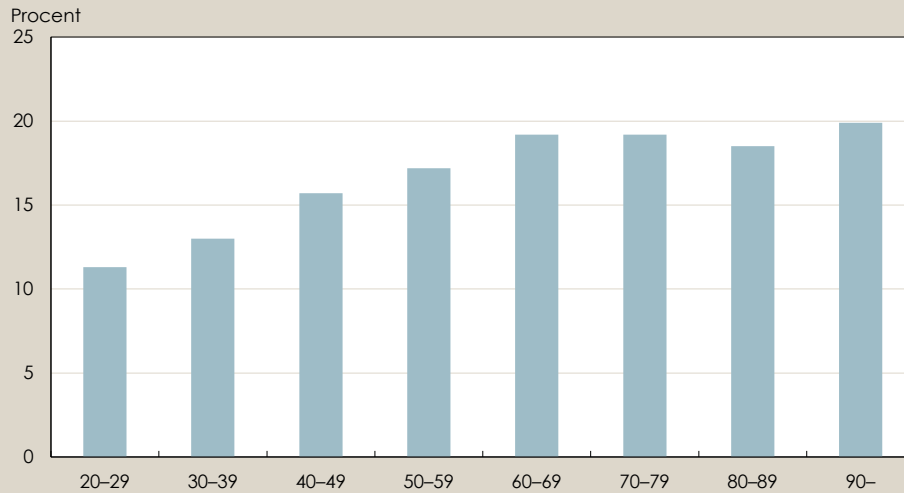
Andel behandlingar för akut tandvärk där patienten i samband med denna behandling fått antibiotika förskrivet på recept, 2015. Fördelat på län. Data är åldersstandardiserad.



Av figur 40 framgår att andelen patienter som fått recept på antibiotika när de sökt akut för tandvärk ökar med ålder. Högst andel ses i åldersgrupperna 60–69 år och 70–79 år. Där fick 19,2 procent antibiotika.

#### Figur 40. Antibiotikaförskrivning vid akut tandvärk relaterat till patientens ålder

Andel behandlingar för akut tandvärk där patienten i samband med denna behandling fått antibiotika förskrivet på recept, 2010 och 2015. Fördelat på åldersgrupper.

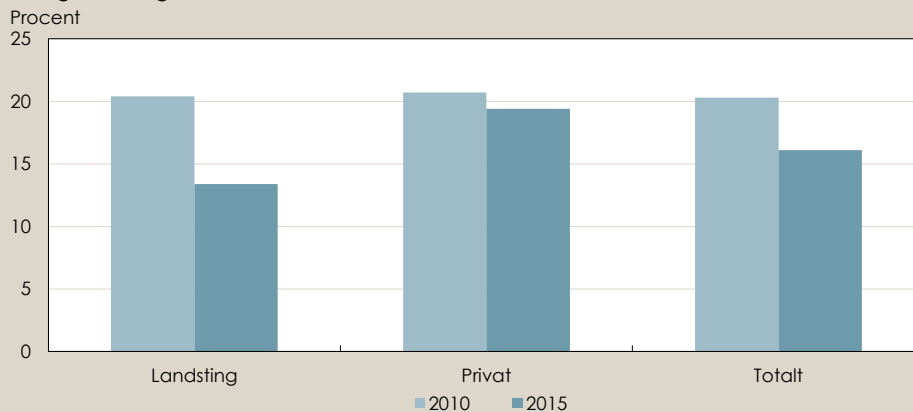


Källa: Läkemedelsregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vuxentandvården [99] inkluderar rekommendationer rörande antibiotikabehandling vid sjukdomar i tandpulpan och vävnaderna kring tandroten. Utöver dessa rekommendationer har Läkemedelsverket tagit fram behandlingsrekommendationer rörande antibiotika i tandvården [100]. Antibiotikaförskrivningen i tandvården har minskat sedan 2012, då riktlinjerna togs fram. Analysen av antibiotikaanvändning vid akut tandvärk visar att den har minskat från 20 till 16 procent mellan 2010 och 2015. I figur 41 framgår den stora skillnaden mellan offentliga och privata vårdgivare. År 2010 förskrev tandläkare hos offentliga vårdgivare antibiotika i lika hög grad som tandläkare i privattandvården (20,4 respektive 20,7 procent). År 2015 hade andelen i offentlig vård minskat med 7 procentenheter till 13,4 procent. I den privata tandvården hade andelen minskat med 1,3 procentenheter till 19,4 procent.

### Figur 41. Antibiotikaförskrivning vid akut tandvärk relaterat till vårdgivarkategori

Andel behandlingar för akut tandvärk där patienten i samband med denna behandling fått antibiotika förskrivet på recept, 2010 och 2015. Fördelat på vårdgivarkategori. Data är åldersstandardiserad.

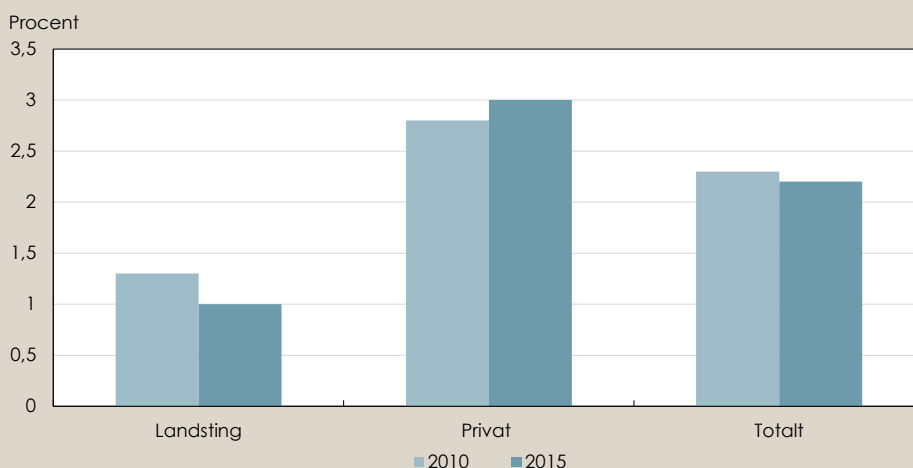


Källa: Läkemedelsregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 42 visar att det är relativt ovanligt att antibiotika förskrivs till patienten i samband med rotfyllning av en tand. Det finns dock regionala skillnader. Lägst andel förskrivning av antibiotika fanns i Västerbotten (0,6 procent) och högst andel i Stockholm (3,2 procent). Dessa regionala skillnader i förskrivning av antibiotika i samband med rotfyllning avspeglas i den totala förskrivningen av antibiotika av tandläkare<sup>47</sup> vilken har minskat marginellt mellan 2010 och 2015. Samtidigt som en minskning har skett bland tandläkare i offentlig verksamhet har en liten ökning skett bland tandläkare i privat tandvård.

### Figur 42. Antibiotika i samband med rotfyllning av tänder

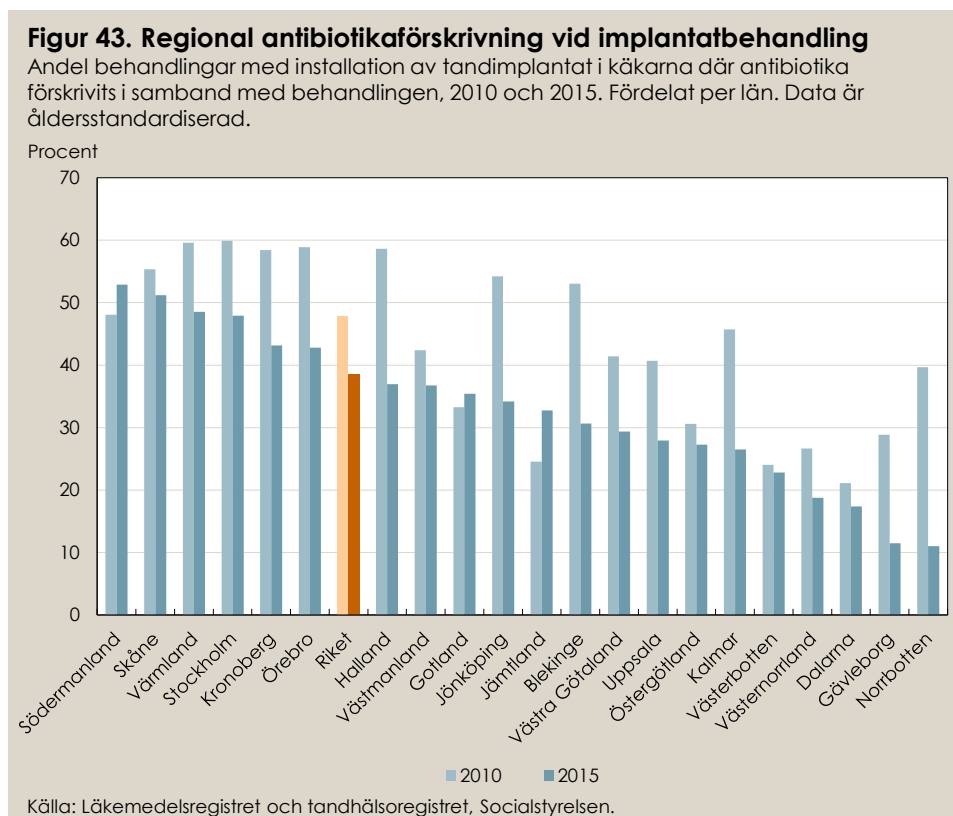
Andel behandlingar med rotfyllning av tänder där antibiotika också förskrivits till patienten 2010 och 2015. Fördelat på vårdgivarkategori. Data är åldersstandardiserad.



Källa: Läkemedelsregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

<sup>47</sup> Vilket redovisades i figur 12.

Antibiotika förskrivs i tandvården inte bara för behandling av en sjukdom utan också i profylaktiskt syfte. En sådan situation är bland annat i samband med operationer för att sätta in tandimplantat i käkarna. Denna typ av förskrivning är relativt vanlig. År 2015 fick 38 procent av patienterna i riket som behandlades med tandimplantat antibiotika förskrivet på recept<sup>48</sup>. Det var ingen skillnad mellan män och kvinnor. Förskrivningen av antibiotika i samband med implantatoperationer minskade med 10 procent mellan 2010 och 2015. Det är i linje med Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer. I figur 43 redovisas de avsevärda regionala skillnaderna i förskrivning av antibiotika vid implantatoperationer. Den minskning som ses mellan 2010 och 2015 har stora regionala variationer.

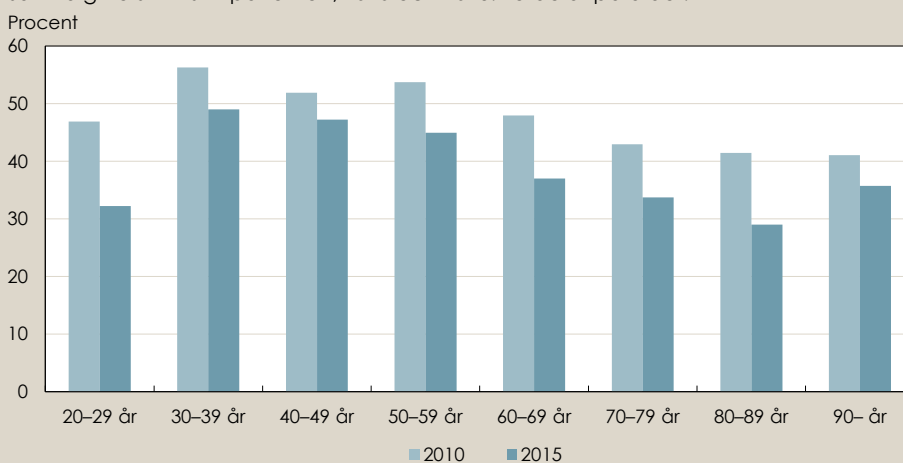


Eftersom ålder är en riskfaktor som spelar in för indikation för förskrivning av antibiotika är det intressant att studera fördelningen mellan olika åldersgrupper. Av figur 44 framgår att den största andelen patienter som får antibiotika förskrivet i samband med implantatoperationer finns i åldersgrupperna 30–59 år och att åldersgruppen 20–29 år får antibiotika i nästan samma utsträckning som de i åldersgruppen 80–89 år.

<sup>48</sup> Till detta kommer antibiotika som lämnas ut till patienten på kliniken. Denna andel är dock inte möjlig att redovisa då den inte är inkluderad i läkemedelsregistret.

#### Figur 44. Antibiotikaförskrivning vid implantatbehandling

Andel behandlingar men insättningar av tandimplantat i käkarna där antibiotika samtidigt förskrivits till patienten, 2010 och 2015. Fördelat på ålder.

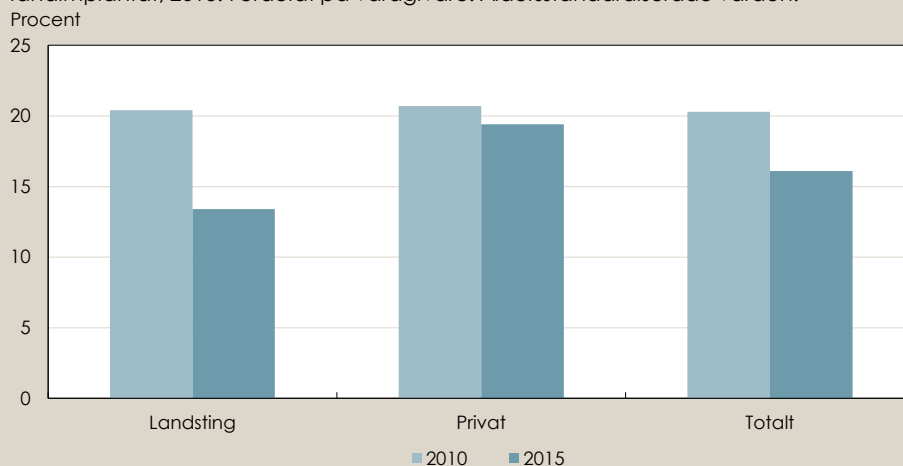


Källa: Läkemedelsregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Även vid förskrivning av antibiotika vid implantatoperationer ses en skillnad mellan olika vårdkategorier. Figur 45 visar att tandläkare i privat verksamhet förskriver antibiotika i högre utsträckning än tandläkare i offentlig verksamhet.

#### Figur 45. Antibiotikaförskrivning vid implantatoperationer

Andel patienter som fått antibiotika förskrivet i samband med operation med tandimplantat, 2015. Fördelat på vårdgivare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret och Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Sammanlagt ses en utveckling där antibiotikaförskrivningen minskar, både vid infektionsbehandling och profylaktiskt. Det finns fortsatt stora regionala skillnader och minskningen är inte jämt fördelad mellan landstingen och regionerna.

Minskningen av den totala förskrivningen av antibiotika kan förutom ökad följsamhet till nationella riktlinjer och en rationell antibiotikaförskrivning också tillskrivas en förbättrad tandhälsa i befolkningen. Med en fortsatt förbättring av tandhälsan borde antibiotikaanvändningen minska ytterligare. I

och med att antalet implantatbehandlingar ökar i befolkningen kan dock antalet förskrivningar av antibiotika komma att öka om behandlarnas förskrivningsmönster inte förändras. Analysen visar också att det finns en skillnad mellan hur tandläkare verksamma i offentlig och privattandvård förskriver antibiotika. En stor del av den minskningen av antibiotikaanvändningen inom tandvården har skett i den offentliga vården. I Socialstyrelsens rapport *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård* framkommer att vårdgivare inom offentlig och enskild privat verksamhet upplevde skillnader i förutsättningarna för implementering av de nationella riktlinjerna [101]. Offentliga vårdgivare och större privata vårdgivare har större möjligheter att ta till sig riktlinjerna och omsätta dessa till kliniska rutiner och vårdprogram än vad enskilda små vårdgivare har. Sannolikt avspeglas detta även i denna analys.

## Individanpassad tandvård

### Nöjda patienter inom tandvården

Svenskt Kvalitetsindex (SKI) mäter regelbundet kundnöjdhet inom en rad branscher. Inom området samhällsservice har tandvården sedan många år de nöjdaste kunderna bland samtliga undersökta områdena. År 2015 hade tandvården som helhet ett nöjdhetsindex på 82,4. Den privata tandvården toppar mätningen med ett nöjdhetsindex på 85,3 följt av Folktandvården på 79,5. Jämfört med 2014 hade nöjdheten med tandvården generellt sett ökat något från 81,4. Framför allt berodde detta på att folktandvårdens patienter ökat sin nöjdhet från 77,3 till 79,5. I samma mätning fick sjukvården och äldreomsorgen ett nöjdhetsindex på 73,3 respektive 71,3.

### Åtgärder vid nedsatt munhälsa bland äldre

Att förebygga ohälsa i munnen är en viktig hälsoinsats för äldre. Munhälsan är central för välbefinnande, livskvalitet och hälsa. Generellt försämrat tillstånd, exempelvis försämrad motorik eller kognitiv förmåga, påverkar möjligheten att sköta sin dagliga munhygien. Med riskbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG) i det webbaserade nationella kvalitetsregistret Senior Alert kan verksamheter inom vård och omsorg upptäcka munhälsoproblem hos äldre. Lämpliga åtgärder kan då sättas in och bedömningen kan sedan systematiskt följas upp.

Munhälsan har en naturlig koppling till flera av de andra områdena i Senior Alert. Till exempel har en äldre med munhälsoproblem ökad risk för att bli undernärld vilket i sin tur ökar risken för fall. Fram till januari 2016 hade 384 522 munbedömningar enligt ROAG registrerats i Senior alert. Knappt hälften av bedömningarna visade på någon typ av nedsatt munhälsa. I 60 procent av de fall där ohälsa noterades fick den äldre en åtgärd mot detta. Vanligast är problem med tänderna men problem med saliv, slemhinnor, protes eller med rösten är också vanligt förekommande. I tabell 10 redovisas de åtgärder som finns registrerade i Senior Alert för personer som har risk försämrad munhälsa. Som framgår av tabellen var den andelsmässigt vanligaste åtgärden hjälp vid tandborstning och som utgjorde 20 procent av de registrerade åtgärderna. Därefter kom att smörj läpparna och

fukta munnen, med 9,2 respektive 8,6 procent. I kategorin ”Övriga åtgärder” finns åtgärder som hjälp att rengöra munnen med skumgummitork och lokal smärtlindring. Resultaten pekar på att det görs alltför få åtgärder för de äldres munhälsa. Detta indikerar att det saknas systematiska rutiner för att förebygga dålig munhälsa hos äldre. Bristande kompetens eller förståelse av munhälsans betydelse hos personalen kan vara en anledning, tidsbrist en annan [102].

**Tabell 10. Åtgärder vid nedsatt munhälsa för personer 65 år eller äldre**

Andel (%) åtgärder vid nedsatt munhälsa för personer 65 år eller äldre, 2015–2016.

Åtgärd	Andel (%)
Tandborstning - assistans eller fullständig hjälp	20
Smörja läpparna	9,2
Fukta munnen	8,6
Protesrengöring - assistans eller fullständig hjälp	7,3
Rengöring mellan tänderna - assistans eller fullständig hjälp	6,9
Rengöring och fuktning av munslemhinnorna	6,3
Fukta munslemhinnorna	6,3
Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård själv	4,9
Fukta tungan	4,5
Övriga åtgärder	26

Källa: Senior Alert.

## Jämlik tandvård

### Tandvårdsstödet missar äldre med låg inkomst

Högekostnadsskyddet är en del av det statliga tandvårdsstödet. Inspektionen för socialförsäkringen har i två rapporter analyserat omfördelningen av resurser inom tandvårdsstödet högekostnadsskydd samt inkomstens betydelse för konsumtionen av tandvård [103, 104].

En viktig observation är att personer med högre inkomst har bättre tandhälsa än personer med lägre inkomst och att sambandet ökar med stigande ålder. Detta medför att även om högre inkomst ökar sannolikheten för att göra tandvårdsbesök så konsumerar personer med högre inkomst mindre tandvård jämfört med personer med lägre inkomster. Resultaten av studien visar också att högekostnadsskyddets utformning leder till att resurser omfördelas från individer med högre inkomst till individer med lägre inkomst, genom att personer med låga inkomster i högre utsträckning får sina tandvårdskostnader täckta genom högekostnadsskyddet. Omfördelningen sker främst bland yngre och minskar ju äldre patienten är och i åldersgruppen 65–89 år är en ökad disponibel inkomst förknippad med en högre sannolikhet att få tandvårdskostnaderna täckta genom högekostnadsskyddet. I denna patientgrupp minskas därmed omfördelningen i socialförsäkringssystemet. Det innebär att äldre med låg inkomst inte får del av tandvårdsstödet samtidigt som deras tandhälsa är sämre jämfört med patienter med högre inkomst.

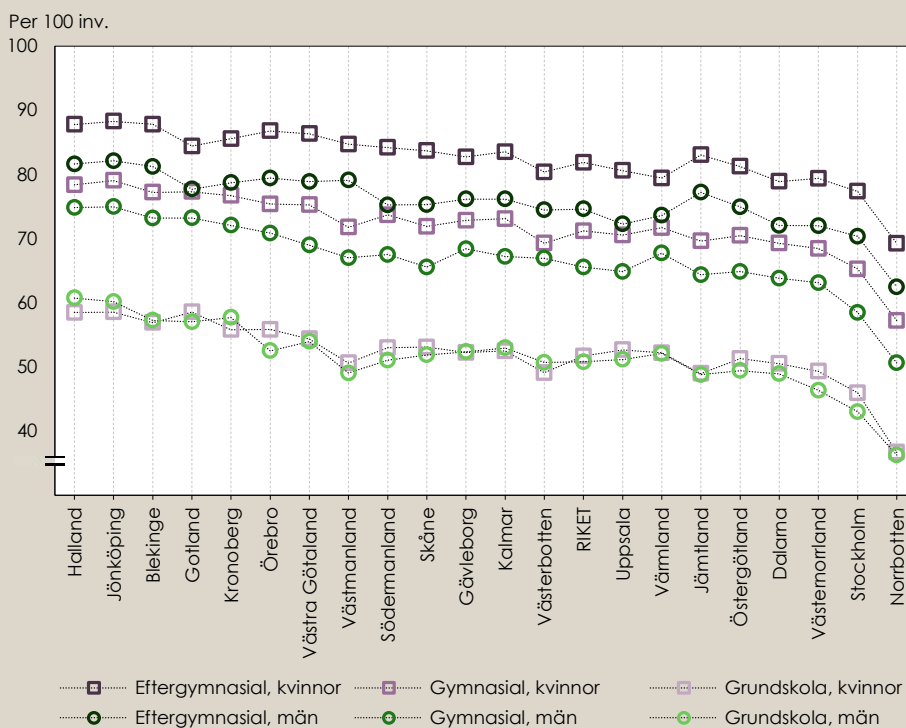




Socioekonomiska faktorer har betydelse för om vuxna personer besöker tandvården för undersökning i förebyggande syfte. Utbildning är här en viktig faktor. I åldersgruppen 35–79 år besökte 68,5 procent tandvården 2014–2015 för en undersökning. Bland dem med eftergymnasial utbildning var andelen 79 procent och bland dem med grundskoleutbildning var den 51 procent. Figur 47 visar att kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning än vad män gör i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning, medan andelen kvinnor och män är lika i gruppen med grundskoleutbildning. Det kan indikera att förutsättningarna för hur en person väljer att besöka tandvården varierar mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.

**Figur 47. Tandvårdsundersökningar under en tvåårsperiod**

Antal personer i åldrarna 35–79 år per 100 invånare som fått en undersökning utförd 2014 eller 2015. Fördelat på kön och utbildningsbakgrund. Data är standardiserad för ålder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Ekonomi vanlig orsak till att inte besöka tandvården  
 Organisation och finansiering av tandvården påverkar tandvårdskonsumtionen och tandhälsan i befolkningen. Vid en jämförelse mellan Sverige och Norge framgår att organisationen inom tandvården är jämförbar medan finansieringssystemen för vuxna skiljer sig åt. Därför kan det vara intressant att jämföra hur tandvårdsbehov, tandvårdskonsumtion och kostnader varierar beroende på socioekonomiska förhållanden i respektive befolkningar [105]. År 2014 var andelen personer 16 år eller äldre som trots behov inte hade besökt tandvården drygt 6 procent i de båda länderna. Andelen som rapporterade att de hade ej tillgodosedda behov av tandvård hade därmed minskat i både Norge och Sverige sedan 2005, från knappt 10 procent i Norge respektive drygt 12 procent i Sverige. Av dem som inte hade besökt tandvården

trots behov var andelen som avstått på grund av ekonomiska skäl i stort sett lika stor i Norge och Sverige (52 respektive 55 procent).

Utbildning är en viktig faktor för god tandhälsa och god tandhälsa mätt som antal kvarvarande och antal intakta tänder ökar med högre utbildning. På samma sätt hänger tandhälsa samman med inkomst, där sämst tandhälsa återfinns i grupper med låg inkomst och bäst tandhälsa i grupper med hög inkomst. När det gäller besök i tandvården besöker personer med låg inkomst och låg utbildning tandvården i lägre utsträckning än personer med hög inkomst och högre utbildning och kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning än män i båda länderna. Detta kan tyda på att det finns grupper med ej tillgodosedda behov av tandvård som inte nås av tandvården. Personer med ekonomiskt bistånd som besökt tandvården har ofta högre tandvårdskostnader jämfört med övriga befolkningen och tar i högre del än övriga del av tandvårdsstödet högst kostnads skydd. Detta visar på att tandvårdsstödet är ett träffsäkert stödsystem men att andelen som får del av tandvårdsstödet skulle vara högre om fler personer med låg socioekonomi besökte tandvården.

Trots att Norge och Sverige har skillnader i finansieringen av tandvården är det ej tillgodosedda behovet av tandvård i befolkningen lika mellan länderna. I båda länderna är ekonomi den vanligaste orsaken till att inte besöka tandvården. I båda länderna är inkomst och utbildningsnivå viktiga för både en god tandhälsa och sannolikheten att besöka tandvården.

## Tillgänglig tandvård

### Avgrifsfri tandvård till och med 23 års ålder

Genom en ändring i TvL höjdes åldersgränsen för avgiftsfri barn och ungdomar och sedan den 1 januari 2017 har barn och unga vuxna rätt till avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 21 år. Avsikten är att succesivt höja åldersgränsen för att från och med den 1 januari 2019 omfatta unga vuxna till och med det år en person fyller 23 år. Reformens syfte är att förbättra tandhälsan och möjliggöra tandvård på lika villkor oavsett ungas ekonomi.

### Höjt tandvårdsbidrag för personer över 65 år

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) är en del av det statliga tandvårdsstödet för vuxna. Bidraget syftar till att stimulera till regelbunden och förebyggande tandvård. Sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet 2008 har ATB uppgått till 300 kronor per år för personer i åldersgruppen 20–29 år och för personer som är 75 år eller äldre. För personer mellan 30 och 74 år uppgår ATB för närvarande till 150 kronor per år. I utredningen *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* beskrivs att personer i åldersgruppen 65–74 år har störst behov av tandvård och högst tandvårdskostnader av alla åldersgrupper [106]. Med utgångspunkt i detta höjs ATB den 1 juli 2017 till 300 kronor även för personer i åldersgruppen 65–74 år.

## Översyn av tandvårdsstöden

År 2013 infördes två nya tandvårdsstöd - särskilt tandvårdsbidrag (STB) som är en del av det statliga tandvårdsstödet samt tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning vilket är en del av landstingens tandvårdsstöd till hälso- och sjukvårdsavgift.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slog i en rapport 2015 fast att tandvårdsstöden inte når äldre i tillräcklig omfattning [107]. Endast en liten andel av äldre personer som beräknas vara berättigade till dessa två tandvårdsstöd tog del av dem år 2013–2014. Orsakerna kan delvis vara begränsad kännedom och kunskap om stöden, både i befolkningen och bland vårdgivare. Dessutom är genomslaget för så kallad uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård varierande och begränsad. Där kan orsaken vara att regelverket uppfattas som otydligt av landsting och vårdgivare, vilket i sin tur skapar ett stort tolkningsutrymme som fram för allt drabbar de äldre som bor kvar hemma. Denna otydlighet leder också till variationer över landet.

Det saknas dessutom en sammanhållen nationell kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård vilket ökar risken för att äldre inte får den tandvård de behöver. Socialstyrelsen genomför därför 2016–2018 en samlad utvärdering av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Förslag på eventuella förbättringar ska lämnas senast den 31 december 2018.

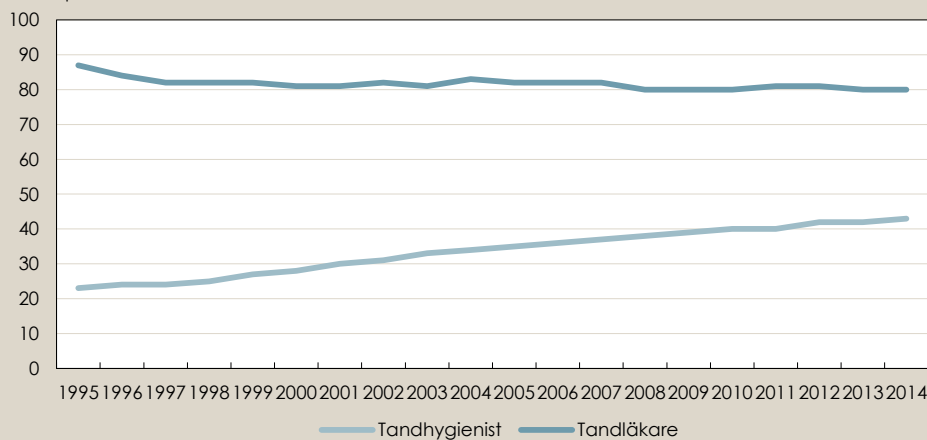
## Personalsammansättningen i tandvården förändras

Antalet tandhygienister sysselsatta i tandvården per 100 000 invånare fortsätter att öka (figur 48) och år 2014 var fanns 43 tandhygienister sysselsatta inom tandvården per 100 000 invånare. Detta är en ökning med 11 procent sedan år 2009 (figur 49). Under samma period har antalet tandläkare varit oförändrat, 80 tandläkare per 100 000 invånare. Denna ökning av antalet tandhygienister resulterar bland annat i att andelen undersökningar i tandvården som utfördes av tandhygienister ökade från 28 procent 2013 till 31 procent 2015.

### Figur 48. Tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården

Antal tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården per 100 000 invånare, 1995–2014.

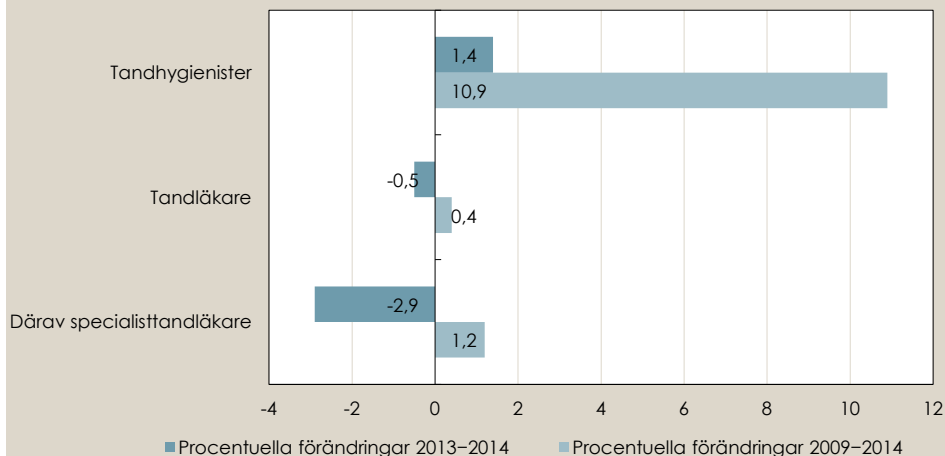
Antal per 100 000 inv.



Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

### Figur 49. Förändring i antalet sysselsatta i tandvården

Procentuell förändring i antalet sysselsatta i tandvården per 100 000 invånare, 2013–2014 samt 2009–2014. Fördelat på tandhygienister, tandläkare och specialisttandläkare.



Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare varierar över landet. I figur 50 redovisas de regionala skillnaderna. I Värmlands län finns totalt flest antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare, 148. Till stor del beror det på att det i Värmland finns flest yrkesverksamma tandhygienister i förhållande till befolkningen, 76 per 100 000 invånare. Tillsammans med Gävleborg är Värmland det län som har fler yrkesverksamma tandhygienister än tandläkare.

Flest antal tandläkare, 92 per 100 000 invånare finns i Västerbottens län. Till viss del beror det på tandläkarutbildningen vid Umeå universitet. Stockholm och Gotland har näst flest antal tandläkare, 87 per 100 000 invånare, följt av Västra Götaland med 86 per 100 000 invånare.

**Figur 50. Tandläkare och tandhygienister fördelat på län**

Antal tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården per 100 000 invånare. Fördelat på län, 2014.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

*Lika många kvinnor som män bland specialisttandläkare*

År 2006 var första året som antalet kvinnor och män var lika stor bland tandläkare och 2014 hade andelen kvinnor stigit till 55 procent. Inom specialisttandvården har andelen män länge varit högre än kvinnor men under senare år har andelen kvinnor ökat även bland de yrkesverksamma specialisttandläkarna. Av tabell 11 framgår att det 2014 fanns lika många kvinnor som män bland specialisttandläkarna.

**Tabell 11. Antal tandläkare och specialisttandläkare yrkesverksamma inom tandvården, år 2004 och 2014**

	Kvinnor		Män	
	2004	2014	2004	2014
Antal yrkesverksamma tandläkare	3578	4314	3857	3463
Därav antal yrkesverksamma specialisttandläkare	305	442	516	443

Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

Denna utveckling kan tänkas fortsätta eftersom andelen kvinnor var 69 procent bland de tandläkare som fick specialistbevis 2015.

## Effektiv tandvård

Enligt hälsoräkenskaperna uppgick tandvårdens samlade kostnader 2014 till 24,8 miljarder kronor. Av dessa finansierade offentliga myndigheter 9,5 miljarder kronor medan patienterna betalade 15,3 miljarder kronor. Därmed stod patienterna för 62 procent av finansieringen av tandvården i Sverige och offentliga myndigheter för 38 procent. Inom hälso- och sjukvårdens stod offentliga myndigheter 2014 för 83 procent av de totala kostnaderna medan patienternas andel uppgick till 16 procent. Resterande kom från till exempel ideella organisationer eller företag. Jämfört med 2013 var andelarna 2014 oförändrade både inom tandvården och hälso- och sjukvården.

# Referenser

1. God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2006.
2. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2016-11-30 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/november/nya-siffror-om-folkhalsan-2016>.
3. Öppna jämförelser 2016 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2017.
4. Nationella folkhälsoenkäten 2016. Folkhälsomyndigheten; 2016.
5. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. Socialstyrelsen; 2016.
6. Korta analyser 2016:2. Försäkringskassan; 2016.
7. Verksamhets- och utgiftsprognos oktober 2016. Migrationsverket; 2016.
8. Bedömning av läget inom hälso- och sjukvården i landet 2016. Socialstyrelsen; 2016.
9. Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
10. Effekter av ID-kontroller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2016.
11. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända: slutrapport oktober 2016. Socialstyrelsen; 2016.
12. Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården, kartläggning 2016. Socialstyrelsen; 2016.
13. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2017-03-08 från: <https://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/alltflerasylsokandeochnyanlandahalsundersoks.11628.html/>.
14. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
15. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016, Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2016.
16. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016, Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom. Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen; 2016.
17. Mattisson C, Bogren M, Nettelblatt P, Munk-Jorgensen P och Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: a comparison of the two time periods 1947–1972 and 1972–1997. *J Affect Disord* 2005; 87(2-3):151–60.
18. Kringlen E, Torgersen S och Cramer V A. Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001.
19. Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni : rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2013.
20. Screening för bukaortaneurysm. Socialstyrelsen; 2016.
21. Minskade fosterrörelser – rekommendationer om information, råd och en inledande bedömning – Kunskapsstöd med nationella rekommendationer. Socialstyrelsen; 2016.

22. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Palliativ vård i livets slutskede – Sammanfattning med förbättringsområden 2016. Socialstyrelsen; 2016.
23. Vision e-hälsa 2025. Hämtad 2016-12-16 från: <https://skl.se/download/18.7a7fd41d15350083b40280f4/1457946791981/Vision+eh%C3%A4lsa+2025.pdf>.
24. Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
25. Långsiktig utveckling av strukturerad dokumentation: regeringsuppdrag 2016. Socialstyrelsen; 2016.
26. Uppföljning av läkemedel i samverkan mellan myndigheter och sjukvård. Läkemedelsverket; 2017.
27. Öppna jämförelser 2016 – Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning. Socialstyrelsen; 2017.
28. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
29. Markörbaserad journalgranskning för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
30. Markörbaserad journalgranskning. Skador i vården – utveckling 2013–2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
31. Skador i vården på nationell samt region- och landstingsnivå. Markörbaserad journalgranskning januari 2013–juni 2016. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
32. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2016-12-11 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar>.
33. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. European Centre for Disease prevention and Control; 2016.
34. Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler våren 2016. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
35. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2017-03-22 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-ochpress/nyhetsarkiv2017/februari/okad-forsaljning-av-antibiotika-tillbarn-i-fjol/>.
36. Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel – en förstudie. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
37. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 2016-10-03 från: <http://www.ivo.se/nyheter/2016/ivo-konstaterar-patientsakerhetsrisker-vid-lakemedelsexpediering/>.
38. Återkoppling om implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2016.
39. Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor – Resultat av en befolkningsundersökning 2016. Socialstyrelsen; 2016.
40. Nationell patientenkät. Hämtad 2016-02-26 från: <https://patientenkät.se/sv/resultat/ta-del-av-resultat/>.
41. Läkemedelsvärlden. Hämtad 2016-10-12 från: <http://www.lakemedelsvarlden.se/nyheter/nojda-med-informationen-om-lakemedel-15400>.
42. Statistiska centralbyrån. Hämtad 2016-12-02 från: [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/).



43. Folkhälsan i Sverige 2016: årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten; 2016.
44. Health at a Glance: Europe 2016. OECD; 2016.
45. Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
46. Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
47. Järholm K. Mental health in adolescents undergoing bariatric surgery: psychological outcomes four months and two years after gastric bypass. Lund: Department of Psychology, Lund University; 2016.
48. Dagens Medicin. Hämtad 2016-08-24 från: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/08/24/okad-andel-betalar-for-sin-kirurgi/>.
49. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Socialstyrelsen; 2015.
50. Fetma ökar risken att föda för tidigt. Läkartidningen. 2015; (48):112.
51. Johansson K, Cnattingius S, Näslund I, Roos N, Trolle-Lagerros Y, Granath F, Stephansson O och Neovius M. Outcomes of Pregnancy in Women with Prior Bariatric Surgery. New England Journal of Medicine. 2015.
52. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård. Övergripande indikatorer. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
53. Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård. Övergripande indikatorer. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
54. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2016-01-23 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/>.
55. Kommittédirektiv. Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa 2016:106.
56. Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
57. Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Socialstyrelsen; 2016.
58. Öppna jämförelser – Jämlik vård 2016 – Kvinnors hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2016.
59. Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning. En kartläggning av systematiska översikter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2016.
60. Statistik om läkemedel till barn. Socialstyrelsen; 2016.
61. Förskrivning av adhd-läkemedel 2015 – trender och prognos av utvecklingen. Socialstyrelsen; 2016.
62. Geographic variations in health care. What do we know and what can be done to improve health system performance. OECD Health Policy Studies; 2014.
63. Regionala variationer i vårdkonsumtion. En studie av skillnader mellan och inom länder. Socialstyrelsen; 2017.
64. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2015. Socialstyrelsen; 2017.
65. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga: vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Socialstyrelsen; 2014.

66. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2016-12-20 från: <https://skl.se/demokratiledningstyrning/manskligarattigheterjamstallldhet/jamstallldhet/manochjamstallldhet.7914.html>.
67. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
68. Vården i siffror. Hämtad 2017-03-17 från: <https://www.vardenisiffror.se/>.
69. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Socialstyrelsen; 2017.
70. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2017-02-21 från: <https://www.vantetider.se/>.
71. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
72. Standardiserade vårdförlopp – Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
73. Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar – Metoder, resultat och utmaningar – Rapport februari 2017. Socialstyrelsen; 2017.
74. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Rapport februari 2017. Socialstyrelsen; 2017.
75. Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer. För god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2016.
76. SOU 2015:98. Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa: betänkande. Fritze; 2015.
77. Svensk hälso- och sjukvård i internationell jämförelse 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
78. Vården ur befolkningens perspektiv 2016, en internationell jämförelse mellan 10 länder 2016. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
79. Rikssjukvårdsnämndens protokoll 2016-05-18.
80. Förstudie för uppföljning av specialiserad barnsjukvård. Dnr 5.3 28622/2016.
81. Kvinnors sjukfrånvaro. En studie bland förstagångsföräldrar. Försäkringskassan; 2014.
82. Läkares sjukskrivning av kvinnor och män. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
83. Riksrevisionen. Hämtad 2016-12-05 från: <http://www.riksrevisionen.se/sv/granskningar/Planering-ochuppfoljning/Pagaende-granskningar/Pagaende-granskningar/Lakares-forutsattningar-att-bedoma-arbetsformaga/>.
84. Sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2017.
85. Uppdatering av sjukskrivningsrekommendationer för psykiska sjukdomar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet – Delrapportering av regeringsuppdraget för försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsen; 2016.
86. Uppdaterad prognos av kostnaderna för läkemedelsförmånen, hepatit C – och HIV-läkemedlen under perioden 2016–2018. Socialstyrelsen; 2016.
87. Kommittédirektiv. Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel 2016:95.
88. Schwierz, C, Medeiros J. Efficiency estimates of healthcare systems. 2015. Hämtad från:

- [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2015/pdf/ecp549\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf).
89. International Profiles of Health Care Systems 2015. The Commonwealth Fund; 2016.
  90. Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2015. Socialstyrelsen; 2017.
  91. Årsrapport 2015. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit; 2016.
  92. Sunhedsstyrelsen. Hämtad 2017-01-09 från: [www.sst.dk](http://www.sst.dk).
  93. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. WHO regional office for Europe; 2016.
  94. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. WHO HBSC study; 2016.
  95. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – Validering av registeruppgifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2016.
  96. Billings R J, Proskin H M och Moss, M E. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(5):312-6.
  97. Scully C. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Dis.* 2003; 9(4):165-76.
  98. Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
  99. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011: stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
  100. Antibiotikabehandling i tandvården. Information från Läkemiddelsverket 2014:(25)1. Läkemiddelsverket; 2014.
  101. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård: indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen; 2013.
  102. Hansson L, Hägglin C och Odebo L. Skör och äldre – vad händer med tänder? Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov. FOU i Väst; 2013.
  103. Omfördelning inom tandvårdsstödet högstkostnadsskydd. Rapport 2016:11. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
  104. Inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion 2016:12. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
  105. Tannhelse blant vaksne i Sverige og Noreg. Statistisk centralbyrå; 2016.
  106. SOU 2015:76. Ett tandvårdsstöd för alla: fler och starkare patienter: betänkande. Fritze; 2015.
  107. Tandlösa tandvårdsstöd: en analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.