

# Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård

Lägesrapport 2020





# Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård

Lägesrapport 2020

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 978-91-7555-524-9  
Artikelnummer 2020-3-6667

Omslagsbild Mickes fotosida/Mostphotos  
Tryck Åtta.45 Tryckeri AB, april 2020

# 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 samt tandvård. Resultatet baseras framför allt på rapporter och sammanställningar som Socialstyrelsen och andra myndigheter har publicerat 2019. Lägesrapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän i regioner och kommuner.

Rapporten har utarbetats av Sara Dahlin. Flera medarbetare vid myndigheten har medverkat till rapporten. Helena von Knorring har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	11
Aktuell utveckling .....	12
Organisation och styrning .....	19
Cancersjukdomar .....	30
Digitalisering och e-hälsa .....	37
Kostnader .....	43
Psykisk hälsa och psykiatrisk vård .....	51
Kvinnors vård och hälsa .....	61
Patientsäkerhet .....	68
Missbruks- och beroendevård .....	83
Tandvård och munhälsa .....	89
Referenser .....	107





# Sammanfattning

## Digitalisering och e-hälsa

Sverige är ett av världens ledande länder när det gäller digitalisering och har mindre klyftor digitalt än de flesta andra OECD-länder. Majoriteten av befolkningen anser att digitala samhällstjänster underlättar för dem i deras vardag. Drygt 82 procent i befolkningen över 16 år söker efter medicinsk information på nätet idag, jämfört med 60 procent år 2014. Tidsbokning online till fysiska läkarbesök och möjligheten att läsa provsvar på nätet nyttjas idag av varannan medborgare. Tio procent väljer att använda sig av en vårdapp istället för att besöka hälso- och sjukvården.

Det finns samtidigt stora skillnader mellan olika grupper. Något fler kvinnor än män använder de digitala tjänsterna för hälso- och sjukvård. Äldre och personer med kort utbildning använder i lägre grad dessa tjänster.

Flera regioner planerar för eller har pågående pilotprojekt för att testa digitala produkter eller tjänster, exempelvis för patienter med kroniska sjukdomar.

## Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen är fortsatt en av vårdens stora utmaningar. Regionerna rapporterar om brist inom många yrkesgrupper, trots att antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården i förhållande till befolkningens mängd har ökat över tid.

Samtliga 21 regioner bedömer att de har brist på specialistsjuksköterskor och 20 regioner rapporterar om brist på grundutbildade sjuksköterskor. Andra bristyrken är psykologer, specialistläkare, biomedicinska analytiker och barnmorskor. Det är störst brist på erfaren personal.

Utbildningstjänster med lön under specialistutbildning för sjuksköterskor, utveckling av nya arbetssätt och interna bemanningspooler, lönetillägg och bonusar är exempel på åtgärder som genomförs i regionerna. De generella åtgärder som haft störst effekt för att minska inhyrningen har varit en tydlig ledning och styrning och uppföljning med gemensamt ansvarstagande, såväl nationellt som i regionerna.

Den 1 januari 2020 inrättades ett nationellt vårdkompetensråd på Socialstyrelsen med uppdrag att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom vården.

## Kostnader

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat över tid och uppgick till 505 miljarder kronor år 2017. Det är en ökning med 35 miljarder kronor, eller 7,5 procent, sedan 2014.

Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 52 procent, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster. Öppenvården står för över hälften av dessa kostnader, 148 miljarder kronor, och kostnaderna har ökat

med 6,1 procent sedan 2014. Slutenvårdskostnaderna har under samma period ökat med 3,5 procent, vilket motsvarar 3,4 miljarder kronor.

Under 2018 försämrades det ekonomiska resultatet i 16 av 20 regioner och i 6 regioner redovisades ett ekonomiskt underskott. Prognoser talar för fortsatta demografiska utmaningar och lägre tillväxt i skatteunderlaget. Det kommer att öka behovet av att utnyttja de resurser som finns på ett mer effektivt sätt.

Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av bruttonationalprodukten (bnp) var 11 procent 2017, det har varit en relativt stabil andel de senaste åren.

## Cancersjukdomar

Sverige är ett av de länder i Europa som har högst canceröverlevnad. Femårsöverlevnaden för bröstcancer är till exempel 89 procent i Sverige, jämfört med 83 procent i övriga EU. I Sverige är den vanligaste åldern vid insjuknande i cancer drygt 70 år. De flesta dödsfall med cancer som underliggande dödsorsak inträffar mellan 70 och 85 års ålder. Insjuknandet i cancer ökar medan cancerdödligheten långsamt minskar.

Socialstyrelsen har följt arbetet med standardiserade vårdförlopp och kan konstatera att vissa väntetider har förkortats, patienterna är nöjda med kortare tid för utredning och förutsättningarna för jämlik cancervård har stärkts. Inom flera verksamheter är det idag brist på vissa kompetenser, som operationssköterskor och specialister i lungmedicin och urologi, vilket försvårar möjligheten att uppnå kortare väntetider.

## Psykisk hälsa och psykiatrisk vård

De senaste tio åren har andelen i befolkningen som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande ökat. Som en konsekvens av att antalet barn och unga som vårdats för depression eller ångestsyndrom inom psykiatrin har ökat under de senaste tio åren, har även förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat. Bland de unga som nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom år 2008 var 30 procent fortfarande i behov av psykiatrisk vård tio år senare och drygt hälften av dem behandlades med läkemedel.

Trots att fler barn och unga får vård och behandling för depression eller ångestsyndrom är väntetiderna långa, både till första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatrin.

Socialstyrelsen har under 2019 tagit fram ett målgruppsanpassat utbildningsmaterial i syfte att stödja verksamheter inom hälso- och sjukvården som möter patienter med psykisk ohälsa.

## Kvinnors vård och hälsa

Under de senaste 20 åren har övervikt och fetma hos gravida kvinnor ökat. De tre senaste åren har ökningen tilltagit. Totalt sett var andelen gravida med övervikt drygt 26 procent och andelen med fetma 15 procent år 2017. De regionala skillnaderna är stora. Övervikt och fetma utgör en ökad hälsorisk såväl för kvinnan som för barnet.

För att stödja hälso- och sjukvården med att implementera riktlinjerna och för att öka kunskapen om endometrios har Socialstyrelsen under 2018 och

2019 tagit fram informations- och utbildningsmaterial till allmänheten och professionen. Materialet har fått en stor spridning. Myndigheten genomför även en informationssatsning till gravida och nyförlösta kvinnor för att möta informationsbehov och därigenom öka tryggheten.

Under senare år har det skett en ökning av nydebuterade ätstörningar hos vuxna. Trots att mer än var tionde nybliven mamma kan lida av ätstörningar finns det bara i ett fåtal regioner etablerade samarbeten mellan psykiatrins ätstörningsvård och mödrahälsovården. I förhållande till många andra länder har Sverige en relativt god vård för patienter med ätstörningar, men det finns betydande skillnader på kvaliteten mellan och inom regioners ätstörningsvård.

## Patientsäkerhet

Andelen vårdtillfällen med vårdskador fortsätter att minska. Under perioden 2015–2018 minskade andelen vårdskador från 8,7 procent till 7,1 procent. Det innebär att ungefär 100 000 patienter på svenska sjukhus drabbades av vårdskador år 2018. Vårdskador bidrar till att cirka 1 200 patienter avlider årligen. Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste formen av vårdskada.

Sverige är ett av de länder i Europa som har lägst antibiotikaförsäljning och förskrivningen fortsätter att minska. År 2019 var rikssnittet 285 recept per 1000 invånare och år vilket är den lägst noterade försäljningssiffran hittills.

År 2019 är det en ökning av överbeläggningar och en minskning av utlokaliseringar i den somatiska vården jämfört med 2018.

Under 2018 tog patientnämnderna emot nästan 35 500 klagomål, vilket är en minskning med cirka 3 procent jämfört med år 2017.

Arbetet med att i bred samverkan ta fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet har slutförts – *Agera för säker vård*. Handlingsplanen gäller från 2020.

I syfte att stödja implementeringen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd har handböcker om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete och om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården tagits fram.

## Missbruks- och beroendevård

Allt fler vårdas inom hälso- och sjukvården på grund av alkohol- och narkotikaberoende. Ökningen är särskilt markant bland unga och bland äldre personer över 65 år. Det finns idag en underbehandling med läkemedel vid alkoholberoende. Trots tydliga rekommendationer har insatsen minskat med 7 procent de senaste tio åren.

Under 2018 avled 900 personer, varav 360 kvinnor och 540 män, till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Bland män minskar dödligheten, medan det bland kvinnor ses en ökad dödlighet.

Tillgången till sprututbyte har förbättrats. Sedan lagändringen om utbyte av sprutor och kanyler trädde i kraft 2017 har antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från åtta till 17 regioner. Lagändringarna har därmed förbättrat tillgången till sprututbyten för personer som injicerar droger.

Socialstyrelsen har genomfört en uppföljning om tillgänglighet till naloxon<sup>1</sup> som visar att 13 regioner bedriver ett systematiskt arbete för att tillgängliggöra naloxon till brukare.

## Tandvård och munhälsa

Tandhälsan hos barn och unga är god. Inga stora förändringar i förekomst av karies identifierades år 2018. Den negativa utvecklingen med ökad karies bland 6-åringar har avstannat samtidigt som den positiva trenden med minskande karies bland 12- och 19-åringar planat ut.

Bland vuxna är tandhälsan generellt sett god. Det är små skillnader i tandhälsa mellan kvinnor och män. Personer med kort utbildning besöker tandvården mer sällan än personer med lång utbildning och de geografiska skillnaderna kvarstår.

Ökningen av det allmänna tandvårdsbidraget har medfört fler besök till tandvård bland äldre. Totalt sett fortsätter dock trenden av att vuxna i befolkningen besöker tandvården i allt mindre utsträckning.

---

<sup>1</sup> Naloxon är ett motgift för att häva överdos av opioider och kan förskrivas som nässpray.

# Inledning

Av Socialstyrelsens förordning med instruktion framgår att Socialstyrelsen årligen ska lämna in lägesrapporter till regeringen (Socialdepartementet), senast den 31 mars, om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård (6 a § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen).

Hälso- och sjukvårdsrapporten har i år följande kapitel:

- aktuell utveckling
- organisation och styrning
- digitalisering och e-hälsa
- kostnader
- cancersjukdomar
- psykisk hälsa och psykiatrisk vård
- kvinnors vård och hälsa
- patientsäkerhet
- missbruks- och beroendevård
- tandvård och munhälsa.

Rapporten har ett jämställdhetsperspektiv, vilket innebär att där det är möjligt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan kvinnor och män. Socialstyrelsen belyser också de globala målen och Agenda 2030. Rapporten har framför allt bäring på följande mål:

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

## Datakällor

Rapporten bygger på flera källor:

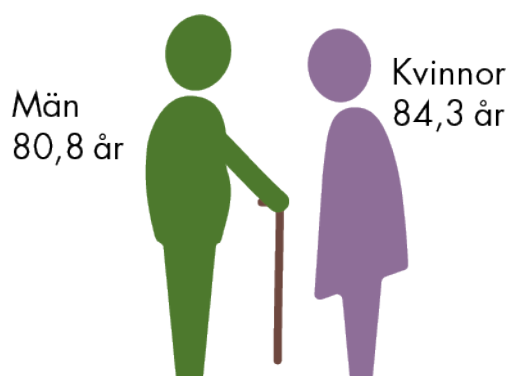
- aktuella utredningar, utvärderingar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården
- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, nationella kvalitetsregister samt internationell statistik
- Statistiska centralbyråns register över regionernas räkenskaper.

# Aktuell utveckling

I detta inledande kapitel beskrivs hälsoutvecklingen i befolkningen i form av medellivslängd, dödsorsaker, utvecklingen för vård vid skador och våld samt väntetider till akutmottagningar.

## Ökade skillnader i medellivslängd

Medellivslängden ökar i befolkningen. Den långsiktiga trenden i Sverige är dessutom att mäns livslängd ökar mer än kvinnors livslängd. Sedan 1980 har mäns medellivslängd ökat med närmare åtta år och är nu 80,8 år medan kvinnornas medellivslängd har ökat med lite drygt fem år och är nu 84,3 år. Det innebär att skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,1 år 1980 till 3,5 år 2018.



Medellivslängd för kvinnor och män i Sverige.  
Källa: Statistiska centralbyrån, 2019.

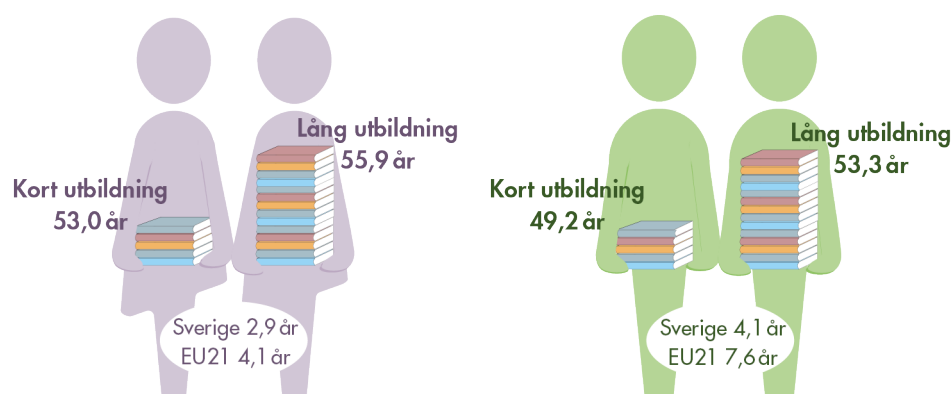
Trenden med ökade skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildningsnivå fortsätter. Mellan 2012 och 2018 har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökat mest för personer med eftergymnasial utbildning. Ökningen är minst för dem med förgymnasial utbildning.

År 2018 var den återstående medellivslängden vid 30 års ålder 51 år för kvinnor och 48,5 år för män med en förgymnasial utbildning. För gruppen med gymnasieutbildning var den återstående medellivslängden 54,4 år för kvinnor och 51,4 år för män [1].

## Hög medellivslängd i Sverige jämfört med andra EU-länder

Den förväntade medellivslängden är högre i Sverige än i de flesta andra EU-länderna. År 2017 var den förväntade medellivslängden 82,5 år, vilket är mer än 1,5 år högre än EU:s genomsnitt på 80,9 år. Samtidigt har utvecklingen i Sverige stannat av något jämfört med övriga EU. Mellan 2000 och 2017 ökade livslängden med 2,7 år i Sverige, jämfört med 3,6 år för alla EU-medborgare. Den skillnad i medellivslängd som har funnits mellan kvinnor och män har minskat, vilket beror på att mäns medellivslängd ökar mer än

kvinnors. Skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan olika utbildningsgrupper kvarstår, men är mindre i Sverige än i många andra EU-länder [2].



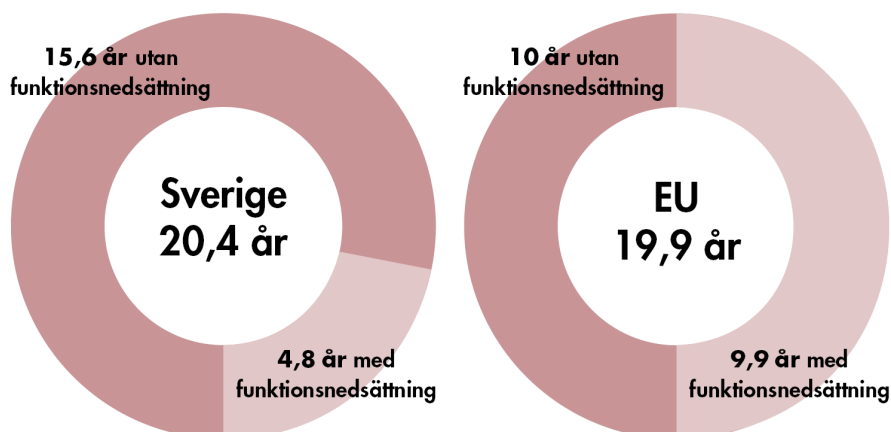
Utbildningsskillnader i förväntad medellivslängd vid 30 års ålder

Källa: Eurostat Databas, data avser år 2016.

\*Med lång utbildning avses personer som har slutfört en högskoleutbildning (ISCED 6–8) medan kort utbildning definieras som personer som inte har slutfört sin gymnasieutbildning. (ISCED 0–2).

## Hög andel äldre med god hälsa

Andelen äldre över 65 år ökar i befolkningen. År 2017 var en av fem personer i Sverige 65 år eller äldre. De flesta äldre lever sina liv med god hälsa och utan funktionsnedsättningar.



Förväntade kvarstående hälsosamma levnadsår efter 65 års ålder

Källa: Eurostat Databas, data avser år 2017.

Nästan två tredjedelar av personer över 65 år rapporterar en god, mycket god eller en utmärkt hälsa 2017. Bara en av tio över 65 år rapporterar att de hade en nedsatt förmåga som påverkade det dagliga livet<sup>2</sup>, så mycket att de behövde hjälp. Det är en betydligt lägre andel än hos äldre i övriga EU-länder.

<sup>2</sup> Som att klä på sig eller att äta till exempel.

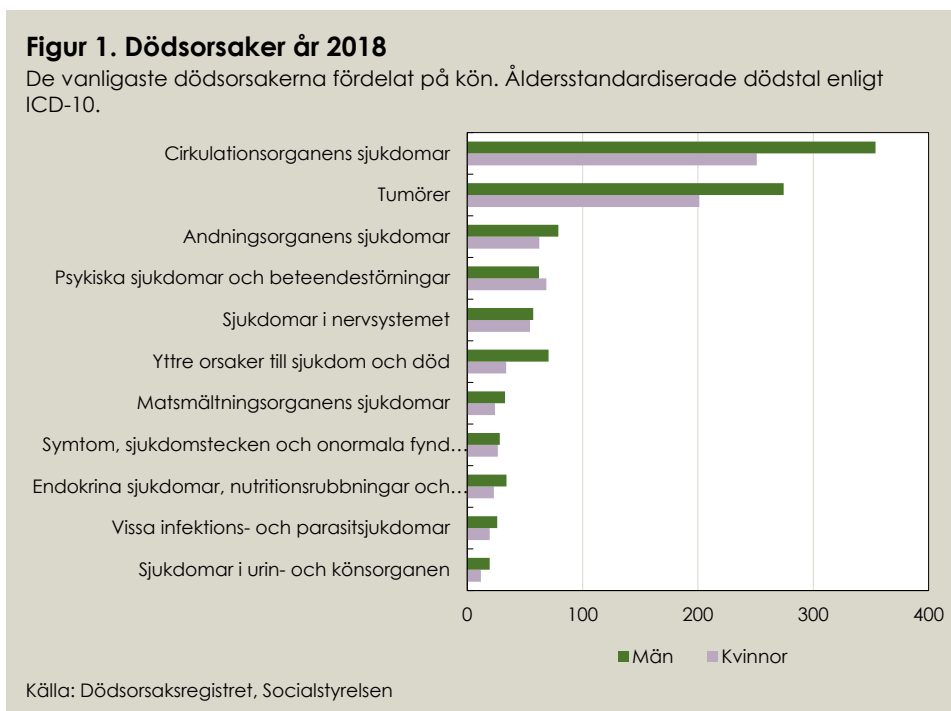
## Hälsans utveckling inom OECD

Sverige har jämfört med andra OECD-länder ett relativt gott hälsoutfall. I alla OECD-länder fortsätter dödsfallen i hjärtsjukdomar och stroke att minska medan fetma och diabetes fortsätter att öka. I många länder har det även skett en negativ utveckling av opioidrelaterade dödsfall. Sedan 2011 har dessa dödsfall ökat med 20 procent. Kanada, Estland och Sverige lyfts fram som länder med relativt höga opioidrelaterade dödsfall. År 2018 visar dock på en liten nedgång i Sverige jämfört med tidigare år.

Nästan en av tio vuxna anser sig ha dålig hälsa. Detta är delvis en återspiegling av bördan av kroniska sjukdomar, där nästan en tredjedel av alla vuxna lever med två eller flera kroniska tillstånd. Psykisk ohälsa är en annan viktig faktor, där ungefär en av två personer upplever ett psykiskt hälsoproblem under sin livstid. Hjärtattacker, stroke och andra cirkulationssjukdomar orsakar ungefär ett av tre dödsfall i OECD, och ett av fyra dödsfall är idag relaterade till cancer [3].

## Dödsorsaker i Sverige

År 2018 dog närmare 92 300 personer i Sverige. Av dessa var 46 800 kvinnor och 45 500 män. Hjärt- och kärlsjukdomar orsakade flest dödsfall, nästan 33 procent, följt av tumörer som stod för drygt 25 procent av dödsorsakerna. Figur 1 nedan visar de vanligaste dödsorsakerna fördelat på kön [4].





## Tre av fyra överlever en stroke

De senaste 15 åren har antalet personer som drabbas av stroke<sup>3</sup> minskat med 40 procent. År 2018 var det 25 500 personer som drabbades av stroke, varav 6 200 avled. Av de drabbade var 74 procent 70 år eller äldre [5].

Med hänsyn till skillnader i åldersstruktur och antal i befolkningen inträffar lite drygt 40 procent fler fall av stroke per 100 000 invånare bland män jämfört med bland kvinnor. Skillnaden mellan könen är mindre när det gäller dödlighet. År 2018 avled cirka 25 procent fler män än kvinnor med stroke som dödsorsak, med hänsyn taget till skillnader i åldersstruktur och antal i befolkningen. I absoluta tal dör dock fler kvinnor än män till följd av stroke.<sup>4</sup>

## Hjärtinfarkter minskar

Antalet hjärtinfarkter per invånare och år minskar stadigt. Under 2018 drabbades cirka 24 800 personer av akut hjärtinfarkt och 5 800 människor avled i hjärtinfarkt i Sverige. Antalet fall av hjärtinfarkt och dödlighet ökar kraftigt med stigande ålder. Det är fler män än kvinnor som insjuknar och dör i hjärtinfarkt. Skillnaden mellan könen har minskat över tid. År 2018 var den åldersstandardiserade incidensen och mortaliteten ungefär dubbelt så hög för män som för kvinnor.

Det inträffar fler fall av akut hjärtinfarkt bland personer med låg utbildningsnivå än bland personer med hög utbildningsnivå. Lägst var insjuknandet i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå med 113 insjuknanden per 100 000 invånare för kvinnor och 375 insjuknanden per 100 000 invånare för män. I gruppen med förgymnasial utbildningsnivå insjuknade 250 per 100 000 invånare av kvinnorna och 589 per 100 000 invånare av männen [6].

## Slutenvård vid skador och förgiftningar

Under 2018 var drygt 144 000 personer inskrivna på sjukhus på grund av en skadehändelse. Det motsvarar nästan 17 procent av samtliga som var inskrivna på sjukhus.<sup>5</sup> En svag minskning har skett för självsador<sup>6</sup> och våld<sup>7</sup> jämfört med 2017. Däremot har en viss ökning skett för olycksfall, främst fallolyckor och för komplikationer i vården.

Av de 96 000 personer som vårdas för olycksfall ses vissa skillnader mellan kvinnor och män, vilket framgår av figur 2 nedan. Av dem som vårdades för olycksfall år 2018 var 53 procent kvinnor och 47 procent män.

Av 10 olyckor är 7 en fallolycka. Det är en högre andel kvinnor, 58 procent, som vårdas för en fallolycka, jämfört med män där 42 procent vårdas för fallolycka.

<sup>3</sup> Statistiken om stroke omfattar både hjärninfarkt och hjärnblödning.

<sup>4</sup> Det beror på att äldre drabbas av stroke i betydligt högre utsträckning än yngre och att andelen kvinnor är högre i den äldre delen av befolkningen.

<sup>5</sup> Skadehändelserna omfattar cirka 96 000 personer som vårdats för olycksfall, 39 000 för komplikationer i vården, 6 600 för självskada och 1 500 som vårdats för våld.

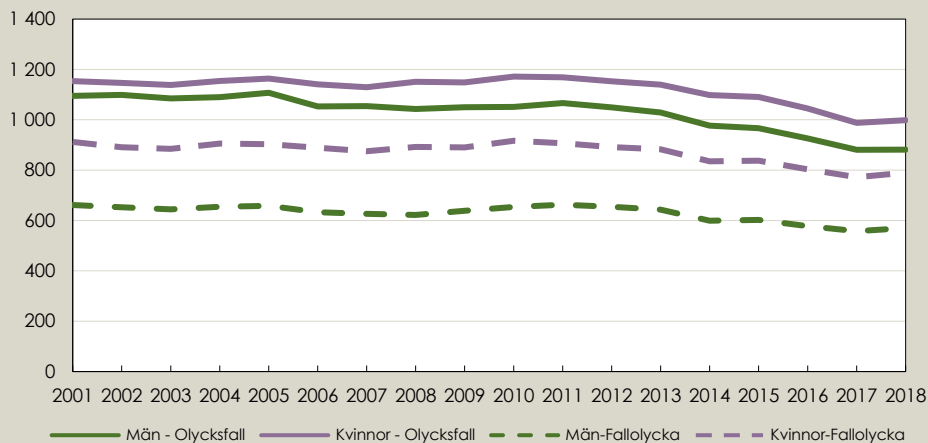
<sup>6</sup> Avsiktligt självdestruktiv handling.

<sup>7</sup> Övergripp av annan person.

**Figur 2. Utveckling samtliga olycksfall respektive fallolyckor, 2001–2018**

Andel personer som skrivits ut från sjukhus, fördelat på kön.

Antal/100 000 inv



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

## Allt färre vårdas på grund av våld

Under 2018 var 1 500 personer inskrivna på sjukhus till följd av våld.<sup>8</sup> Antalet som har slutenvårdats på grund av våld har nästan halverats de senaste tio åren.<sup>9</sup> Det är vanligast att män i åldersgruppen 15–24 år vårdas, men det är också i denna åldersgrupp som den största minskningen skett.

År 2018 var 6 600 personer inskrivna på sjukhus för självskada.<sup>10</sup> Det är vanligare att kvinnor vårdas för denna diagnos jämfört med män. Särskilt vanligt är det bland kvinnor i åldersgruppen 15–24 år. För de senaste åren ses en svag nedåtgående trend bland både kvinnor och män som vårdats på sjukhus efter självskada.

## Färre besök vid akutmottagningar

Under 2018 skedde cirka 1,9 miljoner besök vid akutmottagningar i Sverige.<sup>11</sup> Totalt sett var det en minskning av antalet besök, vilket figur 3 nedan visar. År 2018 gjordes 1,5 procent färre besök än året innan, vilket motsvarar 29 000 besök.

<sup>8</sup> Övergrep av annan person.

<sup>9</sup> Med hänsyn tagen till befolkningsökningen.

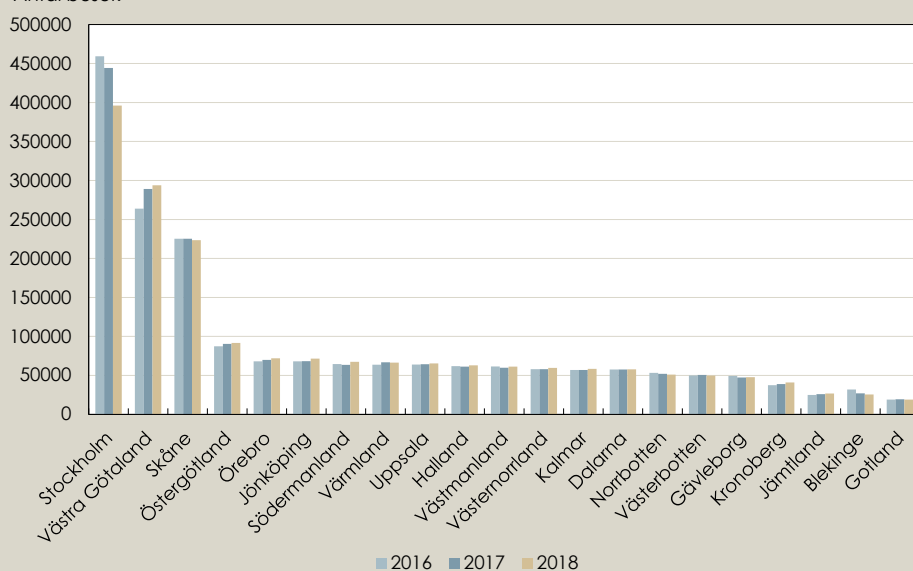
<sup>10</sup> Avsiktligt självdestruktiv handling.

<sup>11</sup> Patienter 19 år eller äldre.

**Figur 3. Antal besök på akutmottagningar 2016–2018**

Antal besök per region, 19 år och äldre.

Antal besök



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Störst minskning av antalet besök, 11 procent, har Region Stockholm.<sup>12</sup> En förklaring till minskningen kan vara Stockholms satsning på fler närakuter i primärvården. En annan tänkbar orsak kan vara att fler söker digital vård för mindre allvarliga tillstånd.

Samtidigt ökar den tid som patienter tillbringar på landets akutmottagningar. Bara hälften av patienterna får en läkarbedömning inom en knapp timme från att de anlänt till akutmottagningen<sup>13</sup>. Väntetiderna för läkarbedömning varierar mellan såväl sjukhus som mellan regioner. Region Norrbotten har kortast väntetid, med en medianväntetid på under 25 minuter.<sup>14</sup> Västra Götaland har längst väntetid, med en medianväntetid på mer än en timme och tolv minuter för läkarbedömning.

Hälften av besöken på akutmottagningarna 2018 varade längre än 3 timmar och 40 minuter.<sup>15</sup> Det är en ökning med 6 minuter jämfört med år 2017. Störst ökning finns i Region Stockholm där besöken ökade med 49 minuter till 9 timmar och 10 minuter.

Orsaker till att väntetiderna är fortsatt långa trots att antalet besök minskat kan handla om faktorer som arbetsorganisation, bemanning och vårdplatsituationen på sjukhuset.

## Stora skillnader i väntetider utifrån ålder och kön

Äldre patienter spenderar fortfarande längre tid på akutmottagningen än yngre patienter. Hälften av besöken för patienter i åldern 80 år eller äldre var mer än 4 timmar och 10 minuter långa. Det var drygt 40 minuter längre än för patienter i åldern 19–79 år.

<sup>12</sup> Det motsvarar 48 000 färre besök.

<sup>13</sup> Median för tid till läkarbedömning.

<sup>14</sup> Gäller vid alla sjukhus utom Sunderbyn.

<sup>15</sup> Median för total vistelsetid.

Kvinnor får i samtliga åldersgrupper vänta längre än män i samma ålder. Störst könsskillnader i vistelsetid har Södersjukhuset i Stockholm. Där är kvinnors medianvistelsetid 17–29 minuter<sup>16</sup> längre än för män [7].

---

<sup>16</sup> Beroende på vilken åldersgrupp som undersöks.

# Organisation och styrning

I detta kapitel presenteras arbetet med omställningen till en nära vård, kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, utvecklingen av huvudmännens kunskapsstyrning, kompetensförsörjning, bemanning och väntetider.

## Omställning till en nära vård pågår

För närvarande pågår en omställning i hälso- och sjukvården mot en mer nära vård. Målet är att patienter ska få en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård [8].

En utredning pågår för att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården behöver vården organiseras utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig, anser utredaren. Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov [9].

## Nära vård – inte bara primärvård

Primärvården utgör en kärna i den nära vården, men nära vård ska inte ses som en organisationsnivå utan är framför allt ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg<sup>17</sup>. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

I det utvecklingsarbete som pågår i många kommuner och regioner finns ett antal viktiga faktorer:

- samverkan mellan kommuner och regioner
- användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten
- satsning på utveckling av egenvård, särskilt för kroniskt sjuka patienter

<sup>17</sup> Närhet kan ha flera dimensioner som geografisk närhet, närhet i relationen mellan patient och professioner, med aktörer i civilsamhället samt närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning.

- att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och arbetar på nya sätt
- att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen
- satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar [8].

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tecknat en överenskommelse *God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019*. Överenskommelsen består av tre utvecklingsområden:

- omställning till god och nära vård
- förbättra och utveckla tillgängligheten i primärvården
- patientkontrakt och andra sätt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet [10].

## Plan för att stödja omställningen

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram en flerårig plan för hur myndigheten kan stödja omställningen mot en god och nära vård. Utgångspunkten för planen är den målbild och färdplan<sup>18</sup> som tagits fram av utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* (SOU 2018:39).

Socialstyrelsen har identifierat några viktiga utvecklingsområden från utredningens målbild och har gett förslag på insatser som myndigheten kan bidra med:

- god och nära vård
- samordnad vård och omsorg
- främja hälsa och förebygga ohälsa
- patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- primärvården i regionen är navet i vården och omsorgen
- kompetensförsörjning
- vision e-hälsa 2025.

Den strategiska planen omfattar all nära vård oavsett om det är kommunen eller regionen som är huvudman. De insatser som Socialstyrelsen föreslår i planen omfattar bland annat stöd till kunskapsbaserad vård med fokus på primärvård; juridiska stöd och andra stöd att utveckla samverkan mellan huvudmän och vårdgivare, analyser av hur digitaliseringen kan användas för att stödja en god och nära vård och stärka patientens delaktighet; stöd för att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Planen innehåller även förslag till insatser för att stärka kompetensförsörjningen i den nära vården och för att stödja genomförandet av vision e-hälsa. Vidare ingår i planen att utveckla data och uppföljning av en god och nära vård.

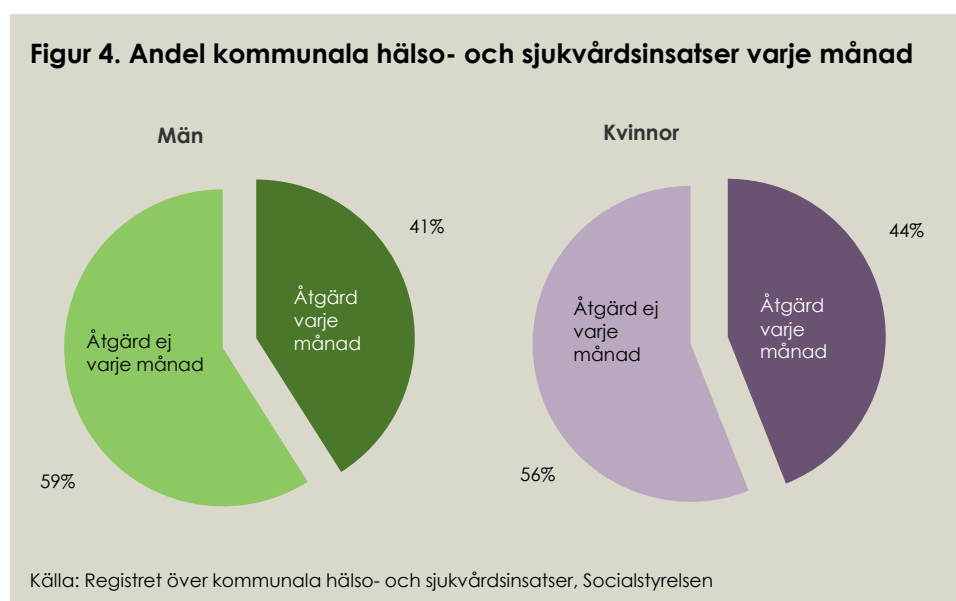
<sup>18</sup> Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Genomförandet kommer att kräva ett nära samarbete med SKR och partnerskapen för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården respektive inom socialtjänsten [11].

## Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

Under 2018 hade nästan 410 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.<sup>19</sup> Av dessa fick 43 procent insatser varje månad under året. Majoriteten av de som får insatser är 65 år eller äldre.

Av alla personer som fått kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser är det 43 procent som fått minst en åtgärd varje månad under 2018. Dessa var trogligtvis i behov av kontinuerlig vård. Andelen som fått minst en åtgärd varje månad är något högre för kvinnor jämfört med män, se figur 4 nedan.



## Äldre personer tar emot flest insatser

År 2018 var det 410 000 personer som mottog kommunal hälso- och sjukvård. Majoriteten, 340 000 personer, var 65 år eller äldre. Av dem var 60 procent kvinnor och 40 procent män. Kommunalt hälso- och sjukvård ges vanligtvis i ordinärt boende<sup>20</sup> och en viss del ges i särskilda boendeformer.<sup>21</sup> Sammantaget är det fler kvinnor än män i åldern 65 år eller äldre som får insatser och andelen som bor på särskilt boende är också högre bland kvinnor.

Antalet och andelen personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ökar generellt sett med stigande ålder. Av dem som är yngre än 65 år och

<sup>19</sup> Med kommunal hälso- och sjukvård avses den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för i särskilda boendeformer, dagverksamhet och daglig verksamhet. Därutöver erbjuds kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende, det vill säga hemsjukvård inom de kommuner som genom överenskommelser övertagit ansvaret från regionen. I den kommunala hälso- och sjukvården finansieras insatser utförda av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter av kommunen, vilket är de vanligast förekommande professionerna. Läkare finansieras av regionen.

<sup>20</sup> Hemsjukvård.

<sup>21</sup> Särskilda boendeformer kan vara följande: särskilt boende för äldre; permanent boende; korttidsplats; bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL) eller bostad med särskild service till vuxna enligt LSS.

som har kommunal hälso- och sjukvård ses en relativt jämn fördelning mellan könen: 34 900 kvinnor och 34 300 män fick insatser någon gång under 2018. Av dessa bodde 27 procent av kvinnorna, respektive 36 procent av männen på särskilt boende i bostad med särskild service för vuxna med LSS.

Socialstyrelsen anpassar nu insamlingen av uppgifter från den kommunala hälso- och sjukvården för att kunna beskriva vilka åtgärder som patienter får.

Det är få personer under 20 år som har kommunal hälso- och sjukvård. Orsakerna till detta kan vara flera, bland annat att vården till barn utförs som egenvård av till exempel vårdnadshavare, personal i förskola eller skola. Dessutom regleras fördelningen av ansvaret mellan respektive region och kommun i regionala och lokala överenskommelser. Detta innebär bland annat att kommunernas ansvar för hemsjukvård i vissa regioner inte omfattar barn och unga [12].

Läs mer om kommunal hälso- och sjukvård för barn i *Insatser och stöd om funktionsnedsättning – lägesrapport 2020*.

## Skillnader inom kommunal hälso- och sjukvård

Under 2019 presenterades den kommunala hälso- och sjukvården för första gången som en egen öppen jämförelse med totalt sju indikatorer.<sup>22</sup> Resultatet omfattar vård och omsorg vid demenssjukdom, diabetes, stroke och blåsdysfunktion.

Nästan hälften av kommunerna, 49 procent, kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom. Drygt hälften, 54 procent, erbjuder multiprofessionella demensteam vilket är en ökning med 13 procent jämfört med 2018. En fjärdedel av kommunerna kan erbjuda en sammanhållen vård och omsorg till personer med diabetes.

Den kommunala hälso- och sjukvården behöver utvecklas för att klara att svara mot de behov som finns av vårdinsatser i kommunerna. Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med att genomföra den åtgärdsplan för att stödja kommunal hälso- och sjukvård som myndigheten tog fram 2018 i samarbete med partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom socialtjänsten [13].

För ytterligare beskrivningar om öppna jämförelser inom kommunal hälso- och sjukvård, se *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020*.

## Nationell uppföljning av hälso- och sjukvård behöver utvecklas

Såväl Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som Socialstyrelsen har lämnat förslag på hur den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att bättre kunna följa vårdens kvalitet och jämlikhet.

Vårdanalys identifierar tre huvudsakliga kvalitetsområden som kan ingå i en nationell uppföljning av vården utifrån ett patient- och befolkningsperspektiv: gott hälsoutfall av vården; personcentrerad hälso- och sjukvård – att patienten blir sedd, respekterad och inkluderad; hälso- och sjukvårdens tillgänglighet [14].

<sup>22</sup> Socialstyrelsen presenterar resultat för sju indikatorer som bygger på uppgifter från kommunenkäten som skickades till kommunerna under februari-mars 2019. Indikatorerna belyser förutsättningar för kvalitet.



Socialstyrelsens förslag för hur uppföljningen av hälso- och sjukvården kan förbättras handlar bland annat om en mer anpassad rapportering, att uppföljningen av kostnads- och effektivitetsaspekter utvecklas, att beskrivning och uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård utvecklas, liksom att digital tillgång till data och visualisering av data utvecklas [15].

För närvarande pågår en utredning om en sammanhållen kunskapsstyrning där en av delarna av uppdraget handlar om att analysera och lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen [16].

## Nationellt system för kunskapsstyrning

Sveriges regioner etablerar med hjälp av SKR ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, för att nå en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstyrningens tre delar är enligt SKR:

- kunskapsstöd
- uppföljning och analys
- stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.

Största delen av arbetet inom kunskapsstyrningen sker i regionerna samt i landets sjukvårdsregioner, med stöd från SKR och i samverkan med staten och patient- och professionsföreningar. I dagsläget omfattar kunskapsstyrningssystemet regionerna. Arbetet pågår för att hitta samarbetsformer tillsammans med kommunerna [17].

## Partnerskap för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning<sup>23</sup> inom hälso- och sjukvård är en modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor. Utifrån myndigheternas och regionernas uppdrag säkerställs också ett effektivt samarbete och en tydlighet i vem som gör vad.

I partnerskapet ingår styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) samt respektive myndighet i Rådet för styrning med kunskap (Rådet). Rådet består av nio myndigheter varav sex är aktiva i partnerskapet: E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemiddelsförmånsverket (TLV).

---

<sup>23</sup> Med kunskapsstyrning menas att utveckla, sprida och använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte.

Det övergripande målet med partnerskapet är att samverka för en god vård, det vill säga att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. För att skapa förutsättningar för en god vård ska partnerskapet bidra till:

- ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ för behovsanpassad kunskapsutveckling
- att befintlig kunskap kan användas på ett effektivt sätt
- att resurserna i vården används på bästa sätt
- att bästa tillgängliga kunskap finns tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient för en vård av hög kvalitet.

Under 2019 har partnerskapet fokuserat på att ta fram en modell för behovs- och omvärldsanalys<sup>24</sup>, att säkerställa patientdelaktighet i kunskapsstyrningen, stöd till nationella utvecklingsarbeten rörande digitalisering samt tillfälliga regeringsuppdrag och satsningar [18].

## Huvudmannagruppen informerar Rådet om behov

Parallellt med rådet finns även Huvudmannagruppen som leds av Socialstyrelsens generaldirektör. Huvudmannagruppen består av 16 ledamöter, varav 6 företräder regionerna och 10 ledamöter företräder kommunerna. Huvudmannagruppen informerar rådet om områden där det finns behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och presenteras.

Under 2019 har rådet genomfört aktiviteter utifrån de prioriterade områden som Huvudmannagruppen har lyft. Ett exempel där Socialstyrelsen genomfört insatser är inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Beslut har tagits om en flerårig åtgärdsplan för hur myndigheten kan underlätta för kommunerna att erbjuda vård av god kvalitet och främja samverkan inom hälso- och sjukvårdssystemet. Planen har tagits fram i samarbete med de Regionala samverkans- och stödstrukturerna för socialtjänsten och SKR inom ramen för partnerskapet om stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Planen togs fram utifrån att huvudmännen uttryckt behov av ett stärkt stöd från myndigheten.

Rådet har därtill enats om aktiviteter som ska leda till förbättringar för äldre personer med psykisk ohälsa. Arbetet bygger bland annat på djupintervjuer med äldre och anhöriga om deras upplevelser av psykisk ohälsa samt behov av information. Läs mer om detta arbete i *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020*.

För att läsa mer om partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänstområdet, se *Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2020*.

## Kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Kompetensbehoven inom hälso- och sjukvård är nära kopplade till de förändringar, krav och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Under kommande år förväntas vårdbehoven öka till följd av en åldrande befolkning

<sup>24</sup> Den gemensamma modellen testas nu inom områden som barn och ungdomars hälsa respektive äldres hälsa.

och fler personer med kroniska sjukdomar. Kompetensförsörjningen är därmed fortsatt en av vårdens stora utmaningar.

Regionerna rapporterar om brist på många yrkesgrupper, trots att antalet sysselsatta i hälso- och sjukvården i förhållande till befolkningmängden har ökat över tid. Antalet anställda i regionerna har exempelvis ökat med cirka 7 procent (11 000 personer) de senaste fem åren [19, 20]. Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal är dessutom ojämnt fördelad över landet. Det är svårt att rekrytera personal till glesbygden. En annan utmaning är fortsatt höga sjukskrivningstal [21]. Trots att Sverige har en hög personaltäthet jämfört med många andra länder och antalet sysselsatta ökar, så sjunker produktiviteten i hälso- och sjukvården [22, 23].

Andra stora utmaningar för vården berör patientsäkerhet och fragmenterade vårdprocesser med bristande helhetsperspektiv utifrån patienten. Att möta de här utmaningarna kräver en väl fungerande planering av bemanningen, kontinuerlig kompetensutveckling och utveckling av effektivare arbetsätt [24].

Det förefaller inte vara någon flykt av medarbetare från vården. Ungefär nio av tio utbildade sjuksköterskor arbetar som sjuksköterska eller inom branschen vård och omsorg och andelen har endast förändrats marginellt under perioden 1996 till 2016 [25].

## Tillgången på personal

Antal legitimerade läkare per 100 000 invånare sysselsatta i hälso- och sjukvården ökade med fyra procent under perioden 2013–2017. Det relativa antalet legitimerade och sysselsatta sjuksköterskor<sup>25</sup> minskade med en procent under samma period, vilket framgår av figur 5 nedan. I majoriteten av länen var tillgången på sjuksköterskor jämn över tid. Detsamma gällde för läkare, men i åtta län<sup>26</sup> ökade det relativa antalet läkare med mer än fem procent 2013–2017. Samtliga län hade fler sjuksköterskor än läkare år 2017. I Stockholms län fanns det drygt dubbelt så många sjuksköterskor som läkare, medan Norrbottens län hade mer än fyra gånger så många sjuksköterskor som läkare [26].

---

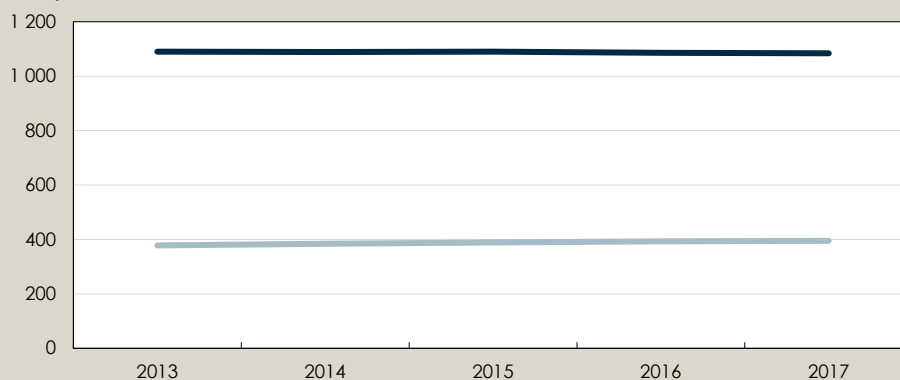
<sup>25</sup> Grund- och specialistutbildade.

<sup>26</sup> Östergötland, Jönköping, Gotland, Skåne, Västra Götaland, Örebro, Dalarna och Västerbotten.

**Figur 5. Legitimerade och sysselsatta läkare och sjuksköterskor\* 2013–2017**

Legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Antal/100 000 inv



\* Grund- och specialistutbildade sjuksköterskor

— Läkare

— Sjuksköterska

Källa: Socialstyrelsen

Det relativa antalet legitimerade och sysselsatta apotekare, audionomer, dietister, kiropraktorer, logopedier, psykologer och sjukhusfysiker ökade med mer än fem procent från 2013 till 2017. För receptarier märktes istället en minskning på mer än fem procent och resterande legitimationsyrken uppvisade en relativt jämn nivå<sup>27</sup> i tillgång under samma period [27].

Fler kvinnor än män är legitimerade och sysselsatta inom de flesta legitimationsyrkena inom hälso- och sjukvården. Undantagen är kiropraktorer, läkare, naprapater, ortopedingenjörer och sjukhusfysiker, där majoriteten är män.

Samtliga 21 regioner bedömer att de har brist på specialistsjuksköterskor och 20 regioner rapporterar om brist på grundutbildade sjuksköterskor. Andra yrken som det bedöms råda brist på i stor utsträckning är psykologer, specialistläkare och biomedicinska analytiker samt barnmorskor [28, 29].

För att läsa mer om tillgång till tandvårdspersonal se kapitlet om tandvård och munhälsa.

## Hälso- och sjukvårdsutbildningarna utvecklas

En förutsättning för vårdens kompetensförsörjning är ett bra utbud av hälso- och sjukvårdsutbildningar. Utbildningarna behöver kontinuerligt utvecklas i linje med hälso- och sjukvårdens behov. Det är en utmaning att förena lärosätenas nationella ansvar för utbud och dimensionering av utbildningar med hälso- och sjukvårdens regionala och lokala behov av olika högskoleutbildade yrkesgrupper [30].

Förändringar i utbildningarna till specialistsjuksköterska, barnmorska och röntgensjuksköterska har föreslagits i *Framtidens specialistsjuksköterska* (SOU 2018:77). Dessa förslag har under 2019 varit på remiss. I *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20) lämnades i april 2019 förslag om att en skyddad yrkestitel införs för undersköterskor, i syfte att stärka kompetensen för denna yrkesgrupp. Förslagen föreslås träda i kraft 1 januari 2025.

<sup>27</sup> Ökade eller minskade mellan noll och fem procent.

Den 1 juli 2019 infördes legitimation för hälso- och sjukvårdskurator. Läkarexamen utökas från 5,5 till 6 år, med nya och reviderade nationella examensmål. Den nya läkarexamen tillämpas på utbildningar som startar efter 30 juni 2021 och examen blir då legitimationsgrundande. Den nuvarande allmäntjänstgöringen (AT) efter läkarexamen för att få legitimation tas bort. Dessutom införs från 1 juli 2020 att läkarnas specialiseringstjänstgöring ska inledas med en fristående obligatorisk första del, bastjänstgöring (BT)<sup>28</sup>. Socialstyrelsen kommer att ta fram föreskrifter för läkarnas specialiseringstjänstgöring och kommer att pröva och besluta om intyg för bastjänstgöring.

## Kompetensbehov för en nära vård

Kompetensförsörjningen är också en viktig del av utvecklingen mot en mer nära vård. Det finns behov av fler allmänläkare och distriktssköterskor kommer att ha en viktig roll i utvecklingen. Fler geriatriker, psykologer, arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, barnmorskor och barnsjuksköterskor kommer att behövas för ett utökat uppdrag för primärvården [31].

Den kommunala hemsjukvården omfattar alltfler äldre med komplexa vårdbehov och alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser, bland annat till följd av att patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen och att de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat [32]. Det ställer krav på personalresurser och kompetens. Dessutom är behoven av samordnade insatser från flera utförare vanliga, vilket medför krav på samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst och regioner.

Digitaliseringen av vården innebär också stora möjligheter. Det kan komma att krävas förändringar av arbetssätt och nya kompetenser för att dra nytta av digitaliseringen [33, 34]. Läs mer om detta i kapitlet om e-hälsa och digitalisering.

## Ett nationellt vårdkompetensråd har inrättats

Den 1 januari 2020 inrättades det Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen, ett nationellt samverkansråd för kompetensförsörjning av personal i hälso- och sjukvården. Syftet är att stärka samverkan om kompetensförsörjningen mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor och övriga berörda aktörer. Syftet är också att säkerställa en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ansvarar, i samråd med Universitetskanslersämbetet (UKÄ), för planering och organisering av rådets arbete och för att varje år redovisa rådets vidtagna åtgärder till regeringen.

Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården, genom att bland annat göra samlade bedömningar av framtidens kompetensförsörjningsbehov.<sup>29</sup> Nationella vårdkompetensrådet ska även stödja och främja samverkan om kompetensförsörjningen mellan huvudmännen och lärosäten på regional nivå [30].

<sup>28</sup> BT ska vara en strukturerad introduktion till svensk hälso- och sjukvård och ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt vid specialisering för alla läkare, oavsett från vilket land personen har sin läkarexamen.

<sup>29</sup> Det nationella rådets uppdrag inriktas initialt på professioner som kräver högskoleutbildning.

## Förbättrade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven

En förutsättning för att kunna effektivisera kompetensförsörjningen är tillgång till förbättrade kunskapsunderlag som statistik, prognoser och behovsanalyser [30]. Socialstyrelsen och UKÄ har utvecklat statistikbaserade flöden från utbildning till etablering på arbetsmarknaden för ett urval yrkesgrupper [35-37]. Dessa har bland annat visat att ungefär hälften av alla examinerade sjuksköterskor påbörjar studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Cirka 80 procent av dessa tar en examen. Av de specialistexaminerade är 90 procent etablerade på arbetsmarknaden ett år efter examen [37].

En särskilt anpassad prognosmodell för hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå har utvecklats i samarbete mellan Socialstyrelsen, UKÄ och SCB.

## Regionernas åtgärder för att stärka kompetensförsörjningen

Det finns mycket som kommuner och regioner kan göra för att stärka kompetensförsörjningen. Det handlar bland annat om att utnyttja tekniken bättre och skapa bra möjligheter till löne- och karriärutveckling. Det handlar också om att utveckla arbetsorganisationer samt skapa förutsättningar för att fler medarbetare ska kunna arbeta heltid och fler år i yrkeslivet [38].

Socialstyrelsen har följt upp regionernas arbete inom ramen för överenskommelserna om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården om förutsättningar för vårdens medarbetare. Uppföljningarna visar att regionernas utvecklingsarbete sker utifrån regionala strategier inriktade på digitalisering och kompetensförsörjning samt på ”framtidens hälso- och sjukvård” med fokus på att etablera en nära, personcentrerad och samordnad vård [34].

Regionerna arbetar med en mängd olika åtgärder för att attrahera, rekrytera, introducera, utveckla och behålla medarbetare. Några exempel är förbättrade introduktionsprogram och handledning, praktik och språkstöd till utlandsutbildade, införanden av karriärutvecklingsmodeller och åtgärder för att minska andelen inhyrd personal.

Insatserna som regionerna genomför bidrar till att förbättra förutsättningarna för att öka andelen tid för patientnära arbete genom olika typer av uppgiftsväxling, där arbetsuppgifter skiftas mellan yrkeskategorier. Flertalet regioner redovisar positiva resultat av detta, såsom att arbetstid har frigjorts och att arbetsmiljön har förbättrats [34].

En del av professionsmiljardens medel har varit avsatta för att ge möjlighet till grundutbildade sjuksköterskor att specialistutbilda sig. Regionerna har använt dessa medel till att bevilja fler medarbetare ersättning för studier och att höja ersättningen. Dessa medel har hittills inte inneburit att antalet som studerar till specialistsjuksköterska har ökat jämfört med tidigare år [34].

Staten och SKR har under 2019 slutit en ny överenskommelse för ytterligare satsning på 3,3 miljarder till vårdens medarbetare.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Även inom ramen för överenskommelsen om en nära vård kan medel användas för att säkra kompetensförsörjningen för den nära vården.

### *Regionerna fortsätter använda inhyrd personal*

Regionerna har under 2016–2019 i samarbete med SKR arbetat med en handlingsplan och åtgärder för att uppnå ett oberoende av inhyrd personal. Syftet är att främja trygga vårdkontakter med god kontinuitet och kvalitet, god arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. Projektet utvärderades 2019, men det gemensamma arbetet fortsätter [39].

De totala kostnaderna för inhyrd personal har fortsatt att öka, från 3,9 miljarder 2015 till 5,6 miljarder 2019. Kostnadsökningstakten har fortsatt minska något och var 3,4 procent under 2019, jämfört med 4 procent för 2018 och 17 procent under 2016 [40].

Kostnaden för inhyrd personal i förhållande till egen personal var 3,8 procent 2019, vilket var ett oförändrat resultat jämfört med 2018. De regioner som har högre andel av kostnader för hyrpersonal är i stor utsträckning regioner med mycket glesbygd.

Tolv regioner minskade sina hyrkostnaders andel av de egna personalkostnaderna 2019 jämfört med 2018. Den största kostnadsminskningen har skett inom primärvården.

Följande åtgärder har flest regioner rapporterat ha gett positivt resultat för att minska inhyrningen:

- utbildningstjänster med lön under specialistutbildning för sjuksköterskor
- fler AT- och ST-tjänster
- utveckling av nya arbetssätt, arbetsflöden, och schemamodeller
- tillskapande av interna bemanningspooler
- lönetillägg och bonusar för att öka attraktiviteten för egna medarbetare.
- marknadsföring och rekrytering

Den generella åtgärd som haft störst effekt har varit en tydlig ledning, styrning och uppföljning med gemensamt ansvarstagande, såväl nationellt som i regionerna [39].

### Förslag på åtgärder för att minska användningen av inhyrd personal

Utredningen *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42) har lämnat flera förslag som handlar om att säkra patientsäkerheten vid användning av inhyrd personal och dels om att förbättra kvaliteten i regionernas upphandling av bemanningstjänster.

Utredningen föreslår bland annat att Upphandlingsmyndigheten får fler uppdrag om att tydliggöra ansvarsförhållanden vid olika anställningsförhållanden och att ta fram en vägledning för bättre upphandling av inhyrd personal i hälso- och sjukvården. Regionerna rekommenderas också att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster och SKR rekommenderas att kartlägga regionernas modeller för upphandlingar för att möjliggöra lärande.

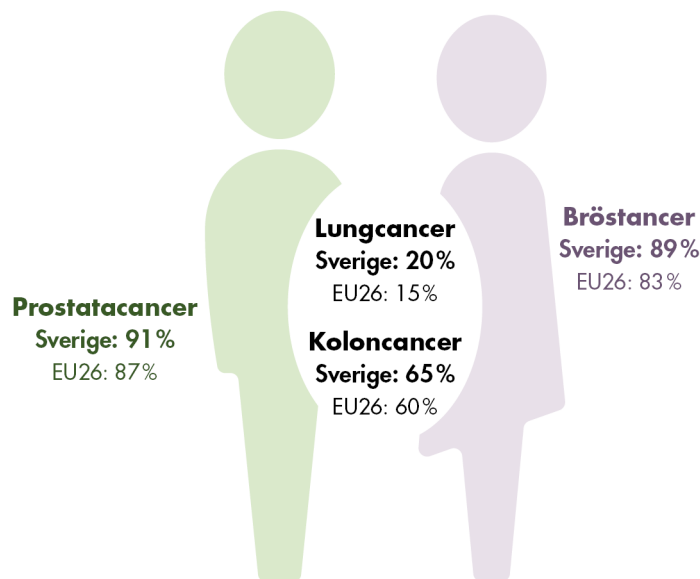
# Cancersjukdomar

I detta kapitel redovisas utvecklingen när det gäller cancersjukdomar. Dels redovisas skillnader i Europa, insjuknande och dödlighet i Sverige, dels utvecklingen av satsningen på standardiserade vårdförlopp.

## Skillnader i sjukdomsburda mellan länder

Det finns stora skillnader när det gäller sjukdomsburda, kostnader och patienternas tillgång till nya cancerläkemedel i Europa. I Sverige orsakar cancer näst flest dödsfall efter kardiovaskulära sjukdomar, vilket är samstämmigt med övriga Europa. Antalet nya cancerfall ökade mellan 1995 och 2018, men räknat per capita är antalet i Sverige 2018 något lägre än för Europas genomsnitt [41].

Överlevnaden efter en cancerdiagnos är hög i en internationell jämförelse. Femårsöverlevnaden för bröstcancer är till exempel 89 procent i Sverige, jämfört med 83 procent i övriga EU [2].



Canceröverlevnad i Sverige jämfört med övriga EU-länder

Källa: CONCORD programme. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Datan refererar till personer som diagnostiserats mellan 2010 och 2014.

I Sverige är det en mindre andel av de totala hälso- och sjukvårdkostnaderna som läggs på cancer (4 procent) jämfört med Europa (6 procent), men hälso- och sjukvårdkostnader utgör en något större andel av BNP i Sverige (11 procent) än i Europa (10 procent).

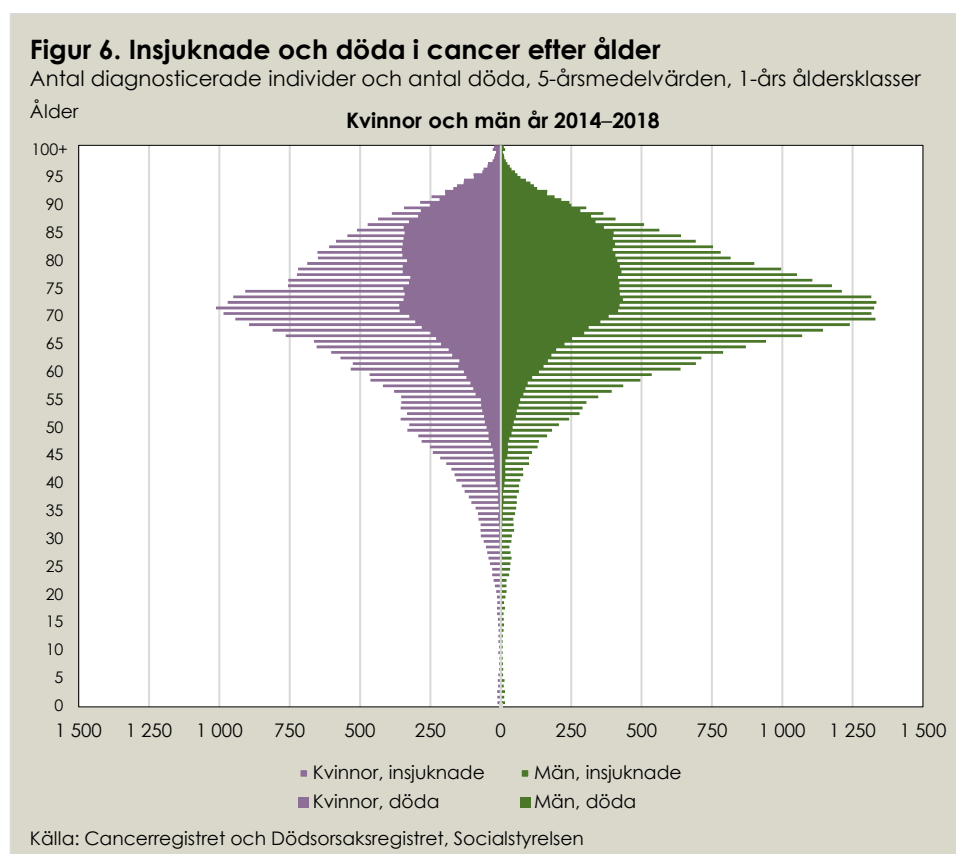
Tillgång till och användning av nya cancerläkemedel är förhållandevis hög i Sverige, men lägre jämfört med länder som Frankrike, Schweiz, Tyskland



och Österrike. Användning av läkemedel för immunterapi<sup>31</sup> är dock något lägre. Här hamnar Sverige på en tolfte plats i Europa [41].

## Insjuknandet ökar medan dödlighet minskar

År 2018 insjuknade 63 000 personer i cancer i Sverige [42]. Det är betydligt fler som insjuknar än som dör i cancer. Medan insjuknande i cancer ökar så ses en långsamt minskad dödlighet justerat för ålder. Andelen med cancer som underliggande dödsorsak har ändå ökat de senaste decennierna.<sup>32</sup> Över en fjärdedel, 25,9 procent, av alla som dog under perioden 2014–2018 hade cancer som underliggande dödsorsak<sup>33</sup>. Motsvarande siffra 15 år tidigare<sup>34</sup>, var 23,6 procent. Risken för insjuknande och död i cancer ökar med stigande ålder. Den vanligaste åldern vid insjuknande i cancer är drygt 70 år. Vanligaste åldrarna att dö i cancer är 70–85 år. De flesta dödsfall med cancer som underliggande dödsorsak inträffar mellan 70 och 85 års ålder [43]. Figur 6 nedan visar insjuknade och döda i 1-årsklasser.



Den vanligaste cancerformen bland kvinnor är bröstcancer och bland män prostatacancer. Under 2018 fick drygt 7 800 kvinnor en bröstcancerdiagnos

<sup>31</sup> Den senaste typen av behandling av flera olika cancertyper.

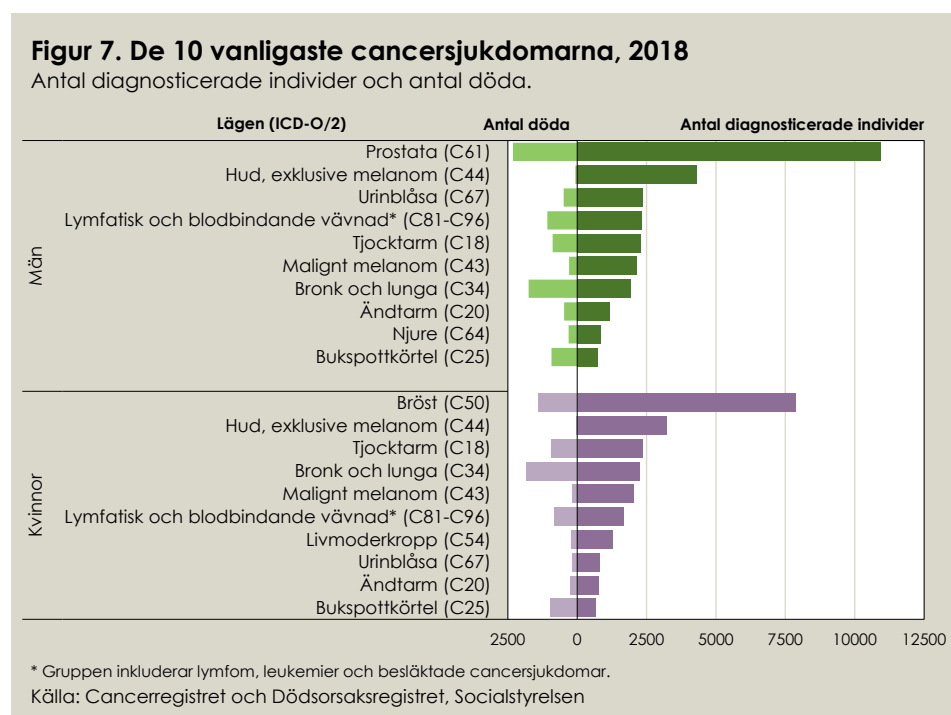
<sup>32</sup> Det beror på att dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskar mycket snabbare.

<sup>33</sup> I Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

<sup>34</sup> Perioden 1999–2003.

och 1 400 kvinnor avled med bröstcancer som underliggande dödsorsak. Bland män var det cirka 10 900 män som diagnosticerades med prostatacancer år 2018 och drygt 2 300 dog i diagnosen detta år.

Lungcancer är den cancerform som orsakade flest dödsfall bland kvinnor, drygt 1 800 kvinnor dog under 2018. Ungefär lika många män dog i lungcancer. Figur 7 nedan visar antal insjuknade och döda i de 10 vanligaste cancerformerna 2018.



## Tio år sedan den nationella cancerstrategin

För tio år sedan antog regeringen en nationell cancerstrategi. Syftet var och är att få en mer sammanhållen och effektiv cancervård. Fem övergripande mål föreslogs:

- minska risken för insjuknande i cancer
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet, utifrån ett tydligt patientperspektiv
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
- minska regionala skillnader i överlevnadstid
- minska skillnader mellan olika befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Ett av alla de förslag som regeringen beslutade att stödja i samverkan med SKR<sup>35</sup> var inrättandet av sex regionala cancercentrum (RCC). RCC är regionernas organisation för kunskapsstyrning på cancerområdet och utgör ett nationellt programområde (NPO). RCC arbetar för att skapa en mer patientfokuserad, jämlik och tillgänglig cancervård. Nationell samverkan sker genom Regionala cancercentrum i samverkan. Nyligen presenterades en gemensam inriktning för svensk cancervård 2020–2022 med gemensamma mål och aktiviteter för tio utvecklingsområden:

- prevention och tidig upptäckt
- rehabilitering, uppföljning och palliativ vård
- sammanhållna och effektiva vårdprocesser
- kompetensförsörjning
- kunskapsstyrning
- patientinformation
- ledning och styrning
- patienter och närstående
- forskning och innovation
- barn och unga.

Hittills har Regionala cancercentrum i samverkan genomfört många utvecklingsarbeten, till exempel finns nu ett stort antal nationella vårdprogram, vägledningar och standardiserade vårdförlopp [44].

Regeringen och SKR har tagit fram en överenskommelse om kortare väntetider i cancervården. För 2020 avsätter regeringen 447 000 000 kronor för en jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider.

## Kortare väntetider och nöjdare patienter

Regeringens satsning på standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården har syftat till att bidra till kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård [45].

Av diagnoser som berör stora patientgrupper har väntetiderna kortats mest för prostatacancer samt för cancer i urinblåsa och övre urinvägar. För dessa cancerformer är det samtidigt fortfarande långt kvar till de uppsatta målen för start av behandling.

För några diagnoser som från början låg närmare de uppsatta målen, bland annat lungcancer och tjock- och ändtarmscancer, har väntetiderna kortats mer måttligt. För bukspottkörtelcancer och hjärntumör har väntetiderna däremot blivit något längre under satsningen.

## Förutsättningarna för jämlik cancervård har stärkts

Patienterna är nöjda med de kortare utredningstiderna men det finns flera områden som kan utvecklas, till exempel frågor om delaktighet och inflytande. Det arbete som pågår nationellt med att införa elektronisk vårdplan kommer förmodligen att bidra till en positiv utveckling när det gäller att stärka patientens ställning [45].

---

<sup>35</sup> Dävarande SKL.

Socialstyrelsens bedömning är även att förutsättningarna för likvärdiga bedömningar av vilka patienter som bör remitteras till snabb cancerutredning har ökat, tack vare nationella och enhetliga beskrivningar.

Det vårdförlopp som riktas mot patienter med ospecifika och allvarliga symtom verkar särskilt gynna patienter som tidigare har haft svårt att komma in i vården och i stället skickats runt mellan olika verksamheter. Antalet återremitteringar från specialistvården till primärvården minskade dessutom, liksom tiden från patientens första kontakt med vården fram till diagnos.

Patientens behov av samordning och kontinuitet tillgodoses bättre nu än före satsningen. Den enkät som har utvecklats i syfte att följa patientens uppfattning om vården används allt mer av verksamheterna i deras förbättringsarbete [45].

## Primärvårdens roll vid utredning har tydliggjorts

Primärvårdens roll i samband med utredning och diagnostik av allvarlig sjukdom har tydliggjorts genom satsningen på SVF. I flera regioner är det vanligt med hyrläkare och stafettläkare inom primärvården, och det har varit en utmaning att inkludera dem i aktiviteter som rör SVF. Regionala cancercentrum (RCC) och regionerna har allt mer kommunicerat och utvecklat samverkan med primärvården. Ett intensifierat samarbete mellan specialistvård och primärvård är fortsatt angeläget.

Det är också fortsatt viktigt att det skapas utrymme för lärande och lokala anpassningar framöver, för att arbetsätten ska integreras i verksamheter och blir långsiktigt hållbara. Sammantaget har arbetet med SVF fortsatt goda förutsättningar att bidra till en ännu mer integrerad och sammanhållen cancervård [45].

## SVF:s arbetssätt kan även tillämpas inom andra vårdområden

Satsningen på SVF har bidragit till en viktig utveckling av processer och rutiner som även kan komma andra vårdområden till del. Den parallella utvecklingen av diagnostiska centrum verkar ha korsbefruktat satsningens ambition om kortare väntetider vid misstanke på cancer med tidig diagnostisering av andra stora sjukdomsgrupper. Den sammantagna utvecklingen bör kunna leda till kortare väntetider för fler patientgrupper som sökt vård för symtom som kan vara tecken på allvarlig sjukdom [45].

## Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Regeringen och SKR har tecknat en överenskommelse i syfte att ta fram vårdförlopp för nya sjukdomsområden. Dessa vårdförlopp kallas numera för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.<sup>36</sup>

Under 2019 påbörjades arbetet för att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande tio sjukdomsområden: reumatoid artrit, schizofreni<sup>37</sup>, stroke och TIA, hjärtsvikt, kritisk benischemi, höftledsartros,

<sup>36</sup> Vårdförloppen ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

<sup>37</sup> Förstagångsinsjuknande.

KOL, osteoporos, sepsis samt utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Under 2020 ska minst fem av dessa vårdförlopp implementeras. Vidare ska personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för fler sjukdomsområden tas fram. Psykiatriska diagnoser är ett prioriterat område. Införande av dessa vårdförlopp kommer påbörjas under 2021 [46].

I vårdförloppen ska patientkontrakt tillämpas. Patientkontrakten ska vara en överenskommelse mellan patienten och vården och omfatta en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgsinsatser. Syftet är att stärka patientens delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering.

## Ojämlig cancervård

Vårdanalys har analyserat jämlikheten i delar av den svenska cancervården, utifrån kön, födelse-land, civilstånd, utbildningsgrupp och regioner. Analysen omfattar fem cancerformer: lunga, tjocktarm, ändtarm, bröst och prostata. Deras slutsats är bland annat att cancer upptäcks oftare i ett tidigt stadium bland personer med eftergymnasial utbildning än bland dem med kortare utbildning. När det finns nationellt rekommenderade screeningprogram<sup>38</sup> är det ett viktigt instrument för att upptäcka fler cancerfall tidigt [47].

I vilket skede cancer upptäcks skiljer sig mellan olika regioner. Det går inte att utesluta att tillgängligheten till hälso- och sjukvården skiljer sig mellan regionerna och är en bidragande faktor. Det kan exempelvis handla om avstånd till vård, primärvårdens förutsättningar att upptäcka cancer tidigt och informationen till patienter om symptom att vara uppmärksam på. Regionala skillnader i screeningdeltagande<sup>39</sup>, screeningverksamhet<sup>40</sup> och tillgång till PSA-testning<sup>41</sup> kan också bidra.

Det finns stora omotiverade skillnader i vård och behandling av cancersjuka mellan regionerna. Det finns även vissa omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper i vård och behandling.

För alla fem cancerformer finns det omotiverade skillnader mellan patienter med olika civilstånd, där personer som inte är gifta missgynnas. Ofta är de omotiverade skillnaderna utifrån civilstånd större än skillnaderna mellan socioekonomiska grupper. I en del fall finns också skillnader utifrån födelse-land.

Män väntar oftare längre än kvinnor på behandling för tjocktarmscancer. Inom bröstcancer finns en omotiverad skillnad i att kvinnor med lägre utbildning väntar längst till start av behandling. Även om analysen visar vissa omotiverade skillnader i vård och behandling där patienter med lägre utbildning missgynnas, tyder resultaten på att de skillnader i överlevnad som finns mellan utbildningsgrupper är kopplade till faktorer utanför själva behandlingen och vården av cancersjuka.

Utifrån resultatet rekommenderar Vårdanalys bland annat att regeringen och regionerna stärker det förebyggande arbetet för att minska insjuknande och öka möjligheterna till goda behandlingsresultat [47].

<sup>38</sup> Vilket det bland annat gör för bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer.

<sup>39</sup> Bröstcancer.

<sup>40</sup> Tjock-och ändtarmscancer.

<sup>41</sup> Prostatacancer.

## Flera uppdrag inom cancerområdet

Socialstyrelsen har för närvarande flera uppdrag som rör cancerområdet, bland annat ett som handlar om att genomföra fördjupad analys av cancersjukdomars utveckling och cancerdödlighet samt fördjupade analyser av faktorer som kan påverkas vid cancer, såsom tillgång till vård.

Myndigheten ansvarar även för den årliga uppföljningen av Regionala cancercentrums användande av statsbidrag. Vartannat år ska Socialstyrelsen även ge förslag om hur verksamheten kan utvecklas. Detta kommer att redovisas senast den 30 september 2021. För närvarande pågår även ett uppdrag gällande cancerrehabilitering. Detta kommer att redovisas senast den 31 maj 2022.

# Digitalisering och e-hälsa

I detta kapitel redovisas utvecklingen av digitala vårdtjänster, utmaningar med digitalisering i kommuner och regioner och arbetet inom Vision e-hälsa 2025.

## Användandet av digitala tjänster i befolkningen

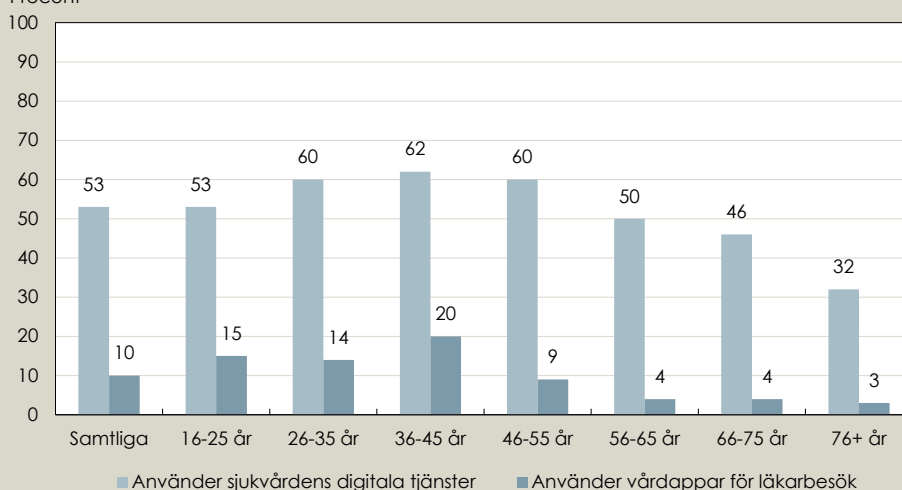
Enligt OECD är Sverige ett av världens ledande länder när det gäller digitalisering och Sverige har mindre klyftor digitalt jämfört med många länder.

Överlag anser majoriteten av befolkningen i Sverige att digitala samhällstjänster underlättar för dem i deras vardag. Bland sjukvårdens e-tjänster är vårdappar som ersätter läkarbesök det som omskrivs mest, men det är inte den tjänst som används flitigast. Hittills är det bara 1 av 10 i befolkningen som har använt en sådan tjänst, medan sjukvårdens andra e-tjänster som exempelvis tidsbokning online till fysiska läkarbesök nyttjas av drygt 5 av 10 medborgare. Detta framgår av figur 8 nedan [48].

**Figur 8. Andel av befolkningen som använder sjukvårdens digitala tjänster respektive vårdappar för läkarbesök år 2019**

Åldersfördelning, personer 16 år och äldre.

Procent



Källa: Internetstiftelsen, Svenskarna och Internet 2019

Det är idag mycket vanligt att söka efter hälsoinformation och medicinsk information på nätet. Drygt 82 procent av befolkningen över 16 år gör detta. Det har skett en snabb ökning de senaste fem åren. År 2014 var det 60 procent av alla över 16 år som sökte efter sådan information på nätet.

Av dem över 16 år har 53 procent bokat tid i sjukvården, fått remiss eller läst provsvar på nätet. Tio procent har valt att använda sig av en vårdapp

istället för att besöka hälso- och sjukvården. Det finns samtidigt stora skillnader i användandet av digitala vårdtjänster mellan olika grupper. Något fler kvinnor än män använder de digitala tjänsterna för hälso- och sjukvård. Äldre, personer med kort utbildning och låginkomsttagare använder i mindre grad dessa tjänster.

## Att kunna följa patientens väg genom vården

En genomgång av regionernas möjligheter att följa patientens väg genom vården har visat att det finns förutsättningar för att koppla ihop vårdhändelser inom delar av en process. Däremot har inte något av de informationssystem som används idag möjlighet att följa patienten över vårdgivargränser varken inom eller mellan regionerna [49].

För att kunna följa patientens väg genom vården och för att möjliggöra för vårdpersonalen att arbeta i en sömlös it-miljö behövs en infrastruktur med beslutsstöd och kunskapsstöd i vårdinformationssystemen. Detta innefattar en gemensamt överenskommen nationell informationsstruktur med standardiserade begrepp och termer, nationella kodverk samt en terminologitjänst. Därutöver handlar det om att skapa standardiserade vårdprocesser, att implementera ett mer processororienterat arbetssätt med patienten i centrum samt om en större tydlighet i lagstiftningen.

Det behövs ett starkt och effektivt nationellt samarbete för att tillgodose de förutsättningar som krävs för att följa patientens väg genom vården. Det pågående arbetet inom Vision e-hälsa 2025 samt det partnerskap som ingåtts mellan myndigheter i rådet för styrning med kunskap och regioners system för kunskapsstyrning, kommer att ha en viktig roll i detta.

## Digitala vårdtjänster och AI

Socialstyrelsen har kartlagt omfattningen av och inriktningen på användningen av artificiell intelligens (AI) inom hälso- och sjukvården [33].

Inom hälso- och sjukvård är AI ännu i ett tidigt utvecklingsstadium, det pågår mycket forskning men det finns ett begränsat antal applikationer i drift. AI-stöd används i dagsläget framförallt inom anamnes, diagnos och beslutsstöd. Det handlar om radiologi, kardiologi, digital patologi, gastroenterologi och laboratorieanalys. Andra områden där AI kommer till användning är monitorering och telemedicin. Där handlar det om fjärrövervakning av patienter med hjärtsvikt, digital vård i hemmet och fallprevention med hjälp av sensorer samt medicineringsboxar som ger patienten påminnelser om att det är dags att ta sin medicin och loggar uttaget.

Flera av AI-stöden som är i drift i dag samt de forskningsprojekt som pågår har inriktning mot effektivisering i hälso- och sjukvården. Maskininlärning kräver dock stora datamängder och stora investeringar för att ekonomiska vinster ska kunna påvisas. De mer avgörande ekonomiska effekterna av AI kommer att bero på samtidiga organisatoriska förändringar.

Det pågår arbete både i Sverige och internationellt om etiska frågor i relation till utveckling och användande av artificiell intelligens. Bland annat har EU-kommissionen under 2019 tagit fram riktlinjer för arbetet med AI.

I användandet av stora datamängder i forskningen och utvecklingen av AI är det av vikt att data är anpassad för målgruppen för AI-stödet. Om det finns



felaktigheter i dataunderlaget i form av skev könsfördelning, ålder, etnicitet med mera riskerar AI-stödet att ge fel utfall i en annan kontext varvid personalen kan komma att dra felaktiga slutsatser.

## Ordinerad egenvård

Idag finns det flera olika aktörer som erbjuder digitala tjänster för ordinerad egenvård<sup>42</sup> och hemmonitorering [50]. När det gäller patienter med kroniska sjukdomar handlar det ofta om delar av specialistvård som kan utföras av patienten själv utanför sjukhuset, så kallad specialiserad egenvård. Exempel på digitala tjänster för ordinerad egenvård kan vara en:

- våg med kopplad programvara som hjälper hjärtsviktpatienter till rätt läkemedelsdosering
- digital tjänst för astmapatienter för att mäta lungfunktion med syfte att förbättra astmakontroll, lungfunktion och medicinering
- digital glukosmätare som hjälper diabetespatienter till korrekt medicinering.

Samtliga regioner har någon form av digitaliseringsstrategi som övergripande beskriver digitalisering inom hälso- och sjukvård, där digitala tjänster och produkter till patienter med kroniska sjukdomar ingår. Ungefär en tredjedel av regionerna har beslutade handlingsplaner som innefattar införande av digitala produkter och tjänster till patienter med kroniska sjukdomar.

Flera regioner planerar för eller har pågående pilotprojekt för att testa digitala produkter eller tjänster för patienter med kroniska sjukdomar såsom exempelvis kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Denna typ av tjänster har även införts i begränsad omfattning i vissa regioner [50].

## Digitala stöd i cancervården

Vårdanalys har analyserat hur digital teknik kan användas inom cancervården. De konstaterar att patienter och vårdpersonal uttrycker behov av digitala stöd som är generella, och inte diagnosspecifika för cancervården. Behoven av stöd är dessutom mer grundläggande än den artificiella intelligens (AI) som idag ofta förekommer i debatten. Både patienter och vårdpersonal har behov av en sammanhållen och tillgänglig vårdinformationsmiljö som omfattar digitala stöd som hanterar information om patienten, administrativ information, beslutsstöd, rådgivande stöd och kommunikationsstöd i vårdprocessen. Patienterna uttrycker behov av digital teknik som kan bidra till att samla och tillgängliggöra sådan information, och till att informationen är individanpassad, uppdaterad och kvalitetssäkrad. Vårdpersonalen uttrycker behov av digitala stöd som kan användas för att anpassa vården efter enskilda patienters förutsättningar, och för att kunna planera, följa upp och utveckla vården. Läkemedelslistan är något som efterfrågas brett bland patienterna.

Professionen är överens om svårigheten att få en bra överblick i journalen, oavsett vilket journalsystem de använder. Vårdpersonalen menar att den digi-

---

<sup>42</sup> Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan, 2 kap. 1 § och 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

tala vårdinformationsmiljön inte motsvarar behoven så länge journalsystemen inte har rätt innehåll, rätt struktur och omfattar patientens samtliga vårdgivare [51].

## E-hälsoutveckling och behov i regionerna

Flera regioner har genomfört upphandlingar av nya journalsystem, vilket kommer att medföra förändringar och påverkan av systemmiljöer under kommande år. I dagsläget är det fyra leverantörer som har 93 procent av marknaden för vårddokumentation.<sup>43</sup> Kravet på att privata vårdgivare som ingår i vårdvalet (LOV) ska använda samma journalsystem som regionen har ökat över åren [52].

Såväl införande som användning av e-tjänster för patienter och invånare har ökat påtagligt senaste året. I mars 2019 gjordes 10,8 miljoner besök på 1177 Vårdguiden på webben, jämfört med 8,1 miljoner besök 2018.

Användningen och införandet av Ineras e-tjänster<sup>44</sup> fortsätter att variera stort mellan olika regioner.

### Utmaningar i regioner

Regionerna står inför eller har nyligen påbörjat implementeringen av nya eller uppdaterade informationssystem och en integrering av nationella funktioner och tjänster.

Totalt 11 regioner har slutfört en upphandlingsprocess som har pågått i flera års tid gällande framtidens informationssystem. En region befinner sig fortfarande i upphandlingsprocessen. Återstående regioner har beslutat att investera i en vidareutveckling av det system man redan har gemensamt [52].

För att skapa förutsättningar för införande av digitala tjänster och produkter finns det lösningar som behöver adresseras på nationell nivå, anser regionerna. Det handlar till exempel om:

- rekommendationer kring ersättningsmodeller som underlättar användandet av digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering
- klargörande av juridiska förutsättningar och lagtolkningar, bland annat med avseende på informationssäkerhet
- nationell infrastruktur och tekniska förutsättningar för att utbyta data mellan vårdgivares kärnsystem och digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering
- upphandling av vissa funktioner nationellt som kan nyttjas regionalt för ökad kostnadseffektivitet och nytta för regionerna.

Regionerna efterfrågar även en ökad samverkan, bland annat kring metoder för förändringsledning och beräkning av nyttoeffekter vid införande av ny teknik och vid förändring av arbetssätt. Det saknas ett samlat grepp både

<sup>43</sup> Den årliga sammanställningen av e-hälsa och it i regionerna som publicerades 2019 redovisar resultat som bygger på svar från 18 av 21 regioner.

<sup>44</sup> Inera koordinerar och utvecklar digitala tjänster i samverkan med landsting, regioner och kommuner.

inom och mellan regionerna vid tester av olika tjänster för att skapa mer kunskap för att påvisa evidens [52].

## Arbetet med visionen för e-hälsa fortsätter

Regeringen och SKR har kommit överens om *Vision e-hälsa 2025*. Den innebär att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter 2025 [53]. Visionen ska leda till ökad välfärd samt en god och jämlik hälsa, och den ska stärka individens självständighet och delaktighet i samhällslivet. Aktörerna inom visionsarbetet har gemensamt tagit fram en beskrivning av begreppet e-hälsa, som gör tydligt att användningen av digitala verktyg ska bidra till den enskilda individens hälsa.

Utifrån visionen togs en första handlingsplan fram 2017. Den beskrev hur det gemensamma arbetet inom e-hälsoområdet skulle utformas och drivas fram till 2019 [54]. Tre områden identifierades för de samordnade insatserna: regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder. Vid årsskiftet 2019/2020 ersattes handlingsplanen av en ny plan som gäller fram till 2022.

## Viktigt hur information struktureras och kodas

En viktig del i arbetet är att utveckla och förvalta verktyg som används för att strukturera och koda information som dokumenteras om patienter och brukare.<sup>45</sup> Med verktygen som utgångspunkt tar Socialstyrelsen också fram beskrivningar av så kallade informationsspecifikationer. Dessa beskriver hur olika typer av information bör struktureras och kodas i journaler och personakter samt i nationella e-tjänster som hanterar informationen. Ett exempel är specifikationen för uppmärksamhetsinformation, vilket är kritisk information som är avgörande för den enskilda individens säkerhet [55]. Ett annat exempel är en specifikation som beskriver informationen som hanteras i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detta beslutsstöd innehåller både övergripande principer för sjukskrivning och rekommendationer för bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Genom Ineras tjänst Webcert kan vårdpersonal skapa digitala intyg för bland annat sjukpenning. Alla regioner har produktionssett en integration med Webcert för att kunna utfärda Försäkringskassans nya intyg.

En annan specifikation är det nationella kodverket för ordinationsorsak, som utvecklats och förvaltas av Socialstyrelsen och distribueras av E-hälsomyndigheten [56].

Under 2019 har Socialstyrelsen påbörjat ett arbete med att ta fram så kallade Nationella informationsmängder (nim). Ett exempel på en nim är en specifikation av hur patientens uppmätta kroppstemperatur ska dokumenteras.

---

<sup>45</sup> Verktygen är Nationell informationsstruktur (NI), begreppssystemet Snomed CT, hälsorelaterade klassifikationer och Socialstyrelsens termbank.

## Arbete med nationella läkemedelslistan pågår

Inom visionen pågår också arbete med att utveckla den Nationella läkemedelslistan (NLL) som ska implementeras i regionerna under 2020. Flera myndigheter har uppdrag inom ramen för detta arbete. E-hälsomyndigheten har huvuduppdraget att ta fram tjänsten, medan Socialstyrelsen utreder hur termer och begrepp med koppling till ordination och förskrivning av läkemedel ska kunna hanteras och tolkas likartat oberoende av aktör eller system. Läs mer om läkemedelslistan i kapitlet om patientsäkerhet.

## Förslag om digifysisk vård

Digitaliseringen skapar möjlighet att åtgärda ett av primärvårdens huvudproblem med tillgänglighet. I utredningen *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42), integreras den digitala vården och även nätläkarnas verksamhet i det samlade förslaget till reformerat vårdval. Regionerna rekommenderas att ställa krav på samtliga utförare att tillhandahålla såväl digital som fysisk tillgänglighet, så kallat digifysisk vård.

Patienten ska kunna vända sig till samma aktör oavsett om det görs via digital väg eller via besök. Dagens nätläkarbolag kan med utredningens förslag behöva ansöka om etablering i samtliga regioner. Företagen behöver kunna tillhandahålla fysisk vård antingen genom egen försorg eller genom avtal med underleverantörer. Förslaget från utredaren är att begränsa möjligheten att som underleverantör till en vårdcentral i en region erbjuda besök nationellt.

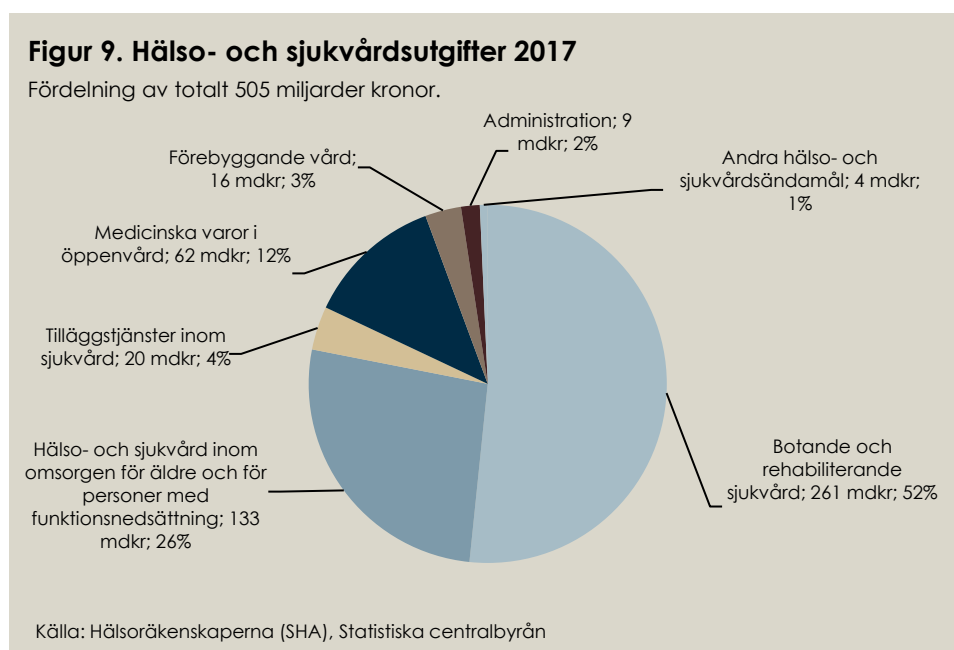
# Kostnader

Detta kapitel beskriver kostnaderna och kostnadsutvecklingen inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgen för åren 2014–2017.<sup>46</sup> För regionernas kostnader för hälso- och sjukvård används kostnadsbegreppet *nettokostnader* och för kommunernas kostnader används *kostnad för det egna åtagandet*. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren har de fastprisberäknats till 2017 års prisnivå. Detta innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett prisindex.<sup>47</sup>

## Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick år 2017 till 505 miljarder kronor. De totala kostnaderna var 8 miljarder kronor (1,6 procent) mer än året innan, räknat i 2017 års prisnivå. Den relativa ökningen är något lägre än de senaste åren då ökningen har legat på cirka tre procent per år. Sedan 2014 har kostnaderna ökat med drygt 35 miljarder kronor (7,5 procent) i 2017 års prisnivå.

Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 52 procent eller 261 miljarder kronor, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, vilket framgår av figur 9 nedan. Här ingår slutenvård, dagsjukvård, öppenvård samt botande och rehabiliterande hemsjukvård.



<sup>46</sup> Hälso- och sjukvårdsutgifterna har beräknats av SCB med hjälp av uppgifter från bland annat kommunernas och regionernas räkenskapsammandrag.

<sup>47</sup> Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2017.

Jämfört med året innan har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård inte förändrats i någon större utsträckning. Öppenvården står för drygt hälften av dessa kostnader (148 miljarder kronor) och har ökat med 8,4 miljarder kronor (6,1 procent) sedan år 2014. Slutenvårdskostnaderna har under samma period ökat med 3,4 miljarder kronor (3,5 procent). Kostnaderna för öppenvård har alltså ökat snabbare än kostnaderna för slutenvård.

Trots att färre patienter behandlas inom slutenvård och att vårdtiden för dessa blir allt kortare, fortsätter kostnaderna för slutenvård att öka. Det beror till stor del på att vårdtyngden inom slutenvården ökar.

Den näst största delen, cirka 27 procent, av hälso- och sjukvårdskostnaderna utgörs av hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Denna verksamhet finansieras av kommunerna. Jämfört med året innan har kostnaderna ökat med 3 miljarder kronor (2,8 procent) vilket gör att detta område har haft den största kostnadsökningen. Inom detta område är det framför allt särskilda boendeformer och insatser för individer i ordinärt boende som står för kostnadsökningen. Kostnaderna för dagverksamhet och korttidsvård har legat på samma nivå, cirka 7 miljarder kronor sedan 2014.

Kostnader för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter uppgick år 2017 till 62 miljarder kronor, vilket är cirka 12 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Jämfört med året innan ökade kostnaderna med cirka 1 miljard kronor, och mellan åren 2014 och 2017 ökade kostnaderna med 5,0 miljarder kronor räknat i 2017 års priser. Ökningen inom detta område beror framför allt på ökade kostnader för receptföreskrivna läkemedel.

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård samt administration och övriga vårdkostnader. Kostnader för förebyggande vård utgjorde 3 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna under åren 2014–2017.

Under 2018 försämrades det ekonomiska resultatet i 16 av 20 regioner<sup>48</sup> och i 6 regioner redovisades ett ekonomiskt underskott. SKR ser att utvecklingen i regionerna framför allt beror på att en växande och åldrande befolkning driver kostnaderna. Prognoser talar för fortsatta demografiska utmaningar och lägre tillväxt i skatteunderlaget. Det kommer att öka behovet av att utnyttja de resurser som finns på ett mer effektivt sätt.

---

<sup>48</sup> Gotland har i detta sammanhang räknats som en kommun.

**Tabell 1. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2014–2017**

Miljarder kronor fasta priser, 2017 års prisnivå.

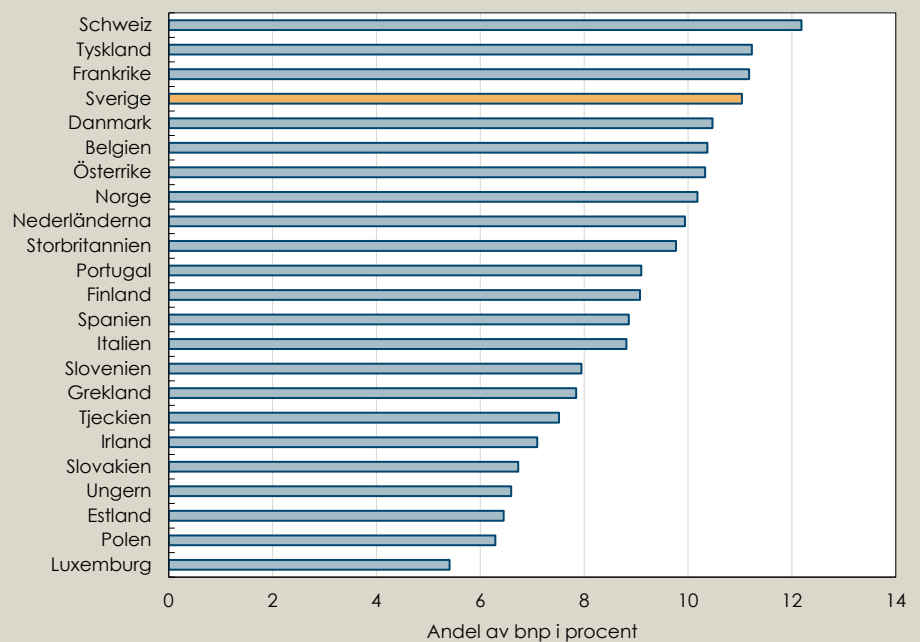
	Kostnader, miljarder kronor				Andel 2017	Förändring 2014–2017 Miljarder kronor (%)
	2014	2015	2016	2017		
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>469</b>	<b>483</b>	<b>497</b>	<b>505</b>	<b>100 %</b>	<b>35,4 (7,5 %)</b>
Årlig förändring	3,1 %	3,0 %	2,8 %	1,6 %		
<b>Botande och rehabiliterande sjukvård</b>	<b>247</b>	<b>253</b>	<b>259</b>	<b>261</b>	<b>51,6%</b>	<b>13,7 (5,6 %)</b>
Dagsjukvård	8	9	9	10	1,9%	1,4 (17,3 %)
Öppenvård	139	143	148	148	29,2%	8,4 (6,1 %)
- Allmän botande öppenvård	29	29	30	30	6,0%	1,6 (5,6 %)
- Tandvård	26	27	27	27	5,4%	1,3 (5,0 %)
- Övrig specialiserad öppenvård	68	70	74	72	14,3%	4,5 (6,6 %)
- Övrig botande öppenvård	17	17	17	18	3,5%	1,0 (6,2 %)
Slutenvård	98	99	99	101	20,0%	3,4 (3,5 %)
Dagsjukvård	8	9	9	10	1,9%	1,4 (17,3 %)
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	2	2	2	2	0,5%	0,4 (22,8 %)
<b>Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning</b>	<b>123</b>	<b>127</b>	<b>130</b>	<b>133</b>	<b>26,5%</b>	<b>10,5 (8,6 %)</b>
Särskilda boendeformer	80	81	84	86	17,1%	6,4 (8,1 %)
Ordinärt boende	37	38	39	41	8,1%	4,2 (11,5 %)
Dagverksamhet och korttidsvård	7	7	7	7	1,3%	-0,1 (-1,3 %)
<b>Medicinska varor i öppenvård</b>	<b>57</b>	<b>60</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>12,3%</b>	<b>5,0 (8,8 %)</b>
Läkemedel och förbrukningsartiklar	46	48	50	49	9,8%	3,3 (7,3 %)
- Receptförskrivna läkemedel	31	33	35	34	6,8%	2,8 (8,9 %)
- Receptfria läkemedel	11	11	12	12	2,3%	0,4 (3,6 %)
- Dagligvaror och förbrukningsartiklar	3	3	4	4	0,7%	0,1 (4,3 %)
Hjälpmiddel och andra varaktiga varor	11	12	12	13	2,5%	1,7 (15,3 %)
<b>Tilläggs tjänster inom sjukvård</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>3,9%</b>	<b>1,8 (9,9 %)</b>
<b>Förebyggande vård</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>3,3%</b>	<b>2,4 (16,8 %)</b>
Information, utbildning och rådgivning	6	7	7	7	1,4%	1,4 (24,1 %)
Allmänna hälsokontroller	6	6	7	7	1,3%	0,8 (12,8 %)
Immuniseringsprogram	2	2	2	2	0,4%	0,2 (10,3 %)
Smittskyddsarbete	0	0	0	0	0,1%	0,0 (-3,0 %)
<b>Administration</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,5 (21,8 %)</b>
<b>Andra hälso- och sjukvårdsändamål</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,4 (12,6 %)</b>

Källa: Hälsoräkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån

## Kostnader ur ett internationellt perspektiv

Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av den svenska bruttonationalprodukten (bnp) var 11,0 procent 2017. Denna andel har i stort sett varit på samma nivå de senaste åren. I jämförelse med andra OECD-länder spenderar Sverige en stor andel av bnp på hälso- och sjukvård. I Europa är det bara Schweiz, Frankrike och Tyskland som lägger en större andel av bnp på hälso- och sjukvård, vilket kan ses i figur 10 nedan.

**Figur 10. Hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till bnp 2017**



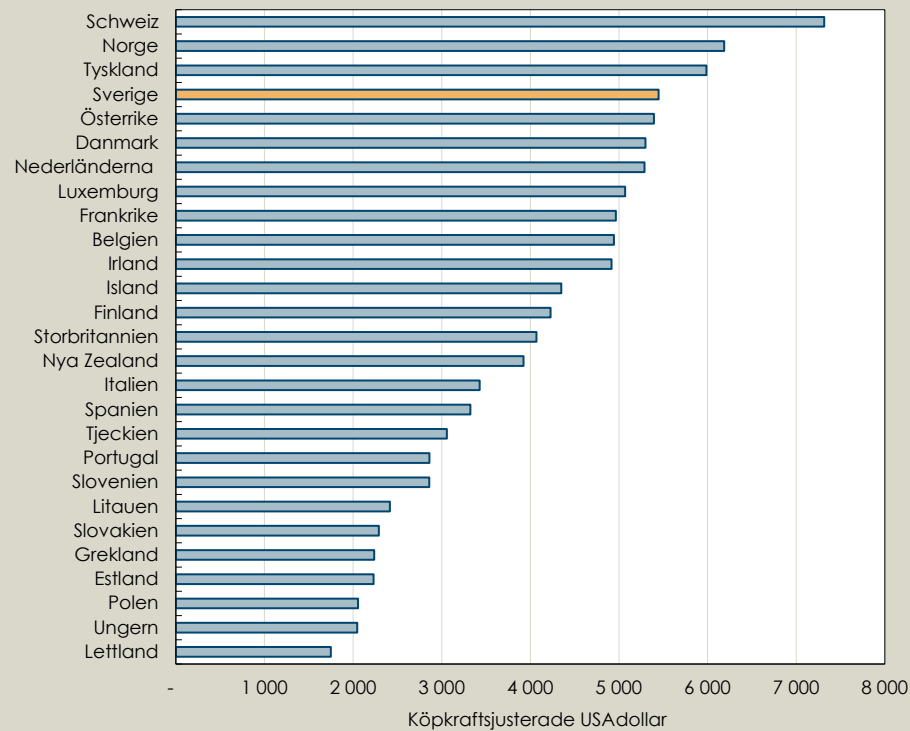
Källa: OECD Health Data

I tidigare mätningar har Sveriges placering varit mer genomsnittlig.<sup>49</sup> Även mätt i kostnader per invånare är det få europeiska länder som lägger större resurser på hälso- och sjukvård än vad Sverige gör. Det är bara Schweiz, Norge och Tyskland som lägger mer pengar per invånare mätt i köpkraftsjusterade USA-dollar, vilket kan ses i figur 11 nedan.

<sup>49</sup> Skillnaden i placering beror inte på att Sverige numer lägger mer resurser på hälso- och sjukvård utan det är ett resultat av införande av en ny redovisningsmetod. Den nya metoden innebär att en avsevärt större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård.



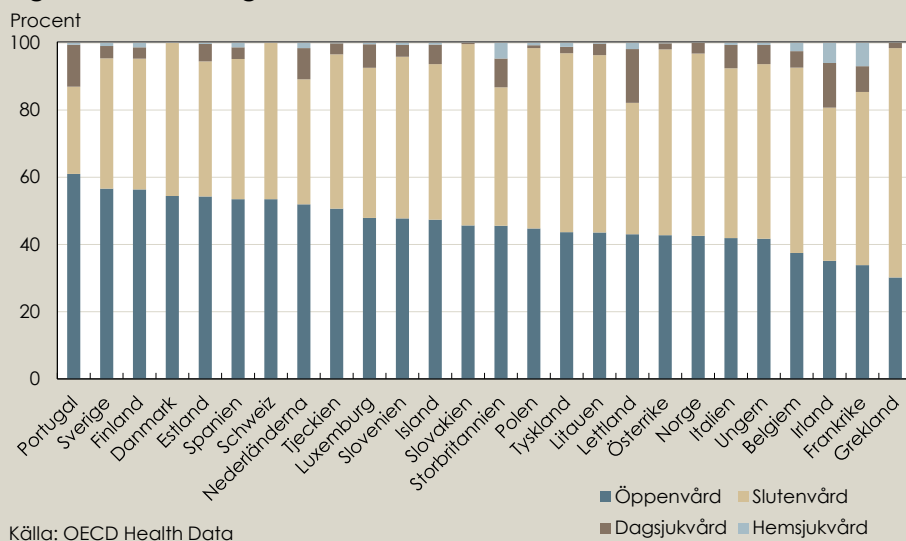
**Figur 11. Hälsa och sjukvårdsutgifter per invånare 2017**



Källa: OECD Health Data

I den svenska hälso- och sjukvården pågår en förflyttning av vård från sjukhusbaserad slutenvård mot vård i öppenspecialistvård och primärvård. Detta har lett till sjunkande inskrivningar och vårdplatser de senaste åren. Som vi sås ovan ökar kostnaderna snabbare för primärvård och specialiserad öppenvård än för slutenvård. Denna utveckling delas med de flesta andra länder i Europa. I figur 12 nedan framgår att i Sverige står slutenvården för ca 39 procent av kostnaderna för botande och rehabiliterande vård, vilket är mindre än de flesta andra länder i Europa. Detta kan jämföras medelvärde av slutenvården bland europeiska OECD-länder, vilket är 47 procent av botande och rehabiliterande sjukvård.

Figur 12. Fördelning botande och rehabiliterande vård



## Läkemedelskostnaderna stiger

Kostnaderna för läkemedel stiger. Den senaste 12-månadersperioden har kostnaderna för läkemedelsförmånen ökat med 8,7 procent jämfört med föregående period. Socialstyrelsen bedömer att kostnadsökningen kommer att fortsätta de kommande åren [57]. Liksom tidigare drivs kostnadsutvecklingen till stor del av demografin, samt att många lever med kroniska sjukdomar. En särskild utmaning är de nya avancerade läkemedelsterapier (ATMP) som nu börjar introduceras och som ställer särskilda krav på systemet och finansieringen. En översyn av nuvarande finansieringsordning, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel* (SOU 2018:89), lämnades i januari 2019 till regeringen.

Utredningens huvudförslag är att statens nuvarande särskilda bidrag för regionernas läkemedelskostnader i sin helhet förs över till det generella, och ersätts av ett mindre bidrag destinerat för användning av nya läkemedel.

## Prognos av framtida läkemedelsförsäljning

Socialstyrelsen gör varje år en prognos över kostnaderna för förmånsläkemedel och smittskyddsläkemedel. Regionerna får varje år ett bidrag från staten som de senaste åren har baserats på Socialstyrelsens prognos. År 2019 uppgick de totala kostnaderna för förmånsläkemedel till 31,9 miljarder kronor, varav 25,7 miljarder kronor var förmånskostnader som betalas av regionerna och resterande 6,2 miljarder kronor var egenavgifter betalade av patienter.

Enligt Socialstyrelsens prognos förväntas förmånskostnaderna öka till 29,3 miljarder kronor 2020 och 31,3 miljarder kronor år 2021.

Även kostnaderna för läkemedel som används inom slutenvården (rekvisitionsläkemedel) förväntas öka under prognosperioden, från 9,4 miljarder kronor 2019 till 10,4 miljarder kronor 2020 [58].

Antalet patienter som behandlas för Hepatit C var lägre under 2019 jämfört med 2018. Detta innebär att kostnaderna minskade från 2,0 miljarder kronor till 1,2 miljarder kronor.

Liksom tidigare drivs kostnadsutvecklingen för förmånsläkemedel till stor del av att befolkningen blir större och att andelen äldre ökar, samt att nya effektiva men dyra läkemedel introduceras på marknaden. Detta är särskilt märkbart inom cancervården där antalet patienter ökar. Tack vare nya och innovativa onkologiläkemedel kan allt fler leva längre med cancersjukdom.

Liksom tidigare år kan kostnaderna hållas nere något av prissänkningar på äldre läkemedel och återbärningar efter sidoöverenskommelser mellan företag och regioner. Sedan december 2018 finns det konkurrens i form av biosimilarer för TNF-alfahämmaren adalimumab inom förmånen<sup>50</sup>. Denna konkurrens har lett till minskade förmånskostnader för TNF-alfahämmare på 340 miljarder kronor för kronor för 2019. Till detta kommer återbärning av en del av dessa kostnader genom avtal mellan företag och regioner vilket innebär att de verkliga kostnaderna sjunker ännu mer. Kostnaderna har sjunkit trots att betydligt fler patienter har behandlats.

## Nätläkarbesöken ökar men förlusterna för bolagen är fortsatt höga

År 2018 gjordes 604 000 besök hos nätläkare<sup>51</sup>, vilket motsvarar 4,6 procent av alla besök i primärvården. Det är en ökning av antalet nätläkarbesök med 172 procent jämfört med året innan.<sup>52</sup>

Omsättningen för nätläkarbolagen var 487 miljoner kronor förra året, vilket nästan är en fördubbling jämfört med år 2017 då omsättningen var 258 miljoner kronor. Trots att besöken blir fler och att intäkterna ökar, är förlusterna för dessa bolag fortsatt höga. År 2017 var förlusten 217 miljoner kronor och året därpå var förlusten 600 miljoner kronor. Orsakerna till att förlusterna ökat beror dels på att uppstarts- och investeringskostnaderna fortfarande är stora. Dessutom har SKR sedan 2016 sänkt den rekommenderade ersättningen för digitala läkarbesök.

Nätläkarnas förluster påverkar lönsamheten för hela den privata vård- och omsorgsbranschen, som minskat från 8,5 procent till 7,3 procent på ett år [59-60].

## Kostnadsfria läkemedel till barn

Sedan den 1 januari 2016 är läkemedel inom läkemedelsförmånen kostnadsfria för barn 0 till 17 år. Kostnadsfriheten har fått ett brett genomslag. Under perioden 2015 till 2018 har andelen barn som hämtar ut läkemedel ökat med 4 procent och antalet uttag av läkemedel med 22 procent<sup>53</sup>. Ökningen gäller för både pojkar och flickor, för samtliga åldrar samt för i princip samtliga läkemedelsgrupper. Under reformåret 2016 ökade uttagen mer bland barn i familjer med lägre inkomster och utbildning än i andra familjer.

<sup>50</sup> En biosimilar är en kopia av ett biologiskt läkemedel som är likvärdig i effekt och säkerhet.

<sup>51</sup> Statistiken gäller för bolagen Capio Go, Doktor.se, Doktor 24, Min Doktor, samt Kry.

<sup>52</sup> Studien är genomförd av konsultföretaget GrantThornton.

<sup>53</sup> Justerat för befolkningstillväxten.

Reformen har inneburit ökade förmånskostnader för regionerna på 550 miljoner kronor under reformåret. Därefter har ökningen varit 180 miljoner kronor för 2017 och 80 miljoner kronor för 2018. Ungefär 70 procent av regionernas ökade kostnader beror på förflyttningen av egenavgiften från patienter till regioner. Resterande kostnadsökning beror på en ökad läkemedelskonsumtion, befolkningstillväxt samt på att nya läkemedel tillkommit inom förmånssystemet.

Läkare har intervjuats om sin syn på effekterna av reformen. Drygt en tredjedel av de intervjuade uppger att reformen har inneburit en ökad efterfrågan på läkemedel till barn, både receptbelagda och de som även kan köpas receptfritt, men som nu är kostnadsfria för barn om de skrivs ut på recept. I intervjuerna framkommer dels uppfattningen att föräldrar kommit att ställa krav på att få mer läkemedel än vad barnet är i behov av, dels att följsamheten till läkemedelsbehandlingen förbättrats i och med kostnadsfriheten.

Sömnmedlet melatonin är ett av de läkemedel som har ökat kraftigt. Antalet uttag har stigit med 477 procent sedan reformen infördes. Det finns flera kända förklaringar till ökningen som inte beror på kostnadsfriheten. Sedan 2016 behövs inte längre licens för att förskriva melatonin. Att fler barn diagnosticeras med adhd, ett tillstånd som ofta medför problem att sova, är en annan förklaring. Melatonin är också ett bättre alternativ till andra sömnläkemedel som kan ha biverkningar i form av exempelvis beroende. Reformen har inte påverkat antibiotikaförskrivningen till barn [61].

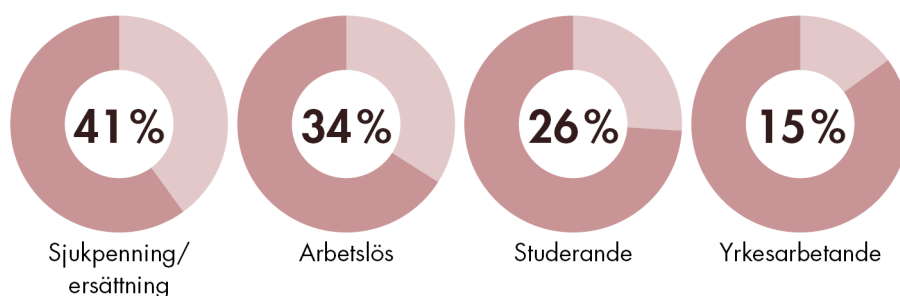
# Psykisk hälsa och psykiatrisk vård

I detta kapitel belyser vi psykisk hälsa hos barn och vuxna, utvecklingen för vissa diagnoser som adhd och könsdysfori i befolkningen; psykiatrisk hälso- och sjukvård; inklusive tvångsvård; förekomst av suicid samt ett antal aktuella utredningar inom området.

## Självupplevd hälsa i befolkningen

De senaste tio åren har andelen i den vuxna befolkningen<sup>54</sup>, i åldrarna 16 till 89 år, som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande ökat. Det gäller för såväl kvinnor som män, unga som äldre och inom olika utbildningsgrupper. I den senaste undersökningen som genomfördes 2018 rapporterade 17 procent av de svarande ett nedsatt psykiskt välbefinnande och vanligast var detta bland kvinnor. Unga rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande i högre utsträckning än äldre och högst andelar fanns i åldersgruppen 16–29 år. I denna åldersgrupp rapporterade var tredje kvinna och var femte man nedsatt psykiskt välbefinnande.

Resultatet från 2018 visar även att nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligare bland personer som hade svårt att klara löpande kostnader för exempelvis mat och räkningar (35 procent) jämfört med de som inte hade ekonomiska svårigheter (14 procent). Det fanns även skillnader i psykiskt välbefinnande mellan olika sysselsättningsgrupper, vilket kan ses nedan [62].



Nedsatt psykiskt välbefinnande

Olika sysselsättningsgrupper

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten 2018.

## Psykosomatiska besvär hos barn och unga

Återkommande psykosomatiska besvär<sup>55</sup> såsom irritation, nedstämdhet, magont eller sömnsvårigheter har ökat sedan mitten på 2000-talet bland flickor och pojkar i 11-, 13- och 15-årsåldern. Besvären är vanligast förekommande bland 15-åriga flickor. I undersökningen som genomfördes

<sup>54</sup> Resultatet bygger på Nationella folkhälsoenkäten som från och med 2018 når ett urval av 40 000 personer i befolkningen.

<sup>55</sup> Med återkommande psykosociala besvär menas att man har minst två besvär oftare än en gång i veckan under minst sex månader.

2017/2018 rapporterade 62 procent av alla flickor i 15-årsåldern återkommande psykosomatiska besvär medan motsvarande siffra för jämnåriga pojkar var 35 procent.

## Psykisk ohälsa bland ensamkommande barn och unga

Ensamkommande barn och unga är utsatta för flera riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa och social problematik, samtidigt som skyddsfaktorerna är färre än för unga generellt [63]. De ensamkommande barn som kom till Sverige efter 2015 mår betydligt sämre, både psykiskt och fysiskt, än de barn som kom före hösten 2015 [64].

Socialstyrelsen har regelbundna dialogmöten med barnrättsorganisationer kring ensamkommande barn och ungas situation. Bilden som organisationerna ger under 2019 är att den psykiska ohälsan är fortsatt utbredd i denna grupp. De rapporterar även om att alltför många är i riskzonen för kriminalitet, exploatering och missbruk.

Mer om ensamkommande barn och unga redovisas i *Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2020* och i rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2020*.

### Okunskap om hälsoundersökningar

Under 2019 har Socialstyrelsen genomfört en förstudie för att ta reda på hur socialtjänst och hälso- och sjukvård arbetar för att asylsökande barn och unga som placeras erbjuds hälsoundersökningar enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med fler och lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Resultatet visar att det finns en generell okunskap bland kommuner och regioner om lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Det är även låg kännedom om att asylsökande barn och unga som placeras omfattas av båda nämnda lagstiftningar och därmed som utgångspunkt ska erbjudas två hälsoundersökningar.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet trädde i kraft den 1 januari 2020.

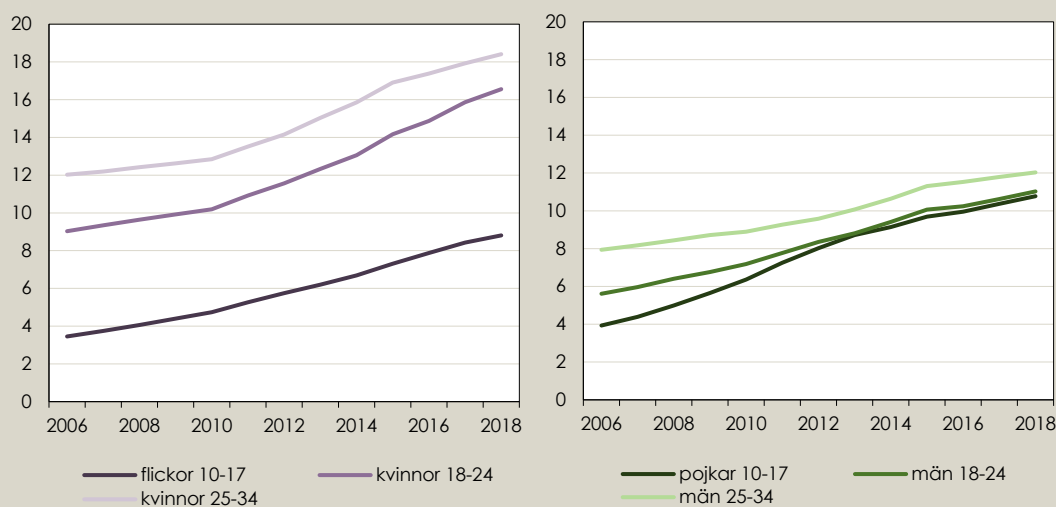
För att läsa mer om placerade barns tandhälsa, se kapitlet Tandvård och munhälsa.

## Psykiatrisk vård för barn och unga

Andelen barn och unga som någon gång har vårdats i psykiatrisk slutenvård har ökat sedan 2006. Kraftigast ökning ses hos barn och unga, i synnerhet flickor och kvinnor, 10–24 år, vilket ses i figur 13 nedan.

**Figur 13. Psykiatrisk vård bland barn och unga vuxna**

Andel barn och unga vuxna med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos\*, eller haft minst ett läkemedelsuttag av psykofarmaka, åren 2006–2018. Procent.



\*Vissa personer kan ha vårdats på en psykiatrisk klinik utan att ha fått en diagnos – de har också inkluderats i resultatet.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret Socialstyrelsen

Orsakerna bakom ökningen av andelen som vårdas i psykiatrisk slutenvård kan vara flera. Det kan både bero på ett generellt ökat behov i befolkningen, ökad tillgänglighet till behandling. Det kan också handla om att samhället över tid blivit bättre på att uppmärksamma barn och unga med psykisk ohälsa, vilket leder till att fler barn och unga utreds och därigenom får tillgång till vård och behandling.

## Förskrivning av adhd-läkemedel till barn

Det finns geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn som inte kan förklaras av variationer i förekomst av adhd utifrån befolkningens sammansättning och riskfaktorer för adhd. Fördjupade analyser visar att faktorer som bidrar till de geografiska skillnaderna verkar vara förknippade med skola och verksamheter som utreder och behandlar barn med adhd [65].

Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel tycks också bero på olikheter i tillgång till vård i landet. De regioner som har en större andel folkbokförda barn där adhd-diagnos ställts utanför sjukvårdsregionen har en lägre andel barn med uttag av adhd-läkemedel inom folkbokföringsregionen. Dessutom, om diagnostiken av adhd är låg inom regionen är även diagnostiken av andra psykiatriska diagnoser låg. Detta samband kan tyda på en låg tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri inom dessa regioner, exempelvis på grund av väntetider. Lokal klinisk praxis gällande läkemedelsförskrivningen är ytterligare en bidragande faktor till de observerade geografiska skillnaderna [65].

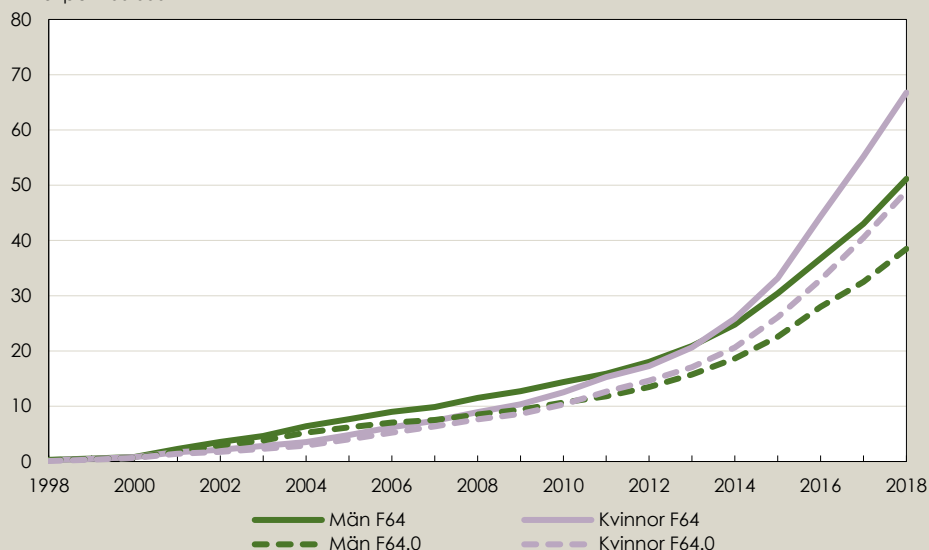
## Diagnosen könsdysfori ökar bland unga

Sedan 1998 har 6 334 personer diagnostiserats med könsdysfori. Av dem är det 4 746 personer som efter utredning fått den fastställda könsdysforidiagnosen transsexualism. Könsdysfori innebär ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet. Könsdysfori är en diagnos som ökar i Sverige. Ökningen har tilltagit de senaste åren, vilket framgår av figur 14 nedan. Från 2008–2018 ökade till exempel antalet personer med diagnosen könsdysfori bland unga med registrerat kön man i åldern 18–24 år med 400 procent.

**Figur 14. Utveckling könsdysfori sedan 1998–2018**

Prevalens av personer som diagnostiserats med könsdysfori\* 1998–2018 bland personer folkbokförda i Sverige. Kön vid diagnostillfället.

Antal per 100 000



\*Enligt ICD-10: F64 Könsidentitetsstörningar och F64.0 Könsdysfori

Ökningen har varit särskilt markant bland barn 13–17 år. Andelen nya fall är högst bland dem som registrerats med könet flickor vid födseln. En övervägande andel av de som diagnostiseras med könsdysfori har även flera andra samtidiga psykiatriska diagnoser som depressioner och ångestsjukdomar, i synnerhet bland unga som registrerats med könet flicka vid födseln. Personer med könsdysfori löper högre risk att dö i suicid än befolkningen i övrigt. De som begick suicid hade också mycket hög förekomst av samtidiga svåra psykiatriska diagnoser, vilket gör det svårt att särskilja orsaker till personers suicidrisk [66].



## Integrerad vård för personer som vårdas vid SiS

Psykiatriska vårdbehov är mycket vanliga bland barn och unga som vårdas i Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. Omkring 70 procent av dessa barn och unga har minst en fastställd psykiatrisk diagnos och 45 procent har minst två dokumenterade diagnoser. Socialstyrelsen har föreslagit ett pilotprojekt för en integrerad vårdform för att kunna ge både heldygnsvård inom socialtjänsten till följd av socialt nedbrytande beteende och psykiatrisk vård som annars skulle ges i sluten form. Verksamheten behöver vara specialiserad på vissa typer av behov. Det gäller särskilt autismspektrumtillstånd och intellektuella funktionsnedsättningar, allvarligt och upprepat självskadebeteende och suicidbeteende samt psykoser eller annan psykisk störning som kan komma att föranleda vård enligt lagen 1991: 1128 om psykiatrisk tvångsvård (LPT)[67].

Under 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att förbereda och samordna ett pilotprojekt i psykiatrin och vid SiS för att förbättra vården för vissa unga med stora behov av psykiatrisk vård och som vårdas vid SiS med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Arbetet syftar till att utveckla särskilda former för en integrerad vård på nationell nivå. Uppdraget ska delredovisas årligen och kommer att slutredovisas i september 2025.

## Utvärdering av vård vid depression och ångest

Socialstyrelsen har 2019 genomfört en utvärdering av vården vid depression och ångestsyndrom, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna inom området. Som en konsekvens av att antalet barn och unga som vårdats för depression eller ångestsyndrom inom psykiatrin har ökat under de senaste tio åren, har även förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat.

Det finns flera tänkbara orsaker som delvis kan förklara det ökade antalet psykiatriska diagnoser. Ökad tillgänglighet till vård och behandling, men även en minskad stigmatisering av psykisk sjukdom, bidrar till att fler får diagnos. En annan orsak är att täckningsgraden i Socialstyrelsens register har förbättrats och att det idag är fler än tidigare som registrerar diagnoser i patientregistret. Ytterligare en tänkbar orsak är att kunskapen om olika tillstånd och symtom har ökat, vilket gör att samhället bättre uppmärksammar problem som kräver utredning.

### Depression och ångest är ofta långvariga tillstånd

Av de unga som nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom 2008 var 30 procent fortfarande i behov av psykiatrisk vård tio år senare och drygt hälften behandlades med läkemedel. Unga, som tidigt diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom, får svårare att etablera sig i arbets- och vuxenlivet. Tio år efter att de har fått diagnos stod nästan var fjärde person utanför arbetsmarknaden eller var beroende av ekonomiskt bistånd.

## Tillgången till psykiatrisk vård kan förbättras

Socialstyrelsen har även identifierat stora regionala skillnader både inom vården till barn och unga och till vuxna. Trots att fler barn och unga får vård och behandling för depression eller ångestsyndrom är väntetiderna långa, både till första linjens vård och barn- och ungdomspsykiatri.

Även vården för vuxna behöver utvecklas. Verksamheter behöver i högre grad använda strukturerade bedömningsinstrument, genomföra somatiska undersökningar samt uppmärksamma och behandla eventuell beroendeproblematik i samband med diagnostisering. Tillgången till psykologisk behandling är därtill ojämnt fördelad över landet och behoven tillgodoses inte på alla håll [68].

## Stora konsekvenser för vuxna med adhd

Under 2019 har Socialstyrelsen kunnat visa på allvarliga konsekvenser för personer med adhd vad gäller psykiatrisk och somatisk samsjuklighet, skador, övergrepp, förtida dödlighet, arbete och sjukskrivning. Det är till exempel vanligare med diabetes typ 1 och att besväras av smärta och sömnsvårigheter bland personer med adhd, jämfört med personer som inte har en adhd-diagnos [69].

Bland dem som ingick i studien var det även vanligare med självskadebeteende. Kvinnor med adhd var i högre grad utsatta för olika typer av övergrepp jämfört med personer i kontrollgruppen och risken för övergrepp ökade med stigande ålder.

En relativt stor andel av personer med adhd-diagnos<sup>56</sup> var beroende av inkomster från antingen sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd. Ungefär 40 procent av männen och 36 procent av kvinnorna<sup>57</sup> hade ett förvärvsarbete. I kontrollgruppen var det cirka 80 procent av männen och 74 procent av kvinnorna som hade ett förvärvsarbete.

Eftersom det finns variationer i landet har Socialstyrelsen påbörjat ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för vård och stöd vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

## Psykiatrisk tvångsvård

Totalt har knappt 13 800 personer tvångsvårdats i Sverige under 2018, 87 procent enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 13 procent enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Motsvarande siffra för 2017 var omkring 13 000 personer. Hälften av de som har tvångsvårdats under 2018 var i åldern 18–40 år. De vanligaste diagnosgrupperna var schizofreni och psykos.

Läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande var den vanligaste tvångsåtgärden för både män och kvinnor, vilket framgår av tabell 2 nedan. Jämfört med 2017 är det dock antalet personer som har spänts fast upp

<sup>56</sup> Av dem som ingick i denna femårsstudie.

<sup>57</sup> I åldern 31 år eller äldre.

till fyra timmar, eller skiljts av upp till åtta timmar, som har ökat mer än antalet personer som har fått läkemedel under fastspänning eller fasthållande.

**Tabell 2. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna, antal, 2018**

	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Kvinnor	2 097	1 801	2 850
Män	1 444	1 773	2 316
<b>Totalt</b>	<b>3 541</b>	<b>3 574</b>	<b>5 166</b>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen 2019.

Under 2018 vårdades 100 pojkar och 201 flickor under 18 år enligt LPT. De vanligaste tvångsåtgärderna för personer under 18 år var fastspänning upp till och med 4 timmar och läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande. Som tabell 3 nedan visar utfördes totalt 172 fall av fastspänning av personer under 18 år upp till och med 4 timmar.

**Tabell 3. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna, för antal personer under 18 år, 2018**

	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Flickor	135	97	131
Pojkar	37	23	30
<b>Totalt</b>	<b>172</b>	<b>120</b>	<b>161</b>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen 2019.

Socialstyrelsen har under 2019 startat ett flerårigt projekt med övergripande syfte att bidra till att öka kvalitetsutvecklingen, stärka barnrättsperspektivet och öka rättssäkerheten i heldygnsvården och tvångsvården för barn och unga.

## Andelen suicid minskar

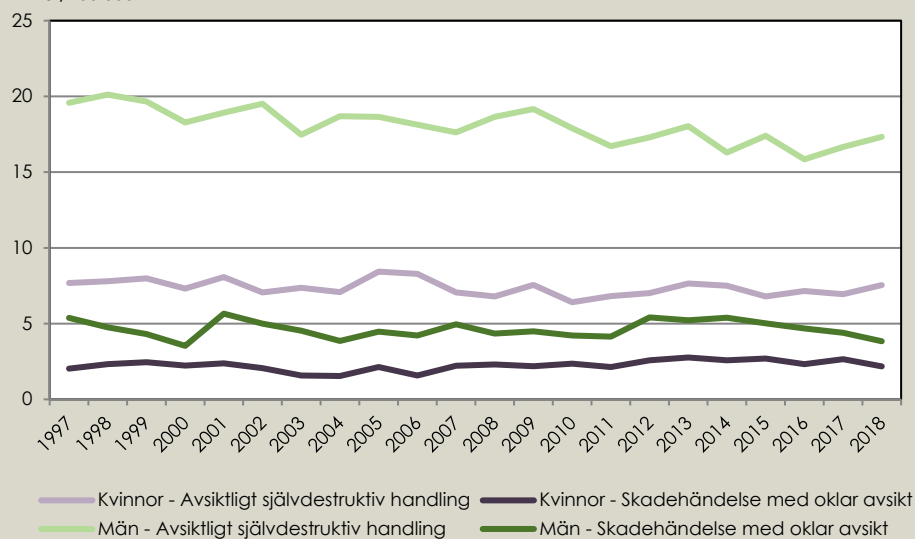
Under 2018 begick drygt 380 kvinnor och knappt 890 män suicid. Utöver dessa dog ytterligare knappt 310 personer av skadehändelser där det inte gick att fastställa om personen hade för avsikt att begå suicid. Suicid är vanligast bland män över 80 år.

Under de senaste 30 åren har andelen suicid totalt sett minskat men minskningen har varit mindre under 2000-talet. Under 2018 var antalet suicid per 100 000 invånare drygt 17 suicid för män och 8 för kvinnor. För drygt 30 år sedan, år 1987, var motsvarande andelar 26 suicid för män och 11 suicid för kvinnor.

Samma nedåtgående utveckling har inte kunnat ses för yngre personer i åldersgruppen 15–24 år. Andelen personer som har suiciderat har istället varit på ungefär samma nivå under de senaste tre decennierna. Under 2018 har 9 kvinnor och 15 män per 100 000 invånare i åldersgruppen 15–24 år begått suicid. I absoluta tal innebär det 89 män och 48 kvinnor.

**Figur 15. Suicid respektive dödsfall till följd av skadehändelse med oklar avsikt**

Antal/100 000 inv



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Suicid sker ofta i anslutning till pågående vård

Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten sammanställt och analyserat vårdgivares händelseanalyser av fullbordade suicid. Resultaten visar att de flesta händelseanalyser handlade om patienter inom specialistpsykiatri. Suicid ägde oftast rum i nära anslutning till pågående vård. Vidare hade flertalet av patienterna en pågående läkemedelsbehandling.

I merparten av händelseanalyserna framkom det att det fanns närstående till patienten, men i endast en tredjedel av fallen hade de varit delaktiga i vården.

Myndigheterna har lagt fram flera åtgärdsförslag, de flesta fokuserar på att åtgärda brister i organisation och arbetssätt, och införa nya rutiner. Framför allt behövs ökad kunskap och tydligare riktlinjer om:

- uppföljningar i vården och hur dessa bör genomföras
- arbete med individuella vård- och behandlingsplaner
- hur suicidriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp
- hur samverkan inom vården och mellan aktörer bör ske [70].

## Utvecklad uppföljning inom psykisk ohälsa och suicidprevention

Folkhälsomyndigheten har sedan 2015 haft i uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå och det finns ett nationellt program för att förebygga suicid som omfattar alla åldrar. Under 2018 fick Folkhälsomyndigheten också i uppdrag att bygga upp och utveckla det nationella arbetet inom området psykisk hälsa. Inom ramen för detta uppdrag ska myndigheten bland annat utveckla samordningen, stärka kunskapsuppbyggnaden och utveckla uppföljningen inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

## Kunskapsstöd tas fram för att förebygga suicid

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag om att ta fram och sprida kunskap som stöd för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande, samt vid behov lämna förslag på om och i så fall hur myndigheten kan utveckla sina egna insatser för att stödja det suicidpreventiva arbetet inom vård och omsorg. Myndigheten har påbörjat flera delprojekt för att kartlägga vilka kunskapsstöd som finns nationellt, regionalt och lokalt och vilka stöd som olika målgrupper anser saknas. Syftet är också att på olika sätt stärka det suicidpreventiva arbete som redan pågår.

## Uppföljning av satsningen på psykisk hälsa

Socialstyrelsen har under 2019 slutredovisat regeringsuppdraget att följa upp den statliga satsningen på psykisk hälsa som resulterade i årliga överenskommelser mellan staten och SKR under perioden 2016–2018 och 3,4 miljarder kronor i stimulansmedel till regioner i kommuner.

Uppföljningen visar bland annat att det skett ett ökat fokus på och en ökad medvetenhet om psykisk hälsa och om vad som samspelar med och inverkar på befolkningens psykiska hälsa. Överenskommelserna har möjliggjort många utvecklingsarbeten i kommuner och regioner, vilka syftar till att:

- öka personalens kompetens kring psykisk hälsa, specifika behandlings- och arbetsmetoder samt förhållningssätt
- införa eller implementera metoder och arbetssätt
- öka samverkan inom ramen för såväl strategiskt som patient- och brukarfokuserat arbete, inom och mellan huvudmän och andra aktörer
- öka tillgänglighet till vård och omsorg genom information, tidiga insatser, bemanning och uppstart av nya funktioner och verksamheter respektive utökning och utveckling av befintliga verksamheter.

Arbetet med överenskommelserna har haft en stark lokal prägel men sammantaget har dessa utvecklingsarbeten stärkt förutsättningarna för en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg. Huruvida och i vilken utsträckning dessa också har medfört lokalt och regionalt förbättrad tillgänglighet till vård och omsorg av högre kvalitet än tidigare, har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa via denna uppföljning. Samtidigt har myndigheten gjort bedömningen att utformningen av den statliga satsningen inte stärker förutsättningarna för en mer jämlik vård och omsorg mellan kommuner och mellan regioner, och att det dessutom föreligger viss risk att existerande skillnader förstärks [71].

## Samverkan om patienter med schizofreni

Under 2019 har Socialstyrelsen slutrapporterat regeringsuppdraget att kartlägga och analysera de hinder som finns för ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med

ökad samordning. Myndigheten har valt att studera tre grupper som har ett stort behov av fungerande samverkan, och som riskerar att falla mellan stolarna om samverkan inte fungerar ändamålsenligt. En av de tre grupperna utgörs av patienter med psykisk sjukdom, med särskilt fokus på schizofreni.

Flera hinder för samverkan har identifierats.<sup>58</sup> Det finns ett stort behov av samverkan mellan allmäntandvården och primärvården respektive allmänpsykiatri eftersom patienterna ofta har eftersatt allmän hälsa och munhälsa. Dessa patienter har svårt att söka och upprätthålla kontakt med tandvården. Företrädare för både profession och brukare ser därför ett behov av mer information från hälso- och sjukvården om vikten av god munhälsa och hur denna kan påverkas negativt av medicinering.

Ett generellt hinder för samverkan är att tandvård och hälso- och sjukvård är två organisationer med delvis olika huvudmän som arbetar i ”stuprör” och har olika styrning och finansiering. Samtidigt saknas en fungerande struktur för samverkan. Ytterligare ett hinder är att det finns brister i sjukvårdens kunskap om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa. Likaså finns det brister gällande kunskapen i professionen inom hälso- och sjukvården, om regionernas tandvårdsstöd och hur de fungerar [72].

## Bemöta patienter med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har under 2019 tagit fram ett målgruppsanpassat utbildningsmaterial i syfte att stödja verksamheter inom hälso- och sjukvården som möter patienter med psykisk ohälsa. Detta utbildningsmaterial utgör ett komplement till myndighetens tidigare framtagna utbildningsmaterial kring bemötande. Utbildningsmaterialet består av filmer i olika format som illustrerar olika möten i hälso- och sjukvården med personer med psykisk ohälsa samt stödmaterial i form av tips, berättelser och diskussions- och reflektionsfrågor för att ytterligare stödja och motivera hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta med bemötandefrågor. Utbildningsmaterialet blev tillgängligt i januari 2020.

---

<sup>58</sup> Myndigheten har intervjuat både professionsföreträdarna som är verksamma inom psykosområdet (med särskilt fokus på schizofreni) liksom företrädare för brukarföreningar.

# Kvinnors vård och hälsa

I detta kapitel beskrivs de senaste årens nationella satsningar på förlossningsvård och kvinnors hälsa samt resultatet från aktuella kartläggningar och uppföljningar inom området, så som exempelvis amning, endometrios, ätstörningar och klimakterievård.

## Mer information till gravida och nyförlösta

Socialstyrelsen har ett uppdrag att genomföra en informationsinsats riktad till gravida och nyförlösta kvinnor. Syftet är öka kännedomen om de situationer och behov som kan uppstå efter en förlossning och därigenom öka tryggheten. Informationsinsatsningen ska pågå under tre år. För att samla kunskap om hur oron ser ut och vad som ger ökad trygghet har myndigheten under 2019 genomfört fokusgrupper och en enkätundersökning bland kvinnor som har spädbarn.<sup>59</sup> Majoriteten av kvinnorna hade velat få informationen redan under graviditeten oavsett ämne, även om sådant som inträffar först efter förlossning och hemkomst. Att prata om sin graviditet, sina funderingar eller sin oro med andra upplevs ge en ökad trygghet.

En kampanjwebbplats har tagits fram för att möta informationsbehoven. Den uppmärksammar exempelvis vikten av att fundera på och prata om tiden efter förlossningen redan under graviditeten.

Socialstyrelsen arbetar också med att ta fram ett sammanhållet kunskapsstöd för vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård. Arbetet beräknas vara klart senast 2022.

## Skillnader i graviditetsvårdkedjan

Vårdanalys har analyserat regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan för att bidra med kunskap om varför skillnader uppstår, om de är motiverade eller inte samt hur de omotiverade skillnaderna kan minskas. En av myndighetens slutsatser är att det finns väsentliga skillnader i process och resultat mellan regioner och skillnader mellan förlossningskliniker. Skillnaden kvarstår även när hänsyn tas till patientsammansättningen. Det finns ett flertal omotiverade skillnader som dessutom är påverkbara, som handlar om styrning, organisering, kompetens, resurser, rutiner och praxis. Det pågår en del utvecklings- och förbättringsarbete i verksamheterna och på flera områden har även förbättring skett, exempelvis gällande allvarliga bristningar under förlossning.

De gemensamma faktorerna för framgångarna handlar om sammanhängande styrning, gemensamma mål, tillgång till aktuell kvalitetsregisterdata, strukturer för förbättringsarbete samt motivation till förändring. Samtidigt menar Vårdanalys att det behövs en stärkt förutsättning för personcentrerad

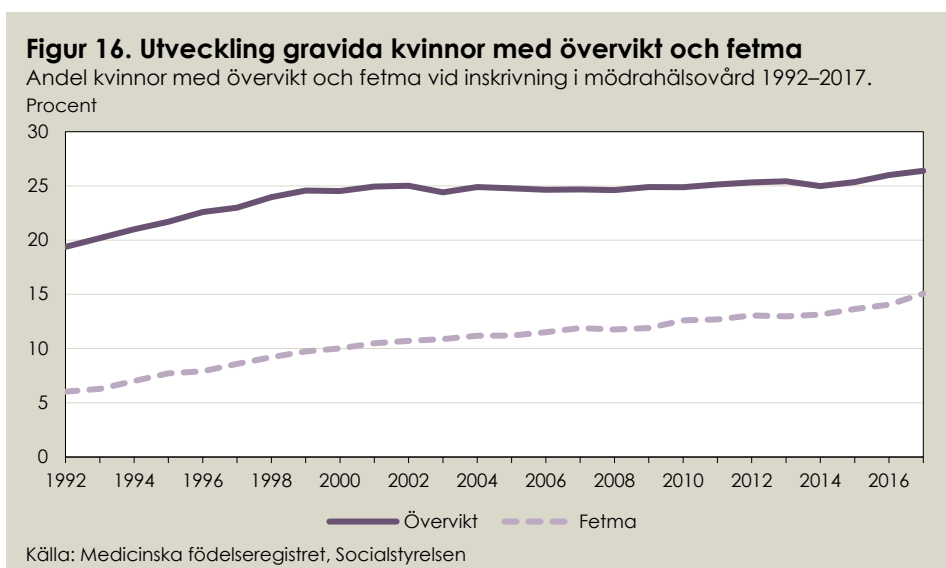
<sup>59</sup> Intervjuer genomfördes med kvinnor som har barn i åldern 0-6 månader. Enkätundersökningen genomfördes bland 3000 kvinnor med barn i åldern 0-5 månader. Båda undersökningarna genomfördes i samarbete med Kantar Sifo.

vård, regionalt- och nationellt förbättringsarbete samt utvecklad kunskapsstyrning [73].

## Övervikt och fetma ökar bland gravida

Högt BMI är kopplat till en ökad risk för graviditetskomplikationer som graviditetsdiabetes, högt blodtryck och havandeskapsförgiftning. En stark koppling finns även mellan övervikt och fetma hos modern och risk för att barnet föds stort för tiden. Högt BMI är också associerat med prematur förlossning samt kejsarsnitt.

Sedan 1990-talet har det successivt skett en ökning av kroppsvikt i förhållande till kroppslängd vid inskrivning i mödrahälsovård, mätt som Body Mass Index (BMI). De tre senaste åren har ökningen tilltagit, och allt fler gravida överskrider det som klassas som normalvikt.<sup>60</sup> Totalt sett var andelen gravida med övervikt<sup>61</sup> drygt 26 procent och andelen med fetma<sup>62</sup> 15 procent år 2017, vilket figur 16 nedan visar.



Andelen med övervikt och fetma vid inskrivning i mödrahälsovård varierar mellan länen. Bland kvinnor som födde barn under 2017 varierade andelen med fetma mellan länen från 11 till 50 procent.

## Allt fler planerade kejsarsnitt

År 2017 genomfördes drygt 17 procent av alla förlossningar med kejsarsnitt. Det är ungefär samma nivå som föregående år. Som figur 17 visar har fördelningen mellan planerade och akuta kejsarsnitt de senaste åren förskjutits något mot fler planerade ingrepp. För år 2017 var andelen förlossningar med planerat kejsarsnitt drygt 9 procent medan andelen akuta kejsarsnitt var nästan 8 procent.

<sup>60</sup> BMI 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>.

<sup>61</sup> BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>.

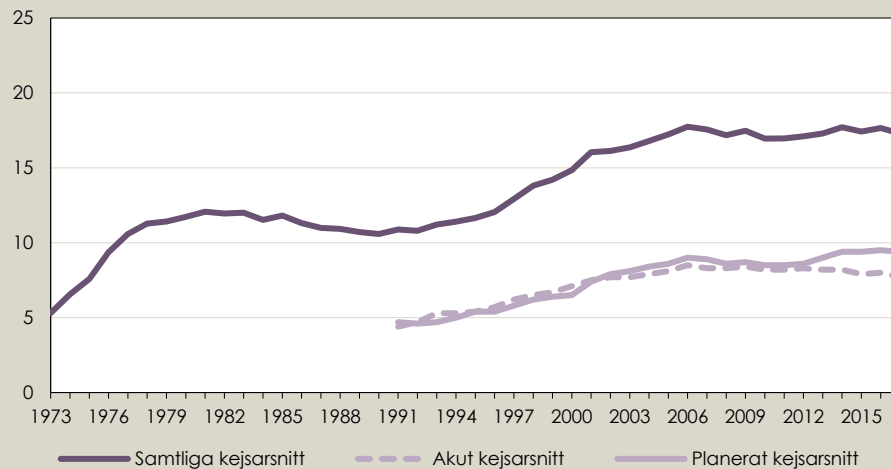
<sup>62</sup> BMI på minst 30 kg/m<sup>2</sup>.



### Figur 17. Utveckling av andel kejsarsnitt

Andel kvinnor som förlöst med kejsarsnitt under åren 1973–2017.

Procent



\* Uppgift om typ av kejsarsnitt finns i registret från och med år 1991

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

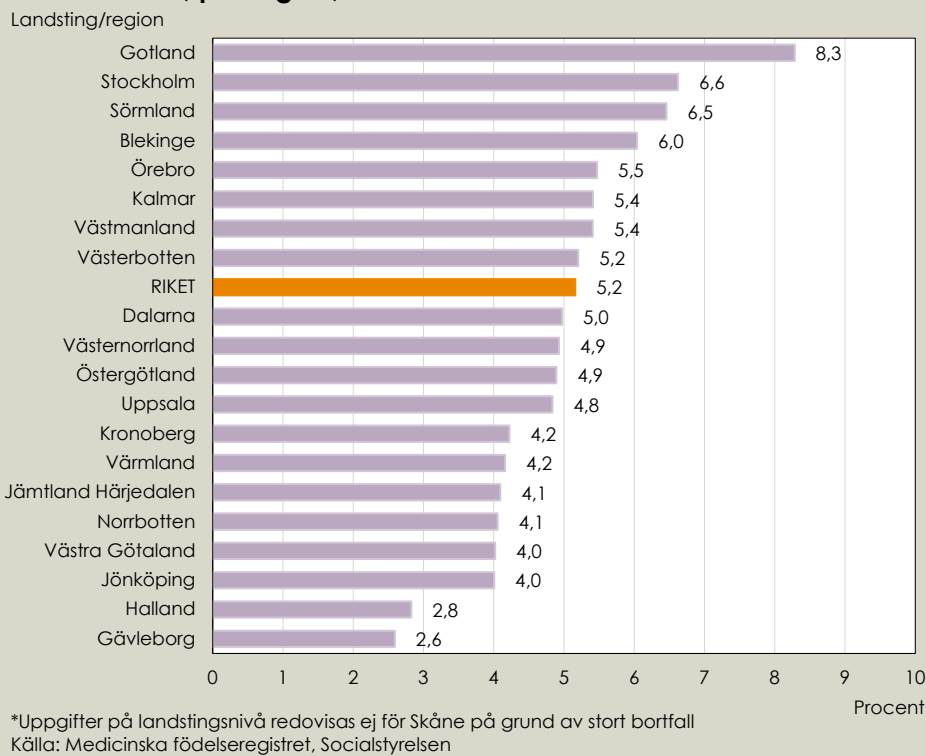
Kejsarsnitt är vanligare förekommande bland äldre mödrar och bland mödrar med övervikt eller fetma. Andelen kejsarsnitt varierar även mellan olika sjukhus och påverkas av sjukhusens upptagningsområde, fördelning av mödrar med låg respektive hög risk för komplikationer, samt rutiner för planerade kejsarsnitt. År 2017 varierade andelen från 12 till 22 procent.

## Allvarliga bristningar bland förstföderskor

Andelen förstföderskor som vid vaginal förlösning fått allvarliga bristningar i bäckenbotten<sup>63</sup> har varit cirka 6 procent sedan 2006. De senaste tre åren har en viss minskning observerats. År 2017 fick 5,2 procent av förstföderskorna och 1,3 procent av omföderskorna allvarliga bristningar i bäckenbotten, vilket är samma nivåer som året innan. De regionala skillnaderna är fortsatt stora, vilket ses i figur 18 nedan. Det kan till viss del bero på skillnader i diagnostik och rapportering av bristningar.

<sup>63</sup> Grad III och IV.

**Figur 18. Bristning grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstfödelskor, per region, 2017**



Risken för allvarliga bristningar är större vid instrumentell vaginal förlossning<sup>64</sup> än vid icke-instrumentell vaginal förlossning. Även barnets födelsevikt har viss betydelse för risken att få en allvarlig bristning. Andra riskfaktorer är avvikande bjudning av fostrets huvud och att modern har genomgått könsstympning [74].

## Nya råd om amning

Amning under barnets första månader fortsätter att minska svagt, medan andelen barn som ammas vid 6 månaders ålder i stort sett varit oförändrad sedan 2010. Däremot blir det allt vanligare att barn ammas vid 9 och 12 månaders ålder. De regionala skillnaderna i amning är störst när det gäller andelen barn som ammas vid 6 månader eller äldre.

Socialstyrelsen översatte och publicerade 2014 den gemensamma rekommendationen *Ten steps to successful breastfeeding* utgiven av Unicef och WHO för att skydda, främja och stödja amning. WHO gjorde 2018 en uppdatering rekommendationen och Socialstyrelsen arbetar i samråd med Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Konsumentverket med en uppdatering av den svenska versionen, *Tio steg som främjar amning*. Rekommendationen riktar sig till mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och barnhälsovård.

<sup>64</sup> Med sugklocka eller förlossningstång.

## Mer kunskap om endometrios

Under 2018 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård vid endometrios. För att stödja hälso- och sjukvården att implementera riktlinjerna och öka kunskapen om sjukdomen har flera informations- och utbildningsmaterial tagits fram, bland annat en film och en broschyr till allmänheten och broschyr och affischer till professionen. Materialet har 2019 fått en stor spridning, broschyrerna har beställts i drygt 8000 exemplar och 1500 exemplar av affischerna har beställts.

Under endometrioscampaenjen i mars 2019 nådde myndighetens inlägg på alla sociala medier-kanaler en räckvidd av cirka 200 000 visningar. Under 2019 har myndigheten arbetat med att ta fram en film till allmänheten och skapat en kampanjwebb som publicerats inför kampanjen i mars 2020.

## Webbutbildning

Webbutbildningen *Vård vid endometrios* publicerades i december 2018. Antalet unika sidvisningar och besök är cirka 22 000 sedan publicering. Ungefär 100 personer har tagit del av en särskild fördjupningsmodul i utbildningen och deltagit i en utvärdering efter genomförd utbildning. Överlag får utbildningen ett mycket bra betyg. Utbildningens innehåll upplevs vara relevant och majoriteten av deltagarna anser att kunskapen har ökat. Utbildningen kommer att kompletteras under 2019 med ytterligare delar och utbildningshandledning.

## Kunskapen om endometrios behöver höjas

Socialstyrelsen har under 2018 och 2019 gjort en första utvärdering av vård vid endometrios, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna inom området. Resultatet visar att kunskapen om endometrios måste höjas inom bland annat elevhälsan och primärvården. De regionala skillnaderna inom den specialiserade vården är stora, bland annat så saknar flera kvinnokliniker multiprofessionella endometriosteams. Hälso- och sjukvården behöver dessutom i större utsträckning dokumenterade rutiner för samverkan mellan olika vårdinsatser och för handläggning av personer med misstänkt eller bekräftad endometrios. Vidare behöver effekterna av läkemedels- och kirurgisk behandling följas upp mer systematiskt.

## Nationell högspecialiserad vård

Som ett led i de satsningar som görs har Socialstyrelsen också i arbetet med nivåstrukturering av nationell högspecialiserad vård<sup>65</sup> prioriterat att genomlysa flertalet områden inom kvinnosjukdomar och förlossning. Nu är viss vård vid endometrios, viss vård vid graviditetsrelaterade tumörer<sup>66</sup> och åtgärden EXIT<sup>67</sup> tillståndspliktig vård. Regioner ansöker nu om detta. Även annan fosterterapi, viss vård vid cervixcancer, svår hjärtsjukdom och graviditet, avancerad rekonstruktiv kirurgi och preimplantatorisk genetisk diagnostik

<sup>65</sup> Vårdformens komplexitet, små vårdvolymer, stora investeringar och multidisciplinära team är kriterier för att koncentrera viss vård på nationell nivå.

<sup>66</sup> Trofoblastsjukdomar.

<sup>67</sup> EXIT (ex uterus intrapartum treatment) och är ett speciellt förlossningssätt med kejsarsnitt där barnets luftväg säkras innan barnet avnavlas, under tiden som syresättningen av barnet bibehålls via blodcirkulationen genom moderkakan.

(PGD) utreds inför bedömning och beslut. Syftet med nationell högspecialiserad vård är att ge lika tillgång till den högspecialiserade vården oavsett var man bor.

## Behov av kunskapsstöd om ätstörningar

Ätstörningar är ett allvarligt folkhälsoproblem som främst drabbar unga kvinnor. I Sverige uppskattas 190 000 personer i åldrarna 15 till 60 år ha drabbats av en ätstörning (147 000 kvinnor och 43 000 män). Under senare år har det skett en ökning av nydebuterade ätstörningar hos vuxna.

Ungefär 30 procent av dem som skulle kunna diagnosticeras med anorexia söker hjälp och vid bulimi är motsvarande siffra 10 procent. För de flesta med en ätstörning finns en samsjuklighet med andra psykiatriska sjukdomar.

I förhållande till många andra länder har Sverige en relativt god vård för patienter med anorexia nervosa och bulimia nervosa. Socialstyrelsens undersökning visar samtidigt att det finns betydande skillnader när det gäller organisation och kvalitet mellan och inom regioners ätstörningsvård. En anledning till det är att kunskaper om ätstörningar varierar. Beroende på var en person söker vård kan behandlingsmetoderna och väntetiderna variera. Framför allt i glesbygden är väntetiderna långa.

Trots att mer än var tionde nybliven mamma kan lida av ätstörningar finns det bara i ett fåtal regioner etablerade samarbeten mellan psykiatrins ätstörningsvård och mödrahälsovården. Tandvården är också en viktig instans som ofta upptäcker en ätstörning. Bland tandvårdspersonal uppger åtta av tio att de behöver mer utbildning om ätstörningar. Bara ett fåtal känner till vilka ätstörningsenheter de kan remittera patienterna till.

Patienter med en ätstörning söker sig ofta initialt till en vårdcentral eller till elevhälsan. Ofta söker den som är drabbad för en annan åkomma som till exempel mag- och tarmproblem. För att sjukdomarna ska upptäckas behövs kunskap om sjukdomarna, och möjlighet att tillämpa kunskapen. För att kunna ge en god och mer jämlik vård bedömer Socialstyrelsen att det är viktigt med tillgång till såväl nationella riktlinjer som ett digitalt nationellt kunskapsstöd till hälso- och sjukvården. Då närstående till personer som har en ätstörningsdiagnos ofta vårdar sina anhöriga i hemmet finns det också behov av kunskapsstöd även till närstående och drabbade [75].

## Arbete mot våld i nära relationer pågår

Regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor pågår mellan 2017 och 2026.<sup>68</sup> Socialstyrelsen har ett flertal pågående regeringsuppdrag<sup>69</sup> som ingår i den nationella strategin, varav fem uppdrag har slutredovisats under 2019. Det handlar om fördelning av utvecklingsmedel till kommuner och regioner, en nationell utbildningssatsning för verksamma inom socialtjänsten för att öka kunskapen om våld och sexuella övergrepp, samt förslag för utvecklat stöd och hjälp till personer utsatta

<sup>68</sup> Strategin består av fyra målsättningar: ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld, förbättrad upptäckt av våld och starkare skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor och barn, effektivare brottsbekämpning samt förbättrad kunskap och metodutveckling.

<sup>69</sup> De flesta uppdrag slutredovisas i november 2021.

för hedersrelaterat våld och förtryck. Myndigheten har även tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Migrationsverket tagit fram en plan för utökad samverkan för att förbättra upptäckt av våld i nära relationer.

Socialstyrelsen vidareutvecklar för närvarande ett flertal kunskapsstöd till kommuner och regioner. För att läsa mer om arbetet mot mäns våld mot kvinnor, se *Individ- och familjeomsorg- lägesrapport 2020*.

## Skillnader i vård och behandling vid klimakteriet

Omkring 70 procent av alla 47–56-åriga kvinnor har klimakteriebesvär<sup>70</sup> i form av värmevallningar och svettningar. Även torra och sköra slemhinnor är vanligt. Socialstyrelsens kartläggning visar att 11 procent av landets 45–60-åriga kvinnor hämtade ut receptbelagda läkemedel mot dessa besvär under 2018. Flest uttag av hormonläkemedel, strax över 400 uttag per 1000 kvinnor, gjordes i Uppsala och Stockholms län. I Blekinge, Jämtland och Kronoberg var uttagen färre än 250 per 1000 kvinnor.<sup>71</sup>

Kartläggningen visar också att det varierar mycket hur ofta kvinnor besöker den gynekologiska öppenvården för sina klimakteriebesvär. Kvinnor i Stockholms län hade under 2018 flest vårdkontakter, 14 300 per 100 000 kvinnor. Det är omkring sju gånger fler besök än i exempelvis Skåne, Kronoberg och Västmanland. En del av skillnaderna kan möjligen förklaras av att kvinnor i vissa delar av landet i högre utsträckning fått hjälp inom primärvården, exempelvis på en vårdcentral eller barnmorskemottagning.<sup>72</sup>

Socialstyrelsen planerar att gå vidare och analysera hur tillgången till vård och behandling ser ut. I det ingår att ta reda på vad kvinnor i klimakteriet behöver när det gäller råd, stöd och behandling [76].

## Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att utarbeta en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Grundläggande utgångspunkter vid framtagandet av strategin ska vara en god, jämlik, och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Strategin ska kunna användas av myndigheter, regioner, kommuner och andra berörda aktörer i arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Den nationella strategin kommer att redovisas 30 september 2020.

<sup>70</sup> Klimakteriet är perioden före och efter den allra sista menstruationen, menopausen. Den kan vara omkring fem till tio år och kan orsaka besvär kopplade till minskande produktion av könshormonet östrogen. Värmevallningar och svettningar är de besvär som främst kopplas till klimakteriet.

<sup>71</sup> En kvinna kan ha gjort flera uttag.

<sup>72</sup> Uppgifter om vårdkontakter i primärvården eller hos andra yrkesgrupper än läkare ingår inte i kartläggningen eftersom dessa uppgifter inte registreras i Socialstyrelsens patientregister.

# Patientsäkerhet

I detta kapitel redovisas den aktuella utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. Inledningsvis beskrivs det internationella och nationella patientsäkerhetsarbetet. Därefter speglas vårdplatssituation, förekomst av vårdskador samt utvecklingen vad gäller antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Sist i kapitlet redovisas anmälningar från patienter och vårdgivare.

## Internationellt arbete inom patientsäkerhetsområdet

Enligt WHO är skador på grund av bristande patientsäkerhet den 14:e största hälso- och sjukvårdsbördan. Bristande patientsäkerhet leder till ett stort lidande för dem som drabbas och ger betydande ekonomiska konsekvenser för samhället. OECD har uppskattat att bristande patientsäkerhet står för 15 procent av sjukvårdens budget. Uppskattningsvis bedöms nära 50 procent av de inträffade skadorna som undvikbara [77].

Att stärka patientsäkerheten är därför en prioriterad global hälsofråga och många länder delar samma utmaningar.<sup>73</sup> Länder har mycket att lära av varandra och internationell samverkan är viktig. Under 2019 fattade därför Världshälsoförsamlingen beslut om nya resolutioner kring patientsäkerhet och en *Global Action on Patient Safety*. Gemensamma mötesarenor<sup>74</sup> har skapats där beslutsfattare och experter tar sig an frågor om patientsäkerhet för att öka medvetenheten om de utmaningar som finns. Under 2019 initierade WHO Global Patient Safety Day som varje år ska uppmärksammas den 17 september. Socialstyrelsen deltar aktivt i det internationella patientsäkerhetsarbetet.<sup>75</sup>

Läkemedelsfel<sup>76</sup> är en ledande orsak till skada och undvikbar skada i sjukvården över hela världen. WHO:s tredje globala patientsäkerhetskampanj, *Medication without harm* lanserades i mars 2017. Utmaningen fokuserar på att förbättra läkemedelssäkerheten med målet att minska allvarliga, undvikbara skador med 50 procent på fem år [78].

## Nästa steg för säker vård

Regeringen har sett behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet och Socialstyrelsen har i uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet. Den 31 januari 2020 publicerade myndigheten en handlingsplan, *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*. Handlingsplanen har utvecklats i nära samråd med

<sup>73</sup> Till exempel bristande resurser, utmaningar i kompetensförsörjning och snabb medicinsk och teknisk utveckling.

<sup>74</sup> Exempelvis Global Ministerial Summit of Patients Safety.

<sup>75</sup> Bland annat genom att medverka i expertgrupper, stödja WHO:s resolutionsarbete inom Global Action on Patient Safety i arbetet med de globala patientsäkerhetsmålen (Rena händer, Säker kirurgi och Halvera läkemedelsrelaterade skador) och genom att uppmärksamma internationella patientsäkerhetsdagen.

<sup>76</sup> Både i form av ordination och i hantering av läkemedel.

berörda myndigheter, företrädare för huvudmännen, nationella organisationer, professionsföreningar, företrädare för patienter och närstående, studenter samt experter inom patientsäkerhetsområdet. Handlingsplanen ska stärka huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Handlingsplanen behövs mot bakgrund av de utmaningar och förändringar som hälso- och sjukvården står inför exempelvis medicinsk, digital och teknisk utveckling, organisatoriska förändringar, ekonomisk utveckling och för att lyfta vikten av tillgång på personal med rätt kompetens.

För att ta nästa steg behöver det fortsatta arbetet bygga vidare på det goda arbete som redan bedrivs och samtidigt kraftsamla inom ett antal områden. I handlingsplanen betonas bland annat att kunskapen om patientsäkerhet inom vården behöver öka, det förebyggande arbetet utvecklas liksom arbetet med att identifiera, utreda och analysera såväl inträffade vårdskador som risker.

## Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet

Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet (NSG PS) ingår i Regionernas system för kunskapsstyrning. Gruppen består av en representant från varje sjukvårdsregion och en representant från SKR. NSG PS leder och samordnar regionernas arbete inom patientsäkerhetsområdet. Gruppen ska sprida kunskap till de nationella programområdena (NPO) för att säkerställa att patientsäkra arbetssätt genomsyrar samtliga programområden. För detta ändamål pågår utveckling av ett verktyg för självskattning. I uppdraget ingår även att sammanställa och genomföra analyser av patientsäkerhetsläget i regionerna och utvärdera befintliga uppföljningsverktyg och indikatorer och vid behov införa nya.

Inledningsvis har två nationella arbetsgrupper (NAG) bildats inom patientsäkerhetsområdet: NAG vårdhygien och NAG markörbaserad journalgranskning [79].

## Ny handbok i systematiskt patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft den 1 september 2017. I syfte att stödja implementeringen har en handbok till föreskriften tagits fram. Handboken *Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete* publicerades i juni 2019 och vänder sig till vårdgivare som har ansvaret att leda och fördela arbetet, utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt att göra lex Maria-anmälningar [80].

## Ny handbok om ordination och hantering av läkemedel

Socialstyrelsen har publicerat en handbok som stöd vid tillämpningen av föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Handboken riktar sig i första hand till vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som hanterar läkemedel, och den kompletterar föreskriften med kunskapsunderlag och kommentarer som stöd för rättstillämpningen [81].

I föreskrifterna ställs krav på att personer över 75 år med minst 5 ordinerade läkemedel ska erbjudas en läkemedelsgenomgång, där det kartläggs vilka läkemedel patienten är ordinerad och använder. Om det efter en läkemedelsgenomgång finns kvarstående problem ska en fördjupad läkemedelsgenomgång erbjudas.

Socialstyrelsens utvärdering av hur läkemedelsgenomgångar används visar att det finns regionala skillnader gällande både hur och i vilken utsträckning läkemedelsgenomgångar registreras. Det är inte möjligt att uttala sig om omfattningen av genomförda läkemedelsgenomgångar, eftersom underrapporteringen är stor. Utvärderingen visar vidare att väl fungerande läkemedelsgenomgångar kan förväntas bidra till en förbättrad läkemedelsanvändning [82].

## Införandet av Nationella läkemedelslistan

Den nationella läkemedelslistans (NLL) primära syfte är att förbättra patientsäkerheten genom att möjliggöra för patient och hälso- och sjukvårdspersonal att ha tillgång till samma information om patientens receptföreskrivna läkemedel.<sup>77</sup> Under 2019 har arbete med att beskriva vilka krav som ställs på olika system som ska ansluta till NLL pågått. I slutet av 2019 publicerades information som beskriver hur NLL ska användas exempelvis vid förskrivning, expedition på apotek samt e-handel. Där tydliggörs också vilken funktionalitet som är obligatorisk, frivillig respektive otillåten. Under våren 2020 detaljeras kraven och den 1 juni 2020 ska alla krav vara specificerade och publicerade.

## Löfs patientsäkerhetssatsningar

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf, fortsätter att driva och stödja riktade patientsäkerhetssatsningar och projekt i samverkan med yrkesorganisationer, kvalitetsregister och intresseorganisationer. Utvecklingsprojekten handlar om förlösningssvård, primärvård, sepsisvård, suicidprevention, säker kirurgi och traumavård [83-87]. Utvecklingsarbetena innebär dels

---

<sup>77</sup> Lagen om nationell läkemedelslista börjar gälla den 1 juni 2020. Då ska vården och apoteken kunna inleda sina anslutningar till E-hälsomyndigheten. Två år senare, den 1 juni 2022, ska vård- och apoteksaktörerna ha anslutit samtliga sina system.



utveckling av verksamheter lokalt med den så kallade Säker-modellen<sup>78</sup> och dels utveckling av utbildningar, checklistor och bedömningsskalor.

Bedömningsskalan NEWS2,<sup>79</sup> som är särskilt inriktad på att tidigt stadium kunna identifiera patienter med misstänkt sepsis,<sup>80</sup> har under 2019 införts på drygt hälften av landets sjukhus. En bedömningskala för barn och ungdomar, PEWS,<sup>81</sup> lanseras under våren 2020 [88].

## Utveckling av journalgranskning inom psykiatri

Under perioden 2019–2020 genomförs markörbaserad journalgranskning (MJG) i vuxenpsykiatri och rättspsykiatri av särskilda granskningsteam i regionerna. En sammanställning av resultaten kommer under 2020.

Socialstyrelsen har 2019 startat arbetet med att ta fram kunskapsunderlag och metoder för att stödja barn- och ungdomspsykiatri. Inom ramen för detta uppdrag har myndigheten tagit initiativ till att utveckla och anpassa MJG till att kunna tillämpas också inom psykiatrisk barn- och ungdomsvård.

## Diagnostiska fel och misstag kan ofta undvikas

Fördröjd diagnos är en av de vanligaste orsakerna till anmälningar om allvarliga vårdskador (lex Maria) som vårdgivare gör till IVO och ett av de vanligaste skälen till att patienter eller närstående anmäler klagomål eller kontakter IVO:s upplysningstjänst. Faktorer som bidrar till fördröjda diagnoser kan bland annat handla om brister i den medicinska handläggningen eller att bedömningar och diagnoser inte omprövas i tillräcklig utsträckning. Vårdgivarna identifierar ofta hög personalomsättning, personal- och kompetensbrist och brist på gemensamma dokumentationssystem som bakomliggande orsaker till att sådana händelser inträffar [89].

Det är viktigt att ha en medvetenhet om i vilka situationer där risker för diagnostiska fel föreligger. En kunskapskälla är Nitha kunskapsbank, som är ett nationellt it-stöd för händelseanalys. En analys av dessa händelseanalyser i kunskapsbanken<sup>82</sup> visade bland annat att brister i kompetens och bemanning var vanliga bidragande orsaker till diagnostiska fel. Andra bidragande orsaker var otydliga rutiner, brister i kommunikation, bristande handledning, oklar ansvarsfördelning och hög arbetsbelastning.

Med analysen som underlag har SKR tagit fram rekommendationer på åtgärder som kan minska risken för uppkomst av diagnostiska fel [90].

---

<sup>78</sup> Säker-modellen innebär att den medverkande verksamheten gör en självvärdering följt av extern granskning, åtgärdsöverenskommelse och uppföljning.

<sup>79</sup> National Early Warning Score. Den svenska versionen är ett samarbete mellan 23 organisationer.

<sup>80</sup> Blodförgiftning.

<sup>81</sup> Pediatric Early Warning Score.

<sup>82</sup> Innefattar 421 händelseanalyser med arbetsprocessen diagnostik.

## Utlokaliseringarna har minskat

Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser<sup>83</sup> har fortsatt att minska. År 2019 var antalet vårdplatser<sup>84</sup> 17 851, vilket är 1 400 färre vårdplatser än 2018. Samtidigt har antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser ökat. Antalet disponibla vårdplatser påverkas dels av minskande behov av slutenvård för många patientgrupper, men också av att vårdgivarna har brist på medarbetare med adekvat kompetens, främst sjuksköterskor. I många verksamheter motsvarar antalet disponibla vårdplatser inte det faktiska behovet, vilket innebär överbeläggningar eller att patienter utlokaliseras. Patienten vårdas då på en annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Under 2019 var riksgenomsnittet 5,0 överbeläggningar och 2,1 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser i den somatiska slutenvården. Det är en ökning av överbeläggningar och en minskning av utlokaliseringar jämfört med 2018. Det är stora skillnader mellan och inom regionerna.

Inom psykiatrisk slutenvård är resultatet i nivå med de två föregående åren, i genomsnitt 2,0 överbeläggningar och 0,1 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser. Inom psykiatrisk vård är det främst vår och höst som det är flest överbeläggningar.

**Tabell 4. Antal patienter, vårdade på överbeläggningsplats respektive utlokaliserade, 2014–2019, fördelat på somatisk respektive psykiatrisk vård**

Antal per 100 disponibla vårdplatser. Riksgenomsnitt.

År	Överbeläggning somatisk vård, antal	Överbeläggning psykiatrisk vård, antal	Utlokaliserade somatisk vård, antal	Utlokaliserade psykiatrisk vård, antal
2014	2,9	2,5	1,3	0,1
2015	3,1	2,9	1,4	0,1
2016	3,7	2,5	1,5	0,1
2017	4,4	1,9	2,3	0,1
2018	4,8	2,1	2,5	0,1
2019	5,0	2,0	2,1	0,1

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Överbeläggningar och utlokaliseringar ökar över tid, men det förekommer också variationer utifrån sommar- och vinterhalvår. I somatisk vård är antalet överbeläggningar i januari ungefär på samma nivåer som under sommaren men det är däremot inte samma tydliga minskning av antalet disponibla vårdplatser. Antalet överbeläggningar i somatisk vård sommaren 2019 var högre än tidigare år medan antalet utlokaliseringar var lägre.

<sup>83</sup> Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

<sup>84</sup> Medelvärde för året. Det genomsnittliga antalet vårdplatser per månad har varierat mellan 15 265 (december) och 19 551 (februari).

## Överbeläggningar och utlokaliseringar innebär risk för patientsäkerheten

MJG<sup>85</sup> visar att andelen vårdtillfällen med förekomst av vårdskador är 60–70 procent högre för utlokaliserade patienter. De vanligaste vårdskadorna för patienter som utlokaliserats är vårdrelaterade infektioner (VRI) och trycksår. Vid de vårdtillfällen som inneburit att patienter fått vårdskador med de mest allvarliga konsekvenserna har patienterna vårdats på utlokaliserad plats i dubbelt så hög omfattning [91].

## Ökad dödlighet om utskrivning från IVA sker på grund av resursbrist

Antalet intensivvårdspatienter som på grund av resursbrist skickas mellan olika intensivvårdsavdelningar (IVA) har mer än fördubblats sedan 2010. År 2010 hände det vid 335 tillfällen (0,8 procent av det årets vårdtillfällen på IVA) att svårt sjuka patienter flyttades mellan olika IVA på grund av resursbrist. År 2018 ökade antalet till 872 tillfällen, motsvarande 2,1 procent. Den största andelen görs från universitetssjukhus (3,3 procent).

Majoriteten av patienter på IVA skrivs ut till en vårdavdelning på samma sjukhus. En betydande andel skrivs ut till annat sjukhus och då ofta till en annan IVA.<sup>86</sup> Dödlighet för patienter som skrivs ut från IVA på grund av resursbrist är högre än för patienter som skrivs ut av andra orsaker.<sup>87</sup> Det är en statistiskt säkerställd ökad risk på cirka 30 procent att avlida 30 dagar efter utskrivning på grund av resursbrist jämfört med de övriga orsakerna till utskrivning [92].

## Viss minskning av vårdskador i somatisk sjukhusvård för vuxna

Under perioden 2013–2018 har 88 638 vårdtillfällen på akutsjukhus granskats med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG).<sup>88</sup> Resultaten för hela perioden om de sex år som granskats visar att det har skett en minskning av andelen vårdtillfällen med såväl skador som vårdskador.<sup>89</sup> Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI), överfyllnad av urinblåsan och svikt i vitala funktioner minskade signifikant mellan 2013 och 2018.

Omräknat till ett resultat för hela landet drabbas cirka 100 000 patienter på svenska sjukhus varje år av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad [91].

<sup>85</sup> Somatisk slutenvård för vuxna.

<sup>86</sup> Svenska intensivvårdsregistret fångar tre orsaker till utskrivning till annat sjukhus eller annan IVA: behov av annan medicinsk kompetens, utskrivning till hemort samt utskrivning på grund av akut brist på vårdplatser.

<sup>87</sup> Andelen patienter som avlider under den första månaden efter utskrivning från IVA är drygt 11 procent. Mortaliteten inom 30 dagar efter utskrivning från IVA av dessa tre orsaker var under 2016–2018 drygt 17 procent.

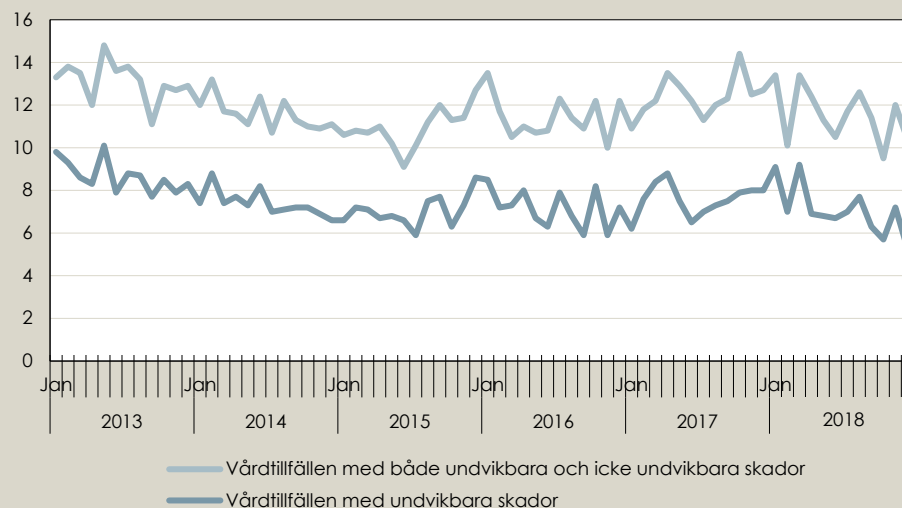
<sup>88</sup> Somatisk slutenvård för vuxna.

<sup>89</sup> Minskningen är statistiskt säkerställd.

### Figur 19. Vårdtillfällen inom somatiska slutenvården med skador och vårdskador

Andel vårdtillfällen med skador (undvikbara och icke undvikbara skador) och vårdskador (undvikbara skador) per månad, 2013–2018.

Andel



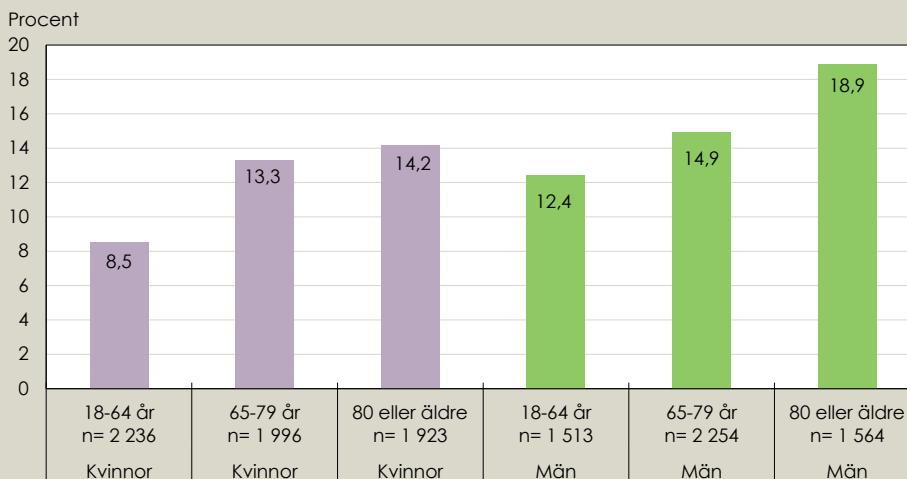
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

## Vårdskada vanligare hos dem som återinskrivs i slutenvård

I 13,5 procent av de granskade vårdtillfällena har patienten oplanerat återinskrivits i slutenvård inom 30 dagar. Av de patienter som återinskrivs är 75 procent över 65 år. En fjärdedel av de patienter som 2018 återinskrivs oplanerat inom 30 dagar, hade skador (män 25 procent, kvinnor 23 procent) [91]. Se andel vårdtillfällen med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar fördelat på kön och ålder i figur 20 nedan.

**Figur 20. Andel vårdtillfällen där patienten blev oplanerat återinskriven inom 30 dagar efter avslutat slutenvårdstillfälle**

Markörbaserad journalgranskning i somatisk vård för vuxna 2018. Fördelat på kön och ålder.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

## Vårdskador ger allvarliga konsekvenser

Vårdtiden för patienter som fått en vårdskada är dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon vårdskada. Kostnaden för de extra vård dagar som behövs på grund av vårdskador beräknas för 2018 uppgå till cirka 8 miljarder kronor [91]. Under 2019 gjorde Socialstyrelsen en fördjupad analys av resultaten från MJG<sup>90</sup> för perioden 2013–2018. Syftet var att klarlägga vilka skador och vårdskador<sup>91</sup> som medfört de mest allvarliga konsekvenserna för patienterna<sup>92</sup>[91].

I 0,1 procent<sup>93</sup> av de granskade vårdtillfällena bedömdes en vårdskada ha bidragit till att patienten avlidit. Det innebär att vårdskador bidrar till att cirka 1 200 patienter avlider per år. Vid de vårdtillfällen där skadan bidrog till dödsfall var 88 procent 65 år eller äldre och drygt en procent mellan 18 och 49 år. Vid 9 procent av vårdtillfällena hade patienten under hela eller delar av vårdtillfället vårdats på utlokaliserad vårdplats [91].

Den vanligaste skadan var VRI som utgjorde knappt hälften av de skador som bedömdes ha bidragit till dödsfall. Av dessa skador bedömdes 37 procent ha varit vårdskador. Sepsis utgjorde 9 procent och pneumoni 6 procent av de skador som bidrog till dödsfall.

Analysen visar på områden i vården där förbättring av patientsäkerheten är angelägen. Det behövs ett fortsatt intensivt infektionsförebyggande arbete, att skattningsverktyg för att bedöma patienters sjukdomsläge används och att varje patient vårdas med adekvat kompetens på rätt vårdnivå [91].

<sup>90</sup> Somatisk slutenvård för vuxna på akutsjukhus.

<sup>91</sup> Undvikbara skador.

<sup>92</sup> Data hämtades från granskning av knappt 83 000 vårdtillfällen i somatisk vård av vuxna på akutsjukhus.

<sup>93</sup> Motsvarar 213 patienter, varav 98 kvinnor och 115 män.

## Minskad förekomst av trycksår i slutenvården

Den årliga punktprevalensmätningen av trycksår i slutenvård<sup>94</sup> visar att det förebyggande arbetet förbättras över tid. Andelen trycksår i slutenvård minskade från 14 procent 2018 till 12 procent 2019. Det är fortfarande stora variationer både mellan och inom regionerna. Andelen trycksår som var sjukhusförvärvad sjönk från 11 procent 2018 till 9 procent 2019.

En femtedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår, vilket har varit relativt konstant sedan 2011. Hos drygt hälften av riskpatienterna genomfördes riskbedömningen<sup>95</sup> inom det första dygnet, men även här är det stora variationer mellan regionerna, från 15 till drygt 85 procent. En tidig riskbedömning är viktig så att förebyggande åtgärder snabbt kan sättas in [93].

För att läsa mer om trycksår se *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2020*.

## Förebygga och minska en ökande antibiotikaresistens

En minskad smittspridning och ett förebyggande av infektioner, liksom en klok antibiotikaanvändning är viktigt för att motverka och minska konsekvenserna av en ökande antibiotikaresistens.

För närvarande pågår ett arbete på Folkhälsomyndigheten för att ta fram nationella data över vårdrelaterade infektioner med det så kallade Infektionsverktyget. Infektionsverktyget är ett nationellt it-stöd för att automatiskt dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och diagnoskopplad uppföljning av antibiotikaanvändning.<sup>96</sup> Alla regioner har enats om att använda det och 17 regioner<sup>97</sup> har godkänt användning av sina data i nationella sammanställningar.

Det är angeläget att fortsatt användning av Infektionsverktyget säkerställs vid upphandling och införande av nya journal- och andra patientdatasystem i regionerna genom att krav ställs på uppkoppling av de nya systemen.

## Otillräcklig följsamhet till hygienrutiner och klädregler

En tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna (VRI) kan förebyggas, genom bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

<sup>94</sup> År 2019 genomfördes punktprevalensmätning (PPM) på drygt 14 800 patienter. Region Östergötland ingår inte. Mätningarna omfattar alla personer som är 18 år och äldre i slutenvård. Inga uppgifter har publicerats utifrån ålder och kön. PPM genomförs vid en given dag under en vecka på inlagda patienter. Mätningarna blir därför känsliga för variationer över tid och patienter med långa vårdtider blir överrepresenterade. Många regioner genomför lokala och regionala mätningar flera gånger per år för att få en bättre analys och kunskap om vad som är orsaken till att trycksår uppkommer.

<sup>95</sup> Dokumenterad riskbedömning i patientjournalen inom 24 timmar efter att patienten kommit in på sjukhuset.

<sup>96</sup> Infektionsverktyget utvecklades initialt för lokalt/regionalt förbättringsarbete.

<sup>97</sup> I november 2019.

Mätningen 2019<sup>98</sup> visar att följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler var 75 procent år 2019 och i nivå med år 2018 (74 procent). Liksom vid tidigare mätningar var det en stor spridning mellan regioner, från 64 till 91 procent, och spridningen har ökat jämfört med 2018.

Följsamheten till klädregler fortsätter att vara högre (93 procent) än följsamhet till hygienrutiner (78 procent). Även följsamhet mellan yrkesgrupper är fortsatt olika. Det är av stor vikt att regionerna vidtar åtgärder för att förbättra följsamheten [94].

## Antibiotikaförsäljningen fortsätter att minska

De senaste fem åren<sup>99</sup> har försäljningen av antibiotika minskat med totalt 11,5 procent. Under 2019 minskade försäljningen med 3,5 procent jämfört med 2018. År 2019 var rikssnittet 285 recept per 1000 invånare och år, vilket är den lägst noterade försäljningssiffran hittills. I 18 regioner minskade antibiotikaförsäljningen under 2019.<sup>100</sup> Försäljningen varierar mycket mellan regionerna: från 313 recept per 1000 invånare till 235 recept per 1000 invånare. Västerbotten är den enda region som ligger under det nationella målet på 250 recept per 1000 invånare [95].

Försäljningen har minskat 2019 jämfört med 2018. Störst minskning ses för barn 0–6 år där försäljningen minskade med 7 procent.

Mellan 2000 och 2019 gick slutenvården från en hög användning av bredspektrumantibiotika till att istället använda smalspektrumantibiotika i större utsträckning. Andelen smalspektrumantibiotika av den totala antibiotikaförbrukningen inom slutenvård ökade med 0,3 procent 2019 jämfört med 2018, och är nu 12,8 procent av den totala antibiotikaförbrukningen. Skillnaden mellan regioner med högst respektive lägst andel smalspektrumantibiotika är 10 procentenheter<sup>101</sup> [95].

## Antibiotikaförsäljningen skiljer stort inom Europa

Sverige är ett av de länder i Europa som har lägst antibiotikaförsäljning. År 2018 var den 12,4 DDD<sup>102</sup> per 1 000 invånare och dag. Högst antibiotikaförsäljning hade Grekland med 34,0 DDD per 1 000 invånare och dag och lägst var antibiotikaförsäljningen i Nederländerna med 9,7 DDD per 1 000 invånare och dag [96]. Skillnaderna mellan länderna är dock mindre än under tidigare år och försäljningen har minskat i flera länder. I relation till övriga Norden ligger Sverige lägst och Island högst med en 1,6 gånger så hög totalförsäljning som i Sverige [97].

## Fortsatt ökning av antibiotikaresistenta bakterier

Den långsiktiga trenden visar på fortsatt ökande resistens i Sverige. Läget i Sverige är dock betydligt gynnsammare än i många andra länder i Europa.

<sup>98</sup> Punktprevalensmätningen genomförs en bestämd tidpunkt och var en observationsstudie som omfattar följsamhet till åtta steg. Endast somatisk vård. Region Sörmland och Region Västerbotten deltog inte i mätningen. Nästan 28 000 medarbetare ingick i mätningen. De åtta stegen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg.

<sup>99</sup> Från år 2015 till och med år 2019.

<sup>100</sup> Region Värmland och Jämtland har inte minskat. Region Dalarna har oförändrad försäljning.

<sup>101</sup> Data för Blekinge och Dalarna ingår inte.

<sup>102</sup> Måttenheten DDD (definierad dygnsdos) är den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen vid läkemedlets huvudindikation.

Det som för närvarande ses som de största hoten är den ökande resistensen av ESBL<sup>103</sup>. Många europeiska länder rapporterar resistens mellan 10 och 25 procent och i södra Europa ofta över 25 procent. Resistensen i Sverige är 8 procent.

I Europa ses en oroväckande ökning av VRE<sup>104</sup>, från 10 till 17 procent på 3 år. För Sverige är resistensen under 2 procent bland allvarliga infektioner. De höga talen i vissa europeiska länder tyder på en omfattande smittspridning inom sjukvården.

MRSA<sup>105</sup> minskar i Europa. År 2018 låg resistensen på 16 procent vilket är en signifikant minskning jämfört med 2015. Sverige ligger under 2 procent.

I Sverige var förekomsten av infektioner med *C. difficile*<sup>106</sup> 11 fall per 10 000 vård dagar år 2018. Det är ett relativt stabilt resultat över tid men det finns stora regionala skillnader och det har också förekommit utbrott på flera sjukhus. Eftersom denna infektion är så pass vanlig, är det viktigt med ett ökat förebyggande arbete [98-100].

## Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om antibiotika

En studie om kunskap, attityder och beteende hos vårdpersonal beträffande antibiotika, antibiotikaanvändande och antibiotikaresistens (AMR) har genomförts i 30 europeiska länder.<sup>107</sup> Resultatet visade att kunskapen och förståelsen för AMR generellt är mycket högt i Europa. Svenska deltagare hade något bättre resultat än genomsnittet.

Enbart 58 procent svarade att de kände till WHO:s rekommendation för handhygien men på frågan om hygienrutinerna tillämpades angavs en mycket hög följsamhet. Vårdpersonalens kunskap om nationella initiativ såsom nationell handlingsplan mot antibiotikaresistens var bristfällig [101].

## Antibiotikaronder kan bidra till rationell antibiotikaanvändning

Nationella Strama<sup>108</sup> har initierat införandet av antibiotikaronder<sup>109</sup> på svenska sjukhus för att på så sätt bidra till en mer rationell antibiotikaanvändning.

En antibiotikarond innebär att läkare med specialistkompetens inom infektionssjukdomar granskar patientens antibiotikaordinationer så att det är rätt antibiotika med rätt dosering och rätt behandlingstid sett till indikationen för behandlingen. De verksamhetsområden som främst utgör mottagare för antibiotikaronder är medicin, geriatrik och kirurgi [102].

<sup>103</sup> ESBL: Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum betalactamase.

<sup>104</sup> Vancomycinresistent enterokocker.

<sup>105</sup> MRSA: Staphylococcus aureus resistent mot meticillin.

<sup>106</sup> Clostridioides difficile är en tarmbakterie som kan orsaka diarré och livshotande tillstånd, framför allt hos äldre individer som behandlas med antibiotika.

<sup>107</sup> EU och europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). En elektronisk enkät genomfördes mellan 28 januari och 4 mars 2019. Mer än 18 000 individer inom hälso- och sjukvård svarade på enkäten i 24 länder. 22 procent av de som svarade jobbade i kommun eller primärvård. 70 procent som svarade var kvinnor och 30 procent var män. I Sverige svarade 729 individer.

<sup>108</sup> Strama: Samverkan mot antibiotikaresistens.

<sup>109</sup> Antibiotikaronder syftar till att förbättra användningen av antimikrobiella läkemedel med avseende på bland annat preparatval, dosering, behandlingstid och administreringssätt.



Hösten 2019 genomförde Strama en inventering i alla 21 regioner av deras arbete, vilket visade att 15 regioner hade börjat med antibiotikaronder på sina sjukhus.<sup>110</sup> Fyra regioner har gett uppdrag till sina infektionskliniker att bredindföra antibiotikarond.<sup>111</sup> För närvarande pågår en nationell datainsamling enligt ett gemensamt protokoll för att studera vilka åtgärder som görs under ronderna.

## Förekomst av vårdrelaterade infektioner

Andelen patienter i slutenvården med en vårdrelaterad infektion (VRI) var 9 procent år 2019,<sup>112</sup> ett resultat som varit konstant sedan 2009. Spridningen mellan regionerna var stor (5–12 procent) men har minskat lite jämfört med 2018 (3–13 procent).

Postoperativa infektioner och ingreppsrelaterade infektioner var de vanligaste typerna av VRI. Patienter med en eller flera riskfaktorer<sup>113</sup> har större risk för att få en VRI. I en punktprevalensmätning kan dock inte riskfaktorer kopplas direkt till en VRI. Det var 47 procent av patienterna som hade minst en riskfaktor, 15 procent av dessa hade en VRI. Andelen patienter med 2 eller flera riskfaktorer, exklusive antibiotikabehandling, var 19 procent; 21 procent av dessa hade en VRI [103].

Andel patienter med minst en eller flera riskfaktorer har minskat men andelen VRI har varit konstant. Att andelen VRI är konstant ska inte tolkas som att vidtagna åtgärder inte haft effekt. Patienter med vårdkrävande VRI har i allmänhet längre vårdtider och blir därmed överrepresenterade i punktprevalensmätningar.

## Minskning av vårdrelaterade infektioner i somatisk vård

MJG<sup>114</sup> visar en statistisk säkerställd minskning av VRI mellan 2013 och 2018: från 5,2 till 4,4 procent [104]. Omräknat till nationell nivå innebär det att 57 000 patienter varje år får en VRI. Mellan en tredjedel och hälften av alla VRI bedömdes ha kunnat undvikas.

I cirka 1 300 fall per år är en VRI en bidragande faktor till att patienten avlider. Mellan en tredjedel och hälften av dödsfallen bedöms vara undvikbara. Där VRI bidrog till dödsfall var vårdrelaterad sepsis och vårdrelaterad pneumoni de vanligaste skadetyperna [105].

## Utlökaliserade patienter har högre andel VRI

Hos utlökaliserade patienter var andelen vårdtillfällen med VRI drygt 60 procent högre än för patienter som vårdats på en vårdenhets med specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. För kvinnor som inte varit utlökaliserade var andelen VRI 4,1 procent och motsvarande andel VRI för män var

<sup>110</sup> I åtta regioner var det på minst ett sjukhus. I sju regioner var det alla sjukhus.

<sup>111</sup> Blekinge, Sörmland, Skåne och Västra Götalandsregionen.

<sup>112</sup> Punktprevalensmätning (PPM) som genomfördes 2019, vecka 12 och 13. Sammanlagt 13 633 patienter ingick i undersökningen.

<sup>113</sup> Exempel på riskfaktor är respirator, kirurgiskt ingrepp, central venkateter eller urinkateter.

<sup>114</sup> Totalt 88 638 somatiska vårdtillfällen vid akutsjukhus i Sverige som granskats med metoden markörbaserad journalgranskning under perioden 2013–2018.

4,7 procent. Vid utlokalisering var det 6,6 procent av kvinnorna och 7,8 procent av männen som hade en VRI. Skillnaden var inte signifikant.

Medelvårdtiden för patienter med en VRI var mer än dubbelt så lång som för patienter utan VRI: 16,3 dagar respektive 6,2 dagar. Kostnaden för den extra vårdtid på sjukhus, som beror på en VRI, beräknas till närmare 4,4 miljarder kronor. Det utgör drygt 6 procent av kostnaden för somatisk sjukhusvård<sup>115</sup> i Sverige. Ett framgångsrikt förebyggande arbete beräknas kunna reducera kostnaden med mellan 1,5 och 2,1 miljarder kronor årligen [105].

## Anmälningar från patienter och vårdgivare

I följande avsnitt beskrivs patienters klagomål på hälso- och sjukvården, vårdgivarnas anmälningar till IVO,<sup>116</sup> anmälningar till patientförsäkringen Löf samt vad IVO:s tillsyn visat.<sup>117</sup>

## Utveckling av klagomålshanteringen

Socialstyrelsen har haft ett fortsatt uppdrag att stödja utvecklingen av klagomålshanteringen. Socialstyrelsen har samordnat insatser och genomfört olika aktiviteter bland annat i syfte att information och innehåll i klagomålen kan leda till ökat lärande och ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsens slutsats är att en fortsatt dialog aktörer<sup>118</sup> emellan är nödvändigt för att förutsättningarna för en nationell analys av klagomålen ska kunna stärkas. Behovet av ett fortsatt utvecklingsarbete understryks också av Statskontoret som i sin utvärdering konstaterar att reformen<sup>119</sup> ännu inte lett till förväntade effekter för patienter och patientsäkerheten i alla avseenden [106].

## Klagomål till patientnämnderna

Resultat för 2018 visar att klagomål från patienter och närstående har minskat något jämfört med tidigare år. Under 2018 skedde en minskning med cirka 3 procent från 2017. I likhet med tidigare år var vård och behandling det största klagomålsområdet 2018. Många återkommande synpunkter rör som tidigare kommunikation exempelvis gällande kallelser, provsvar och remittering. Ibland har hälso- och sjukvårdspersonalen inte försäkrat sig om att den givna informationen förstås av patienten.

Klagomål på primärvården stod för ungefär en tredjedel av det totala antalet klagomål. Drygt 46 procent av alla klagomål gällde somatisk specialistsjukvård, knappt 13 procent gällde psykiatrisk vård, tandvården stod för 3

<sup>115</sup> Somatisk vård för vuxna.

<sup>116</sup> Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO (3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen).

<sup>117</sup> IVO:s tillsyn gäller 2018.

<sup>118</sup> IVO, patientnämnder och vårdgivare i kommuner och regioner.

<sup>119</sup> Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. Det är vårdgivarna som ska besvara klagomålen från patienter och närstående genom att förklara vad som har inträffat och vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska upprepas. Enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) är patientnämndernas huvudsakliga uppgift att hjälpa och stödja patienter att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Det nya systemet innebär en begränsning av IVO:s utredningsskyldighet i klagomålsärenden. IVO är numera endast skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL (2010:659) efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

procent av klagomålen och den kommunala hälso- och sjukvården omfattade drygt 1 procent av ärendeantalet. Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år stod för flest klagomål, vilket har varit oförändrat de senaste åren [107].

## Klagomål till IVO

Från och med den 1 januari 2018 är IVO:s utredningsskyldighet begränsad vilket inneburit en förväntad minskning av antalet ärenden det året. Antalet inkomna ärenden ökade dock igen under 2019. Av de klagomål som avslutades 2019 var det cirka 30 procent som utreddes i sak. En vanlig orsak till att ärendet inte utreddes var att det inte längre tillhör IVO:s utredningsskyldighet eller att den som klagade inte först varit i kontakt med vårdgivaren eller patientnämnden. Under 2019 inkom totalt 6 014 klagomål, vilket framgår av tabell 5 nedan. Av alla 5 792 beslutade klagomål 2019<sup>120</sup> var det 862 klagomålsärenden som utmynnade i kritik mot vårdgivare.<sup>121</sup>

**Tabell 5. Antalet inkomna respektive beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen 2015–2019**

Klagomål	2015	2016	2017	2018	2019
Inkomna klagomål	6 198	7 181	8 340	5 511	6 014
Beslutade klagomål	8 678	7 087	7 562	8 370	5 792

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Nästan hälften av klagomålen som utreddes handlade om primärvård (utom hemsjukvård) och kirurgisk vård. Av klagomålsärendena med kritik var ärenden gällande vård och behandling och diagnostisering vanligast. Flest klagomålsbeslut 2019 gällde kvinnor. Könsfördelningen har varit konstant 2011–2019. Klagomålsbeslut 2019 var vanligast i åldersgruppen 30–49 år, vilket är samma fördelning som för de senaste åren.

## Fortsatt ökning av anmälningar till Löf

År 2019 inkom 17 892 anmälningar om skada till Löf, vilket är en ökning med 5,5 procent jämfört med 2018. Det totala antalet anmälningar ökar för varje år. Ökningen beror sannolikt på en kombination av en ökande befolkning och en allt högre levnadsålder som leder till fler vårdkontakter och därmed fler anmälningar om skador. Att behandlingar och operationer blir mer avancerade kan också bidra. En bidragande orsak kan även vara en ökad medvetenhet om möjligheten att anmäla<sup>122</sup> [108].

## Lex Maria-anmälningar

Vårdgivarnas lex Maria-anmälningar till IVO ökade 2019 jämfört med 2018 till 2 270 stycken. Under 2018 minskade antalet jämfört med tidigare år och

<sup>120</sup> Antal beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälts före 2018 ingår.

<sup>121</sup> Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg.

<sup>122</sup> Effekt av den utökade upplysningsskyldigheten från vårdgivare till patienter och närstående vid en inträffad skada, skyldigheten trädde i kraft genom patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) 2011.

den främsta anledningen till det är att antalet anmälningar om suicid minskade. Detta hänger ihop med att anmälningsskyldighet enligt lex Maria vid suicid upphörde 2017.<sup>123</sup>

Under 2019 fattade IVO beslut i 2 110 ärenden. De två senaste åren har flest beslut gällt kirurgisk specialistsjukvård och primärvård.<sup>124</sup> Anmälningarna gäller oftast vård och behandling samt diagnostisering. Före 2018 gällde flest beslut psykiatrisk vård och flest ärenden gällde suicid.

**Tabell 6. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2013–2019**

Lex Maria	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Inkomna ärenden	2 226	2 309	2 372	2 465	2 679	2 009	2 270
Avslutade ärenden	2 362	2 436	2 821	2 494	2 752	2 256	2 110

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

## Vården behöver utveckla sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Flera av IVO:s iakttagelser för verksamhetsåret 2018 liknar tidigare år med brister i kompetensförsörjningen och i samordning, vilket tyder på att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inte fungerar tillfredsställande.

Bristerna i kommunikation, dokumentation eller samverkan är primära eller bidragande orsaker till att allvarliga händelser inträffar. Bristerna i samordning innebär bland annat att patienterna får ta ett allt för stort ansvar som informationsbärare mellan vårdgivare.

Bristerna i kompetensförsörjningen medför enligt IVO bland annat att diagnoser blir fördröjda, felaktiga eller uteblir. Andra konsekvenser är begränsning av antalet vårdplatser där patienter i vissa lägen får vård efter var resurserna är tillgängliga istället för efter sina behov. Vårdgivarna behöver enligt IVO i högre grad arbeta med egenkontroll för att se om vidtagna åtgärder har bidragit till förbättringar för patienterna [89].

<sup>123</sup> Fram till den 1 september 2017 fanns en anmälningsskyldighet enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria när en patient hade begått suicid i samband med undersökning, vård eller behandling, eller efter fyra veckor efter en vårdkontakt, och detta kommit till vårdgivarens kännedom. I samband med att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft och SOSFS 2005:28 upphävdes, finns inte längre någon anmälningsskyldighet enligt Lex Maria vid suicid.

<sup>124</sup> Primärvård utom hemsjukvård.

# Missbruks- och beroendevård

I detta kapitel redovisas utvecklingen av riskbruk, vård för alkohol- och narkotikaberoende, dödlighet, tillgång till sprututbyte, tillgängliggörandet av naloxon, samsjuklighet och suicid.

## Riskkonsumtion av alkohol och rökning minskar

År 2018 var det 16 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav riskkonsumtion av alkohol [109]. Andelen med riskkonsumtion av alkohol var högre bland män jämfört med kvinnor, bland unga jämfört med äldre, bland personer med gymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå och i gruppen födda i Sverige och övriga Norden jämfört med gruppen födda utanför Europa. Andelen minskade i befolkningen totalt och bland unga under perioden 2006–2018, medan den ökade bland äldre [110]. År 2018 uppgav 7 procent av befolkningen att de rökte dagligen, vilket är en tydlig positiv utveckling över tid.

## Få erbjuds åtgärder i primärvården

Arbetet med att tidigt uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor och erbjuda rätt insatser är viktigt. Trots det är det idag en mycket liten andel av primärvårdens patienter som får en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana. År 2018 hade bara 0,5 procent av patienterna i primärvården har fått en åtgärd till följd av riskbruk av alkohol och cirka 1,5 procent av de patienter som är dagligrökare hade fått en åtgärd. Insatsen har heller inte ökat sedan 2015 [111].

## Fler vårdas för alkohol- eller narkotikaberoende

Allt fler vårdas inom hälso- och sjukvården på grund av alkohol- och narkotikaberoende. Bland de vårdade har det skett en markant ökning av andelen unga med beroende och av äldre personer över 65 år med skadligt bruk eller beroende av alkohol. Kvinnor med insatser eller vårdkontakter inom missbruks- och beroendevården är generellt sett yngre än männen och fler kvinnor än män beskrivs ha problem med psykisk ohälsa.

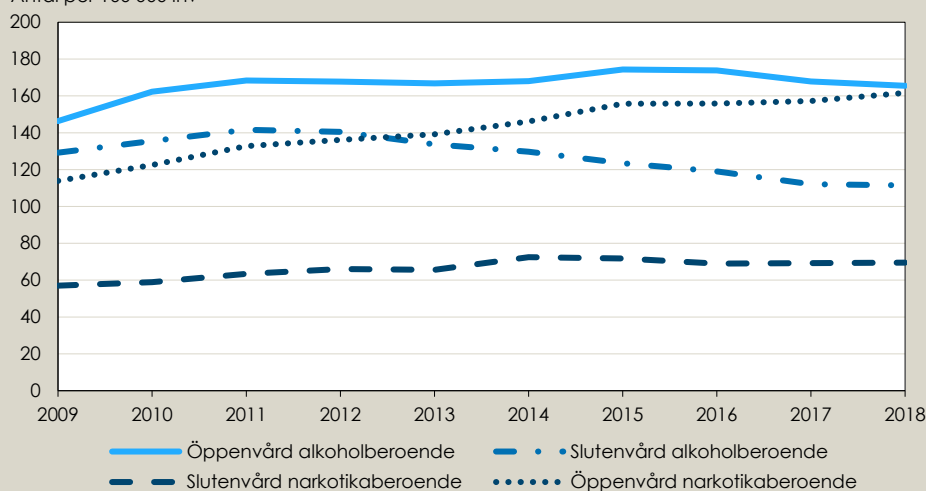
I takt med att hälso- och sjukvårdens insatser i öppen regi har ökat, har andelen patienter med en beroendediagnos och med psykiatrisk diagnos ökat och antalet frivilliga insatser minskat inom socialtjänstens missbruksvård.

I figur 21 nedan framgår de senaste tio årens ökning av andelen i befolkningen som vårdats inom den specialiserade öppenvården med en diagnos som indikerar alkoholberoende respektive narkotikaberoende.

**Figur 21. Vård till följd av alkohol- eller narkotikaberoende 2009–2018**

Antal som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med diagnosen alkohol- eller narkotikaberoende\*, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 inv



\* ICD-10: F102, F112, F122, F132, F142, F152, F162, F182, F192

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Mellan 2009 och 2018 har antalet personer 15 år och äldre som vårdats för narkotikaberoende<sup>125</sup> ökat i patientregistret. Det handlar framförallt om ökningarna för substanserna opioider,<sup>126</sup> cannabis och kokain. Antalet män och kvinnor som fått vård i hälso- och sjukvården för beroende orsakade av opioider har ökat med totalt 38 procent under tidsperioden. 2018 hade 6 420 personer, varav 1 933 kvinnor och 4 487 män, fått vård för opioidberoende. Drygt dubbelt så många personer vårdades 2018 för ett kokainberoende jämfört med 2009. För personer som vårdades för cannabisberoende var ökningen samma period 55 procent och ökningen var störst bland kvinnor.

Det finns idag en underbehandling med läkemedel vid alkoholberoende och implementeringen av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna går långsamt. Trots tydliga rekommendationer på området har insatsen minskat med 7 procent under den senaste tioårsperioden.<sup>127</sup>

## Tydlig ökning av vård för spelberoende

Allt fler människor söker och får i dag vård och insatser relaterade till spelproblem och spelberoende. Under 2018 vårdades 901 personer med diagnosen spelberoende<sup>128</sup> inom sluten- eller specialiserad öppenvård varav 78 procent var män och 22 procent kvinnor. Utvecklingen av diagnosticerat spelberoende över en tioårsperiod visar på en tydlig ökning.<sup>129</sup>

<sup>125</sup> Det vill säga patienter som vårdats för en narkotikadiagnos som huvuddiagnos eller bidiagnos (där beroendediagnosen ingår). Att antalet personer som får vård ökar kan inte per automatik översättas till att beroendet av dessa substanser ökar eftersom det kan finnas flera förklaringar. Det kan bero på att inrapporteringen i patientregistret förbättrats, att fler söker vård, att fler insatser sker inom sjukvården jämfört med tidigare. Prevalensmätningar på befolkningsnivå visar inte samma stora förändringar under tidsperioden.

<sup>126</sup> Opioider är ett samlingsnamn för narkotika och läkemedel som utgörs av vissa substanser såsom exempelvis heroin, morfin, metadon och så vidare.

<sup>127</sup> Källa Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

<sup>128</sup> Diagnoskod F63.

<sup>129</sup> Källa Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Förbättrad tillgång till sprututbyte

Den 1 mars 2017 trädde ett antal ändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler i kraft. Sedan lagändringen har antalet regioner med sprututbytesverksamhet<sup>130</sup> ökat från 8 till 17 regioner. I 4 av de 17 regionerna finns sprututbytesverksamhet på flera platser.

Under 2018 deltog totalt 3 754 personer, varav 28 procent kvinnor och 72 procent män, i sprututbytesverksamhet. Det är en liten ökning jämfört med 2017 då 3 394 personer deltog. Totalt gjordes 45 921 besök på sprututbytesverksamheter runt om i landet.

Sprututbytesverksamheter bidrar till en mer positiv kontakt med vården för personer som injicerar droger. Lagändringarna har förbättrat tillgången i hela landet till sprututbyten för personer som injicerar droger.

## Narkotika- och läkemedelsrelaterad dödlighet ökar bland kvinnor

Under 2018 avled 900 personer till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning varav 360 var kvinnor och 540 var män.<sup>131</sup> Den totalt sett minskande dödligheten det senaste året relaterad till narkotika och läkemedel beror på att dödlighet hos män minskat<sup>132</sup> [112]. I åldersgruppen 15–29 år avled 173 unga män 2015. Motsvarande siffra för 2018 var 131 unga män vilket. Dödligheten har däremot ökat något bland kvinnorna i samtliga åldersgrupper. För kvinnor i denna åldersgrupp är det oftast inte överdos som är orsaken utan antingen avsiktlig död eller oklar orsak [113].

## Suicid eller suicidförsök efter tidigare vård

Socialstyrelsen har gjort en särskild analys av suicid och suicidförsök 2008–2018 för personer som tidigare vårdats för en alkohol- och narkotikadiagnos.<sup>133</sup> Resultatet visar att det är en högre andel kvinnor med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som avlider i suicid eller vårdas för suicidförsök. För kvinnor som tidigare vårdats för en narkotikarelaterad diagnos ses en negativ utveckling där andelen som avlider i suicid eller vårdas för suicidförsök har ökat de senaste åren. År 2008 var det till exempel 14,6 procent av kvinnorna och 9,1 procent av männen som avlidit i suicid eller vårdats för suicidförsök. År 2017 var fördelningen 16,6 procent jämfört med 8,8 procent för männen.

För att läsa mer om suicid, se kapitlet om psykisk hälsa och psykiatrisk vård.

<sup>130</sup> Sprututbytesprogrammets syfte är att begränsa smitta och smittspridning och att verksamheterna är ingång för att möta och etablera kontakt med personer med ett missbruk, erbjuda råd och stöd kring personernas hälsosituation samt motivera till frivillig vård och behandling.

<sup>131</sup> Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

<sup>132</sup> Enligt Folkhälsomyndigheten beror detta på att antalet överdoser till följd av läkemedlet Fentanyl minskat markant.

<sup>133</sup> Statistiken är hämtad från Patientregistret och Dödsorsaksregistret och gäller för personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos i slutenvården eller specialiserad vård och som 365 dagar efter utskrivning avlider i dödsorsaken suicid eller har vårdats för suicidförsök.

## Allt fler regioner tillgängliggör naloxon

Socialstyrelsen rekommenderar i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende förskrivning av naloxon<sup>134</sup> till brukare tillsammans med en utbildningsinsats. Syftet med insatsen är att minska den narkotika- och läkemedelsrelaterade dödligheten i Sverige.

Socialstyrelsen genomförde i november 2019 en riktad enkät till alla regioner för att följa upp deras arbete med att tillgängliggöra naloxon.<sup>135</sup> Av 20 regioner som besvarat enkäten svarar 13 att de bedriver ett systematiskt<sup>136</sup> arbete för att tillgängliggöra naloxon för brukare. De regioner som ännu inte har ett sådant arbete svarar att det finns planer på att införa det. Det är mycket positivt att arbetet med naloxon nått ut så brett trots att insatsen är relativt ny.

I regioner där det pågår ett arbete med att tillgängliggöra naloxon är det vanligast att de verksamheter där brukare erbjuds naloxon är sprututbytesmottagningar. Det var 10 regioner som angav att naloxon erbjuds vid alla mottagningar, 8 regioner svarade att naloxon erbjöds vid mottagningar för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende<sup>137</sup> (så kallade LARO-mottagningar). Slutligen var det också 5 regioner som svarade att naloxon erbjuds vid alla inom annan beroendevård.<sup>138</sup> Även i regioner som arbetar med att tillgängliggöra naloxon kan det finnas skillnader i tillgänglighet beroende på var mottagningarna finns rent geografiskt. I kommuner där det saknas beroendevård i regionens regi kan tillgängligheten till naloxon försvåras eller helt saknas.

På frågan om Socialstyrelsens reviderade riktlinjer påverkat beslutet att arbeta systematiskt med naloxon svarar 5 regioner att det gjort det, 4 regioner att det fungerat som ett incitament för att fortsätta utveckla en redan pågående verksamhet och 4 regioner att riktlinjerna inte påverkat och att man redan arbetar så.

Det utbildningsmaterial som Socialstyrelsen tagit fram har använts av 11 regioner. Några regioner har tagit fram eget material och 12 regioner har de senaste två åren erbjudit utbildning till personal inom hälso- och sjukvård.

Statens Institutionsstyrelse har under 2019 utvecklat arbetet med att förskriva naloxon till brukare. Kriminalvården har ännu inte påbörjat detta arbete.

---

<sup>134</sup> Naloxon är ett motgift för att häva överdos av opioider och kan förskrivas som nässpray.

<sup>135</sup> Alla regioner utom Region Norrbotten svarade på enkäten.

<sup>136</sup> Med systematiskt arbete avses att förskrivningen av naloxon till brukare också omfattar en utbildningsinsats och att insatsen är integrerad i en annan verksamhet.

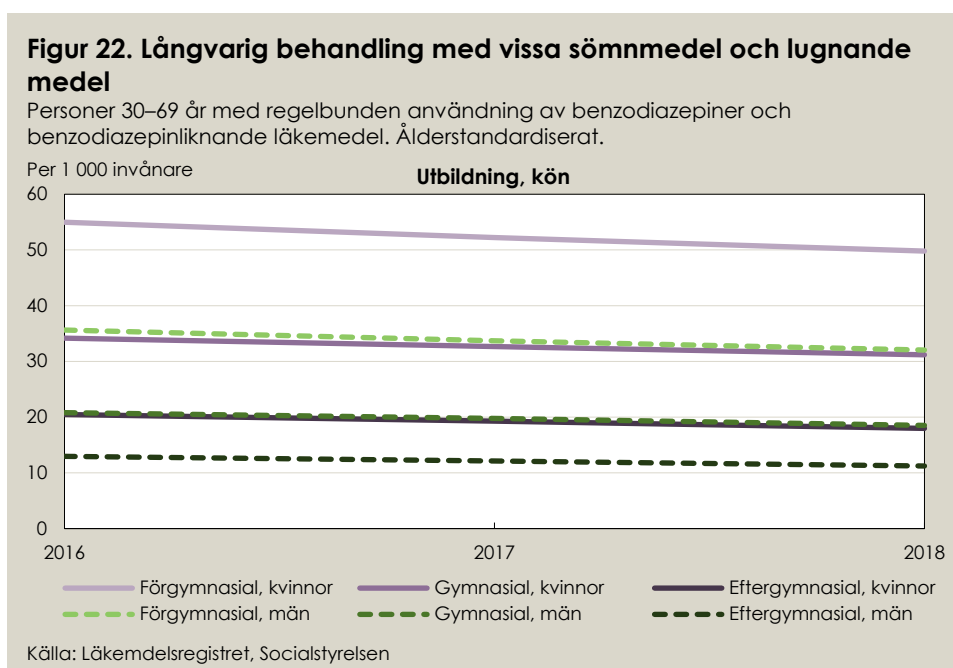
<sup>137</sup> Med buprenorfin eller metadon.

<sup>138</sup> Annan verksamhet kan vara infektionskliniker, vårdavdelningar där patienter aktuella för beroende får insatser, allmänpsykiatriska mottagningar, akutmottagningar med mera.



## Skillnader i förskrivning av beroendeframkallande läkemedel

Det långvariga<sup>139</sup> användandet av bensodiazepiner<sup>140</sup> i åldersgruppen 20–79 år har minskat sedan 2015 men fortfarande ses stora skillnader mellan kön, regioner och olika utbildningsgrupper.<sup>141</sup> Långvarig behandling med läkemedel som kan leda till beroende är vanligare bland kvinnor jämfört med män, med samma utbildningsgrad. Långvarig behandling med sådana läkemedel är vanligast bland kvinnor med högst förgymnasial utbildning, vilket framgår av figur 22 nedan.



## Samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och beroende

Socialstyrelsen har kartlagt förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Personer med samsjuklighet behöver vård och stöd av flera olika verksamheter. Kartläggningen<sup>142</sup> visade att 51 385 personer (10 år och äldre) vårdades för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Samsjukligheten är stor mellan beroendeproblematik och andra

<sup>139</sup> Med långvariga användare avses här individer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år.

<sup>140</sup> Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är godkända för att användas för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar samt lindrigare former av oro och ångest. Dessa läkemedel kan dock ge biverkningar, särskilt vid hög konsumtion och långvarigt bruk. De är dessutom narkotikaklassade och kan framkalla beroende. Det är därför viktigt att inte förskriva dessa läkemedel längre perioder utan noggrant övervägande. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom anger att behandling med bensodiazepiner inte bör erbjudas över huvud taget vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi och akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom.

<sup>141</sup> Jämförelsen mellan utbildningsgrupper avgränsas till åldersgruppen 30–64 år.

<sup>142</sup> Baseras på inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens nationella patientregister.

psykiatriska diagnoser. Det är 64 procent av kvinnorna och 52 procent av männen som vårdats för intag av beroendeframkallande substanser som också hade vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under perioden 2016–2018.

Bland personer med skadligt bruk eller beroende och flera psykiatriska diagnoser var adhd vanligt. En uppföljning av dessa visar att barn- och ungdomspsykiatri i större utsträckning kan behöva uppmärksamma barn och unga med adhd som har intag av beroendeframkallande substanser. Tidiga insatser i barn- och ungdomspsykiatri och en välfungerande samverkan mellan beroendevård, socialtjänst och vuxenpsykiatri är viktiga [114]. För att läsa mer om kartläggningen se *Individ och familjeomsorg – lägesrapport 2020*.

# Tandvård och munhälsa

I detta kapitel beskrivs utvecklingen inom tandvården, den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL, samt befolkningens tandhälsa. Enligt 2 § TL är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården – antingen folktandvården 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 23 år (15 a § TL). Det är regionerna som har ansvaret för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

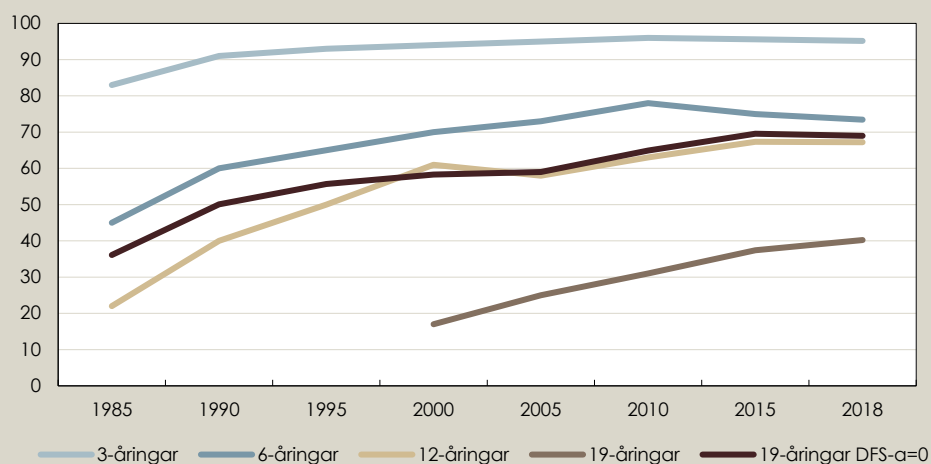
## Tandhälsan hos barn och unga är god

Tandhälsan bland barn och ungdomar i Sverige är som tidigare år generellt sett god. År 2018 var andelen kariesfria<sup>143</sup> barn och ungdomar i alla undersökta åldersgrupper oförändrad jämfört med 2017 enligt figur 23 nedan.

Tandhälsan är dock ojäm och skiljer sig både mellan regioner och inom åldersgrupper i varje region. Samtidigt som många är kariesfria, finns det grupper barn som har flera kariesskadade tänder.

**Figur 23. Andel kariesfria barn och ungdomar**

Andelen kariesfria barn och ungdomar i åldersgrupperna 3, 6, 12 och 19 år, 1985–2018. För 19-åringar redovisas även andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a). Procent



Källa: Socialstyrelsen 2020

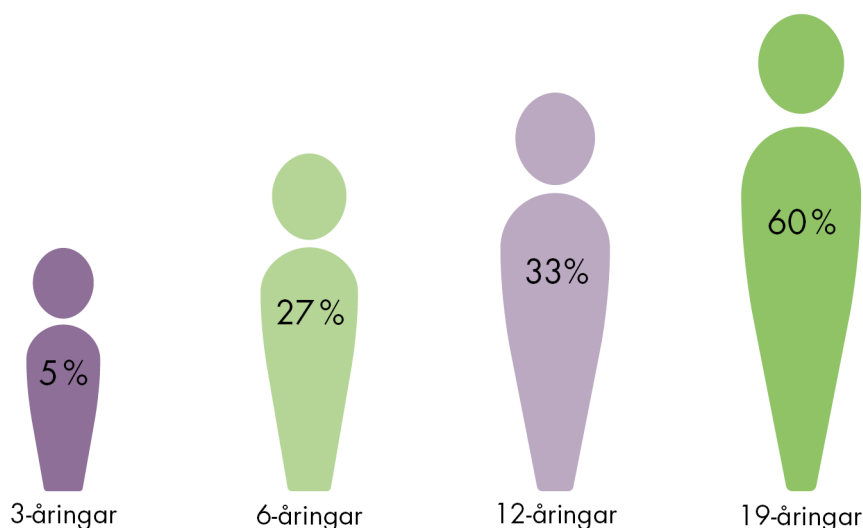
Bland 3-åringar är andelen barn med karies 5 procent, vilket är ett oförändrat resultat sedan 2011. Andelen 6-åringar med karies har ökat med 6 procentenheter under samma period, från 21 procent år 2011 till 27 procent år 2017. För 2018 är resultatet oförändrat jämfört med 2017.

<sup>143</sup> I detta sammanhang menas att personen inte har haft kariesskador som behövt lagas.

Karies i mjölkttänderna indikerar en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren. Mer än var fjärde barn har karies i sina tänder vid 6 årsålder. Tandhälsan bland 12- och 19-åringar riskerar därför att försämrans på sikt.

Tandhälsan bland 12-åringarna har ännu inte visat någon försämring som ett resultat av 6-åringarnas kariestrend. Resultatet för 2018 är oförändrat jämfört med året innan och har i stort sett varit oförändrat de senaste fem åren. Andelen kariesfria 12-åringar är 67 procent, vilket är samma andel som året innan. Antal kariesskadade tänder är i medel 0,70 och SiC index<sup>144</sup> för åldersgruppen är 2,09.

För tandhälsan bland 19-åringar ses förbättringar över tid. Andelen kariesfria ungdomar fortsätter att vara 40 procent, vilket är en lika stor andel som året innan. För gruppen 19-åringar redovisas också kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries<sup>145</sup>. Andelen kariesfria approximant är 69 procent för 2018, jämfört med 70 procent år 2017.



Andel barn och unga med karies 2018.

Källa: Socialstyrelsen 2020.

## Tandhälsoundersökningar av placerade barn och ungdomar

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter som visar hur reglerna om hälsoundersökningar av placerade barn och ungdomar ska tillämpas (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd HSLF-FS 2019:19). Reglerna började gälla den 1 januari 2020.

Syftet med hälsoundersökningen anges i 3 § och är att den ska ge underlag för:

- en medicinsk bedömning av behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård hos ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet

<sup>144</sup> SiC utgörs av det beräknade medelvärdet för DFT för den tredjedel av befolkningen som har flest antal kariesskador.

<sup>145</sup> Approximalkaries, DFS-a, följs eftersom dessa skador på tändernas kontaktytor ofta tyder på längre framskriden kariessjukdom och är en god indikator på framtida vårdbehov. Det beror på att lagningar på tändernas kontaktytor oftare går sönder än till exempel på tuggytor och de behöver då lagas på nytt.

- hur socialnämnden ska verka för att barnet eller den unge ska få sitt behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosett
- hälso- och sjukvårdens och tandvårdens fortsatta kontakt med barnet eller den unga.

Av föreskrifterna framgår också att vårdgivaren ska göra en bedömning av barnet eller den unges vårdbehov, samt vid behov remittera barnet eller den unga till någon annan vårdgivare. De bedömningar som görs av respektive vårdgivare ska också dokumenteras i ett utlåtande. Till föreskrifterna finns allmänna råd som ytterligare preciserar hur reglerna bör tillämpas.

## Barnhälsovårdens insatser för jämlik tandhälsa

Goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern. Karies är vanligare bland barn till föräldrar som själva har dålig tandhälsa och karies i mjölkttänder innebär en ökad risk för sämre munhälsa senare i livet [115].

Socialstyrelsen har följt och analyserat genomförandet av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, vars syfte är att främja en jämlik hälsa genom stöd till barn med ökad risk för sämre hälsa och tandhälsa. Av den första delrapporten framgår att flera regioner har använt statsbidrag inom överenskommelsen för att utveckla samverkan mellan barnhälsovården och tandvården. Det handlar till exempel om att barnhälsovården infört ett gemensamt mottagningsbesök med tandvården eller utvecklat rutiner för att bättre integrera munhälsa i barnhälsovården. Det är för tidigt att bedöma om utvecklingen kan leda till en mer jämlik tandhälsa hos förskolebarn, men förutsättningarna för att göra insatser i samverkan mellan barnhälsovården och tandvården har sannolikt förbättrats.

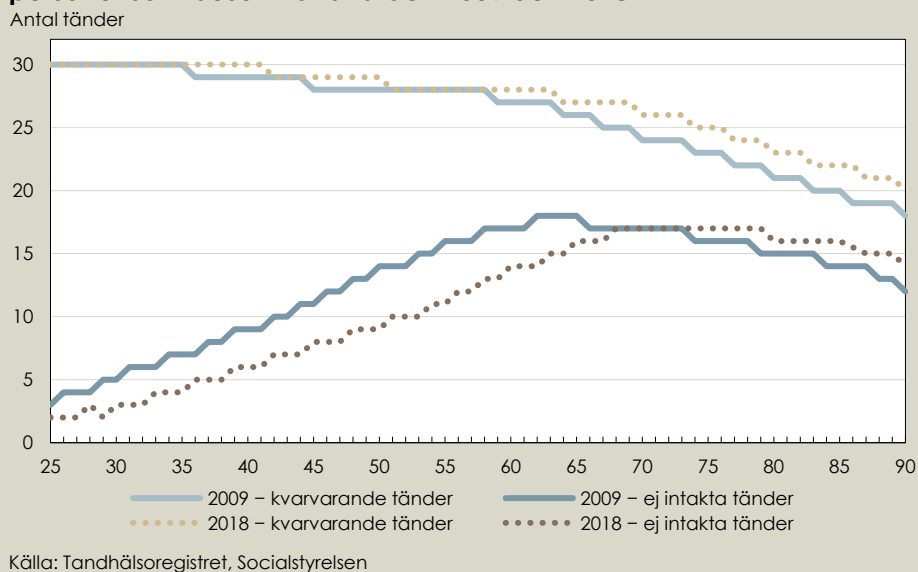
I intervjuer med verksamma inom tandvården beskrivs hur förekomsten av karies skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper och bostadsområden. Skillnaderna i tandhälsa syns redan i förskoleåldern och barn med större behov kommer inte alltid till de kontroller i tandvården som de kallas till. Därför arbetar tandvården i stor utsträckning med utökade insatser i socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis deltar tandhygienister i aktiviteter i öppna förskolan och föräldragrupper, tandvården deltar i gemensamma utbildningsdagar med barnhälsovården och förebyggande socialtjänst [116].

## Tandhälsan hos vuxna har förbättrats över tid

Tandhälsan i den vuxna befolkningen har förbättrats över tid, vilket framgår av figur 24 nedan. Antal kvarvarande och antalet intakta tänder<sup>146</sup> är övergripande mått på tandhälsa. Utifrån dessa två mått beräknas antal kvarvarande tänder som inte är intakta. Det är en indikator på framtida behov av tandvård, eftersom tidigare lagade och ej intakta tänder har ökad risk att behöva ny behandling.

<sup>146</sup> En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Visdomständer räknas också med. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade skador på dentinet som kräver behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller vara ersatt med protetik, exempelvis krona eller bro.

**Figur 24. Medianvärdet av kvarvarande och ej intakta tänder bland personer som besökt tandvården 2009 och 2018**



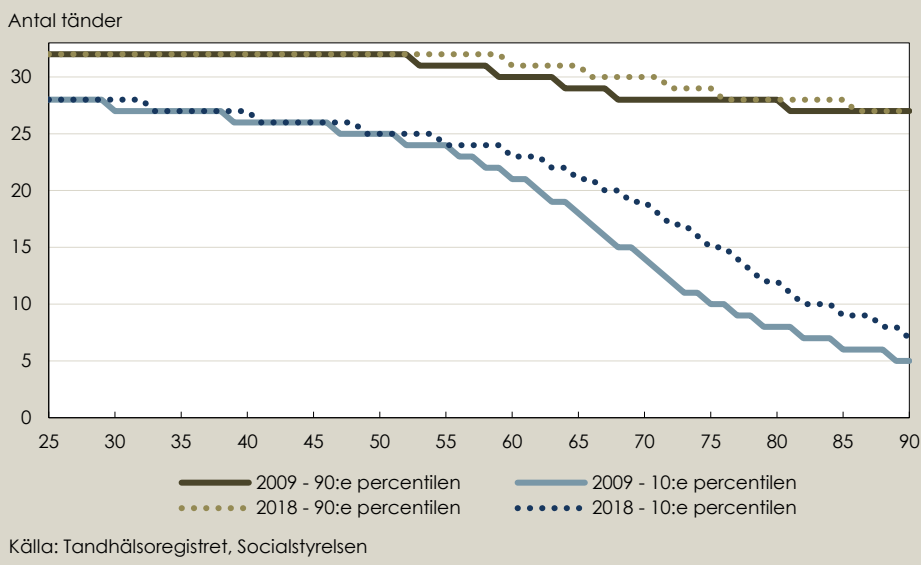
Sedan 2009 har antalet tänder som inte är intakta minskat för personer i åldersgruppen 23–67 år, samtidigt som antalet kvarvarande tänder varit relativt stabilt. Antalet kvarvarande tänder bland personer i åldersgruppen 60–90 år har ökat med i genomsnitt 1,5 tänder. I åldersgruppen 60–74 år ökar antal intakta tänder medan det i åldersgruppen 75–90 är fler tänder som inte är intakta. Med fler tänder som inte är intakta i munnen ökar behovet av god egenvård och förebyggande tandvård.

I dag är det få personer i Sverige som är helt tandlösa och en stor andel, även bland äldre, har 20 eller fler egna tänder. Till exempel har cirka 60 procent av personer i åldersgruppen 80–89 år 20 eller fler egna tänder.

Utvecklingen av tandhälsan varierar mellan olika grupper med kvarvarande tänder som mått på tandhälsa. I figur 25 nedan redovisas 10:e och 90:e percentilen av antal kvarvarande tänder för år 2009 och 2018 i ettårsåldersklasser. Dessa mått har valts för att följa grupperna med sämre respektive bättre tandhälsa.

Skillnaderna mellan grupperna med bättre och sämre tandhälsa minskar främst bland äldre personer. Störst förändring ses i 10:e percentilen för personer 60 år och äldre, där det i genomsnitt har skett en ökning på närmare 4 tänder. Bland personer under 50 år är skillnaderna i antal kvarvarande tänder oförändrade sedan 2009.

**Figur 25. Antal kvarvarande tänder, 10:e och 90:e percentilen, utifrån ålder, år 2009 och 2018**



## Skillnader i besök och behandling

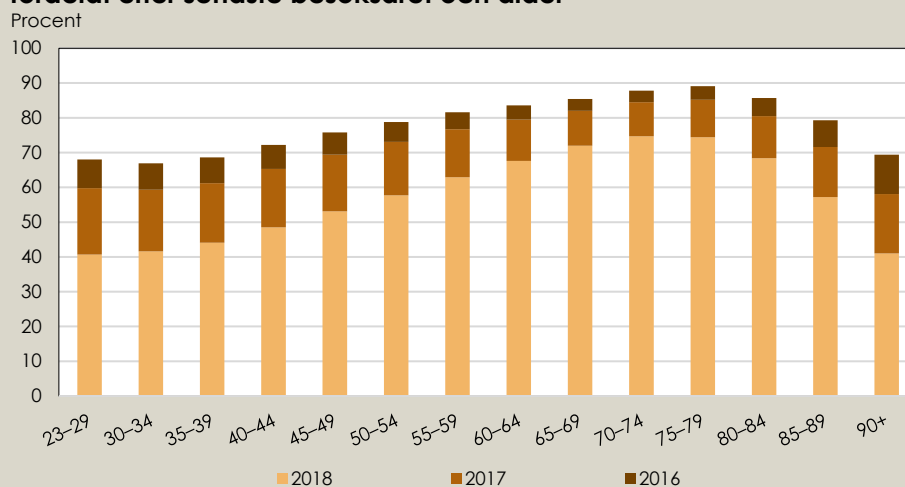
År 2018 besökte 56 procent av den vuxna befolkningen<sup>147</sup>, tandvården. Det är en minskning med knappt 7 procent jämfört med 2011. Det är 77 procent som har besökt tandvården någon gång under en treårsperiod 2018, vilket är en minskning på ungefär 3 procent sedan 2011 [117].

Bland personer i åldern 35–49 år ses den största minskningen över tid. Bland dem har andelen som besöker tandvården under en treårsperiod minskat med 8 procent. År 2018 var det 72 procent i den åldersgruppen som besökt tandvården under de senaste tre åren.

Andelen som besöker tandvården varierar mellan olika åldersgrupper. Personer i åldern 70–79 år besöker tandvården i störst utsträckning och efter 80 års ålder minskar besöken till tandvården vilket framgår av figur 26 nedan.

<sup>147</sup> 23 år och äldre.

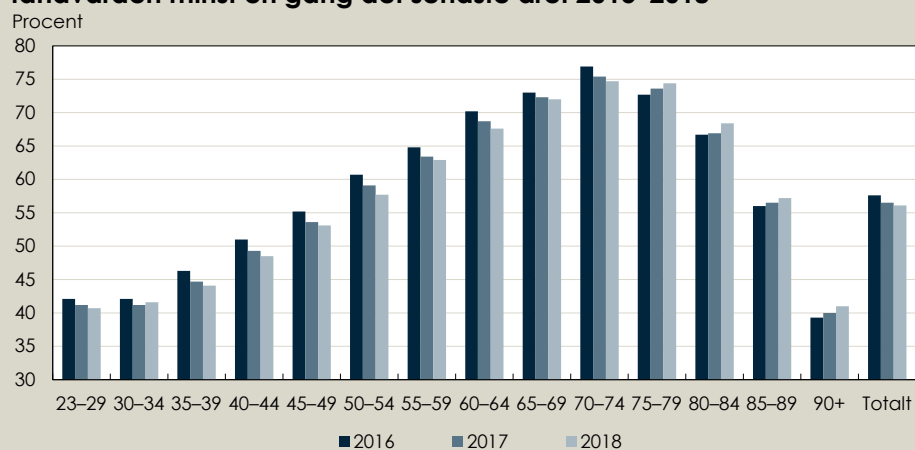
**Figur 26. Andel av befolkningen som besökt tandvården 2016–2018, fördelat efter senaste besöksåret och ålder**



## Utveckling av besök till tandvården

Friska patienter behöver inte besöka tandvård varje år men andelen som besöker tandvården vartannat och vart tredje år har också minskat kontinuerligt sedan 2011. Det finns påtagliga skillnader mellan olika åldersgrupper. Bland personer över 75 år ökar andelen av befolkningen som besöker tandvården. Bland personer under 75 år minskar besöken till tandvård på ett, två och treårsintervaller. Detta speglar sannolikt ett ökat behov av tandvård hos äldre eftersom de har fler tänder och tänder som inte är intakta. Åldersgruppen 70–75 år har ökat sina besök till tandvården under perioden 2011–2015 för att därefter minska under perioden 2015–2018, se figur 27 nedan.

**Figur 27. Andel av befolkningen, 23 år och äldre, som besökt tandvården minst en gång det senaste året 2015–2018**





Den 15 april 2018 infördes ett dubblerat allmänt tandvårdsbidrag, ATB. Bidraget infördes i samband med tandvårdsreformen 2008 för att stimulera regelbundna tandvårdsbesök. Utebliven förebyggande tandvård bedömdes kunna leda till stora framtida behov och höga kostnader för både individ och samhälle. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har utvärderat reformen som ökar statens kostnader för ATB med 800 miljoner kronor [118]. Den nedgående trenden av besök till tandvården i befolkningen kan ha bromsats något under 2018. Besök för en basundersökning ligger på samma nivå som för 2017. Detta beror sannolikt på att besöken ökat i åldersgruppen över 75 år. Besöksmönster i olika åldersgrupper behöver emellertid följas under en längre period för att utvärdera effekten av det ökade bidraget. Kännedomen om det allmänna tandvårdsbidraget är också generellt låg i befolkningen.

## Skillnader i besök för basundersökningar

Att besöka tandvården för en basundersökning är en viktig del i den förebyggande tandvården. Besöksfrekvensen för basundersökningar skiljer sig dock åt mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper, mellan personer med olika utbildningsbakgrund, samt beroende på var i landet någon bor. Under 2018 besökte till exempel 40,6 procent av alla män<sup>148</sup> tandvården åtminstone en gång för en basundersökning. Bland kvinnorna var motsvarande andel 45,5 procent. Sett över en treårsperiod besökte 65,1 procent av männen och 72,5 procent av kvinnorna tandvården minst en gång för en basundersökning. Personer över 75 år besöker tandvården för en basundersökning i större utsträckning än yngre och följer samma mönster som besök till tandvård<sup>149</sup>.

Det är stora regionala skillnader i besöksfrekvens för basundersökningar. Under åren 2016–2018 gjorde till exempel över 74 procent av den vuxna befolkningen i Halland och Västra Götaland minst en basundersökning. Motsvarande siffra i Norrbotten var 54,6 procent.

Det finns även betydande skillnader i besöksfrekvens mellan personer med olika utbildningsnivå. Under perioden 2009–2018 besökte 77,8 procent av befolkningen i åldersgruppen 30–79 år med en minst treårig eftergymnasial utbildning tandvården minst tre gånger för en basundersökning. Detta kan jämföras med personer med förgymnasial utbildning, där 50,8 procent genomgick minst tre basundersökningar under åren 2009–2018. En stegvis jämförelse visar att den största skillnaden finns mellan grupperna med förgymnasial utbildning, respektive gymnasial utbildning. Skillnaden i utbildningsbakgrund är störst för åldersgruppen 30–59 år, vilket figur 28 nedan visar.

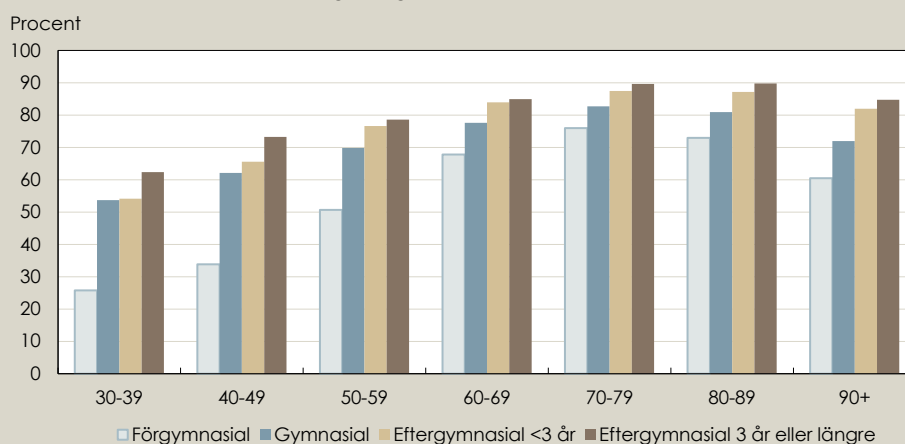
---

<sup>148</sup> I åldern 23 år och äldre.

<sup>149</sup> Det vill säga alla besök.

**Figur 28. Andel som besökt tandvården för regelbundna undersökningar\* 2009–2018**

Fördelat på ålder och utbildningsbakgrund 2018.



\* Andel som har gjort 3 eller fler basundersökningar år 2009–2018

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

## Skillnader i behandling vid parodontit

Förekomsten av parodontit<sup>150</sup> är låg bland unga personer och ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 23–29 år fick 7 procent behandlingsåtgärder<sup>151</sup> mot parodontit jämfört med åldersgruppen 75–79 år där andelen var 32 procent.<sup>152</sup> Åtgärder vid parodontit skiljer sig också beroende på utbildningsbakgrund.

Svårare former av parodontit behandlas med mer omfattande kirurgiska åtgärder.<sup>153</sup> Kvinnor med förgymnasial utbildningsbakgrund får kirurgiska åtgärder vid parodontit i större utsträckning än män. Andelen med kirurgiska åtgärder minskar med utbildningens längd och kvinnor med gymnasial utbildning eller längre omfattas av kirurgiska åtgärder i mindre utsträckning än män, vilket visas i figur 29 nedan.

<sup>150</sup> Tandlossningsjukdom.

<sup>151</sup> Alla behandlingsåtgärder vid tillstånd parodontit.

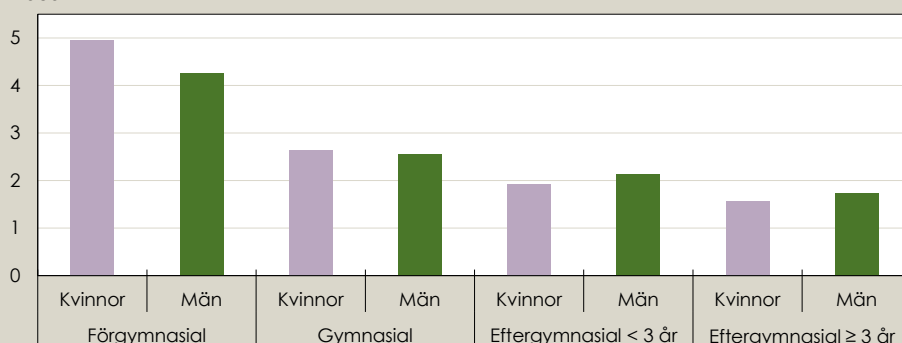
<sup>152</sup> Andelar i procent avser personer som besökt tandvård under 2018.

<sup>153</sup> Med kirurgiska åtgärder avses tandextraktion och parodonalkirurgiska åtgärder vid tillstånd parodontit.

**Figur 29. Andel med åtgärder vid svår parodontit\* bland dem som besökt tandvården 2018, efter kön och utbildningsnivå**

Personer 35–79 år

Procent



\* Behandling av tandlossning, parodontit, vid omfattande kirurgiska åtgärder

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

## Jämlig tandhälsa

Personer som upplevt ekonomisk kris eller har varit arbetslösa bedömer sin tandhälsa som sämre än genomsnittet [119]. Detta gäller även för personer som är dagligrökare, riskkonsumenter av alkohol eller har ett BMI över 30. Personer med förgymnasial utbildning skattar därtill sin tandhälsa sämre än de som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Den självskattade tandhälsan blir dessutom sämre med stigande ålder.

Personer som anger att de har ett gott hälsotillstånd har generellt en högre självskattad tandhälsa än den genomsnittliga befolkningen. För dem som svarat att den allmänna hälsan är god var oddsen 2,3 gånger större att även tandhälsan skattats som god, jämfört med dem som uppgett sig ha en dålig allmän hälsa. Sambandet mellan allmän hälsa och tandhälsa pekar på vikten av en god samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Folkhälsomyndigheten menar att det på kort sikt behövs riktade insatser för att förändra levnadsvanorna i grupperna med störst behov. På längre sikt behöver breda förebyggande insatser sättas in redan under tidig barndom. Som exempel nämner myndigheten skolbaserade fluorlackningsprogram.

Enligt Statistiska centralbyråns årliga undersökning om levnadsförhållanden har 3,1 procent av samtliga personer 16 år eller äldre inte uppsökt tandvård 2018, trots behov [120]. Yngre personer besöker tandvård mer sällan än äldre, trots behov av tandvård. Bland personer som är 75–84 år har 2,1 procent inte uppsökt tandvård trots behov. Motsvarande siffra för personer 25–34 år är 4,5 procent. Det finns också skillnader i kön där kvinnor besöker tandvård mer sällan trots behov jämfört med män i dessa åldersgrupper. Sammantaget, för samtliga 16 år och äldre, är det små skillnader mellan könen.

Det är vanligare att ensamstående med barn inte sökt tandvård trots behov. Det finns också betydande skillnader mellan personer med utländsk bakgrund och personer med svensk bakgrund. Av personer med utrikes bakgrund<sup>154</sup> är

<sup>154</sup> Utrikes födda och inrikes födda med två utrikes födda föräldrar.

det 6,3 procent som har avstått tandvård trots behov. Bland personer med svensk bakgrund<sup>155</sup> är motsvarande siffra 2,2 procent [120].

## Befolkningens nöjdhet med tandvård

Svenskt kvalitetsindex publicerade sin senaste undersökning av befolkningens nöjdhet med tandvården under våren 2019. I jämförelse med 2018 års mätning så förbättrar något Folktandvården sitt index från 71,6 till 72,5 av 100. Folktandvården upplevs som mer förtroendeingivande och kvalitetsmedveten 2019 än 2018.

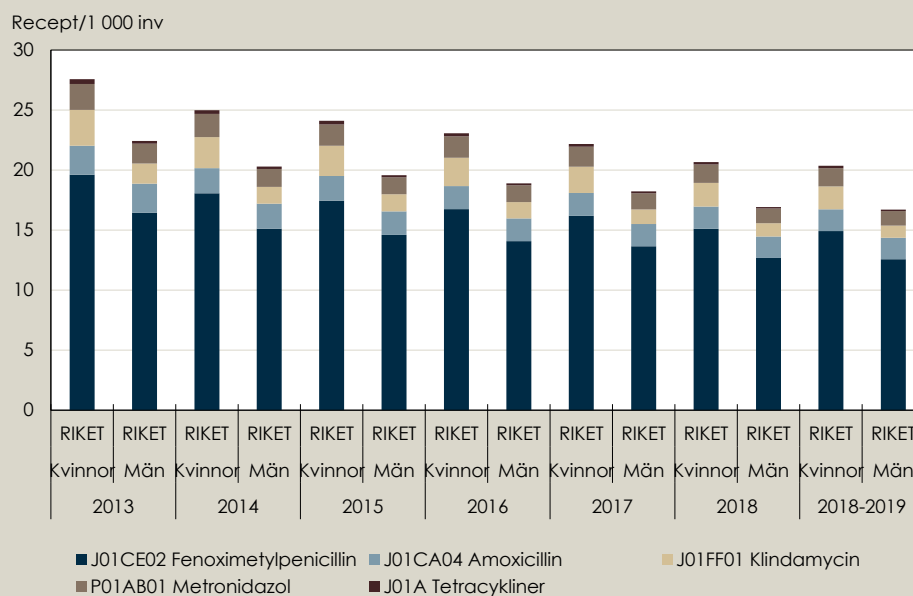
Privattandläkarna sjunker något i jämförelse med 2018, från 85,4 till 84,1 av 100. De kunder som har en nära och mer frekvent relation till sin tandläkare är mer nöjda. Kunder inom privattandvården har överlag högre besöksfrekvens än Folktandvården, vilket bidrar till en ökad nöjdhet [121].

## Förskrivning av antibiotika i tandvården

Trenden med minskande förskrivning av antibiotika i tandvården fortsätter. Under 2018–2019 förskrev tandläkare i genomsnitt 18,5 antibiotikarecept per 1 000 invånare.<sup>156</sup> Det är en minskning med 1,7 recept jämfört med 2017 och en minskning med 6,5 recept jämfört med 2015. Kvinnor får fortsatt fler recept utskrivna än män i tandvården. Orsaken till denna skillnad är inte utredd men det kan bero på att kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning än män. Skillnaderna mellan könen fortsätter dock att minska och var knappt 3,6 recept per 1 000 invånare 2018–2019.

**Figur 30. Antibiotikaförskrivning i tandvården år 2013–2019**

Antal uthämtade recept på antibiotika per 1000 invånare. Fördelat på kön och ATC-kod. År 2018 till 2019 avser perioden från och med juli 2018 till och med juni 2019.



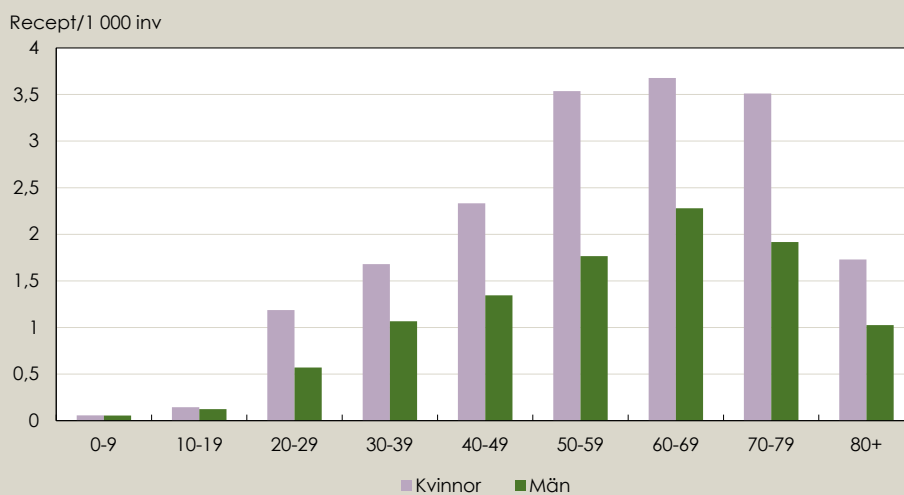
<sup>155</sup> Inrikes födda med två inrikes födda föräldrar eller med en inrikes född och en utrikes född förälder.

<sup>156</sup> Under perioden juli 2018 till och med juni 2019.

Det är störst skillnad i antibiotikaförskrivning mellan kvinnor och män för Klindamycin som förskrivs till kvinnor nära dubbelt så ofta som till män (1,7–1,9 gånger), något som framgår i figur 31 nedan. Detta förhållande skiljer tandläkare från övriga förskrivare där skillnaden mellan könen inte är lika påtaglig. Klindamycin har högre risk för biverkningar och ska enligt rekommendationerna användas restriktivt och endast vid verifierad allergi mot de rekommenderade förstahandspreparaten [122-124]. Läkemedel som har högre biverkningsrisk bör särskilt beaktas vid förskrivning till äldre och särskilt äldre med underliggande annan sjukdom. Förskrivningen av Klindamycin är högst i åldersintervallet 50–79 år vilket innebär en ökad risk för allvarliga biverkningar, särskilt bland äldre kvinnor.

**Figur 31. Förskrivning av Klindamycin i tandvården 2013–2018**

Antal uthämtade recept per 1000 invånare fördelat på ålder och kön.

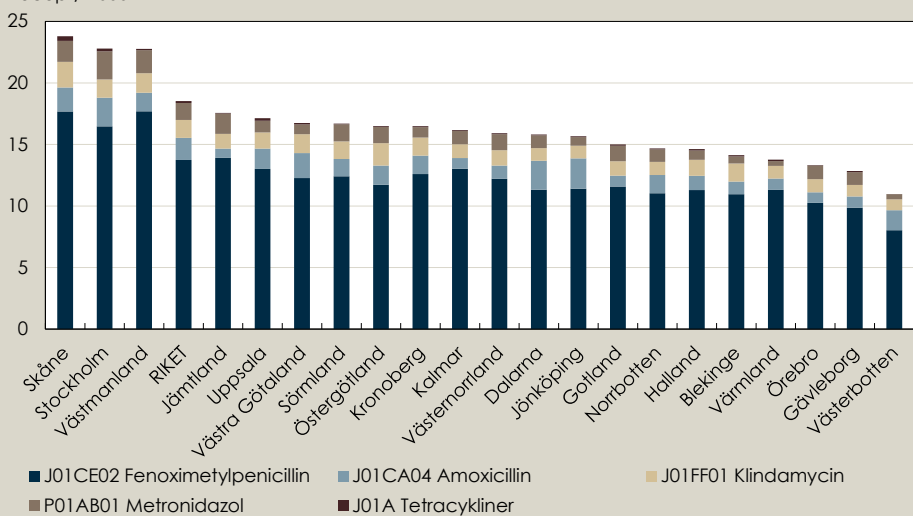


De regionala skillnaderna i förskrivning av antibiotika kvarstår 2018. Flest recept på antibiotika förskrevs av tandläkare i Skåne (23,8 recept per 1 000 invånare), vilket framgår av figur 32 nedan. Region Stockholm som låg i topp 2017 minskade förskrivningen med 2,9 recept per 1 000 invånare vilket är den största minskningen av alla regioner och placerar Stockholm på en andraplats. Lägst antal recept förskrevs i Västerbotten med 11 recept per 1 000 invånare.

**Figur 32. Antibiotikaförskrivning i tandvården**

Antal uthämtade recept på antibiotika per 1000 invånare. Fördelat på region och ACT-kod. Perioden 2018-07-01–2019-06-30.

Recept/1 000 inv



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

### Skillnader i antibiotikaförskrivning mellan Folktandvården och privat tandvård

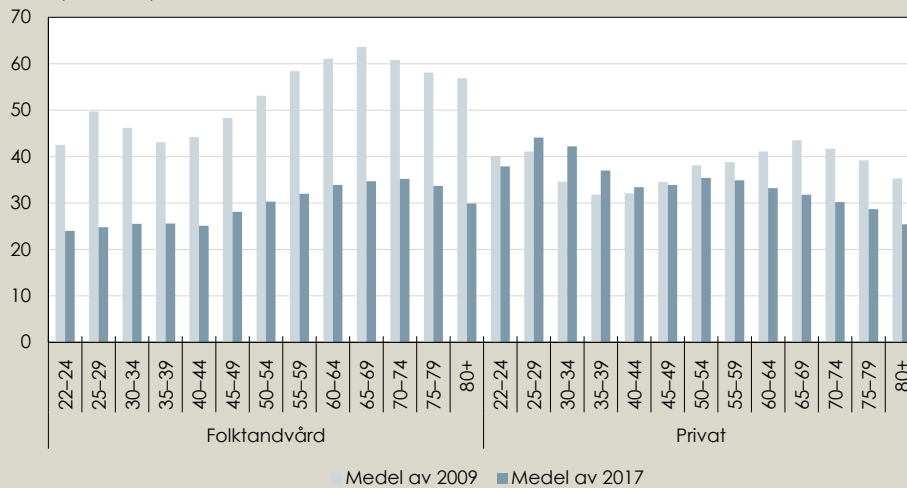
Förskrivningen av antibiotika har efter i enlighet med riktlinjerna kontinuerligt minskat<sup>157</sup>, vilket kan ses i figur X nedan. Minskningen har varit störst bland tandläkare i Folktandvården som minskade förskrivningen med 44 procent från 2009 till 2017. Tandläkare i Folktandvården hade också en högre förskrivning än privata tandläkare 2009, förutom bland personer 60 år och äldre. Sedan 2015 är antibiotikaförskrivningen lägre inom Folktandvården jämfört med privat tandvård. Privat tandvård har under perioden minskat sin förskrivning med 10 procent. Inom privattandvården fick äldre personer mindre förskrivning av antibiotika 2017 jämfört med 2009 medan förskrivningen till personer 25–44 år har ökat. I åldersgruppen 22–39 år får personer inom privat tandvård 60 procent mer antibiotika jämfört med personer som besöker Folktandvården, vilket figur 33 nedan visar [125].

<sup>157</sup> Under denna period har Nationella riktlinjer för vuxentandvård kommit med rekommendationer för antibiotikaförskrivning 2011 och läkemedelsverket har publicerat kompletterande rekommendationer för både antibiotikaproxylax, 2012, och antibiotikabehandling 2014.

### Figur 33. Förskrivning av antibiotika i olika ålderskategorier fördelat på typ av vårdgivare

Antal personer per 1 000 tandvårdspatienter som fått antibiotika förskrivet 2009 och 2017 av en tandläkare, efter vårdgivarkategori och ålder.

Antal per 1 000 pat



Källa: Läkemedelsregistret och tandhälsoregistret Socialstyrelsen

## Pilotenkät till tandvårdspatienter

Socialstyrelsen har genomfört en pilotenkät till patienter inom tandvården, för att undersöka om det går att mäta patienternas upplevda kvalitet på mottagningsnivå.

Resultaten visar att det är möjligt att genomföra en patientenkät på mottagningsnivå för att mäta den patientbedömda kvaliteten. En framtida nationell patientenkät inom tandvården behöver dock ha tillgång till besöksdata i tandvården, för att enkäten ska kunna distribueras till patienter vid samtliga mottagningar i landet [126].

## Utvecklad samverkan är nödvändig

Socialstyrelsen har kartlagt och analyserat de hinder som finns för ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov. Myndigheten ska även lämna förslag på hur samverkan kan förbättras [72].

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns flera hinder för samverkan:

- tandvård och hälso- och sjukvård är två separata system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning
- tandvården integreras inte i befintliga och pågående processer för att skapa patientnytta genom samverkan
- strukturer för samverkan saknas i stor utsträckning
- systemen för journalföring och e-tjänster är åtskilda
- kunskapen brister och utbildningsmoment saknas om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

De juridiska förutsättningarna för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är dock goda eftersom både tandvård och hälso- och sjukvård omfattas av patientdatalagen (2008:355 PDL). Det gör att det inte finns något uppenbart hinder för vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård att avtala om sammanhållen journalföring. Vårdgivarna behöver dock utforma system som begränsar tillgången på ett sätt som är så lite integritetsingripande som möjligt så att hälso- och sjukvård respektive tandvård endast får tillgång till de uppgifter de har behov av. Det finns även tydliga krav på samverkan i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

### Bristande samverkan leder till ojämlikhet i vården

De brister i samverkan som idag finns mellan tandvården och hälso- och sjukvården leder till ojämlikheter i vården och till att en del patienter riskerar att falla mellan stolarna. Tandvården behöver därför inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. På samma sätt måste tandvården inkluderas i det arbete med att utveckla hälso- och sjukvården som nu pågår [72].

Socialstyrelsen har identifierat tre komponenter som är nödvändiga för framgångsrik ömsesidig samverkan.

- En samsyn med en gemensam kunskapsbas: ofta har samverkansformer utvecklats över lång tid och byggt på ackumulerad gemensam kunskap inom vedertagna verksamhetsområden.
- Patientens behov sätts i centrum: fokus behöver vara på patientens behov av samverkan för att underlätta vårdprocessen eller att minska risker för vårdskador.
- Ett ersättningssystem som ger en hållbar och långsiktig finansiering av vård som bedrivs i samverkan.



### Förutsättningar för fungerande samverkan

Källa: Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen, 2019.



En ändamålsenlig samverkan kan komma till stånd när samtliga dessa tre komponenter är uppfyllda. Verksamheter med fungerande samverkan påtalar också att tillgång till gemensam journal, elektroniska remisser och system för uppföljning bidragit till samarbetet kring patienten. Socialstyrelsens kartläggning visar att i dag finns ofta de två första punkterna på plats, vilket innebär att fungerande samverkan till stor del är personberoende. Detta kan i förlängningen leda till ojämlikhet i hur väl samverkan fungerar [72].

## Förslag på utvecklingsområden

Socialstyrelsen har identifierat ett flertal utvecklingsområden. För det första behöver nationell och regional kunskapsstyrning omfatta munhälsa och tandvård. Den nationella styrningen är en förutsättning för en tydlig ledning på regional och lokal nivå där företrädare för hälso- och sjukvård, tandvård och patienter involveras. Det är viktigt att det finns tydliga regler, rutiner och riktlinjer för hur och när samverkan ska ske.

Sedan behöver samverkansmodeller för vård och omsorg omfatta både tandvård och hälso- och sjukvård. Det är viktigt med fungerande samverkansmodeller med utarbetade kommunikationskanaler till andra verksamheter, så att såväl tandvårds- som hälso- och sjukvårdspersonal vet vart de ska vända sig när patienter med behov som kräver samverkan kommer till kliniken. Samverkansstrukturen ska vara systematisk och oberoende av person. Tandvården behöver integreras i pågående utvecklingsprocesser för att skapa patientnytta.

Tandvården behöver omfattas av arbetet med utvecklingen av gemensamma journalsystem och e-hälsotjänster. Tandvården behöver bli mer delaktig i vård och behandling. Omhändertagande av patienter skulle kunna förbättras genom att tandvården tar en mer aktiv roll vid vård och behandling av patienter som har sjukdomar och tillstånd som påverkar såväl allmän hälsa som munhälsa, till exempel patienter med diabetes, multisjuka äldre patienter och patienter med psykisk sjukdom. Kompetensutveckling och kunskapsstyrning är dessutom avgörande för en bättre samverkan. Kunskapen om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa behöver öka, inte minst inom hälso- och sjukvården. Därför behövs fler utbildningsmoment som behandlar detta på grundutbildningarna och i verksamheternas fortbildning. Slutligen behöver strukturerad uppföljning av samverkan utvecklas.

Tandvården och hälso- och sjukvården behöver utveckla system för att följa hur samverkan mellan de båda domänerna fungerar som ett led i deras verksamhetsutveckling. En utgångspunkt för uppföljningen skulle kunna vara Socialstyrelsens tandhälsoregister, relevanta nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens nationella riktlinjer [72].

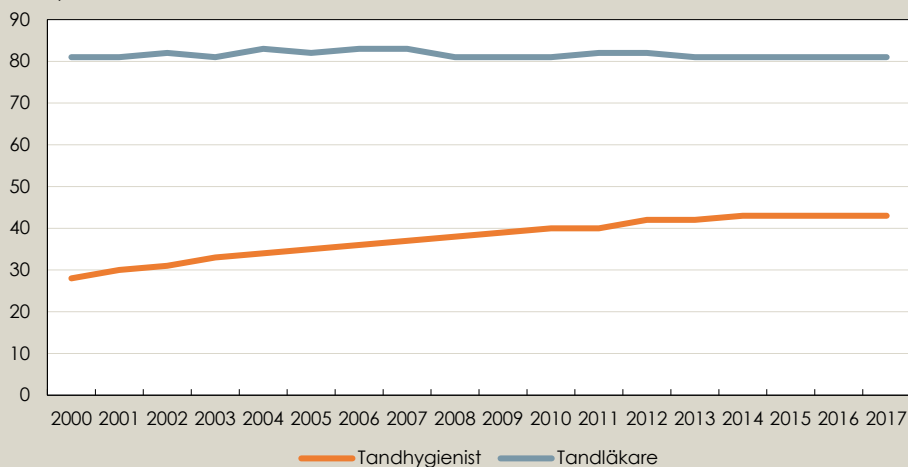
## Personaltillgång inom tandvården

Antalet tandläkare som är sysselsatta inom tandvården har sedan år 2000 varit så gott som konstant, med ungefär 80 tandläkare per 100 000 invånare. Antalet tandhygienister har dock ökat under tidsperioden från 28 till 43 stycken per 100 000 invånare, även om antalet varit oförändrat sedan år 2014. Detta framgår av figur 34 nedan.

**Figur 34. Tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården**

Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 inånare, 2000–2017.

Antal/100 000 inv



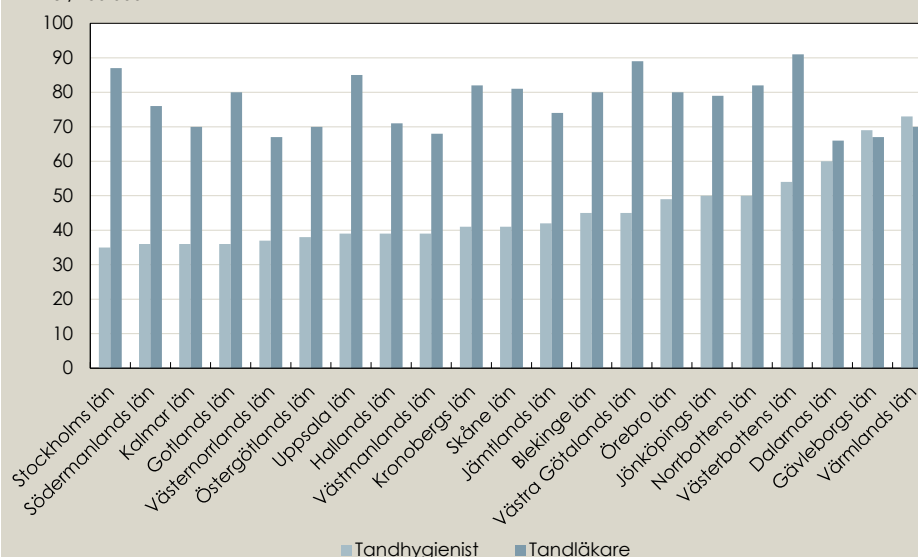
Källa: Socialstyrelsen

Antalet tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare varierar över landet, vilket framgår av figur 35 nedan. Antalet tandläkare är störst i Västerbotten, där det finns 91 tandläkare per 100 000 invånare. I förhållande till befolkningens storlek är antalet tandhygienister störst i Värmland. Endast i Gävleborg och i Värmland är antalet tandhygienister större än antalet tandläkare.

**Figur 35. Tandläkare och tandhygienister fördelat på län**

Antal tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården per 100 000 invånare. Fördelat på län, 2017.

Antal/100 000 inv



Källa: Socialstyrelsen

Fler kvinnor än män är yrkesverksamma inom tandvården som tandläkare<sup>158</sup> eller tandhygienister. I tabell 8 nedan redovisas könsfördelningen åren 2007 och 2017. För tandläkare var könsfördelningen jämn år 2007, men sedan dess har andelen kvinnor varit högre än andelen män. År 2017 var 57 procent av alla tandläkare sysselsatta inom tandvården kvinnor.

Även andelen kvinnliga specialisttandläkare har ökat. År 2017 var över hälften kvinnor, vilket är en kraftig ökning jämfört med 10 år tidigare. För tandhygienister är könsfördelningen fortfarande mycket ojämn, då hela 97 procent är kvinnor, medan 3 procent är män.

**Tabell 8. Andel (%) kvinnor och män sysselsatta inom tandvården 2007 och 2017.**

Yrke	2007		2017	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Tandläkare	50	50	43	57
Varav specialisttandläkare	60	40	48	52
Tandhygienist	2	98	3	97

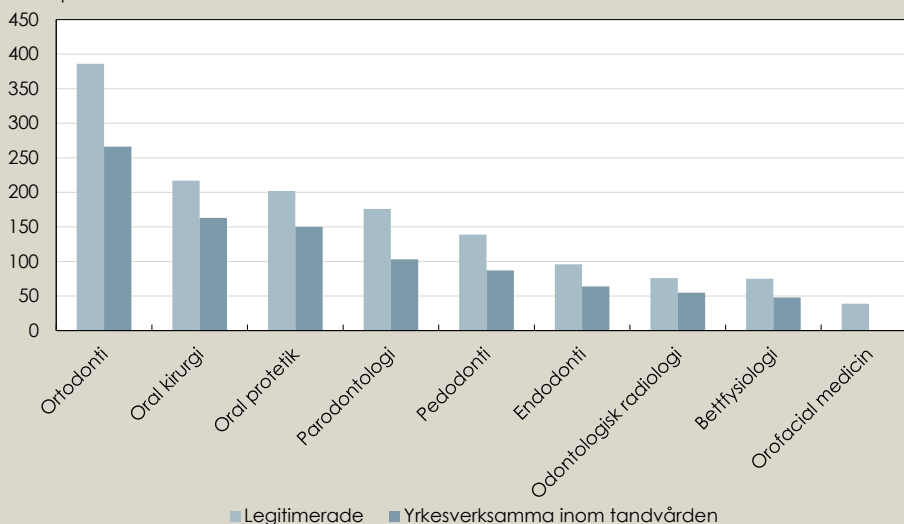
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal

År 2018 fanns 1 406 legitimerade specialisttandläkare i åldrarna 0–70 år. Av dessa hade 386 personer specialistbevis i ortodonti, vilken är den vanligaste specialiteten. Av antalet tandläkare yrkesverksamma inom tandvården 2017 var totalt 936 personer verksamma som specialisttandläkare, vilket framgår av figur 36 nedan.

**Figur 36. Antal legitimerade specialisttandläkare 2018 samt antalet specialisttandläkare yrkesverksamma inom tandvården 2017**

Antal legitimerade avser personer 70 år och yngre.

Antal personer



\* Uppgift saknas om antal yrkesverksamma specialister i orofacial medicin 2018

Källa: Socialstyrelsen

<sup>158</sup> Inklusivt specialisttandläkare.

Enligt Arbetsförmedlingens femårsprognos råder det fortsatt brist på tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor, vilket innebär att jobbmöjligheterna är goda för både nyutexaminerade och för mer yrkeserfarna personer. Konkurrensen om jobben för tandläkare är *mycket* låg, för tandhygienister och tandsköterskor är den låg [127].

## Klagomål inom tandvården

Under 2018 fattade IVO beslut i 270 klagomålsärenden och i ungefär hälften av fallen riktades kritik mot vårdgivaren. Under året fattades också beslut i 64 lex Maria-ärenden som rörde tandvård och 13 av dessa ledde till fortsatt tillsyn. En majoritet av lex Maria-anmälningarna handlade om för sen diagnos inom barn- och ungdomstandvården [89].

IVO konstaterar att vårdgivare behandlar patienter med kronor, broar och implantat trots att patienterna har karies och tandlossning. Behandling vid pågående tandsjukdomar försämrar behandlingsresultatets prognos och det kan leda till att patienterna får problem och behov av ytterligare tandvård. De ser också att behandling av karies och tandlossning försenas eller uteblir, vilket kan leda till stora skador i munnen.

Journaler är ofta mycket kortfattade och saknar till exempel uppgifter om varför patienten sökt vård, sjukdomshistorik, läkemedel, patientens tandhälsa och behandlingsplaner. Vårdgivarna utformar dokumentationen för att det ska fungera med Försäkringskassans system för att få ersättning enligt det statliga tandvårdsstödet, snarare än för att beskriva vilken vård patienterna fått [89].

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf), betalade under 2018 ut ersättning för vårdskador inom den landstingsfinansierade tandvården till 719 patienter. Antalet anmälningar till Löf har generellt ökat och antas fortsätta öka under kommande år [128].

# Referenser

1. Statistiska Centralbyrån. Livslängdstabeller efter utbildningsnivå. Hämtad 2019-11-05 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/demografisk-analys/pong/statistiknyhet/demografisk-analys-livslangdstabeller-efter-utbildningsniva/>
2. European Commission. Country Health Profiles 2019. Hämtad 2020-01-13 från: [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en)
3. Health at glance 2019. OECD indicators; 2019.
4. Statistik om dödsorsaker 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
5. Statistik om stroke 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
6. Statistik om hjärtinfarkter 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Statistik om väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
8. Omställning till en god och nära vård. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-10-25 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardenaravard.6250.html>
9. God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (SOU 2019:29).
10. Överenskommelse om en god och nära vård. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-10-25 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardenaravard/overenskommelseomengodochnaravard.28402.html>.
11. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
12. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
13. Öppna jämförelser 2019 – Kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
14. Med örat mot marken. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2019.
15. Förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
16. Tilläggsdirektiv till utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S2018:12) Dir. 2019:78. Hämtad 2020-03-03 från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2019/11/dir.-201978/>.
17. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2020-03-03 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemfor-kunskapsstyrning.14031.html>.
18. .Partnerskap med myndigheter. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-12-18 från:

- [https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemf\\_orkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.26422.html](https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemf_orkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.26422.html).
19. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  20. Hälso- och sjukvårdsrapporten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  21. Öppna jämförelser 2018 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  22. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
  23. Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi 2019. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
  24. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
  25. Bristyrken i offentlig verksamhet. Var arbetar de utbildade? Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Rapport 2018:19.
  26. Förteckningen över legitimerade omsorgs- och vårddykesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA). Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  27. Nationella planeringsstödet 2019. Bedömning av tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
  28. Yrkeskompassen. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2019.
  29. Framtidsutsikter: Här finns jobben för akademiker 2023. Stockholm: SACO; 2019.
  30. Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Stockholm: Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet; 2019.
  31. God och nära vård – delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (SOU 2017:53).
  32. Kommunalt finansierad vård, förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  33. Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  34. Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Uppföljning av överenskommelserna år 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
  35. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister. Framtidens vårdkompetens. Stockholm: Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet; 2019.
  36. Statistikbaserad flödesbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor 2017. Framtidens vårdkompetens. Stockholm: Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet; 2018.
  37. Kartläggning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor – fördjupade analyser per inriktning och län, 2018. Framtidens vårdkompetens. Stockholm: Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet; 2019.

38. Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
39. Oberoende av inhyrd personal. Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
40. Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. Jämförelser av helår 2019 med helår 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
41. Hofmarcher T, Brådvik G, Svedman C, Lindgren P, Jönsson B and Wilking N Comparator Report on Cancer in Europe 2019 – Disease Burden, Costs and Access to Medicines.
42. Cancer i siffror 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
43. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
44. Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtad 2020-03-06 från: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/>.
45. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Sammanfattning och samlad bedömning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
46. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2020-02-12 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/personcentreradesammanhallnavardforlopp.29967.html>.
47. Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2019.
48. Svenskarna och internet 2019. Stockholm: Internetstiftelsen; 2019.
49. Att kunna följa patientens väg genom vården. Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
50. Vårderbjudanden med digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering – Nulägesbeskrivning och analys av läget i Sverige. Rapport från projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
51. Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2019.
52. Jerlvall, L, Pehrsson T. E-hälsa och IT i regionerna. Inventering på uppdrag av SLIT-gruppen. 2019.
53. Vision e-hälsa 2025. Hämtad 2019-01-29 från: <https://ehalsa2025.se/om-e-halsa-2025/>.
54. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025, 2017–2019. Styr- och samverkansorganisationen – statens och SKR:s gemensamma arena för styrning. Hämtad 2019-12-01 från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2018/03/Handlingsplan-e-halsa-svensk-version.pdf>.
55. Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation 2017 – Medicinsk diagnos, behandling, smittsam sjukdom, överkänslighet och information som kan leda till särskild rutin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
56. Utveckling av en nationell källa för ordinationsorsak – Rapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

57. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2019–2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
58. Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2019–2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
59. Hur mår den privata vård- och omsorgsmarknaden i Sverige 2019? Vårdrapporten 2019. Grant Thornton. Hämtad 2019-12-04 från: <https://grantthornton.mynewsdesk.com/documents/hur-maar-den-privata-vaard-och-omsorgsmarknaden-i-sverige-2019-91920>.
60. Brakförlust för nätläkarna. Dagens Medicin. Hämtad 2019-12-04 från: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/12/03/brakforlust-for-natlakarna/>.
61. Uppföljning av reformen om kostnadsfria läkemedel till barn. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
62. Psykisk hälsa och suicidprevention – Lägesrapport 2018. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
63. Regeringsuppdrag att kartlägga narkotikavanor bland ensamkommande barn och unga. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2017.
64. Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017 – Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
65. Geografiska skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel till barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
66. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori. Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
67. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov – Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
68. Utvärdering av vården vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
69. Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd. Kartläggning och analys. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
70. Självmord utredda med händelseanalys – en sammanställning ur Nitha Kunskapsbank. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
71. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
72. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård – Slutrapport 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
73. Olik eller jämlik – en analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.
74. Analsfinkterskador vid förlossning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Rapport 249. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2016.



75. Vård av ätstörningar. Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
76. Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
77. The economics of patientsafety. OECD; 2019.
78. The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. World Health Organisation. Hämtad 2019-12-18 från: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>.
79. Nationella samverkansgrupper. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-12-11 från: [https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemf\\_orkunskapsstyrning/nationellasamverkansgrupper.15249.html](https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemf_orkunskapsstyrning/nationellasamverkansgrupper.15249.html).
80. Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete – handbok. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
81. Handbok om föreskrift om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
82. Läkemedelsgenomgångar. En uppföljning och utvärdering av Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
83. Säker traumavård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2019-12-10 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-traumavard/>.
84. Säker förlossningsvård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2019-12-10 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/>.
85. Checklista för säker kirurgi. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2019-12-10 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/checklista-for-saker-kirurgi/>.
86. Säker suicidprevention. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2019-10-30 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-suicidprevention/>.
87. Säker primärvård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2020-01-27 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-primarvard/>.
88. Säker sepsisvård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2019-12-10 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-sepsisvard/>.
89. Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
90. Diagnostiska fel. Lärdomar av händelseanalyser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
91. Markörbaserad journalgranskning, skador i somatisk vård januari 2013 – december 2018, nationell nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
92. Årsrapport 2018. Svenska intensivvårdsregistret; 2019.
93. Mätning av trycksår i vården. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-08-26 från:

- <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar.2125.html>.
94. Mätning av basala hygien- och klädrutiner. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-12-05 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner.2277.html>.
  95. Antibiotikastatistik. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2020-01-31 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/antibiotikastatistik/sverige/kvartalsrapporter/?folder=32456>.
  96. Antimicrobial consumption in the EU/EEA. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
  97. ATC/DDD Index 2020. WHO. Hämtad 2019-11-13 från: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/).
  98. Swedres-Svarm 2018. Stockholm: Statens Veterinärmedicinska Anstalt; 2019.
  99. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
  100. Statistik A–Ö om smittsamma sjukdomar. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2019-12-11 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/>.
  101. Survey of healthcare workers' knowledge and attitudes about antibiotics and antibiotic resistance. European Centre for Disease Prevention and Control. Hämtad 2019-12-19 från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/survey-healthcare-workers-knowledge-and-attitudes-about-antibiotics-and-antibiotic>.
  102. Antimicrobial stewardship och antibiotikaronder vid svenska sjukhus. STRAMA. Hämtad 2019-12-10 från: <https://strama.se/nyheter/antibiotikaronder-vid-svenska-sjukhus/>.
  103. Mätning av vårdrelaterade infektioner. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2019-12-05 från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningvardrelateradeinfektioner.2333.html>.
  104. Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. A systematic review of the literature. Geneva: WHO; 2011.
  105. Vårdrelaterade infektioner – kostnader och konsekvenser. En kunskapssammanställning baserad på markörbaserad journalgranskning 2013–2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
  106. Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården, slutrapport 2019:18. Stockholm: Statskontoret; 2019.
  107. Sammanställning av enskildas klagomål på vården som inkommit till Patientnämnderna 2018. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
  108. Skadestatistik. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2020-02-19 från: <https://lof.se/vardgivare/skadestatistik/>.

109. Hälsa på lika villkor. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
110. Nationella folkhälsoenkäten 2018. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
111. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
112. Den svenska narkotikasituationen 2019. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
113. Statistik om dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
114. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
115. Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. En första delrapport inom Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
116. Förslag om pilotverksamhet för barnhälsovård för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
117. Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2019.
118. Jämlik tandhälsa. En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
119. Statistik om tandhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
120. Undersökningarna av levnadsförhållandena. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2019.
121. Svenskarna älskar sin tandvård. Stockholm: Svenskt kvalitetsindex; 2019.
122. Indikationer för antibiotikaproylax i tandvården – ny rekommendation. Uppsala: Information från Läkemiddelsverket; 2012.
123. Antibiotikabehandling i tandvården. Uppsala: Information från Läkemiddelsverket; 2014.
124. Nationella riktlinjer för vuxentandvård – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
125. Antibiotikaförskrivning inom tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
126. Pilotenkät till tandvårdspatienter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
127. Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på fem års sikt. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2019.
128. Anmälningar till LÖF 2018. Stockholm: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag; 2019.





**Tillståndet och utvecklingen inom  
hälso- och sjukvård samt tandvård**  
(artikelnr 2020-3-6667) kan beställas från  
Socialstyrelsens publikationsservice  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)  
E-post: [publikationsservice@socialstyrelsen.se](mailto:publikationsservice@socialstyrelsen.se)

Publikationen kan även laddas ner från  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)