

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025

Lägesrapport 2025

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-4-9486

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2025

Förord

Socialstyrelsen har sedan 1994 haft regeringens uppdrag att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården. Den första analytiska rapporten publicerades 1995. Denna rapport beskriver tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården, och utgår ifrån ett systemperspektiv, vilket innebär att vi belyser långsiktiga mål för hälso-, sjuk- och tandvården.

I rapporten kommenteras utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård utifrån sex frågor:

1. Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?
2. Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?
3. Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver?
4. Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?
5. Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?
6. Blir vi friskare och lever längre?

Rapporten riktar sig främst till Socialdepartementet och beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i regioner och kommuner. Rapporten kan även vara av intresse för dem som arbetar inom hälso-, sjuk- och tandvård samt för patient- och brukarföreträdare och alla andra som vill veta hur tillståndet och utvecklingen inom området ser ut.

Rapporten har tagits fram av Catrine Berglie och Anna Bredin (projektledare och redaktörer) tillsammans med en projektgrupp bestående av Samuel Westberg (statistiker) och Andreas Johansson (utredare). I framtagandet av rapporten har ett stort antal medarbetare vid myndigheten medverkat. Björn Nilsson har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?.....	8
Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?	8
Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver?	10
Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?	11
Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?	11
Blir vi friskare och lever längre?	13
Läsanvisning.....	15
Trettio år av analyser av läget i hälso-, sjuk- och tandvården... 16	
Sex frågor för att beskriva läget i hälso-, sjuk- och tandvården 18	
Ramverk för beskrivning av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen	18
14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen	22
Kärnindikatorerna redovisas utifrån socioekonomiska förutsättningar .	23
Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?	26
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation	26
Samhällets kostnader för läkemedel och sjukskrivningar	39
Hälso- och sjukvårdens kostnader i ett internationellt perspektiv	43
Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?	47
Ekologisk hållbarhet – är vården hållbar?	48
Social hållbarhet – Hälso-, sjuk- och tandvården är viktiga faktorer för social hållbarhet	68
Organisatorisk hållbarhet – Hur kan hälso-, sjuk- och tandvård organiseras på ett hållbart sätt?	76
Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver? ... 90	
Tillgänglighet i olika delar av hälso-, sjuk- och tandvården.....	91
Tillgänglighet – mer än bara siffror.....	103
God och nära vård – en omställning med mål att förbättra tillgängligheten	107
Kapaciteten i systemet – en ständig utmaning för hälso-, sjuk- och tandvården	112
Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?	122

Hälso- och sjukvårdens insatser vid ohälsosamma levnadsvanor	123
Utrotning av livmoderhalscancer	126
Att stärka samverkan leder till säkrare vård	130
Utveckling av distansmonitorering – ett sätt att hålla oss friskare längre?	133
Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?	136
Förlossningsvården fortsätter utvecklas	136
Att mäta dödligheten kan fånga upp kvalitetsbrister	142
AI och digitalisering kan vara verktyg för att förbättra kvaliteten	156
En god, säker och uppmärksam hälso-, sjuk- och tandvård.....	161
Hur är kvaliteten i tandvården?.....	173
Flera olika nationella initiativ för att stärka kvalitet regionalt.....	175
Uppföljningen av läkemedelsbehandling.....	182
Jämlig hälsa är ett kvalitetsmått i sig.....	184
Blir vi friskare och lever längre?	189
Den psykiska ohälsan ställer krav på hälso- och sjukvården	190
Karies bland barn och unga vuxna.....	197
Medellivslängd och förtida död – olika sätt att mäta hälsa	199

Sammanfattning

Rapporten ger en övergripande lägesbild av tillståndet och utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården, utifrån ett systemperspektiv. Läget beskrivs utifrån sex frågeställningar som belyser områdena kostnader, hållbarhet, tillgänglighet, prevention, kvalitet och hälsa. Med hjälp av 14 kärnindikatorer, tillsammans med ett urval av andra mått, beskrivs och analyseras läget i svensk hälso-, sjuk- och tandvård.

Kärnindikatorernas resultat ger en blandad bild av läget i svensk hälso-, sjuk- och tandvård, men de flesta utvecklas i positiv riktning. På många områden syns tydliga förbättringar, samtidigt som det också finns stora utmaningar.

Figur 1. Sammanfattande bild av de 14 kärnindikatorerna.



Källa: SCB, Socialstyrelsen, SKR

Flera kärnindikatorer utvecklades alltså i positiv riktning under 2024. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet ökade till exempel markant under 2024. Vidare har andelen patienter som får en medicinsk bedömning inom tre dagar ökat stadigt under flera år, även om takten i ökningen mattades av under 2024. Andelen startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri ökade också något under 2024, även om det fortfarande är mycket stora regionala skillnader. Samtidigt kan vi konstatera att totalt sett är det bara hälften av utredningarna och behandlingarna som påbörjas inom den förstärkta vårdgarantins stipulerade 30 dagar.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård utvecklades positivt under 2024 då antalet överbeläggningar och utlokaliserade sjönk. Vidare har dödligheten efter hjärtinfarkt sjunkit under en lång rad av år, och under den senaste mätperioden, 2021–2023, fortsatte denna positiva utveckling. Även dödligheten efter en förstagångstroke har sjunkit under flera år, och den positiva trenden fortsätter. Detsamma gäller för den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, som även den sjunker.

Ytterligare en positiv trend är att den relativa överlevnaden fem år efter diagnostiserad cancersjukdom fortsatt ökar över tid. Den långsiktigt positiva trenden med ett minskande antal slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL fortsätter också.

Andelen personer, 24 år och äldre, som besökte tandvården för en basundersökning ökade marginellt under den senaste mätperioden, 2021–2023. Något fler kvinnor genomgick en basundersökning jämfört med treårsperioden innan, medan ökningen bland män var obetydlig.

Bland kvinnor minskade antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare något under åren 2021–2023, medan antalet ökade marginellt bland män.

Några av indikatorerna utvecklas dock i oönskad riktning. Hit hör förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård, där uttagen ligger över det nationella målet om en förskrivning av högst 250 recept per 1 000 invånare. Vidare har andelen nyfödda med låga Apgar-poäng¹ ökat under flera år, och ökningen fortsatte under den senaste treårsperioden, dock marginellt.

¹ Apgar är ett poängsystem som används rutinmässigt vid förlossningar för att bedöma det nyfödda barnets vitalitet vid en, fem och tio minuter efter födelsen. Apgarskalan går mellan 0 och 10 poäng, där 10 poäng tyder på att barnet mår mycket bra.

Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?

De totala utgifterna för hälso-, sjuk- och tandvården uppgick 2022 till drygt 628 miljarder kronor, vilket är en minskning med 0,5 procent från året innan. Minskningen beror främst på att utgifterna för botande och rehabiliterande vård minskade, även om den delen fortfarande utgör drygt hälften av den totala kostnaden. När det gäller utgifterna som andel av BNP ses en minskning, även jämfört med före pandemin. Hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP uppgick för 2022 till 10,5 procent. Regionerna står för majoriteten av de kostnaderna, men hushållens utgifter ur egen ficka motsvarade 13 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden 2022. Andelen har minskat från 16 procent 2010 och har legat på 13 procent sedan 2020.

Kommuner och regioner befinner sig i ett pressat ekonomiskt läge – regionerna redovisade 2023 ett underskott på 12 miljarder och ett prognosticerat underskott i samma paritet för 2024. För kommunerna ser det olika ut, men två tredjedelar av kommunerna förväntas 2024 redovisa ett underskott på sammanlagt på fyra miljarder kronor.

Sjukfrånvaro kostar samhället stora belopp varje år. Under 2023 betalades cirka 42 miljarder kronor ut i sjukpenning till sammanlagt 630 000 personer. Nästan hälften av sjukskrivningarna i december 2023 berodde på psykiatriska diagnoser.

Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?

Hållbarhet mäts på flera olika sätt – ekonomisk hållbarhet, ekologisk hållbarhet och social hållbarhet till exempel. Människors hälsa påverkas av klimatets effekter och hälso-, sjuk- och tandvården behöver anpassa sig till nya utmaningar. Det kan till exempel handla om att även väga in klimatpåverkan i hälso-, sjuk- och tandvårdens prioriteringar, vilket innebär att avvägningar måste göras mellan patientnytta och miljöpåverkan.

Samtidigt bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till belastningen på miljön, genom exempelvis utsläpp av olika miljöskadliga ämnen som medicinska gaser, tandamalgam, produktionsavfall och läkemedelsrester. Hälso- och sjukvårdens andel av den samlade globala klimatpåverkan har beräknats till 4,4 procent, och i Sverige är klimatavtrycket, kopplat till hälso- och sjukvård, per person högre än i många andra länder. Det är dock positivt att utsläppen av medicinska gaser minskat de senaste tio åren, framför allt som en följd av destruktionsanläggningar för lustgas och ändrade arbetssätt.

Arbetet för att minska hälso-, sjuk- och tandvårdens klimatpåverkan behöver fortsätta, genom bland annat minskad överförskrivning av läkemedel och utfasning av så kallad lågvärdevård.

Förutsättningar för social hållbarhet är bland annat ett jämlikt och jämställt samhälle där befolkningen känner förtroende för institutioner och medmänniskor och där alla har tillgång till och möjlighet att ta del av tjänster och annat som samhället erbjuder.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet ökade med sex procentenheter till 67 procent under 2024. För tandvården mäts istället kundnöjdhet, som generellt är hög och något högre i privattandvård än folktandvård. Det kan bero på bättre tillgänglighet och kontinuitet i den privata sektorn.

Hälsan fortsätter dock att vara ojämlig, med skillnader mellan kvinnor och män men också mellan befolkningsgrupper som har olika förutsättningar. Skillnaden i hälsa ökar mellan vissa grupper, som mellan lågutbildade och högutbildade kvinnor och mellan utrikesfödda och inrikesfödda kvinnor. Ojämligheter i hälsa visar sig bland annat i skillnader i medellivslängd och bland kvinnor med enbart förgymnasial utbildning ses en sjunkande medellivslängd.

Högutbildade har bättre hälsa än lågutbildade, inrikesfödda har bättre hälsa än utrikesfödda och personer boende i områden med goda socioekonomiska förutsättningar har bättre hälsa än personer boende i områden med socioekonomiska utmaningar. Hälso- och sjukvården behöver sträva efter att utjämna strukturella skillnader och skapa förutsättningar för att alla får sina vårdbehov tillgodosedda på lika villkor. Ökad kompetens om olika målgruppers hälsa, behov och förutsättningar är central för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården.

Om hälso-, sjuk- och tandvården är organisatoriskt hållbar analyseras genom att titta på resurssättning och systemets motståndskraft mot yttre påfrestningar och oplanerade förändringar. Personalbrist, både i form av ansträngd kompetensförsörjning och hög sjukfrånvaro, är en stor utmaning inom hälso-, sjuk- och tandvården. Ett fortsatt intensivt arbete krävs för att utveckla arbetssätt och anpassa utbildningar för att stärka en hållbar personalförsörjning och förmåga att möta framtida behov. Det behövs även betydande fortsatta förstärkningar, i form av exempelvis sjukvårdsprodukter, för att svensk hälso- och sjukvård ska kunna hantera en krigssituation.

Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver?

Tillgänglighet kan mätas på olika sätt, exempelvis i form av tiden man måste vänta på att få vård, eller andelen som får vård inom vårdgarantins ramar.

För primärvården låg telefontillgängligheten under 2024 på drygt 85 procent, i form av andelen besvarade samtal. Andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar har sedan 2019 ökat från omkring 80 procent till 88 procent 2024.

Inom den specialiserade vården uppgick andelen första besök, genomförda inom 90 dagar, till knappt 84 procent under 2023, medan andelen genomförda operationer inom 90 dagar 2023 sjönk marginellt jämfört med året innan – från 80,8 procent till 80,4 procent. Skillnaderna mellan regionerna är dock stora.

Inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin behövde omkring 50 procent av barnen under perioden 2021–2024 vänta längre än 30 dagar på utredning och behandling. Det kan förmodligen förklaras av en konstant ökning av barn och vårdbesök under perioden.

Andelen personer som under en treårsperiod besökt tandvården för en basundersökning har de senaste åren sjunkit, även om den nedåtgående trenden mattades av något under 2021–2023. Stora skillnader kan ses mellan regioner, men också mellan områden med goda socioekonomiska förutsättningar och områden med socioekonomiska utmaningar.

Tillgängligheten kan också mätas genom kvalitativa faktorer som förmågan att ta till sig och värdera hälsorelaterad information, bemötande och nationell samordning i syfte att ge alla invånare tillgång till den bästa vården oavsett var man bor. På flera håll pågår arbete för att förbättra hälso- och sjukvårdens kommunikation med patienter.

Ytterligare faktorer som kan påverka hälso-, sjuk- och tandvårdens tillgänglighet är digitaliseringen, tillsammans med omställningen till god och nära vård. Med fler möjligheter att få kontakt med vården, där en större andel av vården sker i öppen- eller till och med egenvård, kan resurser inom den specialiserade vården frigöras och öka tillgängligheten för de med störst behov. Digitala patienttjänster används idag brett i alla regioner, men digitala stöd behöver utvecklas även för vårdens medarbetare. En plan för nationell vårdförmedling håller också på att utarbetas, men den förutsätter att det finns en nationell digital infrastruktur.

Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?

I takt med att vi fått ökad kunskap om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor, har hälso-, sjuk- och tandvårdens roll att hålla oss friska fått ett större utrymme. Att erbjuda förebyggande insatser ingår i primärvårdens grunduppdrag och i de nyligen uppdaterade nationella riktlinjerna finns rekommendationer för att genom råd stödja personer som har ohälsosamma levnadsvanor. Andelen patienter som diskuterat levnadsvanor i primärvården ökar.

Sverige har som ambition att utrota livmoderhalscancer till 2027 och därför ingår sedan 2010 vaccin mot humant papillomvirus, HPV, i barnvaccinationsprogrammet för flickor och pojkar i årskurs fem och sex. Dessutom vaccineras kvinnor födda 1994–1999 kostnadsfritt sedan 2021. Målsättningen var att 70 procent av kvinnorna i målgruppen skulle vara vaccinerade före 2025, men siffror visar att täckningsgraden behöver öka i flera regioner för att den nivån ska uppnås.

Att undvika att patienter blir sjuka eller skadade av hälso-, sjuk- och tandvården är en förutsättning för att vården ska hålla oss friska. Under våren 2025 publicerar Socialstyrelsen en uppdaterad handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Genom kontinuerlig uppföljning av indikatorer kopplade till handlingsplanen får huvudmän och vårdgivare stöd för att prioritera aktiviteter för att stärka patientsäkerheten. Över tid ses en förbättring men arbetet behöver stärkas när det gäller exempelvis rutiner vid en vårdskada, och patientsäkerhetsutbildning till chefer och medarbetare.

Utvecklingen av distansmonitorering har de senaste åren gått fort och utgör en central del i omställningen till en mer nära vård. Det skapar förutsättningar för vården att arbeta mer proaktivt och resurseffektivt, och möjliggör för vården att löpande följa patientens mätvärden. På så vis kan hastiga försämringar av patientens hälsotillstånd tidigt upptäckas och behandlas. Diabetes och hjärtsvikt är de diagnoser som flest regioner erbjuder distansmonitorering för, följt av högt blodtryck, astma och KOL.

Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?

Generellt ser man ofta resultaten i hälso-, sjuk- och tandvården som ett mått på kvaliteten i processens olika ingående delar, men resultat och hälsoutfall kan påverkas av en mängd olika faktorer som ligger helt utanför hälso-, sjuk- och tandvårdens arbete.

Utifrån en majoritet av de kärnindikatorer som mäter kvalitet, pekar resultaten på att kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården är god. Samtidigt finns det områden där kvaliteten kan förbättras.

Antalet nyfödda med låg Apgar-poäng fem minuter efter födseln har under perioden 2021–2023 ökat i många regioner. I områden med stora socioekonomiska utmaningar föds en högre andel barn med låga Apgar-poäng jämfört med övriga områdestyper. Att fler har låg Apgar-poäng kan ha flera förklaringar: att fler för tidigt födda barn överlever, att fler kvinnor föder barn i hög ålder samt att en ökad andel förlossningar startar med hjälp av igångsättning. Förlossningsvården har de senaste åren gått mot ett mer aktivt förhållningssätt när gravida går in i vecka 41 utan att förlossningen har startat spontant. Statistik visar att förekomsten av dödföddhet eller neonatal död har minskat under samma period, men det går inte att dra slutsatser om orsakssamband från statistiken.

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt visar hur sjukvården klarar det akuta omhändertagandet vid hjärtinfarkt. Likaså mäter dödlighet efter stroke kvaliteten i hela i vårdkedjan, från den förebyggande vården till den akuta och den efterföljande vården. Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt har fortsatt sjunka, och låg på 22 procent under perioden 2021–2023, något högre bland män än kvinnor. Även dödligheten inom 90 dagar efter stroke har fortsatt att sjunka och låg på 24,6 procent under perioden 2021–2023.

När det gäller överlevnaden fem år efter en cancerdiagnos ser vi en positiv utveckling; tack vare förfinad diagnostik och nya behandlingsmöjligheter är det fler som överlever längre tid. Överlevnaden ser dock olika ut för olika cancerformer och för till exempel lungcancer är den lägre.

Kroniska sjukdomar, som hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL kan, med ett optimalt omhändertagande, behandlas i primärvård eller öppen specialiserad vård. Behandling av dessa diagnoser inom slutenvården används därför som ett mått på vårdens kvalitet. Här ses också en långsiktigt positiv utveckling för båda könen, även om män vårdas inom slutenvården i högre grad än kvinnor för dessa diagnoser. Samtidigt är utfallet mycket bättre i områden med socioekonomiskt goda förutsättningar än i områden med socioekonomiska utmaningar.

Artificiell intelligens, AI, och digitalisering kan medföra många fördelar, bland annat för hälso-, sjuk- och tandvårdens kvalitet. Genom att göra hälsodata tillgängliga i såväl kommunal och regional vård, som i tandvård, kan data bidra till att göra hälso-, sjuk- och tandvården mer kunskapsbaserad och bättre anpassad efter varje individs behov. Genom AI-modeller kan resursfördelningen optimeras, prioriteringar förbättras och väntetider minska. För att uppnå de önskade resultaten behövs dock nationella satsningar.

En vård av god kvalitet kännetecknas bland annat av att patienterna skyddas från vårdskador. Andelen vårdtillfällen med vårdskador, i både somatisk sjukhusvård och psykiatrisk vård, har minskat sedan 2013. Vårdskador är vanligare bland utlokaliserade patienter och förekommer oftare hos patienter som hade en oplanerad återinskrivning.

Att vården och hälsan är jämlik är ett annat mått på kvalitet. Här finns dock utmaningar. Personer som har psykisk sjukdom, exempelvis psykosjukdom, har avsevärt sämre fysisk hälsa än andra; sjukdomar som diabetes, KOL och fetma är fem gånger vanligare inom gruppen jämfört med den övriga befolkningen. Många av de läkemedel som används inom psykosvården medför dessutom en ökad risk för följsjukdomar som fetma, hjärt-kärlsjukdomar och dålig munhälsa.

Införandet av en ny könstillhörighetslag innebär att bytet av juridiskt kön förenklas samt att denna process särskiljs från processen att genomgå kirurgiska ingrepp i könsorganen. Reformen kan förväntas leda till förkortade väntetider och förbättrat mottagande av transpersoner i vården. Bemötande inom hälso- och sjukvården är en viktig fråga för de nationella minoriteterna. Samtidigt är kunskapen om de nationella minoriteterna låg inom primärvården. Samisk hälsa är ett växande område som successivt ökar kunskapen om situationen för samer i Sverige.

Blir vi friskare och lever längre?

Hälsan fortsätter att vara ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper som har olika förutsättningar. Samtidigt som medellivslängden har ökat för både män och kvinnor i Sverige under de senaste decennierna, har både den relativa och absoluta ojämlikheten i medellivslängd ökat mellan dem med kortast respektive längst utbildning. Över 70 procent uppger att deras hälsa är bra, men fler kvinnor än män uppger att deras hälsa är dålig. Vi ser också en ökad börda av vissa typer av sjuklighet bland utrikesfödda i Sverige.

En betydande del av de som begår självmord har haft någon form av kontakt med hälso- och sjukvården under de två år som föregick självmordet. Därför behöver alla som arbetar i vården grundläggande kunskaper om självmord och hur man kan bemöta och samtala med sårbara individer. Fler män än kvinnor tar sitt liv. Inberäknat dödsfall med oklar avsikt begår varje år 21,3 män per 100 000 invånare självmord, medan motsvarande siffra för kvinnor är 9,0. Lägst andel självmord sker i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Antalet barn med neuropsykiatriska diagnoser fortsätter att öka, och läkemedelsuttagen i denna grupp fortsätter att öka utan tecken på att mattas av. Det finns ambitioner från flera håll att öka det psykiska välbefinnandet och sätta fokus på hälsofrämjande insatser. Intresset för existentiell hälsa

fortsätter att öka och regeringen har aviserat att man vill utveckla arbetet med existentiell hälsa inom ramen för den nationella folkhälsopolitiken.

Munhälsan hos barn i Sverige är generellt god och den har förbättrats över tid. Det är viktigt att karies upptäcks i tid, eftersom obehandlad kariessjukdom kan leda till smärta, obehag och svårigheter att äta och sova. Dessutom har kariessjukdom i tidiga år starka samband med en ökad risk för dålig munhälsa senare i livet. Andelen kariesfria barn och unga vuxna har ökat i alla åldersgrupper utom bland 3-åringarna, som dock ligger på en fortsatt hög nivå (96 procent). Det är små skillnader mellan åren, men de skillnader som finns består dels av en något större andel kariesfria personer bland de flesta åldersgrupperna och dels av ett minskat genomsnittligt antal tänder som påverkats av kariessjukdom.

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten – det vill säga dödsfall orsakat av sjukdomar som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling – fortsätter sjunka, och har sjunkit i samtliga regioner utom en. Män som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar har dock mycket större risk att drabbas än den övriga befolkningen. Under 2022 dog drygt 170 personer per 100 000 i förtid – det vill säga dödsfall som inträffade mellan 15 och 64 års ålder.

Läsanvisning

Med den här rapporten har vi som ambition att beskriva tillståndet och utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården utifrån ett systemperspektiv.

Beskrivningen utgår från ett antal övergripande parametrar. Vi börjar med att resonera kring de ramverk som används för att beskriva system och systemens effektivitet i allmänhet, och frågeställningarna bakom denna rapport i synnerhet.

Vi inleder huvuddelen av rapporten med ett kapitel om hälso-, sjuk- och tandvårdens kostnader. Efter det beskriver vi hur hälso-, sjuk- och tandvården förhåller sig till hållbarhet i bred bemärkelse, och behandlar då aspekter som ekologisk hållbarhet, social hållbarhet och resiliens². Därefter ger vi en överblick över hälso-, sjuk- och tandvårdens tillgänglighet samt om, eller hur väl, hälso-, sjuk- och tandvården bidrar till att hålla oss friska.

Vi redogör därpå för verksamheternas kvalitet, där vi belyser kvalitet och kvalitetsuppföljning ur flera olika aspekter. Rapporten avslutas med ett kapitel om huruvida vi faktiskt blir friskare och lever längre.

Vi vet sedan tidigare att många läsare enbart fokuserar på vissa avsnitt i rapporten. Det har vi tagit hänsyn till genom att ibland upprepa oss. Vi hänvisar även mellan rapportens olika delar när vi tar upp samma ämne på flera ställen, men ur olika synvinklar.

Till rapporten hör även en statistikbilaga, som gör det möjligt att fördjupa sig i kärnindikatorerna samt i ett urval av den övriga statistiken i rapporten. För kärnindikatorerna är data i bilagan till exempel uppdelad på regioner i större utsträckning än i rapporten. Med hjälp av informationen är det också lätt att vidarebearbeta data och skapa egna visualiseringar, till exempel för den egna regionen.

² Förmågan att stå emot och klara av en förändring, samt återhämta sig och vidareutvecklas.

Trettio år av analyser av läget i hälso-, sjuk- och tandvården

Socialstyrelsen har sedan 1994 haft regeringens uppdrag att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården. Den första analytiska rapporten publicerades 1995 och årets rapport innebär således ett trettioårsjubileum för lägesrapporten. Den har under åren som gått haft olika inriktning och omfattning, men gemensamt är att den lyft framsteg och utmaningar inom hälso- och sjukvården. Vissa framsteg och utmaningar känns igen över tid:

- ambitionen att stärka hälsoinriktningen i vården genom att omfördela resurser till öppna vårdformer kvarstår (2009)
- patientsäkerheten förbättras, men det behövs mer arbete mot vårdrelaterade infektioner (2015)
- verksamheten är imponerande och utvecklas snabbt men man måste vara uppmärksam på förändringströtthet och att det inte blir för tvära kast (1998).

I rapporten från 1995³ efterfrågade Socialstyrelsen bland annat bättre samverkan mellan olika huvudmän, mer ändamålsenlig informationsöverföring mellan huvudmän och inom vårdkedjor, säkrad finansiering och stärkt utveckling av vård- och kvalitetsregister samt ökade möjligheter till fritt vårdsökande mellan olika huvudmän för att minska köer.

Om primärvården skrev vi ”[p]olitiska reformer har lyft fram primärvårdens roll och givit den ett basalt ansvar. Primärvården bör utnyttja sina möjligheter till ett större ansvar för att vårdkedjor fungerar vid samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän”. Många teman och förslag i rapporten från 1995 känns igen än idag, även om utvecklingen samtidigt gått framåt. Ett stycke från 1995 som nämner hur vi i framtiden kommer se ”[d]atorstödda patientorienterade journalsystem” i öppenvård, slutenvård och psykiatrisk vård känns kanske lite mindre samtida, även om frågor om framtidens vårdinformationssystem alltid kommer vara aktuell.

Den här rapporten har ett systemperspektiv på hälso-, sjuk- och tandvården. Juridiskt, och i stora delar ekonomiskt, kan man se hälso- och sjukvården och tandvården som olika system, men båda finns där för att säkerställa att patientens behov av vård tillgodoses. Det är ostridigt att munhälsa och allmänhälsa hänger ihop och är ömsesidigt beroende av varandra, och båda delarna ingår i den helhet som kan kallas för *hälsosystem*.

³³ Sjukvården i Sverige 1995. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.

WHO definierar hälsosystemet som alla institutioner, organisationer och resurser som har som främsta mål att främja hälsan⁴. Samtidigt vet vi att hälsan påverkas av många andra faktorer, som inte ingår i varken hälso- och sjukvård eller tandvård. Faktorer som utbildning, levnads- och arbetsförhållanden och, i många delar av världen, tillgång till vatten och sanitet, är avgörande faktorer. Men även om hälsans bestämningsfaktorer⁵ alltid finns med i bakgrunden är de inte i fokus för denna rapport, som alltså tar sin utgångspunkt i hälso-, sjuk- och tandvårdens system.

Det händer mycket i svensk hälso-, sjuk- och tandvård nu, och det är många stora förändringar som antingen just är beslutade eller som diskuteras och utreds. Exempel på detta är den nya strategin för psykisk hälsa och suicidprevention som nyligen antogs⁶ och den parlamentariska Vårdansvarskommittén som utreder helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och som till sommaren 2025 presenterar sitt slutbetänkande. Inom tandvårdsområdet har ett förslag om förändringar i den statliga tandvårdsersättningen nyligen presenterats⁷. Utöver detta pågår även statliga utredningar kring frågor som vårdgaranti, elevhälsa, abortlagstiftning, smittskydd och behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård. Viktiga frågor som berör stora delar av hälso-, sjuk- och tandvården.

⁴ The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization; 2000

⁵ Läs mer om hälsans bestämningsfaktorer på Folkhälsomyndighetens webbplats:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se>

⁶ Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Regeringens skrivelse (Skr. 2024/25:77)

⁷ Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70)

Sex frågor för att beskriva läget i hälso-, sjuk- och tandvården

I den här rapporten beskriver vi återigen läget i hälso-, sjuk- och tandvården med hjälp av sex frågor. Frågorna användes första gången 2016, och senast 2020, i den indikatorbaserade uppföljningen av hälso- och sjukvården, *Sex frågor om vården – övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*⁸, där hälso- och sjukvården beskrevs utifrån följande frågor:

1. Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?
2. Är hälso- och sjukvården hållbar?
3. Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?
4. Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?
5. Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?
6. Blir vi friskare och lever längre?

I denna lägesrapport kommer läget i både hälso- och sjukvården samt tandvården beskrivas utifrån samma sex frågor. Som stöd för att besvara frågorna använder vi bland annat 14 kärnindikatorer, som är årligen återkommande i denna rapport, men även annan statistik samt resultat från till exempel enkätundersökningar. På så vis är den här rapporten inspirerad av *Sex frågor om vården* men skiljer sig i ansats på två sätt. Dels är tandvården en viktig del i denna rapport och dels är denna rapport inte enbart baserad på redovisning av indikatorer. I grunden är ambitionen dock densamma – att ge en sammanfattad helhetsbild av läget i hälso-, sjuk- och tandvården.

Ramverk för beskrivning av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen

Tanken med frågorna i *Sex frågor om vården* var att knyta an till de olika dimensionerna i Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet, som i sin tur baseras på internationella erfarenheter och har koppling till OECD:s ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet.

Ramverket visar samband inom och runt hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet. Dess centrala delar illustrerar dimensioner som är viktiga

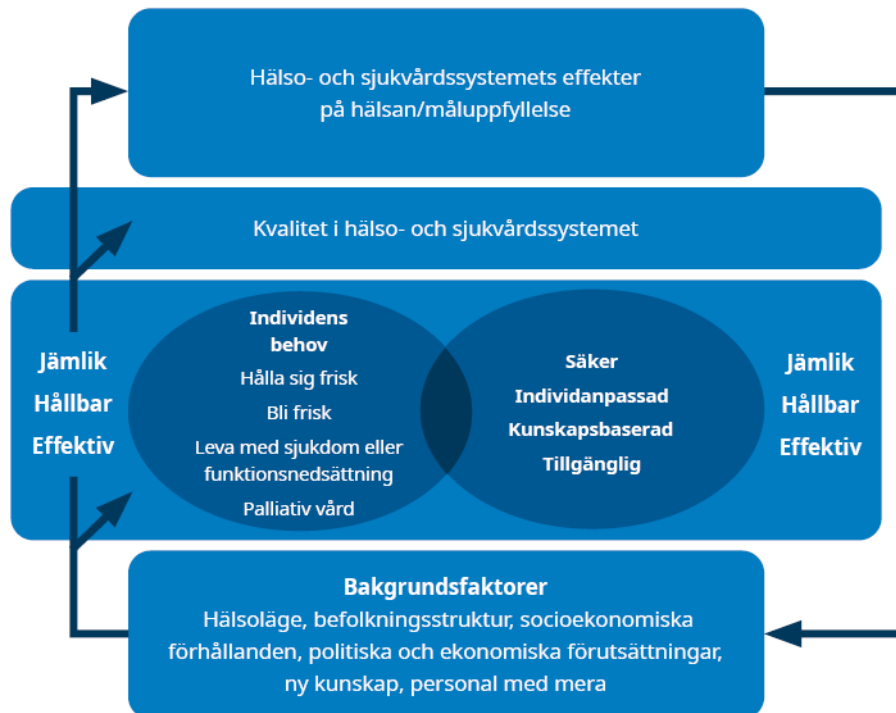
⁸ Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020

att följa upp när man vill belysa kvaliteten i hälso- och sjukvården och tandvården, exempelvis Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg. Det knyter också an till hälsoläget och andra bakgrundsfaktorer samt hälso- och sjukvårdssystemets egna effekter på de ingående faktorerna.

Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg är centrala i ramverket:

- **Säker:** Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad:** Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Kunskapsbaserad:** Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Jämlik:** Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- **Tillgänglig:** Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.
- **Effektiv:** Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

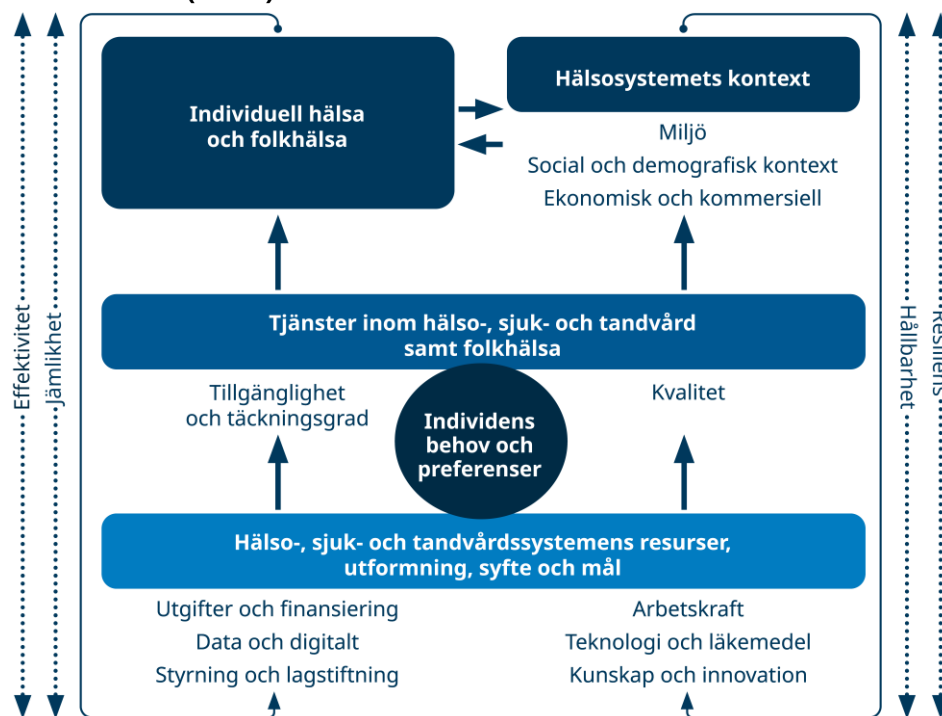
Figur 2. Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet.



Källa: Socialstyrelsen, Sex frågor om vården

OECD har under lång tid arbetat med olika verktyg för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdssystem. De lanserade under 2024 en ny version av sitt ramverk⁹, där större hänsyn tas till faktorer som den socioekonomiska och demografiska kontexten, miljöaspekter, personcentrerad vård, samt de fyra dimensionerna effektivitet, jämlikhet, hållbarhet och resiliens. Där Socialstyrelsens tidigare ramverk beskriver hälso- och sjukvårdssystemet, placerar istället OECD hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen i en hälsosystemskontext, som inkluderar alla institutioner, organisationer och resurser som har som främsta mål att främja hälsan.

Figur 3. OECD:s uppdaterade ramverk för "Health System Performance Assessment" (HSPA).



Källa: OECD (Socialstyrelsens översättning)

Den övre vänstra delen i figur 3 beskriver hälsosystemets resultat, där man vill visa att hälsosystemet samtidigt påverkar både individuell hälsa och folkhälsa. Systemet påverkar också den kontext som det befinner sig i, i form av miljö, demografi med mera. Dessa kontextuella faktorer påverkar i sin tur såklart även hälsan och folkhälsan. I den övre högra delen, hälsosystemets kontext, inkluderar OECD även hälsans bestämningfaktorer utanför den rena hälso-, sjuk- och tandvårdskontexten.

Kärnan i OECD:s ramverk är, precis som i Socialstyrelsens ramverk, individens behov och preferenser. De kan samtidigt ses som både ett mål

⁹ Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2024

och en resurs för systemet att uppnå målen på både individnivå och befolkningsnivå.

Grundtanken för systemet är att leverera tjänster med hög kvalitet och tillgänglighet, oavsett om det är hälso- och sjukvård, tandvård eller folkhälsa. Här räknar OECD också in ett flertal olika verksamheter som hjälp vid psykisk ohälsa, rehabilitering och omvårdnad, samt hälsofrämjande och förebyggande insatser.

En annan nyhet är de fyra övergripande dimensionerna som påverkar samtliga delar, och illustreras i figur 3 med pilarna på långsidorna: Effektivitet, jämlikhet, hållbarhet och resiliens.

Längst ned i figuren återfinns de strukturella element med vilka hälsosystemen är uppbyggda: resurser samt systemets utformning, syfte och mål.

OECD:s plan framledes är att ta fram lämpliga indikatorer för att mäta och följa upp det som ramverket innefattar. Indikatorerna föreslås delas in i fyra block:

- Hälsosystemets resultat: Här inkluderas både individuell hälsa och folkhälsa. Detta illustreras i den övre tredjedelen.
- Tjänster inom hälso-, sjuk- och tandvård samt folkhälsa: Hit räknas exempelvis huruvida vården är personcentrerad, tillgänglig och ekonomiskt överkomlig. Detta illustreras i den mellersta tredjedelen.
- Hälso-, sjuk- och tandvårdssystemets resurser, utformning, syfte och mål: Här illustreras vilka resurser som finns i systemet, exempelvis i form av finansiering, personal, vårdplatser etcetera. Detta illustreras i ramverkets nedre tredjedel.
- De fyra övergripande dimensionerna: effektivitet, jämlikhet, hållbarhet och resiliens föreslås kopplas till lämpliga indikatorer för uppföljning. Detta illustreras med de fyra yttre pilarna¹⁰.

¹⁰ Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2024

14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen

Sedan 2022 redovisar Socialstyrelsen resultaten för 14 nationella kärnindikatorer¹¹ i varje lägesrapport för hälso-, sjuk- och tandvården. Tillsammans speglar de hälso-, sjuk- och tandvårdens resultat på en övergripande nivå. De 14 kärnindikatorerna är ett urval från den mer omfattande uppsättning indikatorer som Socialstyrelsen tidigare presenterade i rapporten *Sex frågor om vården – övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*¹². Urvalet har gjorts i syfte att belysa ett antal av de områden som är prioriterade inom hälso-, sjuk- och tandvården. Kärnindikatorerna är viktiga resultatmätt som berör olika aspekter av hälso-, sjuk- och tandvården, exempelvis inom områdena medicinsk kvalitet, kostnader och tillgänglighet.

Kärnindikatorerna syftar till att ge en indikation av läget inom svensk hälso-, sjuk- och tandvård. Indikatorer i sig kan inte ge en fullständig bild, men de ger ändå information om den övergripande utvecklingen inom olika områden. För att förklara anledningarna till utvecklingen krävs dock att indikatorerna kompletteras med annan information.

De 14 kärnindikatorerna är:

1. Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare (SCB)
2. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet (Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR).
3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård (Socialstyrelsen).
4. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar (Väntetider i vården, SKR).
5. Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri (Väntetider i vården, SKR).
6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (SKR).
7. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren (Socialstyrelsen).
8. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) (Socialstyrelsen).
9. Dödlighet efter hjärtinfarkt (Socialstyrelsen).

¹¹ De 14 måtten är egentligen 13 indikatorer och ett nyckeltal/bakgrundsmått (utgifter för hälso- och sjukvården per invånare). I rapporten inkluderas samtliga 14 mått under benämningen ”kärnindikatorerna”.

¹² Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.

10. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) (Socialstyrelsen).
11. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer (Socialstyrelsen).
12. Själv mord i befolkningen (Socialstyrelsen).
13. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL (Socialstyrelsen).
14. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Socialstyrelsen).

Kärnindikatorerna redovisas utifrån socioekonomiska förutsättningar

Liksom i förra årets lägesrapport redovisar vi kärnindikatorerna utifrån kön och region samt utifrån områdestyp, baserat på Statistiska centralbyråns, SCB:s, regionala statistikområden, RegSO. Syftet är att kunna besvara frågor som:

- Är självmord vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar?
- Är dödligheten efter stroke högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar?

Områdestyperna togs fram 2020 av Delmos och SCB och beskriver de socioekonomiska förutsättningarna i respektive RegSO. Uppdelningen bygger på ett index som innehåller följande faktorer:

- andel personer med låg ekonomisk standard¹³
- andel personer med förgymnasial utbildning
- andel personer som har haft ekonomiskt bistånd längre än tio månader, har varit arbetslösa längre än sex månader eller båda delarna.

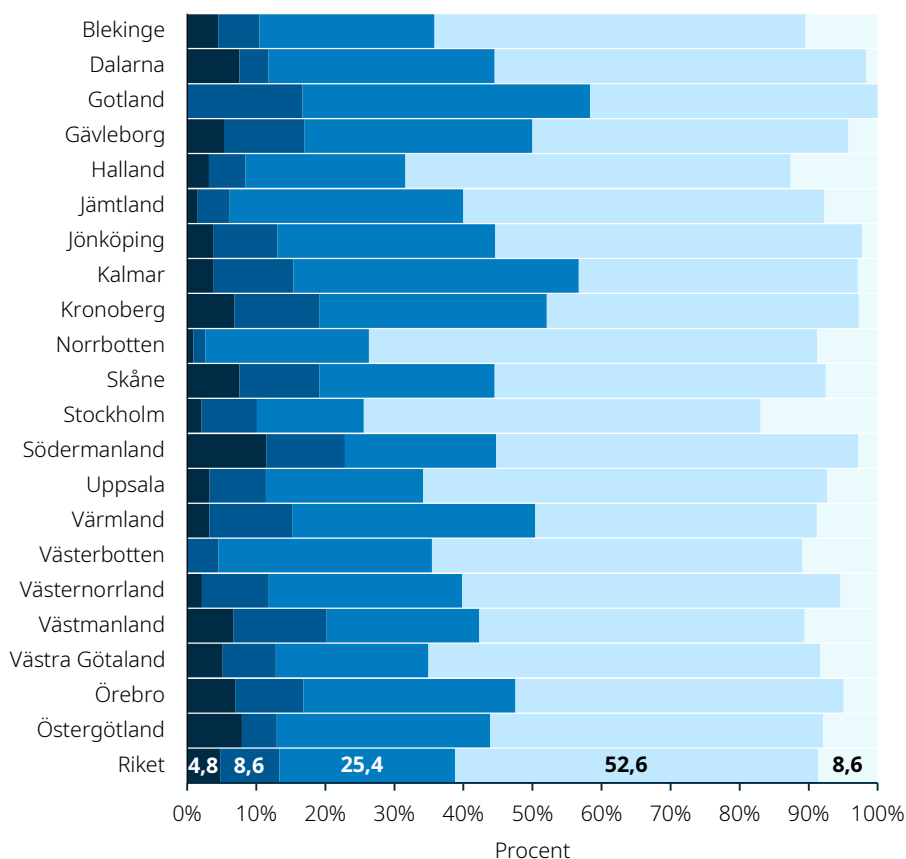
Det finns fem områdestyper:

- Områdestyp 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar.
- Områdestyp 2 – områden med socioekonomiska utmaningar.
- Områdestyp 3 – socioekonomiskt blandade områden.
- Områdestyp 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar.
- Områdestyp 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

¹³ Låg ekonomisk standard avser personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är lägre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen.

Områdestyp 1 och 2 går under samlingsbegreppet områden med socioekonomiska utmaningar¹⁴. I figur 4 visar vi hur områdestyperna fördelas över respektive län.

Figur 4. Fördelning av områdestyper 2022 uppdelat på län.



- Områden med stora socioekonomiska utmaningar
- Områden med socioekonomiska utmaningar
- Socioekonomiskt blandade områden
- Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
- Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Källa: SCB.

I tidigare års lägesrapporter har utbildningsnivå använts som ett mått på socioekonomi för flera kärnindikatorer. Utbildningsnivå är ett grövre mått som ofta används som alternativ om man inte har tillgång till andra mått för

¹⁴ Läs mer om boendesegregation på Boverkets webbplats: <https://www.boverket.se>.

socioekonomi. I den medföljande statistikbilagan inkluderas utbildningsnivå även för årets resultat, i de fall den tidigare har angivits^{15 16}.

Respektive kärnindikator¹⁷ beskrivs utförligare i följande kapitel:

- Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?
 - Kärnindikator 1. Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare.
- Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?
 - Kärnindikator 2. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet.
 - Kärnindikator 3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård.
- Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver?
 - Kärnindikator 4. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar.
 - Kärnindikator 5. Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri.
 - Kärnindikator 6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter.
 - Kärnindikator 7. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren.
- Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?
- Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?
 - Kärnindikator 8. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng).
 - Kärnindikator 9. Dödlighet efter hjärtinfarkt.
 - Kärnindikator 10. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar).
 - Kärnindikator 11. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer.
 - Kärnindikator 13. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL.
- Blir vi friskare och lever längre?
 - Kärnindikator 12. Själv mord i befolkningen.
 - Kärnindikator 14. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

¹⁵ I kärnindikatorerna redovisas i förekommande fall länsmedel samt riket. Länsmedel är genomsnittet av alla läns indikatorvärden, medan riket är indikatorvärdet för hela riket. Läs mer om indikatorerna i bilagan.

¹⁶ För vissa diagram redovisas konfidensintervall. Variationen i konfidensintervallen beror till stor del av underlagets storlek och variationen i data.

¹⁷ Nio av indikatorerna tas fram med hjälp Socialstyrelsens register. Övriga fem mått tas fram med hjälp av annan offentlig statistik.

Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?

I detta kapitel redogör vi för hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens kostnadsutveckling och sätter de svenska kostnaderna för hälso-, sjuk- och tandvård i en internationell kontext. Här redovisar vi även den aktuella prognosen för läkemedelsförsäljningen samt kärnindikator 1.

Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation

Iakttagelser i korthet

- De totala utgifterna för hälso-, sjuk- och tandvården uppgick 2022 till 628 miljarder kronor. Det är en minskning med 0,5 procent jämfört med föregående år, räknat i 2022 års prisnivå.
- Botande och rehabiliterande vård står för mer än hälften av de totala utgifterna, medan omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning utgör drygt 25 procent.
- I jämförelse med andra OECD-länder avsatser Sverige en relativt stor andel av BNP på hälso- och sjukvård. Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP minskade under 2022 jämfört med 2021 då kostnaderna var ovanligt höga på grund av coronapandemin. Detsamma gällde för resten av EU.

Detta kapitel beskriver främst utgifterna för hälso-, sjuk- och tandvården för åren 2019–2022. Uppgifterna kommer framför allt från SCB. De data som presenteras, huvudsakligen från Hälsoräkenskaperna, baseras i sin tur på uppgifter från bland annat kommunernas och regionernas räkenskapssammandrag.

Dessa data har en viss eftersläpning, vilket stämmer överens med tidigare års lägesrapporter. För att uppgifter om kostnader ska vara jämförbara mellan åren har vi fastprisberäknat dem till 2022 års prisnivå, om inget annat anges. Det innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett prisindex¹⁸. I det fall där vi särredovisar regionernas kostnader för hälso- och sjukvård använder vi

¹⁸ I beräkningarna används ett konsumtionsprisindex för hälso- och sjukvård samt ett index för äldre och personer med funktionsnedsättning som tas fram av SCB. Användning av prisindex skulle kunna få viss påverkan på resultaten.

kostnadsbegreppet kostnad för det egna åtagandet. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård finns tillgängliga till och med 2023 och därför presenterar vi dessa kostnader inklusive 2023.

Kärnindikator 1: Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare

Måttet visar kostnader per invånare i fast pris för hälso-, sjuk- och tandvården över tid. Måttet hämtas från Hälsoräkenskaperna, SCB.

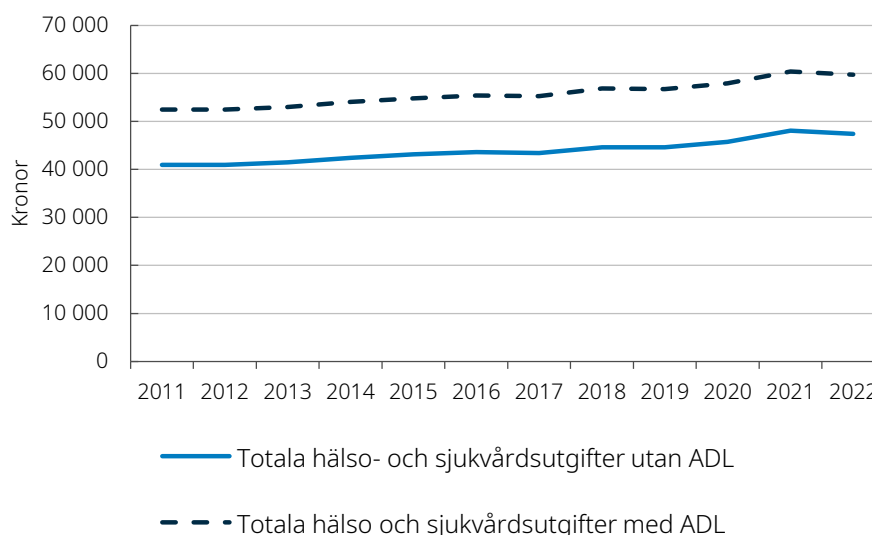
Önskvärd riktning för måttet: saknas, beskrivande mått.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården uppgick 2022 till 59 800 kronor per invånare. I fasta priser motsvarar detta en minskning med 1,1 procent jämfört med föregående år, då hälso- och sjukvårdskostnaderna ökade mer än vanligt till följd av coronapandemin. Jämfört med 2019 har kostnaden ökat med 5,3 procent, beräknat i fasta priser (figur 5).

Exkluderas kostnaden för tjänster som gäller personlig omvårdnad inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning, ADL, uppgick kostnaden till 47 400 kronor och följde samma trend.

Figur 5. Totala utgifter för hälso- och sjukvården per invånare, med och utan ADL*.

Totala utgifter för hälso- och sjukvården per invånare med och utan ADL*, i kronor, beräknat i 2022 års prisnivå.



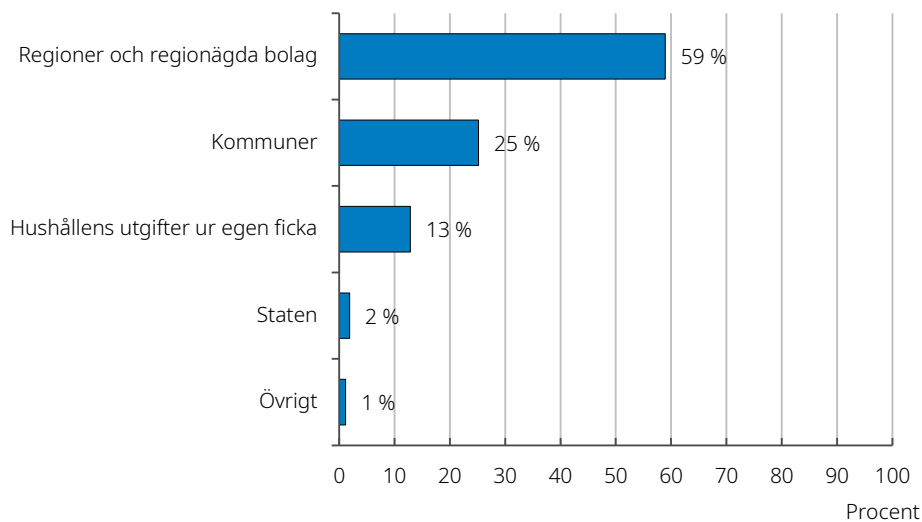
* ADL motsvarar personliga omvårdnadstjänster som exempelvis hjälp med att äta, påklädning samt personlig hygien.

Källa: Hälsoräkenskaperna, SCB.

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen av regionerna och kommunerna samt genom statliga bidrag och stimulansmedel i olika former (figur 6). En betydande del av hälso- och sjukvården finansieras också direkt av dem som konsumerar den, så kallade ”hushållens utgifter ur egen ficka”. Detta avser exempelvis avgifter vid besök till hälso- och sjukvården och tandvården eller köp av läkemedel. Hushållens utgifter ur egen ficka motsvarade 13 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden 2022.

Figur 6. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansiär.

Totala hälso- och sjukvårdsutgifter fördelat efter finansiär, i procent. Siffror för 2022.



Källa: SCB:s hälsoräkenskaper.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården

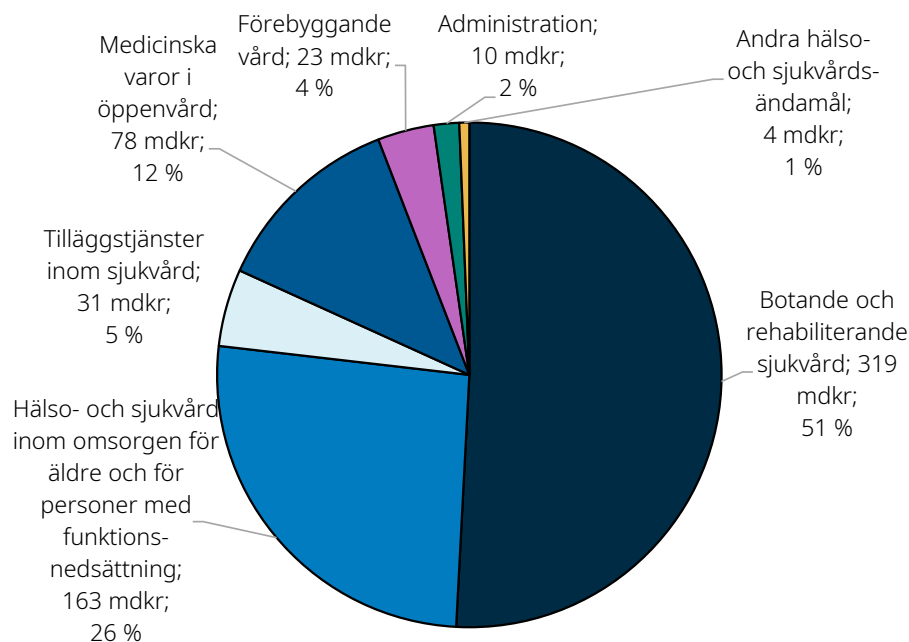
De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2022 till drygt 628 miljarder kronor, vilket är en minskning med 0,5 procent jämfört med året innan, räknat i 2022 års prisnivå. Kostnadsminskningen beror främst på att utgifterna för botande och rehabiliterande sjukvård, som utgör drygt hälften av den totala kostnaden, samt utgifterna för förebyggande vård minskade under denna period. En möjlig förklaring till detta är att utgifterna ökade mer än vanligt under 2021 på grund av coronapandemin och nu återgår till den normala nivån.

Under perioden 2019–2022 ökade utgifterna med 42,2 miljarder kronor (7,2 procent) i fasta priser (tabell 1). Den årliga förändringstakten av utgifterna var ovanligt hög mellan 2020 och 2021 (4,9 procent), återigen troligtvis relaterat till coronapandemin.

I figur 7 redovisar vi fördelningen av hälso- och sjukvårdskostnaderna per typ av vård.

Figur 7. Hälso- och sjukvårdsutgifter per typ av vård.

Fördelning av totalt 628 miljarder kronor. Siffror för 2022.



Källa: SCB:s hälsoräkenskaper.

Kostnader för botande och rehabiliterande vård

Största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 51 procent, eller 319 miljarder kronor, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, vilket framgår av figur 7 ovan. Här ingår botande och rehabiliterande slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hemsjukvård. Öppenvården utgjorde mer än hälften av kostnaderna för botande och rehabiliterande vård under 2022 (175 miljarder kronor).

Jämfört med året innan har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård minskat med 0,9 procent under 2022. Kostnadsminskningen var ungefär lika stor för både öppenvård och slutenvård. Utgifterna för dagsjukvård ökade däremot med sju procent under samma period.

Tittar man ett år längre tillbaka i tiden har kostnaderna dock ökat med 20,1 miljarder kronor (6,7 procent) sedan 2019. Det är kostnaden för allmän botande öppenvård och slutenvård som utgör den största delen av kostnadsökningen: 17,7 procent respektive 9,7 procent. Även dagsjukvården har haft en tydlig procentuell ökning på 18,1 procent under denna period.

Kostnader för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning

Den näst största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgör cirka 26 procent, eller 163 miljarder kronor, är hälso- och sjukvård inom

omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, inklusive funktionsnedsättning på grund av psykisk ohälsa. Dessa kostnader finansieras i hög grad av kommunerna. Läs mer om kostnaderna för vård inom individ och familjeomsorgen i lägesrapporten *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2025*.

Jämfört med året innan har dessa kostnader ökat med 0,7 procent under 2022, beräknad i fasta priser 2022¹⁹. Den totala kostnadsökningen var 6,4 miljarder kronor (4,1 procent) sedan 2019. Den största ökningen skedde inom särskilda boendeformer, där kostnaderna ökade med 4,6 miljarder kronor (4,6 procent) under samma period. Läs mer om kostnaderna för vård och omsorg för äldre i *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2025*.

Kostnader för medicinska varor i öppenvård

Kostnader för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter uppgick 2022 till 78 miljarder kronor, vilket motsvarar cirka 12 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. År 2022 var kostnaderna 2,8 procent högre jämfört med föregående år, vilket främst beror på ökade kostnader för receptförskrivna läkemedel samt kostnader för hjälpmedel och andra varaktiga varor. Under 2019–2022 ökade kostnaderna med 5,5 miljarder kronor, eller 7,6 procent.

Övriga kostnader

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård, administration och övriga vårdkostnader.

Kostnader för förebyggande vård utgjorde 23 miljarder kronor 2022, vilket motsvarar cirka 4 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Det är en minskning med 4,4 miljarder, eller 16 procent, jämfört med året innan, vilket förklaras av minskade kostnader för smittskyddsarbete (epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete) och immuniseringsprogram efter coronapandemin. Samtidigt som kostnadsökningen sedan 2019 varit störst för förebyggande vård och tilläggstjänster (cirka 22 procent), kan vi konstatera att den motsvarar en mycket liten del av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden.

¹⁹ Ett konsumtionsprisindex för äldre och personer med funktionsnedsättning har använts från SCB.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025
Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?

Tabell 1. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2019–2022.

Miljarder kronor, fasta priser, 2022 års prisnivå.

Kostnader, miljarder kronor, per år:	2019	2020	2021	2022	2022 Andel	Förändring 2019–2022 Miljarder kronor (%)
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	586,1	601,6	631,2	628,3	100%	42,2 (7,2 %)
<i>Årlig förändring</i>	0,8%	2,6%	4,9%	-0,5%		
Botande och rehabiliterande sjukvård	299	307	322	319	50,8%	20,1 (6,7 %)
Dagsjukvård	11	11	12	13	2,0%	1,9 (18,1 %)
Öppenvård	169	167	177	175	27,8%	6,2 (3,7 %)
- <i>Allmän botande öppenvård</i>	31	35	37	37	5,9%	5,6 (17,7 %)
- <i>Tandvård</i>	32	29	32	32	5,1%	-0,3 (-0,8 %)
- <i>Övrig specialiserad öppenvård</i>	83	81	85	84	13,3%	0,6 (0,8 %)
- <i>Övrig botande öppenvård</i>	22	22	22	22	3,5%	0,3 (1,5 %)
Slutenvård	117	125	130	129	20,5%	11,4 (9,7 %)
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	3	3	3	3	0,6%	0,5 (17,4 %)
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktions-nedsättning	157	160	162	163	26,0%	6,4 (4,1 %)
Särskilda boendeformer	100	102	104	105	16,7%	4,6 (4,6 %)
Ordinärt boende	49	50	51	51	8,1%	2,0 (4,1 %)
Dagverksamhet och korttidsvård	8	7	7	7	1,2%	-0,2 (-3,3 %)
Medicinska varor i öppenvård	72	73	75	78	12,3%	5,5 (7,6 %)
Läkemedel och förbrukningsartiklar	56	58	58	60	9,5%	4,0 (7,1 %)
- <i>Receptförskrivna läkemedel</i>	39	40	40	41	6,6%	2,8 (7,2 %)
- <i>Receptfria läkemedel</i>	13	13	13	13	2,0%	0,2 (1,5 %)
- <i>Dagligvaror och förbrukningsartiklar</i>	5	5	6	6	0,9%	1,0 (20,9 %)

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025
Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?

Kostnader, miljarder kronor, per år:	2019	2020	2021	2022	2022 Andel	Förändring 2019–2022 Miljarder kronor (%)
Hjälpmedel och andra varaktiga varor	16	15	17	18	2,8%	1,5 (9,2 %)
Tilläggstjänster inom sjukvård	25	30	31	31	5,0%	5,8 (22,8 %)
Förebyggande vård	19	20	27	23	3,6%	4,1 (22,4 %)
Information, utbildning och rådgivning	8	8	8	8	1,3%	0,2 (2,2 %)
Allmänna hälsokontroller	8	7	8	8	1,3%	0,5 (7,0 %)
Immuniseringsprogram	3	3	6	4	0,7%	1,9 (71,5 %)
Smittskyddsarbete	0,3	3	5	2	0,3%	1,6 (460,0 %)
Administration	10	9	9	10	1,6%	0,2 (1,7 %)
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	4	4	4	4	0,6%	0,2 (5,6 %)

Källa: Hälsoräkenskaperna, SCB.

Tandvårdsreformer kan ha påverkan på tandvårdens kostnader

I regeringens budgetproposition för 2025 aviseras en tandvårdsreform som syftar till att förstärka tandvårdens högkostnadsskydd för att det ska efterlikna det som finns i övrig vård. Utredningen om förstärkt högkostnadsskydd för tandvård, som publicerades i oktober 2024, föreslår att tandvårdsersättningen ska förstärkas genom införandet av så kallad tiotandvård²⁰.

Tiotandvård ska omfatta behandling av sjukdom och smärta, reparativ vård samt rehabiliterande och habiliterande vård. För sådan tandvård föreslår utredningen att patienten ska betala 10 procent av referenspriset, alternativt 10 procent av vårdgivarens pris om detta är lägre. Inom tandvårdssektorn finns en oro för vilka konsekvenserna kan bli för den fortsatt goda utvecklingen av munhälsan i målgruppen, om delar av den hälsofrämjande och förebyggande tandvården undantas från det subventionerade utbudet²¹.

Vid ett införande av tiotandvård för personer som är 67 år eller äldre beräknas statens kostnader för tandvård öka med mellan 3,4 och 4,5

²⁰ Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård. (SOU 2024:70).

²¹ Tandvården och Vårdansvarskommittén: Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet, Socialstyrelsen 2025.

miljarder kronor per år. Vid en fullt utbyggd reform (patienter 20 år eller äldre) bedöms statens kostnader öka mellan 7,7 och 9,9 miljarder kronor.

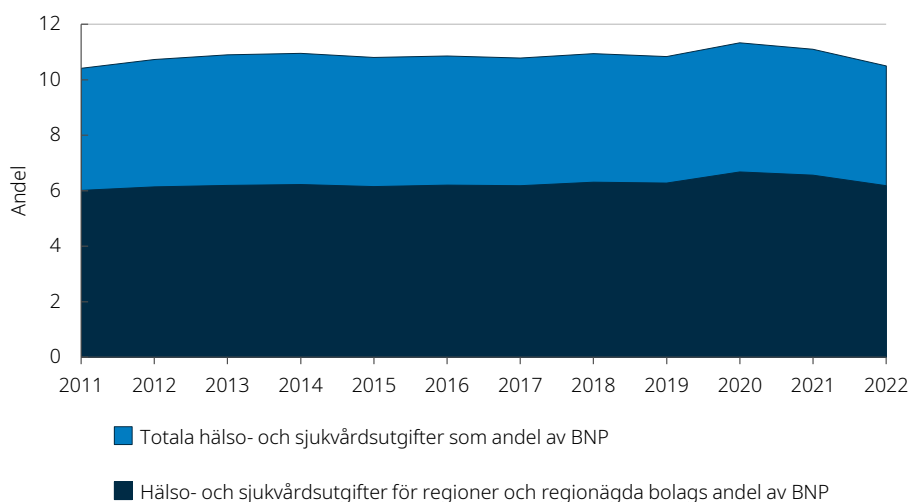
Förutom att påverka kostnadsfördelningen mellan staten och patienterna kan en sådan reform också medföra dynamiska effekter och därmed påverka den totala kostnaden för tandvård. Enligt utredningens bedömning kan antalet patienter inom tandvården öka med 5–20 procent, samtidigt som priserna minskar till följd av reglerade priser inom delar av tandvårdsmarknaden. Den faktiska påverkan är dock svår att förutse. Utredningen uppskattar att tandvårdsmarknadens totala omsättning kan öka med 0,6–2,7 miljarder kronor om reformen genomförs fullt ut.

Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP

Hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP uppgick till 10,5 procent 2022, vilket innebär en minskning jämfört med både 2020 och 2021, då utgifterna ökade bland annat på grund av coronapandemin (se figur 8). Andelen av BNP var dock även lägre jämfört med 2019, med en nedgång på 0,3 procentenheter.

Regioners och regionägda bolags utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP uppgick till 6,2 procent 2022. Detta är något lägre än under coronapandemin men ligger i nivå med perioden före pandemin.

Figur 8. Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP totalt och för regioner- och regionägda bolag.



Källa: Hälsoräkenskaperna, SCB.

Hälso- och sjukvårdens omställning till god och nära vård

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) fortsätter arbetet med omställning av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården²².

För att följa den pågående utvecklingen presenteras i denna rapport både hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av bruttonationalprodukten (BNP) och regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvården.

Regionernas totala kostnader för primärvård, som andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, har visat en svag uppgående trend mellan 2019 och 2022. Denna trend har dock brutits något under 2023, då andelen har minskat från 21,3 procent 2022 till 20,9 procent 2023, vilket framgår av tabell 2. Minskningen mellan 2022 och 2023 har observerats i samtliga regioner utom Skåne, Jämtland Härjedalen och Blekinge. Socialstyrelsen konstaterade i sin senaste utvärdering av omställningen till en mer nära vård att ”primärvårdens förmåga att fungera som nav i hälso- och sjukvården kan påverkas negativt om primärvården inte får tillräckliga resurser”²³.

Tabell 2 visar regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård. Beräkningarna baseras på uppgifter från regionernas räkenskapsammandrag. Uppgifterna bör dock tolkas med viss försiktighet, bland annat eftersom Region Gotland exkluderas och enbart regionala huvudmän inkluderas. Dessutom relaterar inte uppgifterna till antalet personer, vilket i viss mån försvårar tolkningen.

Tabell 2. Regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård i procent*.

Exklusive region Gotland. Baserat på kostnads måttet ”Kostnad för det egna åtagandet”.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019– 2023**	Förändring 2022– 2023**
Riket	20,5%	21,1%	21,1%	21,3%	20,9%	0,4%	-0,4%
Region Stockholm	20,5%	21,3%	20,6%	20,5%	20,5%	-0,1%	-0,1%
Region Uppsala	16,0%	19,3%	16,9%	18,2%	18,0%	2,0%	-0,3%
Region Sörmland	21,8%	22,6%	22,3%	22,3%	20,1%	-1,6%	-2,2%

²² Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Socialstyrelsen; 2024.

²³ Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Socialstyrelsen; 2024.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025
Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019- 2023**	Förändring 2022- 2023**
Region Östergötland	19,3%	20,5%	19,7%	20,0%	19,1%	-0,2%	-0,8%
Region Jönköpings län	20,5%	19,8%	23,3%	21,4%	20,9%	0,4%	-0,5%
Region Kronoberg	18,8%	19,8%	20,3%	19,5%	18,6%	-0,2%	-0,9%
Region Kalmar län	20,8%	21,3%	22,1%	21,6%	21,0%	0,2%	-0,6%
Region Blekinge	18,5%	18,0%	17,7%	16,8%	17,4%	-1,0%	0,7%
Region Skåne	20,5%	20,5%	19,1%	19,8%	21,3%	0,8%	1,5%
Region Halland	21,8%	22,2%	21,7%	22,4%	19,9%	-1,9%	-2,5%
Västra Götalandsregionen	22,0%	22,4%	23,8%	25,4%	24,4%	2,4%	-1,0%
Region Värmland	19,4%	19,8%	20,5%	19,8%	19,2%	-0,1%	-0,6%
Region Örebro län	20,8%	20,0%	20,7%	19,9%	19,5%	-1,3%	-0,5%
Region Västmanland	21,4%	22,7%	23,4%	22,8%	21,6%	0,1%	-1,2%
Region Dalarna	21,0%	21,4%	22,3%	21,7%	19,5%	-1,6%	-2,3%
Region Gävleborg	21,9%	22,4%	22,4%	22,3%	22,3%	0,5%	0,0%
Region Västernorrland	18,2%	17,6%	19,0%	19,7%	18,9%	0,7%	-0,8%
Region Jämtland Härjedalen	22,1%	23,8%	21,9%	21,2%	21,9%	-0,1%	0,7%
Region Västerbotten	18,6%	19,3%	19,6%	19,1%	18,7%	0,0%	-0,4%
Region Norrbotten	20,9%	21,8%	24,2%	22,1%	20,8%	-0,1%	-1,3%

*Exklusive uppgifter från Region Gotland.

** I procentenheter.

Källa: Regionernas räkenskaper (SCB).

Läs mer om hur det går med hälso- och sjukvårdens omställning till god och nära vård i *God och nära vård – en omställning med mål att förbättra tillgängligheten* i kapitel Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver?

Ansträngt ekonomiskt läge i regioner och kommuner

Sveriges kommuner och regioner befinner sig i ett pressat ekonomiskt läge som präglas av stigande kostnader och minskad ekonomisk tillväxt.

SKR:s ekonomirapport från oktober 2024 beskriver en sammanhängande bild av lågkonjunktur och kostnadstryck i kombination med ett skatteunderlag som ökar långsammare än utgifterna²⁴. Detta resulterar i ett underskott på åtta miljarder kronor för kommunsektorn. Resultatet förväntas öka till 28 miljarder kronor under 2025, med betydande variationer mellan regioner och kommuner.

För 2023 redovisade regionerna ett sammanlagt underskott på 12 miljarder kronor, och endast tre regioner uppvisade ett positivt resultat. Prognosen för 2024 visar fortsatt ett underskott på 12 miljarder kronor och ingen region räknar med överskott²⁵. De negativa resultaten beror främst på ökade pensionskostnader, inflation, uppskjuten vård under coronapandemin samt medicintekniska framsteg. Efterfrågan på personal ökar inom vården och den rådande personalbristen inom vården har dessutom nödvändiggjort att regionerna rekryterar till högre löner, vilket ytterligare belastar kostnadsutvecklingen. För att effektivisera verksamheten ser regionerna över bemanningsplaneringen och behovet av hyrpersonal. Enligt den senaste ekonomiska bedömningen förväntar sig majoriteten av regionerna att kunna redovisa ett positivt resultat för 2025. Det ekonomiska läget väntas dock vara fortsatt utmanande för flera regioner.

Kommunernas ekonomiska resultat varierar betydligt, där cirka två tredjedelar av kommunerna förväntas redovisa underskott för 2024. Det sammanlagda resultatet förväntas uppgå till fyra miljarder kronor 2024²⁶. Den ökade kostnadsutvecklingen förklaras främst av en hög allmän prisnivå och höga pensionskostnader. För att hantera underskotten utan att behöva göra neddragningar använder de flesta kommuner sina resultatutjämningsreserver. Trots en prognos om att det samlade resultatet kan förstärkas till 25 miljarder kronor 2025, kommer flera kommuner sannolikt att fortsätta möta betydande ekonomiska utmaningar.

Det är svårt att förutse vilka konsekvenser den pågående ekonomiska pressen kan få för hälso- och sjukvårdssektorn. Även om en återhämtning förväntas under de kommande åren, kvarstår betydande strukturella utmaningar, där behovet av anpassning och effektivisering blir centralt för sektorns hållbarhet. Trots tecken på att perioden av hög inflation och lågkonjunktur kan vara över, kvarstår en osäkerhet i det ekonomiska läget.

²⁴ Ekonomirapporten, oktober 2024. Sveriges Kommuner och Regioner SKR; 2024.

²⁵ Ekonomirapporten, oktober 2024. Sveriges Kommuner och Regioner SKR; 2024.

²⁶ Ekonomirapporten, oktober 2024. Sveriges Kommuner och Regioner SKR; 2024.

Yttre faktorer som global instabilitet, pågående konflikter och ökade kostnader för beredskap kan fortsatt påverka sektorns förutsättningar negativt.

Utöver de utmaningar som den senaste tidens ekonomiska utveckling medför för kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn finns även demografiska utmaningar. Antalet personer över 80 år, en grupp där vård- och omsorgsbehoven är stora, förväntas öka påtagligt, vilket är ytterligare en faktor som kan leda till ökade sjukvårdsbehov och -kostnader.

Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård har gått tillbaka till den historiska trenden

Tabell 2 visar hur regionernas kostnader för hälso- och sjukvård utvecklats 2019–2023. Dessa kostnader redovisas även för 2023, till skillnad från de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, där data endast finns till och med 2022²⁷ (tabell 1). En viktig skillnad mot hälsoräkenskaperna (tabell 1) är att enbart regionernas kostnader inkluderas²⁸. Kostnader för politisk verksamhet samt serviceverksamheter är inte inkluderade²⁹, därför bör uppgifterna tolkas med försiktighet.

Uppgifterna tyder på att regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård ökade med knappt 10 procent under perioden 2019–2023. Kostnadsökningen var störst inom primärvården (11,7 procent), medan det konstaterades en kostnadsminskning inom tandvården (minus 0,8 procent). Kostnaderna ökade mest under 2021 när coronapandemins påverkan var störst. Ingen påtaglig ändring skedde mellan 2021 och 2022. År 2023 ökade kostnaderna med 2,9 procent vilket kan jämföras med den genomsnittliga årliga ökningstakten mellan 2014 och 2018 på 2,5 procent³⁰. Enligt SKR:s beräkningar har regionernas hälso- och sjukvårdskostnader gått tillbaka till nära den historiska trenden, det vill säga en årlig ökning på 0,8 procent, även rensat för demografiska förändringar³¹.

Tabellen visar vidare att minskningen av tandvårdens kostnader, som började i samband med färre besök under pandemin, nu har avstannat. En eventuell tandvårdsreform, som nämndes tidigare, kan få konsekvenser för

²⁷ Observera att uppgifterna i tabell 2 har fastprisberäknats till 2023 års prisnivå till skillnad från tabell 1 där 2022 använts som basår.

²⁸ Kostnadsmåttet ”Kostnad för eget åtagande” används. Detta kostnadsmått skiljer sig något från övriga kostnader som presenteras i denna rapport, vilka huvudsakligen baseras på uppgifter från Hälsoräkenskaperna.

²⁹ Inkluderar medicinsk service (som verksamheter vid laboratorier, operations- och röntgenavdelningar), allmän service (all serviceverksamhet som inte innefattas av medicinsk service eller fastighetsförvaltning) och fastighetsförvaltning.

³⁰ Beräknas på samma sätt för motsvarande period.

³¹ Ekonomirapporten oktober 2024. Om kommunernas och regionernas ekonomi. Sveriges Kommuner och Regioner SKR; 2024.

regionernas tandvårdskostnader både genom en förändrad efterfrågan och som ett resultat av prisreglering.

Tabell 3. Regionernas kostnader för det egna åtagandet uppdelat på verksamhet. Miljarder kronor, 2023 års prisnivå.

Verksamhet	Kostnader, miljarder kronor:					Förändring
	2019	2020	2021	2022	2023	2019–2023 (%)
Primärvård	73,8	76,6	80,9	81,9	82,5	11,7%
Specialiserad somatisk vård	205,3	206,0	215,4	218,3	226,8	10,5%
Specialiserad psykiatrisk vård	31,8	32,3	33,9	33,2	34,8	9,6%
Tandvård	12,6	12,0	12,4	12,1	12,5	-0,8%
Övrig hälso- och sjukvård	35,1	35,1	38,3	37,4	37,1	5,7%
Summa hälso- och sjukvård*	359	362	381	383	394	9,8%
Årlig förändring	1,6%	1,0%	5,2%	0,5%	2,9%	

*Exklusive kostnader för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvården samt serviceverksamheter. Även exklusive kostnadsuppgifter för region Gotland.
Källa: Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner. SCB.

Flera av de bidrag till kommunsektorn som regeringen tidigare inrättat eller utökat på grund av coronapandemin minskade i omfattning eller upphörde under 2023. Exempelvis har det riktade statsbidraget som regionerna fick för att genomföra nationell testning och smittspårning för covid-19 upphört under 2023³². För jämförelse kan det nämnas att statens bidrag relaterat till covid-19-vård uppgick till cirka 26 miljarder kronor under 2022 och 55 miljarder kronor under 2021 (notera att beloppen inte enbart avser kostnader för hälso-och sjukvård)³³.

Vårdtillfällen med vårdskada driver upp kostnaderna

Vårdtillfällen i sjukhusvård för vuxna där vårdskador förekommer är dubbelt så långa som vårdtillfällen utan förekomst av skador. Det talar för att förekomst av vårdskador direkt påverkar behovet av resurser, och därmed kostnaderna, inom slutenvården.

Vårdtillfällen med förekomst av vårdskada är drygt 7 dygn längre än vårdtillfällen utan skada. I ett nationellt perspektiv har det beräknats innebära över 500 000 extra vård dygn till en kostnad av drygt 8 miljarder kronor per år för sjukhusvård.

³² Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023. Statskontoret; 2024.

³³ Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022. Statskontoret; 2023.

Den verkliga samhällskostnaden för vårdskador är dock betydligt större eftersom vårdskador även leder till stora kostnader utanför sjukhusvården, både för samhället och för den som drabbas.

Samhällets kostnader för läkemedel och sjukskrivningar

Iakttagelser i korthet

- År 2024 uppgick de totala kostnaderna för förmånsläkemedel, exklusive handelsvaror, till cirka 45,5 miljarder kronor, varav 37,1 miljarder kronor var förmånskostnader som bekostas av regionerna.
- Förmånskostnaderna för läkemedel förväntas uppgå till 39,5 miljarder kronor 2025 och 41,5 miljarder 2026.
- Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel förväntas öka från 13,9 till 14,8 miljarder kronor 2025 och till 15,7 miljarder 2026.
- Sjukfrånvaro kostar samhället stora belopp varje år. Under 2023 utbetalades sjukpenning för cirka 42 miljarder kronor.
- Under 2023 skrev hälso- och sjukvården cirka 2 100 000 läkarintyg för sjukpenning och Sveriges läkare uppskattas lägga 3 miljoner timmar på intygshantering varje år.
- Nästan hälften av sjukskrivningarna i december 2023 berodde på psykiatriska diagnoser.
- Läkare inom primärvården uppger svårigheter med att fastställa diagnos vid psykiska besvär.

Kostnaderna för läkemedel förväntas fortsätta öka

Socialstyrelsen gör årligen prognoser över kostnaderna för förmånsläkemedel, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel³⁴. Kostnadsuppgifterna som presenteras är utan återbärningar mellan företag och regioner. Nivåerna i återbäringsavtalen är inte offentliga och därmed inte kända för Socialstyrelsen. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har uppskattat den totala återbärningen till 3,9 miljarder kronor för 2024 och 4,3 miljarder kronor för 2025³⁵.

³⁴ Prognoserna är förenade med flera osäkerheter, bland annat om antal behandlade patienter, introduktion av nya läkemedel, patentutgångar, restsituationer, framtida konkurrens och det allmänt instabila ekonomiska läget.

³⁵ Uppdaterad återbäringsprognos 2024–2027. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2024.

År 2024 uppgick de totala kostnaderna för förmånsläkemedel, exklusive handelsvaror, till cirka 45,5 miljarder kronor, varav 37,1 miljarder kronor bestod av förmånskostnader som bekostas av regionerna³⁶. Resterande var egenavgifter och merkostnader som betalades av patienter. Regionernas kostnader för förmånsläkemedel, exklusive handelsvaror, ökade med 11 procent 2023–2024, det vill säga i samma takt som året innan.

Enligt Socialstyrelsens senaste prognos förväntas förmånskostnaderna för läkemedel, exklusive egenavgifter och handelsvaror, uppgå till 39,5 miljarder kronor 2025 och 41,5 miljarder kronor 2026³⁷. Denna prognos kan dock påverkas om regeringen höjer trappan i högkostnadsskyddet för läkemedelsförmånerna som aviserades i budgetpropositionen för 2025.

Även kostnaderna för läkemedel som används inom slutenvården (rekvisitionsläkemedel) förväntas öka under prognosperioden, från cirka 13,9 miljarder kronor 2024 till 14,8 miljarder kronor 2025 och 15,7 miljarder 2026³⁸.

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) förväntas öka från cirka 1,1 miljarder kronor 2024 till 1,2 miljarder kronor 2026³⁹.

Samhällets kostnader för sjukskrivning och rehabilitering

Arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering tar varje år stora resurser i anspråk för hälso- och sjukvården. Under 2023 skrev läkare drygt 2 miljoner läkarintyg för sjukpenning, i den siffran ingår nya sjukfall, men även rättelser, kompletteringar och förlängning av sjukskrivning⁴⁰. E-Hälsomyndigheten uppskattar att Sveriges läkare varje år lägger cirka 3 miljoner timmar på intygshantering⁴¹.

Sjukfrånvaron kostar det svenska samhället stora belopp varje år. Under 2023 utbetalades sjukpenning för cirka 42 miljarder kronor av Försäkringskassan. Totalt fick 630 000 personer sjukpenning någon gång under 2023 varav 63 procent var kvinnor och 37 procent var män⁴². Detta riskerar att leda till en ojämlik vård och ojämlika förhållanden i och med förlorad inkomst för kvinnor, samt till högre kostnader för arbetsgivare inom kvinnodominerande yrken inom exempelvis hälso- och sjukvården⁴³.

³⁶ Regionerna får årligen ett bidrag från staten för bland annat läkemedel och handelsvaror inom förmånen.

³⁷ Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2024–2027. Socialstyrelsen; 2024.

³⁸ Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2024–2027. Socialstyrelsen; 2024.

³⁹ Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2024–2027. Socialstyrelsen; 2024.

⁴⁰ Försäkringskassans administrativa register.

⁴¹ Uppdrag att genomföra en förstudie om en sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvård och omsorgen. Slutredovisning S2023/02107. E-hälsomyndigheten; 2024.

⁴² Socialförsäkringen i siffror 2024. Försäkringskassan; 2024.

⁴³ Statistiska centralbyrån SCB. Yrken i Sverige. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.scb.se>.

Sjukfrånvaron innebär även stora kostnader för individer och arbetsgivare. En uppskattning av kostnaden för produktionsbortfallet på grund av sjukskrivningar längre än 14 dagar bland förvärvsarbetare uppgår under 2023 till 125 miljarder kronor.

Det är komplicerat att beräkna de totala kostnaderna för sjukskrivningar

Utöver de direkta kostnader som sjukfrånvaron innebär för hälso- och sjukvården, såsom öppenvård, slutenvård och läkemedelskostnader, medför sjukfrånvaron även betydande indirekta kostnader för samhället, i tillägg till kostnaderna som drabbar den enskilde individen. Samhällets indirekta kostnader består framför allt av förlorad arbetstid och produktionsbortfall. För att illustrera sjukfrånvarons påverkan på samhället har en uppskattning gjorts av produktionsbortfallet vid tillfällig sjukfrånvaro som varar längre än 14 dagar.

Med produktionsbortfall avses den genomsnittliga lönen plus sociala avgifter som samhället går miste om till följd av sjukskrivningar. Uppskattningen baseras på Försäkringskassans statistik över antalet nettodagar med utbetald sjukpenning och rehabiliteringspenning för förvärvsarbetare, det vill säga personer som hade någon form av arbete under sin sjukskrivning. Nettodagar innebär att partiellt ersatta dagar omräknas till hela dagar, vilket ger en mer standardiserad bild.

Den genomsnittliga lönen som används i beräkningen motsvarar medianlönen i Sverige 2023, vilken enligt SCB var 35 600 kronor per månad⁴⁴. Sociala avgifter, som inkluderar både lagstadgade och avtalade avgifter, antas att uppgå till 47 procent av lönen⁴⁵. Baserat på dessa parametrar har vi uppskattat produktionsbortfallet från sjukskrivningar längre än 14 dagar, bland förvärvsarbetare, till 125 miljarder kronor 2023.

Denna uppskattning har vissa begränsningar som är viktiga att beakta. Den tar exempelvis inte hänsyn till lönevariationer mellan kön, ålder, olika sektorer, yrken och regioner, vilket kan påverka resultaten. Vidare baseras beräkningen på lönekostnader och sociala avgifter, utan att inkludera det faktiska värdet av den uteblivna produktionen, som i vissa yrken kan vara betydligt högre. Dessutom beaktas inte att verksamheterna anpassar sig till exempel genom att kollegor täcker upp, vilket kan minska det faktiska produktionsbortfallet. Indirekta samhällseffekter, såsom påverkan på hushållens ekonomi, minskad konsumtion och långsiktiga hälsokonsekvenser, inkluderas inte heller. Slutligen omfattar beräkningen endast tillfälliga sjukskrivningar som varar längre än 14 dagar, vilket

⁴⁴ Statistiska centralbyrån. Medianlöner i Sverige. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.scb.se>.

⁴⁵ Ekonomiska effekter av nya regler. Så beräknar du företagens kostnader. Info 0696. Stockholm: Tillväxtverket; 2017.

innebär att produktionsbortfall till följd av kortare sjukskrivningar samt långvariga sjukskrivningar till följd av bestående sjukdom inte ingår.

Sjukskrivning är en aktiv åtgärd och en del av vård, behandling och rehabilitering

En rekommendation om sjukskrivning baseras på en försäkringsmedicinsk bedömning och förutsätter att läkaren har bedömt att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning och att en sjukskrivning behövs. Sjukskrivning är en aktiv åtgärd och ses som en integrerad del av vård, behandling och rehabilitering. Det är viktigt att det finns en tydlig planering för sjukskrivningen. Tillsammans med behandling och andra rehabiliterande åtgärder bidrar den till att patienten återfår arbetsförmågan. Precis som andra rekommenderade åtgärder behöver sjukskrivningen kontinuerligt följas upp i dialog med patienten. Den behandlande läkaren ansvarar för åtgärden sjukskrivning och relaterad rehabilitering⁴⁶.

Att arbeta systematiskt är viktigt

Nästan hälften av sjukskrivningarna i december 2023 berodde på psykiatriska diagnoser^{47 48} och de innebär vanligtvis långvariga sjukskrivningar^{49 50}. I en lägesbeskrivning publicerad 2023⁵¹, uppger läkare inom primärvården svårigheter med att fastställa diagnos vid psykiska besvär. En felaktig diagnos kan leda till felaktig behandling, rehabilitering och sjukskrivning. Det är även viktigt att reda ut eventuell samsjuklighet så tidigt som möjligt i sjukskrivningsperioden för att behandlingen ska bli framgångsrik, men också för att undvika en lång och komplicerad sjukskrivning, passiv sjukskrivning eller medikalisering⁵². En passiv sjukskrivning, det vill säga en sjukskrivning utan planering eller rehabiliterande insatser, kan i sig självt leda till vårdskada, social isolering och risk för förlorad försörjning likväl som till onödiga kostnader för hälso-

⁴⁶ Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2023.

⁴⁷ I Försäkringskassans rapport från 2024 framkommer att psykiatriska diagnoser för kvinnor och män sammantaget står för omkring var tredje startat sjukfall och vartannat pågående sjukfall. För både kvinnor och män uppges att genomsnittslängden är närmare 90 dagar för sjukfall i psykiatriska diagnoser vilket kan jämföras med 49 dagar som gäller generell för alla diagnoser.

⁴⁸ Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Huvudrapport. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.

⁴⁹ Socialförsäkring i siffror 2024. Försäkringskassan; 2024.

⁵⁰ Försäkringskassans lägesrapport – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Försäkringskassan; 2024.

⁵¹ Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022. Socialstyrelsen; 2023.

⁵² Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2023.

och sjukvård, individ och samhälle^{53 54}. Det finns alltså ekonomiska incitament till att använda ett systematiskt arbetssätt vid sjukskrivning och rehabilitering.

Det finns betydande brister i arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering⁵⁵. Läkarna lyfter faktorer som tidsbrist, avsaknad av rutiner och bristande samordning. Regionledningarna lyfter att den nationella styrningen behöver bli tydligare och att det försäkringsmedicinska området inte är prioriterat. Det är ledningens ansvar att professionerna har rätt förutsättningar, däribland tillräckligt med tid och kompetens för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering.

Under 2024 har prioriterade områden för uppföljning samt nationella uppföljningsmål tagits fram, i syfte att bättre kunna följa upp relevanta förbättringsområden för regionerna^{56 57}.

Hälso- och sjukvårdens kostnader i ett internationellt perspektiv

Iakttagelser i korthet

- Hälso- och sjukvårdskostnaderna som andel av BNP minskade 2022 i de flesta EU-länderna.
- Jämfört med övriga Europa avsätter Sverige både en hög andel av BNP och mycket pengar per invånare till hälso- och sjukvård.
- I hela EU står hälso- och sjukvården inför stora utmaningar som kräver anpassningar och förnyade strategier.

Hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP var i de flesta EU-länderna något högre under 2020 och 2021 jämfört med den relativt stabila perioden före coronapandemin, liksom i Sverige. Enligt OECD:s preliminära statistik minskade sedan hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP något i de flesta EU-länderna under 2022, vilket återspeglar ett minskat behov av pandemirelaterad vård. Samtidigt bidrog nya geopolitiska och ekonomiska omständigheter, såsom energi- och levnadskostnadskriser, till att försvaga

⁵³ Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2023.

⁵⁴ Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Huvudrapport. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.

⁵⁵ Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022. Socialstyrelsen; 2023.

⁵⁶ Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2023.

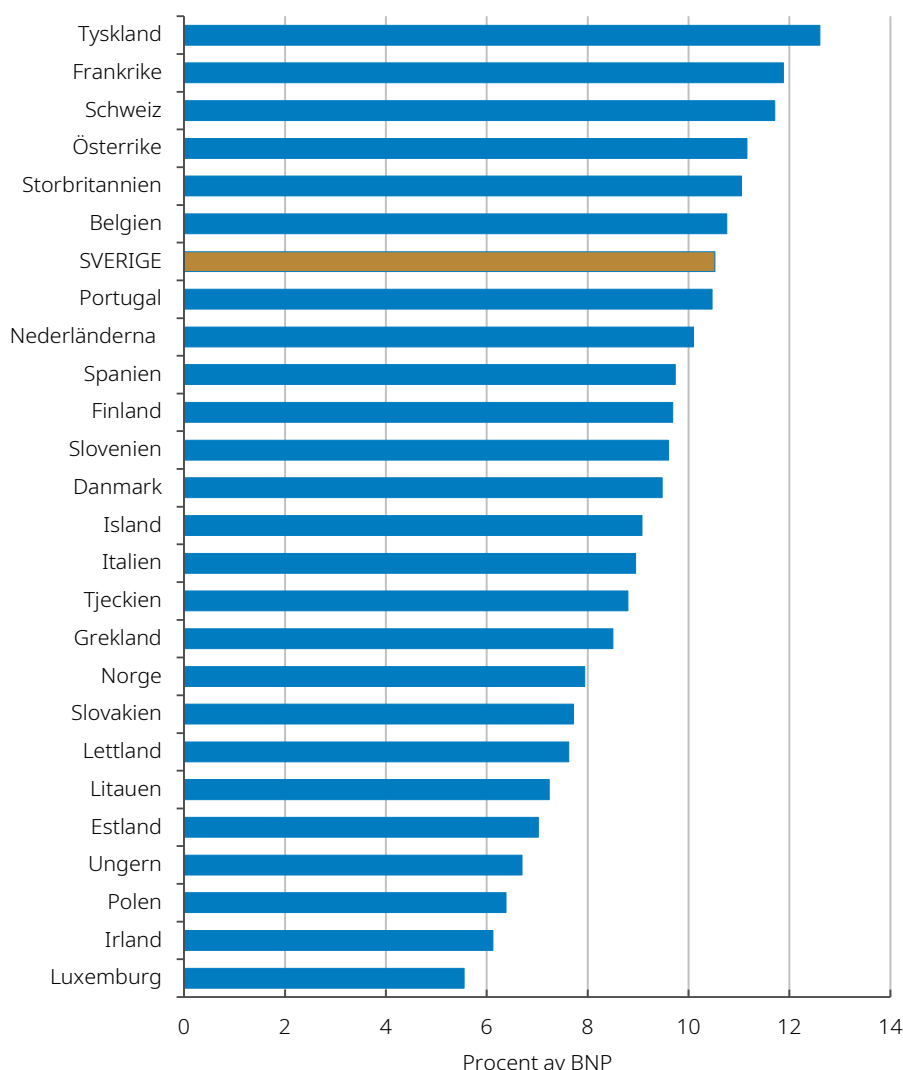
⁵⁷ Socialstyrelsen. Prioriterade områden för uppföljning. Hämtad 2024-11-29 från <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se>.

hälsosektorns prioritet inom regeringarnas budgetar. Under 2022 spenderade EU-länderna i genomsnitt cirka 10,4 procent av BNP på hälso- och sjukvård, vilket kan jämföras med 10,9 procent under 2021⁵⁸.

Sverige avsätter en relativt stor andel av BNP till hälso- och sjukvård jämfört med många andra OECD-länder. I Europa var det endast Tyskland, Frankrike, Schweiz, Österrike, Storbritannien och Belgien som 2022 spenderade en större andel av BNP på hälso- och sjukvård än Sverige, vilket framgår av figur 9 nedan.

Figur 9. Hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP 2022.

Procent av BNP



Källa: OECD

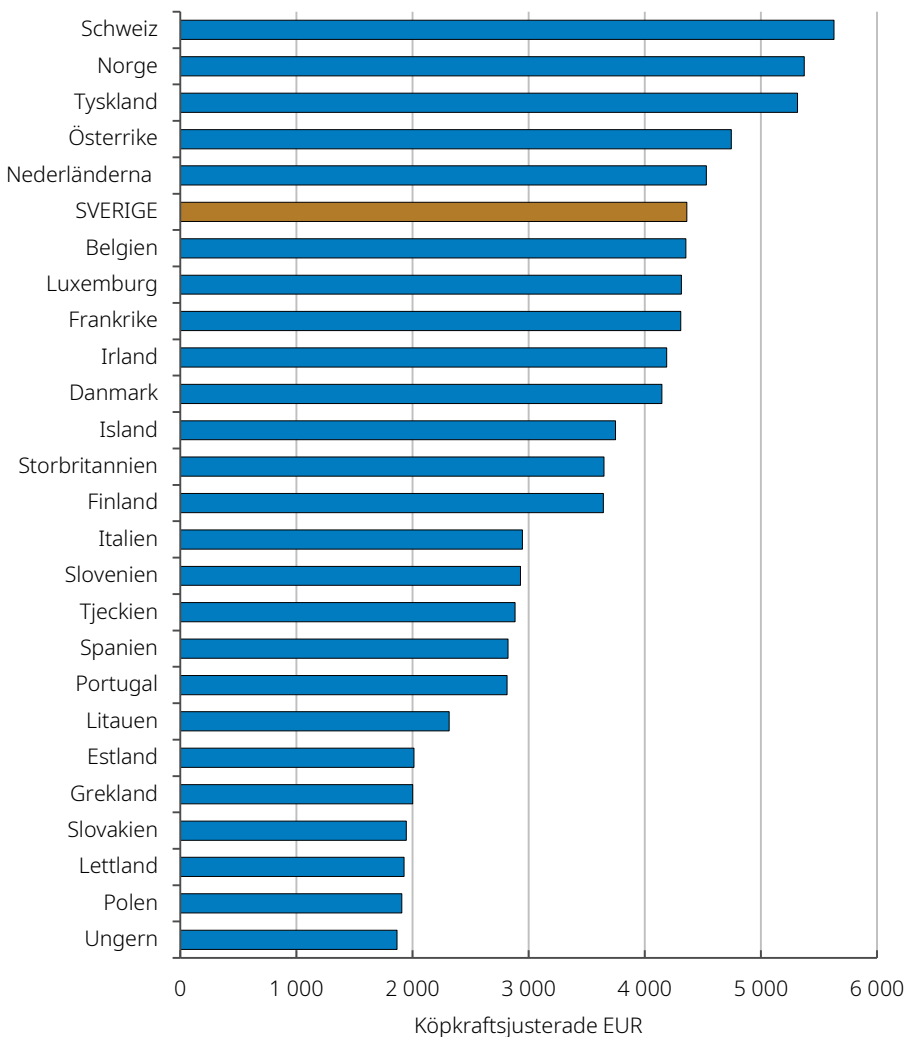
Även sett till kostnader per invånare är Sverige bland de länder som lägger mest resurser på hälso- och sjukvård i Europa. De enda länder som

⁵⁸ Health at a Glance: Europe 2024. OECD; 2024.

spenderar mer pengar per invånare, mätt i köpkraftsjusterade euro, är Schweiz, Norge, Tyskland, Österrike och Nederländerna (se figur 10 nedan). Vad som ingår i åtagandet kan dock skilja sig mellan länderna.

Figur 10. Hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare 2022.

Hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare 2022, köpkraftsjusterade euro.



Källa: OECD.

Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnader och hälsoutfall är dock komplext. Generellt sett kan mer resurser till hälso-, sjuk- och tandvård bidra till förbättrade utfall i form av längre livslängd, förbättrad sjukdomskontroll med mera. Men effektiviteten är avgörande – resurser behöver fördelas strategiskt för att förbättra tillgänglighet, kvalitet och förebyggande insatser.

Rapporten Health at a Glance: Europe 2024 beskriver flera stora utmaningar för hälso- och sjukvården inom EU⁵⁹. En av de mest akuta frågorna är den

⁵⁹ Health at a Glance: Europe 2024. OECD; 2024.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025
Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?

utbredda bristen på vårdpersonal, särskilt läkare och sjuksköterskor. År 2022 rapporterade 20 EU-länder brist på läkare, medan 15 länder angav brist på sjuksköterskor. Ytterligare försvårande omständigheter är en åldrande arbetsstyrka inom vården samt en växande äldre befolkning som ställer större krav på vården. Fram till 2050 förväntas personer över 65 år utgöra 29 procent av EU:s befolkning, vilket ökar behovet av vård samtidigt som fler lever med kroniska sjukdomar.

Teknologi och förebyggande insatser pekas ut som potentiella lösningar. Digitalisering och artificiell intelligens kan avlasta vårdpersonalen och effektivisera patientvården, medan bättre förebyggande insatser, som att främja hälsosamma levnadsvanor och åtgärder för hälsosamt åldrande, kan minska belastningen på vården. För att hantera personalbristen föreslår rapporten förbättrade arbetsvillkor och löner, fler utbildningsmöjligheter och ökad investering i arbetsmiljöförbättringar.

Sammantaget visar rapporten att hållbarheten i EU:s hälsosystem är hotad om inte resurser och strategier anpassas till dessa långsiktiga utmaningar.

Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?

Frågan om hälso-, sjuk- och tandvården är hållbar kan besvaras på flera olika sätt, men handlar i grunden om möjligheten att tillfredsställa dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov. Hållbarhetsbegreppet går att dela in i tre dimensioner: ekonomisk hållbarhet, ekologisk hållbarhet och social hållbarhet. Detta kapitel fokuserar på ekologisk och social hållbarhet, medan ekonomiska hållbarhet redovisas i det föregående kapitlet, ”Hur mycket betalar vi för hälso-, sjuk- och tandvården?”.

I detta kapitel berör vi även frågor som rör den rent organisatoriska hållbarheten i hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen – hur kan systemen byggas och rustas så att de blir hållbara över tid? En viktig aspekt för långsiktig hållbarhet är systemets förmåga att hantera olika störningar och påfrestningar, en egenskap som brukar benämnas resiliens. Den kan bland annat bedömas genom systemets förmåga att

- förutsäga störningar och möjligheter
- ha överblick över behov och kapacitet
- respondera på variationer
- lära sig av erfarenheter.

Ett sätt att mäta systemets påverkan på den sociala hållbarheten i samhället är att mäta människors tillit till, eller förtroende för, att systemet fungerar och levererar. Detta mäts bland annat av kärnindikator 2, förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet som vi redovisar i detta kapitel.

Kärnindikator 3, förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård, är ett viktigt mått på hälso-, sjuk- och tandvårdens direkta påverkan på den ekologiska hållbarheten. Därför redovisar vi även denna indikator i detta kapitel, även om den även berör flera andra områden.

Ekologisk hållbarhet – är vården hållbar?

Iakttagelser i korthet

- Klimatförändringarna accelererar i allt högre takt och utgör ett ökande hot mot befolkningars hälsa och hälso- och sjukvårdsystemen världen över.
- Hälso-, sjuk- och tandvården bidrar till klimatförändringarna och har en central roll i att minska belastningen på klimatet. Samtidigt måste hälso-, sjuk- och tandvården anpassa sig till nya, klimatrelaterade utmaningar.
- Hälso- och sjukvårdens andel av den samlade globala klimatpåverkan har beräknats vara i nivå med flygets. I Sverige är klimatavtrycket, kopplat till hälso- och sjukvård, per person högre än i många andra länder.
- Frågan om huruvida klimatpåverkan kan vägas in i hälso- och sjukvårdens prioriteringar har börjat uppmärksammas.
- Tandvården arbetar med att minska klimatpåverkan bland annat genom att använda digital röntgen samt omhändertagande av tandamalgam.
- Försäljningen av antibiotika i öppenvård ökade efter pandemin, men ökningen har nu stannat av.
- Tandläkare stod för 6,1 procent av all systemisk antibiotikaförsäljning i Sverige under 2023, en minskning från 6,6 procent 2022.
- Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka, även om läget i Sverige är gynnsammare än i många andra europeiska länder.

Hållbar hälso- och sjukvård handlar i stort om att bedriva en jämlik och effektiv vård till rimliga kostnader och med minsta möjliga planetära belastning. I Socialstyrelsens uppföljningar av hälso- och sjukvården har hållbarhet sedan tidigare ingått som ett centralt område⁶⁰. Här har ingått beskrivningar och analyser av aspekter som berör kompetensförsörjning, långsiktig finansiering samt utvecklings- och anpassningsförmåga.

⁶⁰ Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.

De senaste åren har konsekvenserna av klimatförändringarna kommit alltmer i fokus, både i Sverige och i internationella diskussioner om hälsosystemens utmaningar och möjligheter till hållbar utveckling. Hälso-, sjuk- och tandvården behöver förbereda sig på att möta det förändrade sjukdomspanorama som följer i spåren av klimatförändringar, samtidigt som de också måste arbeta aktivt för att minska sektorns egna utsläpp. Det preventiva och hälsofrämjande arbetet behöver radikalt öka, och onödiga vårdinsatser inklusive så kallad lågvärdesvård minska.

Hållbarhet och klimatförändringar

Klimatförändringarna accelererar

Klimatförändringarna har beskrivits av Världshälsoorganisationen, WHO, som ett av århundradets största hot mot hälsan för världens befolkningar⁶¹. Under FN:s internationella klimatkonferens COP29 i november 2024 släppte WHO två rapporter som dels beskriver en uppdaterad bild av det mer eller mindre akuta läget, dels lämnar en rad förslag till världens länder om vad politiker och andra beslutsfattare behöver göra för att bromsa utvecklingen⁶². Det har länge varit känt att klimatförändringarna har, och kommer att få än mer, avgörande effekter på människors hälsa och på hälsosystemen. Första gången som hälsa hade ett separat temaområde under denna serie av högnivåmöten på området var under FN:s internationella klimatkonferens COP28 2023. Temadagen avslutades med att COP28-deklarationen för klimat och hälsa undertecknades av 120 länder. Deklarationen lyfter tydligt kopplingarna mellan klimatförändringarna och hälsa. Den pekar också på de avgörande hälsovinster av minskade växthusgaser från minskade luftföroreningar och ett skifte till hälsosammare kost. Vidare beskrivs åtaganden med syfte att utveckla hälsosystemen i riktning att bli mer hållbara och rättvisa, med avsikt att kunna möta klimatförändringarnas konsekvenser⁶³ på ett bättre sätt.

Klimatförändringarna förväntas ge fler och intensivare extrema väderhändelser. Det påverkar människors hälsa och välbefinnande både indirekt och direkt genom skyfall, översvämningar, stormar och torka men även genom temperaturrelaterat extremväder såsom ihållande värmeböljor och köldknäppar. Indirekta effekter av detta är bland annat luftföroreningar, spridning av infektionssjukdomar, undernäring, psykisk ohälsa och våldsamma konflikter. Klimatets effekter på hälsan är numera tydliga också i Europa. De kan bland annat följas med den uppsättning indikatorer som tagits fram och uppdateras i det internationella tvärvetenskapliga samarbetet

⁶¹ WHO. Hämtad 2024-12-17 från <https://www.who.int>

⁶² COP29 special report on climate change and health: Health is the argument for climate action. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence respektive Quality criteria for integrating health into Nationally Determined Contributions (NDCs). Geneva: World Health Organization; 2024.

⁶³ WHO. Hämtad 2024-12-17 från <https://www.who.int>

Lancet Countdown. Arbetet inom Lancet Countdown inkluderar en stor mängd forskare runt om i världen som regelbundet publicerar rapporter med nya insikter och innovativa lösningar för att hantera klimatförändringarnas påverkan på hälsosystemen.

”Hälso-, sjuk- och tandvården ska ta täten”

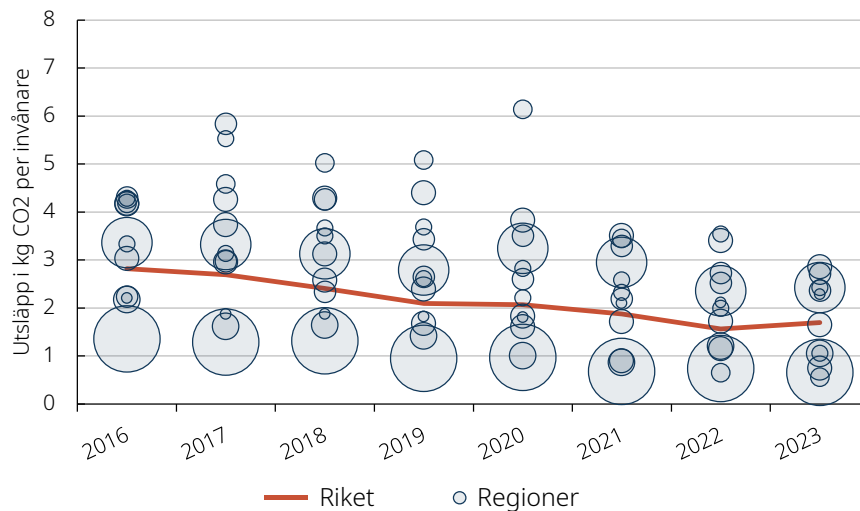
Hälso-, sjuk- och tandvården bidrar idag i stor utsträckning till klimatförändringarna bland annat genom sin konsumtion av resurser och energi, exempelvis genom förbrukningsmaterial, utsläpp av gaser och läkemedelsrester samt transporter. Även onödiga undersökningar och behandlingar orsakar klimatpåverkan som skulle kunna undvikas.

Därför spelar hälso- och sjukvården en central roll när det gäller att hantera klimatförändringarna. Hållbar hälso- och sjukvård handlar i stort om att bedriva en jämlik, effektiv vård till rimliga kostnader och med minsta möjliga planetära belastning.

Hälso- och sjukvårdens andel av den samlade globala klimatpåverkan har beräknats till 4,4 procent vilket är i nivå med flygets som uppskattas till 4–5 procent. Per person beräknas Sveriges klimatavtryck kopplat till hälso- och sjukvård vara högre än det globala genomsnittet⁶⁴.

Figur 11. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan.

Antal kg CO₂-ekvivalenter per invånare.



Not: För Gotland och Västmanland saknas värden för 2020, och istället redovisas värden för 2019.
Källa: SKR.

Beräkningar av utsläpp av medicinska gaser visar att utsläppen mätta som koldioxidekvivalenter sakta minskat de senaste tio åren, även om en svag

⁶⁴ Health care’s climate footprint. How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Health Care Without Harm Climate-smart health care series Green Paper Number One. Health Care Without Harm in collaboration with Arup; 2019

uppgång skett under 2023 vilket figur 11 visar. Minskningen beror till största del på destruktionsanläggningar för lustgas, som är den gas som står för den största andelen av utsläppen – mer än 90 procent. Spridningen mellan regionerna har också minskat, vilket kan tyda på att regionerna kunnat lära av varandra och att majoriteten av regionerna installerat anläggningar för lustgasdestruktion. Det är således viktigt att fortsätta följa utvecklingen och vara vaksam på att den inte vänder uppåt, men heller inte planar ut. Det är inte omöjligt att det kommer krävas investeringar i både utrustning och nya arbetssätt för att ytterligare kunna minska klimateffekterna från medicinska gaser.

Hantering av klimatomställningen är en etisk fråga för hälso-, sjuk- och tandvården

Statens medicinsk-etiska råd, SMER, anser att hälso- och sjukvården ska ta täten i klimatomställningen. I ett uttalande från januari 2024⁶⁵ påpekar rådet att etik inom hälso- och sjukvården handlar om att göra det rätta för patienten – att göra gott och inte skada, respektera självbestämmandet och vara rättvis. I uttalandet framhåller SMER att vi gemensamt behöver lyfta blicken och vidga den etiska analysen. Det innebär bland annat att vi behöver fråga oss hur förändringar i omvärlden påverkar förutsättningarna för att uppfylla målen i hälso- och sjukvården, liksom vilket ansvar vården har för att bidra till att hantera samtidens stora samhällsproblem, skriver rådet. SMER menar följaktligen att hälso- och sjukvården ska ta täten i klimatomställningen. Rådet pekar på det faktum att klimatforskningen visar att vi befinner oss i en akut situation som måste hanteras här och nu av alla sektorer och att varje aktör måste ta sitt ansvar genom att ställa om, minska sina egna utsläpp och förbereda sig på klimatförändringarnas konsekvenser.

Flera myndigheter, inklusive Socialstyrelsen⁶⁶, har sedan tidigare tagit fram handlingsplaner för myndigheternas arbete med klimatanpassning, i enlighet med förordningen om myndigheters klimatanpassning⁶⁷. Planerna utgår från de risker och konsekvenser som identifierats genom klimat- och sårbarhetsanalyser. Syftet med planerna är att skapa förutsättningar att bidra till att förebygga och minska sårbarheten av dessa konsekvenser utifrån myndighetens ansvarsområde.

Under 2024 publicerade Folkhälsomyndigheten sin uppdaterade sårbarhetsanalys⁶⁸ som bland annat visade att återkommande värmeböljor innebär den mest betydande hälsorisk i Sverige. Många regioner och

⁶⁵ SMER. Uttalande med anledning av klimatkrisen. (Dnr Komm2024/00003/S 1985:A)

⁶⁶ Handlingsplan för klimatanpassning 2022–2025. Dnr: 1.5-5142/2022. Socialstyrelsen; 2022.

⁶⁷ Förordning om myndigheters klimatanpassningsarbete (SFS 2018:1428).

⁶⁸ Hälsokonsekvenser av klimatförändring i Sverige. En risk- och sårbarhetsanalys. Folkhälsomyndigheten; 2024.

kommuner har också tagit fram handlingsplaner för att hantera de ökade temperaturerna.

Viktiga strategier är också att minska skadliga och onödiga behandlingar såsom överföreskrivning av läkemedel och andra vårdinsatser med tveksamt värde. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver prioriteras högre i hälso- och sjukvården, för att minska insjuknandet i en rad sjukdomar. Detta är också en del i det klimatförebyggande arbetet.

Möjligheten att ta hänsyn till klimatpåverkan i kunskapsstyrningen

Frågan om huruvida klimatpåverkan kan vägas in i hälso- och sjukvårdens prioriteringar är komplex och berör flera aspekter. Flera viktiga aktörer⁶⁹ har uppmärksammat frågan, exempelvis redan nämnda SMER, men även Svenska läkaresällskapet⁷⁰ och Svensk sjuksköterskeförening⁷¹.

De etiska principer som styr prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård, det vill säga människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet, tar inte explicit hänsyn till klimatpåverkan. Den nationella modellen för öppna prioriteringar fokuserar främst på hälsotillståndets svårighetsgrad, åtgärdens patientnytta och kostnadseffektivitet. Det finns dock utrymme för tolkning och anpassning av modellen till nya utmaningar.

Att väga in klimatpåverkan i prioriteringar kan innebära att man måste göra avvägningar mellan patientnytta och miljöpåverkan. Det kan till exempel uppstå situationer där en behandling med lägre klimatpåverkan har sämre patientutfall eller är mer kostsam. Det krävs därför en noggrann analys av de olika alternativen och en öppen diskussion om vilka principer som ska vägleda besluten.

Två tänkbara frågor att belysa i en sådan diskussion:

- kan man prioritera åtgärder som både främjar hälsa och minskar klimatpåverkan högre, till exempel förebyggande insatser och behandlingar som minskar behovet av transporter?
- kan man inkludera kostnader för miljöpåverkan vid beräkning av kostnadseffektivitet, till exempel utsläpp av växthusgaser?

För att på bästa sätt kunna besvara de två frågorna krävs att man har följande aspekter i åtanke:

⁶⁹ Se även, hämtad 2024-12-13 från <https://lakartidningen.se> och <https://lakartidningen.se>.

⁷⁰ Klimat och hållbarhet i det kliniska arbetet. Tips och inspiration för dig som är läkare. För en mer hållbar hälso- och sjukvård. Svenska läkaresällskapet; 2022

⁷¹ Klimatsmart hälso- och sjukvård. Tips för dig som är sjuksköterska. Svensk sjuksköterskeförening; 2024.

- det behövs tydligare definitioner av hur klimatpåverkan ska vägas mot andra faktorer, som patientnytta och kostnadseffektivitet
- det krävs ökad kunskap om de olika alternativens klimatpåverkan och hur man kan mäta och jämföra denna
- det är viktigt med en öppen dialog mellan olika aktörer, inklusive politiker, vårdpersonal, patienter samt experter inom klimat och hållbarhet.

Inom läkemedelsförmånssystemet pågår redan ett arbete med en försöksverksamhet med en miljöpremie i syfte att minska miljökonsekvenserna från läkemedel. Läkemedelsverket arbetar med olika typer av kriterier beroende på typ av vara och den aktiva substansens negativa påverkan⁷².

Arbete mot klimatpåverkan pågår, men nationell koordinering av insatser behövs

Sedan 2009 publicerar SKR en rapport som redovisar ett antal indikatorer och resultat som speglar utvecklingen inom regionernas klimat- och miljöarbete. För rapportens sex indikatorer presenteras både resultat och framgångsfaktorer med exempel. Skillnaderna mellan regionerna är stora och jämförelserna visar på möjligheten till fortsatta förbättringar. SKR lyfter fram att skillnaderna i miljöprestanda till stor del beror på olika ambitioner och mål i regionernas miljöarbete, men också att de speglar skillnader i geografiska förutsättningar och i verksamheternas omfattning⁷³.

Exempel på aktiviteter i hälso-, sjuk- och tandvården för att minska klimatpåverkan

- Föreläsningar och kurser om lindring och anpassning, riktade till hälso- och sjukvårdspersonal, miljöstrategier i regionerna samt chefer och politiker inom hälso-, sjuk- och tandvård.
- De professionella yrkesföreningarna i hälso-, sjuk- och tandvårdsbranschen utvecklar kliniska rekommendationer för att optimera miljö- och klimathänsyn från kliniskt arbete.

⁷² Uppdrag att fortsätta utveckla försöksverksamhet för en miljöpremie i läkemedelsförmånssystemet S2023/02005. Läkemedelsverket; 2024.

⁷³ Miljöarbetet i regionerna. Öppna jämförelser 2024. Stockholm: SKR; 2024.

- Lokala hållbarhetsprojekt på kliniker och vårdcentraler⁷⁴.
Exempelvis:
 - hållbar vårdcentral, Region Värmland
 - grön kvinnoklinik, Danderyds sjukhus
 - grön endoskopi, Karolinska sjukhuset
 - grön anestesi och perioperativ vård, Helsingborgs lasarett
 - växtbaserad kost till hjärtpatienter, Region Örebro.

Hösten 2024 anordnades konferensen *Health systems responding to the climate crisis*⁷⁵. Svenska och internationella experter från WHO, forskarsamhället och andra myndigheter, liksom representanter från regionerna och professionerna inom hälso- och sjukvården, deltog i konferensen för att diskutera hälso- och sjukvårdens roll och möjligheter att agera. Under mötet diskuterades hur hälsan i befolkningen förväntas påverkas, hur hälso- och sjukvården behöver anpassas till dessa förutsättningar, samt hur hälso- och sjukvården kan minska sin egen klimatpåverkan. Ett uttalat syfte med konferensen var också att identifiera strategier för hur arbetet kan drivas framåt i Sverige inom hälso-, sjuk- och tandvården.

Några av de tydligaste medskicken från mötet var dessa:

- det finns god kunskap och många exempel på hur arbetet kan drivas framåt
- insatserna inom området behöver koordineras och ledas mer kraftfullt från nationell nivå
- det behövs en kombination av initiativ som omfattar ”bottom-up” och ”top-down”
- en nyckelfaktor är att stärka det hälsofrämjande och preventiva arbetet inom hela hälsosystemet och att minska onödiga vårdinsatser
- det är viktigt att inkludera klimatperspektivet i hälso-, sjuk- och tandvårdens utbildningar, både inom grundutbildning och vidareutbildning
- att stärka det internationella samarbetet ger bäst resultat.

⁷⁴ För mer information, se SMER:s youtubekanal, <https://www.youtube.com> där filmade föreläsningar kring flera av exemplen går att se. Se även <https://www.svt.se>.

⁷⁵ Konferensen anordnades av Socialstyrelsen, tillsammans med Folkhälsomyndigheten och European Observatory, inom ramen för EU-processen *Voluntary Exchanges*. Läs mer här: <https://www.socialstyrelsen.se>.

Vikten av att undvika onödiga vårdinsatser

Att minska onödiga vårdinsatser (vårdinsatser där mer kostnadseffektiva alternativ finns tillgängliga) är angeläget för ökad patientsäkerhet, bättre hälsoutfall och för en hållbar hälso-, sjuk- och tandvård genom minskad klimat- och miljöpåverkan⁷⁶. Vissa uppskattningar tyder på att cirka 60 procent av insatserna inom vården internationellt följer kliniska riktlinjer eller motsvarande, medan 30 procent kan anses vara onödiga och 10 procent till och med skadliga för patienten. Även om de exakta siffrorna kan diskuteras är det tydligt att den tidigare utvecklingen, där evidensen stadigt ökade, har planats ut sedan före millennieskiftet⁷⁷.

Begreppet *lågvärdevård* innefattar tester, undersökningar och behandlingar som utifrån aktuell forskning visar låg eller ingen nytta för patienten eller som till och med är potentiellt skadliga. Några exempel är rutinmässig preoperativ testning vid lågriskkirurgi, laboratorieanalyser för säkerhets skull, trots svag klinisk misstanke om sjukdom och polyfarmaci hos sjuka äldre.

Angeläget med systemperspektiv på sambanden mellan hälsa, kost och klimat

Matvanor har betydande påverkan på både hälsa och klimat. Övervikt och obesitas ökar i Sverige och Europa, vilket i sin tur driver på insjuknande i en rad kroniska sjukdomar. Jämfört med andra länder i Europa visar den senaste rapporten *State of Health in the EU: Sweden: Country Health Profile 2023*⁷⁸ att Sverige står sig fortsatt väl när det gäller övergripande indikatorer för hälsa och vård. Det handlar om låg dödlighet i många sjukdomar inklusive cancer. Detta bedöms sammantaget bero på både en förhållandevis stark folkhälsopolitik samt en effektiv hälso- och sjukvård. Liksom andra länder har vi dock ökande problem med bland annat psykisk ohälsa och obesitas.

Hälsosamma kostvanor är enligt rapporten en större utmaning i Sverige än i de flesta EU-länder. Exempelvis är andelen ungdomar som rapporterar att de äter minst en portion grönsaker eller frukt varje dag bland de lägsta i EU-länderna. Även vuxna äter en mindre andel frukt och grönt än i de flesta andra EU-länder.

⁷⁶ The Commonwealth Fund. Tackling Climate Change: Health Care Professionals Can Do More by Using Less. 2024; Hämtad 2024-12-17 från <https://www.commonwealthfund.org>.

⁷⁷ BMC Medicine. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. Hämtad 2024-12-17 från <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com>.

⁷⁸ State of Health in the EU. Sweden. Country Health Profile 2023. OECD and the European Observatory on Health Systems and Policies, in co-operation with the European Commission; 2023.

Nyligen publicerades nya uppdaterade riktlinjer för det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården. De innehåller rekommendationer för individuella samtal kring levnadsvanor, inklusive kost och matvanor⁷⁹. Dock pekar mycket på att individuella förändringar i beteende inte räcker. Förändringar av de övergripande livsmedelssystemen bedöms vara helt centrala för både hälsan för världens befolkningar, och för att bromsa klimatförändringarna⁸⁰.

I mars 2024 presenterade nordiska ministerrådet en rapport som belyser vikten av förändrad livsmedelskonsumtion utifrån både hälsa och klimat⁸¹. Rapporten innehåller flera rekommendationer, som omfattar både olika typer av kampanjer för att höja kunskapen om sambanden mellan hälsa och klimat och kost, och flera förslag om regleringar av livsmedelssektorn. Ett exempel är subventionering av hälsosam mat, kombinerat med någon typ av skatt på ohälsosam mat som socker och processat kött, något som har provats i flera andra länder. Andra förslag omfattar nordisk livsmedelsmärkning gällande klimatpåverkan och gemensamma nordiska riktlinjer för att minska marknadsföringen av ohälsosam kost som samtidigt produceras med klimatpåverkande processer. För att få genomslag framhålls i rapporten att dessa policyförändringar bör genomföras gemensamt i de nordiska länderna.

Tandvården arbetar med hållbar utveckling

Många aktörer inom tandvården arbetar systematiskt med hållbar utveckling enligt målen i Agenda 2030. Detta sker främst genom att integrera hållbarhetsprinciper i både den kliniska verksamheten och de organisatoriska processerna och styrsystemen inom de offentliga och privata verksamheterna.

Flera av de större aktörerna, mest uttalat inom den offentliga tandvårdens redovisningar, fokuserar på områden som förebyggande tandvård och hälsofrämjande insatser som ett led i hållbar utveckling. Miljö och hälsa har lyfts upp som en gemensam målsättning där den bästa tandvården är den som inte behövs. Prevention definieras som ett kärnområde inom organisationernas miljöstrategier. Detta sker genom att ge rätt besöksintervall för friska patienter och en satsning på bland annat skolbaserad fluoridbehandling, ofta i socioekonomiskt svaga områden. En annan prioriterad aktivitet är en ökad samverkan med bland annat barnhälsovården. Prevention avser också att stärka svaga gruppers förmåga att bibehålla en god munhälsa genom goda munvårdsvanor, anpassad användning av fluoridtillskott och en hälsosam kost. Dessa insatser ansluter direkt till mål 3, God hälsa, och minskar den resursförbrukning som är kopplad till tandbehandlingar. Detta anknyter både till den ekologiska

⁷⁹ Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2023. Socialstyrelsen; 2024.

⁸⁰ The EAT-Lancet Commission on Food, Planet, Health. Hämtad 2024-12-17 från <https://eatforum.org>

⁸¹ Policy tools for sustainable and healthy eating. Enabling a food transition in the Nordic countries. Nordic Council of Ministers; 2024.

hållbarheten och den sociala, genom att syfta till att hälsoklyftorna i landet ska minska.

Alla aktörer bidrar till en mer miljöanpassad klinisk verksamhet genom tekniska lösningar som på senare tid börjat implementeras och som minskar tandvårdens klimatavtryck. Det rör sig bland annat om utvecklingen av digitala röntgensensorer som är genomgående implementerat i den övervägande andelen av tandvården. Ett helt digitalt flöde för röntgenundersökningar minskar tidsåtgång för behandlare och patient, och eliminerar helt de kemikalier som behövs vid traditionell analog teknik. Även avtryckstagning har på senare tid gått över till ett helt digitalt flöde på många kliniker vilket minskar avfall och lagerhållning.

Amalgam – fortfarande en miljöbov på många håll

EU har infört ett totalförbud mot användning av amalgam i tandvården, från och med den 1 januari 2025. Förbudet baserar sig på Europaparlamentets och rådets förordning EU 2024/1849. Förbudet innefattar bland annat ett användningsförbud för alla patientgrupper i hela EU, med vissa undantag (Tjeckien och Slovenien som får ytterligare 1,5 år på sig att avveckla amalgam). Undantag från det nya förbudet tillåts endast vid medicinsk nödvändighet, och länder utan tillgång till alternativmaterial kan söka uppskov till juni 2026 för patienter med låg inkomst.

Sverige har redan fasat ut användningen av tandamalgam. År 2017 användes tandamalgam endast vid en lagning, och sedan 2018 används det inte alls. Trots detta kommer befintliga amalgamfyllningar hos vuxna svenskar att vara en källa till kvicksilverutsläpp i decennier framöver.

Miljö och läkemedel

Tillgång till säkra och effektiva läkemedel är avgörande för vår hälsa. Samtidigt kan läkemedel ge upphov till många olika miljörisker och belasta vår miljö på flera sätt. Några exempel:

- utsläpp av olika miljöskadliga ämnen under produktionen
- avfall i form av bland annat plaster från till exempel blister, inhalatorer, injektionspennor
- påverkan på miljön från läkemedelsrester i avloppsvatten, till exempel diklofenak, östrogener och antibiotika
- utsläpp av drivgaser från inhalatorer.

Det är viktigt att läkemedel tillverkas, används och kasseras på ett säkert sätt, så att vi kan minimera läkemedlens påverkan på miljön⁸².

⁸² Läkemedelsverket. Läkemedelsboken. Hämtad 2024-12-16 från <https://lakemedelsboken.se>.

Exempel på miljöbelastande läkemedel

Det finns flera olika exempel på läkemedel och läkemedelsrelaterade produkter som belastar miljön på olika vis. Några exempel är diklofenak, östrogener, injektionspennor av plast och inhalationsläkemedel. Läkemedel som diklofenak och östrogener har en direkt påverkan på vattenlevande organismer^{83 84}, medan injektionspennor innehåller plaster som kan påverka miljön på olika sätt⁸⁵. Inhalationsläkemedel i sprejinalator orsakar koldioxidutsläpp och kan i många fall ersättas med pulverinhalatorer med lägre klimatpåverkan. Det finns studier som visar att koldioxidavtrycket är 20 gånger större om man behandlar astma eller KOL med sprejinalator jämfört med om man använder pulverinhalator⁸⁶. I många fall finns alternativa lösningar i det individuella fallet som kan hjälpa till att ge ett mindre miljö- och klimatavtryck.

På flera olika nivåer pågår det idag arbete för att minska risken för miljöpåverkan från läkemedel. Åtgärderna spänner över flera olika områden och har som mål att minska mängden läkemedel som når miljön, resistensen mot antimikrobiella läkemedel samt att säkerställa tillgången till säkra och effektiva läkemedel.

Kärnindikator 3: Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Indikatorn visar antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare. Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper. En hög antibiotikaanvändning riskerar att leda till en situation där patienter inte kan få effektiv behandling vid allvarliga infektioner. Antibiotika ska därför inte användas i onödan. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Det finns många skäl till att inte använda antibiotika i onödan – inte bara risken för resistenta bakterier. Ett är att tillverkningen av antibiotika, liksom alla läkemedel, har en påverkan på miljön. Dessutom kan utsläpp under

⁸³ Havs- och vattenmyndighetens föreskrifter om klassificering och miljö kvalitetsnormer avseende ytvatten (HVMFS 2019:25).

⁸⁴ Läkemedelsföreskrivning på fritid och efter pension. Socialstyrelsen; 2024.

⁸⁵ Wallskär, Helene. Läkemedelsvärlden. Hämtad 2024-12-16 från <https://www.lakemedelsvarlden.se>

⁸⁶ Janson C, Henderson R, Löfdahl M, Hedberg M, Sharma R, Wilkinson A. The carbon footprint impact of the choice of inhalers for asthma and COPD. *Thorax* 2020;75:82–84.

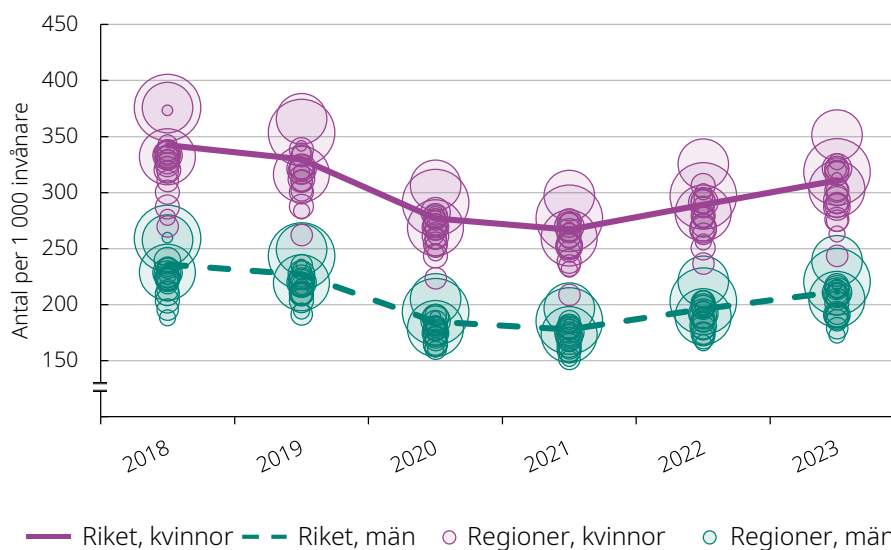
framställningen leda till att själva tillverkningsprocessen riskerar att bidra till ökad antibiotikaresistens. Det nationella målet är att antalet förskrivna antibiotikarecept per 1 000 invånare och år inte ska överstiga 250 stycken⁸⁷.

Användningen av antibiotika, mätt som antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, minskade länge i Sverige. Under pandemin minskade förskrivningen påtagligt. År 2022 bröts den nedåtgående trenden och en viss ökning kunde ses, och vi kan konstatera att det är en utveckling som fortsatte även under 2023. Under 2023 hämtades 260 antibiotikarecept ut per 1 000 invånare, vilket alltså är över det nationella målet. Samtidigt var användningen av antibiotika under 2023 fortfarande lägre än under sista året före pandemin, 2019.

Kvinnor tar ut fler antibiotikarecept per 1000 invånare än vad män gör. Under 2023 tog kvinnor ut 311 och män 212 recept per 1 000 invånare. Skillnaden mellan könen beror bland annat på kvinnors och mäns olika typ av sjuklighet. På samma sätt som för övriga kärnindikatorer finns det en regional spridning, vilket framgår av figur 12.

Figur 12. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård mellan 2018 och 2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Antal expedieringar av antibiotika i öppenvård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

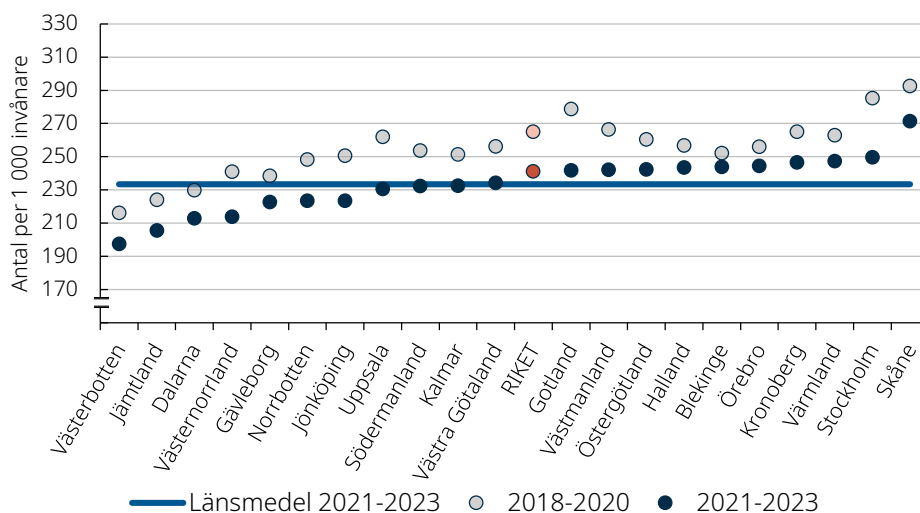
Jämförs situationen i regionerna under perioden 2018–2020 med situationen under 2021–2023, vilket vi visar i figur 13, är en första iakttagelse att förekomsten av antibiotikabehandling i öppenvården är lägre i samtliga regioner under den senare perioden. En andra iakttagelse är att hur mycket

⁸⁷ Regeringskansliet. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2024–2025. Hämtad 2025-01-20 från <https://strama.se>.

förekomsten av antibiotikabehandling minskat skiljer sig åt mellan regionerna. I regioner som Stockholm, Gotland och Uppsala har minskningen varit jämförelsevis stor, medan den varit mer blygsam i regioner som Blekinge, Örebro och Halland.

Figur 13. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Antal expedieringar av antibiotika i öppenvård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

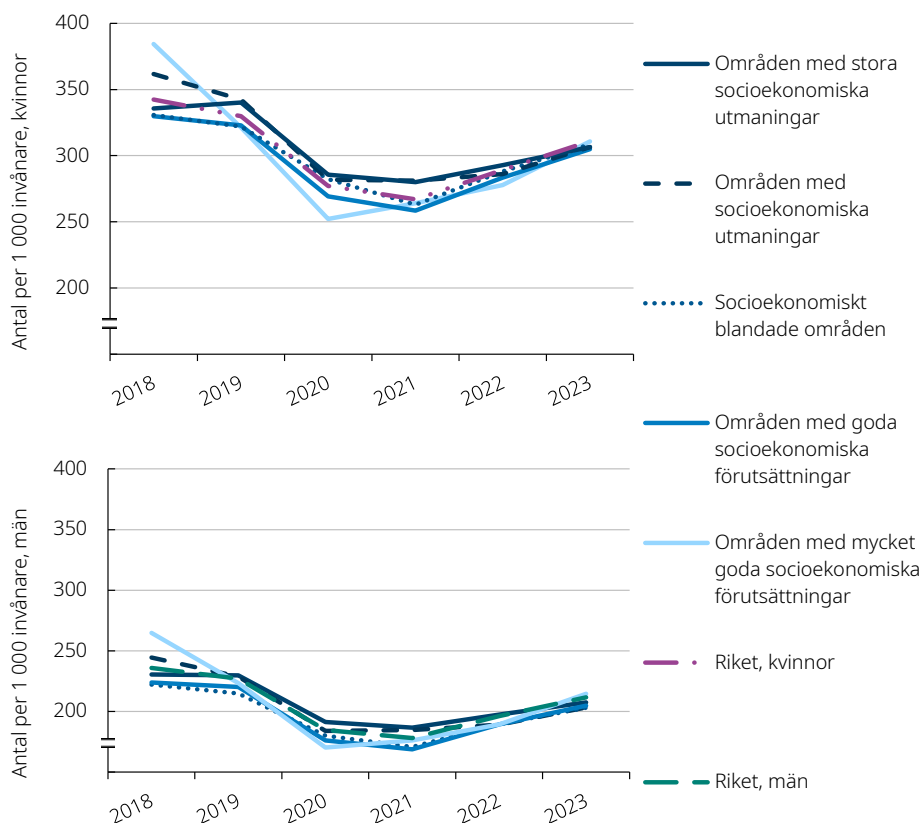


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det finns en viss skillnad mellan områden med olika socioekonomisk status, men skillnaderna är små. Skillnaderna har också minskat över tid, särskilt bland kvinnor. För båda könen gäller att högst förekomst av antibiotikabehandling per 1000 invånare finns i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Figur 14. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård 2018–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Antal expedieringar av antibiotika i öppenvård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Data från E-hälsomyndigheten som inkluderar siffror för 2024 visar att ökningen av antibiotikaförsäljningen inom öppenvård (på recept) efter den låga försäljningen under pandemin stannade av under 2024.

Antibiotikaförsäljningen inom öppenvården i recept per tusen invånare ökade marginellt (under 1 procent) 2024 jämfört med försäljningen 2023. Försäljningen under 2024 var högre än åren 2020–2022 men var 5 procent lägre än försäljningen 2019.

Under 2024 har försäljningen ökat i 13 av 21 regioner jämfört med 2023. Vid en jämförelse med motsvarande period under 2019, har försäljningen minskat i 17 av 21 regioner. Sedan 2019 har försäljningen minskat mest på Gotland och ökat mest i Blekinge.

Försäljningen under 2024 ökade mest i åldersgruppen 7–19 år, med 9 procents ökning jämfört med 2023. För åldersgrupperna 20–64 år och över 80 år sågs en marginell ökning (mindre än 1 procent). I åldersgruppen 0–6 år ses en minskning med 14 procent jämfört med 2023 och en marginell minskning (mindre än 1 procent) för åldersgruppen 65–79.

Försäljningen under 2024 av antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner på recept var högre än under 2023 men lägre än försäljningen under 2019. För antibiotika som ofta används mot hud- och mjukdelsinfektioner var försäljningen under 2024 lägre än under 2023 och för antibiotika mot urinvägsinfektioner till kvinnor (18–79 år) minskade försäljningen marginellt under 2024 (under 1 procent).

Antibiotikaförsäljning inom slutenvård⁸⁸

Antibiotikarekvisition inom slutenvård i DDD (definierad dygnsdos) per tusen invånare och dag har minskat med 4 procent under 2024 jämfört med 2023. Antibiotikarekvisition inom slutenvården under 2024 var högre än åren 2020–2022 men var 1 procent lägre än 2019.

Tandläkare förskriver allt mindre antibiotika

Tandläkare stod för 6,1 procent av all systemisk antibiotikaförsäljning i Sverige under 2023, en minskning från 6,6 procent 2022.

Antibiotikaförsäljningen inom tandvården minskade med 2,6 procent jämfört med föregående år till 18 recept per 1000 invånare.

Fenoximetylpencillin var den vanligaste antibiotikan och utgjorde 78 procent av all försäljning inom tandvården⁸⁹.

Det finns stora regionala skillnader i förskrivningen av antibiotika i samband med tandvård. Tandläkare i Skåne förskriver mer än dubbelt så mycket antibiotika som tandläkare i Västerbotten, vilket är över målnivån i de nationella riktlinjerna för tandvård. Antibiotikaförskrivningen är hög i regioner där det finns god tillgång till tandvård. Andelen som besöker tandvård i en region korrelerar väl med antibiotikaförskrivningen.

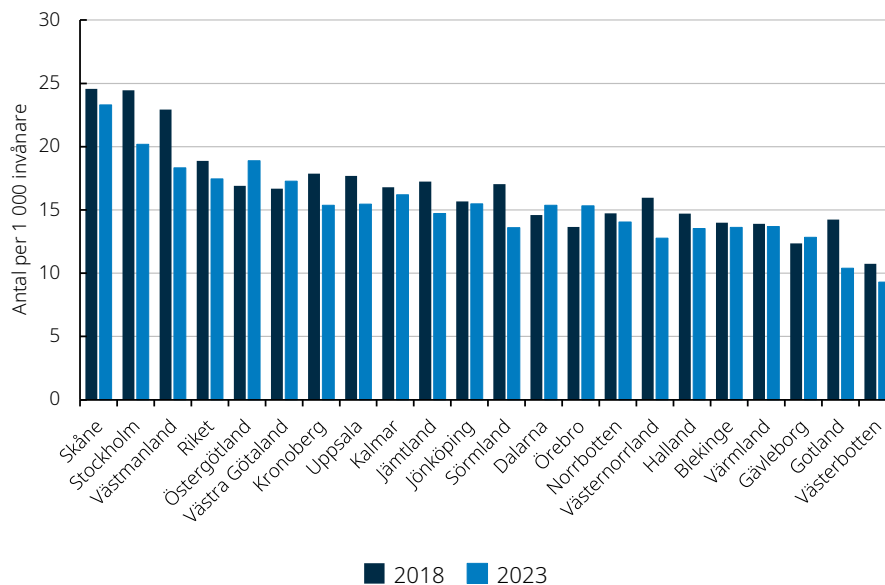
Exempelvis regioner som Västernorrland och Gotland som har haft svårt med tillgänglighet till regelbunden tandvård uppvisar en relativt stor minskning av sin antibiotikaförskrivning inom tandvården mellan 2018 och 2023. Andra förklaringar till minskad antibiotikaförskrivning är en ökad följsamhet till rekommendationer och regionala utbildningsinsatser.

⁸⁸ Data från E-hälsomyndigheten.

⁸⁹ Swedres-Svarm 2023. Sales of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden. Solna/Uppsala ISSN2001-7901.

Figur 15. Tandläkares förskrivning av antibiotika, uppdelat på region.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.

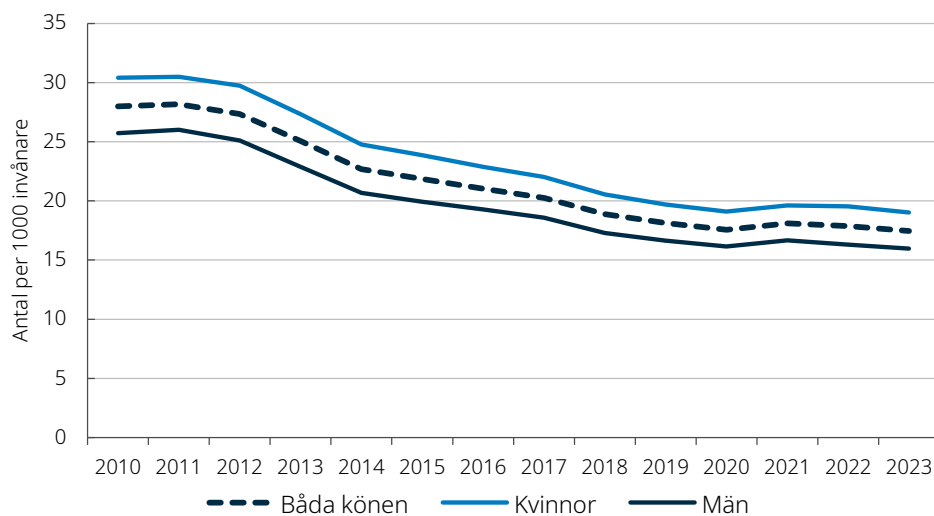


Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Som också visas i kärnindikator 7 besöker män tandvården mer sällan än kvinnor, och får följaktligen mindre antibiotika förskrivet av tandläkare. Den kraftigt avtagande förskrivningen från 2010 har mattats av under 2018–2023. Det finns inga belägg i tillgängliga studier som visar att en generell minskad antibiotikaanvändning inom tandvården ökar risken för systemiska infektioner vid tandvårdsingrepp. En restriktiv och riktad användning av antibiotika, kombinerat med korrekt infektionsbehandling med dränage minskar risken för komplikationer.

Figur 16. Tandläkares förskrivning av antibiotika, uppdelat på kön.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.

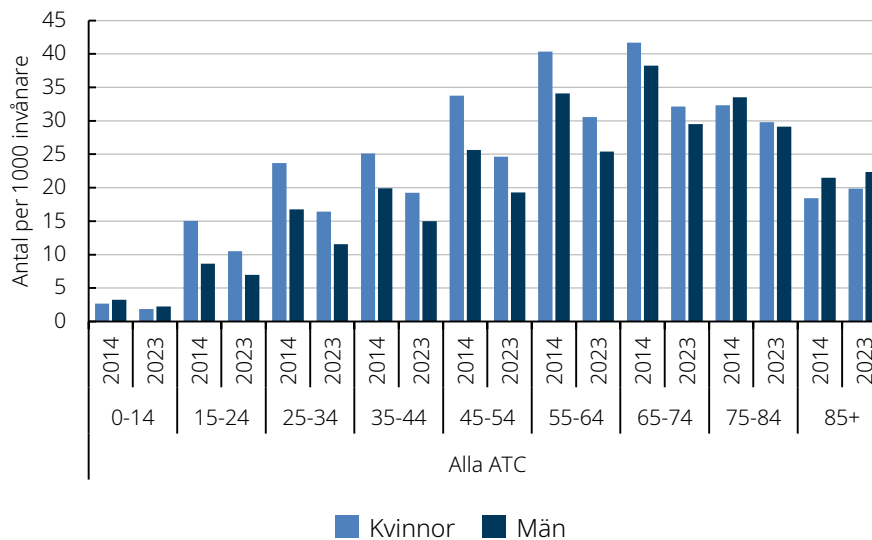


Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Relationen mellan tandvårdsbesök och antibiotikaförskrivning är tydlig i olika åldersgrupper. Äldre personer besöker tandvården i högre utsträckning och får oftare antibiotika förskrivet av tandläkare. Detta gäller också för invasiva tandbehandlingar där antibiotika i vissa fall kan vara nödvändigt, exempelvis för vissa patienter med nedsatt allmäntillstånd. Genomgående får kvinnor i åldern 15–74 antibiotika utskrivet i större utsträckning än män. I åldersgruppen 85 år och äldre är det män som får antibiotika i högre utsträckning än kvinnor. Över en 10-årsperiod minskar förskrivningen inte lika mycket bland äldre 75–84 år som yngre. Förskrivningen har ökat för åldersgruppen över 85 års ålder.

Figur 17. Tandläkares förskrivning, uppdelat på ålder, jämförelse mellan 2014 och 2023.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.



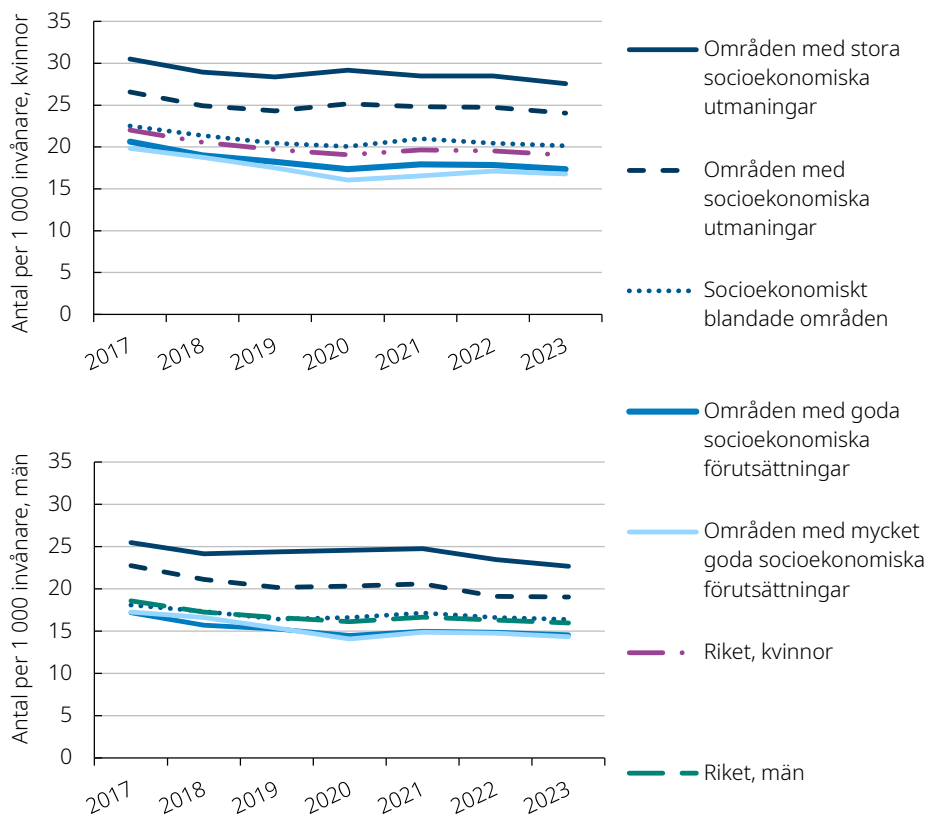
Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Socioekonomiska förhållanden påverkar antibiotikaförskrivningen

Antibiotika förskrivna av tandläkare följer inte samma mönster för socioekonomiska förhållanden som antibiotikaförskrivning generellt. Det kan förklaras av att personer med socioekonomisk utsatthet oftare väljer att avstå tandvård trots behov. Den tandvård som man i stället efterfrågar blir akuta besök där sjukdomen har kunnat gå längre och orsakat symtom i form av värk eller svullnad. Antibiotikaförskrivning kan då bli aktuellt om det också finns tecken på spridning av infektionen till övriga kroppen. Personer i områden med socioekonomiska utmaningar får antibiotika i betydligt högre utsträckning än dem i områden med goda, eller mycket goda förutsättningar.

Figur 18. Tandläkares förskrivning av antibiotika, fördelat efter områdestyp.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.

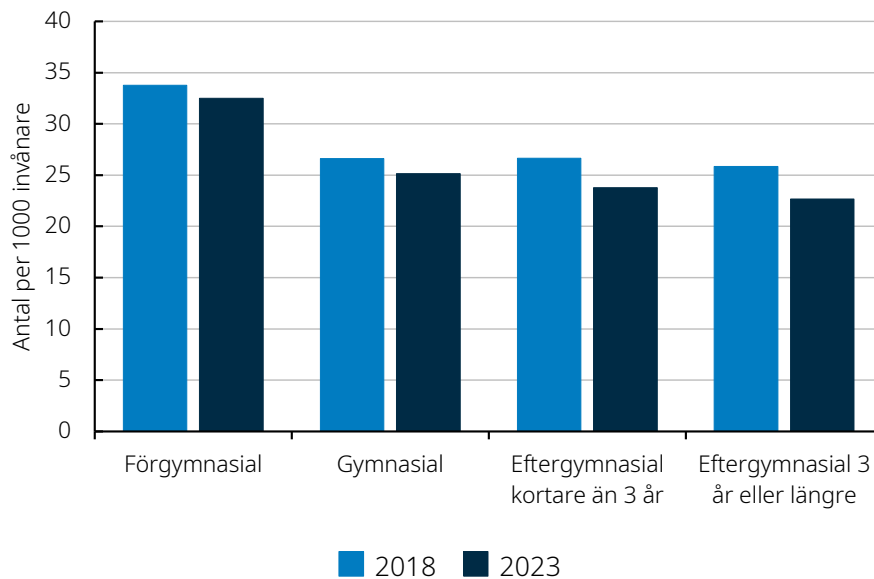


Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

På samma sätt besöker personer med endast förgymnasial utbildningsnivå tandvården i lägre utsträckning än den övriga befolkningen och gör oftare sina tandvårdsbesök i samband med akuta tillstånd. Personer med förgymnasial utbildningsbakgrund förskrivs antibiotika i betydligt högre omfattning än den övriga befolkningen. Förskrivningen minskar inte heller lika mycket mellan 2018 och 2023 bland personer med förgymnasial utbildningsnivå som för exempelvis personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Det kan tolkas som att hälsotillståndet bland personer med förgymnasial utbildningsnivå i kombination med en eftersatt munhälsa gör att tandvårdsbehandlingen oftare behöver kombineras med antibiotikabehandling och att behovet kvarstår över tid.

Figur 19. Tandläkares förskrivning utifrån utbildningsnivå.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.



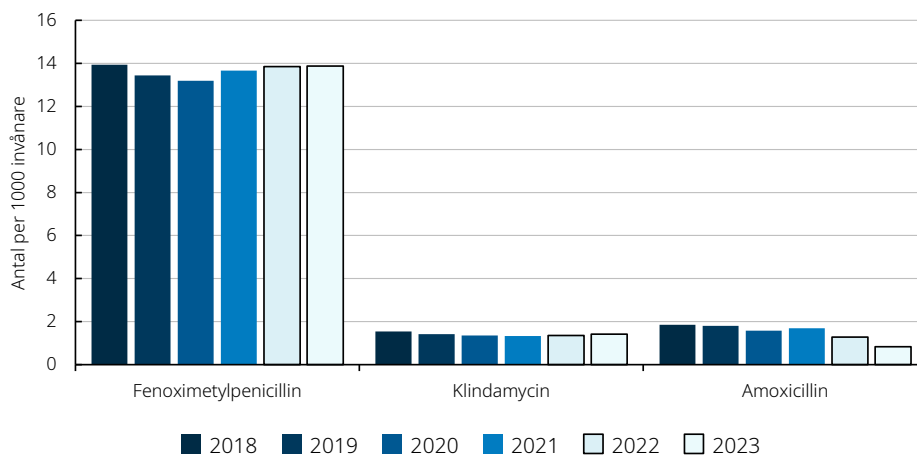
Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Viss antibiotikaförskrivning ökar i tandvården

Fenoximetylpenicillin är standardbehandling vid infektioner i munhålan. Mellan 2022 och 2023 ökar förskrivningen marginellt. Detsamma gäller för klindamycin vilket kan förklaras av att det kan användas som ett alternativ till amoxicillin. Dessa antibiotikum används framför allt vid antibiotikaproylax inför invasiva ingrepp på patienter med riskfaktorer för spridning av infektioner i samband med tandbehandling. Amoxicillin har varit restnoterat periodvis vilket sannolikt är det största skälet till den kraftiga minskningen av förskrivningen under 2023.

Figur 20. Tandläkares förskrivning per antibiotikatyp.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.



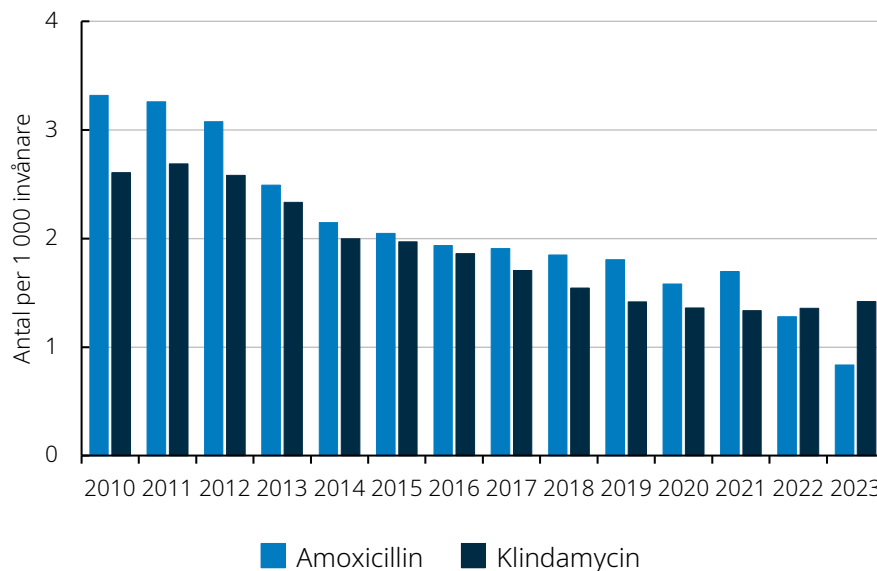
Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Riskerna för resistensutveckling vid antibiotikabehandling varierar mellan de tre antibiotikatyperna. Fenoximetylpencillin har lägst risk, följt av amoxicillin, medan klindamycin har högst resistensrelaterade risker. Det är därför angeläget att fortsatt hålla nere förskrivningen av klindamycin i tandvården.

Förskrivningen av amoxicillin och klindamycin har mer än halverats sedan 2010. Det är viktigt att fortsatt följa förskrivningen och följsamheten till rekommendationerna om antibiotikaförskrivning i tandvården. Speciellt som restnoterade läkemedel kan få oönskade effekter genom att man går över till ett läkemedel med högre risk för resistensutveckling.

Figur 21. Tandläkares förskrivning av amoxicillin och klindamycin.

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.



Källa: Socialstyrelsen.

Kontroll över antibiotikaförsäljningen är viktigt för att minska risken för resistens

Sverige har haft en låg antibiotikaförbrukning jämfört med andra EU-länder, och särskilt inom öppenvård har den totala antibiotikaförsäljningen och andelen bredspektrumantibiotika varit långt under genomsnittet för EU/EEA. Även inom slutenvården har Sverige legat under genomsnittet när det gäller andelen bredspektrumantibiotika i relation till total antibiotikaförbrukning, men andelen har varit hög i jämförelse med övriga nordiska länder.

Resistensutveckling och förekomst av antibiotikaresistenta bakterier

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka. Läget i Sverige är dock gynnsammare än i många andra länder i Europa tack vare det förebyggande arbete som bedrivs. Vissa områden visar dock en oroande utveckling:

- Förekomst av enzymet ESBL i tarmbakterier. Enzymet gör bakterierna resistenta mot antibiotikagruppen betalaktamer, och finns för närvarande hos 8 procent av *Escherichia coli*^{90 91}. I Europa rapporteras ett viktat värde på 16 procent⁹².
- Förekomst av tarmbakterier resistenta mot karbapenemer (ESBL-CARBA). Antalet anmälda fall i Sverige har ökat kraftigt de senaste åren, från att tidigare ha legat på 1 procent.
- Ökat antal anmälda fall efter coronapandemin av VRE (vancomycinresistenta enterokocker) och *C. difficile* (*Clostridioides difficile*). I Europa ses allvarliga infektioner med VRE som ett utmanande problem för vården och resistensen låg 2023 på 20 procent. Andelen i Sverige var under 1 procent. För *C. difficile* rapporterades en incidens av 60 fall per 100 000 invånare, vilket är en minskning jämfört med 2022.

En mer gynnsam utveckling kan ses i förekomsten av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) som minskar i Europa. År 2023 var resistensen vid allvarliga infektioner 16 procent. I Sverige var andelen 2 procent.

Social hållbarhet – Hälso-, sjuk- och tandvården är viktiga faktorer för social hållbarhet

Social hållbarhet är en viktig del av att skapa ett samhälle som bär den demokratiska tanken och klarar av både planerade och oplanerade förändringar, påfrestningar och utmaningar. Grundläggande förutsättningar för social hållbarhet är ett jämlikt och jämställt samhälle, där befolkningen känner förtroende för institutioner och medmänniskor, där alla har tillgång

⁹⁰ Swedres-Svarm 2023. Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solkna/Uppsala. ISSN 2001-7901.

⁹¹ SCB Statistikmyndigheten. Indikator 3.d.2 – Minska andelen infektioner i blodomloppet som orsakas av organismer resistenta mot vissa antimikrobiella medel. Hämtad 22-04-01 från <https://www.scb.se>.

⁹² European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net). Annual Epidemiological Report for 2023. Data hämtad 24-11-18 från <https://www.ecdc.europa.eu>.

till det som samhället erbjuder, är lika i värde och värdighet och har möjlighet att leva ett gott liv efter sina egna villkor.

Tillgången till hälso-, sjuk- och tandvård och möjligheten till en god hälsa är nyckelfaktorer både för den enskilda individens möjlighet att uppnå ett gott liv, och för att skapa tillit till samhället och medmänniskorna.

Iakttagelser i korthet

- Förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet ökade i befolkningen under 2024.
- Desinformation kan medföra ett minskat förtroende och därmed försämrade förmåga hos samhället att hantera hälsorelaterade frågor effektivt.
- Hälsan i Sverige är ojämlik, och ojämlikheten ökar på många områden. Det kan leda till minskat förtroende för hälso-, sjuk- och tandvården.
- Satsningar på ökad hälsolitteracitet kan göra både människor, organisationer och samhället mindre sårbara för desinformation.

Kärnindikator 2: Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

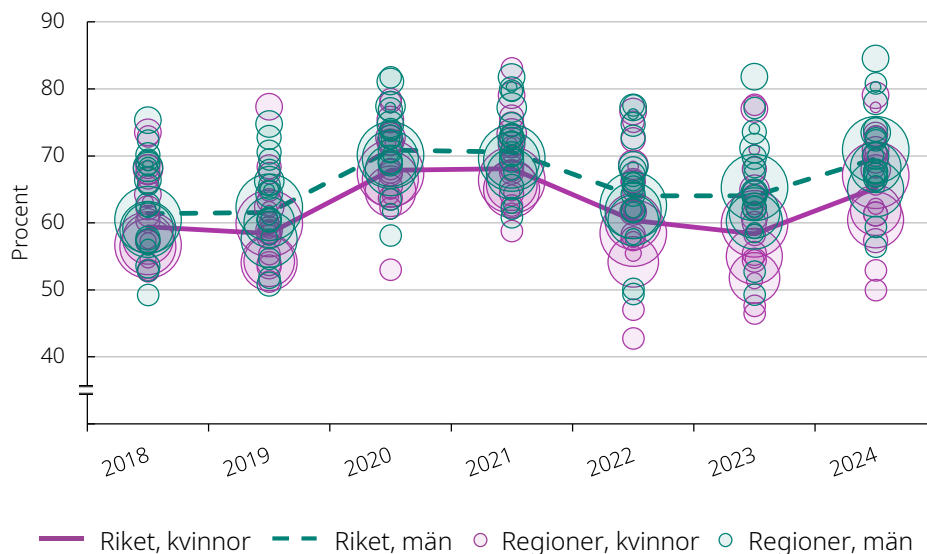
Indikatorn belyser förtroendet för hälso- och sjukvården i befolkningen, oavsett om de tillfrågade nyligen haft kontakt med vården eller inte. Indikatorn är hämtad från Hälso- och sjukvårdsbarometern och visar andelen av befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen. De personer som inte har kunnat besvara frågan har inte tagits med. Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ökade påtagligt under 2024. I jämförelse med 2023 steg förtroendet med 6 procentenheter, till i genomsnitt 67 procent. Den stora ökningen blir extra intressant i ljuset av det senaste årets rapporter och diskussioner om hälso- och sjukvårdens och regionernas ansträngda ekonomiska läge, vilket snarare skulle kunna tänkas minska förtroendet.

Förtroendet ökade något mer hos kvinnor än hos män. Fortfarande kvarstår dock det faktum att kvinnor generellt har ett lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män har. Det kvarstår också betydande skillnader i förtroende beroende på var i landet man bor, något som vi visar i figur 22.

Figur 22. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet.

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region.

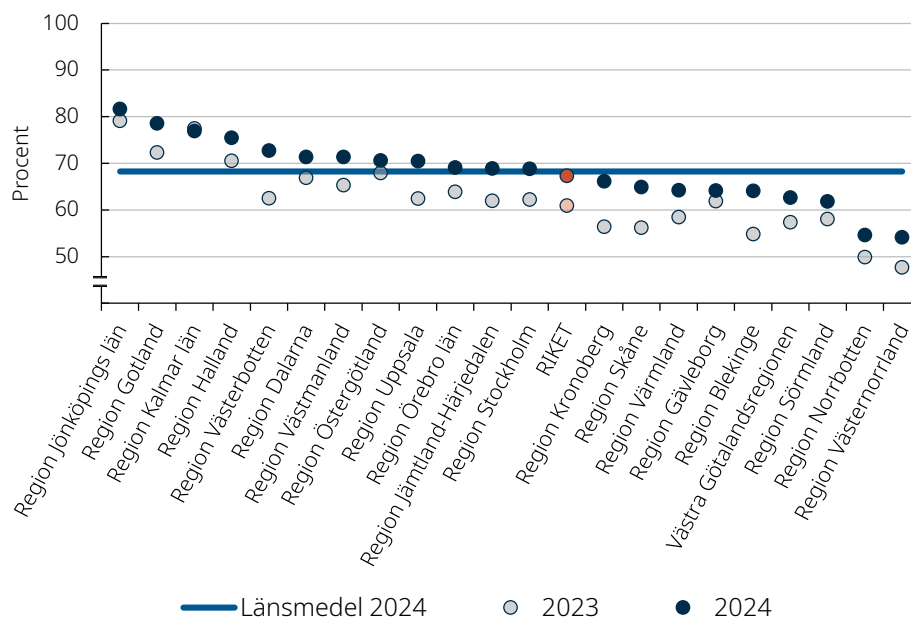


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ökade i samtliga regioner under 2024 utom i Kalmar, där siffran i princip var oförändrad. Hur stor ökningen var skiljer sig åt mellan olika regioner. Bland boende i exempelvis regionerna Jönköping, Östergötland och Gävleborg var ökningarna ganska små, samtidigt som regionerna Västerbotten, Kronoberg, Skåne och Blekinge hade större ökningarna.

Figur 23. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet.

Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet, uppdelat per region. Jämförelse mellan 2023 och 2024.

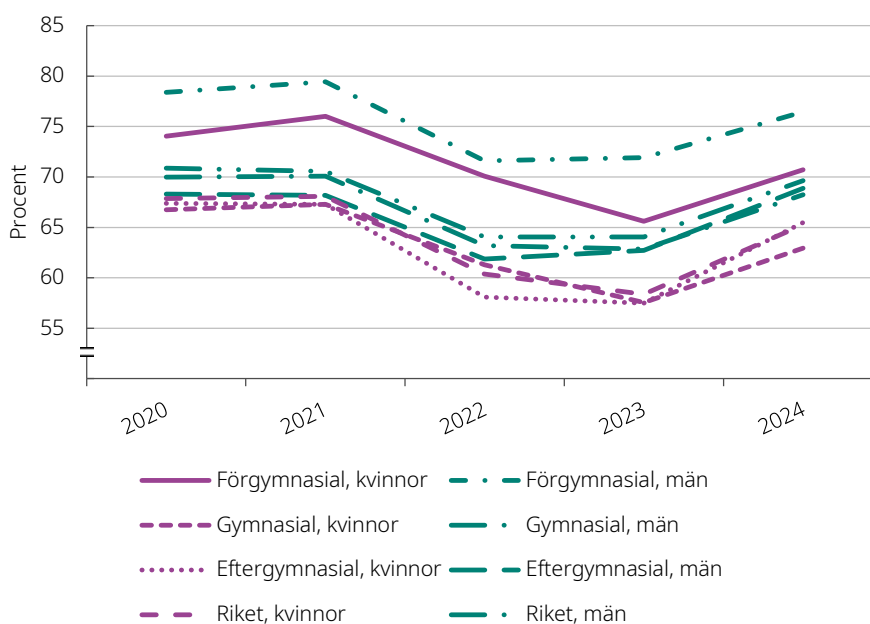


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR.

Det högsta förtroendet för hälso- och sjukvården återfinns bland män med högst förgymnasial utbildning. Hos dem hade 76 procent stort eller mycket stort förtroende under 2024. Förtroendet hos kvinnor med motsvarande utbildning uppgick till 71 procent. Detta är ungefär lika högt förtroende som vi ser hos män med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Lägst förtroende har kvinnor med gymnasial utbildning. Inom denna grupp uppger 63 procent att de har förtroende för hälso- och sjukvården.

Figur 24. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet.

Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet, uppdelat på utbildningsnivå och kön.



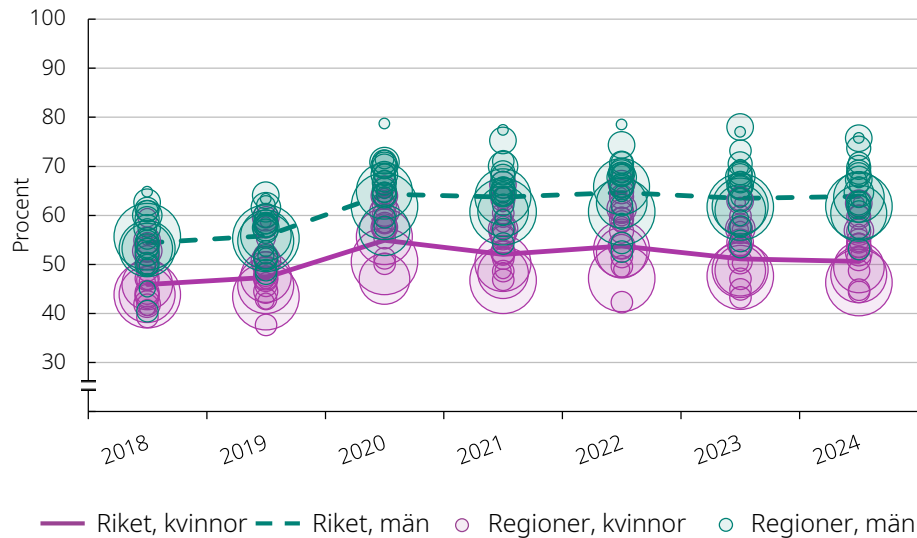
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR.

Förtroende för att vård ges på lika villkor

Befolkningens förtroende för att vård ges på lika villkor ökade hos såväl kvinnor som män under det första pandemiåret 2020. Bland män har förtroendet legat på ungefär samma nivå sedan dess, och 2024 uppgav 64 procent av männen att de hade förtroende för att vården ges på lika villkor. Bland kvinnor har däremot förtroendet minskat en del sedan 2020, då det låg på 55 procent, till en nivå på 51 procent 2024. Figur 25 visar utvecklingen sedan 2018.

Figur 25. Förtroende för att vård ges på lika villkor.

Andel i befolkningen som uppfattar att vården ges på lika villkor.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR.

Förtroendet för tandvården är högt

För tandvården görs inga mätningar som motsvarar Hälso- och sjukvårdsbarometerns mätning av förtroendet för hälso- och sjukvården som vi redovisat i föregående avsnitt. Svenskt Kvalitetsindex (SKI) mäter dock regelbundet kundnöjdheten i tandvårdsbranschen.

Kundnöjdheten i tandvården ligger generellt högt, även om den i de senaste mätningarna har minskat en aning. Den är något högre i privattandvården än folktandvården. Skillnaderna i kundnöjdhet mellan privattandvården och folktandvården ökar, vilket bland annat kan bero på brist på personal, vilket leder till långa väntetider och försämrad tillgänglighet på flera håll. En annan anledning som anges till att skillnaderna ökar är att kontinuiteten – huruvida man får träffa samma tandläkare eller tandhygienist som vid senaste besöket – uppges vara större inom privattandvården än inom folktandvården⁹³.

Hälsan i Sverige är ojämlik

Sedan 2021 syns ett trendbrott i utvecklingen av jämställdheten och jämlikheten inom flera sektorer i samhället, till följd av de senaste årens oro i världsläget och ekonomin. Hälso- och sjukvården är en sådan sektor. En ökande ojämlikhet i samhället i stort resulterar i en ökad ojämlikhet i hälsa inom gruppen kvinnor och inom gruppen män. Skillnaden i hälsa mellan lågutbildade och högutbildade kvinnor samt mellan utrikesfödda och

⁹³ Svenskt kvalitetsindex. SKI Tandvård – Tillgängligheten lyfter och utmanar kundupplevelsen. Hämtad 2025-01-31 från <https://www.kvalitetsindex.se>.

inrikesfödda kvinnor ökar⁹⁴. Den sämre hälsan har också lett till sjunkande medellivslängd hos kvinnor med förgymnasial utbildning⁹⁵.

Den självskattade hälsan visar också på en tydlig ojämlikhet – det är två till tre gånger så vanligt att skatta sin hälsa som dålig bland personer med kort utbildning jämfört med dem med längst utbildning⁹⁶. Särskilt syns en minskning av självskattad hälsa bland kvinnor med låg utbildning till skillnad från gruppen män med låg utbildning som har en ökande självskattad hälsa liksom ökad medellivslängd⁹⁷.

Sämre ekonomiska möjligheter hos personer med sedan tidigare låg inkomst riskerar att försämra hälsan ytterligare. Med försämrade hushållsekonomi prioriteras den egna hälsan ner, vilket får konsekvenser på både kort och lång sikt⁹⁸.

Hälso- och sjukvården behöver sträva efter att utjämna strukturella skillnader och skapa förutsättningar för att alla får sina vårdbehov tillgodosedda på lika villkor. Ökad kompetens om olika målgruppers hälsa, behov och förutsättningar är centralt för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården. Därför krävs särskilda insatser, särskilt i det förebyggande och stödjande arbetet, för att öka tillgängligheten till en jämlik vård. Hälso- och sjukvården behöver vara tillgänglig även för dem som trots behov inte söker vård eller väntar (för) länge med att söka vård^{99 100}.

Medellivslängden ökar men är samtidigt ojämlik

Medellivslängden har ökat för både män och kvinnor i Sverige under de senaste decennierna, mycket tack vare förbättrad vård och hälsa kopplat till hjärt- och kärlsjukdomar. Den förtida dödligheten¹⁰¹ är fortsatt högre bland män medan sjuklighet och användning av hälso- och sjukvård är högre bland kvinnor.

⁹⁴ Jämställdhetsmyndigheten. Jämställdhetsarbetet tappar styrfart. Resultatrapporten 2024. Hämtad 2024-10-01 från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se>.

⁹⁵ Jämställdhetsmyndigheten. Jämställdhetsarbetet tappar styrfart. Resultatrapporten 2024 [Elektronisk resurs]. Hämtad 2024-10-01 från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se>.

⁹⁶ Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten? Analys av ett urval av hälsotillstånd och förutsättningar för hälsa. Hämtad 2024-10-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se>.

⁹⁷ Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten? Analys av ett urval av hälsotillstånd och förutsättningar för hälsa. Hämtad 2024-10-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se>.

⁹⁸ Folkhälsomyndigheten. Inkomster och försörjningsmöjligheter – Resultat för uppföljningen av folkhälsopolitikens målområde 4. Hämtad 2024-10-01 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se>.

⁹⁹ Identifierade behov av strategiska insatser i hälso- och sjukvården inom området kvinnors hälsa. Socialstyrelsen; 2023.

¹⁰⁰ Trust: The foundation of health systems Martin McKee May C.I. van Schalkwyk Rachel Greenley Govin Permanand – Health Policy Series No 58 The European Observatory on Health Systems and Policies

¹⁰¹ Dödsfall mellan 15 och 64 års ålder, alla dödsorsaker. Läs mer på Folkhälsomyndighetens webbplats: <https://www.folkhalsomyndigheten.se>

Trots en ökad medellivslängd generellt, har både den relativa och absoluta ojämlikheten i medellivslängd ökat mellan dem med kortast och längst utbildning till drygt sex års skillnad bland män och nästan 7 sju år bland kvinnor. Förklaringen är att utvecklingen varit minst positiv bland dem med lägst socioekonomisk position och mest positiv bland dem med högst, särskilt bland kvinnor. Medellivslängden bland kvinnor i gruppen med kortast utbildning har till och med sjunkit med drygt ett halvår¹⁰².

Ojämlikheten i hälsa syns också för andra faktorer. Bland annat syns en ökad börda av vissa typer av sjuklighet bland utrikesfödda i Sverige¹⁰³.

Den förtida dödligheten för både kvinnor och män är högre bland personer bosatta i ett område med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med bättre socioekonomiska förhållanden. Lägst är den förtida dödligheten i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Dödsorsakerna skiljer sig också åt mellan kvinnor och män samt mellan grupper med olika socioekonomiska förutsättningar¹⁰⁴.

Upplevd tillgång till hälso- och sjukvård

En faktor för att skapa tillit till samhället och dess institutioner är att man upplever sig ha tillgång till samhällets tjänster när man har behov av dem. Där är tillgången till hälso-, sjuk- och tandvård en mycket viktig del.

SKR genomför regelbundet mätningar av befolkningens upplevda tillgång till hälso- och sjukvården. Den senaste undersökningen visar på en ökad andel av befolkningen som upplever att de har tillgång till hälso- och sjukvård, och det gäller för såväl kvinnor som män. För båda könen ökade andelen som upplever sig ha tillgång till hälso- och sjukvården med cirka 3 procentenheter mellan 2023 och 2024, och uppgick under 2024 till 87 procent hos kvinnor och 88 procent hos män. För landet som helhet är det alltså mycket små skillnader mellan könen. Som figur 27 visar finns det samtidigt en spridning mellan olika regioner, där kvinnor i Region Halland upplever sig ha tillgång till hälso- och sjukvård i högst utsträckning, medan kvinnor i Region Norrbotten ligger lägst.

¹⁰² Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten? Analys av ett urval av hälsotillstånd och förutsättningar för hälsa. Hämtad 2024-10-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se>.

¹⁰³ Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Hämtad 2024-10-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se>.

¹⁰⁴ Socialstyrelsen. Statistik om dödsorsaker år 2023. Hämtad 2024-10-01 från <https://www.socialstyrelsen.se>.

Figur 27. Upplevd tillgång till hälso- och sjukvård.

Upplevelse av tillgång till vård utifrån svar på frågan "Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver".



Källa: SKR.

Ryktesspridning och desinformation kan få negativa konsekvenser

Under 2022 kulminerade en desinformationskampanj om svensk socialtjänst och omhändertagande av barn enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av barn och unga, LVU.

Även om desinformationskampanjen inte längre har samma kraft som under våren 2022, påverkas fortsatt barn och familjer, socialtjänstens verksamhet och medarbetare av dess konsekvenser. Konsekvenser i form av allvarlig tillitsbrist, rädsla och oro i stora grupper i samhället – konsekvenser som påverkar den sociala hållbarheten. Läs mer i lägesrapporten *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2025*.

På liknande sätt som för socialtjänsten kan desinformation och falsk ryktesspridning påverka hälso-, sjuk- och tandvården. Falsk information, särskilt när den sprids snabbt via sociala medier, kan skapa en rad negativa konsekvenser för verksamheter, vårdpersonal och patienter. Precis som inom socialtjänsten, kan desinformation om hälso- och sjukvård leda till att människor tappar förtroendet för vården och dess personal. Om falsk information sprids om exempelvis vacciners biverkningar eller felaktiga behandlingar kan det skapa misstro bland patienter och medföra att de tvekar inför att söka vård eller följa behandlingsrekommendationer. Det kan också skapa oro bland personalen, som kan känna sig ifrågasatt eller utsatt för kritik. En försämrad kommunikation mellan patienter och vårdpersonal kan påverka diagnos och behandling negativt.

Desinformation kan också bidra till att människor söker vård i onödan eller på felaktiga grunder. Om patienter söker akutvård för icke-akuta problem, ökar belastningen på sjukvårdssystemet vilket resulterar i ineffektiv resursanvändning.

Vid globala hälsokriser, som coronapandemin, kan spridning av falsk information på sociala medier allvarligt försvåra myndigheters och sjukvårdens förmåga att hantera situationen effektivt.

Om en stor del av befolkningen får sin information från tveksamma källor, kan det leda till att grupper i samhället utvecklar starka, men felaktiga, uppfattningar om vården och dess metoder. Det kan bidra till polarisering kring hälsorelaterade frågor vilket kan försvåra samhällets gemensamma ansträngningar att hantera hälsofrågor.

Sammantaget är desinformation och ryktesspridning faktorer som kan ha stor påverkan på den sociala hållbarheten i ett samhälle. Konsekvenserna, inklusive polariseringen i samhället, kan bli särdeles olyckliga om flera olika faktorer samvarierar så att samma personer drabbas av flera olika typer av desinformation^{105 106}.

Satsningar på ökad hälsolitteracitet kan göra både människor och samhället mindre sårbart för desinformation. Om man är bättre rustad att förhålla sig kritiskt till den information man får, eller till vem avsändaren är, minskar riskerna för att fatta felaktiga beslut eller sprida onödig rädsla och oro. Läs mer om hälsolitteracitet i avsnittet *Hälsolitteracitet är en nyckelfaktor för att vården ska vara tillgänglig* i kapitlet *Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver*.

Organisatorisk hållbarhet – Hur kan hälso-, sjuk- och tandvård organiseras på ett hållbart sätt?

Utöver de tre traditionella dimensionerna av hållbarhet inkluderar vi här en fjärde form – organisatorisk hållbarhet. Den innefattar både systemens förmåga att vara långsiktigt hållbara i organisation, resurssättning och ambitionsnivå, men även systemens motståndskraft mot yttre påfrestningar och oplanerade förändringar – det som kan kallas för resiliens¹⁰⁷.

¹⁰⁵ George JF. Discovering why people believe disinformation about healthcare. Hämtad 2025-02-20 från <https://doi.org>

¹⁰⁶ McKee M, van Schalkwyk M C I, Greenley R, Permanand G. Trust: the foundation of health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

¹⁰⁷ Saulnier, D, Blanchet, K, Tediosi, F. Health systems resilience. I Raviglione, MCB et al (red.) Global Health Essentials, Sustainable Development Goals series.

Iakttagelser i korthet

- Kompetensförsörjningen är en utmaning när hälso-, sjuk- och tandvården ska möta ett ökande vårdbehov. Ett intensivt arbete pågår av många aktörer i samverkan, i syfte att hitta hållbara lösningar.
- Sjukfrånvaron bland regionanställda är generellt sett högre bland kvinnor än män. Sjukfrånvaron har minskat i samtliga regioner mellan 2022 och 2023.
- Med ändliga resurser behöver prioriteringar göras, och en ny modell testas för att kunna prioritera mellan sjukdomsområden.
- För en hållbar utveckling av tandvården krävs att munhälsa integreras ytterligare i den övriga hälso- och sjukvården.
- Coronapandemin visade att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har förmåga att hantera en extrem krissituation, men för att klara av andra kriser, som ett mycket stort antal skadade i en krigssituation, krävs betydande fortsatta förstärkningar av såväl personal som sjukvårdsprodukter.

Personalbrist är en stor utmaning

Personalbrist är en av de största utmaningarna för svensk hälso-, sjuk- och tandvård, särskilt när färre medarbetare förväntas möta ett ökande vårdbehov. För att hantera detta krävs strategier som kombinerar medicinska framsteg, modern teknologi och datainfrastruktur med förebyggande insatser och innovativa lösningar. Genom samarbete mellan vården, regioner, kommuner, forskning och näringslivet kan hållbara lösningar förbättra folkhälsan och stärka vårdens kapacitet att möta framtida behov.

Samarbete för hållbara lösningar

Tillsammans med ett flertal viktiga aktörer för kompetensförsörjningen¹⁰⁸, tar Socialstyrelsen sedan mitten av 1990-talet fram ett nationellt planeringsstöd för hälso-, sjuk- och tandvårdspersonal. Målet är att möta vårdens komplexa behov, som en åldrande befolkning, ökande psykisk ohälsa och socioekonomiska skillnader. Fokus ligger på att balansera kvantitativa aspekter, såsom bemanning och produktivitet, med kvalitativa dimensioner, såsom relationella och organisatoriska kapaciteter, utbildning, forskning och en god arbetsmiljö som främjar teamarbete.

¹⁰⁸ Till exempel Universitetskanslersämbetet (UKÄ), SCB och WHO Europa.

Lösningssutrymmen – möjligheter för hållbara förändringar

En central metod i ett nationellt planeringsstöd är att identifiera och främja lösningssutrymmen – möjligheter till förändring inom komplexa system utan att låsa sig vid specifika lösningar. Genom att analysera och förstå systemets dynamik används lösningssutrymmen för att utforska förbättringar inom bemanning, arbetsfördelning, kompetensutveckling, utbildning och forskning. Detta främjar en konstruktiv dialog mellan vårdens aktörer, där olika perspektiv bidrar till gemensamma lösningar. Lösningssutrymmen möjliggör innovation genom att kombinera flexibilitet med tydliga mål, vilket skapar förutsättningar för hållbar förändring och förbättrad resursanvändning.

Tre fokusområden för att främja jämlik hälso-, sjuk- och tandvård och hållbar personalförsörjning

Genom utveckling av datadrivna analyser, statistiska metoder och ett nationellt lärandesystem skapas en stabil grund för ett planeringsstöd som bygger på tre centrala principer:

- **Personcentrering och helhetssyn:** Planeringsstöd som sätter patientens behov och personalens kapacitet i centrum och främjar hög vårdkvalitet och god arbetsmiljö.
- **Datadrivna analyser:** Kartläggning av vårdbehov, vårdkedjor, resursgap och optimering av vårdteam genom teknologi och data.
- **Anpassning av utbildningar:** Främjande av strategier för utbildningar som möter både dagens och framtidens vårdbehov.

Genom pågående metodutvecklingsarbete skapar detta arbete grunden för en hållbar och jämlik hälso-, sjuk- och tandvård i förändring, som både stärker en hållbar personalförsörjning och verksamheternas förmåga att möta framtida behov.

Vad säger sjukfrånvaron om organisationen?

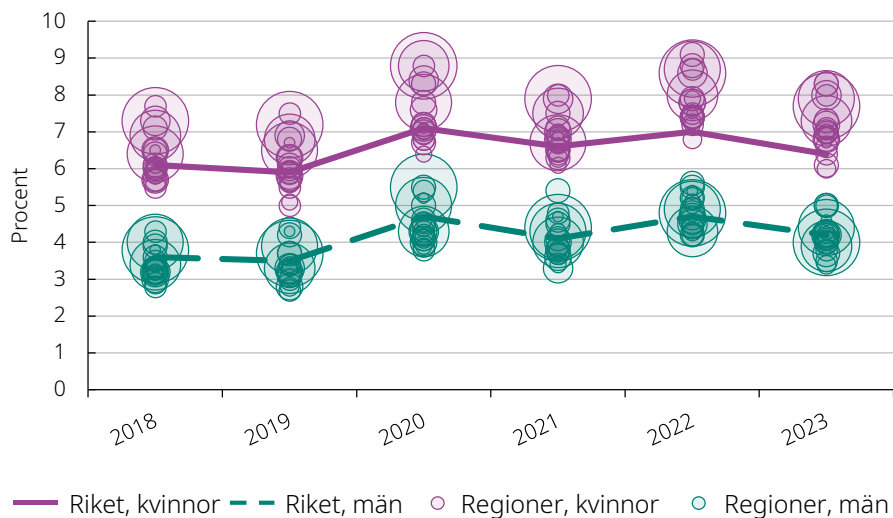
Ett sätt att se på hur hållbar en organisation är, är att mäta sjukfrånvaron bland de anställda. Hög sjukfrånvaro kan tyda på hård arbetsbelastning, brister i fysisk eller organisatorisk arbetsmiljö och utsatthet för hälsorisker i arbetet, men det kan även finnas förklaringsfaktorer som inte direkt ligger under arbetsgivarens ansvar. Exempelvis kan skillnader i köns- och ålderssammansättning, geografiska olikheter, arbetsplatsernas storlek med mera påverka. Regionala skillnader kan även bero på att vården gör olika bedömningar kring behovet av sjukskrivning, regionala skillnader i hur länge man väntar på samma typ av operation eller åtgärd med mera. Trots

dessa förbehåll är det intressant att se hur sjukfrånvaron i regionsektorn har utvecklats¹⁰⁹.

Sjukfrånvaron är generellt hög inom offentlig sektor. Som figur 28 visar är sjukfrånvaron bland regionanställda över lag högre för kvinnor än för män, liksom att spridningen mellan regionerna är större för kvinnor än för män. SKR:s sammanställning visar att 88 procent av regionanställda arbetar med hälso-, sjuk- och tandvård¹¹⁰.

Figur 28. Sjukfrånvaro bland regionanställda.

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid, total sjukfrånvaro hos samtliga anställda inom regional verksamhet.



Källa: SKR.

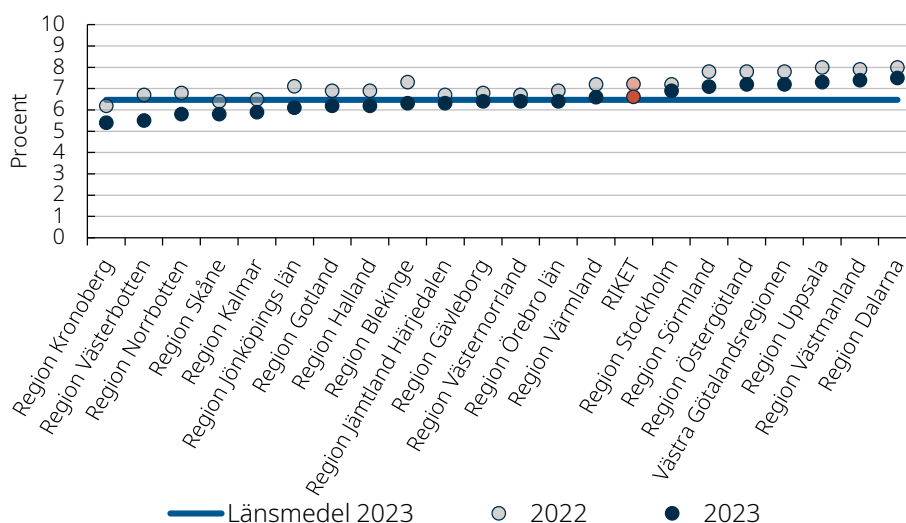
2022 präglades fortfarande till stor del av coronapandemin. I figur 29 kan vi se att sjukfrånvaron sjunkit för samtliga regioner mellan 2022 och 2023.

¹⁰⁹ Sjukfrånvaro i kommuner och landsting: vad är problemet?, Sveriges kommuner och regioner. Hämtad den 31 januari 2025 från <https://skr.se>.

¹¹⁰ Personalen i välfärden. Personalstatistik för kommuner och regioner 2023. Stockholm: SKR; 2024

Figur 29. Sjukfrånvaro bland regionanställda.

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid, total sjukfrånvaro hos samtliga anställda inom regional verksamhet.



Källa: SKR.

Utveckling av arbetet med prioriteringar inom hälso-, sjuk- och tandvården

En viktig del i att organisera hälso- och sjukvårdens arbete på ett långsiktigt hållbart sätt är att arbeta med prioriteringar. Sedan slutet av 1990-talet har Sverige fastslagna principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det finns också en nationell modell för öppna prioriteringar¹¹¹ som beskriver hur verksamheter konkret kan arbeta med detta. Samma modell används av Socialstyrelsen i arbetet med nationella riktlinjer.

Prioriteringsmodellen fungerar väl, men den stora svårigheten för regionerna är att prioritera mellan olika sjukdomsområden, till exempel när det kommer nya nationella riktlinjer inom ett område och resurser behöver omfördelas. Inom ramen för partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård tillsattes 2020 en expertgrupp. Under ledning av Prioriteringscentrum arbetade de under 2023 fram ett förslag till modell för horisontella prioriteringar i hälso- och sjukvården¹¹². Modellen testas nu på flera håll i landet. Den är utformad för att hantera just de utmaningar som uppstår när nya nationella beslut eller rekommendationer ska implementeras, och behöver ställas i relation till befintlig vård och andra verksamheter som huvudmännen ansvarar för. Syftet är att skapa en tydlig och transparent

¹¹¹ Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning. Rapport 2017:2. Prioriteringscentrum; 2017.

¹¹² Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård. Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar Rapport 2023:2. Prioriteringscentrum; 2023.

process för att prioritera mellan olika insatser och fördela resurser på ett rättvist sätt.

Modellen utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform för prioriteringar som riksdagen fastställde 1997, med principerna människovärde, behov och solidaritet respektive kostnadseffektivitet. Den fokuserar på prioriteringar mellan olika diagnos- och verksamhetsområden, till skillnad från den vertikala modellen som stödjer prioriteringar inom ett specifikt område.

Modellen för horisontella prioriteringar består av en stegvis process där nationella (till exempel statliga myndigheter eller nationella programområden) och regionala aktörer samarbetar för att bedöma och rangordna prioriteringsobjekt. Dessa kan vara allt från specifika tillstånds- och åtgärdspar till bredare sjukdomsgrupper, administrativa åtgärder och forskning.

Genom att tydliggöra vilka resurser som krävs och vilka prioriteringar som måste göras för att implementera nya nationella rekommendationer, skapar modellen en grund för välgrundade beslut. Den bidrar också till att identifiera och motivera eventuella omprioriteringar eller ransoneringar inom befintlig verksamhet.

Kompetens inom patientsäkerhet är en förutsättning för säker och hållbar hälso-, sjuk- och tandvård

För en säker och hållbar hälso-, sjuk- och tandvård i kommuner och regioner behövs kompetens om patientsäkerhet på alla nivåer. Det gäller hälso- och sjukvårdspersonal, tandvårdspersonal, personer som arbetar i hälso-, sjuk- och tandvårdens stödfunktioner, chefer och ledare samt politiker och andra beslutsfattare.

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet¹¹³ lyfts kunskap och kompetens som en grundläggande förutsättning för säker vård, och att stärka utbildning inom patientsäkerhet är en av de nationella åtgärderna i handlingsplanen.

Inom ramen för arbetet med att genomföra den nationella handlingsplanen har nationella kompetensmål för patientsäkerhet tagits fram¹¹⁴. De publicerades i juni 2024 och är det första nationella stödet om vilka kompetenser inom patientsäkerhet som Socialstyrelsen bedömer behövs för

¹¹³ Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020–2024. Socialstyrelsen; 2020.

¹¹⁴ Nationella kompetensmål för patientsäkerhet. Stöd när utbildning och fortbildning i patientsäkerhet tas fram. Socialstyrelsen; 2024.

att arbetet inom verksamheter som bedriver hälso-, sjuk- och tandvård ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till en säker vård. Dessa kompetensmål utgör en grund för såväl utbildningsanordnare som nationella myndigheter att utgå från och man har börjat integrera dem i arbetet med utbildning och fortbildning.

De nationella kompetensmålen tydliggör behovet av kompetens inom patientsäkerhet på alla nivåer inom hälso- och sjukvård.

Kompetensutveckling i patientsäkerhet för chefer och ledare på strategisk nivå är central för att den grundläggande förutsättningen ”Engagerad ledning och tydlig styrning” ska uppnås. Ansvar för utbildning och fortbildning för chefer och ledare på strategisk nivå följer inte med självklarhet samma struktur som ansvaret för hälso-, sjuk- och tandvårdspersonal. Resultatet från *Enkät om patientsäkerhetsarbete*¹¹⁵ visar också en låg förekomst av introduktions- eller fortbildning i patientsäkerhet för politiker och chefer på strategisk nivå. Därför behövs insatser särskilt riktade till dessa grupper. Det pågår ett arbete med att ta fram målgruppsanpassade lärandemål för chefer och ledare, samt att utveckla utbildningsmaterial särskilt riktat till chefer och ledare som stöd för kompetensutveckling.

Hållbar hälso-, sjuk- och tandvård byggs med patienten som medskapare

Patienten som medskapare lyfts i den nationella handlingsplanen som en grundläggande förutsättning för säker vård. Att genomföra insatser som bidrar till att öka patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet är en av de nationella åtgärderna i handlingsplanen. Patienten som medskapare innebär att patienten är delaktig på varje nivå i vårdsystemet: i mötet mellan patienten och personalen, samt på kommunal, regional och nationell nivå. För att bygga en säker och hållbar hälso-, sjuk- och tandvård behöver patienten också göras delaktig vid planering av vård, i utbildningen av hälso-, sjuk- och tandvårdspersonal, i forskning och i utformning av policyer och reglering av hälso-, sjuk- och tandvården. Patienters och närståendes kunskap och perspektiv behöver tas tillvara och genomsyra arbetet med patientsäkerhet på olika sätt.

För att kunna vara medskapare och delaktiga i att stärka patientsäkerheten uttrycker patienter och närstående att de behöver kunskap kring hur patientsäkerhet utvecklas och bibehålls. Det är viktigt att ta tillvara inspel kring hur kunskapsstöd riktade till patienter och närstående kan utformas så att patienter och närstående kan bidra till medvetenhet om patientsäkerhet på sin väg genom vården.

¹¹⁵ Socialstyrelsen. Enkät om patientsäkerhetsarbete. Hämtad 2025-02-19 från <https://www.socialstyrelsen.se>.

Tandvårdens organisation

En av den svenska tandvårdens främsta styrkor är dess långvariga fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser¹¹⁶. Denna framgångsrika preventiva ansats har tydligt bidragit till en förbättring av befolkningens munhälsa över tid. Patientnöjdheten är också generellt hög, med en majoritet av patienter som uttrycker stort förtroende för tandvårdspersonalen och upplever att de får vård av hög kvalitet¹¹⁷. Jämfört med andra vårdområden uppvisar tandvården en högre grad av personkontinuitet, vilket främjar både effektivitet och patienttrygghet.

Trots dessa positiva aspekter står tandvården inför flera betydande utmaningar. En central problematik är den ojämlika tillgången till vård över landet. Geografiska skillnader i personaltäthet och klinikillgång leder till märkbara regionala variationer i vårdkvalitet och tillgänglighet. Detta problem förvärras av det rådande personalunderskottet, särskilt när det gäller tandläkare och tandhygienister i glesbygdsområden och socioekonomiskt utsatta områden inom storstäderna.

Tandvårdssystemet är komplext

Finansieringssystemet för tandvård är komplext, med en blandning av statliga och regionala stöd. Detta skapar inte bara en administrativ börda för vårdgivare utan leder också till otydligheter för patienter kring vilka kostnader de kan förvänta sig. Det statliga tandvårdsstödet för vuxna har en stor andel självfinansiering och, till skillnad från övriga tandvårdsstöd, en fri prissättning som gör att det är svårt att veta vad ett besök kommer att kosta. Den fria prissättningen innebär också att stödet riskerar att urholkas vid exempelvis perioder med hög inflation. Vidare finns det en oro för överbehandling, risk för onödiga åtgärder och felaktig fakturering¹¹⁸.

En annan utmaning är bristen på resurser för odontologisk forskning och utveckling av nya behandlingsmetoder. Detta hämmar innovationskraften inom tandvårdsområdet och kan på sikt påverka vårdkvaliteten negativt. Den odontologiska utbildningen anses underfinansierad och har en framtida risk för underskott av kompetens bland lärarna¹¹⁹.

¹¹⁶ Tandvården och Vårdansvarskommittén: Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet. Socialstyrelsen; 2025.

¹¹⁷ Svenskt kvalitetsindex. SKI Tandvård – Tillgängligheten lyfter och utmanar kundupplevelsen. Hämtad 2025-01-31 från <https://www.kvalitetsindex.se>.

¹¹⁸ Tandvården och Vårdansvarskommittén: Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet. Socialstyrelsen; 2025.

¹¹⁹ Tandvården och Vårdansvarskommittén: Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet. Socialstyrelsen; 2025.

Viktigt med fortsatta och utökade kunskapsbaserade förebyggande insatser

Det är viktigt att fortsätta utveckla den kunskapsbaserade styrningen av tandvården. Detta inkluderar förslag om ett utökad fokus på riskfaktorer för munhälsan och den allmänna hälsan vid ett tandvårdsbesök. Tandvården kan anses vara en outnyttjad resurs för tidig upptäckt av faktorer som kan vara en risk för utveckling av ohälsa i munnen, där också den allmänna hälsan kan påverkas. Detta belyser ytterligare behovet av en utveckling av en kunskapsbaserad nationell riskbedömningsmodell för att möjliggöra mer behovsbaserad vård.

Socialstyrelsen bedömer att en hållbar utveckling av tandvården kräver ett helhetsperspektiv där munhälsa integreras ytterligare i den övriga hälso- och sjukvården. Detta synsätt bygger på en växande kunskap om sambandet mellan munhälsa och allmän hälsa och ligger också i linje med en internationell utveckling¹²⁰. Långsiktig finansiering av kvalitetsregister och klinisk forskning lyfts också fram som avgörande för att driva innovation och kvalitetsutveckling inom tandvården¹²¹.

Målet är att säkerställa förutsättningar för en utveckling mot en mer jämlik tandvård och munhälsa av hög kvalitet för alla, oavsett hälso- och funktionstillstånd, boendeort eller socioekonomisk status.

Hälso- och sjukvårdens hållbarhet i kris och under höjd beredskap

En viktig del i en stabil och långsiktigt hållbar hälso-, sjuk- och tandvårdsorganisation är att den är rustad att klara yttre påfrestningar.

Hälso-, sjuk- och tandvården ska fungera i kris såväl som under höjd beredskap. Förutsättningarna för hälso- och sjukvården förändras av förklarliga skäl om det sker kraftiga öknings av sjuka eller krigsskadade människor. Antalet, eller sammansättning av, patientflöden spelar dock ingen roll för kraven på hälso- och sjukvårdens hållbarhet; hälso- och sjukvården ska utifrån lagar och förordningar vara hållbar i kris såväl som i krig. Hälso-, sjuk- och tandvården har en stor och central roll i det civila försvaret så att exempelvis sjukvård fungerar och kan hantera även ett ökat vårdbehov. Eftersom förberedelser för civilt försvar sker under vanliga samhällsförhållanden är krisberedskap och civilt försvar nära kopplade till varandra. Krisberedskap och civilt försvar blir därför också ömsesidigt förstärkande. Samtidigt är krisberedskap och civilt försvar beroende av

¹²⁰ Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Genève: WHO; 2024.

¹²¹ Tandvården och Vårdansvarskommittén: Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet. Socialstyrelsen; 2025.

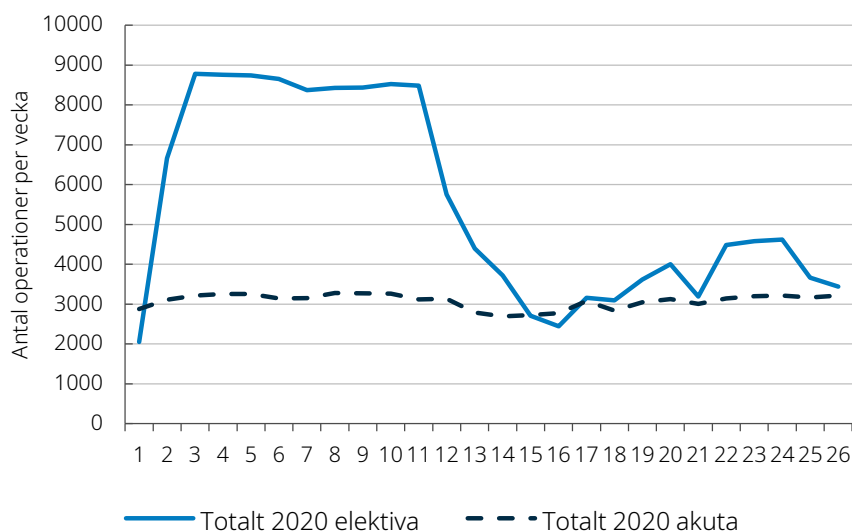
stabiliteten i den vardagliga hälso-, sjuk- och tandvården. Om det inte finns en stabilitet och uthållighet under normaldrift av hälso- och sjukvården eller tandvården kan vi inte förvänta oss en hållbar hälso-, sjuk- och tandvård i kris och krig. Det är nämligen samma personal som ska utföra sjukvården i kris och krig som under normaldrift. Vi kan bygga upp lager av sjukvårdsprodukter, men i kris och krig är det samma personal som utför avancerad vård som under normaldrift av hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens hållbarhet i kris

Coronapandemin innebar den största belastningen på hälso- och sjukvårdens krisberedskap av nutida hälso- och sjukvård. Pandemin innebar stora konsekvenser för patienter, inte bara de som drabbats av svår sjukdom på grund av covid-19, utan också för patienter som fick längre väntetider till vård. Trots konsekvenserna för många patienter uppvisade det svenska hälso- och sjukvårdssystemet på en stor förmåga att prioritera om resurser för att hantera en extrem krissituation.

Figur 30 visar ett exempel på hur hälso- och sjukvårdssystemet hanterade coronapandemin. Figuren visar antal akuta och elektiva operationer per vecka under de första veckorna av 2020, det vill säga början på coronapandemin. Vecka 11 började bristen på personal inom intensivvård bli akut och för att frigöra personal från operationsalar till intensivvård av covid-19-patienter nedprioriterades elektiva operationer¹²². Nedprioriteringen fortsatte under kommande veckor och vecka 16 var prioriteringarna som hårdast under pandemin.

Figur 30. Antal akuta och elektiva operationer per vecka 2020.



Källa: Svenskt perioperativt register (SPOR).

¹²² Kirurgiska ingrepp som kan senareläggas eller inte genomföras alls utan fara för patienten.

Figur 30 visar även att hälso- och sjukvården trots ett mycket stort inflöde av patienter klarade att upprätthålla oförändrad nivå av akutkirurgiska operationer, exempelvis operationer av patienter som skadats allvarligt i bilolyckor, patienter som opererats på grund av sjukdomar eller gravida kvinnor som behövde akuta kejsarsnitt. Patienter som behövde akuta operationer fick det opåverkat av pandemin. Hälso- och sjukvårdssystemet klarade alltså av att göra mycket omfattande omprioriteringar i delar av hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt som andra delar av verksamheten var under normaldrift. Även om coronapandemin innebar stora konsekvenser för patienter, närstående och personal var hälso- och sjukvårdssystemet – som system betraktat – hållbart för den största hälsokrisen i modern tid.

Civilt försvar

Även om det finns likheter och synergier mellan krisberedskap och civilt försvar finns det även fundamentala skillnader. Framför allt finns en stor skillnad i inflödet att traumapatienter mellan fred och krig. Dessutom behöver hälso- och sjukvården behandla helt nya skador. International Committee of the Red Cross, ICRC, slår i sin manual för krigstraumavård fast att ”[w]ar wounds are different. The extent of tissue destruction and contamination seen in war injuries is nothing like what is seen in everyday trauma practice”¹²³.

Under 1990-talet nedprioriterades det civila försvaret med anledningen av den säkerhetspolitiska avspänning som följde på upplösningen av Sovjetunionen och Warszawapakten. När Ryssland annekterade Krim 2014 förändrades det säkerhetspolitiska läget i Europa återigen och den svenska säkerhetspolitiken ändrades därefter. Regeringen slog 2015¹²⁴ fast att planeringen för totalförsvaret skulle återupptas.

År 2018 inkluderades hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar i överenskommelser mellan staten och dåvarande Sveriges kommuner och landsting, SKL. Staten och SKR tecknade också tilläggsöverenskommelser om försörjningsberedskap för läkemedel 2022, 2023 respektive 2024, och för medicinteknik och personlig skyddsutrustning 2024.

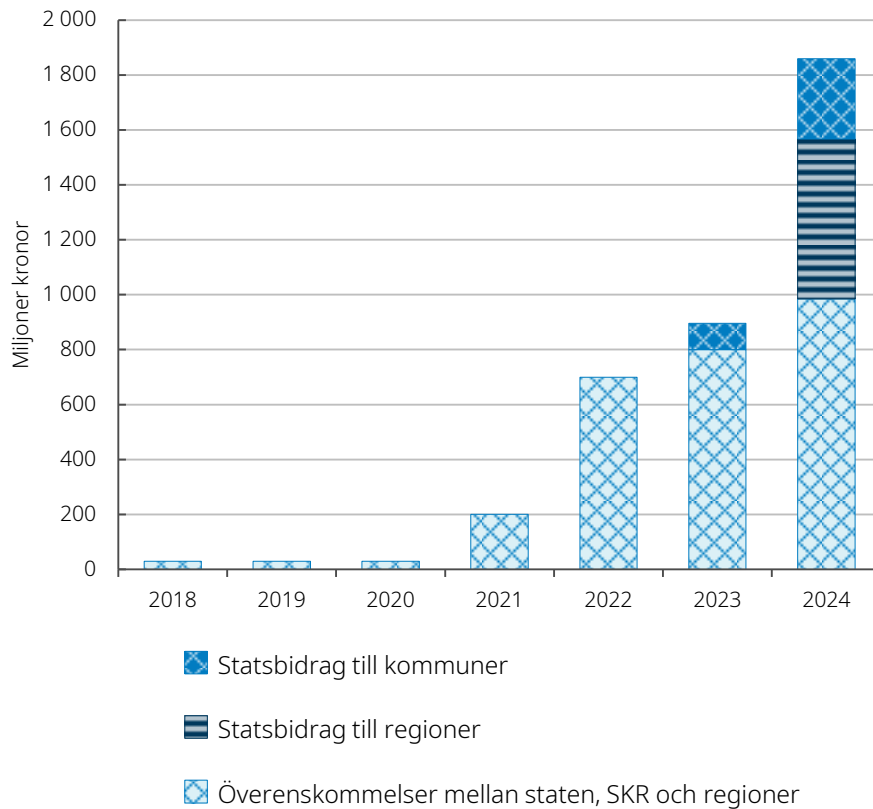
Från och med 2023 tillkom statsbidrag för kommuners arbete med socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens beredskap. Från 2024 började regionerna få statsbidrag för arbete med civilt försvar. Regioner fick även statsbidrag 2024 specifikt för arbete med skyddade vårdlokaler, höjning av driftsäkerhet och ökad vårdkapacitet. Som figur 31 visar ökade tilldelningen av medel till regionernas arbete med civilt försvar

¹²³ Giannou C, Baldan M. War Surgery, vol. 1. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2010.

¹²⁴ Försvarspolitik inriktning – Sveriges försvar 2016–2020 (prop. 2014/15:109).

markant under perioden 2018–2023. Tilldelningen av medel 2024 var totalt 62 gånger högre än för respektive år mellan 2018 och 2020. Från 2023 fick även kommunerna öronmärkta statsbidrag för arbete med civilt försvar inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Figur 31. Statliga medel till regioner och kommuner för arbete med civilt försvar.



Källa: Socialdepartementet.

Räcker de tillförda resurserna för att göra socialtjänsten, tandvården och hälso- och sjukvården hållbar i krig? Svaret på den frågan är beroende på vilken grad av påfrestning som ett krig skulle innebära. Handlar det om att bistå allierade Natoländer med stöd från svensk sjukvård, eller handlar det om att omhänderta ett mycket stort antal krigsskadade civila och soldater från strider inom Sverige och Europa? Socialstyrelsen har utvärderat regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens del av det civila försvaret sedan 2021 och kan konstatera att regionerna har gjort betydande framsteg. Samtidigt står det klart att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ännu inte är hållbart för ett krisscenario som omfattar ett mycket stort skadeutfall. För att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart för ett krisscenario med ett mycket stort antal skadade krävs betydande fortsatta förstärkningar av såväl personal som sjukvårdsprodukter¹²⁵.

¹²⁵ Stärkt försvarsförmåga, Sverige som allierad (Ds 2024:6).

Svensk sjukvård stöttar den ukrainska vården

En viktig del i att stärka beredskap och långsiktig hållbarhet är att lära av händelser i vår omvärld. Sedan Rysslands invasion av Ukraina inleddes i februari 2022 har den svenska hälso- och sjukvården bidragit till stödet till Ukraina genom att bland annat erbjuda vård till ukrainska patienter.

Sverige har aldrig tidigare erbjudit värdlandsstöd på det här sättet, därför har en helt ny process för samverkan mellan deltagande aktörer etablerats. Processen bygger på att Katastrofmedicinskt centrum i Östergötland, på uppdrag av Socialstyrelsen, samordnar och leder en operativ grupp bestående av representanter från universitetssjukvårdsregionerna, SKR och Socialstyrelsen. När förfrågningar kommer via det europeiska samordningsorganet Emergency Response Coordination Centre, ERCC, vidareföredas de till Katastrofmedicinskt centrum, som efter samråd med regionerna förmedlar eventuella svenska erbjudanden om vård till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB. MSB ansvarar för att genomföra de medicinska transporter och har en nära dialog med de regioner som ska ta emot patienterna. Regionerna får ersättning från Migrationsverket för den vård som ges till ukrainska patienter.

Sedan krigets start har Sverige tagit emot över 200 ukrainska patienter, som har vårdats på sjukhus i landets samtliga sjukvårdsregioner. Inledningsvis rörde det sig främst om kroniskt sjuka civila patienter varav en majoritet var onkologipatienter. Efter hand förändrades bilden och det blev allt fler krigsskadade patienter, både civila och militära. Av de patienter som hittills har tagits emot är cirka 25 procent krigsskadade.

Utöver att stödja Ukraina innebär omhändertagandet en kompetensutveckling av den svenska vården utifrån att man får hantera skador som annars är ovanliga i Sverige. Patienterna fördelas mellan regionerna utifrån tillgänglig kapacitet i vården för att undvika undanträngningseffekter. Omkring hälften av patienterna har vårdats i Region Stockholm.

Sverige stöttar även den ukrainska hälso- och sjukvården på plats. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att samordna samarbetet med Ukraina på socialpolitikens och hälso- och sjukvårdens område. I uppdraget ligger att utveckla ett program för stöd för att möjliggöra för myndigheter och andra offentliga aktörer, på nationell, lokal och regional nivå, samt deras företrädare, att bidra till kunskapsöverföring och kapacitetsbyggande i Ukraina. Genom till exempel vänortssamarbeten stöttar flera regioner och kommuner Ukraina i akuta insatser. Det handlar bland annat om att skänka medicinteknisk utrustning och läkemedel, och att svenska sjukhus tar emot

patienter från Ukraina¹²⁶. Även SKR har omfattande samarbeten med Ukraina i olika frågor genom främst SKR:s internationella del, SALAR International. SALAR International driver projekt som rör decentralisering, lokalt självstyre och lokal förvaltning, återuppbyggnad samt kommunal avfallshantering. De har också gett input på ansvarsområden inom hälso- och sjukvården som bör ligga på de ukrainska kommunerna¹²⁷. SALAR för diskussioner om att utveckla ett samarbete på hälso- och sjukvårdsområdet. SKR tar regelbundet emot studiebesök från Ukraina och många svenska kommuner och regioner stöttar på olika sätt Ukraina med utrustning av olika slag, bland annat medicinskteknisk utrustning, läkemedel, ambulanser och andra fordon samt elverk. Insatserna utgår i vissa fall från redan etablerade vänortssamarbeten och utrustningen som skänks förmedlas ofta genom svenska statliga myndigheter eller civilsamhällesorganisationer.

Läkemedelsverket har ett samarbetsavtal med det ukrainska hälsodepartementet om att bidra till uppbyggnaden av en ny läkemedelsmyndighet¹²⁸. Samarbetet framåt omfattar bland annat kunskapsutbyte om godkännanden, säkerhetsövervakning, kliniska prövningar, inspektion, parallellimport, farmakopé, kommunikation, EU-samarbete och digitalisering. Läkemedelsverket har även haft regeringsuppdrag om att bistå MSB med att samordna stöd avseende läkemedel¹²⁹ – främst att hantera erbjudanden om att donera läkemedel och att se till att donationerna av läkemedel möter Ukrainas önskemål. Folkhälsomyndigheten, Fohm, har indirekta kontakter i folkhälsofrågor med sin motsvarighet i landet¹³⁰. Myndigheten har skickat material som efterfrågats och diskussioner har inletts med Fohm:s motsvarighet i Ukraina och andra viktiga aktörer om hur en behovsanalys inom folkhälsoområdet skulle kunna tas vidare.

¹²⁶ Kartläggning över svenska aktiviteter inom hälso- och sjukvårdssektorn som stöttar Ukraina Dnr. 48989/2024. Stockholm. Socialstyrelsen; 2024.

¹²⁷ I samarbete med ”The All-Ukrainian Association of Amalgamated Territorial Communities”, AATC.

¹²⁸ Hämtad 24/10/11. <https://www.lakemedelsverket.se/sv/nyheter/nytt-samarbetsavtal-ska-starka-ukrainas-lakemedelsmyndighet>.

¹²⁹ Läkemedelsverket. Samordning av transporter av läkemedel till Ukraina. Hämtad 24-10-11 från <https://www.lakemedelsverket.se>.

¹³⁰ The International Association of National Public Health Institutes.

Har vi tillgång till hälso-, sjuk- och tandvård när vi behöver?

En viktig grund för att hälso-, sjuk- och tandvård ska vara till gagn för individer och samhälle är att både vården och tandvården är, och också upplevs som, tillgängliga när dess tjänster behövs.

Tillgänglighet är dock ingen endimensionell fråga – det handlar exempelvis om väntetider och köer, men även om den geografiska närheten till olika verksamheter på basnivå såväl som specialistnivå och om att ha ekonomiska möjligheter att nyttja den vård och tandvård som finns att tillgå. Det handlar också om mjukare värden som huruvida man blir bemött på ett sätt som gör att man känner sig välkommen och trygg, att man har möjlighet att orientera sig i verksamheterna och att rätt resurser finns på rätt plats.

Bristande tillgänglighet kan vara en fråga om resursbrist, men det kan också handla om systematiska ojämlikheter, diskriminering eller helt enkelt ett system som är utformat på ett exkluderande sätt – exempelvis i form av begränsade öppettider, otillräcklig eller otydlig information eller undanträngningseffekter.

Tillgänglighet hör även nära samman med en hållbar hälso-, sjuk- och tandvård, specifikt hållbarhetsmål 3 i Agenda 2030, *God hälsa och välbefinnande*. Många av delmålen är omöjliga att uppnå med en bristfällig tillgänglighet, och delmålet 3.8 berör specifikt tillgången till hälso- och sjukvård: ”*Tillgängliggör sjukvård för alla: Åstadkomma allmän hälso- och sjukvård för alla, som även skyddar mot ekonomisk risk, tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin av god kvalitet*”¹³¹.

Allmän hälso- och sjukvård för alla handlar om vård som är tillgänglig för hela befolkningen, där alla relevanta vårdinsatser ingår, och där vården ska ges utan att utsätta individen för alltför stor ekonomisk utsatthet. I en svensk kontext har tandvård en större grad av självfinansiering inom det statliga tandvårdsstödet. Det bidrar till att man inte når upp till målet för vissa grupper i samhället, även om diskussioner pågår om hur tandvårdssystemet i större utsträckning kan närma sig hälso- och sjukvården.

Ett sätt att stärka tillgängligheten till hälso- och sjukvården är vårdgarantin, som är en lagstadgad rättighet som innebär att regionen ska erbjuda den som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid. Exempelvis ska medicinsk bedömning i primärvården erbjudas inom tre dagar eller besök inom den

¹³¹ Globala målen – god hälsa och välbefinnande. Hämtat 2025-01-13 från <https://globalamalen.se>.

planerade specialiserade vården inom 90 dagar, efter att beslut om vård har fattats.

Fyra av kärnindikatorerna berör direkt tillgänglighet på olika vis:
kärnindikator 4: Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar,
kärnindikator 5: Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri, kärnindikator 6: Överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt kärnindikator 7: Tandvårdsundersökning de senaste tre åren.

Tillgänglighet i olika delar av hälso-, sjuk- och tandvården

I följande kapitel redovisar vi hur tillgängligheten till vård ser ut i form av väntetider, med hjälp av ett antal indikatorer. Majoriteten av dessa indikatorer är framtagna utifrån de tidsgränser som slagits fast inom ramen för vårdgarantin. Här beskrivs även antal individer som genomgått en basundersökning i tandvården de senaste tre åren samt antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

Iakttagelser i korthet

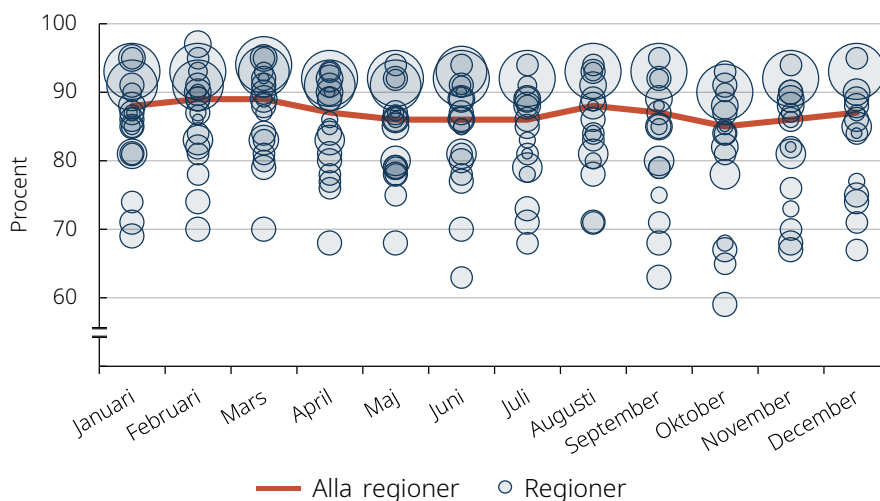
- Primärvårdens telefontillgänglighet varierar något över året, med högst tillgänglighet i februari, mars och augusti. Skillnader mellan regionerna är desto större.
- Majoriteten av regionerna förbättrade tillgängligheten till medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar under 2024, jämfört med 2023.
- Andelen genomförda operationer eller åtgärder inom 90 dagar sjönk något under 2023 i jämförelse med 2022. Skillnaderna mellan regionerna är stora.
- Andelen utredningar inom barn- och ungdomspsykiatri (bup) som påbörjas inom 30 dagar varierar kraftigt mellan regionerna.
- I majoriteten av regionerna har antalet överbeläggningar och utlokaliseringar minskat, i vissa regioner har minskningen varit påtaglig.
- Andelen vuxna över 24 år som genomgått en basundersökning i tandvården har de senaste åren sjunkit. Denna nedåtgående trend avstannade dock under mätperioden 2021–2023.
- Personer som bor i områden med stora eller mycket stora socioekonomiska utmaningar besöker tandvården för basundersökning i mycket lägre grad än de som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

Primärvårdens telefontillgänglighet varierar mellan regionerna

Enligt vårdgarantin har en person rätt till kontakt med primärvården samma dag. Ett sätt att mäta detta är att titta på i vilken utsträckning de som ringer till primärvården för rådgivning och/eller tidsbokning får kontakt under samma dag. Som figur 32 visar har telefontillgängligheten i landet som helhet varierat en del under 2024, men inte särskilt mycket¹³². Som lägst har den legat på 85 procent och som högst 89 procent. Något som också framgår av figuren är att tillgängligheten varierar stort mellan olika regioner, och några regioner har legat under 70 procent vissa månader.

Figur 32. Primärvårdens tillgänglighet per telefon.¹³³

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården av totalt antal samtal.



Källa: SKR.

Kärnindikator 4: Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

Indikatorn speglar andelen patienter som fått en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom 3 dagar. Indikatorn är hämtad från Väntetider i vården (SKR), och baseras på uppgifter som regionerna varje månad rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. Patienter som blivit erbjudna en kontakt inom

¹³² Sättet på vilket telefontillgängligheten i primärvården mäts har förändrats, från halvårsmätningar till månadsmätningar. Jämförelser över tid bör göras med det i åtanke. Vidare utgörs underlaget av 20 regioner, och för vissa regioner finns inte data för samtliga månader.

¹³³ Region Stockholm saknar värden. Region Skåne, Värmland och Halland har rapporterade värden från och med juli. Region Kronoberg har rapporterade värden till och med november.

vårdgarantins tidsgräns, men som själva valt att vänta längre tid, är inte inkluderade.

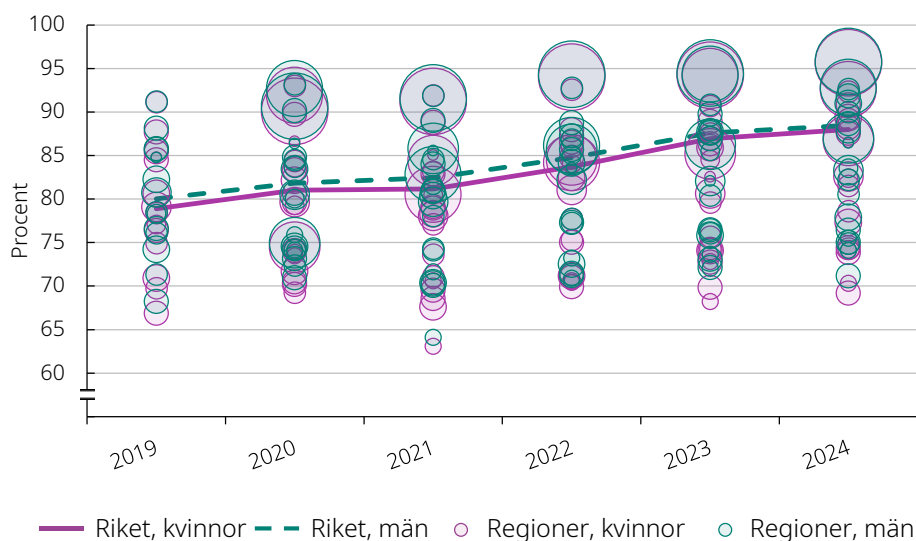
Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Den nationella vårdgarantin innebär att en region ska erbjuda en person som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid. Olika vårdinsatser har olika tidsgränser, när ett beslut om vård är fattat. I de fall en person bedöms behöva få en medicinsk bedömning så ska hen få det av legitimerad personal i primärvården inom tre dagar.

År 2024 fick 88 procent av patienterna en medicinsk bedömning inom tre dagar. Hur utvecklingen sett ut sedan 2019 redovisar vi i figur 33. Andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar har ökat stadigt under denna tidsperiod. År 2019 fick 79 procent av kvinnorna och 80 procent av männen en bedömning inom vårdgarantins tidsgräns. Motsvarande siffror för 2024 var 88 procent för kvinnorna och 88 procent för männen. Variationen mellan olika regioner är emellertid stor.

Figur 33. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar¹³⁴.

Andel patienter som fått medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar.



Källa: Väntetider i vården, SKR.

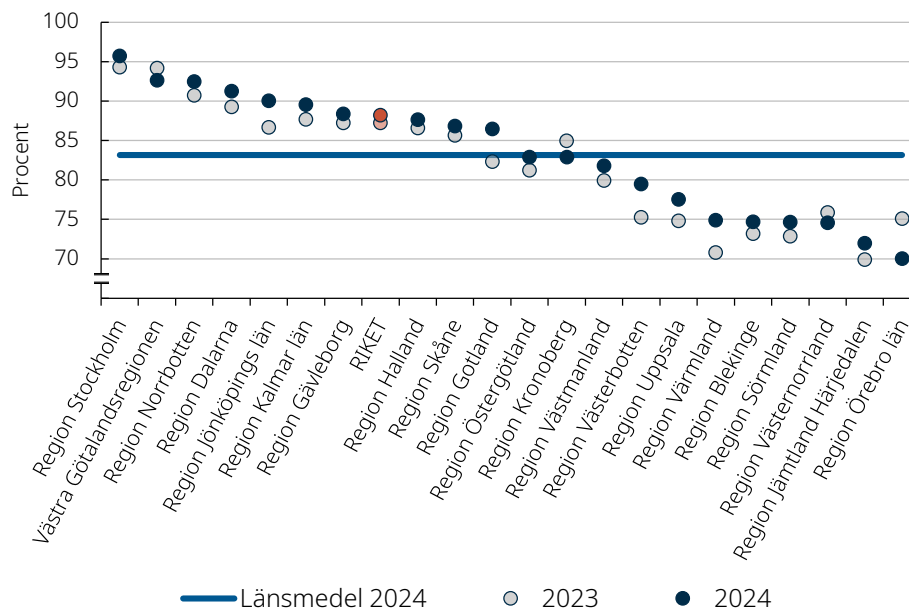
Hur tillgängligheten ser ut i regionerna åskådliggör vi i figur 34, som redovisar andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar under år 2023 och 2024, per region. Högst tillgänglighet under 2024 hade primärvården i regionerna Stockholm, Västra Götalandsregionen och

¹³⁴ För 2019 saknas värden för kvinnor för regionerna Gävleborg, Jämtland-Härjedalen, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västmanland, Västra Götaland och för män för regionerna Blekinge, Gävleborg, Jämtland-Härjedalen, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västmanland och Västra Götaland.

Norrbotten, medan primärvården i regionerna Örebro och Jämtland-Härjedalen hade lägst tillgänglighet. Figur 34 visar också att den stora merparten regioner förbättrade tillgängligheten till en medicinsk bedömning under 2024, i jämförelse med 2023. Regionerna Jönköping, Gotland, Västerbotten, Uppsala och Värmland förbättrade tillgängligheten mest. I ett fåtal regioner försämrades dock tillgängligheten.

Figur 34. Medicinsk bedömning i primärvård inom tre dagar de senaste två mätperioderna, uppdelat på region.

Andel patienter som fått medicinsk bedömning i primärvård (samtliga leg. yrken) inom tre dagar, uppdelat på region.



Källa: Väntetider i vården, SKR.

Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

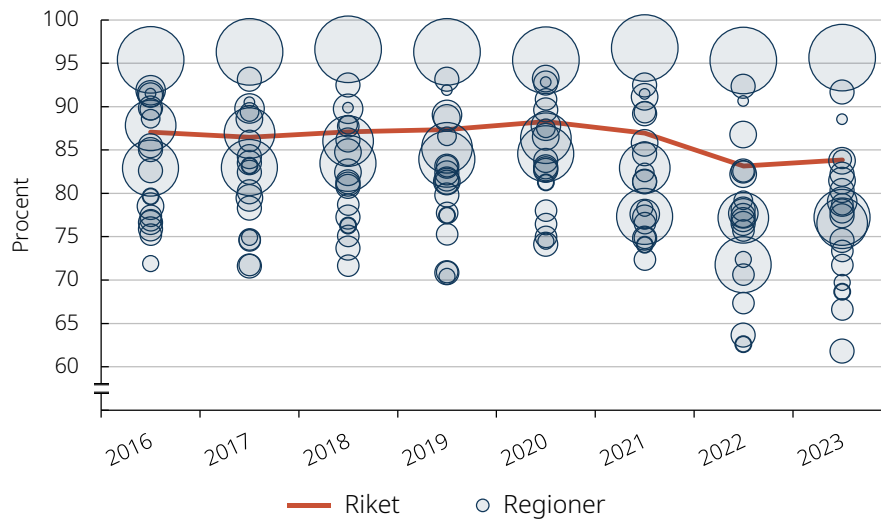
En annan tidsgräns som stipuleras i den nationella vårdgarantin är att en person som är aktuell för ett första besök inom den planerade specialiserade vården, ska erbjudas ett sådant inom 90 dagar.

Figur 35 visar utvecklingen sedan 2016. Andelen besök sjönk under 2021 och 2022, något som bland annat kan bero på pandemin. Under 2023 kan emellertid en viss förbättring skönjas. Andelen genomförda första besök ökade från 83 procent till 84 procent.

Något som kan noteras är de mycket stora skillnaderna mellan olika regioner. Högst andel genomförda besök fanns under 2023 i Region Stockholm, där 96 procent av besöken genomfördes inom vårdgarantins gräns. Lägst andel besök inom 90 dagar, 62 procent, genomfördes i Region Värmland.

Figur 35. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård.

Andel första besök som genomförts inom 90 dagar i specialiserad vård.



Källa: Väntetider i vården, SKR.

Genomförda operationer eller åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård

Den nationella vårdgarantin anger att patienten ska få tid för behandling eller operation inom 90 dagar från att beslut har tagits om att en sådan ska genomföras. Hur detta efterlevs är ytterligare ett mått på vårdens tillgänglighet.

Data från Väntetider i vården visar att andelen genomförda operationer eller åtgärder inom 90 dagar sjönk något under 2023 i jämförelse med 2022, från 81 procent till 80 procent. Det var andra året i rad med sjunkande andelar. Skillnaderna är mycket stora mellan regionerna. I Region Stockholm genomfördes högst andel operationer inom 90 dagar under 2023, 98 procent, och lägst andel genomfördes i Region Skåne, 62 procent.

Figur 36. Genomförda operationer eller åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård.

Andel operationer eller åtgärder som genomförts inom 90 dagar i specialiserad vård.



Källa: Väntetider i vården, SKR.

Kärnindikator 5: Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri

Indikatorn speglar andelen barn och unga som väntat i högst 30 dagar när de får utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Indikatorn är hämtad från Väntetider i vården (SKR), och baseras på uppgifter som regionerna varje månad rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. Patienter som blivit erbjudna en kontakt, men som själva valt att vänta längre tid, är inte inkluderade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Sedan 2011 finns det en nationell målsättning om en förstärkt vårdgaranti, som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning, eller ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Hur tillgängligheten följs upp förändrades 2021, då en ny och mer detaljerad modell för uppföljning infördes¹³⁵. Det behöver man ha i

¹³⁵ Data från tidigare år är inte lika strukturerad och saknar ibland värden. Det bör också noteras att det kan finnas skillnader i nivåstrukturering och/eller arbetssätt som återspeglas i hur data presenteras. Regionerna kan till exempel organisera sin verksamhet på olika sätt, eller om flera insatser görs vid samma kontakttillfälle.

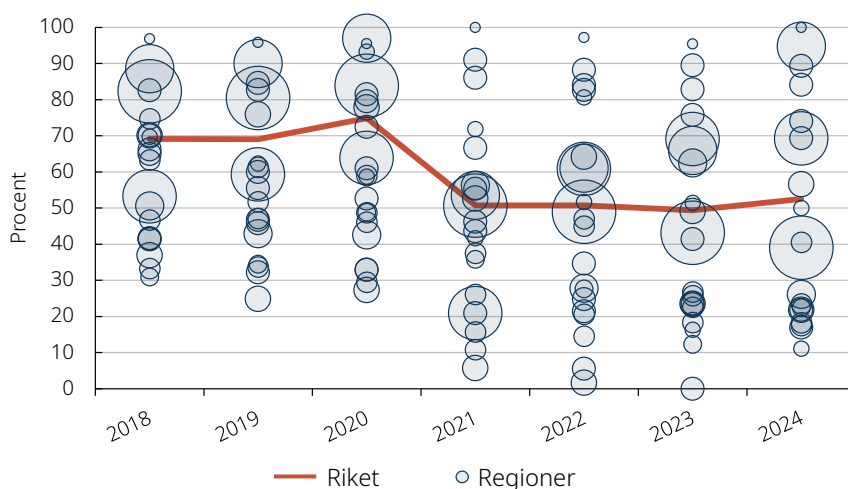
åtanke när man gör jämförelser mellan åren fram till och med 2020 och åren från 2021 och framåt.

Med det sagt visar figur 37 att andelen startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri ser ut att ha minskat från en nivå på cirka 70 procent 2018–2020 till en nivå på cirka 50 procent 2021–2024, det vill säga fler barn ser ut att behöva vänta längre än 30 dagar. Det ser under 2021 och 2022 ut att till stor del kunna förklaras av att flera av de större regionerna tar emot färre barn inom 30 dagar, medan det för 2023 och 2024 ser ut att vara en mycket stor spridning i hur regionerna kan möta kravet på initierad utredning eller behandling inom 30 dagar. Något som kan noteras är att indikatorn utvecklades positivt under 2024. En högre andel utredningar och behandlingar startades inom 30 dagar under året, 52 procent, i jämförelse med situationen 2023 då motsvarande siffra var 49 procent.

Utvecklingen av tillgängligheten till utredning och behandling inom BUP behöver ställas i relation till hur inflödet och vårdproduktionen sett ut under perioden. Det har skett en konstant och årlig ökning både av det totala antalet barn och det totala antalet vårdbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri under perioden 2018–2023. Många utredningar läggs även ut på upphandling, men det är oklart om det avspeglas i dessa siffror. Upphandlade utredningar kan avlasta vården men kan samtidigt innebära ökad fragmentisering. Det kan också bidra till ett ökat inflöde till den regiondrivna vården, om behandling inte ingår i uppdraget. Sammanfattningsvis kan man se att verksamheterna verkar ha svårare att möta det politiska målet om vård inom 30 dagar vilket även tidigare rapporter från SKR indikerat.

Figur 37. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri.

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri.

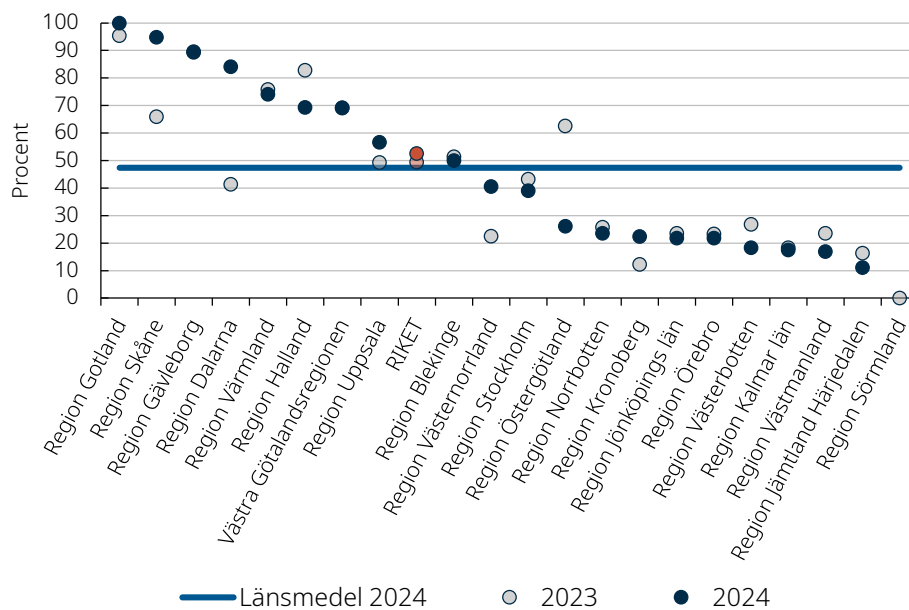


Not: Region Jämtland-Härjedalen saknar värden för 2018 och 2019 och Region Sörmland för 2024.
Källa: Väntetider i vården, SKR.

En jämförelse mellan 2023 och 2024 visar att andelen startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar ökat avsevärt i några regioner, såsom Skåne, Dalarna och Västernorrland, samtidigt som den sjunkit i till exempel Östergötland och Halland. Figur 38 visar även den mycket stora regionala spridning som finns för denna indikator, där samtliga utredningar och behandlingar i Region Gotland startades inom 30 dagar under 2024, medan 11 procent startades inom 30 dagar i Region Jämtland-Härjedalen.

Figur 38. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, uppdelat på region.

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, uppdelat på region.



Not: Region Sörmland saknar värde för 2024 och har 0 i värde för 2023
Källa: Väntetider i vården, SKR.

Kärnindikator 6: Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

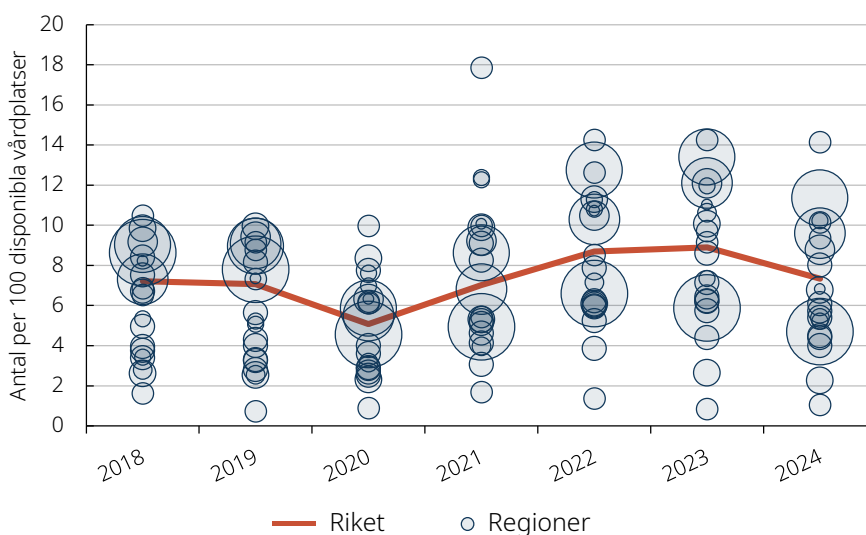
Indikatorn visar antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per 100 disponibla vårdplatser. Med överbeläggning avses att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten. Uppgifterna kommer från Vården i siffror (SKR).

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård har varierat sedan 2018. Under 2020 minskade antalet, något som bland annat torde hänga samman med den påverkan som coronapandemin hade på vårdkontakter och planerade behandlingar. Under åren 2021–2022 ökade framför allt antalet överbeläggningar men takten i ökningen mattades av under 2023. Under 2024 har antalet utlokaliserade patienter minskat i större utsträckning än antalet överbeläggningar. Även överbeläggningar har en nedåtgående trend, men ligger fortsatt på högre nivåer än före pandemin. Minskningen av antalet utlokaliserade patienter tyder på att de i högre utsträckning vårdas på avdelningar med uppdraget för det patientflöde patienten tillhör. Den långsammare minskningen av antalet överbeläggningar speglar den vårdplatsbrist som är beskriven i avsnittet *Vårdplatskapaciteten möter inte invånarnas behov*. Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser uppgick under 2024 till i genomsnitt 7,3.

Figur 39. Överbeläggningar och utlokaliseringar.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.



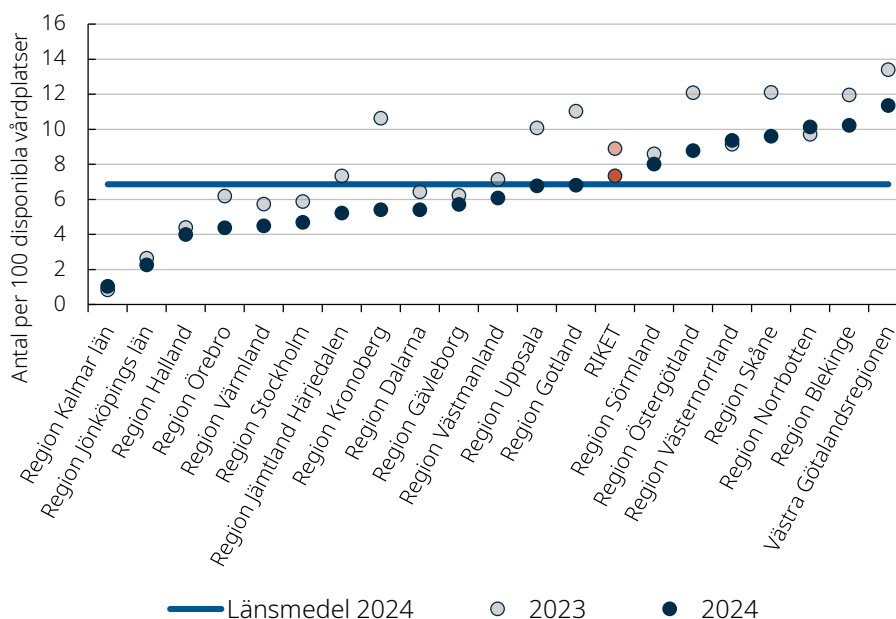
Källa: SKR.

De regionala skillnaderna har varit stora genom åren, och det fortsatte även under 2024. Under året uppgick den regionala spridningen till mellan 1,0 och 14,1 överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser.

En jämförelse av läget under 2024 med läget under 2023 visar på ganska stora förändringar mellan åren i flera regioner. I den stora merparten av regionerna har utvecklingen varit positiv i bemärkelsen att antalet överbeläggningar och utlokaliseringar har minskat, i vissa regioner har minskningen varit påtaglig. I några regioner är situationen relativt oförändrad mellan åren, och i ett fåtal har den försämrats något.

Figur 40. Överbeläggningar och utlokaliseringar.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.



Källa: SKR.

Kärnindikator 7: Tandvårdsundersökning de senaste tre åren

Indikatorn visar andelen personer per 100 invånare, 24 år och äldre, som genomgått en basundersökning i tandvården någon gång under de senaste tre åren. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

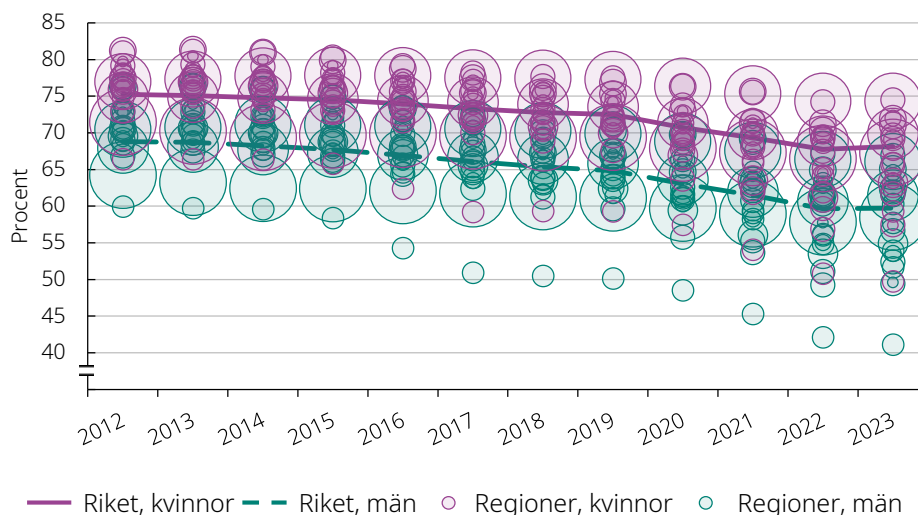
Andelen personer, 24 år och äldre, som besökt tandvården för en basundersökning någon gång under de senaste tre åren har sjunkit i flera år. I detta avsnitt redovisas de treåriga intervallerna utifrån deras slutår. För 2023 innebär det att statistiken avser andelen av befolkningen 2023 som gjort en basundersökning 2023 eller upp till två år tidigare, och andra årtal ska läsas på motsvarande vis. Den sjunkande trenden bröts under 2023, genom att en något högre andel kvinnor besökte tandvården för en basundersökning än under 2022. Ökningen var däremot liten, mindre än en halv procentenhet. Om det rör sig om ett reellt trendbrott eller inte behöver följas under åren som kommer. Bland män var ökningen obetydlig. Sett till befolkningen som

helhet besökte 64 procent tandvården för en basundersökning någon gång under mätperioden med slutår 2023.

Som figur 41 visar var det fortsatt betydligt vanligare att kvinnor besökte tandvården för en basundersökning än att män gjorde det, och så har det varit under hela den undersökta tidsperioden. Figuren visar också att det, precis som tidigare, fortsätter finnas relativt stora regionala skillnader. Kvinnor i Region Halland besökte tandvården för en basundersökning i högst utsträckning under 2023, med 74 procent av befolkningen. Män i Region Norrbotten besökte tandvården i lägst utsträckning, bara 41 procent.

Figur 41. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, 2012-2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Andel av befolkningen respektive år, som fått en basundersökning utförd någon gång under de senaste tre åren, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.

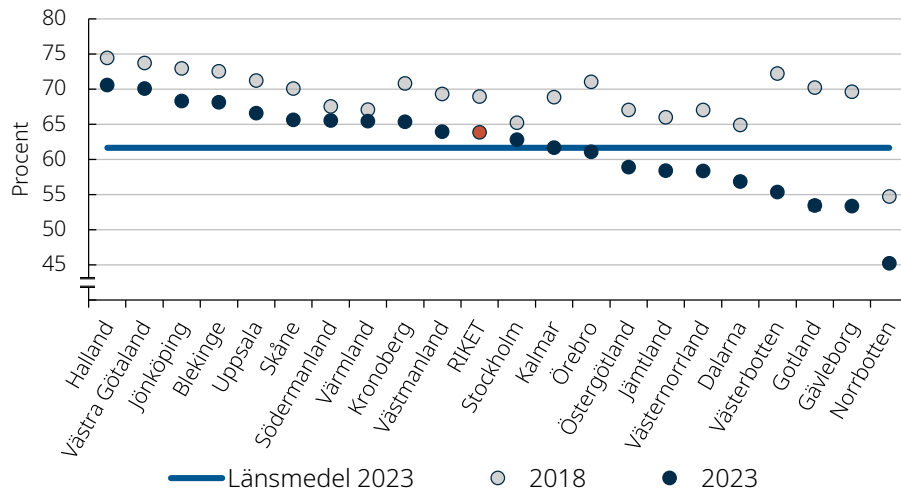


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 42 visar att andelen personer som besökt tandvården för en basundersökning sjunkit i samtliga regioner om man jämför perioderna med slutåren 2018 respektive 2023. Störst förändringar ses i regionerna Västerbotten, Gotland och Gävleborg.

Figur 42. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, 2018 och 2023, uppdelat på region.

Andel av befolkningen 2018 och 2023 som fått en basundersökning den senaste treårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.

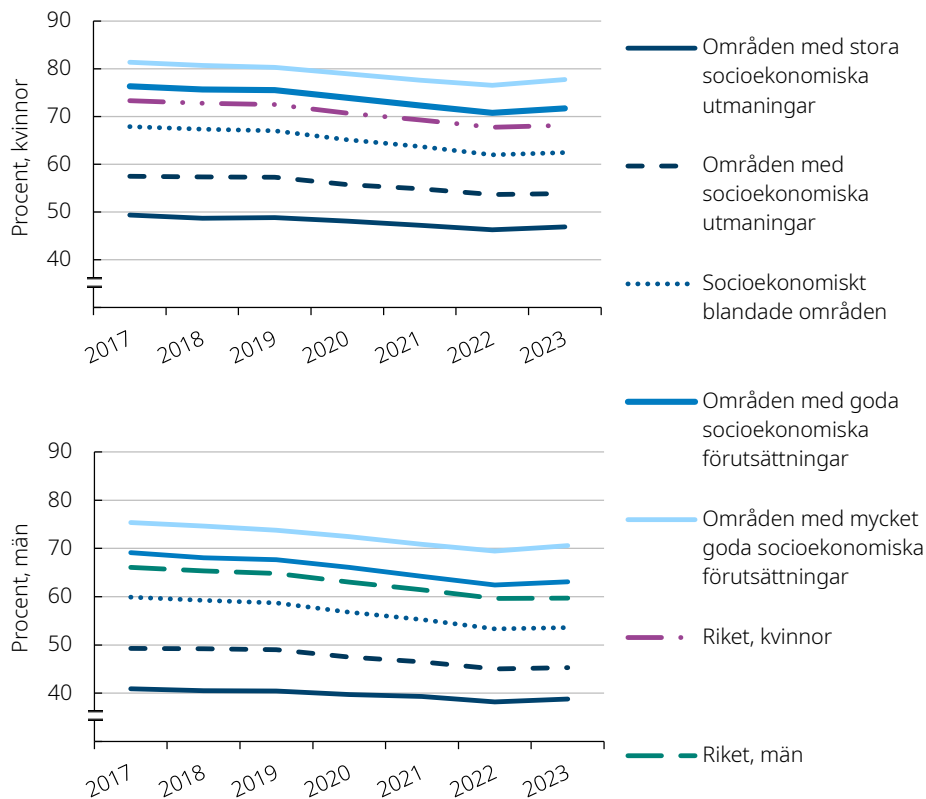


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Hur stor andel av befolkningen som besöker tandvården för en basundersökning skiljer sig kraftigt åt beroende på olika områdens socioekonomiska förutsättningar. Det gäller både kvinnor och män. Ju sämre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto lägre andel kvinnor och män besöker tandvården för en basundersökning. Som figur 43 visar är den inbördes ordningen mellan de fem områdestyper som används i denna rapport mycket stabil över tid. Statistiken visar att bland kvinnor boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar besökte 78 procent tandvården för en basundersökning under 2023 eller upp till två år tidigare. Samtidigt besökte inte fler än 39 procent av män i områden med stora socioekonomiska utmaningar tandvården för en basundersökning under samma tidsperiod.

Figur 43. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Andel av befolkningen respektive år, som fått en basundersökning utförd någon gång under de senaste tre åren, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Tillgänglighet – mer än bara siffror

Iakttagelser i korthet

- Hälsolitteracitet innebär förmågan att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information samt att förhålla sig kritisk till information som kommuniceras.
- Graden av hälsolitteracitet kan variera och är beroende av situation och sammanhang. En viss nivå av hälsolitteracitet hos individen behövs för att vården ska vara tillgänglig – det ökar möjligheterna att vara aktiv medskapare i sin vård.
- Ju mer komplex världen blir, och ju fler informationskällor man har, desto viktigare är det att kunna ta till sig och förstå viktig information om den egna hälsan.

- Tillgänglighet till vård kan också öka genom standardisering av hälsodata. Genom effektivare användning av data, mer effektiva processer i vården och digitala kontaktvägar för patienten ökar patientsäkerheten och vården blir mer tillgänglig.

Hälsolitteracitet är en nyckelfaktor för att vården ska vara tillgänglig

Hälsolitteracitet innebär förmågan att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information. Hälsolitteracitet handlar inte enbart om att förstå skriven text, utan också om att förhålla sig kritiskt till den information som kommuniceras¹³⁶.

Förutsättningar för hälsolitteracitet är individuella sociala och kognitiva färdigheter och tillgång till relevant och tillförlitlig information, men graden av hälsolitteracitet kan även variera hos en och samma individ beroende på situation och sammanhang^{137 138 139}. Nivån på hälsolitteracitet kan även variera mellan olika grupper i befolkningen¹⁴⁰. Ju mer gynnsamma förhållanden en person har, desto bättre är möjligheterna till en god hälsa¹⁴¹. En viss nivå av hälsolitteracitet behövs för att individer själva ska kunna främja sin hälsa, lösa hälsoproblem och vara aktiva medskapare i sin vård samt för att kunna fatta kloka beslut i vardagen^{142 143}.

En värld som ständigt utvecklas innebär ökade krav på såväl individ som hälso- och sjukvården att förstå och följa aktuell information och forskning som berör hälsofrågor. Förutsättningarna att fatta bra beslut varierar mellan människor och över tid, och påverkas även av den stress som exempelvis ohälsa eller negativa besked kan skapa¹⁴⁴. Svag hälsolitteracitet bidrar till att individen gör mindre hälsosamma val, riskbeteende, sämre hälsa, minskad förmåga att ta hand om sig själv samt mer sjukhusvård¹⁴⁵.

¹³⁶ Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen* 2011;108:51-52.

¹³⁷ Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen* 2011;108:51-52.

¹³⁸ Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998;13:249-64.

¹³⁹ Mårtensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon. A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2011;26:151-60.

¹⁴⁰ Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

¹⁴¹ Sørensen K, Van den Broecke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(80):1–11.

¹⁴² Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen* 2011;108:51-52.

¹⁴³ Hälsolitteracitet. Förmågan att få tag på, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa. Hämtad 2024-12-18 från: <http://www.halsolitteracitet.se/>.

¹⁴⁴ Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen* 2011;108:51-52.

¹⁴⁵ Health literacy: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2013.

Inte bara individer, utan även organisationer behöver vara hälsolitterata. En hälsolitterat organisation gör det enkelt för människor att navigera, förstå och använda information och tjänster för att kunna ta hand om sin hälsa. På flera håll pågår arbete för att förbättra hälso- och sjukvårdens kommunikation med patienter^{146 147}.

Hur kan digitaliseringen öka tillgängligheten?

E-hälsa står för att utbyta information digitalt och att använda digitala verktyg för att uppnå och bibehålla hälsa hos befolkningen. Genom att ta vara på de möjligheter som digitaliseringen erbjuder kan den enskilde i också bli mer delaktig i sin vård och omsorg. Vården och omsorgen kan bli mer patient- och rättssäker och effektiv. En viktig del inom e-hälsa handlar om att standardisera formatet för de hälsodata som dokumenteras och delas om den enskilde, vilket ökar patientsäkerheten och rättssäkerheten när hälsodata återanvänds i olika delar av processen, så kallad primäranvändning. Standardiseringen bidrar också till att hälsodata i större utsträckning kan delas och återanvändas för statistik och forskning, så kallad sekundäranvändning.

Standardiseringen av hälsodata skapar förutsättningar för en säker hantering av data i vårdens informationssystem, vilket är en förutsättning för mer effektiv primär- och sekundäranvändning av data, mer effektiva processer i vården, digitala kontaktvägar för patienten, ökad patientsäkerhet och tillgänglighet till sjukvården.

Det finns en bred samstämmighet kring digitaliseringens möjligheter, men fortfarande finns få exempel på breddinförda lösningar som har resulterat i en ökad förmåga att möta utmaningarna som hälso- och sjukvården står inför. En förklaring till varför digitaliseringen ännu inte nått sin fulla potential är att lösningarna ofta utgår från ett tekniskt perspektiv och inte ett verksamhetsperspektiv, en annan är ett fokus på att implementera ”snabba och enkla” lösningar, som legat nära tillhands och som inte krävt ett alltför omfattande förändringsarbete. En tredje är oförmågan att samarbeta i tillräckligt hög grad.

Digitala patienttjänster används idag brett i alla regioner. Dit hör digitala alternativ till det fysiska vårdmötet, elektroniska kallelser liksom självservicetjänster för receptförnyelse och åtkomst till den egna journalen. Ett område på snabb framfart är distansmonitorering av de vanligaste folksjukdomarna. Men för att vi ska nå de mål som finns för vården, behöver digitalt stöd utvecklas inte bara för patienten och för interaktionen mellan

¹⁴⁶ Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Krafttag ska förbättra hälso- och sjukvårdens kommunikation med patienter. Hämtad 2025-02-21 från <https://sahlgrenskaliniv.se>

¹⁴⁷ Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård. Slutrapport projekt Omställning Dalbo. Hämtad 2025-02-21 från <https://www.hfsnatverket.se>.

patient och sjukvård, utan också för vårdens medarbetare. Det handlar om en rad olika typer av stöd, till exempel journalsystem, systemstöd för medicinska specialiteter, stöd för bildiagnostik och läkemedelshantering och administrativa stöd för hantering av remisser och schemaläggning.

Det pågår även arbete med att ta fram en plan för att möjliggöra en nationell vårdförmedling, för att kunna erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider. En förutsättning för detta är att det finns en nationell digital infrastruktur, något som i viss utsträckning är tänkt att finnas på plats under 2025.

Överenskommelser och uppdrag om e-hälsoutvecklingen stärker både tillgänglighet och kvalitet

Den tidigare överenskommelsen om Vision e-hälsa 2025, mellan regeringen och dåvarande Sveriges kommuner och landsting, har varit en drivkraft sedan den tillkom 2016¹⁴⁸. Syftet var att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Syftet kvarstår alltjämt, men förutsättningarna som arbetet måste förhålla sig till har delvis förändrats.

Mot denna bakgrund har regeringen och SKR tagit ett nytt steg i sitt samarbete under 2024, med mer fokus på dialog mellan flera centrala aktörer som bidrar till grundläggande förutsättningar för utvecklingen av e-hälsa. En ny överenskommelse – Forum för framtidens hälso- och sjukvård och socialtjänst – har undertecknats av Regeringskansliet och SKR under hösten 2024¹⁴⁹.

Det övergripande målet med överenskommelsen är att tillvarata de möjligheter som nya arbetsätt ger för att skapa bättre förutsättningar för hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter, till nytta för medarbetare, patienter, brukare med flera.

Regionerna har, med stöd av SKR identifierat tio prioriterade områden inom vårdens digitala infrastruktur. Allra viktigast för regionerna är att staten och vårdhuvudmännen samverkar mot ett gemensamt mål, tydliga samarbetsformer och att nyttja kompetens och lösningar som redan finns på plats.

¹⁴⁸ Socialdepartementet. Vision e-hälsa 2025. Hämtad 2024-12-12 från <https://www.regeringen.se>.

¹⁴⁹ Socialdepartementet. Forum för framtidens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Hämtad 2024-12-12 från <https://skr.se>.

I april 2024¹⁵⁰ presenterade E-hälsomyndigheten ett förslag till färdplan för en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. I uppdraget har ingått att analysera och presentera vilka förmågor staten behöver etablera för att bygga upp en väl fungerande nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Infrastrukturen ska bestå av en rad olika komponenter och strukturer, exempelvis inom områden som säkerhet, identitet, standarder och interoperabilitet, arkitektur och juridik. Den ska också kunna uppfylla kraven i den nya förordningen om europeiska hälsodata, European Health Data Space, EHDS. Läs mer i avsnittet *Ett europeiskt hälsodataområde*.

E-hälsomyndigheten har under 2024 också etablerat ett Nationellt råd för interoperabilitet inom hälsa, vård och omsorg¹⁵¹. I rådet samlas deltagare från vårdgivare, professionsföreningar, myndigheter, näringsliv, standardiseringsorgan och akademi, alla med lång erfarenhet av standardisering och informationshantering i hälso- och sjukvården.

God och nära vård – en omställning med mål att förbättra tillgängligheten

Iakttagelser i korthet

- Omställningen till god och nära vård handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är central.
- Medicinsk och teknisk utveckling gör stora framsteg och befolkningens förväntningar på kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet ställer andra krav på hälso- och sjukvården.
- Behovet av hälso- och sjukvård och äldreomsorg förväntas bli allt större de kommande 20 åren och det medför ett stort behov att frigöra resurser för att möta de behov och förväntningar som finns.
- I hälso-, sjuk- och tandvården finns det en stor uppslutning kring omställningens syfte och mål, men den har ännu inte med kraft lyckats nå ut till invånarna.

¹⁵⁰ Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Slutredovisning S2023/02108. E-hälsomyndigheten; 2024.

¹⁵¹ E-hälsomyndigheten. Nationellt arbete för interoperabilitet inom hälso- och sjukvården. Hämtad 2024-12-12 från <https://www.ehalsomyndigheten.se>.

- Någon större omfördelning av resurser till primärvården syns ännu inte, däremot uppger flera regioner att man fattat beslut om att budgetera en högre andel av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården framöver.
- Primärvårdens verksamheter uppger att de inte fått förutsättningar att nå omställningens mål, att resurser saknas och arbetsmiljö och kompetensförsörjning är en utmaning.
- Bristen på resurser i primärvården gör det svårt att prioritera hälsofrämjande arbete.

Arbetet med omställningen till god och nära vård kan sägas ha börjat med överlämnandet av betänkandet Effektiv vård¹⁵² som lade grunden för omställningen. Omställningen pågår i kommuner och regioner och syftar till en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sammanhållet, med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Det vill säga tillgänglighet i en bred bemärkelse. Det är inte en ny organisationsform eller vårdnivå, utan handlar om ett förhållningssätt som avser en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan regioner och kommuner är central.

Hälso- och sjukvården befinner sig i ständig utveckling. Ny kunskap och ny teknik skapar förutsättningar att bedriva bättre hälso- och sjukvård. Men samtidigt finns det utmaningar. Arbetet med att förbättra tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet behöver fortsätta. Därtill ställer den demografiska utvecklingen, med en växande befolkning och en ökande andel äldre, särskilda krav på hälso- och sjukvårdens resurser. Det krävs nya arbetssätt och strukturer för att möta dagens, men även framtidens, utmaningar och möjligheter.

De medicinska resultaten i svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och står sig väl i jämförelse med andra länder, men precis som i andra länder står hälso- och sjukvården inför en rad långsiktiga strukturella utmaningar som att befolkningen lever allt längre samt att antalet äldre ökar snabbare än befolkningen i arbetsför ålder¹⁵³. Medicinsk och teknisk utveckling gör stora framsteg och befolkningens förväntningar på kvalitet, kontinuitet och tillgänglighet ställer andra krav på hälso- och sjukvården. Idag lever man längre med fler kroniska tillstånd vilket gör att andra frågor som förebyggande åtgärder, livsstil och kontinuitet spelar större roll. Befolkningens behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg förväntas bli allt större de kommande 20 åren och behovet av att frigöra resurser för att möta de behov och förväntningar som finns är stort¹⁵⁴. En stor del av landets

¹⁵² Effektiv vård (SOU 2016:2).

¹⁵³ God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

¹⁵⁴ Redo för framtiden? Stockholm: Myndigheten för Vård och omsorgsanalys; 2024. Rapport 2024:1.

hälso- och sjukvårdsresurser läggs idag på den del av befolkningen som har många långvariga och allvarliga åkommor samtidigt. Denna grupp är förhållandevis liten men förväntas öka. Omställningen till en god och nära vård är en viktig del i att på ett effektivare sätt kunna möta dessa behov genom ökat fokus på till exempel egenvård, möjlighet till egenkontroll, ökat fokus på hälsofrämjande insatser, samverkan och delaktighet¹⁵⁵, områden där Sverige i internationella jämförelser inte står sig lika bra¹⁵⁶.

Målet med omställningen

Omställningen till en personcentrerad och integrerad vård sker i hela västvärlden. Det innebär att hälsosystemet utgår från en bredare helhetssyn på hälsa och ett ökat fokus på hela människan genom hela livet och att människor ges större möjlighet att spela en mer aktiv roll för sin egen hälsa. I praktiken innebär det ökad personcentrering och delaktighet, ökad kontinuitet och ökat fokus på hälsofrämjande insatser^{157 158}.

Den svenska hälso- och sjukvården har under några decennier haft fokus på att specialisera och optimera hälso- och sjukvården i de olika delarna var för sig, vilket utifrån dagens förändrade behov ger negativa följder för patienter och invånare i form av brister i kontinuitet, patientsäkerhet och samordning. Det leder också till stora utmaningar med att prioritera resurser mellan de olika delarna. Systemet 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. Dessutom behöver hälso- och sjukvårdshuvudmännen bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov^{159 160 161}.

Målet med den svenska omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.

För att passa svenska förhållanden är en primärvårdsreform kopplad till omställningen. Målen för primärvårdsreformen är att kontinuiteten och

¹⁵⁵ Införande av nära vård – råd och exempel. Stockholm: Leading health care; 2022. Rapport 2022:1.

¹⁵⁶ Vården ur befolkningens perspektiv 2020. Stockholm: Vård och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:4.

¹⁵⁷ God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

¹⁵⁸ World Health Organization. Integrated people-centered care. Hämtat 2024-11-29 från <https://www.who.int>.

¹⁵⁹ World Health Organization. Integrated people-centered care. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.who.int>.

¹⁶⁰ God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

¹⁶¹ God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Socialdepartementet; 2023.

tillgängligheten till primärvården ska öka och att patienten ska bli mer delaktig och vården mer personcentrerad.

Från ord till handling

Flera uppföljningar på området nära vård har gjorts de senaste åren. Gemensamt för dessa är att man konstaterar att mycket arbete har skett på strategisk nivå; mål och visioner har delvis blivit strategier och planer. Det finns numera en uppslutning kring omställningens syfte och mål och primärvårdens roll framstår som relativt tydlig. Det råder ganska stor enighet kring att omställningen behöver ske i hela hälso- och sjukvårdssystemet, men sjukhusen och annan specialiserad vård upplevs ha svårare att hitta sin roll i omställningen. Men det konstateras också att omställningen ännu inte med kraft lyckats nå ut till invånarna^{162 163}.

Allt fler initiativ går från små tillfälliga projekt till bredare permanenta lösningar. Många av de insatser som genomförts syftar till förbättrad samverkan mellan vårdgivare och huvudmän, och uppföljningar tyder på att samverkan blivit bättre på flera plan. Fler tvärprofessionella och organisationsgränsöverskridande team har upprättats och de flesta uppger sig ha ett ökat samarbete mellan huvudmännen. Regioner och kommuner uppger också att man i stor utsträckning arbetar med att införa fasta kontaktpunkter i vården såsom fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt för att stärka kontinuiteten. Arbetet med att upprätta dokumenterade överenskommelser, som exempelvis patientkontrakt, stimuleras för att uppnå en ökad delaktighet och samverkan.

Tillgängligheten i primärvården har ökat på några områden men minskat på andra, exempelvis kan nämnas att andelen patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar har ökat¹⁶⁴, men andelen boende på särskilt boende som önskat läkarkontakt och fått det har minskat. Alla regioner arbetar med att förstärka arbetet med digitala vårdbesök och användande av digital välfärdsteknik har ökat både i regioner och kommuner, men skillnaderna i vad man arbetar med är stora¹⁶⁵. Läs mer om användandet av digital teknik i avsnittet *Hur kan digitaliseringen öka tillgängligheten?*

Någon större omfördelning av resurser till primärvården syns ännu inte, däremot uppger flera regioner att man nu fattat beslut om att framöver budgetera en högre andel av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården. Primärvårdens verksamheter uppger att de inte fått förutsättningar att nå omställningens mål, att resurser saknas och arbetsmiljö och kompetensförsörjningen är en utmaning. Bristen på resurser gör det

¹⁶² Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Socialstyrelsen; 2024.

¹⁶³ Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm: Vård och omsorgsanalys; 2023. Rapport 2023:2.

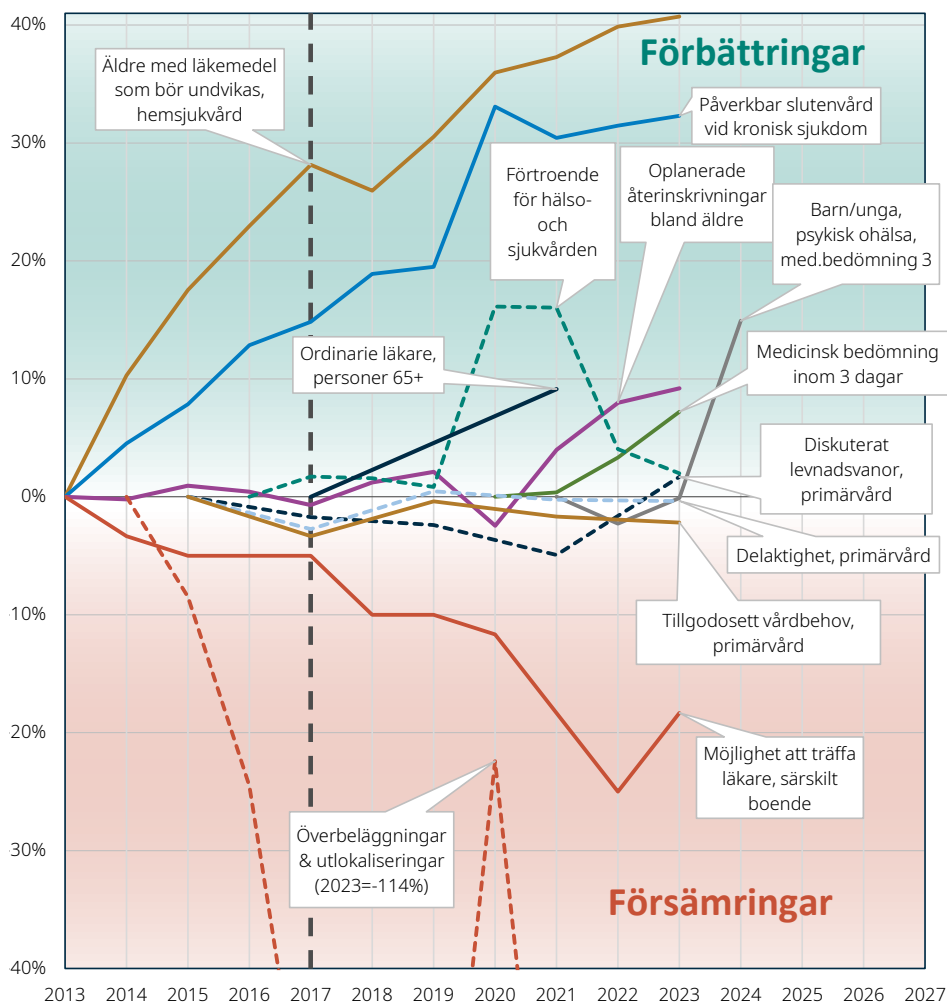
¹⁶⁴ Se även kärnindikator 4: Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar.

¹⁶⁵ Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Socialstyrelsen; 2024.

svårt att prioritera exempelvis hälsofrämjande arbete¹⁶⁶. Arbetet med att se över primärvårdens förutsättningar att kunna ta det ansvar omställningen medför har påbörjats. De allra flesta regioner uppger att man dels ser över och förändrar styrningen av primärvården och dels ställer högre och tydligare krav om arbete med omställningen¹⁶⁷.

Figur 44. Sammanfattande bild av utvecklingen för de tolv kärnindikatorerna för att följa målen för god och nära vård.

Procentuell förändring för de 12 kärnindikatorerna för att följa målen för god och nära vård jämfört med nivån 2013 eller det tidigaste året därefter med tillgängliga data.



Källa: Socialstyrelsen: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Patientregistret, Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: International Health Policy Survey. SKR: Väntetidsdatabasen, Hälso- och sjukvårdbarometern och Nationell patientenkät.

Tolv nationella kärnindikatorer har tagits fram för att följa omställningen mot en god och nära vård. Utvecklingen av dessa beskrivs ingående i

¹⁶⁶ Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm: Vård och omsorgsanalys; 2023. Rapport 2023:2.

¹⁶⁷ Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Socialstyrelsens *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023*, och visualiseras och uppdateras digitalt på Socialstyrelsens webbplats¹⁶⁸.

Socialtjänsten har en roll i omställningen

En ny socialtjänstlag med intentionen att stödja en ökad tillgänglighet till socialtjänsten och med ett ökat fokus på förebyggande insatser planeras träda i kraft under 2025¹⁶⁹. Lagen avser att sänka trösklarna för tidiga och förebyggande insatser och gör det möjligt för socialtjänsten att sätta in enklare insatser utan att först göra långa utredningar. Inom omställningen till god och nära vård pågår arbete med att stärka det förebyggande arbetet för barn och unga bland annat genom att öka antalet familjecentraler i landet¹⁷⁰ och stärka de utökade hembesöksprogrammen¹⁷¹ inom barnhälsovården, som båda inkluderar ett nära samarbete med socialtjänsten. Framtagandet av ett nationellt hälsoprogram för barn och unga upp till 20 år pågår¹⁷². Den nya lagen kan förmodas öka möjligheterna att sätta in rätt förebyggande insatser i tid och därmed minska eller till och med avvärja problem som annars riskerar att växa sig större än de hade behövt göra.

Kapaciteten i systemet – en ständig utmaning för hälso-, sjuk- och tandvården

Iakttagelser i korthet

- Behovet av antalet vårdplatser beror på tillgängligheten i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Riktvärdet som publicerades 2024 visar på att det saknas 2 230 disponibla vårdplatser i somatisk vård och 50 intensivvårdsplatser – genom systemförändringar kan vårdplatsbehovet minska.
- På fem års sikt bedöms 13 regioner kunna möta behoven med något färre disponibla vårdplatser än de har idag. Detta förutsätter stora omställningar och vårdplatsantalet bör inte minskas förrän effekterna av sådana förändringar ses i praktiken.

¹⁶⁸ Se mer på: <https://dataanalys.socialstyrelsen.se>.

¹⁶⁹ Socialdepartementet. En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.regeringen.se>.

¹⁷⁰ Socialdepartementet. Socialstyrelsen ska stödja kommuner och regioner i arbetet med familjecentraler. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.regeringen.se>.

¹⁷¹ Socialdepartementet. Uppdrag att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.regeringen.se>.

¹⁷² Socialdepartementet. Nationellt hälsoprogram för barn och unga ska ge bättre och mer jämlik hälsa. Hämtad 2024-11-29 från <https://www.regeringen.se>.

- Systemet för nationell högspecialiserad vård har medfört ett stärkt samarbete mellan regionerna på nationell nivå, och en förbättrad tillgång till högspecialiserad vård. Tidigare fanns skillnader i väntetid till de två nationella högspecialiserade enheterna för hjärttransplantation, men dessa skillnader kan inte längre påvisas. Samtidigt sker remittering av patienter med svårbehandlad ätstörning i otillräcklig utsträckning.
- Tillgången till vård för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är inte jämlik vare sig mellan regioner eller mellan olika grupper i befolkningen.
- Tillgängligheten till somatisk vård är sämre för personer med psykisk funktionsnedsättning än för övrig befolkning, och också för personer som bor i utsatta områden.

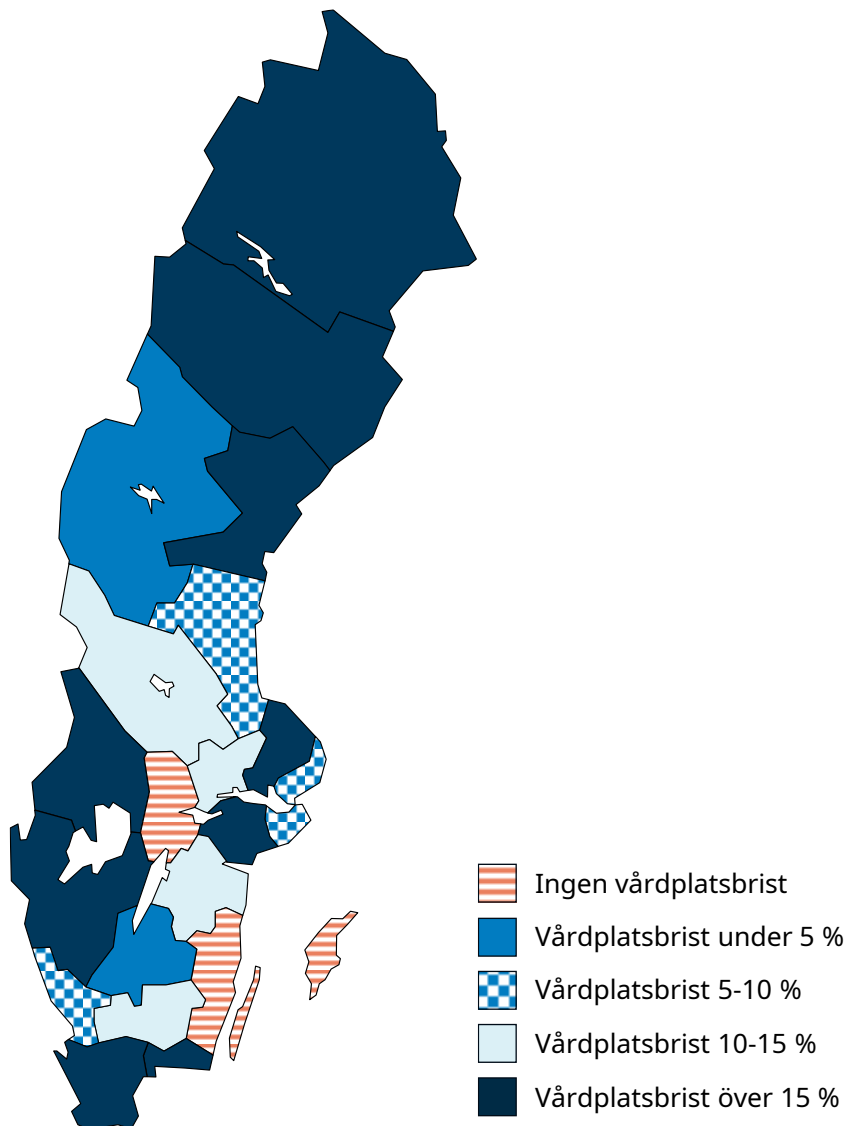
Vårdplatskapaciteten möter inte invånarnas behov

Sjukhusens disponibla vårdplatser är en viktig del i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I arbetet för att stärka hela vårdkedjan för patienten är ett vårdplatsantal som möter behovet av slutenvård en förutsättning. Behovet av disponibla vårdplatser är inte statistiskt utan påverkas av resten av systemet för vård och omsorg, såsom tillgängligheten i primärvården, kommunala insatser och den öppna specialiserade vårdens arbetssätt.

Socialstyrelsen har uppdaterat det riktvärde för behov av antalet vårdplatser regionalt och nationellt, som för första gången togs fram 2023. Riktvärdet är ett årligt genomsnitt och baseras på helårsdata från föregående år. Vid uppdatering framgår att det aktuella behovet överstiger kapacitet avseende vårdplatser i somatisk slutenvård samt intensivvård. Det saknas cirka 2 230 somatiska disponibla vårdplatser. Bristen är därmed nationellt oförändrad från föregående år. Förändringar kan dock ses på regional nivå där antalet regioner utan brist på somatiska disponibla vårdplatser har ökat från en till tre regioner, medan andra regioner har en ökad brist. Inom intensivvård finns ett behov av ytterligare cirka 50 vårdplatser; bristen på IVA-platser är därmed väsentligen oförändrad.

Figur 45. Bristen på disponibla vårdplatser i Sveriges regioner, 2023.

Vårdplatser inom sluten somatisk vård exklusive intensivvård.



Källa: Socialstyrelsen.

För att kunna prognosticera vårdplatsbehov har Socialstyrelsen utvecklat en modell för att beräkna ett riktvärde på medellång sikt. Detta riktvärde tar hänsyn till att vårdplatsbehov inom somatisk slutenvård kan förändras genom systemfaktorer som minskar vårdplatsbehovet, exempelvis en förändrad demografisk utveckling och utökad poliklinisering¹⁷³. På fem års sikt bedöms 13 regioner kunna möta behoven med något färre disponibla vårdplatser än de har idag. Detta förutsätter stora omställningar och vårdplatsantalet bör inte minskas förrän effekterna av sådana förändringar ses i praktiken – antalet disponibla vårdplatser behöver motsvara behovet.

¹⁷³ Vårdinsatser och behandlingar som utförs i öppenvård i stället för i slutenvård.

Ett stödmaterial med föreslagna insatser på regional, kommunal och statlig nivå har tagits fram¹⁷⁴ med syfte att hjälpa hälso- och sjukvårdssystemet att nå en balanserad vårdplatssituation. I stöd materialet redovisas målsatta mått för bland annat överbeläggningar till 1,7 per 100 disponibla vårdplatser och utlokaliserade patienter till 1,4 per 100 disponibla vårdplatser.

Socialstyrelsen ska även erbjuda verksamhetsnära stöd i att identifiera insatser, stöd till uppföljning, nedbrytning av riktvärdet på sjukhus- och avdelningsnivå samt stöd för produktions- och kapacitetsstyrning.

Nationell högspecialiserad vård bidrar till jämlik vård

Nationell högspecialiserad vård, NHV, är komplex och sällan förekommande, offentligt finansierad och bedrivs vid som mest fem enheter i Sverige. Syftet med att koncentrera vården är att upprätthålla god kvalitet, hög patientsäkerhet och effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Målet är att människor ska få lika tillgång till de främsta experterna oavsett var i landet man bor.

Genom NHV-systemet har regionerna stärkt samarbetet på nationell nivå. Enheter som tidigare inte samarbetat har nu upparbetade samverkansstrukturer där de gemensamt tar ansvar för att utveckla vården framåt. Det utökade samarbetet kan till exempel handla om att utveckla gemensamma remissmallar, gemensam kunskapsspridning till remittenter och omfattande forskningsprojekt. Detta sammantaget stärker och ökar tillgången till den högspecialiserade vården, bidrar till en robust kompetensförsörjning och skapar förutsättningar för en fortsatt god kvalitetsutveckling.

Socialstyrelsens arbete med NHV går alltmer mot förvaltning av befintliga tillstånd snarare än genomlysning av nya vårdområden. Tillståndsenheterna följs genom såväl årlig uppföljning som fördjupad uppföljning, och eventuella ärenden som inkommer hanteras löpande under året.

För få remisser inom tillståndsområde svårbehandlade ätstörningar

Tillståndsområdet svårbehandlade ätstörningar trädde i kraft 1 december 2023. Under mars till september 2024 har Socialstyrelsen, tillsammans med tillståndsenheterna, sett att de nationella enheterna har kunnat omhänderta inkomna remisser och att patienter inte har behövt omfördelas mellan enheterna. Under denna period påtalade alla fem tillståndsenheter att det borde ha kommit in fler remisser än vad det hittills gjorts. Medvetenheten om

¹⁷⁴ Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2024.

NHV och att patienter från hela landet, som ryms inom definitionen, ska remitteras till de nationella enheterna behöver således öka. Därför kommer skrivningarna om NHV i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar förtydligas och en artikel publiceras på Socialstyrelsens webbplats om NHV:s arbete med svårbehandlade ätstörningar. Förhoppningen är att detta kan öka medvetenheten om vilka patienter som ska remitteras till de nationella enheterna.

De nationella enheterna följs årligen

De nationella enheterna rapporterar årligen in data utifrån specifika uppföljningsmått som är utarbetade för varje tillståndsområde, och resultatet publiceras på Socialstyrelsens webbplats¹⁷⁵. På så vis är det möjligt att följa vårdvolym, remitteringsmönster, tillgänglighet och att hitta avvikelser som behöver ytterligare uppföljning.

Under 2024 rapporterade NHV-enheter för 40 olika tillståndsområden in data, av dessa rapporterade totalt 19 in data för första gången. Totalt omfattade den årliga inrapporteringen 7 503 patienter.

Ett område där den årliga uppföljningen visat på skillnader i remitteringsmönster är tillståndsområde svåra brännskador. Därför har ett förtydligande av definitionen arbetats fram och uppföljningsmått har uppdaterats för att tydliggöra olika delar av vårdkedjan. Enheternas har också arbetat för att hitta gemensamma arbetssätt och registrera patienter på samma sätt. Detta förväntas leda till att den data som enheterna rapporterar in blir lättare att jämföra.

Väntetider till hjärttransplantation har analyserats

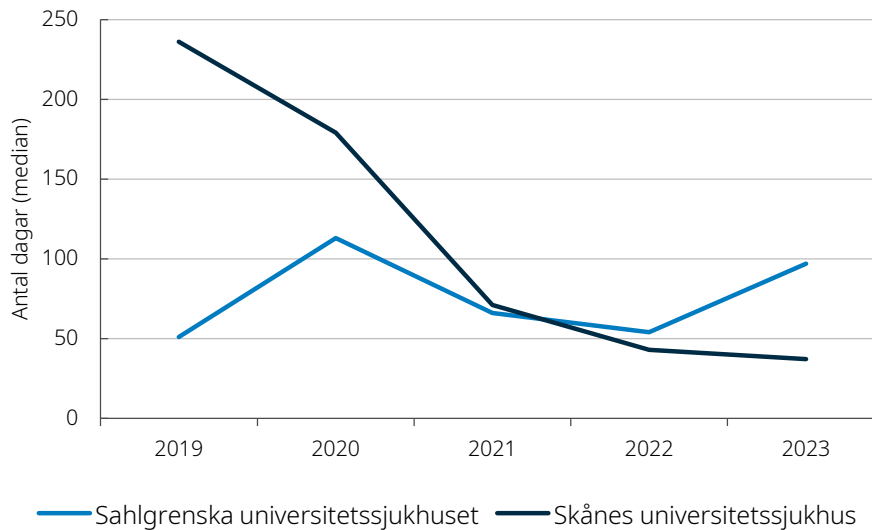
Under 2024 presenterade Socialstyrelsen en fördjupad registerbaserad uppföljning av väntetider till hjärttransplantation. Detta arbete initierades eftersom skillnader i väntetider kunnat ses vid tidigare årlig uppföljning. Den fördjupade uppföljningen visade att det fanns skillnad i väntetid mellan de två enheterna under tidsperioden 2011–2018, men att det inte finns några signifikanta skillnader under 2019–2022¹⁷⁶. Detta ligger också i linje med den data som inrapporterats från enheterna i den årliga uppföljningen (figur 46), vilket tyder på att denna data är tillförlitlig och kan användas för att följa upp väntetiderna.

¹⁷⁵ Socialstyrelsen. Årlig uppföljning av nationell högspecialiserad vård. Hämtad 2024-11-26 från <https://www.socialstyrelsen.se>.

¹⁷⁶ Organdonation och transplantation i Sverige 2023. Socialstyrelsen; 2024.

Figur 46. Tid på väntelista för hjärttransplantation.

Tid i antal dagar från listning till hjärttransplantation.



Källa: Socialstyrelsen.

Motsvarande analys av väntetider till levertransplantation samt lungtransplantation har även påbörjats under året. Resultatet kommer att presenteras under 2025.

Läs mer om nationell högspecialiserad vård i avsnittet *Nationell högspecialiserad vård stärker vårdens kvalitet* i kapitel ”Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?”

Tillgången till vård för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är inte jämlik

Barn och unga vuxna i socialt utsatta områden får i lägre utsträckning vård för psykisk ohälsa. Samtidigt är förekomsten av psykiatrisk tvångsvård, självskada och självmord som högst i dessa områden. Detta tolkas som att vården har svårt att nå barn i socialt utsatta områden¹⁷⁷. Hälso- och sjukvården har här en viktig uppgift att nå personer som har ett vårdbehov och bor i områden med socioekonomiska utmaningar.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har ofta sämre tillgång till vård när ett faktiskt behov föreligger. En sådan sämre tillgänglighet kan bero på att målgruppen inte söker vård av olika skäl, eller inte gör det i ett tidigt skede av sjukdom, vilket kan medföra att ett sjukdomsförlopp eller ett tillstånd förvärras. Det kan också handla om att gruppen inte får tillgång till viktig sekundärpreventiv behandling vid ett sjukdomstillstånd, exempelvis för att personer inte söker vård eller inte vill ha sådan behandling. Dagens

¹⁷⁷ Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna: Socialstyrelsen; 2024.

hälso- och sjukvård och tandvård ställer höga krav på en persons hälsolitteracitet och är inte anpassad efter personer som har en psykisk funktionsnedsättning. De rutiner och processer som finns utifrån hur centrala verksamheter är organiserade, och hur ingångarna allmänt fungerar till dessa verksamheter, innebär ofta svårigheter för målgruppen. Det är viktigt att utreda hur en anpassning ska utformas för att se till att personer med en psykisk funktionsnedsättning får en likvärdig vård jämfört med andra grupper. Det behövs exempelvis mer flexibla rutiner och arbetssätt som har möjlighet att beakta målgruppens specifika förutsättningar och behov. En särskild omständighet är när personer med psykisk funktionsnedsättning faktiskt söker vård men inte får adekvat vård. Det kan till exempel handla om ett akut insjuknande där skyndsamma vårdåtgärder uteblir, eller där vård och behandling på olika sätt nedprioriteras jämfört med övriga befolkningens vård. Detta kan även bero på vårdens bemötande av personer med psykisk funktionsnedsättning. Ett sämre bemötande, eller ett bemötande som inte är anpassat till personen, får till följd att gruppen inte får likvärdig vård som övriga¹⁷⁸.

En viktig aktör i hälso- och sjukvårdssystemet för att leverera vård för psykisk ohälsa är primärvården. Att vårdcentraler har förmåga att erbjuda vård av hög kvalitet och utan långa väntetider för milda till måttligt svåra psykiatriska tillstånd har central betydelse för att bryta ojämlikhet i vården och tillgängliggöra vård för psykisk ohälsa. Redan idag är det vårdcentraler som bedömer och behandlar den största delen av patienter med psykisk ohälsa, räknat i antal individer. Det finns inte någon nationell statistik över hur många personer som får vård på vårdcentraler för psykisk ohälsa, men en uppskattning kan göras utifrån förskrivning av antidepressiva läkemedel. Vårdcentraler skriver ut recept på antidepressiva läkemedel till cirka 780 000 individer per år. För en samlad bild av förskrivningen av antidepressiva läkemedel, se figur 47 nedan. Antalet patienter som får vård på vårdcentraler för psykisk ohälsa kan antas vara högre eftersom många inte får läkemedelsbehandling i första hand.

Ett tecken på god utveckling inom primärvården är att antalet psykologer ökat inom primärvården de senaste decennierna. År 2021 fanns strax under 1 600 psykologer anställda i primärvård. Vårdcentraler har idag ofta tvärprofessionella team som kan erbjuda god vård för mild till måttlig psykisk ohälsa, samtidigt som det kvarstår stora skillnader i kompetens och förmåga mellan vårdcentraler.

Ett annat sätt att förbättra jämlikheten i tillgången till vård är att arbeta med nationella målbilder. Under hösten 2024 publicerades en målbild för

¹⁷⁸ Hälsotillståndet hos personer med psykisk funktionsnedsättning: Socialstyrelsen; 2023.

vårdcentraler¹⁷⁹. Den beskriver sex centrala delar i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa:

- vårdcentraler omhändertar mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn, unga, vuxna och äldre
- stegvis vård
- tvärprofessionellt teamarbete
- kompetens i bemötande
- tillgång till psykolog
- uppföljning av somatisk hälsa hos personer med funktionsnedsättning.

Ett område där tillgången till vård har försämrats är den rättspsykiatriska vården. Här har antalet individer som döms till vård i stället för fängelse efter brottsliga handlingar ökat under senare år. Antalet patienter inom slutna rättspsykiatrisk vård har under perioden 2017–2023 ökat med 15 procent. Situationen har medfört en svår platsbrist inom rättspsykiatrisk vård och en beläggningsgrad på 101 procent rapporteras i rättspsykiatrin under 2023¹⁸⁰. Det är ett stort inflöde av patienter samtidigt som det är svårt att slussa ut patienter till öppen rättspsykiatrisk vård på grund av bristande tillgång till sociala stödinsatser som boende^{181 182}. Förutom svårigheterna för regionerna att bereda vård för de som av domstol överlämnas till rättspsykiatrisk vård har regionerna svårt att uppfylla uppdraget för de som är häktade eller intagna på kriminalvårdsanstalt¹⁸³.

Uttag av antidepressiva läkemedel

Uttaget av antidepressiva läkemedel uppgick under perioden 2021–2023 till 111 expedieringar per 1 000 invånare i alla åldrar. Uttagen har ökat under en längre tid i Sverige. Ökningen gäller för båda könen, men uttagen är högre bland kvinnor och ökningen har också varit större bland kvinnor än bland män. Under perioden 2012–2014 gjordes 114 uttag av antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare av kvinnor, åren 2021–2023 hade denna siffra stigit till 143, vilket ger en ökning om 29 uttag av antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare. Bland män ökade antalet från 2012–2014 års nivå på 63 uttag av antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare till 2021–2023 års siffra på 78. Hos män ökade således uttagen av antidepressiva läkemedel med 15 uttag per 1 000 invånare.

¹⁷⁹ Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler. Hämtad 2025-02-21 från <https://www.socialstyrelsen.se>

¹⁸⁰ Psykiatrin i siffror. Kartläggning av rättspsykiatrin 2023. Stockholm: SKR; 2024.

¹⁸¹ Justitieombudsmannen: Granskning av omständigheter som gör att det dröjer innan patienter som ges slutna rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kan ges öppen rättspsykiatrisk vård. Dnr O 1-2021

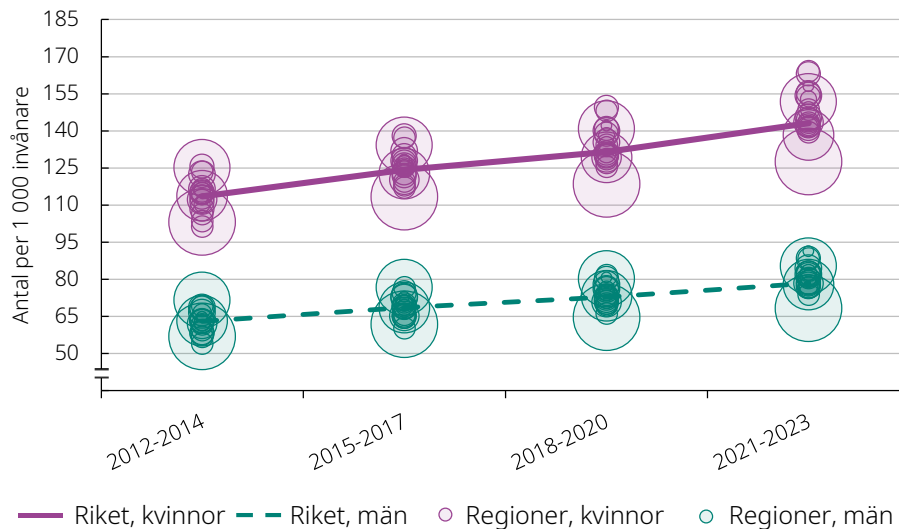
¹⁸² Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Kartläggning och utvecklingsförslag. Socialstyrelsen; 2023.

¹⁸³ Läkartidningen. Hämtad 2025-02-25 från [JO kräver åtgärder mot onödigt tvångsvård inom rättspsykiatrin](#).

Som vi visar i figur 47 är den regionala spridningen större bland kvinnor än bland män.

Figur 47. Uttag av antidepressiva läkemedel, uppdelat på kön och regional spridning.

Antal uthämtade antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare, alla åldrar.

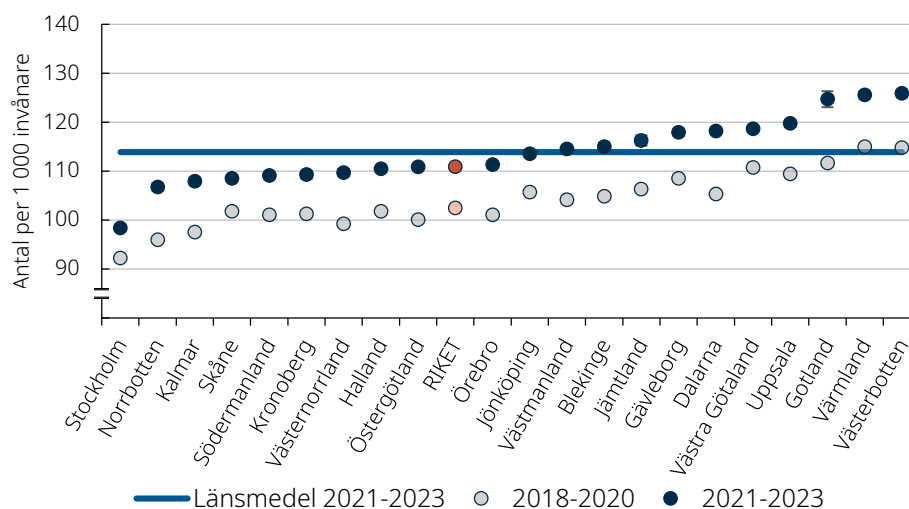


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I figur 48 visar vi hur utvecklingen sett ut i regionerna under perioderna 2018–2020 och 2021–2023. Uttagen av antidepressiva läkemedel har ökat i samtliga regioner, och under den senare mätperioden var den lägst i Region Stockholm och högst i Region Västerbotten.

Figur 48. Uttag av antidepressiva läkemedel 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Antal uthämtade antidepressiva läkemedel per 1000 invånare, alla åldrar.

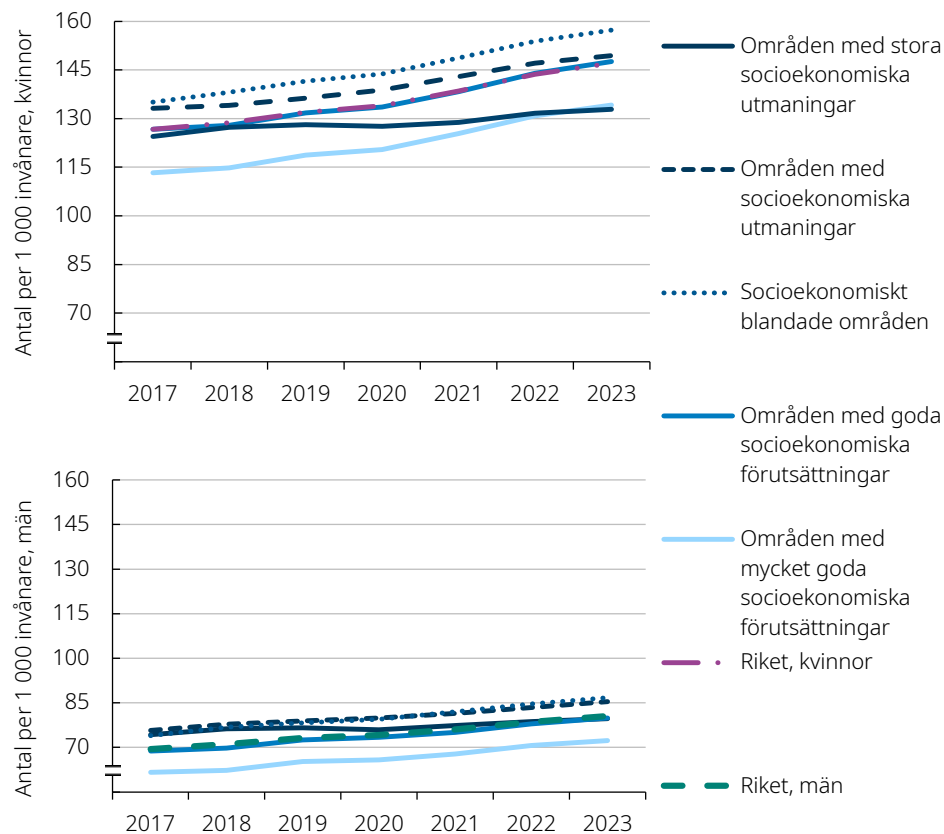


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tittar vi på hur uttagen av antidepressiva läkemedel ser ut i områden med olika socioekonomisk profil så kan det konstateras att antalet uthämtade recept bland kvinnor ökat i samtliga områdestyper, samtidigt som ökningen varit mer begränsad i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i övriga områden. Under 2023 var uttagen därför lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, till skillnad från tidigare då uttagen varit lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Även bland män syns ett liknande mönster, med skillnaden att lägst antal uthämtade recept under samtliga år i mätserien återfinns i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Figur 49. Uttag av antidepressiva läkemedel 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Antal uthämtade antidepressiva läkemedel per 1000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?

Hälso-, sjuk- och tandvårdens roll i samhället är till viss del en balansgång mellan två centrala uppdrag – att förebygga ohälsa och att behandla sjukdom. I takt med att vi fått ökad kunskap om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor för vår hälsa, har fokus successivt flyttats mot insatser som syftar till att hålla oss friska snarare än insatser som enbart botar oss när vi blivit sjuka. Genom att bland annat ge stöd för hälsosamma levnadsvanor eller genom vaccinationer försöker vården agera proaktivt och minska risken för sjukdom och ohälsa. Gränsen mellan var hälso-, sjuk- och tandvårdens ansvar slutar och individens börjar, är inte alltid knivskarp. Ansvaret ligger till viss del hos båda parter – ett förebyggande arbete från vårdens sida ger förutsättningar, men valet att ta emot och agera på råd och insatser vilar hos varje enskild individ.

Hälso-, sjuk- och tandvården arbetar också konstant med att förhindra att skador och sjukdomar förvärras i vården, liksom att med olika medel tillsammans med individen försöka förhindra insjuknande eller försämring. Till exempel att genom screening helt försöka utrota livmoderhalscancer eller att med moderna metoder kunna följa och stötta patienter på distans.

Samtidigt finns det vård som ges som gör låg eller ingen nytta. Det kan bero på att vården fortsätter göra som man tidigare gjort trots att ny forskning visar på bättre alternativ. Beräkningar visar att cirka 30 procent av vården som ges globalt kan ses som lågvärdevård och att hela 10 procent av vården rent av är skadlig – även om de exakta siffrorna kan diskuteras är det en fördelning som tyvärr varit stabil under flera decennier. Studier visar att ny forskning varje år medför att cirka 7 procent av det som tidigare var bästa tillgängliga kunskap blir inaktuell¹⁸⁴, en förändringstakt som ställer stora krav på verksamheterna i hälso-, sjuk- och tandvården att hålla sig uppdaterade.

¹⁸⁴ BMC Medicine. Hämtad 2025-01-31 från <https://bmcmedicine.biomedcentral.com>.

Hälso- och sjukvårdens insatser vid ohälsosamma levnadsvanor

Iakttagelser i korthet

- Ohälsosamma levnadsvanor är en riskfaktor för många av de stora folksjukdomarna och vikten av förebyggande arbete understryks i både hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen.
- Fler behöver få rådgivning och uppdaterade nationella riktlinjer ger stöd för prioritering.
- Den nationella digitala infrastrukturen i hälso- och sjukvården, och tillgänglighet till hälsodata i hela vårdkedjan för att öka vårdkvalitet, är av stor betydelse för att kunna följa utvecklingen.

Ohälsosamma levnadsvanor är en riskfaktor för många av de stora folksjukdomarna, som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, typ 2-diabetes och karies. Vikten av förebyggande arbete understryks i både hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen¹⁸⁵. I primärvårdens grunduppdrag ingår att tillhandahålla förebyggande insatser på såväl befolkningsnivå som individnivå¹⁸⁶ och det är en central del i omställningen till en god och nära vård att arbeta personcentrerat för att stödja individer att bli mer delaktiga i sin vård och hälsa.

För att stödja vården i att prioritera åtgärder till personer med störst behov har Socialstyrelsen nyligen uppdaterat de nationella riktlinjerna för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Nikotinsnus har inkluderats i rekommendationerna om snus och ny forskning visar att snus generellt sett är mer skadligt än det tidigare fanns kunskap om. Gränsvärden för riskbruk av alkohol har uppdaterats och gäller lika för både män och kvinnor^{187 188}.

Det är angeläget att vården stärker individens möjlighet att ta egna informerade beslut kring sin hälsa och stödjer dem som vill ändra sina levnadsvanor. I riktlinjerna finns därför en rekommendation att fler som söker vård erbjuds rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal, särskilt när hälsoproblemen kan kopplas till en ohälsosam levnadsvana. På så vis kan patienter få stöd att ändra sina levnadsvanor och att hitta strategier för att bibehålla de nya vanorna. De hälsofrämjande och

¹⁸⁵ Se 3 kap. 2 § HSL och 3 § 1 TvL.

¹⁸⁶ 6 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

¹⁸⁷ Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. Socialstyrelsen; 2024.

¹⁸⁸ Nationella riktlinjer 2024 – Indikatorer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2024.

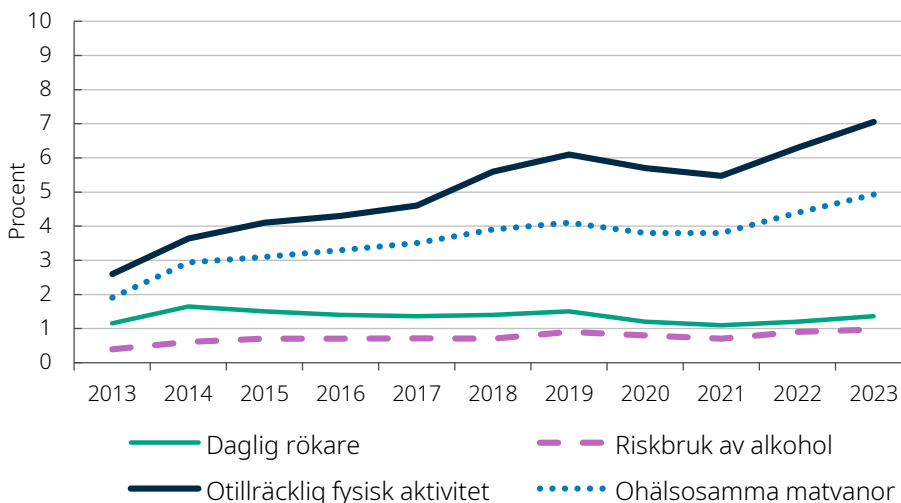
sjukdomsförebyggande insatserna är angelägna för att nå en mer jämlik hälsa i befolkningen och är en viktig del för att Sverige ska nå målen i Agenda 2030¹⁸⁹, som är en FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande.

Fortfarande få patienter som får rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor

Socialstyrelsen följer sedan 2013 rådgivningen som ges i regionernas primärvård med hjälp av data från en enkätundersökning. Resultatet från uppföljningen¹⁹⁰ visar att under en 10-årsperiod har rådgivningen till personer med ohälsosamma levnadsvanor ökat, men rådgivningen ligger fortfarande kvar på låga nivåer. Endast 1–7 procent av personerna som besökt primärvården har fått åtgärder för respektive levnadsvana. Över tid är det rådgivning om fysisk aktivitet och matvanor som ökat mest. Rådgivningen om tobaksrökning respektive alkohol ligger kvar på låga nivåer (figur 50). Samtidigt kan noteras att en ökning skett i andel patienter som diskuterat levnadsvanor med sin läkare eller annan personal i primärvården¹⁹¹.

Figur 50. Åtgärder med anledning av ohälsosam levnadsvana i primärvården.

Andelen av samtliga patienter som besökt primärvården och som fått någon insats med anledning av ohälsosam levnadsvana, år 2013–2023.



Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2014–2024.

Uppföljningen visar även att skillnaderna är stora i landet och fler behöver erbjudas rådgivning. Orsakerna till det låga utfallet av dokumenterade

¹⁸⁹ FN:s Agenda 2030 Hämtad 2024-12-03 från <https://www.regeringen.se>.

¹⁹⁰ Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2023. Socialstyrelsen; 2024.

¹⁹¹ Nationell patientenkät. Hämtad 2025-03-21 från <https://resultat.patientenkät.se>.

insatser vid ohälsosamma levnadsvanor över tid är sannolikt multifaktoriellt. Det kan vara så att vården inte erbjuder rådgivning, att patienterna inte får tillräckligt personcentrerad information för att förstå vikten av att ändra levnadsvanor och värdet av det stöd som erbjuds eller att patienter gör ett informerat val att inte ta emot stöd¹⁹². Ytterligare en orsak är sannolikt betydande underregistrering.

Mot bakgrund av att många ohälsosamma levnadsvanor är vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper är det angeläget att regionerna säkerställer att primärvården ges goda förutsättningar att rikta rådgivningen till de invånare som har störst behov av stöd för att ändra sina levnadsvanor, och att hälsolitteraciteten i målgruppen beaktas. Att föra samtal om levnadsvanor kopplat till patienters hälsoproblem är även ett sätt att bidra till en ökad hälsolitteracitet i befolkningen. Läs mer om hälsolitteracitetens betydelse för en god hälsa i avsnittet *Hälsolitteracitet är en nyckelfaktor för tillgång till vård*.

Flera uppdrag för att främja hälsa

Det pågår arbete med att främja hälsa på flera fronter. Till exempel för att öka användningen av fysisk aktivitet på recept och stödja att tillämpningen blir mer jämlik över landet¹⁹³. Både i regioner och kommuner är implementering av fysisk aktivitet på recept angeläget för att alla patienter med behov av stöd ska få erbjudande för att öka sin fysiska aktivitet. Det pågående nationella hälsoprogrammet för barn och unga¹⁹⁴ utgör också ett stöd för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

För att utveckla en jämlik vård är det angeläget att hälso- och sjukvården arbetar strategiskt och långsiktigt med personcentrerad vård. En avgörande komponent för att kunna följa upp utvecklingen av vårdens insatser vid ohälsosamma levnadsvanor är också den nationella digitala infrastrukturen och tillgång till hälsodata i hela vårdkedjan. För att öka vårdkvaliteten är det av stor betydelse att kunna följa utvecklingen i primärvården med journaldata på individnivå. Läs mer om digitaliseringen i avsnittet *Hur kan digitaliseringen öka tillgängligheten?*

Global strategi för munhälsa

Världshälsoorganisationen, WHO, har tagit fram en global strategi och handlingsplan om munhälsa 2023–2030¹⁹⁵. I den lämnas förslag på åtgärder för medlemsländerna, inklusive Sverige, att agera på. WHO:s handlingsplan

¹⁹² Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3. Socialstyrelsen; 2024.

¹⁹³ Stöd för ökad förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) 2023. Delredovisning. Socialstyrelsen; 2024.

¹⁹⁴ Socialdepartementet. Hämtad 2025-01-13 från: <https://www.regeringen.se>.

¹⁹⁵ Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Genève: WHO; 2024.

utgår från sex strategiska mål. Det första målet handlar om att stärka politiska åtaganden – där munhälsa integreras i bredare policyarbete inom och utanför hälsosektorn. Det andra målet handlar om att intensifiera arbetet med att främja munhälsa och att förebygga orala sjukdomar. Mål tre rör behovet av en stärkt arbetskraft och handlar bland annat om att utveckla innovativa modeller för personalförsörjning och använda kompetensbaserad utbildning för att möta befolkningens behov av tandvård och munhälsa. Övriga mål rör insatser som att integrera nödvändig munhälsovård i primärvården, att förbättra och integrera hälsoinformationssystem, samt att stärka munhälsoforskning.

Utrotning av livmoderhalscancer

Iakttagelser i korthet

- Livmoderhalscancer är den tredje vanligaste orsaken till död i cancer bland kvinnor.
- Livmoderhalscancer kan förebyggas och behandlas om det upptäcks i tid.
- Sverige har som ambition att livmoderhalscancer ska vara utrotat till 2027.

Livmoderhalscancer (cervixcancer) är den fjärde vanligaste cancerformen hos kvinnor globalt och den tredje vanligaste orsaken till död i cancer bland kvinnor¹⁹⁶. Mer än 85 procent av de kvinnor som diagnostiseras med livmoderhalscancer är unga, lågt utbildade och lever i några av världens fattigaste länder. Antalet nya fall av livmoderhalscancer beräknas öka årligen¹⁹⁷. Mer än 98 procent av alla fall av livmoderhalscancer orsakas av humant papillomvirus, HPV¹⁹⁸, och kan förebyggas och behandlas om det upptäcks i tid. År 2020 tog WHO fram den första globala strategin för eliminering av en cancerform som ett folkhälsoproblem med fokus på livmoderhalscancer¹⁹⁹. I Sverige ingår sedan 2010 vaccin mot HPV i vaccinationsprogrammet, och omfattar alla flickor födda 1999 och senare. Vaccination av pojkar ingår sedan augusti 2020, och omfattar pojkar födda 2009 och senare.

Våren 2021 beslutade Sveriges riksdag att skynda på utrotningen av livmoderhalscancer genom att erbjuda kvinnor födda 1994–1999 kostnadsfri

¹⁹⁶ Milerad H. Evaluation of new and current preventive strategies for cervical and vaginal cancer. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska institutet; 2024.

¹⁹⁷ Antalet nya cancerfall per år har uppskattats öka från 570 000 till 700 000 mellan 2018 och 2030 och antalet dödsfall förväntas öka från 311 000 till 400 000 årligen för samma tidsperiod.

¹⁹⁸ Cancerfonden. Hämtad 2024-11-18 från <https://www.cancerfonden.se>.

¹⁹⁹ Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020.

vaccinering mot nio HPV-typer med efterföljande HPV-prov för att på sikt utrota livmoderhalscancer. Kvinnor som regelbundet deltar i screeningprogrammet med gynekologisk cellprovtagning och självprov för HPV sänker risken för att drabbas av livmoderhalscancer med cirka 90 procent²⁰⁰. Sedan gynekologiskt cellprov infördes i mitten på 1960-talet i Sverige har antalet fall av livmoderhalscancer mer än halverats²⁰¹.

Det finns ett nationellt mål om att livmoderhalscancer ska vara utrotat²⁰² i Sverige till 2027 med en målsättning om en vaccinationstäckningsgrad på 70 procent i målgruppen kvinnor födda 1994–1999 före 2025²⁰³ ²⁰⁴. I figur 51 framgår att andelen kvinnor i målgruppen som vaccinerat sig varierar mellan 43–73 procent mellan regionerna, vilket visar på att vaccinationstäckningsgraden behöver öka i flera regioner för att målet ska uppnås²⁰⁵. Under hösten 2024 genomför regionerna gemensamt informationskampanjen *Ta gratissprutan mot HPV* i syfte att främja en hög och jämlik vaccinationstäckningsgrad²⁰⁶. Några regioner har även påbörjat utvecklingsprojekt och förändringsarbeten för att få fler kvinnor i målgruppen att vaccinera sig²⁰⁷.

²⁰⁰ Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtad 2024-11-18 från <https://cancercentrum.se>.

²⁰¹ Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtad 2024-11-11 från <https://cancercentrum.se>.

²⁰² Enligt WHO anses livmoderhalscancer vara utrotat som folkhälsoproblem när fyra eller färre fall per 100 000 kvinnor och år inträffar i alla länder.

²⁰³ Regeringskansliet. Hämtad 2024-11-18 från <https://www.regeringen.se>.

²⁰⁴ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2024 med data till och med 2023. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska Universitetssjukhuset; 2024.

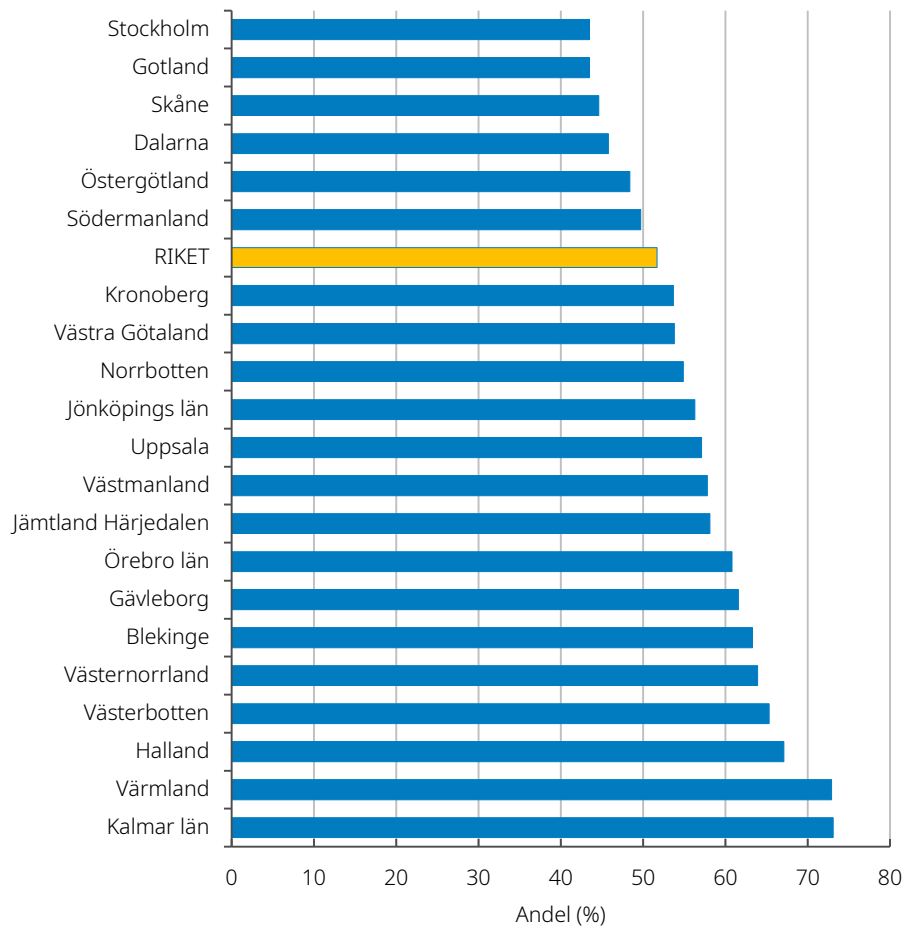
²⁰⁵ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2024 med data till och med 2023. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska Universitetssjukhuset; 2024.

²⁰⁶ Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtad 2024-11-19 från <https://cancercentrum.se>.

²⁰⁷ Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023. Socialstyrelsen; 2024.

Figur 51. Andel kvinnor som vaccinerat sig mot HPV.

Andel kvinnor födda 1994–1999 som vaccinerat sig mot HPV, per region²⁰⁸ 2025.



Källa: Regionala Cancercentrum i samverkan²⁰⁹.

Under 2025 ligger fokus för det nationella arbetet med att utrota livmoderhalscancer på HPV-screening²¹⁰. I figur 52 framgår att täckningsgraden för gynekologiskt cellprov för kvinnor 23–70 år är drygt 77 procent för riket med en variation på 62–89 procent mellan regionerna²¹¹.

²⁰⁸ Data redovisas samlat för regionerna Gotland och Stockholm.

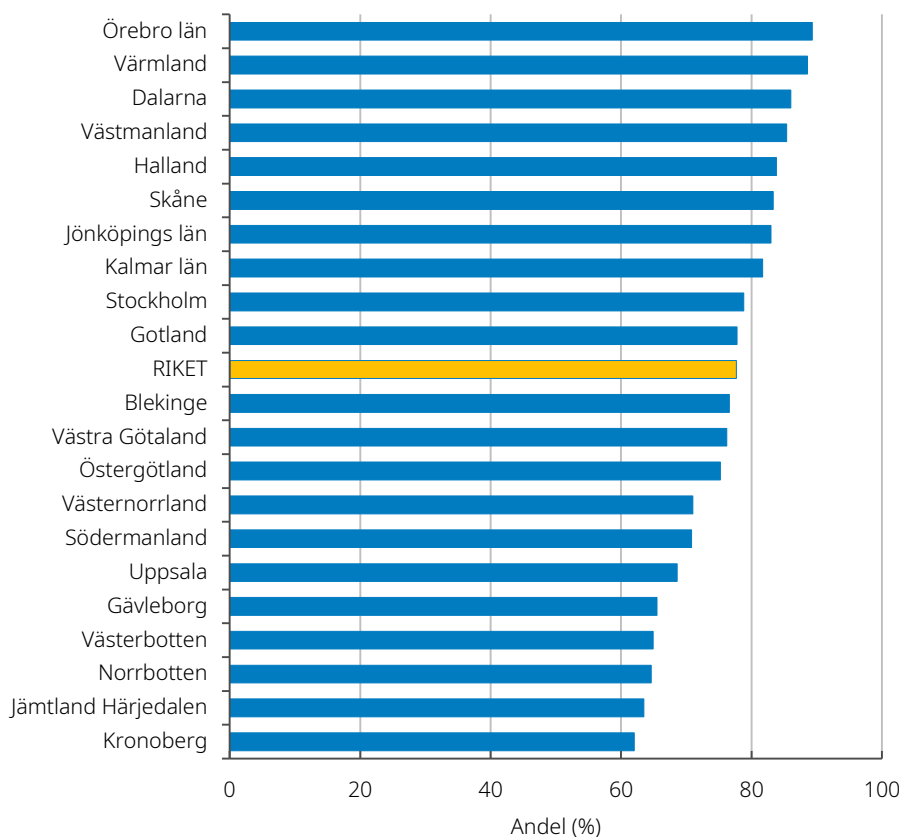
²⁰⁹ Data hämtad den 2025-01-13

²¹⁰ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2024 med data till och med 2023. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska Universitetssjukhuset; 2024.

²¹¹ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2024 med data till och med 2023. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska Universitetssjukhuset; 2024.

Figur 52. Täckningsgrad för gynekologiskt cellprov.

Andel kvinnor som tagit cellprov. 23–70 år²¹². Data avser helår 2023.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx).

Många regioner arbetar med att öka täckningsgraden för cellprov och erbjuder exempelvis extra provtagningstillfällen för HPV samt självtest för HPV som kan skickas hem via posten²¹³. Särskilda insatser riktas på vissa håll mot grupper som är underrepresenterade, exempelvis genom att test erbjuds på plats i stället för självtest. I samband med att fler regioner erbjuder självtest för HPV har en allt större del av befolkningen fått en ökad tillgänglighet till screening²¹⁴.

²¹² Det internationella jämförelsetalet för täckningsgrad (vägt medelvärde för uppföljningstid 5,5 år respektive 7,5 år).

²¹³ Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023. Socialstyrelsen; 2024.

²¹⁴ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2024 med data till och med 2023. Stockholm: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska Universitetssjukhuset; 2024.

Att stärka samverkan leder till säkrare vård

Iakttagelser i korthet

- Sverige medverkar på olika sätt i det globala patientsäkerhetsarbetet, som leds av WHO. Samverkan gäller bland annat den globala handlingsplanen Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.
- Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har som vision "en god och säker vård, överallt och alltid", med det övergripande målet att "ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada".
- Socialstyrelsen har under 2024 uppdaterat, tagit bort och lagt till nya indikatorer som bidrar till ett systemperspektiv, och som används för uppföljning av handlingsplanen.
- På nationell nivå ses en förbättring för 20 av 32 indikatorer, men för 11 indikatorer ses en försämring.

Att undvika att patienter blir sjuka eller skadade av hälso-, sjuk- och tandvården är en typ av förutsättning för vården att hålla befolkningen frisk. Patienten som medskapare är en grundläggande förutsättning för en säker vård, vilket lyfts både i Sveriges nationella handlingsplan²¹⁵ och i WHO:s globala handlingsplan²¹⁶. Samtidigt är patienter, brukare och närstående en underutnyttjad resurs i arbetet för en säker vård. Samverkan mellan olika aktörer, både lokalt och internationellt, är också en förutsättning för en säker vård.

Sverige i internationell, nordisk och nationell samverkan

Sverige medverkar på olika sätt i det globala patientsäkerhetsarbetet, som leds av WHO. Samverkan gäller bland annat den globala handlingsplanen Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 och planeringen för den internationella patientsäkerhetsdagen.

Under 2024 har även det nordiska samarbetet stärkts, då företrädare från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige har träffats. Syftet med samverkan är att utbyta erfarenheter, lära av varandra och hitta

²¹⁵ Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020–2024. Socialstyrelsen; 2020.

²¹⁶ World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva; 2021.

gemensamma frågor att samverka kring. Områden som nationella strategier och handlingsplaner, uppföljning och analys på nationell nivå, utredning av händelser, kompetensmål och utbildningsinsatser har varit i fokus. Med utgångspunkt från diskussionen i denna grupp utvecklades 2023 ett samarbete för utformning av gemensamma nordiska kompetensområden för patientsäkerhet. Projektet har genomförts med deltagande från alla nordiska länder och med stöd från Nordiska ministerrådet, och har avrapporterats under 2024²¹⁷.

Hur arbetar vi i Sverige för att skapa en säkrare vård?

I januari 2020 lanserades i Sverige den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet²¹⁸. Handlingsplanens vision är ”en god och säker vård, överallt och alltid”, med det övergripande målet att ”ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada”. Planen identifierar fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden, som belyser faktorer som påverkar patientsäkerheten. Dessa områden utgör även en struktur för nationella åtgärder och ger vägledning för att stärka säkerhetsarbetet i vården.

Handlingsplanen riktar sig till regioner och kommuner och syftar till att

- stärka huvudmännen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- etablera principer, prioriteringar och mål för patientsäkerhetsarbetet genom att ta fram egna handlingsplaner.

År 2024 hade 87 kommuner, av totalt 230 som medverkade i den årliga uppföljningen, tagit fram egna handlingsplaner och 14 kommuner hade ett annat styrdokument motsvarande en handlingsplan för patientsäkerhet^{219 220}. Vidare arbetar 44 kommuner med att ta fram, och ytterligare 7 har beslutat att ta fram, handlingsplaner. Jämfört med de svar som kom in under 2023 års uppföljning, borde rimligen fler kommuner idag ha en handlingsplan på plats, eller åtminstone ha ett pågående arbete med att ta fram en plan. Då svarade 82 kommuner att de hade en handlingsplan, 101 att de arbetade med

²¹⁷ Nordiska kompetensområden för patientsäkerhet finns att läsa här: <https://www.norden.org>.

²¹⁸ Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Socialstyrelsen; 2020.

²¹⁹ Socialstyrelsen har genomfört en enkätuppföljning till regioner och kommuner 2021–2024. I denna fjärde uppföljning är enkäten utvecklad. Frågorna om handlingsplan för patientsäkerhet är reviderade och enkäten innehåller fler frågor om det systematiska patientsäkerhetsarbetet. 20 regioner och 230 kommuner och stadsdelar besvarade enkäten.

²²⁰ En handlingsplan är ett styrdokument med en sammanställning av aktiviteter som tillsammans ska leda till att uppnå mål. Den visar konkret vad som ska göras inom ett visst område, vem eller vilka som ansvarar för uppgiften samt när det ska vara klart, alternativt när det ska följas upp (Enkät om patientsäkerhetsarbete, Socialstyrelsen 2024).

att ta fram en sådan och 56 att de beslutat att ta fram en plan. Ännu har dock inte någon fördjupad analys gjorts av vad som kan ha fördröjt arbetet.

Vidare är det 50 kommuner som 2024 svarar att patientsäkerhetsberättelsen, PSB²²¹, fyller funktionen av kommunövergripande handlingsplan för patientsäkerhet. Av regionerna är det 19 av de 20 som medverkade i uppföljningen som har tagit fram egna handlingsplaner för patientsäkerhet och en region som har annat styrdokument för patientsäkerhet som motsvarar innehållet i en handlingsplan. Under våren 2025 lanserar Socialstyrelsen en uppdaterad nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som ska gälla fram till och med 2030.

Utvecklad uppföljning för ett stärkt patientsäkerhetsarbete

År 2021 gjordes en uppföljning av patientsäkerheten, kopplad till den nationella handlingsplanen, i syfte att utgöra en baslinjemätning som grund för att bygga upp en kontinuerlig systematisk uppföljning inom patientsäkerhetsområdet²²². En kontinuerlig uppföljning kan stödja huvudmän och vårdgivare med användbara underlag för att prioritera områden och aktiviteter som kan stärka patientsäkerheten.

För att kunna koppla uppföljningen till den nationella handlingsplanen behöver redovisningen spegla ett systemperspektiv, och visa på struktur, processer och resultat som inte enbart är relaterade till specifika diagnoser. Indikatorer på systemnivå behövs för att vidga perspektivet på organisation genom att till exempel spegla ledning för patientsäkerhet, patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet och riskmedvetenhet. Dock saknas till stor del indikatorer och datakällor för uppföljning av bland annat systemperspektiv och ledningsperspektiv. Socialstyrelsen har därför under 2024 utvecklat nya indikatorer, som bidrar till ett systemperspektiv, och som använts i den senaste uppföljningen²²³.

Över tid ses en förbättring för mer än hälften av indikatorerna

På nationell nivå ser vi en förbättring för 20 av 32 indikatorer, till exempel att det i både kommuner och regioner finns dokumenterade rutiner för hur ansvaret är fördelat i det systematiska patientsäkerhetsarbetet²²⁴. För 11

²²¹ Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Av den ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts, 3 kap. 10 §, PSL.

²²² En indikatorbaserad uppföljning för säker vård: utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – agera för säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

²²³ Socialstyrelsen. Patientsäkerhet. Hämtad 2025-02-19 från <https://www.socialstyrelsen.se>.

²²⁴ Förändringarna uppmärksammas utifrån det senaste mätvärdet jämfört med 2014 eller det närmaste mätvärdet om uppgift för 2014 saknas.

indikatorer ses däremot en försämring – rutiner saknas till exempel för hur medarbetare och patienter ska stödjas vid allvarlig vårdskada och för funktionsanpassad patientsäkerhetsutbildning till chefer och medarbetare.

Utveckling av distansmonitorering – ett sätt att hålla oss friskare längre?

Iakttagelser i korthet

- Utvecklingen av distansmonitorering går snabbt framåt och en majoritet av regionerna arbetar med distansmonitorering i varierad utsträckning.
- Diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, astma och KOL är de vanligaste diagnoserna som regionerna erbjuder distansmonitorering för.
- Distansmonitorering skapar förutsättningar för vården att arbeta mer proaktivt, samt medför att resurser kan användas på ett bättre sätt.

Utvecklingen av digital vård och digitala arbetssätt inom hälso- och sjukvården har gått mycket fort de senaste åren och distansmonitorering, eller egenmonitorering som det också kallas, utgör en central del i regionernas arbete med omställningen till en mer nära vård och i några regioner är distansmonitorering ett prioriterat område^{225 226 227}.

Patienterna ställer också höga krav på att hälso- och sjukvården ska följa med i den digitala utvecklingen samt att den går i en riktning där patienten blir mer delaktig i den digitala miljön och får ett större egenansvar. Totalt 18 regioner arbetar med distansmonitorering av de vanligaste folksjukdomarna i varierad utsträckning²²⁸. I fem regioner har distansmonitorering i primärvården och slutenvården övergått i ordinarie verksamhet och inom den specialiserade öppenvården har distansmonitorering övergått i ordinarie verksamhet i åtta regioner²²⁹. I några regioner har även politiska beslut om breddinförande av distansmonitorering fattats. Till exempel har regionerna Jämtland-Härjedalen, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, Skåne,

²²⁵ Egenmonitorering i regionerna. En del av God och Nära vård. Socialstyrelsen; 2024.

²²⁶ Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Socialstyrelsen; 2024.

²²⁷ Vallo Hult H, Elden H, Frerichs M, Gelander L, Greim G, Jivegård L, Khan J, Magnusson K, Mourtzinis G, Nyström O, Quitz K, Scharenberg C, Sjöland H, Svanberg T, Svedberg M, Wartenberg C. Egenmonitorering – evidenskartläggning genom sammanställning av systematiska översikter för utvalda diagnosgrupper. Göteborg: Västra Götalandsregionen, HTA-centrum; 2023. Evidenskartläggning 2023:133.

²²⁸ IT och digitalisering inom hälso- och sjukvården 2024. Nätverket för Sveriges regioners IT-direktörer (SLIT); 2024.

²²⁹ Egenmonitorering i regionerna. En del av God och Nära vård. Socialstyrelsen; 2024.

Uppsala och Östergötland fattat politiska beslut om breddinförande av distansmonitorering i primärvården, och i fem regioner finns politiska beslut om breddinförande av distansmonitorering inom slutenvården²³⁰ respektive den specialiserade öppenvården^{231 232}.

I tabell 4 framgår att diabetes och hjärtsvikt är de diagnoser som flest regioner erbjuder distansmonitorering för, följt av högt blodtryck, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL.

Tabell 4. De fem vanligaste diagnoserna vid distansmonitorering.

De fem vanligaste diagnoserna som respektive region erbjöd distansmonitorering för under 2023.

Region	Diagnos 1	Diagnos 2	Diagnos 3	Diagnos 4	Diagnos 5
Blekinge*					
Dalarna	Diabetes	Arytmi	Njursvikt	Personlighets-syndrom	
Gotland*					
Gävleborg	KOL	Astma	OSA ²³³	Reumatoid artrit	
Halland	Högt blodtryck	Diabetes	Astma	Hjärtsvikt	Barn-obesitas
Jämtland Härjedalen	Högt blodtryck	Hjärtsvikt	Diabetes	KOL	
Jönköpings län	Astma				
Kalmar län*					
Kronoberg	Diabetes	Högt blodtryck	Obesitas	Astma	
Norrbottnen	Hjärtsvikt				
Skåne²³⁴					
Stockholm**					
Sörmland**					
Uppsala	Diabetes	Psykisk ohälsa	Högt blodtryck	Rehabilitering	Pacemaker

²³⁰ Regionerna Jönköpings län, Kalmar län, Skåne, Uppsala och Östergötland har fattat politiska beslut om breddinförande av distansmonitorering inom slutenvården.

²³¹ Regionerna Jönköpings län, Kronoberg, Skåne, Uppsala och Östergötland har fattat politiska beslut om breddinförande av distansmonitorering inom den specialiserade öppenvården.

²³² Egenmonitorering i regionerna. En del av God och Nära vård. Socialstyrelsen; 2024.

²³³ Obstruktivt sömnapné syndrom.

²³⁴ Regionen redovisar att de på regional nivå inte identifierat vilka diagnoser som ska distansmoniteras och redogör för att de befinner sig på pilotstadiet och ännu inte har ett tillgängligt system för distansmonitorering.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025
Hur väl bidrar hälso-, sjuk- och tandvården till att hålla oss friska?

Region	Diagnos 1	Diagnos 2	Diagnos 3	Diagnos 4	Diagnos 5
Värmland	Hjärtsvikt	IBD ²³⁵			
Västerbotten	Diabetes typ 1	Diabetes typ 2	Högt blodtryck	Hjärtsvikt	Astma
Västernorrland*					
Västmanland*					
Västra Götaland	Högt blodtryck	Hjärtsvikt	KOL	Njur-sjukdom	Högt blodtryck vid graviditet
Örebro län	Diabetes typ 1	Arytmi (pace-maker med defibrillator)	Dialys-behandling	IBD	Waran-behandling
Östergötland	KOL	Astma	Hjärtsvikt	Högt blodtryck	Diabetes

Källa: Socialstyrelsens enkät om egenmonitorering 2024.

*Regionen har ej angett några diagnoser. ** Regionen har ej besvarat Socialstyrelsens enkät.

Distansmonitorering kan bidra till en mer resurseffektiv och jämlik vård

Distansmonitorering kan bidra till ökad delaktighet, att patienten får mer kunskap om sin sjukdom och en jämlik vård där det geografiska avståndet varken påverkar tillgänglighet eller delaktighet²³⁶. För att patienten ska kunna nyttja distansmonitorering förutsätter det att patienten har vissa färdigheter som möjliggör lärande och användande av distansmonitoreringssystem för kontakt med vården. För att patienter ska ges rätt förutsättningar att kunna nyttja distansmonitorering är det viktigt att regionerna erbjuder utbildning för patienter, men också för hälso- och sjukvårdspersonalen, för att höja den digitala kompetensen²³⁷. Det är också viktigt att patienter som inte har den digitala kompetensen att nyttja distansmonitorering ges alternativ vård med samma kvalitet.

Socialstyrelsen arbetar med terminologi inom monitorering

Socialstyrelsen arbetar sedan oktober 2023 med att ta fram rekommenderade termer och definitioner inom området monitorering. Resultatet av arbetet förväntas publiceras under andra kvartalet 2025.

²³⁵ Inflammatorisk tarmsjukdom.

²³⁶ Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

²³⁷ Egenmonitorering i regionerna. En del av God och Nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?

Att vården och tandvården som ges ska hålla hög kvalitet innebär bland annat att den ska vara patientsäker, individanpassad, kunskapsbaserad och tillgänglig. Generellt ser man ofta resultaten i hälso-, sjuk- och tandvården som ett mått på kvaliteten i processens olika ingående delar. Samtidigt påverkas resultat och hälsoutfall även av en mängd olika faktorer som ligger helt utanför hälso-, sjuk- och tandvårdens arbete. Både systemet och enskilda komponenter kan uppvisa kvalitetsbrister – och kvaliteten i vissa delar kan vara bristfällig även om slutresultatet blev det önskade.

Att mäta kvalitet är komplicerat, och går ofta hand i hand med andra värden som tillgänglighet och vårdsäkerhet. I detta kapitel redovisas resultaten för ett antal kärnindikatorer, som är utvalda just för att de i stora drag kan ses som ett mått på kvaliteten i den vård som de beskriver, men där ett enskilt fall såklart kan vara påverkat av helt andra faktorer.

Fem av kärnindikatorerna mäter kvalitet på olika vis: kärnindikator 8: Hälstillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng), kärnindikator 9: Dödlighet efter hjärtinfarkt, kärnindikator 10: Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), kärnindikator 11: Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer samt kärnindikator 13: Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL.

Förlossningsvården fortsätter utvecklas

Sverige har en utbyggd mödrahälsovård, som främjar de gravidas hälsa och fångar upp risker. Förlossningsvården är också god och säker, och de allra flesta som föder barn får en positiv upplevelse. Vården behöver dock bli mer jämlik, och kontinuiteten i vårdkedjan behöver förbättras. Framför allt behövs förbättringar i eftervården. Vården behöver också fokusera mer på dem med störst behov²³⁸.

Iakttagelser i korthet

- Nyblivna mammor är i stor utsträckning nöjda med sin mödrahälsovårds- och förlossningsenhet och man är trygg med den vård man fått under graviditet och förlossning. I mycket gles

²³⁸ Nationella riktlinjer 2023: Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser. Socialstyrelsen; 2023.

landsbygd upplevs dock tillgängligheten till mödrahälsovård vara lägre än i övriga delar av landet.

- Samverkan mellan olika aktörer behöver stärkas för gravida och de som nyligen fött barn, om de till exempel har psykisk ohälsa eller beroendeproblematik.
- Andelen nyfödda med låg Apgar-poäng har ökat det senaste decenniet, något som kan vara en följd av att andelen gravida och födande med olika typer av riskfaktorer har ökat, till exempel hög ålder och obesitas. Det kan också vara en följd av ändrat arbetssätt, där igångsättning av förlossningar blivit vanligare.

Behov av ökat fokus på dem med störst behov

Gravida och de som nyligen fött barn, och som har psykisk ohälsa behöver tillgång till multiprofessionell bedömning och behandling²³⁹. Teamet bör bestå av barnmorska, psykolog och läkare. Rutiner behöver även upprättas i mödrahälsovården för att samverka med psykiatrin, primärvården och barnhälsovården. Vidare behöver mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänsten och beroendevården samverka kring gravida och nyblivna föräldrar som använder alkohol och narkotika för att kunna ge optimal vård och stöd för hela familjen. Vården och bemötandet av gravida eller de som nyligen fött barn och som har obesitas behöver också stärkas med exempelvis kompetensutveckling för all personal som möter denna grupp.

Stärk vårdkedjan från graviditet till förlossning och eftervård

En del gravida behöver mer stöd och trygghet på grund av exempelvis språkliga barriärer, psykosocial skörhet eller förlossningsrädsla. Vissa regioner har startat projekt där samma barnmorsketeam följer dessa patienter genom hela vårdkedjan. Det saknas fortfarande kunskap om effekten av en sammanhållen vårdkedja för dem med störst behov, och Socialstyrelsen rekommenderar därför vårdformen inom ramen för forskning och utveckling.

Vården under graviditet och förlossning

Graviditetsenkäten 2023²⁴⁰ visar att nyblivna mammor i stor utsträckning är nöjda med vården de fått under graviditet och förlossning av sin mödrahälsovårds- och förlossningsenhet och 91 procent av kvinnorna rapporterade att de skulle rekommendera sin mödrahälsovårds- eller

²³⁹ Nationella riktlinjer Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser. Socialstyrelsen; 2023.

²⁴⁰ Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa. Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2023. Stockholm: SKR; 2024.

förlossningsenhet. Det går inte att se några systematiska skillnader som indikerar att en viss grupp är mer nöjd än någon annan grupp vad gäller exempelvis födelseland och utbildningsnivå.

I de flesta avseenden är kvinnor som bor i glest befolkade områden lika trygga med vården under graviditet och förlossning som boende i andra delar av landet. Kvinnor som bor i mycket gles landsbygd anser dock att mödrahälsovården är mindre tillgänglig jämfört med boende i andra delar av landet.

Mellan 2014 och 2023 har andelen allvarliga bristningar hos både först- och omfödorskör, vid såväl instrumentella som icke-instrumentella förlossningar minskat, även om en marginell ökning kunde ses 2023²⁴¹.

Andelen kejsarsnitt, stora blödningar och fullgångna barn som föds med låg Apgar-poäng (lägre än 7) fortsätter att öka – se kärnindikator 8. Allt färre gravida hade en spontan start av förlossningen och en förlossning utan större interventioner eller komplikationer. Dock är skillnaderna mellan regionerna tydlig och det fanns förlossningskliniker med en stabil och låg förekomst av interventioner och komplikationer.

Sedan 1980-talet har rökning bland gravida minskat. Däremot har snusning ökat och 2023 var för första gången antalet gravida i riket som snusar tre månader före graviditet (9 procent) fler än antalet rökare (8 procent), men skillnaderna var stora mellan regionerna.

Förbättra eftervården

Eftervården är den del av vårdkedjan där det, enligt graviditetsenkäten, finns störst behov av förbättringsarbete. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, bland annat när det gäller förlossningsbristningar, amning och fysiskt och psykiskt mående. Flera regioner har arbetat med att ta fram och implementera riktlinjer för tidig uppföljning och rådgivning efter förlossningen som komplement till eftervårdsbesöket i mödrahälsovården. I riket fick 70 procent någon form av tidig uppföljning (inom tre veckor) i mödrahälsovården²⁴². Det var vanligast att få uppföljning per telefon. Det var dock stora variationer mellan regionerna när det gäller andelen som hade någon form av tidig uppföljning. Arbetet med att utveckla och stärka tidig uppföljning i mödrahälsovården behöver fortsätta.

Regionerna har även genomfört satsningar för att öka andelen som kommer på eftervårdsbesök hos barnmorskan i mödrahälsovården efter

²⁴¹ Skogsdal Y, Conner P, Elvander C, Hed C, Ageheim M, Algovik M, Petersson K, Bjelke M, Granfors M och Svanvik T på uppdrag av Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport; 2023.

²⁴² Skogsdal Y, Conner P, Elvander C, Hed C, Ageheim M, Algovik M, Petersson K, Bjelke M, Granfors M och Svanvik T på uppdrag av Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets Årsrapport; 2023.

förlossningen. Graviditetsregistrets årsrapport 2023 visar att andelen eftervårdsbesök har ökat från 74 till 87 procent under perioden 2014–2023 i riket. Andelen varierar dock mellan regioner och socioekonomiska grupper. Kvinnor som bor i mycket gles landsbygd går oftare på sitt eftervårdsbesök. Även om vården efter förlossning har varit ett prioriterat förbättringsområde under flera år finns ett fortsatt stort förbättringsutrymme i eftervården. Även information, förberedelse och planering inför eftervårdsperioden behöver fortsätta utvecklas.

Kärnindikator 8: Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Indikatorn visar andelen barn som efter födelsen har låg Apgar-poäng. Apgar är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvansvärt att ha höga poäng. I indikatorn definieras låg Apgar-poäng som lägre än 7 poäng vid fem minuters ålder. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens medicinska födelserregister.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Andelen nyfödda med låga Apgar-poäng har ökat det senaste decenniet, vilket vi visar i figur 53. 1,7 procent av alla barn som föddes 2021–2023 hade lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder, något som är en marginell uppgång från åren 2018–2020. Takten i ökningen ser således ut att mattas av.

Att vi sett en ökning av andelen nyfödda med låga Apgar-poäng kan bland annat bero på att fler för tidigt födda barn överlever idag. Ungefär 5 procent av barnen föds före 37 fullgångna graviditetsveckor. Omkring 10 procent av alla nyfödda vårdas på en neonatalavdelning²⁴³.

Ökningen av nyfödda med låga Apgar-poäng kan också hänga samman med att kvinnor som föder barn i hög ålder har en större risk att drabbas av graviditets- och förlossningskomplikationer jämfört med yngre kvinnor, och medelåldern för både förstföderskor och omföderskor har fortsatt att öka²⁴⁴.

Övervikt och obesitas är andra riskfaktorer för negativa förlossningsutfall. Högt BMI²⁴⁵ är associerat med ökad risk för att föda för tidigt samt risk för

²⁴³ Fakta och statistik. Hämtad 2025-01-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

²⁴⁴ Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2023. Socialstyrelsen; 2024.

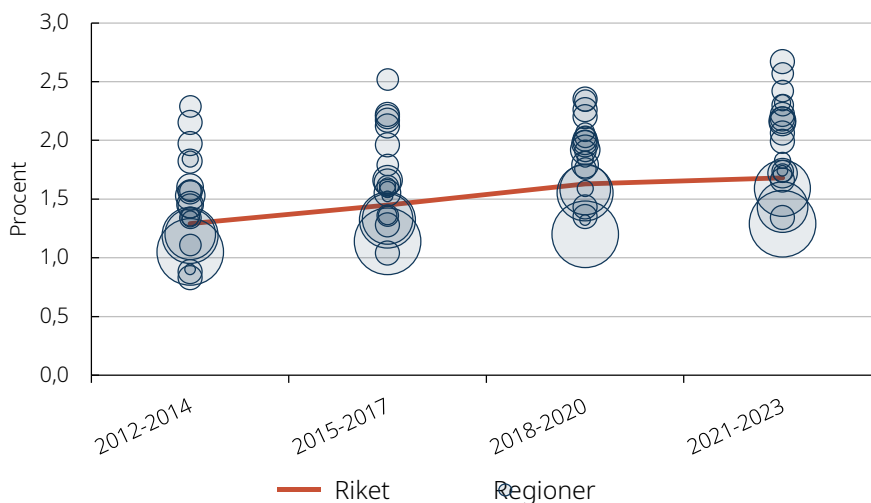
²⁴⁵ Body Mass Index

vissa typer av missbildningar hos fostret. Andelen blivande mödrar med övervikt eller obesitas varierar över landet men har nästan fördubblats från 25 procent 1992 till 46 procent 2023.

Även andelen förlossningar som startar med hjälp av induktion har ökat sedan början av 1990-talet. Ökningen har skett i samtliga graviditetsveckor, men mest påtaglig har ökningen varit i graviditetsvecka 41²⁴⁶. Även denna faktor kan ha en koppling till andelen nyfödda som har låg Apgar-poäng, bland annat beroende på att igångsättning kan initieras på grund av att barnet inte växer som förväntat eller har någon sjukdom. Igångsättningar kan också leda till ett mer utdraget förlossningsförlopp, något som i sin tur kan leda till att barnet blir mera medtaget. Den stora ökningen av igångsättning bland kvinnor i graviditetsvecka 41 kan förklaras av att ett nytt arbetssätt börjat spridas i regionerna. Från och med 41 fullgångna veckor gör man bedömningar med målet att kvinnan ska vara i aktiv förlossning, eller ha fött barnet, senast vid 42 fullgångna veckor. Detta i stället för att vänta med igångsättning till efter 42 fullgångna veckor²⁴⁷. Statistik visar att förekomsten av dödföddhet eller neonatal död har minskat under samma period, men det går inte att dra slutsatser om orsakssamband från statistiken²⁴⁸.

Figur 53. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) riket och regional spridning.

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

²⁴⁶ Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2023. Socialstyrelsen; 2024.

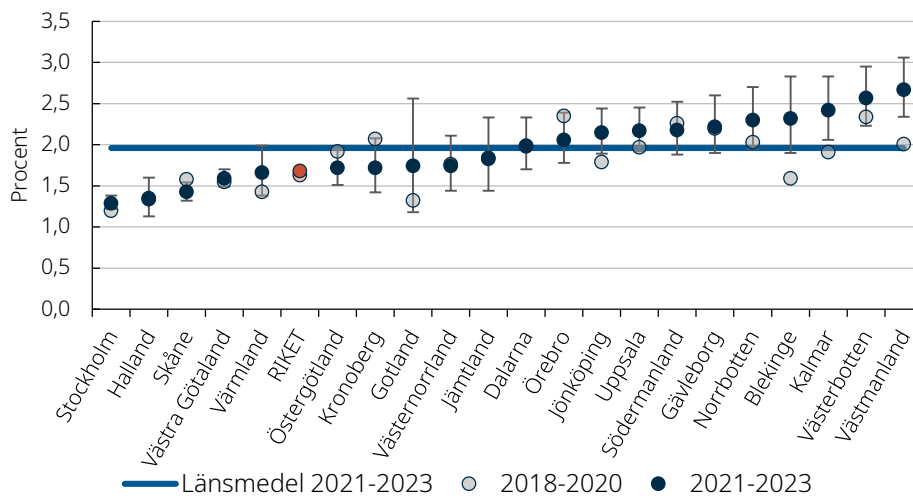
²⁴⁷ Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2023. Socialstyrelsen; 2024.

²⁴⁸ Källén K, Norman M, Elvander C, Bergh C, Sengpiel V, Hagberg H, et al. (2025) Maternal and perinatal outcomes after implementation of a more active management in late- and postterm pregnancies in Sweden: A population-based cohort study. PLoS Med 22(1): e1004504. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004504> .

För denna indikator är variationerna stora mellan regionerna. Figur 54 visar en jämförelse mellan treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023. Av figuren går det att utläsa att andelen nyfödda med låga Apgar-poäng ökat i många regioner, men inte i alla. I bland annat regionerna Skåne, Östergötland och Kronoberg sjönk andelen nyfödda med låga Apgar-poäng. I några regioner – som regionerna Västernorrland, Jämtland och Dalarna - har förändringarna varit obetydliga.

Figur 54. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng), treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.

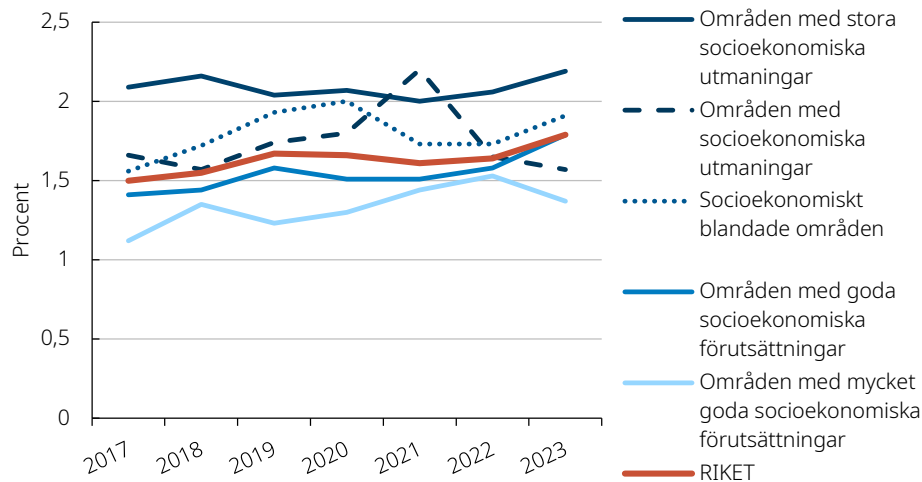


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, SCB.

Figur 55 visar att områden med stora socioekonomiska utmaningar hade högre andelar nyfödda med låga Apgar-poäng jämfört med övriga områdestyper under majoriteten av åren 2017–2023. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar hade lägst andel nyfödda med låga Apgar-poäng och i dessa områden minskade andelen nyfödda med låga Apgar-poäng mellan 2022 och 2023. I områden med socioekonomiska utmaningar minskade andelen nyfödda med låg apgar-poäng både 2022 och 2023, jämfört med åren innan.

Figur 55. Hälstotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) 2017–2023, uppdelat på områdestyp.

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Att mäta dödligheten kan fånga upp kvalitetsbrister

Dödlighet efter vissa åkommor, likväl som överlevnad ett antal år efter cancer är två vanliga sätt att följa upp och jämföra kvaliteten i vården. Exempelvis finns det ett antal kvalitetsparametrar som identifierats för att vården vid och efter stroke ska bli bättre. Till nationella riktlinjer för stroke finns totalt 36 indikatorer, men för en övergripande bild av kvaliteten i strokevården kan dödlighet inom 90 dagar (kärnindikator 10) vara en fingervisning²⁴⁹, på samma sätt som femårsöverlevnad är för många cancerformer. Därför är de två måtten inkluderade i lägesrapportens kärnindikatorer.

Iakttagelser i korthet

- Bland kvinnor i områden med socioekonomiskt goda förhållanden har dödligheten i hjärtinfarkt ökat, medan den för kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden minskat, men den ligger fortfarande högre. För män fortsätter dock skillnaderna i dödlighet mellan de socioekonomiska extremerna att öka.
- Dödligheten 90 dagar efter stroke fortsätter att minska, i högre grad bland män än bland kvinnor. Det finns skillnader mellan

²⁴⁹ Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2020.

regionerna som bland annat kan bero på responstid och avstånd till sjukhus.

- Femårsöverlevnaden efter cancer har kontinuerligt ökat, till följd av förbättrade metoder för diagnostik och behandling. Överlevnaden ser olika ut för olika cancerdiagnoser, och framför allt skiljer sig överlevnaden mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar, med lägst överlevnad i utsatta områden.
- Antal slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL har fortsatt att minska. Män vårdas fortsatt i slutenvård för dessa diagnoser i högre utsträckning än kvinnor och i socioekonomiskt utsatta områden är det generellt fler som vårdas i slutenvård, än i områden med goda förutsättningar.

Kärnindikator 9: Dödlighet efter hjärtinfarkt

Indikatorn visar andelen personer som avlidit inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mäter kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Uppgifterna är hämtade från dödsorsaksregistret eller från patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som avled utan att ha hunnit vårdats på sjukhus ingår. Värdena är åldersstandardiserade.

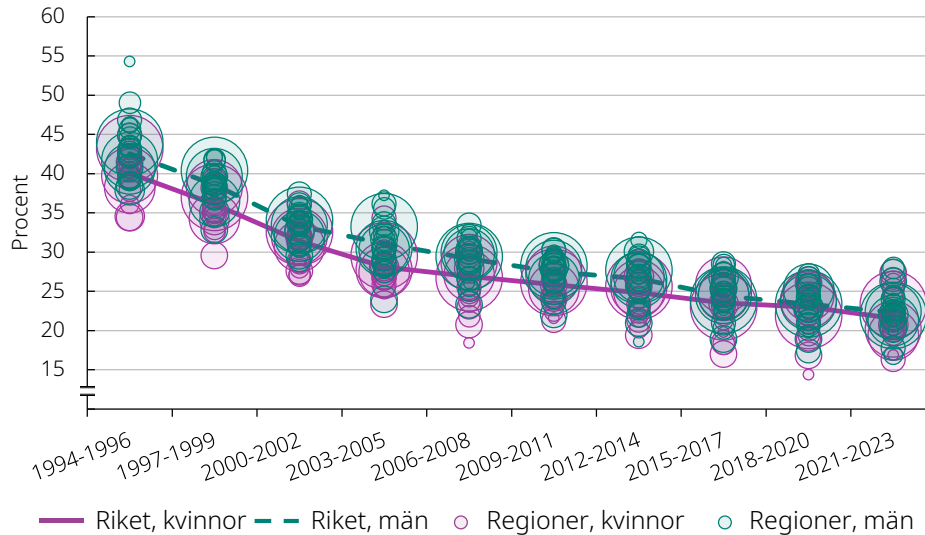
Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt har sjunkit under en lång rad av år, och under den senaste treårsperioden har denna positiva utveckling fortsatt. Andelen avlidna inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt uppgick till 22 procent under treårsperioden 2021–2023. Dödligheten var något högre bland män än kvinnor, och uppgick till 22,4 respektive 21,6 procent. Det förekommer precis som tidigare regionala skillnader i dödlighet.

Figur 56 visar hur dödligheten efter hjärtinfarkt utvecklats i treårsperioder, med start i perioden 1994–1996.

Figur 56. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar) från treårsperioden 1994–1996 till treårsperioden 2021–2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

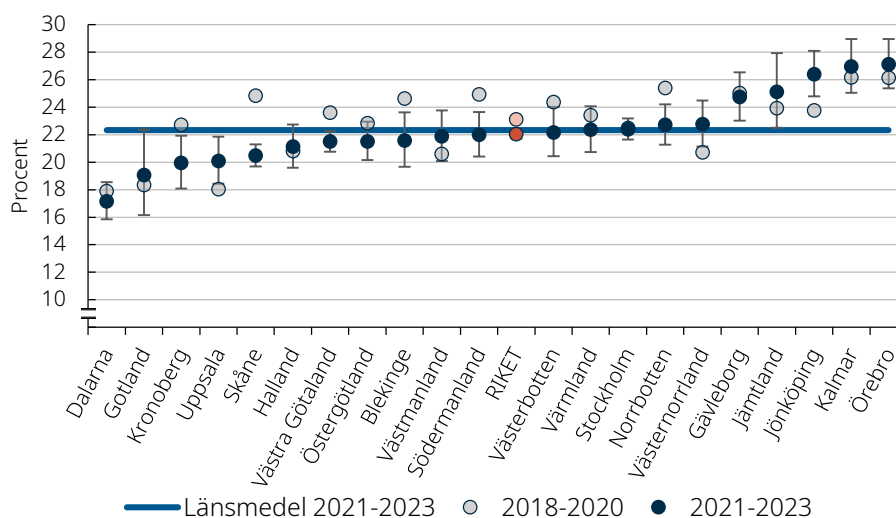


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För att belysa de regionala skillnaderna i dödlighet efter hjärtinfarkt redovisar vi regional statistik för perioderna 2018–2020 och 2021–2023 i figur 57. Som framgår av figuren minskade dödligheten ganska mycket i exempelvis regionerna Skåne, Kronoberg, Blekinge, Södermanland, Västerbotten och Norrbotten, samtidigt som den ökade i Uppsala, Västernorrland och Jönköping.

Figur 57. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



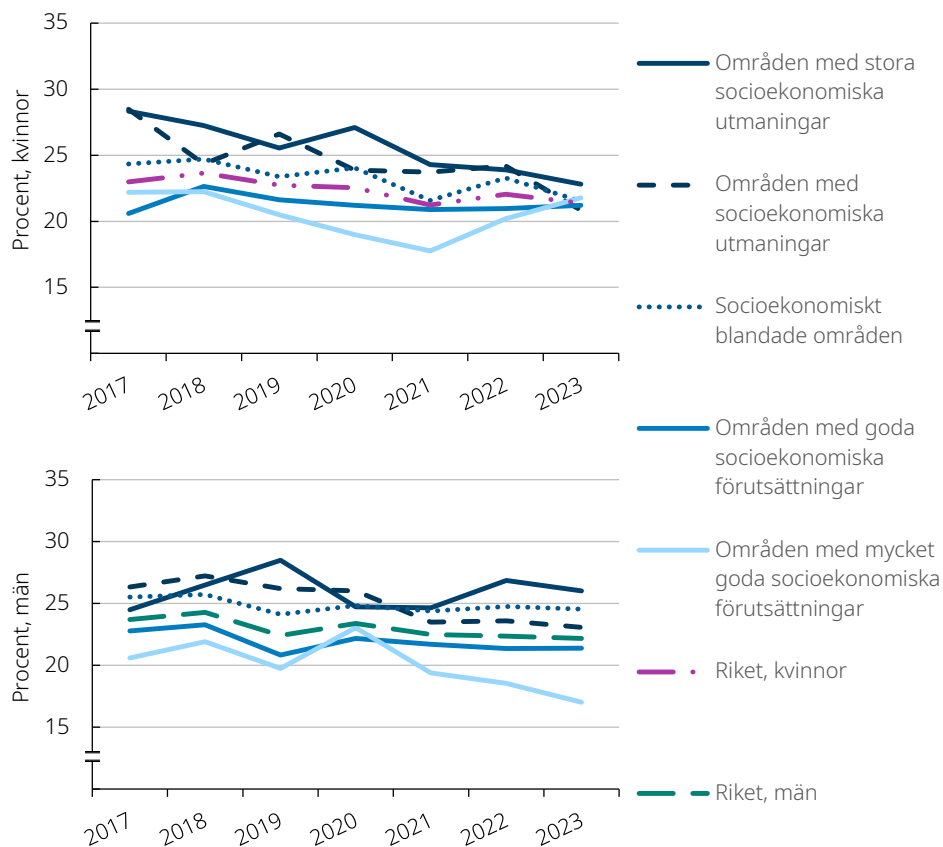
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaden i dödligheten efter hjärtinfarkt bland kvinnor har minskat mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Detta beror främst på att dödligheten har ökat bland kvinnor som bor i områden med mycket goda ekonomiska förutsättningar, men också på att dödligheten minskat i områden med varierande grad av socioekonomiska utmaningar samt i socioekonomiskt blandade områden. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar har legat relativt stabilt under ett par år. De olika områdestyperna har alltså närmast sig varandra som ett resultat av både positiv och negativ utveckling.

Bland män är bilden annorlunda. Här har skillnaderna mellan områdena snarare ökat, men det beror främst på att dödligheten minskat mer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar än i övriga områdestyper. I områden med goda socioekonomiska förutsättningar har dock läget i princip varit oförändrat de senaste åren.

Figur 58. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar) 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Kärnindikator 10: Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Indikatorn visar andelen personer som dött inom 90 dagar efter en förstagsstroke. Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Indikatorn syftar till att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Uppgifterna är hämtade från dödsorsaksregistret eller från patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som avled utan att ha hunnit vårdas på sjukhus ingår. Värdena är åldersstandardiserade. Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Dödligheten inom 90 dagar efter en förstagsstroke sjönk under treårsperioden 2021–2023 i jämförelse med perioden 2018–2020. Den långsiktiga trenden med minskande dödlighet efter stroke fortsatte därmed. Bland de som drabbades av stroke under den senaste mätperioden avled cirka 25 procent inom 90 dagar.

Skillnaderna mellan könen har ökat något efter att ha minskat och i princip försvunnit under föregående mätperiod. Att skillnaderna nu ökat beror på att dödligheten minskat mer hos män än hos kvinnor. I ett längre tidsperspektiv har dödligheten efter stroke vanligen varit högre hos kvinnor än män, vilket framgår av figur 59. Figuren illustrerar också att det finns betydande regionala skillnader.

Figur 59. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) från treårsperioden 1997–1999 till treårsperioden 2021–2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Andel döda inom 90 dagar efter förstagsstroke inklusive död utanför sjukhus.
Åldersstandardiserade värden.



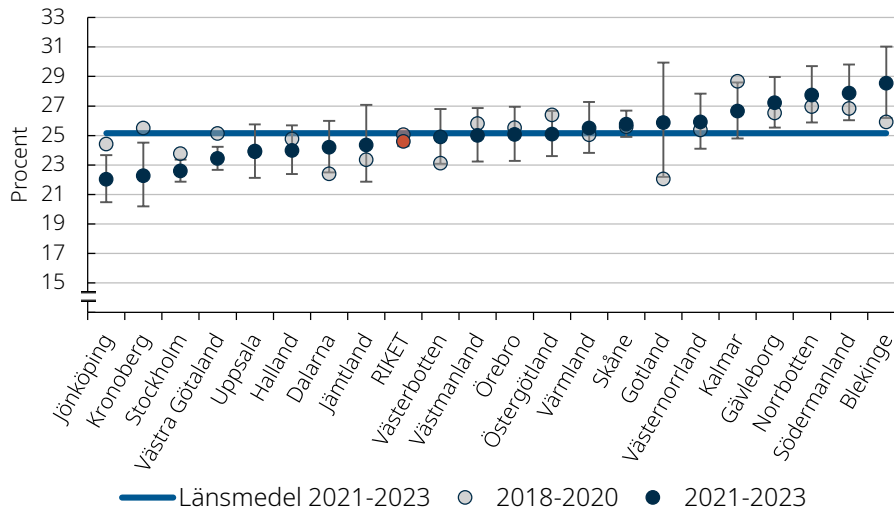
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

En närmare granskning av dödligheten efter stroke mellan regioner men också inom en och samma region vid två olika mätperioder bekräftar bilden av att det kan spela stor roll var i landet en person bor om hen drabbas av en stroke. Av figur 60 går det att utläsa att boende i regionerna Jönköping, Kronoberg, Stockholm och Västra Götalandsregionen som drabbades av stroke hade lägst andel avlidna efter 90 dagar under den senaste mätperioden, medan det var tvärtom för boende i regionerna Gävleborg, Norrbotten, Södermanland och Blekinge, andelen avlidna var här högst. Skillnaderna mellan regioner kan bero på faktorer som responstid och avstånd till närmaste lämpliga sjukhus.

I några regioner, bland annat Jönköping och Kronoberg, förbättrades läget märkbart om man jämför perioden 2021–2023 med perioden 2018–2020.

Figur 60. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus.
Åldersstandardiserade värden.

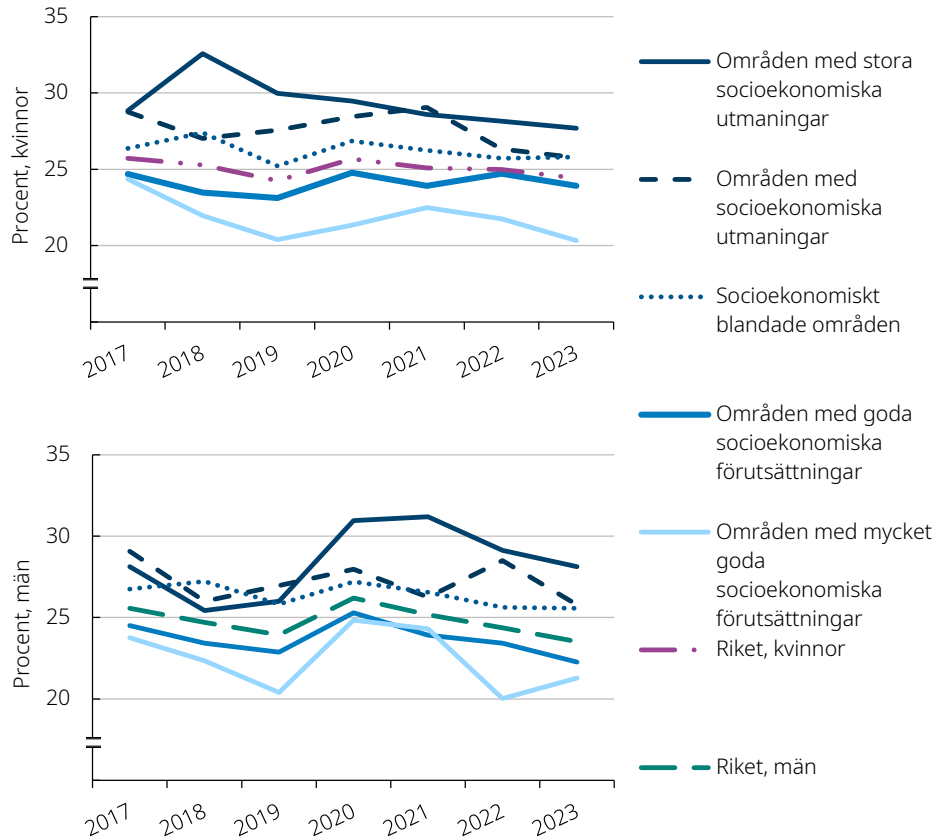


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det finns relativt stora skillnader i dödlighet efter stroke mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Detta gäller för både kvinnor och män. Även om olika områdestyper kan närma sig eller byta plats med varandra olika år så är en generell iakttagelse utifrån statistiken att boende i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar har en lägre risk att dö efter att ha insjuknat i stroke, än vad boende i de andra områdestyperna har. Utfallet kan hänga samman med att det i dessa områden finns fler patienter med friskfaktorer, vilket förbättrar patienternas förutsättningar för ett gott utfall. Högst andel avlidna efter stroke finns vanligen bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar, även om det som sagt kan finnas en viss variation enstaka år.

Figur 61. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Kärnindikator 11: Femårsöverlevnad vid cancer – flera cancerformer²⁵⁰

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom för personer som var 20–89 år när sjukdomen upptäcktes. Bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom ingår inte. Relativ överlevnad beskriver överlevnaden hos personer med cancer i procent av den förväntade överlevnaden om de inte haft cancer. Måttet beskriver alltså hur cancersjukdomen påverkar

²⁵⁰ I rapporten *Tillståndet och utvecklingen för hälso-, sjuk- och tandvård* från tidigare år har överlevnaden av misstag inkluderat annan hudcancer är malignt melanom, trots att den enligt definition ska exkluderas. Detta har lett till att överlevnaden i all cancer, utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom överskattats. I årets rapport är det även skillnader i vilka åldrar som inkluderas. Tidigare rapport inkluderade vuxna 30–89 år, men i nuvarande rapport inkluderas även yngre vuxna, 20–89 år. Siffrorna och metod baserar sig på Cancer i Sverige. Läs mer på Socialstyrelsens webbplats: <https://www.socialstyrelsen.se>

överlevnaden. Värdet 100 innebär att överlevnaden är densamma som i befolkningen, medan värden under 100 betyder att överlevnaden är lägre hos personer med cancer än i befolkningen. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Indikatorn visar att den relativa överlevnaden fem år efter diagnostiserad cancersjukdom fortsatt ökar kontinuerligt över tid bland både kvinnor och män, trots att vanliga cancerformer med högst överlevnad inte inkluderats i indikatorn. Under perioden 2019–2023 låg femårsöverlevnaden på 65 procent. Ökningen beror på att möjligheten att bli botad förbättrats väsentligt de senaste decennierna tack vare förfinad diagnostik och nya behandlingsmöjligheter²⁵¹. Idag lever tre av fyra patienter fem år efter cancerdiagnosen. Vid barncancer, bröstcancer och prostatacancer lever nio av tio patienter efter fem år. Vid cancerformer som lungcancer och cancer i bukspottkörteln är överlevnaden väsentligt lägre, vilket till stor del förklaras av att sjukdomen diagnostiseras i avancerade stadier²⁵².

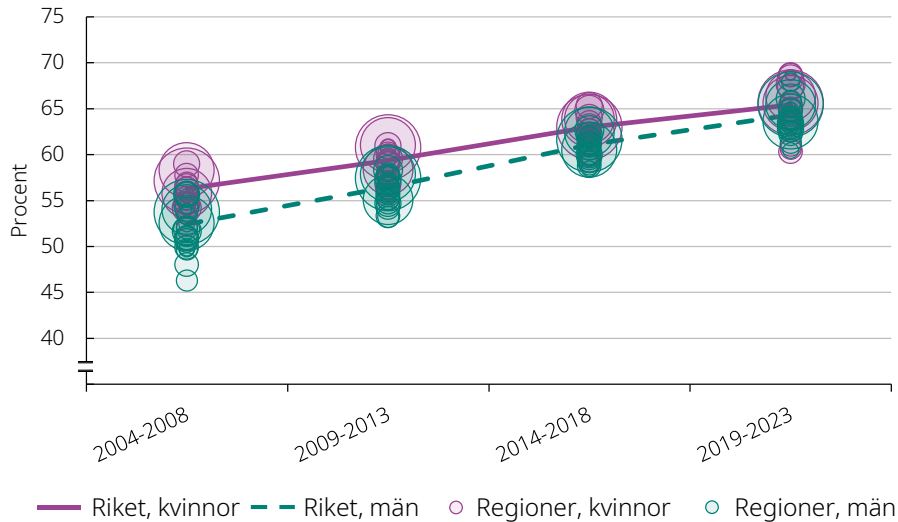
Femårsöverlevnaden är något högre bland kvinnor än bland män men skillnaderna mellan könen minskar kontinuerligt (figur 62). Det finns även skillnader i överlevnad mellan regioner men även här har skillnaderna minskat över tid (figur 63) och överlevnaden efter cancer ökar i samtliga regioner.

²⁵¹ Bättre tillsammans. Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Sammanfattning. Stockholm: Regeringskansliet; 2024.

²⁵² Bättre tillsammans. Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Sammanfattning. Stockholm: Regeringskansliet; 2024.

Figur 62. Femårsöverlevnad cancer uppdelat på kön och regional spridning.

Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.

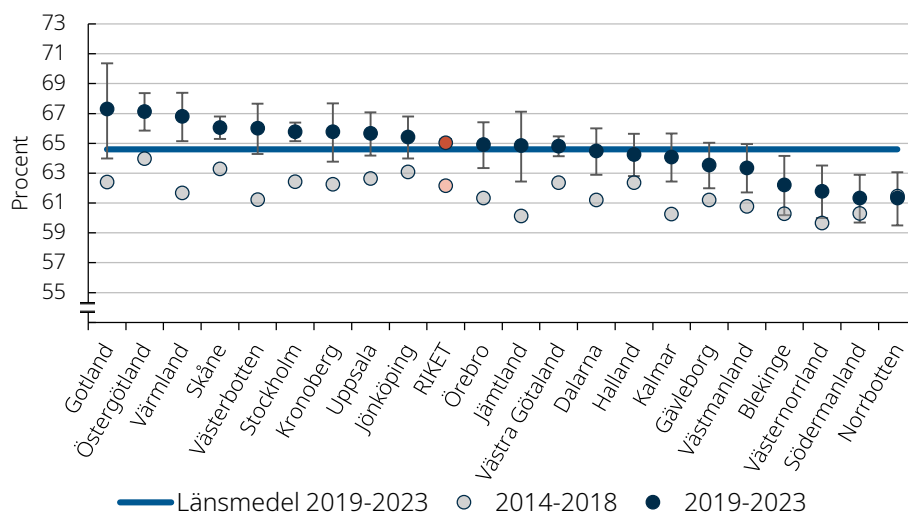


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, SCB.

Figur 63 visar att samtliga regioner hade bättre relativ femårsöverlevnad 2019–2023 jämfört med 2014–2018 även om överlevnaden varierar mellan regionerna. Nationellt fokus på cancervården kan ha bidragit till förbättringarna.

Figur 63. Femårsöverlevnad cancer, femårsperioderna 2014–2018 och 2019–2023, uppdelat på region.

Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.

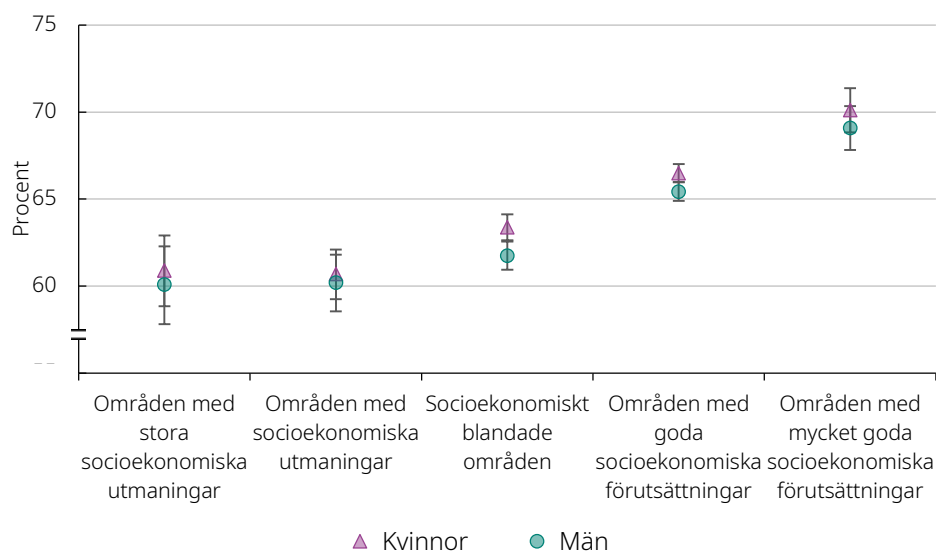


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen, SCB.

Figur 64 visar stora skillnader i femårsöverlevnad för flera cancerformer mellan olika socioekonomiska områden. Högst femårsöverlevnad 2019–2023 hade boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Lägst överlevnad hade boende i områden med socioekonomiska utmaningar respektive stora socioekonomiska utmaningar. Detta gäller för både kvinnor och män.

Figur 64. Femårsöverlevnad cancer 2019–2023 uppdelat på områdestyp.

Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Socialstyrelsen, SCB, Boverket.

Troliga orsaker bakom dessa skillnader är olika fördelning av cancerformer, stadium vid diagnos och allmänhälsa. Till exempel är lungcancer vanligare i områden med socioekonomiska utmaningar på grund av en högre andel rökare.

Mer data kring cancerinsjuknande och -dödlighet finns att tillgå på Socialstyrelsens webbplats *Cancer i Sverige 2025*²⁵³. Där beskrivs insjuknandet och dödligheten för 20 cancerformer med fokus på regionala och socioekonomiska skillnader. En temarapport som belyser och tolkar en del av statistiken har också publicerats. Utöver redovisning av insjuknande och dödlighet kommer *Cancer i Sverige 2025* under året att utökas med uppgifter om överlevnad, prevalens och prognos.

²⁵³ Temarapport med resultat samt analysverktyg finns att ta del av från <https://www.socialstyrelsen.se>

Kärnindikator 13: Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Indikatorn visar antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare som är 20 år eller äldre. Dessa kroniska sjukdomstillstånd kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård, och behovet av slutenvård kan minska med optimalt omhändertagande och stöd. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens patientregister. Värdena är åldersstandardiserade.

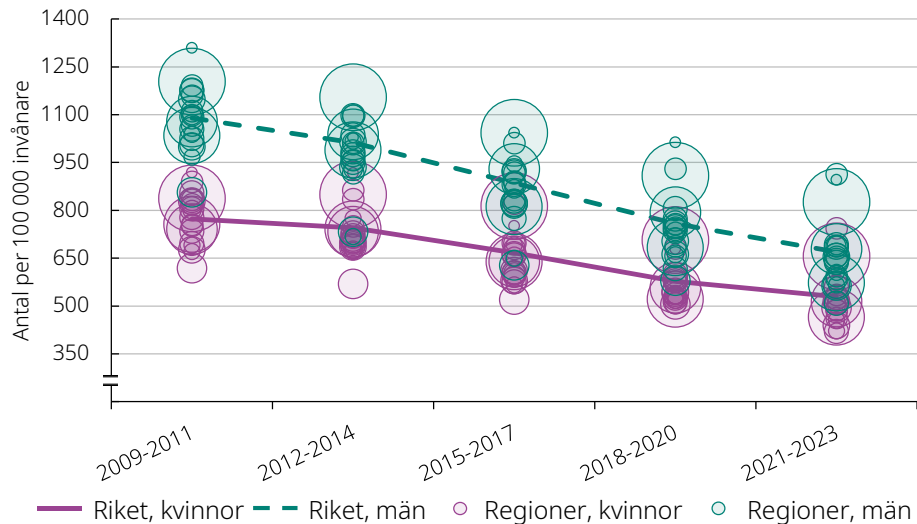
Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Den långsiktigt positiva trenden med ett minskande antal slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL fortsätter. För landet som helhet uppgick antalet slutenvårdstillfällen under perioden 2021–2023 till drygt 592 per 100 000 invånare som är 20 år eller äldre. Det var en minskning jämfört med perioden innan, 2018–2020, då 656 slutenvårdstillfällen registrerades per 100 000 invånare. Det är dock en uppgång från 2024 års lägesrapport, som hade 2020–2022 som mätperiod, och vars resultat sannolikt speglade pandemins effekter.

Det är vidare fortsatt så att män vårdas inom slutenvården i högre utsträckning än kvinnor för de diagnoser som inkluderas i indikatorn, vilket illustreras i figur 65, där också den långsiktiga trenden syns. Något som också framgår är att skillnaderna mellan könen minskat över tid. 2018–2020 hade män 181 fler slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare än kvinnor, och åren 2021–2023 hade skillnaden sjunkit till drygt 140 fler slutenvårdstillfällen för män än kvinnor.

Figur 65. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL från treårsperioden 2009–2011 till treårsperioden 2021–2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

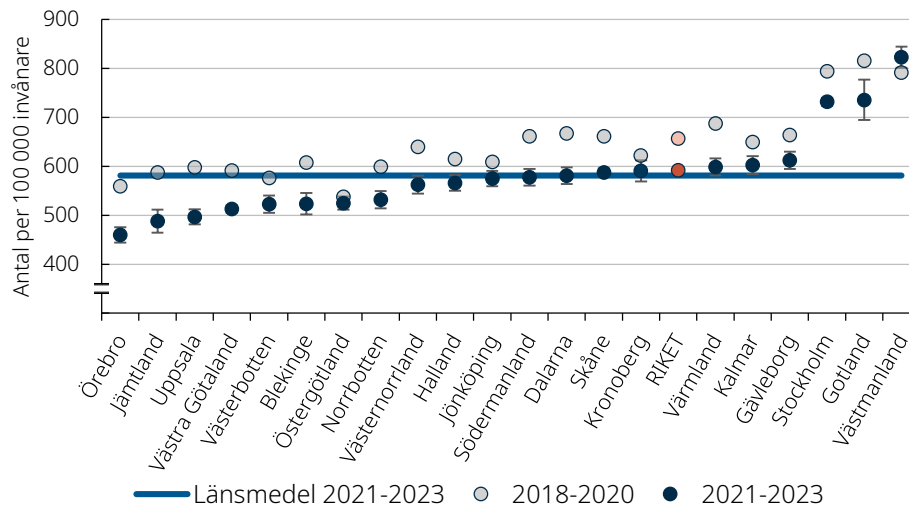


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För de flesta kärnindikatorer i rapporten finns det regionala skillnader i det som indikatorerna mäter, och det gäller även för denna indikator. Figur 66 illustrerar detta. Till att börja med kan vi konstatera det positiva faktum att utfallet för indikatorn förbättrades i samtliga regioner förutom en. Detta innebär att antalet slutenvårdstillfällen, så som de mäts i indikatorn, sjunkit i 19 av landets 21 regioner. Hur stor minskningen har varit ser däremot olika ut. Som exempel har minskningen varit påtaglig i regionerna Örebro, Jämtland och Uppsala. I Västmanland har antalet slutenvårdstillfällen i stället ökat något, och för Östergötland har ingen noterbar förändring skett.

Figur 66. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

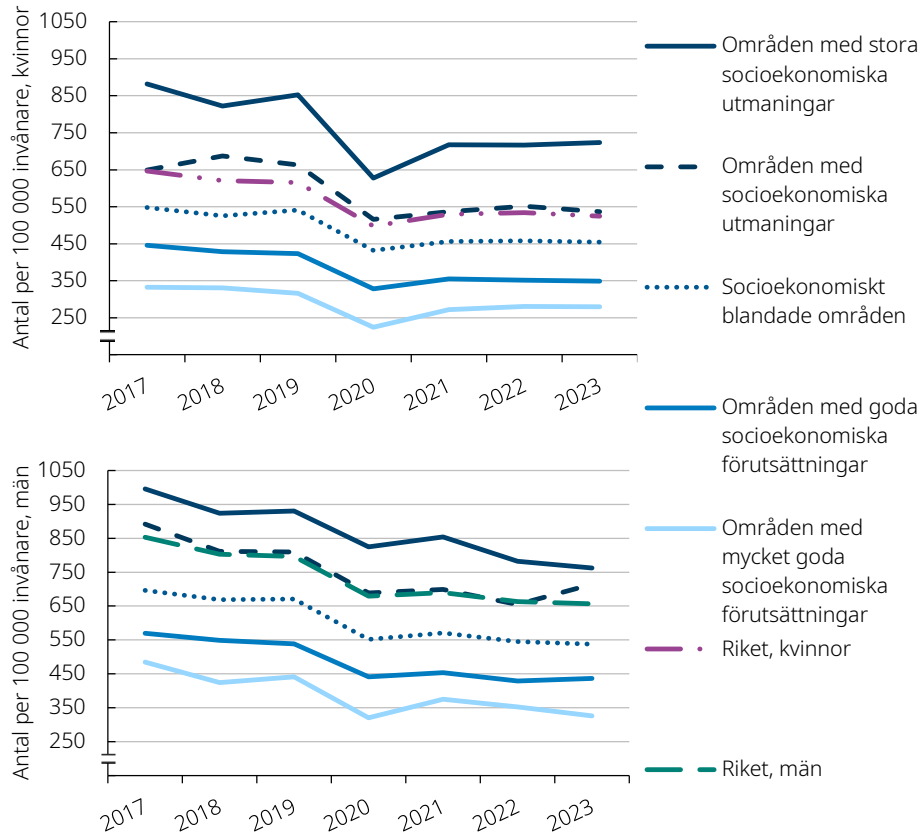


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Utvecklingen för denna indikator har alltså generellt sett varit positiv sett över en längre tidsperiod. Samtidigt kan vi konstatera att utfallet skiljer sig åt avsevärt för boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Utfallet är mycket bättre i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar än vad det är i de områden som har sämst förutsättningar, och det gäller för både män och kvinnor. Övriga områden placerar sig stabilt mellan dessa.

Figur 67. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL 2017–2023, uppdelat på kön och område

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

AI och digitalisering kan vara verktyg för att förbättra kvaliteten

Iakttagelser i korthet

- En nationell ambition är att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all hälso-, sjuk- och tandvård oavsett huvudman. Syftet är att öka kvaliteten i vården, att förbättra patientsäkerheten och att minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare.
- En förutsättning för att kunna använda data på bästa sätt är att det går att dela den mellan olika ändamål – och att den har teknisk, semantisk, rättslig och organisatorisk interoperabilitet.

- AI används framgångsrikt inom bilddiagnostik, och har potential att skapa omfattande förbättringar inom vård och omsorg, från bättre diagnostik till optimerade processer och mer personcentrerad vård.
- I stort sett samtliga AI-lösningar som används idag är utvecklade inom respektive region. Det saknas nationella utvecklingsinitiativ och styrning, vilket leder till ojämlik vård.

I regeringens politik har hälso- och sjukvården och dess digitala infrastruktur en framskjuten roll, med statliga utredningar, myndighetsuppdrag och styrmedel. Vissa av dessa avser implementering av EU-rätt, andra har en mer nationell bakgrund. Regeringens politik uttrycker ambitioner om en ökad statlig styrning av hälso- och sjukvården. Framför allt behövs en gemensam målbild mellan staten och vårdhuvudmännen med en gemensamt utformad färdplan, en tydlig ansvarsfördelning och väl definierade samarbetsformer där regionerna deltar i arbetet med styrning och ledning. Infrastruktur som redan finns på plats och som fungerar väl bör tas tillvara.

En nationell ambition är att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal som regional, och för tandvård oavsett huvudman. Syftet är att öka kvaliteten i vården, att förbättra patientsäkerheten och att minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Liksom i samhället i övrigt spelar data allt större roll i kvalitetsarbetet i hälso-, sjuk- och tandvården, och en viktig utvecklingsfaktor är att ha rätt stöd att både samla in och registrera data, men också att kunna använda, förädla och dra slutsatser ur den. Data bidrar till kunskap både på individnivå och befolkningsnivå, och har stor potential att fortsätta bidra till att göra hälso-, sjuk- och tandvården mer kunskapsbaserad, likväl som bättre anpassad efter varje enskild individs behov.

En förutsättning för att kunna använda data på bästa sätt är att det går att dela den mellan olika ändamål, och att det sker på ett sätt som är både säkert och i enlighet med kraven på att individens integritet inte kränks. För att det rent tekniskt ska gå att dela data krävs dock interoperabilitet. Det går att dela upp i teknisk, semantisk, rättslig och organisatorisk interoperabilitet – som beskriver möjligheten att dela data inom de fyra områdena. Ofta fokuseras debatten på de rättsliga frågorna, men en grundförutsättning för att delad data ska vara användbar är den semantiska interoperabiliteten.

Semantisk interoperabilitet innebär att informationen ska tolkas på samma sätt av både den som dokumenterar och den som är mottagare av informationen, oavsett vilka termer och strukturer som används i olika IT-system eller i olika verksamheter. För att komma dit krävs ett omfattande arbete att se till att termer och begrepp används, struktureras och tolkas på

samma sätt i hela hälso-, sjuk- och tandvården. Att ha tillgång till kvalitetssäkrade data i tillräcklig omfattning är en förutsättning för framgångsrik utveckling av AI-stöd, eftersom AI bygger på inläring från stora mängder data.

AI har stor potential i hälso-, sjuk- och tandvården

Artificiell intelligens, AI, har potential att förbättra hälso- och sjukvården i Sverige. AI är en kraftfull teknologi med potential att skapa omfattande förbättringar inom vård och omsorg, från bättre diagnostik till optimerade processer och mer personcentrerad vård. Men framgången beror, som ovan beskrivits, på en balans mellan tekniska möjligheter och juridiska, etiska och organisatoriska aspekter.

AI-kommissionens rapport²⁵⁴ identifierar både konkreta exempel på användning och systemiska utmaningar som kräver strategisk hantering för att fullt ut utnyttja teknologins möjligheter.

AI:s möjligheter vid diagnostik och behandling

AI används framgångsrikt inom bilddiagnostik, bland annat för att bedöma röntgenbilder, upptäcka och bedöma spridning av cancer och identifiera förändringar på näthinnan. Bedömningsnivån blir jämnare och kvaliteten högre när AI används i beslutsunderlagen.

AI:s möjligheter att effektivisera vården och tandvården

Genom att använda AI-modeller för att optimera resursfördelning och schemaläggning kan vårdgivare öka effektiviteten och hantera den brist på personella resurser som finns inom vissa vårdyrken och specialiteter. Rätt använda kan AI-verktyg minska väntetiderna inom bröstcancerscreening. AI har även visat sig kunna förbättra planeringen av vårdinsatser genom analys av patientflöden. Triagering är ett annat område i vården där AI används för att få tydligare och bättre prioriteringar, både direkt till patienterna och som ett verktyg för vårdpersonalen. AI-lösningar för hälso-, sjuk- och tandvårdens alla administrativa delar effektiviserar regionernas interna arbete inom bland annat ekonomi och personalfrågor²⁵⁵.

²⁵⁴ Färdplan för Sverige. Stockholm: AI-kommissionen; 2024.

²⁵⁵ Färdplan för Sverige. Stockholm: AI-kommissionen; 2024.

Behov av nationella satsningar och stöd

Hälso- och sjukvården fortsätter att utveckla och forska fram nya AI-lösningar. I stort sett samtliga implementerade lösningar är utvecklade inom respektive region eller annan vårdgivare, de nationella utvecklingsinitiativen och styrningen saknas. Att AI-utvecklingen drivs lokalt bidrar därför till att vården blir ojämlik. De regioner som utvecklar AI-lösningar för exempelvis bröstcancerscreening kan på så sätt erbjuda bättre och tidigare diagnos i sin region. Myndigheten för digital förvaltning (Digg) har tagit fram en vägledning för användandet av generativ AI i offentlig förvaltning²⁵⁶.

Centrala utmaningar för AI-utvecklingen

Många regioner efterfrågar stöd kopplat till utvecklingen av AI i hälso- och sjukvården²⁵⁷. Bland annat har följande centrala utmaningar identifierats för att lyckas med utvecklingen av AI:

- Juridik och regelverk. En återkommande utmaning är osäkerhet kring juridiska frågor. Tolkningar av patientdatalagen och andra regelverk varierar mellan regioner, vilket försvårar samarbete och delning av data. Molnlösningar är särskilt utmanande eftersom regionerna gör olika bedömningar kring informationssäkerhet och användning av internationella tjänster. Ett nationellt stöd för tydligare vägledning efterfrågas.
- Datahantering och kvalitet. Kvaliteten på insamlade data är avgörande för AI:s effektivitet. Brister i struktur, standardisering och lagring av data lyfts som stora hinder. Många regioner arbetar fortfarande i silos, vilket gör det svårt att dela och använda data effektivt. Behovet av en gemensam datastrategi och ökad datamognad lyfts som prioriterat. Det är också viktigt att alla personalkategorier förstår utvecklingsprocesserna – hur exempelvis anteckningar i journalen blir data i våra AI-modeller och beslutsstöd.
- Kompetens och utbildning. Kunskapsnivån kring AI behöver stärkas på alla nivåer, från beslutsfattare till vårdpersonal. Kompetensförsörjning och förändringsledning är avgörande för att få personalen att förstå och våga använda AI. Detta kräver nationella satsningar på utbildning och tydliga riktlinjer.
- Organisatoriska utmaningar. Implementering av AI stöter på organisatoriska hinder, såsom resursbrist, intern politik och otydlig ansvarsfördelning. Många regioner påtalar behovet av en tydligare nationell styrning för att undvika dubbelarbete och för att skapa samverkan.

²⁵⁶ Läs mer på DIGG:s webbplats: <https://www.digg.se>

²⁵⁷ Socialstyrelsens dialogmöten med regioner i frågor kring digitalisering och AI.

- Ekonomiska begränsningar. Många regioner har svårt att finansiera investeringar i teknisk infrastruktur och AI-utveckling, och efterfrågar nationella satsningar för att säkerställa jämlika förutsättningar över hela landet.

Allmänhetens inställning till AI

En annan viktig faktor, inte minst för utvecklingen av patientnära AI-tjänster, är allmänhetens inställning till AI. Internetstiftelsen har undersökt hur svenskarna använder AI i en undersökning som publicerades under hösten 2024. Någon större förändring sedan föregående år i hur många som använder AI-verktyg kunde inte konstateras. Det finns en utbredd osäkerhet och skepticism mot AI och hur tekniken påverkar framtiden. På frågor om vad svenskar kan tänka sig att använda AI till om möjligheten fanns svarar 15 procent av de tillfrågade att de kan tänka sig att prata med eller skriva till en AI-läkare vid enklare medicinska besvär²⁵⁸.

Ett europeiskt hälsodataområde

Våren 2022 presenterade EU-kommissionen ett förslag till ny förordning om europeiska hälsodata, European Health Data Space, EHDS. Det europeiska hälsodataområdet är en strategisk satsning inom Europeiska unionen, EU, för att främja användningen och utbytet av hälsodata över gränserna inom EU. Syftet med EHDS är att skapa en EU-gemensam digital infrastruktur och ett ramverk för att underlätta tillgång, användning och delning av hälsodata på ett säkert och tillförlitligt sätt samt stärka individens insyn och möjlighet till kontroll över sina egna hälsodata. Våren 2024 nådde Europaparlamentet och EU:s ministerråd en politisk överenskommelse om kommissionens förslag om ett europeiskt hälsodataområde. Ett slutgiltigt beslut förväntas tas av Europaparlamentet under första kvartalet 2025. Efter att beslutet har publicerats i Europeiska unionens officiella tidning, EUT, träder förordningen i kraft och två år därpå börjar den att gälla. Tillämpningen av förordningen kommer sedan ske gradvis under fyra år.

Det europeiska hälsodataområdet ska ge den som bor i EU tillgång till sin hälsodata oavsett vilket medlemsland man befinner sig i. Det europeiska hälsodataområdet ska också ge förutsättningar för vårdgivare i unionen att utbyta data med varandra. Inom forskning och innovation skapas nya möjligheter genom tillgång till ett gemensamt europeiskt underlag av hälsodata för sekundäranvändning.

²⁵⁸ Internetstiftelsen. Svenskarna och internet. Hämtad 2025-01-31 från <https://svenskarnaochinternet.se>.

I förordningsförslaget till EHDS definieras tre centrala roller i en gemensam europeisk och nationell infrastruktur för sekundär användning av hälsodata som varje land ska kunna tillhandahålla och förvalta. Dessa roller är

- användare av hälsodata (data user)
- hälsodatahållare (data holder)
- tillgängliggörare av hälsodata (Health Data Access Body).

Flera olika aktörer varje land kan ha rollerna. Socialstyrelsen har exempelvis idag uppgifter i alla tre rollerna. Förordningen ställer också krav på vissa mer centraliserade och samordnande funktioner i den nationella infrastrukturen än vad som är fallet i Sverige idag.

Enligt ett utredningsförslag²⁵⁹ föreslås E-hälsomyndigheten bli nationell kontaktpunkt för sekundäranvändning. Flera myndigheter föreslås dela på rollen som Health Data Access Body, HDAB, och Socialstyrelsen föreslås vara samordnande HDAB. Statistiska centralbyrån, SCB, föreslås vara den HDAB som ska ha ansvar för att tillhandahålla en eller flera säkra behandlingsmiljöer. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, föreslås vara HDAB med ansvar för tillsyn. Processer och rutiner för prövning och utlämnande av hälsodata för olika sekundära ändamål behöver ses över och anpassas, oavsett vilka aktörer som har vilka roller. Regionerna är också hälsodatahållare, och myndigheternas stöd till regionerna behöver utvecklas och anpassas efter de nya specifikationer och krav som följer med förordningen i den del som rör den primära användningen av hälsodata inom vårdsektorn. Arbetet med standardiserade termer, begrepp, kodverk, klassifikationer och informationsstruktur är en bärande del i detta stöd. EU-kommissionen verkar bland annat för att medlemsländerna ska använda enhetliga standarder som Snomed CT för utbyte av hälsodata, som en del av kraven i EHDS-förordningen.

En god, säker och uppmärksam hälso-, sjuk- och tandvård

Iakttagelser i korthet

- Under perioden 2013–2023 har andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador minskat för vuxna i somatisk vård på sjukhus. Vårdskador är dock dubbelt så vanliga bland patienter som vårdats på en utlokaliserad vårdplats.

²⁵⁹ Delad hälsodata – dubbel nytta (SOU 2024:33).

- Medelvårdtiden för patienter som fått minst en vårdskada var mer än dubbelt så lång som för patienter utan skada. År 2023 var medelvårdtiden 6,1 vårddygn för vårdtillfällen utan skada och för vårdtillfällen med minst en vårdskada 13,5 vårddygn.
- Vårdskador i psykiatrisk vård minskar. Den vanligaste vårdskadan är fortfarande "förlängt sjukdomsförlopp".
- Metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG) används inom flera olika vårdområden för att identifiera och förebygga vårdskador. Under 2024 utvecklade SKR sitt metodstöd för MJG, och delar av ansvaret övertogs av Socialstyrelsen.
- Regionernas bedömning av styrningen av städning i vårdlokaler visar att processer och rutiner inom städning har stärkts. Identifierade utvecklingsområden är bland annat att bli bättre på att genomföra riskanalyser fortlöpande i det systematiska kvalitetsarbetet, samt i vissa verksamheter att genomföra egenkontroller.
- Skade- och dödsfallsutredningar visar att både offer och gärningsmän ofta haft kontakt med flera samhällsaktörer, inklusive hälso- och sjukvården, innan brottet begicks. Utredningarna visar att det i de flesta fall behövs insatser från flera samhällsaktörer för att förebygga brotten, något som bland annat ställer högre krav på samverkan.

En god och säker hälso-, sjuk- och tandvård kännetecknas bland annat av att patienterna skyddas från vårdskador (undvikbara skador).

Patientsäkerhetsarbete förutsätter ett systemperspektiv i vården. Engagerad ledning, adekvat kompetens, patientens delaktighet och en god patientsäkerhetskultur, är grundläggande förutsättningar för patientsäker vård med skydd mot vårdskador. I patientsäkerhetslagen står det att "med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården"²⁶⁰.

Nationella resultat för basala hygienrutiner och klädregler, BHK, vårdrelaterade infektioner, VRI, och trycksår förekomst hos äldre vård kan inte redovisas för 2024, med anledning av att nationella punktprevalensmätningar inte längre genomförs²⁶¹. Detsamma gäller för markörbaserad journalgranskning och dess resultat.

²⁶⁰ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

²⁶¹ SKR genomförde de sista nationella punktprevalensmätningarna under 2023.

Systematiskt arbete för att identifiera vårdskador

I november 2023 tog Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, SKS, beslut om att det nationella arbetet med markörbaserad journalgranskning, MJG, i sin dittillsvarande form skulle avslutas. En sammanställning av 2023 års MJG-data för sjukhusvård av vuxna och för vuxenpsykiatri har publicerats under 2024 och är de sista nationella rapporterna som kommer att publiceras och som bygger på samordnad nationell journalgranskning enligt MJG. Socialstyrelsen tar i och med detta över ansvaret från SKR för publicerade metodhandböcker.

Andelen vårdtillfällen med vårdskador minskar, men är vanligare bland patienter som utlokaliserats

Under perioden 2013–2023 har andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador minskat för vuxna i somatisk vård på sjukhus. År 2013 sågs minst en skada vid 13,1 procent av vårdtillfällena och i 8,7 procent av vårdtillfällena minst en vårdskada (undvikbar skada). I 2023 års granskning²⁶² hade 10,7 procent minst en skada och 5,8 procent minst en vårdskada. Den vanligaste skadetyper under hela perioden har varit vårdrelaterad infektion (VRI) som utgjort drygt en tredjedel av alla skador.

I granskningarna har även ingått att identifiera vård som genomförts på utlokaliserad vårdplats. Vid 14,7 procent av dessa förekom en eller flera skador och vid 9,1 procent sågs minst en vårdskada (undvikbar skada).

Var tionde patient som oplanerat återinskrevs på sjukhus hade vårdskada

En oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter avslutat slutenvårdstillfälle skedde vid 15,6 procent av de granskade vårdtillfällena under 2023. Av de som återinskrevits hade 11,0 procent en vårdskada. Motsvarande siffra för de som inte återinskrevits var 4,9 procent.

Medelvårdtiden för patienter som fått minst en vårdskada var mer än dubbelt så lång som för patienter utan skada. År 2023 var medelvårdtiden 6,1 vårddygn för vårdtillfällen utan skada och 13,5 vårddygn för vårdtillfällen med minst en vårdskada.

Vårdskadorna blir färre inom psykiatrisk vård

Markörbaserad journalgranskning av psykiatrisk vård för vuxna och för rättspsykiatri har visat att förekomst av både skador och kvalitetsbrister

²⁶² Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023. Stockholm: SKR; 2024.

minskat under perioden 2019–2023. Vårdskador förekom i 1,3 procent av granskade journaler 2023 jämfört med i 6,6 procent 2019. Kvalitetsbristerna har minskat från att ha kunnat identifieras i 68 procent av journalerna 2019 till i 55 procent 2023. Ett signifikant samband finns mellan förekomst av kvalitetsbrister och vårdskador. Ju fler kvalitetsbrister, desto större risk för vårdskada. Självskadebeteende är betydligt vanligare hos kvinnliga patienter i den psykiatriska vården, vilket bidrar till att skador och vårdskador inom detta område är vanligare hos kvinnor än hos män²⁶³.

År 2019 var ”förlängt sjukdomsförlopp” den vanligast förekommande skadetyper. Denna har genom åren dock minskat från att identifieras i 4,6 procent av journalerna 2019 till att finnas i 0,6 procent av journalerna 2023. Det är en skadetyper som i stor utsträckning bedömts vara undvikbar, vilket innebär att den vanligaste vårdskadan fortsatt är ”förlängt sjukdomsförlopp”.

Läkemedelsrelaterade skador vanligare inom rättspsykiatri

Under flera års mätningar ses skillnad mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri vad gäller läkemedelshantering. Både läkemedelsskador och kvalitetsbrister relaterat till läkemedel är betydligt vanligare inom rättspsykiatri jämfört med allmänpsykiatri. Förutsättningarna för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri och allmänpsykiatri skiljer sig åt men resultatet talar ändå för att det råder stora skillnader i arbetssätt och hantering av läkemedel samt i förhållningssätt till ogynnsamma läkemedelseffekter inom allmän- och rättspsykiatri, trots att det till stor del är samma typ av läkemedel som används. Möjligen skiljer sig även synen på undvikbarhet åt mellan specialiteterna, där man inom allmänpsykiatri i större utsträckning bedömer skadorna som undvikbara. Till skillnad mot tidigare år ses 2023 samtidigt en minskning av läkemedelsrelaterade skador inom rättspsykiatri, vilket kan tyda på att man börjat uppmärksamma skillnaderna. Resultatet ska dock tolkas med försiktighet, eftersom inrapporteringen 2023 var relativt låg.

MJG för fortsatt patientsäkerhetsarbete

Metoden MJG används inom flera olika vårdområden för att identifiera och förebygga vårdskador. Under 2024 avvecklade SKR sitt metodstöd för MJG, och delar av ansvaret övertogs av Socialstyrelsen. Metoden används bland annat inom barn- och ungdomspsykiatri i sex regioner²⁶⁴. Arbetet med att implementera MJG inom hemsjukvård²⁶⁵ påbörjades under 2024, och flera områden står på tur för fortsatt utveckling – exempelvis vuxen- och

²⁶³ Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023. Stockholm: SKR; 2024.

²⁶⁴ Socialstyrelsen. Enkät om patientsäkerhetsarbete Redovisning av enkätundersökning till kommuner och regioner 2024 finns att läsa här: <https://www.socialstyrelsen.se>.

²⁶⁵ 17 kommuner har i Socialstyrelsens enkät om patientsäkerhetsarbete angivit att MJG används för att identifiera vårdskador inom hemsjukvården.

rättspsykiatri, somatisk sjukhusvård för vuxna, barnsjukvård samt ambulanssjukvård.

Kunskap om basala hygienkrav är viktigt

Basal hygien innebär att ha god handhygien och att använda arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder. Basala hygienrutiner behöver finnas i alla verksamheter inom hälso- sjuk- och tandvården (och omsorgen), för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Följsamhet till basala hygienkrav och klädregler

SKR har tidigare genomfört punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, men under hösten 2023 har databasen avvecklats. Nu finns i stället ett stödmaterial som följer föreskrifterna för hygienkrav och klädregler²⁶⁶ och har en liknande struktur med formulär för observationer²⁶⁷. Det finns i nuläget ingen databas som gör det möjligt att jämföra egenkontrollerna nationellt vilket innebär att insamling och bearbetning samt analys av resultatet genomförs i den egna verksamheten. Stödmaterialen kan vägleda verksamheterna hur de ska genomföra egenkontroller på ett strukturerat sätt.

Inga nationella data i år för vårdrelaterade infektioner

Från 2024 kommer inte SKR att genomföra några nationella punktprevalensmätningar, PPM, för VRI och databasen är nedlagd. De senaste data som finns tillgängliga nationellt är från PPM-mätningen som European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC, genomförde 2023. I juni 2025 kommer Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten presentera ett förslag på hur information om vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och VRI ska dokumenteras, sammanställas och tillgängliggöras lokalt, regionalt och nationellt.

Övervakning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning

Infektionsverktyget är ett semi-automatiskt övervakningsverktyg för VRI och antibiotikaanvändning inom främst slutenvård, som används för att sammanställa nationella rapporter av VRI och antibiotikaanvändning vid sjukhus. Detta kräver en tillräckligt hög täckningsgrad och jämförbara data av tillräckligt hög kvalitet. I dagsläget varierar användningen av verktyget stort över landet, eftersom några regioner inte är uppkopplade till systemet

²⁶⁶ Basal hygien inom vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

²⁶⁷ Kunskapsguiden. Basala hygienrutiner. Hämtad 2025-01-30 från <https://kunskapsguiden.se>.

alls samtidigt som andra regioner använder data från Infektionsverktyget flitigt. Folkhälsomyndigheten har under 2024 intensifierat arbetet med Infektionsverktyget, för att öka användningen och harmonisera datainsamling och kvalitet.

Resultatet från ECDC:s punktprevalensmätning, som bland annat visade på en hög förekomst av vårdrelaterade infektioner, och arbetet med Infektionsverktyget har bidragit till att aktualisera frågan om att säkerställa övervakning av VRI i Sverige.

Processer och rutiner för styrning av städning i vårdlokaler har stärkts

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas personal, lokaler och utrustning som behövs för att kunna ge en god vård. I Hälso- och sjukvårdslagen²⁶⁸ finns det ett uttalat krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem²⁶⁹ ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I patientsäkerhetslagen²⁷⁰ fastställs kraven på vårdgivaren att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls och att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som en viktig åtgärd för att minska riskerna för vårdrelaterade skador kan städning i vårdlokaler därmed betraktas som en patientsäkerhetsfråga.

Socialstyrelsen har gjort en enkätundersökning där regionerna fått bedöma de egna verksamheternas styrning av städning i vårdlokaler. Undersökningen genomfördes 2012, 2014, 2016 och nu senast 2024²⁷¹ i syfte att få en uppfattning om utvecklingen inom området och samtidigt uppmärksamma hur viktigt styrning av städning i vårdlokaler är för att minska riskerna för VRI.

I undersökningen användes en femgradig skala där 1 motsvarade ”inte någon verksamhet” och 5 ”i samtliga verksamheter”. De tretton frågorna i enkäten berörde sju områden:

- ledningssystem
- expertkompetens

²⁶⁸ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁶⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. (SOSFS 2011:9)

²⁷⁰ Patientsäkerhetslagen (2010:659).

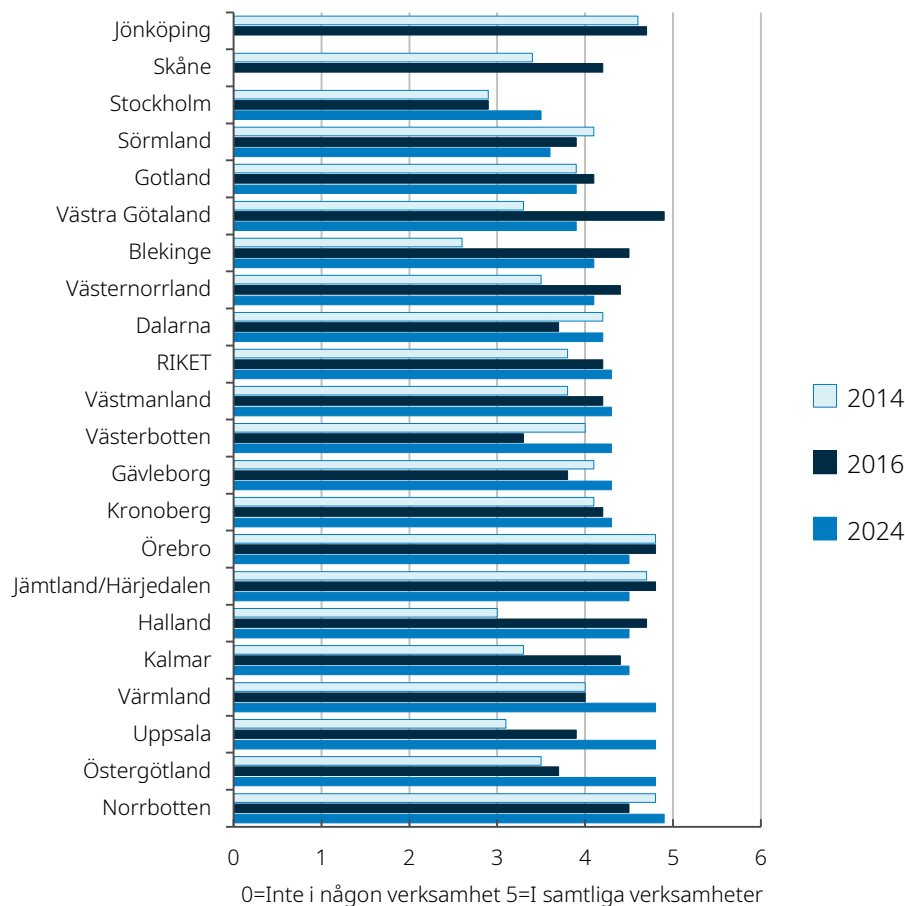
²⁷¹ Under 2014 och 2016 var det elva frågor. 2024 kompletterades enkäten med ytterligare två frågor inom området processer och rutiner.

- städning i egen regi
- krav vid upphandling
- tillgång till utrustning
- ansvarsfördelning
- kunskap och kompetens.

Elva regioner har bedömt sitt resultat som bättre jämfört med mätningen 2016 vilket är positivt. Åtta regioner hade ett sämre resultat jämfört med bedömningen från 2016. Nationellt har utveckling av styrning av städning i vårdlokaler ökat från 4,2 till 4,3 sedan 2016. Resultatet anges med ett medelvärde för samtliga frågor i enkäten, se figur 68.

Figur 68. Regionernas samlade bedömning kring styrning av städning i vårdlokaler.

De enskilda regionernas medelvärde för bedömning av styrning av städning i vårdlokaler i enkätundersökningar 2014, 2016 och 2024. 19 av 21 regioner besvarade frågorna 2024.



Källa: Enkätundersökning Styrning av städning i vårdlokaler i region. Socialstyrelsen.

Regionerna har tagit mer kontroll över sina processer och rutiner inom städning och nationellt har regionerna förbättrat tillgången till processer och rutiner samt kvalitetskrav för städning i vårdlokaler från 4,1 till 4,7 procent. Processer och rutiner för olika smittor fanns i samtliga verksamheter hos

arton regioner, en svarar att det finns i en majoritet av verksamheterna. En annan styrka var att rikssnittet ligger högt för området kunskap och kompetens inom området. Identifierade utvecklingsområden utifrån resultatet kan vara att bli bättre på att genomföra riskanalyser fortlöpande i det systematiska kvalitetsarbetet, och i vissa verksamheter även egenkontroller.

De flesta regionerna bedriver städning i egen regi vilket är en liten ökning sedan 2016. Det innebär inte enbart större ansvar för styrning av städning utan också att man som vårdgivare har mer kontroll över sin städning och möjlighet att utbilda personal samt utforma rutiner och processer som även omfattar vårdlokaler.

Klagomål och anmälningar ökar

Synpunkter och klagomål från invånare ska tas tillvara. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalens anmälningar ska de utgöra underlag för förbättringar som bidrar till att vården blir bättre och säkrare. I detta avsnitt beskrivs

- patienters och närståendes klagomål till patientnämnderna²⁷²
- patienters och närståendes klagomål till IVO²⁷³
- anmälningar till Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Löf
- vårdgivares lex Maria-anmälningar²⁷⁴.

Klagomålen till patientnämnderna från patienter och närstående ökade 2024 jämfört med föregående år. Under året tog patientnämnderna emot 42 208 klagomål jämfört med cirka 41 896 klagomål 2023. De mest frekventa ärendetyperna under 2024 var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet²⁷⁵.

I första hand ska patienten vända sig till vårdgivaren för att lämna klagomål och IVO ska enbart utreda de mest allvarliga klagomålen. IVO har ingen skyldighet att utreda allt som anmäls, och den som skickat in en anmälan får ett beslut om klagomålsärendet ska utredas eller inte. En tillsyn kan inledas omgående eller senare, beroende på hur IVO bedömer de uppgifter som finns.

²⁷² Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

²⁷³ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

²⁷⁴ Vårdgivaren är skyldig att till IVO anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, enligt 3 kap. 5 § PSL. Detta kallas lex Maria.

²⁷⁵ Uppgift från Patientnämndernas kansli, Region Skåne, 2025-02-04.

Under 2024 inkom 5 614 klagomål från patienter och närstående till IVO²⁷⁶ och 5 616 beslut fattades. Vissa av de beslutade klagomålen har alltså inkommit före 2024. Av de beslutade klagomålen utreddes 26 procent i sak. I totalt 676 ärenden²⁷⁸ riktade IVO kritik mot vårdgivare, jämfört med 700 ärenden förra året.

Tabell 5. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Antalet inkomna och beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen 2016–2024.

Klagomål	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Inkomna klagomål	7 181	8 340	5 511	6 014	6 275	6 437	6 200	5 953	5 614
Beslutade klagomål	7 087	7 562	8 370	5 792	6 161	6 250	5 846	6 089	5 616

* Sedan den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet, enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Detta förklarar minskningen av antalet inkomna klagomål från 2018.

Källa: IVO

Majoriteten av klagomålen handlade om kirurgisk vård, primärvård (utom hemsjukvård) och invärtesmedicinsk vård. I kritiken från IVO var vård och behandling och diagnostisering vanligast. De flesta av de ärenden som ledde till kritik från IVO gällde personer i åldersgruppen 30–49 år, och bland dessa rörde fler ärenden kvinnor än män²⁷⁹.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Lof, tog emot cirka 22 000 anmälningar under 2024. Det är en ökning med en procent (300 anmälningar) jämfört med 2023. Det har varit en kontinuerlig ökning över åren. De senaste åren ses främst en ökning av anmälningar i åldersgruppen 20–79 år, främst i åldern 20–39. Den successiva ökningen av antal anmälningar bedöms bero på att befolkningen ökar och mer sjuk- och tandvård genomförs. Det finns också en ökad kunskap och medvetenhet om möjligheterna att anmäla en inträffad skada.

Skador inom ortopedi, distriktsvård, tandvård och kirurgi är fortsatt de som anmäls oftast. Det är vanligast med skador som inträffar i samband med operation eller behandling. En vanlig skadetyper är också merskador på grund av försenad eller utebliven diagnos.

I cirka 40 procent av de ärenden som beslutades under 2024 erhöll patienten ersättning. Det innebär att det under 2024 betalades ut 660 miljoner kronor i ersättning till patienter och efterlevande för undvikbara skador.

²⁷⁶ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

²⁷⁷ Vårdgivaren är enligt 3 kap. 5 § PSL skyldig att anmäla händelser till IVO om de har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

²⁷⁸ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmäldes före 2024 ingå i antalet.

²⁷⁹ Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL). Uppgifter från IVO 25-01-16.

Tabell 6. Antal ersatta skador fördelat på specialitet och andel av skadekostnaden för perioden 2018–2022.

Specialitet	Antal	Antal %	Kostnad % *
Ortopedi	969	13	18
Distriktsvård	938	13	11
Tandvård	979	13	4
Kirurgi	440	6	6
Kvinnokliniker	461	6	19
Övriga	3 485	48	41

* Skadekostnaderna baseras på inkomna anmälningar 2018–2022. För denna period utbetalades 2,8 miljarder kronor i ersättning.

Källa: Löf, 2025.

Det ökade antalet anmälningar har ingen påvisbar motsvarighet i ett ökat antal undvikbara skador. Tvärtom kan det för flera områden noteras en konstant eller sjunkande förekomst av undvikbara skador. Minskad förekomst av undvikbara skador och mindre allvarliga konsekvenser av skadan kan sannolikt tillskrivas att det inom, exempelvis förlossningsvård och ledproteskirurgi, har bedrivits ett systematiskt patientsäkerhetsarbete²⁸⁰.

Under 2024 ökade antalet lex Maria-anmälningar jämfört med 2023, se tabell 7²⁸¹. Mer än hälften (1343 anmälningar) gällde personer i åldersgruppen 65 år och äldre²⁸². Sedan 2018 har flest beslutade ärenden gällt kirurgisk specialistsjukvård och primärvård²⁸³. Ärendena gäller oftast vård och behandling följt av diagnostisering. IVO fattade beslut i 2 561 ärenden²⁸⁴ och flest beslutade ärenden hade verksamhetsområde somatisk specialistvård kirurgi, med 625 stycken²⁸⁵.

Tabell 7. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2016–2024.

Lex Maria	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Inkomna ärenden	2 465	2 679	2 009	2 270	2 170	2 263	2 076	2 333	2 484
Avslutade ärenden	2 494	2 752	2 256	2 110	2 104	2 267	2 028	2 290	2 561

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

²⁸⁰ Löf. Skadestatistik. Resultat kommer kunna hämtas 25-02-28 från <https://lof.se>.

²⁸¹ Ett minskat antal anmälningar från 2018 beror på att det fram till 1 september 2017 fanns anmälningsskyldighet enligt lex Maria i 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28).

²⁸² Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 25-01-29 från <https://www.ivo.se/>.

²⁸³ Primärvård utom hemsjukvård.

²⁸⁴ Antal beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden anmälda före 2024 ingår.

²⁸⁵ Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 25-01-29 från <https://www.ivo.se/>.

Patientsäkerhet ur patient- och närståendeperspektiv

Patienters och närståendes kunskap och perspektiv behöver tas tillvara och genomsyra arbetet med patientsäkerhet på olika sätt. Patient- och närståenderepresentanter uttrycker att patientsäkerhet ur deras perspektiv förutom skydd mot vårdskada även inkluderar upplevelsen av trygghet och tillit, att få medbestämmande och vara delaktig, att ha förtroende för systemet, att få vård när det behövs samt att vården har öppenhet och transparens även vad gäller risker och misstag.

Dödsfallsutredningar påvisar brister i samhällets skyddsnät

Socialstyrelsen ska under vissa förutsättningar genomföra utredningar, såsom när ett barn har dödats eller utsatts för försök till dödligt våld och när en vuxen har dödats eller utsatts för försök till dödligt våld av en närstående eller tidigare närstående person. Syftet med utredningarna är att identifiera brister i samhällets skyddsnät och att ge regeringen underlag för beslut om åtgärder som förebygger att barn far illa och vuxna utsätts för våld av närstående.

Under perioden 2022–2023 har Socialstyrelsen analyserat ärenden som rör 69 brottsoffer, varav 26 offer är barn och 43 är vuxna²⁸⁶.

Brottsoffer och gärningspersoner kommer ofta i kontakt med hälso- och sjukvården en kort tid före brottet

Resultaten från den senaste rapporten om skade- och dödsfallsutredningar visar att risken för att brotten skulle begås hade det kunnat minska om samhällsaktörer hade agerat annorlunda. De flesta av både brottsoffren och gärningspersonerna hade haft många kontakter med olika samhällsaktörer, som exempelvis hälso- och sjukvård, socialtjänst och polis, året före brottet. Av dem som i de analyserade vuxenärendena hade haft kontakt med vården, hade ungefär hälften av brottsoffren och en tredjedel av gärningspersonerna haft sin senaste vårdkontakt inom en månad före brottet.

På en övergripande nivå handlade bristerna i de analyserade ärendena som rör barn som brottsoffer om att barn inte skyddas från våld och försummelse, exempelvis för att föräldrar med psykisk ohälsa inte ges tillräcklig vård. I ärenden med vuxna brottsoffer var de övergripande bristerna att våld inte upptäckts trots omfattande samhällskontakter och en svag respons samt

²⁸⁶ Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022–2023. Socialstyrelsen; 2024.

otillräckligt stöd och skydd trots kännedom om våldet. Slutligen identifierades, i både barn- och vuxenärenden, brister i samverkan och i att helhetsperspektivet saknas.

Utredningarna visar att det i de flesta fall behövs insatser från flera samhällsaktörer för att förebygga brotten, varför hela kedjan av insatser måste fungera. Det handlar både om att varje enskild aktör behöver fullgöra sin uppgift och att samhällsaktörerna behöver samverka med varandra.

Brister hos hälso- och sjukvården

Många av brottsoffren och/eller gärningspersonerna hade haft kontakt med hälso- och sjukvården året före brottet, och i flera av de analyserade vuxenärendena inom en månad före brottet. Att brottsoffer och gärningsperson har kontakt med hälso- och sjukvården innebär en möjlighet för samhället att upptäcka och förebygga att barn far illa eller att vuxna utsätts för våld av någon närstående person.

Identifierade brister för hälso- och sjukvården, i ärenden som rör barn som brottsoffer, var följande:

- vården till patienter med psykiatriska tillstånd är otillräcklig eller saknas
- patienter med behov av psykiatrisk specialistvård hänvisas till vårdcentral
- åtgärder anpassas inte för gravida patienter trots tillstånd med förhöjd risk för förlossningspsykos
- barns situation uppmärksammas inte i kontakt med vuxna patienter som är föräldrar
- samverkan kring patienter som behöver insatser från flera aktörer är otillräcklig.

Ovanstående brister handlar huvudsakligen om vårdens otillräckliga insatser till de vuxna gärningspersoner som är föräldrar. Majoriteten av dem hade kontakt med hälso- och sjukvården året före brottet, ofta med anledning av allvarlig psykisk ohälsa eller skadligt bruk eller beroende. Tillstånden hade inte utretts tillräckligt och hälso- och sjukvården beaktade inte i tillräcklig grad riskfaktorer för exempelvis förlossningspsykos eller psykosjukdom. Därtill uppmärksammade inte hälso- och sjukvården tillräckligt gärningspersonens barn, trots att gärningspersonens tillstånd kunde påverka föräldraförmågan och barnens situation.

Identifierade brister för hälso- och sjukvården, i ärenden som rör vuxna som brottsoffer, var följande:

- våldsutsattheten upptäcks inte
- samtalsbehandling och annat stöd till våldsutsatta med psykisk ohälsa är otillräcklig eller saknas
- våldsutövande uppmärksammas inte

- samverkan med socialtjänsten är otillräcklig eller saknas.

Hälso- och sjukvården, oftast psykiatri och primärvården, var den samhällsaktör som flest brottsoffer och gärningspersoner i de analyserade vuxenärendena hade haft kontakt med året före brottet. I dessa kontakter hade våldet inte upptäckts. Vården ställde inte frågor om eventuell utsatthet för våld, även när det framkom riskfaktorer för det. När våldet var känt, erbjöds inte den våldsutsatta vare sig traumabehandling eller annan samtalsbehandling. Därtill uppmärksammade inte vården våldsutövande eller risker för att utöva våld mot närstående i kontakterna med gärningspersoner, som ofta hade komplexa psykiatriska svårigheter.

Förstärka ett förebyggande arbete mot våld

Det finns mycket som samhällsaktörer behöver göra för att förebygga att barn och vuxna far illa. Socialstyrelsens utredningar uppmärksammar bland annat vikten av att följa upp implementering av befintliga kunskapsstöd, inklusive nationella riktlinjer, för att säkerställa att de används och efterlevs. Därtill krävs bra förutsättningar för att kunna genomföra ett arbete av god kvalitet, såsom stödjande strukturer och tillräckligt med tid för att exempelvis ställa frågor om våld eller samverka med andra aktörer. I många verksamheter arbetar personalen i stället ofta under stark tidspress, tvingas till hårda prioriteringar och upplever att de har svårt att leva upp till verksamhetens krav. Slutligen är våld mot närstående ett komplext problem som ofta kräver insatser från flera samhällsaktörer. Det är avgörande att hela kedjan av åtgärder till skydd och stöd till våldsutsatta fungerar, och att arbetet med våldsutövare vidareutvecklas. Det är tillsammans som myndigheter och andra samhällsaktörer kan förebygga och motverka våld i nära relationer.

Hur är kvaliteten i tandvården?

Nationella riktlinjer är till för att stödja dem som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, och syftar till att stödja i arbetet med prioriteringar. Kopplat till riktlinjerna görs nationella utvärderingar som kan vara till hjälp för att förbättra kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården.

Under 2023–2025 utvärderar Socialstyrelsen tandvården. Utvärderingen utgår från indikatorerna i de nationella riktlinjerna för tandvård med syftet att belysa i vilken omfattning olika verksamheter arbetar enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Utvärderingen i sin helhet publiceras under första halvan av 2025.

Iakttagelser i korthet

- Socialstyrelsen utvärderar kvaliteten i tandvården utifrån nationella riktlinjer och indikatorer.
- Det finns stora skillnader i munhälsa och tandvård i Sverige. Personer med låg inkomst, kort utbildning eller olika funktionsnedsättningar har generellt sämre munhälsa än andra grupper.
- Utvärderingen gäller både privat och offentlig tandvård.

Utvärdering av tandvården sker utifrån Nationella riktlinjer och indikatorer

Riktlinjerna inom tandvård är Socialstyrelsens mest omfattande riktlinjer. De omfattar åtgärder som rör barn (både barntandvård och tandreglering), personer med särskilda behov (inklusive sköra äldre) och området käkkirurgi. Vidare har flera rekommendationer från de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor lyfts in i de nya tandvårdsriktlinjerna. Dessa rekommendationer handlar bland annat om ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol²⁸⁷. I riktlinjerna finns också ett tydligare fokus på styrning och ledning, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, systematiska arbetssätt och samverkan²⁸⁸.

I utvärderingen tar Socialstyrelsen ett bredare grepp och utgår inte enbart från de riktlinjespecifika indikatorerna²⁸⁹. Vi följer även upp de övergripande indikatorerna och belyser andra aspekter av tandvården. Dessa indikatorer utgår från god vård och omsorg och resultatmått som visar utfall av behandlingar. Med god vård och omsorg menas att tandvården ska vara kunskapsbaserad, säker, tillgänglig, effektiv, jämlik och individfokuserad – samma dimensioner som används för övrig hälso- och sjukvård och omsorg.

Det är i detta sammanhang viktigt att den privata tandvården inkluderas och att utvärderingen inte enbart inriktar sig på den tandvård som regionerna ansvarar för. Drygt 70 procent av tandvården som ges till vuxna inom det statliga tandvårdsstödet utförs inom den privata tandvården²⁹⁰.

Tandvården skiljer sig från övrig hälso- och sjukvård genom att patienterna själva betalar en relativt stor andel av vården. Det gör att ekonomi också är en faktor när det gäller vilken vård som utförs, något som måste vägas in i analysen.

²⁸⁷ Vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. Socialstyrelsen; 2024.

²⁸⁸ Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2022.

²⁸⁹ Nationella riktlinjer. Indikatorer för tandvård, Socialstyrelsen 2022.

²⁹⁰ Tandvårdsmarknaden i Sverige. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2023.

Munhälsan och tandvården behöver bli mer jämlik

Det finns stora skillnader i munhälsa och tandvård i Sverige. Personer med låg inkomst, kort utbildning eller olika funktionsnedsättningar har generellt sämre munhälsa än andra grupper. Det finns också betydande geografiska skillnader i tillgången på tandvård. Det följer ofta samma mönster som för den allmänna hälsan i befolkningen.

Majoriteten av indikatorerna kan analyseras ur ett jämlikhetsperspektiv, till exempel utifrån kön, ålder, utbildning, RegSO-område, födelseland och region. Indikatorer som är tydligt inriktade mot jämlikhet är exempelvis andel personer som avstått tandvård av ekonomiska skäl.

Riktlinjerna syftar till att ge stöd till tandvården att arbeta kunskapsbaserat för att bidra till en god och jämlik munhälsa och tandvård. Socialstyrelsens utvärdering av följsamheten till riktlinjerna är en viktig del i att kunna analysera utvecklingen inom området.

Flera olika nationella initiativ för att stärka kvalitet regionalt

Iakttagelser i korthet

- Under 2024 startade nationell högspecialiserad vård inom tolv olika tillståndsområden. Nämnden för högspecialiserad vård beslutade även om sju nya tillståndsområden.
- Årlig uppföljning av nationell högspecialiserad vård syftar till att ge en bild av vården som bedrivs inom tillståndsområdet, men är endast en liten del av den uppföljning som tillståndsinnehavarna utför för att förbättra sin vårdkvalitet.
- Genom villkoren för nationell högspecialiserad vård har de nationella enheterna ett tydligt samordnings- och samverkansansvar, vilket bidrar till en god och jämlik vård.
- Den nationella cancerstrategin har varit viktig för utvecklingen av svensk cancervård. Nu finns det ett förslag på en uppdaterad strategi, för de kommande tio åren. I strategin finns ett större fokus på sjukdomsförebyggande insatser.
- I förslaget konstateras att tillgänglighet är en långvarig utmaning i svensk hälso- och sjukvård, även när det gäller cancer. Att vidareutveckla standardiserade vårdförlopp kan vara ett sätt att öka tillgängligheten.

Nationella initiativ för att förbättra vården handlar ofta om att stärka samverkan och samarbete över huvudmannagränser, liksom om att

kraftsamla kring kunskap och forskning. Ett exempel är nationell högspecialiserad vård, NHV, som innebär att vård som är komplex eller sällan förekommande koncentreras till ett fåtal platser, men dit invånare från alla regioner är välkomna. Syftet är både att vårdgivaren ska kunna upprätthålla kompetens i hela det multidisciplinära teamet och att ha möjlighet att utveckla och hålla en god kvalitet på vården utan att tillgängligheten begränsas.

Andra exempel på nationella initiativ för att förbättra vården både nationellt och lokalt är standardiserade vårdförlopp, som är ett nationellt arbetssätt för att minska onödig väntan och ovisshet för patienten – exempelvis i cancervården, samt den nationella cancerstrategin. Syftet med vår nationella cancerstrategi är att med hjälp av evidensbaserade strategier och att säkra bästa möjliga resursutnyttjande lyckas minska cancerbördan och öka livskvaliteten för patienterna. Internationell forskning har visat att cancerstrategier bidrar till att förbättra resultaten på befolkningsnivå²⁹¹.

Nationell högspecialiserad vård stärker vårdens kvalitet

NHV finns idag för ett 60-tal områden, och varje år tillkommer ett antal nya. Under 2024 startade nationell högspecialiserad vård upp inom tolv olika tillståndsområden, bland annat könsdysfori samt epilepsikirurgisk utredning och behandling. Dessutom fattade nämnden för nationell högspecialiserad vård beslut om tillstånd inom ytterligare sju områden som träder i kraft under 2025, såsom dysmeli och perifer facialispares.

Patienter i behov av NHV förväntas få mer jämlik vård och tillgång till de främsta experterna. För de nationella enheterna kan tillstånden ge robustare verksamheter med bättre förutsägbarhet, till exempel när det gäller patientvolym. Därmed får de bättre förutsättningar för kompetensförsörjning, samverkan samt forskning och utveckling – vilket stärker vårdens kvalitet.

För varje tillståndsområde finns fem till tio uppföljningsmått som enheterna årligen rapporterar in data för till Socialstyrelsen. Måtten faller inom kategorierna bakgrundsmått, tillgänglighetsmått, resultatmått, patientrapporterade mått och överrapporteringsmått. Utöver uppföljningsmåtten får de nationella enheterna årligen även svara på frågor om de uppfyller de generella och särskilda villkor som följer med NHV-tillståndet. Denna uppföljning syftar till att ge en bild av vården som bedrivs inom tillståndsområdet. Den kan bidra till att följa upp om syftet med nationell högspecialiserad vård uppfylls och om god och jämlik högspecialiserad vård upprätthålls och är tillgänglig för alla, oavsett var man

²⁹¹ Bättre tillsammans. Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Regeringskansliet; 2024.

bor i landet. Denna uppföljning är dock endast en liten del av den uppföljning som tillståndshavarna utför för att förbättra sin vårdkvalitet.

Stärkt samverkan genom högspecialiserad vård

Nationella enheter har, genom villkoren för nationell högspecialiserad vård, ett tydligt samordnings- och samverkansansvar. Den tillståndspliktiga vården kan skapa förutsättningar för tydligare och effektivare vårdkedjor och bidra till ökad samverkan mellan vårdgivare inom och mellan regionerna, vilket är kvalitetshöjande och bidrar till ökad patientnytta.

De nationella enheterna behöver säkerställa att remitterande enheter i landet kan bedöma vilka patienter de ska remittera till en nationell högspecialiserad enhet och när de ska göra det. Detta kan bland annat åstadkommas genom att de nationella enheterna utvecklar gemensamma remisskriterier, vilket exempelvis har gjorts inom tillståndsområde endometriiskirurgi.

I flera av de nya tillståndsområdena ingår multidisciplinära bedömningar och ställningstaganden till fortsatta åtgärder i definitionen av den tillståndspliktiga vården. Vissa av dessa bedömningar behöver ske vid nationella multidisciplinära konferenser där alla nationella enheter inom ett tillståndsområde deltar, medan andra bedömningar kan ske inom en nationell enhet. Syftet är att patienterna ska bedömas av den främsta expertisen och att bedömningarna ska vara enhetliga över landet. För att uppnå detta behöver samverkan ske både mellan olika professioner och kliniker inom en nationell enhet och mellan olika nationella enheter inom ett tillståndsområde.

Utveckling av ett nationellt vårdprogram är ett annat exempel på hur nationella enheter inom ett tillståndsområde kan samverka och på så sätt stärka vårdkvaliteten. Detta finns med i de särskilda villkoren för flera tillståndsområden, exempelvis för förvärvade ryggmärgsskador.

Slutligen, i flera tillståndsområden, bland annat könsdysfori, svårbehandlade ätstörningar och svårbehandlat självskaдебeteende, har tillståndsenheterna bildat nationella styrgrupper eller samordningsråd för att diskutera gemensamma frågor och utmaningar som kommer med det nationella ansvaret.

Samverkan inom och mellan regioner kan naturligtvis komma till stånd även utan nationell högspecialiserad vård, men de krav som ställs på nationella enheter gällande samverkan bidrar till att robusta samverkansstrukturer prioriteras och byggs upp. Det främjar såväl vårdkvalitet som jämlik vård.

Bättre tillsammans – förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi

År 2009 presenterade en statlig utredning en ny nationell cancerstrategi, mot bakgrund av att antalet personer med cancer förväntades öka kraftigt²⁹². Den nationella cancerstrategin har varit viktig för utvecklingen av svensk cancervård. Flera insatser på olika nivåer har baserats på den nationella cancerstrategin: etableringen av sex regionala cancercentrum, RCC, koncentrationen av högspecialiserad vård samt framtagandet av arbetssätt för ökad jämlikhet i vården, exempelvis standardiserade vårdförlopp SVF²⁹³.

Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi

Under hösten 2024 presenterades ett förslag till en uppdaterad cancerstrategi, som omfattar identifierade utmaningar och rekommenderade åtgärder^{294 295}.

Förslag till ny cancerstrategi

Utredningens huvudsakliga förslag omfattar tre övergripande mål.

- Minskad risk att utveckla cancer och fler som diagnostiseras tidigt:
 - Minskad cancerrisk genom ett strategiskt och samordnat hälsofrämjande och förebyggande arbete.
 - Minskad sjuklighet och dödlighet i cancer genom tidig diagnostik.
- Ökad canceröverlevnad:
 - Fler patienter överlever cancer genom diagnostik och behandling av hög kvalitet.
 - Interventionsstudier utvecklar morgondagens cancervård.
- Bästa möjliga livskvalitet under och efter cancersjukdom:
 - Personanpassat stöd för ett gott liv under och efter cancer.
 - Bästa möjliga livskvalitet vid livshotande sjukdom.

Till de övergripande målen kopplas 25 delmål med fokus på förändringar i arbetssätt och strukturer som utredningen bedömer behövs för att uppnå de övergripande målen.

²⁹² En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11).

²⁹³ Lägesbild av den nationella cancerstrategin. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2024.

²⁹⁴ Bättre tillsammans. Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Regeringskansliet; 2024.

²⁹⁵ Remiss Bättre tillsammans – en uppdaterad nationell cancerstrategi. Regeringskansliet Dnr S2024/2100.

Delmålen kan sorteras in under fyra målområden som enligt utredningen speglar grundläggande förutsättningar som bör genomsyra genomförandet av strategin. Dessa målområden omfattar *personcentrering, jämlikhet, forskning och innovation* samt *samverkan och utveckling*.

I utredningen presenteras förslag kring att förebygga cancer, screening och kontrollprogram vid ökad cancerrisk, personcentrering, tillgänglighet, diagnostik och behandling, precisionsmedicin, rehabilitering, palliativ vård, forskning, ansvarsfördelning och strukturer för samverkan samt kunskapsstyrning.

Förslag om tillgänglighet och standardiserade vårdförlopp i cancervården

Utredningen betonar att tillgänglighet är en långvarig utmaning i svensk hälso- och sjukvård, vilket också inkluderar cancervården. Väntetider till behandling riskerar negativa effekter på överlevnaden, men samtidigt är cancer en heterogen grupp av sjukdomar och betydelsen av väntetiden skiljer sig mellan olika diagnoser och mellan patienter. Sverige är ett exempel på ett land som trots jämförelsevis långa väntetider uppvisar hög överlevnad vid cancersjukdom. Se även kärnindikator 11: Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer i kapitlet *Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?*

Variationerna visar på hur komplext ett förslag på fastställda ledtider behöver vara, men att det finns stora hälsovinster att göra. Möjligheten att diagnostisera cancer tidigare än stadium IV har beräknats kunna minska den cancerrelaterade dödligheten med minst 15 procent.

Även tio år efter införandet av SVF finns fortsatt stora utmaningar med långa väntetider och stora regionala skillnader, men SVF har skapat förutsättningar för en mer jämlik cancervård. Nu föreslås uppdateringar av SVF med syfte att öka förutsägbarheten för patienter och närstående, betona en maximal tid från behandlingsbeslut till start av behandling, inkludera patienter med misstanke om återfall i sjukdomen och minska den administrativa bördan.

Väntetiderna i cancervården behöver förkortas ur både ett patientperspektiv och ett patientsäkerhetsperspektiv, och i förslaget bedömer man att SVF bör förenklas med behandlingsstart inom tre veckor från behandlingsbeslut, oavsett diagnos och behandlingsform. SVF bör även utvecklas till att innefatta hela vårdprocessen, inklusive standardutredning vid misstanke om återfall.

I förslaget betonas också att för att säkerställa en personcentrerad vård behöver planering och uppföljning involvera en patientmedverkan med tydligt syfte och mål och uppföljning genom patientrapporterade mått, både som mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling, PROM, och hur patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården är, PREM²⁹⁶.

Patienters upplevelser av standardiserade vårdförlopp

Regionerna ska använda så kallade PREM-enkäter för att följa upp SVF. Uppföljning av patienternas upplevelse av bland annat väntetider, samordning och information ingår som en viktig del i vårdens utvecklingsarbete och är ett sätt att följa upp personcentrerade arbetssätt i vården och öka patientdelaktigheten²⁹⁷.

PREM-enkät används för att utvärdera cancervården

Sedan 2016 används en PREM-enkät för att utvärdera patienternas erfarenhet av att utredas inom SVF, cirka sex till tio veckor efter avslutad utredning.

Både patienter som fått ett cancerbesked (det vill säga en cancerdiagnos) och de som avslutat SVF av någon annan orsak får enkäten. Antalet enkäter som skickas ut varierar mellan cirka 30 000 och 60 000 med en svarsfrekvens på cirka 55 procent.

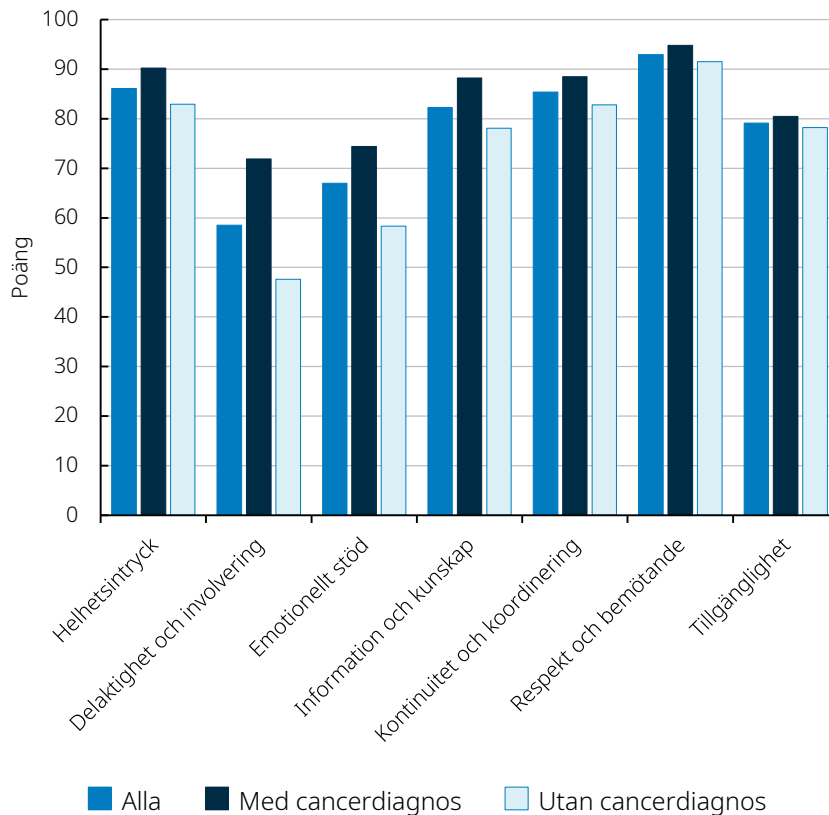
Enkätens frågor är indelade i sju dimensioner: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet.

I figur 69 nedan redovisas en medelpoäng för frågorna inom respektive dimension.

²⁹⁶ PROM står för "Patient Reported Outcome Measures" och är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention. PREM står för "Patient Reported Experience Measures" och mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården. Se mer på: <https://cancercentrum.se>.

²⁹⁷ RCC i samverkan. Hämtad 2025-01-31 från <https://cancercentrum.se>.

Figur 69. Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp 2024. Dimensionspoäng per dimension²⁹⁸.



Källa: RCC i samverkan.

RCC redovisar^{299 300} att de allra flesta (86 procent av de patienter som besvarat enkäten) under 2023 uppgav att de fått sitt aktuella behov av vård tillgodosett, precis som tidigare år. Patienter som fått en cancerdiagnos är genomgående mer nöjda än de individer där utredningen inte visade på cancer. Andra betydande faktorer för hur utredningen upplevs är vilket SVF som varit aktuellt och patientens ålder. Män och kvinnor har huvudsakligen liknande upplevelser och de är även i stort sett lika över landet.

Viss variation förekommer mellan regioner. Att få en individuell vårdplan under utredningen är exempelvis vanligast i Region Stockholm och Region Västmanland. Region Stockholm är också den region där flest patienter rapporterar att de fått en kontaktsjuksköterska följt av Region Uppsala.

Upplevelsen skiljer sig mellan olika åldersgrupper där äldre genomgående är mer nöjda än yngre patienter. Vid en jämförelse mellan 2018 och 2023 ses

²⁹⁸ Att notera om diagrammet. För en del kombinationer av region och vårdförlopp är patientunderlaget litet. För att data ska kunna visas krävs 30 svar eller mer. Patienter med cancerdiagnos omfattar de patienter som under utredningen har diagnostiserats med cancer.

²⁹⁹ RCC i samverkan. Hämtad 2025-01-31 från <https://cancercentrum.se>.

³⁰⁰ Nationell patientenkät. Hämtad 2025-01-31 från <https://resultat.patientkat.se>.

en genomgående förbättring av svaren för patienter som avslutat SVF med en cancerdiagnos. Denna förbättring har varit särskilt tydlig i den yngsta gruppen svarande (18–34 år), vilket betyder att skillnaden mellan åldersgrupperna minskar³⁰¹.

Uppföljningen av läkemedelsbehandling

Iakttagelser i korthet

- Korrekta och relevanta registerdata är viktiga för att kunna följa upp och utvärdera läkemedelsanvändningen på alla nivåer: den enskilda patienten, verksamheten eller kliniken, regionen samt nationellt.
- För att möjliggöra en mer heltäckande och systematisk uppföljning på nationell nivå, på samma sätt som slutenvården, är det nödvändigt att rapporteringen från primärvården och delar av den specialiserade öppenvården utökas.
- Under de senaste åren har allt fler nya läkemedel för behandling av svåra sjukdomar fått marknadsgodkännande redan i tidigare stadier, till exempel kliniska prövningar med ett mindre patientunderlag och begränsad evidens för effekt. Detta ställer ännu högre krav på att kunna följa upp dessa läkemedel i användning.

Många kvalitetsmått för läkemedel baseras på kravet på kunskapsbaserad vård och mäter om nationella riktlinjer, vårdprogram, och evidensbaserade behandlingsrekommendationer följs. En rationell läkemedelsanvändning innebär att rätt läkemedel ges till rätt patient, i rätt dos, vid rätt tidpunkt och till rätt kostnad. För att säkerställa en god läkemedelsanvändning behöver den följas upp. Uppföljning av läkemedelsanvändning kan göras på flera nivåer, och behoven av hälsodata varierar beroende på nivå:

- den enskilda patienten
- verksamheten eller kliniken
- region
- nationellt.

Att på nationell nivå kunna följa upp läkemedelsanvändning är nödvändigt av många anledningar, bland annat för att ta reda på

³⁰¹ RCC i samverkan. Hämtad 2025-01-31 från <https://cancercentrum.se>.

- hur olika patientgrupper behandlas och utvärderas att riktlinjer och rekommendationer följs
- om rätt patientpopulation behandlas med ett visst läkemedel
- om förskrivning och ordination skiljer sig åt mellan olika vårdgivare eller olika regioner
- om läkemedelsförskrivningen är jämlik.

För att kunna göra en systematisk uppföljning krävs tillgång till data från användning av läkemedel i den kliniska vardagen. Detta förutsätter en kontinuerlig utveckling av våra nationella hälsodataregister, så att de innehåller den data som behövs. Ett behov som länge har lyfts är att på individnivå kunna följa de läkemedel som ges direkt till patient inom vården (rekvisitionsläkemedel). Detta är idag inte möjligt. Utredningen *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*³⁰² presenterar förslag som innebär att nya uppgifter ska samlas in från hälso- och sjukvården, samt att mer ändamålsenliga regler ska tas fram för att hantera hälsodataregister på ett effektivt sätt. Bland annat föreslås att fler uppgifter om rekvisitionsläkemedel samlas in från slutenvården och den specialiserade öppenvården, och att dessa ska föras in i ett nytt hälsodataregister hos Socialstyrelsen. Socialstyrelsen föreslås även börja förbereda för detta.

Den pågående omställningen till nära vård, kommer innebära att en större del av hälso- och sjukvården sannolikt kommer att bedrivas som öppenvård och inom primärvården. Vi kommer även att se fler flexibla vårdformer som gör det möjligt att vårda patienter i hemmet. Dessa förändringar gör det viktigt att hälsodataregistren, så långt det är möjligt, kan rapportera den faktiska läkemedelsanvändningen hos patienterna, oavsett vårdform.

För att också kunna koppla ihop läkemedelsanvändningen inom hälso- och sjukvården med den vård som ges, behöver även insamlingen av annan vårddata förbättras. I dagsläget är insamlingen av uppgifter till patientregistret avgränsad till slutenvården och vissa delar av öppenvården. För att möjliggöra en mer heltäckande och systematisk uppföljning på nationell nivå, på samma sätt som för slutenvården, är det nödvändigt att rapporteringen från primärvården och delar av den specialiserade öppenvården utökas.

Under de senaste åren har allt fler nya läkemedel för behandling av svåra sjukdomar med stora behov av behandling fått marknadsgodkännande redan i tidigare stadier. Dessa läkemedel godkänns baserat på kliniska prövningar med ett mindre patientunderlag och begränsad evidens för effekt jämfört med andra läkemedel. Effekten utvärderas sedan vidare i kliniska

³⁰² Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57).

användning. Detta ställer ännu högre krav på att kunna följa upp dessa läkemedel i användning.

Jämlig hälsa är ett kvalitetsmått i sig

Alla människor har rätt till lika förutsättningar för en jämlig hälsa. Alla samhällsklasser och samhällsgrupper ska ha samma möjligheter till en god hälsa. Trots att resurser läggs på att motverka diskriminering och ojämlikhet inom vården pekar forskningen på en ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Människor som bor i socialt utsatta områden, migranter, hbtqi-personer, personer som har psykisk sjukdom och nationella minoriteter är exempel på befolkningsgrupper som har en sämre hälsa.

Iakttagelser i korthet

- Personer som har psykisk sjukdom, exempelvis psykosjukdom, har avsevärt sämre fysisk hälsa än övriga; sjukdomar som diabetes, KOL och fetma är fem gånger vanligare inom gruppen jämfört med den övriga befolkningen.
- Många av de läkemedel som används inom psykosvården medför en ökad risk för följsjukdomar som fetma, hjärt-kärlsjukdomar och dålig munhälsa.
- Införandet av en ny könstillhörighetslag innebär att bytet av juridiskt kön förenklas samt att denna process särskiljs från processen att genomgå kirurgiska ingrepp i könsorganen. Reformen kan förväntas leda till förkortade vårdköer och förbättrat mottagande av transpersoner i vården.
- Bemötande inom hälso- och sjukvården är en viktig fråga för de nationella minoriteterna. Samtidigt är kunskapen om de nationella minoriteterna låg inom primärvården.
- Samisk hälsa är ett växande område som ökar kunskapen om situationen för samer i Sverige.

Hälsan hos personer med psykisk sjukdom

Personer som har psykisk sjukdom, till exempel en psykosjukdom, har avsevärt sämre fysisk hälsa än övriga. Inte sällan har de en mer utsatt livssituation med psykosociala utmaningar och en ansträngd ekonomi. Många av de läkemedel som ofta används inom psykosvården medför dessutom en ökad risk för följsjukdomar, som fetma, hjärt-kärlsjukdomar och dålig munhälsa. Sjukdomar som diabetes, KOL och fetma är fem gånger vanligare inom gruppen jämfört med den övriga befolkningen. Grundförutsättningarna för en god hälsa är följaktligen sämre inom denna grupp, på grund av det psykiatriska tillståndet. I utvärderingen av nationella

riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd³⁰³ konstateras dock att följsamheten till riktlinjerna är låg, vilket innebär att de också får sämre behandling inom den somatiska vården än befolkningen i övrigt.

Kunskapen om personer med psykisk funktionsnedsättning behöver öka såväl inom socialtjänsten som inom den somatiska hälso- och sjukvården, och tandvården. Det gäller en ökad kunskap om specifika psykiatriska tillstånd och om hur de yttrar sig och ser ut över tid och mellan skov. Det ökar förutsättningar att exempelvis skilja på psykiska och fysiska symtom vilket minskar risken att missta fysiska symtom som psykiska³⁰⁴.

Föreskrift och kunskapsstöd förbereds till en ny könstillhörighetslag

Den 1 juli 2025 träder lagen (2024:238) om fastställande av kön i vissa fall och lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen i kraft. Intentionen med reformen är bland annat att förenkla bytet av juridiskt kön samt att denna process särskiljs från processen att genomgå kirurgiska ingrepp i könsorganen³⁰⁵. Reformen kan förväntas leda till förkortade värdköer och förbättrat mottagande av transpersoner i vården.

Enligt den kommande lagen om fastställande av kön i vissa fall är det Socialstyrelsen som ska besluta om fastställande av ändrat juridiskt kön. Beslutet ska enligt förarbetena till lagen baseras på ett underlag som består av intyg från hälso- och sjukvården. Det är troligt att det företrädesvis är andra yrkesgrupper än de som är verksamma i den högspecialiserade vården som kommer utfärda de aktuella intygen. Detta innebär att intygsskrivandet i stor utsträckning kan komma att hamna i primärvården och på hälso- och sjukvårdspersonal som kanske inte har tidigare erfarenhet av denna patientgrupp och dessa frågeställningar.

Efter ett regeringsuppdrag som Socialstyrelsen fått arbetar myndigheten just nu med framtagandet av föreskrifter och kunskapsstöd till lagen om fastställande av kön i vissa fall. Föreskrifterna ska bland annat reglera vilka yrkeskategorier som ska få utfärda nämnda intyg och vad intygen ska innehålla. Kunskapsstödet ska syfta till att underlätta mötet mellan den enskilde och den intygsskrivande. Förhoppningen är att Socialstyrelsens produkter kan underlätta för de yrkesverksamma i mötet med den som behöver intyg liksom att lagens intentioner om en förenklad process för ändring av juridiskt kön förverkligas.

³⁰³ Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022. Huvudrapport med förbättringsområden. Socialstyrelsen; 2022.

³⁰⁴ Hälсотillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Aspekter av betydelse. Socialstyrelsen; 2023.

³⁰⁵ Förbättrade möjligheter att ändra kön. Socialutskottets betänkande 2023/24:22 (SoU22).

Viktigt att motverka rasism i hälso-, sjuk- och tandvården

Det finns rapporter från hälso- och sjukvården och civilsamhället som bland annat beskriver hur stereotypa föreställningar gör att människor inte får den vård de är i behov av. De beskriver konsekvenser i form av felaktig eller utebliven behandling, om minskad tillit till vården, psykisk ohälsa, minoritetsstress och att patienter avstår från att söka vård tills tillståndet blir mer akut.

Rasism i vården är också ett arbetsmiljöproblem, där arbetstagare berättar om upplevelser av rasistiskt bemötande kollegor emellan eller från patienter. HR-funktioner och chefer lyfter bland annat att det påverkar kompetensförsörjningen negativt utifrån rekryteringsperspektiv och att behålla befintlig personal.

Hälsan hos nationella minoriteter behöver stärkas

Sedan år 2000 är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar erkända som nationella minoriteter i Sverige. Samtidigt erkändes även finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska som nationella minoritetsspråk. Samer är dessutom Sveriges urfolk. I minoritetslagen (2009:724) regleras särskilda rättigheter för minoriteterna och för språkanvändare av minoritetsspråken. Minoriteterna har rätt till information om sina rättigheter, rätt till stöd för språk och kultur samt rätt till inflytande i frågor som berör dem. Dessutom finns språkliga förvaltningsområden för finska, meänkieli och samiska där språkanvändare har rätt att använda språken i kontakterna med förvaltningsmyndigheter samt rätt till förskola och äldreomsorg på sitt minoritetsspråk. Det är för närvarande 84 kommuner och 15 regioner som ingår i något eller flera av förvaltningsområdena³⁰⁶.

Utmaningar för nationella minoriteter inom hälso- och sjukvården

Bemötande inom hälso- och sjukvården blir en allt viktigare fråga för de nationella minoriteterna. Det finns liknande erfarenheter mellan minoriteterna men också olika utmaningar och behov. Det framkommer bland annat av Socialstyrelsens samråd med minoriteterna som genomförs årligen och som under 2024 haft hälso- och sjukvården som särskilt tema. För de minoriteter som har en kollektiv erfarenhet av diskriminering påtalas att det behövs åtgärder för att motverka till exempel antiziganism, antisemitism och rasism mot samer inom vården. Bristande tillit till hälso-

³⁰⁶ Sametinget. Hämtad 2025-01-31 från www.minoritet.se

och sjukvården kan medföra att individer undviker att söka vård både för sig och sina barn. Den judiska minoriteten påtalar att antisemitism är ett växande problem inom hälso- och sjukvården, både ur ett patient- och personalperspektiv.

Minoriteterna påtalar också att det behövs ökade kunskaper om de nationella minoriteternas särskilda rättigheter och behov inom hälso- och sjukvården. En uppfattning som bekräftas av Socialstyrelsens uppföljningar av kunskapsläget inom primärvården angående bland annat minoritetslagen³⁰⁷.

Vårdtjänster på minoritetsspråken kan bidra till jämlik hälsa

Vårdtjänster på minoritetsspråken är också efterfrågade³⁰⁸. För den sverigefinska minoriteten är detta den absolut viktigaste frågan. Ett önskemål från flera av minoriteterna är bland annat att det upprättas listor nationellt över vårdgivare där man kan prata minoritetsspråk. Det finns även behov av större stöd från barnhälsovården till vårdnadshavare som vill överföra minoritetsspråk till sina barn. Minoriteterna föreslår även att det ska ingå i sjukvårdsutbildning att elever får information om de nationella minoriteternas historiska bakgrund, kultur, språk och rättigheter enligt minoritetslagen. Ett annat önskemål är att språkkurser och kurslitteratur i minoritetsspråken erbjuds till vårdpersonal så att de får en grundkunskap i språken, åtminstone inom förvaltningsområdena för finska, meänkieli och samiska. Inom äldreomsorgslyftet finns från 2024 möjlighet för kommuner att söka medel för att ersätta personal som går på utbildning i minoritetsspråk. Problemet är att det saknas sådana utbildningar.

Vissa utmaningar som lyfts i samråden till exempel från tornedalingarna är främst kopplade till glesbygdsproblematik med långa avstånd till hälso- och sjukvård och svårigheter att få tillgång till tandvård. Boende i Övertorneå får exempelvis ofta åka till Finland för att få tandvård.

Samisk hälsa – ett växande område

Samisk hälsa är ett begrepp som vuxit fram under senare år eftersom samers hälsa och livsvillkor har fått ökad uppmärksamhet, bland annat inom de regioner som ingår i förvaltningsområdet för samiska. Kunskapsnätverket för samisk hälsa startade 2017 som ett samarbete mellan regionerna i Norrbotten, Västerbotten, Dalarna och Jämtland-Härjedalen samt Sametinget och en rad samiska civilsamhällsorganisationer. Sametinget antog 2019 även ett hälsopolitiskt program, som bland annat utgår från

³⁰⁷ Ännu opublicerade resultat från Socialstyrelsens enkätundersökningar 2024 om situationen för nationella minoriteter inom VC och BVC. Rapporten publiceras under andra kvartalet 2025.

³⁰⁸ Vårdgivarguiden. Tolkar i nationella minoritetsspråk. Hämtad 2025-02-21 från <https://vardgivarguiden.se>.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2025
Hur är kvaliteten i hälso-, sjuk- och tandvården vi får?

urfolks rättigheter och ett holistiskt synsätt på hälsa. Programmet har utvecklats i samarbete med Kunskapsnätverket och Sametingets hälso-, äldre- och idrottsnämnd. Sametinget har tagit emot flera regeringsuppdrag inom området samisk hälsa och har utvecklat ett samarbete med forskningsenheten Vårdduo vid Umeå universitet. I ett samarbete mellan Sametinget, Folkhälsomyndigheten och Umeå universitet genomfördes den första folkhälsoundersökningen bland samer i Sverige 2021³⁰⁹.

Under 2024 har rapporten *Våld mot samiska kvinnor* publicerats på uppdrag av Sametinget. Rapporten visar att kvinnor är betydligt mer utsatta för våld än män, samt att samiska kvinnor 2021 uppger en högre våldsutsatthet än kvinnor i Sverige 2017, för de flesta typer av våld³¹⁰.

³⁰⁹ Umeå Universitet. Hur mår samer i Sverige? Hämtad 2024-12-12 från www.umu.se.

³¹⁰ Umeå Universitet. Våld mot samiska kvinnor. Hämtad 2024-12-12 från <https://www.umu.se>.

Blir vi friskare och lever längre?

Att svara på frågan om vi blir friskare och lever längre är i sig en utmaning om man tittar på ojämlikheten i hälsa. Medellivslängden ökar, men gör den det för alla? De skillnader som finns, ökar eller minskar de? Som beskrivits ovan i avsnittet *Hälsan i Sverige är ojämlik* i kapitlet ”Är hälso-, sjuk- och tandvården hållbar?” har medellivslängden ökat för både män och kvinnor i Sverige under de senaste decennierna, samtidigt som både den relativa och absoluta ojämlikheten i medellivslängd har ökat mellan dem med kortast och dem med längst utbildning. Vi ser också en ökning av vissa typer av sjuklighet bland utrikesfödda i Sverige, vilket medför att svaret på frågan varken är ett enkelt ja eller nej, utan att det ser olika ut beroende på olika förutsättningar.

Många utfallsmått som kan användas för att beskriva hälsa och grad av överlevnad påverkas inte bara – eller kanske inte ens till största delen – av det som hälso-, sjuk- och tandvården kan påverka. Levnadsvanor, sociala förhållanden, var du bor och övriga levnadsvillkor kan ha mycket större påverkan.

Forskning från USA visar till exempel att bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvården enbart står för cirka tio procent av den förtida dödligheten³¹¹. Trots det är hälso-, sjuk- och tandvården ändå de viktigaste institutionerna när det kommer till att göra oss friska och få oss att leva längre – eftersom det, trots utmaningarna och påverkan från andra faktorer, är hälso-, sjuk- och tandvårdens huvuduppgift. Oavsett om det handlar om att läka, bota, lindra, laga eller förhindra sjukdom finns det ett gemensamt mål för hälso-, sjuk- och tandvården i att vi ska bli friskare och leva längre, med god hälsa.

Samtidigt menar flera forskare att hälso- och sjukvårdens effekt på folkhälsan trots allt är betydande och att det fortfarande finns stor potential för utveckling³¹². Ett konkret exempel är vaccin, som både är till för att skydda individen som får vaccinet från sjukdomen eller dess konsekvenser, och som också fungerar som ett skydd på befolkningsnivå om tillräckligt stor andel av befolkningen är vaccinerad. Beräkningar visar att medellivslängden i Sverige skulle vara flera år lägre om inte barnvaccinationsprogrammet mot exempelvis difteri, polio och stelkramp fanns³¹³.

En enskild faktor som lett till att vi är friskare och lever längre är antibiotika, som sedan det introducerades i större skala förlängt medellivslängden

³¹¹ National Library of Medicine. Hämtad 2025-01-31 från <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov>.

³¹² Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.

³¹³ Läkartidningen. Sjukvårdens bidrag till folkhälsan: Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. Hämtad 2025-01-31 från <https://lakartidningen.se>.

globalt – enligt vissa beräkningar med över 20 år.³¹⁴ Den utvecklingen hotas nu av den allt ökande förekomsten av resistenta bakterier. Forskare har beräknat att resistenta bakterier kommer orsaka mer än 39 miljoner dödsfall fram till 2050. Samtidigt visar beräkningar att bättre tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive fungerande antibiotika, kan rädda över 92 miljoner liv under samma tidsperiod³¹⁵, något som dock kommer kräva resurser både inom hälso-, sjuk- och tandvård och inom forskning.

På så sätt är alltjämt hälso-, sjuk- och tandvårdens arbete för att främja hälsa och för att förebygga ohälsa båda viktiga komponenter – som tillsammans kan hjälpa oss att vara friskare och leva längre, nu och i framtiden.

I detta kapitel redovisar vi kärnindikator 12: självmord i befolkningen, samt kärnindikator 14: sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

Den psykiska ohälsan ställer krav på hälso- och sjukvården

Psykisk ohälsa är en av de tio största orsakerna till förlorad hälsa i världen och Sverige är inget undantag. Studier från Region Stockholm visar att psykisk ohälsa stod för cirka tio procent av sjukdomsördan³¹⁶ för kvinnor och drygt sju procent för män under 2019, bara cancer stod för en större andel för kvinnor, och cancer samt hjärt- och kärlsjukdom stod för större andel för män³¹⁷. Rätt vård och stöd vid psykisk ohälsa är på så vis en bra grund för att vi ska bli friskare och leva längre.

Iakttagelser i korthet

- En betydande del av de som begår självmord har haft kontakt med hälso- och sjukvården innan. Därför behöver alla som arbetar i vården grundläggande kunskaper om självmord och hur man kan bemöta och samtala med sårbara individer.
- Fler män än kvinnor tar sitt liv. Inberäknat dödsfall med oklar avsikt dör 21,3 män per 100 000 invånare årligen, medan motsvarande siffra för kvinnor är 9,0.

³¹⁴ Science Direct. Antibiotics: Past, present and future. Hämtad 2025-01-31 från <https://doi.org/10.1016/j.mib.2019.10.008>.

³¹⁵ The Lancet. More than 39 million deaths from antibiotic-resistant infections estimated between now and 2050, suggests first global analysis. Hämtad 2025-01-31 från <https://www.healthdata.org>.

³¹⁶ Beräknad enligt metoder från den globala sjukdomsördestudien Global Burden of Disease, GBD genom en sammanvägning av antal sjuka och begränsningar i livskvalitet och förlorade levnadsår på grund av tidig död.

³¹⁷ Agardh EE, Flodin P, Dalman C, Wicks S, Danielsson AK, Allebeck P. Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självsador och deras bidrag till sjukdomsördan. Utveckling över tid i Stockholms län: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:9.

- Lägst andel självmord sker i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.
- Antalet barn med neuropsykiatriska diagnoser fortsätter att öka, och läkemedelsuttagen i denna grupp fortsätter att öka utan tecken på att mattas av.
- Intresset för existentiell hälsa fortsätter att öka. Regeringen har aviserat att man vill utveckla arbetet med existentiell hälsa inom ramen för den nationella folkhälsopolitiken.

Att förebygga självmord är livsviktigt

Självmord är ett folkhälsoproblem och de bakomliggande orsakerna till att någon väljer att ta sitt liv är ofta komplexa. Ekonomisk utsatthet och psykisk ohälsa medför en förhöjd risk att personen tar sitt liv³¹⁸. Därför krävs det ett tvärsektorielt arbete för att komma åt problematiken. En betydande del av de som begår självmord har dock haft kontakt med hälso- och sjukvården någon gång under de två åren som föregår självmordet. Alla som arbetar i vården behöver ha grundläggande kunskaper om självmord och hur man kan bemöta och samtala med sårbara individer.

Behandling av underliggande sjukdomar och psykiatriska tillstånd är grundläggande i det förebyggande arbetet. Det finns också ett behov av att utveckla och införa vård- och behandlingsinsatser som är specifikt inriktade på att minska suicidalt beteende, exempelvis krisplaner inklusive säkerhetsplanering.

Vidare krävs det ett systematiskt arbete för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet hos vårdgivare. Att förebygga att suicidnära individer faller mellan stolarna kräver fungerande samarbete mellan aktörer som är berörda i till exempel eftervården av en individ som försökt ta sitt liv. Att planera för att följa upp genom att möta individen regelbundet efter utskrivning kan rädda liv. Dessutom är närstående, som kan ge ett viktigt bidrag i vårdplaneringen utifrån sin kännedom av individen, i dag en underutnyttjad resurs i det självmordsförebyggande arbetet.

Kärnindikator 12: Självmord i befolkningen

Indikatorn visar antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Dödsfall med oklar avsikt betyder att det finns en osäkerhet om uppsåtet bakom dödsfallet, det vill säga om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall. Uppgifterna är hämtade från

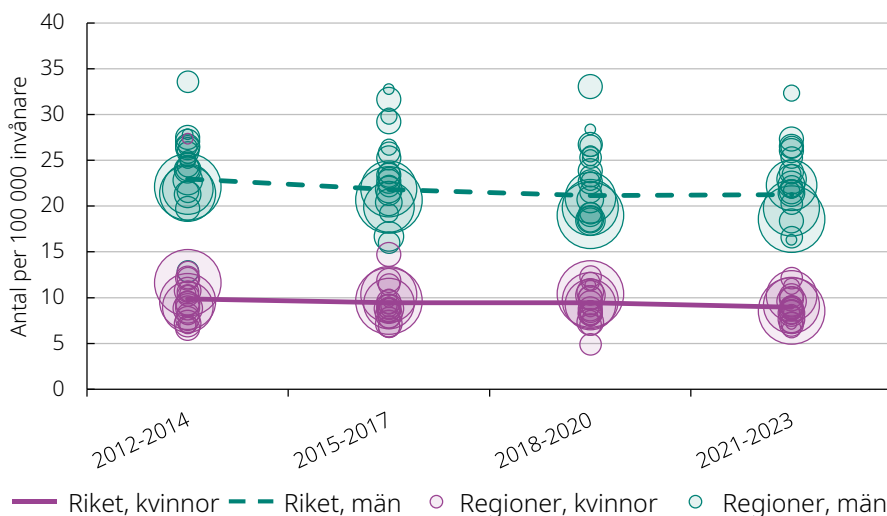
³¹⁸ Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen; 2023.

Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Värdena är åldersstandardiserade. Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Under perioden 2021–2023 registrerades 15 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Det är stor skillnad på hur vanligt det är att män respektive kvinnor begår självmord (inklusive dödsfall med oklar avsikt). Under nämnda period registrerades 21 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare bland män, medan motsvarande siffra var 9 hos kvinnor. För kvinnor innebär det att självmord och dödsfall med oklar avsikt minskat något sedan närmast föregående tidsperiod, 2018–2020, samtidigt som situationen varit i stort sett oförändrad bland män. Som framgår av figur 70 är den regionala spridningen relativt liten för självmord och dödsfall med oklar avsikt bland kvinnor, medan den är desto större bland män.

Figur 70. Självmord och dödsfall med oklar avsikt från treårsperioden 2012–2014 till treårsperioden 2021–2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



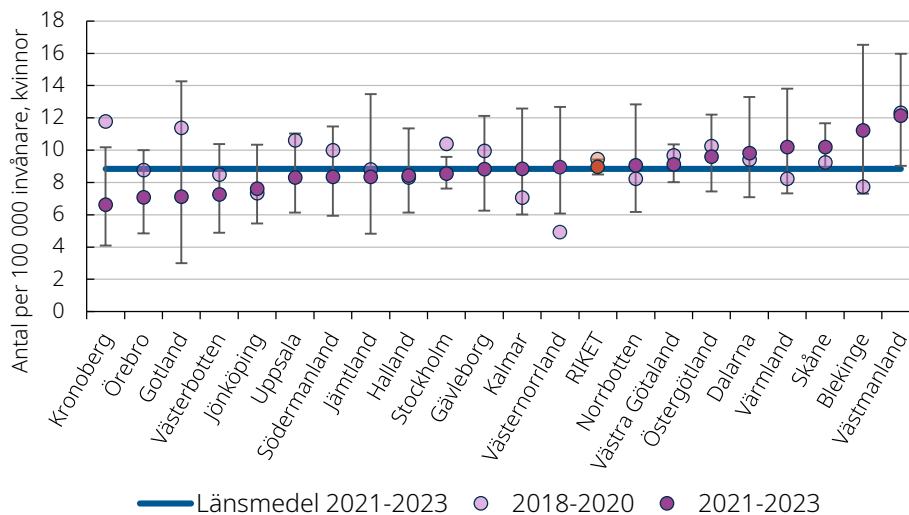
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 71 redovisar hur utvecklingen sett ut för kvinnor. Som framgår av figuren är utvecklingen i regionerna blandad även här. I regionerna Kronoberg, Gotland, Uppsala med flera har antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare sjunkit, medan de ökat i exempelvis regionerna Blekinge, Värmland och Västernorrland.

Vid jämförelse av figur 71 nedan med figur 72 som redovisar siffrorna för män behöver det noteras att skalstegen i respektive figur är olika. Det som kan se ut som en stor förbättring eller försämring ska därför ställas i relation till respektive figur.

Figur 71. Själv mord och dödsfall med oklar avsikt bland kvinnor under treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

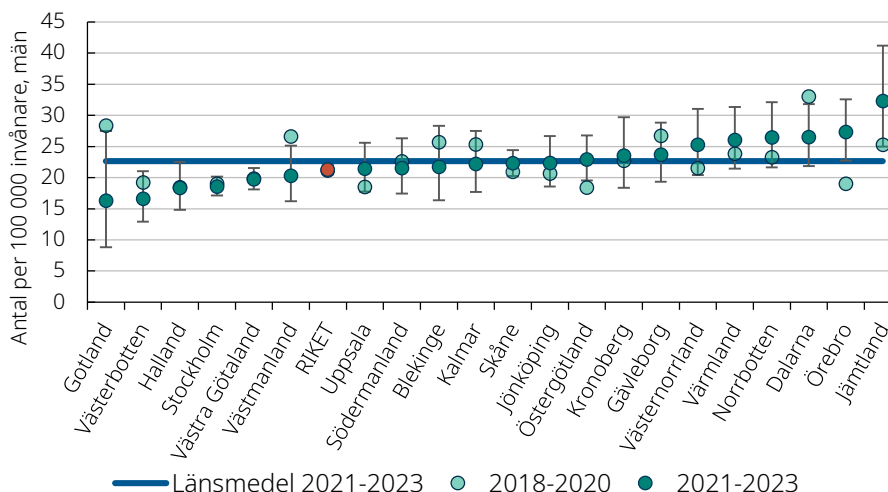


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I figur 72 redovisar vi hur utvecklingen bland män sett ut i regionerna mellan perioderna 2018–2020 och 2021–2023. För regioner som Gotland, Västmanland, Blekinge och Dalarna med flera har antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare sjunkit, men i regioner som Jämtland, Örebro, Norrbotten och Västernorrland har antalet ökat.

Figur 72. Själv mord och dödsfall med oklar avsikt bland män under treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



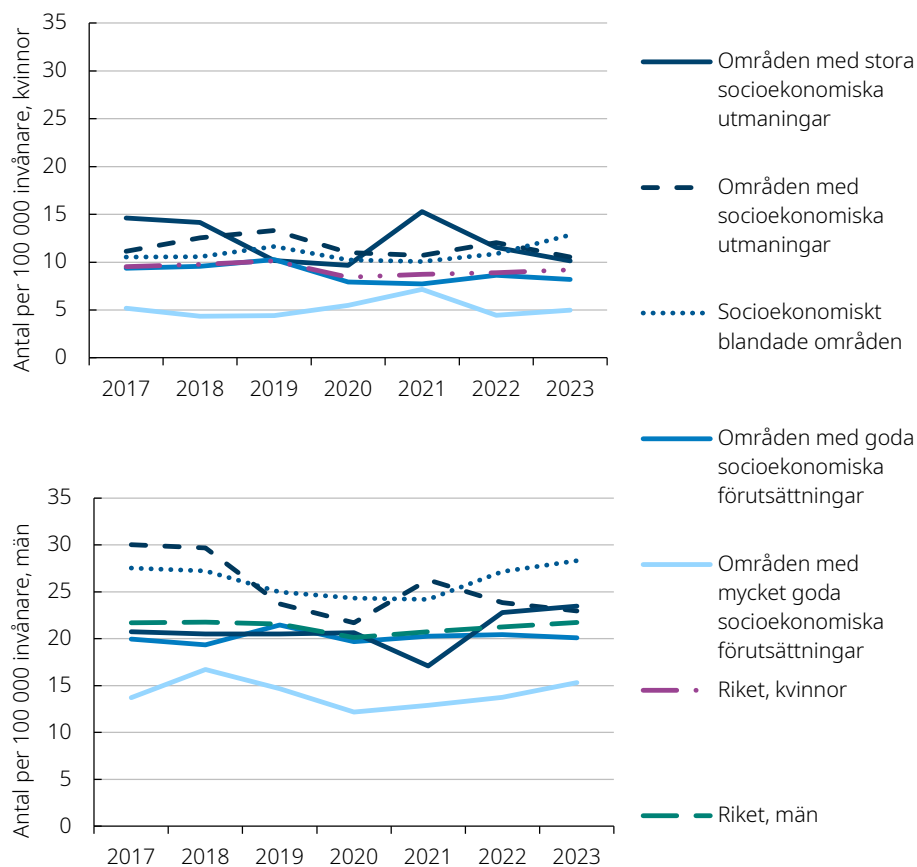
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Om statistiken bryts ner utifrån förekomsten av självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare i områden med olika socioekonomisk

profil går det att konstatera att bilden inte är lika tydlig som den är för många av de andra indikatorerna i rapporten. Beroende på vilket år som fokuseras, ändrar sig ofta den inbördes ordningen mellan de olika områdestyperna. Korrelationen mellan områdestyp och antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare är således inte alltid given. Något som gäller för samtliga år i tidsserien är dock att antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt är lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Figur 73. Självmord och dödsfall med oklar avsikt 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Antalet barn med neuropsykiatriska diagnoser fortsätter öka

Antalet barn med neuropsykiatriska diagnoser fortsätter att öka. Även läkemedelsuttagen fortsätter att öka utan tecken på att mattas av – omkring 75 procent av de skolbarn 10–17 år som får en diagnos påbörjar också

läkemedelsbehandling³¹⁹. Utifrån andelen nya fall idag beräknas 15 procent av alla pojkar och 11 procent av alla flickor få diagnosen adhd innan utvecklingen planar ut. Samma trender ses inom gruppen unga vuxna. En motsvarande utveckling finns när det gäller diagnostiseringen av autism; nya fall av autism har gradvis ökat mellan 2010 och 2023, i synnerhet bland flickor och unga kvinnor. Siffrorna som redovisas när det gäller förekomst får betraktas som höga mot bakgrund av andelen som tidigare har uppskattats ha neuropsykiatriska tillstånd i befolkningen³²⁰.

Då alla personer med misstänkta neuropsykiatriska funktionshinder utreds och behandlas inom specialistpsykiatrin, leder det ökade antalet patienter till stora utmaningar för vården. I gruppen barn 10–17 år som har läkarbesök inom specialistpsykiatrin har 70 procent besök relaterade till utredning eller behandling av adhd. För att möta efterfrågan på utredningar skapas på många håll förenklade diagnosprocesser och en väsentlig del av utredningar upphandlas av externa vårdgivare, vilket riskerar att ytterligare öka antalet diagnoser.

Med detta stora inflöde av patienter i behov av stöd är tidiga insatser angelägna. Insatser som föräldrastöd, sömnbehandling eller kognitivt och kommunikativt stöd kan förebygga vidare utveckling av psykiska symtom som koncentrationssvårigheter. Tidiga insatser kan även minska risken för annan psykisk ohälsa, skolfrånvaro, skadligt alkohol- och narkotikabruk och fysisk ohälsa. Primärvården, skolan och fritidsverksamheter är centrala verksamheter för att uppmärksamma och ge tidiga insatser utan att invänta en neuropsykiatrisk utredning³²¹.

Primärvården har i dagsläget begränsade möjligheter att identifiera, diagnostisera och följa upp psykisk ohälsa vilket kan resultera i ett bollande av patienter mellan vårdinstanser. Många regioner har utvecklat arbetssättet *En väg in* för att triagera barn med psykisk ohälsa till primärvård eller specialistpsykiatri. I en pågående statlig utredning undersöks bland annat hur elevhälsans psykologiska insatser kan stärkas, samt frågan om elevhälsans huvudmannaskap. Samtidigt pågår arbete med att utarbeta ett nytt nationellt barnhälsoprogram för att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning för barn och unga till och med 20 års ålder, oavsett var i landet de bor.

³¹⁹ Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Socialstyrelsen;2023.

³²⁰ Autism – förekomst och samsjuklighet. Socialstyrelsen; 2024.

³²¹ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025: Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatrin. Socialstyrelsen 2025.

Intresset för existentiell hälsa fortsätter öka

De senaste åren har Socialstyrelsen konstaterat att det finns ett ökat intresse för existentiell hälsa, en trend som fortsätter både i hälso- och sjukvården och i samhället i stort.

Regeringen har aviserat att man vill utveckla arbetet med existentiell hälsa inom ramen för den nationella folkhälsopolitiken och gav 2024 Folkhälsomyndigheten i uppdrag att arbeta med frågan³²². Uppdraget kan ses som ett av flera aktuella exempel där staten genom olika initiativ vill öka det psykiska välbefinnandet, där existentiell hälsa är en aspekt. Andra exempel är uppdraget till Folkhälsomyndigheten att, tillsammans med Socialstyrelsen samordna, stödja och följa upp genomförandet av den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention³²³.

Inom hälso- och sjukvården har exempelvis Västra Götalandsregionen och region Värmland under 2024 arrangerat temadagar om existentiell hälsa³²⁴. Även i samhället i stort sker det en förskjutning mot ett större intresse för existentiell hälsa – exempelvis har antalet nya medlemmar i Svenska kyrkan ökat under de senaste åren samtidigt som antalet aktiva utträden har minskat³²⁶. Därtill handlar en av 2025 års trender bland unga enligt Ungdomsbarometern om andlighet, meningssökande och gemenskap – frågor som i högsta grad knyter an till existentiell hälsa³²⁷.

Det finns ännu inte någon enhetlig definition av begreppet existentiell hälsa, samtidigt som många aktörer beskriver att de arbetar med existentiella frågor som på olika sätt är relaterade till hälsa eller folkhälsa³²⁸. Framför allt är det aktörer inom forskarsamhället, myndigheter och civilsamhället som har beskrivit sitt arbete med existentiell hälsa, men även kommuner, regioner och några länsstyrelser har deltagit³²⁹.

Existentiell hälsa i primärvården

Redan tidigare har Socialstyrelsen identifierat att en förflyttning har skett inom vården, från att framför allt arbeta med existentiell hälsa inom palliativ

³²² Uppdrag för att utveckla arbetet med existentiell hälsa i folkhälsopolitiken. Socialdepartementet. Hämtad 2024-12-19 från <https://www.regeringen.se>.

³²³ Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Skr. 2024/25:77.

³²⁴ Regional temadag suicidprevention – Existentiell hälsa. Hämtad 2024-12-19 från <https://regionkalender.vgregion.se>.

³²⁵ En dag om existentiell hälsa – från oro till ro, hopp och mening med livet. Hämtad 2024-12-19 från <https://www.regionvarmland.se>.

³²⁶ Preliminär månadsstatistik för aktiva in- och utträden. Svenska kyrkan. Hämtad: 2024-12-19 från <https://www.svenskakyrkan.se>.

³²⁷ Trender 2025 – enligt unga! Stockholm: Ungdomsbarometern; 2024.

³²⁸ Existentiell hälsa och folkhälsa – Delredovisning av regeringsuppdrag – begrepp, aktörer och mätmetoder. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024.

³²⁹ Kartläggning av aktörer med koppling till existentiell hälsa – Underlagsrapport inom regeringsuppdraget om existentiell hälsa inom folkhälsopolitiken. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024.

vård till att även se existentiell hälsa som en del i förebyggande vård³³⁰. Verksamheter inom hälso- och sjukvården som exempelvis vårdcentraler, familjecentraler och BVC kan vara arenor för arbete med existentiell hälsa³³¹. I primärvården ses exempelvis en ny patientgrupp som vänder sig till vården med existentiella frågor, snarare än med psykisk ohälsa som exempelvis depression eller ångest. Genom ökad kunskap om existentiell terapi skulle primärvården kunna möta även dessa behov hos patienterna, utöver den vård som redan ges³³². Samtidigt finns det fortfarande utmaningar både kring resurser och kompetensförsörjning, men även kring frågan om vad som ska ingå i hälso- och sjukvårdens uppdrag. Detta gäller såväl primärvården som andra delar av hälso- och sjukvården³³³.

Ett exempel på hur regionerna arbetar med existentiell hälsa i praktiken kommer från Region Kalmar, där man infört en slags hälsosamtal inriktat på psykisk hälsa, för tolvåringar med föräldrar, *12-årssnacket*. Under det samtalet ges möjlighet att prata om faktorer som mat, sömn och motion som påverkar psykiskt mående. Även andra frågor som barnet eller föräldrarna vill ta upp, kopplade till det psykiska välbefinnandet är välkomna. Syftet är underlätta övergången till tonårstiden, och tonårsföräldertiden, samt att rusta barn och föräldrar med verktyg för att prata om och påverka den egna psykiska hälsan. 12-årssnacket drivs än så länge i projektform, och kommer att utvärderas under 2025³³⁴.

Det finns även ett ökat fokus på insatser för att bryta ofrivillig ensamhet³³⁵ – både i form av att erbjuda aktiviteter och mötesplatser, men också genom uppsökande verksamhet och genom att på olika sätt stötta individer att delta i olika aktiviteter som erbjuds. Ofta går dessa insatser hand i hand med ett fokus på existentiell hälsa även inom den kommunala omsorgen och äldreomsorgen. För mer information om åtgärder mot ofrivillig ensamhet för äldre, se *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2025*.

Karies bland barn och unga vuxna

Munhälsan hos barn i Sverige är generellt god och den har förbättrats över tid. Det är viktigt att karies upptäcks i tid eftersom obehandlad kariessjukdom kan leda till smärta, obehag och svårigheter att äta och sova.

³³⁰ Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024. Socialstyrelsen; 2024.

³³¹ Melder C, Haglund B J A. Existentiell hälsa – en underutnyttjad resurs inom vård, skola och omsorg. Socialmedicinsk tidskrift 1/2023.

³³² Psykologtidningen. Existentiell terapi ger en ny möjlighet. Hämtad 2024-12-19 från <https://psykologtidningen.se>.

³³³ Existentiell hälsa och folkhälsa. Delredovisning av regeringsuppdrag – begrepp, aktörer och mätmetoder. Folkhälsomyndigheten; 2024.

³³⁴ Dagens medicin. Hälsosamtal för tolvåringar ska fånga upp psykisk ohälsa. Hämtad 2025-01-31 från <https://www.dagensmedicin.se> respektive hämtad 2025-01-31 från <https://regionkalmar.se>.

³³⁵ Uppdrag att genomföra en kartläggning och ta fram ett förslag till en nationell strategi för att utveckla och intensiviera arbetet med att förebygga och motverka ofrivillig ensamhet. Socialdepartementet. Hämtad 2024-12-19 från <https://www.regeringen.se>.

Dessutom har kariessjukdom i tidiga år starka samband med en ökad risk för dålig munhälsa senare i livet.

Iakttagelser i korthet

- Andelen kariesfria barn och unga vuxna har ökat i alla åldersgrupper utom bland treåringarna, som dock ligger på en fortsatt hög nivå (96 procent).
- Det är små skillnader mellan åren, men de skillnader som finns är både en något större andel kariesfria personer bland de flesta åldersgrupperna, samt ett minskat genomsnittligt antal tänder som påverkats av kariessjukdom.

Andelen kariesfria barn och unga vuxna i åldrarna 3, 6, 12, 19 och 23 år har ökat för samtliga åldersgrupper under perioden 2015–2023, utom för treåringarna som dock ligger på en fortsatt hög nivå³³⁶. En fortsatt implementering av strukturerade preventionsprogram som också nått förskolebarnen kan vara en förklaring till den positiva utvecklingen. Speciellt om riktade insatser lagt ett särskilt fokus på socioekonomiska områden.

Den positiva trend som kunnat påvisas för sex- och tolvåringar fortsatte även under 2023. Bland sexåringarna ökade andelen kariesfria mellan 2021 och 2023 med 5 procentenheter, till 83 procent. För tolvåringarna var motsvarande ökning 3 procentenheter och andelen kariesfria uppgick 2023 till 72 procent³³⁷. Inom denna åldersgrupp är antalet kariesade och fyllda tänder närapå oförändrat från föregående år, och förbättringarna i kariessituationen har varit störst bland de som är värst drabbade.

Bland 19- och 23-åringarna ökade andelen kariesfria personer något. Det genomsnittliga antalet kariesade eller fyllda tänder bland 19-åringarna är oförändrat mellan åren, men antalet kariesade eller fyllda tänder bland de svårast drabbade minskade något mellan 2022 och 2023.

Under perioden 2019–2023 är den positiva utvecklingen inte lika framträdande hos gruppen 23-åringar. Denna grupp är svår att nå enligt regionerna och det kan påverka resultatet. Från den 1 januari 2025 ingår denna åldersgrupp inte längre i det regionala ansvaret för tandvård till barn och unga. En ny åldersgräns om 19 år återinförs över hela landet och det allmänna tandvårdsbidraget sänks i målgruppen 24–29 år. Åldersgruppen 20–23 år omfattas istället av det statliga tandvårdsstödet. Från det år man fyller 20 till det år man fyller 23 har man däremot dubbelt bidrag om 600

³³⁶ Socialstyrelsen, Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2023.

³³⁷ Resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom det finns metodvariationer i datafångst mellan olika regioner och över tid.

kronor per år³³⁸. Bidraget aktiveras varje år den 1 juli. Regionerna har övergångsregler för behandlingar som påbörjats under det år man är 19 som gör att under vissa omständigheter kan behandlingar slutföras avgiftsfritt även efter årsskiftet efter ett beslut av regionstyrelsen. Efter den 1 januari 2025 är det bara tandvård som omfattas av övergångsreglerna som är avgiftsfri för gruppen 20–23-åringar.

Sammanfattningsvis förbättrades kariessituationen bland de undersökta åldersgrupperna generellt under 2023. Det är små skillnader mellan åren, men de skillnader som finns ses både i en något större andel kariesfria personer bland de flesta åldersgrupperna, samt i ett minskat genomsnittligt antal tänder som påverkats av kariessjukdom.

Medellivslängd och förtida död – olika sätt att mäta hälsa

Iakttagelser i korthet

- Över 70 procent uppger att deras hälsa är bra, men fler kvinnor än män uppger att deras hälsa är dålig.
- Medellivslängden har generellt sett ökat sedan 2006.
- Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten fortsätter sjunka, och har sjunkit i samtliga regioner utom en.
- Bland män som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar är den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten mycket högre än i övriga befolkningen.

Det finns flera olika mått som kan användas för att beskriva huruvida vi blir friskare och lever längre. Några av de vanligaste måtten när det handlar om att beskriva hälsan eller ohälsan i befolkningen är självskattad hälsa, förtida död och medellivslängd³³⁹.

Folkhälsomyndigheten konstaterar att över 70 procent uppger att deras hälsa är bra, men att det är fler kvinnor än män som uppger att deras hälsa är dålig. Vad gäller förtida död (dödsfall som inträffar mellan 15 och 64 års ålder) är dock fler män drabbade. Under 2022 dog drygt 170 personer per 100 000 i förtid. Folkhälsomyndigheten konstaterar också att medellivslängden generellt sett har ökat i befolkningen under

³³⁸ Det allmänna tandvårdsbidraget är 600 kr från och med det år man fyller 20 år till och med det år man fyller 23 år, samt från och med det år man fyller 65.

Från och med det år man fyller 24 år till och med det år man fyller 64 år är bidraget 300 kronor per år.

³³⁹ Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten? Analys av ett urval av hälsotillstånd och förutsättningar för hälsa. Folkhälsomyndigheten; 2024.

uppföljningsperioden 2006–2022, med undantag för under coronapandemins inledning.

Dessa tre mått handlar om *hälsa* och har många andra förklaringsfaktorer än enbart vad hälso-, sjuk- och tandvården kan påverka, även om både tillgång till och kvaliteten på verksamheterna självklart spelar stor roll i många fall.

Ett relaterat mått som direkt kopplas till hälso- och sjukvårdens arbete är den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, som är en av kärnindikatorerna i denna rapport. Där mäts dödlighet för ett antal diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling – det vill säga som ligger inom hälso-, sjuk- och tandvårdens makt att påverka.

Kärnindikator 14: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn speglar dödlighet i ett antal dödsorsaker med koppling till diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av en rad sjukdomar, till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och olika cancersjukdomar. OECD och Eurostat har enats om utformningen av måttet. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och visar antal dödsfall per 100 000 invånare. Värdena är åldersstandardiserade. Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

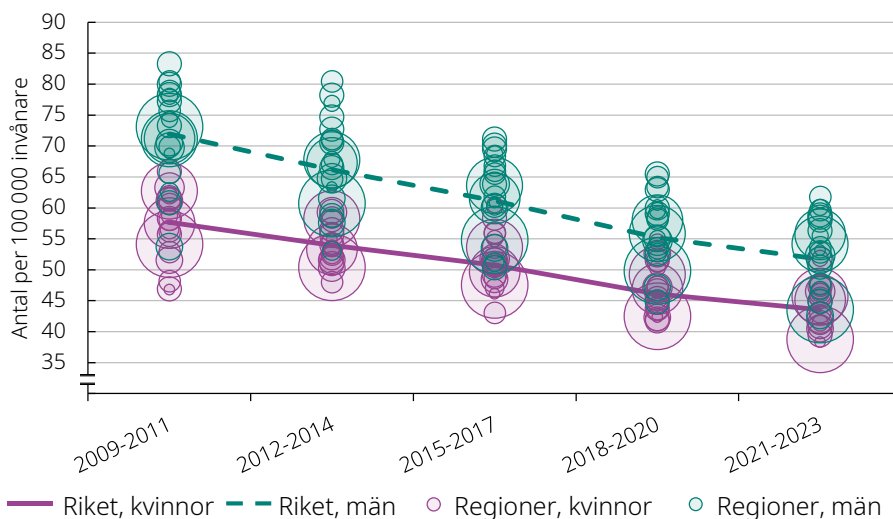
Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten fortsätter den positiva trend som vi sett under flera år, och sjönk alltså under den senaste mätperioden 2021–2023. Statistiken visar att den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten under denna period låg på 47,6 dödsfall per 100 000 invånare, en nedgång från perioden innan då den låg på 50,6 dödsfall.

Dödligheten är lägre bland kvinnor än bland män, vilket den varit under en lång rad år. Skillnaden mellan könen har minskat något och uppgick under 2021–2023 till 8,1 dödsfall per 100 000 invånare, att jämföra med en skillnad på 9,1 dödsfall per 100 000 invånare under perioden 2018–2020.

Figur 74 visar hur utvecklingen har sett ut. Av figuren framgår det också att det finns regionala skillnader i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, för kvinnor såväl som män.

Figur 74. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet från treårsperioden 2009–2011 till treårsperioden 2021–2023, uppdelat på kön och regional spridning.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.

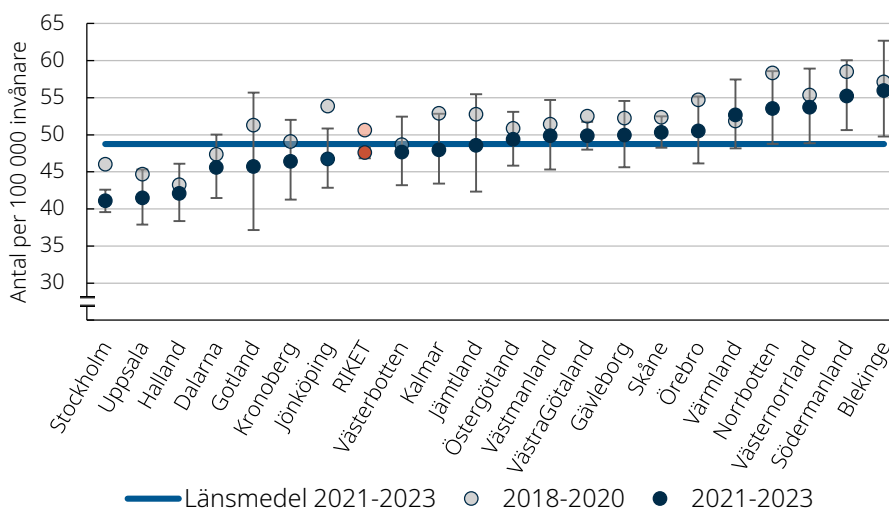


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har sjunkit i samtliga regioner utom en, Värmland, där den i stället ökat något. I många regioner är förändringen relativt blygsam. Men i några, såsom Stockholm, Gotland, Jönköping och Kalmar, är den desto större.

Figur 75. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, treårsperioderna 2018–2020 och 2021–2023, uppdelat på region.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.

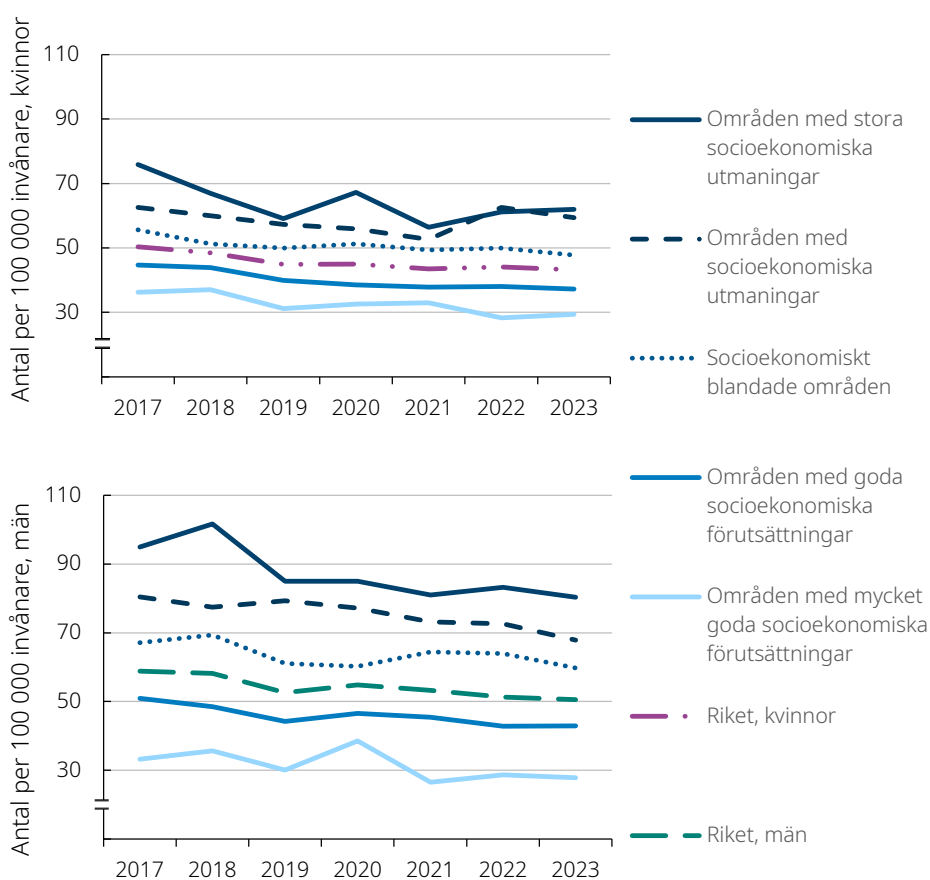


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det råder stora skillnader i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är högre i områden med olika grad av socioekonomiska utmaningar, och det gäller oavsett om det är kvinnor eller män som fokuseras. Bland män är dock den socioekonomiska gradienten särskilt tydlig. Män boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar har avgjort sämre utfall för indikatorn än övriga befolkningen.

Figur 76. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård (artikelnr 2025-4-9486)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.