

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård

Lägesrapport 2016



Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård

Lägesrapport 2016

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

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

Artikelnummer	2016-3-16
ISBN	978-91-7555-373-3

Omslagsfoto	Maskot/Folio
Sättning	atta.45 tryckeri AB, Västerås
Tryck	Edita Bobergs AB, mars 2016



Miljömärkt trycksak, 3041 0001

Förord

Sedan början på 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård samt kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Rapporten har utarbetats av Sara Dahlin. Andreas Cederlund har ansvarat för den del som beskriver tandvårdens utveckling. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning.....	9
God vård och omsorg	9
Datakällor	10
Hälso- och sjukvård.....	11
Aktuell utveckling	11
Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård	17
Säker hälso- och sjukvård	28
Individanpassad hälso- och sjukvård.....	36
Jämlik hälso- och sjukvård	42
Tillgänglig hälso- och sjukvård	49
Effektiv hälso- och sjukvård	58
Tandvård och tandhälsa	68
Aktuell utveckling	68
Kunskapsbaserad tandvård.....	71
Säker tandvård	74
Individanpassad tandvård	77
Jämlik tandvård.....	78
Tillgänglig tandvård.....	82
Effektiv tandvård	85
Referenser	87

Sammanfattning

- Under hösten 2015 ökade migrationen kraftigt, vilket delvis påverkat olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Läget anges vara hanterbart, men behovet av tolkar är stort och arbete för att effektivisera hälsoundersökningar pågår.
- Folkhälsan i Sverige fortsätter att utvecklas positivt, vilket bland annat märks genom ökad medellivslängd och förbättrade levnadsvanor. Samtidigt fortsätter hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper att öka.
- Den psykiska ohälsan ökar, särskilt bland unga kvinnor i åldrarna 16–24 år. Som en följd ökar också användningen av antidepressiva läkemedel och andelen unga kvinnor som vårdas för depression.
- 74 procent av besökarna i primärvården upplever att personalen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning det behövs. Män är något nöjdare än kvinnor i dessa avseenden. Samtidigt är tillämpningen av patientlagen en utmaning för landstingen. Ungefär 25 procent av patienterna saknar en fast läkarkontakt och individuell planering.
- Andelen barn som får behandling för fetma inom den specialiserade öppenvården och inom barnsjukvården fortsätter att öka. Fortsatt ses oförklarade skillnader av ett bättre behandlingsresultat hos pojkar jämfört med flickor.
- Klagomålen till patientnämnderna ökar. Patientnämnderna tog emot drygt 32 700 klagomål 2015 jämfört med 26 500 klagomål år 2010. Högst andel klagomål kommer från storstadsregionerna och kvinnor i åldrarna 50–59 år är överrepresenterade.
- De senaste fem åren har inga större förändringar skett för väntetider inom cancervården. Undantaget är väntetider för vissa former av prostatacancer som har kortats, samt väntetiderna för patienter med njurcancer som ökat något. I landstingen pågår införandet av standardiserade vårdförlopp för att ge tydligare ramar för vad diagnostiken i cancervården ska innehålla och hur lång tid varje del ska ta.
- I jämförelse med andra EU-länder har Sverige ett av Europas mest effektiva hälso- och sjukvårdssystem när det kommer till förmåga att maximera resultat givet insatta resurser. Det som studerats är några resultatmått, till exempel beräknade friska levnadsår vid födseln, relaterat bland annat till totala utgifter för hälso- och sjukvård per capita.
- Andelen 6-åringar med karies ökar något. Sedan 2011 har andelen kariesfria 6-åringar minskat med 3 procent. I åldersgrupperna 12 och 19 år fortsätter karies dock att minska.
- Det finns ett ökat tandvårdsbehov bland asylsökande barn och ungdomar.

- Tandhälsan i den vuxna befolkningen visar en positiv utveckling. Samtidigt finns det tecken på att skillnaderna i tandhälsa ökar mellan olika socioekonomiska grupper och att det också finns skillnader i andelen som besöker i tandvården.
- Antibiotikaanvändningen i tandvården fortsätter att minska. Skillnaderna mellan landstingen är dock fortsatt stora och kvinnor förskrivs mera antibiotika än män.
- En hög andel av de äldre i befolkningen tar läkemedel som kan leda till muntorrhet och försämrad tandhälsa, och det förekommer inom tandvården att äldre som behandlas med warfarin förskrivs läkemedel som ökar risken för blödningar.

Inledning

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

God vård och omsorg

Rapporten har fördjupningskapitel för följande områden:

- hälso- och sjukvård
- tandhälsa och tandvård.

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

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

Datakällor

Rapporten bygger på flera källor:

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården
- aktuella utvärderingar, till exempel utvärderingar av de nationella riktlinjerna
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården
- specialbearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister och nationella kvalitetsregister
- specialbearbetningar och analyser av enkätundersökningar, till exempel Nationell patientenkät, Vårdbarometern och Väntetidsdatabasen
- Statistiska centralbyråns register över landstingens räkenskaper.

Hälso- och sjukvård

Aktuell utveckling

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för aktuella samhällsutmaningar, befolkningens hälsoutveckling och utvecklingen inom området psykisk ohälsa.

Flera satsningar för stora patientgrupper pågår

För närvarande pågår flera nationella satsningar för att stärka vården för personer inom stora sjukdomsgrupper, bland annat inom områden som kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa, cancer och kvinnors hälsa. Det nyligen inrättade rådet för samlad kunskapsstyrning har i uppdrag att verka för att styrningen med kunskap blir ett stöd för huvudmännen och professionen och att den är samordnad, effektiv och anpassad till deras behov.

I en internationell jämförelse, exempelvis jämfört med andra EU-länder, har den svenska hälso- och sjukvården goda resultat och i flera avseenden bedöms den som effektiv [3-5]. Samtidigt finns det utrymme för förbättringar. Under året har flera utredningar lyft frågor som berör effektivitet i hälso- och sjukvården. I Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2) konstaterar exempelvis att den nationella styrningen ytterligare kan stärkas, för att bli mer sammanhållen och koordinerad [3]. Sverige har också ett mer ”sjukhustungt” system än övriga EU-länder vilket ger relativt höga kostnader. Att stärka integrationen mellan primärvården och sjukhusen och mellan landstingen och kommunerna är därför av största vikt. I betänkandet Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) lämnas ett flertal förslag för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården [6].

Ökad migration är en utmaning för hälso- och sjukvården

År 2015 sökte 162 877 människor asyl i Sverige. Under hösten 2015 märktes en kraftig ökning när upp emot 8 000–9 500 människor anlände till Sverige varje vecka. Majoriteten av de asylsökande kommer från Syrien, Afghanistan och Irak. Ungefär 70 procent av alla asylansökningar gjordes av män. Prognoser för 2016 är osäkra, men som mest väntas 135 000 asylsökande, varav 24 000 ensamkommande barn komma till Sverige [7, 8].

En ökad migration ökar också behovet av vård och behandling. De flesta landsting och regioner rapporterar ett ökat behov av såväl hälso- och sjukvård som tandvård.

Landstingen beskriver att personal inte har tillräcklig kompetens i såväl kultur- som behandlingsfrågor, exempelvis om traumatisering, samt att antalet tolkar inte är tillräckligt. Störst påverkan ses på mindre orter med ett stort antal flyktingar i asyl- eller transitboenden som väntar på hälsoundersökningar. Det finns ett stort behov av informationsmaterial på olika språk [9].

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården klarar utmaningen, men att primärvården, tandvården, psykiatri och elevhälsan kommer att möta ytterligare utmaningar under 2016. Myndigheten har fått tre regeringsuppdrag med anledning av den rådande situationen. Socialstyrelsen ska göra en analys av hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända, kartlägga tolkverksamheten och ta fram stöd till genomförande av hälsoundersökningar av nyanlända.

Frågan om hur nyanlända snabbare ska komma ut på arbetsmarknaden har under 2015 fått ökat fokus, inte minst inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Socialstyrelsen arbetar för närvarande för att få till en enklare, tydligare och snabbare process för behörighet till legitimationsyrken.

Folkhälsan fortsätter att utvecklas positivt

Folkhälsan i Sverige fortsätter att utvecklas positivt [10]. Medellivslängden ökar ännu, vilket framför allt beror på en kraftigt minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Kvinnor lever fortfarande i genomsnitt längre än män, men könsskillnaderna minskar. År 2014 var den förväntade medellivslängden 84 år för kvinnor och 80 år för män [11].

Trots en i huvudsak positiv utveckling kvarstår eller ökar vissa hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper¹. Exempelvis finns fortfarande tydliga skillnader i hälsa mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.

De mest förekommande dödsorsakerna i befolkningen är vanligare bland personer med kort utbildning, till exempel hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser. Personer med kort utbildning rapporterar också sämre allmänt hälsotillstånd och har mer psykisk ohälsa.

Övervikt, rökning, alkohol och brist på fysisk aktivitet ökar risken för såväl hjärt- och kärlsjukdomar som olika former av cancer. Förekomsten av fetma har ökat snabbt i befolkningen, trots att en större andel vuxna motionerar regelbundet på fritiden. I dag är nära hälften av alla svenskar överviktiga eller feta [12]. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana [13].

Rökning har däremot blivit betydligt ovanligare under de senaste decennierna, vilket har bidragit till att dödligheten i de största folksjukdomarna minskat. Men fortfarande röker var sjunde vuxen och rökning orsakar ungefär 12 000 dödsfall årligen [14].

¹ Socioekonomiska grupper är en indelning av befolkningen utifrån inkomst- eller utbildningsnivå. Genomgående i denna rapport används utbildning som proxy för socioekonomi.

Psykisk ohälsa är ett angeläget område

Trots en generellt god hälsa i befolkningen har den psykiska ohälsan under en lång period ökat. Sedan 2010 ökar också sjuktalen i befolkningen och det är framför allt de psykiska diagnoserna som en negativ utveckling kan ses.

Sjukfrånvaron ökar för nästan alla yrkesgrupper men vård- och omsorgspersonal står för flest antal sjukfall, men ökningen är störst bland yrkesgrupper med krav på längre utbildning [15].

Psykisk ohälsa räknas i dag som ett av de stora folkhälsoproblemen och unga kvinnor är en särskilt utsatt grupp. Bland unga i åldrarna 16–24 år rapporterar dubbelt så många kvinnor som män besvär av ångslan, oro eller ångest [10].

Bland de nyanlända som kommer till Sverige har många svåra upplevelser bakom sig. Trauma, förföljelse och diskriminering är faktorer som kan påverka hälsan negativt. Ångest, oro, sömnsvårigheter och posttraumatisk stress är vanligare bland asylsökande än hos befolkningen i stort. Studier visar även att kvinnor är överrepresenterade bland dem som drabbas av posttraumatiskt stressyndrom [16].

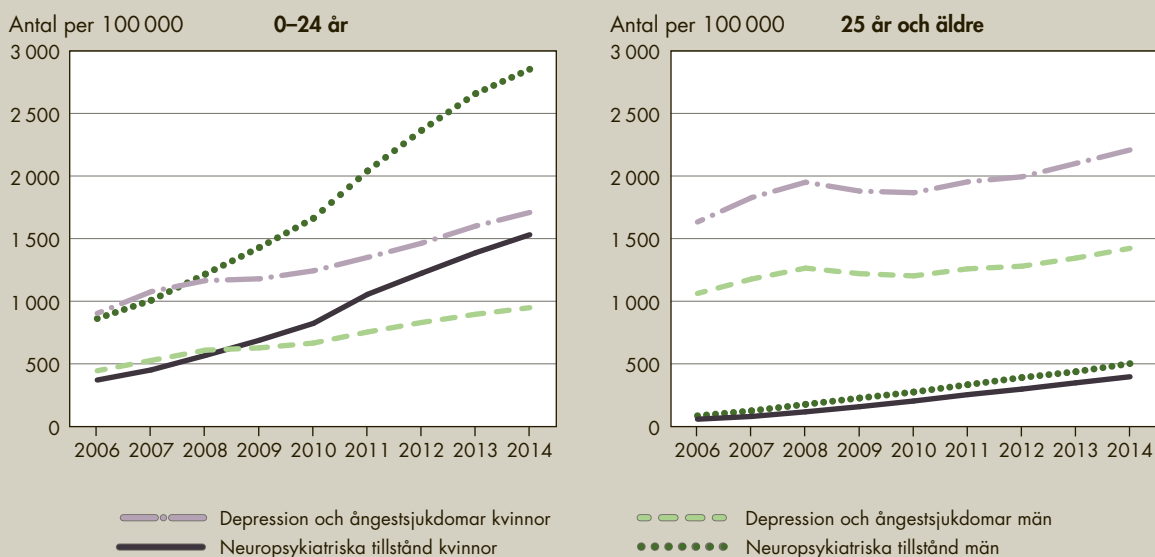
Kvinnor och män vårdas för olika psykiatriska tillstånd

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Uppskattningsvis drabbas 25 procent av befolkningen någon gång i livet av ett ångestsyndrom [17]. Risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män.

Sedan 2006 har det skett en kraftig ökning i andelen kvinnor och män som vårdas för depression och neuropsykiatriska tillstånd. Som figur 1 visar är det framför allt kvinnor upp till 24 år som vårdas för depression och ångest medan unga män vårdas för neuropsykiatriska tillstånd. I takt med att allt fler unga vårdas för dessa diagnoser ökar också förskrivningen av psykofarmaka till barn och unga vuxna.

Figur 1. Vård för depression och ångestsjukdomar samt neuropsykiatriska tillstånd

Andel patienter som vårdats för depression och ångest* inom slutenvård eller specialiserad öppenvård år 2006–2014.



*ICD10-koder: Depression och ångestsjukdomar F32–F48, Neuropsykiatriska tillstånd F80–F99.

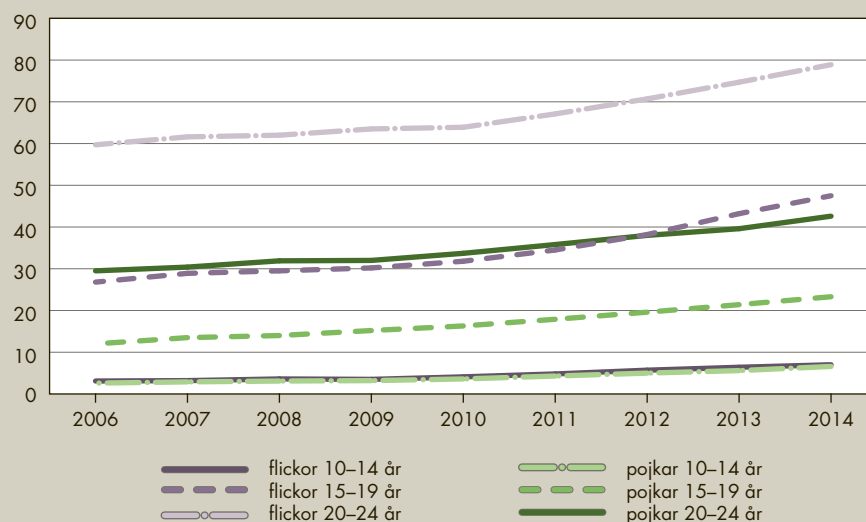
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Förskrivningen av antidepressiva läkemedel och lugnande eller ångestdämpande läkemedel fortsätter att öka. Som framgår i figur 2 nedan använder flickor i betydligt högre grad antidepressiva och lugnande eller ångestdämpande läkemedel än pojkar i samma åldersgrupp. Ökningen är störst bland ungdomar i åldrarna 15–19 år och förskrivningen ökar mest för flickor.

Figur 2. Förskrivning av antidepressiva läkemedel

Andel patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel* år 2006–2014.

Antal per 1 000



*Minst ett uttag av N06A under respektive år.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Jämfört med övriga nordiska länder har Sverige en högre förskrivning av antidepressiva medel. I Sverige år 2013 var det totala användandet 84 DDD (definierad dygnsdos) per 1 000 personer och dag, jämfört med Norge som hade 56 DDD per person och dag [18].

Regionala skillnader i förskrivning av adhd-läkemedel och i förskrivningen av antidepressiva medel till hbtq-personer beskrivs i kapitlet *Jämlig hälso- och sjukvård*.

Själv mord är ett fortsatt folkhälsoproblem

I Sverige är självmord den vanligaste enskilda dödsorsaken bland män i åldrarna 15–44 år och den näst vanligaste enskilda dödsorsaken för kvinnor i samma ålder. År 2014 tog 1 531 personer sitt liv, 1 044 män och 487 kvinnor från 15 år och uppåt². Det motsvarar 19 självmord per 100 000 invånare och totalt sett är det ett oförändrat resultat jämfört med de senaste tio åren [19].

Bland unga i åldrarna 15–24 år har det skett en viss ökning av självmorden det senaste decenniet. Yngre personer gör också fler självmordsförsök än äldre [20]. Mer än dubbelt så många män som kvinnor begår självmord. En annan överrepresenterad grupp är hbt-personer [21].

En mindre studie från Folkhälsomyndigheten³ visar att fler än var tredje transperson har det senaste året övervägt att ta sitt liv [22]. Varannan trans-

² Dessa data inkluderar säkra och osäkra självmord i hela befolkningen.

³ En självselektad, anonym webenkätstudie baserad på svar från 800 personer.

person uppger att de upplevt kränkande behandling under de senaste tre månaderna. Så många som var femte har blivit utsatt för våld på grund av sin transidentitet och en av tre har utsatts för psykiskt våld.

Det är 1,5–2 gånger vanligare med depressioner och ångestsjukdomar bland personer som lever i samkönade äktenskap jämfört med gifta i olikkönade äktenskap [23]. I samkönade äktenskap förekommer det också en högre psykofarmakaförskrivning jämfört med gifta i olikkönade äktenskap. En tolkning är att det kan handla om en ökad förekomst av stressrelaterad ohälsa bland hbtq-personer, till exempel på grund av diskriminering.

Fördubblad risk för självmord efter stroke

Det är vanligt att drabbas av depression efter en stroke, och det finns en fördubblad risk för självmord och självmordsförsök efter en stroke, jämfört med befolkningen i övrigt [24]. Bland patienter under 55 år finns en femfaldigt ökad risk⁴. Patienter med grundskole- eller gymnasieutbildning har 37 procents ökad risk jämfört med universitetsutbildade att genomföra självmordsförsök, och de som bor ensamma har 73 procents ökad risk jämfört med gifta eller sammanboende.

Självskaador minskar

Drygt 4 procent av dem som vårdas för en skada, vårdas på grund av avsiktlig självdestruktiv handling. Fram till och med 2008 ökade antalet personer som vårdats i slutenvården till följd av en avsiktligt självdestruktiv handling, men därefter har det skett en minskning. Unga kvinnor står för majoriteten av vårderna som gäller självskaador, 62 procent. Totalt vårdades 7 071 personer för självskaador 2014, bland dem hade 85 procent skadat sig själva genom förgiftning, till exempel med läkemedel [25].

Tvångsvård beror oftast på psykos eller personlighetsstörning

Under 2014 tvångsvårdades 13 600 patienter. Av dessa vårdades 89 procent enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och 11 procent vårdades enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Majoriteten av dem som vårdas är i åldrarna 25–34 år och i denna åldersgrupp vårdas de flesta män för psykos medan kvinnor framför allt vårdas för personlighetsstörning.

I tabell 1 framgår att fastspänning i upp till fyra timmar och läkemedelstillförsel under tvång är vanligast bland kvinnor. För män är läkemedelstillförsel som utförs under tvång den vanligaste åtgärden.

⁴ Studien baserar sig på 220 336 strokepatienter i det nationella kvalitetsregistret RiksStroke som insjuknade mellan 2001 och 2012

Tabell 1. Tvångsåtgärder enligt LPT

Totalt antal förekomster av tvångsåtgärder inom LPT* år 2014.

Åtgärd	Kvinnor	Män	Totalt
Fastspänning upp till 4 timmar	2 413	1 406	3 819
Läkemedelstillförsel under tvång	2 411	1 740	4 151
Avskiljande upp till 8 timmar	1 268	941	2 209

*Lag om psykiatrisk tvångsvård.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fler har vårdplaner när de skrivs ut från tvångsvård

Av dem som tvångsvårdats och sedan skrivits ut har 3 226 kvinnor och 3 142 män en vårdplan 2014. Det motsvarar 57 procent av kvinnorna och 55 procent av männen. Resultatet är en förbättring jämfört med 2013 då 52 procent av kvinnorna och 49 procent av männen hade en vårdplan vid utskrivningstillfället.

Fastspänning är en vanlig tvångsåtgärd på unga

Under 2014 vårdades 99 pojkar och 179 flickor under 18 år enligt LPT. Den vanligaste tvångsåtgärden för både flickor och pojkar var fastspänning i upp till fyra timmar. Totalt utfördes 178 sådana fall av fastspänning, varav 164 fastspänningar utfördes på flickor och 14 på pojkar. Flera insatser för barn och unga inom den psykiatriska tvångsvården har genomförts de senaste åren. Socialstyrelsen har också analyserat varför flickor är överrepresenterade när det gäller tvångsåtgärder på barn. Detta beskrivs närmare i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Nedan beskrivs tillståndet och utvecklingen inom det kunskapsstödjande arbetet med fokus på nya nationella riktlinjer, utvärderingar av följsamhet till de nationella riktlinjerna, framtagna rekommendationer och satsningar inom området psykisk ohälsa och e-hälsa.

Nya nationella riktlinjer inom fyra områden

De nationella riktlinjerna visar vilka åtgärder som är mest angelägna och innehåller även indikatorer för att på nationell, regional och lokal nivå följa upp hur hälso- och sjukvården använder rekommendationerna. Under perioden har Socialstyrelsen också haft dialog med mottagarna i form av nationella och regionala seminarier för att diskutera möjligheter och eventuella hinder för att tillämpa riktlinjerna.

Det finns i dag 15 nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har under 2015 publicerat uppdaterade riktlinjer inom fyra områden:

- hjärtsjukvård
- astma- och KOL-vård
- diabetesvård
- missbruks- och beroendevård.

Arbetet med riktlinjerna för dessa områden redovisas nedan, förutom riktlinjerna för missbruks- och beroendevård som 2016 har publicerats i lägesrapporten *Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2016* [26].

Positiv utveckling inom hjärtsjukvården

De nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård innehåller 30 nationella indikatorer som belyser specifika behandlingsalternativ, men även mått avsedda att följa utvecklingen över tid. Socialstyrelsen har under 2015 tagit fram målnivåer för hjärtsjukvård. Totalt finns numera 12 målnivåer inom hjärtsjukvården.

De senaste åren har det skett en positiv utveckling inom hjärtvården, vilket till stor del beror på introduktion av nya behandlingsmetoder såsom ballongvidgning vid akut hjärtinfarkt och nya läkemedelskombinationer vid hjärtsvikt [27]. Den positiva utvecklingen beror även på förbättrad samverkan mellan akutsjukvården och den prehospitla vården. Hjärtsjukvården har en god kvalitet i det akuta skedet. Det märks bland annat genom att överlevnaden efter hjärtinfarkt har fördubblats på 20 år. Andelen som dör efter akut hjärtinfarkt har minskat med 37 procent de senaste 20 åren. Dessutom har antalet som dör i infarkt minskat från 14 600 till 5 700 personer. År 1994 avled drygt 40 procent av männen och 44 procent av kvinnorna inom 28 dagar efter en infarkt. Motsvarande siffror för 2014 var 25 procent för männen och 29 procent för kvinnorna. De högre siffrorna för kvinnor beror på den större andelen äldre [27].

Akut vård vid hjärtinfarkt kan förbättras

Trots att det akuta omhändertagandet visar på ständig förbättring, finns det fortfarande landsting där det tar för lång tid att påbörja akut behandling av hjärtinfarkter. Även när det gäller eftervården finns det en betydande förbättringspotential.

En majoritet av alla hjärtinfarkter orsakas av faktorer som går att påverka, som till exempel rökning, höga blodfetter och låg grad av fysisk aktivitet [27]. Totalt sett är det nästan hälften av alla rökare som drabbas av hjärtinfarkt som fortsätter att röka efter hjärtinfarkten [28].

Sedan 2013 har andelen personer med förmaksflimmer och riskfaktorer för stroke som hämtar ut blodförtunnande läkemedel ökat med 12 procent. Det tyder på att landstingen följer rekommendationerna i riktlinjerna och arbetar mot de nationella målnivåerna.

Sämre akut hjärtsjukvård för personer med funktionsnedsättning

Personer med insatser enligt LSS⁵ och som har konstaterad akut hjärtinfarkt får ballongvidgning (PCI) i lägre utsträckning än andra patienter [29]. Det är exempelvis bara omkring hälften av de i personkrets 1 (personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd) som fått konstaterad akut hjärtinfarkt, som får PCI. Anledningarna till detta kan vara flera, till exempel att personer med funktionsnedsättning av medicinska skäl bör avstå från vårdåtgärden eller att bemötandet inom hjärtsjukvården är ojämlikt.

Fler patienter behöver hjälp att sluta röka

Socialstyrelsen har under 2015 tagit fram målnivåer för att kunna följa andelen av rökande personer med astma och KOL som har erbjudits rökavvänjning, samt andelen av ungdomar med astma som har fått frågan om de röker. Minst 95 procent av rökande personer med astma och KOL bör erbjudas rökavvänjning och minst 97 procent av ungdomarna med astma bör få frågan om de röker.

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två stora folksjukdomar. Ungefär 8 procent av Sveriges befolkning uppskattas ha astma. Dessutom beräknas ungefär 8 procent av personer över 45 år ha KOL [30]. Betydligt färre personer med astma vårdas inom slutenvården i Sverige, jämfört med genomsnittet i OECD [17].

Att sluta röka är den viktigaste åtgärden för personer med KOL, eftersom det kan bromsa upp sjukdomsutvecklingen. Det är trots detta bara en tredjedel av primärvårdsenheterna som erbjuder personer med astma eller KOL stöd att sluta röka.

Allt färre barn vårdas för astma

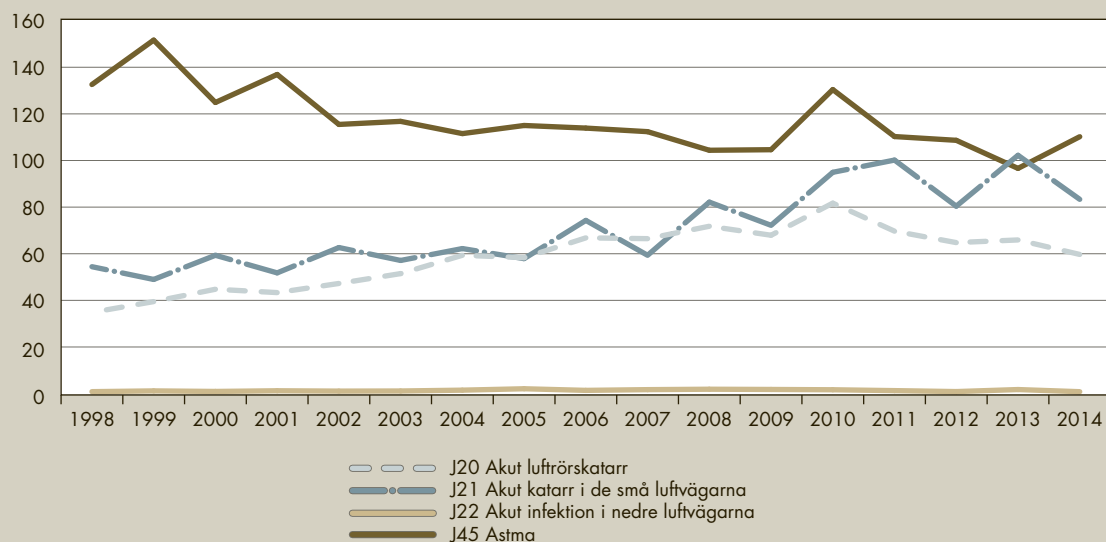
Astma och allergi är vanliga kroniska sjukdomar hos barn. Ungefär en tredjedel av alla skolbarn har någon form av allergi eller överkänslighet [31]. Trots att astma bland barn i skolåldern har ökat med 50 procent mellan 2003 och 2011, från 6 till 9 procent, minskar andelen slutenvårdade barn. Detta framgår av figur 3.

⁵ För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de så kallade personkretsar som definieras i 1 § 1–3 LSS.

Figur 3. Luftvägssjukdomar hos barn

Utveckling av luftvägssjukdomar hos barn fördelat på olika diagnoser efter antal patienter 0–19 år.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

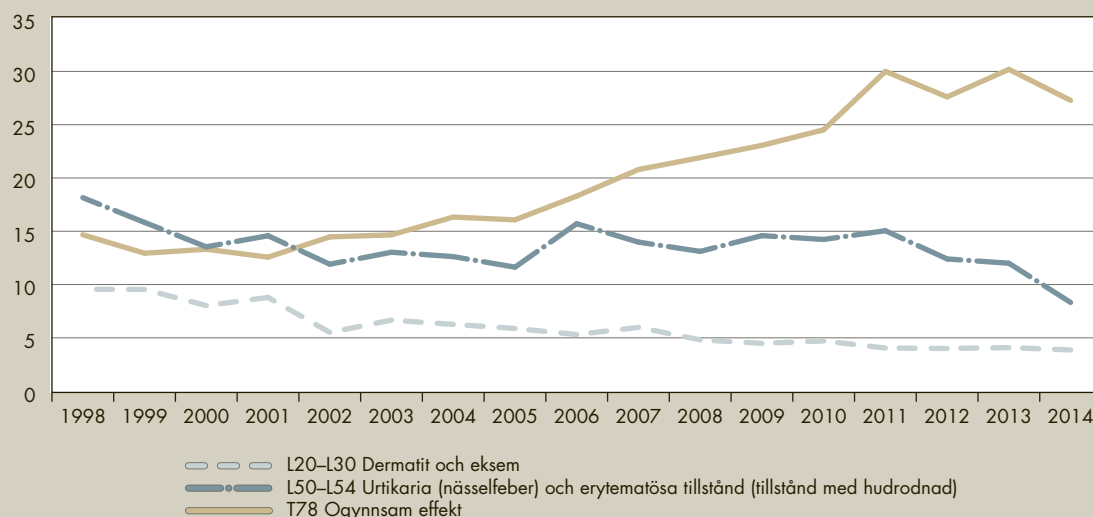
Minskningen beror framför allt på möjligheten att tidigt behandla med effektiva läkemedel och på ett framgångsrikt förebyggande arbete.

Även om slutenvården vid astma minskar, kan Socialstyrelsen inte se någon allmän minskning av vård vid allergisjukdomar. Exempelvis har antalet barn som vårdats för anafylaktisk reaktion fördubblats sedan 1998, vilket figur 4 nedan visar. Det är viktigt att analysera de bakomliggande orsakerna till ökningen.

Figur 4. Anafylaktiska reaktioner hos barn

Diagnoser i slutenvård under åren 1998–2014. Ålder 0–19 år.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fler lever längre med diabetes

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna, och många med diabetes drabbas även av följsjukdomar i hjärta, kärl, njurar, ögon och nerver [32].

Det finns cirka 50 000 personer i Sverige som har typ 1-diabetes och varje år insjuknar cirka 700 barn i åldrarna 0–14 år. I den här åldersgruppen har andelen som insjuknar ökat under många år men nu planat ut, och 2012 insjuknade 40 per 100 000 barn. I åldrarna 15–34 år insjuknar ungefär 400 personer per år [33].

Läkemedelsbehandling sätts in i ett tidigare skede

I världen finns det cirka 382 miljoner människor med diabetes i åldersgruppen 20–79 år. Av dem har 90–95 procent typ 2-diabetes [34].

Drygt 400 000 personer i Sverige har typ 2-diabetes. Det innebär att uppskattningsvis 85–90 procent av samtliga personer med diabetes har typ 2. I Socialstyrelsens senaste utvärdering från 2015 framgår att andelen patienter som använder läkemedel mot diabetes har ökat sedan 2011, vilket bland annat beror på att läkemedel sätts in tidigare och att överlevnaden med diabetes har blivit bättre. De senaste åren har insjuknandet i typ 2-diabetes inte ökat trots att en större andel i befolkningen har övervikt och fetma.

Fler lever längre med diabetes i dag jämfört med tidigare och den totala prevalensen i Sverige uppskattas vara cirka 5 procent för kvinnor och 7 procent för män [35].

Viktigt att förebygga problem med munhälsa

Många personer med diabetes har problem med munhälsan, och karies är vanligare i den gruppen än bland personer utan diabetes. Det beror bland annat på minskat salivflöde, bristande glukoskontroll och hög glukoshalt i saliven. Att ta bort tandsten och putsa tänderna för att förebygga karies och tandlossning har även visat sig kunna sänka blodsockernivåerna. Dessa förebyggande åtgärder har därför hög prioritet i de nationella riktlinjerna, vilket innebär att hälso- och sjukvården bör hänvisa personer med diabetes till tandvården för att se om det är aktuellt med förebyggande åtgärder eller behandling [32].

Nya gränsvärden för graviditetsdiabetes

Det finns regionala skillnader för vilka gränsvärden som används för att definiera graviditetsdiabetes. Även internationellt är detta omdiskuterat, men efter att WHO gick ut med nya rekommendationer 2013 för att bidra till större enhetlighet, har Socialstyrelsen beslutat att rekommendera samma gränsvärden. Socialstyrelsen rekommenderar nu att hälso- och sjukvården erbjuder en gravid kvinna åtgärder för att kontrollera eller sänka hennes blodsockervärden från följande nivåer:

- fastande $\geq 5,1$ mmol/l,
- 1 timme efter 75 g glukosbelastning $\geq 10,0$ mmol/l och
- 2 timmar efter 75 g glukosbelastning $\geq 8,5$ mmol/l.

Syftet är att bidra till en mer jämlik och kunskapsbaserad vård, och att ge större förutsättningar för fortsatt kunskapsutveckling inom området. Hittills har det varit olika gränsvärden i olika delar av landet, men generellt sett har de varit högre än de nya rekommendationerna. Detta innebär att fler kvinnor med förhöjda blodsockervärden kommer att kunna upptäckas och få stöd från vården för att förbättra sin och barnets hälsa.

Från hösten 2016 och ett år framåt kommer ett antal landsting att ingå i en randomiserad studie för att utvärdera effekterna av att använda befintliga gränsvärden jämfört med de gränsvärden som Socialstyrelsen rekommenderar. Syftet är att få bättre kunskapsunderlag för hur landstingen ska arbeta vidare med frågan.

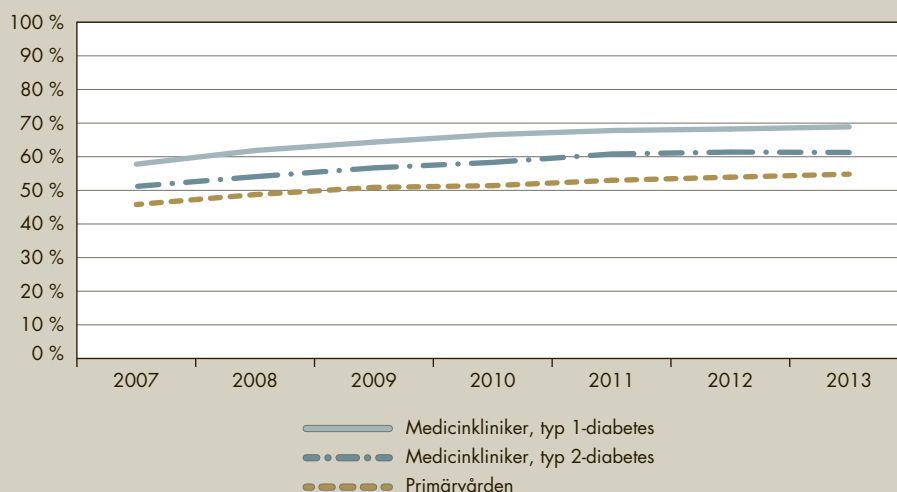
Effektiv behandling av högt blodtryck kan minska risken för komplikationer

En effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes kan minska risken för komplikationer. Högt blodtryck ökar risken för njurskador som är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom [32]. Behandling av högt blodtryck har därför högsta prioritet i de nationella riktlinjerna vid både typ

1- och typ 2-diabetes. Målet är att personer med diabetes ska ha ett blodtryck under 140/85 mmHg⁶ [36].

Figur 5. Blodtryck under 140/85 mmHg vid diabetes

Andel blodtryck under 140/85 mm Hg för personer med diabetes vid medicinkliniker och inom primärvården år 2007–2013.



Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR).

Ungefär 90 procent av alla med typ 1-diabetes, samt minst 65 procent av alla med typ 2-diabetes bör kunna nå ett blodtryck under 140/85 mmHg med rätt insatser från hälso- och sjukvården. Insatserna bör i första hand omfatta rådgivning för att förändra ohälsosamma levnadsvanor, men vid behov även läkemedelsbehandling.

Rökstopp är en viktig förebyggande åtgärd

Rökstopp är en av de viktigaste förebyggande åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer [37]. Eftersom personer med kort utbildning ofta har en högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och andra ogynnsamma följder av diabetes bör landstingen särskilt erbjuda stöd att sluta röka för denna grupp.

Vårdpersonalen är positiv till att arbeta med levnadsvanor

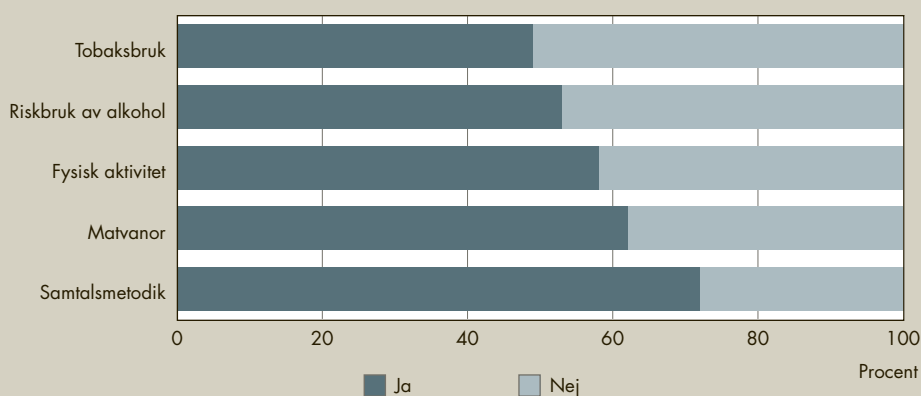
De allra flesta som har en ohälsosam levnadsvana vill förändra den, och många vill ha stöd för att åstadkomma en förändring. Majoriteten av befolkningen, ungefär 87 procent, är positiv till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor, och vill att vårdpersonalen ger stöd till förändringar i levnadsvanor i stället för att ge läkemedelsbehandling [13].

⁶ Målnivåerna är satta på gruppnivå och anger hur stor andel av personer med diabetes som bör kunna nå ett blodtryck under 140/85 mmHg.

Arbetet med att förebygga sjukdomar har ett starkt stöd även bland chefer och vårdpersonal. De flesta som arbetar inom hälso- och sjukvården tycker att det är viktigt att vården arbetar med levnadsvanor, 85 procent är till exempel positiva till att diskutera tobaksvanor. Som figur 6 visar så vill fler arbeta mer med levnadsvanor än vad de gör i dag.

Figur 6. Utveckla kompetens om levnadsvanor

Andel vårdpersonal som vill utveckla sin kompetens om levnadsvanor, år 2014.



Källa: Socialstyrelsens enkät till vårdpersonal och chefer 2014.

Trots detta är det i dag endast en liten andel av patienterna som får insatser för att förbättra sina levnadsvanor. För att fler personer ska få insatser krävs att hälso- och sjukvården ökar medarbetarnas kompetens och ger dem bättre förutsättningar att arbeta med rådgivning om levnadsvanor. Det är nödvändigt med satsningar på specifika patientgrupper, exempelvis personer med psykisk sjukdom som har en hög förekomst av ohälsosamma levnadsvanor [38].

Rökavvänjning på recept testas i primärvården

I Stockholm har tobaksavvänjning på recept (TOR) testats i primärvården under 2015 [39]. Receptblanketten innehåller information till vårdgivaren och information till patienten om olika evidensbaserade behandlingar. Interventionerna pågår fram till 2018 och effekterna ska utvärderas i områden där det är svårt att nå ut med folkhälsoinsatser, det vill säga i socioekonomiskt utsatta områden med hög andel utlandsfödda [40].

Nya rekommendationer om nationell screening för livmoderhalscancer och bukaortaaneurysm

Socialstyrelsen har fortsatt arbetet med screeningfrågor för att bidra till en ökad nationell samsyn. Under 2015 har vi publicerat rekommendationer om screening för livmoderhalscancer. Vi rekommenderar screening i en utökad

åldersgrupp och med nya analysmetoder jämfört med det befintliga screeningprogrammet.

Dessutom har Socialstyrelsen värderat och publicerat en rekommendation om ett nationellt screeningprogram för bukaortaaneurysm, motsvarande det screeningprogram som finns i de flesta regioner och landsting i dag. Denna remissversion innehåller dock ett antal områden där screeningprogrammet kan förbättras, exempelvis när det gäller information och möjlighet till uppföljning.

Riktlinjer kan göra mer patientnytta

Uppföljning av de nationella riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv visar att riktlinjerna i viss mån lett till en mer kunskapsbaserad vård, men att ett brett genomslag saknas [41]. En slutsats från utvärderingen är att de kunskapsstöd som tas fram behöver understödja en patientcentrerad vård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att en sammanhållen och långsiktig strategi skulle kunna etablera ett mer välfungerande system för kunskapsstöd [41].

Vaccinbrist har lett till en ny rekommendation

Vid vaccinbrist ska spädbarn med störst skyddsbehov prioriteras, enligt en ny rekommendation av Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Läkemedelsverket [42].

Under 2015 har det förekommit brist på ett flertal vacciner som ges inom barnvaccinationsprogrammet. Det gäller exempelvis vaccin mot difteri, stelkramp, polio och kikhosta som ges till barn vid fem års ålder (DTP-polio-vaccin). Det råder även brist på vaccin mot tuberkulos för barn som har ökad risk för tuberkulosmitta (BCG-vaccin). Orsakerna till bristen är ökad efterfrågan i världen på kombinationsvacciner samt produktionsproblem. Vaccinbrist gäller även i andra länder i Europa.

Läkemedelsbiverkningar kan förebyggas

Ungefär 10 procent av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och en stor del av dessa biverkningar är möjliga att förebygga.

Det är ett begränsat antal läkemedelsgrupper, som ger upphov till ett begränsat antal symtom och tillstånd, som ligger bakom merparten av dessa inläggningar. De vanligaste biverkningarna är yrsel eller lågt blodtryck, hjärtsymtom inklusive rytmrubbningar, blödningar, saltrubbningar och hjärtsvikt. De vanligaste läkemedlen som kan orsaka dessa biverkningar är hjärt-kärlläkemedel, antikoagulantia (blodförtunnande medel), läkemedel som verkar på centrala nervsystemet, vissa antibiotika, diabetesmedel, cytostatika och antiinflammatoriska läkemedel [43].

E-hälsolösningar för läkemedel

Ett sätt att förbättra läkemedelsanvändningen är att underlätta informationsöverföringen mellan olika aktörer i vården. Det pågående arbetet med att

skapa en nationell samlad läkemedelslista har därför hög prioritet. Betänkandet Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32) har bland annat föreslagit en ny lagstiftning för att åstadkomma en gemensam läkemedelslista [44].

Socialstyrelsen har tagit fram flera webbutbildningar under 2014 och 2015. Webbutbildningen *Läkemedelsbehandling* av äldre riktar sig till läkare som ännu inte påbörjat sin specialisttjänstgöring (ST). Syftet är att stärka kompetensen om läkemedelsbehandling av äldre patienter. *Specialitetsövergripande klinisk farmakologi för ST-läkare* är baserad på interaktiva patientfall och kan användas som övningsmaterial i ST-läkarens utbildning [45].

Två nya kunskapsstöd om könsdysfori

Könsdysfori är ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet. Socialstyrelsen har under 2015 tagit fram två kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens profession med rekommendationer om innehållet i utredning, vård och könsbekräftande behandling för både vuxna, barn och ungdomar med könsdysfori [46, 47]. Kunskapsstöden rekommenderar samarbete i multidisciplinära team vid utredning och könsbekräftande behandling. Dessutom rekommenderas att personer som genomgår en könsidentitetsutredning ska få möjlighet till samtalsbehandling och psykosocialt stöd under den tid som utredningen och behandlingen pågår.

Socialstyrelsen har även tagit fram två broschyrer under 2015. Den ena riktar sig till personal som möter personer med könsdysfori i sitt arbete och den andra riktar sig till personer som redan får eller funderar på att söka vård för könsdysfori [48, 49].

PRIO-satsningen har gett resultat

PRIO-satsningen var ett samarbete mellan Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Under 2015 avslutades denna satsning, som har handlat om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Två målgrupper har varit prioriterade; barn och unga och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Som en del i PRIO-satsningen finns nu ett flertal kunskapsstöd framtagna, till exempel för adhd, självskadebeteende, ångest och depression. Temasidan *Samverkan kring barn och unga* finns exempelvis på webbplatsen kunskapsguiden och omfattar till exempel interaktivt stödmaterial, film med goda exempel och information om lagbestämmelser.

PRIO-satsningen har även gett kunskap och erfarenheter om de deltagande myndigheternas operativa samverkan och underlättat för vårdverksamheterna att använda kunskapen som myndigheterna tar fram.

En ny överenskommelse mellan regeringen och SKL har träffats inom området psykisk hälsa. Överenskommelsen gäller 2016 med målsättningen att träffa nya överenskommelser 2017 och 2018 [50].

Kunskapsunderlag om adhd används inom BUP

Ett skraddarsytt stöd om adhd för hälso- och sjukvården och socialtjänsten har utvecklats under 2014 och 2015. Hösten 2015 gjordes en utvärdering av stödmaterialet för adhd. Inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har 75 procent kännedom om materialet och över hälften anser att materialet är ett stöd i arbetet med att informera om adhd [51].

Läkemedelsverket har under 2015 inlett arbetet med att uppdatera sin behandlingsrekommendation om läkemedelsbehandling av adhd [52].

Fler aktörer behöver prioritera psykisk ohälsa

De senaste 20 årens statliga satsningar har ökat fokus på psykisk ohälsa och bidragit till utveckling inom flera områden [53]. Exempelvis har stödfunktioner som personliga ombud utvecklats, patient- och brukarrörelsens ställning har stärkts och omfattande utbildningsinsatser har genomförts.

Trots detta kvarstår stora utmaningar och nya har tillkommit. Exempelvis brister tillgängligheten till vård och omsorg, och tillgången till evidensbaserade metoder är otillräcklig. För att möta de stora utmaningarna är det nödvändigt att andra aktörer än staten prioriterar psykisk hälsa, till exempel kommuner, landsting, myndigheter och skolor.

Förbättrad psykiatrisk tvångsvård för barn

Som en del i arbetet med att utveckla den psykiatriska tvångsvården för barn har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utökat Barntelefonen till en barn- och ungdomstelefon som omfattar alla barn upp till 18 år inom både hälso- och sjukvård och omsorg, inklusive barn som tvångsvårdas [54]. Barntelefonen ska vara en hjälp för barn i familjehem, hem för vård eller boende (HVB) och SiS-hem (Statens institutionsstyrelses behandlingshem) samt barn som vårdas i den psykiatriska heldygnsvården. De kan använda Barntelefonen för att kontakta IVO och ställa frågor eller framföra klagomål. Under perioden januari 2014 till och med november 2014 tog Barntelefonen emot nästan 400 samtal. Vissa av dessa har lett till oanmälda inspektioner, upptäckta brister och åtgärder i verksamheterna.

Under 2015 har Socialstyrelsen tagit fram två informationsmaterial för att öka kunskapen om barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård, och förbättra deras tillgång till information. Det ena materialet riktar sig till barn och unga som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och det andra till barn och unga som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV [55, 56]. Socialstyrelsen har i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) testat informationsmaterialet vid ett antal barn- och ungdomspsykiatriska kliniker och därefter reviderat det.

Socialstyrelsen har under 2014 undersökt orsaker till varför flickor är överrepresenterade när det gäller tvångsvård och tvångsåtgärder av barn. Att tvångsåtgärder ibland är motiverade vid diagnoser som ätstörningar och självskadebeteende kan vara en bidragande förklaring. Tvångsåtgärder kan i dessa fall ges för att möjliggöra sondmatning för att häva akut svält eller för

att skydda patienten från att skada sig själv. Samtidigt kan fler kartläggningar vara nödvändiga för att belysa aspekter som bemötande, makt och ungas delaktighet i sin vård och behandling [57].

Säker hälso- och sjukvård

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av en vårdskada. Med vårdskada menas en skada som orsakats av hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas om lämpliga åtgärder hade vidtagits.

I det här kapitlet redovisas tillståndet och utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.

Styrning och ledning

Patientsäkerhetsarbetet kan utvecklas

Riksrevisionen konstaterar att de statliga myndigheterna, med ansvar för tillsyn, föreskrifter och kunskapsstöd, inte har gett vårdgivarna tillräckliga förutsättningar att främja en hög patientsäkerhet [58]. Vårdgivarna behöver hjälp i tillämpningen av regelverket för att uppfylla patientsäkerhetslagens intentioner [58].

Brister i stödet till vårdgivarna handlar bland annat om:

- att det saknas tillräckligt tydliga definitioner av vissa centrala begrepp
- att det saknas vägledning om hur lagen ska tillämpas i fråga om patienters medverkan i patientsäkerhetsarbetet
- att det saknas stöd för hur vårdgivarna ska arbeta med ledningssystem
- att förutsättningarna för en verkningsfull tillsyn inte har funnits.

Innehållet i hälso- och sjukvårdsutbildningarna har också betydelse för det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet men trots det synliggörs inte patientsäkerhetsfrågorna i vårdutbildningarna.

Riksrevisionen konstaterar att förutsättningar måste finnas för en verkningsfull tillsyn. Socialstyrelsen bör vara ett stöd för vårdgivarna i tillämpningen av regelverket för patientsäkerhet och ges i uppdrag att ansvara för en långsiktig nationell styrning och samordning av patientsäkerhetsarbetet. Vidare menar Riksrevisionen att fördjupade utredningar av principiellt viktiga vårdhändelser bör göras. Att patientsäkerhetskunskaper finns med i examensordningen i högskoleförordningen är ett annat förslag.

Nordiskt samarbete inom patientsäkerhetsområdet

Sverige deltar även i patientsäkerhetsarbete med övriga nordiska länder. Det nordiska samarbetet syftar till att utbyta kunskaper och erfarenheter mellan länderna särskilt för att utveckla patientsäkerhetsindikatorer, strukturera journalgranskningen och mäta patientsäkerhetskulturen [59].

Patientsäkerhetsarbete inom EU

Europeiska unionens råd tog år 2009 fram rekommendationer inom området patientsäkerhet och förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner. I rekommendationen ingår exempelvis policyutveckling, patientinvolvering, utbildningsinsatser, system för rapportering och återkoppling av klagomål och gemensam terminologi [60]. Uppföljningar 2012 och 2014 visar att framsteg har gjorts [61]. Till exempel har 26 medlemsländer utvecklat strategier, 20 länder har bindande patientsäkerhetsnormer och 19 länder använder patientsäkerhetsriktlinjer. Dock är det endast ett fåtal länder som använder system för rapportering och återkoppling, e-lärande och elektroniska patientregister. När gäller utbildning och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal har rekommendationerna på EU-nivå inte följts i tillräcklig utsträckning.

Sammanfattningsvis har rekommendationerna från rådet skapat en ökad medvetenhet om patientsäkerhet på politisk nivå. I flertalet länder har rekommendationerna lett till ett konkret patientsäkerhetsarbete i form av nationella och regionala åtgärder som patientsäkerhetsstrategier och program, ny lagstiftning inom området och system för rapportering och återkoppling av klagomål och incidenter. Däremot har arbetet inte fått tillräckligt genomslag för att stärka patienternas ställning och inflytande i vården, och professionens patientsäkerhetskunskap är fortfarande inte tillräckligt god [62, 63].

Anmälningar från patienter och vårdgivare

Enligt 7 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska Inspektionen för vård och omsorg efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal, och i varje landsting och kommun ska det finnas en patientnämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. som patienter och deras närstående kan vända sig till när de upplevt problem i kontakten med offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Vidare kan patienter och närstående anmäla en skada till patientförsäkringen Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag)⁷.

Vårdgivare har enligt 3 kap. 5 § PSL en skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada⁸ till IVO, så kallade lex Maria-anmälningar.

Antalet klagomål och synpunkter på vården fortsätter att öka

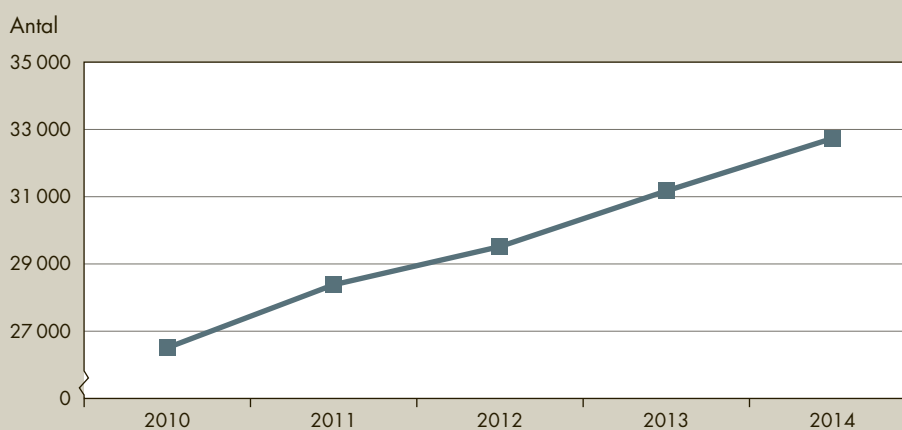
Patientklagomålen till patientnämnderna fortsätter att öka. Under 2014 tog patientnämnderna emot drygt 32 700 klagomål, jämfört med 26 500 klagomål år 2010 [64]. Figur 7 redovisar utvecklingen de senaste åren, men klagomålen ökning har pågått sedan början på 2000-talet.

⁷ Löf är ett landstings- och regionägt försäkringsbolag. Patienter som har drabbats av en skada i samband med hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning om skadan hade kunnat undvikas eller om det finns andra omständigheter som framgår av 6 § patientskadelagen.

⁸ Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om lämpliga åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Det är fler kvinnor än män som klagar på vården; år 2014 var fördelningen 55 procent kvinnor och 37 procent män⁹. Högst andel klagomål ses i gruppen kvinnor mellan 50 och 59 år. Antalet klagomål per 100 000 invånare varierar mellan länen, men nästan 50 procent av alla klagomål rapporteras in från de tre storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö [64].

Figur 7. Antal ärenden till patientnämnderna 2010–2014



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

De vanligaste klagomålen rör vård och behandling eller kommunikation

Majoriteten av klagomålen till patientnämnderna 2014 rör två områden: vård och behandling samt kommunikation. Många patienter upplever att de inte blir lyssnade till. Brist på samordning och vårdansvar samt brister i läkarkontinuitet inom primärvård och psykiatri är andra exempel på vad klagomålen handlar om [64]. Hälften av klagomålen rör somatisk specialistvård. Primärvården står för 26 procent av klagomålen och den psykiatriska specialistvården för 11 procent.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömer att antalet klagomål kan påverkas av de olika arbetssätten som patientnämnderna har. Dessutom bör konstaterade skillnader mellan kvinnor och män undersökas vidare.

Klagomål till Inspektionen för vård och omsorg minskar

Klagomålen till IVO ökar inte längre. 2015 anmäldes 6 198 klagomål vilket är en minskning med 634 klagomål jämfört med 2014 då 6 890 klagomål anmäldes.

⁹ 18 procent av ärendena saknades uppgifter om kön.

IVO fattade under året beslut i 8 678 klagomålsärenden, varav 6 102 bedömdes ha betydelse för patientsäkerheten och utreddes. Av dessa utredda klagomål utmynnade 1 932 i kritik mot vårdgivare. Det vanligaste verksamhetsområdet där klagomålet utreddes gällde kirurgi följt av primärvård.

Klagomålsutredningen har i sitt slutbetänkande Fråga patienten – Nya perspektiv i klagomål och tillsyn (SOU 2015:102) lämnat förslag på hur hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården kan bli mer ändamålsenlig [65]. Patientnämnderna lyfts fram som en viktig stödfunktion för patienterna. Utredaren konstaterar även att det finns behov av att skapa en väg in i systemet. Alla patienter ska först vända sig med sitt klagomål till vårdgivaren och patientnämnderna.

Utredaren anser samtidigt att IVO i vissa fall måste vara skyldig att utreda en händelse, men att den utredningsskyldigheten ska begränsas till situationer där det finns särskilda behov av att få en oberoende och formell prövning av en händelse. Det måste också röra sig om en händelse av särskild karaktär, vilket definieras som sådana fall där händelser i vården har fått eller riskerat att få allvarliga konsekvenser för patienten.

Anmälningar till patientförsäkringen Löf ökar

Antalet anmälningar till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) har de senaste tre åren ökat, från drygt 11 800 år 2011 till drygt 14 400 år 2014. Hälften av alla anmälningar år 2014 gällde skador som uppkommit i primärvården eller i slutenvården. Nästan alla anmälningar i slutenvården, 99 procent, rör somatisk vård. De flesta anmälningar handlar om skador inom ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymer.

Fler kvinnor än män anmälde en skada 2014, 60 respektive 40 procent. Men andelen ersatta skador var nästan densamma för båda könen. Under de senaste sex åren har inte antalet ersatta skador ökat i samma takt som antalet anmälda skador. Andelen ersatta skador har gradvis minskat sedan 2009, då 43 procent av patienterna beviljades ersättning. År 2014 beviljades 37 procent ersättning¹⁰.

Lex Maria anmälningar ökar något

Antalet lex Maria-anmälningar ökade knappt 2015. Vårdgivarna gjorde 2 373 lex Maria-anmälningar under 2015, jämfört med 2 311 anmälningar år 2014 och 2 225 år 2013.

Under 2015 fattade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslut i 2 823 ärenden. De vanligaste ärendetyperna var självmord, vård och behandling och diagnosticering. De flesta besluten gällde psykiatrisk specialistvård, kirurgisk specialistsjukvård och primärvård. Denna fördelning var densamma 2014.

¹⁰ Anmälningar som kommer in ett kalenderår kan leda till beslut efterföljande år. Det finns också en eftersläpning i anmälningarna, vilket gör att ett beslut som exempelvis fattades 2014 kan röra en skada som inträffade 2012.

Vården kan bli bättre på att dra lärdom av lex Maria-anmälningar

Sjukhuspersonalen har dålig kännedom om vilka lex Maria-anmälningar som vårdgivaren har gjort, visar en granskning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört [66]. Likaså känner personalen sällan till vilka åtgärder vårdgivaren har vidtagit. IVO ifrågasätter därför om åtgärderna bidrar till ett lärande i organisationen och en förbättrad patientsäkerhet. I granskningen framkommer också att vårdgivaren inte alltid genomför de åtgärder som de redovisar i sin lex Maria-anmälan.

Patientsäkerhetsbrister vid akutmottagningar

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har identifierat ett antal gemensamma patientsäkerhetsrisker i sin tillsyn av akutmottagningar 2014 [67]. Det är exempelvis bristande kompetens, otillräcklig bemanning och hög arbetsbelastning, vårdplatsbrist, ”fel” patienter¹¹ och ett ökat antal patienter samt bristande journalsystem¹².

Patientsäkerhetsriskerna beror i stor utsträckning på hög arbetsbelastning. Underbemanningen medför en ökad risk för felaktiga bedömningar. Tillsynen visar att många akutmottagningar har svårt att täcka behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är problem att bemanna både med erfarna sjuksköterskor och med specialistläkare. På vissa akutmottagningar har majoriteten av sjuksköterskorna arbetat i mindre än två år.

Risk- och vårdskadeområden

Andelen vårdtillfällen med vårdskador minskar

Samtliga landsting genomför markörbaserade journalgranskningar för att identifiera skador och vårdskador inom den somatiska slutenvården för vuxna. Under åren 2013–2014 granskades journaler från totalt 38 555 vårdtillfällen vid 63 somatiska akutsjukhus [68].

Första halvåret 2013 beräknades att 15 procent av vårdtillfällena medförde en skada jämfört med 11,9 procent i mätningen som genomfördes andra halvåret 2014. Andelen vårdtillfällen med vårdskador minskade signifikant mellan dessa perioder, från 9,9 procent till 7,3 procent. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) motsvarar denna minskning att 15 000–20 000 färre patienter drabbas av en vårdskada per år. Andelen vårdtillfällen med vårdskador var något vanligare hos män än hos kvinnor, 8,5 procent respektive 7,7 procent.

De typer av skador som har minskat är bland annat vårdrelaterade infektioner, blåsöverfyllnad och neurologiska skador. Även om det har skett en minskning av antalet vårdrelaterade infektioner är det fortfarande den vanligaste typen av skada, följt av skador vid kirurgi och andra invasiva ingrepp.

¹¹ Det finns en genomgående uppfattning om att en ökad andel patienter som söker vård på akutmottagningen egentligen skulle söka sig till primärvården.

¹² Tillsynen omfattar 18 akutmottagningar i Uppsala–Örebro sjukvårdsregion och innehåller intervjuer med undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och verksamhetschefer.

Vårdrelaterade infektioner är vanligare bland äldre

Sedan våren 2009 har förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) konstant legat runt 9 procent¹³. Förekomsten av VRI är högst bland äldre, 11 procent. Andelen män med VRI är något högre än andelen kvinnor med VRI, 11 procent jämfört med 9 procent. Den vanligaste vårdrelaterade infektionen är lunginflammation följt av urinvägsinfektion [69].

Vårdrelaterade infektioner i Europa

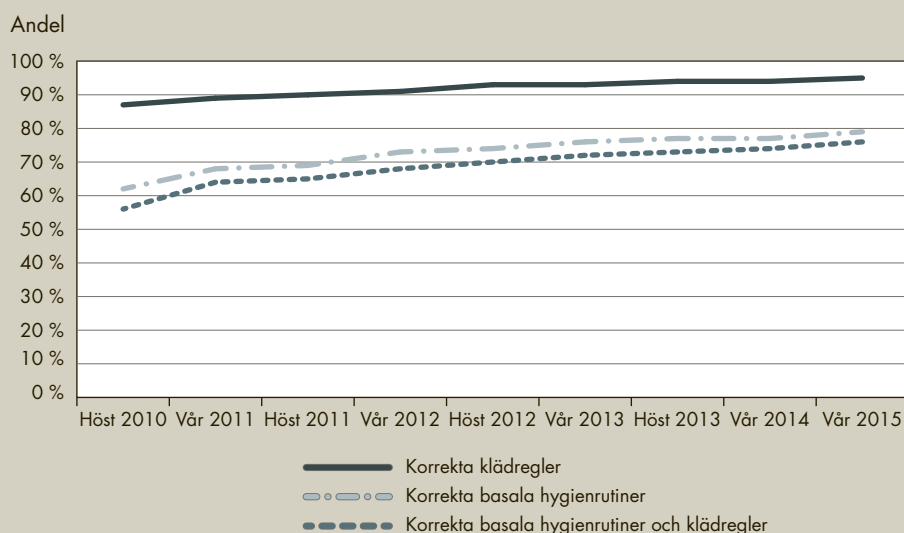
Varje dag drabbas ungefär 80 000 patienter på europeiska sjukhus av en vårdrelaterad infektion, vilket motsvarar ungefär var artonde patient. Många av dem får antibiotika. Utifrån detta resultat beräknas att uppskattningsvis 400 000 patienter på europeiska sjukhus, en av tre patienter, fick åtminstone ett antibiotikum dagligen. Liksom i Sverige är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna i Europa lunginflammation och urinvägsinfektion [70].

Otillräcklig följsamhet till hygienrutiner och klädregler

I landstingen var följsamheten till både hygienrutiner och klädregler knappt 76 procent våren 2015. I figur 8 framgår också att landstingens följsamhet till klädregler var högre, 95 procent, än följsamheten till hygienrutiner, 79 procent, vilket är samstämmigt med tidigare mätningar [71].

Figur 8. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Punktprevalensmätningar 2010–2014.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

¹³ Punktprevalensmätning genomförd vecka 12–13 år 2015.

Från och med den 1 januari 2016 har de hygienregler som redan gäller inom sjukvården även börjat gälla inom hemtjänsten, särskilda boenden och vissa LSS-boenden, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. Detta är en viktig insats för att undvika vårdrelaterade infektioner och spridning av antibiotikaresistenta bakterier bland grupper som redan är mottagliga för infektion i vård och omsorg. Den nya föreskriften omfattar bland annat regler om handhygien, arbetskläder och hur skyddshandskar och förkläden ska användas.

Antibiotikaanvändningen minskar

Verksam antibiotika är en förutsättning för att behandla svåra bakteriella infektioner. Alltför hög användning i samhället riskerar att leda till en ökning av antibiotikaresistensen som i sin tur kan leda till en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Det är därför viktigt att antibiotika används rationellt. Det innebär att rätt preparat ska användas i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. En felaktig användning och hög förbrukning kan minska antibiotikans effektivitet och på sikt öka risken för antibiotikaresistens.

Antibiotikaförsäljningen i öppenvården minskade med 4 procent under 2014 jämfört med 2013, från 343 till 328 recept per 1 000 invånare och år, vilket framgår av figur 9. Minskningen sågs i alla åldersgrupper och den största förändringen fanns inom gruppen barn 5–14 år, med en minskning på 8 procent [68].

Figur 9. Antibiotikaförskrivning

Antal antibiotikarecept per 1 000 invånare, år 2006–2014.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Antibiotikaförskrivningen minskade i samtliga län under 2014. Skillnaden mellan länen är dock stor, från 359 recept per 1 000 invånare och år i Stock-

holm till 260 recept per 1 000 invånare i Västerbotten. Antibiotika vid luftvägsinfektioner är den antibiotikagrupp som används mest, men det är även i denna grupp som försäljningen minskar mest, med 7 procent. Även försäljningen av antibiotika förskrivet av tandläkare minskade med 9 procent under 2014 jämfört med 2013, från 26 till 24 recept per 1 000 invånare och år [68]. En förklaring till den positiva trenden är att många landsting har haft riktade insatser för att få en mer rationell antibiotikaförskrivning.

Socialstyrelsen publicerade i mars 2015 en handlingsplan mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner i samverkan med Jordbruksverket. Från och med 1 juli 2015 ansvarar Folkhälsomyndigheten för fortsatt samverkan.

Förekomsten av resistenta bakterier ökar

Resistenta bakterier kan göra vårdrelaterade infektioner svårare att behandla, och kräver ofta omfattande antibiotikabehandling. Utbredd resistens mot antibiotika kommer på sikt att påverka sjukvårdens möjligheter att behandla vanliga bakteriella infektionssjukdomar och att bedriva avancerad sjukvård. Vårdrelaterade infektioner är därför viktiga att förebygga.

Trots en positiv utveckling med minskad antibiotikaförbrukning fortsätter antibiotikaresistensen att öka. De resistenta bakterier som ökar mest är VRE (Vancomycinresistenta enterokocker) och MRSA (Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*)¹⁴. Antal fall av VRE ökade med 77 procent mellan 2013 och 2014, från 227 till 402 fall, vilket delvis kan förklaras av ett stort sjukhusrelaterat utbrott i Gävleborg. Totalt förekom 13 sjukvårdsrelaterade VRE-utbrott under 2014.

MRSA ökade med 19 procent under 2014. Ungefär hälften smittas i Sverige och hälften utomlands [72].

Myndigheter informerar om smittspridning för att minska antibiotikaanvändningen

En gemensam webbplats som innehåller information om hur smittspridning kan minskas har tagits fram av 23 svenska myndigheter och organisationer. www.skyddaantibiotikan.se. Syftet med satsningen är att få ner den onödiga användningen av antibiotika och öka kunskapen i befolkningen om hur antibiotika kan skyddas så att den fungerar även i framtiden.

Läkemedelsbrist rapporteras allt oftare

Bristssituationer på läkemedel rapporteras allt oftare. Ett högaktuellt fall är vaccinbristen under 2015 som medfört att Socialstyrelsen behövt förändra ordinationsrätten för vissa specialiserade sjuksköterskor, för att säkerställa att alla barn får tillgång till hela vaccinationsprogrammet.

Brist på läkemedel medför en uppenbar patientsäkerhetsrisk och kan uppstå av olika skäl. Vanligast är produktionsproblem hos läkemedelsföretaget eller en oväntat stor efterfrågan. Läkemedelsverket har kartlagt förekomsten

¹⁴ MRSA: Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*. VRE: Vancomycinresistenta enterokocker.

av restnoteringar och analyserat de bakomliggande orsakerna, och föreslagit anmälningsskyldighet och samordnad publicering av restnoteringar [73].

Akut läkemedelsbrist kan också uppstå för läkemedel som tillverkas i mycket begränsad omfattning. Det gäller till exempel en del antibiotika som bara används vid infektioner orsakade av multiresistenta bakterier där ingen-ting annat hjälper. Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsindustriföreningen (LIF) arbetar med att ta fram incitamentmodeller för att få företag att tillhanda hålla läkemedel som bara används i ett fåtal fall.

Individanpassad hälso- och sjukvård

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

Ny lagstiftning ska öka patientens medverkan

Hälso- och sjukvården står inför utmaningen att öka patientens medverkan och inflytande sedan patientlagen (2014:821) började gälla i januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. När det finns flera behandlingsalternativ ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Socialstyrelsen har tagit fram en guide för säker vård som riktar sig till patienter. Syftet är att öka deras möjligheter att medverka till en trygg och säker vård och att ge information om patientens rättigheter [74].

Tillämpningen av patientlagen är en utmaning för landstingen

Landstingen uppfattar tillämpningen av patientlagen som en stor utmaning. Ungefär 25 procent av patienterna saknar en fast läkarkontakt och individuell planering, 7 procent av de patienter som har vårdats för en livshotande sjukdom har bett om ny medicinsk bedömning men inte fått det och nästan 60 procent av de patienter som velat framföra synpunkter eller klagomål har avstått från att lämna synpunkter [75].

Att följa hälso- och sjukvården ur patientens perspektiv

Uppföljningen av hälso- och sjukvården genom återsrapportering från olika grupper i befolkningen har blivit mer framträdande under senare år. Ett antal aktörer arbetar med denna utveckling; nationella kvalitetsregister, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statistiska centralbyrån, landsting och regioner samt patient- och intresseorganisationer.

Patientrapporterade mått bygger på frågor som besvaras av personer som har varit eller som är patienter och som har fått vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Denna form av uppföljning kan delas in i två övergripande kategorier PROM (Patient Reported Outcome Measures) och PREM (Patient Reported Experience Measures).

PROM är utfall kopplat till en vårdinsats, ofta både före och efter den genomförs. Denna typ av mått utformas i regel som resultatmått och mäter utfall eller effekt av vården genom att mäta patientens funktionsförmåga eller hälsorelaterade livskvalitet. Användningen av PROM-mått har ökat i kvalitetsregistren under senare år och Socialstyrelsen redovisar kontinuerligt PROM inom både öppna jämförelser och utvärderingar av följsamhet till nationella riktlinjer, eftersom det är eftersträvansvärt med fortsatt utveckling av dessa mått.

PREM är patienters erfarenheter och upplevelse av kontakt med vården. Ett sådant arbete bedrivs exempelvis inom ramen för Nationell Patientenkät som genomför återkommande undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Frågorna berör områden som bemötande, delaktighet, kontinuitet, information eller tillgänglighet. PREM kan spegla både struktur (förutsättningar som vården bedrivs under), process (vilka aktiviteter och hur de utförs) men även resultat (faktiskt utfall, effekt och nytta av en behandling ur ett patientperspektiv).

Svensk hälso- och sjukvård har förbättringspotential

Svensk hälso- och sjukvård är i jämförelse med andra länder sämre på att ge information som gör det möjligt för patienten att fatta välgrundade beslut om sin vård och hälsa [76]. Mellan år 2010 och 2013 har vården inte lyckats med att skapa bättre förutsättningar för patienter att ta en mer aktiv roll i vården. Fortsatta brister ses även i koordineringen av vård, medan samordningen av information till viss del har stärkts.

Sverige är bättre på att erbjuda stöd mellan läkarbesöken till personer med kronisk sjukdom, men sammantaget framstår Sveriges resultat som svaga jämfört med andra länder¹⁵. Skilda förväntningar och attityder till vården i olika länder kan dock påverka resultatet. Det krävs fördjupade analyser för att hitta förklaringar till variationerna mellan olika länder.

Läkarna vill ha mer tid för patientkontakt

Svenska primärvårdsläkare lägger i internationellt perspektiv en liten del av sin totala arbetstid på patientkontakt. De är också minst nöjda med tiden de kan lägga på varje patient, samtidigt som de har längst patientbesök – i snitt 24 minuter [77].

En positiv aspekt är att svensk primärvård i hög grad är digitaliserad jämfört med andra länder¹⁶. En stor andel av primärvårdsläkarna kan dela

¹⁵ Totalt har drygt 7 200 svenskar deltagit i undersökningen och resultaten jämförs med tio andra länder: Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA.

¹⁶ Den internationella enkätundersökningen International Health Policy Study (IHP) genomförs årligen. Drygt 2900 svenska primärvårdsläkare har besvarat enkäten och resultatet har jämförts med hur läkare svarar i Austra-

sammanfattningar av patienters sjukdomshistoria och laborietester med läkare utanför vårdcentralen [77].

Sex av tio har stort förtroende för hälso- och sjukvården

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är fortsatt högt. Sex av tio har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården. Äldre har ett högre förtroende för primärvården än yngre, och brist på kompetens hos läkare är det vanligaste skälet till ett lågt förtroende. Under tidsperioden 2005–2014 har förtroendet ökat i samtliga åldersgrupper [13].

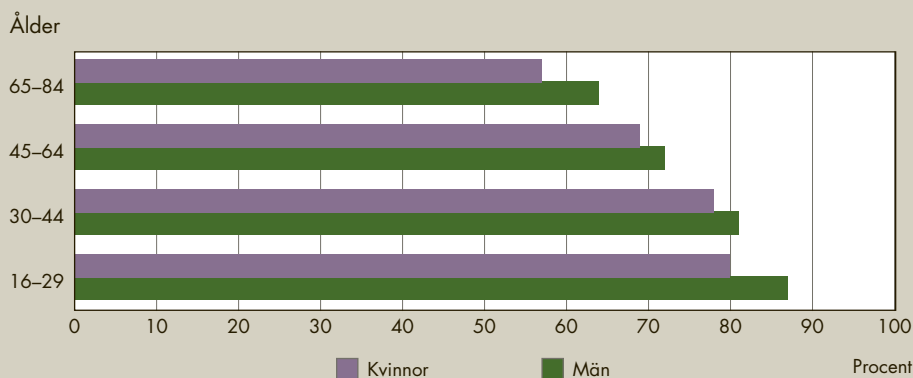
Gott allmäntillstånd hos befolkningen

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd har i många studier visat sig ha ett starkt samband med dödlighet och är viktig för att följa hälsoutvecklingen över tid [78]. En övervägande del av befolkningen upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd och utfallet har ökat sedan år 2004. Ökningen gäller för både kvinnor och män, men andelen som upplever sig ha en bra hälsa är högre bland män – 76 procent jämfört med 71 procent bland kvinnor.

Det finns samtidigt stora skillnader mellan män och kvinnor och mellan grupper med olika utbildningsnivå. Ungefär 80 procent av alla personer med högskoleutbildning anger att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd, jämfört med 64 procent av dem med förgymnasial utbildning.

Figur 10. Allmänt hälsotillstånd

Andel som anger att deras hälsotillstånd är bra eller mycket bra.



Källa: Hälsa på lika villkor? Folkhälsomyndigheten 2015.

Fyra av tio har långvarig sjukdom

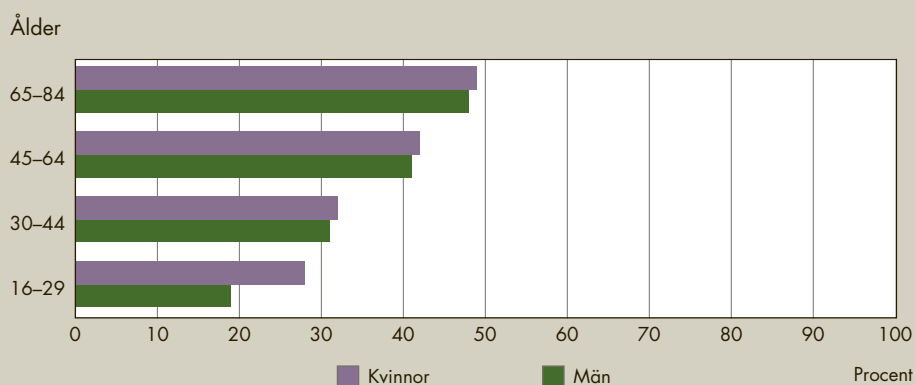
Nästan 4 av 10, 38 procent kvinnor och 35 procent män, anger att de har en långvarig sjukdom. Bland personer med långvarig sjukdom anser 76 procent att de har tillgång till den sjukvård de behöver, jämfört med 82 procent bland

lien, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA.

dem som inte har någon långvarig sjukdom. Könsskillnaderna är särskilt stora bland unga kvinnor och män, vilket framgår av figur 11.

Figur 11. Långvarig sjukdom

Andel som svarat ja på frågan om de har någon långvarig sjukdom eller annat långvarigt hälsoproblem.



Källa: Hälsa på lika villkor? Folkhälsomyndigheten 2015.

Av dem som har en långvarig sjukdom anger 29 procent av kvinnorna och 25 procent av männen att de också har nedsatt arbetsförmåga. Trots detta skattar de sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Även här är det vanligare med nedsatt arbetsförmåga bland personer med grundskoleutbildning.

Många upplever att de har en god hälsa trots att de söker vård

Bland dem som varit i kontakt med primärvården de senaste sex månaderna anger 55 procent av kvinnorna och 59 procent av männen 2014 att de har en bra eller mycket bra hälsa. Det innebär att ungefär hälften anser att det har en ganska god hälsa, trots att de har sökt vård [79].

Av dem som besökt primärvården har 15 procent av kvinnorna och 12 procent av männen inte fått någon förklaring av läkaren på vad de borde göra om problemen eller symptomen skulle fortsätta, bli värre eller om de borde komma på återbesök.

De flesta får sitt behov av vård tillgodosett

Majoriteten av befolkningen söker vård när de upplever att de har behov och det är inga större skillnader mellan kvinnor och män [80]. Totalt har 14 procent kvinnor och 12 procent män avstått från att söka vård trots att de har upplevt ett behov.

Kontinuitet vid vårdcentraler

I senaste primärvårdsmätningen som genomfördes hösten 2015, anser 72 procent av kvinnorna och 76 procent av männen att personalen på vårdcentralen samordnar deras kontakter med vården i den utsträckning det behövs [79]. 77 procent av kvinnorna och 79 procent av männen anger att de får träffa de läkare de ville träffa vid sina besök. Lite drygt hälften, 53 procent av kvinnorna och 56 procent av männen, får träffa samma läkare när de besöker vårdcentralen.

Transpersoner har lågt förtroende för hälso- och sjukvården

Transpersoner har i stor utsträckning ett lågt förtroende för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Totalt anger 43 procent att de har lågt förtroende för hälso- och sjukvården och 58 procent anger att de har ett lågt förtroende för socialtjänsten. Vidare rapporterar transpersoner att de upplevt dåligt bemötande i samband med kontakter med hälso- och sjukvården [22].

Resultaten belyser att hälso- och sjukvården bör göra mer för att främja transpersoners psykosociala hälsa och att personal i hälso- och sjukvården bör ges stöd för att kunna arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Ländryggskirurgi ger förbättrad livskvalitet

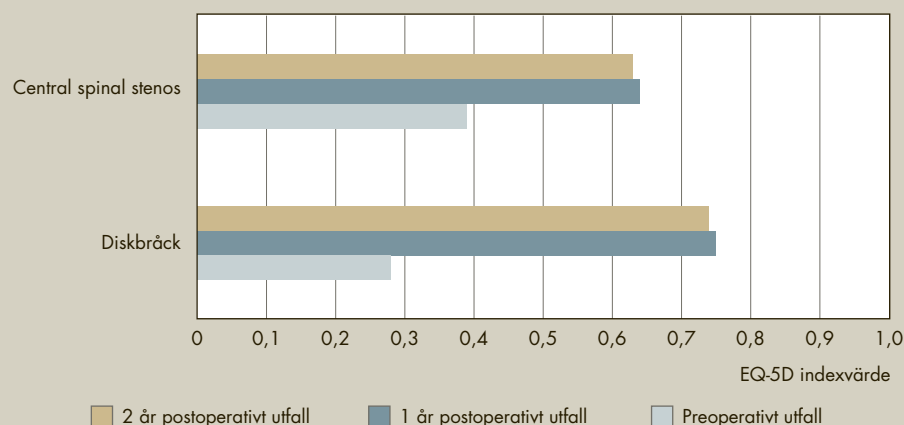
Spinal stenosis drabbar huvudsakligen äldre människor, med en genomsnittsalder på 68 år. Sjukdomen yttrar sig vanligen genom smärtor och svaghet i benen, vilket gör det svårt att gå längre sträckor. Diskbråck drabbar förhållandevis unga personer, med en medelålder på 46 år. Diskbråck ger upphov till nervsmärta, så kallad ischias.

Figur 12 nedan redovisar förbättrad hälsorelaterad livskvalitet före och efter operation av diskbråck och spinal stenosis¹⁷. Uppgifterna kommer från en tvåårsuppföljning av ländryggskirurgi [81]. Det var totalt 4 544 patienter vid ett- och tvåårsuppföljningen som opererades år 2011, varav 1 147 patienter opererades för diskbråck och 2 260 patienter opererades för spinal stenosis.

¹⁷ Ett exempel på PROM-mått.

Figur 12. Hälsorelaterad livskvalitet efter operation av diskbräck och spinal stenos

5Q-5D, medelvärden före samt efter operation av diskbräck respektive spinal stenos, tvåårsuppföljning 2013.



Källa: Swespine, Svenska Ryggregistret.

Patienternas fick skatta sin hälsorelaterade livskvalitet med mätinstrumentet EQ-5D vid tre tillfällen: före operationen samt vid ett- och tvåårsuppföljningen efter operationen¹⁸. Resultatet visar på en mycket förbättrad hälsorelaterad livskvalitet efter operationen för båda patientgrupperna.

Vården för personer med kroniska sjukdomar förutsätter en stark primärvård

Socialstyrelsen menar att det behövs mer kunskap om primärvårdens nära förhållande till utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Mycket tyder också på att det behövs en stark primärvård för att utveckla en långsiktigt hållbar och patientcentrerad vård för denna patientgrupp [82].

Ett antal faktorer har bidragit till att Sverige i dag har relativt få allmänläkare och en svag primärvård. Dessa är exempelvis att betoningen har legat på slutna vård, vårdresurser har centraliserats till sjukhusen och tonvikten har varit specialisering. Detta har lett till att hälso- och sjukvården idag till stora delar är uppbyggd för att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Personer med kroniska sjukdomar behöver dock en hälso- och sjukvård som är utmärkt av kontinuitet och samordning där patienten görs delaktig i vård och behandling.

¹⁸ EQ-5D är ett standardiserat mätinstrument med ett indexvärde mellan 0 och 1 (där 1 är högsta tänkbara livskvalitet). Patienten skattar sin funktionsförmåga inom fem hälsodimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet. Därefter räknas ett sammanfattande indexvärde fram.

Jämlik hälso- och sjukvård

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

Hälso- och sjukvården ska sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem som har störst behov (2 § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763], HSL).

I detta kapitel redovisas skillnader som under det senaste året uppmärksammats i vård och behandling utifrån dimensioner som geografi, utbildning, ålder, kön och födelsebakgrund. Vidare ges exempel på ett antal nationella satsningar.

Medellivslängden ökar

Medellivslängden över tid är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Tillsammans med barnadödlighet är det ett av de mest använda måtten vid jämförelse mellan olika länder. I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Svenska män lever nästan längst av alla män. Bara män i Schweiz, Japan, San Marino och Australien lever längre. Även svenska kvinnor lever länge, men här är det några länder i Sydeuropa samt Japan, Sydkorea och Singapore som har en högre medellivslängd.

För personer födda år 2011–2014 var den återstående medellivslängden i Sverige 83,7 år för kvinnor och 79,9 år för män. Mellan kvinnor och män är den största skillnaden inom ett enskilt landsting 4,9 år. Mellan landstingen är skillnaden i återstående medellivslängd för män som mest 2,6 år och för kvinnor 1,4 år [83].

Sedan år 2000 har den beräknade återstående medellivslängden ökat för både kvinnor och män. För kvinnor har den återstående medellivslängden ökat från 82 år till 84,1 år 2014. För män har den under samma period ökat från 77,4 år till 80,4 år.

Skillnader i vård och behandling

Allt fler överlever stora folksjukdomar som stroke, cancer och hjärtsjukdom. För många områden syns en positiv utveckling, men de regionala skillnaderna är fortfarande stora när det gäller bland annat diagnostik och tillgång till rekommenderade behandlingar. Nedan beskrivs skillnader i vård och behandling utifrån jämlikhetsdimensioner som geografi, utbildningsnivå, ålder, kön och födelsebakgrund.

Fler män än kvinnor dör i stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och varje år drabbas cirka 30 000 personer. Av dessa är ungefär lika många män som kvinnor och mer än 75 procent av patienterna är över 65 år [17]. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Sedan år 2000 kan dock en minskning

av antalet strokefall märkas. Dödligheten har över tid sjunkit stadigt. I riket som helhet är antalet dödsfall knappt 20 per 100 000 invånare. Fortfarande dör fler män än kvinnor i stroke. Det finns dock ingen skillnad i kvinnor och mäns funktionsförmåga tre månader efter insjuknande i stroke. Män anger i högre grad än kvinnor att deras behov av rehabilitering är tillgodosett ett år efter insjuknande i stroke.

Betydligt fler riskpatienter för stroke bör behandlas med läkemedel vid förmaksflimmer, det vill säga hjärtrytmrubbningar. I dag behandlas i genomsnitt 68 procent, trots att målnivån är 80 procent. Regionalt skiftar andelen behandlade från 47 till 76 procent mellan olika landsting.

Risken att få cancer påverkas av utbildningsnivån

År 2014 fick totalt 60 524 personer en cancerdiagnos [84]. Under de senaste 20 åren har antalet tumörer ökat med cirka 2,4 procent för män och 2 procent för kvinnor. Ökningen förklaras bland annat av att vi blir äldre, utökad screening och bättre metoder för att diagnosticera cancer.

Bland kvinnor med grundskola som högsta utbildning är sannolikheten att få cancer dubbelt så hög som för kvinnor med eftergymnasial utbildning. Sannolikheten för män med eftergymnasial utbildning att få malignt melanom är 59 fall per 100 000 män, medan den är 35 fall per 100 000 män med grundskoleutbildning [84].

Den relativa 5-årsöverlevnaden för patienter inom cancervården utvecklas positivt och har nu ökat till 68 procent för kvinnor och 70 procent för män [85]. Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, tätt följt av bröstcancer och malignt hudmelanom. Trenden är positiv för nästan alla områden inom cancersjukvården, vilket tyder på att den nationella cancerstrategin med uppsatta mål har haft effekt. Satsningar för att minska väntetider i cancervården beskrivs i kapitlet *Tillgänglig hälso- och sjukvård*.

Lungcancer minskar hos män men ökar hos kvinnor

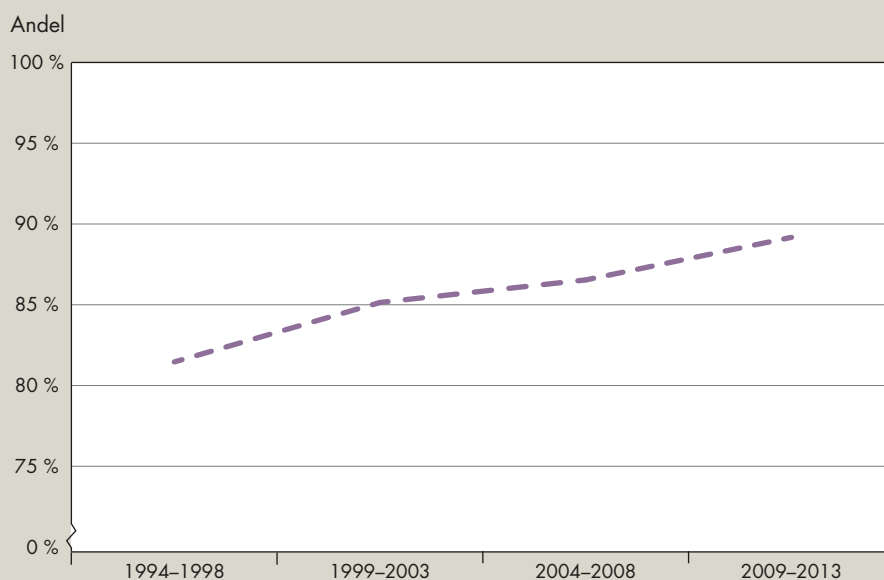
Under de senaste 20 åren har lungcancer minskat hos män men ökat hos kvinnor. Det totala antalet personer som fick lungcancer år 2014 var 4 023. Bland män har lungcancer minskat med 0,5 procent per år, medan den har ökat med cirka 3 procent per år bland kvinnor.

Högutbildade har högre chans att överleva en bröstcancerdiagnos

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor, och i Sverige lever i dag omkring 100 000 kvinnor som har eller har haft bröstcancer [86]. År 2013 fick över 7 000 kvinnor diagnosen och genomsnittsåldern för diagnosen är drygt 60 år. Den relativa överlevnaden efter fem år är hög och varierar mellan 85,2 och 93,6 procent mellan landstingen, vilket figur 13 illustrerar. Överlevnaden är bättre bland kvinnor med hög utbildning.

Figur 13. Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer

Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret Socialstyrelsen.

Skillnaderna när det gäller överlevnad i bröstcancer antas bero på flera faktorer. Dels finns det skillnader i levnadsvanor och kvinnor med kortare utbildning har överlag en sämre hälsa i jämförelse med kvinnor i andra utbildningsgrupper. Lågutbildade kvinnor kommer ofta senare till vård, vilket hänger samman med att de oftare uteblir oftare från mammografiscreening, vilket därmed leder till att cancer upptäcks senare.

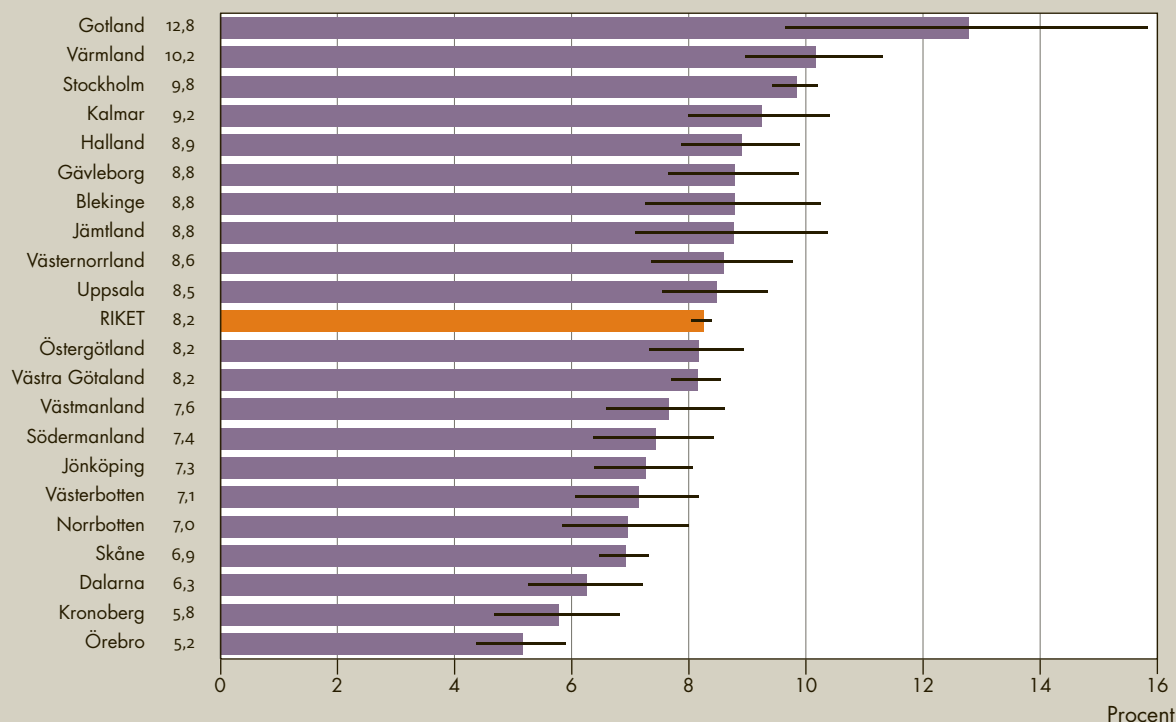
En av tio drabbas av förlossningsdepression

Ungefär en av tio nyblivna mammor drabbas av förlossningsdepression [86]. I genomsnitt behandlas drygt 6 procent av alla gravida kvinnor för psykisk ohälsa under graviditeten. Det finns tydliga skillnader utifrån kvinnors utbildningsnivåer. Kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning skattar sin hälsa som bättre än kvinnor med grundskoleutbildning, i samband med besök hos mödravården.

Förlossningsrädsla är relativt vanligt och förekommer hos var femte gravid. Fler kvinnor med högskoleutbildning tar emot åtgärder på grund av förlossningsrädsla, till exempel stödsamtal med barnmorska. Detsamma gäller kvinnor över 30 år [86].

Figur 14. Stöd på grund av förlossningsrädsla

Andel gravida kvinnor som fått extra stöd på grund av förlossningsrädsla, 2014.



Källa: Graviditetsregistret, Socialstyrelsen.

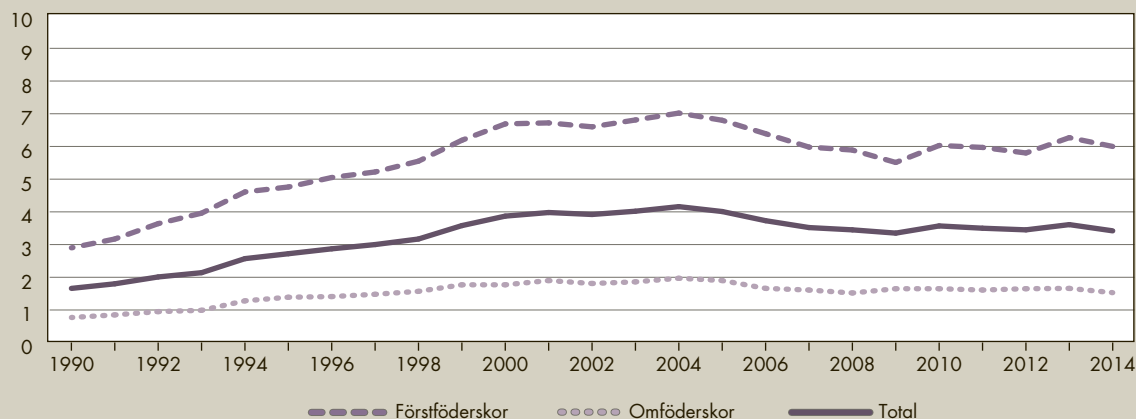
Bristningar vanligare bland kvinnor födda utanför Norden

När det gäller förlossningsvården är det vanligt att kvinnor drabbas av bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, framför allt bland förstföderskor. För förstföderskor är risken högre för allvarliga bristningar än för omföderskor [87]. Andra riskfaktorer är om kvinnan blir förlöst med sugklocka eller tång. Risken att drabbas av allvarliga bristningar är högre för förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda i Norden.

Figur 15. Bristningar vid förlossningar

Bristning av grad III och IV vid vaginal förlossning år 1990–2014.

Andel



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

I genomsnitt fick 6 procent av alla förstföderskor bristningar av grad 3 och 4 vid vaginal förlossning 2014. De allvarligaste bristningarna varierar mellan landstingen. Högst andel ses i Stockholm med 7,6 procent och lägst i Norrbotten med 3,9 procent. Variationerna kan bero på skillnader i diagnostisering, men tyder generellt på att sjukhusen kan undvika ett stort antal förlossningsskador.

Satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa

Med anledning av variationerna i arbetsmetoder och i medicinska resultat i förlossningsvården har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) slutit en överenskommelse om satsningar i förlossningsvården och om vård som stärker kvinnors hälsa [88]. Totalt rör det sig om 720 miljoner kronor och överenskommelsen gäller för 2015 och 2016. Överenskommelsen ska också resultera i en mer kunskapsbaserad och jämlik förlossningsvård.

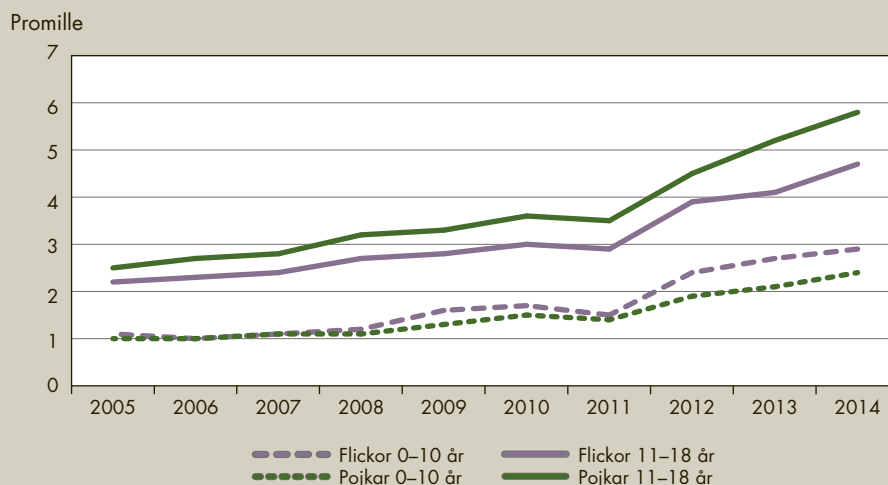
Övervikt och fetma ökar bland barn

Malmö stad är en av de största kommunerna som följt utvecklingen av förekomst av fetma bland barn i årskurs 4. Där ses en trend av att övervikt ökat hos barn de senaste tio åren [89]. Uppskattningsvis förekommer fetma hos ungefär 7 till 8 procent av barnen i årskurs 4. I Malmö ses inga systematiska skillnader mellan pojkar och flickor i 10-årsåldern varken för fetma eller för övervikt.

På nationell nivå fortsätter ökningen av andelen barn som får behandling för fetma inom den specialiserade öppenvården och inom barnsjukvården [90]. Som figur 16 visar har ökningen varit särskilt stor de senaste åren.

Figur 16. Barn vårdade för fetma år 2005–2014

Vårdade barn inom den specialiserad öppenvården. Antal per 1 000 invånare.



Yngre barn har bättre behandlingsresultat än äldre och det är därför viktigt att påbörja behandlingen tidigt. Pojkar har ett bättre behandlingsresultat än flickor, men det senaste året ses ett trendbrott när det gäller behandling för pojkar under 12 år [90]. Vad skillnaderna beror på är oklart och behöver utredas vidare. Andelen barn som vårdas för fetma är högre bland dem vars förälder har en kort utbildning. Det finns också variationer i andelen behandlade, både mellan olika landsting och från år till år.

Få ungdomar opereras för sin fetma, men antalet fetmaoperationer i åldersgruppen 15–19 år har ökat något. År 2008 opererades 46 ungdomar jämfört med 2014 då 74 ungdomar opererades. Av dem som opererades 2014 var 74 procent flickor och 26 procent pojkar.

Förskrivningen av adhd-läkemedel ökar

Förskrivningen av det vanligaste adhd-läkemedlet, metylfenidat, fortsätter att öka. Ökningen beror bland annat på allt fler användare och att läkemedlen används under en lång period. Användningen av läkemedlet är störst i gruppen pojkar 10–17 år. Det finns betydande regionala skillnader, särskilt på kommunal nivå. Vissa regioner har en hög tillströmning av nya användare vilket på sikt kan leda till en mycket hög andel personer som använder adhd-läkemedel [91, 92]. I dag är kunskapen om vilka faktorer som ligger bakom dessa skillnader ofullständig. Det finns dock resultat från vetenskapliga studier som visar att psykosociala eller socioekonomiska faktorer kan samverka med biologiska faktorer vid utvecklingen av adhd [93, 94].

För att utreda frågan om socioekonomiska faktorer har Socialstyrelsen undersökt användningen av det vanligaste adhd-läkemedlet metylfenidat bland pojkar 10–17 år i Stockholms kommuner. Användningen har satts i

relation till utbildningsnivån bland invånarna i kommunen. Kommuner där invånarna har kortare utbildning, som Nykvarn, har en högre andel pojkar som använder metylfenidat. Det går inte utifrån studien att avgöra om det är barn med adhd-läkemedel, vars föräldrar har kort utbildning. Socialstyrelsen kommer under 2016 att fortsätta utöka kunskapen om vad som ligger bakom de regionala variationerna i förskrivningen.

Skillnader i nyttjande av primärvård efter vårdval

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har analyserat konsekvenserna av vårdvalet i primärvården i tre regioner och landsting: Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland¹⁹. Fördelningen av antal läkarbesök skiljer sig inte landstingen emellan trots att vårdvalsmodellerna är olika utformade [95]. Personer med kort utbildning eller låg inkomst nyttjar primärvården mer än personer med lång utbildning eller hög inkomst.

Efter införandet av vårdval använder personer med högst inkomster till viss del primärvården mindre. I Stockholm har vårdvalet inneburit en kraftig ökning av antalet läkarbesök i primärvården för de flesta grupper och störst är ökningen bland äldre personer. Anledningen tros vara den högre besöksrelaterade ersättningen som tillämpas i Stockholm.

Personer med längre utbildning, högre inkomst och mindre sjukdomsburda går i större utsträckning till privata vårdgivare.

En kommission för jämlik hälsa har tillsatts

En kommission för jämlik hälsa har bildats under 2015 och ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar [96]. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Kommissionen ska även genomgående uppmärksamma hälsoskillnader mellan könen. Resultatet ska slutredovisas senast den 31 maj 2017.

Jämställdhetsintegrering pågår hos flera myndigheter

Under 2015 har 41 myndigheter fått ett särskilt regeringsuppdrag att arbeta med jämställdhetsintegrering år 2015–2018 [97]. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Försäkringskassan är exempel på myndigheter som deltar i satsningen vars syfte är att belysa jämställdhetsperspektivet så att målen för jämställdhetspolitiken uppnås.

Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter

Under 2015 publicerade Socialstyrelsen tillsammans med övriga strategiska myndigheter²⁰ och frivilligorganisationer en samling exempel om hur hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan inkludera ett hbtq-perspektiv i sina verksamheter. I exempelsamlingen lyfts ett antal förutsättningar och krav fram som är viktiga för att inkludera ett hbtq-perspektiv. Dels behöver

¹⁹ Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland

²⁰ Diskrimineringsombudsmannen, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Folkhälsomyndigheten och Statens kulturråd.

personalen ha kompetens om hbtq och dels behöver perspektivet integreras i målstyrningsdokument och i verksamhetsplaner [98].

Könsskillnader i förskrivning av hjälpmedel

Patientlagens bestämmelser om hjälpmedel har ännu inte fått fullt genomslag. Långt ifrån alla i behov av hjälpmedel får information om alternativa hjälpmedel, inte heller upplever alla att de är delaktiga i beslut om hjälpmedel [29].

Socialstyrelsen kan också konstatera att det bland hjälpmedelsanvändare finns könsskillnader. Upp till 18 år förskrivs pojkar fler hjälpmedel, medan kvinnor förskrivs fler hjälpmedel i de högre åldersgrupperna. Socialstyrelsen bedömer därför att kunskapsstödjande produkter inom funktionshinders- och hjälpmedelsområdet bör ha ett jämställdhetsperspektiv för att minska risken att handläggare gör oskälig åtskillnad mellan kvinnor och män [29].

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Med tillgänglig vård menas att vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård.

I det här avsnittet redovisas besöksutvecklingen, tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal samt tillståndet och utvecklingen när det gäller väntetider exempelvis inom cancerområdet och vid akutmottagningar.

Läkarbesök i primärvården minskar

Sedan vårdvalet infördes 2010 har drygt 200 nya vårdcentraler startats [99]. De senaste åren har ökningen avstannat. År 2014 startades bara två nya vårdcentraler. Totalt i landet finns nu 1 158 vårdcentraler och av dessa drivs 41 procent, 478 stycken, i privat regi. Det är en minskning från år 2013 då 497 vårdcentraler drevs i privat regi.

Totalt gjordes 14,8 miljoner läkarbesök i primärvården 2014, vilket motsvarar 1,42 besök per invånare [100]. Det är en minskning jämfört med året innan. Dessutom gjordes 26 miljoner besök i primärvården hos andra personalkategorier än läkare under 2014, vilket är en ökning jämfört med 2013.

Läkarbesök inom specialistvården är oförändrade

Besöken inom den specialiserade somatiska vården är i stort sett oförändrade. Under 2014 gjordes drygt 17 miljoner sådana besök, jämfört med 16,9 miljoner 2013. Det gjordes drygt 2 miljoner besök inom den somatiska dagsjukvården under 2013, vilket är en liten ökning jämfört med året innan. Den somatiska dagsjukvården innefattar bland annat dagkirurgi, diabetesvård, dialys- och cytostatikabehandling.

Inom den specialiserade psykiatriska vården gjordes 5 miljoner besök år 2014, vilket inte är någon större förändring jämfört med 2013.

Antalet vårdtillfällen inom psykiatrin den slutna vården ökar något

Antalet vårdtillfällen inom den slutna somatiska specialistvården var drygt 1,5 miljoner år 2013, vilket var något högre än året innan. Inom den slutna specialiserade psykiatriska vården registrerades drygt 105 000 vårdtillfällen 2013, vilket också är något högre jämfört med föregående år.

Det totala antalet disponibla vårdplatser fortsätter att minska och under 2014 fanns det i genomsnitt 24 600 disponibla vårdplatser. Det motsvarar 2,6 vårdplatser per 1 000 invånare.

Vårdgarantin når inte alla patienter

Långa väntetider har länge varit ett problem inom hälso- och sjukvården. För ungefär 90 procent av alla patienter följs vårdgarantin, men samtidigt finns det betydande skillnader mellan landstingen och mellan olika vårdområden. Trots att vårdgarantin fyller en viktig funktion, når den inte patienter med flera och svårare sjukdomar. Bättre arbetssätt och effektivare användning av tillgängliga resurser skulle kunna korta väntetiderna. Landstingen behöver dessutom stärka informationen och stödet till patienter som inte får vård inom vårdgarantins gränser [101].

Nio av tio får ett läkarbesök inom sju dagar i primärvården

Primärvården besvarar 89 procent av alla telefonsamtal samma dag och 90 procent får komma på ett läkarbesök inom sju dagar till primärvården. Detta visar Sveriges Kommuner och Landstings mätning hösten 2015. Jämfört med våren 2015 uppfylldes vårdgarantin. Totalt fick 90 procent komma på ett första besök inom den specialiserade vården på hösten, jämfört med 82 procent under våren. Totalt fick 90 procent en operation eller åtgärd i specialiserad vård utförd inom vårdgarantins gränser hösten 2015, vilket var en förbättring med 11 procent jämfört med vårens mätning.

Upplevd tillgänglighet till sjukvårdsrådgivningen 1177

Cirka 6 miljoner personer ringer 1177 Vårdguiden varje år. Det är en nationell tjänst som alla Sveriges landsting och regioner är anslutna till. Om man behöver sjukvårdsrådgivning kan man ringa 1177 dygnet runt, var man än befinner sig i Sverige. Andelen som upplever väntetiden till 1177 Vårdguiden som god var nästan 74 procent år 2014, jämfört med nästan 77 procent år 2011. Det är små skillnader i upplevd väntetid mellan kvinnor och män. Andelen män som upplevde väntetiden som god år 2014 var 74 procent, medan 73 procent av kvinnorna upplevde den som god samma år.

Fortsatt ökning av väntetiderna på akuten

Medianvistelsetiden på landets sjukhusbundna akutmottagningar har ökat med 31 minuter från 2010 till 2015 och skillnaderna mellan sjukhusen är fortsatt stora²¹. Hälften av de cirka 2,5 miljoner besöken tar 3 timmar eller längre. Jämfört med 2014 har den totala besökstiden och väntetiden till en första läkarbedömning ökat med 9 respektive 2 minuter. En av flera förklaringar kan vara att akutbesöken blir allt fler. Antalet besök uppskattas till 2,5 miljoner under 2015, vilket är nästan 3 procent fler än året innan [102].

Hälften av patienterna undersöks inom en timme

De årliga mätningarna mellan de olika sjukhusen visar också på stora skillnader i väntetider. Andelen patienter med en total vistelsetid på mindre än 4 timmar varierar mellan 44 och 89 procent mellan landets akutmottagningar. Fortfarande blir ungefär hälften av patienterna undersökta av läkare inom en timme. Andelen patienter med en väntetid till första läkarundersökning på mindre än en timme varierar mellan 32 och 78 procent mellan akutmottagningarna.

En patient får vänta i genomsnitt fyra gånger så lång tid på att bli undersökt av läkare vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg som på Capio S:t Göran i Stockholm, 1 timme och 49 minuter jämfört med 28 minuter. När det gäller den totala vistelsetiden är skillnaden i landet som mest 2 timmar och 24 minuter.

Orsakerna till de stora skillnaderna är flera. För att ta reda på mer om vilka faktorer som påverkar väntetiderna arbetar Socialstyrelsen för närvarande tillsammans med akutmottagningarna i Malmö–Lund, Örebro, Varberg och Växjö med att kartlägga patientflöden.

Ålder är en riskfaktor för långa vistelsetider

Risken att få vänta länge är som störst om man är äldre, kommer till akuten på förmiddagen eller tidigt på eftermiddagen och behöver läggas in på sjukhuset. Det finns också en risk för längre vistelsetid om patienten söker för medicinska eller kirurgiska besvär som andnöd eller buksmärta.

Personer över 80 år är den grupp som vistas längst på akuten. Ett besök tar i snitt 40 minuter längre tid än för övriga vuxna. Ungefär 60 procent av patienterna över 80 år behöver skrivas in på sjukhuset för fortsatt vård. Det finns därmed anledning att förändra det akuta omhändertagandet av äldre, exempelvis genom olika snabbspår för att undvika långa och skadliga vistelsetider för de allra äldsta patienterna.

Långa väntetider inom cancervården

Väntetiderna inom cancervården är fortsatt långa med stora skillnader inom landet. Inga större förändringar har skett de senaste fem åren. Ett positivt resultat är att skillnaden i väntetid har utjämnats mellan män och kvinnor för de flesta cancerformerna.

²¹ Uppföljningen bygger på en enkät till landets 71 sjukhusbundna akutmottagningar under våren 2015.

Minskad väntetid för prostatacancer

För intermediär- och högriskprostatacancer har medianväntetiden²² minskat från 203 dagar till 167 dagar på fem år sedan 2010. Väntetiden har också minskat för ändtarmscancer (från 60 dagar år 2011 till 56 dagar år 2014) och huvud- och halscancer (från 56 dagar år 2009–2010 till 50 dagar år 2013–2014). För behandling av njurcancer har väntetiden däremot ökat med totalt 11 dagar från 2010 till 2014.

Tabell 2. Medianväntetider cancervården

Cancerform	2014	Första och tredje kvartil
Matstrupscancer	19 dagar	11–35 dagar
Magsäckscancer	20 dagar	10–36 dagar
Bröstcancer	20 dagar	13–28 dagar
Lungcancer	30 dagar*	15–50 dagar
Urinblåsecancer	36 dagar	22–55 dagar
Hudmelanom	37 dagar	23–58 dagar
Tjocktarmscancer	42 dagar	29–60 dagar
Fjärrmetastaserad prostatacancer	43 dagar	20–71 dagar
Huvud- och halscancer	50 dagar**	35–70 dagar
Ändtarmscancer	56 dagar	43–78 dagar
Njurcancer	64 dagar	42–104 dagar
Intermediär- och högriskprostatacancer	167 dagar	125–223 dagar

*Siffran avser 2013. **Siffran avser 2013–2014.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform.

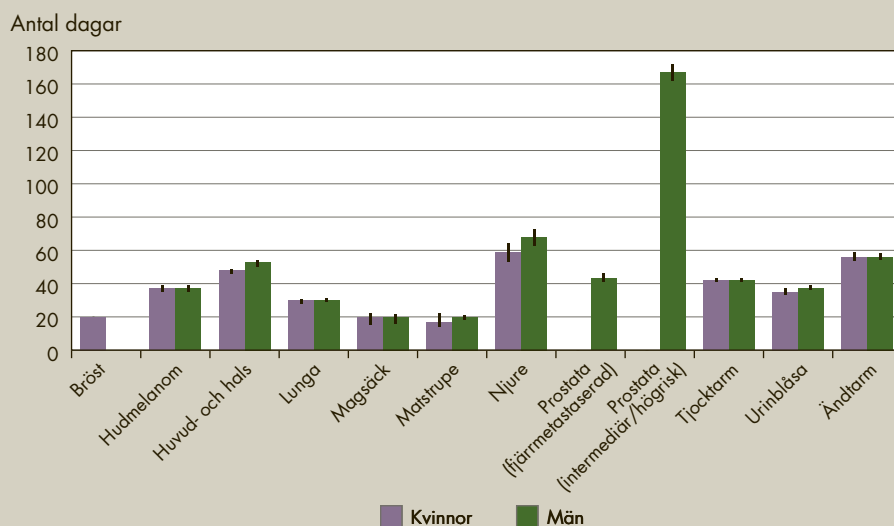
Ujämna skillnader mellan mäns och kvinnors väntetider

De skillnader i väntetider mellan män och kvinnor som setts i tidigare väntetidsrapporter har år 2014 utjämnats för de flesta cancerformer. Däremot har män fortsatt längre väntetider än kvinnor vid njurcancer (68 dagar för män och 58,5 dagar för kvinnor) samt vid huvud- och halscancer (53 dagar för män och 48 dagar för kvinnor). Den främsta orsaken till skillnaden när det gäller huvud- och halscancer är att en högre andel män drabbades av två cancerformer, vilket leder till längre förberedelsestid och därmed längre väntetider. För njurcancer kvarstår ett samband mellan kön och väntetider även efter kontroller för ålder och tumörstadium. Orsaker till detta behöver studeras vidare.

²² Med väntetid menas som regel tiden från remissbeslutet tills det att behandlingen startar. För cancerformer som saknar dessa mätpunkter mäts väntetider med andra start- och slutmätpunkter. Underlaget till mätningen kommer från kvalitetsregister inom cancerområdet.

Figur 17. Medianväntetider för kvinnor och män inom cancervården

Medianväntetid per cancerform år 2013–2014.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för respektive cancerform

Cancervårdens väntetider kan kortas

Under 2015 har en nationell satsning påbörjats för att korta väntetiderna inom cancervården. Från och med nu finns så kallade standardiserade vårdförlopp för fem cancerformer:

- prostatacancer
- huvud- och halscancer
- blås- och urinvägscancer
- magsäckscancer
- matstrups cancer.

För dessa cancerformer har maximala väntetider fastställts för tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling [103]. En baslinjestudie har genomförts som beskriver landstingens förutsättningar i nuläget, samt vilka insatser som kan stödja dem i införandet av standardiserade vårdförlopp [104].

Genom införandet av standardiserade vårdförlopp finns för första gången en tydlig måttstock för vad som anses vara en rimlig väntetid från välgrundad misstanke till kirurgisk och onkologisk behandling. Fortfarande ses stora skillnader mellan landstingen, men också stora skillnader i måluppfyllelse i det antal dagar som vårdförloppen anses kunna ta, mellan olika cancerformer och mellan olika delar av vårdförloppet. Exempelvis är väntetiderna för patienter med prostatacancer för de allra flesta patienter betydligt längre än vad som fastslagits. Många landsting har en lång väg kvar till 60 dagars

väntetid från remissbeslut vid välgrundad misstanke till start av behandling. Samtidigt uppnår vissa landsting redan uppsatta mål för huvud- och halscancer, där målet är 30 dagar till start av kirurgisk behandling och 38 dagar till start av onkologisk behandling. Under 2016 kommer standardiserade vårdförlopp att utvecklas för ytterligare 13 cancerformer.

Uppföljning av regionala cancercentrum pågår

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att under 2013–2015 följa upp och stödja etableringen av sex regionala cancercentrum. Uppföljningen 2015 visar bland annat att de regionala cancercentrumen har haft ett stort fokus på att kartlägga skillnader i levnadsvanor och cancerinsjuknande hos olika befolkningsgrupper och i olika bostadsområden. Få förebyggande insatser har genomförts och det är därför nödvändigt att centrumen tar fram fler konkreta förslag till förebyggande insatser. Inom forskningen behöver cancerpatienter också ges ökade möjligheter att delta i relevanta kliniska studier.

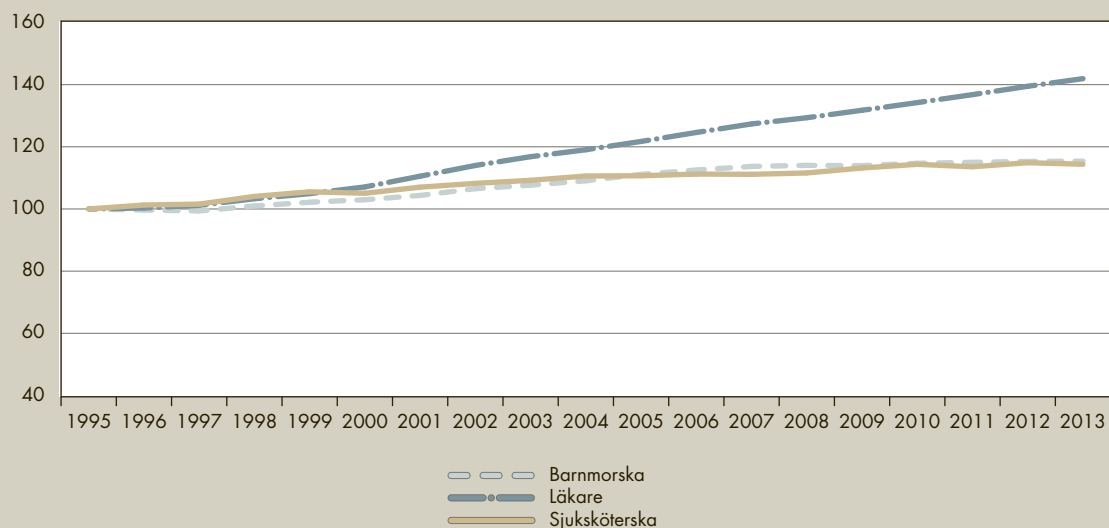
Tillgången på personal ökar

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård och i förhållande till befolkningen har ökat över tid. Samtidigt finns det regionala skillnader.

Tillväxttakten för barnmorskor och sjuksköterskor har legat långt under tillväxten för läkare sedan slutet av 1990-talet, vilket figur 18 visar. Frågan bör ställas om detta är en önskvärd dimensionering av yrkesgrupperna och om det svarar mot de vårdbehov som hälso- och sjukvården ska möta framöver [105].

Figur 18. Antal barnmorskor, läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare 1995–2013

Index 100 = år 1995



Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen.

Tillgången på barnmorskor har ökat med 3 procent mellan 2008 och 2013. Mellan 2008 och 2013 ökade den totala tillgången på sjuksköterskor med 1 procent. Tillgången på specialiserade sjuksköterskor minskar, mellan 2008 och 2013 minskade tillgången med 6 procent. Andelen specialiserade sjuksköterskor förväntas minska ytterligare eftersom benägenheten att specialisera sig bland sjuksköterskor utbildade efter den senaste studieordningen är lägre än bland dem som utbildats enligt tidigare studieordningar. Det finns ett antal bakomliggande orsaker. En anledning kan vara svaga ekonomiska incitament för sjuksköterskor att vidareutbilda sig, eftersom de bidrag man kan få under utbildningstiden och löneökningen efter specialiseringen inte motsvarar vad det kostar att utbilda sig. En annan anledning kan vara att arbetsuppgifterna efter avslutad specialisering inte nämnvärt skiljer sig från tidigare arbetsuppgifter.

Tillgången på läkare totalt ökade med knappt 2 procent mellan 2012 och 2013. Under de fem åren mellan 2008 och 2013 var ökningen 10 procent. Tillgången på specialiserade läkare ökade med knappt 2 procent mellan 2012 och 2013 och med 7 procent mellan 2008 och 2013.

Antalet nybörjarplatser på utbildningarna till barnmorska, läkare och sjuksköterska ökade mellan 2009 och 2013, vilket ger förutsättningar för en fortsatt ökad tillgång av samtliga personalgrupper under kommande år.

Läkartätheten är hög i Sverige

Sverige hävdar sig väl internationellt när det gäller antal läkare per 100 000 invånare. Sverige hade den tredje högsta läkartätheten i EU- och EES-området år 2013. Tillväxttakten under de senaste fem åren har varit på samma nivå som de övriga fyra länderna med högst läkartäthet. I tabell 3 nedan redovisas de tio EU- och EES-länder som har högst läkartäthet.

Tabell 3. Antal praktiserande läkare per 100 000 invånare i EU/EES-området 2005–2013

Land	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norge	362	379	390	400	405	411	419	423	431
Litauen	362	365	372	370	365	383	409	422	428
Sverige	352	360	368	374	381	388	395	403	410
Schweiz	n/a	n/a	n/a	382	383	381	383	392	404
Tyskland	341	345	350	356	364	373	382	389	402
Bulgarien	364	365	364	360	369	375	386	391	398
Italien	n/a	n/a	n/a	n/a	368	n/a	n/a	387	390
Spanien	357	365	359	358	363	380	388	382	381
Danmark	331	338	340	346	350	356	360	362	n/a
Island	361	360	362	365	366	360	351	357	362

Källa: EUROSTAT, hämtad 20151217.

Sverige står sig även väl internationellt när det gäller antal sjuksköterskor per 100 000 invånare. Sverige hade den tredje högsta sjukskötersketätheten i EU- och EES-området, vilket också framgår av tabell 4 nedan.

Tabell 4. Antal praktiserande sjuksköterskor per 100 000 invånare i EU/EES-området 2005–2013

Land	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norge	1 364	1 392	1 394	1 400	1 593	1 613	1 640	1 653	1 667
Luxemburg	1 097	1 094	n/a	n/a	1 112	1 105	1 127	1 192	1 193
Sverige	1 072	1 086	1 097	1 100	1 099	1 107	1 110	1 112	1 113
Schweiz	n/a	n/a	1 031	1 015	1 026	1 047	1 068	1 075	1 102
Tyskland	962	972	985	1 005	1 027	1 033	1 043	1 048	1 086
Danmark	957	953	927	948	968	973	974	984	n/a
Finland	833	875	883	879	903	915	938	956	n/a
Island	858	845	876	860	843	834	867	907	934
Litauen	710	711	705	711	697	716	753	759	755
Malta	550	561	584	643	618	647	669	669	702

Källa: EUROSTAT, hämtad 20151217.

Effektiv legitimationsprocess för tredjelandsläkare

Ett ökat antal läkare från tredje land (länder utanför EU) arbetar inte alls eller arbetar utan legitimation och utan AT-tjänstgöring eller handledning. Omfattningen av detta problem är till viss del otydlig och Socialstyrelsen kommer därför under 2016 att analysera det system som tredjelandsläkare befinner sig i. Frågor som ska besvaras är bland annat: Hur ser vägen in i vården och till legitimering ut för tredjelandsläkare? Vilka förändringar krävs för att legitimeringsprocessen av dessa läkare ska bli mer effektiv?

Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

Under 2007–2015 har landstingen fått 1,8 miljarder kronor i statsbidrag för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen har baserats på årliga överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Från 2009 har satsningen varit prestationsbaserad och från 2012 har den ingått i PRIO-satsningen. I överenskommelserna för 2011–2015 har samma målnivåer använts för det prestationsbaserade bidraget. För att få bidrag måste landstingen uppfylla två mål. 90 procent av patienterna ska ha fått en första bedömning inom 30 dagar och 80 procent av patienterna ska ha fått påbörja en utredning eller behandling inom 30 dagar.

Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har varit relativt konstanta under 2011–2014, mätt i antal landsting som klarar målnivåerna i den förstärkta vårdgarantin [106]. Under dessa år klarade 13–15 landsting båda målen. År 2015 var det bara 11 landsting som klarade båda målen. Det

var också 5 landsting som inte klarade av att uppfylla något av målen 2015: Dalarna, Norrbotten, Värmland, Västerbotten och Västra Götaland. Det är framförallt målet om en första bedömning som har försämrats. År 2015 var det 8 landsting som inte klarade målet om en första bedömning och 7 landsting som inte klarade målet om en fördjupad utredning eller behandling.

Försäljning av receptfria läkemedel på webben ökar

Allt fler apotekskedjor säljer läkemedel via webben och den 1 juli 2015 infördes en EU-gemensam symbol som ska användas av alla apotek och försäljningsställen som säljer läkemedel på webben. Syftet är att konsumenten enkelt ska kunna avgöra om handeln är laglig.

Den 1 november 2009 blev det tillåtet för detaljhandeln att sälja vissa receptfria läkemedel. Det har medfört att tillgängligheten till vissa läkemedel ökat avsevärt. De senaste åren har ett antal förgiftningsfall av paracetamol (Panodil, Alvedon) rapporterats till Giftinformationscentralen, och Läke-medelsverket har konstaterat att den ökade tillgängligheten är en betydande orsak. Efter den 1 november 2015 är det därför inte längre tillåtet att sälja paracetamol i tablettform i detaljhandeln.

Kostnaden för läkemedelsförmånerna ökar

Läkemedelsbehandling är den vanligaste medicinska åtgärden. Över 6,3 miljoner svenskar hämtar ut recept på läkemedel varje år. Dessutom behandlas många med läkemedel på sjukhus och de flesta handlar receptfria läkemedel på apotek och i detaljhandeln flera gånger varje år. De totala kostnaderna för läkemedel i Sverige uppgick 2014 till 36,6 miljarder kronor.

År 2014 ökade kostnaderna för läkemedelsförmånerna något jämfört med året innan, vilket var ett trendbrott efter en period med förhållandevis kraftiga kostnadsminskningar. Utvecklingen drivs i grunden av en åldrande befolkning, en relativt kraftig befolkningstillväxt och en ökad förekomst av vissa sjukdomar där läkemedel är det primära behandlingsalternativet. Av dessa skäl är det normalt att kostnaderna för läkemedel ökar varje år med någon eller några procent.

Kommande år förväntas kostnaderna fortsätta att öka. Förutom de faktorer som nämns ovan beror detta på att läkemedel till barn upp till 18 år blir kostnadsfria från 2016, samt att flera nya läkemedel är på väg in på marknaden. Dessutom påverkas kostnadsutvecklingen av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets omprövningar av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna, och effekterna av takpriser för äldre läkemedel.

Samtliga landsting och regioner har anslutit sig till en ny samverkansmodell med syfte att gemensamt arbeta med prissättning, introduktion och uppföljning av läkemedel. Detta för att nå en mer jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning för alla patienter. Samverkansmodellen gör att sjukvårdshuvudmännen kan fatta välgrundade och snabbare beslut om ett ordnat nationellt införande av nya och dyrare läkemedel. Myndigheten Vårdanalys ska under 2016 få ett uppdrag från regeringen om att följa upp och utvärdera processen med ordnat nationellt införande av nya läkemedel.

Effektiv hälso- och sjukvård

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

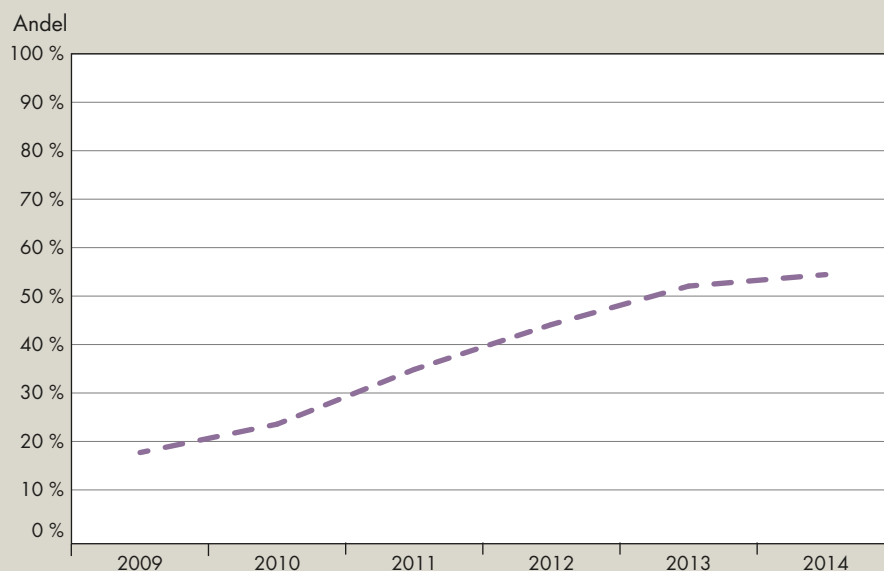
I detta kapitel redovisas bland annat effektivitetsaspekter på dagkirurgi och utvärderingar av högspecialiserad vård som exempel på insatser som kan bidra till att effektivisera hälso- och sjukvården. Kapitlet innehåller även en beskrivning av kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården.

Effektivitetsaspekter på dagkirurgi

År 2014 opererades omkring 6 500 kvinnor för livmoderframfall. Drygt 54 procent av dessa operationer utfördes som dagkirurgi, vilket innebär att patienten opereras i öppenvården och alltså får åka hem samma dag. Variationen mellan landsting är stor, från 22 till 86 procent. I riket har andelen dagkirurgiska operationer ökat stadigt sedan 2009. De regionala skillnaderna förklaras bland annat av faktorer som tillståndets svårighetsgrad, patientens ålder och allmäntillstånd. De stora variationerna visar också att det finns andra aspekter som spelar roll, till exempel lokala traditioner. Socialstyrelsen bedömer att landsting som har en hög andel operationer i slutenvården skulle kunna minska sina kostnader för dessa operationer utan att kvaliteten försämras.

Figur 19. Framfallsoperationer utförda i dagkirurgi

Andel framfallsoperationer som utfördes i dagkirurgi år 2009–2014.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Dagkirurgi kan motverka ineffektivt resursutnyttjande

Socialstyrelsen har genomfört en effektivitetsanalys för kostnader vid operationer av livmoderframfall, utifrån en framtagen modell för effektivitet och produktivitet [107]. Studien fokuserar på hur landstingens kostnader ser ut för andelen operationer som utförs i dagkirurgin respektive i slutenvården²³. Samtliga landsting utför operationer av livmoderframfall och uppgifterna avser vård som landstingen konsumerade år 2013.

Operationer av livmoderframfall som utförs i dagkirurgi kostar mindre än dem som utförs i slutenvården, vilket gäller i samtliga landsting. Om fler av landets framfallsoperationer genomfördes i dagkirurgi, skulle det innebära lägre kostnader.

Landstinget i Östergötland hade 2013 den högsta andelen operationer i dagkirurgi, 82 procent. Lägst andel hade Gotland, som utförde samtliga framfallsoperationer i slutenvård. Av tabell 5 framgår det hur mycket landstingen²⁴ skulle kunna minska sina kostnader om de utförde 82 procent av operationerna i dagkirurgi. För Region Skåne skulle till exempel landstingets kostnader för dessa operationer minska med cirka 2,9 miljoner kronor.

Tabell 5. Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi 2013 inklusive potentiell kostnadsminskning per landsting

(vid antagandet om att 82 procent av landstingets operationer sker i dagkirurgi).

Landsting	Andel operationer i dagkirurgi	Potentiellt minskad kostnad (tkr) om 82 procent i dagkirurgi
Östergötland	82	0
Gävleborg	79	95
Värmland	70	237
Västernorrland	66	359
Blekinge	63	199
Stockholm	61	4 231
Dalarna	58	601
Jämtland	57	275
Jönköping	55	724
RIKET	52	25 945
Skåne	47	2 949
Kronoberg	46	971
Västra Götaland	41	5 229
Kalmar	40	828
Sörmland	39	1 322
Västerbotten	38	931
Örebro	37	1 463
Halland	34	1 953
Uppsala	33	1 962
Norrbottnen	29	1 412
Västmanland	8	2 524
Gotland	0	912

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen samt KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

²³ För en tredjedel av landstingen saknas egna kostnadsuppgifter och för dessa används rikets genomsnittskostnad.

²⁴ I exemplet redovisas ett urval av landsting.

Den totala kostnaden i riket skulle minska med närmare 26 miljoner kronor om en högre andel av framfallen opererades i dagkirurgi. Dessa resurser skulle kunna användas på ett mer effektivt sätt och inom fler områden vid landets kvinnokliniker. Dessutom skulle det frigöra kapacitet inom slutenvården om fler operationer utförs inom öppenvården.

Högspecialiserad vård är en viktig del i vårdkedjan

Högspecialiserad sjukvård utgör i dag en mindre del, ungefär 6 procent, av det totala vårdutbudet men fyller en viktig del i vårdkedjan. Sjukvårdens utveckling är också nära länkad till det högspecialiserade området genom dess karaktär av spetskompetens. Sverige har en högspecialiserad sjukvård av internationellt sett hög kvalitet, med hög tillgänglighet för patienten. Kostnadsutvecklingen har dock under senare år varit högre än för annan sjukvård.

Rikssjukvård ska ge högre kvalitet och effektivare resursanvändning

Rikssjukvård innebär att en viss definierad högspecialiserad vård centraliseras till ett eller två sjukhus för att få en bättre kvalitet och utnyttja resurserna bättre. Socialstyrelsen utreder först vilken vård som ska vara rikssjukvård (definitionsutredning) och sedan i vilka landsting verksamheten ska bedrivas (tillståndsutredning). Under 2015 har Socialstyrelsen genomfört en förnyad definitionsutredning samt en definitionsöversyn för två områden; behandling av barn med cochleaimplantat och området viss kraniofacial kirurgi (vid missbildningar på ansiktet eller skallens ben).

Vidare har Socialstyrelsen under 2015 genomfört tillståndsutredningar för fyra områden:

- plexus brachialisskador, skador i armens nervfläta (tillstandsperiod ett)
- behandling av svåra brännskador (tillstandsperiod två)
- hjärttransplantation (tillstandsperiod två)
- levertransplantation (tillstandsperiod två)
- lungtransplantation (tillstandsperiod två).

Socialstyrelsen har även som uppgift att följa och utvärdera verksamheten under tillstandsperioden. Utvärderingarna utgör underlag för de krav och villkor som ställs för att bedriva rikssjukvård för kommande tillstandsperiod. Nedan beskrivs de två utvärderingar som Socialstyrelsen har genomfört under 2015.

Cochleaimplantat på barn

Cochleaimplantat (CI) kan ge en döv person eller en person med grav hörselnedsättning möjlighet att uppfatta tal och ljud. Behandlingen med cochleaimplantat är rikssjukvård och utförs av Stockholms läns landsting genom Karolinska universitetssjukhuset [108].

Antalet operationer är få. Flertalet av CI-operationerna sker på barn som är äldre än 2 år. Socialstyrelsen bedömer att den vård som ges inom ramen för behandling av barn med cochleaimplantat som rikssjukvård håller en hög kvalitet. Nästan alla använde sitt första implantat ett år efter operationen. Utveckling av indikatorer för hörsel och talspråksutveckling samt patientrapporterade utfallsmått pågår.

Socialstyrelsen har identifierat ett antal förbättringsområden. Bland annat behöver sjukhuset utveckla ett nationellt vårdprogram. Verksamheten behöver också ett mer systematiskt sätt att samarbeta med remitterna i utredning och uppföljning. Dessutom behöver rapporteringen till det nationella kvalitetsregistret göras kontinuerligt.

Kirurgisk behandling vid missbildningar i ansiktet

Den kirurgiska behandling som utförs vid missbildningar på ansiktet eller skallens ben, så kallad kraniofacial kirurgi, är rikssjukvård. Behandlingen utförs av Landstinget i Uppsala län genom Akademiska sjukhuset samt av Västra Götalandsregionen genom Sahlgrenska Universitetssjukhuset [109].

Ungefär 90 operationer genomförs årligen, varav majoriteten är kraniosynostoser. Under perioden 2012–2014 utfördes totalt 276 operationer varav 20 procent vid Akademiska sjukhuset och 80 procent vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Vid en internationell jämförelse står sig den svenska verksamheten väl när det gäller både dödlighet och komplikationer. För närvarande saknas ett nationellt vårdprogram och ett rikstäckande kvalitetsregister. Det fortsatta arbetet bör bland annat omfatta vidare utveckling av verksamhetsspecifika resultatindikatorer och en jämförelse av olika behandlingsmetoder [109].

Fler intressenter ska kunna nominera rikssjukvårdsområden

Fram till och med våren 2015 var det ledamöter av Rikssjukvårdsnämnden (RSN), eller landstingshuvudmän som lade fram förslag på vilken hälso- och sjukvård som var lämplig för rikssjukvårdsutredning. För att fler intressenter skulle kunna lämna förslag på rikssjukvårdsområden, och därigenom bredda underlaget, bjöds under våren 2015 följande organisationer in att lämna förslag; patientföreningar, regionala cancercentrum; specialistföreningar, Svensk sjuksköterskeförenings sektioner, Inspektionen för vård och omsorg, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Riksrevisionen och Vetenskapsrådet.

Sammanlagt inkom under våren 2015 ett tjugotal förslag på områden lämpliga för definitionsutredning. Utöver dessa ingick även tidigare nominerade områden i det totala underlaget. Följande områden ska utredas vidare, med start 2016 för eventuell framtida rikssjukvård:

- deep brain stimulation vid Parkinsons sjukdom och andra rörelsestörningar
- enterokutana fistlar (onormal förbindelse mellan tarmar och hud) och buk- väggsdefekter

- esofaguskirurgi (matstrupskirurgi)
- hilusnära tumörer (tumörer i nära anslutning till levern)
- njurtransplantation
- ryggmärgsskador
- selektiv dorsal rhizotomi (speciell neurokirurgi).

Förslag om ny nivåstrukturering

I den statliga utredningen Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) föreslås en ny kunskaps- och beslutsstruktur/process för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården [6]. Med nivåstrukturering menar utredningen en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter. Syftet är att detta förslag ska ersätta dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Utredningen föreslår en ny definition av vad som ska betraktas som högspecialiserad vård baserat på kriterier för vårdvolym, behov av multidisciplinär kompetens eller stora investeringar. Förslaget innebär att volymkriteriet får större tyngd och utredningen föreslår även volymriktmärken för de sjukhus och behandlare eller team som ska komma i fråga för den verksamhet som ska koncentreras. Höga patientvolymen leder till att kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras, att kompetensen ökar hos läkare och andra professioner och att kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras. Utredningen föreslår att den högspecialiserade vården ska koncentreras både på nationell och på regional nivå.

Socialstyrelsen föreslås få ett tydligare ansvar för att driva och samordna processen, tillsammans med patient- och professionsföreträdare, för att därefter besluta om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Utredningen bedömer att det krävs en nationell arena och en samordnande och drivande kraft med beslutsbefogenheter för att möjliggöra en ökad koncentration av den högspecialiserade vården.

Sverige har ett av Europas mest effektiva hälso- och sjukvårdssystem

I en jämförelse mellan EU-länderna utifrån ett effektivitetsperspektiv²⁵ skattas Sverige genomgående ha högst effektivitet, tillsammans med Belgien, Cypern, Spanien, Frankrike, Luxemburg och Nederländerna.

Internationella jämförelser av hela sjukvårdssystem har dock begränsningar. Exempelvis gör omfattningen och komplexiteten i sjukvården det svårt att mäta den samlade kvaliteten och effektiviteten i hela sjukvårdssystemet. För den som vill bilda sig en uppfattning om hur den svenska vården står sig totalt sett jämfört med andra länder är dock sådana jämförelser likväl relevanta.

²⁵ I studien används 21 DEA-modeller (Data Envelopment Analysis) för att härleda uppskattningar av relativ teknisk effektivitet vid omvandlingen av insatta resurser till resultat.

Sjukvårdssystem i olika länder har olika finansieringsformer, olika fördelning av resurser mellan vårdens olika delar och olika anställningsformer för vårdpersonalen vilket gör jämförelser av hur vården fungerar svår. I internationella jämförelser dominerar ansatser där olika dimensioner av det medicinska resultatet ingår. Det gäller aspekter av hälsan i befolkningen, som medellivslängd, återstående livslängd i olika åldrar, undvikbar dödlighet, spädbarnsdödlighet och dödlighet i olika folksjukdomar.

I den EU-studie som publicerades 2015, och där Sverige tillmätts goda resultat, läggs tonvikten på europeiska hälso- och sjukvårdssystemens relativa effektivitet [4]. I studien har den tekniska effektiviteten studerats, det vill säga förmågan att maximera prestationer och resultat för en given resursinsats, alternativt att minimera resursinsatser givet en viss nivå av prestationer. De sju resultatmått som studerats är beräknad livslängd vid födseln, beräknad livslängd vid 65 år, beräknade friska levnadsår (healthy life expectancy) vid födseln, beräknade friska levnadsår (healthy life expectancy) vid 65 år, standardiserad åtgärdbar dödlighet (amenable mortality), beräknad livslängd vid födseln justerad för livsstilsfaktorer och friska levnadsår justerad för livsstilsfaktorer.

De resursinsatser som ingår är totala utgifter för hälso- och sjukvård per capita (köpkraftsjusterad), fysiska resurser som antal sjukhussängar, läkare och sjuksköterskor per capita, miljö- och livsstilsvariabler som rökning, alkoholkonsumtion, kostvanor, utbildning och inkomst.

Utmaningar för en effektiv vård

Sverige har ett system som producerar god vård för den enskilda medborgaren, och hälso- och sjukvårdens resultat är inom vissa områden goda.

Samtidigt finns utmaningar, bland annat i form av stora kostnadsökningar och en dålig integration mellan primärvården och sjukhusen och mellan landstingen och kommunerna. Internationella jämförelser visar att koordineringen och kontinuiteten kan förbättras.

I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framgår att det finns en stor outnyttjad potential i att använda digitaliseringens möjligheter och förmedla vården genom virtuella vårdcentraler till exempel och att den nationella styrningen behöver förstärkas [3]. Utredningen föreslår bland annat följande:

- Detaljstyrningen ska minskas och ersättningssystemen förenklas.
- Primärvården ska ges akutuppdrag med tillgänglighet dygnet runt. Remiss ska krävas för akutbesök på sjukhus.
- Primärvården ska delas upp i allmän och riktad primärvård. Den allmänna primärvården ska omfatta det nuvarande vårdvalssystemet och den riktade primärvården ska erbjuda primärvård för äldre med omfattande behov, och undantas från det obligatoriska vårdvalssystemet.

E-hälsosatsningar för ökad effektivitet

En anledning till bristande effektivitet är den omfattande dubbeldokumentation som i dag råder, bland annat på grund av att dokumentationskraven inte är enhetliga och att de beskrivs på olika sätt [110]. De kommer ofta från många olika aktörer, i olika syften. Flera landsting har börjat se över hur de kan nå ökad effektivisering. De arbetar med strukturerad och ändamålsenlig dokumentation och strävar efter att beskriva det som fångas i dokumentationen mer enhetligt inom landstingen, men även mellan landstingen. Inom regeringens satsningar på e-hälsa är ett av verktygen för att minska dubbeldokumentation ett nationellt fackspråk och en nationell informationsstruktur.

Under 2015 har en uppföljning genomförts med hur långt landstingen har kommit med att införa en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation. Uppföljningen visar att ungefär hälften av landstingen har etablerade processer och rutiner för att arbeta med dokumentationens innehåll och struktur.

Kostnader för hälso- och sjukvård

Detta avsnitt om kostnader för hälso- och sjukvård bygger på tabeller som beskriver kostnader och kostnadsutvecklingen för åren 2010–2014. Här används kostnadsmåttet *kostnad för det egna åtagandet*. För landstingens kostnader för hälso- och sjukvård används även kostnadsbegreppet *nettokostnader*.

Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2014 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2014 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de då är i samma prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

De samlade löpande utgifterna för all hälso- och sjukvård i riket uppgick 2013 till 423,9 miljarder kronor²⁶. Av detta finansierade landstingen 57 procent och staten knappt 2 procent. Kommunerna finansierade nästan 26 procent och den privata sektorn 16 procent, varav hushållen stod för merparten. Investeringarna uppgick till 21,6 miljarder kronor i 2014 års pris och redovisas numera separat från de löpande utgifterna. Att kommunerna finansierade en så stor del i förhållande till tidigare år, då de stod för knappt 8 procent, beror på förändringar i redovisningen i hälso-räkenskaperna, framför allt genom en utökning av begreppet hälso- och sjukvård.

Begreppet hälso- och sjukvård har utökats

Det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA), definierar hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån en in-

²⁶ Uppgifter för 2014 publiceras i mars 2016.

ternationell klassifikation, International Classification for Health Accounts (ICHA). I och med att Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD), Eurostat (EU) och Världshälsoorganisationen (WHO) och dess medlemsländer har antagit den reviderade manualen för hälsoräkenskaperna, SHA 2011, så har hälso- och sjukvårdsbegreppet utökats. Utökningen gäller kostnader för den del av vården som äldre och personer med funktionsnedsättning får i form av personlig omvårdnad (ADL-insatser). Kostnader för personlig omvårdnad har tidigare inte ingått i den svenska publiceringen av hälsoräkenskaperna. Tidigare har endast skattningar av den vård som kommunerna är skyldiga att erbjuda enligt 18 § HSL ingått i de svenska hälsoräkenskaperna. Revideringar med det nya hälso- och sjukvårdsbegreppet har nu gjorts för åren 2011–2013, vilket innebär att jämförelser med tidigare år inte är helt jämförbara. För åren 2001–2010 redovisas kostnaderna enligt tidigare regelverk (SHA 1.0) och inkluderar endast hälso- och sjukvårdskostnader enligt 18 § HSL. Kostnader för serviceinsatser (ADL-insatser) till äldre och personer med funktionsnedsättning redovisas som hälsorelaterade kostnader. Dessa kostnader klassas inte som en del av den huvudsakliga hälso- och sjukvården och påverkar inte hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP).

Dagsjukvården ökar mest

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP uppgick 2013 till 11 procent av BNP. Det är en ökning med 2,5 procentenheter i förhållande till 2010. Denna ökning av andelen är en följd av att kostnader för ADL-insatser har lagts in i hälso- och sjukvårdens kostnader. Vid en jämförelse med andra länder har hälso- och sjukvårdens andel av BNP förändrats mer för Sverige än för andra länder. Detta beror på att de flesta länder redan definierat hälso- och sjukvårdskostnaderna såsom de nu är beskrivna i den nya manualen SHA 2011.

Största delen av hälso- och sjukvårdens kostnader enligt SHA gäller den del som består av botande och rehabiliterande öppen- och slutenvård, med 53 procent. Öppenvården står för över hälften av den botande och rehabiliterande vården. Den rehabiliterande och botande dagsjukvården ökade med cirka 15 procent. Kommunernas hälso- och sjukvård enligt § 18 HSL inklusive den vård som äldre och personer med funktionsnedsättning får i form av personlig omvårdnad (ADL-insatser) utgör nu drygt 25 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter. Det är en konsekvens av den internationella utökningen av hälso- och sjukvårdsbegreppet. Den nya tolkningen innebär att cirka 82 miljarder kronor i ADL-insatser har lagts till på raden för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna för läkemedel till öppenvårdspatienter minskade med 2 procent. Det är de receptförskrivna läkemedlen som minskar mest. Dessa har minskat med över 8 procent, bland annat på grund av patentutgångar.

I hälsoräkenskaperna redovisas från och med 2011 också de hälsorelaterade kostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning serviceinsatser (ADL-insatser). Dessa uppgick 2013 till 21,6 miljarder kronor, vilket tabell 6 visar.

Tabell 6. Hälsa- och sjukvårdens kostnadsutveckling (SHA)

Hälsa- och sjukvårdsutgifter 2010–2013 utifrån systemet för hälsoräkenskaper (SHA), förändring mellan åren, verksamheternas andel av de totala hälsa- och sjukvårdsutgifterna samt andel av BNP, miljoner kronor och procent, 2014 års pris.

	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel %
					mnkr	%	
<i>Botande och rehabiliterande hälsa- och sjukvård</i>	217 610	221 093	222 146	224 755	7 145	3,3	53,0
Botande och rehabiliterande slutenvård	88 126	89 481	89 245	90 695	2 568	2,9	21,4
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	7 464	7 861	8 081	8 573	1 110	14,9	2,0
Botande och rehabiliterande öppenvård	120 423	122 142	123 631	123 892	3 469	2,9	29,2
varav tandvård	24 777	24 682	24 163	24 598	-178	-0,7	5,8
Landstingens hemsjukvård	1 597	1 610	1 189	1 596	-2	-0,1	0,4
<i>Hälsa- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning (inkl ADL)</i>	25 115	105 830	106 636	107 926	82 811	329,7	25,5
Laboratorier, röntgen, patient transporter m.m.	14 227	15 365	14 981	16 602	2 374	16,7	3,9
Medicinska varor till öppenvårdspatienter	53 813	53 012	52 716	53 033	-781	-1,5	12,5
Läkemedel	43 803	43 024	42 849	42 835	-968	-2,2	10,1
varav receptföreskrivna mediciner	31 527	31 004	29 615	28 895	-2 633	-8,4	6,8
Terapeutiska hjälpmedel	10 010	9 988	9 867	10 197	187	1,9	2,4
Prevention och folkhälso-tjänster	11 369	12 168	12 373	13 186	1 818	16,0	3,1
Administration av hälsa- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	4 784	5 174	5 918	5 485	702	14,7	1,3
Oidentifierade hälsa- och sjukvårdsändamål	2 175	2 420	2 559	2 874	699	32,1	0,7
Totala löpande hälsa- och sjukvårdsutgifter	329 094	415 063	417 331	423 861	94 768	28,8	100,0
<i>Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP</i>	8,5	10,6	10,8	11,0		2,5	
Hälsorelaterade kostnader inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning (ADL)		21 054	21 328	21 601	547	2,6	
Hälsa- och sjukvårdens investeringar	19 573	22 987	21 520	21 508	1 935	9,9	

Källa: Hälsoräkenskaper 2010–2013, Statistiska centralbyrån; Konsumtionsindex 2014, Statistiska centralbyrån.

Landstingens kostnader för läkemedel fortsätter att minska

Landstingens hälsa- och sjukvårdsutgifter för det egna åtagandet utgjorde 59 procent av de totala löpande hälsa- och sjukvårdsutgifterna för riket. Att andelen har minskat från knappt 72 procent till 59 procent beror på utökningen av hälsa- och sjukvårdsbegreppet i manualen för hälsoräkenskaperna (SHA 2011) som redovisats i det föregående avsnittet. Landstingens kostnader för det egna åtagandet för hälsa- och sjukvård uppgick till 252 miljarder kronor, medan nettokostnaden för denna verksamhet uppgick till 231 miljarder kronor, som framgår av tabell 8. Jämfört med 2010 har landstingens kostnader för det egna åtagandet ökat med 4,7 procent i fasta priser, medan nettokostnaderna har ökat något mindre med 3,7 procent.

Den specialiserade somatiska vården är den största kostnadsposten, 54,5 procent av landstingens nettokostnader, och uppgick 2014 till 125,7 miljarder kronor. Den ökade med nästan 7 procent i förhållande till 2010. Kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården ökade också något.

Landstingens nettokostnader för tandvård minskade även i år något. Den utvecklingen är i linje med utvecklingen av de totala tandvårdskostnaderna. Liksom föregående år minskade landstingens kostnader för läkemedel inom förmånssystemet. Dessa kostnader minskade med över 13 procent i fasta priser i förhållande till 2010. Som tabell 7 visar är det samma minskningstakt som föregående år.

Tabell 7. Kostnadsutveckling för landstingens hälso- och sjukvård

Landstingens utgifter för det egna åtagandet och nettoutgifter per vårdområde 2010–2014 (inkl. Gotland), förändring mellan åren och andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård, miljoner kronor och procent, 2014 års pris.

	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader för det egna åtagandet	240 355	242 766	243 707	245 252	251 608	11 253	4,7	
Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård	222 416	224 487	224 605	225 873	230 607	8 191	3,7	100,0
Primärvård	38 002	38 167	39 275	39 467	39 391	1 389	3,7	17,1
Specialiserad somatisk vård	117 678	119 278	119 709	120 424	125 666	7 988	6,8	54,5
Specialiserad psykiatrisk vård	19 995	20 215	20 139	21 394	20 593	598	3,0	8,9
Tandvård	5 521	5 478	5 504	5 362	5 425	-96	-1,7	2,4
Läkemedel inom förmånen	23 241	22 867	21 169	20 230	20 125	-3 116	-13,4	8,7
Övrig hälso- och sjukvård	16 716	17 161	17 545	17 727	18 089	1 373	8,2	7,8
Politisk verksamhet	1 263	1 321	1 263	1 269	1 319	56	4,4	0,6
Landstingens andel av totala löpande hälso- och sjukvårdskostnader	73,0	58,5	58,4	57,9	59,4		-13,7	
Landstingens hälso- och sjukvårdskostnaders andel av BNP	6,2	6,2	6,3	6,4	6,4		0,2	

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010–2014, Sveriges Kommuner och Landsting; Landstingens räkenskapsammandrag 2014, Statistiska centralbyrån; Konsumtionsindex 2014, Statistiska centralbyrån.

Landstingen köpte hälso- och sjukvård för 46 miljarder kronor år 2014, vilket är 18,2 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Av alla köp är hela 58,4 procent köp från privata företag. Köp från andra landsting och landstingsägda företag inom den egna koncernredovisningen stod för hela 38,4 procent. Landstingen köpte dock allt mindre från kommuner och kommunägda företag, motsvarande knappt 1 procent 2014.

Inom landstingen köpte den specialiserade somatiska vården mest hälso- och sjukvård, motsvarande 24,7 miljarder kronor, följt av primärvården som köpte för 14,8 miljarder kronor. Ökningen av köpen gäller främst inom primärvården och sedan 2009 har primärvårdens köp av verksamhet ökat med 8 procent och då främst från privata företag. En stor del av dessa köp är köp av hyrläkare i primärvården. Enligt en kartläggning från Konkurrensverket har dessa köp ökat för åren 2012–2014 [111]. Sammanlagt köpte landstingen hyrläkare i primärvården för 1,2 miljarder kronor denna period.

Tandvård och tandhälsa

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen utvecklingen inom tandvården och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125) TvL. Vi diskuterar även befolkningens tandhälsa.

I 2 § TvL slås det fast att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. I hela landet råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården, antingen folktandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården råder fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. För barn och ungdomar är tandvården däremot avgiftsfri till och med det år de fyller 19 år (15 a § TvL). Det är landstingen som ansvarar för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

Aktuell utveckling

Förskolebarnens tandhälsa försämras

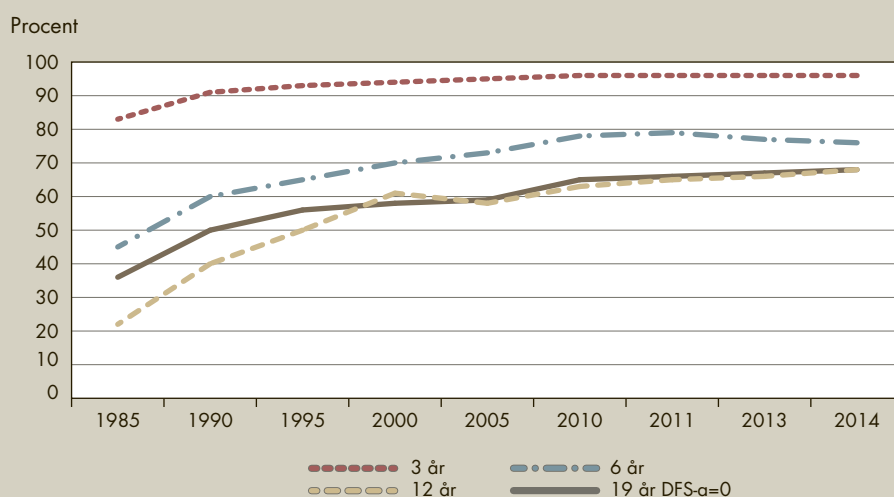
Socialstyrelsen har samlat in och sammanställt uppgifter från Sveriges landsting och regioner om förekomsten av karies bland barn och unga år 2014 [112]. Över tid ses en positiv utveckling där många barn och unga i dag är kariesfria och har god tandhälsa (figur 20). För åldersgruppen 6-åringar har dock trenden de senaste åren varit en svag försämring av tandhälsan. År 2014 var 76 procent av landets 6-åringar kariesfria vilket är en minskning med 3 procent jämfört med år 2011. Världshälsoorganisationen WHO har som mål för tandhälsan i Europa att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria år 2020. Sverige var år 2011 nära att uppfylla det målet men trenden de senaste åren gör att Sverige nu har en bit kvar. Det finns regionala skillnader mellan landstingen i andelen kariesfria. I viss utsträckning kan detta bero på täckningsgraden för antalet undersökta och redovisade barn, där en låg täckningsgrad tenderar att underskatta andelen kariesfria, men den långsiktiga trenden visar att det finns regionala skillnader i alla åldersgrupper. Orsaken till att andelen kariesfria 6-åringar minskar är inte klarlagd. En förklaring som förts fram är att barn till asylsökande och nyanlända ofta har en sämre tandhälsa och att detta påverkar resultaten för de små barnen. Det är dock inte möjligt att analysera detta, utifrån den statistik som finns i dag om barn och ungas tandhälsa. Den sjunkande andelen kariesfria 6-åringar bör dock följas noggrant. Eftersom goda tandvårdssvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölkttänderna en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren, och att karies hos 12- och 19-åringar på sikt också riskerar att öka. År 2014 ses dock en fortsatt positiv utveckling när det gäller karies hos tonåringar och unga vuxna. Andel kariesfria 12-åringar ökade

med 2 procentenheter till 68 procent jämfört med år 2013. Bland 19-åringar var ökningen ännu lite större och andelen kariesfria ökade med 3 procentenheter från 34 procent år 2013 till 37 procent.

Förekomsten av karies och tidigare kariesskador hos 19-åringarna är särskilt intressant eftersom denna åldersgrupp representerar slutet på den organiserade och avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Speciellt gäller detta kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries, eftersom det är en god indikator på framtida vårdbehov. Detta beror på att lagade tänder i framtiden kommer att behöva nya fyllningar när de gamla går sönder. År 2014 hade 68 procent av Sveriges 19-åringar inga kariesskador på tändernas sidoytor (figur 20). Detta är en förbättring med 1 procentenhet jämfört med år 2013.

Figur 20. Andel kariesfria barn och ungdomar i olika åldrar i Sverige 1985–2014

För 19-åringar redovisas andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a).



Källa: Socialstyrelsen.

Asylsökande barn och ungdomar har oftare sämre tandhälsa

Det saknas i dag generellt tillgång till nationella och samlade uppgifter om tandhälsa och tandvård för asylsökande barn och ungdomar. Under hösten 2015 har flera landsting rapporterat ett ökat vårdbehov bland nyanlända barn och ungdomar. Folktandvården i Uppsala län har sammanställt uppgifter om vilken tandvård som asylsökande barn har fått under perioden 1 januari till 1 september 2015. Uppgifterna visar att asylsökande barn får i genomsnitt 4 gånger fler lagningar per person jämfört med övriga barn som bor i länet och drygt tio gånger oftare har en tand som behöver tas ut. Rotfyllningar är ovanligt bland ungdomar bosatta i Sverige. Bara 1 procent av ungdomarna i

åldersgruppen 11–19 år fick en rotfyllning under uppföljningsperioden. Motsvarande siffra bland asylsökande i samma åldersgrupp var i snitt 25 procent.

Sammantaget visar uppgifterna att behovet av tandvård är stort bland nyanlända barn och ungdomar jämfört med den generellt goda tandhälsan och det låga tandvårdsbehovet bland barn och ungdomar i Sverige. Dålig tandhälsa kan leda till smärta och obehag men är också negativt eftersom tidigare lagade tänder leder till ökat behov av tandvård i framtiden för drabbade personer. Det förändrade vårdbehovet i barn- och ungdomspopulationen kan komma att ställa nya krav på personal och organisation i tandvården, men hur detta kan komma att se ut är i dag inte klarlagt.

Vuxnas tandhälsa har blivit bättre

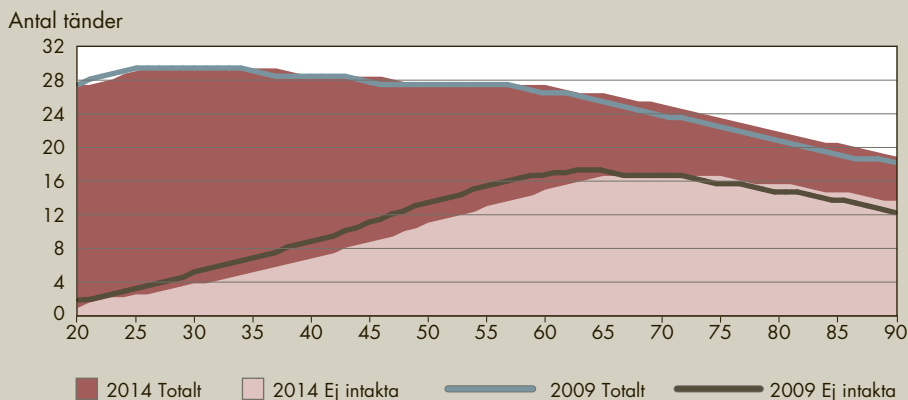
Det statliga tandvårdsstödet för vuxna infördes 1 juli 2008. Därmed ökade möjligheterna till uppföljning av vuxnas tandhälsa och tandvårdskonsumtion. I betänkandet *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76) redovisades en analys av tandhälsa och tandvårdskonsumtion för åren 2009–2014, utifrån registeruppgifter från Försäkringskassan och Socialstyrelsen [113]. Analysen visar att tandhälsan i befolkningen förbättras snabbt på flera områden. Ett av de viktigaste resultaten visar att andelen kvarvarande tänder i befolkningen ökat med 7 procent och andelen intakta tänder (tänder utan karies eller tidigare lagningar) ökade med 1 procent under perioden (figur 21). Samtidigt minskade andelen skadade och tidigare lagade tänder med 5 procent. Denna hälsoförbättring har resulterat i att antalet tandreparationer har minskat med 9 procent och antalet tanduttagningar på grund av karies och andra tandskador minskat med 12 procent. Andelen patienter som har behövt laga tänderna på grund av karies har minskat från 27 till 23 procent.

Den förbättrade tandhälsan där fler patienter har fler egna tänder kvar visar sig också genom att andelen patienter som behandlats med proteser eller implantat på grund av stora tandluckor (tre eller fler tänder bredvid varandra) minskat med 10 procent. Sammantaget ger detta bilden av att tandhälsan i den vuxna befolkningen i Sverige generellt utvecklas positivt i alla åldersgrupper men att personer med många tidigare lagade tänder (icke intakta) fortsatt har det största behovet av tandvård. Det gäller i hög grad personer över 65 år.

När fler personer har fler friska och tidigare olagade tänder minskar behovet av reparativ tandvård såsom fyllningar och kronor. I stället ökar efterfrågan av förebyggande tandvård och hälsopromotion (att få människor att själva förbättra sin hälsa). Ett uttryck för detta kan vara att antalet kontrollundersökningarna av tandhygienister har ökat med 31 procent under perioden 2009–2014.

Figur 21. Median antal kvarvarande tänder och antal ej intakta tänder

År 2009 och 2014 i vuxna befolkningen (20–90 år).



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad tandvård

Många äldre tar läkemedel som kan ge muntorrhet

En normal salivsekretion är en viktig faktor för en god mun- och tandhälsa. Nedsatt salivsekretion kan leda till ökad risk för karies, sveda i munnen och problem med att tala och tugga. Nedsatt salivsekretion kan vara en av biverkningarna vid strålbehandling mot tumörer i huvud- och halsregionen, vid viss typ av medicinering och vid exempelvis Sjögrens syndrom. Muntorrhet är också vanligare bland äldre [114]. En rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 2002 visade att det vetenskapliga stödet för förebyggande åtgärder mot karies vid muntorrhet var begränsat [115]. Dock visade rapporten att vissa typer av fluorbehandling hade en kariesförebyggande effekt vid nedsatt salivsekretion och att effekten var beroende av graden av nedsatt salivsekretion.

Sedan 2013 kan personer med nedsatt salivsekretion på grund av långvarig läkemedelsbehandling, strålbehandling mot öron-, näs-, mun- eller halsregionen och Sjögrens syndrom få ett så kallat särskilt tandvårdsbidrag (STB). Bidraget är 600 kronor per halvår och kan användas till sjukdomsförebyggande tandvårdsåtgärder. År 2014 fick knappt 11 000 personer STB på grund av muntorrhet orsakad av läkemedelsbehandling. Av dessa var 5 900 personer 65 år eller äldre.

Nya analyser utförda för denna rapport baserade på uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister visar att en hög andel av befolkningen som är 65 år eller äldre tar läkemedel som kan ge upphov till muntorrhet (definition enligt Scully C, 2003) [116]. Totalt är andelen i åldersgruppen så hög som drygt 76 procent. Högst är andelen i gruppen 85 år eller äldre där cirka 86 procent tar läkemedel som kan ge muntorrhet. I de äldsta åldersgrupperna

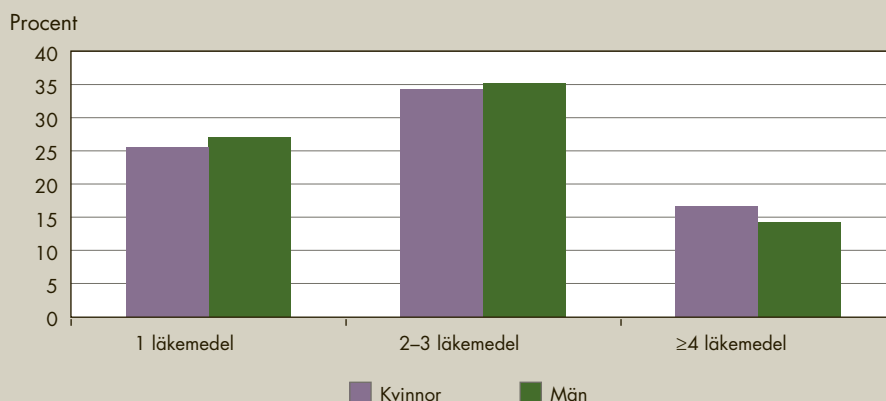
tar en något högre andel av kvinnorna läkemedel som kan ge muntorrhet medan i gruppen 65–75 år är andelen något högre bland männen (figur 22). Några av de läkemedel som kan ge muntorrhet är bland annat

- ACE-hämmare
- kalciumantagonister
- urindrivande medel
- medel mot magsår och refluxsjukdom
- sömnmedel
- antidepressiva medel
- opioider
- läkemedel med antikolinerga effekter (till exempel medel mot inkontinens samt vissa lugnande och antidepressiva medel).

Risken att drabbas av muntorrhet ökar ju fler läkemedel man tar. Analysen visar att många personer tar fler än ett läkemedel och ca 50 procent av personer som är 65 år eller äldre tar 2 eller fler läkemedel som kan ge muntorrhet. Vanligast är att man tar 2–3 läkemedel som kan ge muntorrhet. Resultaten visar på att många äldre har en hög risk att drabbas av muntorrhet på grund av de läkemedel som de tar, samtidigt som få utnyttjar det särskilda tandvårdsbidraget för att förebygga problem (se avsnittet *Tillgänglig tandvård*).

Figur 22. Andel äldre med läkemedel som kan ge muntorrhet

Andel personer 65 år eller äldre som 2014-12-31 hade läkemedel som kan ge upphov till muntorrhet. Fördelat på antal läkemedel och kön.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tandvården och diabetesvården bör stötta personer med diabetes att nå bättre munhälsa

Många personer med diabetes har problem med munhälsan, och karies är vanligare i den gruppen än bland personer utan diabetes. Det beror bland annat på minskat salivflöde, bristande glukoskontroll och hög glukoshalt i saliven eller i gingivalvätskan. Den mest rapporterade orala sjukdomen bland personer med diabetes är ökad förekomst och svårighetsgrad av parodontal sjukdom. Benämningen används för inflammatoriska processer som påverkar tändernas stödjevävnader, inklusive gingivan (tandköttet) och alveolära benet. Sjukdomen kan resultera i att dessa vävnader förstörs och att tandköttsfickor bildas runt tänderna [117]. The American Diabetes Association har benämnt parodontal sjukdom ”den sjätte diabeteskomplikationen”, och Internationella Diabetesfederation (IDF) gav 2009 ut riktlinjer för att behålla munhälsan vid diabetes [118].

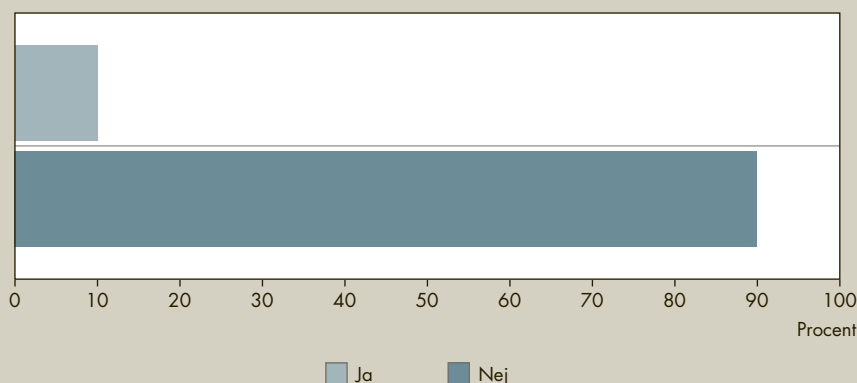
Saliven är den viktigaste försvarsfaktorn i munnen. Den är nödvändig för en god munhälsa och behövs för att man ska kunna tugga, svälja och tala. Dessutom skyddar saliven munslemhinnorna och bidrar till att man kan känna smaker. Muntorrhet är dock vanligt förekommande bland personer med diabetes, och diabetes kan påverka och förstöra salivspottkörtlarnas struktur och funktion. Orsaken är bland annat att de nerver som innerverar salivspottkörtlarna tar skada av högt blodsocker. Vidare kan de inflammationsprocesser som parodontiten sätter igång påverka glukoskontrollen negativt och höja HbA1c (så kallat långtidssockerprov).

Enligt de nationella riktlinjerna för diabetesvård från 2015 har förebyggande åtgärder mot karies och parodontit – borttagning av tandsten och putsning av tänderna – en positiv påverkan på HbA1c (en sänkning av blodsockernivåerna mellan 4 och 7 mmol/mol enligt det vetenskapliga underlaget) [119]. Förebyggande åtgärder för karies och parodontit bedöms därmed vara mycket viktiga och har getts prioritet 3 (på en skala 1–10 där 1 är högst och 10 lägst rekommenderat) och hälso- och sjukvården bör hänvisa personer med diabetes till tandvården för regelbundna kontroller och eventuella förebyggande åtgärder eller behandling mot karies och parodontit.

I en enkät till landets diabetesmottagningar ställde Socialstyrelsen frågan om diabetespatienter rutinmässigt rekommenderades att ta kontakt med tandvården. Resultatet visade att endast 9 av 93 diabetesmottagningar (9,7 procent) gjorde detta rutinmässigt (figur 23).

Figur 23. Diabetesmottagningar förebyggande åtgärder mot tandsjukdomar

Andel diabetesmottagningar som rutinemässigt rekommenderar alla personer med diabetes att ta kontakt med tandvården för förebyggande åtgärder mot karies och parodontit.



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Samtidigt visar uppgifter att personer med diabetes besöker tandvården i lägre utsträckning än övriga. Totalt 66 procent av alla personer med diabetes besökte tandvården någon gång under åren 2012 och 2013, jämfört med 72 procent av övriga befolkningen [120]. Orsaken till den lägre besöksfrekvensen bland personer med diabetes är inte känd.

Sedan år 2013 kan personer med svårinställd diabetes få ett särskilt tandvårdsbidrag för extra stöd till sjukdomsförebyggande tandvårdsåtgärder. År 2014 utnyttjade 938 personer detta tandvårdsstöd. Sannolikt är fler personer berättigade till särskilt tandvårdsbidrag för att förebygga munhälsoproblem vid diabetes, men utnyttjar inte detta.

Sammantaget är bedömningen att personer med diabetes kan ha svårt att få de förebyggande åtgärder eller behandling av karies och tandlossnings-sjukdom som de behöver. Detta på grund av låg kännedom bland patienter och vårdgivare om orsakssamband mellan sjukdomarna och om möjligheten till utökat tandvårdsstöd.

Säker tandvård

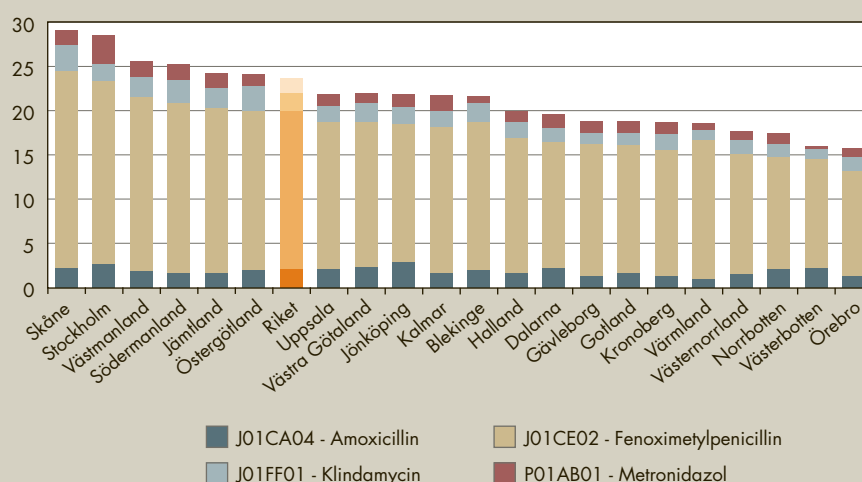
Fortsatta könsskillnader vid tandläkares förskrivning av antibiotika

År 2014 förskrev tandläkare i snitt 23,7 recept på antibiotika per 1 000 invånare. Det är en minskning med 1,3 recept jämfört med år 2013. Den minskning av användning av antibiotika i tandvården som setts sedan år 2007 fortsatte alltså även under år 2014. Den positiva utvecklingen beror sannolikt på de åtgärder som gjorts inom tandvården med rekommendationer

för antibiotika inom bland annat nationella riktlinjer, redovisning av statistik och utbildning av personal. En förbättrad tandhälsa i befolkningen förväntas också bidra till lägre antibiotika förskrivning inom tandvården. Som figur 24 visar är det fortfarande stora regionala skillnader i förskrivningen av antibiotika inom tandvården.

Figur 24. Antibiotikaförskrivning tandläkare

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare på antibiotika förskrivet av tandläkare år 2014, fördelat på län.



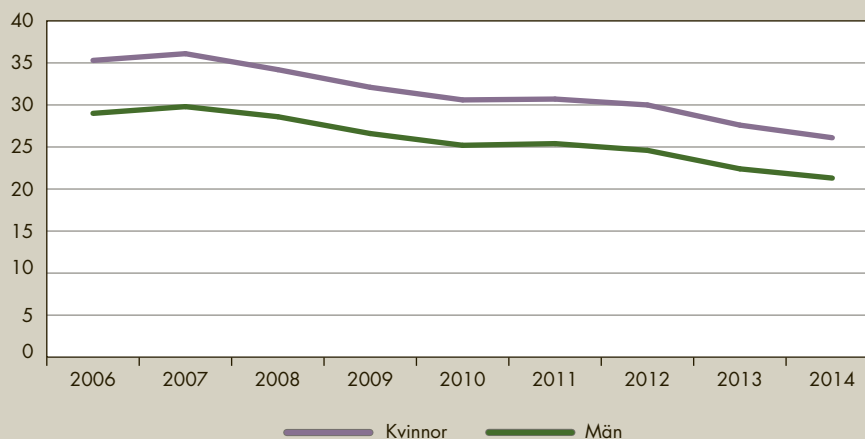
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 25 visar antalet uthämtade förpackningar med antibiotika minskar för både kvinnor och män, men kvinnor får fortsatt fler recept på antibiotika förskrivet av tandläkare. Orsaken till skillnaden och att den består trots en total minskning är inte känd. Inom tandvården borde inte skillnader i diagnoser ha en avgörande betydelse. Socialstyrelsen har i en tidigare rapport visat att skillnaden mellan könen framför allt ses vid behandling av infektioner i käkbenet, men att det inte finns någon skillnad mellan könen vid förskrivning av antibiotika i profylaktiskt syfte till exempel i samband med implantatoperationer [121].

Figur 25. Antal uthämtade antibiotikarecept

Antal uthämtade recept på antibiotika per 1 000 invånare, förskrivet av tandläkare, fördelat på kön och år 2006–2014.

Antal recept per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsförskrivningar med risk för skadliga interaktioner

Huvuddelen av de läkemedel som förskrivs inom tandvården utgörs av antibiotika och analgetika (smärtstillande). När ett läkemedel förskrivs till en patient är det viktigt att sätta sig in i patientens sjukdomshistoria och vilka övriga läkemedel som han eller hon har. Detta för att identifiera eventuella risker med att använda läkemedlet och hur det kan reagera ihop med andra läkemedel. Patienter som behandlas med vitamin K-antagonister (warfarin) bör inte samtidigt behandlas med antibiotika som metronidazol eller klindamycin, eftersom de tillsammans med warfarin kan resultera i försämrad koagulation eller blödningar. Man bör också undvika att använda warfarin och NSAID samtidigt, eftersom det ökar blödningsrisken. Även paracetamol kan påverka effekten av warfarin, om än i mindre omfattning.

För denna rapport har en analys av data från Socialstyrelsens läkemedelsregister genomförts. Analysen visar att knappt 129 000 av dem som var 65 år eller äldre behandlades med warfarin år 2014. Socialstyrelsen har gjort en så kallad punktprevalensmätning den sista dagen varje månad under 2014, för att studera samtidig användning av warfarin och preparat innehållande metronidazol, klindamycin, NSAID eller paracetamol. Resultaten visar att det vid dessa tolv mättillfällen var totalt 59 personer med metronidazol, 95 personer med klindamycin, 44 personer med NSAID och 164 personer med paracetamol som samtidigt medicinerades med warfarin. Även om andelen patienter med warfarin som samtidigt använde dessa läkemedel är låg visar resultaten att det förekommer förskrivning av läkemedel inom tandvården med risk för interaktioner med warfarin som kan leda till försämrad koagulation eller blödningar.

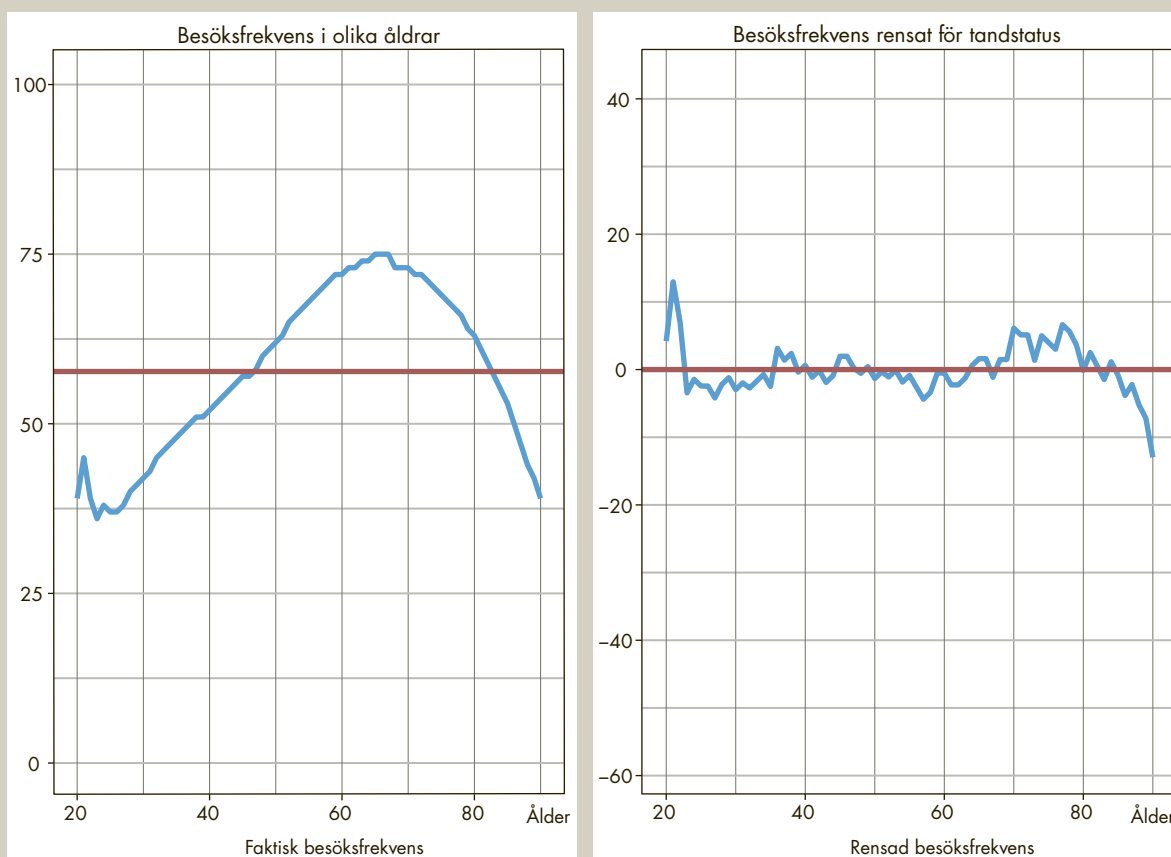
Individanpassad tandvård

Den förbättrade tandhälsan i den vuxna befolkningen kan tillskrivas flera orsaker. Som beskrivits tidigare är det en hög andel av de unga vuxna som lämnar barn och ungdomstandvården kariesfria och utan tidigare lagningar i tänderna. Samtidigt återfinns de personer som har flest skadade och saknade tänder i de äldsta åldersgrupperna. Analysen visar att personer med god tandhälsa ofta behåller detta tillstånd även när de blir äldre. Därmed ökar tandhälsan i befolkningen över tid.

En analys av tandhälsans betydelse för sannolikheten att besöka tandvården visar att 93 procent av besöksfrekvensen förklaras av tandstatus, vilket figur 26 visar [113]. Därmed kan man säga att befolkningen generellt besöker tandvården efter behov. En förbättrad tandhälsa i befolkningen skulle därmed sannolikt kunna leda till ett minskat behov av att besöka tandvården och i förlängningen till minskade kostnader både för samhället och för patienten.

Figur 26. Besöksfrekvens i tandvården

Besöksfrekvens, procentuell andel av befolkningen per åldersklass och besöksfrekvens relaterad till tandhälsa (högra figuren). Den röda linjen markerar besöksfrekvensen för hela befolkningen år 2009.



Källa: Statens offentliga utredningar (SOU 2015:76).

Jämlik tandvård

Skillnader i tandvårdsbesöken

År 2014 besökte 57,3 procent av den vuxna befolkningen tandvården. I faktiska tal betyder det att 173 000 fler personer besökte tandvården år 2014 jämfört med år 2009. Detta ger en ökning på 4,2 procent. Samtidigt har dock befolkningen ökat med 5,4 procent vilket innebär att besöksfrekvensen har minskat något sett till perioden. Under hela perioden 2009–2014 har 87 procent av den vuxna befolkningen besökt tandvården [113].

Kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning än män. Under åren 2013–2014 besökte 76 procent av kvinnorna och 69 procent av männen tandvården. Skillnaderna i besöksfrekvens mellan könen varierar med ålder. Störst är skillnaderna i gruppen 30–40 år. I denna grupp gjorde 68 procent av kvinnorna och 57 procent av männen minst ett besök i tandvården under perioden. Det saknas studier som kan förklara varför kvinnor generellt besöker tandvården oftare än män.

Även om besöksfrekvensen i tandvården är hög i befolkningen finns fortfarande grupper som inte besöker tandvården i samma utsträckning som genomsnittet i befolkningen gör. En ofta rapporterad orsak till att avstå tandvård trots behov är ekonomiska skäl. Folkhälsomyndigheten redovisar i Folkhälsoenkäten 2014 att andelen som trots behov avstått tandvård av ekonomiska skäl har minskat successivt från 12,2 procent år 2007 till 9,6 procent år 2014 [122]. Totalt var det 64 procent av de som avstått tandvård trots behov som gjorde det av ekonomiska skäl. Övriga orsaker till att avstå tandvård kan till exempel vara tandvårdsrädsla, att man inte har tid eller att skälen gått över. Den totala andelen i befolkningen som rapporterar att de avstått tandvård trots behov har minskat från 19 procent 2007 till drygt 15 procent 2014. Det betyder att andelen som avstår tandvård trots behov är ungefär lika stor som andelen som avstår hälso- och sjukvård. Det är dock betydligt vanligare att avstå tandvård av ekonomiska skäl jämfört med att avstå från hälso- och sjukvård. Orsaken till detta är att den patientfinansierade delen av kostnaden i tandvården ofta är högre.

Barn och ungdomar som har varit placerade får ofta en sämre tandhälsa som vuxna

Ungefär 3–4 procent av alla barn hamnar någon gång under uppväxten i social dygnsvård (fosterhem eller institutionsvård). Det motsvarar ungefär ett barn i en genomsnittlig skolklass i Sverige och denna siffra har varit relativt stabil över tid. För de flesta är placeringen begränsad till någon eller några perioder under uppväxten, men ungefär 25 procent av de placerade barnen – eller omkring 1 procent av alla barn – är i social dygnsvård under merparten av uppväxten [123]. När barn och ungdomar blir placerade i samhällsvård ska kommunen enligt 6 kap. 1 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) ansvara för att de får en god vård. Flera studier har dock visat att placerade barn har betydligt sämre somatisk och psykisk hälsa än andra barn [123–126].

Detta gäller såväl vid och under placeringen som senare i livet när de blivit vuxna. Mycket lite är känt om tandhälsan inom gruppen. Socialstyrelsen publicerade år 2015 en mindre regional studie bland barn som aktualiserats för dygnsvård [127]. Resultaten visade att vartannat barn i skolåldern hade kariessangrepp som krävde behandling. Tidigare studier visar också att dessa barn inte kommer till tandvården i samma utsträckning som andra barn [128]. Genom tandhälsoregistret, som funnits sedan juni 2008, finns det möjlighet att genomföra rikstäckande studier. Registret omfattar hela befolkningen och innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet för alla personer som är 20 år och äldre.

Socialstyrelsen har utifrån uppgifterna i tandhälsoregistret studerat tandhälsan och besöksmönstret hos unga vuxna som har varit placerade som barn [129]. Resultaten av studien visar att unga vuxna som har varit placerade som barn inte besöker tandvården i samma utsträckning som övriga i befolkningen. Det är också vanligare i denna grupp att endast besöka tandvården akut. Vidare har unga vuxna som varit placerade som barn sämre tandhälsa jämfört med kontrollgruppen och det är vanligare att till exempel få en tand utdragen. Det gällde både bland dem som varit placerade under nästan hela uppväxten (långvarigt placerade), och dem som varit placerade under kortare perioder.

Att få en tand borttagen är ofta ett resultat av en uttalad sjukdom som inte blivit behandlad eller som inte svarat på behandlingen. Anledningen till tanduttagning bland unga vuxna är oftast utbredd karies. Vid tandvärk står valet av behandling mellan att rotfylla tanden eller att ta bort tanden. Rotfyllning är ofta mycket dyrare än att ta bort en tand. Därmed riskerar patientens ekonomi att påverka valet mellan att rotfylla en tand eller att ta bort tanden. Att unga vuxna som varit placerade som barn i genomsnitt får fler tänder borttagna jämfört med andra kan vara ett uttryck för ojämlika förutsättningar för tandvård.

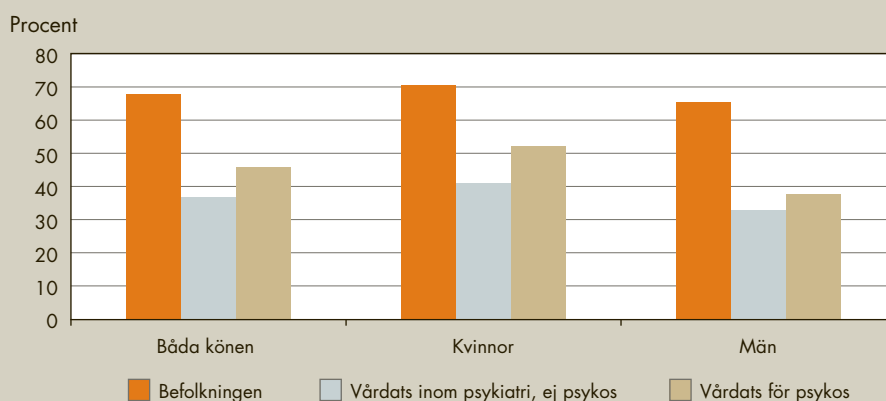
Personer som vårdats inom psykiatri besöker tandvården i lägre utsträckning

Personer med psykisk sjukdom riskerar att få sämre tandhälsa, dels på grund av läkemedel som ger muntorrhet, dels för att de kan ha svårt att själva sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. Socialstyrelsen publicerade i december 2014 rapporten *Öppna jämförelser 2014 – Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom* [130]. Rapporten visar att personer som behandlats inom psykiatri inte besöker tandvården i förebyggande syfte lika ofta som den övriga befolkningen. Som framgår av figur 27 gör män färre besök jämfört med kvinnor. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium, vilket kan minska de framtida behoven av tandvård. Att personer som behandlats inom psykiatri inte besöker tandvården i förebyggande syfte i samma utsträckning som den övriga befolkningen är därför bekymmersamt.

År 2013 infördes ett nytt tandvårdsstöd för patienter med stora behov av tandvård på grund av vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Personer som på grund av svår psykisk funktionsnedsättning har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling kan efter läkarintyg och godkännande från landstingen omfattas av detta tandvårdsstöd. De kan då få bastandvård enligt samma avgift som inom hälso- och sjukvården. Uppgifterna om detta stöd, som lämnats från vårdgivarna till tandhälsoregistret enligt 11 a § tandvårdsförordningen (1998:1338), har dock i dagsläget visat sig vara av för dålig kvalitet för att analysera i vilken utsträckning stödet når målgruppen.

Figur 27. Besök i tandvården för undersökning

Andel personer över 20 år, som har gjort en undersökning hos tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2012–30 juni 2014.



Källa: Tandhälsoregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

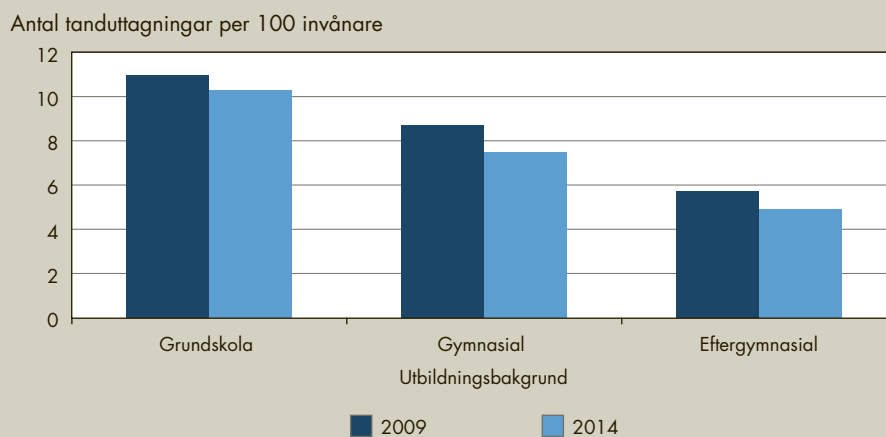
Enbart grundskoleutbildning ökar risken för att behöva dra ut en tand

Socioekonomiska faktorer har stor betydelse för tandhälsan och tandvårdskonsumtionen för såväl vuxna som barn [121, 131, 132]. En bra indikator på tandhälsan inom olika befolkningsgrupper är förekomsten av tandförluster. Eftersom i stort sett alla som behöver få en tand borttagen besöker tandvården är bortfallet litet och uppgifterna blir säkra. Antalet tanduttagningar per 100 invånare har under perioden 2009 till 2014 minskat från 7,8 till 6,9 tänder och är ett resultat av den förbättrade tandhälsan generellt i befolkningen. Det är dock stora skillnader i antalet borttagna tänder mellan personer med olika utbildningsbakgrund. År 2014 fick personer med högst grundskoleutbildning 10,3 tänder borttagna per 100 invånare (figur 28). Motsvarande siffra för personer med eftergymnasial utbildning var 4,9, alltså mindre än hälften.

Minskningen av antalet tanduttagningar sker i alla utbildningsgrupper men den relativa minskningen är större för personer med eftergymnasial utbildning. Så samtidigt som antalet förlorade tänder minskar för samtliga ökar gapet mellan de med låg och hög utbildning. Att få en tand borttagen är ofta ett resultat av en uttalad sjukdom som inte blivit behandlad eller som inte svarat på behandling. Tandförluster kan leda till problem att tugga och till estetiska problem. Att ersätta en förlorad tand med implantat eller annan protetisk ersättning är ofta förenat med höga kostnader.

Figur 28. Tanduttagningar i relation till utbildningsbakgrund

Antal tanduttagningar per 100 invånare (30–74 år) för 2009 och 2014.
Åldersstandardiserade siffror, med medelbefolkningen år 2014 som standardpopulation.



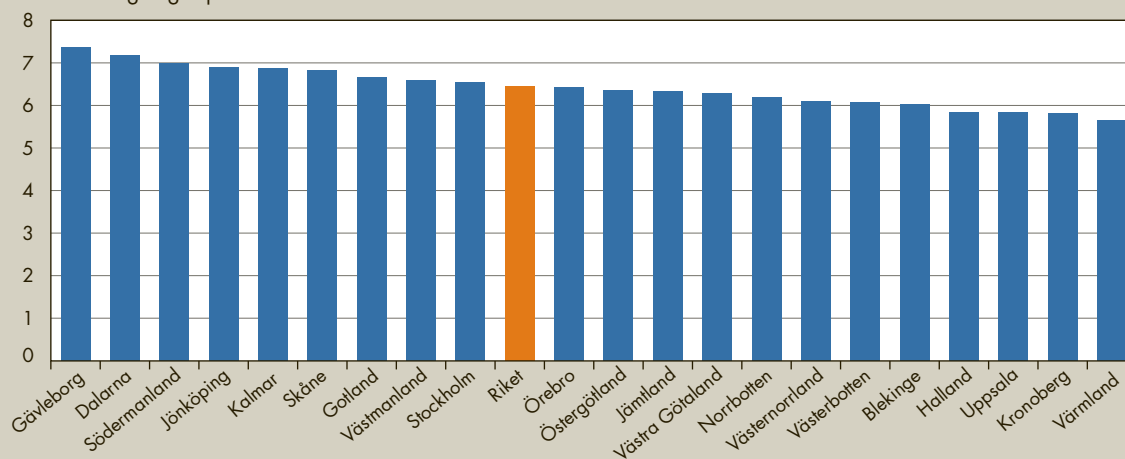
Källa: Tandhälsoregistret och Utbildningsregistret, Socialstyrelsen.

Till följd av den förbättrade tandhälsan i befolkningen har antalet tanduttagningar i befolkningen minskat med 12 procent mellan åren 2009 och 2014. År 2014 utfördes i snitt i riket 6,5 tandutdragningar per 100 invånare, vilket ses i figur 29. Det finns dock en regional skillnad när det gäller antal tanduttagningar i den vuxna befolkningen på 5,7 till 7,4 tandutdragningar på 100 invånare i respektive län.

Figur 29. Tanduttagningar fördelat på län

Antal tanduttagningar per 100 invånare fördelat på län år 2014. Åldersstandardiserade siffror.

Antal tanduttagningar per 100 invånare



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Tillgänglig tandvård

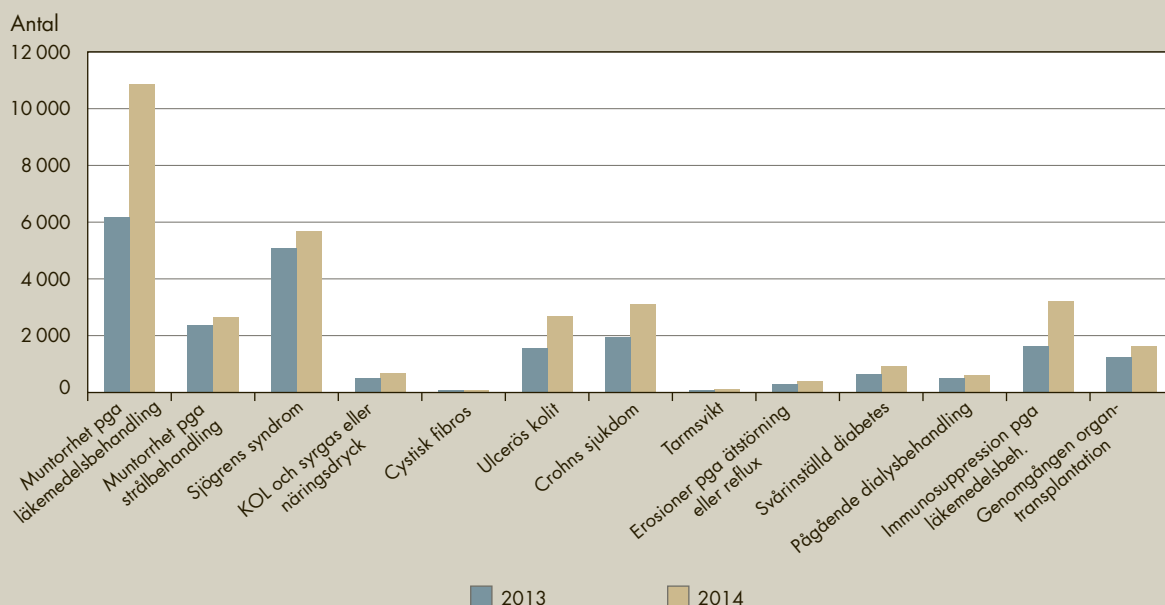
Det särskilda tandvårdsbidraget är inte särskilt väl utnyttjat

Sedan år 2013 kan personer med vissa sjukdomar eller tillstånd få ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) för att förebygga tand- och munproblem som leder till försämrad munhälsa. Bidraget är på 600 kronor per halvår och kan användas till förebyggande tandvård och abonnemangstandvård. I de flesta fall krävs ett läkarintyg som anger att personen tillhör någon av del 3 grupper som har rätt till ersättning. I proposition 2011/12:7 *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar* beräknades det att 285 600 personer kunde ha rätt till STB [133]. Utifrån hur tidigare stödsystem utnyttjades antogs det att 85 procent av de personer som var berättigade till stöd skulle utnyttja detta. År 2014 utnyttjade knappt 33 000 personer STB. Figur 30 visar att det skett en ökning från 22 000 år 2013, då stödet infördes. Antalet ökade i samtliga 13 grupper som omfattas av särskilt tandvårdsbidrag enligt 2 kap. 1 a§ lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Störst ökning har skett bland gruppen av personer som är muntorra på grund av läkemedelsbehandling. Men trots att antalet personer som utnyttjade STB har ökat var det totala utnyttjandet av STB bara 14 procent av den initialt beräknade gruppen. Anledningen till det låga utnyttjandet är sannolikt låg kännedom bland vårdgivare och patienter om detta tandvårdsstöd och hur det tillämpas. Det är därför viktigt att tandvården och hälso- och sjukvården identifierar patienter som kan vara berättigade till STB i för att förebygga tand och munsjukdomar.

Socialstyrelsen har under åren 2016–2018 i uppdrag att utvärdera samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och av det statliga särskilda tandvårdsbidraget, och lämna förslag till regeringen på eventuella förbättringar. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast 31 december 2018.

Figur 30. Särskilt tandvårdsbidrag fördelat på diagnos och kriterier

Antal patienter som fått särskilt tandvårdsbidrag (STB) år 2013 respektive 2014, fördelat på de 13 diagnoser och kriterier som berättigar till STB.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Tandvårdspersonalen ökar och många nya tandläkare utbildas utomlands

Antalet legitimerade tandläkare och tandhygienister fortsätter att öka i Sverige. År 2014 fanns 11 070 legitimerade tandläkare och 5 287 legitimerade tandhygienister under 65 år. Inom båda yrkesområdena finns en majoritet kvinnor men medan andelen kvinnor under 65 år med tandläkarlegitimation är 55 procent är nästan alla tandhygienister kvinnor. Av det totala antalet tandhygienister 2014 var andelen kvinnor 96 procent [134].

Enligt Socialstyrelsens nationella planeringsstöd utfärdades 406 nya legitimationer för tandläkare år 2014 [135]. Av dessa var 59 procent kvinnor. Totalt 40 procent av dem som fick tandläkarlegitimation 2014 var utbildade utanför Sverige. Med anledning av en ökad invandring av personer med tandläkarutbildning utanför EU och EES förväntas andelen legitimerade tandläkare med utbildning från något annat land än Sverige öka ytterligare. Av antalet tandläkare sysselsatta inom tandvården utgörs knappt 12 procent

av specialisttandläkare. Av de tandläkare som år 2014 fick specialistbehörighet var 64 procent kvinnor.

Tandvårdens personalsammansättning har förändrats påtagligt under de senaste 20 åren. Mellan 1995 och 2013 har antalet sysselsatta tandhygienister per sysselsatt tandläkare nästan fördubblats. Personalsammansättningen varierar dock stort mellan olika delar av landet (se tabell 8). För riket som helhet är kvoten mellan sysselsatta tandhygienister per tandläkare 0,53 men varierar från 0,40 i Stockholms län till 1,14 i Gävleborgs län. De regionala skillnaderna är delvis ett resultat av att vissa landsting ökat andelen tandhygienister med hänvisning till kompetenssammansättning eller arbetsfördelning. Variationen mellan länen kan också vara ett resultat av skillnader såväl i tillgång till de olika personalgrupperna var för sig som i personaltäthet över huvud taget.

Tabell 8. Antal tandhygienister per tandläkare, för riket och fördelade på län år 2013

Län	Antal tandhygienister per tandläkare
Gävleborgs län	1,14
Värmlands län	1,07
Dalarnas län	0,91
Örebro län	0,66
Norrbottnens län	0,59
Jönköpings län	0,58
Hallands län	0,56
Uppsala län	0,56
Västernorrlands län	0,54
Blekinge län	0,53
HELA RIKET	0,53
Östergötlands län	0,52
Skåne län	0,52
Västerbottens län	0,50
Västra Götalands län	0,48
Västmanlands län	0,48
Kalmar län	0,48
Jämtlands län	0,47
Södermanlands län	0,47
Kronobergs län	0,43
Gotlands län	0,43
Stockholms län	0,40

Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

Tandvårdsstöd når inte äldre i tillräcklig omfattning

Endast en liten andel av de äldre personer som uppskattas vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning tog del av dessa stöd år 2013–2014. Det slår Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fast i en rapport om hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen [136]. Det bristande genomslaget för de tandvårdsstöd som infördes 2013 kan delvis förklaras av begränsad kännedom och kunskap om stöden både i befolkningen och bland vårdgivare. Även genomslaget för så kallad uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är varierande och begränsat. Orsaken till detta kan enligt rapporten vara att landstingen och vårdgivarna kan uppfatta regelverket som otydligt, vilket skapar ett stort tolkningsutrymme och framför allt drabbar de äldre som bor kvar hemma. Otydligheten leder enligt Vårdanalys också till variationer över landet.

Vidare visar studien på att det saknas en sammanhållen nationell kunskapsstyrning för äldres munhälsa och tandvård, vilket ökar risken för att äldre inte får den tandvård som de behöver. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslår utifrån detta en rad åtgärder för att äldre i större utsträckning ska uppnå och behålla en god munhälsa. Bland annat föreslår de att tandvårdsstöden ska ses över utifrån ett patient- och medborgarperspektiv, kunskapsutvecklingen och kunskapsstyrningen inom äldretandvården ska stärkas och att kännedomen om tandvårdsstöden till patienter och vårdgivare bör förbättras.

Effektiv tandvård

Patienter är nöjda med sin implantatbehandling

År 2014 behandlades drygt 31 000 personer i den vuxna befolkningen med tandimplantat på grund av att de helt eller delvis saknade tänder. Sahlgrenska akademien har utvärderat implantatbehandlingen i Sverige, delvis med stöd från Försäkringskassan. Utvärderingen visar att 94 procent av patienterna som fått behandling med tandimplantat i början av 2000-talet är nöjda med behandlingen [137]. Studien visade samtidigt att 31 procent av patienterna har upplevt komplikationer med sina implantat och att 7,6 procent förlorat ett eller flera implantat under en uppföljningstid på 9 år. Rökare löpte ökad risk att förlora sina implantat. Vidare visade 45 procent av patienterna tecken på periimplantit (infektion i implantatets stödjevävnader och förlust av ben runt implantatet), och att detta tillstånd ofta debuterar tidigt efter att implantatbehandlingen. Sjukdomen kan leda till att patienten förlorar implantatet. I utredningen *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76) redovisas att antalet patienter som behandlas för periimplantit ökat med 30 procent mellan åren 2009 och 2014 [113]. Ökningen hänförs framförallt till att antalet personer med tandimplantat i åldersgruppen 65 år eller äldre ökar.

Fler tecknar abonnemangstandvård

Antalet personer i den vuxna befolkningen som har tecknat avtal med en vårdgivare om abonnemangstandvård ökar i Sverige. År 2014 hade ca 670 000 personer avtal om abonnemangstandvård och utgör därmed en allt större andel av dem som besöker tandvården [138]. Abonnemangstandvård innebär att patienten tecknar avtal med vårdgivaren om bastandvård till en fast årlig kostnad. Avgiftens storlek baseras på en riskvärdering. En studie från Sahlgrenska akademien visar att de patienter som valde abonnemangstandvård som betalningsmodell har en uttalat positiv syn på munhälsa och dess betydelse för välbefinnandet [139]. De motionerade mer, rökte mindre och var i högre grad motiverade att följa råd för egenvård än de patienter som valt att behålla den ordinarie betalningsmodellen för tandvård som är åtgärds- och styckeprisbaserad. Studien visar vidare att patienterna som valt abonnemangstandvård under en treårsperiod fått fler förebyggande åtgärder och färre lagningar jämfört med kontrollgruppen. En uppföljning efter 6 år visar också att personer som betalade sin tandvård med den traditionella styckeprisbaserade modellen hade 50 procents ökad risk att få karies jämfört med dem som valt abonnemangstandvård, även efter justering för ålder, kön, utbildning och tidigare karieserfarenhet.

Upplysningstjänsten vid Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i en rapport från år 2015 inte kunnat identifiera några HTA-rapporter, systematiska litteraturöversikter eller randomiserade kliniska studier som stödjer att abonnemangstandvård som betalningsform leder till en förbättrad tandhälsa [140]. SBU fann inte heller några hälsoekonomiska studier om huruvida abonnemangstandvård är ekonomisk fördelaktigt för patienten. Dessa resultat tillsammans med den höga andelen patienter som tecknat avtal om abonnemangstandvård visar att det fortsatt finns ett stort behov av utvärdering av olika former av betalningssystemens påverkan på tandhälsan och tandvårdskonsumtionen.

Referenser

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

1. God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
3. Effektiv vård: slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
4. Schwierz, JMaC. Efficiency estimates of health care systems. 2015. Hämtad från: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf
5. Svensk hälso- och sjukvård i internationell jämförelse 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
6. Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa: betänkande. Stockholm: Fritze; 2015.
7. Migrationsverket. Hämtad 2015-11-08 från: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Den-aktuella-flyktingsituationen.html>
8. Verksamhets- och utgiftsprognos 2016. Hämtad 2016-02-26 från: <http://www.migrationsverket.se/download/18.2d998ffc151ac3871592a8b/1454583524333/Migrationsverkets+februariprognos+2016+%28P216%29.pdf>
9. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Hemställan, december 2015.
10. Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2014. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
11. Statistiska centralbyrån. Hämtad 2015-12-15 från: http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/
12. Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
13. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
14. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
15. Korta analyser 2015:1. Försäkringskassan; 2015.
16. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
17. Öppna jämförelser 2015: hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
18. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. 2015.

19. Karolinska Institutet. Hämtad 2015-12-16 från: <http://ki.se/nasp/sjalv-mord-i-sverige-0>
20. Karolinska Institutet. Hämtad 2015-12-16 från: <http://ki.se/nasp/sjalv-mordsforsok-i-sverige>
21. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2015-12-15 från: <http://www.folkhalso-myndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/suicid-prevention/>
22. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015.
23. Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
24. Eriksson, M, Glader, EL, Norrving, B, Asplund, K. Poststroke suicide attempts and completed suicides: a socioeconomic and nationwide perspective. *Neurology*. 2015; 84(17):1732-8.
25. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
26. Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
27. Hjärtinfarkter 1994-2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
28. Utvärdering nationella riktlinjer hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
29. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
30. Nationella riktlinjer – målnivåer – vård vid astma och KOL. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
31. Astma- och allergiförbundet. Hämtad 2015-12-15 från: <http://astmaoallergiforbundet.se/vad-du-kan-gora/barnallergifonden/>
32. Nationella riktlinjer för diabetesvård 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
33. Agardh, C-D, Berne, C. Diabetes. Stockholm: Liber; 2010.
34. Federation, ID. IDF Diabetes Atlas; 2013.
35. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
36. Målnivåer för diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
37. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
38. Utvärdering av landstingens arbete med sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
39. Dagens Medicin. Hämtad 2015-12-15 från: <http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/02/04/sarskild-recept-blankett-ska-underlatta-rokstopp/>

40. Leppänen A, BO, Sundberg CJ, Tomson T. Perceived feasibility of a primary care intervention for Tobacco Cessation on Prescription targeting disadvantaged groups in Sweden - a qualitative study. BMC Research Notes 2016. Hämtad 2016-03-11 från: <http://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-1949-y>
41. Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
42. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2015-12-15 från: <http://www.folkhalso-myndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/vaccinationer/vaccinbrist/>
43. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre: kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
44. Nästa fas i e-hälsoarbetet: betänkande. Stockholm: Fritze; 2015.
45. Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
46. God vård av vuxna med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
47. God vård av barn och ungdomar med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
48. Till dig med könsdysfori. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
49. Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
50. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Hämtad 2016-02-26 från: <http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/overenskommelsenpsykiskhalsa.234.html>
51. Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa – Delrapport av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
52. Läkemedelsverket. Hämtad 2016-02-24 från: <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlingsrekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/ADHD/>
53. Psykisk hälsa - ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
54. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 2015-12-15 från: <http://www.ivo.se/for-privatpersoner/for-placerade-barn-och-unga/du-som-vardas-i-psykiatrisk-tvangsvard/>
55. Dina rättigheter i tvångsvården – vård enligt LPT. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
56. Dina rättigheter i tvångsvården – vård enligt LRV. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
57. Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård. Om rättigheter och tvångsåtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

58. Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? Riksrevisionen; 2015.
59. Arbidsgrupp under Nordisk Ministerråd om patientsikkerhed. Styrelsen for patientsikkerhed. En rapport om Patientsikkerhed; 2016.
60. Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Official Journal of the European Union. 2009.
61. Europeiska kommissionen. Rapport från kommissionen till rådet på grundval av medlemsstaternas rapporter om genomförandet av rådets rekommendation (2009/C 151/01) om patientsäkerhet och förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner; 2012.
62. Key findings and recommendations on education and training in patient safety across Europe. 2014.
63. Report from the commission to the council. The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Hämtad 2012 från: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf
64. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
65. Fråga patienten. SOU 2015:102. Nya perspektiv i klagomål och tillsyn: Slutbetänkande från Klagomålsutredningen. Wolters Kluwer; 2015.
66. Gör lex Maria vården säkrare? En uppföljning av lex-Maria-anmälningar i den somatiska specialistvården i sydöstra Sverige. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
67. Hur står det till med våra akutmottagningar? Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
68. Markörbaserad journalgranskning 2013-2014. Skador i vården – skadeområden, undvikbarhet samt förändringar över tid. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
69. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2015-12-05 från: <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavvriochbhk/resultatvardrelateradeinfektioner.2333.html>
70. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European hospitals 2011-2012; 2013.
71. Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler våren 2015. Hämtad 2016-01-13 från: <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavvriochbhk/resultatbasalahygienrutinerochkladregler.2277.html>
72. Folkhälsomyndigheten och Statens Veterinärmedicinska Anstalt. SWEDRES/ SVARM; 2014.

73. Läkemedelsverket. Hämtad 2015-12-16 från:
https://lakemedelsverket.se/upload/om_lakemedelsverket/rapporter/Slutrapport_restnoteringar_2015.pdf
74. Min guide till säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
75. Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2015.
76. Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2014.
77. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv - en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
78. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor. Hämtad 2016-02-22 från:
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/fysisk-halsa/allmant-halsotillstand/>
79. Nationell Patientenkät, Sveriges landsting och regioner i samverkan. 2015. Hämtad 2016-02-22 från: <http://npe.skl.se/Oversikt.aspx?ActiveView=0>
80. Statistiska Centralbyrån. ULF/SILC 2014. Frågeformulär ULF/SILC; 2014.
81. Uppföljning av ryggkirurgi i Sverige. Svensk ryggkirurgisk förening; 2014.
82. Utveckling av vården för personer med kroniska sjukdomar: lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
83. Öppna jämförelser 2015 Hälso- och sjukvård Övergripande indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
84. Cancerincidens i Sverige 2014: nya diagnosticerade cancerfall år 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
85. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
86. Öppna jämförelser Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
87. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Stockholm; Socialstyrelsen; 2015.
88. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från: <http://skl.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv2015/satsningpaforlossningsvardochkvinnors-halsa.7766.html>
89. Malmö stads välfärdsredovisning 2013.
90. Årsrapport 2014. BORIS Barn Obesitas Register i Sverige; 2015.
91. Läkemedelsbehandling vid adhd. Aspekter av behandling och regionala skillnader. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

92. Användningen av centralstimulantia vid adhd – Utvecklingen regionalt och i riket. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
93. Biederman J, MS, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arc Gen Psychiatry* 1995;52:464–70.
94. Hjern A, WG, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study. *Acta Pædiatrica* 2010;99:920–4.
95. Dagens Medicin. Hämtad 2015-12-16 från: <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/laga-troesklar-fraemjar-en-jaemlikprimaervard-20219>
96. Kommittédirektiv 2015:60. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/kommittedirektiv/2015/06/dir.201560/>
97. Regeringen. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/artiklar/2015/04/jamstalldhetsintegrering/>
98. Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter: förutsättningar och exempel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
99. Låt den rätte komma in. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2014.
100. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
101. Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Myndighetens för vård- och omsorgsanalys; 2015.
102. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar: rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
103. Uppdrag att följa och utvärdera satsningen på att korta väntetiderna i cancervården.
104. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. En baslinjestudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
105. Nationella planeringsstödet 2026. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
106. Överenskommelse mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
107. Handbok för effektivitetsanalyser: för god hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
108. Behandling av barn med cochleaimplantat som rikssjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
109. Viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
110. Gemensam informationsstruktur – Rapportering från regeringsuppdrag 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
111. Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader. Konkurrensverket; 2015.

TANDVÅRD

112. Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
113. Ett tandvårdsstöd för alla: fler och starkare patienter: betänkande. Stockholm: Fritze; 2015.
114. Billings, RJ, Proskin, HM, Moss, ME. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(5):312-6.
115. Att förebygga karies: en systematisk litteraturöversikt : oktober 2002. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2003.
116. Scully, C. Drug effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Dis.* 2003; 9(4):165-76.
117. Sgolastra, F, Severino, M, Pietropaoli, D, Gatto, R, Monaco, A. Effectiveness of periodontal treatment to improve metabolic control in patients with chronic periodontitis and type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Periodontol.* 2013; 84(7):958-73.
118. IDF clinical practical guidelines – Diabetes and oral health. Hämtad 2016-02-22 från: <http://www.idf.org/guidelines/diabetes-andoralhealth2009>
119. Nationella riktlinjer för diabetesvård: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
120. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
121. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård: indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
122. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor 2014. Folkhälsomyndigheten; 2015.
123. Vinnerljung B, HA, Ringbäck Weitof G, Franzén E, Estrada F. Kapitel 7. Utsatthet bland barn och unga. Social rapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
124. Vinnerljung B, BM, Hjern A. Kapitel 7. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
125. Vinnerljung B, AT. Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2015.
126. Vinnerljung B, FH, Jacobsen H, Kling S, Kornor H, Leh-man S. Barn kan inte vänta. Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar. Projekt Nordens barn – fokus på barn i fosterhem; 2015.

127. Alexandersson P, KS, Nilsson I. Utsatta barns hälsa: resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
128. Kling S, NI. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö 2010. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
129. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Registerstudie av tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland 20–29-åringar som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
130. Öppna jämförelser 2014 – Jämlik vård: somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
131. När tänderna får vänta. Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
132. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga: underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
133. Regeringens proposition 2011/12:7: Tandvård för personer med vissa sjukdomar och funktionshinder. 2011.
134. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
135. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal: officiell statistik om antal legitimerade (2014) och arbetsmarknadsstatus (2013). Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
136. Tandlösa tandvårdsstöd: en analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
137. Derks, J. Effectiveness of implant therapy in Sweden. Göteborg: Institute of Odontology. Department of Periodontology, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg; 2015.
138. Folktandvården. Hämtad 2016-02-23 från:
http://www.folktandvarden.se/Global/Frisktandvard/antal_avtal/Antal_frisktandvardsavtal_per_lan-region_2015-12-31.pdf
139. Andås, CA. A new payment model in Swedish dental care. Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg; 2015.
140. Effekter av abonnemangstandvård (frisktandvård) på patientens tandhälsa och ekonomi. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015.

**Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård
samt tandvård – Lägesrapport 2016**

(artikelnr 2016-3-16) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se