

# Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

Resultat baserade på socioekonomisk områdestyp  
i Socialstyrelsens statistik- och analysverksamhet  
2024-2025

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

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

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

Artikelnummer: 2026-3-10082

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2026

## Förord

Socialstyrelsen har under 2024–2025 haft i uppdrag att använda sig av regionala statistikområden (RegSO) i samband med analyser, uppföljningar, utvärderingar och redovisning av statistik, samt att i en skriftlig rapport redovisa vidtagna åtgärder, resultat, erfarenheter och utvecklingsområden som framkommit i samband med uppdraget. Den här rapporten är en sammanställning av de resultat som framkommit i publiceringar inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst där den områdesbaserade socioekonomiska indelningen områdestyp ingått. Rapporten publiceras i anslutning till publiceringen av slutrapporten i uppdraget - *Effektivare arbete för integration och minskat utanförskap med hjälp av regionala statistikområden - Slutredovisning*.

Björn Eriksson

Generaldirektör

GD/GDN

# Innehåll

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Förord .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Innehåll .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Sammanfattning .....</b>   | <b>7</b>  |
| Socialtjänstinsatser och omsorg .....                                       | 7         |
| Tandvård och munhälsa .....   | 8         |
| Vård och behandling inom slutenvård och specialiserad öppenvård .....       | 8         |
| Cancer .....  | 9         |
| Förskrivning och expediering av läkemedel .....                             | 9         |
| Graviditet, förlossning och nyfödda barn .....                              | 10        |
| Dödsorsaker .....   | 10        |
| <b>Bakgrund .....</b>   | <b>12</b> |
| Syfte .....   | 12        |
| Disposition .....   | 12        |
| Bearbetningar .....   | 13        |
| <b>Om regionala statistikområden och områdestyper .....</b>                 | <b>14</b> |
| Bakgrundsfördelningar – områdestyp fördelat på åldersgrupp och region ..... | 15        |
| <b>Socialtjänstinsatser och omsorg .....</b>                                | <b>18</b> |
| Insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården .....                     | 18        |
| Insatser till personer med funktionsnedsättning .....                       | 19        |
| Socialtjänstinsatser bland äldre .....                                      | 21        |
| Ekonomiskt bistånd .....  | 24        |
| Socialtjänstinsatser bland personer med skadligt bruk och beroende ...      | 25        |
| Social barn- och ungdomsvård .....  | 26        |
| <b>Tandvård och munhälsa .....</b>  | <b>33</b> |
| Besök till tandvården .....   | 33        |
| Munhälsa .....  | 38        |
| Tandvårdsbehandling och utfall av behandling bland vuxna .....              | 42        |
| Utfall av tandvårdsbehandling bland barn och unga .....                     | 55        |
| Patient- och personalcentrerad personalplanering inom tandhälsområdet ..... | 56        |
| Uppföljning i tandvården bland personer med kronisk sjukdom .....           | 70        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Vård och behandling inom slutenvård och specialiserad öppenvård .....</b>  | <b>76</b>  |
| Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade i specialiserad öppenvård samt slutenvård .....                                | 77         |
| Patient- och personalcentrerad personalplanering – läkarbesök och vårdtid inom den specialiserade vården .....              | 80         |
| Vård till följd av övergrepp av annan person .....  | 95         |
| Psykisk ohälsa bland barn och unga .....  | 100        |
| Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården inom barn- och ungdomspsykiatri ..... | 103        |
| Besök på psykiatriska akutmottagningar .....  | 109        |
| Psykiatrisk tvångsvård .....  | 113        |
| Vård och kontinuerlig uppföljning bland personer med kronisk sjukdom .....  | 116        |
| <b>Cancer .....</b>   | <b>123</b> |
| Insjuknande och dödlighet .....   | 123        |
| Överlevnad .....  | 129        |
| <b>Förskrivning och expediering av läkemedel .....</b>  | <b>135</b> |
| Antidepressiva läkemedel .....  | 135        |
| Antibiotika .....   | 141        |
| Smärtstillande läkemedel .....  | 146        |
| Andra läkemedel .....   | 149        |
| <b>Graviditet, förlossning och nyfödda barn .....</b>   | <b>158</b> |
| Graviditetsrelaterade tillstånd, förlossningssätt och förlossningsskador .....  | 158        |
| Barnöverlevnad och andra barnutfall .....   | 160        |
| <b>Dödsorsaker .....</b>  | <b>164</b> |
| Sjukdomsrelaterade dödsorsaker .....  | 164        |
| Yttre orsaker .....   | 168        |
| <b>Referenser .....</b>   | <b>172</b> |
| <b>Bilaga 1. Regionala skillnader i specialistvårdsbesök till läkare .....</b>  | <b>175</b> |
| <b>Bilaga 2. Regionala skillnader i vårdtid .....</b>   | <b>180</b> |
| <b>Bilaga 3. Utvärdering av arbetssättet "En Väg In" .....</b>  | <b>184</b> |
| <b>Bilaga 4. Cancerformer som redovisas i Cancer i Sverige .....</b>  | <b>186</b> |

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

|  |            |
|--|------------|
| <b>Bilaga 5. Insjuknande och dödlighet sammanställd utifrån analysverktyget för Cancer i Sverige .....</b> | <b>188</b> |
| <b>Bilaga 6. Femårsöverlevnad sammanställd utifrån analysverktyget för Cancer i Sverige .....</b>          | <b>194</b> |

## Sammanfattning

Den här resultatrapporten har tagits fram i och med slutredovisningen av myndighetens uppdrag *Effektivare arbete för integration och minskat utanförskap med hjälp av regionala statistikområden* (regleringsbrev 2024). Rapporten sammanställer de statistik- och analysresultat som framkommit i publiceringar inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst där den områdesbaserade socioekonomiska indelningen områdestyp ingått. Redovisningen innefattar statistik, analyser, uppföljningar, utvärderingar, kartläggningar och kunskapsstöd som publicerats under den tid uppdraget pågått och under de avgränsningar som satts upp för uppdraget [1]. Sammanställningen belyser den socioekonomiska segregationens konsekvenser inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst och har sammanställts med förhoppningen om att komma beslutsfattare, myndigheter, regioner, kommuner och andra aktörer och målgrupper till nytta, och också att utgöra en grund för myndighetens fortsatta arbete med regionala statistikområden och områdestyper.

## Socialtjänstinsatser och omsorg

Resultaten visar att personer i områden med sämre och blandade socioekonomiska förhållanden mottar kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i högre utsträckning jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Insatser till personer med funktionsnedsättning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och boendestöd enligt socialtjänstlagen (2025:400) (SoL) är betydligt vanligare i socioekonomiskt utsatta områden, där förekomsten är ungefär dubbelt så hög som i områden med mycket goda förutsättningar. Förhållandet mellan socioekonomi och hemtjänstinsatser bland efterlevande äldre är framför allt tydligt bland män, med fler insatser i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar.

Tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870), med anledning av skadligt bruk och beroende, är vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar. För barn och unga är heldygnsvård enligt SoL och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, betydligt vanligare bland boende i socioekonomiskt utsatta områden i jämförelse med boende i övriga områdestyper. En djupare analys av skillnader i placeringsmönster mellan barn och unga med svensk respektive utlandsfödd bakgrund visar att socialtjänstplaceringar av barn och unga har samband med socioekonomiska förhållanden, däribland områdets socioekonomi, snarare än föräldrars födelseland. När hänsyn tas till faktorer som individuella socioekonomiska bakgrundsfaktorer och bakgrundsfaktorer relaterade till utsatthet är sannolikheten att barn och unga placeras enligt SoL och/eller LVU

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

lägre i områden med socioekonomiska utmaningar jämfört med boende i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

## Tandvård och munhälsa

Det finns en stark koppling mellan munhälsa och socioekonomi. Boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar gör färre basundersökningar, har längre intervall mellan tandläkarbesöken och besöker oftare tandvården för akuta besvär jämfört med boende i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Personer med kroniska sjukdomar, såsom epilepsi, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och multipel skleros (MS), besöker tandvården i lägre utsträckning om de bor i socioekonomiskt utsatta områden.

I områden med sämre socioekonomi har fler patienter färre kvarvarande och intakta tänder, samt högre förekomst av karies och parodontit. I dessa områden får patienter orsaksinriktad behandling för karies och parodontit i högre utsträckning, men det är vanligare att sjukdomsutvecklingen avstannar efter behandling bland patienter i områden med bättre socioekonomi. Det är också vanligare att patienter förlorar tand efter karies och parodontit i områden med sämre socioekonomi.

Andelen barn och unga som besöker tandvården akut har ökat över tid och flest akuta besök görs bland boende i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. Barn och unga i dessa områden får förebyggande insatser i lägre utsträckning och behandling i högre utsträckning, i jämförelse med andra områden. I områden med bättre socioekonomi har en större andel barn och unga avstannade karies efter behandling.

## Vård och behandling inom slutenvård och specialiserad öppenvård

Boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar har fler vårdtillfällen i slutenvård och längre vårdtider generellt i den specialiserade öppenvården, i jämförelse med boende i andra områdestyper. I områden med sämre socioekonomi är det vanligare att vårdas för diagnoser som anses vara påverkbara genom god primärvård eller specialiserad öppenvård, exempelvis diabetes och hjärtsvikt, samt att vårdas för hjärtinfarkt och stroke. Vård till följd av övergrepp är också betydligt mer vanligt förekommande bland barn och vuxna i socioekonomiskt utsatta områden, i synnerhet bland pojkar och män.

Mönstret för läkarbesök i den specialiserade öppenvården är det omvända för vissa diagnosgrupper; boende i områden med goda socioekonomiska förutsättningar har fler läkarbesök för bland annat cancer och kardiovaskulära sjukdomar, medan vårdtiden för dessa sjukdomar och för psykisk ohälsa generellt är längre för personer från områden med sämre socioekonomi. Färre

patienter med Parkinsons sjukdom från områden med socioekonomiska utmaningar följs upp i sjukvården. Bland patienter med MS, psoriasis, KOL och med eller utan terapieresistent epilepsi, är variationerna mindre eller utan större skillnader.

Inom psykiatrin varierar vårdutfall till viss del mellan barn, unga vuxna och vuxna. Barn i socioekonomiskt utsatta områden har i lägre utsträckning fått vård för adhd och psykisk ohälsa eller besökt en psykiatrisk akutmottagning, i jämförelse med boende i andra områdestyper. Även bland unga vuxna är det färre i områden med sämre socioekonomi som fått vård för psykisk ohälsa, medan fler i dessa områden fått psykiatrisk tvångsvård enligt LPT (Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård). Bland vuxna är det vanligare med både psykiatrisk tvångsvård och akutbesök inom psykiatrin bland boende i områden med sämre socioekonomi, jämfört med boende i andra områden. Förekomsten av självskada är något lägre i områden med mycket god socioekonomi bland både barn och unga.

## Cancer

Det är generellt sett vanligare att diagnostiseras med cancer i områden med goda socioekonomiska förutsättningar, men det är vanligare att avlida av en cancersjukdom i områden med sämre socioekonomi. Det högre insjuknandet i områden med god socioekonomi hänger till stor del samman med att det i dessa områden är vanligare att diagnostiseras med någon av de mest förekommande cancerformerna: bröst- och prostatacancer och malignt melanom. I områden med sämre socioekonomi är det betydligt vanligare att både insjukna i och avlida av lungcancer.

En större andel patienter från socioekonomiskt utsatta områden diagnostiseras med cancer i ett senare skede sett till flera cancerformer, exempelvis prostatacancer, bröstcancer och urinblåsecancer. Boende i dessa områden har generellt också sämre femårsöverlevnad för flera cancerformer, däribland lungcancer, cancer i bukspottkörteln och myelom.

## Förskrivning och expediering av läkemedel

Förskrivning och uttag av läkemedel varierar bland boende i olika områdestyper beroende på typ av läkemedel och ålder. Mönstret för uttag av antidepressiva läkemedel har förändrats över tid; från att ha varit betydligt lägre bland både kvinnor och män i områden med mycket god socioekonomi, är uttagen nu i stället något lägre hos kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Antidepressiva läkemedel är vanligare bland unga i områden med mycket god socioekonomi, medan de bland personer 65 år eller äldre är vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

Uttag av antibiotika förskrivna i öppenvården är något högre bland patienter bosatta i områden med goda socioekonomiska förutsättningar men skillnaderna mellan områdestyperna är små. Bland unga är däremot skillnaderna mellan områdestyperna tydliga, med betydligt fler uttag i områden med mycket god socioekonomi. Antibiotikaförskrivningen inom tandvården visar däremot på omvänt förhållande, med fler uttag i socioekonomiskt utsatta områden, alla ådrar sammantaget. Detta speglar sannolikt att patienter söker vård i ett sent skede och då infektioner blivit allvarigare.

Uttag av smärtstillande läkemedel är betydligt vanligare bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Blodfettsänkande, blodförtunnande och blodtryckssänkande läkemedel är generellt sett också vanligare i områden med sämre socioekonomi, framför allt i äldre åldersgrupper.

## Graviditet, förlossning och nyfödda barn

Kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden har betydligt högre risk att drabbas av diabetes typ 2 i jämförelse med kvinnor bosatta i övriga områdestyper. Planerade kejsarsnitt är vanligare bland kvinnor i områden med god socioekonomi och andelen kvinnor med diagnostiserad sfinkterruptur är lägre bland kvinnor i områden med sämre socioekonomi. Områdestypens påverkan på dessa utfall kvarstår även efter att hänsyn tagits till flera andra faktorer.

Generellt är det vanligare med negativa utfall bland barn födda till kvinnor i områden med sämre eller blandade socioekonomiska förutsättningar. Barn till mödrar i dessa områden löper större risk att födas mycket för tidigt, vara dödfödda, dö perinatalt, samt att vara lätta för tiden och ha låga apgarpoäng 5 minuter efter födseln. Även dessa resultat kvarstår efter att hänsyn tagits till flera relevanta faktorer. Statistik visar också att spädbarnsdödligheten är något högre i områden med sämre socioekonomi, jämfört med andra områden.

## Dödsorsaker

Den totala dödligheten, det vill säga dödlighet oavsett orsak, följer en socioekonomisk gradient med högre dödlighet i områden med socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Dödlighet efter stroke är högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar bland både kvinnor och män, och dödlighet efter hjärtinfarkt är framför allt högre bland män i dessa områden. I områden med socioekonomiska utmaningar avlider fler till följd av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, det vill säga diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar är betydligt vanligare i områden med sämre socioekonomi. Mönstret är inte lika tydligt för dödsfall till följd av självmord eller oklar avsikt, annat än att dessa dödsfall generellt är färre i områden med mycket god socioekonomi. Fler anmälningar om medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen görs i områden med socioekonomiska utmaningar eller i socioekonomiskt blandade områden, men fler självmord med skjutvapen begås i områden med blandad eller god socioekonomi.

## Bakgrund

Socialstyrelsen fick år 2024 i uppdrag av regeringen att, när det bedöms vara relevant, använda sig av regionala statistikområden (RegSO) i samband med analyser, uppföljningar, utvärderingar och redovisning av statistik, samt att i en skriftlig rapport redovisa vidtagna åtgärder, resultat, erfarenheter och utvecklingsområden som framkommit i samband med uppdraget (regleringsbrev 2024).

Som ett led i regeringens långsiktiga strategi mot segregation måste arbete med att minska och motverka segregation bedrivas tvärsektorielt, kunskapsbaserat och långsiktigt. Därmed behöver statliga myndigheter ha ett tydligt segregationsperspektiv med i sitt arbete. För Socialstyrelsens verksamhet medför uppdraget att den socioekonomiska segregationens konsekvenser i form av ojämlikhet inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg kan belysas tydligare.

Under den tid som uppdraget pågått har den socioekonomiska indelningen *Områdestyp*, som finns tillgänglig för respektive RegSO i Sverige, implementerats i ett fyrtiotal publiceringar vid Socialstyrelsens statistik- och analysverksamhet. Den här rapporten redovisar en sammanställning av de resultat som framkommit i dessa publiceringar och har tagits fram i anslutning till slutredovisning av uppdraget *Effektivare arbete för integration och minskat utanförskap med hjälp av regionala statistikområden - Slutredovisning* som överlämnas till Regeringskansliet senast den 5e mars 2026. I slutrapporten [1] beskrivs uppdraget och arbetsgången närmare, samt de erfarenheter och utvecklingsområden som identifierats under uppdraget.

## Syfte

Syftet med den föreliggande sammanställningen är att redovisa de statistik- och analysresultat som framkommit i publiceringar inom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst där den områdesbaserade socioekonomiska indelningen områdestyp ingått, och därigenom belysa den socioekonomiska segregationens konsekvenser inom hälso- och sjukvård, tandhälsa och socialtjänst. Sammanställningen avser de statistikprodukter, analyser, uppföljningar, utvärderingar, kartläggningar och kunskapsstöd som publicerats under den tid som uppdraget pågått och under de avgränsningar som satts upp för uppdraget [1].

## Disposition

Rapporten är baserad på ett fyrtiotal publiceringar inom socialtjänst och omsorg, tandvård och munhälsa, vård och behandling inom slutenvård och specialiserad öppenvård, cancer, läkemedelsförskrivningar och expedieringar,

graviditet, förlossning och nyfödda barn, samt dödsorsaker. Sammanställningen är strukturerad utefter dessa områden vilket medför att publiceringar som täcker in flera områden återkommer i olika delar av rapporten.

## Bearbetningar

Eftersom syftet är att sammanställa de områdestypbaserade resultat som redovisats i Socialstyrelsens publiceringar under uppdragets gång, återges figurer, tabeller och text i huvudsak på samma sätt som i originalpubliceringarna. Vissa anpassningar har dock gjorts för att möjliggöra förståelse för kontext och främja läsbarhet. Tolkningar och resonemang från ursprungspublikationen har generellt inte inkluderats i sammanställningen eftersom det är vanskligt att göra komplexa resonemang och slutsatser rättvisa i en relativt komprimerad rapport. För att tillgodogöra sig helhetsbilden på frågan som avhandlas hänvisas läsaren till ursprungspublikationen. I den föreliggande sammanställningen presenteras inga nya analyser och ingen analys görs av de sammanställda resultaten, men observationer sammanfattas i korthet i början av respektive kapitel, och därtill i en övergripande sammanfattning.

# Om regionala statistikområden och områdestyper

Regionala statistikområden, RegSO, är en rikstäckande områdesindelning. RegSO togs fram av Statistiska Centralbyrån (SCB) i samband med det uppdrag de fick 2018 att ta fram en områdesindelning för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation. Regeringen bedömde senare att indelningen även skulle bidra till uppföljning och utvärdering av jämställdhetspolitiska delmål och till uppföljning och utvärdering av integration och etablering [2].

RegSO delar in Sverige i 3 363 geografiska områden som följer läns- och kommungränserna och tas fram för Sveriges befolkning den sista december respektive år (det vill säga samtliga vid tidpunkten levande och folkbokförda individer i Sverige) [2]. Antalet RegSO per kommun varierar mellan två och 147 områden och befolkningmängden varierar mellan 654–23 101 invånare (år 2024). Delegationen mot segregation (Delmos) och SCB har utvecklat ett rikstäckande index som belyser hur olika RegSO förhåller sig till varandra avseende socioekonomisk status [3]. Det socioekonomiska indexet är baserat på medelvärdet av tre indikatorer i respektive RegSO:

- Andel personer med låg ekonomisk standard (oavsett ålder)
- Andel personer med förgymnasial utbildning (20–65 år)
- Andel personer med ekonomiskt bistånd i minst tio månader och/eller arbetslöshet längre än sex månader (20–65 år).<sup>1</sup>

Sett till dessa tre indikatorer indikerar således ett högt indexvärde sämre socioekonomiska förutsättningar (större socioekonomiska utmaningar), medan ett lågt indexvärde indikerar bättre socioekonomiska förutsättningar. Områdestypsindelningen är en indelning av indexet i fem grupper:

- **Områdestyp 1:** områden med stora socioekonomiska utmaningar
- **Områdestyp 2:** Områden med socioekonomiska utmaningar
- **Områdestyp 3:** Socioekonomiskt blandade områden
- **Områdestyp 4:** Områden med goda förutsättningar
- **Områdestyp 5:** Områden med mycket goda förutsättningar.

Kategoriseringen utgår ifrån indexmedelvärdet i riket och gränsvärden enligt standardavvikelse. Områdestyp 1 och 2 går under samlingsbegreppet ”områden med socioekonomiska utmaningar” [3].

---

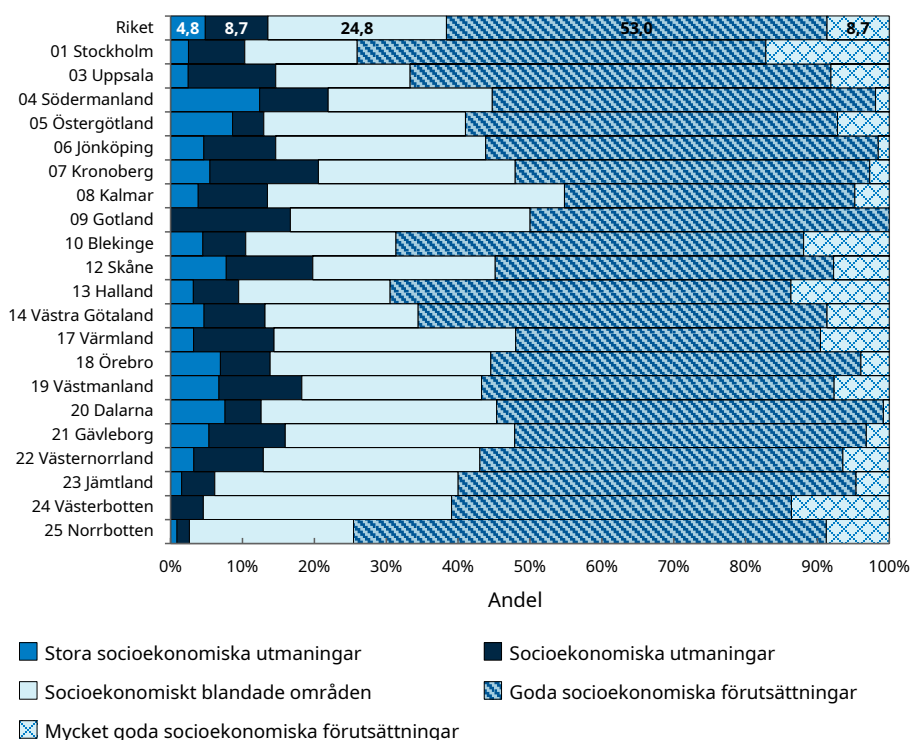
<sup>1</sup> Under åren 2011–2022 bestod populationen för indikatorerna förgymnasial utbildning och ekonomiskt bistånd i minst tio månader och/eller arbetslöshet längre än sex månader av individer mellan 20–64 år. Från och med år 2023 består populationen av individer 20–65 år.

## Bakgrundsfördelningar – områdestyp fördelat på åldersgrupp och region

Strax över 13 procent av alla RegSO år 2023 klassades som områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2), och majoriteten som områden med goda socioekonomiska förutsättningar (53 procent; områdestyp 4), se Figur 1.

Fördelningen av områdestyper varierar över regioner och kommuner [3]. Region Södermanland har jämförelsevis den största andelen områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1) och Region Stockholm den största andelen områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 5). I regionerna Gotland och Västerbotten finns inga RegSO med stora socioekonomiska utmaningar och Gotland har inte heller några RegSO med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

**Figur 1. Andel RegSO i respektive områdestyp, per län, år 2023.**



Källa: Statistikmyndigheten SCB, bearbetad av Socialstyrelsen

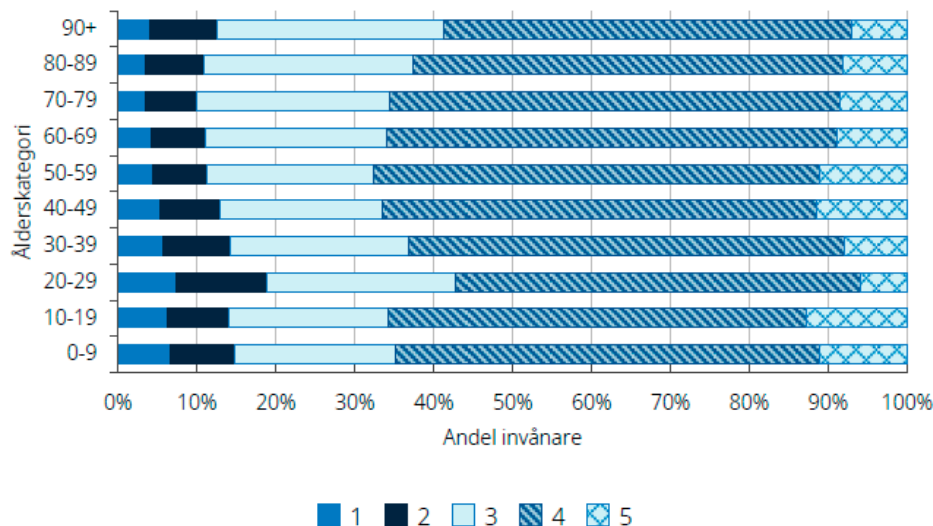
Faktorer som åldersstruktur, utbildningsnivå, inkomst och tillgång till hälso- och sjukvård spelar en avgörande roll för hur hälsan fördelar sig geografiskt. I Sverige skiljer sig de socioekonomiska förutsättningarna åt i befolkningen. Personer med liknande förutsättningar bor ofta i samma områden. Det leder till att olika geografiska områden inom en kommun får olika socioekonomiska förutsättningar. Områden med stora socioekonomiska utmaningar har ofta en högre andel unga invånare, medan områden med goda eller mycket goda

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

socioekonomiska förutsättningar ofta har en större andel äldre invånare (Figur 2) [4].

### Figur 2. Andel invånare per områdestyp och ålderskategori 2023

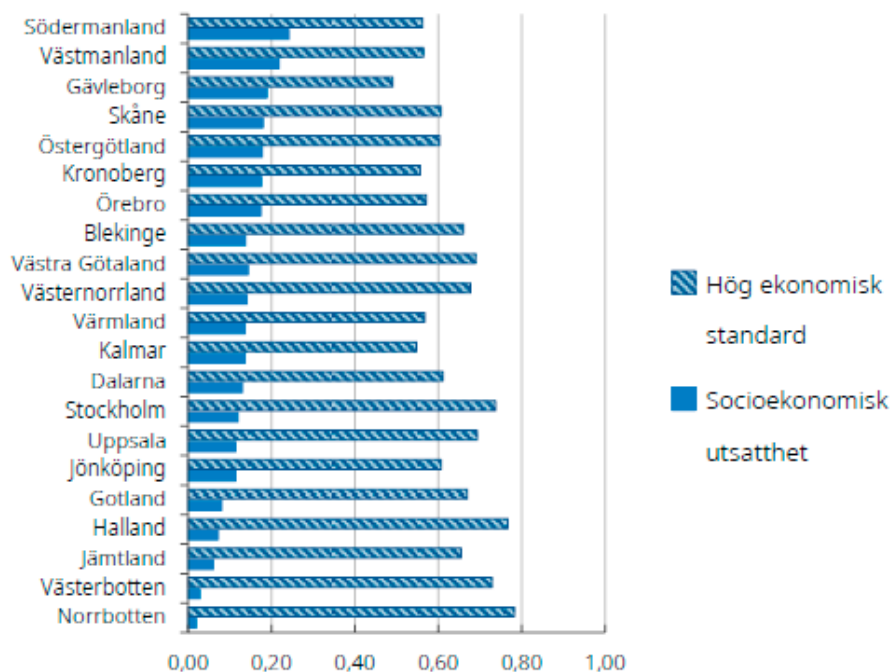
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SCB 2024

Cirka 55 procent av alla barn i åldrarna 10–17 år bor i storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. De medelstora regionerna omfattar tio regioner, där varje region har omkring 3–4 procent av landets barn i åldersgruppen. De mindre regionerna inkluderar åtta regioner som har mellan 0,5 och 2 procent av alla barn i samma åldersgrupp (Figur 3) [5].

**Figur 3. Barn och unga som bor i socioekonomisk utsatta områden (områdestyp 1+2) respektive områden med hög ekonomisk standard (områdestyp 4+5).**



Källa: Statistiska centralbyrån

## Socialtjänstinsatser och omsorg

### Resultaten i korthet

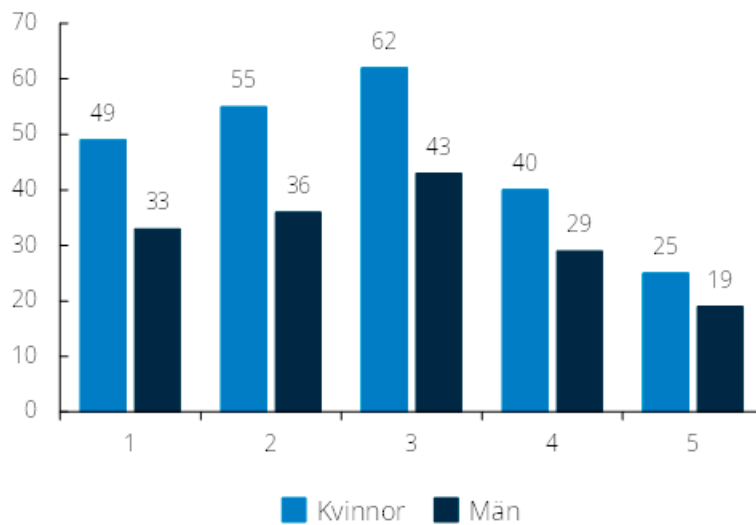
- Det är vanligare att motta kommunal hälso- och sjukvård i områden med blandad socioekonomi eller socioekonomiska utmaningar.
- Insatser till personer med funktionsnedsättning, enligt LSS samt boendestöd enligt SoL, är högre i områden med socioekonomiska utmaningar.
- Hemtjänstinsatser bland efterlevande äldre, framför allt bland män, är vanligare i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar.
- Andelen som får ekonomiskt bistånd i storstadskommunerna har minskat i områden med socioekonomiska utmaningar.
- Tvångsvård enligt LVM är vanligare i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar.
- I områden med stora socioekonomiska utmaningar och i socioekonomiskt blandade områden får fler barn och unga heldygnsvård enligt SoL och LVU. En djupare analys av skillnader i placeringsmönster mellan barn och unga med svensk respektive utlandsfödd bakgrund, som tar hänsyn till flera faktorer, visar att socialtjänstplaceringar av barn och unga har samband med socioekonomiska förhållanden snarare än föräldrars födelseland och att sannolikheten att barn och unga placeras är lägre i områden med socioekonomiska utmaningar jämfört med andra områden.

## Insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

### Fler mottagare av kommunal hälso- och sjukvård i områden med sämre och blandade socioekonomiska förhållanden

Resultaten visar att antalet mottagare av kommunal hälso- och sjukvård var högre i områden med sämre och blandade socioekonomiska förhållanden, jämfört med områden med bättre förhållanden. Det högsta antalet mottagare fanns i områdestyp 3, med 62 kvinnor och 43 män per 1 000 invånare. I motsats hade områdestyp 5 det lägsta mottagandet av kommunal hälso- och sjukvård, med 25 kvinnor och 19 män [6] (Figur 4).

**Figur 4. Antal personer som någon gång mottagit kommunal hälso-och sjukvård per 1 000 invånare, fördelat efter kön och socioekonomisk områdestyp år 2024**



Källa: Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen samt Registret över totalbefolkningen, Statistiska centralbyrån.

## Insatser till personer med funktionsnedsättning

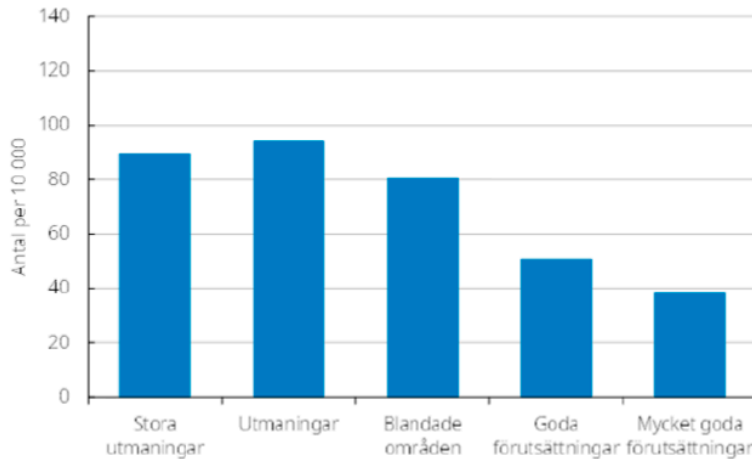
Personer med funktionsnedsättning kan få kommunala insatser både enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt enligt socialtjänstlagen (2025:400), SoL.

### Fler får insatser enligt LSS i områden med socioekonomiska utmaningar

I en årlig lägesrapport redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning [7]. Antalet personer med insatser enligt LSS är högst i socioekonomiskt utsatta områden (områdestyp 1 och 2). I dessa områden är antalet personer med insatser enligt LSS omkring dubbelt så stor i jämförelse med områden som har goda eller mycket goda förutsättningar. Detta gäller för såväl kvinnor som för män (Figur 5–6). Resultaten indikerar att socioekonomisk utsatthet påverkar tillgången till insatser i positiv riktning på gruppnivå. Det kan dock finnas andra förklaringsmodeller, vi vet inte heller hur behoven ser ut i de olika områdena [7].

### Figur 5. Antal kvinnor med insatser enligt LSS i olika socioekonomiska områdestyper

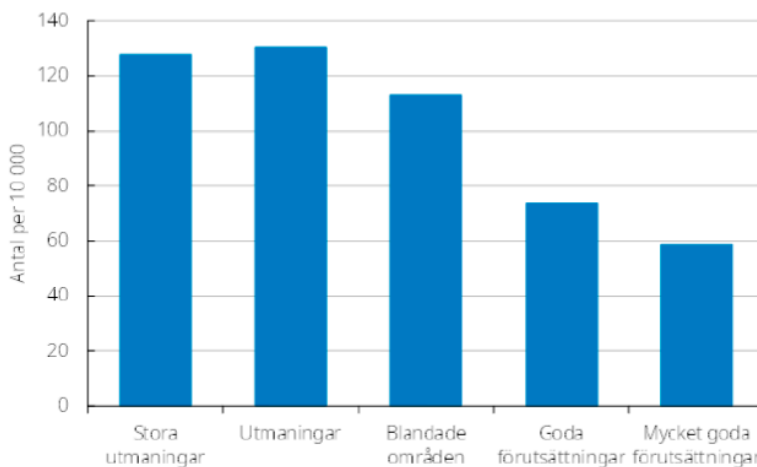
Antal kvinnor per 10 000 invånare med insatser enligt LSS uppdelat på socioekonomiska områden, 2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, uppgifter om områdestyp från SCB.

### Figur 6. Antal män med insatser enligt LSS i olika socioekonomiska områdestyper

Antal män per 10 000 invånare med insatser enligt LSS uppdelat på socioekonomiska områden, 2023.



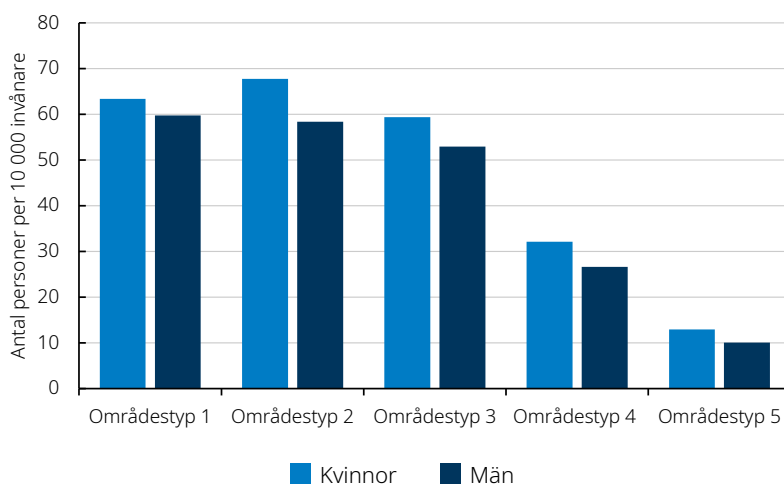
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, uppgifter om områdestyp från SCB.

## Högre förekomst av boendestöd enligt SoL bland personer i socioekonomiskt utsatta områden

Den 31 oktober 2024 hade närmare 63 000 personer med funktionsnedsättning minst ett pågående beslut om insats enligt Socialtjänstlagen (SoL). Den vanligaste insatsen var boendestöd med drygt 33 000 personer, följt av hemtjänst i ordinarie boende knappt 15 000 personer och trygghetslarm cirka 12 000 personer (Figur 7). Antalet personer med beslut om insatsen boendestöd är

högst i socioekonomiskt utsatta områden, det vill säga områden med socioekonomiska utmaningar eller stora socioekonomiska utmaningar. I dessa områden är antalet personer med insatser enligt SoL omkring dubbelt så stor i jämförelse med områden som har goda eller mycket goda förutsättningar. Detta gäller för såväl kvinnor som för män [8].

**Figur 7. Antal personer med boendestöd per 10 000 invånare den 31 oktober 2024, fördelat efter kön och socioekonomisk områdestyp**



Källa: Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, uppgifter om områdestyp från SCB.

## Socialtjänstinsatser bland äldre

### Ekonomiska förutsättningar kan påverka behovet av hemtjänst hos efterlevande

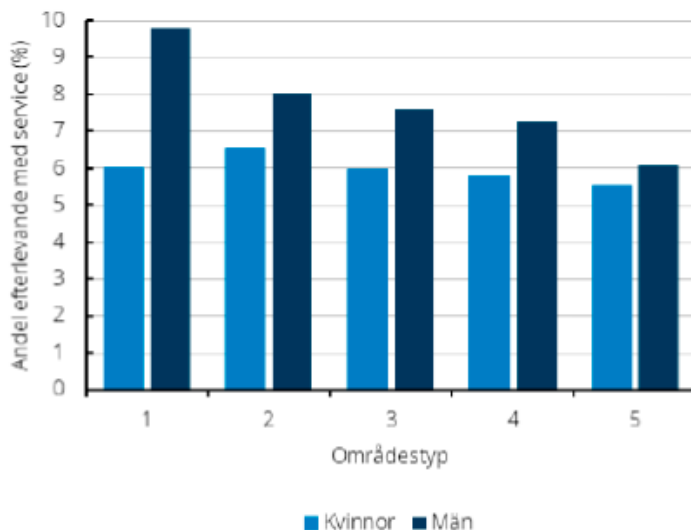
Socialstyrelsen lämnar årligen en rapport om tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg för personer som är 65 år och äldre [9]. De vanligaste socialtjänstinsatserna i det egna hemmet (ordinärt boende) är hemtjänst i form av service samt personlig omvårdnad (cirka 40 procent vardera). En aspekt som skulle kunna påverka andelen som får hemtjänst är de ekonomiska förutsättningarna för personer 65 år och äldre.

Färre kvinnor än män fick under det första efterlevandeåret hemtjänst i form av service i samtliga områdestyper (Figur 8). Den största könsskillnaden fanns i områden med stora socioekonomiska utmaningar, där 6 procent av kvinnorna och 10 procent av männen fick serviceinsatser. Bland männen minskadeandelarna med ökande socioekonomi, från 10 procent till 6 procent i områden med mycket god socioekonomi. Detta samband var inte lika tydligt för kvinnorna. Bland dessa var andelen som fick service högst i områden med socioekonomiska utmaningar (6,5 procent) och minskade bara måttligt till 5,5

procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Jämförelserna justerades för skillnader i hälsotillstånd och ålder [9].

### Figur 8. Hemtjänst i form av service och socioekonomi

Andelen (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av service under det första efterlevandeåret uppdelat på socioekonomisk områdestyp (1: mycket stora socioekonomiska utmaningar - 5 mycket goda socioekonomiska förutsättningar). Andelarna är justerade för skillnader i ålder och hälsotillstånd.

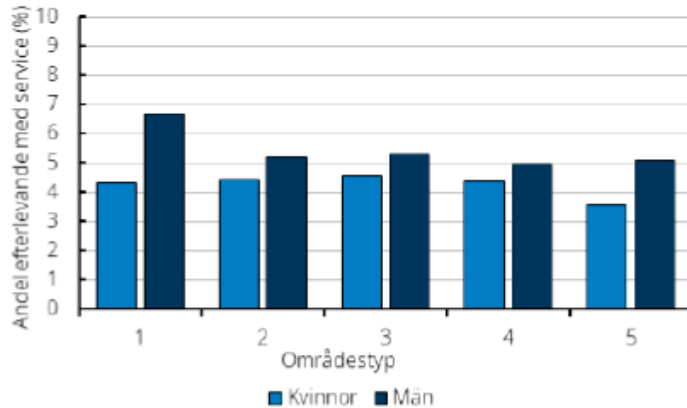


Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Även andelen efterlevande som fick hemtjänst i form av personlig omvårdnad skilde sig som mest mellan könen i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar; 8 procent av kvinnorna och knappt 10 procent av männen fick personlig omvårdnad (Figur 9). För männen var det också denna områdestyp som skilde ut sig genom att ha en högre andel som fick omvårdnad jämfört med de övriga områdestyperna. För kvinnorna var det istället områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar som hade en tydligt lägre andel i förhållande till de andra områdestyperna [9].

### Figur 9. Hemtjänst i form av omvårdnad och socioekonomi

Andelen (%) män och kvinnor 65 år och äldre som fick hemtjänst i form av personlig omvårdnad under det första efterlevandeåret uppdelat på socioekonomisk områdestyp (1: mycket stora socioekonomiska utmaningar – 5 mycket goda socioekonomiska förutsättningar). Andelarna är justerade för skillnader i ålder och hälsotillstånd.



Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och funktionsnedsatta (Socialstyrelsen) och Hushållens boende (Statistiska centralbyrån).

Att andelarna är lägre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar betyder inte nödvändigtvis att behoven är mindre. En möjlig förklaring skulle kunna vara att personer med bättre ekonomiska förutsättningar väljer andra lösningar, som till exempel att anlita privat städhjälp. Efter fem år hade lika många män och kvinnor fått hemtjänst. Det tyder på att behoven förändras över tid och påverkas av fler faktorer än ålder och hälsa [9].

## Särskilda boenden för äldre för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar där utgångspunkten har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Nedan redovisas de delar från rapporten som omfattar socioekonomisk områdestyp och boende på särskilt boende för äldre (säbo). För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen.

Personer med omfattande fysiska eller kognitiva besvär kan behöva insatser dygnet runt, vilket erbjuds i säbo. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att socialtjänsten erbjuder ett säbo som är anpassat för personer med demenssjukdomar. Det innebär bland annat att boendet ska vara småskaligt och ha en inkluderande boendemiljö. När vi utifrån områdestyp jämförde hur stor andel personer med demenssjukdomar som bor i säbo syntes vissa skillnader. För områdestyp 5, med goda socioekonomiska förutsättningar, var det minst vanligt med plats i säbo, ungefär en femtedel av personer med demenssjukdom hade en sådan. För områdestyp 1 och 2, med störst socioekonomiska utmaningar, var det närmare hälften som hade plats i särskilt boende [10].

## Ekonomiskt bistånd

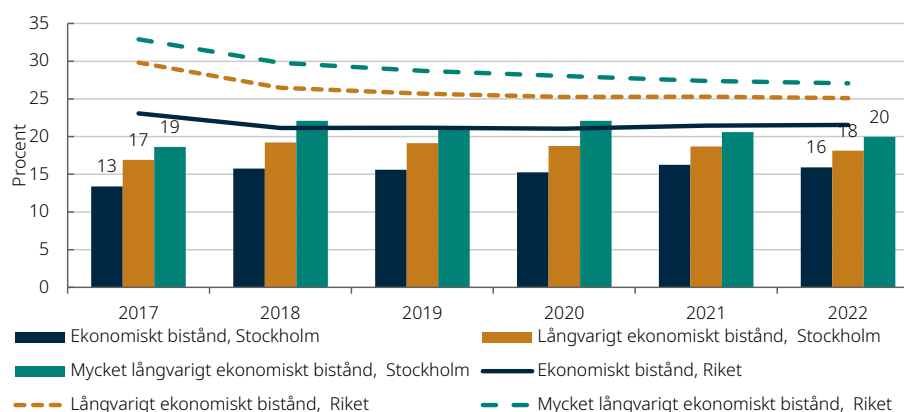
### Minskad andel biståndsmottagare i storstädernas områden med socioekonomiska utmaningar

Öppna jämförelser, som Socialstyrelsen tar fram, redovisar indikatorer och nyckeltal som på olika sätt belyser kvalitet och förutsättningar inom socialtjänstens olika verksamhetsområden.<sup>2</sup> De syftar bland annat till att stimulera kommunerna till att analysera sin verksamhet. Resultaten presenteras i en Excel-fil som innehåller tabeller och figurer med uppgifter på kommun-, läns- och riksnivå över tid, samt ett analysstöd med indikatorbeskrivningar.

I öppna jämförelser för ekonomiskt bistånd redovisas andelen biståndsmottagare i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2). Motsvarande uppgifter finns även för invånare med långvarigt respektive med mycket långvarigt ekonomiskt bistånd.<sup>3</sup> Med storstadskommunerna som exempel visar vi vad som redovisas i öppna jämförelser. Andelen biståndsmottagare i områden med socioekonomiska utmaningar har legat relativt stabilt i Stockholm men minskat i Göteborg och Malmö. Jämfört med riket får en större andel invånare i områden med stora socioekonomiska utmaningar i Göteborg och Malmö ekonomiskt bistånd medan andelen är mindre än riket i Stockholm (Figur 10-12) [11].

#### Figur 10. Invånare i områden med socioekonomiska utmaningar, ekonomiskt bistånd i Stockholm och riket

Andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar av personer med ekonomiskt bistånd, långvarigt ekonomiskt bistånd respektive mycket långvarigt ekonomiskt bistånd, procent



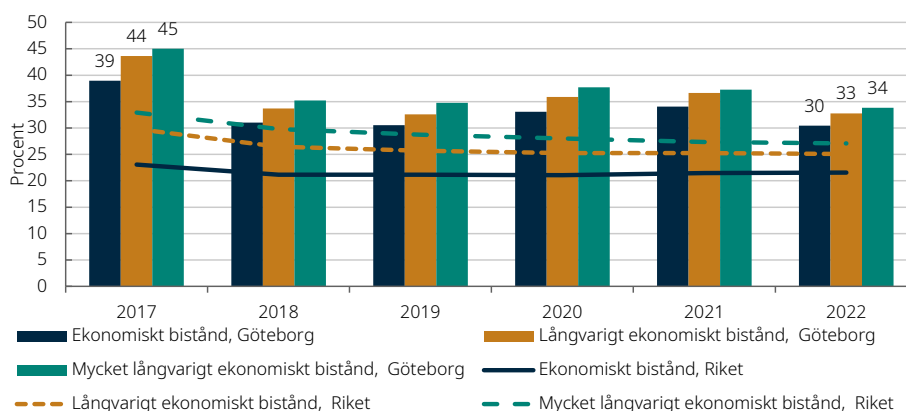
Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen och Segregationsbarometern, Boverket

<sup>2</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/>

<sup>3</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/ekonomiskt-bistand/>

**Figur 11. Invånare i områden med socioekonomiska utmaningar, ekonomiskt bistånd i Göteborg och riket**

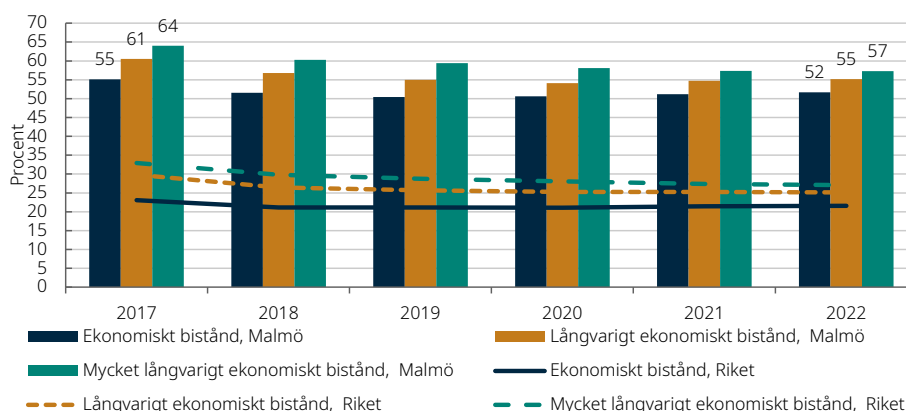
Andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar av personer med ekonomiskt bistånd, långvarigt ekonomiskt bistånd respektive mycket långvarigt ekonomiskt bistånd, procent



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen och Segregationsbarometern, Boverket

**Figur 12. Invånare i områden med socioekonomiska utmaningar, ekonomiskt bistånd i Malmö och riket**

Andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar av personer med ekonomiskt bistånd, långvarigt ekonomiskt bistånd respektive mycket långvarigt ekonomiskt bistånd, procent



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen och Segregationsbarometern, Boverket

## Socialtjänstinsatser bland personer med skadligt bruk och beroende

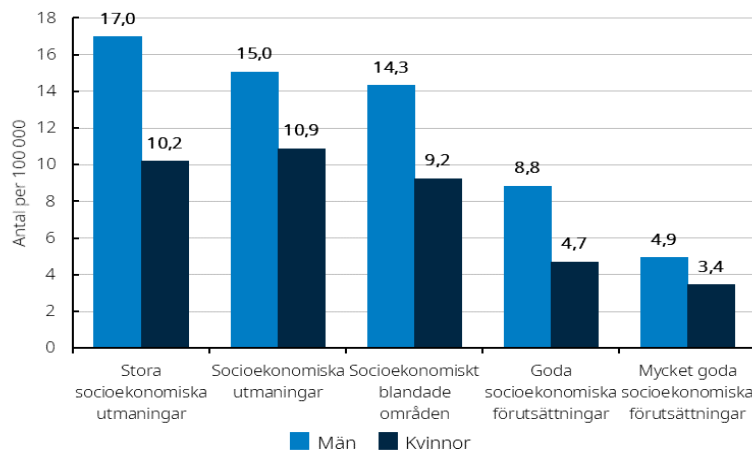
### Tvångsvård vanligare i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar

Tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870), med anledning av skadligt bruk och beroende, är inte jämnt fördelat över bostadsområden med olika socioekonomiska förutsättningar. I områden med sämst socioekonomiska förutsättningar tvångsvårdades under tidsperioden 2022–2024 17 personer per 100 000 invånare bland män och 10,2 per 100 000

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

bland kvinnor jämfört med områden med bäst socioekonomi där de respektive nivåerna uppgick till 4,9 respektive 3,4 tvångsvårdade personer per 100 000 (Figur 13). Sammantaget innebär det att det var 3,7 gånger vanligare med tvångsvård i områden med sämst socioekonomiska förutsättningar, jämfört med områden med bäst socioekonomiska förutsättningar [12].

**Figur 13. Tvångsvård för personer med skadligt bruk och beroende enligt LVM 2022–2024, antal utskrivna personer per 100 000 fördelat på kön och områdestyp (RegSO)**



Källa: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall och Befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

## Social barn- och ungdomsvård

### Stor andel barn och unga i områden med socioekonomiska utmaningar i Göteborg och Malmö

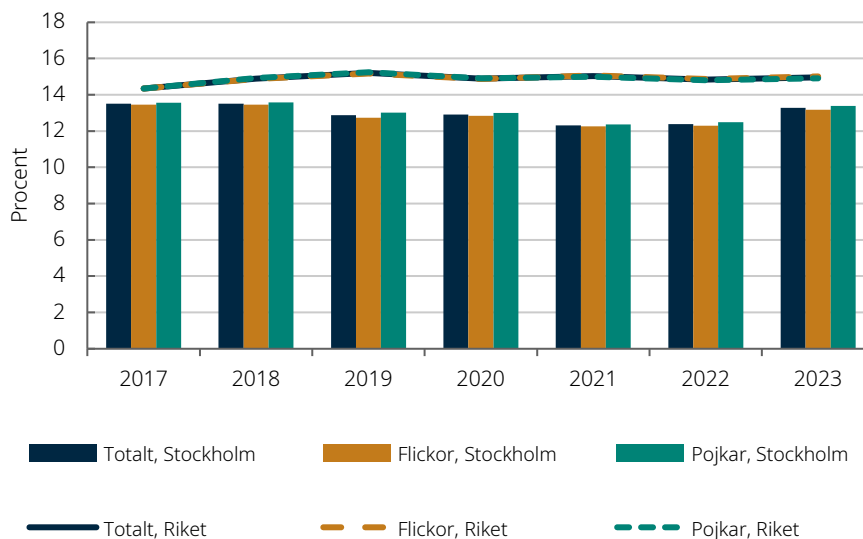
I öppna jämförelser om social barn och ungdomsvård redovisas andelen barn 0-20 år i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) [13].<sup>4</sup> Indikatorn syftar till att på grupp nivå belysa risk- och skyddsfaktorer för barn och unga. Nedan redovisas storstadskommunerna som exempel på den statistik som kan tas fram från underlaget. Utifrån statistiken kan observeras att andelen pojkar och flickor som bor i socioekonomiskt utsatta områden varierat något över tid i Stockholm och Göteborg, men att andelarna i början respektive slutet av mätperioden är likartade. I Malmö kommun har däremot andelen barn i områden med socioekonomiska utmaningar minskat med ungefär fem

<sup>4</sup> Resultaten presenteras i en Excel-fil som innehåller tabeller och figurer med uppgifter på kommun-, läns- och riksnivå över tid, samt ett analysstöd med indikatorbeskrivningar.

procentenheter mellan 2017 till 2023 men uppgår till nästen en tredjedel av barnen i kommunen (Figur 14-16) [13].

#### Figur 14. Barn och unga i områden med socioekonomiska utmaningar, Stockholm och riket

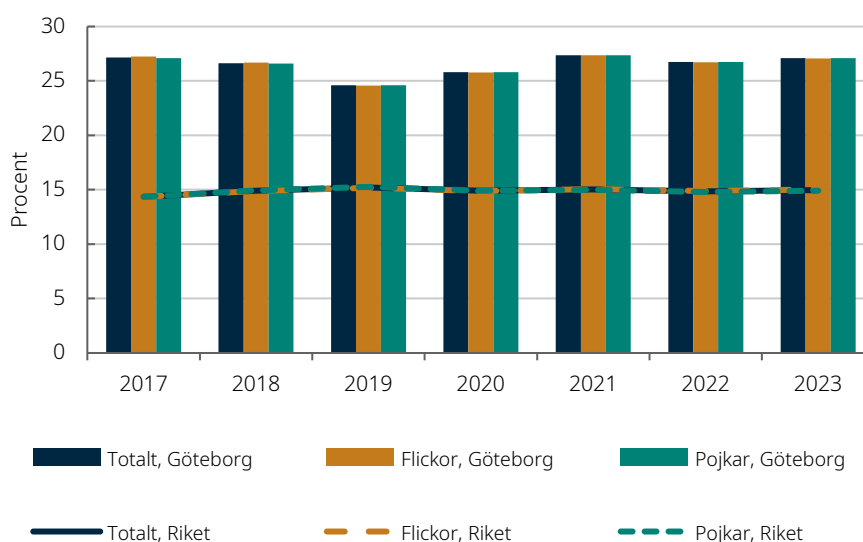
Andel barn och unga 0-20 år i områden med socioekonomiska utmaningar av antal barn och unga 0-20 år i befolkningen, kön, procent



Källa: SCB och Boverket

#### Figur 15. Barn och unga i områden med socioekonomiska utmaningar, Göteborg och riket

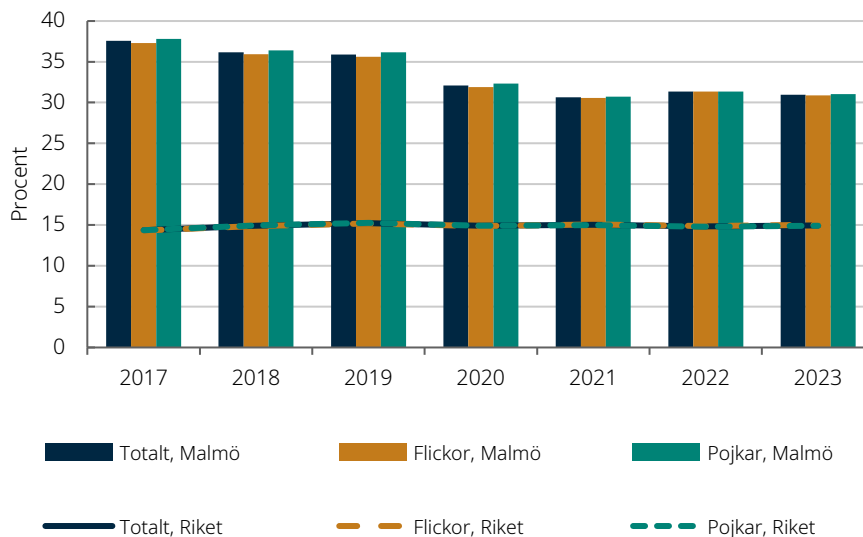
Andel barn och unga 0-20 år i områden med socioekonomiska utmaningar av antal barn och unga 0-20 år i befolkningen, kön, procent



Källa: SCB och Boverket

### Figur 16. Barn och unga i områden med socioekonomiska utmaningar, Malmö och riket

Andel barn och unga 0-20 år i områden med socioekonomiska utmaningar av antal barn och unga 0-20 år i befolkningen, kön, procent



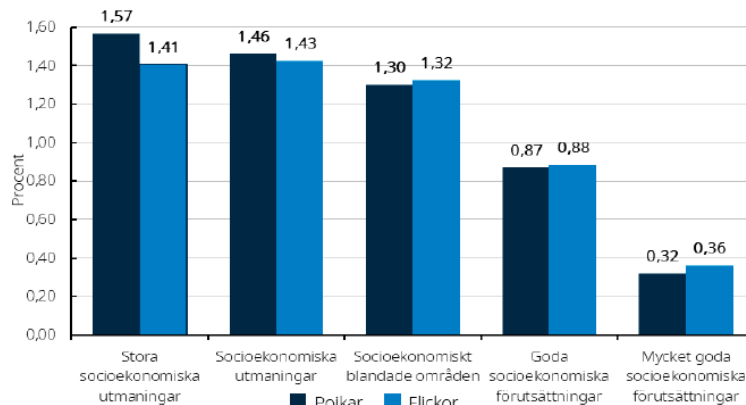
Källa: SCB och Boverket

## Fler barn och unga i områden med socioekonomiska utmaningar får heldygnsvård enligt SoL och LVU

Heldygnsvård enligt SoL och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, är inte jämnt fördelat över bostadsområden med olika socioekonomiska förutsättningar. I områden med stora socioekonomiska utmaningar och i socioekonomiskt blandade områden är det fler barn och unga, i relation till invånarantal, som får heldygnsvård enligt SoL och LVU än i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar. År 2024 var det nästan fyra gånger så vanligt att barn och unga i områden med stora socioekonomiska utmaningar fick en heldygnsinsats, jämfört med barn och unga i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Skillnaderna mellan pojkar och flickor var väldigt små (Figur 17) [14].

**Figur 17. Barn och unga med heldygnsvård enligt SoL eller LVU, procent utifrån socioekonomisk områdestyp (RegSo) år 2024**

Upplelat i områdestyp efter regionala statistikområden



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga och Befolkningsregistret, Socialstyrelsen.

\*Inkluderar folkbokförda barn och unga i åldern 0–20 år som har fått heldygnsvård. Ensamkommande barn med tillfälliga ID-nummer är inte inkluderade.

## Socialtjänstens placeringar av barn och unga med svensk och utländsk bakgrund

I en rapport från Socialstyrelsen studerades det huruvida det finns omotiverade placeringsskillnader mellan barn och unga med svensk och utländsk bakgrund [15]. Områdestyper inkluderades här i analyser som en av flera bakgrundsfaktorer<sup>5</sup>.

Utifrån analyserna visar resultaten att, innan hänsyn tas till socioekonomiska skillnader mellan områden, barn och unga födda i Sverige med utlandsfödda föräldrar har ungefär dubbelt så hög sannolikhet att placeras enligt socialtjänstlagen (2025:400) (SoL) och/eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), jämfört med barn och unga med Sverigefödda föräldrar (Tabell 1, Modell 1A). När hänsyn tas till bostadsområdets socioekonomiska förutsättningar minskar sannolikheten i den förstnämnda gruppen till ungefär 20 procent för placering enligt SoL och/eller LVU och till ungefär 50 procent för placering enligt LVU i jämförelse med gruppen barn och unga födda till två Sverigefödda föräldrar (Modell 1B). Sannolikheten att placeras enligt SoL och/eller LVU blir därtill *lägre* för barn och unga med två utlandsfödda föräldrar, jämfört med två svenskfödda, när justering görs för individuella socioekonomiska förutsättningar (Modell 2) samt bakgrundsfaktorer kopplade till utsatthet (Modell 3).

<sup>5</sup> Genom att ta hänsyn till bakgrundsfaktorer i multivariata analyser är det möjligt att likställa förhållanden som skiljer sig åt mellan grupper av barn och unga, och därmed jämföra barn och unga med likartade uppväxtvillkor, vilket i rapporten gjordes i syfte att studera huruvida det finns skillnader i placeringssmönster utifrån bakgrund.

**Tabell 1. Sannolikhet att placeras – barn och unga födda i Sverige, bostadsområden**

Sannolikheten (Hazard Ratio\*) att placeras enligt SoL och/eller LVU (övre delen av tabellen) respektive tvångsplaceras enligt LVU (nedre delen av tabellen) utan (modell 1A)\*\* respektive med hänsyn till bostadsområde (modell 1B)\*\*, socioekonomiska bakgrundsfaktorer (modell 2)\*\* samt bakgrundsfaktorer kopplade till utsatthet (modell 3)\*\*. Sverigefödda med någon registrerad förälder. Födda 2011–2020.

| <b>Enligt SoL och/eller LVU</b>        |                    |                    |                   |                   |                       |                      |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
|  | <b>Mod.<br/>1A</b> | <b>Mod.<br/>1B</b> | <b>Mod.<br/>2</b> | <b>Mod.<br/>3</b> | <b>Mod.<br/>undre</b> | <b>3***<br/>övre</b> |
| <b>Föräldrars födelseregion</b>        |                    |                    |                   |                   |                       |                      |
| Båda Sverige (ref.)                    | 1,00               | 1,00               | 1,00              | 1,00              |                       |                      |
| Båda utlandsfödda                      | 2,03               | 1,23               | 0,34              | 0,94              | 0,90                  | 0,99                 |
| En utlandsfödd, en Sverigefödd         | 1,68               | 1,50               | 1,06              | 1,26              | 1,21                  | 1,32                 |
| <b>Socioekonomisk områdesindelning</b> |                    |                    |                   |                   |                       |                      |
| Uppgift saknas                         |                    | 2,27               | 0,99              | 1,05              | 0,78                  | 1,41                 |
| Stora socioek. utmaningar              |                    | 2,58               | 0,67              | 0,78              | 0,74                  | 0,82                 |
| Socioekonomiska utmaningar             |                    | 2,42               | 0,85              | 0,87              | 0,83                  | 0,92                 |
| Socioek. blandat område                |                    | 2,01               | 0,98              | 0,97              | 0,94                  | 1,01                 |
| Goda socioek. förutsättn. (ref.)       |                    | 1,00               | 1,00              | 1,00              |                       |                      |
| Mycket goda socioek. förutsättn.       |                    | 0,36               | 0,73              | 0,77              | 0,71                  | 0,84                 |
| <b>Enligt LVU</b>                      |                    |                    |                   |                   |                       |                      |
|  | <b>Mod.<br/>1A</b> | <b>Mod.<br/>1B</b> | <b>Mod.<br/>2</b> | <b>Mod.<br/>3</b> | <b>Mod.<br/>undre</b> | <b>3***<br/>övre</b> |
| <b>Föräldrars födelseregion</b>        |                    |                    |                   |                   |                       |                      |
| Båda Sverige (ref.)                    | 1,00               | 1,00               | 1,00              | 1,00              |                       |                      |
| Båda utlandsfödda                      | 2,21               | 1,48               | 0,40              | 1,14              | 1,07                  | 1,21                 |
| En utlandsfödd, en Sverigefödd         | 1,83               | 1,67               | 1,17              | 1,38              | 1,29                  | 1,47                 |
| <b>Socioekonomisk områdesindelning</b> |                    |                    |                   |                   |                       |                      |
| Uppgift saknas                         |                    | 1,99               | 0,92              | 0,92              | 0,58                  | 1,44                 |
| Stora socioek. utmaningar              |                    | 2,03               | 0,54              | 0,64              | 0,59                  | 0,69                 |
| Socioekonomiska utmaningar             |                    | 2,10               | 0,75              | 0,78              | 0,73                  | 0,85                 |
| Socioek. blandat område                |                    | 1,83               | 0,89              | 0,90              | 0,85                  | 0,95                 |
| Goda socioek. förutsättn. (ref.)       |                    | 1,00               | 1,00              | 1,00              |                       |                      |
| Mycket goda socioek. förutsättn.       |                    | 0,39               | 0,81              | 0,84              | 0,74                  | 0,95                 |

Individer vars ena förälder saknar uppgift om födelseregion har grupperats enligt den förälder som har uppgift. Indelning i bostadsområden utifrån de områdestyper som Statistiska centralbyrån utvecklat i samarbete med Delegationen mot segregation (Delmos).

\* Beräknad med Cox regression (persontid i månader).

\*\* Hänsyn tagen till bakgrundsfaktorerna: barnets kön och ålder; därtill socioekonomiska bakgrundsfaktorer dvs. mors socioekonomi (Ekonomiskt bistånd, högsta utbildningsnivå, arbetsmarknadsanknytning) i Modell 2; och därtill bakgrundsfaktorer kopplade till utsatthet, dvs. barnets vårdtillfällen (övergrepp av annan person), föräldrars vårdtillfällen (psykiatriska tillstånd, missbruksrelaterade diagnoser samt övergrepp av annan person), föräldrar avlidit innan 18 års ålder och föräldrar <20 år vid barnets födelse i Modell 3.

\*\*\* Konfidensintervall (95%) för estimaten i modell 3, undre och övre gräns.

När man tagit hänsyn till individuella socioekonomiska faktorer är sannolikheten att placeras enligt SoL och/eller LVU lägre i bostadsområden med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar (Modell 2). Detta gäller i ännu högre grad tvångsplaceringar enligt LVU där sannolikheten är hälften så hög i områden med stora socioekonomiska utmaningar som i områden med goda

socioekonomiska förutsättningar (Modell 2). Den lägre sannolikheten i dessa områden kvarstår även efter att justering gjorts för bakgrundsfaktorer kopplade till utsatthet (Modell 3). Resultaten visar således på att socialtjänstplaceringar av barn och unga har samband med socioekonomiska förhållanden, däribland områdets socioekonomi, snarare än föräldrars födelseland [15].

## Skolsociala team förekommer i alla områdestyper

Skolverket och Socialstyrelsen har haft i uppdrag att stödja, kartlägga, följa upp och analysera hur skolan och socialtjänsten arbetar med skolsociala team. Myndigheterna har också fördelat statsbidrag för personalkostnader för skolsociala team. En fungerande skolgång där eleverna lär, utvecklas och mår bra är en viktig skyddsfaktor i barns och ungas liv. Genom samverkan mellan skolan och socialtjänsten kan skolsociala team bidra till ökad trygghet, förbättrad närvaro och tidigare insatser för elever som riskerar en ogynnsam utveckling [16]. Nedan redovisas delar från rapporten som inkluderar socioekonomisk områdestyp. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen.

De skolsociala teamen som finansierats med stöd av statsbidraget är verksamma i skolor inom samtliga socioekonomiska områdestyper. Förekomsten är ungefär lika vanlig oavsett områdestyp, se Tabell 2. I områden med *mycket goda* socioekonomiska förutsättningar ligger andelen på 39 procent. I områden med *goda* förutsättningar ligger andelen på 33 procent, medan i socioekonomiskt *blandade* områden ligger andelen på 39 procent. I områden med socioekonomiska *utmaningar* är andelen 41 procent. För områden med *stora socioekonomiska utmaningar* är motsvarande andel 40 procent. Intervjuade skolsociala team betonar också att behovet av deras stöd finns i alla typer av områden.

**Tabell 2. Antalet och andelen skolenheter per socioekonomisk områdestyp som omfattas av skolsociala team**

| Områdestyp   | Antal skolor med skolsocialt team | Totalt antal skolor i områdestypen (grund- och gymnasieskolor) | Andel i procent |
|--|-----------------------------------|--|-----------------|
| Områden med <i>mycket goda</i> socioekonomiska förutsättningar | 188                               | 477  | 39              |
| Områden med <i>goda</i> socioekonomiska förutsättningar        | 1 096                             | 3 347  | 33              |
| Socioekonomiskt <i>blandade</i> områden                        | 600                               | 1 546  | 39              |

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

| Områdestyp   | Antal skolor med skolsocialt team | Totalt antal skolor i områdestypen (grund- och gymnasieskolor) | Andel i procent |
|--|-----------------------------------|--|-----------------|
| Områden med socioekonomiska <i>utmaningar</i>              | 196                               | 474  | 41              |
| Områden med <i>stora</i> socioekonomiska <i>utmaningar</i> | 108                               | 269  | 40              |

Källa: Skolverket och SCB.

I den tidigare områdestypsanalysen, som presenterades i delrapporteringen av detta uppdrag och omfattade statsbidrag beviljade under 2023, framgick en delvis annan fördelning. Då var andelen högst i områden med *mycket goda* socioekonomiska förutsättningar (cirka 18 procent), följt av områden med socioekonomiska *utmaningar* (16 procent). I övriga områdestyper låg andelen mellan 13 och 14 procent [16, 17].

## Tandvård och munhälsa

### Resultaten i korthet

- Vuxna i områden med socioekonomiska utmaningar besöker tandvården i lägre utsträckning för en basundersökning, och fler i dessa områden besöker tandvården endast akut.
- Vuxna i områden med sämre socioekonomi har färre kvarvarande och intakta tänder och framför allt kan skillnader observeras från 40 år och uppåt.
- Vuxna i områden med socioekonomiska utmaningar får orsaksinriktad behandling för karies och parodontit i högre utsträckning, men andelen med avstannade utveckling efter behandling är större i områden med god socioekonomi. Det är också vanligare att förlora en tand efter karies och parodontit i områden med sämre socioekonomi.
- Barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden besöker oftare tandvården akut. Barn och unga i dessa områden får förebyggande insatser i lägre utsträckning och behandling i högre utsträckning, och det är något vanligare att förlora tand efter åtgärd. En större andel barn och unga har avstannade karies efter behandling i områden med bättre socioekonomi.
- Personer med kronisk sjukdom såsom epilepsi, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och multipel skleros (MS), besöker tandvården i lägre utsträckning i områden med socioekonomiska utmaningar.

## Besök till tandvården

### Färre basundersökningar görs i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Andelen i befolkningen som gjort en basundersökning någon gång under de senaste tre åren skiljer sig tydligt åt mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar, ju sämre socioekonomiska förutsättningar ett område har desto lägre andel kvinnor och män besöker tandvården för en basundersökning.<sup>6</sup> Bland personer i områden med mycket god socioekonomi besökte strax under 80 procent av kvinnorna och runt 70 procent av männen

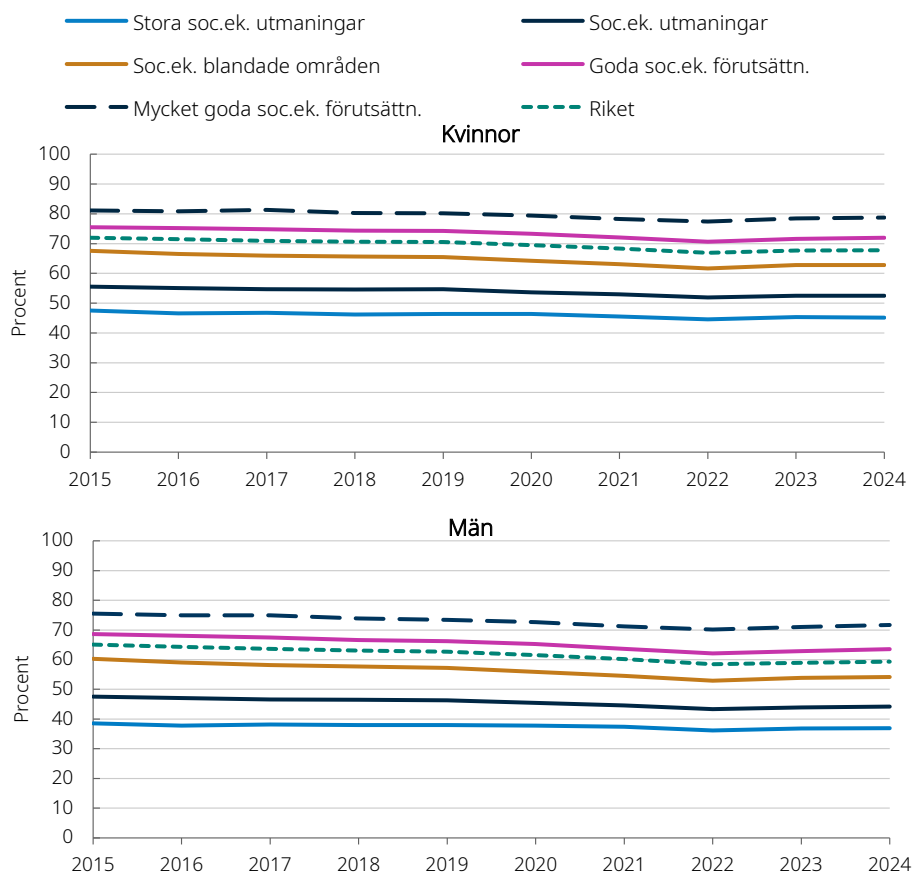
---

<sup>6</sup> Tidsserier över andelar som gjort basundersökning redovisades också i Lägesrapporten Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård, år 2024 och 2025

tandvården för en basundersökning någon gång 2022–2024. Motsvarande siffror för boende i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar var cirka 45 procent för kvinnor och strax under 40 procent för män. Mellan åren 2015 och 2024 har andelen som gjort en basundersökning minskat i alla områden oavsett socioekonomi, men allra mest har andelen minskat i socioekonomiskt blandade områden och i områden med socioekonomiska utmaningar (Figur 18) [18].

**Figur 18. Andel av befolkningen, 24 år eller äldre, som gjort en basundersökning någon gång de senaste tre åren, fördelat på kön och områdestyp, 2015–2024**

Åldersstandardiserade andelar



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Registret över Totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

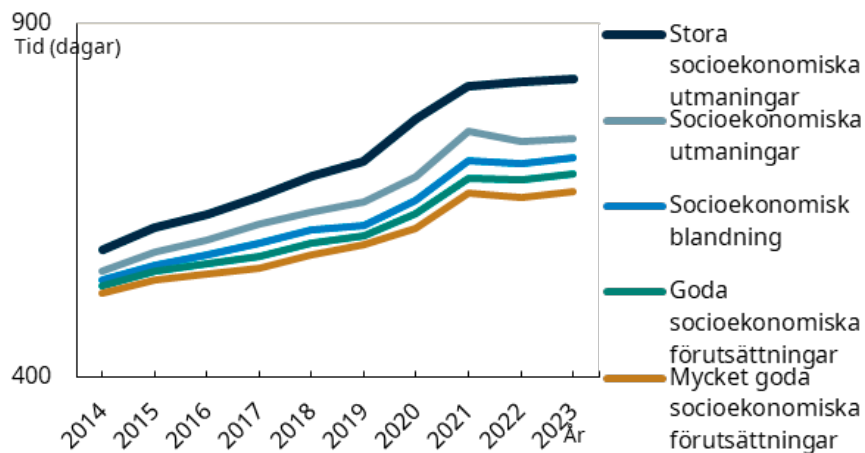
Andelen som gjort en basundersökning bland barn och unga 0–23 år, vuxna 26–66 år och äldre än 67 år, redovisas i en senare del av detta kapitel under Patient- och personalcentrerad personalplanering inom tandhälsoområdet.

## Längre tid mellan basundersökningar i områden med stora socioekonomiska utmaningar

I genomsnitt har boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar längre tid mellan basundersökningar jämfört med boende i områden med bättre

socioekonomiska förutsättningar (Figur 19). Lägst var antalet dagar i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Besöksintervallet mellan basundersökningar har ökat över tid i alla områdestyper, men den tydligaste ökningen kan ses för områden med stora socioekonomiska utmaningar. Noterbart är också att skillnaderna mellan områdestyperna tenderar att öka över tid [19].

**Figur 19. Tid mellan basundersökningar, 2014–2023, per områdestyp**



Källa: tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

## I områden med sämre socioekonomiska förutsättningar besöker fler tandvården i ärenden andra än basundersökning

I områden med stora socioekonomiska utmaningar är det ungefär tre gånger fler som besöker tandvården i ärenden andra än basundersökning, jämfört med områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Tabell 3). Mellan områden med socioekonomiska utmaningar respektive stora utmaningar är skillnaden 6,4 procentenheter, jämfört med 2,6 procentenheters skillnad mellan områden med goda respektive mycket goda förutsättningar [19].

**Tabell 3. Andelen som besökt tandvården i ärende annat än basundersökning 2021–2023 per områdestyp**

| Områden med                      | Andel i procent |
|----------------------------------|-----------------|
| Stora socioekonomiska utmaningar | 27,3            |
| Socioekonomiska utmaningar       | 20,7            |
| Socioekonomisk blandning         | 15,5            |
| God socioekonomi                 | 11,0            |
| Mycket god socioekonomi          | 8,4             |

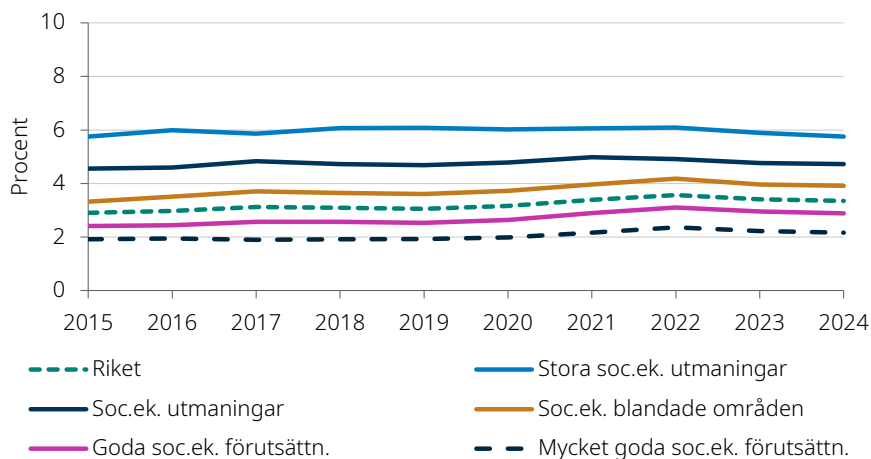
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

## Andelen som besöker tandvården endast för akuta besvär är högre i områden med socioekonomiska utmaningar

Andelen som besöker tandvården endast vid akuta besvär har ökat över tid. Andelarna skiljer sig tydligt åt mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar, men jämfört med basundersökningsbesöken är förhållandet för akutbesök omvänt (Figur 20). I områden med stora socioekonomiska utmaningar gjorde ungefär 6 procent av befolkningen år 2024 ett akutbesök till tandvården, jämfört med runt 2 procent i områden med mycket god socioekonomi. Över perioden 2015–2024 har dock skillnaderna mellan områdestyperna minskat något. Detta då andelarna av befolkningen som gjort ett akutbesök legat relativt stabilt i områden med socioekonomiska utmaningar, medan andelarna ökat i socioekonomiskt blandade områden och områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Inga betydande skillnader mellan könen kunde observeras, utan både besöksandelar och skillnader mellan områdestyperna var likartade (data ej redovisad) [18].

**Figur 20. Andel av befolkningen, 24 år eller äldre, som endast besökt tandvården vid akuta besvär fördelat på områdestyper, 2015–2024**

Åldersstandardiserade andelar



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Registret över Totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

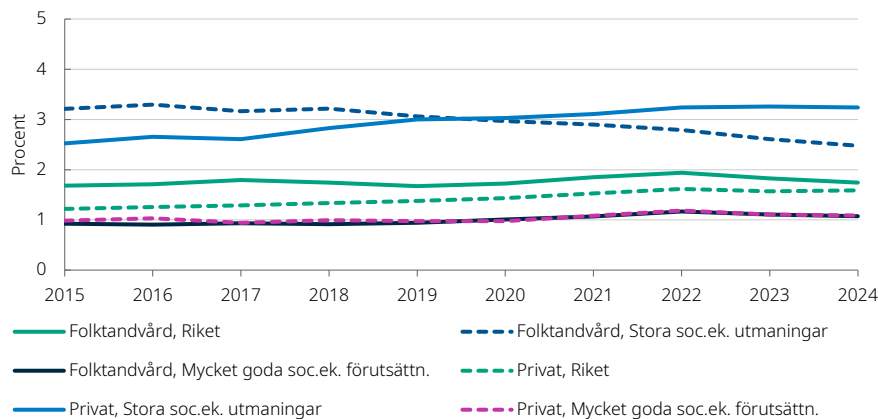
Andelen som gjort ett besök akut till tandvården bland barn och unga 0–17, 18–23 år, vuxna 26–66 år och personer äldre än 67 år, redovisas i en senare del av detta kapitel under Patient- och personalcentrerad personalplanering inom tandhälsområdet.

## Ökning av akuta besök till privattandvården bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar

I totalbefolkningen var det ungefär lika vanligt att besöka folktandvården som en privat vårdgivare vid akutbesök (Figur 21). I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar ses inga skillnader mellan vårdgivarkategorierna, varken det senaste året eller de senaste tio åren. I områden med stora socioekonomiska utmaningar var det däremot något vanligare med akutbesök hos privata vårdgivare än hos folktandvården. I dessa områden har besöksandelarna till privata vårdgivare ökat mellan 2015 och 2024, medan besöksandelarna till folktandvården minskat under samma period [18].

**Figur 21. Andel av befolkningen, 24 år eller äldre, som besökt tandvården akut i områden med stora socioekonomiska utmaningar respektive mycket goda ekonomiska förutsättningar, fördelat på vårdgivarkategori, 2015–2024**

Åldersstandardiserade andelar



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Registret över Totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

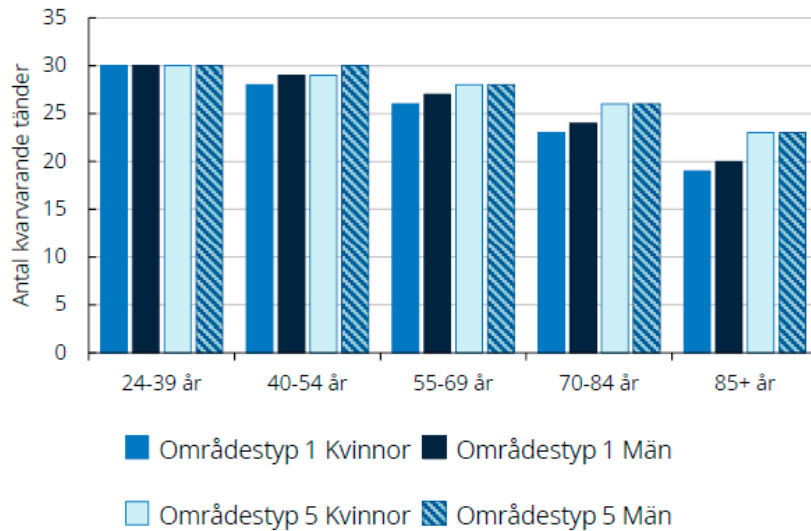
## Munhälsa

### Färre kvarvarande och intakta tänder bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Målet för tandvården är enligt tandvårdslag (1985:125) en god tandhälsa och en god tandvård för hela befolkningen. Antal kvarvarande tänder är ett mått på genomgången sjukdom och en indikator för tand- och munhälsa generellt. Det är dock ett grovt mått som inte tar hänsyn till status på kvarvarande tänder. Socioekonomi har tydlig påverkan på antal kvarvarande tänder. Individer i områden med stora socioekonomiska utmaningar har färre kvarvarande tänder från 40 år och uppåt. Det gäller inte minst kvinnor i dessa områden (Figur 22) [20].

**Figur 22. Median kvarvarande tänder 2023**

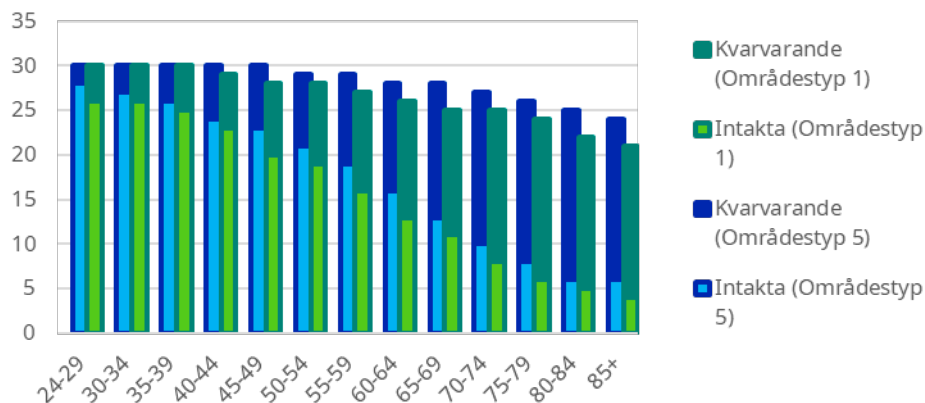
Efter REGSO-område och ålder



Källa: Socialstyrelsen Tandhälsoregister

Både antalet kvarvarande tänder och antalet intakta tänder är generellt sett lägre i områden med stora socioekonomiska utmaningar, jämfört med områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Skillnader mellan områdena i antalet kvarvarande tänder kan ses från 40 år och uppåt, medan skillnaderna i antalet intakta tänder är tydliga redan från och med 24 år (Figur 23) [19].

**Figur 23. Median av antalet kvarvarande och intakta tänder, områdestyp 1 och 5, 2023, efter ålderskategori**



Källa: tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

### Tandhälsa och statistiska mått

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (Tandvårdslag (1985:125)). En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Hit räknas också visdomständer. Beroende på om visdomständerna är frambrutna eller har synlig tandrot kan en person ha upp till 32 kvarvarande tänder. När antalet kvarvarande tänder minskar kan tuggfunktionen påverkas negativt. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade dentinskador som kräver behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller protetiska ersättningar. DMFT (Decayed Missing Filled Teeth) används som ett mått på tandhälsa och skapas genom att subtrahera antalet kvarvarande intakta tänder från 32 (det maximala antalet möjliga tänder). DMFT visar då på antalet tänder som är karrerade, saknas eller är lagade. Ju lägre DMFT-värde desto bättre tandhälsa.

Bland personer i åldern 65–74 år bosatta i områden med mycket goda eller goda socioekonomiska förutsättningar hade över 90 procent minst 20 kvarvarande tänder, medan motsvarande andel var strax under 75 procent bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar (Tabell 4). Skillnaderna mellan områden med stora socioekonomiska utmaningar och mycket goda förutsättningar var alltså mer än 20 procentenheter [19].

**Tabell 4. Andel besökare med minst 20 kvarvarande tänder per områdestyp, hos personer 65–74 år som rapporterat kvarvarande tänder 2021–2023**

| Områden med                      | Andel i procent |
|----------------------------------|-----------------|
| Stora socioekonomiska utmaningar | 73,8            |
| Socioekonomiska utmaningar       | 81,9            |
| Socioekonomisk blandning         | 87,2            |
| God socioekonomi                 | 91,5            |
| Mycket god socioekonomi          | 95,0            |

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

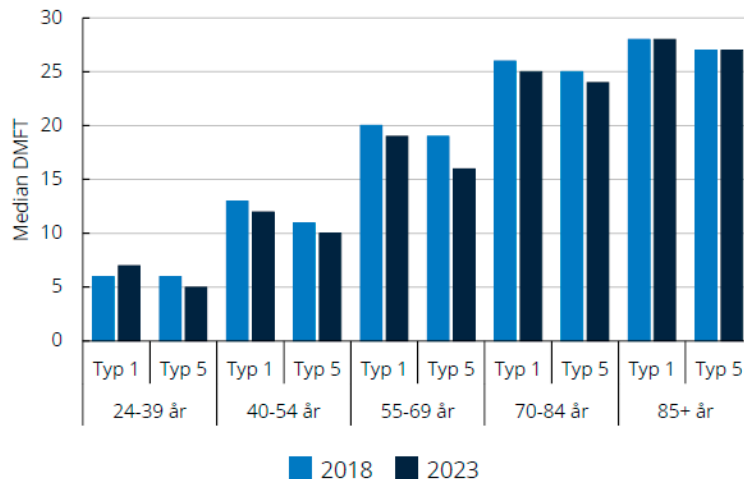
## Skillnader i tandhälsa mellan olika åldersgrupper

Ett annat mått på tandhälsa är DMFT, alltså antalet tänder i munnen som är karrerade, saknas eller är lagade. DMFT är lägre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Det går också att se en utveckling över tid där DMFT förbättras i högre grad i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar vilket indikerar att utvecklingen går åt fel håll, det vill säga att skillnaderna mellan områdena ökar. Det är tydligast i åldersgruppen 55–69 år där DMFT i områden med stora socioekonomiska utmaningar sjunker från 20

till 19, samtidigt som DMFT sjunker från 19 till 16 i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 24) [20].

**Figur 24. Median DMFT efter REGSO-område**

Efter ålder

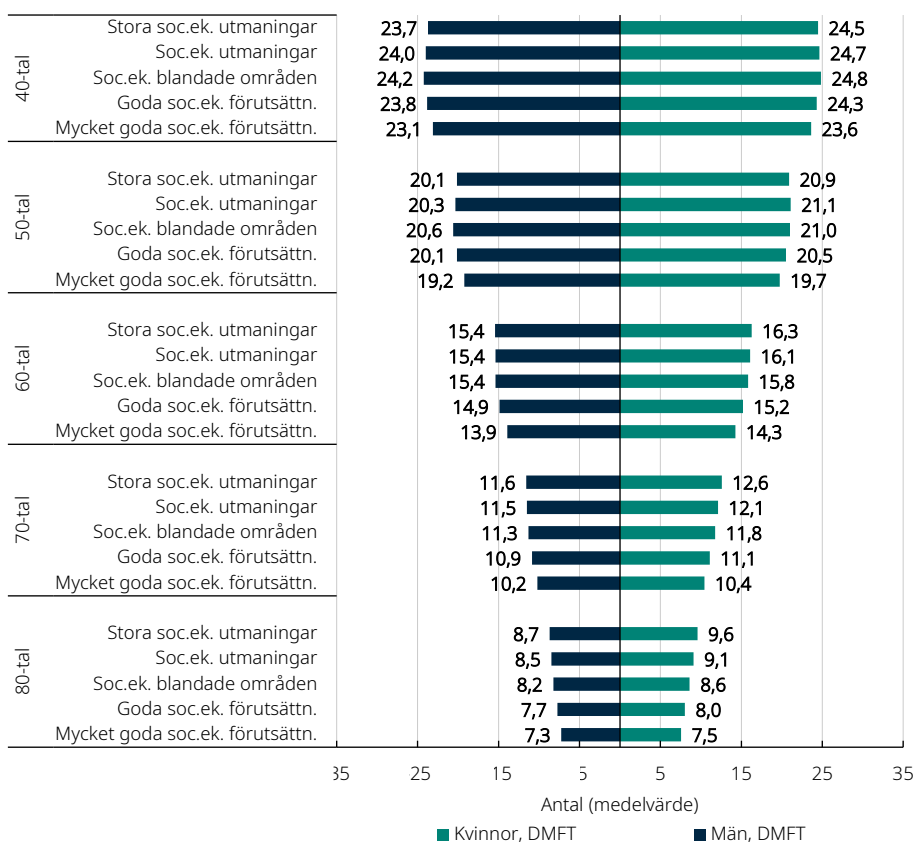


Källa: Socialstyrelsens Tandhälsoregister

Antalet DMFT skiljer sig också åt mellan områdestyper i olika födelsekohorter (Figur 25). Personer födda på 40-talet har i medeltal ungefär 24 DMFT, alltså omkring 75 procent av alla tänder i munnen, medan personer födda på 80-talet har runt 8 DMFT vilket motsvarar ungefär 25 procent av alla tänder. De socioekonomiska skillnaderna i födelsekohorterna tenderar dock att vara större bland 80-talisterna jämfört med 40-talisterna. I den förstnämnda kohorten skiljer sig DMFT-värdet för personer i områden med stora socioekonomiska utmaningar med personer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar med 2,0 och 1,4 för män respektive kvinnor. Motsvarande siffror för män och kvinnor födda på 40-talet är 0,8 respektive 0,6. Bland 60- och 70-talister är skillnaderna mellan områdestyperna ungefär i samma storlek som bland 80-talisterna [18].

**Figur 25. Antal DMFT fördelat på kön, födelsekohort och områdestyp, för personer som besökt tandvården år 2022–2024**

Medelvärden



Källa: Tandhälsoregistrert, Socialstyrelsen och Registrert över Totalbefolkningen, Statistikmyndigheten SCB

## Tandvårdsbehandling och utfall av behandling bland vuxna

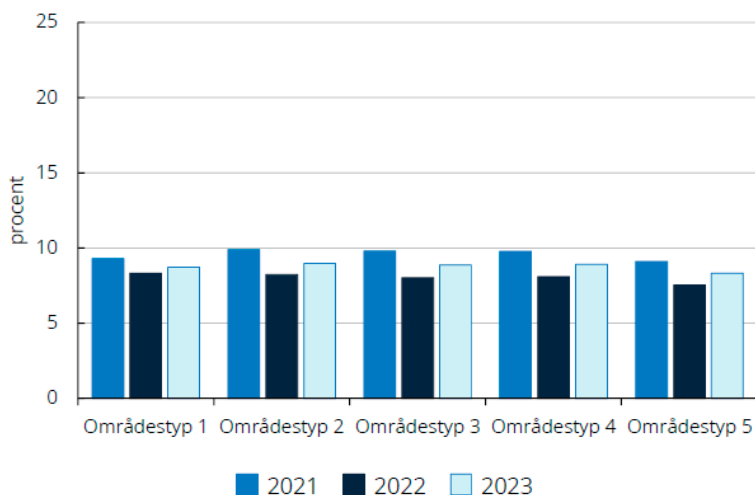
Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av tandvården i vilken såväl barn- och ungdomstandvården som vuxentandvården följs upp. Utgångspunkten har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård [20]. Nedan redovisas resultat för de indikatorer som i utvärderingen tagits fram fördelat på områdestyp. För att ta del av kontext, innehåll och slutsatser från utvärderingen sin helhet hänvisas läsaren till originalpubliceringen.

## Inte så stora socioekonomiska skillnader bland vuxna med en eller flera tänder som åtgärdas på nytt

En tand som måste restaureras på nytt med reparativa åtgärder är en belastning för både individen och samhället. Orsaken till att en tidigare lagad tand behöver lagas på nytt kan vara flera och av varierande slag, till exempel att restaurationen gått sönder. Den övergripande indikatorn mäter andel vuxna som inom en treårsperiod eller femårsperiod fått en ny fyllning eller krona på en tidigare restaurerad tand. Socioekonomi har inte så stor inverkan på omgörningar av fyllningar utan situationen ser relativt likartad ut oavsett områdestyp (data visas ej i figur). Precis som för omgörning av fyllningar är det heller inte någon större skillnad på andel omgörningar av kronor efter socioekonomisk områdestyp (Figur 26) [20].

**Figur 26. Vuxna med kronor som behöver göras om på nytt inom fem år. 2023**

Efter REGSO-område. Procent.



Källa: Socialstyrelsens Tandhälsoregister

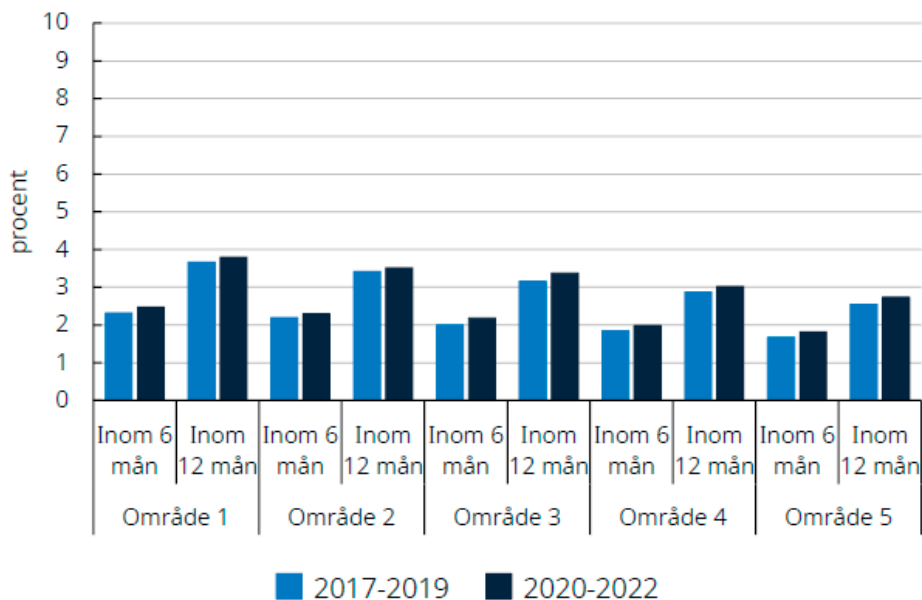
## Något vanligare att förlora tand efter åtgärd i områden med stora socioekonomiska utmaningar

En tand som går förlorad efter åtgärd är också en belastning för både individ och samhälle. Orsaken till att en tidigare åtgärdad tand förloras kan vara flera och av varierande slag, till exempel att tanden eller restaurationen har gått sönder och inte går att åtgärda. Indikatorn följer andel vuxna med invasiv åtgärd som inom 6 månader respektive 12 månader efter åtgärden fick en eller flera av de tänder som tidigare behandlats extraherade. Personer som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar förlorar tand efter åtgärd i

något högre grad än personer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Detta gäller efter 6 månader såväl som efter 12 månader (Figur 27) [20].

**Figur 27. Vuxna som förlorat tand efter åtgärd. Inom 6 månader och inom 12 månader**

Efter REGSO-område. Procent



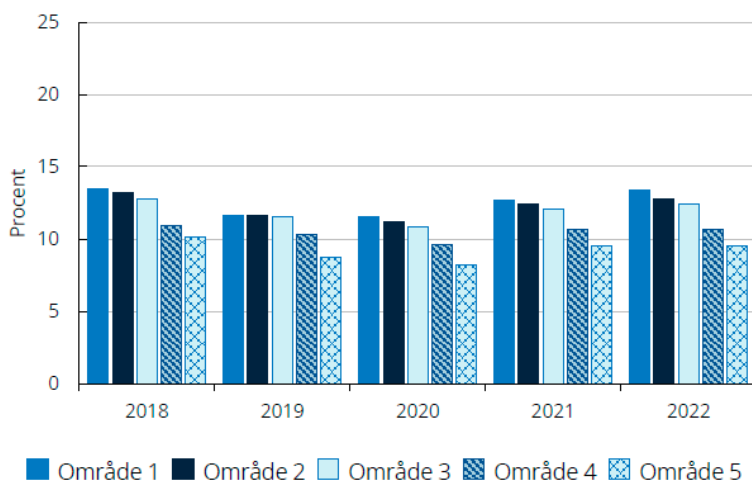
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

## Socioekonomiska skillnader i orsaksinriktad behandling vid karies för vuxna

Indikatorn mäter andel vuxna patienter som fått restaurativa åtgärder för karies och som också har fått orsaksinriktad behandling. Vuxna som bor i områden med socioekonomiska utmaningar får orsaksinriktad behandling för karies i högre utsträckning än vuxna som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 28) [20].

**Figur 28. Vuxna som fått orsaksinriktad behandling för karies 2022**

Efter REGSO-område, procent.



Källa: Socialstyrelsens Tandhelsoregister

För att undersöka om detta resultat kan kopplas till vårdtyngd har Socialstyrelsen undersökt antal besök för orsaksinriktad behandling för karies kopplat till områdets socioekonomi och ålder. Antalet besök i medeltal för orsaksinriktad behandling för karies är högre i socioekonomiskt utsatta områden vilket indikerar att vårdtyngden där är större (Tabell 5) [20].

**Tabell 5. Antal besök i tandvården för orsaksinriktad behandling karies**

Medeltal, REGSO-område och ålder. 2022.

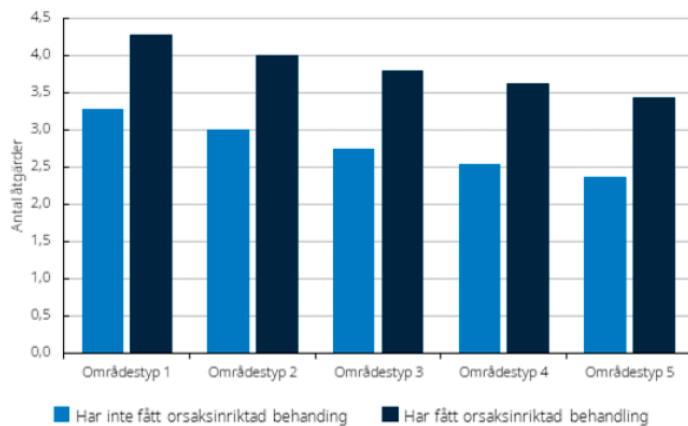
| Ålder vid besöksårets slut | 24-39       | 40-54       | 55-69       | 70-84       | 85+         | Totalt      |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                            | Antal besök | Antal besök | Antal besök | Antal besök | Antal besök | Antal besök |
| Områdestyp                 | Medel       | Medel       | Medel       | Medel       | Medel       | Medel       |
| 1                          | 1.69        | 1.59        | 1.41        | 1.31        | 1.26        | 1.54        |
| 2                          | 1.54        | 1.43        | 1.34        | 1.30        | 1.29        | 1.41        |
| 3                          | 1.45        | 1.36        | 1.30        | 1.28        | 1.28        | 1.34        |
| 4                          | 1.34        | 1.28        | 1.26        | 1.27        | 1.28        | 1.28        |
| 5                          | 1.27        | 1.22        | 1.23        | 1.27        | 1.29        | 1.24        |

Källa: Socialstyrelsens Tandhelsoregister 2024

Denna bild återkommer vid en analys av antal åtgärder för karies som individerna i indikatorn fått under tvåårsperioden innan den restaurativa åtgärden som ingår i indikatorn. Personer bosatta i områden med socioekonomiska utmaningar har fått fler åtgärder, och individerna med flest åtgärder i genomsnitt får också orsaksinriktad behandling i högre utsträckning (Figur 29) [20].

**Figur 29. Antal åtgärder för karies som individerna i indikatorn fått under tvåårsperioden innan den restaurativa åtgärden**

Efter REGSO-område



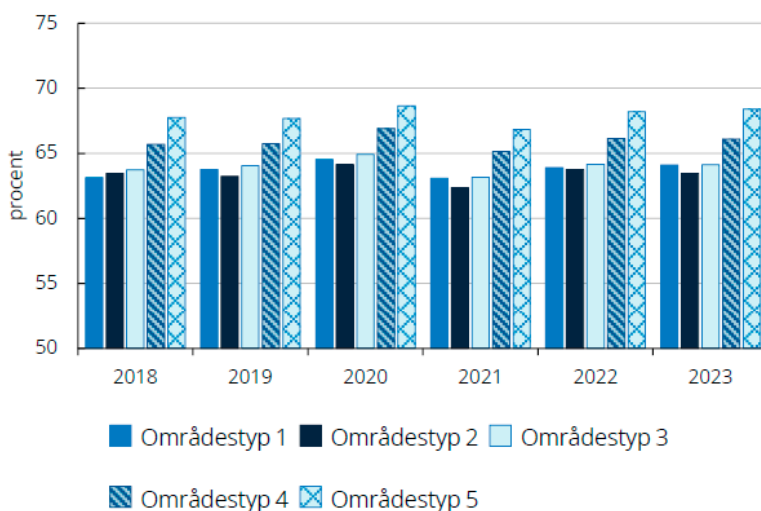
Källa: Socialstyrelsens Tandhälsoregister

## Vanligare med avstannade karies efter behandling bland boende i områden med god socioekonomi

Behandlingen av karies syftar till att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Indikatorn som redovisas här visar hur stor andel av patienterna med karies som har en avstannande sjukdomsutveckling efter behandlingen, och beräknas som andelen personer som behandlats för karies och som vid en uppföljande undersökning inte behandlades på nytt för karies. Personer som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4 och 5) har avstannande karies i högre utsträckning än personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (Figur 30) [20].

**Figur 30. Vuxna med karies som avstannar efter behandling**

Efter REGSO-område



Källa: Socialstyrelsen Tandhälsoregister

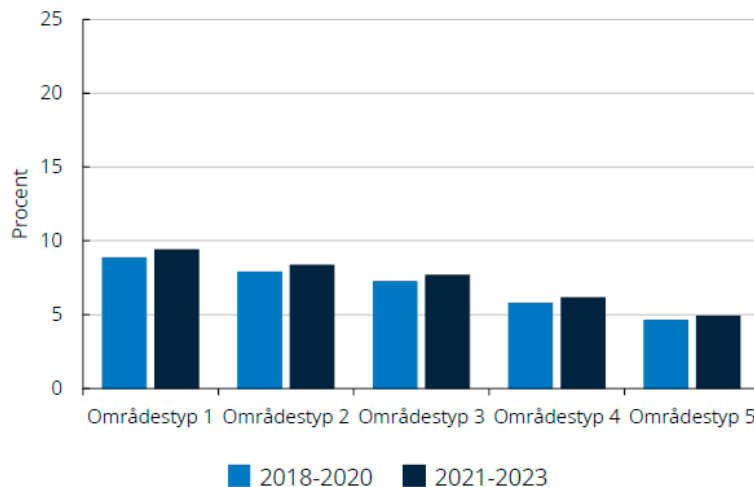
För att undersöka vårdtyngd har Socialstyrelsen också analyserat antal åtgärder med tillståndet karies som föregått besöket som ingår i indikatorn. Resultatet visar att personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar har ett större antal besök, även om skillnaderna inte är så stora, vilket pekar på ett större vårdbehov. Personer med ej avstannande sjukdom har fler besök vilket överensstämmer med övriga data (data visas ej i tabell).

## Vanligare att förlora tand på grund av karies i områden med socioekonomiska utmaningar

Tandförlust efter sjukdom är ett mått för eftersatt tandvård eller ett behov av tandvård som inte tillgodosetts. Indikatorn mäter andel personer som förlorat en eller flera tänder på grund av karies. Socioekonomi har relativt stor påverkan på resultatet för indikatorn. Individer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) förlorar en eller flera tänder på grund av karies i mycket högre utsträckning jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar. I områden med stora socioekonomiska utmaningar är det drygt 9 procent som förlorat en eller flera tänder på grund av karies 2021–2023 vilken kan jämföras med knappt 5 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 31) [20].

**Figur 31. Vuxna som förlorat tand efter sjukdom. Karies**

Efter REGSO-område och år. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen undersökt andelen individer som besökt tandvården för basundersökning 0–3 år respektive 0–5 år före extraktionen på grund av karies. Personer som inte har extraherat en tand på grund av karies har en högre besöksfrekvens och en mer regelbunden kontakt med tandvården jämfört med de patienter som har extraherat minst en tand. Det är dessutom en generellt lägre besöksfrekvens bland patienterna som bor i socioekonomiskt utsatta områden (områdestyp 1 och 2). Lägst andel som besökt tandvården för en basundersökning återfinns i gruppen som extraherat

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

tand på grund av karies i dessa båda områden. Av patienterna som extraherat minst en tand i områdestyp 1 är det 75,4 procent som varit på en basundersökning de senaste fem åren (Tabell 6) [20].

**Tabell 6. Kontakt med tandvården och extraktioner hos patienter som behandlats för karies 2023**

Efter REGSO-område. Procent. 2023

|              | Ingen extraktion pga karies | Ingen extraktion pga karies | Extraktion pga karies | Extraktion pga karies |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
|              | Bu 0-3 år innan             | Bu 0-5 år innan             | Bu 0-3 år innan       | Bu 0-5 år innan       |
| Områdestyp 1 | 83.7%                       | 88.2%                       | 70.3%                 | 75.4%                 |
| Områdestyp 2 | 87.3%                       | 91.1%                       | 74.5%                 | 79.4%                 |
| Områdestyp 3 | 90.4%                       | 94.1%                       | 79.4%                 | 84.2%                 |
| Områdestyp 4 | 92.5%                       | 95.7%                       | 84.6%                 | 88.8%                 |
| Områdestyp 5 | 93.7%                       | 96.7%                       | 89.0%                 | 92.4%                 |

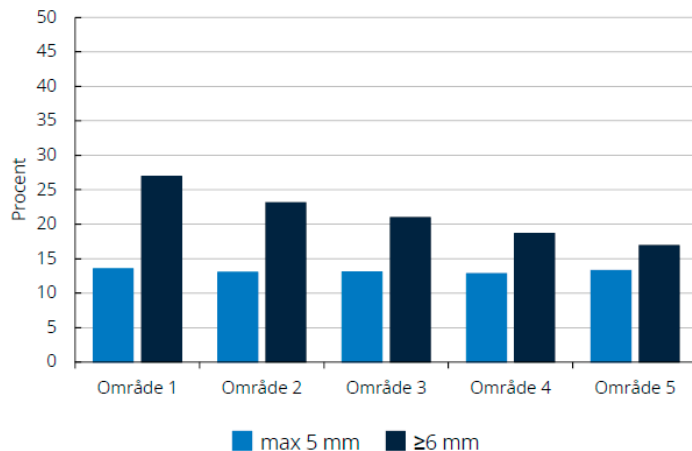
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister. Bu: Basundersökning; Områdestyp 1 - områden med stora socioekonomiska utmaningar; Områdestyp 2 - områden med socioekonomiska utmaningar; Områdestyp 3 - socioekonomiskt blandade områden; Områdestyp 4 - områden med goda socioekonomiska förutsättningar; Områdestyp 5 - områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

## Vanligare med parodontit hos vuxna i områden med socioekonomiska utmaningar

Parodontalt friska individer är ett av målen för god munhälsa. Indikatorn mäter andel personer med egna tänder som besökt tandvården och fått diagnosen parodontit. Allvarlig parodontit är betydligt mer vanligt förekommande i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2). Under perioden 2021–2023 hade 27 procent av patienterna bosatta i områden med stora socioekonomiska utmaningar allvarlig parodontit, vilket kan jämföras med 16,9 procent med allvarlig parodontit i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 32) [20].

**Figur 32. Förekomst av parodontit vuxna**

Efter REGSO-område. 2021-2023. Procent



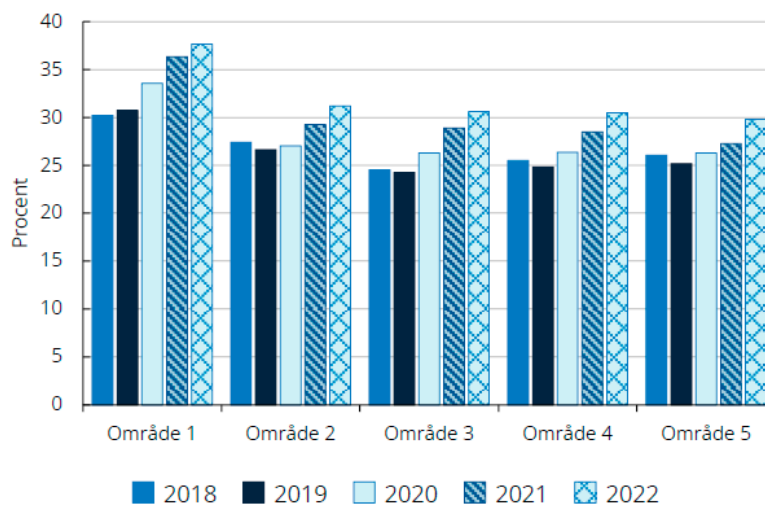
Källa: Kvalitetsregistret, SKaPa

## Socioekonomiska skillnader i orsaksinriktad behandling vid parodontit hos vuxna

Indikatorn mäter här andel vuxna som fått behandling för parodontit och som också har fått orsaksinriktad behandling. Resultaten visar att vuxna som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) får kombinationen mekanisk infektionsbehandling och beteendemedicinsk behandling i högre utsträckning än vuxna som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4 och 5) (Figur 33). Det är samma bild som observerades när det gällde karies [20].

**Figur 33. Vuxna med parodontit som fått mekanisk infektionsbehandling följt av beteendemedicinsk behandling. 2022**

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Socialstyrelsens Tandhälsoregister

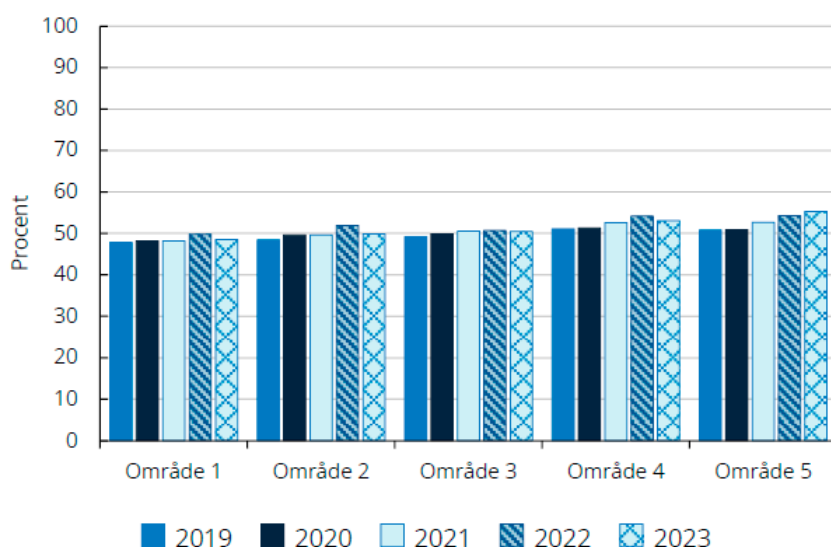
För att undersöka vårddyngd har Socialstyrelsen precis som för karies undersökt antal åtgärder som patienterna genomgått innan de fick den åtgärd som ingår i indikatorn. För parodontit är det inte så stor skillnad mellan områdestyperna när det gäller de som har fått beteendemedicinsk behandling, men det är tydligt att de som fått flest åtgärder också har fått beteendemedicinsk behandling i högst utsträckning. De som fått beteendemedicinsk behandling har drygt fyra besök medan de som inte fått beteendemedicinsk behandling har omkring två besök [20].

## Socioekonomiska skillnader bland vuxna med parodontit som avstannar efter behandling

Behandlingen för parodontit syftar till att förhindra en fortsatt sjukdomsutveckling. Indikatorn visar hur stor andel av patienterna med parodontit som inte uppvisar en ny eller fortsatt sjukdomsutveckling efter behandling. Individer med parodontit i områden med goda socioekonomiska förutsättningar uppvisar i något högre grad inte ny eller fortsatt sjukdomsutveckling än individer i områden med socioekonomiska utmaningar. År 2023 hade 55,2 procent av individerna i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar inte ny eller fortsatt sjukdomsutveckling vilket kan jämföras med 48,5 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Skillnaderna mellan områdena ökar också över tid. År 2019 var skillnaden mellan områdestyp 1 och områdestyp 5 två procent, år 2023 är skillnaden knappt sju procent (Figur 34) [20].

**Figur 34. Vuxna med parodontit som inte uppvisar ny eller fortsatt sjukdomsutveckling**

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen även här studerat antal åtgärder för tillståndet parodontit som individerna fått i genomsnitt under den

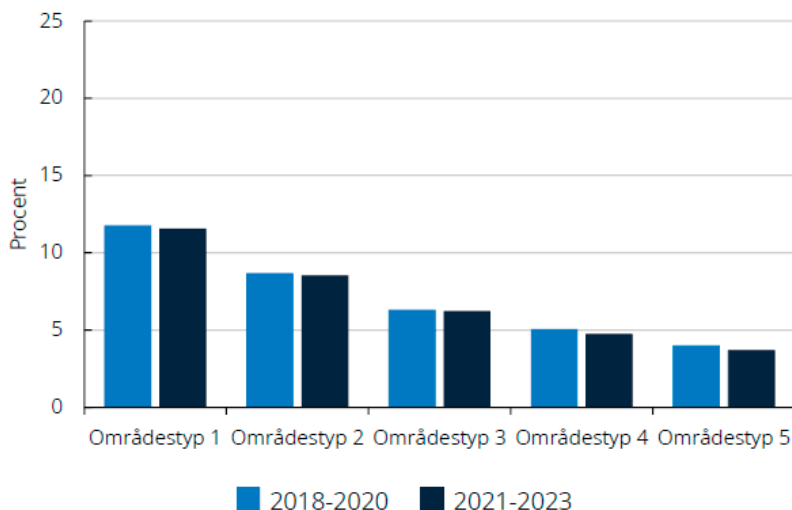
tvåårsperiod som föregår undersökningen som ingår i indikatorn. Ju fler åtgärder desto större vårdtyngd hos patienten. Det är något fler åtgärder i genomsnitt i områden med socioekonomiska utmaningar men det rör sig om små skillnader (data redovisas ej i tabell).

## Vanligare att förlora tand på grund av parodontit i områden med socioekonomiska utmaningar

I områden med stora socioekonomiska utmaningar är det 11,5 procent som förlorat en eller flera tänder på grund av parodontit 2021–2023 vilken kan jämföras med knappt 4 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 35) [20].

**Figur 35. Vuxna som förlorat tand på grund av parodontit**

Efter REGSO. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

För att fördjupa analysen har Socialstyrelsen undersökt andelen individer som besökt tandvården för basundersökning 0–3 år respektive 0–5 år före extraktionen på grund av parodontit. Den fördjupade analysen av extraktioner och andel besök för basundersökning visar att det var en lägre andel som besökt tandvården för basundersökning i gruppen som extraherat minst en tand på grund av parodontit samt att det generellt var en lägre besöksfrekvens bland patienterna som bor i socioekonomiskt utsatta områden (områdestyp 1 och 2). Lägst andel som besökt tandvården för en basundersökning återfinns i gruppen som extraherat tand på grund av parodontit i dessa båda områden. Av patienterna som extraherat minst en tand på grund av parodontit i områden med stora socioekonomiska utmaningar var det 72,9 procent som varit på en basundersökning de senaste tre åren (Tabell 7) [20].

**Tabell 7. Kontakt med tandvården och extraktioner hos patienter som behandlats för parodontit 2023. Efter REGSO-område. Procent. 2023**

|              | Ingen extraktion pga parodontit | Ingen extraktion pga parodontit | Extraktion pga parodontit | Extraktion pga parodontit |
|--------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
|              | Bu 0-3 år innan                 | Bu 0-5 år innan                 | Bu 0-3 år innan           | Bu 0-5 år innan           |
| Områdestyp 1 | 83.3%                           | 87.7%                           | 72.9%                     | 79.5%                     |
| Områdestyp 2 | 87.0%                           | 90.8%                           | 75.9%                     | 81.4%                     |
| Områdestyp 3 | 90.1%                           | 93.7%                           | 80.9%                     | 86.3%                     |
| Områdestyp 4 | 92.3%                           | 95.5%                           | 85.7%                     | 90.4%                     |
| Områdestyp 5 | 93.7%                           | 96.6%                           | 88.9%                     | 93.0%                     |

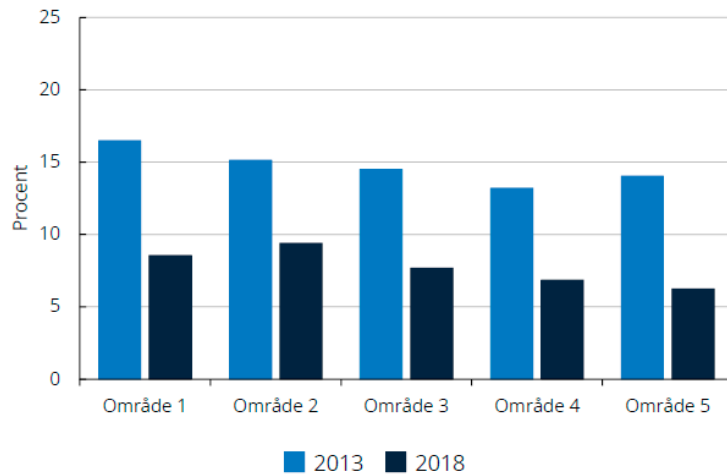
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister. Bu: Basundersökning; Områdestyp 1 - områden med stora socioekonomiska utmaningar; Områdestyp 2 - områden med socioekonomiska utmaningar; Områdestyp 3 - socioekonomiskt blandade områden; Områdestyp 4 - områden med goda socioekonomiska förutsättningar; Områdestyp 5 - områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

## Vanligare med sjukdom i vävnader kring tandimplantat i områden med socioekonomiska utmaningar

Indikatorn mäter andel personer med ett eller flera tandimplantat som vid senaste undersökning i tandvården har diagnostiserats med periimplantit (sjukdomar i vävnaderna kring tandimplantat). Socioekonomi har viss inverkan på resultatet. Individer med implantat som bor i områden med socioekonomiska utmaningar eller stora socioekonomiska utmaningar får diagnosen periimplantit i högre utsträckning än andra. Skillnaden mellan områdena minskar över tid men det är fortfarande högst andel med periimplantit i områdena med socioekonomiska utmaningar (Figur 36) [20].

**Figur 36. Förekomst av periimplantit**

Efter REGSO-område. Procent



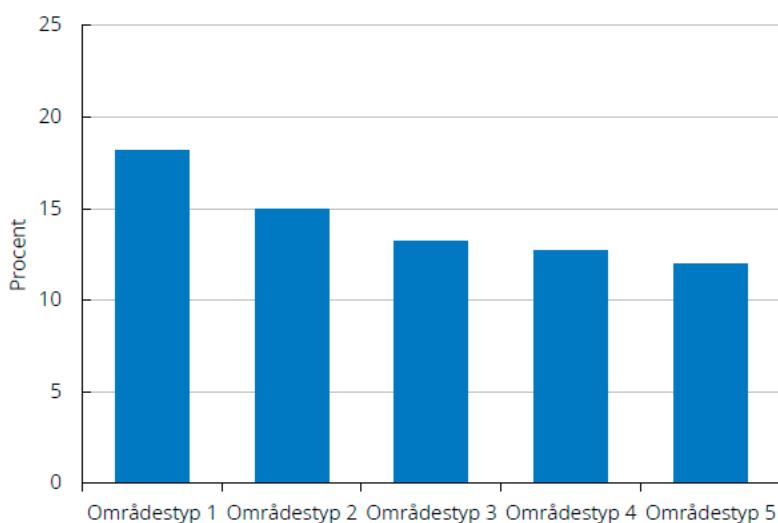
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

## Vanligare att förlora tandimplantat i områden med socioekonomiska utmaningar

I områden med socioekonomiska utmaningar är det vanligare att förlora tandimplantat på grund av periimplantit än i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 37). I områden med stora socioekonomiska utmaningar förlorade 18,2 procent av de vuxna med periimplantit ett eller flera tandimplantat 2021–2023, vilket kan jämföras med 12 procent i området med mycket goda socioekonomiska förutsättningar [20].

**Figur 37. Vuxna som förlorat tandimplantat på grund av periimplantit 2021–2023**

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister

## Relativt små skillnader mellan socioekonomiska områden för kompletterande åtgärder på tand- och implantatstödda fasta konstruktioner

En protetisk rehabilitering med fasta konstruktioner är resurskrävande för patienten, tandvården och samhället. Därför är det viktigt att tand- och implantatstödda konstruktioner finns kvar i funktion i flera år utan att kompletterade åtgärder behöver genomföras. Indikatorn mäter andel personer med en eller flera tand- och implantatstödda fasta konstruktioner som är kvar i funktion efter fem år. Patienter som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar har i högre utsträckning inte behövt genomföra några kompletterande åtgärder på tand- och implantatstödda fasta konstruktioner än patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. Skillnaderna mellan områdestyperna är dock relativt små (data redovisas ej i figur) [20].

## Orsaksinriktad behandling vid käkfunktionsstörning bland vuxna

Det är relativt vanligt att ungdomar och vuxna känner smärta i munnen, ansiktet och käkarna. Om smärtan är långvarig beror den ofta på funktionsstörningar i käkarna. Andelen vuxna som fått orsaksinriktad behandling för käkfunktionsstörning är relativt blandat utifrån socioekonomiska områden, vilket skiljer gentemot resultaten för karies och parodontit [20].

För tillståndet käkfunktionsstörning ingår även åtgärden motorisk aktivering. Individer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar har genomgående fått behandling med motorisk aktivering i högre utsträckning än individer bosatta i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (data redovisas ej i figur) [20].

## Något fler i områden med goda socioekonomiska förutsättningar behöver åtgärda rotfyllningar på nytt

Rotbehandling syftar till att den behandlade tanden ska kunna behållas utan att några ytterligare endodontiska åtgärder (revision eller apikalkirurgi) behövs. Indikatorn mäter andel personer med en eller flera rotfyllda tänder som inte har behövt åtgärdas på nytt inom en femårsperiod. En indelning efter områdestyper visar att individer bosatta i områden med socioekonomiska utmaningar har en något högre överlevnad på sina rotfyllningar, även det handlar om små skillnader. En förklaring till detta kan vara att individer med goda socioekonomiska förutsättningar har tätare kontakt med tandvården vilket gör att tandvården har större möjlighet att upptäcka och åtgärda eventuella problem med en rotfyllning (data redovisas ej i figur) [20].

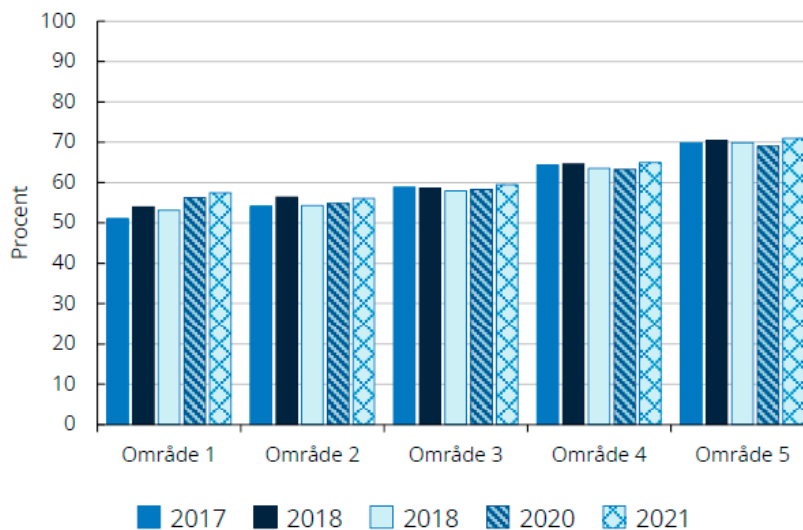
## Utfall av tandvårdsbehandling bland barn och unga

### Vanligare med avstannade karies efter behandling bland barn och unga vuxna i områden med god socioekonomi

Barn och unga som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) har avstannande karies i lägre utsträckning än barn och unga som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 38). År 2021 hade 57 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar avstannande karies inom 12–18 månader efter behandling vilket kan jämföras med 71 procent i områden mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Skillnaderna mellan områdestyperna är lika framträdande för avstannande karies inom 18–36 månader [20].

**Figur 38. Barn och unga vuxna med karies som avstannar 12–18 månader efter behandling**

Efter REGSO-område. Procent



Källa: Kvalitetsregistret SKaPa

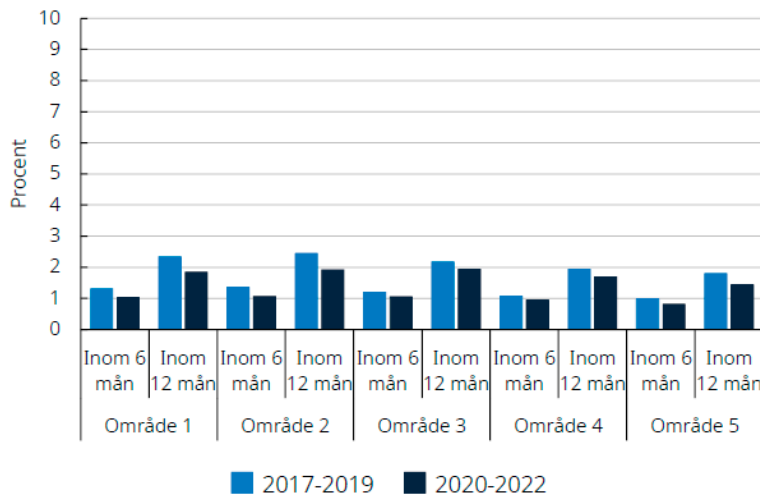
### Något vanligare att förlora tand efter åtgärd i områden med socioekonomiska utmaningar

En tand som förloras efter åtgärd är en belastning både för individen och samhället. Orsaken till att en tidigare åtgärdad tand förloras kan vara flera och av varierande slag, till exempel att restaurationen eller tanden gått sönder och inte går att åtgärda. Den övergripande indikatorn mäter andel barn som förlorat tand inom 6 eller 12 månader efter en invasiv åtgärd. Som invasiva åtgärder räknas exempelvis rotfyllningar och restaurationer. Det är något vanligare att

förlora tand efter åtgärd i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2). Det går att se en svag förbättring över tid mellan perioderna 2017–2019 och 2020–2022 men det rör sig om små förändringar (Figur 39) [20].

**Figur 39. Barn och unga vuxna som förlorat tand efter åtgärd**

Efter RegSO-område. Procent.



Källa: Kvalitetsregister SKaPa

## Patient- och personalcentrerad personalplanering inom tandhälsområdet

Att möta efterfrågan på tandvård är en av de största utmaningarna för tandvården. Socialstyrelsen redovisar årligen bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården samt tandvården. Socialstyrelsen har också i uppdrag att göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter. Socialstyrelsen redovisar dessa bedömningar i den årliga rapporten Nationella planeringsstödet (NPS). NPS 2025 består av fyra separata delrapporter [4, 5, 21-23], där den fjärde delrapporten syftar till att bidra till en mer långsiktig och hållbar planering av personalresurser inom tandvården [23]. Nedan redovisas de delar från delrapporten som redovisar socioekonomisk områdestyp. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen. Delar från delrapport ett, tre och fyra redovisas under kapitlet *Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade och behandlade inom specialiserad öppenvård samt slutenvård*.

## Nationell översikt av tandvårdskonsumtion

Eftersom munhälsa och socioekonomi är nära sammankopplade presenterar Socialstyrelsen tandvårdskonsumtionen utifrån olika socioekonomiska områdestyper. I Sverige tenderar personer med liknande socioekonomiska förutsättningar att bo i liknande områden, vilket möjliggör en mer nyanserad analys av tandvårdsbehov och tillgång. Tandvårdskonsumtionen har delats upp i fyra kategorier: förebyggande insatser<sup>7</sup>, behandlingar<sup>8</sup> och akuttandvård för både barn och vuxna.<sup>9</sup> För vuxna inkluderas basundersökningar/undersökningar<sup>10</sup> och även en särskild analys av de som av olika skäl inte besöker tandvården regelbundet [23]. Barn och unga omfattar personer 0–23 år, och vuxna omfattar personer 26–66 år samt 67 år och äldre.

## Socioekonomiska skillnader i tandvårdskonsumtion bland barn och unga

### Förebyggande insatser

Statistiken visar på en större minskning av förebyggande insatser för barn och unga från utsatta och blandade områden under tidsperioden (2012–2013) till (2022–2023), jämfört med barn och unga från områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 40). Skillnaderna i förebyggande insatser ökar mellan unga från olika områdestyper med stigande ålder. Ungar från socioekonomiskt utsatta områden får en mindre andel förebyggande insatser [23].

---

<sup>7</sup> Åtgärds-koder (101, 102, 107, 108, 111, 112, 114) +(200–299, 341)

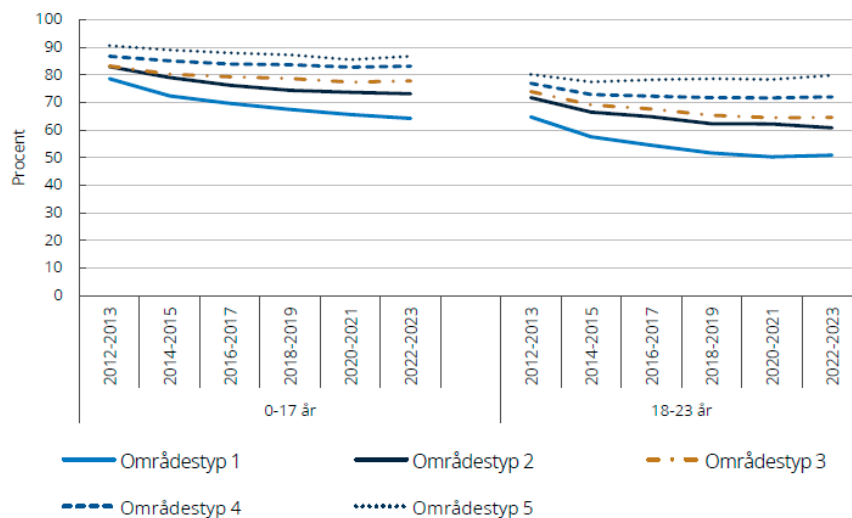
<sup>8</sup> Åtgärds-koder (101, 102, 107, 108, 111, 112, 114) + 300–999 (exklusive 341)

<sup>9</sup> Ingen undersökningsåtgärd men någon annan åtgärd (vilken som helst)

<sup>10</sup> Åtgärds-koder: Basundersökningar (101, 102, 111, 112), Undersökningar (101, 102, 107, 108)

### Figur 40. Förebyggande insatser barn och unga 0-23 år

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

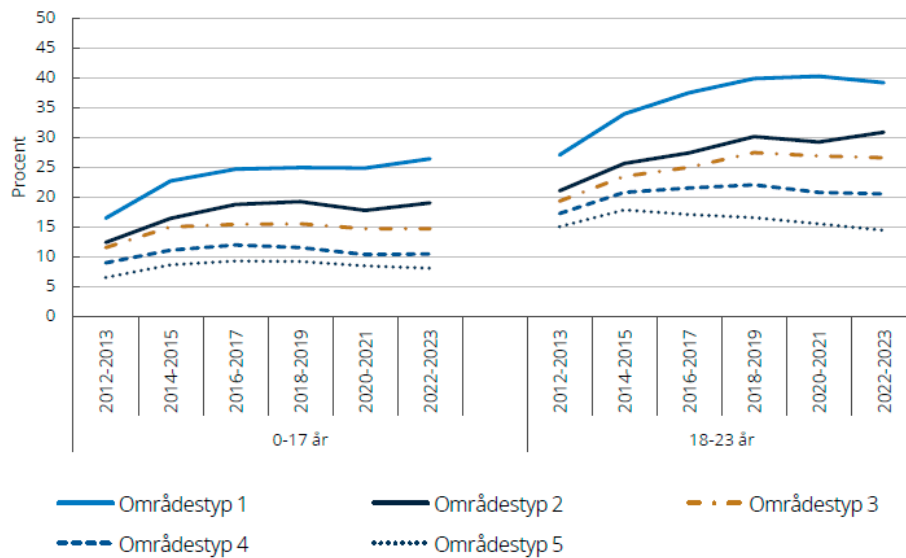


Källa: SkaPa 2024

### Behandlingar

Andelen behandlingar av barn och unga har framför allt ökat under tidsperioden (2012–2013) till (2022–2023) för barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden, med en avtagande trend för unga (18–23 år) från utsatta områden. Barn och unga från blandade områden samt områden med goda och mycket goda socioekonomiska uppvisar mindre förändringar under samma tidsperiod. Andelen barn och unga (0–17 år) som får behandlingar i socioekonomiskt utsatta områden har ökat under tidsperioden (2012–2013) till (2022–2023). Barn och unga från blandade socioekonomiska områden samt områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar uppvisar mindre förändringar under samma tidsperiod (Figur 41) [23].

**Figur 41. Behandlingar barn och unga 0–23 år**



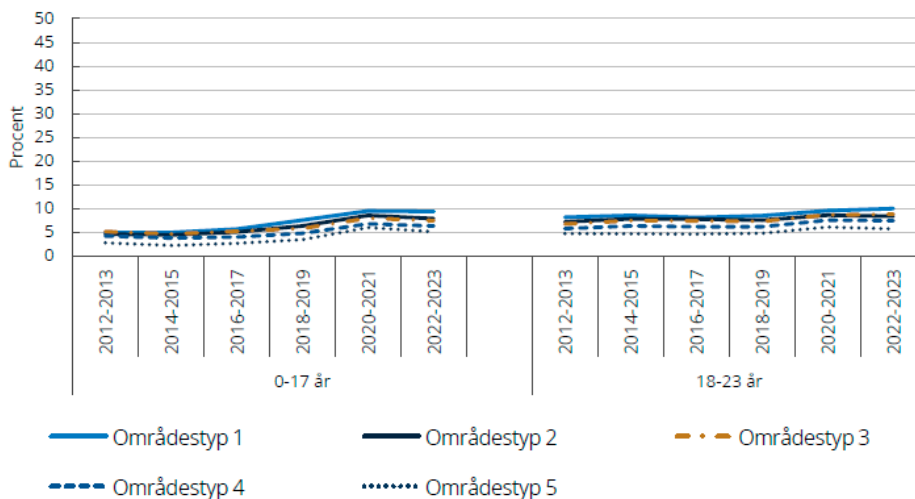
Källa: SkaPa 2024

## Akuttandvård

Andelen besök till akut tandvård ökade under perioden (2012–2013) till (2022–2023), med tydliga skillnader mellan barn och unga från olika socioekonomiska områdestyper (Figur 42). Andel unga från utsatta områden och mycket utsatta områden ökar mest under den undersökta perioden [23].

**Figur 42. Akut tandvård 0–23 år**

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med storsocioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPa 2024

## Socioekonomiska skillnader i tandvårdskonsumtion bland vuxna

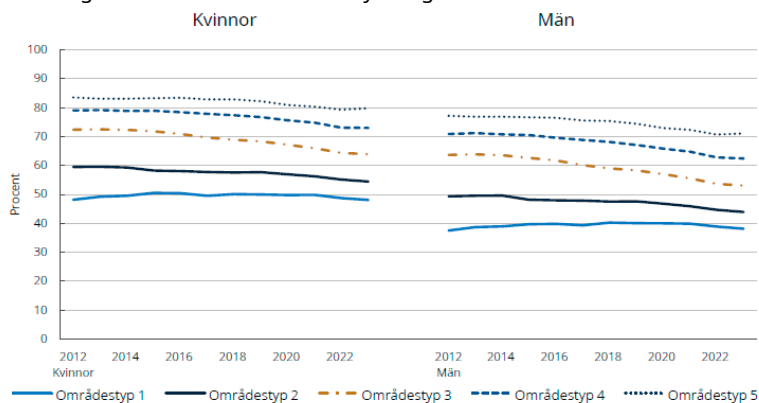
I denna del presenteras tandvårdskonsumtion för vuxna 26–66 år och 67 år och äldre utifrån olika socioekonomiska områden.

### Basundersökningar

Andelen av befolkningen (26–66 år) som genomgått en undersökning de senaste tre åren är högre bland kvinnor och högre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 43). Andelen av befolkningen (26–66 år) som genomgår basundersökningar minskar för personer från samtliga socioekonomiska områdestyper samtliga grupper under perioden [23].

#### Figur 43. Andel (%) av befolkningen som varit på en undersökning någon gång under de tre senaste åren 26–66 år

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

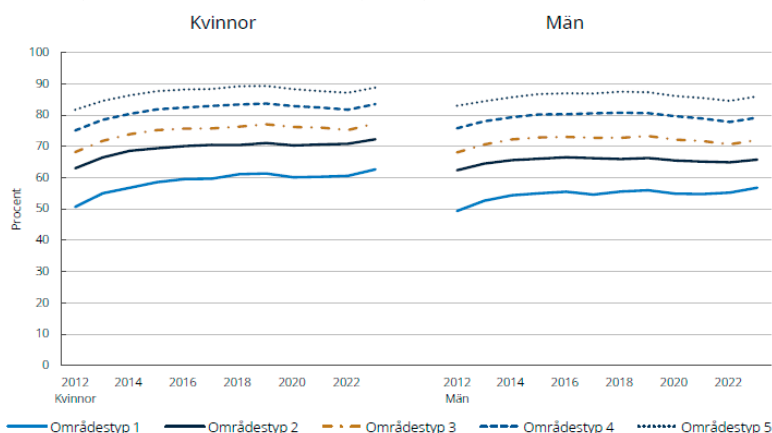


Källa: Tandhälsoregistret 2024

Andelen av befolkningen (67 år och äldre) som genomgått en undersökning de senaste tre åren har generellt ökat över tid både för män och kvinnor. Personer i som bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har en högre andel undersökningar jämfört med dem i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Denna skillnad har ökat något över tid (Figur 44) [23].

### Figur 44. Andel (%) av befolkningen som varit på en undersökning någon gång under de tre senaste åren 67 år och äldre

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



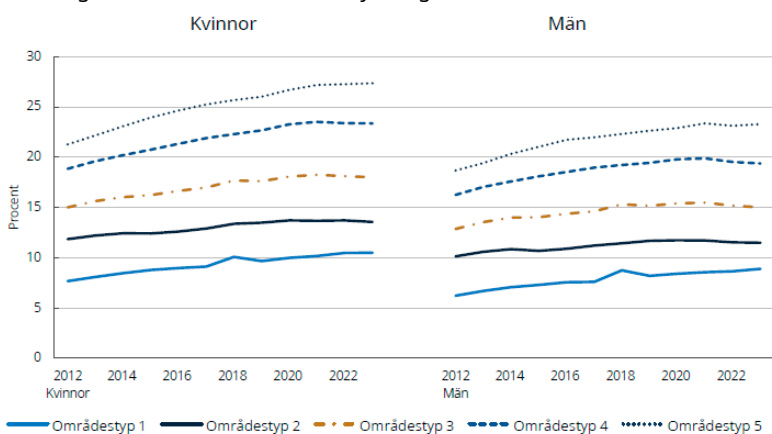
Källa: Tandhälsoregistret 2024

### Undersökning och förebyggande åtgärder

Kvinnor har en högre andel än män som genomgått en undersökning eller undersökning med förebyggande åtgärder under de senaste tre åren i gruppen 26–66 år (Figur 45). Trenden är ökande i samtliga områdestyper. Andelen som genomgått en undersökning eller undersökning med förebyggande åtgärder är högre i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar och lägre i områden med stora socioekonomiska utmaningar i gruppen 26–66 år. Skillnaderna minskar över tid [23].

### Figur 45. Andel av befolkningen som endast gjort en undersökning eller undersökning + förebyggande åtgärd under de tre senaste åren 26–66 år

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar



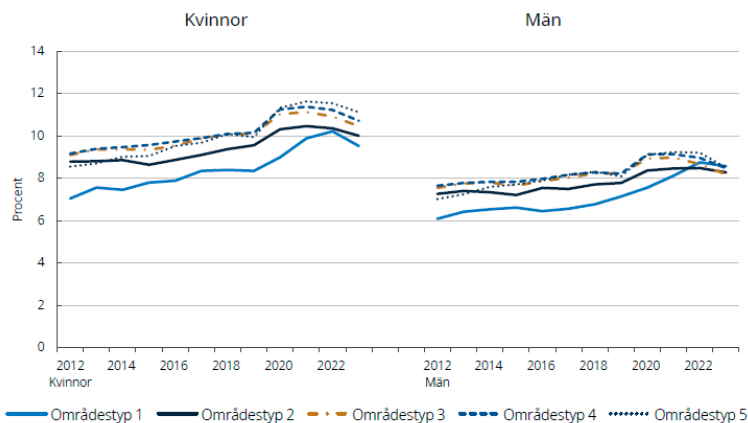
Källa: Tandhälsoregistret 2024

Skillnaderna är mindre mellan personer från olika socioekonomiska områden i gruppen 67 år och äldre. Tydliga skillnader kvarstår mellan män och kvinnor,

där kvinnor i högre utsträckning genomgått en undersökning eller undersökning med förebyggande åtgärder (Figur 46).

**Figur 46. Andel av befolkningen som endast gjort en undersökning eller undersökning + förebyggande åtgärd under de tre senaste åren 67 år och äldre**

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar



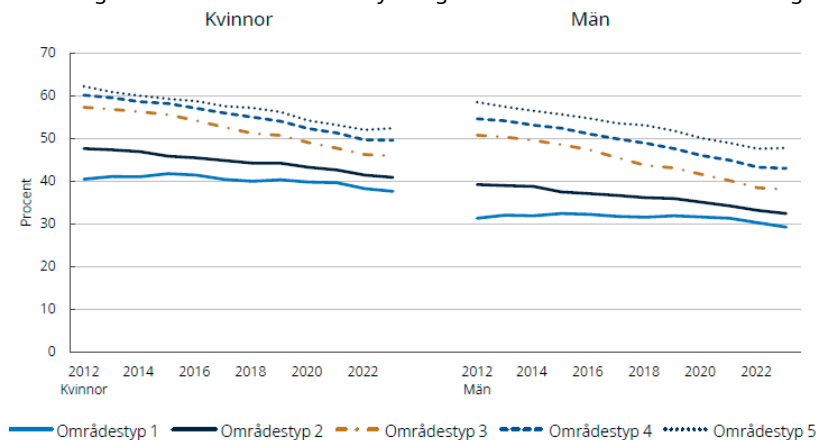
Källa: Tandhälsoregistret 2024

## Undersökning och behandling

Andelen av befolkningen (26–66 år) som har gjort en undersökning och någon behandling har minskat under de senaste tre åren. Minskningen är större bland vuxna från områdestyperna blandade områden och det med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Kvinnor generellt har en något högre andel än män i samtliga områdestyper. Andelen befolkningen (26–66 år) som har gjort en undersökning och någon behandling under de senaste tre åren är lägre i socioekonomiskt utsatta eller mycket utsatta områden (Figur 47) [23].

### Figur 47. Andel av befolkningen som gjort en undersökning och någon behandling under de tre senaste åren 26–66 år

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

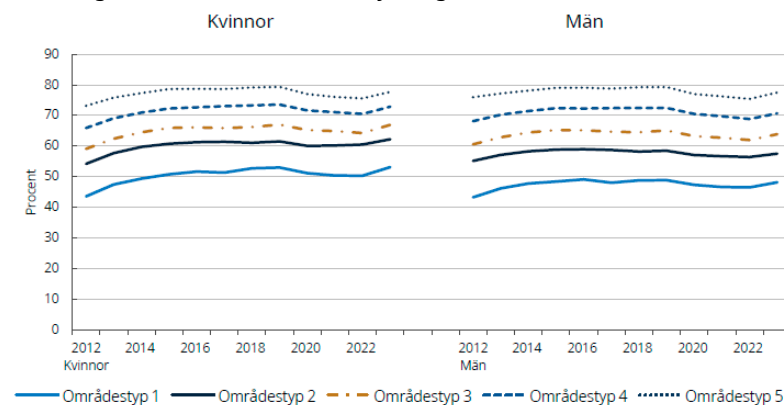


Källa: Tandhälsoregistret 2024

Andelen av befolkningen (67 år och äldre) som har gjort en undersökning och någon behandling under de senaste tre åren är relativt stabil. Andelen som gjort en undersökning och någon behandling är genomgående högre bland kvinnor och skillnader mellan personer från olika socioekonomiska områden är tydliga över tid (Figur 48).

### Figur 48. Andel av befolkningen som gjort en undersökning och någon behandling under de tre senaste åren 67 år och äldre

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



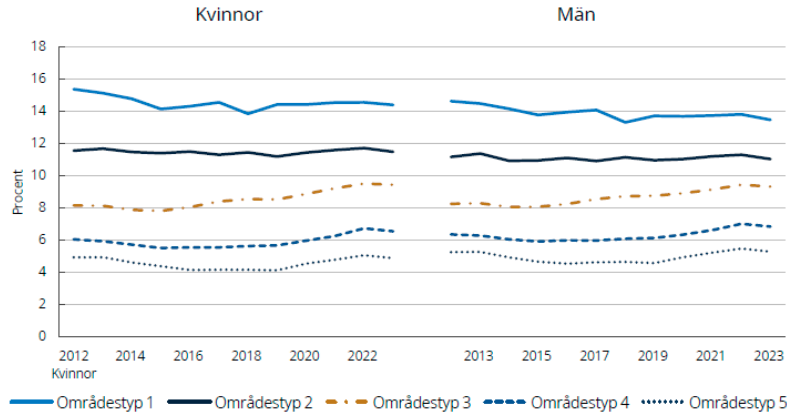
Källa: Tandhälsoregistret 2024

## Akut tandvård

Andelen av befolkningen som enbart besökt tandvården akut, utan någon undersökningsåtgärd, är högst i områden med stora socioekonomiska utmaningar och lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Män har generellt en högre andel akuta tandvårdsbesök utan undersökning jämfört med kvinnor, särskilt i socioekonomiskt utsatta områden (Figur 49-50) [23].

### Figur 49. Andel av befolkningen som endast besökt tandvården akut under de tre senaste åren (dvs inte har någon undersökningsåtgärd) 26–66 år

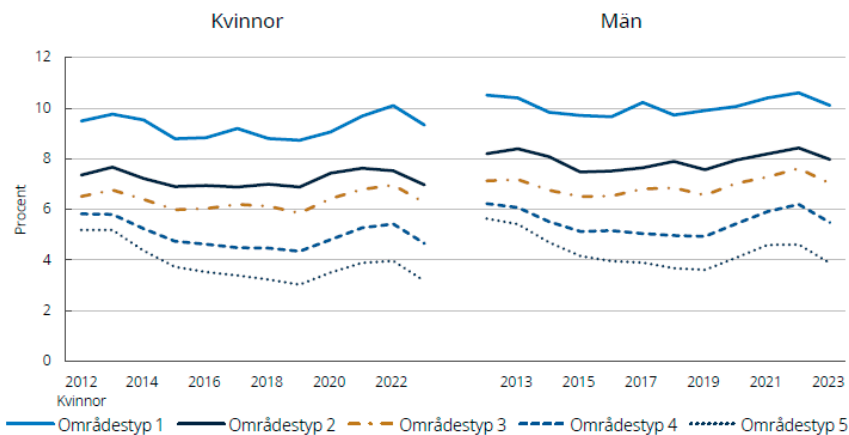
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Tandhälsoregistret 2024

### Figur 50. Andel av befolkningen som endast besökt tandvården akut under de tre senaste åren (dvs inte har någon undersökningsåtgärd) 67 år och äldre

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



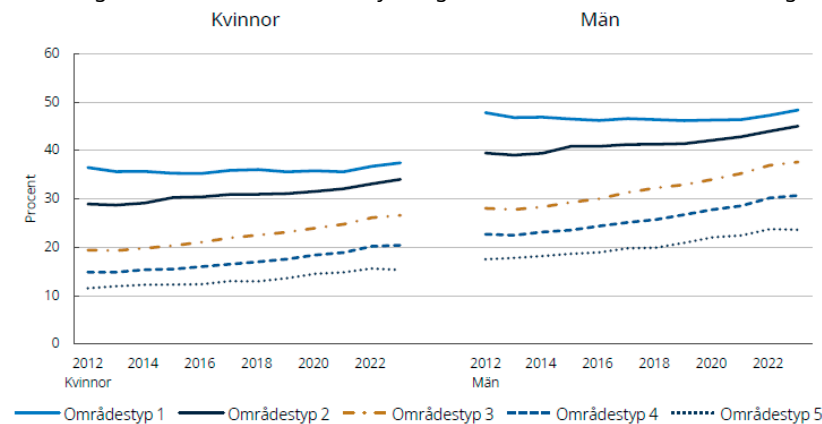
Källa: Tandhälsoregistret 2024

### Personer som inte besökt tandvården

Andelen av befolkningen (26–66 år) som inte besökt tandvården ökar under den senaste treårsperioden. Andelen av befolkningen som inte besökt tandvården är högst i områden med stora socioekonomiska utmaningar och lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 51) [23].

### Figur 51. Andel av befolkningen som inte besökt tandvården under den senaste 3-årsperioden 26–66 år

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stor socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

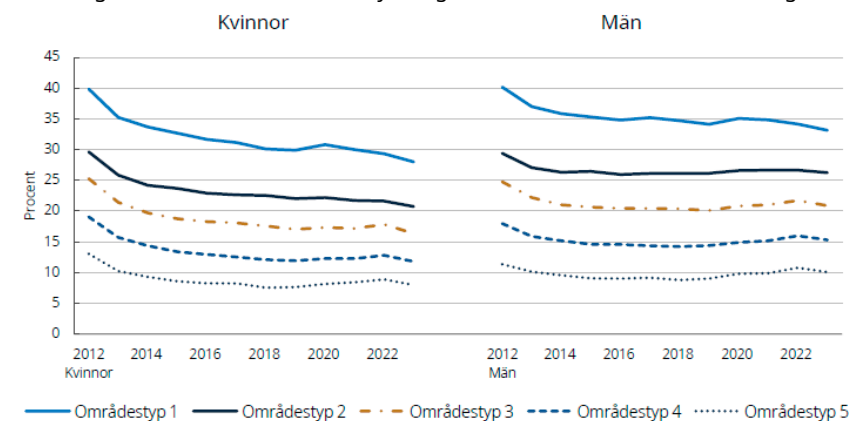


Källa: Tandhälsoregistret 2024

Andelen av befolkningen (67 år och äldre) som inte besökt tandvården under den senaste treårsperioden minskar. Andelen som inte besöker tandvården är högst i områden med stora socioekonomiska utmaningar och högre bland män jämfört med kvinnor (Figur 52).

### Figur 52. Andel av befolkningen som inte besökt tandvården under den senaste 3-årsperioden 67 år och äldre

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stor socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Tandhälsoregistret 2024

## Socioekonomiska skillnader i tandvårdskonsumtion utifrån ett regionalt perspektiv

I en jämförande analys bland barn och unga, samt vuxna, belyses utvecklingen av tandvårdskonsumtion i Halland, Södermanland och Gävleborg 2013 och

2023, vilka har selekterats utifrån sitt hälsoindex.<sup>11</sup> En sammanställning av samtliga län över barn och unga samt vuxna presenteras i delrapport fyra och dess bilagor, och ingår inte i redovisningen här [23].

## Barn och unga

### Förebyggande tandvård

- **Halland:** Ökning av förebyggande tandvård för barn och unga från utsatta och blandade områden (13–20 %), men minskning för unga (18–23 år) från socioekonomiskt utsatta områden.
- **Södermanland:** Kraftig minskning av förebyggande tandvård för barn och unga oavsett socioekonomisk områdestyp (29–49 %).
- **Gävleborg:** Minskning av förebyggande tandvård för barn och unga i alla områdestyper och åldersgrupper (6–18 %).

### Behandlingar

- **Halland:** Ökning av behandlingar för barn och unga från samtliga socioekonomiska områden, med störst ökning bland unga (18–23 år) i blandade områden och områden med goda förutsättningar (190 respektive 198 procent).
- **Södermanland:** Kraftig ökning av behandlingar för barn och unga oavsett socioekonomiskt områdestyp (101–147 procent).
- **Gävleborg:** Ökning av behandlingar för barn och unga från alla områden och åldersgrupper (29–70 procent), med störst ökning bland unga (18–23 år) från blandade områden.

### Akuttandvård

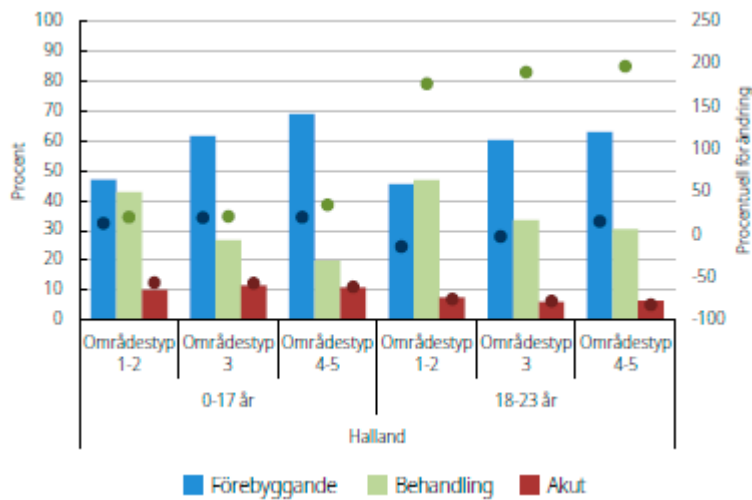
- **Halland:** Minskning av akuttandvård för barn och unga från alla områden.
- **Södermanland:** Minskning av akuttandvård för barn och unga, förutom för barn (0–17 år) från utsatta och blandade områden.
- **Gävleborg:** Ökning av akuttandvård för barn och unga från alla områden. Störst ökning i utsatta och mycket utsatta områden (476 procent).

---

<sup>11</sup> Regionindex för hälsa är ett sammanvägt mått som ger en helhetsbild av hälsotillståndet i olika regioner. Indexet baseras på flera indikatorer som täcker olika aspekter av hälsa, såsom fysisk och psykisk hälsa samt självskattad hälsa. I rapporten redovisas de län som har högst hälsoindex, Halland, med Södermanland som har lägst, samt Gävleborg som har ett lågt hälsoindex. Se detaljer i delrapport 4.

**Figur 53. Hallands län**

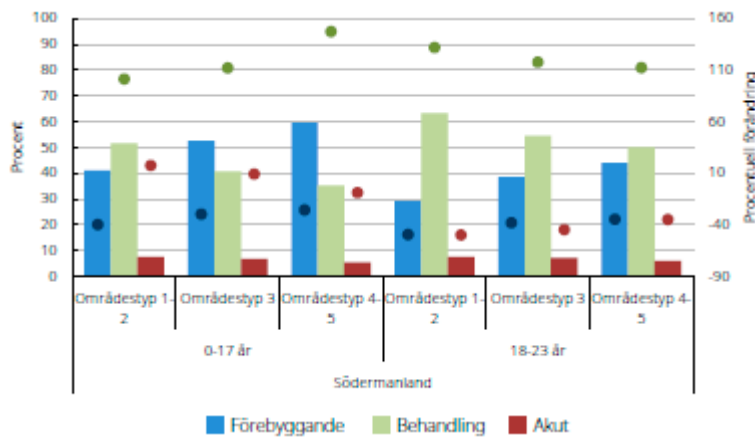
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med storsocioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPA 2024

**Figur 54. Södermanlands län**

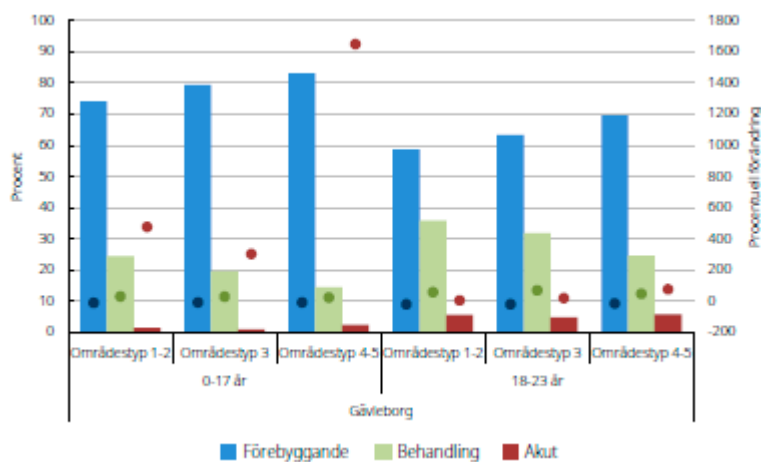
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med storsocioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPA 2024

### Figur 55. Gävleborgs län

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stor socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPA 2024

## Vuxna

### Förebyggande tandvård

- **Halland:** Förebyggande tandvård ökade bland vuxna i alla områdestyper (3–27 procent). Störst ökning för 67 år och äldre skedde i områden med goda socioekonomiska förutsättningar.
- **Södermanland:** Förebyggande tandvård ökade för vuxna 26–66 år oavsett områdestyp, men minskade för 67 år och äldre i alla områden.
- **Gävleborg:** Förebyggande tandvård minskade för 26–66 år i utsatta områden och i områden med goda socioekonomiska förutsättningar, men ökade för 67 år och äldre. Störst ökning skedde (20 procent) i blandade områden.

### Behandlingar

- **Halland:** Behandlingar minskade för vuxna 26–66 år men ökade för 67 år och äldre. Störst ökning bland vuxna i utsatta områden.
- **Södermanland:** Behandlingar minskade för vuxna 26–66 år (7–16 procent) oavsett områdestyp, men ökade för 67+ år (störst ökning skedde i utsatta områden, 6 procent).
- **Gävleborg:** Minskning av behandlingar vuxna 26–66 år, medan behandling ökade med 2–5 procent för 67+ år i utsatta och blandade områden.

### Akuttandvård

- **Halland:** Akuttandvården minskade för alla vuxna. Störst minskning (38 procent) i åldersgruppen 67 år och äldre från utsatta områden.
- **Södermanland:** Akuttandvården ökade i alla åldersgrupper och områdestyper (4–12 procent). Störst ökning för vuxna 26–66 år från utsatta områden.

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

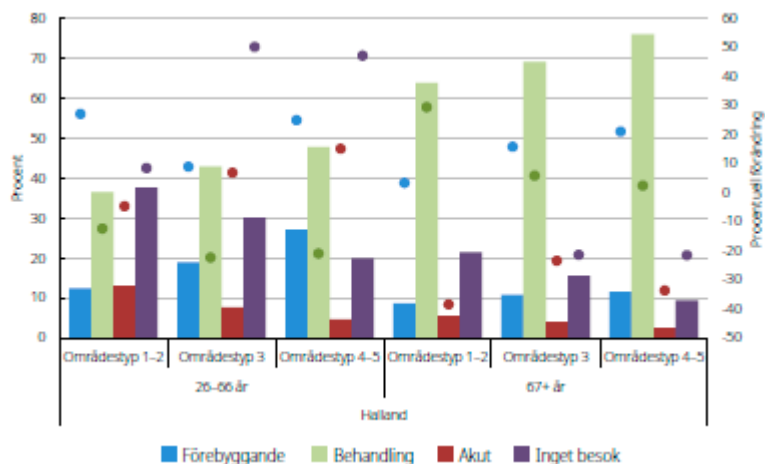
- **Gävleborg:** Akuttandvården ökade kraftigt för vuxna 26–66 år (16–59 procent), störst ökning i områden med goda förutsättningar. För 67 och äldre minskade akutbesöken i alla områdestyper.

### Inget besök till tandvården

- **Halland:** Andelen vuxna 26–66 år som inte besökte tandvården ökade, främst i blandade och områden med goda förutsättningar. För 67 år och äldre minskade andelen utan besök i alla områden (störst minskning i utsatta områden, 34 procent).
- **Södermanland:** Ökning av vuxna 26–66 år som inte besökte tandvården (störst ökning i områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 33 procent). För 67+ år minskade andelen utan besök, förutom i områden med goda förutsättningar.
- **Gävleborg:** Ökning av vuxna 26–66 år utan tandvårdsbesök är störst, i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Den största ökningen motsvarande 105 procent. För 67 år och äldre minskade andelen utan besök i alla områden. Den snabbaste minskningen, 20 procent, fanns i blandade områden [23].

**Figur 56. Hallands län**

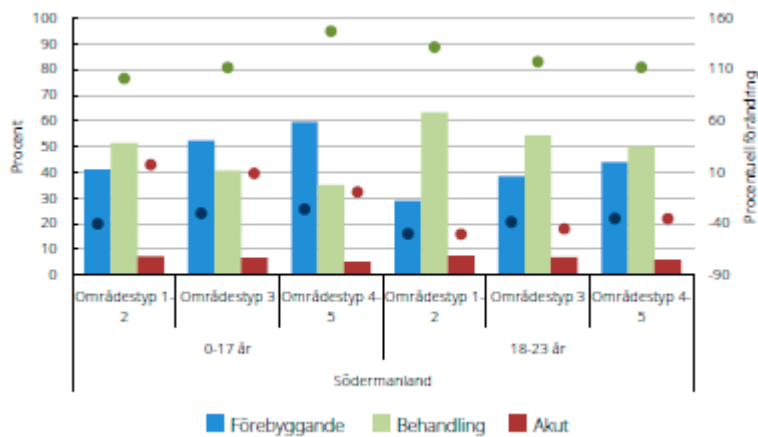
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stor socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPA 2024

**Figur 57. Södermanlands län**

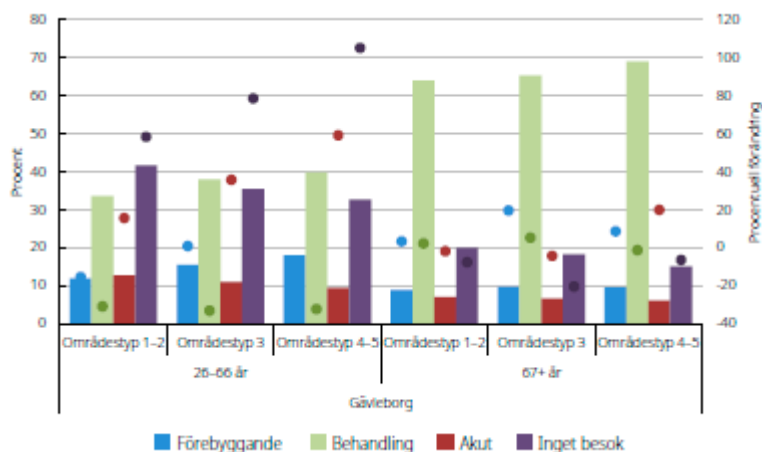
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stor socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPA 2024

**Figur 58. Gävleborgs län**

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stor socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: SkaPA 2024

## Uppföljning i tandvården bland personer med kronisk sjukdom

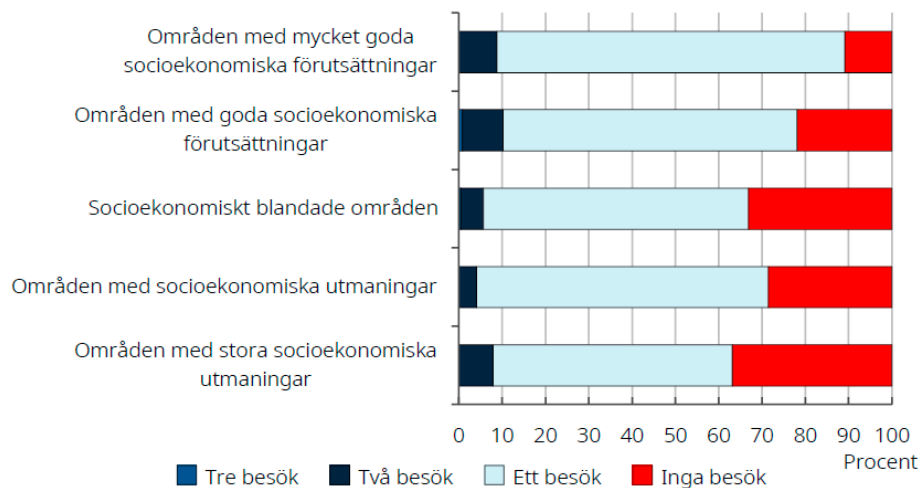
Socialstyrelsen har utvärderat om personer med kronisk sjukdom får uppföljning enligt rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att personer med kroniska sjukdomar följs upp är av betydelse för att säkerställa en högkvalitativ vård och förbättra patienternas hälsa och livskvalitet. Utvärderingen visar i vilken utsträckning patienter med kroniska sjukdomar får återkommande uppföljningar i rätt omfattning och i rätt tid samt i vilken utsträckning patienterna besöker tandvården [24]. I den föreliggande rapporten redovisas de delar från publiceringen som redovisar socioekonomisk områdestyp. För att ta del av kontext, innehåll och slutsatser i utvärderingen i

sin helhet hänvisas läsaren till originalpublikationen. Resultat relaterade till uppföljning inom vården redovisas i kapitlet *Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade och behandlade i specialiserad öppenvård samt slutenvård*.

## Färre tandvårdsbesök bland personer med och utan terapiresistent epilepsi i områden med stora socioekonomiska utmaningar

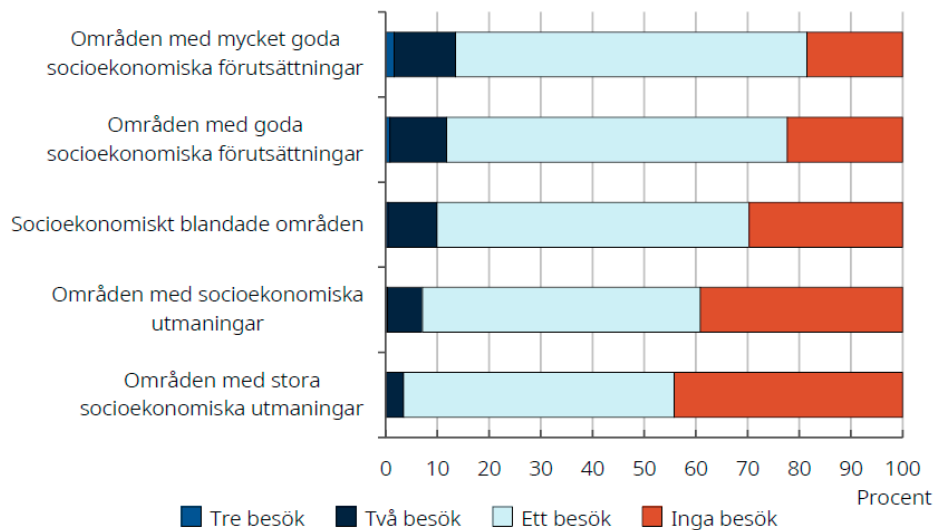
Nästan 40 procent av patienterna som har terapiresistent epilepsi och som inte har besökt tandvården har bott i områden med stora ekonomiska utmaningar. För motsvarande grupp med ej terapiresistent epilepsi är andelen nästan 45 procent. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har det för båda diagnosgrupperna varit vanligast med ett till två besök hos tandvården (Figur 59-60) [24].

**Figur 59. Andel personer med terapiresistent epilepsi; antal tandvårdsbesök under fem år, med start fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 60. Andel personer med ej terapiresistent epilepsi; antal tandvårdsbesök under fem år, med start fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**

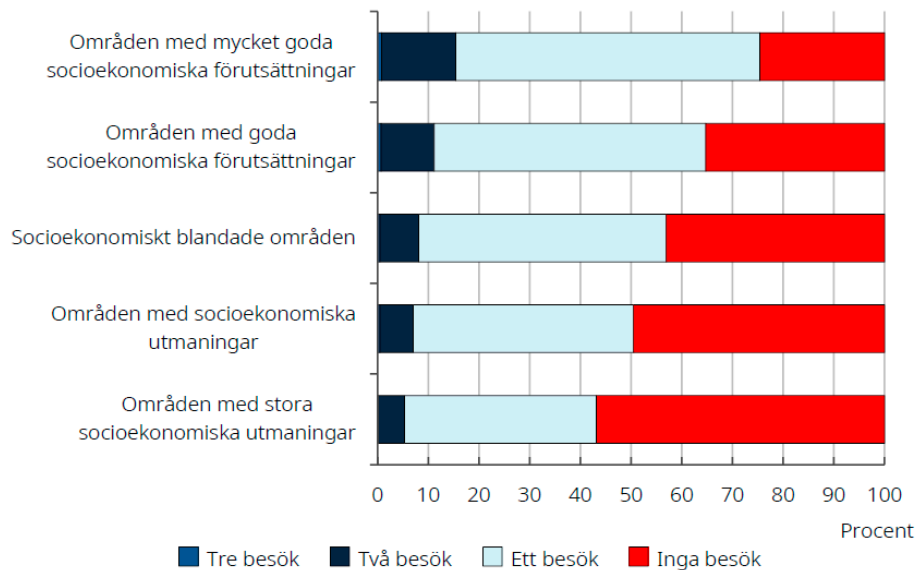


Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Färre tandvårdsbesök bland personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) i områden med stora socioekonomiska utmaningar

För personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som bodde i områden med stora socioekonomiska utmaningar hade nästan 60 procent inte besökt tandvården någon gång under uppföljningsperioden, jämfört med knappt 25 procent av de som bodde i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Motsvarande skillnader fanns även för personer med KOL som gjort tre besök hos tandvården under uppföljningsperioden (Figur 61) [24].

**Figur 61. Andel personer med KOL; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**

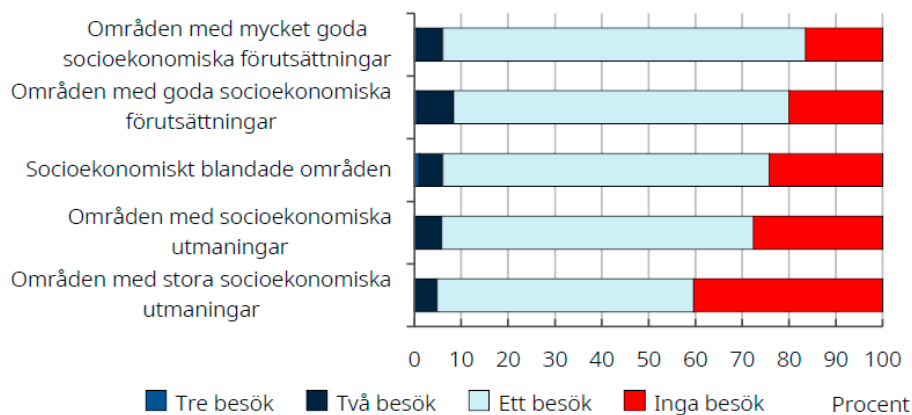


Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

## Färre tandvårdsbesök bland personer med multipel skleros (MS) i områden med stora socioekonomiska utmaningar

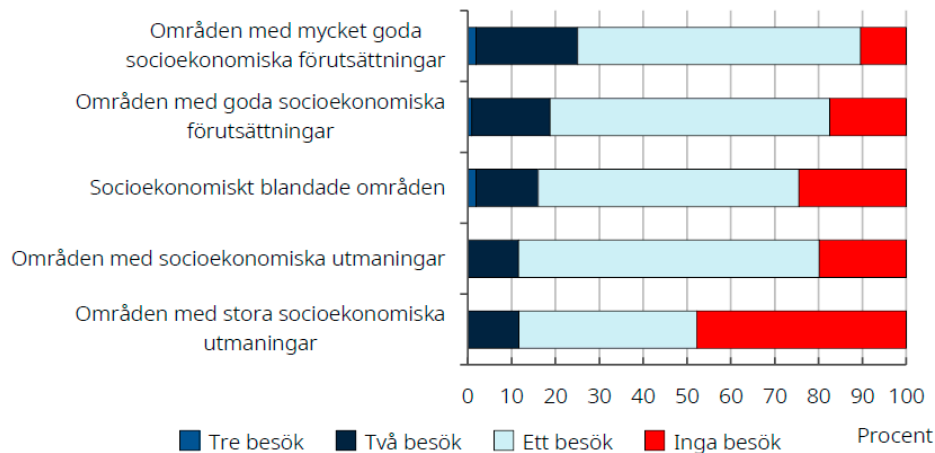
Bland personer med multipel skleros (MS) som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar har mellan 40 och 50 procent inte besökt tandvården någon gång under uppföljningsperioden. I den äldre ålderspopulationen visar resultaten också att personer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar i större uträkning har fler besök i tandvården - 25 procent av dem har minst två besök i tandvården, jämfört med 5 procent i samma typ av områden i den yngre populationen (Figur 62-63) [24].

**Figur 62. Andel personer med MS 18-44 år; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 63. Andel personer med MS 45–74 år; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**

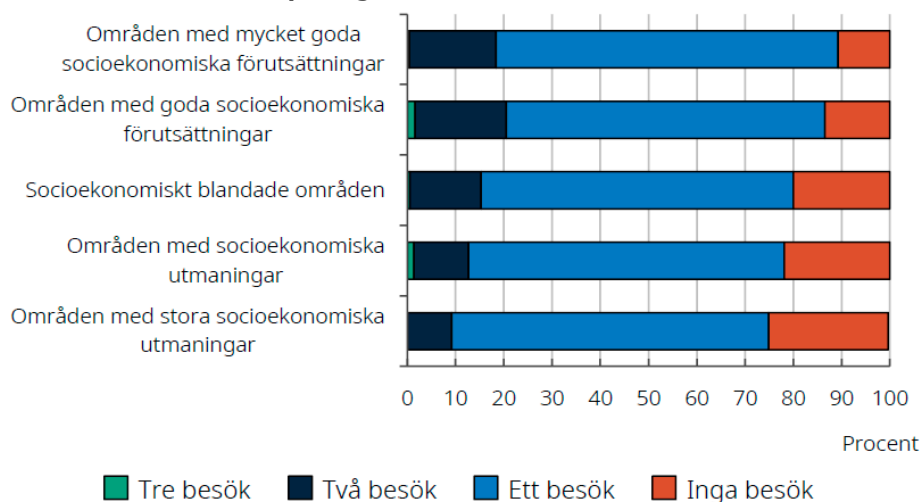


Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Färre tandvårdsbesök bland personer med Parkinsons sjukdom i områden med stora socioekonomiska utmaningar

För personer med Parkinsons sjukdom boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar var det nästan 25 procent som hade inte besökt tandvården alls och knappt tio procent som besökt tandvården två gånger under uppföljningsperioden. För personer som bor i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar var det ungefär 20 procent i respektive grupp som regelbundet besökt tandvården och endast tio procent som inte haft något besök i tandvården (Figur 64) [24].

**Figur 64. Andel personer med Parkinsons sjukdom; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**

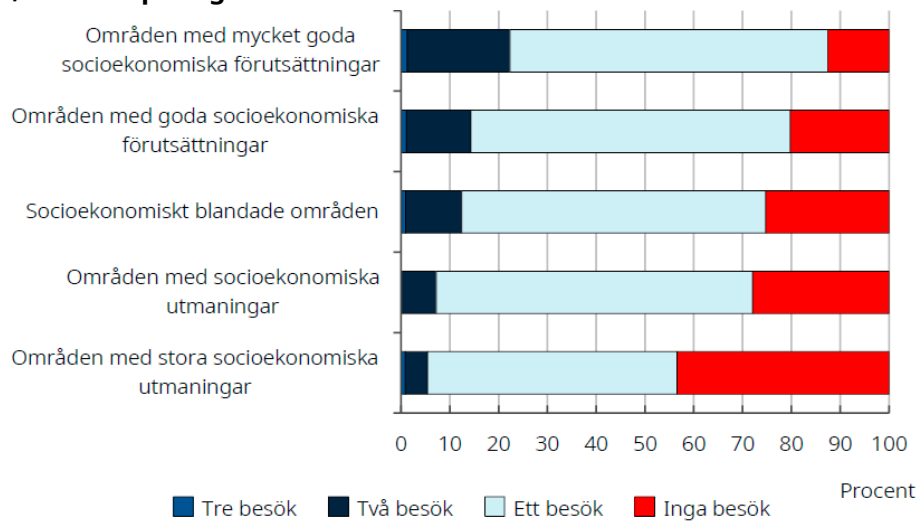


Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Färre tandvårdsbesök bland personer med psoriasis i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Resultaten visar vidare att nästan 45 procent av personer boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar inte besökte tandvården alls under uppföljningsperioden. Det är 30 procentenheter mer än för personer boende i områden med mycket goda förutsättningar. Det finns en trend att fler besöker tandvården kontinuerligt ju högre socioekonomiska förutsättningar de har (Figur 65) [24].

**Figur 65. Andel personer med psoriasis; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

# Vård och behandling inom slutenvård och specialiserad öppenvård

## Resultaten i korthet

- Antalet vårdtillfällen i slutenvård är högre bland boende i områden med socioekonomiska utmaningar. Däremot är skillnaderna mellan socioekonomiska områden mindre uttalade för antalet besök i den specialiserade vården. Vårdtiden är dock generellt sett längre bland boende i områden med sämre socioekonomi. Både antalet läkarbesök inom den specialiserade vården och vårdtid varierar för olika diagnoser, exempelvis har boende i områden med bättre socioekonomi fler läkarbesök för cancersjukdomar och kardiovaskulära sjukdomar, medan boende i områden med sämre socioekonomi generellt har längre vårdtid för dessa sjukdomstillstånd och för psykisk ohälsa.
- Det är vanligare att vårdas för hjärtinfarkt och stroke samt diagnoser relaterade till påverkbar slutenvård (hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL) i områden med socioekonomiska utmaningar.
- Fler barn och vuxna från områden med socioekonomiska utmaningar vårdas på sjukhus till följd av övergrepp av annan person i jämförelse med andra områden, i synnerhet pojkar och män.
- Färre barn från områden med socioekonomiska utmaningar får vård för adhd och psykisk ohälsa, och de har i lägre utsträckning besökt en psykiatrisk akutmottagning. Vuxna i dessa områden har i högre utsträckning besökt en psykiatrisk akutmottagning, och förekomsten av psykiatrisk tvångsvård enligt LPT är högre bland både unga vuxna och vuxna. Även bland unga vuxna är det färre i områden med sämre socioekonomi som fått vård för psykisk ohälsa. Förekomsten av självskada är något lägre i områden med mycket god socioekonomi bland både barn och unga.
- Färre patienter med Parkinsons sjukdom från områden med socioekonomiska utmaningar följs upp i sjukvården. Bland patienter med MS, psoriasis, KOL och med eller utan terapiresistent epilepsi, är variationerna mindre eller utan större skillnader.

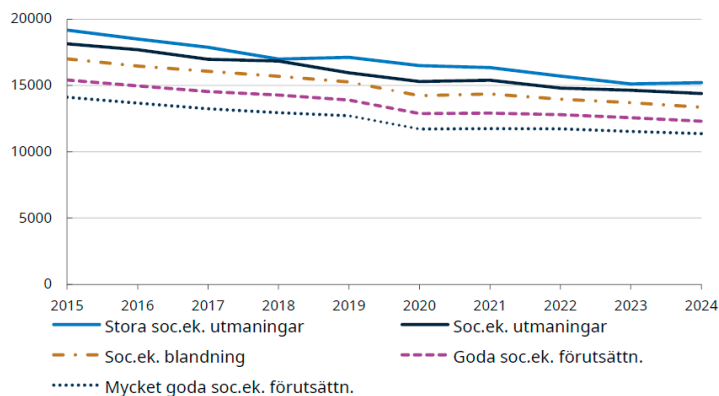
## Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade i specialiserad öppenvård samt slutenvård

### Fler slutenvårdstillfällen i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Antal vårdtillfällen i slutenvård i förhållande till befolkningsantalet, var högre för områden med socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med bättre socioekonomiska förutsättningar (Figur 66). Lägst antal inskrivningar fanns i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. År 2024 uppgick antalet vårdtillfällen till 15 000 per 100 000 i invånare i områden med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med 11 000 per 100 000 i invånare i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. I samtliga områdestyper har en minskning av antalet patienter skett under en längre period [25].

**Figur 66. Antal slutenvårdstillfällen per områdestyp, 2015–2024**

Åldersstandardiserat antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, 1 år och äldre



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån

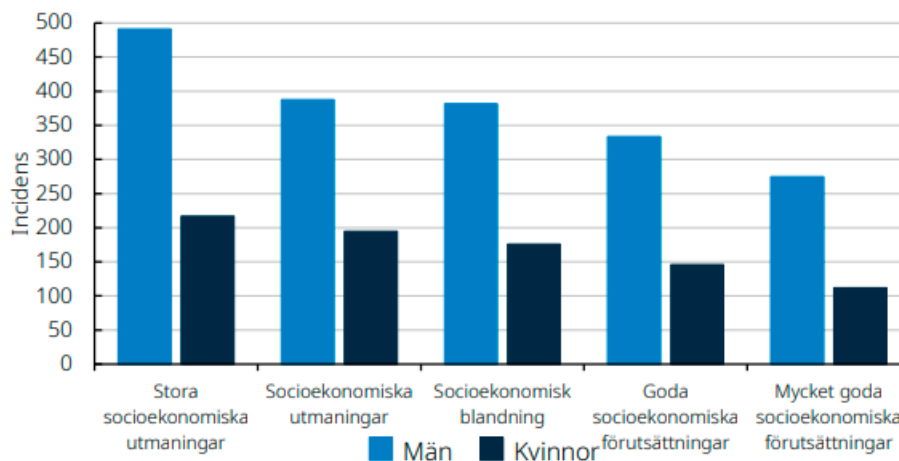
Anledningen till vårdtillfället skiljde sig procentuellt mest åt mellan olika områden för diagnoskapiteln *sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet* och *psykisk sjukdom och beteendestörning*. Antalet personer med dessa diagnoser var 51 respektive 45 procent högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Samtidigt var antalet personer som vårdades för *rörelseorganens sjukdomar* 19 procent lägre i områden med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar. För sjukdomar som *tumörer, medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelse* och *sjukdomar i nervsystemet* fanns det nästan ingen skillnad alls mellan områdena [25].

## Fler får hjärtinfarkt i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Antalet fall av hjärtinfarkt per 100 000 invånare är betydligt högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med bättre förutsättningar (Figur 67). Män drabbas i större utsträckning än kvinnor i alla områdestyper, men skillnaden mellan könen är minst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Mellan 2014 och 2024 har incidensen minskat i samtliga områdestyper, och minskningen har varit proportionellt sett likartad oavsett socioekonomisk nivå [26].

**Figur 67. Antal fall (incidens) med akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 20 år och äldre, per områdestyp och kön, 2024**

Åldersstandardiserade siffror



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Statistikmyndigheten SCB

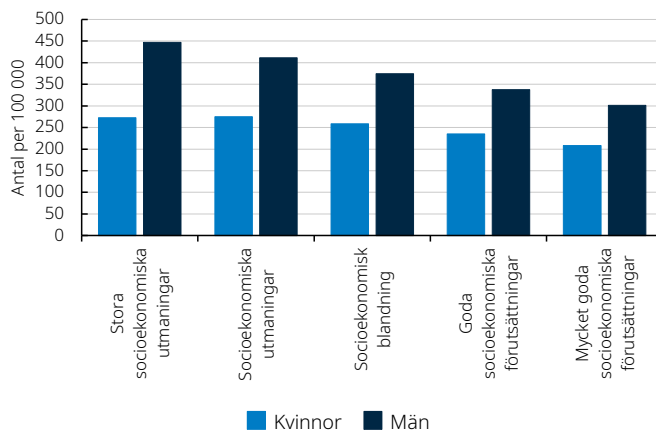
Vårdkonsumtion (antalet besök samt vårdtid) relaterat till hjärtkärlsjukdomar redovisas längre ner i det här kapitlet i avsnittet om patient och personalcentrerad personalplanering.

## Högre incidens av stroke i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Incidensen av stroke minskar successivt med förbättrade socioekonomiska förutsättningar (Figur 68). Både kvinnor och män har den högsta förekomsten av stroke i områden med stora socioekonomiska utmaningar och den lägsta i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Incidensen varierar mellan områdestyperna, särskilt bland män där den sträcker sig från cirka 440 fall per 100 000 invånare i områden med stora socioekonomiska utmaningar till omkring 296 i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Motsvarande siffror för kvinnor är 324 respektive 225. I alla områden har män fler stroke-fall än kvinnor, men skillnaden mellan könen är något mer framträdande i området med socioekonomiska utmaningar [27].

**Figur 68. Antal fall per 100 000 invånare i stroke efter områdestyp och kön, 2024**

Åldersstandardiserade siffror



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, Statistikmyndigheten SCB

Mellan åren 2014 och 2023 har antalet strokefall minskat med cirka 21–29 procent i alla områdestyper. Trots detta kvarstår skillnader, där antalet strokefall fortsatt är högre i socioekonomiskt utsatta områden, även om dessa områden har haft en minskning på 25 procent – en större minskning än i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Dessa skillnader kan kopplas till variationer i livsvillkor och levnadsvanor samt tillgång till hälso- och sjukvård [28].

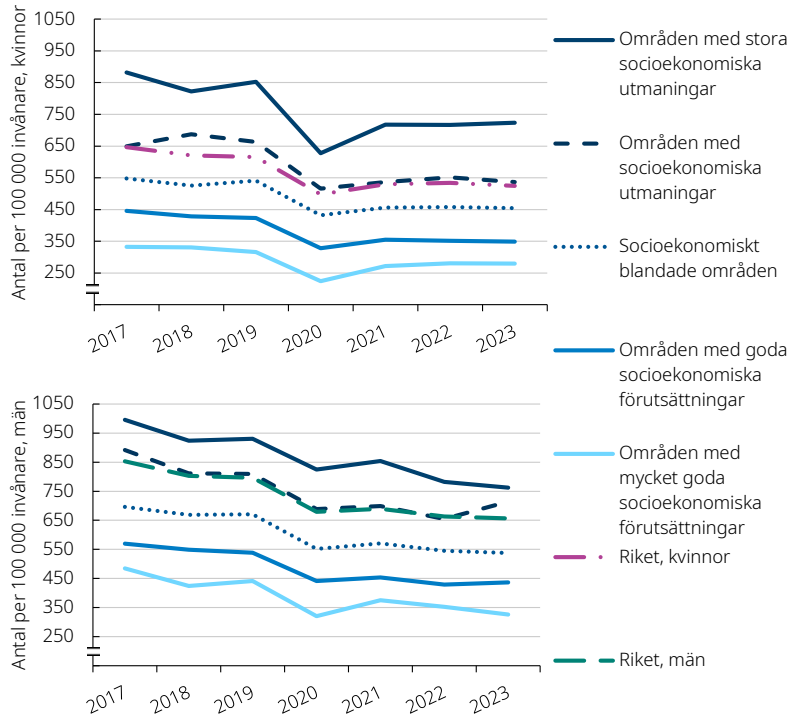
Vårdkonsumtion (antalet besök samt vårdtid) relaterat till hjärtsjukdomar redovisas längre ner i det här kapitlet i avsnittet om patient och personalcentrerad personalplanering.

## Fler tillfällen av påverkbar slutenvård i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL är kroniska sjukdomstillstånd som i de flesta fall kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård, och behovet av slutenvård kan därmed minska med optimalt omhändertagande och stöd. Generellt fortsätter den långsiktiga positiva trenden med ett minskande antal slutenvårdstillfällen för dessa tillstånd, och minskningar kan ses i alla områdestyper och för både kvinnor och män. Dock skiljer sig antalet vårdtillfällen avsevärt för boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Utfallet är mycket bättre i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar än vad det är i de områden som har sämst förutsättningar, och det gäller för både män och kvinnor. Övriga områden placerar sig stabilt mellan dessa (Figur 69) [29].

### Figur 69. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Patient- och personalcentrerad personalplanering – läkarbesök och vårdtid inom den specialiserade vården

Socialstyrelsen redovisar årligen bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården samt tandvården. Socialstyrelsen har också i uppdrag att göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter. Socialstyrelsen redovisar dessa bedömningar i den årliga rapporten Nationella planeringsstödet (NPS). NPS 2025 består av fyra separata delrapporter [4, 5, 21-23], varav delrapport tre syftar till att stödja utvecklingen av efterfrågeanalyser inom hälso- och sjukvården, där de kan ligga till grund för analyser av personalbehov som är framåtsyftande och bättre anpassade till en förändrad efterfrågan på hälso- och sjukvård [4]. Nedan redovisas de delar från rapporten som redovisar socioekonomisk områdestyp. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen. Delar från delrapport ett redovisas under

psykisk ohälsa bland barn och unga i det här kapitlet, och delar från delrapport fyra redovisas i kapitlet *Tandvård och munhälsa*.

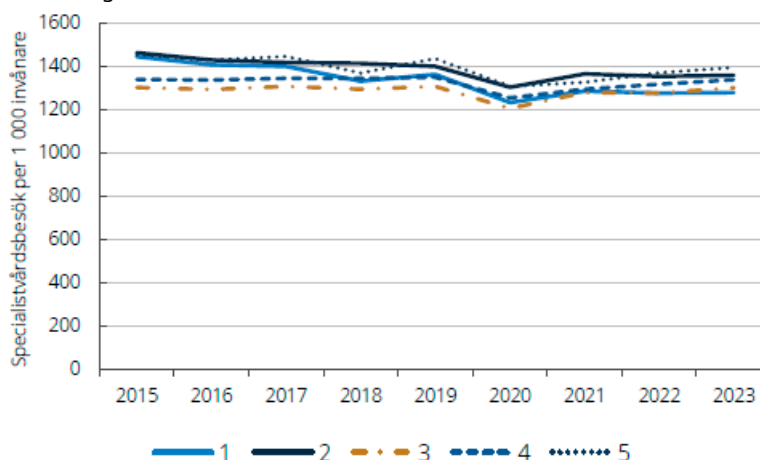
## Vårdkonsumtion i relation till socioekonomiska områden

Genom att analysera vårdkonsumtionsmönster kan vi få värdefulla insikter i vilka patientgrupper som efterfrågar specialiserad vård, vilka typer av insatser som är vanligast, samt vilka områden som står för de största kostnaderna. Områdestyper används här för att analysera mönster i vårdkonsumtion [4].<sup>12</sup> Se fördelningen av områdestyper per åldersgrupp i Figur 2 i bakgrundskapitlet.

Besök i den specialiserade vården är relativt stabila. Skillnader går att notera i konsumtionsmönster mellan patienter från olika socioekonomiska områden. Patienter från socioekonomiskt utsatta områden har till exempel en större minskning av antalet besök i den specialiserade vården än patienter från andra socioekonomiska områdestyper (Figur 70) [4].

### Figur 70. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare och socioekonomiska områden

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

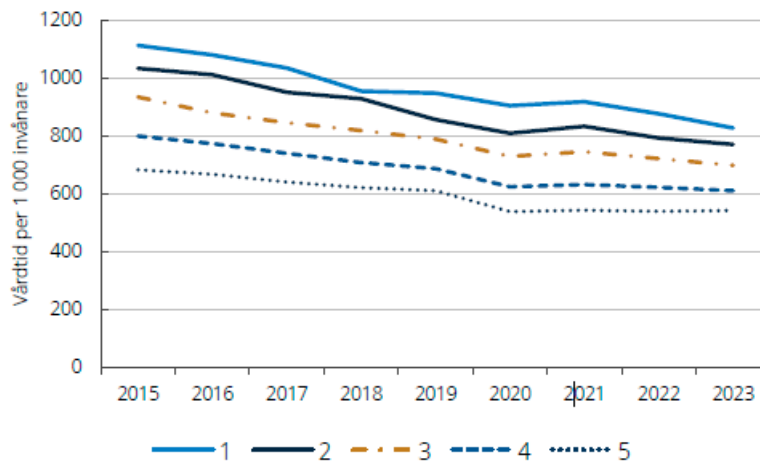
Under hela perioden har boende i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar haft den längsta vårdtiden per 1 000 invånare. Samtidigt har boende

<sup>12</sup> **Fördelar med att arbeta med socioekonomiska områdestyper:** Socioekonomiska områden är geografiskt knutna, vilket möjliggör detaljerad analys av vårdkonsumtionsmönster och kopplingar till ekonomiska faktorer samt vårdgivares personalsammansättning. Sådana insikter är värdefulla för att förutse framtida vårdbehov och prioritera resurser baserat på demografisk och socioekonomisk sammansättning i olika områden. Exempelvis kan en åldrande befolkning indikera behov av geriatrisk vård, medan höga födelsetal signalerar behov av barn- och mödravård. Analyserna kan också stödja målinriktade insatser, såsom förebyggande program i områden med risk för livsstilsrelaterade sjukdomar. Detta skapar en grund för proaktiv vårdplanering som effektiviserar resurser och förbättrar folkhälsan.

i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar haft den kortaste vårdtiden per 1 000 invånare. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga och stabila, där vårdtiden minskar gradvis för patienter från samtliga socioekonomiska områden (Figur 71) [4].

### Figur 71. Vårdtid i dagar per 1000 invånare

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen

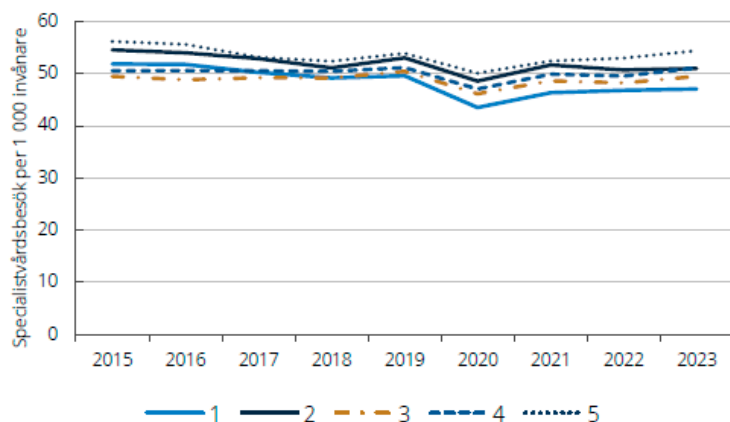
Nedan redovisas en sammanställning av nationell vårdkonsumtion både i besök i den specialiserade vården och i vårdtid uppdelat på kardiovaskulära sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, onkologi (cancer) samt psykisk ohälsa.

## Kardiovaskulära sjukdomar

Kardiovaskulära sjukdomar utgör en av de främsta orsakerna till sjuklighet och dödlighet i Sverige. Boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har konsekvent högst antal besök i den specialiserade vården per 1 000 personer under hela perioden (Figur 72). Boende i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar har lägst antal besök i den specialiserade vården per 1 000 personer, vilket indikerar en tydlig socioekonomisk gradient i vårdutnyttjandet. Över tid är trenden relativt stabil för alla grupper, med en tydlig minskning i besök i den specialiserade vården under 2020, vilket sannolikt beror på pandemins påverkan på vården och patienternas vård sökande beteende. Efter 2020 återhämtar sig besöksfrekvensen för alla grupper, men når inte tillbaka till nivåerna före pandemin. Skillnaden mellan grupperna är stabil och tydlig, vilket återspeglar att socioekonomiska faktorer fortsatt påverkar tillgången till och användningen av specialistvård [4].

### Figur 72. Vårdbesök hos specialtläkare kardiovaskulär sjukdom

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

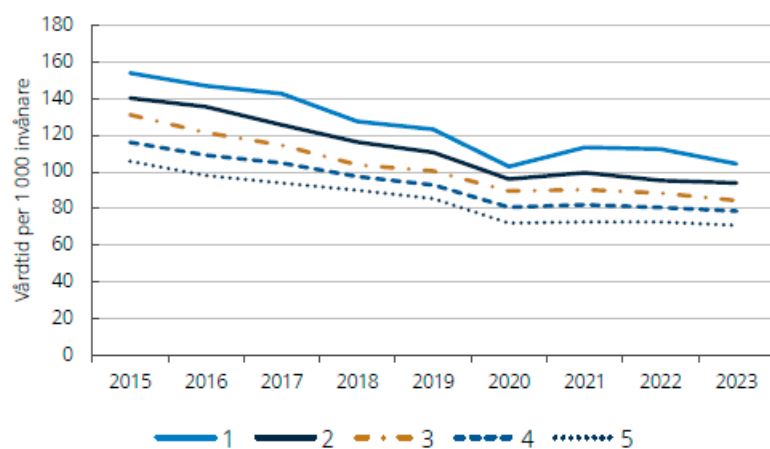


Källa: Socialstyrelsen 2024

Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar har genomgående den längsta vårdtiden under hela perioden, medan områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har den kortaste (Figur 73). Skillnaderna mellan grupperna är tydliga, där sämre socioekonomiska förutsättningar är kopplade till längre vårdtid. Över tid ser vi en generell minskning av vårdtid för alla grupper fram till 2020, vilket delvis kan kopplas till effektiviseringar inom vården och en ökad övergång från sluten vård till öppenvård. Pandemin 2020 bidrar till ett ytterligare skifte i vårdtid, men mönstret efter pandemin visar att nivåerna stabiliseras på en lägre nivå än 2015. Områden med stora socioekonomiska utmaningar har den mest uttalade nedgången, men skillnaden mellan grupperna kvarstår. De socioekonomiska skillnaderna är stabila över tid [4].

### Figur 73. Vårdtid kardiovaskulär sjukdom

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

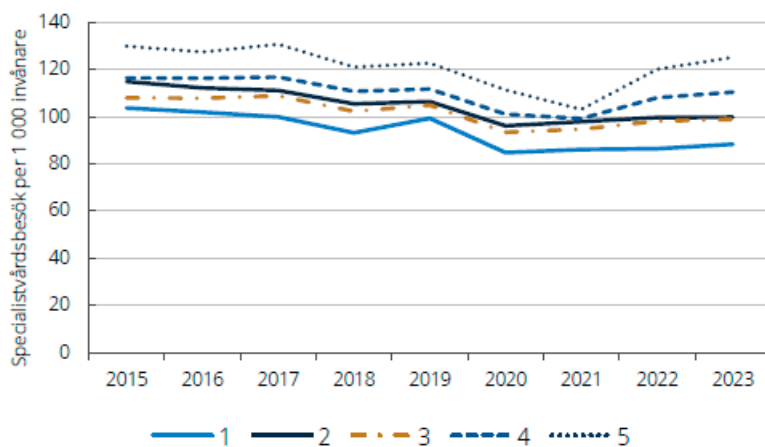
## Rörelseorganens sjukdomar

Det finns betydande skillnader i hur rörelseorganens sjukdomar påverkar olika socioekonomiska grupper. Faktorer som fysisk arbetsbelastning, bristande tillgång till förebyggande vård och rehabilitering samt ekonomiska hinder för egenvård spelar en viktig roll i att skapa socioekonomiska ojämlikheter i hälsa.

Boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har genomgående högst antal besök i den specialiserade vården för rörelseorganens sjukdomar under hela perioden, medan boende i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar har lägst antal besök. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga. Över tid minskar besök i den specialiserade vården en något fram till 2020, med en markant nedgång under pandemin, vilket sannolikt beror på en kombination av minskad kapacitet inom vården och förändrade vårdsökandemönster. Efter pandemin återhämtar sig antalet besök i den specialiserade vården, särskilt för grupper med högre socioekonomisk status (områdestyp 4 och 5), medan grupper med lägre socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 1 och 2) visar en långsammare återhämtning (Figur 74) [4].

### Figur 74. Vårdbesök hos specialistläkare rörelseorganens sjukdomar

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

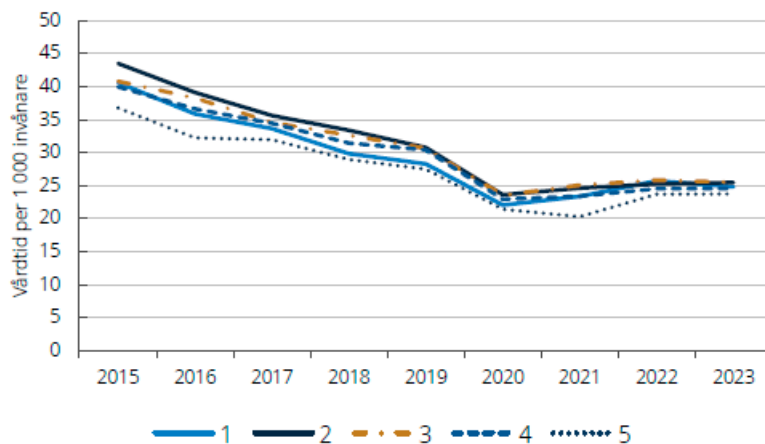


Källa: Socialstyrelsen 2024

Områden med socioekonomiska utmaningar hade längst vårdtid 2015 men över tid har skillnaden mellan olika socioekonomiska grupper minskat (Figur 75). Denna minskning i vårdtid är tydlig i alla grupper till 2020, då en markant nedgång inträffar. Efter 2020 stabiliseras vårdtiden på en lägre nivå för samtliga grupper, med mycket små skillnader mellan dem. Trots dessa förändringar kvarstår en viss skillnad, där socioekonomiskt utsatta grupper fortfarande har längre vårdtid än för invånare från mer välbärgade socioekonomiska områden.

### Figur 75. Vårdtid rörelseorganens sjukdomar

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



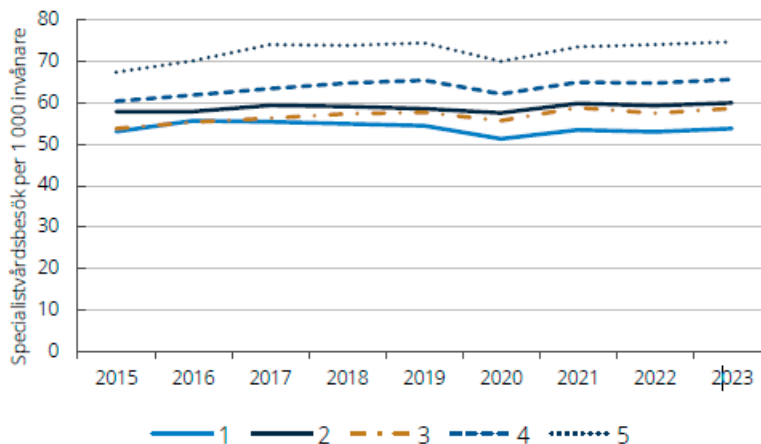
Källa: Socialstyrelsen 2024

### Onkologi (cancer)

Socioekonomiska skillnader påverkar överlevnad efter cancer, där utsatta grupper ofta drabbas av sena diagnoser och sämre prognoser. Områdestyp 5, som representerar områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, har genomgående haft flest antal besök i den specialiserade vården under perioden, medan områdestyp 1, områden med stora socioekonomiska utmaningar, konsekvent har haft lägst antal besök. Skillnaderna mellan grupperna är tydliga och visar på en socioekonomisk skillnad där högre socioekonomisk status är kopplad till ett högre nyttjande av specialistvård. Över tid har nivåerna av besök i den specialiserade vården varit relativt stabila, med en mindre nedgång för alla grupper runt 2020. Efter 2020 sker en återhämtning, och en större ökning bland boende i områdestyp 5 (Figur 76) [4].

### Figur 76. Besök i den specialiserade vården hos läkare onkologi

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

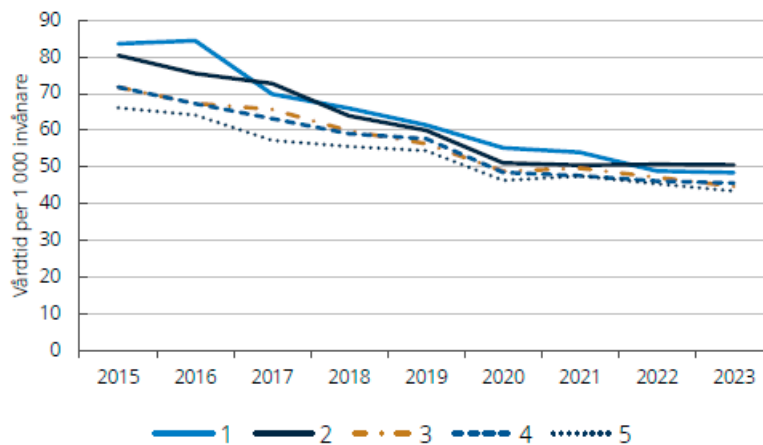


Källa: Socialstyrelsen 2024

Områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) har haft den längsta vårdtiden under större delen av perioden, medan områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har haft den lägsta vårdtiden (Figur 77). Över tid har vårdtiden minskat för alla grupper, särskilt tydligt fram till 2020. Den markanta nedgången runt 2020 kan kopplas till pandemins påverkan, som begränsade tillgången till vård och förändrade vård sökandemönster. Efter 2020 stabiliseras vårdtiden på en lägre nivå, och skillnaderna mellan grupperna blir mindre framträdande. Minskningen i vårdtid kan också reflektera förändringar i vårdorganisationen, med ökat fokus på öppenvård och effektiviseringar inom vården, vilket påverkar grupper med olika socioekonomiska förutsättningar på olika sätt [4].

### Figur 77. Vårdtid onkologi

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

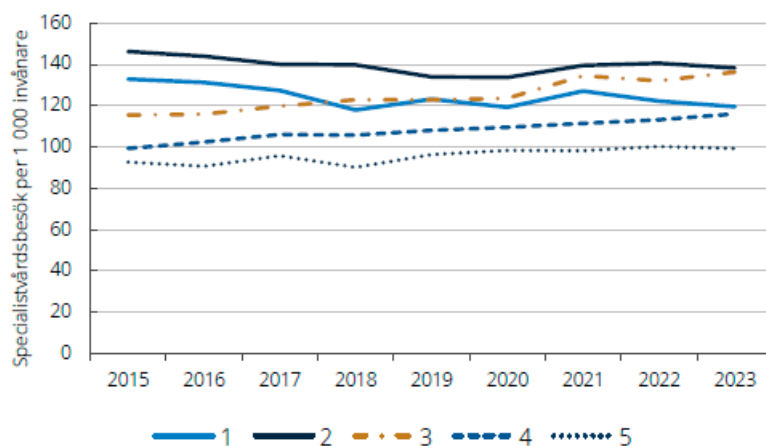
Statistik om cancerinsjuknande, dödlighet och överlevnad redovisas i kapitlet *Cancersjukdomar – insjuknande och dödlighet*.

## Psykisk ohälsa

Besök i den specialiserade vården för psykisk ohälsa är konsekvent högre i områdestyp 1 och 2 jämfört med övriga områdestyper, medan områdestyp 5 ligger lägst genom hela perioden (Figur 78). Generellt sett är trenden relativt stabil för alla grupper, men det finns en viss ökning i besöksfrekvensen efter 2020, särskilt hos patienter från områden med högre socioekonomisk status. Under samma period minskar patientbesöken från mycket utsatta områden [4].

### Figur 78. Besök i den specialiserade vården hos läkare för psykisk ohälsa

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

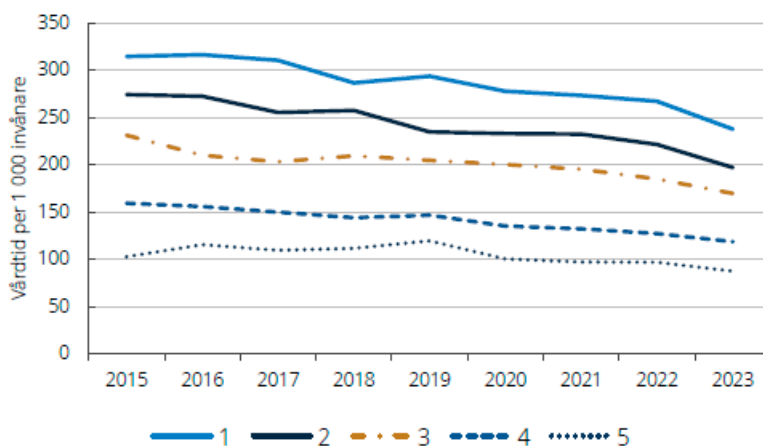


Källa: Socialstyrelsen 2024

Områdestyp 1 har konsekvent haft den längsta vårdtiden under hela perioden, medan områdestyp 5 har den lägsta. Alla grupper visar en nedåtgående trend i vårdtid, men minskningen är mest markant i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2). Skillnaden i vårdtid mellan grupperna minskar något över tid (Figur 79).

### Figur 79. Vårdtid psykisk ohälsa

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

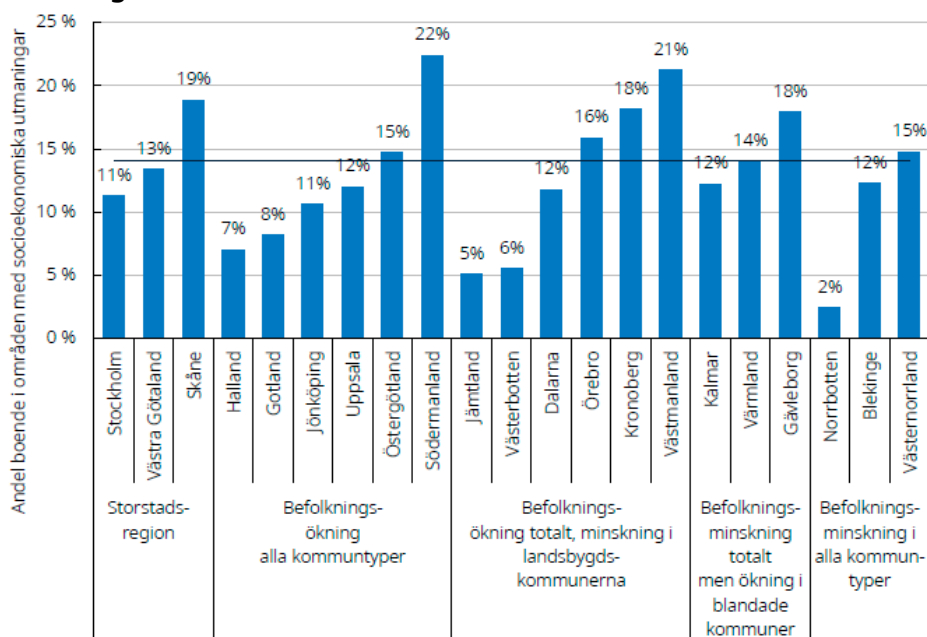
Statistik relaterat till psykisk ohälsa redovisas också längre ner i det här kapitlet (se avsnitt om psykisk ohälsa bland barn och unga, besök på psykiatriska akutmottagningar samt psykiatrisk tvångsvård), samt i kapitlet *Förskrivning och expediering av läkemedel* i avsnitt om antidepressiva läkemedel.

## Socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion utifrån ett regionalt perspektiv

Nedan presenteras en översikt av den totala konsumtionen av specialistvård och vårdtid ur ett regionalt perspektiv. Informationen är strukturerad enligt olika regiontyper baserat på förväntade demografiska förändringar [4].

Regioners förväntade demografiska förändringar är en viktig faktor för att förstå och kunna tillgodose nuvarande och kommande vårdbehov. I framtiden förväntas den ökade urbaniseringen fortsätta, dock med vissa skillnader. I antal väntas den största ökningen ske i län med tätortsområden, medan befolkningen i län med stora landsbygdsområden förväntas minska [22].<sup>13</sup> Figur 80 redovisas i delrapport två i NPS, som beskriver tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fokus på nuvarande situation och framtida utmaningar. Syftet med rapporten är att bidra till en bättre förståelse för hur personalresurser kan nyttjas effektivt för att möta vårdbehov, säkerställa en jämlik vård och stödja omställningen till nära vård. Delrapport två redovisas inte närmare här utan läsaren hänvisas till rapporten i sin helhet för innehåll, kontext och slutsatser.

**Figur 80. Andel per län boende i områden med socioekonomiska utmaningar 2022**



Källa: Segregationsbarometern (Boverket)

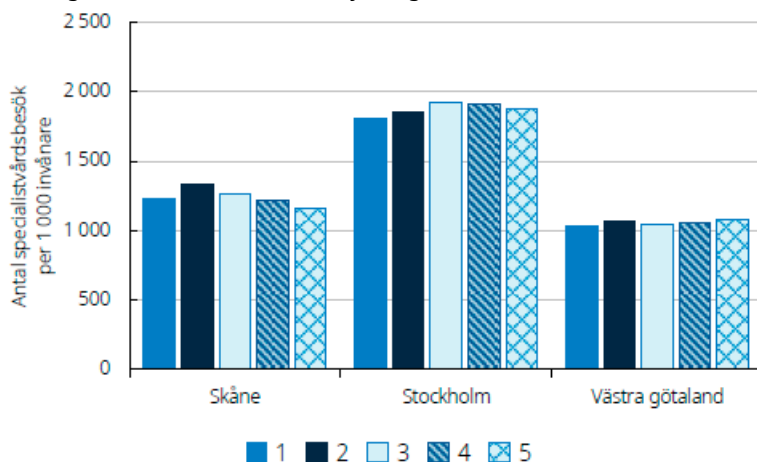
<sup>13</sup> Regionindelning utifrån befolkningssammansättning baseras på Statistiska Centralbyråns (SCB) uppgifter. Den används av Tillväxtverket i analyser för att belysa regioners utveckling. Grupperingen tar hänsyn till länens befolkningstäthet och baseras på prognoser över förväntad ökning eller minskning av befolkningen.

## Storstadsregioner

Stockholm har högst vårdkonsumtion i den specialiserade vården per 1 000 invånare. Detta gällde både antalet besök till läkare och vårdtid (Figur 81–82). Jämfört med Västra Götaland hade Stockholm nästan dubbelt så många besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare. Patienter från område 1 i Stockholm hade längst vårdtid jämfört med samtliga regioner [4].

### Figur 81. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i storstadsregioner

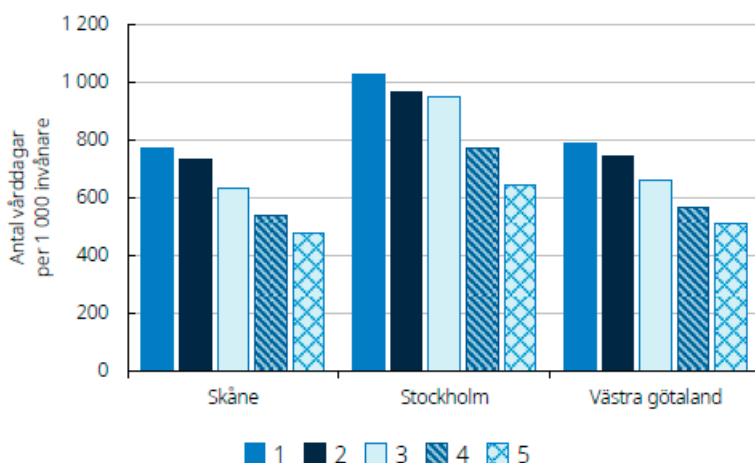
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

### Figur 82. Vårdtid i dagar per 1 000 invånare i storstadsregioner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

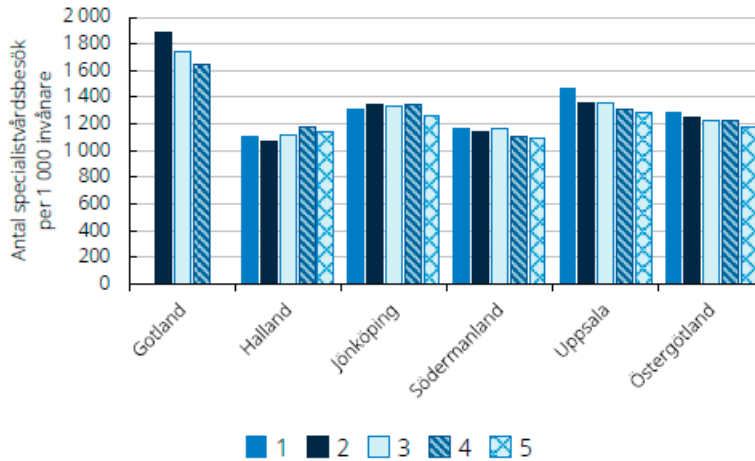
## Län med befolkningsökning i samtliga kommuntyper

Gotland har det högsta antalet besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare jämfört med de andra regionerna och längst vårdtid för patienter som

kommer från områdestyp 2 (Figur 83–84). Besök i den specialiserade vården var lägst för Halland följt av Södermanland. Uppsala hade flest besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare för patienter som bor i socialt utsatta områden [4].

### Figur 83. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i län med befolkningsökning i samtliga kommuntyper

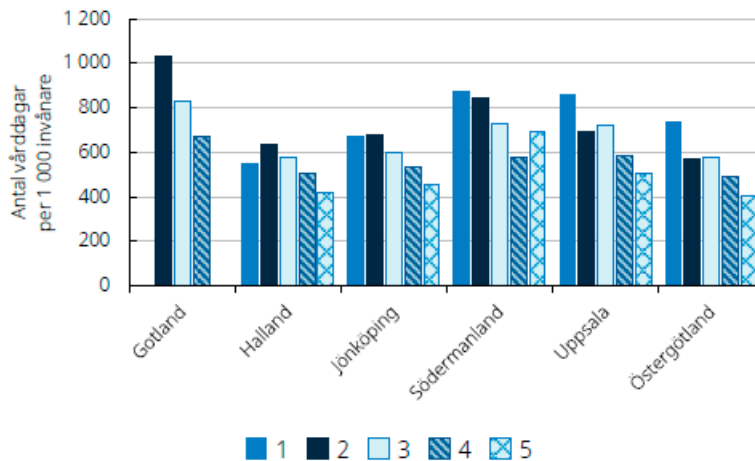
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

### Figur 84. Vårdtid i dagar per 1 000 invånare i län med befolkningsökning i samtliga kommuntyper

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



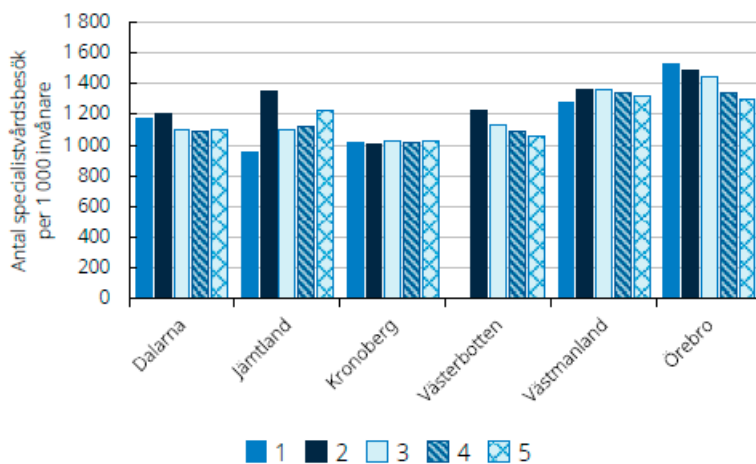
Källa: Socialstyrelsen 2024

## Län med befolkningsökning totalt men med en minskning i landsbygdskommuner

Örebro hade ett högre antal besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare än de andra regionerna i denna grupp. Örebro hade det största antalet besök i den specialiserade vården från patienter från socioekonomiskt utsatta områden (Figur 85–86). Kronoberg hade små skillnader i antalet besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare mellan patienter från olika socioekonomiska områden. Örebro hade längst vårdtid i dagar per 1 000 invånare från de mest utsatta områdena [4].

### Figur 85. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i län med befolkningsökning totalt men med en minskning i landsbygdskommuner

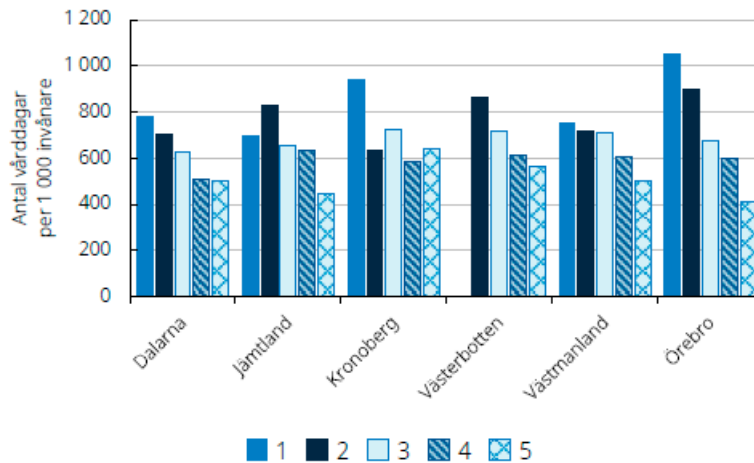
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

### Figur 86. Vårdtid per 1 000 invånare i län med befolkningsökning totalt men med en minskning i landsbygdskommuner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



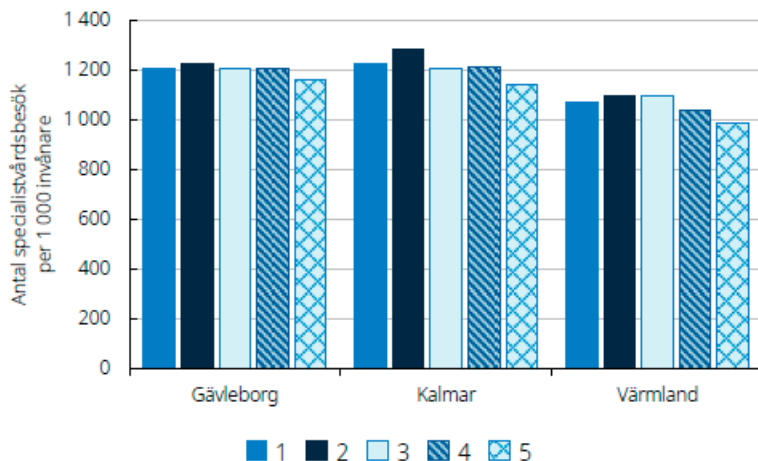
Källa: Socialstyrelsen 2024

### Befolkningsminskning totalt, men en ökning i blandade kommuner

Kalmar och Gävleborg hade liknande nivåer av besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare, med små variationer mellan patienter från olika socioekonomiska områden. I Värmland var det färre besök i den specialiserade vården per 1 000 invånare jämfört med Kalmar och Gävleborg. Värmland hade det högsta antalet vårddagar, med en tydlig skillnad mellan olika socioekonomiska områden. Patienter från socioekonomiskt utsatta områden (1 och 2) hade betydligt fler antal vårddagar jämfört med övriga län. Gävleborg och Kalmar hade jämförbara nivåer av vårddagar och skillnaderna var mindre mellan patienter från olika socioekonomiska områden jämfört med Värmland (Figur 87-88) [4].

**Figur 87. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1 000 invånare i län med befolkningsminskning totalt men ökning i blandade kommuner**

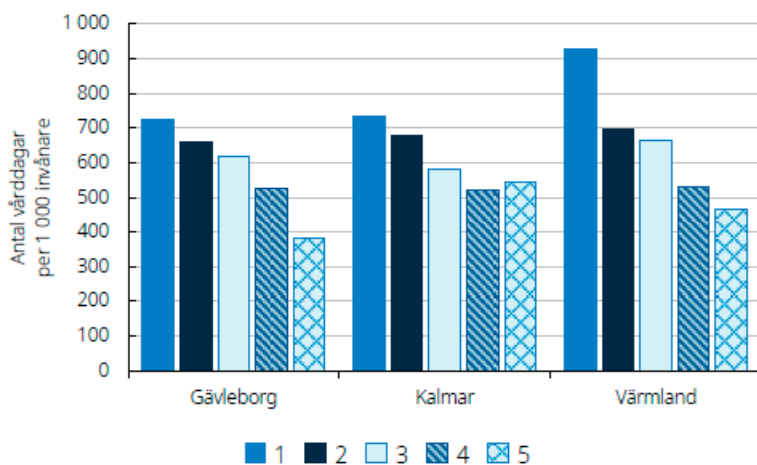
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

**Figur 88. Vårdtid i per 1 000 invånare i län med befolkningsminskning totalt men ökning i blandade kommuner**

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



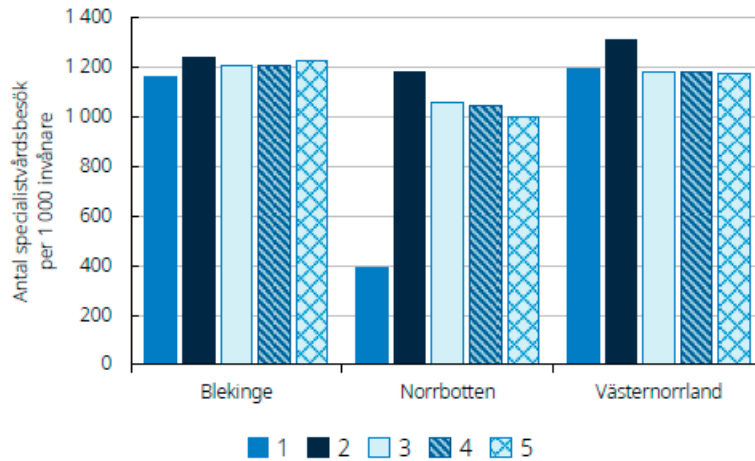
Källa: Socialstyrelsen 2024

## Län med befolkningsminskning i samtliga kommuner

Västernorrland och Blekinge hade liknande antal patientbesök per 1 000 invånare, Västernorrland hade fler patientbesök från socioekonomiskt utsatta områden från områdestyp 2, men Norrbotten hade färre patientbesök från socioekonomiskt utsatta områden. Västernorrland hade högst antal vård dagar för patienter i utsatta socioekonomiska områden. Blekinge hade längst vårdtid för patienter från de mest privilegierade områdena (Figur 89-90) [4].

### Figur 89. Antal läkarbesök i den specialiserade vården per 1000 invånare i län med befolkningsminskning i samtliga kommuner

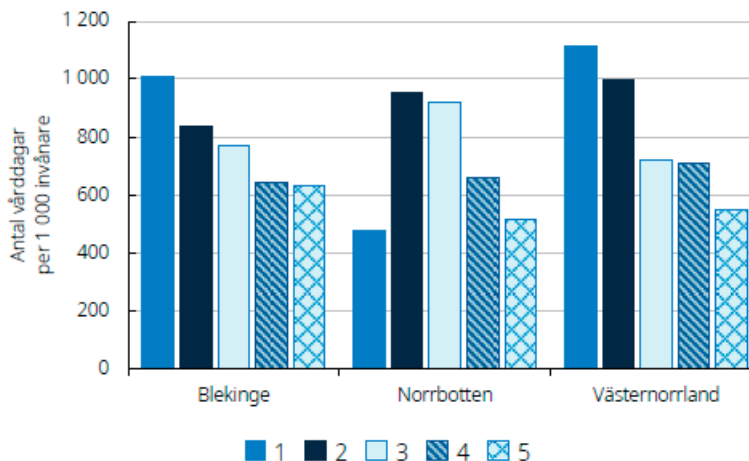
Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

### Figur 90. Vårdtid per 1000 invånare i län med befolkningsminskning i samtliga kommuner

Områdena är indelade från område 1 till område 5 där 1= Områden med stora socioekonomiska utmaningar och 5= Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.



Källa: Socialstyrelsen 2024

Sammanställningen ovan visar att både antalet besök i den specialiserade vården och vårdtiden per 1000 invånare skiljer sig åt mellan regionerna och mellan patienter från olika socioekonomiska områden. Det finns variationer mellan patienter från olika socioekonomiska områden när vårdkonsumtionen delas upp efter olika sjukdomsområden, inklusive kardiovaskulära sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar, onkologi samt psykisk ohälsa [4] (se Bilaga 1-2).

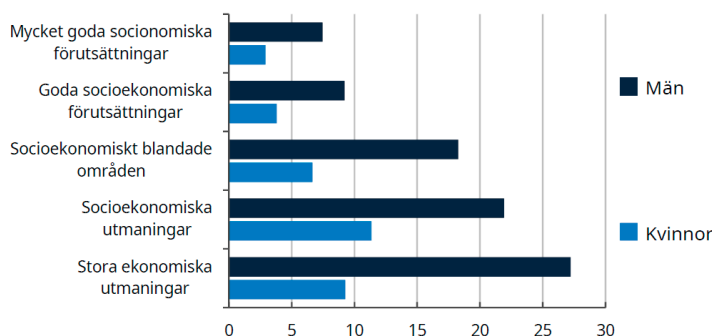
## Vård till följd av övergrepp av annan person

### Fler vårdade till följd av övergrepp av annan person i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar

Antalet patienter som vårdats på sjukhus till följd av övergrepp av annan person är fler till antalet i områden med stora socioekonomiska utmaningar, jämfört med alla andra områdestyper (Figur 91). Detta gäller både för män och kvinnor, men bland män är antalet högre och skillnaderna mellan områdestyperna större. Den tydliga socioekonomiska gradient som kan ses för män ses inte heller i samma utsträckning för kvinnor [30, 31].

#### Figur 91. Övergrepp av annan person fördelat på områdestyp och kön, 2024

Antal patienter per 100 000 invånare som skrivits ut från sjukhus, åldersstandardiserat



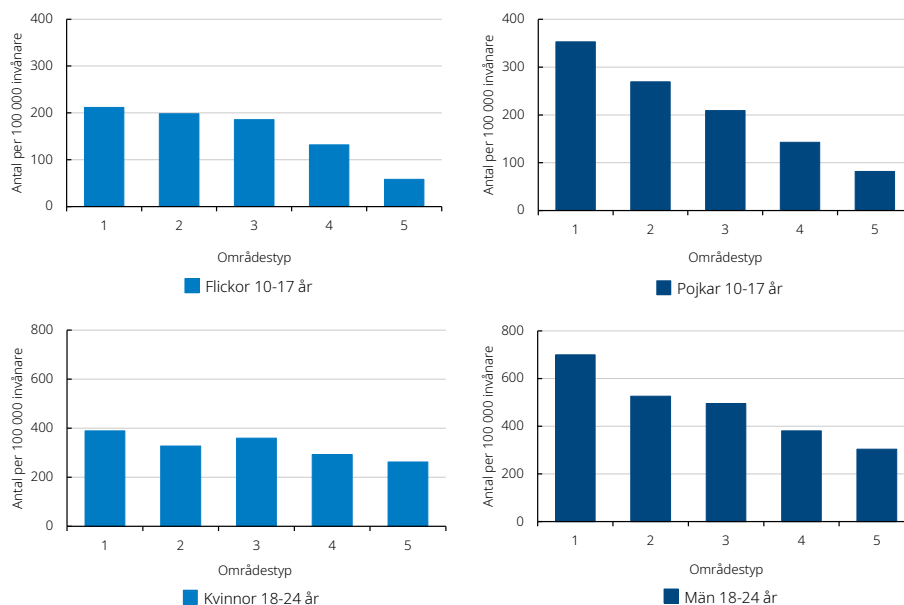
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Statistikmyndigheten SCB

Bland barn och unga vuxna ser mönstret likartat ut. Andelen barn och unga vuxna som drabbades av övergrepp av annan person<sup>14</sup> var högst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, och andelarna därpå minskande alltefter områdestyp. För barn i områdestyp 1 var det exempelvis upp till fyra gånger vanligare att utsättas för övergrepp jämfört med barn i områdestyp 5 (Figur 92) [32].

<sup>14</sup> Övergrepp av annan person kan exempelvis vara i form av misshandel, annat våld där exempelvis vapen används, sexuella övergrepp som våldtäkt eller försök till våldtäkt. Övergrepp av annan person kan mätas som en uppskattning på särskild sårbarhet eller utsatthet.

### Figur 92. Andelen barn och unga vuxna som har blivit utsatta för ett övergrepp av annan person i olika socioekonomiska områdestyper

Andel barn (överst) och unga vuxna (underst) som någon gång blev utsatta för övergrepp 2018–2022 per områdestyp. Andel (antal per 100 000) i befolkningen.



Källa: 1 – Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 – Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – Socioekonomiskt blandade områden, 4 – Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 – Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

## Stora skillnader mellan kommuner i andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar

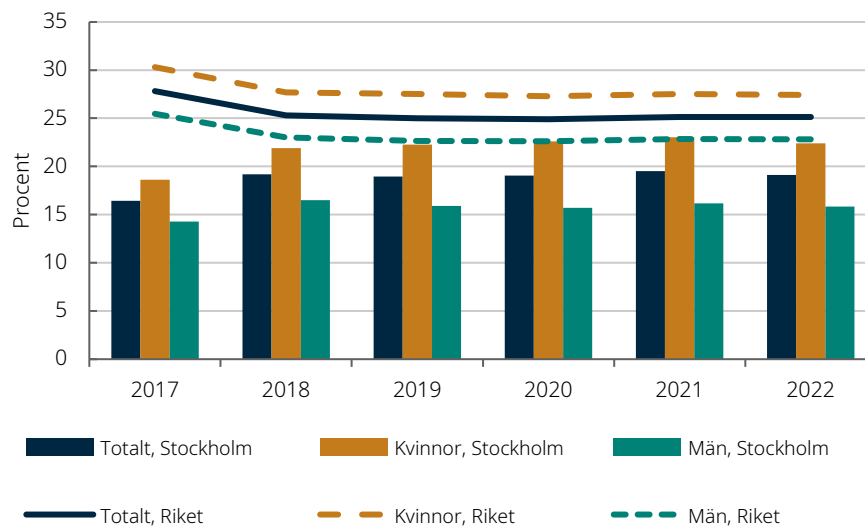
Socialstyrelsens öppna jämförelser för socialtjänsten redovisar indikatorer och nyckeltal som på olika sätt belyser kvalitet och förutsättningar. De syftar bland annat till att stimulera kommunerna att analysera sina verksamheter.

I öppna jämförelser om våld i nära relationer redovisas andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2), samt andel som vårdats för våldsskador i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2).<sup>15</sup> Exempel från storstadskommunerna visar stora skillnader i hur stor andel av invånarna som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (Figur 93–95). I Malmö bor cirka 60 procent i dessa områden medan andelen i Stockholm är cirka 20 procent [33].

<sup>15</sup> Underlag från öppna jämförelser – våld i nära relationer – kan tas fram för respektive kommun och sättas i relation till riket, på det sätt som redovisas här. Vårdad för våldsskador avser en individ som haft minst ett vårdtillfälle i öppen- eller slutenvården med någon av följande orsaks-koder: X85-Y09 eller någon av följande vårdtätgärds-koder: AV025, AV047, GB015, ZV350 eller någon av följande ICD10-koder: T740, T741, T742, T743, T748, T749. Se: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/vald-i-nara-relationer/>

**Figur 93. Invånare i områden med socioekonomiska utmaningar, Stockholm och riket**

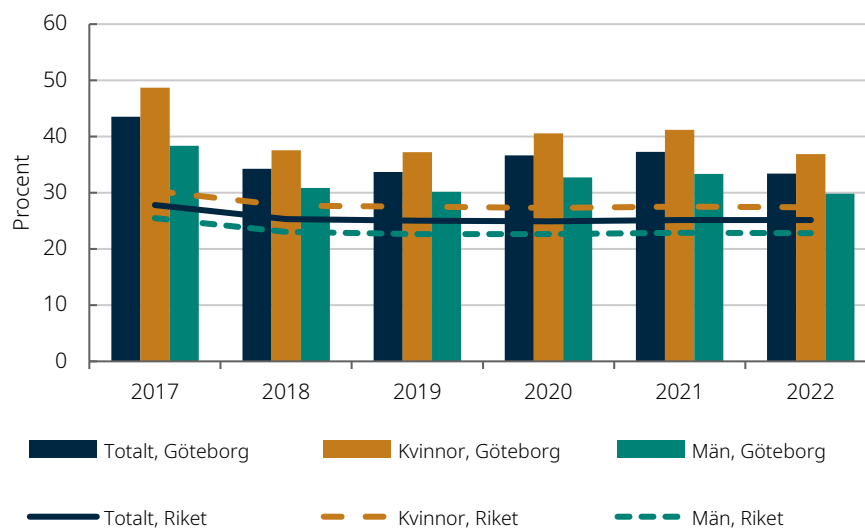
Andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar av antal invånare, kön, procent



Källa: Segregationsbarometern, Boverket

**Figur 94. Invånare i områden med socioekonomiska utmaningar, Göteborg och riket**

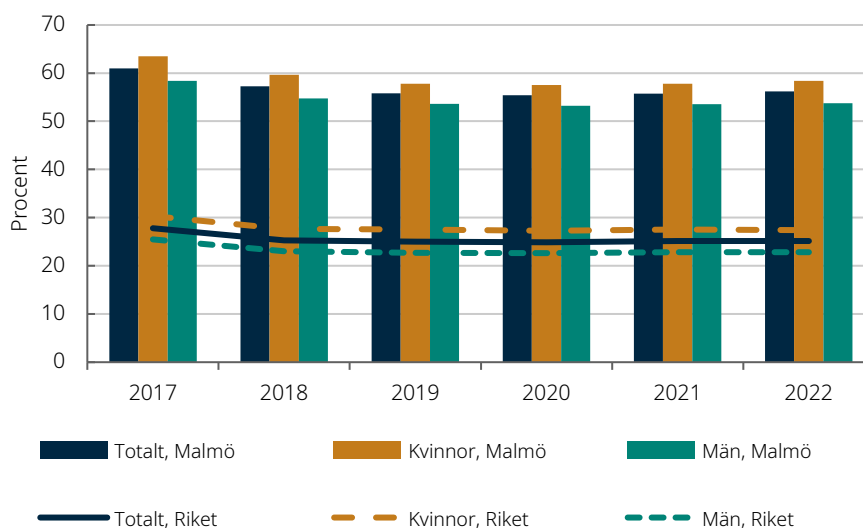
Andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar av antal invånare, kön, procent



Källa: Segregationsbarometern, Boverket

**Figur 95. Invånare i områden med socioekonomiska utmaningar, Malmö och riket**

Andel invånare i områden med socioekonomiska utmaningar av antal invånare, kön, procent

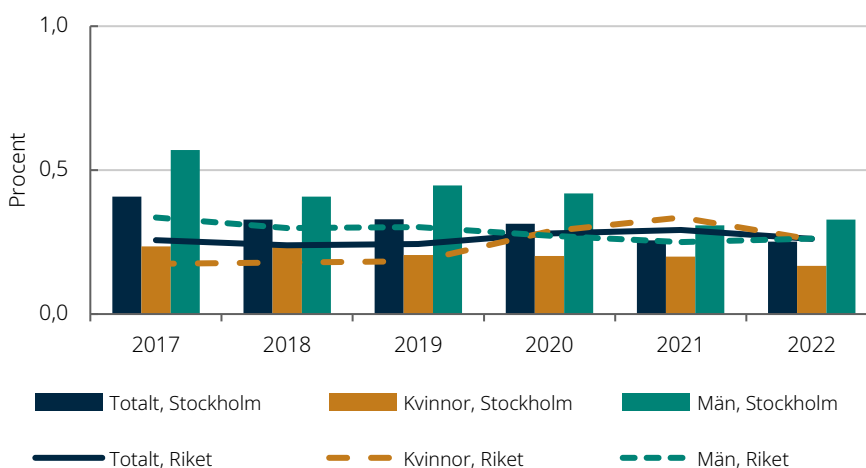


Källa: Segregationsbarometern, Boverket

I öppna jämförelser för våld i nära relationer redovisas också ett nyckeltal som visar på vårdade för våldsskador i områden med socioekonomiska utmaningar (Figur 96–98). Andelen som redovisas är låg men huruvida detta beror på underrapportering eller på andra orsaker är svårt att svara på. Uppgifter finns även om hur andelen vårdade för våldsskador ser ut för befolkningen i hela kommunen vilket kan vara en intressant jämförelse.

**Figur 96. Vårdade för våldsskador i områden med socioekonomiska utmaningar, Stockholm och riket**

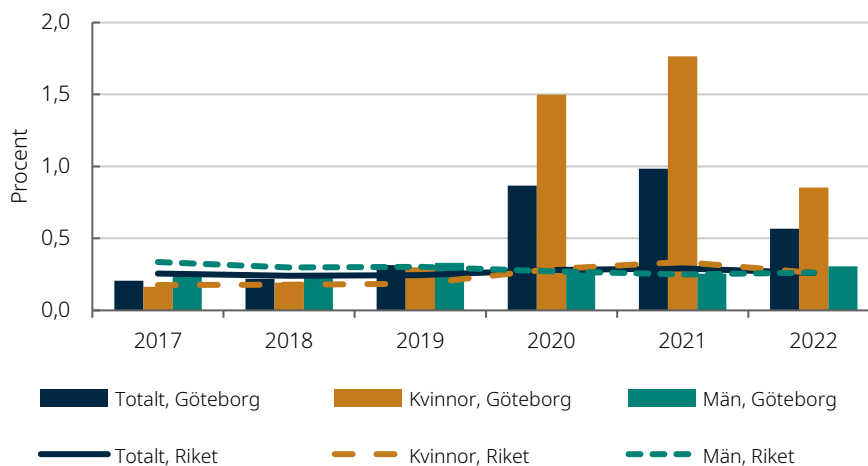
Andel som vårdats för våldsskador av antalet invånare i områden med socioekonomisk utmaning, kön, procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och RegSO, SCB

### Figur 97. Vårdade för våldsskador i områden med socioekonomisk utmaning, Göteborg och riket

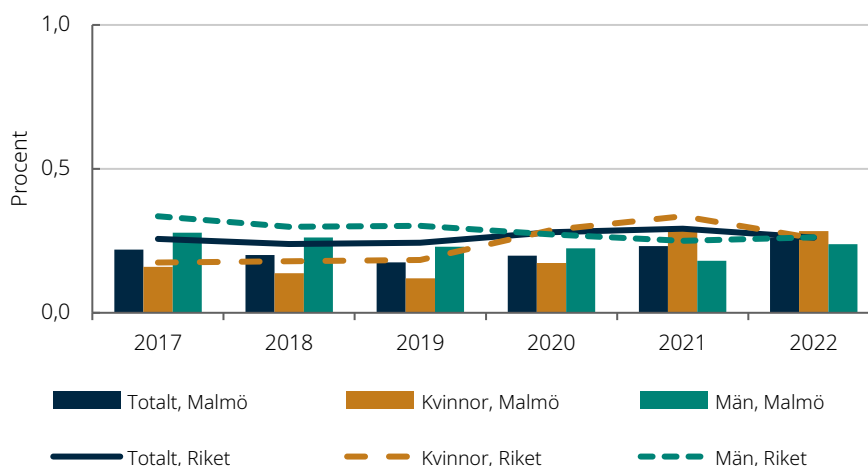
Andel som vårdats för våldsskador av antalet invånare i områden med socioekonomisk utmaning, kön, procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och RegSO, SCB

### Figur 98. Vårdade för våldsskador i områden med socioekonomisk utmaning, Malmö och riket

Andel som vårdats för våldsskador av antalet invånare i områden med socioekonomisk utmaning, kön, procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och RegSO, SCB

## Fler stick- och skottskador bland patienter från utsatta områden

Utvecklingen av det grova våldet och den organiserade brottsligheten har påverkan på hälso- och sjukvården, tandvården och hela samhället. Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd i syfte att stödja hälso- och sjukvården och tandvården i mötet med barn, unga och vuxna involverade i eller drabbade av kriminella nätverk eller andra våldsbejakande miljöer [34]. I

den föreliggande rapporten redovisas de delar från kunskapsstödet där socioekonomisk områdestyp ingått. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen.

Stick- och skottskador orsakad av annan förekommer oftare bland patienter från socioekonomiskt utsatta områden och mer sällan bland patienter från områden med starka socioekonomiska förutsättningar. Antalet med skador varierar över tid i alla områdesgrupper och det är svårt att tolka utvecklingen över tid. Möjligtvis går det att skönja en liten ökning i de mest socioekonomiskt starka områdena (statistik redovisas ej i figur). I kunskapsstödet lyfts också att individer som lever i socioekonomiskt utsatta områden (eller med ökad risk för rekrytering till kriminalitet) i mindre utsträckning får vård för sin psykiska ohälsa. En hälso- och sjukvård som i högre utsträckning möter vårdbehov i dessa geografiska områden och grupper skulle kunna bidra till att förebygga rekrytering [34].

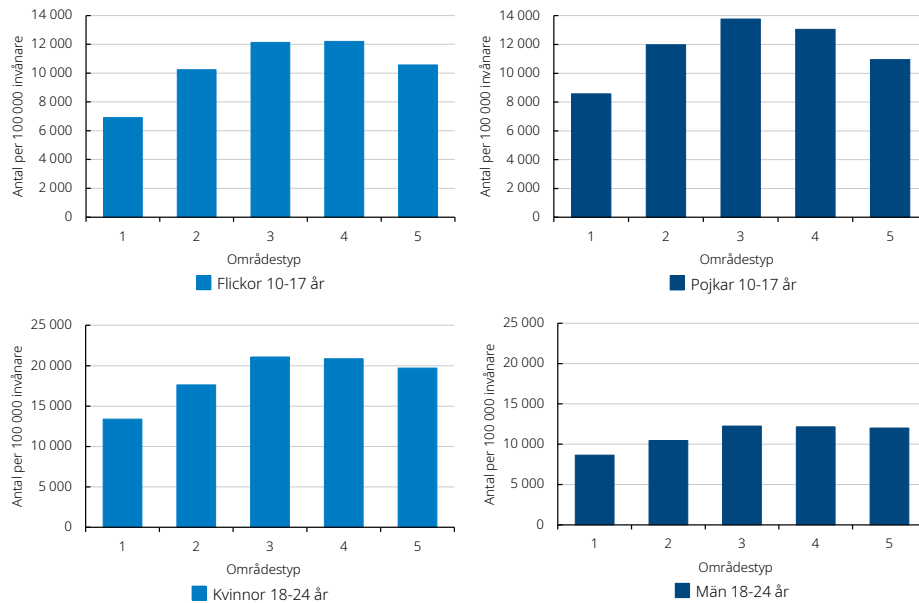
## Psykisk ohälsa bland barn och unga

### Färre barn och unga har fått vård för psykisk ohälsa i områden med stora socioekonomiska utmaningar

I områden med socioekonomiska utmaningar har färre barn och unga vuxna fått en psykiatrisk diagnos inom specialiserad vård, besökt en psykiatrisk verksamhet, eller hämtat ut psykofarmaka på recept, jämfört med barn och unga i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Det högsta antalet barn och unga med psykisk ohälsa observerades i socioekonomiskt blandade områden och områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Samma mönster framträdde för psykiatrisk tvångsvård för både barn och unga vuxna, oavsett kön (Figur 99-100) [32].

**Figur 99. Andelen barn och unga vuxna som får vård för psykisk ohälsa i olika socioekonomiska områdestyper, år 2022**

Psykisk ohälsa (minst något av följande): psykiatrisk diagnos inom specialiserad vård, besök i psykiatrisk verksamhet, eller uttag av psykofarmaka. Andel (antal per 100 000) i befolkningen.

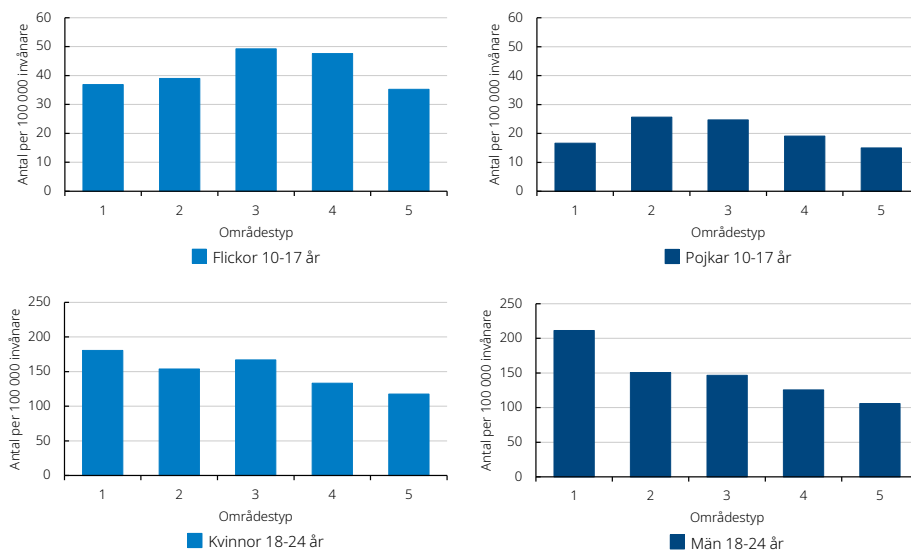


1 – Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 – Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – Socioekonomiskt blandade områden, 4 – Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 – Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

**Figur 100. Andelen barn och unga vuxna som har fått psykiatrisk tvångsvård i olika socioekonomiska områdestyper**

Andel barn (överst) och unga vuxna (underst) som någon gång vårdats inom psykiatrisk tvångsvård 2018–2022 per områdestyp. Andel (antal per 100 000) i befolkningen.



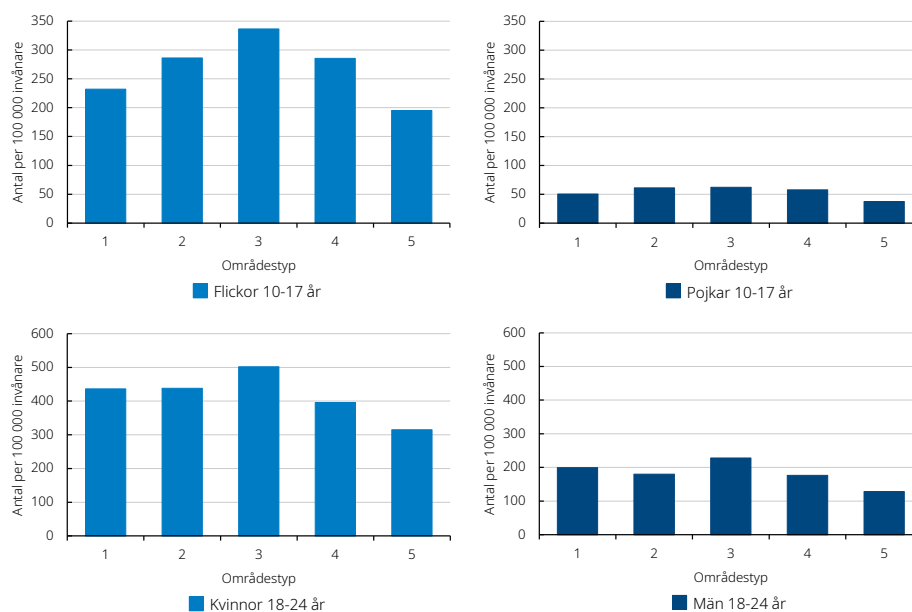
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

## Lägre förekomst av självskada och suicid i områden med mycket god socioekonomi

Självskada, med eller utan suicidavsikt, bland unga utgörs ofta av förgiftningar men även av att personen skär sig. Förekomst av självskada var genomgående högre i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar i jämförelse områden med mycket goda förutsättningar (Figur 101). I områden med sämre förutsättningar var förekomsten tämligen lika, men med vissa variationer, exempelvis bland flickor där områden med blandad socioekonomi (områdestyp 3) låg högst [32].

### Figur 101. Andelen barn och unga vuxna som har haft ett suicidförsök eller skadat sig själv i olika socioekonomiska områdestyper

Andel barn (överst) och unga vuxna (underst) som någon gång hade ett (minst) suicidförsök 2018–2022 per områdestyp. Andel (antal per 100 000) i befolkningen.

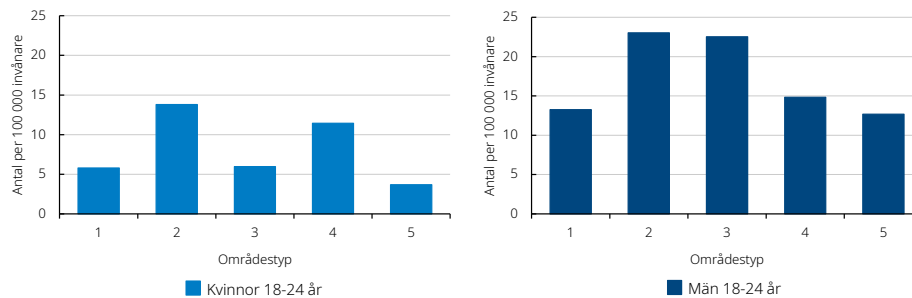


Källa: 1 – Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 – Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – Socioekonomiskt blandade områden, 4 – Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 – Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Andelen barn som begår suicid var mycket låg i alla områdestyper (Figur 102). Bland unga vuxna förekom suicid, liksom för självskada, genomgående i lägre utsträckning i områden med mycket god socioekonomi jämfört med områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. I områden med sämre förutsättningar var förekomsten av suicid, som för självskada, tämligen likartad där områden med blandad socioekonomi hade högst förekomst bland män [32].

### Figur 102. Andelen unga vuxna som har avlidit i suicid i olika socioekonomiska områdestyper

Andel unga vuxna som avled i suicid 2018–2022 per områdestyp. Andel (antal per 100 000) i befolkningen.



Källa: 1 – Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 – Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – Socioekonomiskt blandade områden, 4 – Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 – Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Statistik om dödsorsaker redovisas också i kapitlet *Dödsorsaker*.

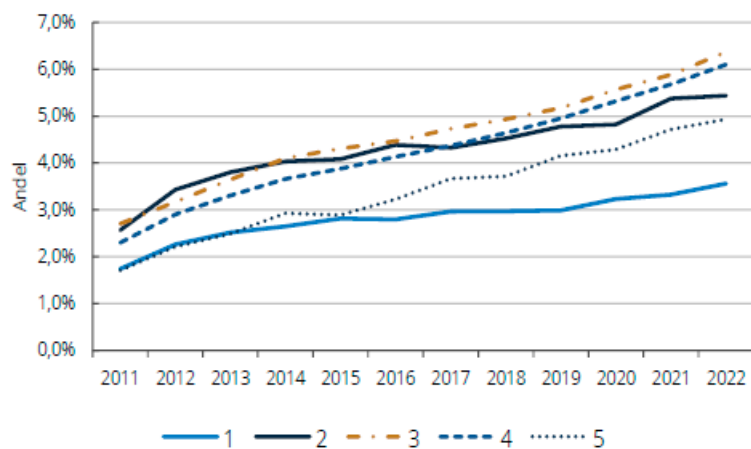
## Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården inom barn- och ungdomspsykiatri

Delrapport ett i den årliga rapporten Nationella planeringsstödet (NPS) belyser utmaningarna med personalförsörjning inom barn- och ungdomspsykiatri, med fokus på adhd, vilket är ett område som särskilt påverkar den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri [5]. Nedan redovisas de delar från rapporten som redovisar socioekonomisk områdestyp, och inte delrapporten i sin helhet. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen.

## Socioekonomiska skillnader i utveckling av adhd över tid

Barn med adhd utgör 2023 70 procent av alla barn och unga med läkarbesök inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. I gruppen adhd ses ökade ojämlikheter i tillgången till vård relaterat till socioekonomiska utmaningar (Figur 103). Ökningen av vård utifrån diagnosen adhd är som störst hos barn boende i socialt välbärgade områden, samma ökning ses inte hos barn boende i områden med socioekonomiska utmaningar eller mycket stora utmaningar. Det talar för att vården inte når barn i utsatta områden i tillräcklig utsträckning [5].

**Figur 103. Andelen barn i befolkningen med läkarbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin 2011–2022 med diagnosen adhd (F9) i åldern 10–17 år, utifrån socioekonomiska områden**



Källa: 1.- Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 - Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 - Socioekonomiskt blandade områden, 4 - Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 - Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Källa: Socialstyrelsen

## Regionala skillnader i antal läkarbesök för adhd

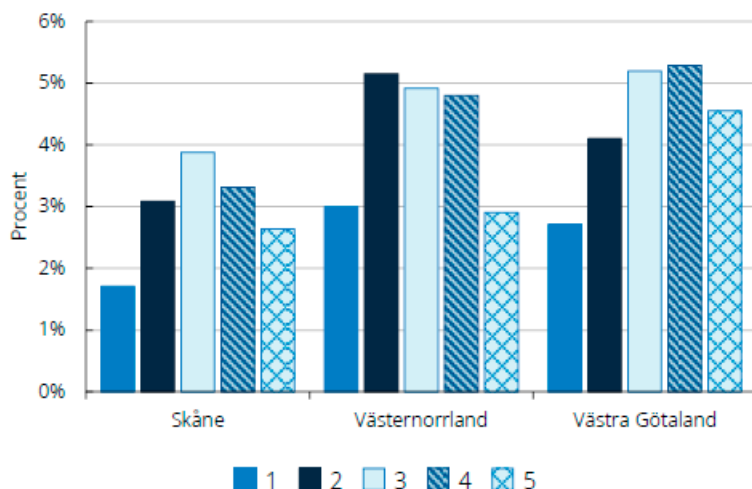
Att skapa en jämlik vård över hela landet är en komplex utmaning. Sverige har en hög koncentration av barn och unga i storstäderna, samtidigt som stora geografiska ytor och långa avstånd mellan städer och glesbygd präglar landet. Psykisk ohälsa och adhd är dessutom mer vanligt förekommande i socioekonomiskt utsatta områden, vilket gör att befolkningssammansättningen i olika regioner påverkar vårdbehoven på ett betydande sätt [5]. Cirka 55 procent av alla barn i åldrarna 10–17 år bor i storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. De medelstora regionerna omfattar tio regioner, där varje region har omkring 3–4 procent av landets barn i åldersgruppen. De mindre regionerna inkluderar åtta regioner som har mellan 0,5 och 2 procent av alla barn i samma åldersgrupp [5]. Den regionala fördelningen av barn och unga som bor i socioekonomiskt utsatta områden redovisas i bakgrundskapitlet.

## Regioner med lägst antal läkarbesök för adhd

Skåne, Västernorrland och Västra Götaland tillhör de regioner i Sverige som har den lägsta andelen läkarbesök för adhd. Skåne står ut som den region med minst antal läkarbesök för adhd i relation till befolkningen. I Skåne är dessutom fördelningen av barn mellan olika socioekonomiska områdestyper mer jämnt fördelad jämfört med de andra regionerna som också har relativt få läkarbesök för adhd (Figur 104). Det kan betyda att Skåne använder andra personalkategorier för denna diagnosgrupp. Samtidigt har Skåne en större andel barn som bor i socioekonomiskt utsatta områden. Detta väcker frågan varför denna grupp inte är proportionellt mer representerad i läkarbesöksstatistiken. Med tanke på deras större andel av befolkningen skulle en högre representation

kunna förväntas. Västernorrland har en störst andel av barn från socioekonomisk utsatta områden i denna grupp [5].

**Figur 104. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0–17 år efter områdestyp**

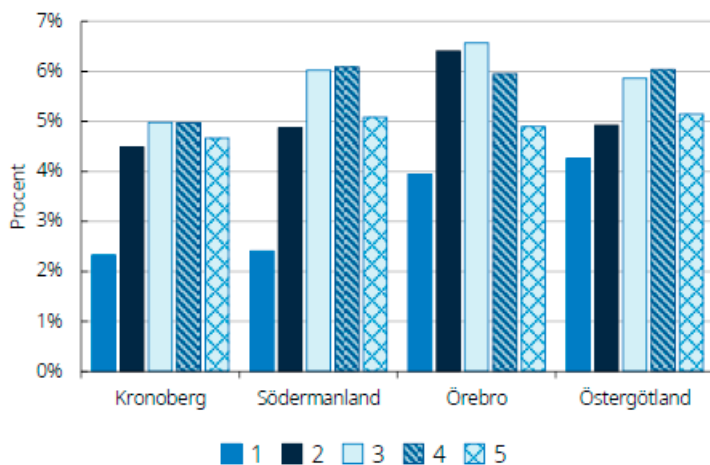


Källa: Socialstyrelsen

## Regioner med liknande antal läkarbesök för adhd

Antalet läkarbesök för adhd är relativt jämnt fördelat i förhållande till antalet barn och ungdomar i åldern 10–17 år i 11 regioner. De regioner med störst andel barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden är Kronoberg, Södermanland, Örebro och Östergötland. I Södermanland bodde 24 procent av barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden (områdestyp 1 och 2), vilket är en högre andel jämfört med andra regioner som Östergötland, där andelen ligger mellan 17 och 18 procent (Figur 105). I regioner med en stor andel barn och unga i socialt utsatta områden finns tydliga regionala skillnader i läkarbesök för barn och unga med adhd utifrån socioekonomiskt område. I Södermanland var antalet läkarbesök lägst i de mest socioekonomiskt utsatta områdena jämfört med övriga regioner, men högst i de mest resursstarka områdena. Östergötland hade den högsta andelen läkarbesök både i socioekonomiskt utsatta områden och det resursstarka områdestypen 4, jämfört med övriga regioner. Detta tyder på bättre tillgänglighet i utsatta områden i jämförelse med andra regioner, samtidigt som det även visar en hög andel läkarbesök i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Kronoberg och Södermanland uppvisade en lägre personaltäthet än riksgenomsnittet, medan Örebro och Östergötland hade en högre personaltäthet jämfört med riksgenomsnittet [5].

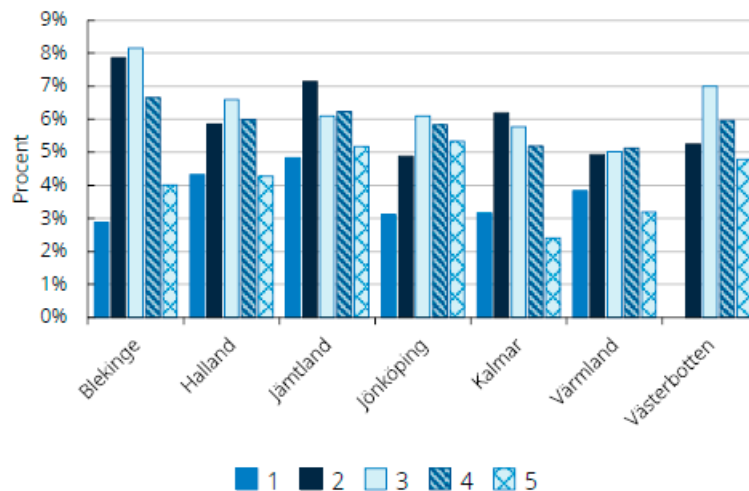
**Figur 105. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0-17 år efter områdestyp**



Källa: Socialstyrelsen

I Blekinge, Kalmar, Värmland och Jönköping bodde mellan 11 och 13 procent av barn och unga i åldersgruppen 10–17 år i socioekonomiskt utsatta områden. Däremot hade Halland, Västerbotten och Jämtland en betydligt lägre andel, där endast 3 till 7 procent av barnen bodde i socioekonomiskt utsatta områden. I Blekinge, Jämtland och Kalmar var en relativt stor andel av läkarbesöken för barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden (Figur 106). Samtidigt var antalet läkarbesök högt även för barn och unga från områdestyp 3, som representerar socioekonomiskt blandade områden. Halland, Västerbotten och Jämtland, som har en låg andel barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden, uppvisade en mer jämn fördelning av läkarbesök mellan olika socioekonomiska grupper. Detta tyder på en relativt god tillgänglighet till vård för barn och unga i regionerna. Samtliga regioner hade en högre personaltäthet än riksgenomsnittet, förutom Jönköping, där personaltätheten låg strax under riksgenomsnittet [5].

**Figur 106. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0–17 år efter områdestyp**



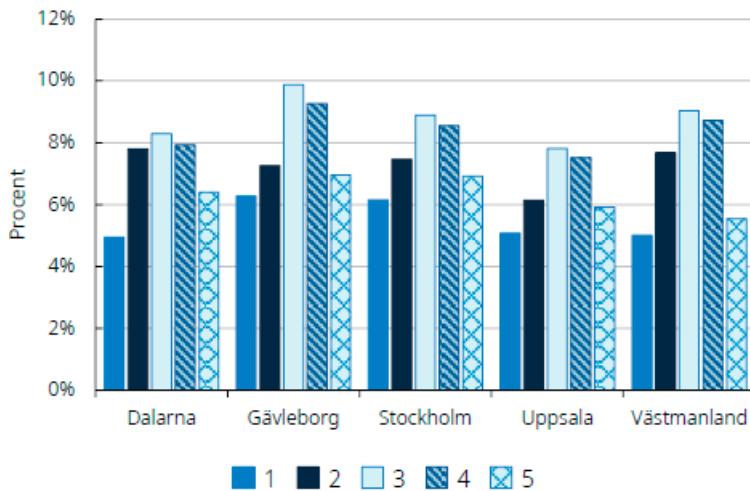
Källa: Socialstyrelsen

## Regioner med flest läkarbesök för adhd

Dalarna, Gotland, Gävleborg, Norrbotten, Stockholm, Uppsala och Västmanland har högst antal läkarbesök relativt befolkningen. Det är också den gruppen av regioner som har störst variation utifrån befolkningsstorlek och geografiska avstånd. Skillnaderna i socioekonomiska förutsättningar är också stora. Till exempel bor 19 procent av barn och unga 10–17 i socioekonomiskt utsatta områden i Gävleborg, vilket går att jämföra med inga barn alls på Gotland och 2 procent i Norrbotten. I Stockholm bor nästan en fjärdedel av samtliga barn och unga i landet och där finns också stora skillnader i socioekonomiska standard.

Gotland och Norrbotten är de enda regionerna där läkarbesöken för adhd är högre för barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden jämfört med barn från områden med starkare ekonomiska förutsättningar. I övrigt är antalet läkarbesök relativt jämnt fördelat mellan regionerna. Samtliga regioner hade en personaltäthet som motsvarade eller översteg riksgenomsnittet (Figur 107) [5].

**Figur 107. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0-17 år efter områdestyp**



Källa: Socialstyrelsen

Barn- och ungdomspsykiatri i många regioner delar en gemensam utmaning: att nå barn i socioekonomiskt utsatta områden. Barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden har en högre förväntad prevalens av adhd jämfört med andra grupper. Trots detta är tillgången till vård ofta begränsad för dessa barn och unga. Bristen på vårdinsatser i dessa områden är en indikation på att barn- och ungdomspsykiatri har svårt att uppfylla de mål som fastställs i hälso- och sjukvårdslagen. Det speglar också en utmaning i att leva upp till den etiska plattformens principer om jämlik vård. För att hantera dessa utmaningar behövs strategiska satsningar på sammanhållna vård- och personalförsörjningskedjor som integrerar vård, utbildning och forskning [5].<sup>16</sup>

## Arbetsättet En Väg In - barn från utsatta områden nås inte i lika hög utsträckning

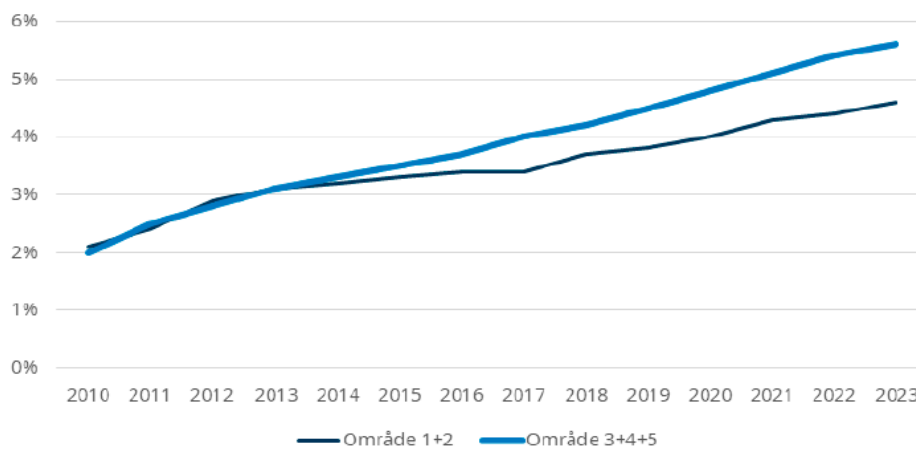
Socialstyrelsen har utvärderat arbetsättet ”En väg in” (EVI) inom Barn- och ungdomspsykiatri. EVI kan beskrivas som inrättandet av centraliserade funktioner för triage vid vård av barn och unga med psykisk ohälsa.<sup>17</sup> Flera regioner har de senaste åren arbetat med att bygga upp EVI och i december 2024 fanns det sju En-väg in verksamheter i Sverige. I resterande regioner är arbetsättet under implementering eller under planering för uppstart. I utvärderingen har bland annat intervjuer och registerbaserade analyser gjorts [35].

<sup>16</sup> I rapporten beskrivs också ett exempel på hur tvärfunktionella team kan vara ett arbetsätt för att nå familjer i socioekonomiskt utsatta familjer (men som inte redovisas här).

<sup>17</sup> EVI är inte ett enhetligt arbetsätt eftersom det finns regionala variationer i arbetsättets implementering. Den minsta gemensamma nämnaren är inrättandet av en centraliserad funktion som i huvudsak arbetar med triage över telefon av barns och ungas psykiska ohälsa. De främsta skillnaderna består i om triageringen görs till såväl BUP som första linjen eller enbart BUP, om vilka triageringsverktyg som används och om verksamheten kan boka in patienten på ett första besök till mottagningarna.

Bakom införandet av EVI finns en underliggande förväntan om att införandet ska bidra till en mer jämlik vård genom att vården når fler grupper som har ett vårdbehov. Bilden som framträder i intervjumaterialet är dock att införandet av EVI inte tycks ha bidragit till en ökad tillgång till vård för resurssvaga grupper i samhället. Socioekonomiska, språkliga och kulturella faktorer nämns som möjliga hinder. Flera EVI verksamheter uppger vidare att det i områden med socioekonomiska utmaningar är vanligare att kontaktvägarna in till vård går via socialtjänsten och skolan, än vad det är i socioekonomiskt starkare områden, där det är relativt sett vanligare att kontakterna med vården initieras av familjerna själva. Intervjupersonernas bild bekräftas av den registerbaserade analysen som visar att det finns en systematisk underrepresentation av barn från utsatta områden inom BUP, vilken också har ökat över tid (Figur 108).

**Figur 108. Andel barn från områdestyp 1-2 och 3-5 i kontakt med BUP**



Källa: Patientregistret och RegSO.

Flera av de regioner som infört EVI har haft en ökande överrepresentation av patienter från välmående områden redan flera år innan EVI infördes. En ökande överrepresentation av patienter från välmående områden ses även i några regioner som inte har infört EVI. Det tydligaste mönstret från registerstudien är att när patienter med adhd-diagnos exkluderas är överrepresentationen från välmående områden inte lika stark, i såväl regioner med som i regioner utan EVI (se Bilaga 3) [35].

## Besök på psykiatriska akutmottagningar

Socialstyrelsen har kartlagt psykiatriska akutmottagningar på sjukhus med dygnet-runt-verksamhet för mottagande och akut omhändertagande av patienter med allvarliga akuta psykiatriska tillstånd. I det ingår psykiatriska akutmottagningar för vuxna, barn- och ungdomspsykiatriska akutmottagningar och beroendeakutmottagningar. För akut omhändertagande av vuxna finns psykiatriska akutmottagningar i alla regioner. För omhändertagande av barns akuta psykiatriska tillstånd har många regioner andra typer av lösningar och

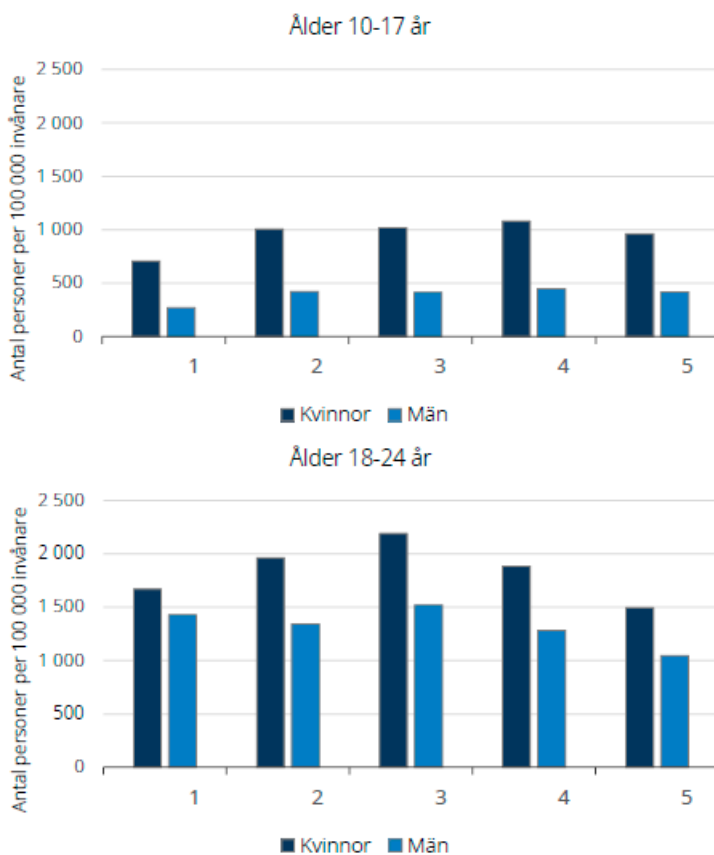
verksamheter, vilka inte har kartlagts i uppdraget. Därmed saknas en samlad nationell lägesbild av barns akuta psykiatriska omhändertagande, även om myndigheten kan redovisa en registerbaserad lägesbild [36].

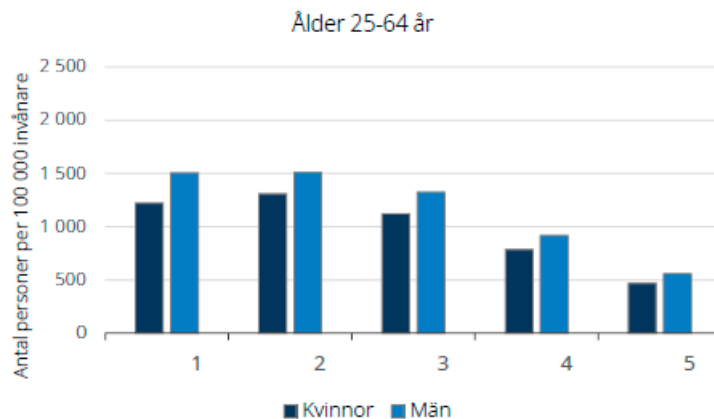
## Lägre förekomst av akutbesök bland barn, men högre förekomst bland vuxna, i områden med socioekonomiska utmaningar

År 2023 besöktes de psykiatriska akutmottagningarna av totalt 7 196 unika barn och 66 047 vuxna i arbetsför ålder (18–64 år). Antalet akutbesök var 11 318 för barn respektive 135 247 för vuxna, vilket innebär i genomsnitt 1,6 akutbesök per barn respektive 2,0 akutbesök per vuxen. Bland unga vuxna och i synnerhet bland vuxna (25–64 år) ökade förekomsten av besök på psykiatriska akutmottagningar i områden med socioekonomiska utmaningar. Detta i kontrast till förekomsten bland barn som var folkbokförda i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, där förekomsten av akutbesök var lägst (Figur 109).

### Figur 109. Områden med olika socioekonomiska förutsättningar

Andelen personer som hade åtminstone ett besök på psykiatrisk akutmottagning per områdestyp 2023. Antal per hundra tusen.





Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, registret över Regionala statistikområden, SCB och registret över områdestyper, Boverket

Detta kan tyda på att barn och unga inte i samma utsträckning söker vård och att de snarare kommer som unga vuxna eller vuxna och då senare i ett sjukdomsförlopp som kan vara förvärrat. Oavsett områdestyp var förekomsten av akutbesök högre bland flickor och unga kvinnor medan det omvända gällde vuxna där förekomsten var högre bland män. Det fanns inga framträdande skillnader i förekomst av akutbesök per områdestyp mellan incidenta, debuterande eller frekventa fall.<sup>18</sup> En viss tendens fanns till att områdestyp 1 (områden med stora socioekonomiska utmaningar) bland vuxna hade högre andel frekventa fall. Utfallet av akutbesöket för vuxna i områdestyp 1 var också i något större utsträckning förknippat med vård enligt LPT (vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård), men i övrigt fanns inga stora skillnader när det gäller utfall per områdestyp [36].

## Vanligare med schizofreni som diagnos på psykiatrisk akutmottagning bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar

De vanligaste diagnoserna vid vuxnas akutbesök var substansbruk, ångestsyndrom och schizofreni och liknande tillstånd. Socioekonomisk bakgrund hade ingen större inverkan på diagnosfördelningen, med ett undantag – i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar var schizofreni och liknande tillstånd en vanligare diagnos bland unga vuxna jämfört med i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar (visas inte i tabell). Bland

<sup>18</sup> Bland det totala antalet personer som söker på psykiatrisk akutmottagning under ett givet år urskiljs tre grupper vad gäller status vid ett akutbesök; 1) personer som tidigare har fått psykiatrisk vård men som inte tidigare har sökt akut, så kallade incidenta fall avseende akutbesök, 2) personer som aldrig tidigare har haft någon vårdkontakt inom specialiserad vård, inklusive akutbesök, på grund av ett psykiatriskt tillstånd, så kallade debuterande fall, 3) personer som under ett givet år sökt akut vid fler än fem tillfällen, så kallade frekventa fall. En person som är ett incident eller ett debuterande fall kan bli ett frekvent fall under givet år, eller annars vara ett frekvent fall bland det totala antalet fall som har sökt akut. Bland de frekventa fallen var det inte ovanligt att många kunde ha sökt på akutmottagning 10 eller fler gånger.

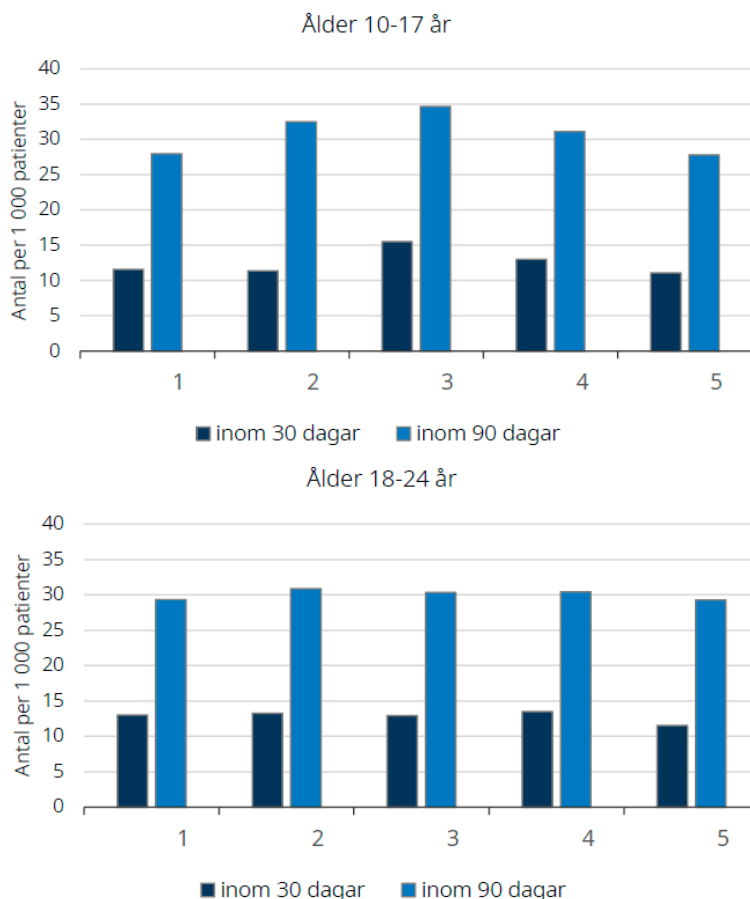
unga vuxna i områdestyp 1 hade omkring åtta procent schizofreni eller liknande tillstånd jämfört med cirka tre procent i områden med goda socioekonomiska förutsättningar [36].

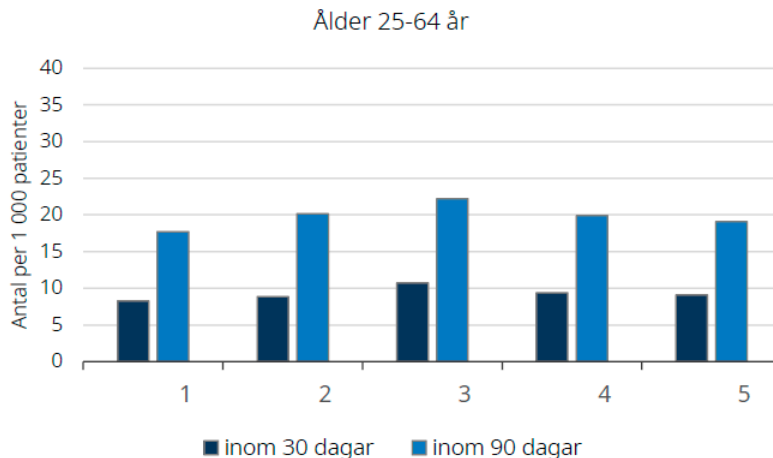
## Inga socioekonomiska skillnader i risk för självskada

Mångsökare hade klart ökad risk för självskada, med eller utan suicidavsikt, och för suicid och övriga dödsfall. Det gäller även bland kvinnor, trots att suicid generellt är vanligare bland män. Tidigare eller pågående socialtjänstinsatser ökade risken för dessa utfall ytterligare. Däremot hade bostadsområdets socioekonomiska förutsättningar ingen inverkan (Figur 110) [36].

### Figur 110. Självskada med eller utan suicidavsikt bland personer som sökt på psykiatrisk akutmottagning per områdestyp

Andelen personer med självskada 30 och 90 dagar efter akutbesök bland incidenta, debuterande och frekventa fall. Antal per 1000.





Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen; Registret över Regionala statistikområden, SCB och Registret över områdestyper, Boverket

## Psykiatrisk tvångsvård

Socialstyrelsen har kartlagt dödsfall efter utskrivning från psykiatrisk tvångsvård i syfte att öka kunskapen om patienter i riskgrupp [37]. I den föreliggande rapporten redovisas de delar från publiceringen som redovisar socioekonomisk områdestyp. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen.

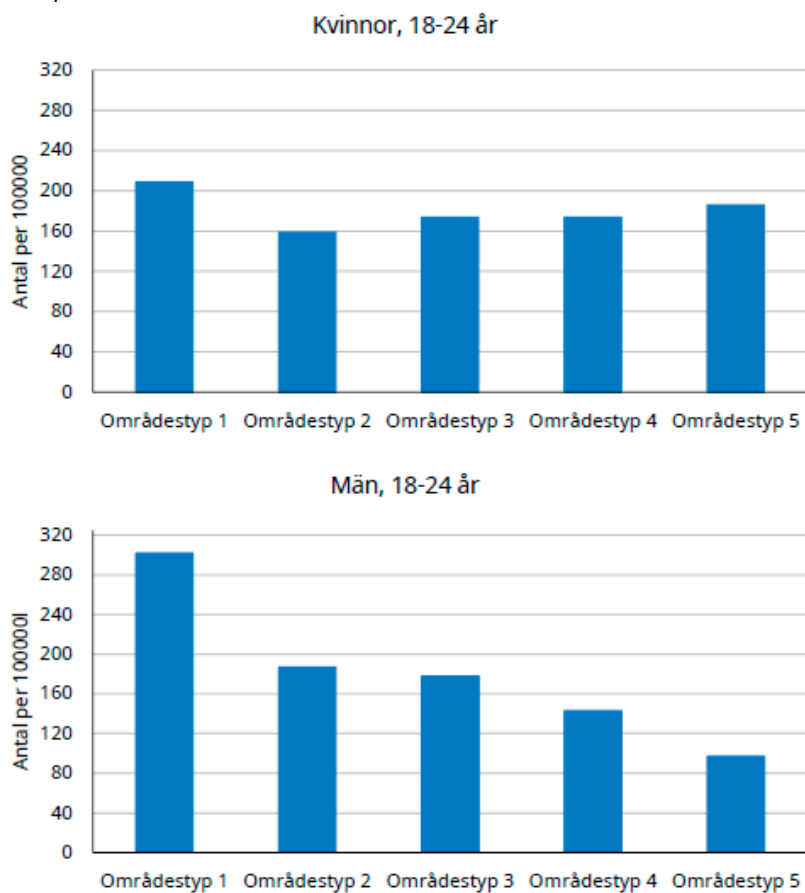
Psykiatrisk tvångsvård avser vård enligt Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).<sup>19</sup> Totalt fick drygt 8 500 vuxna 18–64 år i befolkningen psykiatrisk tvångsvård 2023, vilket motsvarar omkring 0,15 procent av befolkningen. Omkring 20 procent av de vårdade var unga vuxna 18–24 år. Majoriteten, 80 procent, blev inlagda via en psykiatrisk akutmottagning. Övriga kan exempelvis ha blivit inlagda via en psykiatrisk öppenvårdsmottagning eller att frivillig heldygnsvård konverterades till tvångsvård.

Bland såväl unga vuxna som vuxna är förekomst av psykiatrisk tvångsvård högst bland personer bofasta i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Bland unga män och vuxna män och kvinnor blev detta särskilt tydligt då förekomst av tvångsvård gradvis minskade ju bättre områdets socioekonomiska förutsättningar var (Figur 111–112) [37].

<sup>19</sup> Tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM 1988:870) redovisas under avsnittet om socialtjänstinsatser.

### Figur 111. Förekomst av psykiatrisk tvångsvård bland unga vuxna per områdestyp

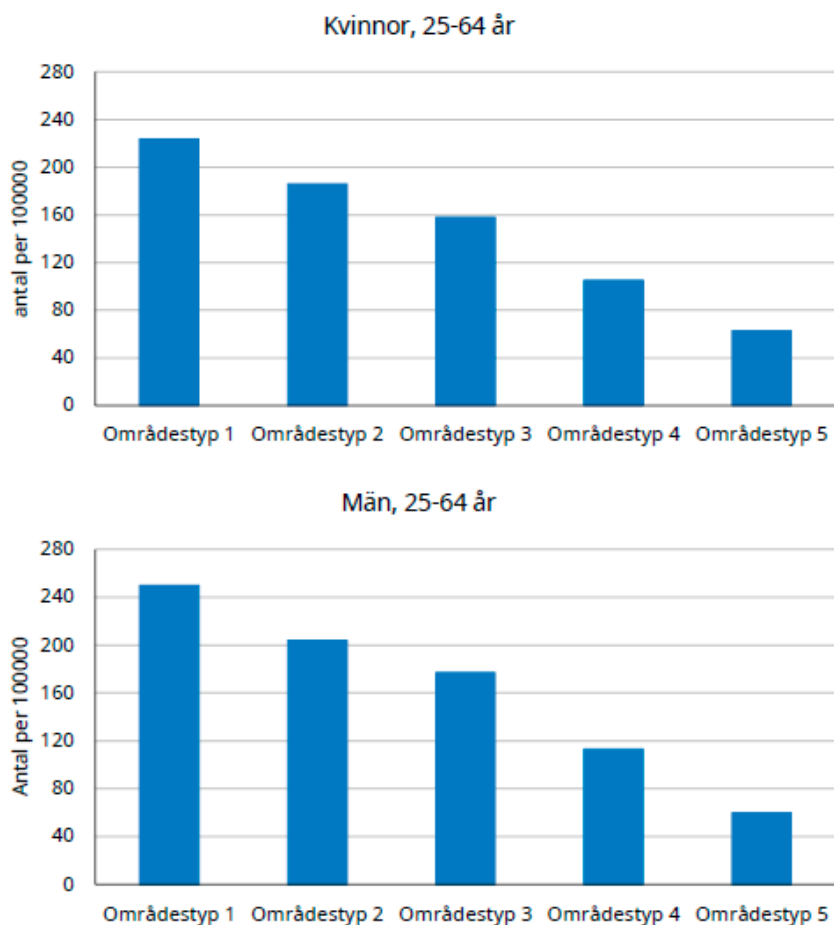
Andel unga vuxna som vid åtminstone ett vårdtillfälle tvångsvårdades 2023 efter områdestyp. Antal per hundra tusen.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, registret över Regionala statistikområden, SCB och registret över områdestyper, Boverket

### Figur 112. Förekomst av psykiatrisk tvångsvård bland vuxna per områdestyp

Andel vuxna som vid åtminstone ett vårdtillfälle tvångsvårdades 2023 per områdestyp. Antal per hundra tusen.

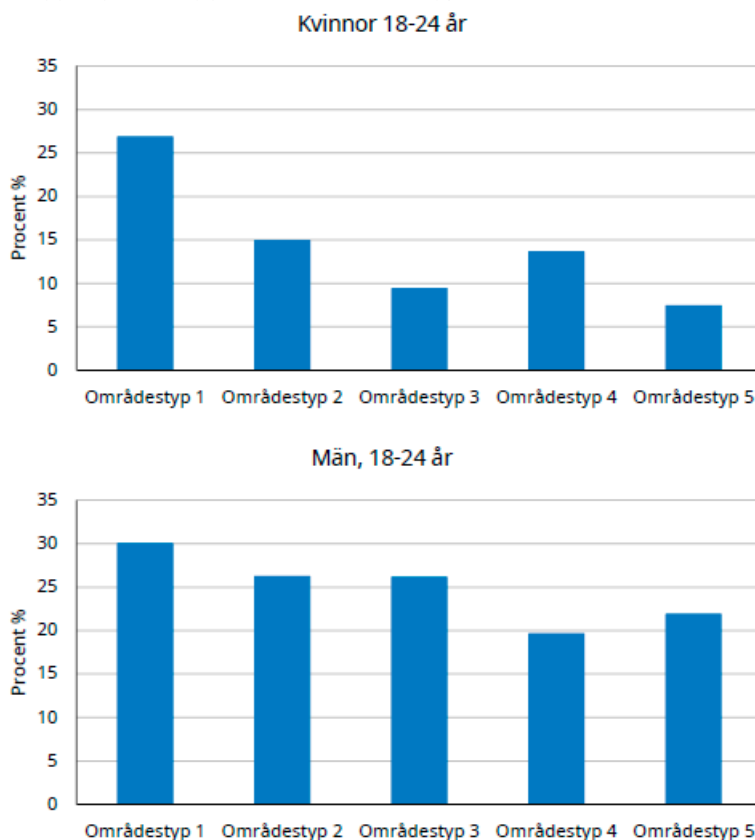


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, registret över Regionala statistikområden, SCB och registret över områdestyper, Boverket

Figuren nedan visar också att personer bofasta i områden med stora socioekonomiska utmaningar också i större utsträckning som unga debuterade med tvångsvård vid insjuknandet jämfört med unga vuxna i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar (Figur 113) [37].

### Figur 113. Andel unga vuxna som debuterar med psykiatrisk tvångsvård per områdestyp

Andel av alla unga vuxna som tvångsvårdade 2023 där tvångsvård utgjordes av debut vid inläggning för heldygnsvård. Per områdestyp. Procent.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, registret över Regionala statistikområden, SCB och registret över områdestyper, Boverket

Resultaten kan indikera att bofasta i områden med socioekonomiska utmaningar inte söker frivillig vård i ett tidigt skede av sjukdom. Det kan medföra att sjukdomsförloppet förvärras och behöver handläggas akut i ett senare stadium och med ökad risk för tvångsvård. Det kan därför behövas särskilda ansträngningar av hälso- och sjukvård att nå grupper i områden som har socioekonomiska utmaningar [37].

Förekomst av tvångsvård enligt LVM, med anledning av skadligt bruk och beroende, redovisas i kapitlet *Socialtjänstinsatser och omsorg*.

## Vård och kontinuerlig uppföljning bland personer med kronisk sjukdom

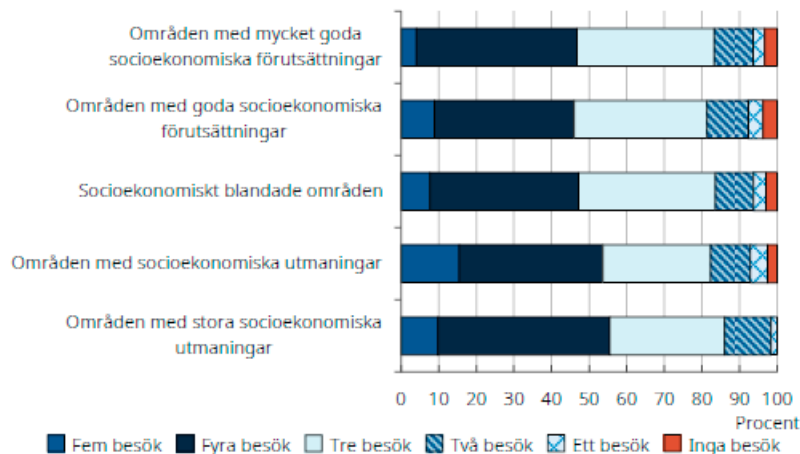
Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vården vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom med utgångspunkt från Socialstyrelsens nationella riktlinjer [38]. Socialstyrelsen har också utvärderat om personer med kronisk sjukdom (epilepsi, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), multipel

skleros (MS), Parkinsons sjukdom och psoriasis) får uppföljning enligt rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer [24]. I den senare publikationen ingår även tandvård, vilket redovisas i kapitlet *Tandvård och munhälsa*. I den föreliggande rapporten redovisas de delar från publiceringarna som redovisar socioekonomisk områdestyp. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationerna.

## MS-patienter i områden med bättre socioekonomi undersöks med MR i större utsträckning

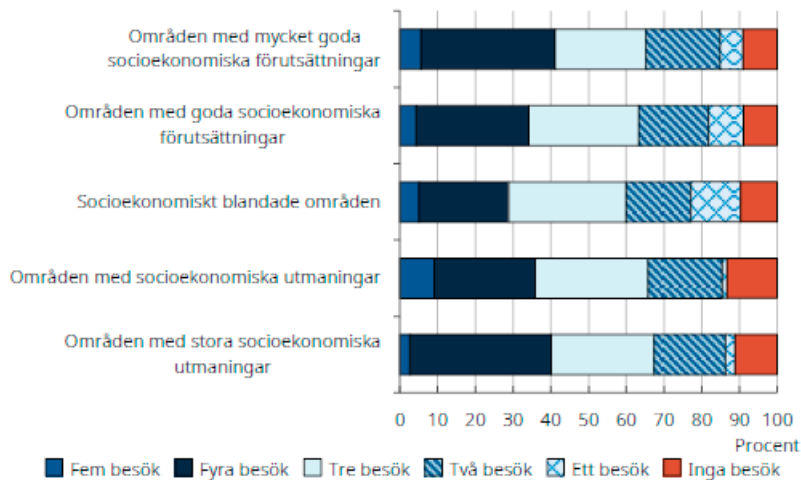
Hälso- och sjukvården bör enligt rekommendationen i de nationella riktlinjerna erbjuda kontinuerliga årliga uppföljningar. Resultaten visar att knappt 10 procent av patienterna med MS i åldersgruppen 18–44 år fick kontinuerliga årliga uppföljningsbesök fem år efter diagnos. För åldersgruppen 45–74 år var motsvarande andel knappt 5 procent. Vid uppdelning av patienterna med MS i socioekonomiska områdestyper visar resultaten att cirka hälften av personerna i åldern 18–44 år har fått fyra eller fem läkarbesök, oberoende av socioekonomiskt område. I den äldre ålderspopulationen, 45–74 år, är det något större variation. Där har mellan 30 och 40 procent fått fyra eller fem läkarbesök under uppföljningsperioden, oberoende av socioekonomisk grupp (Figur 114-115) [24].

**Figur 114. Andel personer 18–44 år med MS; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 115. Andel personer 45–74 år med MS; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

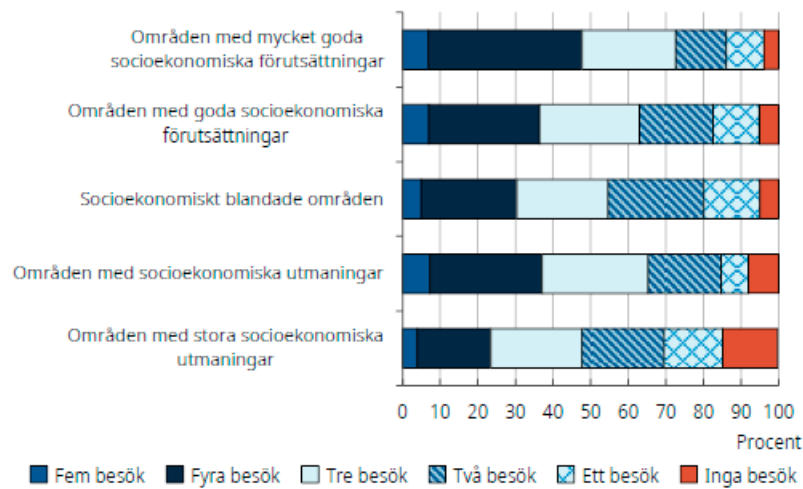
I de nationella riktlinjerna rekommenderas också att hälso- och sjukvården bör erbjuda magnetkameraundersökning (MR-undersökning) minst en gång om året till personer med MS. Patienter från områden med mycket goda förutsättningar följs upp med MR i högst utsträckning, 70 procent jämfört med 63 procent i områden med goda förutsättningar. Mellan 57–58 procent följs upp med MR områden med bland eller sämre socioekonomiska förutsättningar (redovisas ej i figur) [38].

## Färre patienter med Parkinsons sjukdom står på sjukdomsspecifik behandling och färre följs upp i områden med sämre socioekonomi

Enligt de nationella riktlinjerna ska personer med Parkinsons sjukdom följas upp inom specialistvården minst två gånger per år. Bland personer med Parkinsons sjukdom år 2023 hade 59 procent haft minst ett läkarbesök i specialistvården under året. I områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar följdes 61 procent respektive 69 procent av patienterna upp. I blandade områden följdes endast 54 procent av patienterna upp och motsvarande siffror för områden med socioekonomiska utmaningar eller stora socioekonomiska utmaningar var 57 procent respektive 53 procent (redovisas ej i figur) [38].

Drygt 6 procent av de personer som diagnostiserades med Parkinsons sjukdom under perioden 2010–2014 fick fem års kontinuerlig årlig uppföljning hos läkare på neurologisk öppenvårdsmottagning fem år efter diagnos och ungefär 4 procent fick inga besök alls. I områden med stora socioekonomiska utmaningar fick patienter med Parkinsons sjukdom inte några uppföljningar alls. I områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar fick en högre andel personer återkommande uppföljningar (Figur 116) [24].

**Figur 116. Andel personer diagnostiserade 2010–2014 med Parkinsons sjukdom med läkarbesök fördelade på regionala statistikområden, fem år efter diagnos**



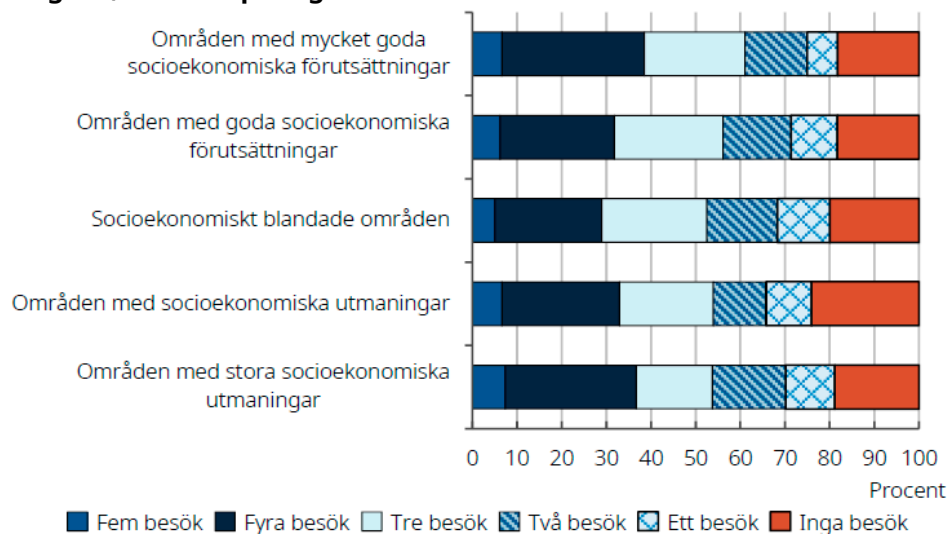
Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med antingen dopaminerga läkemedel eller DBS har legat över 90 procent de senaste 10 åren och uppgår till 92 procent 2023. Uppdelning efter socioekonomiska områdestyper ger att 89 procent av personer med Parkinsons sjukdom i områden med stora socioekonomiska utmaningar behandlades 2023. Motsvarande siffra för boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var 95 procent (redovisas ej i figur) [38].

## Uppföljning i specialiserad vård bland personer med psoriasis

En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och löpande uppföljning minst en gång per år är en förutsättning för god vård som förbättrar psoriasispatientens hälsa och livskvalitet. Av de patienter som fick psoriasisdiagnos under perioden 2010–2014 och behandlades med systemiska läkemedel fick drygt 5 procent fem kontinuerliga årliga uppföljningsbesök hos läkare med start fem år efter diagnos. Resultaten visar vidare att av personer med psoriasis som bodde i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, fick drygt 30 procent fyra läkarbesök i den specialiserade vården och knappt 7 procent fick fem läkarbesök. Ett liknande resultat ses också för den population som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar (Figur 117) [24].

**Figur 117. Andel personer med psoriasis; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**

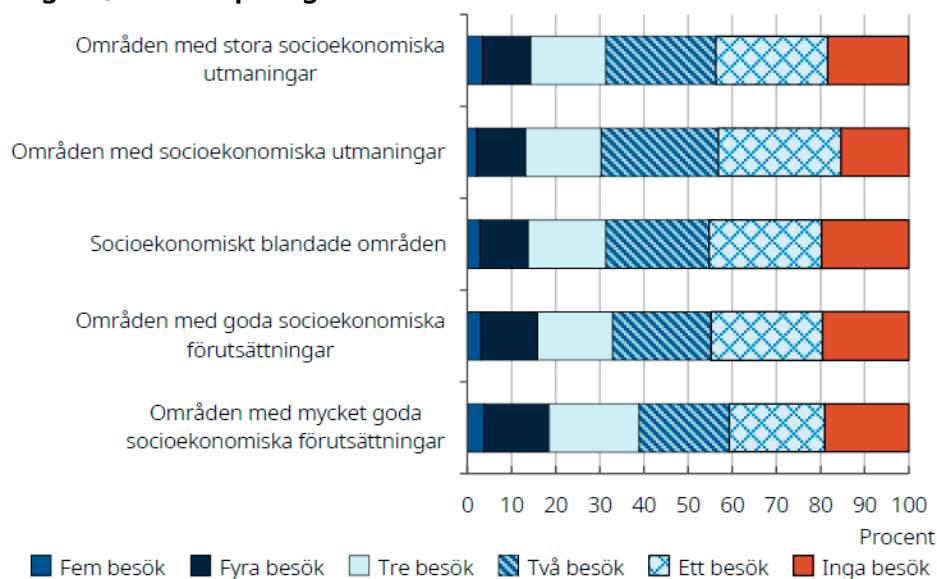


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Uppföljning i specialiserad vård bland personer med Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med KOL återbesök 1 gång per år vid underhållsbehandling och vid behov vid ingen underhållsbehandling. Knappt 3 procent av personer som diagnostiserats med KOL inom den specialiserade vården under perioden 2010–2014 fick årlig kontinuerlig uppföljning i fem år. För personer med KOL som inte fått något uppföljningsbesök fanns inga skillnader beroende på vilket socioekonomiskt område de bodde i. Det var dock vanligare att personer som fått fyra eller fem läkarbesök bodde i områden med högre socioekonomi (Figur 118) [24].

**Figur 118. Andel personer med KOL; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**

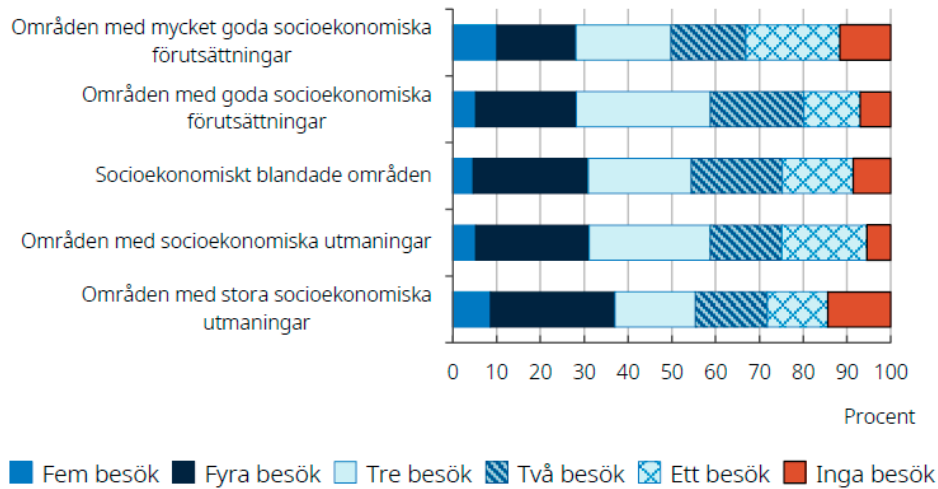


Källa: Patientregistret, regionala statistikområden, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

## Uppföljning i specialiserad vård bland personer med och utan terapieresistent epilepsi

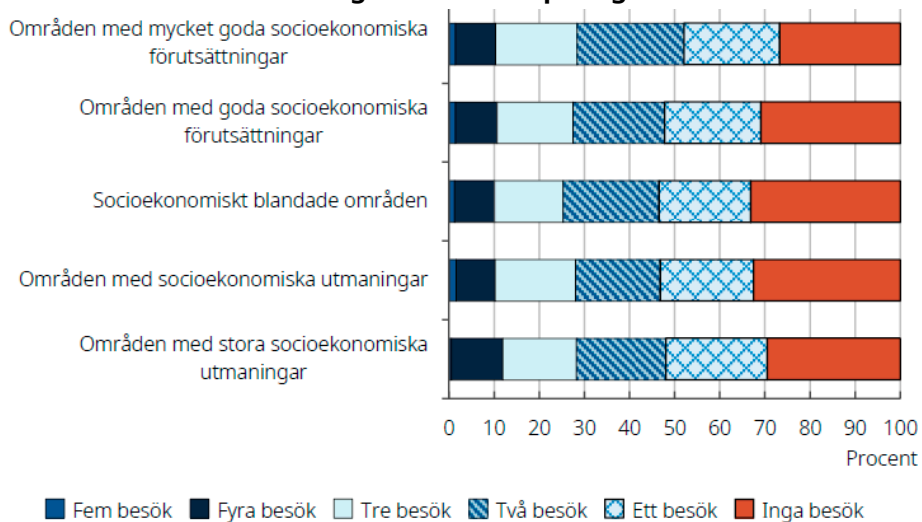
Enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda kontinuerlig årlig uppföljning och neurologisk bedömning till vuxna med epilepsi. Resultaten visar att drygt 1 procent av patienterna med epilepsidiagnos har fått uppföljning varje år under en femårsperiod under perioden 2015–2024. Nästan 30 procent av personer med epilepsi har inte fått något uppföljningsbesök alls medan drygt 20 procent har fått ett eller två besök fem år efter diagnos. Det är relativt små skillnader i antal uppföljningsbesök mellan patienter som bor i olika socioekonomiska områden. Det gäller både för personer med terapieresistent epilepsi och för dem som inte klassificerats som terapieresistenta. Men i den senare gruppen är det en större andel som inte fått några läkarbesök alls (Figur 119-120) [24].

**Figur 119. Andel personer med terapiresistent epilepsi; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 120. Andel personer med ej terapiresistent epilepsi; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

# Cancer

## Resultaten i korthet

- Generellt sett är det vanligare att diagnosticeras med cancer i områden med goda socioekonomiska förutsättningar, men att avlida av cancer i områden med sämre socioekonomi.
- De socioekonomiska skillnaderna i insjuknande och dödlighet varierar mellan olika cancerformer. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar är det vanligare att insjukna i vanligt förekommande cancerformer (malignt melanom, prostatacancer och bröstcancer), men det är något vanligare att avlida av dessa diagnoser i områden med stora socioekonomiska utmaningar. I områden med sämre socioekonomi är det exempelvis vanligare att både insjukna i och avlida av lungcancer.
- En större andel patienter från socioekonomiskt utsatta områden diagnostiseras med cancer i ett senare skede sett till flera cancerformer, exempelvis prostatacancer, bröstcancer och urinblåsecancer.
- Boende i områden med socioekonomiska utmaningar har lägre femårsöverlevnad efter cancersjukdom. Denna trend ses för flera cancerformer, så som lungcancer, bukspottkörtelcancer och myelom, medan skillnaderna är relativt små för malignt melanom.

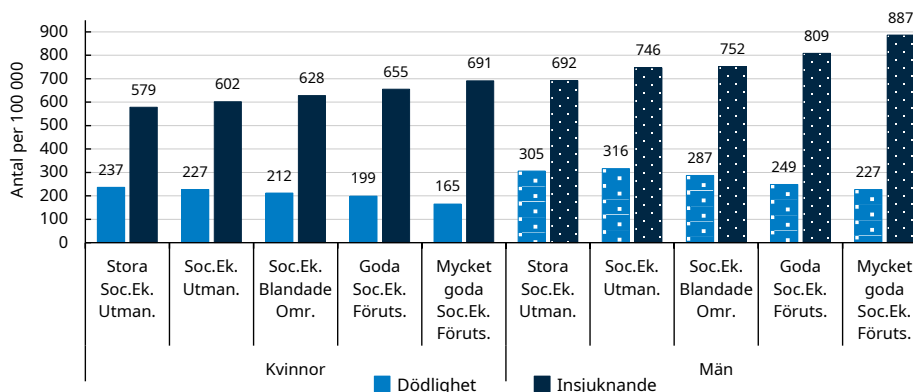
## Insjuknande och dödlighet

### Fler diagnosticeras med cancer i områden med mycket god socioekonomi, men fler avlider till följd av cancer i områden med socioekonomiska utmaningar

Det är känt att det finns socioekonomiska skillnader i cancerinsjuknande och dödlighet, något som kan avspegla såväl skillnader i exponering för riskfaktorer som tidig upptäckt och behandling. Boende i områden med mycket god socioekonomi diagnosticeras oftare med cancer, bland både kvinnor och män. Det mönster drivs till stor del av en högre förekomst av de vanligaste cancerformerna (prostata-, bröst- och hudcancer) bland individer med bättre socioekonomiska förutsättningar. För cancerdödlighet var förhållandet omvänt, med högre dödlighet i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar (Figur 121) [39].

**Figur 121. Cancerinsjuknande och dödlighet (alla cancerformer) fördelat på socioekonomisk områdestyp, kvinnor och män, 2024**

Antal insjuknade och avlidna i cancer per 100 000 i befolkningen, åldersstandardiserade tal.



Områdestyp: 1 – Mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 – Stora socioekonomiska utmaningar, 3 – Socioekonomiskt blandade områden, 4 – Goda socioekonomiska förutsättningar, 5 – Mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

Som också redovisades i kapitlet *Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade och behandlade i öppen specialiserad vård samt slutenvård*, är det också vanligare bland personer från områden med goda socioekonomiska förutsättningar att besöka läkare i den specialiserade öppenvården för cancersjukdomar, medan vårdtiden är längre för patienter från områden med sämre socioekonomi.

## Insjuknande och dödlighet varierar mellan olika cancerformer

I analysverktyget för Cancer i Sverige redovisas insjuknande och dödligheten för 20 cancerformer, inklusive barncancer och sällsynt cancer, samt för all cancer exklusive icke-melanom hudcancer.<sup>20</sup> En förteckning över ingående cancerformer finns i Bilaga 4. Särskild tonvikt läggs på socioekonomiska och regionala skillnader, med möjlighet till indelning över ålder, sjukvårdsregion, boendelän, utbildningsnivå, socioekonomisk områdestyp och stadium vid diagnos. I temarapporten om insjuknande och dödlighet visas malignt melanom och lungcancer som exempel på cancerformer med olika socioekonomiska mönster i insjuknande [40]. Nedan visas malignt melanom från temarapporten inom ramen för Cancer i Sverige, medan insjuknande och dödlighet i lungcancer, bröstcancer och prostatacancer och ett par andra cancerformer visas från den officiella statistiken om nyupptäckta cancerfall 2023 [41]. Insjuknande och dödlighet för respektive cancerform från analysverktyget Cancer i Sverige har sammanställts i Bilaga 5.

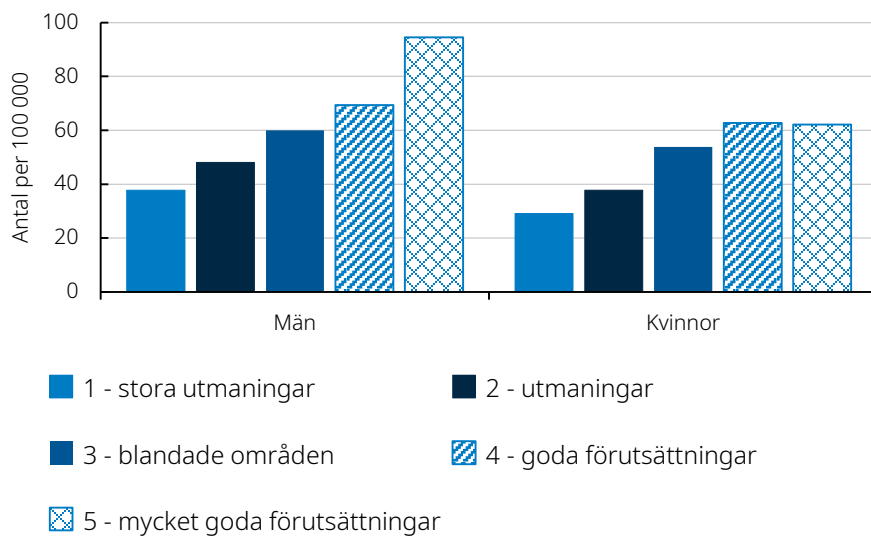
<sup>20</sup> [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS\\_insjuknande\\_dodlighet/](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_insjuknande_dodlighet/)

## Vanligare att diagnosticeras med malignt melanom i områden med goda socioekonomiska förutsättningar

Malignt melanom var mer än dubbelt så vanligt i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar jämfört med områden med stora utmaningar, både bland män och kvinnor. Insjuknandet var lägre bland kvinnor än bland män i samtliga områdestyper (Figur 122) [40].

### Figur 122. Malignt melanom, insjuknande per socioekonomisk områdestyp år 2023, män och kvinnor

Åldersstandardiserade värden baserade på Sveriges befolkning år 2023.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen och Geografidatabasen, SCB, Områdestyper från Boverket

Dödligheten i malignt melanom var låg i samtliga områdestyper, mellan 4 och 8 personer per 100 000 invånare år 2023. Skillnaderna mellan områdestyperna var mindre för dödlighet än för insjuknande, dödligheten för melanom var alltså något högre i relation till insjuknande i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. Dödlighet i malignt melanom per områdestyp redovisas i analysverktyget<sup>21</sup> samt i bilaga 5 där statistik från analysverktyget sammanställts.

## Vanligare att diagnosticeras med prostatacancer och bröstcancer i områden med goda socioekonomiska förutsättningar

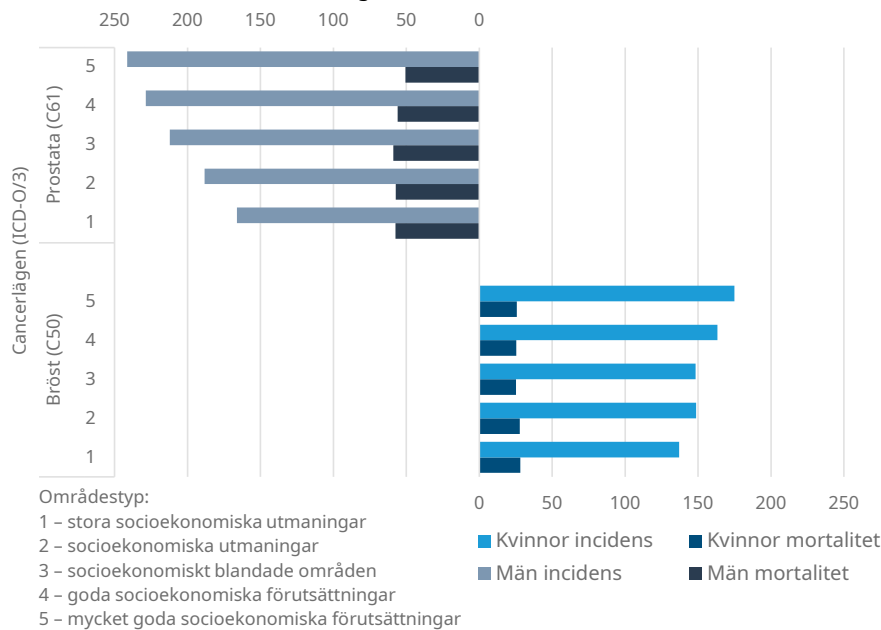
Incidensen för bröst- och prostatacancer är högst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, och lägst i områden med sämst socioekonomiska förutsättningar. Detta mönster kan dock inte ses för

<sup>21</sup> [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS\\_insjuknande\\_dodlighet/](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_insjuknande_dodlighet/)

dödligheten för dessa cancerformer som istället är relativt likartad oavsett områdets socioekonomi (Figur 123) [41].

### Figur 123. Insjuknande och dödlighet per områdestyp, 2017–2023

Prostata- och bröstcancer, antalet diagnostiserade samt avlidna per 100 000 invånare, åldersstandardiserat efter befolkningen år 2023.

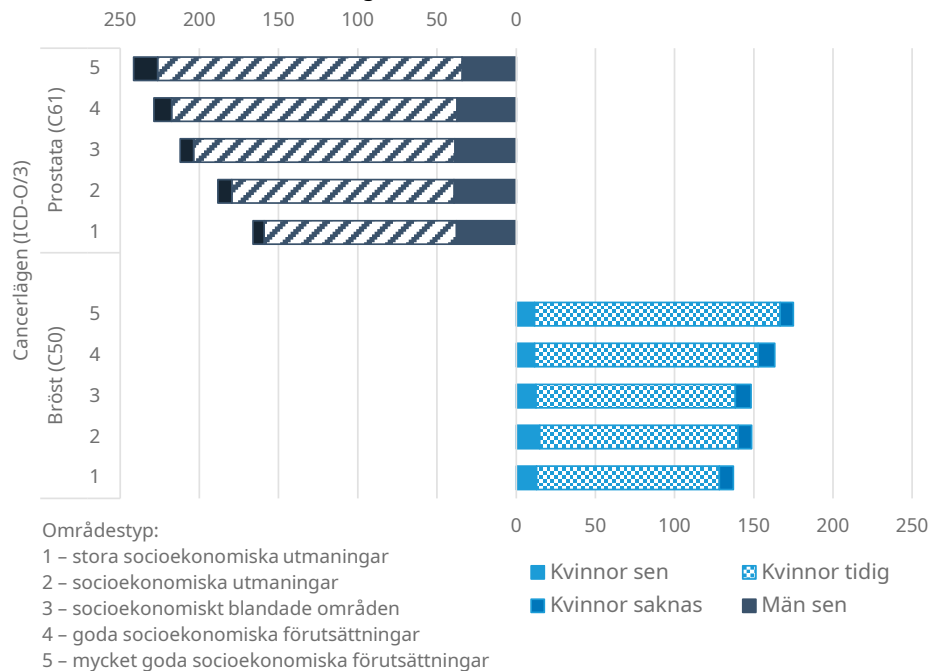


Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Insjuknandet per 100 000 i avancerade respektive tidiga stadium var likartad över alla områdestyper för både bröst- och prostatacancer. Andelen som insjuknar i avancerade stadier är dock högre i socioekonomiskt utsatta områden, eftersom den totala incidensen i dessa områden är lägre, oavsett cancerform (Figur 124).

**Figur 124. Insjuknande per stadium och områdestyp, 2017–2023**

Prostata- och bröstcancer, antalet diagnostiserade samt avlidna per 100 000 invånare, åldersstandardiserat efter befolkningen år 2023.



## Högre insjuknande och dödlighet i lungcancer i socioekonomiskt utsatta områden

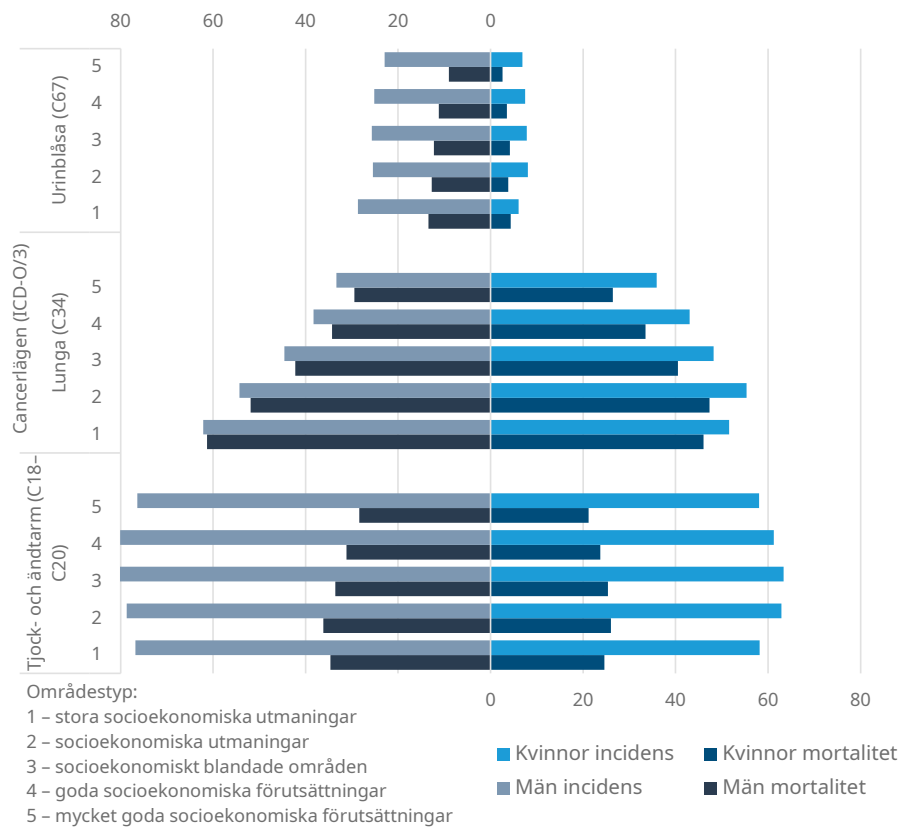
I områden med stora socioekonomiska utmaningar är dödligheten i lungcancer nästan dubbelt så hög jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar.<sup>22</sup> Bland kvinnor i områden med stora socioekonomiska utmaningar ses ett något avvikande mönster; insjuknandet i både urinblåsecancer och lungcancer, samt dödligheten i lungcancer, är något lägre jämfört med områden med socioekonomiska utmaningar.

För tjock- och ändtarmscancer ses ett bågformat mönster med högst insjuknande i områden med socioekonomiska utmaningar, socioekonomiskt blandade områden, och områden med goda socioekonomiska förutsättningar, bland både kvinnor och män (Figur 125). Dödligheten är högre ju större de socioekonomiska utmaningarna är, förutom för områden med stora socioekonomiska utmaningar, där dödligheten är något lägre än för områden med socioekonomiska utmaningar [41].

<sup>22</sup> Insjuknande och dödlighet i lungcancer redovisades också i temarapporten Cancer i Sverige – Insjuknande och dödlighet 1970–2023

**Figur 125. Insjuknande och dödlighet per områdestyp, 2017-2023**

Urinblåse-, lung- samt tjock- och ändtarmscancer, antalet diagnostiserade samt avlidna per 100 000 invånare, åldersstandardiserat efter befolkningen år 2023.

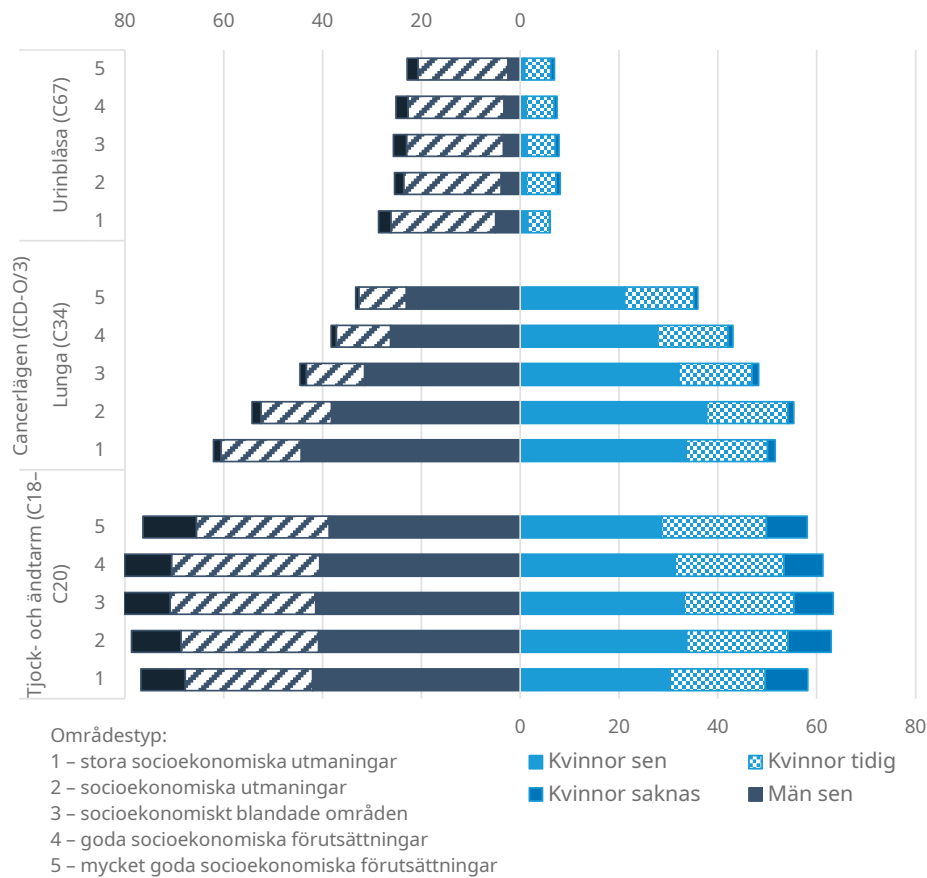


Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I områden med sämre socioekonomiska förutsättningar är det också vanligare att diagnosticeras med dessa cancerformer i ett avancerat stadium. Till exempel diagnosticerades 13 procent av kvinnorna med urinblåsecancer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar i ett sent stadium, jämfört med 25 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Motsvarande siffror bland män är 11 respektive 17 procent (Figur 126) [41].

**Figur 126. Insjuknande per stadium och områdestyp, 2017–2023**

Urinblåse-, lung- samt tjock- och ändtarmscancer, antalet diagnostiserade samt avlidna per 100 000 invånare, åldersstandardiserat efter befolkningen år 2023.



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Överlevnad

### Högre femårsöverlevnad i områden med goda socioekonomiska förutsättningar

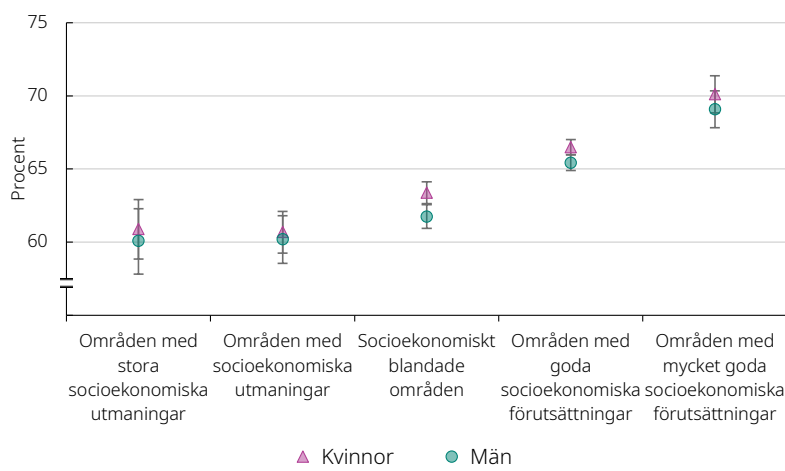
En högre dödlighet i cancersjukdomar är nära sammankopplat med en lägre överlevnad efter cancer. Relativ överlevnad beskriver överlevnaden hos personer med cancer i procent av den förväntade överlevnaden om de inte haft cancer.<sup>23</sup> Boende i områden med socioekonomiska utmaningar har lägre femårsöverlevnad 2019–2023 efter cancersjukdom (exklusive bröstcancer,

<sup>23</sup> I rapporten *Tillståndet och utvecklingen för hälso-, sjuk- och tandvård* från tidigare år har överlevnaden av misstag inkluderat annan hudcancer är malignt melanom, trots att den enligt definition ska exkluderas. Detta har lett till att överlevnaden i all cancer, utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom överskattats. I årets rapport är det även skillnader i vilka åldrar som inkluderas. Tidigare rapport inkluderade vuxna 30–89 år, men i nuvarande rapport inkluderas även yngre vuxna, 20–89 år. Siffrorna och metod baserar sig på Cancer i Sverige. Läs mer på Socialstyrelsens webbplats: <https://www.socialstyrelsen.se>

prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom), vilket gäller för både kvinnor och män (Figur 127). I figuren kan en socioekonomisk gradient observeras, med högre överlevnad ju bättre socioekonomi. Boende i områden med mycket god socioekonomi hade högst överlevnad. Troliga orsaker bakom dessa skillnader är olika fördelning av cancerformer, stadium vid diagnos och allmänhälsa. Till exempel är lungcancer vanligare i områden med socioekonomiska utmaningar på grund av en högre andel rökare [29].

### Figur 127. Femårsöverlevnad cancer 2019–2023 uppdelat på områdestyp

Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



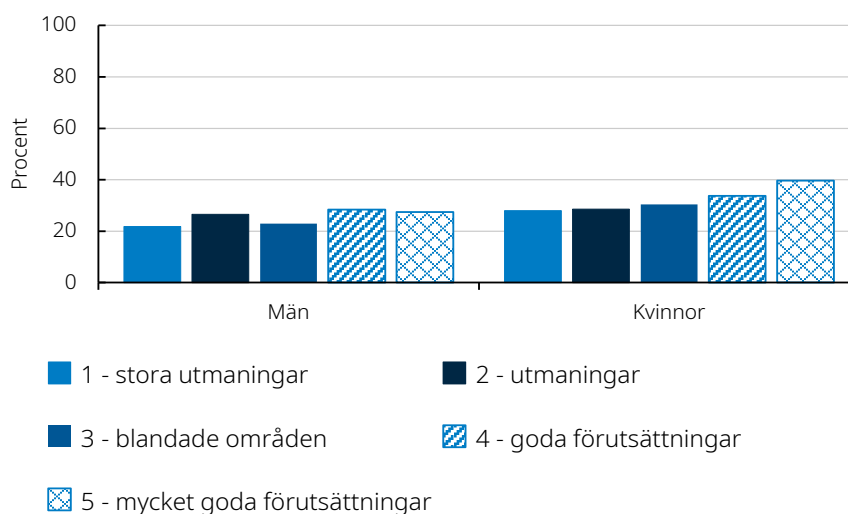
Källa: Socialstyrelsen, SCB, Boverket.

## Lägre överlevnad i lungcancer, bukspottkörtelcancer och myelom i områden med sämre socioekonomi

Kvinnors femårsöverlevnad i lungcancer skiljer sig åt mellan de socioekonomiska områdestyper där patienterna är bosatta. Skillnaden i femårsöverlevnad mellan kvinnor som bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar och kvinnor som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar är 12 procentenheter (Figur 128). Bland kvinnor som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar är den 28 procent och bland kvinnor som bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar är den 40 procent. Bland män med lungcancer finns ingen tydlig överlevnadsskillnad relaterad till överlevnad och socioekonomi [42].

**Figur 128. Lungcancer, relativ femårsöverlevnad per socioekonomisk områdestyp 2019–2023, män och kvinnor 20–89 år**

Åldersstandardiserade värden baserade på diagnosår 2019–2023.

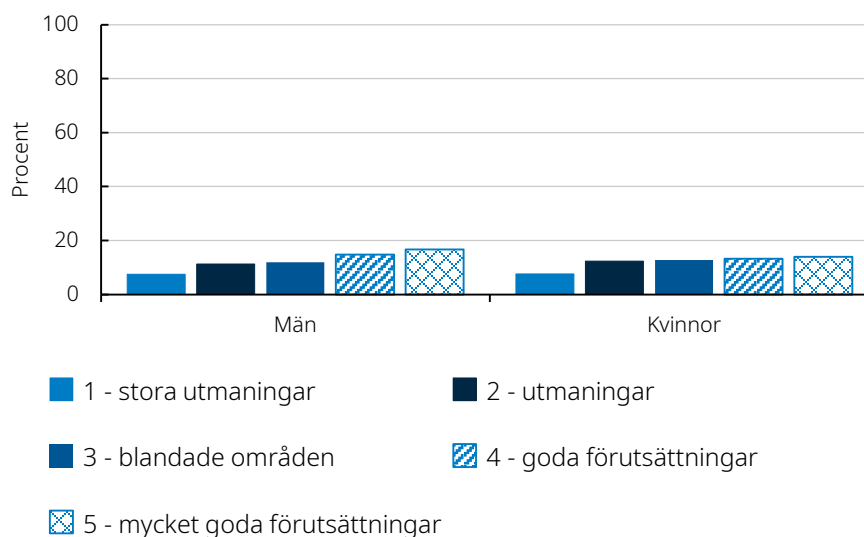


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen och Geografidatabasen, SCB, Områdestyper från Boverket

Den relativa femårsöverlevnaden i bukspottkörtelcancer var lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, 8 procent bland både män och kvinnor. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var femårsöverlevnaden 17 procent bland män och 14 procent bland kvinnor (Figur 129) [42].

**Figur 129. Bukspottkörtelcancer, relativ femårsöverlevnad per socioekonomisk områdestyp 2019–2023, män och kvinnor 20–89 år**

Åldersstandardiserade värden baserade på diagnosår 2019–2023.

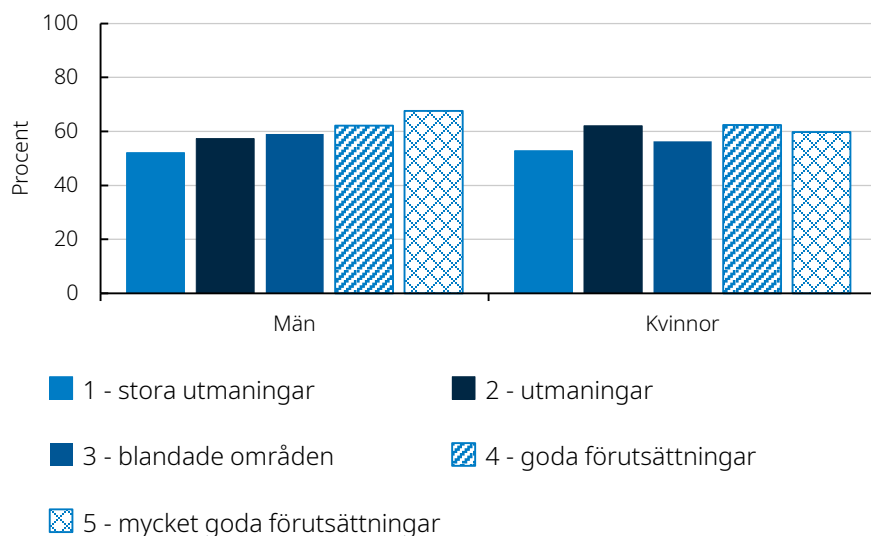


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen och Geografidatabasen, SCB, Områdestyper från Boverket

För myelom syns ett tydligt samband mellan socioekonomisk områdestyp och överlevnad bland män, där femårsöverlevnaden var 52 procent i områden med stora utmaningar och 68 procent i områden med mycket goda förutsättningar. Bland kvinnor var femårsöverlevnaden 53 procent i områden med stora utmaningar och 62 procent i områden med goda förutsättningar (Figur 130) [42].

**Figur 130. Myelom, relativ femårsöverlevnad per socioekonomisk områdestyp 2019–2023, män och kvinnor 20–89 år**

Åldersstandardiserade värden baserade på diagnosår 2019–2023.

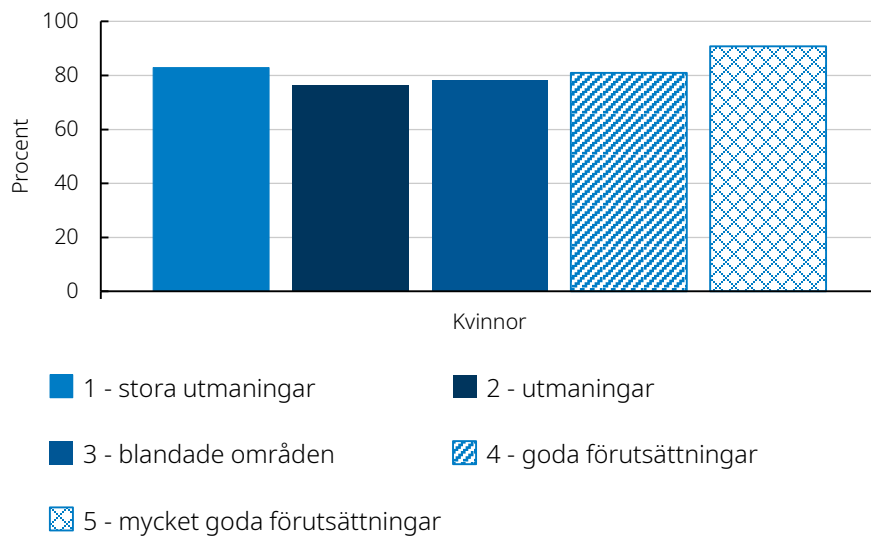


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen och Geografidatabasen, SCB, Områdestyper från Boverket

## Högre överlevnad i livmoderhalscancer i områden med bättre socioekonomi

Överlevnaden i livmoderhalscancer skiljer sig mellan olika socioekonomiska områden, med generellt bättre överlevnad ju bättre de socioekonomiska förutsättningarna är (Figur 131). Den relativa överlevnaden var 2019–2023 högst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (91 %), och lägst i områden med socioekonomiska utmaningar (77 %). I områden med stora socioekonomiska utmaningar var femårsöverlevnaden 83 procent [42].

**Figur 131. Livmoderhalscancer, relativ femårsöverlevnad per socioekonomisk områdestyp 2019–2023, kvinnor 20–89 år**



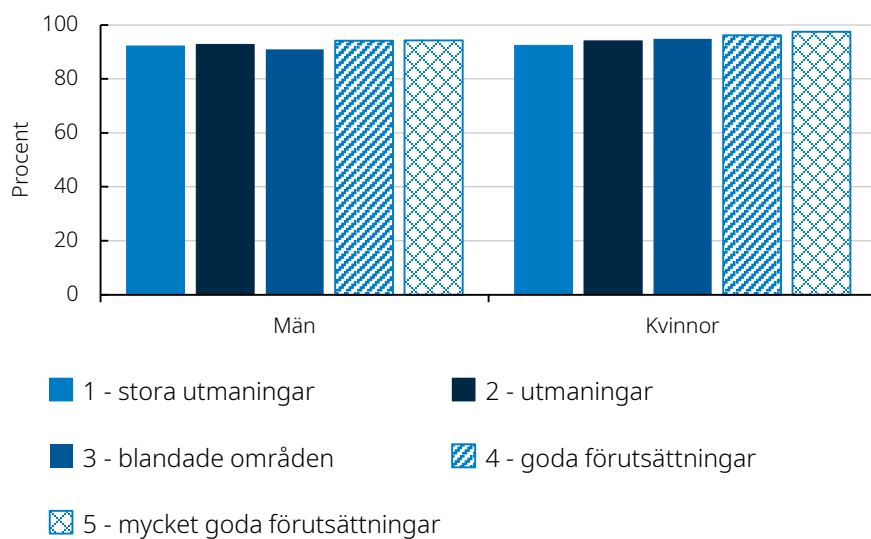
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen och Geografidatabasen, SCB, Områdestyper från Boverket

## Hög överlevnad i malignt melanom i alla områdestyper

Maligt melanom är vanligare i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Femårsöverlevnaden var över 90 procent i alla områdestyper, med ganska små skillnader (Figur 132). Bland män var överlevnaden 91 procent i socioekonomiskt blandade områden och 94 procent i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland kvinnor var överlevnaden 93 procent i områden med stora utmaningar och 97 procent i områden med mycket goda förutsättningar. De små skillnader som syns ligger inom den statistiska felmarginalen och kan därmed bero på slumpmässig variation [42]. I analysverktyget finns den statistiska osäkerheten beskriven som 95 % konfidensintervall, samt i Bilaga 6 där statistik från analysverktyget sammanställts.

**Figur 132. Malignt melanom, relativ femårsöverlevnad per socioekonomisk områdestyp 2019–2023, män och kvinnor 20–89 år**

Åldersstandardiserade värden baserade på diagnosår 2019–2023.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen, Registret över totalbefolkningen och Geografidatabasen, SCB, Områdestyper från Boverket

I Bilaga 6 har statistik över femårsöverlevnad sammanställts för de cancerformer som redovisas i analysverktyget för Cancer i Sverige.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/cis\\_start/?expand\\_filters=0](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/cis_start/?expand_filters=0)

# Förskrivning och expediering av läkemedel

## Resultaten i korthet

- Uttag av antidepressiva läkemedel har ökat över tid, i alla områdestyper och bland både kvinnor och män. Bland män har uttagen kontinuerligt varit lägst i områden med mycket god socioekonomi, medan uttagen bland kvinnor gått från att ha varit lägst i dessa områden till att idag vara något lägre i områden med stora socioekonomiska utmaningar.
- Bland unga är det betydligt vanligare att hämta ut antidepressiva läkemedel i områden med mycket god socioekonomi, och andelen unga som hämtar ut denna typ av läkemedel har ökat mest i dessa områden. Bland äldre är antidepressiva läkemedel vanligare i områden med sämre socioekonomi.
- Uttag av antibiotika förskrivna i öppenvården är något högre i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, men för alla åldrar sammantaget är skillnaderna mellan områdena små. Däremot syns tydliga skillnader bland unga. Antibiotikaförskrivning av tandläkare är betydligt högre i områden med socioekonomiska utmaningar, alla åldrar sammantagna.
- Det är betydligt vanligare bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar att hämta ut smärtstillande läkemedel på recept. Blodfettsänkande, blodförtunnande och blodtryckssänkande läkemedel är generellt sett också vanligare i områden med sämre socioekonomi, framför allt i äldre åldersgrupper.

## Antidepressiva läkemedel

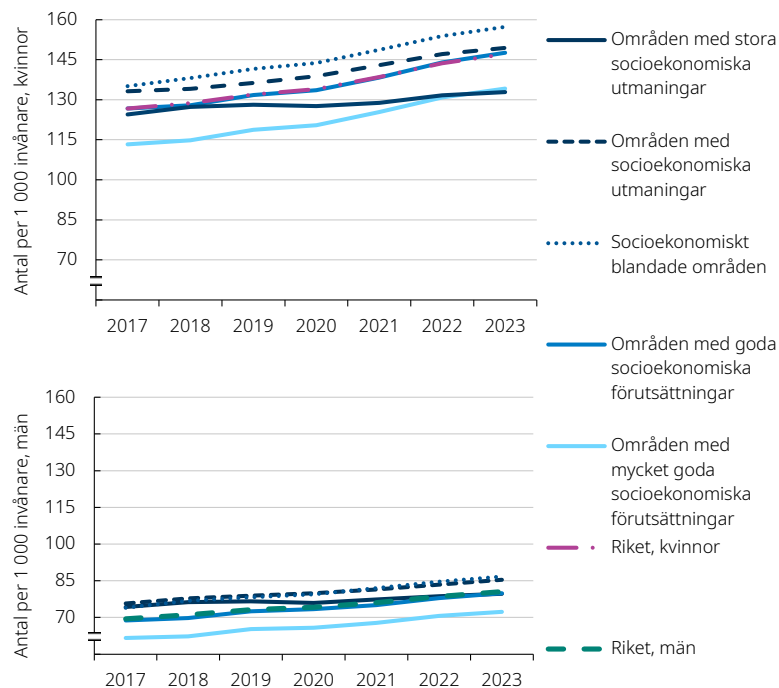
### Uttag av antidepressiva läkemedel har ökat i alla områdestyper

Uttag av antidepressiva läkemedel är högre bland kvinnor än bland män. Antalet uthämtade recept för antidepressiva läkemedel har ökat i samtliga områdestyper, framför allt bland kvinnor, men ökningen har generellt varit mer begränsad i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i övriga områden. Under 2023 var uttagen bland kvinnor lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, till skillnad från tidigare år då uttagen varit lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland män

återfinns lägst antal uthämtade recept under samtliga år i mätserien i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 133) [29].

### Figur 133. Uttag av antidepressiva läkemedel 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp

Antal uthämtade antidepressiva läkemedel per 1000 invånare.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

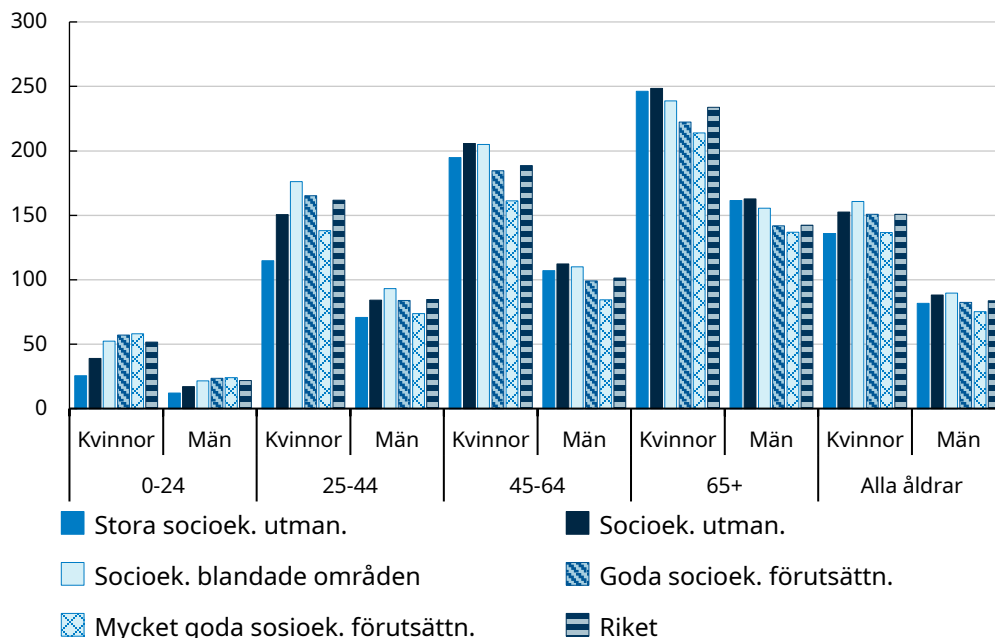
## Färre uttag av antidepressiva läkemedel bland barn och unga i områden med socioekonomiska utmaningar

Uttag av antidepressiva läkemedel var vanligast bland kvinnor 45–64 år och 65 år och äldre (Figur 134). I dessa grupper hämtade drygt 19 respektive 23 procent ut antidepressiva läkemedel under året. Bland männen var det också vanligast i åldersgruppen 65 år och äldre, i vilken 14 procent hämtade ut läkemedel. I åldrar yngre än 25 år, för både kvinnor och män, hämtade 5 respektive 2 procent ut antidepressiva läkemedel. Uthämtningen av antidepressiva läkemedel bland personer 0–24 år följer ett tydligt mönster med gradvis högre läkemedelsuthämtning i områden med bättre förutsättningar, oavsett kön. I områden med mycket god socioekonomi är det två gånger fler som hämtar ut denna typ av läkemedel jämfört med områden med stora socioekonomiska utmaningar. Så stora skillnader mellan områdestyperna har inte observerats i någon annan åldersgrupp. I åldersgruppen 65 år och äldre kan man dock se ett omvänt samband, med flest personer som hämtade ut antidepressiva läkemedel i områden med sämre socioekonomiska

förutsättningar. Dock är de observerade skillnaderna mellan områdestyperna relativt små [43].

**Figur 134. Antidepressiva läkemedel fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)

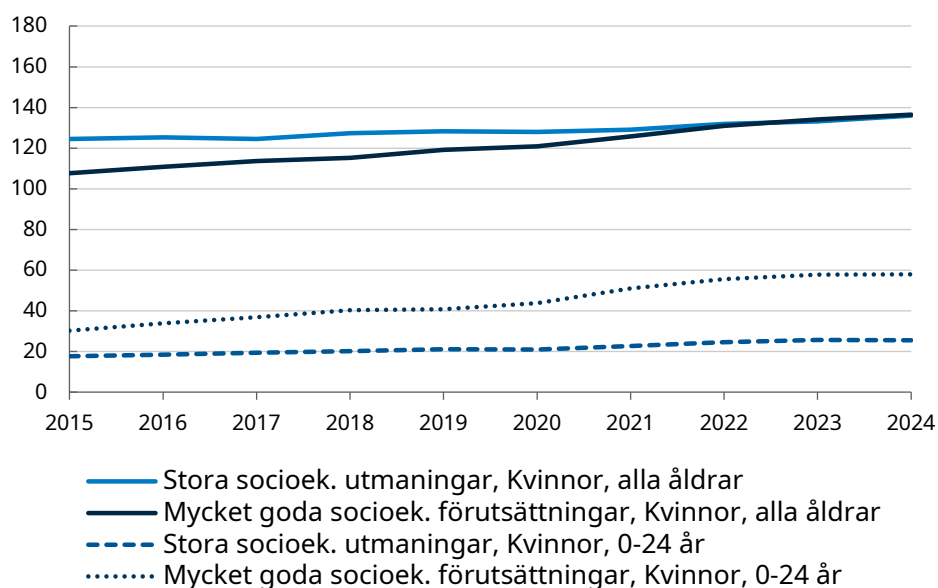


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Sedan 2015 har andelen personer som hämtar ut antidepressiva läkemedel ökat som mest bland kvinnor 0–24 år, 79 procent. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar motsvarar ökningen i denna åldersgrupp 91 procent, jämfört med 44 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Över tid kan observeras att skillnaderna mellan områden med stora socioekonomiska utmaningar respektive mycket goda socioekonomiska förutsättningar har minskat, om man ser till alla åldrar, och nu ligger på ungefär samma nivå. Det motsatta kan observeras för kvinnor 0–24 år, där skillnaderna mellan områdestyperna i stället har blivit större över tid (Figur 135) [43].

**Figur 135. Antidepressiva läkemedel bland kvinnor, alla åldrar samt 0-24 år, områdestyp 1 och 5, 2015-2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)

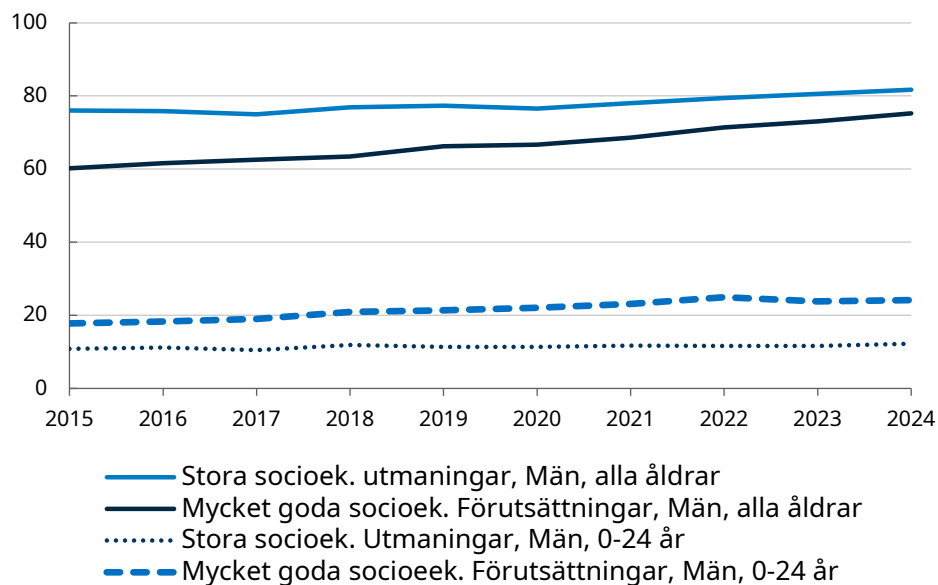


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Under tidsperioden ökade också andelen män som hämtade ut antidepressiva läkemedel (Figur 136). Ökningen var ungefär 22 procent – från 67 till 84 personer per 1 000 invånare. Ökningen var störst i områden med mycket god socioekonomi, 25 procent, och minst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, 8 procent. Sedan 2015 har det varit vanligare att män hämtar ut antidepressiva läkemedel i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, men den större ökningen i områden med mycket god socioekonomi har medfört att skillnaderna mellan områden har minskat över tid. Precis som för kvinnor kan störst relativ ökning ses i åldersgruppen 0-24 år i områden med mycket god socioekonomi, dock i mindre omfattning. I denna åldersgrupp har andelen personer som hämtat ut läkemedel ökat med 36 respektive 13 procent i områden med bättre respektive sämre socioekonomiska förutsättningar [43].

**Figur 136. Antidepressiva läkemedel bland män, alla åldrar samt 0–24 år, områdestyp 1 och 5, 2015–2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)

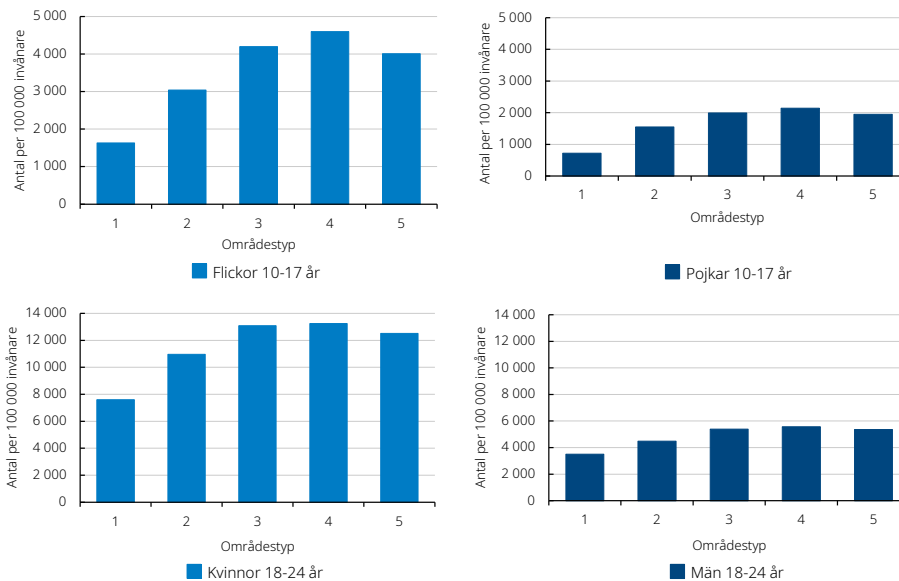


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

Andelen barn 10–17 år och unga vuxna 18–24 år som hade uttag av något antidepressivt läkemedel har ökat sedan år 2010. Andelen totalt bland pojkar och flickor som hade uttag av något antidepressivt läkemedel under 2023 var två respektive fyra procent (Figur 137). Bland unga män och kvinnor var motsvarande andelar fem respektive 13 procent. Områden med socioekonomiska utmaningar, det vill säga områdestyp 1 och 2, hade en låg förekomst av uttag av antidepressiva läkemedel i jämförelse med de övriga områdestyperna. Särskilt områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar kännetecknades av en låg förekomst. Mönstret var lika oavsett kön och åldersgrupp [32].

### Figur 137. Andelen barn och unga vuxna som har uttag av antidepressiva läkemedel i olika socioekonomiska områdestyper

Andel barn (överst) och unga vuxna (underst) med uttag av antidepressiva läkemedel 2022 per områdestyp. Andel (antal per 100 000) i befolkningen.



Källa: 1 - Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 - Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 - Socioekonomiskt blandade områden, 4 - Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 - Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

## Områdestyp har inte betydelse för sambandet mellan födelseland och användning av antidepressiva bland äldre

Användningen av antidepressiva läkemedel hos äldre är generellt lägre bland personer födda utanför Sverige och Norden. I en analys av betydelsen av olika hälsorelaterade och sociodemografiska faktorer för detta samband inkluderades bland annat socioekonomiska områdestyper. Resultaten visade att boendeområdets socioekonomiska förutsättningar inte tycks vara associerade med användningen av antidepressiva medel (ATC N06A exkl. N06AA) bland äldre, oavsett födelseland, och inte heller har någon betydelse för dess samband med födelseland (Tabell 8) [44].

**Tabell 8. Användning av antidepressiva medel och fördelning av områdestyp, hos personer 75 år och äldre i Sverige, uppdelat på födelseland**

Användning avses beräknad andel användare den 31 december 2021. Födelseland är indelat i fyra kategorier: Sverige (n=916 986), Norden utom Sverige (n=53 130), EU27 utom Norden (n=31 375) samt övriga världen (n=40 913). Den sista kolumnen visar sambandet med användningen av antidepressiva medel, analyserat med logistisk regression utan justering för andra faktorer.

|                             | Sverige | Norden | EU27 | Övriga världen | Samband OR (95% CI) |
|-----------------------------|---------|--------|------|----------------|---------------------|
| Andel med antidepressiva, % | 13,3    | 12,3   | 11,2 | 10,3           |                     |
| Områdestyp, %               |         |        |      |                |                     |
| 1                           | 6,0     | 6,0    | 6,0  | 5,9            | ref                 |
| 2                           | 8,5     | 8,7    | 8,6  | 8,5            | 1,00 (0,97–1,04)    |
| 3                           | 22,1    | 22,0   | 22,1 | 22,4           | 1,01 (0,98–1,04)    |
| 4                           | 53,4    | 53,4   | 53,5 | 53,4           | 1,00 (0,98–1,03)    |
| 5                           | 10,0    | 9,9    | 9,7  | 9,7            | 0,99 (0,96–1,02)    |

Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister; Registret över totalbefolkningen (SCB).

Se kapitlet *Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade och behandlade i specialiserad öppenvård samt slutenvård* för statistik rörande psykisk ohälsa.

## Antibiotika

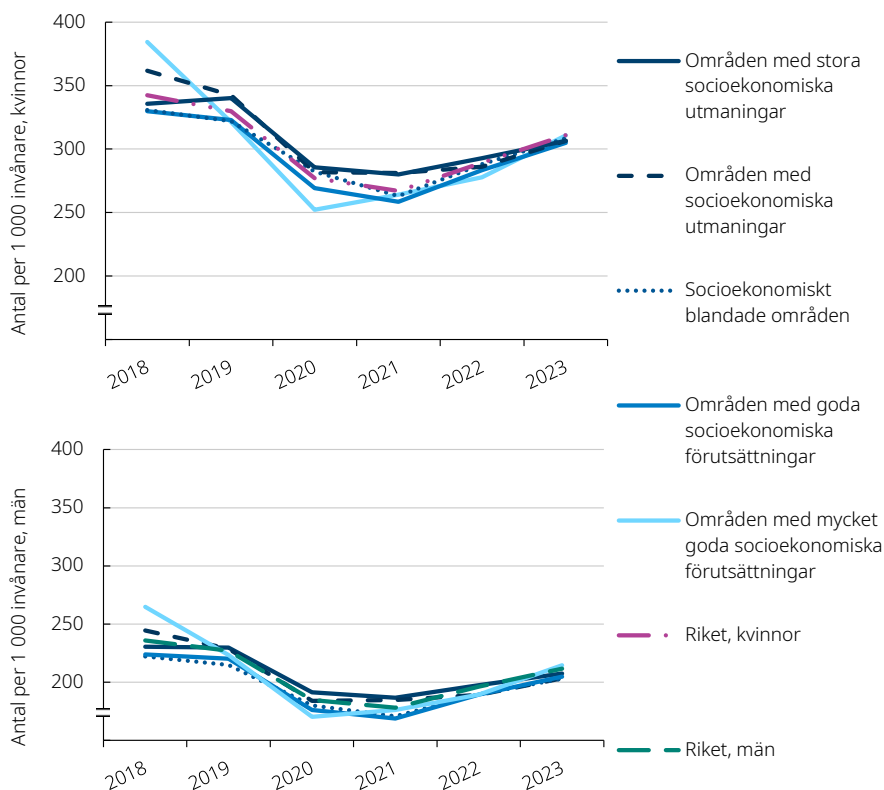
### Små socioekonomiska skillnader i antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna i öppenvården

Användandet av antibiotika i form av antalet uthämtade antibiotikarecept, har minskat över tid i Sverige. Minskningen är tydlig oavsett bostadsområdets socioekonomiska förutsättningar (Figur 138). Det finns en viss skillnad mellan områden med olika socioekonomisk status, men skillnaderna är små.

Skillnaderna har också minskat över tid, särskilt bland kvinnor. För båda könen gäller att högst förekomst av antibiotikabehandling per 1000 invånare finns i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar [29].

### Figur 138. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård 2018–2023, uppdelat på kön och områdestyp

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

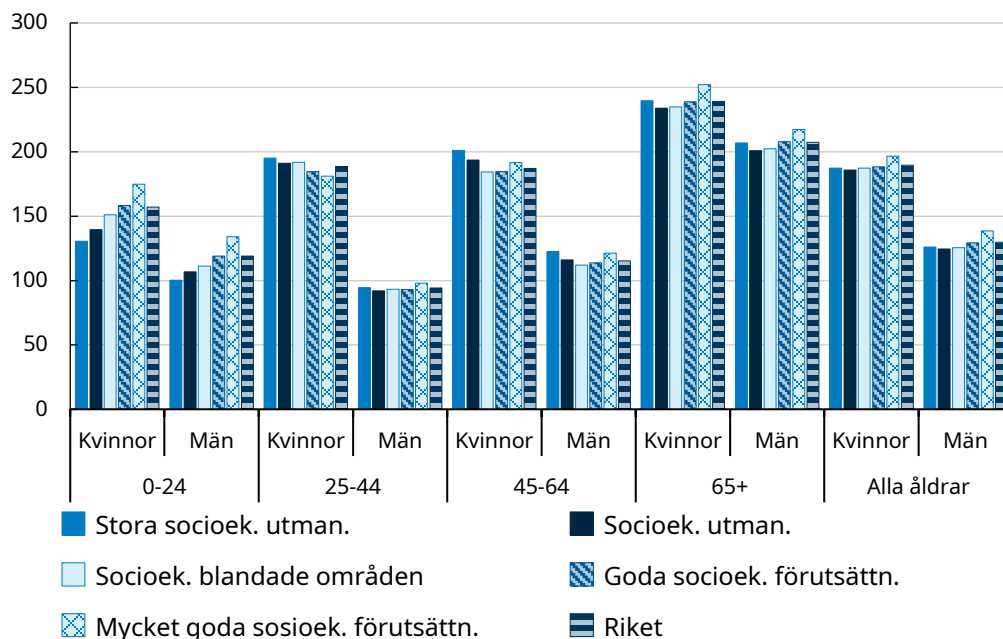
## Antibiotikauttag varierar mellan olika åldersgrupper

År 2024 hämtade 19 respektive 13 procent av kvinnorna respektive männen ut antibiotika, vilket motsvarar ungefär 50 procent fler kvinnor. Könsskillnaderna ses tydligast i åldersgruppen 25–44 år, i vilken dubbelt så många kvinnor som män hämtade ut antibiotika under året (19 respektive 9 procent).

Könsskillnaderna var minst i åldersgruppen 65 år och äldre. En socioekonomisk gradient observeras i den yngsta åldersgruppen, 0–24 år, med minst antal personer som hämtar ut antibiotika i områden med socioekonomiska utmaningar och flest i områden med mycket god socioekonomi. I områden med socioekonomiska utmaningar hämtade 13 procent av kvinnorna och 10 procent av männen ut antibiotika, medan motsvarande andelar var ungefär 17 respektive 13 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland män och kvinnor 45–64 och 65 år och äldre tenderade uthämtningen i stället att följa ett mer U-format förhållande, med något fler personer i områden med både sämre och bättre socioekonomiska förutsättningar (Figur 139) [43].

**Figur 139. Antibiotika fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

Över tid har andelen personer som hämtat ut antibiotika minskat bland både kvinnor och män, i alla åldersgrupper och oavsett områdestyp (Tabell 9). Under den senaste tioårsperioden har andelen minskat som mest bland män (18 procent, jämfört med 14 procent bland kvinnor), och framför allt bland män 25–44 år och 45–64 år (21 respektive 22 procent). Sett till områdestyp har det minskat som mest i områden med stora socioekonomiska utmaningar och som minst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Absolut tydligast är skillnaderna mellan områdestyperna bland unga, där minskningen var 32 respektive 28 procent bland män och kvinnor 0–24 år boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var motsvarande minskning runt 8 procent för kvinnor och 9 procent för män [43].

**Tabell 9. Procentuell förändring i antal personer som har hämtat ut antibiotika per 1 000 invånare, mellan åren 2015 och 2024, fördelat på kön, ålder och socioekonomisk områdestyp**

| <b>Kvinnor</b>                              | <b>Alla åldrar</b> | <b>0-24</b> | <b>25-44</b> | <b>45-64</b> | <b>65+</b> |
|---|--------------------|-------------|--------------|--------------|------------|
| Stora socioekonomiska utmaningar            | -21                | -28         | -20          | -21          | -17        |
| Socioekonomiska utmaningar                  | -18                | -22         | -15          | -17          | -18        |
| Socioekonomisk blandade områden             | -13                | -14         | -9           | -14          | -14        |
| Goda socioekonomiska förutsättningar        | -13                | -12         | -11          | -15          | -15        |
| Mycket goda socioekonomiska förutsättningar | -13                | -8          | -11          | -16          | -15        |
| Riket                                       | -14                | -14         | -12          | -15          | -15        |
| <b>Män</b>                                  |                    |             |              |              |            |
| Stora socioekonomiska utmaningar            | -25                | -31         | -27          | -27          | -17        |
| Socioekonomiska utmaningar                  | -23                | -24         | -24          | -25          | -18        |
| Socioekonomisk blandade områden             | -17                | -15         | -20          | -21          | -15        |
| Goda socioekonomiska förutsättningar        | -17                | -12         | -19          | -21          | -16        |
| Mycket goda socioekonomiska förutsättningar | -16                | -9          | -16          | -23          | -17        |
| Riket                                       | -18                | -15         | -20          | -22          | -16        |

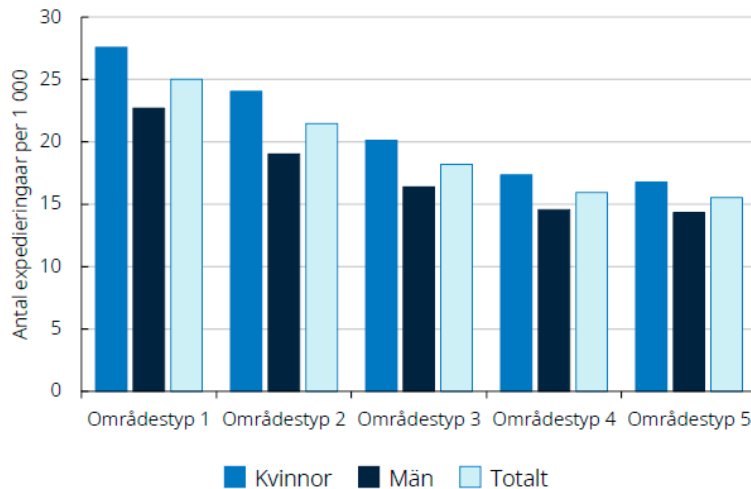
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

## Antibiotika förskrivna av tandläkare högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Antibiotikaförskrivning av tandläkare är högre i områden med socioekonomiska utmaningar (Figur 140). I områden med stora socioekonomiska utmaningar sker 25 förskrivningar per 1 000 invånare vilket kan jämföras med 15,5 expedieringar i områden med mycket goda förutsättningar. Kvinnor har genomgående fler expedieringar av antibiotika än män [20].

**Figur 140. Förskrivning av antibiotika av tandläkare 2023**

Antal expedieringar per 1 000 invånare. Per REGSO-område och kön

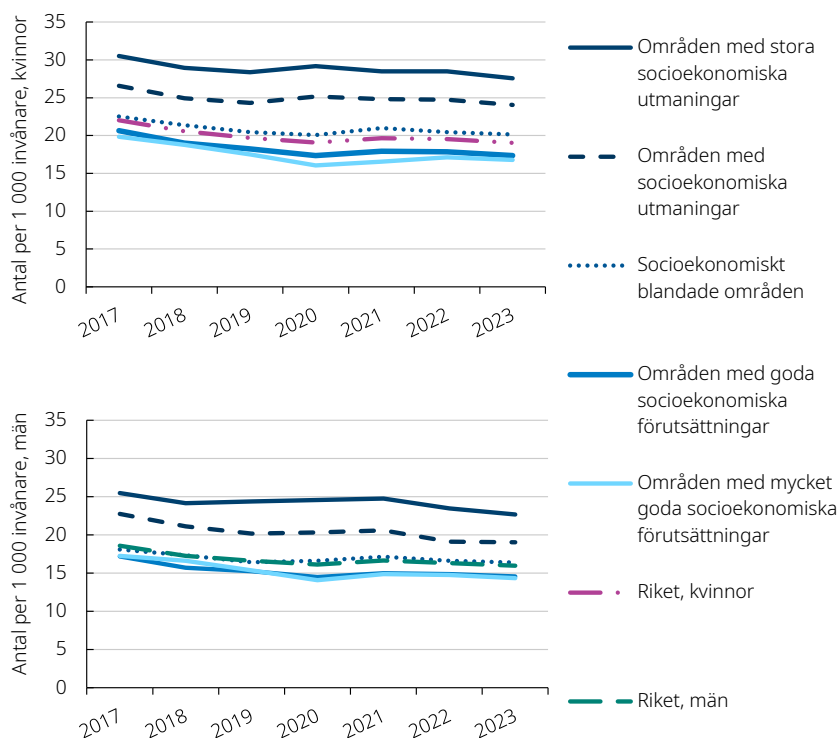


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Sedan 2017 har förskrivningarna minskat något, oavsett områdestyp, men de socioekonomiska skillnaderna är fortsatt stora (Figur 141). Antibiotika förskrivna av tandläkare följer inte samma mönster för socioekonomiska förhållanden som antibiotikaförskrivning generellt. Det kan förklaras av att personer med socioekonomisk utsatthet oftare väljer att avstå tandvård trots behov. Den tandvård som man i stället efterfrågar blir akuta besök där sjukdomen har kunnat gå längre och orsakat symtom i form av värk eller svullnad. Antibiotikaförskrivning kan då bli aktuellt om det också finns tecken på spridning av infektionen till övriga kroppen [29].

### Figur 141. Tandläkares förskrivning av antibiotika, fördelat efter områdestyp

Antal uthämtade recept per 1 000 invånare.



Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Se statistik om tandvårdsbehandling och utfall av behandling i kapitlet *Tandvård och munhälsa*.

## Smärtstillande läkemedel

### Vanligare med smärtstillande läkemedel i områden med stora socioekonomiska utmaningar

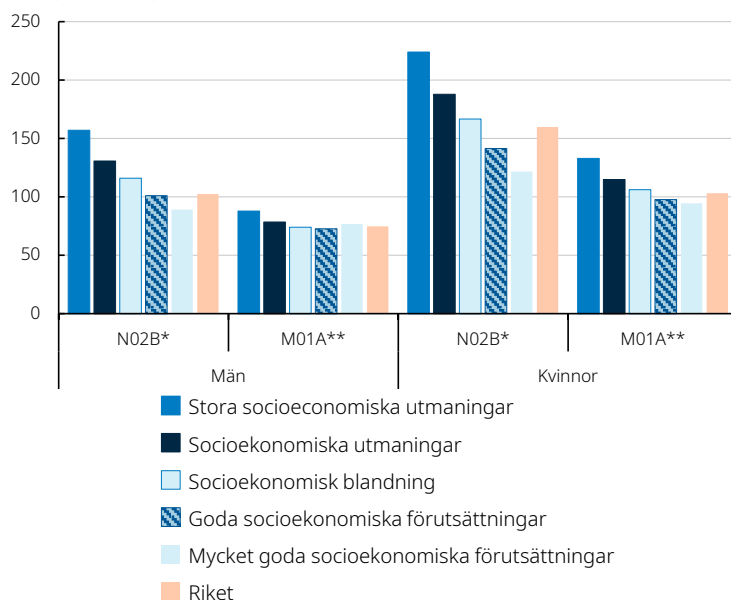
Smärtstillande medel (med ATC-kod N02B eller M01A) som hämtas ut på recept förskrivs oftast vid långvariga smärttillstånd.<sup>25</sup> År 2024 hämtade 23 procent av befolkningen i områden med stora socioekonomiska utmaningar ut smärtstillande medel, jämfört med 15 procent av personer som bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (Figur 142). I samtliga områden var det fler kvinnor än män som hämtade ut denna typ av läkemedel. Skillnaden mellan könen var störst i områden med stora socioekonomiska

<sup>25</sup> Läkemedelsgruppen ”smärtstillande medel” innehåller läkemedel som även används på andra indikationer än smärttillstånd. T.ex. inom N02B finns läkemedel som även används mot epilepsi.

utmaningar, där 27 procent av kvinnorna hämtade ut denna typ av medicin, jämfört med 20 procent av männen [45].

**Figur 142. Smärtstillande läkemedel 2024, uppdelat på kön och områdestyp**

Antal patienter per 1000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Smärtstillande medel som läkemedelsgrupp innehåller vissa läkemedel som även kan köpas receptfritt. \*N02B: Övriga analgetika och antipyretika. \*\*M01A: Antiinflammatoriska och antireumatiska medel, icke-steroida.

Förskrivningen av smärtstillande medel i *gruppen övriga analgetika och antipyretika* (ATC-kod N02B, t.ex. paracetamol) följde ett tydligt mönster med gradvis lägre läkemedelsförskrivningen i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Skillnaderna var störst bland kvinnor, där 22 procent av de som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar hämtade ut denna typ av smärtstillande läkemedel, jämfört med 12 procent av de som bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Motsvarande siffror för män var 16 respektive 9 procent.

För *gruppen antiinflammatoriska och antireumatiska medel* (ATC-kod M01A, exempelvis ibuprofen) var bilden liknande bland kvinnor, men mindre uttalad jämfört med den för *övriga analgetika och antipyretika*. I områden med stora socioekonomiska utmaningar fick 13 procent av kvinnorna denna typ av smärtstillande läkemedel på recept, jämfört med 9 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland män sågs inga större skillnader mellan områdena [45].

## Uttag av smärtstillande läkemedel varierar mellan åldersgrupper

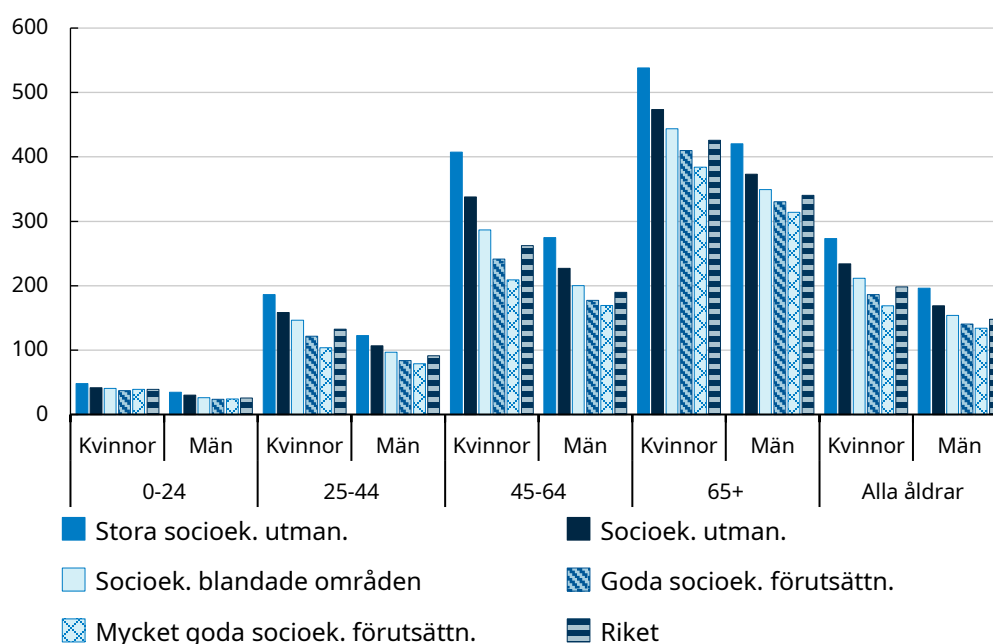
Könsskillnaden var som störst bland unga 0–24 år (52 procent) och som minst bland personer 65 år och äldre (cirka 25 procent). I åldersgruppen 65 år och

äldre var det vanligast att hämta ut dessa läkemedel, där 43 procent respektive 34 procent för kvinnor respektive män hämtade ut smärtstillande läkemedel.

En tydlig socioekonomisk gradient kan observeras i alla åldersgrupper, med fler som hämtar ut denna typ av läkemedel i områden med socioekonomiska utmaningar (Figur 143). Framför allt är skillnaderna mellan områdestyperna stora bland kvinnor 25–44 och 45–64 år, där nästan dubbelt så många hämtade ut smärtstillande läkemedel. Skillnaderna är tydliga även bland män i dessa åldersgrupper, om än inte riktigt lika stora som bland kvinnor [43].

**Figur 143. Smärtstillande läkemedel fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Mellan 2015–2024 har andelen personer som hämtar ut smärtstillande läkemedel legat relativt stabilt med minskningar om ungefär 6 procent under hela perioden. Minskningarna har varit likartade oavsett områdestyp, med variationer på mellan 4 och 7 procent (Tabell 10). Dock ser utvecklingen över tid något olika ut i olika åldersgrupper. I åldrarna 25–44 år minskade det med 16 procent för kvinnor och 19 procent för män, med störst minskningar i områden med socioekonomiska utmaningar (21 respektive 23 procent för kvinnor respektive män) jämfört med områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (16 respektive 14 procent). Bland personer 65 år och äldre i områden med stora socioekonomiska utmaningar ökade däremot uthämtningen något under samma period [43].

**Tabell 10. Procentuell förändring i antal personer som har hämtat ut smärtstillande läkemedel per 1 000 invånare, mellan åren 2015 och 2024, fördelat på kön, ålder och socioekonomisk områdestyp**

| Kvinnor                                     | Alla åldrar | 0-24       | 25-44      | 45-64     | 65+       |
|---|-------------|------------|------------|-----------|-----------|
| Stora socioekonomiska utmaningar            | -6          | -9         | -21        | -6        | 4         |
| Socioekonomiska utmaningar                  | -6          | -10        | -19        | -5        | 1         |
| Socioekonomisk blandade områden             | -4          | -11        | -14        | -3        | 1         |
| Goda socioekonomiska förutsättningar        | -6          | -12        | -15        | -6        | -2        |
| Mycket goda socioekonomiska förutsättningar | -6          | -6         | -16        | -7        | -2        |
| <b>Riket</b>                                | <b>-6</b>   | <b>-12</b> | <b>-16</b> | <b>-5</b> | <b>-1</b> |
| <b>Män</b>                                  |             |            |            |           |           |
| Stora socioekonomiska utmaningar            | -6          | -14        | -23        | -8        | 6         |
| Socioekonomiska utmaningar                  | -5          | -11        | -20        | -7        | 5         |
| Socioekonomisk blandade områden             | -6          | -11        | -19        | -6        | 1         |
| Goda socioekonomiska förutsättningar        | -7          | -10        | -20        | -9        | -1        |
| Mycket goda socioekonomiska förutsättningar | -5          | -6         | -14        | -8        | 0         |
| <b>Riket</b>                                | <b>-7</b>   | <b>-12</b> | <b>-19</b> | <b>-8</b> | <b>0</b>  |

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

Se också statistik över antalet läkarbesök och vårdtid för rörelseorganens sjukdomar i kapitlet *Vårdtillfällen och sjukdomar diagnosticerade och behandlade i specialiserad öppenvård samt slutenvård*.

## Andra läkemedel

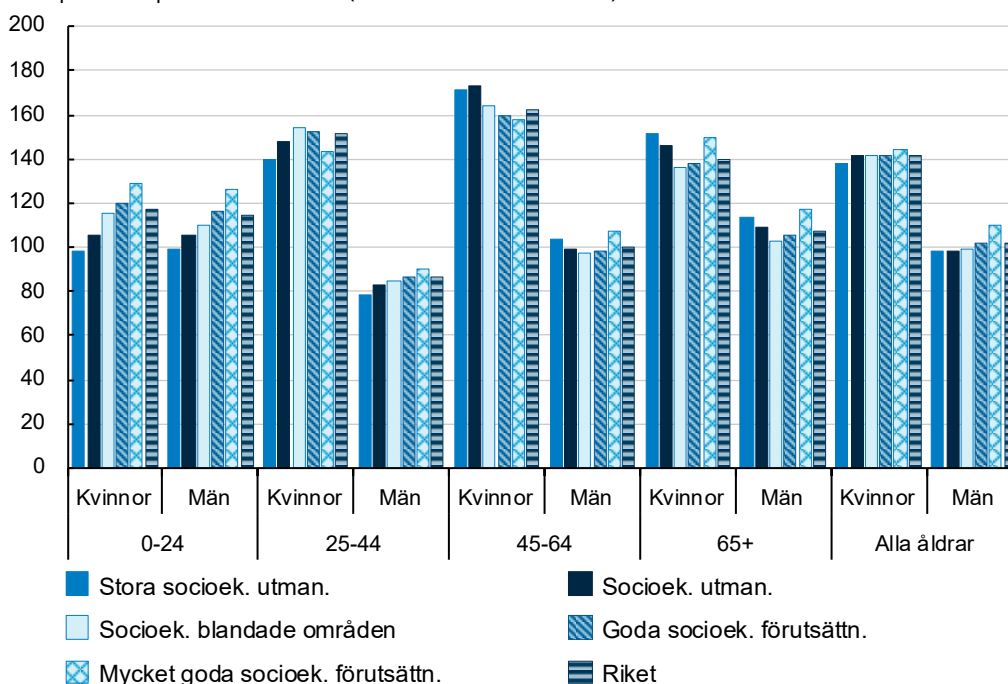
### Allergiläkemedel

Under år 2024 var det vanligare bland kvinnor än män att hämta ut receptbelagda allergiläkemedel, 14 respektive 10 procent (142 respektive 102 per 1 000 invånare), med undantag för personer 0–24 år där det var ungefär lika

vanligt oavsett kön (Figur 144). I denna åldersgrupp kan också en tydlig socioekonomisk gradient observeras, där flest personer boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 5) hämtar ut allergiläkemedel och minst antal personer i områden med stora socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1). I äldre åldersgrupper, framför allt 65 år och äldre, kan däremot ett U-format mönster observeras med flest personer som hämtar ut läkemedlen i både områden med störst socioekonomiska utmaningar och mycket goda socioekonomiska förutsättningar [43].

**Figur 144. Allergiläkemedel fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



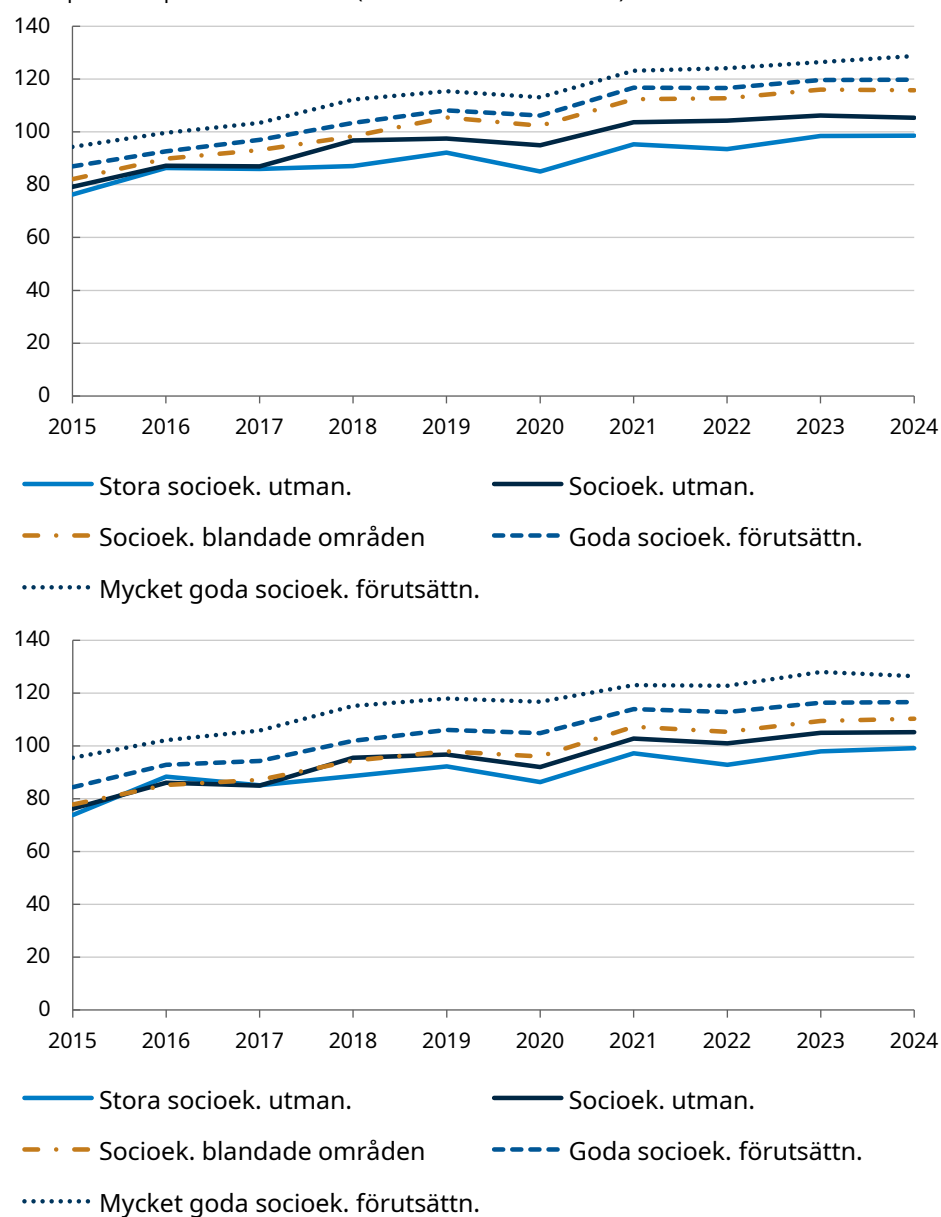
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Sedan år 2015 har uthämtningen av allergiläkemedel ökat i riket, oavsett kön och områdestyp. Andelen kvinnor som hämtar ut allergiläkemedel har ökat med ungefär 12 procent sedan början av tidsserien, med en variation på mellan 4 och 15 procent för de olika områdestyperna. Motsvarande siffror för män är 12 procent, med variationer på 4 och 16 procent. Störst ökning kan ses för områden med blandade socioekonomiska förutsättningar.

Sett till ålder kan observeras att ökningen av andelen personer som hämtar ut allergiläkemedel är störst i åldersgruppen 0–24 år. I denna åldersgrupp har andelen personer som hämtar ut allergiläkemedel ökat med 37 procent både för kvinnor och män. Även här är ökningen som störst i områden med blandade socioekonomiska förutsättningar. I övriga åldersgrupper ses mindre, eller inga ökningarna över tid (Figur 145) [43].

**Figur 145. Allergiläkemedel bland kvinnor (överst) och män (underst) 0–24 år, fördelat på områdestyp, 2015–2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

## Blodfettsänkande läkemedel

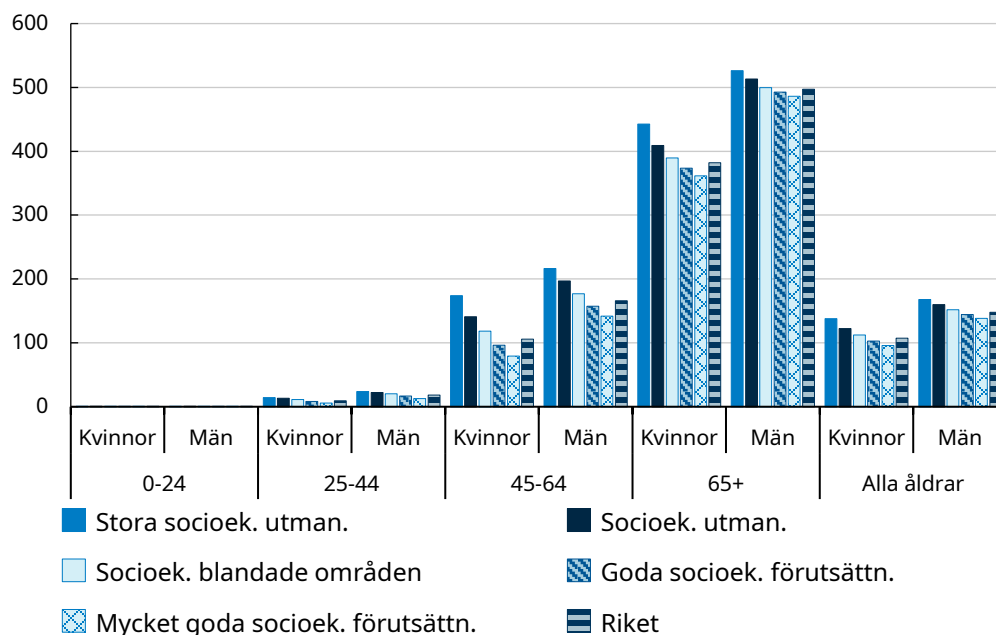
Fler män än kvinnor hämtade ut blodfettsänkande läkemedel (15 procent; 148 per 1 000 invånare för män respektive 11 procent; 107 per 1 000 invånare för kvinnor). Sett till ålder var det som vanligast bland personer 65 år och äldre, medan det är ovanligt bland framför allt personer 0–24 år, men också 25–44 år (Figur 146).

Oavsett åldersgrupp kan en socioekonomisk gradient observeras för dessa läkemedel. I åldersgrupperna 25–44 och 45–64, där skillnaderna mellan

områdestyperna är som störst, är det mer än dubbelt så många kvinnor som hämtar ut denna typ av läkemedel i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar, jämfört med kvinnor i områden med mycket goda ekonomiska förutsättningar. Bland män är skillnaden jämförbar men något mindre i storlek [43].

**Figur 146. Blodfettsänkande läkemedel, fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Sedan 2015 har både fler kvinnor och män (32 respektive 28 procent) hämtat ut blodfettsänkande läkemedel. Framför allt har det ökat i yngre åldersgrupper. Bland personer 0–24 år var ökningen störst, ungefär 150 procent för båda könen, även om det fortfarande är en mycket liten andel av populationen i dessa åldrar som hämtar ut dessa läkemedel. Bland personer 25–44 år kunde också stora ökning observeras. Ökningarna i denna åldersgrupp motsvarade ungefär 80 procent bland kvinnor och 65 procent bland män, men tenderar generellt sett att vara större bland personer bosatta i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar jämfört med områden med stora socioekonomiska utmaningar (113 respektive 59 procent bland kvinnor; 61 respektive 42 procent bland män). Andelen personer som har hämtat ut blodfettsänkande läkemedel har ökat även i de äldre åldersgrupper, runt 25–30 procent. Ökningen tenderar att vara något större i områden med goda socioekonomiska förutsättningar även om skillnaderna mellan områdestyperna är mindre i dessa åldersgrupper (data redovisas ej i figur) [43].

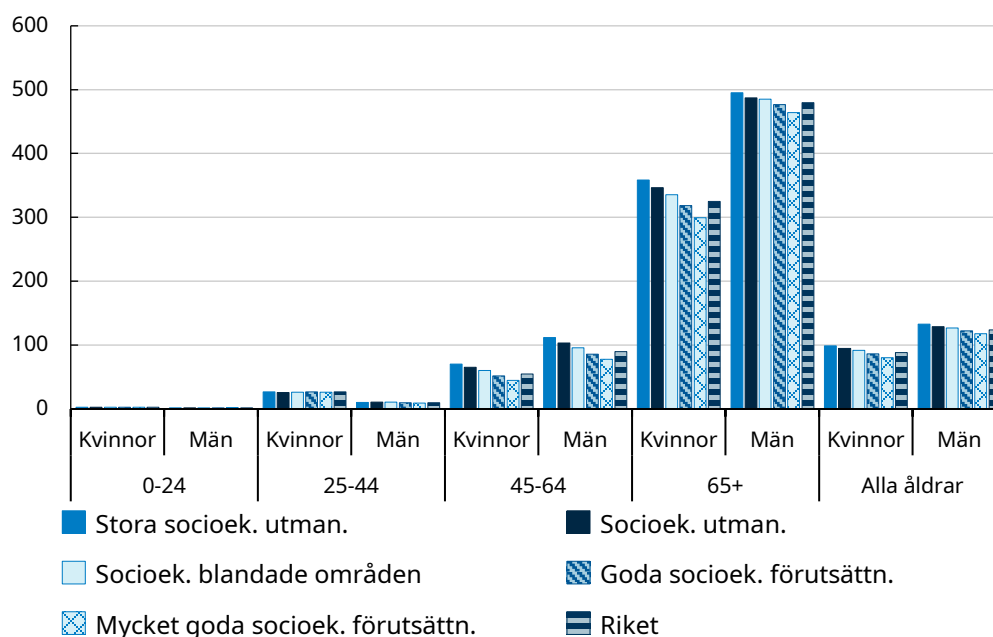
## Blodförtunnande läkemedel

Under år 2024 hämtade ungefär 9 procent av kvinnorna och 12 procent av männen ut blodförtunnande läkemedel (88 respektive 123 per 1 000 i befolkningen) och det var vanligast bland äldre. Bland kvinnor och män 65 år och äldre hämtade ungefär 32 respektive 48 procent ut denna typ av läkemedel (Figur 147). Det var generellt sett fler män än kvinnor som hämtade ut läkemedlen, men i de yngre åldersgrupperna var det något vanligare bland kvinnor. Dock är det ovanligt att personer i dessa åldersgrupper hämtar ut denna läkemedelsgrupp, oavsett kön.

I de yngre åldersgrupperna syns inga större skillnader mellan områdestyperna. I äldre åldrar syns däremot en socioekonomisk gradient, där en större andel av personer som bor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar hämtar ut denna typ av läkemedel jämfört med boende i områdestyper med bättre socioekonomiska förutsättningar [43].

**Figur 147. Blodförtunnande läkemedel fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

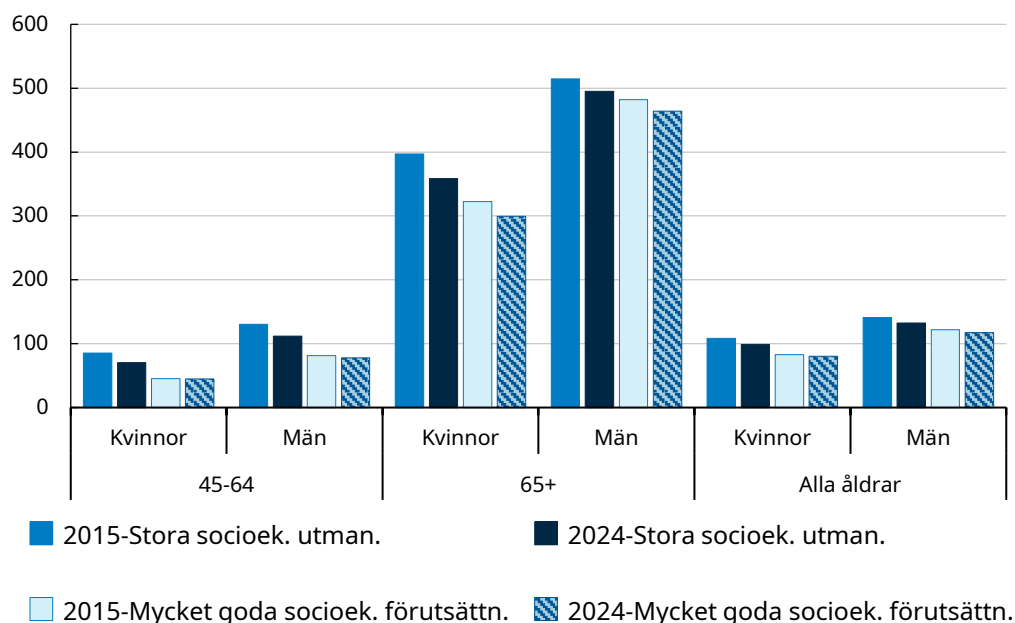
Sedan år 2015 har andelen personer som hämtar ut blodförtunnande läkemedel legat relativt stabilt bland både kvinnor och män på riksnivå, med inga eller små minskningar i områden med stora socioekonomiska utmaningar och öknings på som mest 4–6 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland äldre har det minskat eller legat stabilt under perioden, med störst minskningar bland både kvinnor och män 45–64 år

boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar, 17 respektive 14 procent (Figur 148).

Ökningar kan däremot observeras bland yngre och framför allt bland kvinnor 25–44 år, med 52 respektive 41 procent i områden med mycket god socioekonomi respektive stora socioekonomiska utmaningar (data visas ej i figur) [43].

**Figur 148. Blodförtunnande läkemedel bland 45–64 år, 65 år och äldre samt alla åldrar, uppdelad på kön. Jämförelse mellan områdestyp 1 och 5, år 2015 och 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

## Blodtryckssänkande läkemedel

Det var ungefär lika vanligt bland kvinnor och män att hämta ut blodtryckssänkande läkemedel på recept, 21 respektive 23 procent (motsvarande 212 och 233 personer per 1 000 i befolkningen).

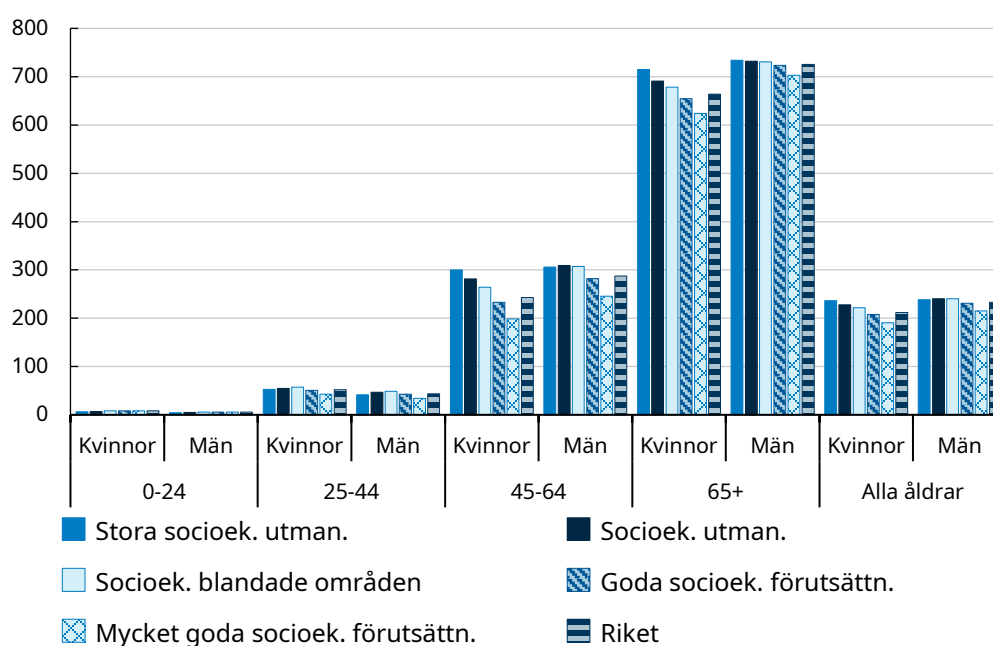
Blodtryckssänkande läkemedel var vanligast i åldersgruppen 65 år och äldre, med 66 respektive 73 procent av kvinnor och män (Figur 149). I både denna åldersgrupp och i gruppen 45–64 år var blodtryckssänkande läkemedel något vanligare bland män jämfört med kvinnor. I de yngre åldersgrupperna var situationen omvänd med fler kvinnor som hämtade ut blodtryckssänkande läkemedel än män, även om det generellt sett var ovanligt att hämta ut denna läkemedelsgrupp i yngre åldrar.

I alla åldersgrupper, med undantag för personer 0–24 år, är det fler som hämtar ut blodtryckssänkande läkemedel i områden med stora socioekonomiska

utmaningar jämfört med områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. Framför allt bland kvinnor syns en tydlig socioekonomisk gradient. Skillnaderna mellan områdestyperna var som störst bland kvinnor 45–64 år, där 50 procent fler kvinnor hämtade ut blodtryckssänkande läkemedel i områden med sämre socioekonomi jämfört med kvinnor bosatta i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland män i denna åldersgrupp var skillnaden ungefär 25 procent. Även i åldersgruppen 25–44 år var skillnaderna mellan områdena runt 20–25 procent [43].

**Figur 149. Blodtryckssänkande läkemedel fördelat på åldersgrupp, kön och socioekonomisk områdestyp, år 2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)

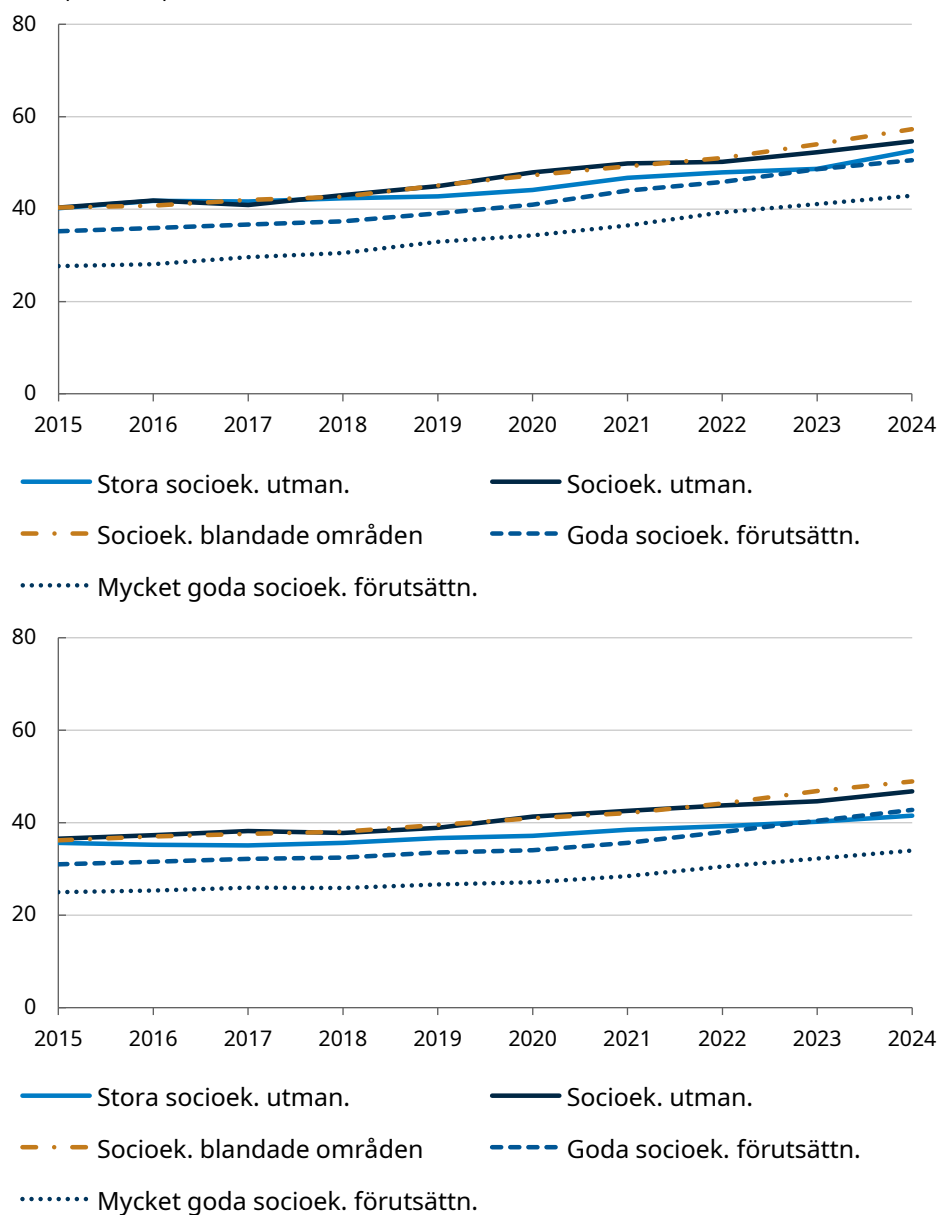


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Andelen kvinnor och män som hämtar ut blodtryckssänkande medicin ökade något under perioden 2015–2024, med ungefär 5 procent för kvinnor och 8 procent för män. Bland både kvinnor och män är ökningen relativt likartad i alla områdestyper. I åldersgruppen 25–44 år ökade andelen personer som hämtade ut läkemedlen med 44 procent för kvinnor och 36 procent för män. I denna åldersgrupp observerades också skillnader mellan områdestyperna, med en mindre ökning i områden med stora socioekonomiska utmaningar och störst ökning i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar (Figur 150 A-B) [43].

**Figur 150 A-B. Blodtryckssänkande läkemedel bland kvinnor (överst) och män (underst) 25–44 år, fördelat på områdestyp, 2015–2024**

Antal personer per 1 000 invånare (åldersstandardiserade tal)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

## Läkemedel vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar där utgångspunkten har varit följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Nedan redovisas de delar från rapporten som omfattar socioekonomisk områdestyp och läkemedel. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen [10].

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

Läkemedelsbehandling vid demenssjukdom består av dels symtomatisk behandling med demensläkemedel, dels behandling med psykofarmaka. De senare används vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

## Demensläkemedel

Socialstyrelsen har jämfört hur demensläkemedel förskrivs med avseende dels på utbildningsnivå, dels på områdestyp. Jämförelsen gav delvis motstridiga resultat. Sannolikheten för att förskrivas demensläkemedel var högre hos personer med en utbildningsnivå motsvarande gymnasial utbildning eller högre, jämfört med dem med endast förgymnasial utbildning. Högst var sannolikheten i gruppen med den högsta utbildningsnivån (eftergymnasial utbildning 3 år eller mer), där sannolikheten var 15 procent högre än för dem med endast förgymnasial utbildning, jämfört med 4 procent 2016. Denna skillnad i sannolikhet var ännu högre hos dem som förskrevs en kombination av kolinesterashämmare och memantin (36 procent).

Analysen av områdestyp gav ett annat resultat. I jämförelse med personer bosatt i områdestyp 1 med stora socioekonomiska utmaningar uppvisade personer i områdestyp 3 och 4 en *lägre* sannolikhet för att förskrivas memantin. Samtidigt var sannolikheten för att förskrivas detta läkemedel *högre* för personer i områdestyp 5 med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, 15 procent, i synnerhet i kombination med kolinesterashämmare, 25 procent [10].

## Psykofarmaka

Psykofarmaka utgörs av läkemedelsgrupperna antipsykotika, lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva medel. De förskrivs i betydande omfattning till personer 65 år och äldre, i synnerhet vid demenssjukdomar, främst för att behandla BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Socialstyrelsen använde samma modell som för demensläkemedel för att analysera sannolikheten för att förskrivas antipsykotika med avseende på utbildningsnivå och områdestyp. Analysen visade att sannolikheten för att förskrivas antipsykotika var lägre hos personer med en utbildningsnivå motsvarande gymnasial utbildning eller högre, jämfört med hos dem med enbart förgymnasial utbildning. Lägst var sannolikheten för personer med eftergymnasial utbildning mindre än 3 år (19 procent lägre). Sannolikheten för att förskrivas antipsykotika var också lägre för personer i områdestyp 2–5 jämfört med områdestyp 1 (31 procent lägre i områdestyp 4 och 5) [10].

# Graviditet, förlossning och nyfödda barn

## Resultaten i korthet

- Kvinnor i områden med socioekonomiska utmaningar har ökad risk för typ 2-diabetes.
- Planerat kejsarsnitt är vanligast bland kvinnor i områden med mycket goda förutsättningar och andelen kvinnor med diagnostiserad sfinkterruptur är lägre bland kvinnor i områden med sämre socioekonomi.
- Barn till kvinnor i områden med socioekonomiska utmaningar eller med blandad socioekonomi har ökad risk att födas mycket för tidigt, att vara dödfödd, eller att dö perinatalt. Det är också högre risk för barn i dessa områden att vara lätt för tiden vid födseln och ha låga apgarpoäng 5 minuter efter födseln.
- Spädbarnsdödligheten är något högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar, jämfört med andra områden.

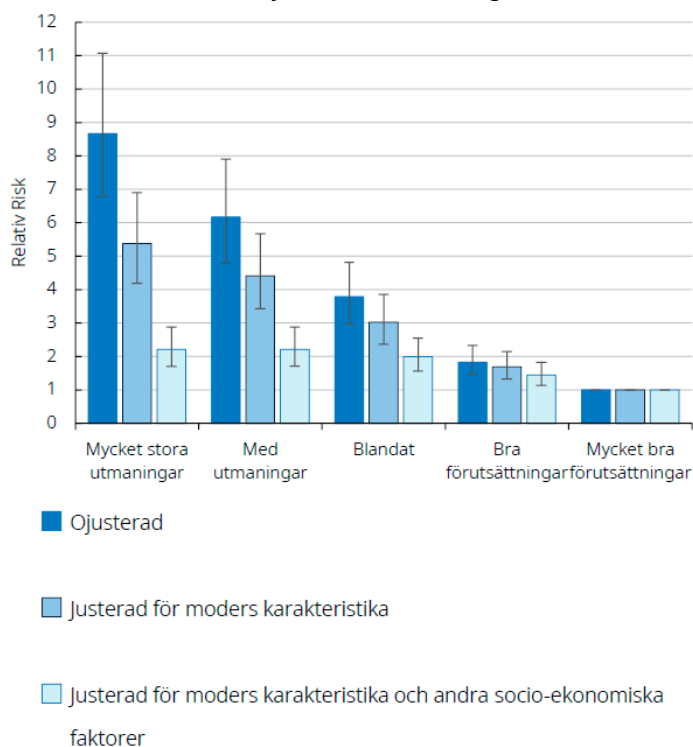
## Graviditetsrelaterade tillstånd, förlossningssätt och förlossningsskador

### Ökad risk för diabetes typ 2 i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar

Kvinnor som bodde i områden med stora eller mycket stora utmaningar hade väsentligt ökad risk för typ 2-diabetes jämfört med kvinnor som bodde i områden med mycket goda förutsättningar (Figur 151). En fördubbling av risken och signifikanser kvarstod även när faktorer som födelseland, utbildningsnivå, och lönetyp justerats för. Områdestyp tycks således utgöra en oberoende riskfaktor för typ 2-diabetes. Däremot observerades inga särskilt starka associationer mellan områdestyper och diabetes typ 1, eller mellan områdestyper och gestationsdiabetes eller risk för preeklampsi i samband med prematuritet [46]. Se också tabellbilagor i ursrungspubliceringen.

### Figur 151. Relativ risk för diabetes typ 2 baserat på kvinnans boendes områdestyp

Relativ risk för diabetes typ 2 bland kvinnor boende i olika områdestyper jämfört med kvinnor som bor i områden med mycket bra förutsättningar.



Källa: Medicinska födelserregistret, SCB, och Boverkets segregationsbarometer

## Vanligare med planerade kejsarsnitt i områden med god socioekonomi

Planerat kejsarsnitt var vanligast bland kvinnor som bodde i områden med mycket goda förutsättningar. Annars sågs inte något samband mellan socioekonomiska områdestyper och akut kejsarsnitt, och inte heller med risk för behov av förlossning med sugklocka [46].<sup>26</sup>

## Färre diagnosticeras med sfinkterruptur i områden med socioekonomiska utmaningar

Andelen kvinnor med diagnostiserad sfinkterruptur är lägre bland kvinnor med låg utbildning och i områden med sämre socioekonomi, jämfört med högutbildade kvinnor och kvinnor boende i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Sambandet beror sannolikt inte på några bakomliggande faktorer eftersom faktorer som ålder, paritet, tidigare kejsarsnitt, rökning, BMI, födelseland samt inkomst är justerade för. Det kan

<sup>26</sup> Se också tabellbilagor i ursprungspublikationen.

därför inte uteslutas att skillnaderna i registrerad sfinkterruptur beror på underrapportering bland grupper som inte i tillräckligt stor utsträckning har nåtts av information om att hjälp finns att få, och vart man ska vända sig om man har besvär [46].<sup>27</sup>

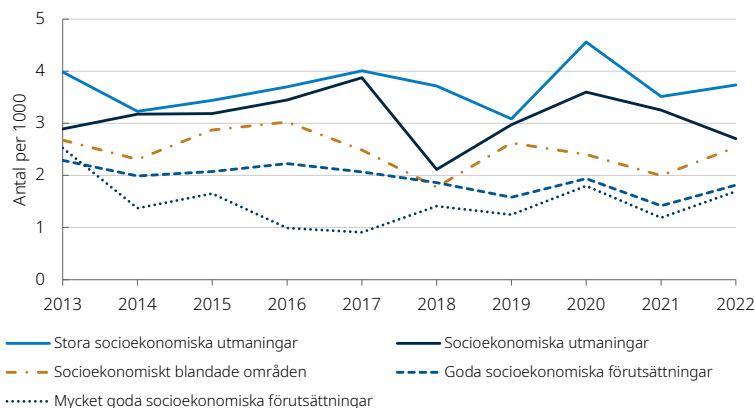
## Barnöverlevnad och andra barnutfall

### Högre spädbarnsdödlighet i områden med stora socioekonomiska utmaningar

När spädbarnsdödlighet fördelas på områdestyp kan skillnader urskiljas mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar (Figur 152). I områden med stora socioekonomiska utmaningar var spädbarnsdödligheten högre, sett till antalet avlidna nollåringar per 1000 födselar, än i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Spädbarnsdödligheten har fluktuerat något under tidsperioden men sett till början respektive slutet av tidsserien har en minskning skett i alla områdestyper. Dock är minskningen större i områden med goda respektive mycket goda socioekonomiska förutsättningar, än i de andra områdestyperna [47].

**Figur 152. Spädbarnsdödlighet per områdestyp, 2013–2022**

Antal dödsfall bland 0-åringar per 1 000 födselar



Källa: Dödsorsaksregistret och Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

### Vanligare med flera allvarliga barnutfall i områden med socioekonomiska utmaningar

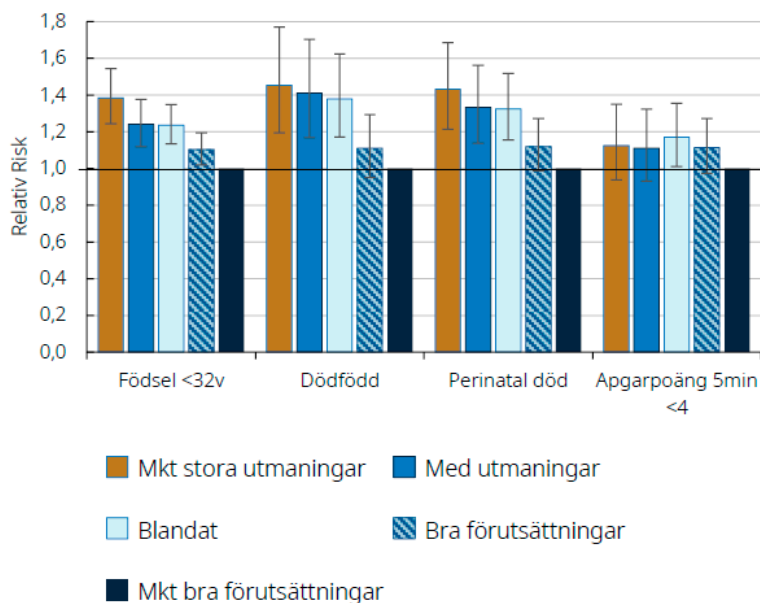
Det finns klara samband mellan områdestyp och risk för allvarliga barnutfall, trots att det justerats för samvarierande faktorer som ålder, paritet, BMI, rökning, längd, födelseland och utbildningsnivå. Barn till kvinnor som bodde i

<sup>27</sup> Se också tabellbilagor i ursprungspublikationen.

områden med stora, eller mycket stora utmaningar, eller i blandade områden hade signifikant ökad risk att födas mycket för tidigt, att vara dödfödd, eller att dö perinatalt (dödfödd eller död första levnadsveckan) (Figur 153). Områdestyp tycks således ha en egen effekt på de nyfödda barnens hälsa, oberoende av andra samvarierande faktorer [46]<sup>28</sup>.

### Figur 153. Risk för allvarliga barnutfall i relation till moderns boendes områdestyp

Relativa risker för fyra allvarliga utfall bland barn till kvinnor boende i olika områdestyper, jämfört med barn till kvinnor som bor i områden med mycket bra förutsättningar. De relativa riskerna är Justerade för ålder, paritet, BMI, rökning, längd, moders födelseland, familjesituation och utbildningsnivå.



Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Boverkets segregationsbarometer

Det fanns också ett starkt och signifikant samband mellan sämre socioekonomiska förutsättningar och risk för att barnet var lätt för tiden vid födseln. Vidare hade barn till kvinnor som bodde i områden med mycket bra förutsättningar mindre risk för tidig födsel, födas stora för tiden, eller för låg Apgarpoäng<sup>29</sup> vid 5 minuter (Figur 153) [46].<sup>30</sup>

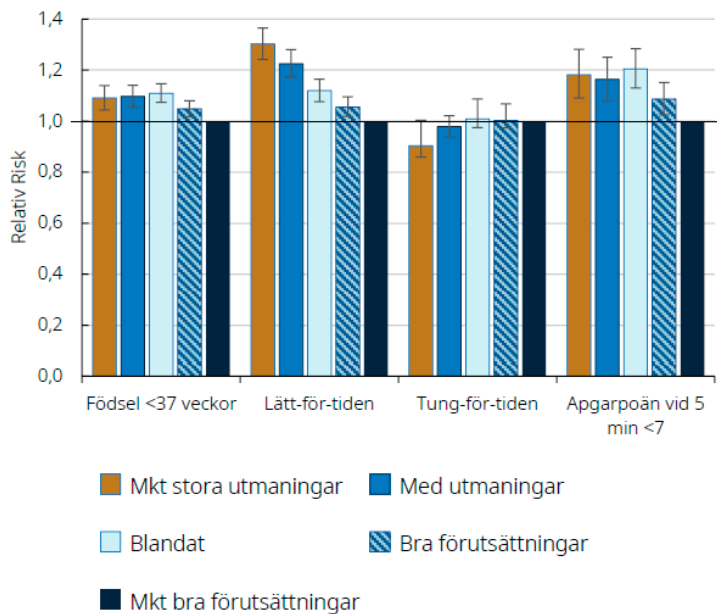
<sup>28</sup> Se också tabellbilagor i ursprungspublikationen.

<sup>29</sup> Apgar är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvänsvärt att ha höga poäng. I indikatorn definieras låg Apgar-poäng som lägre än 7 poäng vid fem minuters ålder

<sup>30</sup> Se också tabellbilagor i ursprungspublikationen.

### Figur 154. Risk för övriga barnutfall i relation till moderns boendes områdestyp

Relativa risker för fyra utfall bland barn till kvinnor boende i olika områdestyper, jämfört med barn till kvinnor som bor i områden med mycket bra förutsättningar. De relativa riskerna är justerade för ålder, paritet, BMI, rökning, längd, moderns födelseland, familjesituation och utbildningsnivå.



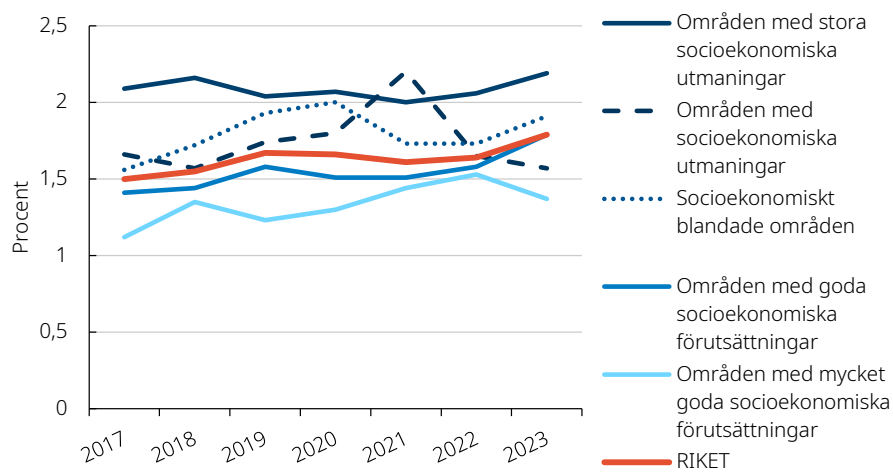
Källa: Medicinska födelseregistret 2013–2022 och Boverkets segregationsbarometer

## Högre andel nyfödda med låga Apgar-poäng i områden med stora socioekonomiska utmaningar

Andelen nyfödda med låg Apgar-poäng har ökat det senaste decenniet, något som kan vara en följd av att andelen gravida och födande med olika typer av riskfaktorer har ökat, till exempel hög ålder och obesitas. Det kan också vara en följd av ändrat arbetssätt, där igångsättning av förlossningar blivit vanligare. Under majoriteten av perioden 2017–2023 hade områden med stora socioekonomiska utmaningar högre andelar nyfödda med låga Apgar-poäng jämfört med övriga områdestyper (Figur 155). Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar hade lägst andel nyfödda med låga Apgar-poäng och i dessa områden minskade andelen nyfödda med låga Apgar-poäng mellan 2022 och 2023. I områden med socioekonomiska utmaningar minskade andelen nyfödda med låg apgar-poäng både 2022 och 2023, jämfört med åren innan [29].

### Figur 155. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) 2017–2023, uppdelat på områdestyp

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

# Dödsorsaker

## Resultaten i korthet

- Den totala dödligheten, det vill säga dödlighet oavsett orsak, följer en socioekonomisk gradient med högre dödlighet i områden med socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med bättre socioekonomiska förutsättningar.
- Dödlighet efter stroke är högre i områden med stora socioekonomiska utmaningar bland både kvinnor och män, och dödlighet efter hjärtinfarkt är framför allt högre bland män i dessa områden. I områden med socioekonomiska utmaningar avlider fler till följd av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.
- Färre avlider till följd av självmord och oklar orsak i områden med mycket god socioekonomi. Fler i områden med socioekonomiska utmaningar avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – inklusive olycksfall, självmord och dödsfall med oklar avsikt.
- Fler anmälningar om medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen görs i områden med socioekonomiska utmaningar eller i socioekonomiskt blandade områden, men fler självmord med skjutvapen begås i områden med blandad eller god socioekonomi.

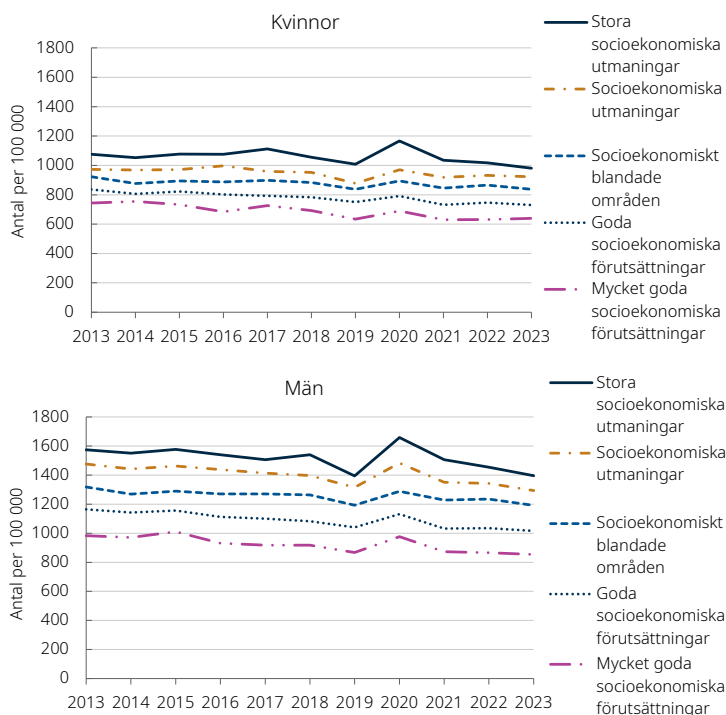
## Sjukdomsrelaterade dödsorsaker

### Högre dödlighet i områden med socioekonomiska utmaningar

Dödligheten, det vill säga antalet avlidna per 100 000 i befolkningen (åldersstandardiserade tal), fördelat på områdestyp (2013–2023) följer en socioekonomisk gradient med högre dödlighet i områden med socioekonomiska utmaningar jämfört med områden med bättre socioekonomiska förutsättningar (Figur 156). Covid-19-pandemin tycks också ha haft större påverkan på dödligheten i områden med socioekonomiska utmaningar än andra områden. Generellt sett har män högre dödlighet än kvinnor, men även skillnaderna mellan områdestyper är större bland män än bland kvinnor. Män boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar ligger i ungefärlig nivå med kvinnor i boende i socioekonomiskt blandade områden. Mellan år 2013 och 2023 minskade dödligheten i alla områdestyper, men den största procentuella minskningen kan ses för kvinnor i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar, medan minskningen bland män generellt var mer likartad över områdestyperna [47].

**Figur 156. Dödlighet per områdestyp, kvinnor och män, 2013–2023**

Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 i befolkningen, avlidna 1 år eller äldre



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

## Högre dödlighet efter hjärtinfarkt och stroke i områden med socioekonomiska utmaningar

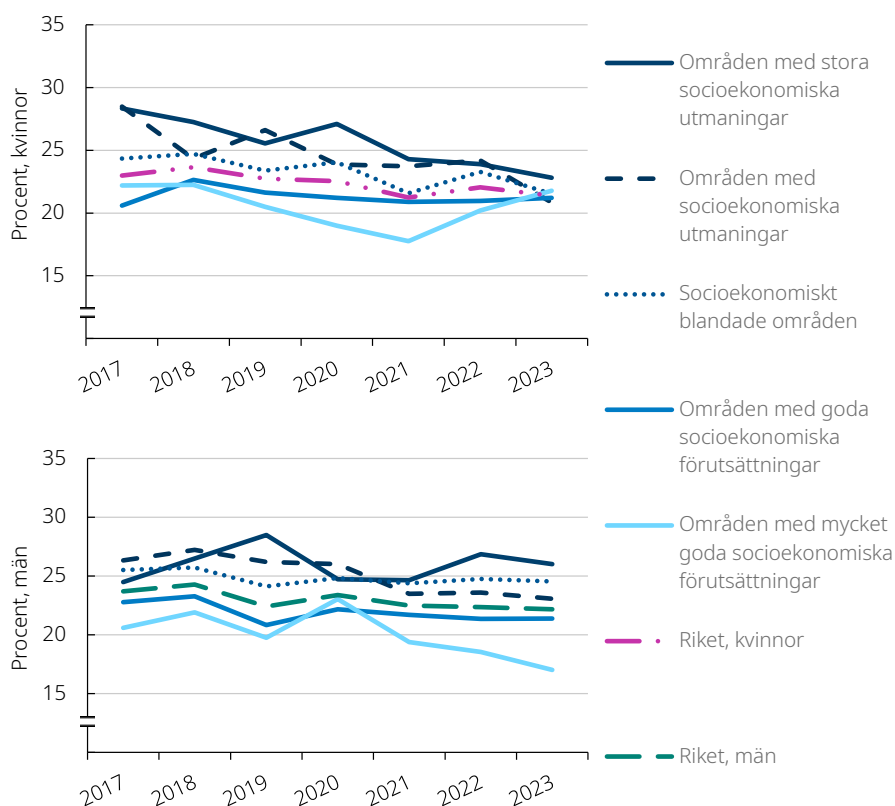
Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt.

År 2023 var skillnaderna i dödligheten efter hjärtinfarkt mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar relativt små bland kvinnor (Figur 157). Sedan år 2017 har dödligheten i de olika områdestyperna successivt närmat sig varandra, vilket främst beror på att dödligheten har ökat bland kvinnor som bor i områden med mycket goda ekonomiska förutsättningar, men också på att dödligheten minskat i områden med varierande grad av socioekonomiska utmaningar samt i socioekonomiskt blandade områden.

Bland män är skillnaderna mellan områdena år 2023 större och över tid har skillnaderna snarare ökat. Detta beror främst på att dödligheten minskat mer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar än i övriga områdestyper. I områden med goda socioekonomiska förutsättningar har dock läget i princip varit oförändrat de senaste åren [29].

**Figur 157. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar) 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp**

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

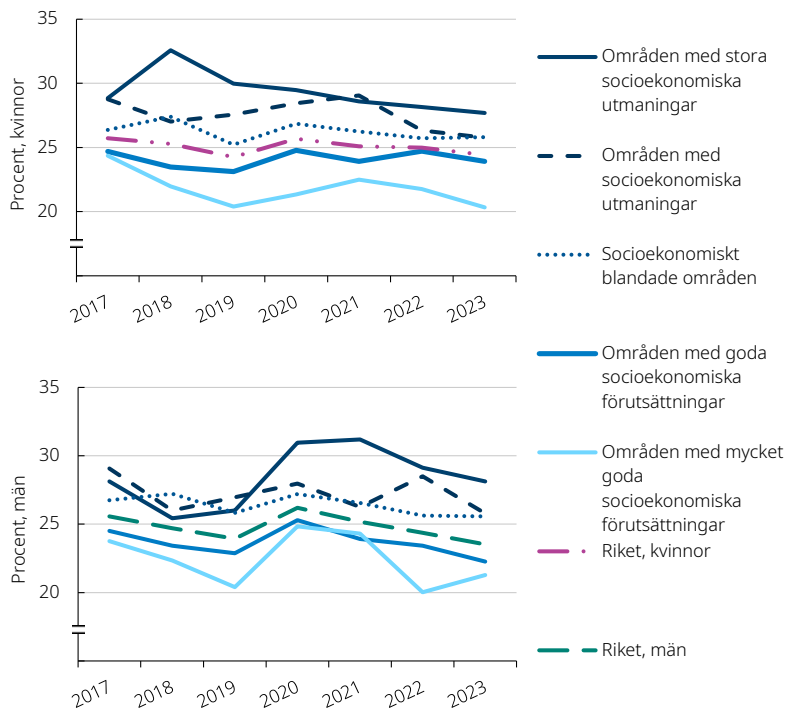
Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Till nationella riktlinjer för stroke finns totalt 36 indikatorer, men för en övergripande bild av kvaliteten i strokevården kan dödlighet inom 90 dagar vara en fingervisning.<sup>31</sup>

Det finns relativt stora skillnader i dödlighet efter stroke mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar (Figur 158). Detta gäller för både kvinnor och män. Även om olika områdestyper kan närma sig eller byta plats med varandra olika år så är en generell iakttagelse utifrån statistiken att boende i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar har en lägre risk att dö efter att ha insjuknat i stroke, än vad boende i de andra områdestyperna har. Högst andel avlidna efter stroke finns vanligen bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar [29].

<sup>31</sup> Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2020.

### Figur 158. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

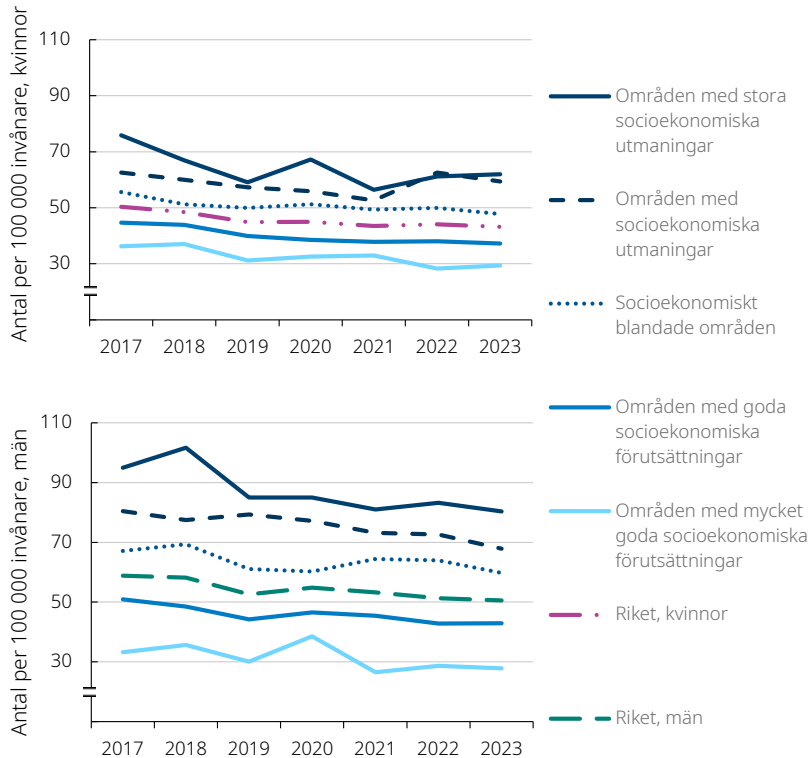
## Fler fall av åtgärdbar dödlighet i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar

Med sjukvårdsrelaterad dödlighet åsyftas förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker med koppling till diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling, såsom ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och olika cancersjukdomar.

Antalet fall av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet har minskat över tid i alla områdestyper, oavsett kön (Figur 159). Dock råder det stora skillnader mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar bland både kvinnor och män, med högre sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödlighet i områden med olika grad av socioekonomiska utmaningar. Bland män är dock den socioekonomiska gradienten särskilt tydlig med betydligt större skillnader i sjukvårdsrelaterad dödlighet mellan områdestyperna [29].

### Figur 159. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

Åtgärdbar dödlighet fördelat på områdestyp redovisades också i den officiella statistiken om dödsorsaker 2024 [48].

## Yttre orsaker

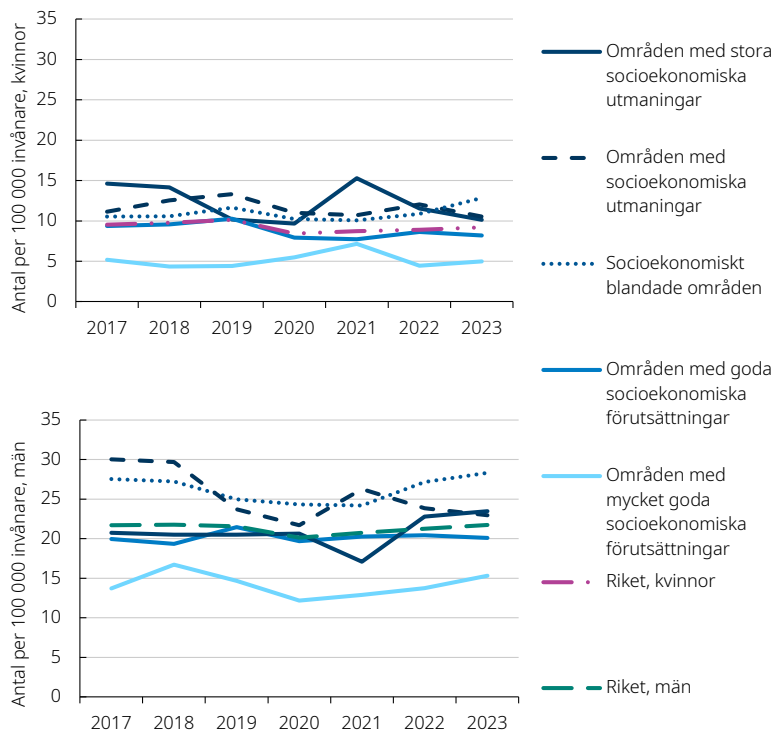
### Lägre dödlighet i självmord och oklar avsikt i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Om statistiken bryts ner utifrån förekomsten av självmord och dödsfall med oklar avsikt, det vill säga dödsfall som det finns en osäkerhet om uppsåtet, går det att konstatera att bilden inte är lika tydlig som den är för många av de andra utfallen som studerats (Figur 160). Beroende på vilket år i tidsserien som är i fokus så ändrar sig ofta den inbördes ordningen mellan de olika områdestyperna. Korrelationen mellan områdestyp och antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt är således inte alltid given. Något som gäller för samtliga år i tidsserien är dock att dödligheten i självmord och dödsfall med

oklar avsikt är lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar [29].

### Figur 160. Självord och dödsfall med oklar avsikt 2017–2023, uppdelat på kön och områdestyp

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

## Vanligare att begå suicid med skjutvapen i områden med blandad eller god socioekonomi

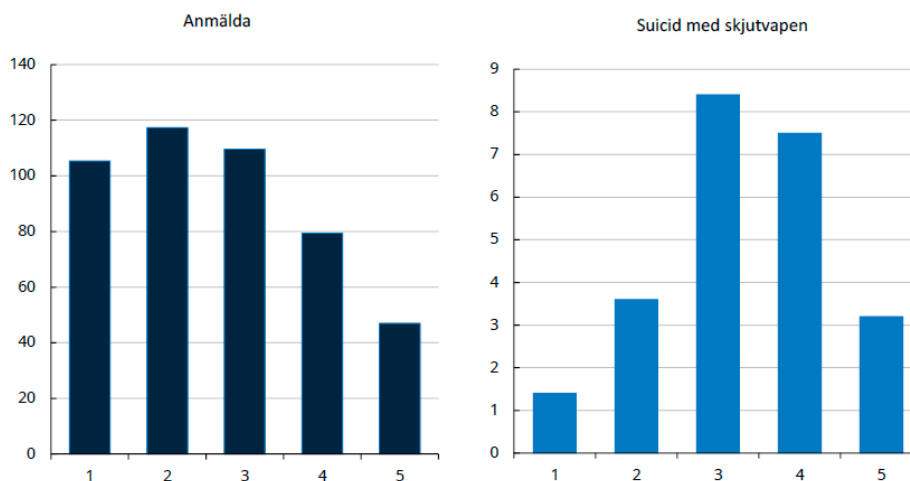
Socialstyrelsen och Polismyndigheten har fått i uppdrag att inom sina respektive ansvarsområden stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen avseende medicinsk lämplighet. I en delrapport har myndigheterna gjort en gemensam kartläggning i syfte att identifiera lämpliga insatser [49]. Nedan redovisas de delar från rapporten som omfattar socioekonomisk områdestyp. För att få helhetsförståelse för kontext, innehåll och slutsatser i rapporten hänvisas läsaren till originalpublikationen.

Polismyndigheten ska återkalla vapentillstånd för personer som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen. Återkallelse sker bland annat med anledning av anmälan från hälso- och sjukvården och syftet är bland annat att motverka dödligt våld och suicid med legala vapen. I de analyser som lyfts här har suicid betraktats vara en indikation på att personen var medicinskt olämplig att inneha skjutvapen. Under perioden 2020–2024 anmäldes totalt 7 395 unika personer på grund av medicinsk olämplighet att inneha vapen. Antalet

anmälningar om medicinsk olämplighet var under perioden högre i områden med socioekonomiska utmaningar eller i socioekonomiskt blandade områden. Mönstret för andelen personer som begår suicid med skjutvapen per områdestyp avviker dock från mönstret observerat för anmälningarna. Andelen suicid med skjutvapen var störst i områden med blandad socioekonomi där också antalet faktiska anmälningar var högt. Dock hade även områden med goda socioekonomiska förutsättningar en hög andel suicid medan områden med socioekonomiska utmaningar hade låg andel suicid i förhållande till en hög andel som faktiskt anmäls (Figur 161) [49].

### Figur 161. Andel suicid med skjutvapen och andel anmälda på grund av medicinsk olämplighet per områdestyp

Andelen personer 16–71 år eller äldre som har begått suicid med skjutvapen och andelen personer som har anmälts medicinskt olämpliga per områdestyp 2020–2024. Antal per hundra tusen.



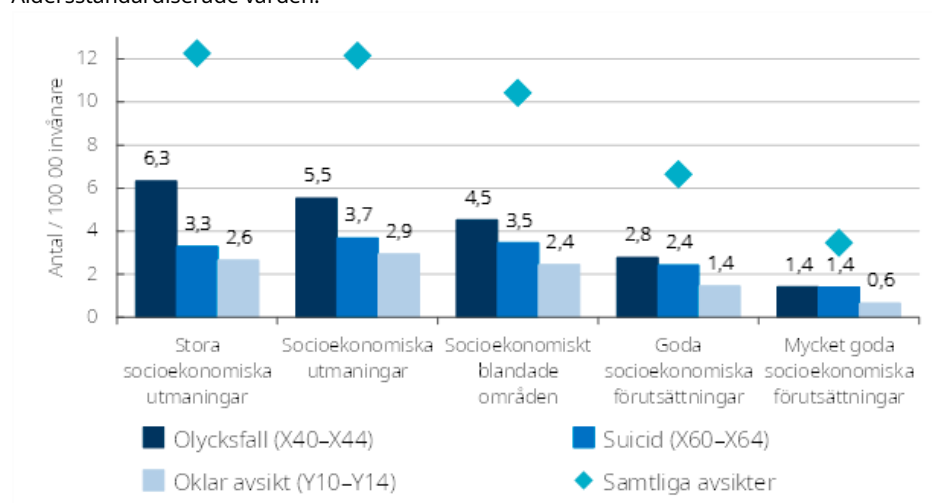
Källa: Diagramkälla

## Högre dödlighet till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar i områden med socioekonomiska utmaningar

Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar grupperas i dödsorsaksstatistiken som förgiftningsolyckor (överdoser), avsiktlig självdestruktiv handling (själv mord) eller oklar avsikt (avsikten har inte varit möjlig att avgöra). Avlidna till följd av dessa dödsorsaker är inte jämnt fördelade över bostadsområden med olika socioekonomiska förutsättningar (Figur 162). I områden med socioekonomiska utmaningar var dödligheten högre, både sammantaget och i respektive orsaksgrupp, jämfört med områden med bättre socioekonomi. Dödsfallen utgjordes till störst del av olycksfall, det vill säga överdoser, oavsett områdestyp, men i områden med sämst socioekonomi utgjordes nästan hälften av dödsfallen av överdoser [50].

**Figur 162. Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat på avsikt och områdestyp, 2021–2023**

Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB.

## Referenser

1. Effektivare arbete för integration och minskat utanförskap med hjälp av regionala statistikområden - Slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen 2026.
2. Rikstäckande områdesindelning för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation – Slutrapportering av uppdrag till Statistiska centralbyrån att ta fram en rikstäckande områdesindelning för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation A2018/0048. Örebro: SCB; 2020.
3. Segregation i Sverige – Årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling. Stockholm: Delegationen mot segregation; 2021.
4. Patient- och personalcentrerad personalplanering. Ett stöd för framtidens efterfrågeanalyser Nationella planeringsstödet. Delrapport 3. Stockholm: Socialstyrelsen 2025.
5. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
6. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
7. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
8. Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
9. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
10. Nationella riktlinjer 2025. Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar - Följsamhet till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
11. Öppna Jämförelser - Ekonomiskt bistånd [Internet]. Socialstyrelsen. 2025. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/oppna-jamforelser-2025--ekonomiskt-bistand-2025-9-9725/>.
12. Statistik om insatser till vuxna personer med skadligt bruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
13. Öppna jämförelser av social barn- och ungdomsvård [Internet]. Socialstyrelsen. 2025. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/oppna-jamforelser-2025--social-barn--och-ungdomsvard-2025-9-9734/>.
14. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
15. Socialtjänstens placeringar av barn och unga med svensk och utländsk bakgrund. Registerstudie av placeringar 1991–2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
16. I gränslandet mellan skolan och socialtjänsten - slutredovisning av regeringsuppdrag skolsociala team 2023-2025. Solna och Stockholm: Skolverket och Socialstyrelsen; 2025.
17. Skolsociala team. Delredovisning av regeringsuppdrag 2023–2024. Stockholm: Skolverket och Socialstyrelsen; 2024.

18. Statistik om tandhälsa 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
19. Statistik om tandhälsa 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
20. Utvärdering av tandvården - följsamhet till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
21. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården samt tandvården – Introduktion och läsanvisningar till Nationella planeringsstödet 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
22. Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024 Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 2. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
23. Patient- och personalcentrerad personalplanering. Ett stöd för framtidens efterfrågeanalyser för tandvård Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 4. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
24. Personer med kronisk sjukdom behöver uppföljningar - följsamhet till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
25. Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
26. Statistik om hjärtinfarkter 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
27. Statistik om stroke 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
28. Statistik om stroke 2023. Stockholm: Socialstyrelsen 2024.
29. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
30. Statistik om skador och förgiftningsfall behandlade i slutenvård 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
31. Statistik om skador och förgiftningsfall behandlade i slutenvård 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
32. Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Aspekter av socioekonomiska utmaningar och förutsättningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
33. Öppna Jämförelser - Våld i nära relationer [Internet]. Socialstyrelsen. 2025. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/oppna-jamforelser-2025--vald-i-nara-relationer-2025-9-9736/>.
34. Stöd till hälso- och sjukvården vid möte med individer involverade i eller drabbade av kriminella nätverk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
35. Utvärdering av arbetssättet En Väg In - rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontraivering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
36. Sveriges psykiatriska akutmottagningar - nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
37. Dödlighet efter psykiatrisk tvångsvård - registerbaserad kartläggning av patienter i riskgrupp. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
38. Nationella riktlinjer 2025. Utvärdering av vården vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
39. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
40. Cancer i Sverige 2025 - Insjuknande och dödlighet 1970-2023. Stockholm: Socialstyrelsen 2025.

41. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
42. Cancer i Sverige 2025 - relativ överlevnad 1974-2023. Stockholm: Socialstyrelsen 2025.
43. Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i de vanligaste läkemedelsgrupperna - En fördjupning av den officiella statistiken om läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
44. Användning av antidepressiva medel hos utrikesfödda äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
45. Statistik om läkemedel 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
46. Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossningen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
47. Statistik om dödsorsaker år 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
48. Statistik om dödsorsaker år 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
49. Att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen - En gemensam delredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen 2025.
50. Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

## Bilaga 1. Regionala skillnader i specialistvårdsbesök till läkare

Tabell B1. Specialistvårdsbesök till läkare per 1 000 personer under år 2023, totalt, per region och områdestyp

| Region          | Områdestyp 1 | Områdestyp 2 | Områdestyp 3 | Områdestyp 4 | Områdestyp 5 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Blekinge        | 1162,1       | 1239,9       | 1204,3       | 1208,4       | 1223,6       |
| Dalarna         | 1171,5       | 1205,4       | 1096,3       | 1093,9       | 1100,0       |
| Gotland         |              | 1881,9       | 1742,6       | 1644,6       |              |
| Gävleborg       | 1207,7       | 1223,6       | 1208,6       | 1206,1       | 1160,2       |
| Halland         | 1105,3       | 1066,2       | 1121,2       | 1175,0       | 1136,5       |
| Jämtland        | 955,4        | 1349,9       | 1103,9       | 1119,1       | 1225,2       |
| Jönköping       | 1316,1       | 1344,3       | 1331,9       | 1343,2       | 1257,0       |
| Kalmar          | 1228,2       | 1286,6       | 1207,5       | 1215,7       | 1144,4       |
| Kronoberg       | 1020,5       | 1005,7       | 1030,2       | 1022,1       | 1030,2       |
| Norrbottnen     | 392,9        | 1177,5       | 1058,7       | 1042,3       | 1000,5       |
| Skåne           | 1226,2       | 1330,0       | 1257,5       | 1221,8       | 1164,4       |
| Stockholm       | 1803,5       | 1850,3       | 1921,3       | 1907,0       | 1876,4       |
| Södermanland    | 1164,0       | 1138,4       | 1163,2       | 1110,8       | 1091,0       |
| Uppsala         | 1463,7       | 1356,6       | 1354,3       | 1310,5       | 1290,8       |
| Värmland        | 1074,4       | 1095,4       | 1099,1       | 1037,8       | 989,3        |
| Västerbotten    |              | 1224,2       | 1131,2       | 1088,3       | 1057,1       |
| Västernorrland  | 1196,7       | 1312,3       | 1181,8       | 1178,4       | 1173,0       |
| Västmanland     | 1280,8       | 1357,6       | 1360,3       | 1338,4       | 1315,9       |
| Västra Götaland | 1027,5       | 1070,3       | 1047,2       | 1060,7       | 1081,3       |
| Örebro          | 1532,2       | 1487,8       | 1445,8       | 1338,5       | 1302,0       |
| Östergötland    | 1285,8       | 1244,5       | 1223,2       | 1223,4       | 1182,1       |

Tabell B2. Specialistvårdsbesök till läkare per 1 000 personer under år 2023, presenterat för kardiovaskulära sjukdomar, per region och områdestyp

| Region   | Områdestyp 1 | Områdestyp 2 | Områdestyp 3 | Områdestyp 4 | Områdestyp 5 |
|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Blekinge | 32,2         | 42,8         | 33,7         | 36,4         | 41,5         |

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

|                        |      |      |      |      |      |
|------------------------|------|------|------|------|------|
| <b>Dalarna</b>         | 47,8 | 53,1 | 52,2 | 49,6 | 44,9 |
| <b>Gotland</b>         |      | 72,9 | 72,4 | 66,6 |      |
| <b>Gävleborg</b>       | 50,4 | 53,6 | 55,3 | 57,4 | 49,5 |
| <b>Halland</b>         | 37,0 | 37,4 | 39,2 | 44,4 | 47,3 |
| <b>Jämtland</b>        | 21,7 | 36,4 | 31,7 | 33,4 | 34,1 |
| <b>Jönköping</b>       | 42,3 | 57,5 | 57,1 | 51,5 | 53,0 |
| <b>Kalmar</b>          | 35,2 | 42,2 | 39,4 | 41,0 | 35,5 |
| <b>Kronoberg</b>       | 28,2 | 33,1 | 35,3 | 35,7 | 28,5 |
| <b>Norrbottnen</b>     | 0,1  | 44,8 | 47,1 | 46,9 | 43,1 |
| <b>Skåne</b>           | 49,5 | 57,6 | 59,5 | 57,9 | 57,7 |
| <b>Stockholm</b>       | 47,7 | 53,9 | 54,7 | 57,8 | 59,6 |
| <b>Södermanland</b>    | 35,5 | 37,7 | 35,7 | 32,7 | 37,1 |
| <b>Uppsala</b>         | 43,2 | 45,8 | 46,2 | 46,5 | 41,3 |
| <b>Värmland</b>        | 45,8 | 47,0 | 47,7 | 48,4 | 48,4 |
| <b>Västerbotten</b>    |      | 42,9 | 46,2 | 45,0 | 46,2 |
| <b>Västernorrland</b>  | 41,4 | 51,6 | 51,5 | 49,4 | 49,7 |
| <b>Västmanland</b>     | 56,8 | 54,7 | 61,9 | 60,3 | 57,5 |
| <b>Västra Götaland</b> | 48,7 | 50,1 | 43,7 | 49,8 | 58,2 |
| <b>Örebro</b>          | 58,3 | 56,6 | 56,7 | 54,8 | 44,3 |
| <b>Östergötland</b>    | 47,3 | 47,8 | 42,9 | 45,9 | 44,5 |

**Tabell B3. Specialistvårdsbesök till läkare per 1 000 personer under år 2023, presenterat för onkologi, per region och områdestyp**

| Region                 | Områdestyp 1 | Områdestyp 2 | Områdestyp 3 | Områdestyp 4 | Områdestyp 5 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Blekinge</b>        | 40,4         | 46,2         | 50,5         | 48,7         | 48,0         |
| <b>Dalarna</b>         | 53,0         | 42,6         | 46,4         | 50,7         | 47,6         |
| <b>Gotland</b>         |              | 87,9         | 78,3         | 88,4         |              |
| <b>Gävleborg</b>       | 54,6         | 57,2         | 59,9         | 60,1         | 61,1         |
| <b>Halland</b>         | 36,8         | 41,1         | 40,2         | 44,7         | 52,3         |
| <b>Jämtland</b>        | 37,4         | 39,5         | 49,6         | 52,4         | 60,6         |
| <b>Jönköping</b>       | 53,4         | 62,1         | 59,8         | 67,5         | 63,8         |
| <b>Kalmar</b>          | 52,0         | 55,6         | 53,0         | 56,8         | 78,0         |
| <b>Kronoberg</b>       | 40,8         | 48,7         | 50,6         | 52,2         | 53,8         |
| <b>Norrbotten</b>      | 0,4          | 55,8         | 39,2         | 39,1         | 37,5         |
| <b>Skåne</b>           | 61,1         | 64,4         | 64,1         | 69,1         | 75,4         |
| <b>Stockholm</b>       | 64,8         | 76,1         | 83,9         | 90,1         | 94,6         |
| <b>Södermanland</b>    | 39,6         | 43,1         | 48,0         | 51,8         | 50,7         |
| <b>Uppsala</b>         | 54,1         | 61,4         | 60,0         | 60,7         | 61,9         |
| <b>Värmland</b>        | 41,8         | 47,7         | 46,3         | 49,6         | 47,0         |
| <b>Västerbotten</b>    |              | 42,5         | 41,3         | 38,5         | 41,4         |
| <b>Västernorrland</b>  | 59,1         | 60,2         | 53,8         | 62,2         | 67,5         |
| <b>Västmanland</b>     | 58,5         | 58,6         | 65,5         | 68,4         | 71,2         |
| <b>Västra Götaland</b> | 52,7         | 58,7         | 59,2         | 64,8         | 76,0         |
| <b>Örebro</b>          | 39,6         | 49,6         | 55,4         | 56,0         | 57,9         |
| <b>Östergötland</b>    | 51,6         | 47,5         | 49,3         | 55,4         | 58,7         |

**Tabell B4. Specialistvårdsbesök till läkare per 1 000 personer under år 2023, presenterat för psykisk ohälsa, per region och områdestyp**

| Region                 | Områdestyp 1 | Områdestyp 2 | Områdestyp 3 | Områdestyp 4 | Områdestyp 5 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Blekinge</b>        | 149,5        | 161,5        | 180,3        | 131,7        | 81,7         |
| <b>Dalarna</b>         | 123,4        | 132,3        | 123,6        | 88,5         | 95,3         |
| <b>Gotland</b>         |              | 235,2        | 154,8        | 108,9        |              |
| <b>Gävleborg</b>       | 107,1        | 116,1        | 113,0        | 82,4         | 49,0         |
| <b>Halland</b>         | 144,1        | 122,9        | 124,5        | 92,1         | 65,4         |
| <b>Jämtland</b>        | 139,9        | 163,8        | 116,6        | 103,3        | 87,8         |
| <b>Jönköping</b>       | 119,1        | 148,1        | 127,3        | 120,2        | 71,9         |
| <b>Kalmar</b>          | 141,4        | 146,1        | 125,5        | 100,1        | 53,9         |
| <b>Kronoberg</b>       | 85,6         | 69,3         | 80,0         | 60,1         | 58,7         |
| <b>Norrbotten</b>      | 36,2         | 163,4        | 152,5        | 104,2        | 82,3         |
| <b>Skåne</b>           | 97,7         | 111,3        | 97,3         | 71,2         | 42,0         |
| <b>Stockholm</b>       | 171,1        | 189,9        | 221,9        | 189,9        | 152,6        |
| <b>Södermanland</b>    | 109,1        | 114,1        | 102,9        | 78,8         | 67,4         |
| <b>Uppsala</b>         | 106,3        | 115,1        | 123,7        | 89,4         | 84,8         |
| <b>Värmland</b>        | 135,1        | 147,0        | 147,7        | 90,3         | 57,7         |
| <b>Västerbotten</b>    |              | 152,6        | 136,5        | 101,5        | 73,0         |
| <b>Västernorrland</b>  | 103,7        | 145,2        | 105,5        | 87,0         | 65,7         |
| <b>Västmanland</b>     | 147,5        | 166,6        | 153,3        | 123,2        | 86,4         |
| <b>Västra Götaland</b> | 88,9         | 104,6        | 100,7        | 85,5         | 68,7         |
| <b>Örebro</b>          | 143,4        | 176,9        | 157,8        | 106,3        | 87,2         |
| <b>Östergötland</b>    | 135,6        | 124,5        | 134,5        | 109,5        | 79,1         |

**Tabell B5. Specialistvårdsbesök till läkare per 1 000 personer under år 2023, presenterat för rörelseorganens sjukdomar, per region och områdestyp**

| Region                 | Områdestyp 1 | Områdestyp 2 | Områdestyp 3 | Områdestyp 4 | Områdestyp 5 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Blekinge</b>        | 102,7        | 115,2        | 114,4        | 128,1        | 139,6        |
| <b>Dalarna</b>         | 79,3         | 83,7         | 87,4         | 97,7         | 96,4         |
| <b>Gotland</b>         |              | 142,3        | 138,0        | 139,0        |              |
| <b>Gävleborg</b>       | 79,2         | 82,4         | 88,8         | 94,1         | 92,4         |
| <b>Halland</b>         | 80,2         | 79,4         | 94,9         | 107,8        | 117,6        |
| <b>Jämtland</b>        | 63,5         | 103,2        | 97,7         | 98,1         | 101,1        |
| <b>Jönköping</b>       | 85,4         | 87,7         | 90,8         | 94,5         | 84,9         |
| <b>Kalmar</b>          | 69,5         | 82,3         | 79,3         | 84,5         | 74,1         |
| <b>Kronoberg</b>       | 79,0         | 81,9         | 87,4         | 88,2         | 87,6         |
| <b>Norrbottnen</b>     | 4,4          | 69,0         | 60,9         | 68,8         | 64,3         |
| <b>Skåne</b>           | 72,5         | 89,2         | 92,4         | 96,9         | 101,6        |
| <b>Stockholm</b>       | 158,7        | 152,4        | 159,7        | 164,9        | 170,8        |
| <b>Södermanland</b>    | 88,3         | 90,3         | 94,2         | 93,5         | 98,4         |
| <b>Uppsala</b>         | 93,1         | 98,2         | 108,7        | 106,8        | 108,9        |
| <b>Värmland</b>        | 69,7         | 78,5         | 82,5         | 83,2         | 78,8         |
| <b>Västerbotten</b>    |              | 68,5         | 76,4         | 82,8         | 74,1         |
| <b>Västernorrland</b>  | 65,1         | 81,1         | 82,0         | 85,5         | 90,7         |
| <b>Västmanland</b>     | 89,6         | 100,2        | 104,9        | 109,8        | 120,0        |
| <b>Västra Götaland</b> | 64,7         | 76,4         | 81,1         | 93,4         | 107,2        |
| <b>Örebro</b>          | 89,0         | 94,6         | 97,0         | 94,1         | 96,5         |
| <b>Östergötland</b>    | 69,0         | 73,3         | 73,0         | 77,1         | 76,0         |

## Bilaga 2. Regionala skillnader i vårddag

**Tabell B6. Vårddag (vårddagar) per 1 000 personer under år 2023, totalt, per region och områdestyp**

| Region          | Områdestyp p 1 | Områdestyp p 2 | Områdestyp p 3 | Områdestyp p 4 | Områdestyp p 5 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Blekinge        | 1009,8         | 835,3          | 771,3          | 644,7          | 633,5          |
| Dalarna         | 781,7          | 703,7          | 624,0          | 507,1          | 504,2          |
| Gotland         |                | 1031,4         | 827,6          | 670,0          |                |
| Gävleborg       | 724,6          | 660,3          | 620,6          | 525,6          | 380,8          |
| Halland         | 551,9          | 633,7          | 574,8          | 502,3          | 422,6          |
| Jämtland        | 693,6          | 825,8          | 654,7          | 634,1          | 446,6          |
| Jönköping       | 668,5          | 678,0          | 602,0          | 533,2          | 452,2          |
| Kalmar          | 732,0          | 680,1          | 580,3          | 519,5          | 545,0          |
| Kronoberg       | 938,5          | 635,9          | 723,1          | 583,9          | 639,9          |
| Norrbottn       | 478,3          | 953,7          | 918,3          | 661,0          | 513,0          |
| Skåne           | 773,5          | 733,5          | 633,7          | 538,1          | 478,9          |
| Stockholm       | 1029,1         | 965,7          | 947,3          | 769,6          | 643,5          |
| Södermanland    | 874,2          | 846,4          | 726,9          | 577,4          | 694,3          |
| Uppsala         | 856,7          | 693,4          | 724,9          | 585,4          | 504,9          |
| Värmland        | 928,1          | 697,2          | 664,1          | 531,8          | 466,6          |
| Västerbottn     |                | 863,1          | 717,1          | 616,0          | 560,7          |
| Västernorrland  | 1114,1         | 999,4          | 720,9          | 708,4          | 547,6          |
| Västmanland     | 755,2          | 714,1          | 706,3          | 601,8          | 503,1          |
| Västra Götaland | 790,8          | 741,3          | 663,5          | 566,3          | 509,7          |
| Örebro          | 1050,0         | 894,8          | 675,5          | 597,3          | 412,5          |
| Östergötland    | 733,8          | 574,0          | 577,8          | 493,8          | 404,6          |

**Tabell B7. Vårddag (vårddagar) per 1 000 personer under år 2023, kardiovaskulära sjukdomar, per region och områdestyp**

| Region    | Områdestyp p 1 | Områdestyp p 2 | Områdestyp p 3 | Områdestyp p 4 | Områdestyp p 5 |
|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Blekinge  | 70,9           | 102,9          | 100,7          | 88,3           | 78,3           |
| Dalarna   | 86,9           | 88,2           | 77,4           | 70,7           | 81,5           |
| Gotland   |                | 85,7           | 95,3           | 76,4           |                |
| Gävleborg | 89,3           | 78,5           | 79,9           | 77,6           | 54,4           |
| Halland   | 99,7           | 83,0           | 72,0           | 68,3           | 61,2           |
| Jämtland  | 31,8           | 50,3           | 63,0           | 61,3           | 38,8           |
| Jönköping | 83,3           | 78,0           | 81,0           | 72,1           | 53,4           |
| Kalmar    | 79,1           | 69,9           | 66,6           | 57,7           | 61,0           |
| Kronoberg | 78,0           | 77,9           | 76,0           | 77,9           | 63,2           |
| Norrbottn | 29,5           | 102,4          | 80,0           | 75,7           | 60,8           |
| Skåne     | 110,6          | 106,0          | 93,2           | 78,0           | 71,0           |

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

| Region          | Områdestyp p 1 | Områdestyp p 2 | Områdestyp p 3 | Områdestyp p 4 | Områdestyp p 5 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Stockholm       | 136,1          | 119,6          | 108,6          | 92,5           | 80,0           |
| Södermanland    | 95,7           | 62,0           | 77,4           | 68,1           | 109,1          |
| Uppsala         | 104,8          | 116,6          | 102,8          | 90,2           | 83,9           |
| Värmland        | 90,1           | 86,3           | 79,3           | 74,9           | 60,9           |
| Västerbotten    |                | 97,8           | 77,4           | 69,7           | 60,7           |
| Västernorrland  | 130,7          | 93,1           | 81,0           | 83,3           | 73,1           |
| Västmanland     | 78,8           | 87,9           | 89,4           | 74,8           | 68,4           |
| Västra Götaland | 112,5          | 94,7           | 82,7           | 79,4           | 68,1           |
| Örebro          | 88,1           | 64,6           | 64,7           | 57,7           | 44,6           |
| Östergötland    | 96,8           | 71,8           | 72,6           | 63,3           | 50,3           |

Tabell B8. Vårdtid (vård dagar) per 1 000 personer under år 2023, omkologi, per region och områdestyp

| Region          | Områdestyp p 1 | Områdestyp p 2 | Områdestyp p 3 | Områdestyp p 4 | Områdestyp p 5 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Blekinge        | 69,4           | 50,9           | 47,0           | 36,4           | 39,9           |
| Dalarna         | 67,1           | 32,0           | 32,8           | 37,8           | 21,3           |
| Gotland         |                | 78,3           | 36,6           | 60,2           |                |
| Gävleborg       | 26,5           | 39,8           | 29,6           | 31,3           | 15,1           |
| Halland         | 35,2           | 41,9           | 32,6           | 34,0           | 33,2           |
| Jämtland        | 100,2          | 36,4           | 51,3           | 51,5           | 23,3           |
| Jönköping       | 32,8           | 28,1           | 32,9           | 29,7           | 31,2           |
| Kalmar          | 35,7           | 34,4           | 31,6           | 33,4           | 53,3           |
| Kronoberg       | 43,7           | 31,2           | 40,1           | 27,0           | 25,5           |
| Norrbottn       | 0,3            | 45,8           | 51,4           | 42,9           | 28,3           |
| Skåne           | 56,8           | 57,0           | 50,1           | 49,5           | 48,3           |
| Stockholm       | 54,3           | 70,3           | 60,9           | 60,1           | 50,8           |
| Södermanland    | 55,6           | 47,4           | 49,3           | 46,8           | 47,4           |
| Uppsala         | 79,1           | 61,9           | 63,1           | 56,4           | 28,7           |
| Värmland        | 72,0           | 46,0           | 48,8           | 36,0           | 41,1           |
| Västerbotten    |                | 80,0           | 56,7           | 61,0           | 65,3           |
| Västernorrland  | 37,7           | 42,3           | 33,9           | 35,5           | 43,0           |
| Västmanland     | 44,0           | 39,5           | 40,3           | 37,5           | 35,4           |
| Västra Götaland | 40,5           | 48,6           | 44,0           | 41,3           | 40,6           |
| Örebro          | 43,2           | 47,8           | 46,9           | 44,1           | 51,5           |
| Östergötland    | 45,2           | 27,4           | 32,7           | 32,6           | 26,1           |

**Tabell B9. Vårdtid (vård dagar) per 1 000 personer under år 2023, psykisk ohälsa, per region och områdestyp**

| Region          | Områdestyp p 1 | Områdestyp p 2 | Områdestyp p 3 | Områdestyp p 4 | Områdestyp p 5 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Blekinge        | 337,5          | 228,4          | 164,1          | 132,5          | 88,6           |
| Dalarna         | 259,2          | 209,8          | 182,9          | 95,3           | 142,1          |
| Gotland         |                | 258,2          | 203,8          | 99,8           |                |
| Gävleborg       | 212,1          | 166,7          | 122,1          | 72,6           | 16,2           |
| Halland         | 126,3          | 147,2          | 136,8          | 99,9           | 46,7           |
| Jämtland        | 309,8          | 260,4          | 126,0          | 128,8          | 52,1           |
| Jönköping       | 148,1          | 214,2          | 123,1          | 93,8           | 28,2           |
| Kalmar          | 258,7          | 175,8          | 134,1          | 94,2           | 25,9           |
| Kronoberg       | 371,3          | 102,2          | 228,2          | 133,8          | 180,9          |
| Norrbottnen     | 7,1            | 325,9          | 270,9          | 139,3          | 137,3          |
| Skåne           | 203,1          | 186,8          | 144,5          | 101,5          | 80,6           |
| Stockholm       | 257,1          | 191,8          | 218,4          | 137,4          | 87,1           |
| Södermanland    | 291,0          | 262,5          | 181,2          | 96,1           | 175,1          |
| Uppsala         | 105,6          | 133,9          | 157,0          | 96,5           | 96,4           |
| Värmland        | 169,7          | 92,0           | 75,7           | 56,7           | 59,4           |
| Västerbotten    |                | 235,1          | 163,7          | 105,8          | 87,0           |
| Västernorrland  | 430,9          | 442,0          | 205,9          | 231,6          | 170,2          |
| Västmanland     | 204,0          | 177,6          | 179,1          | 119,4          | 82,7           |
| Västra Götaland | 228,4          | 192,2          | 169,3          | 114,2          | 109,2          |
| Örebro          | 506,6          | 480,8          | 246,8          | 199,2          | 63,1           |
| Östergötland    | 188,9          | 171,7          | 143,8          | 115,7          | 67,7           |

**Tabell B10. Vårdtid (vård dagar) per 1 000 personer under år 2023, rörelseorganens sjukdomar, per region och områdestyp**

| Region       | Områdestyp p 1 | Områdestyp p 2 | Områdestyp p 3 | Områdestyp p 4 | Områdestyp p 5 |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Blekinge     | 24,4           | 26,0           | 23,7           | 20,9           | 20,1           |
| Dalarna      | 22,1           | 26,8           | 20,3           | 19,9           | 25,2           |
| Gotland      |                | 37,2           | 30,1           | 28,5           |                |
| Gävleborg    | 28,0           | 20,7           | 21,2           | 19,7           | 17,4           |
| Halland      | 17,9           | 16,9           | 20,8           | 20,3           | 21,3           |
| Jämtland     | 6,6            | 20,3           | 32,6           | 26,7           | 21,2           |
| Jönköping    | 31,9           | 22,8           | 21,0           | 20,4           | 13,2           |
| Kalmar       | 11,0           | 21,2           | 17,7           | 20,7           | 14,0           |
| Kronoberg    | 25,6           | 18,7           | 31,1           | 21,5           | 15,0           |
| Norrbottnen  | 0,1            | 34,8           | 28,5           | 24,2           | 24,3           |
| Skåne        | 23,9           | 21,7           | 22,9           | 21,2           | 19,5           |
| Stockholm    | 39,1           | 41,2           | 42,7           | 36,5           | 32,7           |
| Södermanland | 16,5           | 20,8           | 24,5           | 20,0           | 22,9           |
| Uppsala      | 30,0           | 15,1           | 25,9           | 23,4           | 23,3           |
| Värmland     | 33,3           | 22,9           | 22,6           | 19,1           | 14,3           |

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

| Region                 | Områdesty<br>p 1 | Områdesty<br>p 2 | Områdesty<br>p 3 | Områdesty<br>p 4 | Områdesty<br>p 5 |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Västerbotten</b>    |                  | 16,5             | 26,1             | 22,2             | 18,0             |
| <b>Västernorrland</b>  | 34,2             | 24,3             | 29,3             | 25,6             | 18,4             |
| <b>Västmanland</b>     | 17,5             | 17,5             | 22,8             | 22,3             | 21,8             |
| <b>Västra Götaland</b> | 18,1             | 26,0             | 23,0             | 22,1             | 18,9             |
| <b>Örebro</b>          | 34,5             | 29,8             | 25,0             | 20,2             | 20,6             |
| <b>Östergötland</b>    | 25,1             | 19,5             | 17,0             | 18,0             | 17,0             |

## Bilaga 3. Utvärdering av arbetssättet "En Väg In"

**Figur B1 A. Andelen barn i kontakt med BUP, skillnad mellan områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 + 2) och övriga områden. Inklusiv kontakt för adhd.**

| Region                    | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018   | 2019  | 2020  | 2021   | 2022  | 2023  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| Stockholm                 | 0,6%  | 0,0%  | 0,1%  | 0,1%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,2%  | -0,3% | -0,02% | -0,3% | -0,4% | -0,4%  | -0,6% | -1,2% |
| Uppsala                   | 0,4%  | 0,1%  | 0,5%  | 0,4%  | 0,3%  | 0,4%  | 0,1%  | -0,2% | -0,4%  | -0,3% | -0,4% | -0,07% | -0,6% | -0,6% |
| Södermanland              | -0,2% | 0,1%  | -0,2% | -0,3% | -0,8% | -0,9% | -1,3% | -1,4% | -1,5%  | -1,7% | -2,0% | -1,6%  | -1,8% | -2,0% |
| Östergötland              | 0,3%  | 0,4%  | 0,5%  | 0,1%  | -0,1% | -0,3% | -0,3% | -0,5% | -0,6%  | -0,8% | -1,0% | -1,1%  | -0,8% | -0,9% |
| Jönköping                 | -0,2% | -0,2% | 0,0%  | 0,0%  | 0,1%  | -0,2% | -0,3% | -0,6% | -0,5%  | -0,3% | -0,4% | -0,3%  | -0,9% | -0,6% |
| Kronoberg                 | -0,2% | -0,2% | 0,2%  | 0,1%  | -0,3% | -0,1% | -0,1% | -0,3% | -0,6%  | -0,7% | -0,9% | -1,0%  | -1,2% | -1,7% |
| Blekinge                  | 0,4%  | 0,4%  | 0,3%  | 0,5%  | 0,1%  | -0,5% | -0,8% | -0,3% | -0,4%  | -1,0% | -1,1% | -1,9%  | -1,1% | -0,9% |
| Västerbotten              | 0,1%  | 0,3%  | 0,4%  | 0,4%  | 0,5%  | 0,2%  | 0,0%  | 0,3%  | 0,2%   | 0,0%  | -0,4% | -0,3%  | -1,6% | -0,6% |
| Halland                   | 0,0%  | -0,5% | -0,5% | 0,1%  | -0,7% | -0,2% | 0,0%  | -0,6% | -0,5%  | -0,8% | -0,8% | -0,3%  | -0,2% | -0,8% |
| Örebro                    | -0,2% | -0,1% | -0,5% | -0,4% | -0,1% | 0,2%  | -0,5% | -0,3% | -0,3%  | -0,7% | -0,4% | -0,6%  | -0,5% | -0,3% |
| Gävleborg                 | 0,3%  | 0,0%  | 0,6%  | 0,5%  | 0,0%  | 0,0%  | -0,5% | -1,2% | -1,0%  | -1,3% | -1,6% | -1,6%  | -1,4% | -1,1% |
| Västra Götaland           | 0,0%  | 0,0%  | 0,1%  | 0,0%  | -0,1% | -0,3% | -0,3% | -0,5% | -0,5%  | -0,7% | -0,7% | -0,7%  | -0,7% | -0,7% |
| Norrbottn                 | 1,3%  | 0,4%  | 1,0%  | -0,5% | -0,9% | 0,6%  | 1,1%  | 2,7%  | 1,2%   | 1,8%  | 1,0%  | 1,1%   | 1,8%  | 0,2%  |
| Skåne                     | -0,2% | -0,2% | -0,3% | -0,3% | -0,3% | -0,3% | -0,4% | -0,5% | -0,3%  | -0,6% | -0,6% | -0,7%  | -1,0% | -0,9% |
| Kalmar (ej EVI)           | 1,2%  | 1,2%  | 0,9%  | 0,7%  | 0,4%  | 0,6%  | 0,3%  | -0,1% | 0,4%   | 0,5%  | 0,7%  | 0,4%   | 0,7%  | 0,1%  |
| Dalarna (ej EVI)          | 0,2%  | -0,1% | 0,0%  | 0,0%  | -0,6% | -0,7% | -0,9% | -1,4% | -1,0%  | -1,4% | -1,5% | -1,2%  | -1,4% | -1,0% |
| Värmland (ej EVI)         | 0,2%  | 0,5%  | 0,7%  | 0,3%  | 0,9%  | 0,8%  | 0,6%  | 0,5%  | 0,2%   | 0,7%  | 0,0%  | -0,2%  | -0,1% | -0,1% |
| Västernorrland (ej EVI)   | 1,1%  | 0,6%  | 0,5%  | -0,4% | -0,1% | -0,2% | -0,6% | -0,6% | -0,7%  | -0,2% | -1,0% | 0,1%   | 0,3%  | -0,1% |
| Västmanland (ej EVI)      | 0,2%  | 0,3%  | 0,6%  | 0,6%  | 0,3%  | -0,1% | 0,1%  | -0,3% | -0,2%  | -0,8% | -0,7% | -0,9%  | -1,4% | -1,9% |
| Gotland (EVI start 2024)  | 2,0%  | 2,8%  | 2,7%  | 3,4%  | 3,1%  | 6,5%  | 3,8%  | 3,8%  | 4,9%   | 5,8%  | 4,4%  | 2,3%   | 3,6%  | 3,4%  |
| Jämtland (EVI start 2024) | 1,5%  | 1,8%  | 1,5%  | 1,2%  | 1,6%  | 1,4%  | 1,4%  | 0,7%  | 1,1%   | 0,6%  | -0,1% | 0,2%   | 0,7%  | 0,6%  |
| <b>Total</b>              | 0,2%  | 0,0%  | 0,1%  | 0,0%  | -0,1% | -0,2% | -0,3% | -0,6% | -0,5%  | -0,6% | -0,8% | -0,8%  | -0,9% | -1,0% |

- = Andelen barn från område 1 + 2 är lägre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter
- = Andelen barn från område 1 + 2 är högre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter
- = Ingen skillnad i andelen barn från område 1 + 2 och andelen barn från övriga områdestyper
- = År då EVI infördes

**Figur B1 B. Andelen barn i kontakt med BUP, skillnad mellan områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 + 2) och övriga områden. Exklusive kontakt för adhd.**

| Region                    | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  | 2023  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Stockholm                 | 0,5%  | 0,1%  | 0,2%  | 0,1%  | 0,2%  | 0,2%  | 0,2%  | -0,1% | 0,2%  | -0,1% | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | -0,3% |
| Uppsala                   | 0,1%  | 0,0%  | 0,1%  | 0,1%  | 0,3%  | 0,2%  | 0,0%  | -0,2% | -0,3% | -0,1% | -0,1% | -0,2% | -0,1% | 0,2%  |
| Södermanland              | -0,1% | 0,4%  | 0,1%  | 0,0%  | -0,5% | -0,2% | -0,5% | -0,6% | -0,5% | -0,6% | -0,8% | -0,6% | -0,6% | -0,8% |
| Östergötland              | 0,3%  | 0,3%  | 0,5%  | 0,2%  | 0,0%  | -0,1% | 0,0%  | -0,2% | -0,2% | -0,4% | -0,3% | -0,4% | -0,3% | -0,2% |
| Jönköping                 | 0,0%  | -0,1% | 0,0%  | 0,0%  | 0,2%  | -0,2% | -0,2% | -0,4% | -0,4% | -0,1% | 0,1%  | 0,2%  | -0,1% | 0,2%  |
| Kronoberg                 | -0,3% | -0,2% | 0,2%  | 0,0%  | -0,1% | 0,0%  | 0,0%  | -0,1% | -0,3% | -0,5% | -0,6% | -0,3% | -0,5% | -0,7% |
| Blekinge                  | 0,4%  | 0,4%  | 0,6%  | 0,7%  | 0,4%  | -0,1% | -0,1% | 0,1%  | -0,1% | -0,3% | 0,0%  | -0,5% | -0,7% | -0,3% |
| Västerbotten              | 0,1%  | 0,1%  | 0,2%  | 0,4%  | 0,4%  | -0,1% | -0,2% | 0,1%  | 0,2%  | -0,1% | -0,2% | -0,4% | -0,4% | -0,5% |
| Halland                   | 0,4%  | -0,5% | -0,2% | 0,5%  | -0,2% | 0,0%  | 0,4%  | -0,1% | 0,0%  | -0,2% | -0,3% | -0,5% | 0,1%  | -0,5% |
| Örebro                    | 0,1%  | 0,0%  | -0,1% | 0,0%  | 0,0%  | 0,2%  | -0,4% | 0,0%  | -0,1% | -0,2% | 0,1%  | 0,2%  | 0,3%  | 0,7%  |
| Gävleborg                 | 0,2%  | 0,0%  | 0,4%  | 0,4%  | 0,1%  | 0,1%  | 0,0%  | -0,3% | -0,2% | -0,4% | -0,3% | -0,5% | -0,1% | 0,1%  |
| Västra Götaland           | 0,1%  | 0,0%  | 0,3%  | 0,2%  | 0,2%  | 0,0%  | 0,0%  | -0,1% | 0,0%  | -0,1% | -0,1% | 0,0%  | 0,0%  | 0,1%  |
| Norrbottn                 | 0,9%  | 0,7%  | 1,1%  | -0,7% | -0,8% | -0,4% | 0,6%  | 2,1%  | 1,4%  | 0,9%  | 0,2%  | 0,6%  | 0,7%  | 0,6%  |
| Skåne                     | -0,1% | -0,1% | -0,3% | -0,2% | -0,3% | -0,2% | -0,2% | -0,2% | -0,2% | -0,3% | -0,4% | -0,4% | -0,6% | -0,4% |
| Kalmar (ej EVI)           | 0,9%  | 1,1%  | 0,7%  | 0,3%  | 0,3%  | 0,5%  | 0,2%  | 0,1%  | 0,2%  | 0,3%  | 0,4%  | 0,4%  | 0,8%  | 0,4%  |
| Dalarna (ej EVI)          | 0,3%  | -0,1% | -0,1% | 0,2%  | -0,3% | -0,3% | -0,5% | -0,6% | -0,5% | -0,4% | -0,6% | -0,2% | -0,2% | -0,2% |
| Värmland (ej EVI)         | 0,2%  | 0,0%  | 0,5%  | 0,4%  | 0,7%  | 0,5%  | 0,5%  | 0,3%  | 0,3%  | 0,6%  | 0,0%  | -0,2% | 0,1%  | 0,2%  |
| Västernorrland (ej EVI)   | 0,7%  | 0,4%  | 0,4%  | 0,2%  | 0,0%  | -0,2% | -0,1% | -0,1% | 0,0%  | 0,2%  | -0,4% | 0,4%  | 0,3%  | 0,2%  |
| Västmanland (ej EVI)      | 0,1%  | 0,3%  | 0,5%  | 0,5%  | 0,3%  | 0,0%  | 0,1%  | -0,2% | 0,0%  | -0,4% | -0,2% | -0,1% | -0,2% | -0,4% |
| Gotland (EVI start 2024)  | 1,1%  | 1,4%  | 2,0%  | 2,9%  | 2,9%  | 3,2%  | 2,2%  | 2,5%  | 1,5%  | 2,2%  | 2,9%  | 1,4%  | 1,3%  | 1,8%  |
| Jämtland (EVI start 2024) | 1,1%  | 1,1%  | 0,6%  | 0,6%  | 0,7%  | 0,9%  | 1,0%  | 0,4%  | 1,0%  | 0,4%  | 0,1%  | 0,3%  | 0,4%  | 0,9%  |
| Total                     | 0,2%  | 0,1%  | 0,2%  | 0,2%  | 0,1%  | 0,0%  | -0,1% | -0,2% | -0,1% | -0,2% | -0,2% | -0,2% | -0,2% | -0,2% |

- = Andelen barn från område 1 + 2 är lägre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter
- = Andelen barn från område 1 + 2 är högre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter
- = Ingen skillnad i andelen barn från område 1 + 2 och andelen barn från övriga områdestyper
- = År då EVI infördes

## Bilaga 4. Cancerformer som redovisas i Cancer i Sverige

Tabell B11. Cancerformer som redovisas i Cancer i Sverige, insjuknande och dödlighet

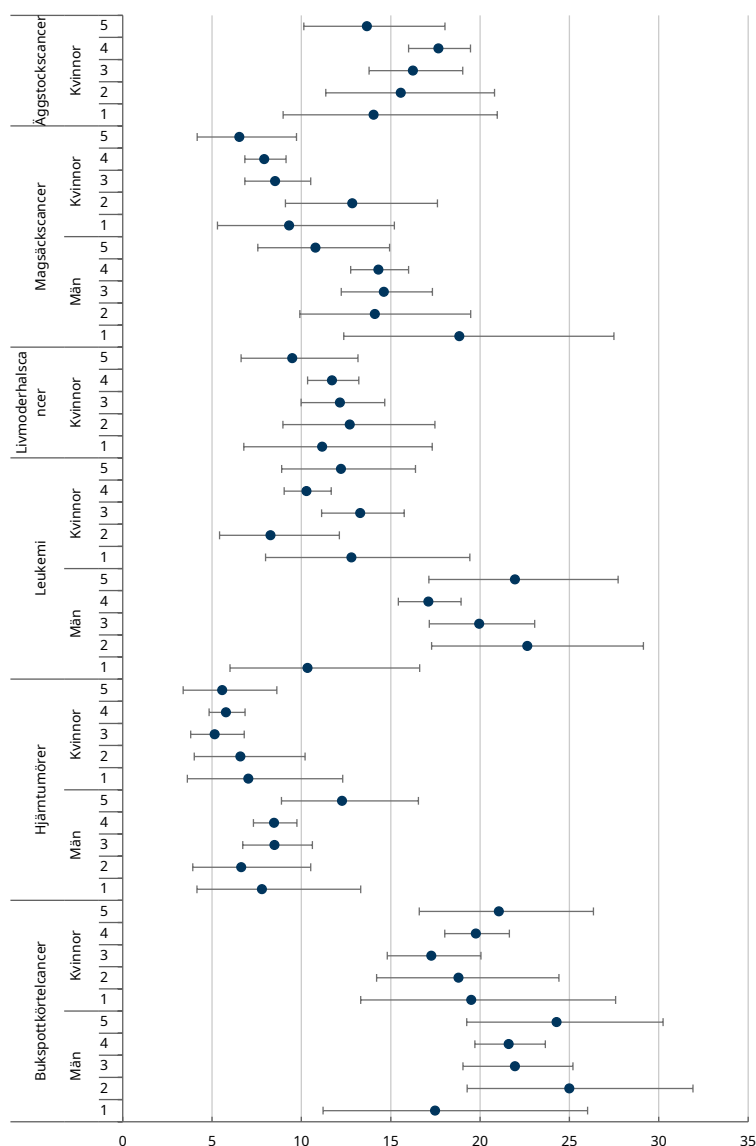
| Cancerform  | Insjuknande  | Dödlighet   |
|---|--|---|
| <b>All cancer</b>                                   | Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer.                               | Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer.  |
| <b>All cancer, vuxna</b>                            | Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer och barncancer.                | Samtliga cancerformer utom icke-melanom hudcancer och barncancer.                         |
| <b>Lungcancer</b>                                   | ICD-7: 162.1; ICD-O/3: C34   | ICD-8/9: 162; ICD-10: C34   |
| <b>Prostatacancer</b>                               | ICD-7: 177; ICD-O/3: C61   | ICD-8/9: 185; ICD-10: C61   |
| <b>Bukspottkörtelcancer</b>                         | ICD-7: 157, 195.5; ICD-O/3: C25  | ICD-8/9: 157; ICD-10: C25   |
| <b>Tjocktarmscancer</b>                             | ICD-7: 153; ICD-O/3: C18   | ICD-8/9: 153; ICD-10: C18   |
| <b>Ändtarmscancer</b>                               | ICD-7: 154.0; ICD-O/3: C19–C20   | ICD-8/9: 154.0–154.1; ICD-10: C19, C20  |
| <b>Bröstcancer</b><br><b>Bara kvinnor redovisas</b> | ICD-7: 170; ICD-O/3: C50   | ICD-8/9: 174; ICD-10: C50   |
| <b>Urinblåsecancer</b>                              | ICD-7: 181; ICD-O/3: C67   | ICD-8: 188, 223.3, 237.6; ICD-9: 188, 223.3, 236.7; ICD-10: C67, D09.0, D30.3, D41.4      |
| <b>Njuncancer</b>                                   | ICD-7: 180; ICD-O/3: C64   | ICD-8: 189.0, 223.0, 237.3; ICD-9: 189.0, 223.0; ICD-10: C64, D300, D410                  |
| <b>Magsäckscancer</b>                               | ICD-7: 151; ICD-O/3: C16   | ICD-8/9: 151; ICD-10: C16   |
| <b>Matstrupscancer</b>                              | ICD-7: 150; ICD-O/3: C15   | ICD-8/9: 150; ICD-10: C15   |
| <b>Malignt melanom*</b>                             | ICD-7: 190 (ICD-O/3: del av C44)   | ICD-8/9: 172; ICD-10: C43   |
| <b>Hjärntumörer</b>                                 | ICD-7: 1930; ICD-O/3: C71  | ICD-8: 191, 225.0, 239.6; ICD-9: 191, 225.0, 238.1; ICD-10: C71, D33.0–D33.2, D43.0–D43.2 |
| <b>Leukemi*</b>                                     | ICD-7: 204–207 (ICD-O/3: C42.1) utom 205.9 PAD 223; 207.9 PAD 293; 207.9 PAD 296 | ICD-8/9: 204–207; ICD-10: C91–C93, C94.1–C94.4, C94.7, C95                                |

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

| <b>Cancerform</b>                               | <b>Insjuknande</b>                                    | <b>Dödlighet</b>                        |
|---|---|---|
| <b>Non-Hodgkins lymfom*</b>                     | ICD-7: 200.1, 200.2, 202.1, 202.2 (ICD-O/3: C00–C80)  | ICD-8/9: 200, 202; ICD-10: C82–C86, C96 |
| <b>Myelom*</b>                                  | ICD-7: 203 (ICD-O/3: C01–C80)                         | ICD-8/9: 203; ICD-10: C90 C80)          |
| <b>Äggstockscancer</b>                          | ICD-7: 175.0, 175.1, 175.9; ICD-O/3: C56, C57.0–C57.4 | ICD-8/9: 183; ICD-10: C56, C57.0–C57.4  |
| <b>Livmoderkroppscancer</b>                     | ICD-7: 172; ICD-O/3: C54                              | ICD-8/9: 182; ICD-10: C54               |
| <b>Livmoderhalscancer</b>                       | ICD-7: 171; ICD-O/3: C53                              | ICD-8/9: 180; ICD-10: C53               |
| <b>Icke-melanom hudcancer*</b><br>(Exkluderade) | ICD-7: 191 (ICD-O/3: del av C44)                      | ICD-8/9: 173; ICD-10: C44               |
| <b>Övrig cancer</b>                             | Alla övriga maligna tumörer.                          | Alla övriga maligna tumörer.            |
| <b>Barncancer</b>                               | All cancer hos barn 0–19 år.                          | All cancer hos barn 0–19 år.            |

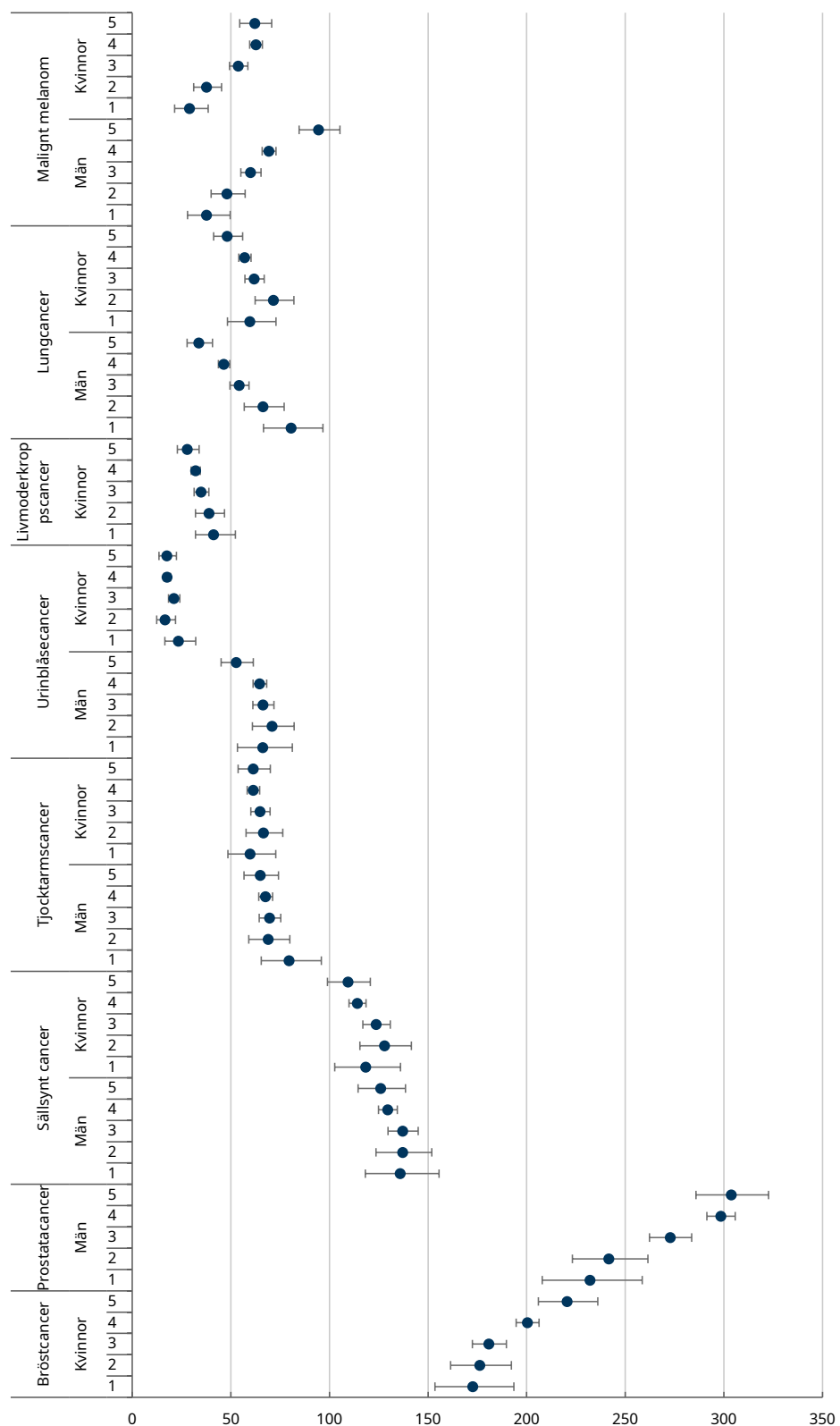
## Bilaga 5. Insjuknande och dödlighet sammanställd utifrån analysverktyget för Cancer i Sverige

Figur B3. Insjuknande: Antal personer per 100 000 invånare, åldersstandardiserat, som insjuknat i Cancer i Sverige år 2023, fördelat på områdestyp<sup>32</sup>

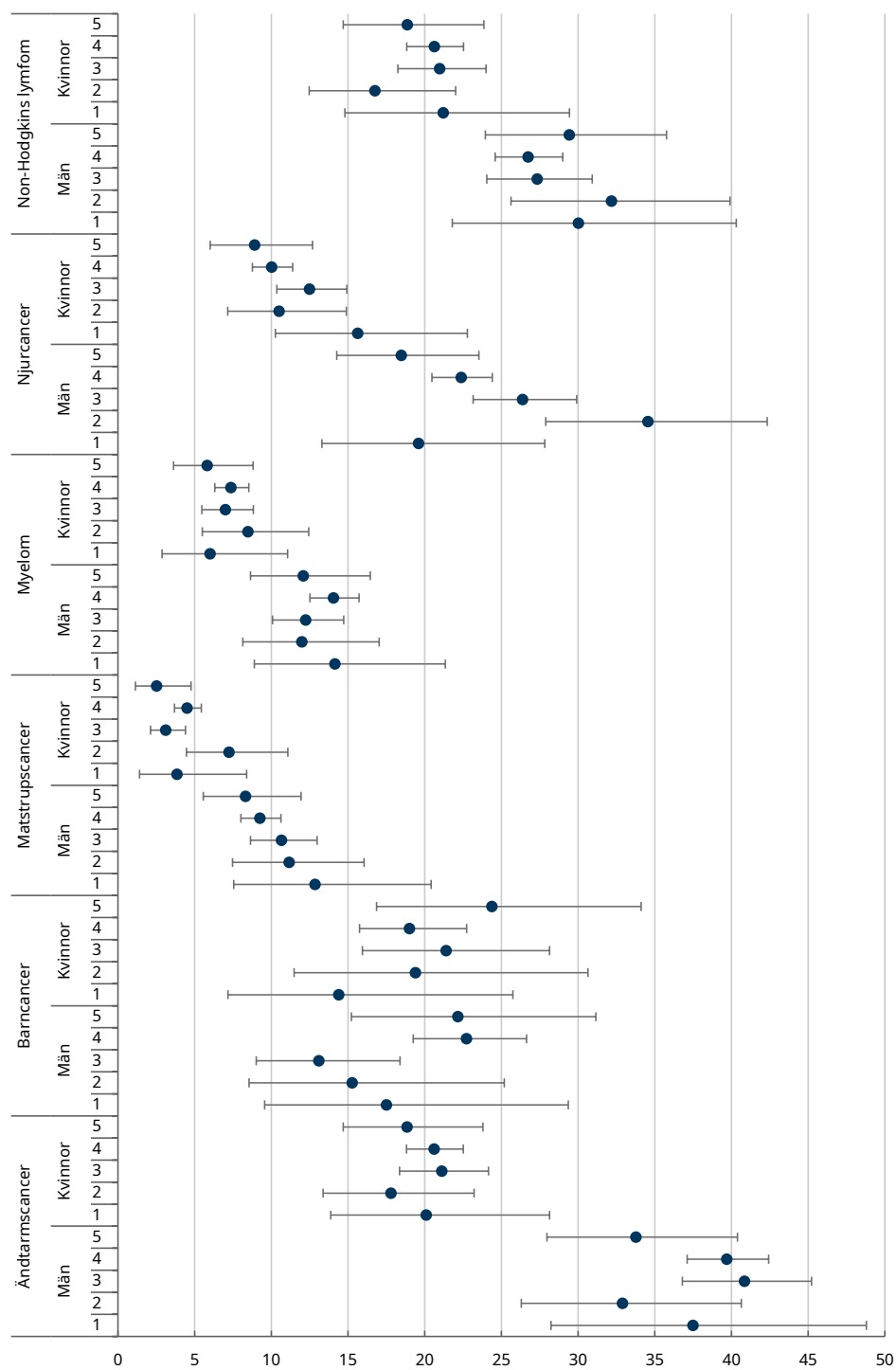


<sup>32</sup> [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS\\_insjuknande\\_dodlighet/](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_insjuknande_dodlighet/)

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

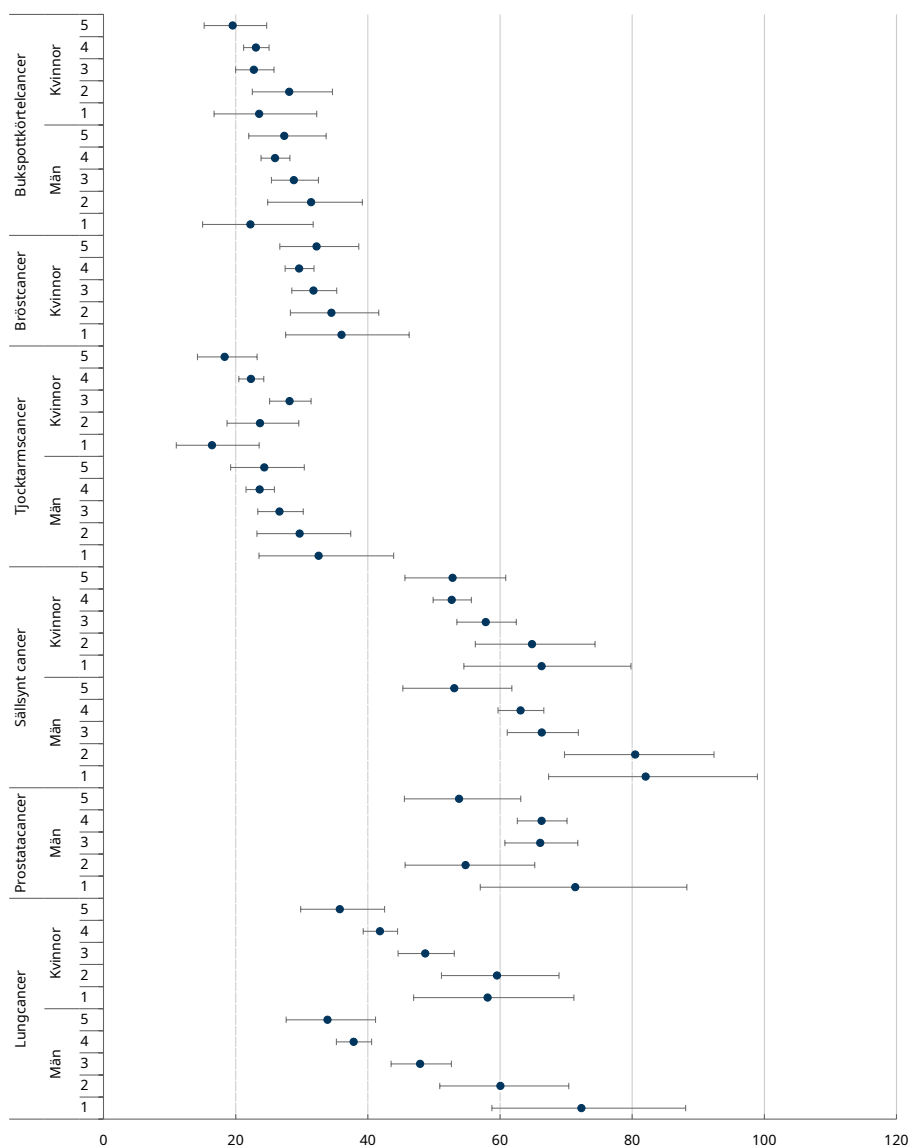


# Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst



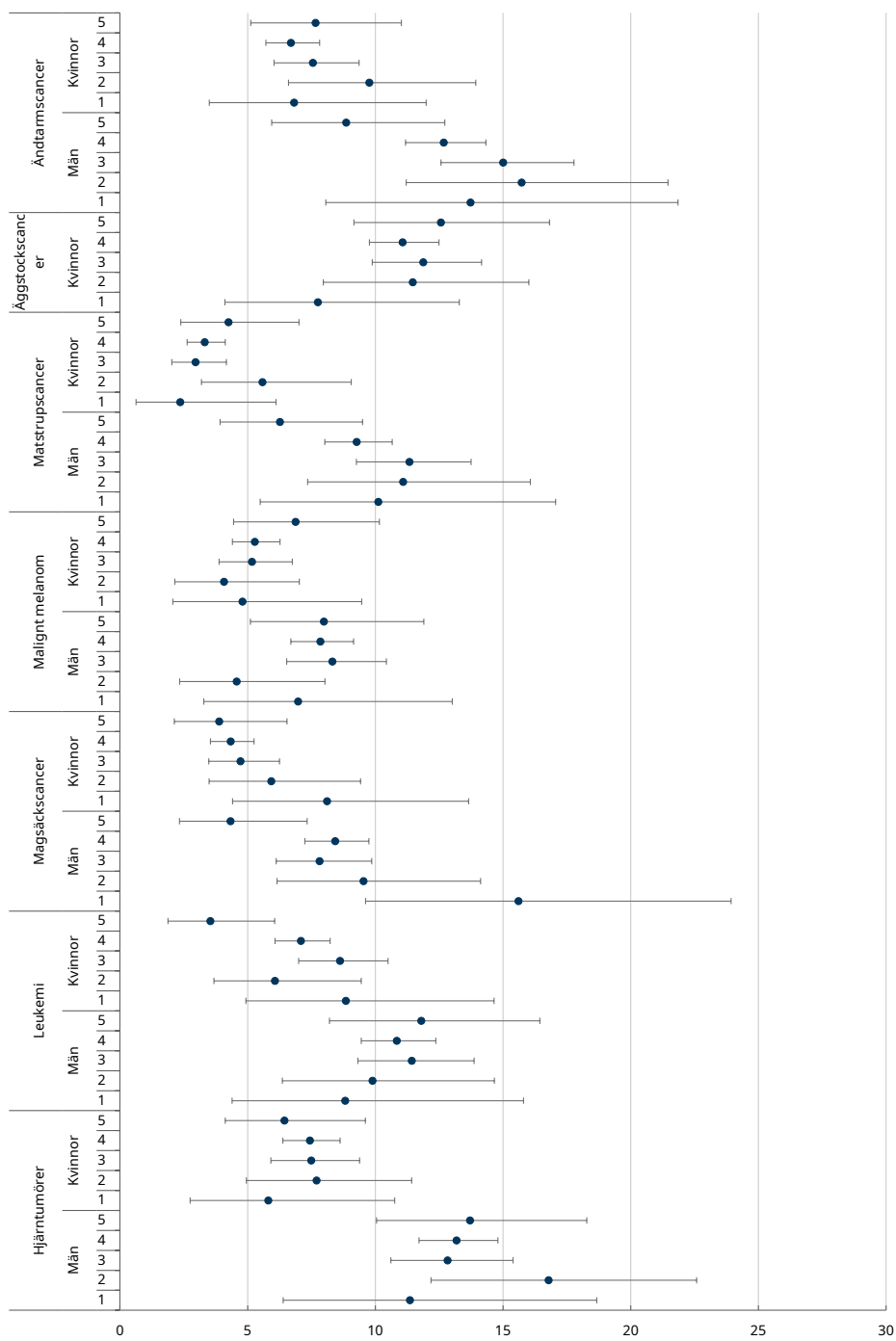
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

**Figur B4. Dödlighet: Antal personer per 100 000 invånare, åldersstandardiserat, som avlidit i Cancer i Sverige år 2023, fördelat på områdestyp<sup>33</sup>**

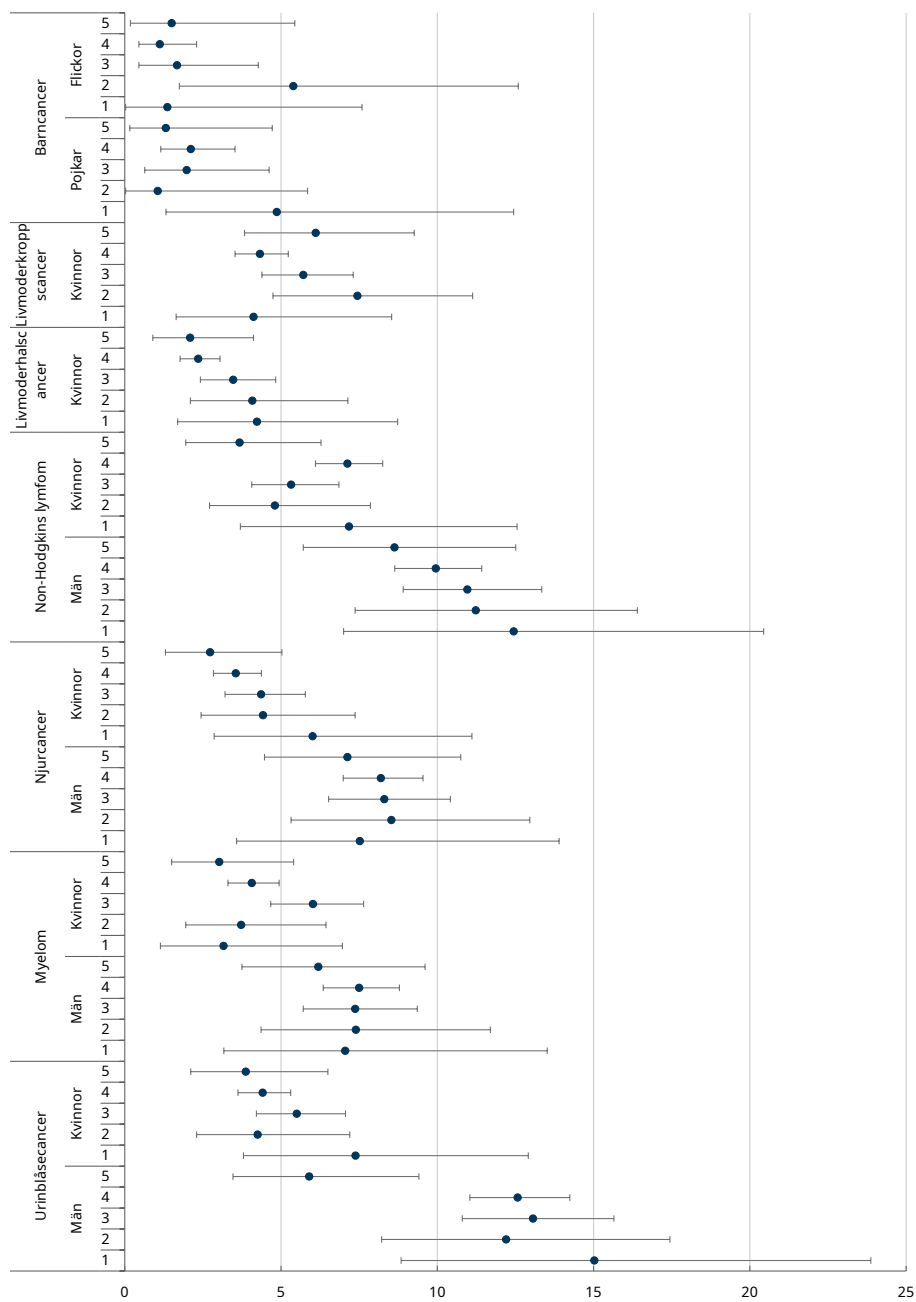


<sup>33</sup> [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS\\_insjukande\\_dodlighet/](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_insjukande_dodlighet/)

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst



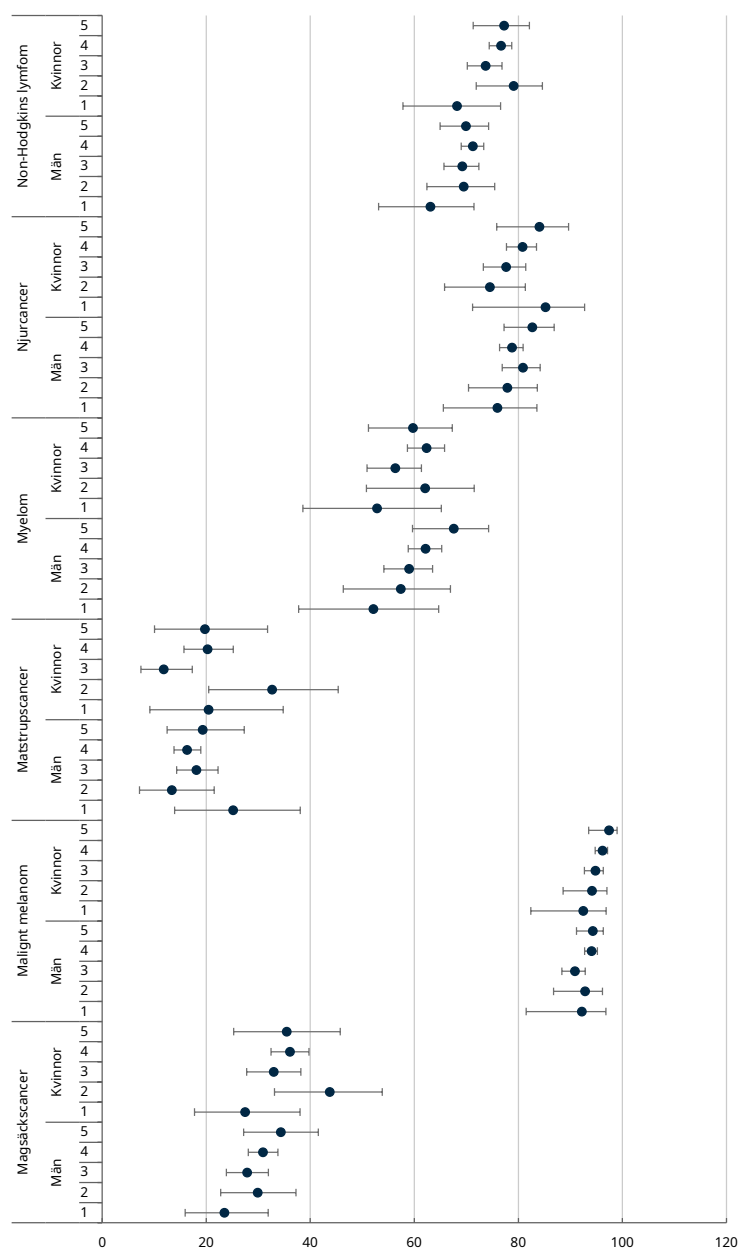
## Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB

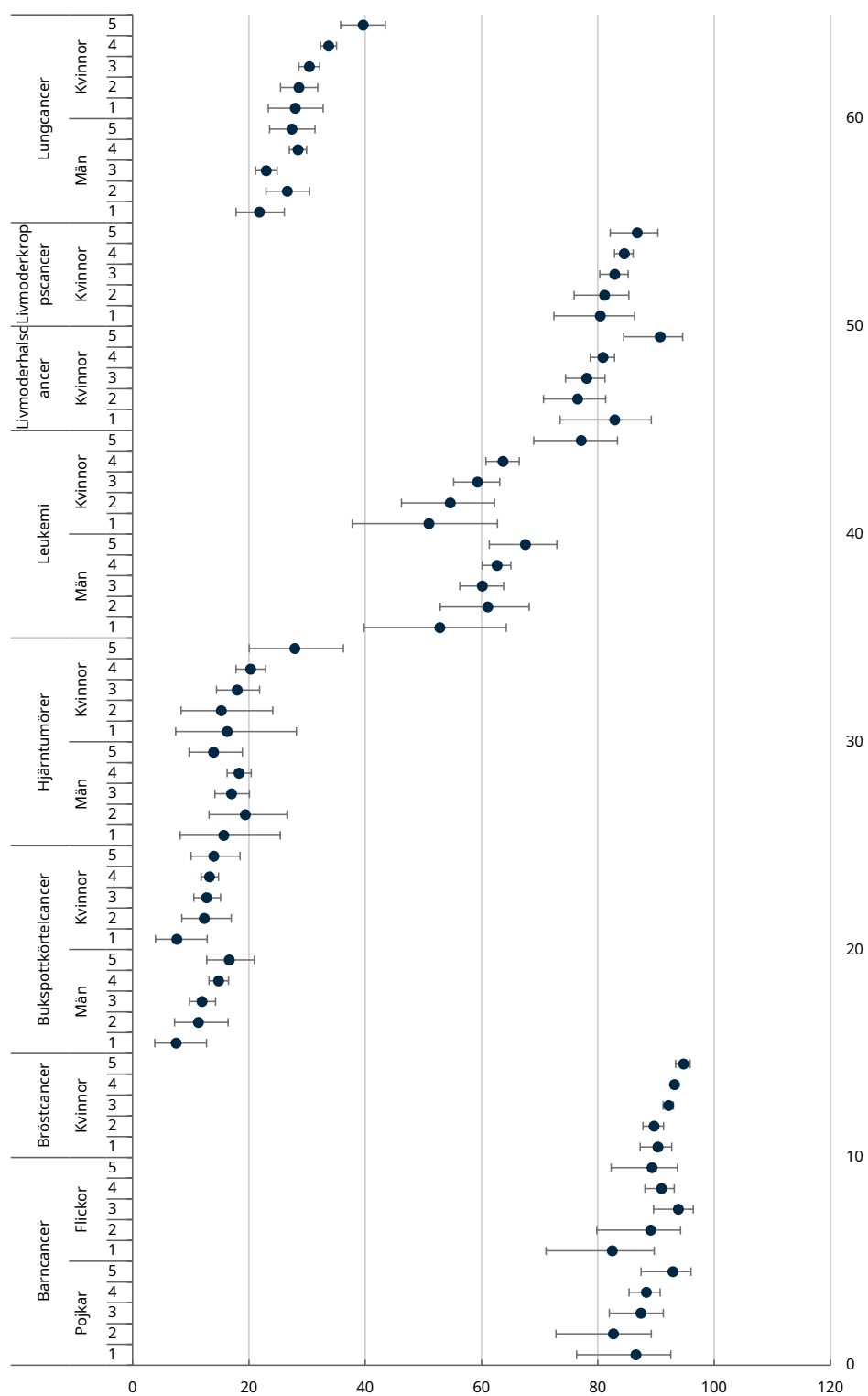
# Bilaga 6. Femårsöverlevnad sammanställd utifrån analysverktyget för Cancer i Sverige

Figur B5. Åldersstandardiserad överlevnad, fem år, fördelat på områdestyp (20–89 år). Mätperiod 2019–2023<sup>34</sup>

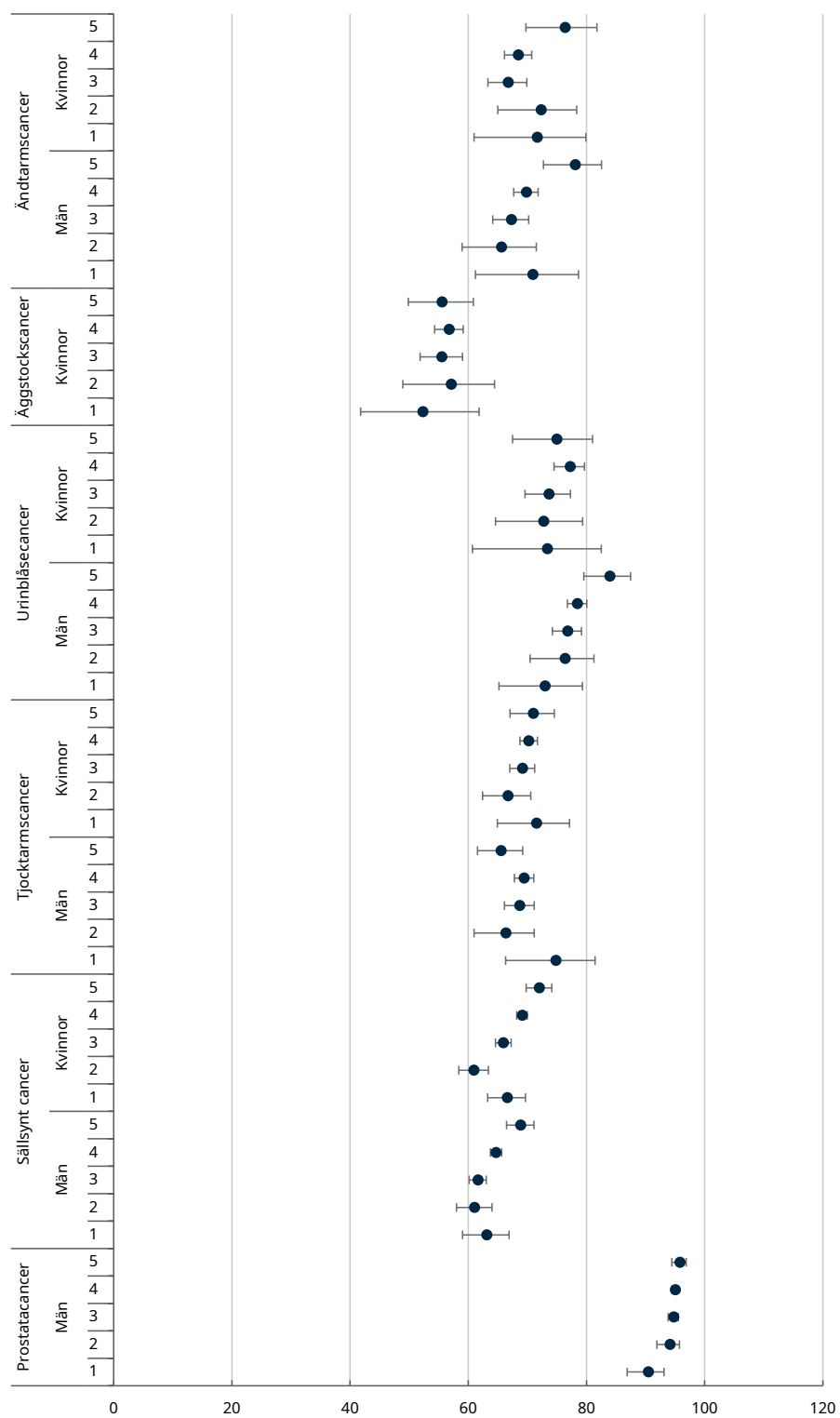


<sup>34</sup> [https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS\\_relativ\\_överlevnad/](https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/CiS_relativ_överlevnad/)

Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst



Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen; Statistikmyndigheten SCB



Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst (artikelnr 2026-3-10082)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).