

# Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2018





# Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2018

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

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

Artikelnummer 2018-3-4

Omslagsfoto Dick Clevestam, Johnér Bildbyrå AB  
Tryck Åtta.45 Tryckeri AB, april 2018

# Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna lägesrapport syftar till att redovisa tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Resultatet baseras framför allt på rapporter och sammanställningar som Socialstyrelsen och andra myndigheter har publicerat 2017. Lägesrapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän i landsting.

Rapporten har utarbetats av Sara Dahlin. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Medellivslängden ökar .....	7
Inledning .....	9
Aktuell utveckling .....	10
Folkhälsans utveckling .....	10
Stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor .....	10
Allt färre vårdas för olycksfall inom slutenvården .....	11
Färre vårdas på grund av våld och självsador .....	13
Ensamkommande barn och unga .....	15
Organdonationer ökar men behovet är fortsatt stort .....	16
Organisation och styrning .....	18
Åtgärder för att sluta hälsoklyftor .....	18
Patientmiljard för snabb vård .....	18
God och nära vård .....	19
Förslag för stärkt primärvård .....	19
Kunskapsbaserad och jämlik vård .....	19
Patientlagen har inte fått tillräckligt genomslag .....	21
Nivåstrukturering av nationell högspecialiserad vård .....	21
Utvärdering av satsning på kvalitetsregister .....	22
Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden .....	22
Vision e-hälsa 2025 .....	23
Kompetensförsörjning .....	24
Läkar- och sjukskötersketätheten jämfört med andra länder .....	26
Läget för vårdgarantin .....	29
Långa väntetider på akutmottagningar .....	29
Kortare väntetider inom delar av cancervården .....	30
Kostnader för hälso- och sjukvård .....	31
Patientsäkerhet .....	35
Ett samlat stöd i patientsäkerhet .....	35
Ny föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete .....	35
Ny föreskrift om anmälan av allvarliga vårdskador, lex Maria .....	35
Ny föreskrift om ordination och hantering av läkemedel .....	36
Tydligare begrepp inom patientsäkerhetsområdet .....	36
Öppna jämförelser säker vård .....	36
Journalgranskning i kommunal hälso- och sjukvård samt psykiatri .....	37
Utveckling av patientsäkerhetsområdet .....	38

Löfs patientsäkerhetsåtgärder .....	38
Patientsäkerheten påverkas av brister i bemanning och kompetens ...	38
Vårdskador inom somatisk slutenvård .....	39
Fortfarande hög förekomst av vårdrelaterade infektioner .....	42
Oförändrad antibiotikaanvändning .....	44
Läkemedelsrelaterade skador .....	46
Anmälningar från patienter och vårdgivare .....	46
Kommunal hälso- och sjukvård .....	50
Psykiatrisk vård .....	53
Vård för depression ökar .....	53
Suicid bland män minskar .....	58
Könsdysfori ökar .....	60
Vanligast att vara sjukskriven för psykiatrisk diagnos .....	62
Förlossningsvård .....	64
Medelvårdtiden efter förlossning minskar .....	64
Kejsarsnittsfrekvensen är oförändrad .....	66
Bristningar minskar något .....	67
Ryggmärgsskadade kvinnors förlossningar .....	67
Hjärt-kärlsjukdom och cancer .....	69
Fortsatt minskning av insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkter .....	69
Färre drabbas och dör av stroke .....	70
Dödligheten i cancer minskar .....	72
Tandvård och tandhälsa .....	75
Tandhälsa bland barn och unga .....	75
Fortsatt positiv utveckling av vuxnas tandhälsa .....	77
Besök i tandvården skiljer mellan olika grupper .....	78
Befolkningen är nöjd med tandvården .....	79
Viktiga faktorer för jämlik tandvård .....	80
Användning av antibiotika i tandvården .....	84
Brister i dokumentation och diagnostisering .....	85
En ny prisjämförelsetjänst för tandvården .....	86
Personaltillgång i tandvården .....	86
Ny specialitet för tandläkare .....	88
Referenser .....	89



# Sammanfattning

## Medellivslängden ökar

Medellivslängden ökar för såväl kvinnor som män. År 2015 var medellivslängden 84,0 år för kvinnor och 80,4 år för män. Under senare år har skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildningsnivå ökat. Personer med eftergymnasial utbildning har högst medellivslängd.

En orsak till ökad medellivslängd beror på att insjuknande och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar minskar i befolkningen. Även dödligheten i cancer fortsätter att minska. Under en längre tidsperiod har dock insjuknandet i cancer ökat. Lungcancer är den cancerform som orsakade flest dödsfall. Drygt 1 800 kvinnor och ungefär lika många män dog i lungcancer 2016.

## Utbyggt stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor

Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor har ökat sedan 2013 men är fortfarande på en låg nivå. Framförallt är det stödet till patienter med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet som har byggts ut. De nya nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper, exempelvis vuxna med en social sårbarhet och gravida kvinnor.

## Allt fler unga vårdas för depression

Andelen kvinnor och män som vårdats för depression har ökat sedan 2006. Ökningen är särskilt stor för personer under 25 år. Även behandlingen med antidepressiva läkemedel ökar över tid för personer i åldersgruppen 15–24 år. Den ökade förskrivningen är en konsekvens av att allt fler diagnostiseras med psykisk ohälsa.

## Kortare vårdtider efter förlossning

Medelvårdtiden efter förlossning minskar. År 2016 var medelvårdtiden 1,8 dygn efter vaginal förlossning och 2,9 dygn efter kejsarsnitt. Riskerna med korta vårdtider är exempelvis att psykisk ohälsa inte upptäcks innan utskrivning. Nästan två tredjedelar av sjukhusen saknar skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa hos kvinnor efter förlossning.

## Äldre väntar längre vid akutmottagningarna

Väntetiderna vid akutmottagningarna fortsätter att öka. Medianvistelsetiden är nu 3 timmar och 30 minuter. Kvinnor väntar något längre än män. De äldre, det vill säga personer över 80 år, får generellt träffa läkare snabbare än andra, men blir kvar längre på akuten. En orsak är att de oftast behöver skrivas in och därför behöver vänta på lediga vårdplatser.

## Mer än hälften av alla skador i vården kan förebyggas

Andelen vårdtillfällen där patienter vårdas för skador ökar. År 2015 var andelen vårdtillfällen med skador 10,9 procent medan den var 12,3 procent 2017. Majoriteten av alla undvikbara skador, 34 procent, är vårdrelaterade infektioner. För den som drabbas av en undvikbar skada ökar medelvårdtiden med 7 dagar.

## Hög efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal

Efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal överstiger tillgången vad gäller barnmorskor, specialistläkare och sjuksköterskor. I förhållande till befolkningens mängden i Sverige är dock antalet läkare och sjuksköterskor hög jämfört med andra länder.

Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar. Ett flertal satsningar pågår för att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och att använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt.

## Tandhälsan är god i befolkningen

Tandhälsan hos barn och unga i befolkningen är god, men sedan 2010 har tandhälsan försämrats bland förskolebarn. Orsaken till detta är inte känd. Andelen kariesfria sexåringar var 75 procent 2016 vilket antagligen innebär att Sverige inte kommer att nå WHO:s mål om att 80 procent av sexåringarna i Europa ska vara kariesfria 2020.

Även bland vuxna är tandhälsan generellt sett god. Det finns inga större skillnader mellan kvinnor och män, men skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är stora. Det är till exempel betydligt vanligare att personer med kortare utbildning enbart besöker tandvården av akuta skäl. I denna grupp är det dessutom vanligare med utdragning av tänder än vad det är för personer med längre utbildning.

## Fler kan få tillgång till tandvårdsbidraget

Kunskapen om det särskilda tandvårdsbidraget till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionshinder behöver öka. Det särskilda tandvårdsbidraget kan användas för förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas men majoriteten av de patienter som varit berättigade till stödet har inte utnyttjat det. För att patienter ska få tillgång till bidraget och förebyggande tandvårdsinsatser krävs att stödet är känt bland patienter, närstående och vårdgivare.

# Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att varje år redovisa en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Rapporten har kapitel för följande områden:

- aktuell utveckling
- vårdens organisation och styrning
- patientsäkerhet
- kommunal hälso- och sjukvård
- psykiatrisk vård
- förlossningsvård
- tandvård

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

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

## Datakällor

Rapporten bygger på flera källor:

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

# Aktuell utveckling

I detta inledande kapitel beskrivs folkhälsans utveckling, befolkningens levnadsvanor, hälso- och sjukvårdens arbete med våld samt ensamkommande barn och unga.

## Folkhälsans utveckling

År 2015 var medellivslängden 84,0 år för kvinnor och 80,4 år för män. Sedan 1980 har mäns förväntade medellivslängd ökat med närmare 8 år medan kvinnors förväntade medellivslängd har ökat med drygt 5 år [1].

Utbildning är en viktig bestämningsfaktor för befolkningens medellivslängd. Skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildningsnivå har ökat under senare år. Personer med eftergymnasial utbildning har högst medellivslängd. Den återstående medellivslängden vid 30 års ålder var 54,5 år för kvinnor och 51,2 år för män under 2014–2016. Mellan grupperna med eftergymnasial och förgymnasial utbildning är skillnaden i medellivslängd<sup>1</sup> nu drygt 6 år för män och 5,5 år för kvinnor. Skillnaden mellan grupperna med eftergymnasial och gymnasial utbildning är 2,3 år för kvinnor och 2,9 år för män. Det skiljer drygt 3 år mellan grupperna med gymnasial och förgymnasial utbildning oavsett kön. Det är män med eftergymnasial utbildning som haft den största ökningen av den återstående medellivslängden vid en jämförelse mellan åren [2, 3].

## Stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor

Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet utgör viktiga riskfaktorer för många folksjukdomar till exempel hjärt- och kärlsjukdom, cancer och typ 2-diabetes. Tillsammans bidrar effekterna av ohälsosamma levnadsvanor till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige [4].

### Primärvårdens stöd till patienter ökar

Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor har ökat varje år sedan 2013. Framförallt är det stödet till patienter med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet som har byggts ut. Stödet till patienter som röker eller som har ett riskbruk av alkohol är inte lika omfattande och utvecklas inte lika snabbt. Mellan 2015 och 2016 ses ingen ökning när det gäller rådgivning om rökning och riskbruk av alkohol.

Arbetet med alla levnadsvanor är fortfarande på en låg nivå i förhållande till hur många patienter det berör. När det gäller patienter som röker är det i

---

<sup>1</sup> Återstående medellivslängd vid 30 års ålder.

många landsting mindre än en halv procent av patienterna som får rådgivande samtal, samtidigt som ungefär 10 procent av patienterna röker. När det gäller stöd vid riskbruk ser det ännu sämre ut.

Skillnaderna mellan landstingen är stora, särskilt när det gäller rådgivning om mat och fysisk aktivitet. Det är större chans att få stöd i de landsting som har kommit längst i utbyggnaden av rådgivningen.

## Nya riktlinjer betonar vikten av stöd till riskgrupper

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor har publicerats i en remissversion. Rekommendationerna omfattar åtgärder för att stödja personer att förändra levnadsvanor som tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet, i syfte att förbättra hälsa och förebygga och behandla sjukdom [5].

Riktlinjerna betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper, vilket inkluderar vuxna som har en sjukdom eller en social sårbarhet, vuxna som ska genomgå en operation, barn och unga samt gravida kvinnor. De flesta rekommenderade åtgärderna består av rådgivning i form av samtal. Andra exempel på åtgärder är familjestödsprogram eller webbaserad intervention.

Sammanfattningsvis innebär de nya riktlinjerna att hälso- och sjukvården behöver tillsätta resurser för att fler personer med ohälsosamma levnadsvanor ska kunna erbjudas åtgärder. På sikt förväntas det leda till minskade kostnader för hälso- och sjukvården genom att antalet personer med ohälsosamma levnadsvanor minskar. Det kommer att ge en högre hälsa i befolkningen och en lägre risk för framtida sjuklighet och därmed även ett mindre behov av hälso- och sjukvård.

## Allt färre vårdas för olycksfall inom slutenvården

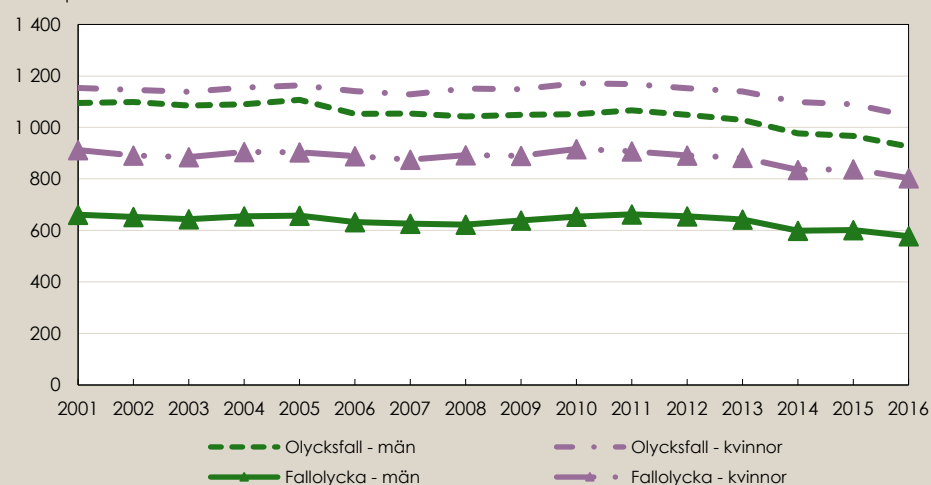
År 2016 skrevs totalt 147 000 personer in på sjukhus på grund av en skadehändelse, vilket är en minskning sedan 2015. En förklaring till att färre personer vårdas för olycksfall kan vara att fler behandlas i öppenvården [6]. Ett exempel på det är hjärnskakningar, där antalet personer som lagts in på sjukhus mer än halverats sedan början av 2000-talet.

Liksom tidigare år är fallolyckor den vanligaste skadeorsaken till inläggningar på sjukhus, vilket framgår av figur 1 nedan. Två tredjedelar av alla olycksfall berodde på fall, vilket motsvarar cirka 69 000 personer. Fallolyckor dominerar bland äldre och 2016 var sju av tio av de drabbade 65 år eller äldre.

**Figur 1. Samtliga olycksfall respektive fallolyckor år 2001–2016**

Andel personer som vårdats på sjukhus.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en av flera myndigheter som deltar i den årliga nationella kampanjen *Balansera mera – kampanj för att förhindra fallolyckor*. Kampanjen har tre teman: mat, motion och medicin och uppmärksammar personer i åldern 55 år och uppåt om hur de själva kan minimera risken att falla [7]. Myndigheten har också fått i uppdrag av regeringen att ta fram en webbaserad utbildning om fallprevention. Utbildningen riktar sig mot verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. Uppdraget ska slutredovisas senast 1 mars 2019 [8].

Antalet sjukhusinlagda till följd av vägtrafikolyckor fortsätter också att minska. År 2016 var antalet 8 400 vilket är en nedgång med nästan 40 procent sedan början av 2000-talet. Till stor del beror det på att färre vårdas till följd av bilolyckor. Minskningen är störst i åldersgruppen 15–24 år.

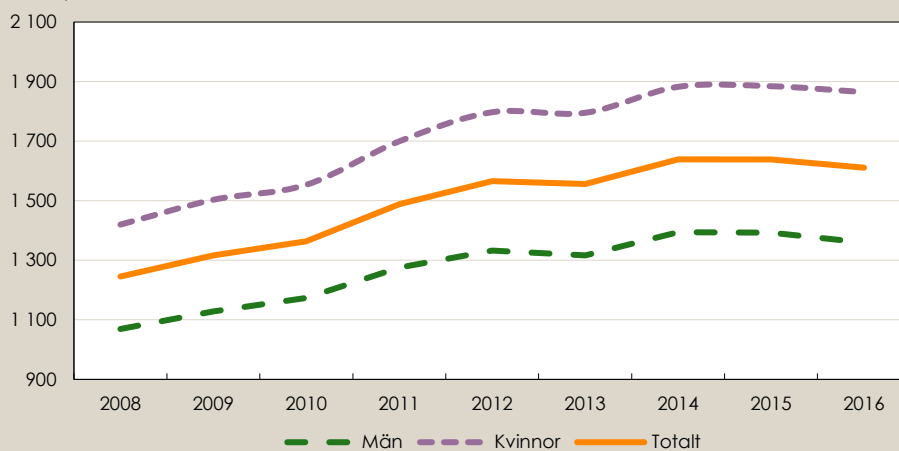
## Behov av nationella kunskapsstöd för långvariga smärttillstånd

Förekomsten av personer som vårdats med långvariga smärttillstånd, inklusive whiplash-skador, har ökat under det senaste decenniet [9]. Sedan 2015 har förekomsten minskat något. Detta kan ses i figur 2.

**Figur 2. Långvarig smärta, fördelat på kön**

Andel personer som vårdats för långvarig smärta\* 2008–2016.

Antal per 100 000



\* Slutent- och specialiserad öppenvård med diagnoser enligt bilaga (Huvud- och bidiagnoser)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ett flertal problem har identifierats. Till exempel finns det behov av bättre samordning mellan olika vårdnivåer. Det finns också behov av att utveckla fler nationella kunskapsstöd.

Psykisk ohälsa, läkemedelsbehandling för opioder och psykofarmaka var vanligt förekommande bland såväl kvinnor som män med whiplash-skador.

Patienternas upplevda livskvalitet<sup>2</sup> hade förbättrats vid avslutad smärtehabilitering och förbättrades ytterligare vid en ettårsuppföljning jämfört med första besöket<sup>3</sup>. Samma mönster observerades oavsett kön.

Bland kvinnor som diagnosticerats med långvariga smärttillstånd och som enbart har grundskoleutbildning är andelen långtidssjukskrivna högre än vad den är i övriga befolkningen [9].

## Färre vårdas på grund av våld och självsador

Antalet personer som varit inlagda på grund av våld har minskat med omkring 40 procent under de senaste tio åren. Särskilt stor är minskningen bland unga män i åldern 15–24 år [6].

År 2015 var det cirka 7 100 personer som skrevs in på sjukhus för självsador (avsiktligt självdestruktiv handling), och det är i synnerhet unga kvinnor, 15–24 år, som vårdas för detta. De senaste åren har det dock skett en viss minskning i antal kvinnor som vårdats, medan antalet män som vårdats för självskada ligger på i stort sett samma nivå under hela perioden 2001–2015.

Inläggningar på sjukhus på grund av våld och självsador är vanligare bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med personer med längre utbildning.

<sup>2</sup> Enligt EQ-5D index och EQ-5D VAS.

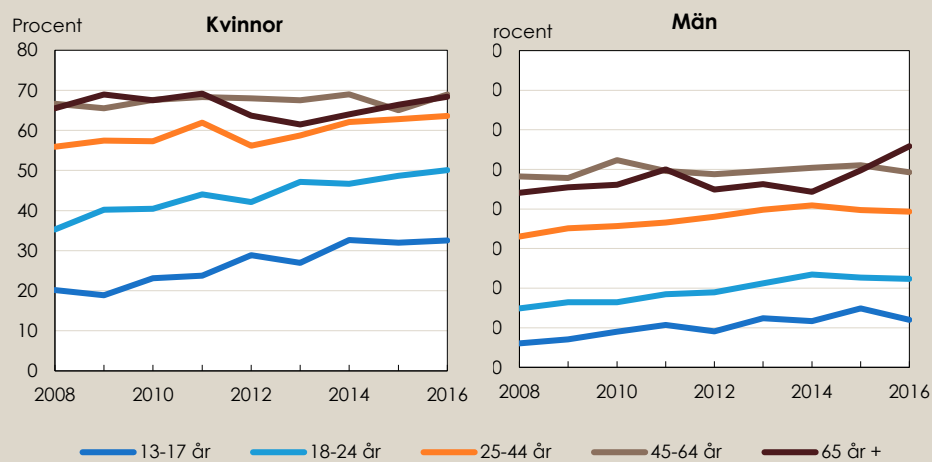
<sup>3</sup> Undersökningen avser patienter som avslutat rehabilitering 2014 och genomfört en ettårsuppföljning 2015.

## Hög psykofarmakaanvändning bland våldsutsatta

En hög andel av de personer som vårdats för övergrepp använder psykofarmaka två år innan eller samma år som vårdades. Som figur 3 visar är det en högre andel kvinnor än män som använder psykofarmaka. Högst är förekomsten bland kvinnor i de äldsta åldersgrupperna. Jämfört med de yngre åldersgrupperna är det dock inte lika vanligt att de äldre vårdas för våldsutsatt-  
het.

**Figur 3. Psykofarmakaanvändning bland våldsutsatta**

Andel som förskrivits psykofarmaka\* inom en tvåårsperiod före eller samma år som övergreppet. Personer som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för skador till följd av övergrepp\*\*.



\* ATC-kod: N03, N05A exkl. N05AN, N05B, N05C exkl. N05CH01, N06A. \*\* ICD10: X85-Y09.  
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Nationell strategi mot våld

Regeringen har beslutat om en nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. I strategin finns ett fokus på att stärka skydd för våldsutsatta, men också på mäns delaktighet och ansvar för att stoppa våldet. Socialstyrelsen erbjuder bland annat nationellt och regionalt kompetensstöd om våld i nära relationer och fördelar utvecklingsmedel för att kvalitetsutveckla hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn.<sup>4</sup> En webbkurs om våld har tagits fram av Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK, i samverkan med länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Kursen har fått stort genomslag och 2017 var antalet användare nästan 19 000. Andelen användare från landstingen var 17 procent. NCK tog under 2017 fram ett kompletterande webbstöd för hälso- och sjukvården och tandvården som lanserades i februari 2018.

I Sverige dör årligen i genomsnitt 29 vuxna, 21 kvinnor och 8 män, med anledning av ett brott som begås av en närstående eller tidigare närstående person. Socialstyrelsen genomför utredningar då en person avlidit med anledning av sådana brott. Resultaten av den senaste undersökningen<sup>5</sup> visar att

<sup>4</sup> Uppdraget genomförs i samverkan med länsstyrelserna och NCK.

<sup>5</sup> Undersökningen omfattar 21 dödsfall under perioden 2016–2017.



95 procent av brottsoffren var kvinnor och 5 procent var män. Av gärningspersonerna var 98 procent män. Drygt 85 procent av brottsoffren hade dödats av sin partner eller tidigare partner. Av dessa brottsoffer hade 75 procent dödats i samband med en separation.

Det är viktigt att våldet upptäckts tidigt, men utredningen visar att det mest omfattande problemet var att våldet inte upptäcktes alls, trots att nästan alla brottsoffer hade haft kontakt med hälso- och sjukvården<sup>6</sup> året före dödsfallet. Även gärningsmännen hade i flera fall haft kontakt med mottagningar och kliniker för psykisk ohälsa och missbruk en kort tid före det dödliga våldet. Vid kontakten hade personalen vanligen gjort en suicidriskbedömning men däremot inte bedömt risken för att männen skulle utöva våld mot någon närstående. Männen hade dessutom avvisats, hänvisats vidare eller uppmanats att återkomma [10].

### *Ovanligt att hälso- och sjukvården frågar om våld*

En enkät riktad till primärvård, psykiatri och tandvård<sup>7</sup> visar att ungefär 29 procent av verksamheterna rutinmässigt frågar om våldsutsatthet och cirka 12 procent rutinmässigt frågar om våldsutövande [11]. Det är vanligare att frågan ställs till samtliga patienter än att specifika patientgrupper tillfrågas. Resultatet tyder på att hälso- och sjukvården kan tillfråga fler om våld.

### *Pågående utveckling inom hälso- och sjukvård*

Under 2017 har Socialstyrelsen inom ramen för flera regeringsuppdrag påbörjat arbetet med att utveckla den nationella statistiken inom hälso- och sjukvård som rör våld, utrett förutsättningar för att inkludera våld och könsstympling i öppna jämförelser för hälso- och sjukvård, samt utarbetat förslag på indikatorer för uppföljning av den nationella strategin. Myndigheten har också påbörjat arbetet med att ta fram en vägledning till kommuner och landsting för att enhetligt uppskatta kostnader för insatser som orsakats av våld i nära relationer.

## Ensamkommande barn och unga

Under 2017, fram till den 1 december, hade 1 336 ensamkommande barn<sup>8</sup> kommit som asylsökande till Sverige. Hösten 2017 hade Migrationsverket 13 310 ensamkommande barn inskrivna som väntade på beslut. Under de tre senaste åren har antalet asylsökande ensamkommande barn minskat [12].

**Tabell 1. Antalet asylsökande ensamkommande barn, år 2014–2017**

Asylsökande	2014	2015	2016	2017*
Flickor	1 363	2 847	435	293
Pojkar	5 686	32 522	1 764	1043
<b>Totalt</b>	<b>7 049</b>	<b>35 369</b>	<b>2 199</b>	<b>1 336</b>

Källa: Migrationsverket,\* data till och med 2017-12-01.

<sup>6</sup> De verksamheter som oftast var involverade var vårdcentraler och psykiatriska mottagningar.

<sup>7</sup> Enkäten skickades till ett urval av klinikchefer inom primärvården (husläkarmottagningar, ungdomsmottagningar, barnavårdscentraler och mödravårdscentraler), psykiatri (beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri) och tandvården. Totalt inkom 692 svar från klinikchefer inom hälso- och sjukvården.

<sup>8</sup> Ett ensamkommande barn är en person under 18 år som kommit till Sverige och sökt asyl utan sina vårdnadshavare.

Majoriteten av de ensamkommande barnen är fortfarande pojkar i åldern 13–17 år. Flickorna utgör 22 procent av de asylsökande.

**Tabell 2. Fördelning flickor och pojkar i olika åldersgrupper, år 2017**

Fram till 1 oktober 2017

Ålder	Flickor	Pojkar	Totalt
0–6 år	14	12	26
7–12 år	33	87	120
13–15 år	93	316	409
16–17 år	82	352	434
<b>Totalt</b>	<b>222</b>	<b>767</b>	<b>989</b>

Källa: Migrationsverket

Barn från Afghanistan har tidigare varit den största gruppen som sökt asyl i Sverige men från och med hösten 2017 kommer flest barn från Marocko.

## Ett nationellt kunskapscentrum för ensamkommande barn har startat

I mars 2017 fick Socialstyrelsen uppdraget att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för hälso- och sjukvården och socialtjänsten som arbetar med ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Bakgrunden var det stora antalet ensamkommande barn som kommit till Sverige de senaste åren och behovet av stöd. Uppdraget sträcker sig till och med 2020. Kunskapscentrum för ensamkommande barn vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård<sup>9</sup>. Kunskapscentrumet ska:

- samla och sprida aktuell kunskap
- tydliggöra hur lagar och regler ska tillämpas
- synliggöra insatser för att utveckla samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skola.

På Kunskapsguiden finns material samlat från olika aktörer om ensamkommande barn och unga<sup>10</sup>.

Socialstyrelsen har tagit fram en förstärkt vägledning till socialtjänsten för att sprida information till barn som uppges vara gifta, deras makar, föräldrar samt andra närstående om gällande lagar och praxis i Sverige.<sup>11</sup>

## Organdonationer ökar men behovet är fortsatt stort

År 2017 rapporterades det hittills högsta antalet avlidna organdonationer. Totalt blev 188 avlidna personer organdonationer och ett eller flera av deras organ togs tillvara och transplanterades. Dessa organdonationer bidrog till att 818 organ kunde transplanteras till svårt sjuka patienter, att jämföra med

<sup>9</sup> Målgruppen är personer som arbetar med ensamkommande barn och unga till och med 20 år som söker asyl och som har fått uppehållstillstånd, avslag, eller vistas i Sverige utan nödvändiga papper.

<sup>10</sup> [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)

<sup>11</sup> Såsom förbud mot barn- och tvångsäktenskap, barnets rättigheter, socialtjänstens uppdrag samt rätten till stöd och skydd.

786 organ 2016 [13]. Njurtransplantation är den vanligaste organtransplantationen.

Även om antalet organdonatorer ökar finns ett fortsatt stort behov av organ. På väntelistan den 1 januari 2018 fanns ett behov av drygt 800 organ, framförallt njurar. Varje år dör ett antal personer i väntan på att få genomgå en transplantation. År 2017 avled 40 personer i väntan på transplantation, en fördubbling jämfört med 2016.

Det är relativt få personer som blir organdonatorer eftersom en rad kriterier behöver vara uppfyllda. Dessa kriterier handlar till exempel om att donatorn ska ha avlidit i total hjärninfarkt på en intensivvårdsavdelning under pågående respiratorbehandling, att det finns samtycke till donation och att donatorn är medicinskt lämplig.

För närvarande har närmare 1,6 miljoner personer registrerat sin vilja i Socialstyrelsens donationsregister. Av dessa är tre av fyra positiva till organdonation.

Donationsveckan är en årligt återkommande nationell kampanjvecka som initieras av Socialstyrelsen. Ett syfte med veckan är att få fler att ta ställning till en donation. Drygt 9 000 anmälningar inkom till donationsregistret under donationsveckan 2017, vilket kan jämföras med 400–1 000 anmälningar under en vanlig vecka. Det är mer än en fördubbling jämfört med 2016, och den högsta siffran sedan veckan började arrangeras 2010.

Regeringen har beslutat att ge Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt donationsfrämjande centrum. Syftet med centrumet är att samla och stärka arbetet med donation och att öka antalet organdonationer. Socialstyrelsen ansvarar för nationell samordning och spridning av kunskap inom donationsområdet till såväl allmänheten som hälso- och sjukvården.

# Organisation och styrning

I detta kapitel presenteras aktuella förändringar inom hälso- och sjukvården.

## Åtgärder för att sluta hälsoklyftor

Uppväxtvillkor, utbildning, arbete och försörjning påverkar människors möjligheter till jämlik hälsa. För att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation behöver därför många sektorer involveras, menar Kommissionen för jämlik hälsa [14]. Några av kommissionens förslag för hälso- och sjukvård handlar om att

- nå en mer sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård
- förstärka det förebyggande arbetet
- skapa vårdmöten som är hälsofrämjande.

På sikt bör också tandvården ses som en integrerad del av hälso- och sjukvården, enligt kommissionen.

Regeringen har tillsatt en utredning för en mer jämlik tandhälsa. Målet är att skapa bättre förutsättningar för en regelbunden och förebyggande tandvård där alla, oavsett inkomst, ska ha råd att gå till tandläkaren regelbundet. Utredningens slutbetänkande ska lämnas i mars 2020 [15].

## Patientmiljard för snabb vård

Regeringen har satsat en patientmiljard för snabb vård. Satsningen består av två delar: ett förslag till en förstärkt vårdgaranti i primärvården och medel till införandet av ett patientkontrakt. En överenskommelse har också träffats mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården.

Medlen från patientmiljarden i primärvården kan användas till förändrade öppettider, nya och utvecklade arbetsätt, rekrytering av personal, digitala kontaktvägar för patienterna och liknande åtgärder som ger patienten en snabbare vård än vad som regleras i den nationella vårdgarantin.

Patientkontraktet är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser. Kontraktet ska bidra till trygghet för patienten som ska veta vilka vårdinsatser som är inplanerade och att de kommer att genomföras inom rimlig tid. Hälso- och sjukvården ska bistå patienten med att samordna samtliga vårdkontakter inom primärvården och den specialiserade vården och säkerställa att den sammanlagda tiden för vård och behandling blir så kort som möjligt samt att patienten blir delaktig i sin vård. Medlen kan användas för rekrytering av personal på vårdcentraler och i den övriga primärvården och för utbildning och etablering av en fast vårdkontakt. De kan dessutom användas till nödvändiga it-investeringar för att kunna samordna planering, underlätta tidsbokning och följa patientens väg genom vården. Under 2017 har tre landsting, Halland, Kalmar och Norrbotten, genomfört en pilotverksamhet med patientkontrakt [16].

## God och nära vård

Enligt slutsatser i utredningen för God och nära vård (SOU 2017:53) krävs det en förändring av vårdens struktur och sättet att organisera hälso- och sjukvård för att åstadkomma ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande [17].

Primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. En stor andel av patienterna vänder sig i dag dock till andra vårdnivåer, exempelvis till akutmottagningar, bland annat på grund av bristande tillgänglighet till primärvården. Enligt utredningen behöver resurser styras till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i deras sjukdomstillstånd. Delbetänkandet lägger fram förslag på en förstärkt vårdgaranti inom primärvården som är mer styrd av patientens behov än i dag och som kan ge en förbättrad tillgänglighet.

Regeringen föreslår (prop. 2017/18:83) en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att landstingen ska organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården ges nära befolkningen. Regeringen föreslår även en stärkt vårdgaranti [18].

## Förslag för stärkt primärvård

Primärvården behöver stärkas, konstaterar Vårdanalys [19]. Primärvården ges idag inte förutsättningar att vara patientcentrerad, effektiv och jämlik. Trots att primärvården är basen i hälso- och sjukvården, finns det patientgrupper vars primärvårdskontakter inte motsvarar deras medicinska behov. Förtroendet för primärvården är svagt och samvarierar med såväl bristande patientcentrering och bristande tillgänglighet som lågt vårdutnyttjande.

Kontinuitet och samordning är centrala svagheter i primärvården, menar Vårdanalys och det saknas mått för att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet, vilket gör det svårt att bedöma primärvårdens effektivitet. Samtidigt går det att se att produktiviteten sjunker. Geografiska skillnader är de främsta orsakerna till ojämlikhet. Befintlig kunskap ger dessutom en begränsad vägledning om hur primärvården bör styras och organiseras för att bli mer patientcentrerad, effektiv och jämlik.

Vårdanalys föreslår tre utvecklingsområden för en stärkt primärvård:

- Tydliggör primärvårdens uppdrag och funktion.
- Säkerställ att primärvården har ändamålsenlig kompetens och tillräckliga resurser.
- Stärk primärvårdens utvecklingskraft och skapa förutsättningar för lärande.

## Kunskapsbaserad och jämlik vård

De senaste årens utveckling mot en mer kunskapsbaserad och jämlik vård har i hög grad präglats av en ökad centralisering [20]. Enligt Kunskapsstödsutredningen (SOU 2017:48) har landsting och kommuner endast haft ett svagt eller indirekt deltagande i framtagande av nationella kunskapsstöd, vilket har

lett till en splittrad kunskapsstyrning och att genomslaget av insatserna har blivit litet. Utredningen menar vidare att den ökade digitaliseringen ändrar förutsättningarna vad gäller kunskapsstyrning; det möjliggör nya arbetssätt, nya arbetsformer och ger patienten bättre förutsättningar att bli en del av vårdteamet [20].

## Sammanhållen kunskapsstyrning

År 2017 beslutade landsting och regioner om en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning [21]. Organisationsstrukturen, som fortfarande är under uppbyggnad, utgår från ämnesspecifika programområden som exempelvis infektion, hjärt- och kärlsjukdomar och psykisk hälsa samt samverkansgrupper för till exempel uppföljning och analys, läkemedel och patientsäkerhet.

Programområdenas uppdrag är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom sina fält. De ska följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser, identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister. Nationella arbetsgrupper ska bland annat bidra i framtagandet av nationella vårdprogram, delta i arbetet med nationell och regional nivåstrukturering samt stödja implementeringen i vården och bidra i diskussioner om kompetensförsörjning och e-hälsa. Primärvårdsperspektivet ska alltid beaktas och patientinvolvering ska alltid övervägas.

### *Sjukvårdsregionernas ansvar för olika programområden*

Inom varje programområde finns experter från alla sex sjukvårdsregioner representerade. Varje programområde har tillgång till ett regionalt processstöd. Den nationella stödfunktionen stödjer respektive programområdes processledare i arbetssätt och metodanvändning. Därutöver finns nationella samverkansgrupper för följande sex områden:

- metoder för kunskapsstöd
- nationella kvalitetsregister
- uppföljning och analys
- läkemedel och medicintekniska produkter
- forskning och Life Science
- patientsäkerhet.

Uppdraget är att leda och samordna sjukvårdshuvudmännens nationella gemensamma arbete inom området. Samverkansgrupperna bemannas med experter och ska bjuda in företrädare från respektive sjukvårdsregion samt från SKL. Samverkansgrupperna kan, då det är relevant, också bestå av företrädare från myndigheter och andra intressenter.

En förutsättning för att kunskapsstyrningsmodellen ska nå maximal nytta, är att landstingen möter upp med regionala organisationer som kan ta emot och omsätta det som tas fram nationellt. Detta för att anpassa förslagen efter lokala förutsättningar så att de når hela vägen ut till patientmötet. Avsikten är att utgå från sjukvårdsregionernas befintliga medicinska samverkansgrupper och kunskapsstyrningsorganisationer. En strategisk styrgrupp har bildats för att leda arbetet: styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).

## Patientlagen har inte fått tillräckligt genomslag

Patientlagen (2014:821) som trädde i kraft den 1 januari 2015 har som övergripande syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning. En uppföljning av implementeringen av patientlagen visar att patientens faktiska ställning inte förbättrats sedan lagen infördes [22]. Tvärtom är patientens ställning oförändrad eller försvagad. Den har försvagats på områden som handlar om tillgänglighet, information och delaktighet. Kännedomen om patientlagen är dessutom fortsatt låg. Insatser som har genomförts på såväl landstings- och kommunal nivå som på nationell nivå har varit begränsade. Insatserna har dessutom varit tidsmässigt koncentrerade till lagens införande. Mot bakgrund av detta rekommenderas därför en samlad strategi för att stärka patientens ställning [22].

## Nivåstrukturering av nationell högspecialiserad vård

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram en arbetsprocess för hur nivåstruktureringen ska leda till en jämlik vård av hög kvalitet oavsett var patienten bor [23]. Arbetsprocessen omfattar fyra steg:

- Steg 1 är att ta fram förslag till vårdområden och åtgärder som ska genomlysas. Uppgiften är att med utgångspunkt från patientens vårdkedja inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt för att sedan ta fram förslag på områden och hälso- och sjukdomstillstånd som kan bli aktuella för nationell nivåstrukturering.
- Steg 2 är att ta fram underlag för beslut om nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen utser en eller flera sakkunniggrupper för de områden och åtgärder som ska genomlysas. Gruppernas uppdrag är att utifrån patientens behov utförligt beskriva den del i vårdkedjan som ska vara nationellt högspecialiserad vård. Sakkunniggrupperna ska även ge rekommendationer om det optimala antalet vårdenheter som behövs nationellt för att uppnå en jämlik och resurseffektiv vård.
- Steg 3 är att underlagen skickas ut på en kort remiss.
- Steg 4 är att fatta beslut om vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget.

Arbetsprocessen startades under hösten 2017 och testas inom två vårdområden, nervsystemets sjukdomar och kvinnosjukdomar inklusive förlossning. Ett förslag på tidsplan finns framtagen för att genomföra nivåstrukturering av den högspecialiserade vården och mellan 80–100 sakkunniggrupper kommer att ta fram underlag för 15–20 vårdområden.

Ändringar i hälso- och sjukvårdslagen kommer att genomföras för att möjliggöra en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården [24].

## Utvärdering av satsning på kvalitetsregister

Mellan 2012 och 2016 satsade regeringen och SKL drygt en och en halv miljard kronor på nationella kvalitetsregister med syfte att underlätta uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet. Som en följd av satsningen har kvalitetsregistren förbättrats, bland annat genom att det har blivit lättare för användarna att hämta ut data. Trots en positiv utveckling är det fortfarande registrens egna prioriteringar som styr vilket bidrar till att registren utvecklats åt olika håll [25].

En del av de problem som identifierades innan satsningen kvarstår. Det krävs fortfarande omfattande resurser för att rapportera in data, och det är svårt för vårdens medarbetare att analysera och använda information från registren för lokalt förbättringsarbete. De nationella kvalitetsregistren täcker dessutom bara vissa delar av hälso- och sjukvården och omsorgen och omfattar därigenom inte alla patienter.

Vårdanalys bedömning är att modellen med separata nationella kvalitetsregister på sikt inte är en hållbar lösning. De menar att det är nödvändigt att påbörja en förflyttning, från dagens fragmenterade lösning, mot en modell som bättre möter behoven av samlad information om vårdens kvalitet [25].

## Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden

Utredningen Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (SOU 2017:15) delrapporterades i mars och oktober 2017 [26]. Utredningen har haft i uppdrag att göra en översyn av apoteksmarknaden. Inriktningen har varit att åstadkomma en säker, effektiv och jämlik läkemedelsförsörjning och en apoteksmarknad med god tillgänglighet och service. Utredningen har även analyserat hur öppenvårdsapoteksmarknaden har utvecklats sedan omregleringen samt bedömt pågående trender på marknaden. Utredningen föreslår flera åtgärder för att öka kvaliteten i rådgivningen och stärka apotekens roll för en förbättrad läkemedelsanvändning.

I det första delbetänkandet föreslås att endast farmaceuter ska få lämna information och rådgivning i samband med receptexpedition och att receptexpedition ska ses som en sammanhängande process där en farmaceut ansvarar för samtliga moment. Apotekens ansvar att ge individuellt anpassad information om utbyte av läkemedel ska tydliggöras i lag. Vidare föreslår utredningen att rollen som läkemedelsansvarig ska förtydligas och att kraven för apotekstillstånd ska skärpas. I det andra delbetänkandet föreslås att enhetliga priser ska införas på receptfria läkemedel utan förmån, så att ett receptbelagt läkemedel kostar lika mycket oavsett vilket apotek läkemedlet hämtas ut på och oavsett om det ingår i läkemedelsförmånen eller inte. Utredningen fortsätter nu att utreda marknaden för dosförpackade läkemedel och kommer att lämna ett tredje delbetänkande om detta under första halvåret 2018 [26].



## Vision e-hälsa 2025

Digitaliseringens utveckling de senaste decennierna har varit snabb. När verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst nu upphandlar nya it-system eller justerar befintliga krävs en förstärkt nationell samordning. Det är viktigt för att säkerställa en enhetlig tillämpning i frågor som rör så kallad teknisk och semantisk interoperabilitet<sup>12</sup>. Detta bidrar till en välfungerande informationsöverföring inom och mellan verksamheter. Ändamålsenliga regelverk som värnar om individens integritet och säkerhet och som främjar den digitala utvecklingen, samt underlättad tillämpning och införande av regelverk i berörda verksamheter kräver också en förstärkt nationell samordning.

År 2025 ska Sverige enligt en överenskommelse mellan regeringen och SKL vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet [27].

En första handlingsplan presenterades i januari 2017 av regeringen och SKL som redogör för hur det gemensamma arbetet inom e-hälsoområdet ska utformas, styras samt drivas fram till 2019 [28]. Tre områden står i fokus för de samordnade insatserna: regelverk, enhetligare begrepps användning och standarder (för informationsutbyte).

Socialstyrelsens bidrag till verksamheternas utvecklingsarbete inom e-hälsa är att myndigheten tillhandahåller en nationell informationsstruktur och fackspråkliga resurser<sup>13</sup> som tillsammans går under benämningen gemensam informationsstruktur (GI). Dessa verktyg kan verksamheterna använda för att utveckla den digitaliserade dokumentationen i patientjournal och personakt vilket möjliggör semantisk interoperabilitet.

### Allt fler använder digitala vårdtjänster

De senaste åren har ett flertal digitala vårdgivare etablerat sig i Sverige, så som Kry, Min Doktor, Doktor 24 och Doktor.se. Intresset för att ta del av digital vård har i samband med det ökat kraftigt. I november 2017 fick nätläkarna ta emot nästan 25 000 besök, jämfört med 5 000 besök i november 2016. Den digitala vården är populärast i storstadsregionerna med flest besök per capita i Stockholms län, Västra Götaland och Skåne [29].

Att allt fler tar del av digitala vårdtjänster har lett till ökade kostnader för landstingen, trots att ersättningen för dessa besök sjunkit. Många landsting erbjuder idag egna digitala primärvårdsalternativ, men skillnaderna i hur långt landstingen har kommit i utvecklingen är stora [30].

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över omfattningen av och inriktningen på de digitala vårdtjänster som finns idag. Myndigheten ska genom kartläggningen ge förslag på hur kvaliteten på den vård som ges kan följas upp och även ta fram rekommendationer för vilken typ av vård och behandling som är lämplig att hantera via digitala vårdtjänster. Deluppdraget

---

<sup>12</sup> Förmågan hos olika system, ofta i datorsammanhang, att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra.

<sup>13</sup> ICD-10, hälsorelaterad klassifikationerna, internationella begreppssystemet Snomed CT.

som rör kartläggning och kvalitetsuppföljning ska redovisas senast den 31 maj 2018. Deluppdraget som rör rekommendationer ska redovisas senast den 31 oktober 2018.

## Kompetensförsörjning

I detta avsnitt beskrivs utmaningar med kompetensförsörjningen för hälso- och sjukvården och aktuell tillgång och efterfrågan på personal samt hur resurser kan utnyttjas mer effektivt. Landstingens strategi för att uppnå ett oberoende av hyrpersonal beskrivs liksom det pågående arbetet för att långsiktigt stärka samverkan mellan huvudmän, lärosäten, professionen och andra aktörer.

### Kompetensförsörjning är en utmaning för hälso- och sjukvården

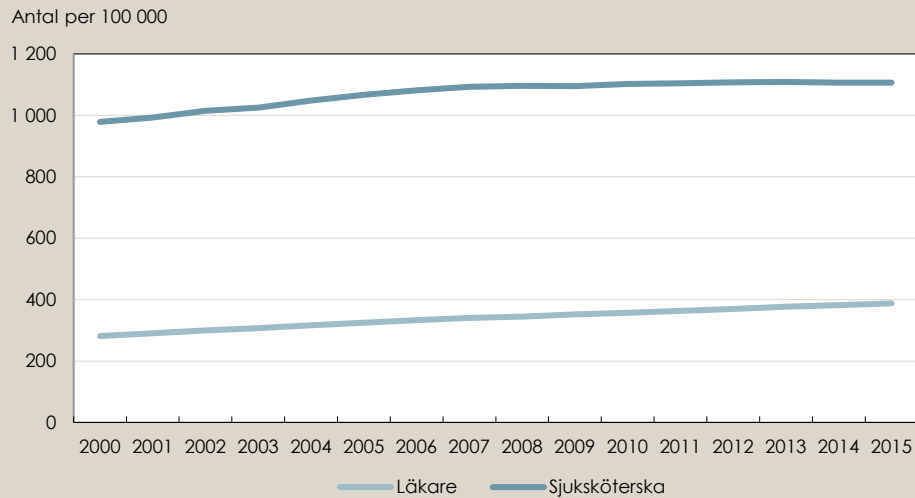
Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar. En väl fungerande hälso- och sjukvård förutsätter ett tillräckligt antal medarbetare, med rätt utbildning och kompetens som med goda förutsättningar och effektiva arbetssätt kan ge en god och säker vård. Vårdens verksamheter har påtagliga problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Förutsättningarna skiljer sig dessutom åt mellan olika delar av landet och för olika verksamheter [31, 32].

Under kommande år förväntas vårdbehoven öka till följd av en åldrande befolkning och fler personer med kroniska sjukdomar, samtidigt som stora pensionsavgångar väntar bland hälso- och sjukvårdens personal [33, 34]. Pågående strukturella förändringar av vården påverkar förutsättningarna för kompetensförsörjningen på många sätt framöver. Exempel på sådana förändringar inkluderar bland annat förstärkningen av primärvården, nivåstrukturering av den högspecialiserade vården, ökade behov av hemsjukvård samt förändrade arbetssätt för en mer personcentrerad, samordnad, digital och preventionsinriktad hälso- och sjukvård.

### Tillgång och efterfrågan på personal

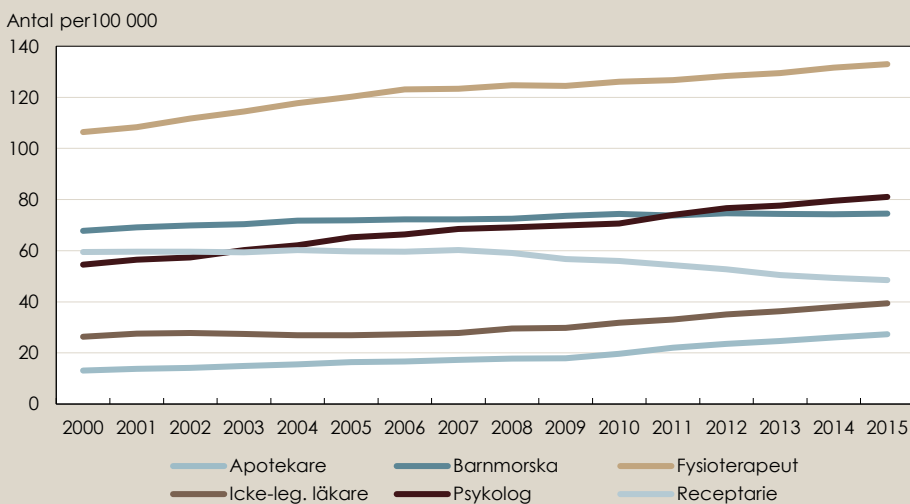
Antalet legitimerade och sysselsatta läkare har ökat medan antalet sjuksköterskor har stagnerat mellan 2000 och 2015, vilket framgår av figur 4 nedan [31].

**Figur 4. Legitimerade och sysselsatta läkare och sjuksköterskor år 2000–2015**



Antalet legitimerade och sysselsatta fysioterapeuter, psykologer, icke legitimerade läkare och apotekare har ökat medan tillgången på legitimerade och sysselsatta barnmorskor och receptarier minskat eller planat ut mellan 2000 och 2015, vilket figur 5 visar. Tillgången till personal varierar över landet men för de flesta yrkesgrupper har Stockholm det största antalet, både i absoluta tal och relativt folkmängden [35].

**Figur 5. Andel legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvård år 2000–2015**



## Läkar- och sjukskötersketätheten jämfört med andra länder

Sverige har ett lägre antal sjuksköterskor i relation till befolkningmängden jämfört med övriga nordiska länder, och även jämfört med till exempel Tyskland, Irland och USA. När det gäller läkare har Sverige en relativt hög tillgång jämfört med andra OECD länder [36].

**Tabell 3. Antal sjuksköterskor och läkare per 1 000 invånare**

Land	Antal sjuksköterskor per 1 000 invånare	Antal läkare per 1 000 invånare
Norge	17,3	4,4
Danmark	16,7	3,7
Island	15,5	3,8
Finland	14,7	3,2
Sverige	11,1	4,2
Genomsnitt OECD	9,0	3,4

Källa: OECD

### Ålderssammansättningen hos olika yrkesgrupper

Många barnmorskor och receptarier närmar sig pensionsåldern. Samtidigt syns en liten andel unga som är sysselsatta och antalet examinerade minskar eller har en endast en svag ökning. För apotekare och fysioterapeuter märks istället en stor andel unga medarbetare och en jämn tillförsel av nyexaminerade. Bland legitimerade och sysselsatta sjuksköterskor utgör personer som är yngre än 30 år en av de större åldersgrupperna. En stor andel närmar sig dock också pensionsåldern.

En stor andel av alla utfärdade läkarlegitimationer går till personer med en utländsk läkarexamen. Även om antalet sysselsatta läkare ökar så märks en minskning av antalet läkarstuderande både i Sverige och utomlands [35].

### Efterfrågan på personal är hög

I Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät hösten 2017 rapporterade landstingen brist på många olika läkarspecialiteter. De beskriver att det är svårt att rekrytera läkare, och andra yrkesgrupper, till glesbygden. Detta stämmer väl överens med SCB:s och Arbetsförmedlingens prognoser som visar att det råder brist inom de flesta yrken i hälso- och sjukvården [37, 38].

### Insatser för att nyttja resurser effektivare

Vårdens resurser behöver nyttjas mer ändamålsenligt och effektivt. Syftet med överenskommelsen om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden<sup>14</sup> är att främja landstingens möjligheter att ge vårdprofessionen bättre förutsättningar att utföra sitt arbete genom effektivare arbetsfördelning, en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning och bättre administrativa stöd och it-system.

<sup>14</sup> Överenskommelsen mellan regeringen och SKL gäller för 2016–2018.

Socialstyrelsens första uppföljning av överenskommelsen visar att alla landsting arbetar med insatser inom överenskommelsens fokusområden men de har kommit olika långt i arbetet [32]. Exempel på arbete med e-hälsa och it-stöd är implementering av nationella e-hälsotjänster som webbtidbok och journal på nätet samt utveckling av nya vårdinformationsmiljöer och vård på distans. Det fortsatta arbetet inom detta område behöver möta behoven av digital kompetens för att nyttja digitaliseringens möjligheter.

En framgångsfaktor för att hantera brist på personal och använda resurser på ett effektivare sätt utgörs av olika former av uppgiftsväxling, både mellan olika grupper av vårdpersonal och från vårdpersonal till servicepersonal. Uppgiftsväxling kan innebära att uppgifter som läkare tidigare utfört flyttas till sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer eller biomedicinska analytiker. Uppgiftsväxling sker också från sjuksköterskor till undersköterskor. Det kan även handla om nya funktioner som utför vissa arbetsuppgifter som kan avlasta vårdpersonalen. Ett exempel är införande av vårdnära service<sup>15</sup> som bland annat medför att vårdpersonalens tid för det patientnära arbetet kan öka.

Majoriteten av landstingen arbetar också med insatser som främjar en långsiktig kompetensförsörjning genom att öka vårddykenas attraktivitet och rekrytera och behålla personal. Sjuksköterskor är en prioriterad grupp. Studielön eller utbildningstjänst för specialistutbildning för sjuksköterskor samt kliniska introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor erbjuds av många landsting. Satsningar på kontinuerlig kompetensutveckling, ledarskap, förbättrad arbetsmiljö och förbättrade arbetsvillkor är andra viktiga komponenter för att främja kompetensförsörjningen på lång sikt.

Även insatser för att tillvarata kompetens hos vårdpersonal med examen från något annat land, inklusive nyanlända, är prioriterade för såväl landsting som för aktörer på nationell nivå. Socialstyrelsen har effektiviserat legitimeringsprocessen för vårdutbildade i tredjeland (utanför EU/EES). De förändrade processerna för alla vårddyken innebär nya kunskapsprov, förändrade bedömningskriterier och kortare handläggningstider.

### *Strategi för oberoende av hyrpersonal*

Inhyrning av personal i vården har ökat kraftigt under 2011–2016 och omfattar allt fler personalkategorier [39]. Alla landsting driver sedan augusti 2016 en gemensam strategi om att minimera användandet av hyrpersonal i hälso- och sjukvården, i samarbete med SKL. Målet är att uppnå ett oberoende av inhyrd personal senast den 1 januari 2019. Med ett oberoende menas att verksamheterna hyr in personal enbart när det finns särskilda skäl utifrån ett effektivitets- och kvalitetssyfte. Att hyra in personal kan i vissa situationer vara berättigat för att tillgodose behovet av bemanning eller kompetens. En hög personalomsättning och bristande personalkontinuitet kan dock innebära patientsäkerhetsrisker.

Den totala kostnaden för hyrpersonal uppgick till 4,6 miljarder kronor för 2016, vilket var en ökning med 17 procent jämfört med 2015. Det är 3,6 procent av den totala budgeten för personalkostnader i hälso- och sjukvården,

---

<sup>15</sup> Vårdnära service innebär att servicepersonal utför patientnära uppgifter som inte kräver vårdkompetens, exempelvis att städa, tvätta, utföra enklare transporter och liknande.

men stora skillnader ses mellan landstingen. I Västernorrland står hyrpersonal för nära 13 procent av personalkostnaden medan hyrpersonal i Östergötland står för mindre än 2 procent av kostnaden för personal. I fem landsting minskade kostnaderna under 2016.

SKL:s redovisning av hyrpersonalskostnader tredje kvartalet 2017 visar att de totala kostnaderna för inhyrd personal i hela landet än så länge fortsätter att öka, men att några landsting har lyckats vända trenden och har minskat de totala kostnaderna för hyrpersonal [40]. Positiva tendenser ses även för kostnaderna för inhyrd personal i primärvården och för inhyrda läkare i psykiatri som minskar i ungefär en tredjedel av landstingen och regionerna. Landstingen räknar med ett trendbrott för de totala kostnaderna under första halvåret 2018 enligt SKL.

Landstingen har tagit fram handlingsplaner med åtgärder för att uppnå ett oberoende av hyrpersonal. Det handlar om satsningar inom områden såsom attraktiv arbetsplats, personaldimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor, effektiva arbetsätt och kompetensväxling samt att utveckla samarbetet mellan landsting och regioner.

### *Nödvändigt med en bred samverkan om kompetensförsörjning*

För att säkra den långsiktiga försörjningen av personal till hälso- och sjukvården är en bred samverkan mellan många aktörer och på flera nivåer nödvändig – mellan stat, lärosäten, vårdens huvudmän och företrädare för vårdens professioner. Viktiga frågor för samverkan är bland annat vårdutbildningarnas dimensionering och innehåll, kompetenskrav för vårdens professioner och den verksamhetsförlagda delen av utbildningen.

Socialstyrelsen har i uppdrag att tillsammans med Universitetskanslersämbetet ta reda på förutsättningar för en fungerande samverkan och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Arbetet under 2017 har omfattat en nationell startkonferens, kartläggning av befintliga forum för samverkan mellan lärosäten och sjukvårdens huvudmän på regional och nationell nivå, regionala dialogmöten i alla sex sjukvårdsregioner och ett påbörjat arbete med att utveckla gemensam statistik och gemensamma prognoser. Uppdraget kommer att redovisas till regeringen 2019.

Den nationella utredningen om specialistsjuksköterskeutbildningen och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar, som initierades under 2017, ska bland annat belysa om samverkan kring specialistsjuksköterskeutbildningen behöver förbättras eller formaliseras [41]. Under hösten 2017 har Socialstyrelsen genomfört en inventering av behovet av samverkan om läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) för att identifiera om samverkan kring ST-frågor behöver stärkas på nationell nivå, eventuellt genom en breddning av Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet).

### *Konsekvenser av brister i kompetensförsörjningen*

Det är viktigt att identifiera och följa upp konsekvenser av brister i bemanning och kompetens. Exempel på konsekvenser av brister i kompetensförsörjningen är försämrad tillgänglighet, stängda vårdplatser och påverkan på

patientsäkerheten. Socialstyrelsen har under 2017 analyserat samband mellan brister i bemanning och kompetens och risk för vårdskador, med särskilt fokus på akutsjukvård och förlossningsvård. Detta redovisas mer detaljerat i kapitlet om patientsäkerhet.

## Läget för vårdgarantin

Telefontillgängligheten till primärvården<sup>16</sup> var 89 procent hösten 2017. Andelen som erbjöds ett läkarbesök inom sju dagar i primärvården var under samma period också 89 procent.<sup>17</sup>

I januari 2018 hade ungefär 80 procent av alla patienter väntat 90 dagar eller kortare på ett första besök i den specialiserade vården och 80 procent hade efter beslut om behandling väntat 90 dagar eller kortare [42].

Totalt väntade ungefär 135 000 patienter på en planerad operation eller åtgärd inom specialiserad vård<sup>18</sup> i januari 2018. Av dessa var det 72 procent som hade väntat 90 dagar eller kortare.

## Stora skillnader i väntetider till barn- och ungdomspsykiatri

Väntetiderna på utredning eller behandling inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ökat i många län, och visar på stora variationer.<sup>19</sup> I Dalarna inleddes utredning och behandling inom 30 dagar i cirka 25 procent av fallen under 2016. I Uppsala var motsvarande siffra cirka 96 procent. Den månatliga uppföljningen för 2017 visar lägre värde än motsvarande månader för såväl 2016 som 2015.

Väntetiderna kan kortas genom ändamålsenlig personalförsörjning, bättre arbetssätt samt effektivare användning av tillgängliga resurser [3].

## Långa väntetider på akutmottagningar

Under perioden juni 2016 till och med maj 2017 gjordes cirka två miljoner besök<sup>20</sup> på sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige [43]. Större akutmottagningar med många besök har generellt längre väntetider än mindre mottagningar [44]. Faktorer som påverkar väntetider är bland annat antalet patienter och de resurser som finns på akuten. Ju högre kompetens hos personalen desto snabbare kommer patienten till behandling. En begränsad tillgång på sängplatser på sjukhuset förlänger ofta patienternas vistelsetid på akutmottagningen.

<sup>16</sup> Enligt den nationella vårdgarantin som är en del av HSL (2017:30) ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. Telefontillgängligheten mäts i mars och oktober varje år. Resultatet avser hösten 2017.

<sup>17</sup> Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick en tid hos allmänläkare inom sju dagar, vilket fastställs enligt vårdgarantin i HSL (2017:30). Läkarbesök för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än sju dagar även om patienten initialt erbjudits tid inom sju dagar. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

<sup>18</sup> Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller behandling inom specialiserad vård, av totalt antal väntande patienter, vilket fastställs i vårdgarantin (HSL 2017:30). Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, där ett beslut om vård är taget.

<sup>19</sup> Ett första mottagningsbesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP) bör kunna erbjudas inom 30 dagar. Därefter ska en fördjupad utredning och start av behandling erbjudas inom 30 dagar.

<sup>20</sup> Statistiken gäller vuxna från 19 år och bygger på uppgifter som rapporterats in till patientregistret från 57 sjukhusbundna akutmottagningar under perioden juni 2016 till och med maj 2017.

Medianvistelsetiden är 3 timmar och 30 minuter. De äldre över 80 år har en medianvistelsetid på 3 timmar och 58 minuter och står för 15 procent av akutbesöken under perioden. Patienter i den åldersgruppen får generellt träffa läkare snabbare än andra, men blir oftast kvar längre på akuten. En orsak är att de äldre oftast behöver skrivas in och får vänta på lediga vårdplatser.

## Kvinnor väntar lite längre än män

Besöken på de sjukhusbundna akutmottagningarna var jämt fördelade mellan könen. Vid besök som utgjordes av personer som var 80 år eller äldre var andelen kvinnor något högre. Under den uppmätta perioden spenderade kvinnor elva minuter längre tid på akuten och väntade cirka fyra minuter längre på en läkarbedömning än män. Det saknas data om faktorer som skulle kunna påverka skillnader i vistelsetider och tid till läkarbedömning, till exempel allvarlighetsgrad och därför har orsakerna inte kunnat analyseras.

## Kortare väntetider inom delar av cancervården

Satsningen på standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården bidrar till att väntetiderna kortas för många patienter.<sup>21</sup> Under satsningens första tre år har 28 vårdförlopp införts och drygt 100 000 personer har fått snabbare utredning [45]. Väntetiderna har kortats för exempelvis prostatacancer och magsäcks- och matsstrupcancer. För några diagnoser, bland annat tjock- och ändtarmscancer och lungcancer, verkar dock väntetiderna ännu inte ha påverkats nämnvärt. Inom flera verksamheter finns en brist på vissa kompetenser<sup>22</sup> vilket delvis kan vara en förklaring till varför det inte går att se några direkta effekter på väntetiderna.

År 2016 infördes ett SVF för patienter som har ospecifika och allvarliga symtom som kan bero på cancer. Detta gynnar särskilt patienter som tidigare har haft svårt att komma in i vården och ofta skickats runt mellan olika verksamheter. Det gäller till exempel personer med funktionsnedsättningar och neuropsykologiska diagnoser samt personer med missbruksproblem.

## Patienterna är överlag nöjda men delaktigheten kan öka

Patienterna som genomgått ett SVF har överlag en positiv uppfattning om den vård de fått och det är små skillnader mellan kvinnor och män, 88 respektive 86 procent är nöjda. Hälften av patienterna som genomgått ett SVF känner sig i hög grad delaktiga i beslut om sin vård och behandling. Fyra av fem patienter anger att de fått bra information under utredningen och tre av fyra anser att den information de fått varit tillräcklig.

Trots detta finns det möjlighet till förbättringar. Exempelvis anger endast 44 procent av patienterna att de blivit uppmanade att ta med någon närstående vid besked om utredningens resultat. Även om flera landsting betonar vikten av en skriftlig individuell vårdplan i samband med SVF anger nästan

<sup>21</sup> Preliminära uppgifter från SKL och de nationella kvalitetsregistren.

<sup>22</sup> Till exempel operationssköterskor och specialister i lungmedicin och urologi.



29 procent av patienterna, där utredningen visat att de har en sjukdom, att de inte fått någon sådan [46].

## Koordinatorer bidrar till kontinuitet

Bristande samordning och kontinuitet vad gäller patientens vård och omsorg har bedömts vara ett av de viktigaste utvecklingsområdena inom svensk hälso- och sjukvård. Koordination är därför en bärande strategi i SVF-satsningen. Syftet med koordinatorfunktion att den ska säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödigt väntetid för patienten.

År 2015–2017 har ett stort antal koordinatorer anställts. Koordinatorerna har varierande yrkesbakgrund (till exempel medicinsk sekreterare, undersköterska eller sjuksköterska) men samstämmiga utmaningar. Drygt 40 procent uppger till exempel att de regelbundet prioriterar mellan olika patienter, vilket uppfattas som en svårighet i arbetet [45].

## Positiva effekter av satsningen

För landstingen har SVF lett till ett ökat fokus på att utveckla vårdens processer och ett utökat samarbete mellan olika verksamheter. Från 2015 till 2017 har antalet diagnostiska centrum<sup>23</sup> utökats från 3 till 22 stycken och dessa finns nu i samtliga sjukvårdsregioner.

Nationell samsyn, ett gemensamt språk och utrymme för lärande och lokala anpassningar bedöms vara framgångsfaktorer. Utmaningar i satsningen är bristande tillgång till nyckelkompetenser, och att processorienterade arbetssätt inte alltid tillämpas inom och mellan alla inblandade verksamheter.

Ett arbete pågår i landstingen för att permanenta SVF med lösningar som fungerar efter satsningen slut 2018. Förutsättningar för stöd och integrering i verksamheterna varierar dock.

## Kostnader för hälso- och sjukvård

Detta avsnitt om kostnader för hälso- och sjukvård beskriver kostnader och kostnadsutvecklingen för 2012–2015. Här används kostnadsmåttet kostnad för det egna åtagandet. För landstingens kostnader för hälso- och sjukvård används även kostnadsbegreppet nettokostnader.

Det är den offentligt finansierade vården och omsorgen som beskrivs. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2015 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index<sup>24</sup>. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de då är i samma prisnivå.

## Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick till 460 miljarder kronor 2015. Det är en ökning med 36 miljarder kronor, vilket motsvarar 8,4 procent, sedan 2012. Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna,

<sup>23</sup> Organisatoriska enheter som etableras i ökad utsträckning med syftet att snabbt utreda patienter med misstanke om allvarlig sjukdom.

<sup>24</sup> Som underlag för uppräkningsindex används SCB:s konsumtionsindex 2015 för respektive verksamhetsområde.

52 procent, utgörs enligt hälsoräkenskaperna av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster. Öppenvården står för över hälften av dessa kostnader och den har ökat med 8,2 procent, motsvarande 10 miljarder, sedan 2012.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen och för personer med funktionsnedsättningar uppgick till 121 miljarder kronor, vilket motsvarar 26 procent av de totala kostnaderna. Deras kostnader har ökat med 9 miljarder sedan 2012, där särskilda boendeformer och ordinärt boende skapar ökningen.

Kostnaderna för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter svarar för 12 procent, 57 miljarder kronor, av de totala kostnaderna. På ett år har kostnaderna ökat med 2 miljarder kronor och sedan 2014 har de ökat med 4 miljarder kronor. Kostnaderna för receptföreskrivna mediciner, receptfria mediciner och terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor stod för ökningen medan övriga medicinska dagligvaror fortsatt kostar runt 3 miljarder.

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård samt administration och övriga vårdkostnader. Dessa kostnaders bidrag till den totala kostnadsutvecklingen är dock marginell.

**Tabell 4. Hälso- och sjukvårdsutgifter enligt Hälsoräkenskaperna (SHA)**

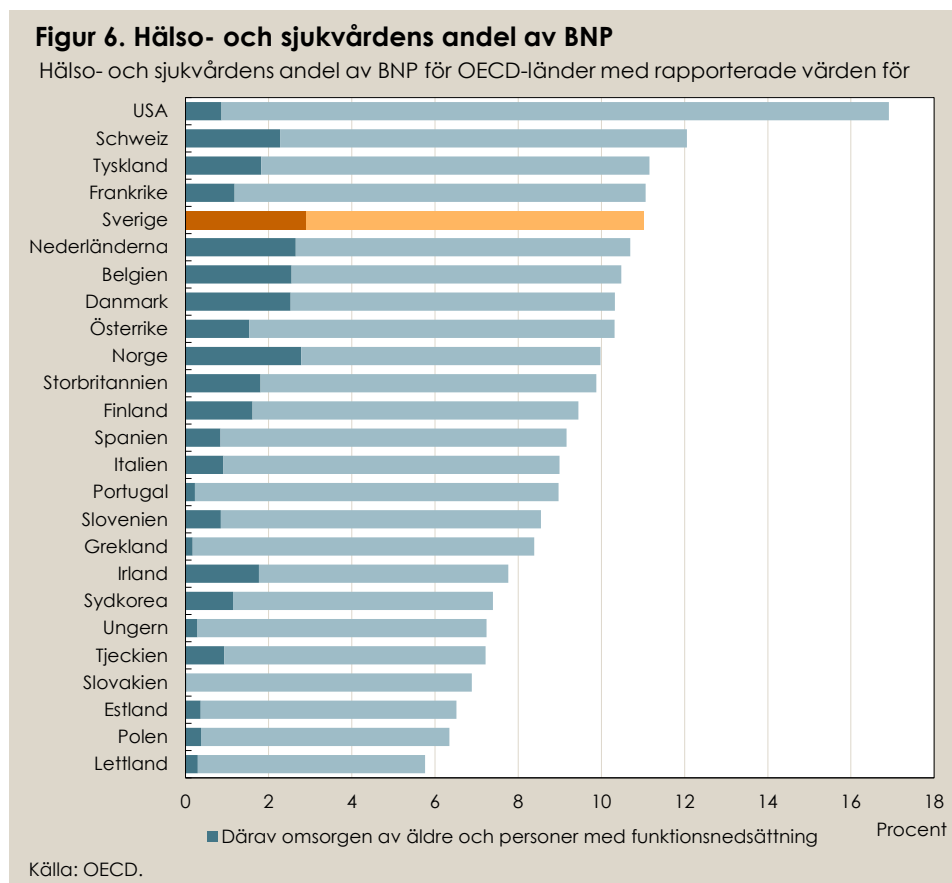
Hälso- och sjukvårdsutgifter 2012–2015 utifrån systemet för hälsoräkenskaper (SHA), förändring mellan åren, verksamheternas andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna samt andel av BNP, miljarder kronor i fasta priser och procent, 2015 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor				Förändring 2012–2015		Andel
	2012	2013	2014	2015	Miljarder kronor	%	2015 %
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	224	227	236	240	17	7,4	52,2
Slutenvård	90	90	93	95	5	5,8	20,6
Dagsjukvård	8	9	8	8	0	4,1	1,8
Öppenvård	125	127	133	135	10	8,2	29,3
varav							0,0
Allmän botande öppenvård	27	27	27	28	1	2,7	6,0
Tandvård	24	25	25	25	1	2,9	5,4
Övrig specialiserad öppenvård	59	60	65	65	7	11,2	14,2
Övrig botande öppenvård	14	15	16	17	2	15,3	3,6
Rehabiliterande hemsjukvård	1	2	2	2	1	72,2	0,4
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	112	115	118	121	9	8,4	26,3
Särskilda boendeformer	74	75	76	78	4	6,0	17,0
Dagverksamhet och korttidsvård	6	6	6	6	0	5,1	1,4
Ordinärt boende (omvårdnadstjänster)	32	33	35	36	5	14,4	7,9
Tilläggsstjänster inom sjukvård	15	17	17	17	2	12,5	3,7
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	53	53	55	57	4	7,1	12,3
Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga varor/förbrukningsartiklar	43	43	44	45	2	5,2	9,9
varav							0,0
Receptförskrivna mediciner	30	29	30	31	1	3,0	6,7
Receptfria mediciner	10	10	11	11	1	10,7	2,4
Övriga medicinska dagligvaror	3	3	3	3	0	7,9	0,7
Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor	10	11	11	11	2	15,4	2,5
Förebyggande vård	12	14	13	14	2	15,0	3,1
Informations-, utbildnings- och rådgivningsprogram	6	6	6	6	0	8,5	1,4
Immuniseringsprogram	2	2	2	2	0	30,5	0,4
Allmänna hälsokontroller	5	6	6	6	1	18,8	1,2
Epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete	0	0	0	0	0	1,3	0,1
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	6	6	7	8	2	28,2	1,7
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	3	3	3	3	1	20,6	0,7
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>425</b>	<b>435</b>	<b>449</b>	<b>460</b>	<b>36</b>	<b>8,4</b>	<b>100,0</b>
Årlig procentuell förändring		2,4	3,1	2,6			
Andel av BNP, %	10,9	11,1	11,1	11,0			

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån 2012–2015

## Orsaker till höga utgifter för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av bruttonationalprodukten (BNP) var 11,0 procent 2015, och har varit relativt stabil sedan 2011. Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP är bland de högsta inom OECD, vilket framgår av figur 6.



I tidigare mätningar har Sveriges placering varit mer genomsnittlig. Skillnaden i placering beror inte på att Sverige numera lägger mer resurser på hälso- och sjukvård, utan är ett resultat av införandet av den nya redovisningsmetod som länderna ska följa. Den nya metoden innebär att en avsevärt större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård. Denna del är större i bland annat Sverige, Norge och Nederländerna än i de flesta andra jämförbara länder [36].

# Patientsäkerhet

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av en vårdskada, det vill säga en skada som orsakas av hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade genomförts.<sup>25</sup> I detta kapitel redovisas den nationella utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet under 2017. Beskrivningen speglar ett urval av de utvecklingsarbeten som skett hos vårdgivare, organisationer och myndigheter.

## Ett samlat stöd i patientsäkerhet

I maj 2017 lanserade Socialstyrelsen en särskild webbplats för att stödja hälso- och sjukvården i patientsäkerhetsarbetet<sup>26</sup>. Webbplatsen samlar och hänvisar till nationella kunskapsstödjande material, till exempel handböcker, vägledningar och webbutbildningar. Vidare beskrivs bärande delar inom patientsäkerhetsområdet, till exempel mål och fokusområden, lagar och föreskrifter med särskild betydelse för patientsäkerheten, roller och ansvar, risk- och skadeområden, säkerhetskulturens och ledarskapets betydelse och vad hälso- och sjukvården ska göra när en patient drabbas.

## Ny föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren är skyldig att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>27</sup> Den 1 september 2017 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete i kraft.<sup>28</sup> Syftet med föreskriften är att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Målet är att integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet med det systematiska kvalitetsarbetet och att öka lärandet och kunskapsspridningen kring händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. En handbok till föreskriften håller på att tas fram för att ge hälso- och sjukvården vägledning och tydliggöra innehållet i föreskriften. Handboken kommer att publiceras under 2018.

## Ny föreskrift om anmälan av allvarliga vårdskador, lex Maria

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.<sup>29</sup>

<sup>25</sup> Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

<sup>26</sup> [www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se](http://www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se)

<sup>27</sup> 3 kap. 3 § PSL.

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

<sup>29</sup> 3 kap. 5 § PSL.

Den 1 september 2017 trädde också IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) i kraft. Föreskrifterna reglerar vem som ska lämna en sådan anmälan, vad den ska innehålla och hur anmälan ska göras. Som stöd vid anmälan av lex Maria har IVO lanserat en e-tjänst som vårdgivare kan använda när anmälan sker.

## Ny föreskrift om ordination och hantering av läkemedel

De läkemedelsrelaterade skadorna utgör en stor del av vårdskadorna och orsakar lidande för den patient som drabbas. Det innebär även stora kostnader för samhället. Den 1 januari 2018 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården i kraft. Syftet med föreskriften är att ordination och läkemedelshantering ska bli säkrare. De största förändringarna i den nya föreskriften är att samma regler gäller oavsett om vården av patienten sker i öppen eller slutna hälso- och sjukvård. Kraven vid exempelvis ordination av läkemedel har skärpts och det tydliggörs att ordinatören redan vid insättningen av ett läkemedel ska ta ställning till behandlingens längd och på vilket sätt behandlingen ska följas upp. Även kraven vid iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel har skärpts och tydliggjorts, liksom kraven på kunskap och kompetens vid delegering av läkemedelshantering. Nu pågår arbetet med att utveckla en handbok till föreskriften i syfte att stödja hälso- och sjukvården.

## Tydligare begrepp inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen har under 2017 definierat centrala begrepp inom patientsäkerhetsområdet för att säkerställa att myndigheter, vårdgivare och profession lägger samma betydelser i begreppen. Sju nya termposter har tillkommit och tre befintliga termposter har reviderats i Socialstyrelsens termbank. Exempel på begrepp är skada, vårdskada, komplikation, avvikelshantering, tillbud och negativ händelse.<sup>30</sup>

Socialstyrelsen har också genomfört ett utvecklingsarbete i syfte att förtydliga begrepp kring bland annat systemsäkerhet, säkerhetskultur och diagnostiska fel.

## Öppna jämförelser säker vård

Socialstyrelsen har 2017 publicerat öppna jämförelser inom säker vård [47]. Indikatorerna återspeglar bland annat förekomsten av vårdskador inom olika områden, till exempel omoperation efter höftoperationer. I riket som helhet

<sup>30</sup> Arbetet har skett i samarbete med SKL, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet och Terminologiscentrum.

omopererats ungefär 2 procent av patienterna inom två år.<sup>31</sup> Variationen mellan landsting är cirka 1 till 2,9 procent.

Öppna jämförelser redovisar också i vilken utsträckning vården vidtar åtgärder som förebygger vårdskador, såsom uppmärksamhet vid tio eller fler läkemedel för äldre. När äldre personer använder många läkemedel löper de en större risk att råka ut för olika typer av läkemedelsrelaterade problem och därmed också vårdskador.



Andel äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt, personer 75 år och äldre 2016.  
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Andelen personer 75 år eller äldre med tio eller fler läkemedel har ökat. Det beror bland annat på att medellivslängden har ökat bland äldre men utfallet kan även påverkas av hur hälso- och sjukvården arbetar med läkemedelsgenomgångar och riktad information till patienter samt ordination, uppföljning av behandlingseffekter och larmsystem för allvarliga feldoseringar [47].

## Journalgranskning i kommunal hälso- och sjukvård samt psykiatri

Allt mer hälso- och sjukvård, både kommunal och landstingsdriven, bedrivs i hemmet. Förutsättningarna för vård i hemmet skiljer sig i många avseenden från sjukhusvård. Kunskap om förekomsten av skador och vårdskador i denna vårdform är till stor del okänd. Mot bakgrund av erfarenheter från markörbaserad journalgranskning (MJG) inom somatisk sjukhusvård startade 2015 ett utvecklingsarbete för att anpassa metodiken till hemsjukvård. Metoden har testats i ett forskningsprojekt i samverkan mellan Kungliga tekniska högskolan, Karolinska institutet, Linnéuniversitetet, SKL och Region Östergötland. SKL, vårdgivarna och Socialstyrelsen har utformat en handbok för tillämpning av metoden i hemsjukvård som kommer att publiceras under 2018. Inom allmän psykiatri och rättspsykiatri finns sedan 2015 en handbok som är baserad på erfarenheterna från markörbaserad granskning av journaler inom den somatiska sjukhusvården. Socialstyrelsen och SKL samarbetar för närvarande i ett projekt där granskningsteam hos vårdgivare i samtliga landsting och regioner granskat 3000 patientjournaler från psykiatriska verksam-

<sup>31</sup> Jämförelsen baseras på närmare 65 437 operationer under mätperioden 2016.

heter. Analysen kommer att ge en bild av vilka typer av skador och vårdskador som förekommer inom den psykiatriska vården för vuxna och hur ofta skador inträffar. Resultatet av journalgranskningarna inom dessa områden kommer att leda till att nya kunskapsstöd och vägledningar behöver anpassas och utvecklas.

## Utveckling av patientsäkerhetsområdet

Under 2017 har patientsäkerhetsområdet även utvecklats av andra aktörer. SKL har till exempel publicerat arbetsmodellen *Säker läkemedelsanvändning i primärvård*, vars syfte är att minska antalet läkemedelsrelaterade problem för patienter [48]. Vidare publicerades vägledningen *Patientens övergångar – framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som kan öka patientsäkerheten*, som ger konkreta exempel på hur nya arbetssätt kring samordning och övergångar kan spridas och implementeras [49]. Som ett komplement till *handboken i Risk- och händelseanalys* togs skriften *Effektivisering av arbete med händelseanalys* fram [50].

## Löfs patientsäkerhetssatsningar

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf, driver och stödjer ett flertal riktade patientsäkerhetssatsningar och projekt i samverkan med yrkesorganisationer, kvalitetsregister och intresseorganisationer. Under 2017 startade Säker Suicidprevention. Syftet med projektet är att förbättra suicidprevention och förebygga upprepade suicidförsök samt att bidra till ett strukturerat arbetssätt över hela landet. Vidare fortsatte projektet Säker Förlossningsvård, med syfte att minska förlossningsskador på barn. Projektet Säker Trauma-vård, vars syfte är att höja kvalitet och säkerhet vid omhändertagande av traumapatienter, fortsatte under 2017.

## Patientsäkerheten påverkas av brister i bemanning och kompetens

Socialstyrelsen har kartlagt och analyserat hur brister i kompetensförsörjning och bemanning kan påverka risken för vårdskador. Det finns ett tydligt samband<sup>32</sup> mellan såväl otillräcklig bemanning som kompetens och risker för vårdskador [51].

Problematiken med otillräcklig bemanning och kompetens upplevs som mer påtaglig och utbredd nu än tidigare, även om det också finns variationer i olika delar av landet. Den vanligaste negativa konsekvensen är ökad arbetsbelastning för personalen. Framför allt är ihållande stress utan möjlighet till återhämtning problematisk eftersom stress också ökar risken för misstag. Andra vanliga konsekvenser är utlokalisering och brister i personalkontinuiteten.

---

<sup>32</sup> Undersökningen kan inte svara på hur starka sambanden är eller hur sambanden har utvecklats över tid, vilket delvis beror på att data från nationella register inte möjliggör detta.



Underbemanning upplevs som ett arbetsmiljöproblem och något som försämrar patientens vårdupplevelse, medan brist på kompetens anses påtagligt påverka risken för vårdskador. När det gäller kompetens handlar det främst om en brist på erfarenhet snarare än att personalen saknar formell utbildning.

## Kompensatoriska mekanismer skyddar mot allvarliga vårdskador

Verksamheter med stora bemannings- eller kompetensproblem upplever risk för vårdskador i större utsträckning. Dessa verksamheter upplever också att de har en högre andel vårdskador, och då främst vårdskador som trycksår, infektioner och blåsoverfyllnad.

I verksamheter som upplever att de har många lindriga vårdskador är det vanligare med utlokalisering av patienter och att personalen har fel eller otillräcklig kompetens för uppgiften. Allvarliga vårdskador upplevs vara relativt ovanliga.

Åtgärder som bedöms ha betydelse för att minska riskerna för vårdskador som beror på brister i bemanning och kompetens är bland annat att

- stärka och skapa förutsättningar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- integrera arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet
- ge patienter och närstående en större roll i patientsäkerhetsarbetet
- stärka den verksamhetsnära kompetensutvecklingen och det kontinuerliga lärandet.

## Vårdskador inom somatisk slutenvård

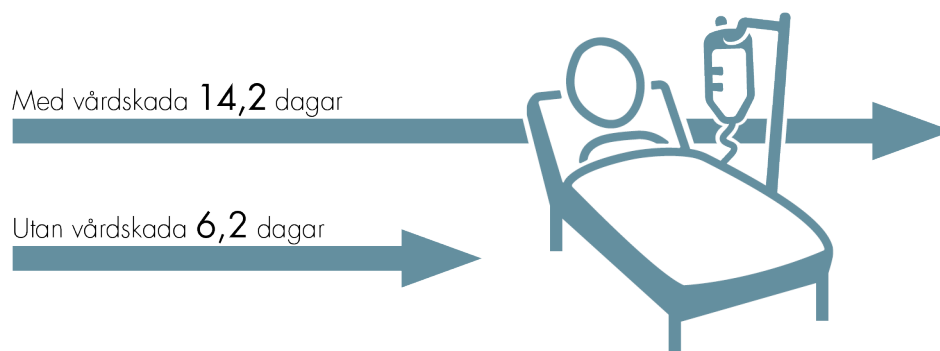
Mellan 2013 och 2015 minskade andelen vårdtillfällen där patienten drabbas av en eller flera vårdskador.<sup>33</sup> Därefter har en ökning av andelen vårdtillfällen med skador skett.<sup>34</sup> År 2015 var andelen som vårdtillfällen med skador 10,9 procent medan den var 12,3 procent 2017. Av skadorna bedömdes 61 procent vara undvikbara [52]. Av de vårdskador som identifieras är 34 procent vårdrelaterade infektioner, 13 procent skador relaterade till kirurgiska ingrepp, 10 procent relaterade till läkemedelsbehandling, 9 procent överfylld urinblåsa, 8 procent trycksår och 5 procent fallskador.

Medelvårdtiden för alla granskade vårdtillfällen var 7 dagar. För vårdtillfällen utan skada var medelvårdtiden 6 dagar och för vårdtillfällen med vårdskador mer än dubbelt så lång, 14 dagar [53].

---

<sup>33</sup> Metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG) har under 2013–2016 använts för att granska sammanlagt 64 917 vårdtillfällen i somatisk vård för vuxna vid landets akutsjukhus.

<sup>34</sup> Ökningen gäller för perioden 2015 till och med första halvåret 2017 och är statistiskt säkerställt.



Medelvårdtiden fördubblas när patienten drabbas av en vårdskada.

## Överbeläggningar och utlokaliseringar i somatisk slutenvård har ökat

Utvecklingen av behandlingsmetoder i vården har inneburit ett minskande behov av slutenvård för många patientgrupper och antalet slutenvårdsplatser har successivt minskat. Eftersom de flesta vårdgivare har svårt att bemanna delar av slutenvårdsverksamheten med tillräckligt många medarbetare och med avsedd kompetens är antalet disponibla vårdplatser lägre än det planerade antalet vårdplatser. Sammantaget motsvarar i många verksamheter antalet disponibla vårdplatser inte det faktiska behovet, vilket leder till överbeläggningar, att patienter vårdas på vårdplatser som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning för att säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljön. Om de disponibla vårdplatserna inte finns inom de verksamheter där behovet finns innebär bristen också att patienter utlokaliseras. Patienten vårdas då på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Detta har visat sig medföra en påtagligt ökad risk för vårdskador för de patienter som utlokaliserats [54].

Under oktober 2017 vårdades 4,3 procent av patienterna i den somatiska slutenvården på en överbeläggningsplats. Under samma tidsperiod vårdades i genomsnitt 1,9 procent utlokaliserade till en annan vårdenhet än där den specifika kompetensen fanns. Inom den psykiatriska verksamheten vårdades samma period 2,8 procent av patienterna på överbeläggningsplats och 0,1 procent som utlokaliserade [54].

**Tabell 5. Andel patienter vårdade på överbeläggningsplats respektive som utlokaliserad, oktober 2013–2017**

År	Överbeläggning, andel av vårdtillfällen (procent)	Utlökaliserade, andel av vårdtillfällen (procent)
2013	2,2	1,1
2014	2,6	1,4
2015	2,7	1,2
2016	3,5	1,4
2017	4,3	1,9

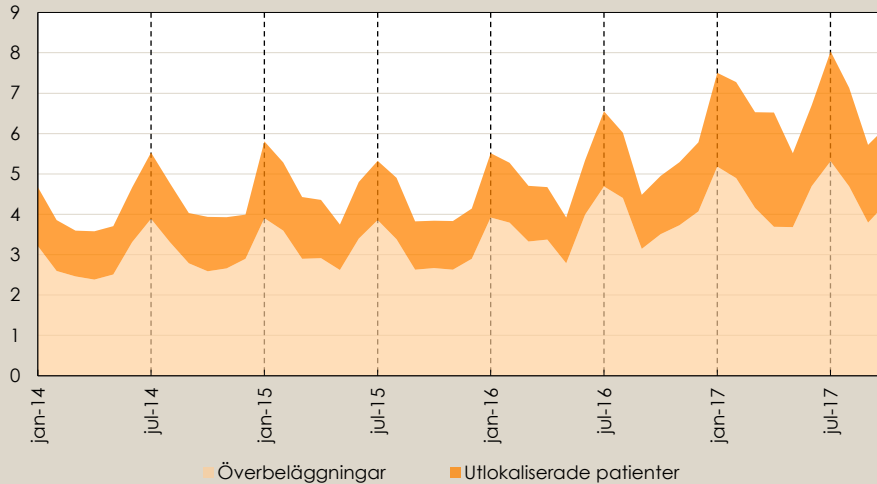
Källa: Sveriges kommuner och landsting

Figur 7 nedan visar hur överbeläggningar och utlokaliseringar ökat över tiden men också variationer utifrån sommar- och vinterhalvår.

### Figur 7. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

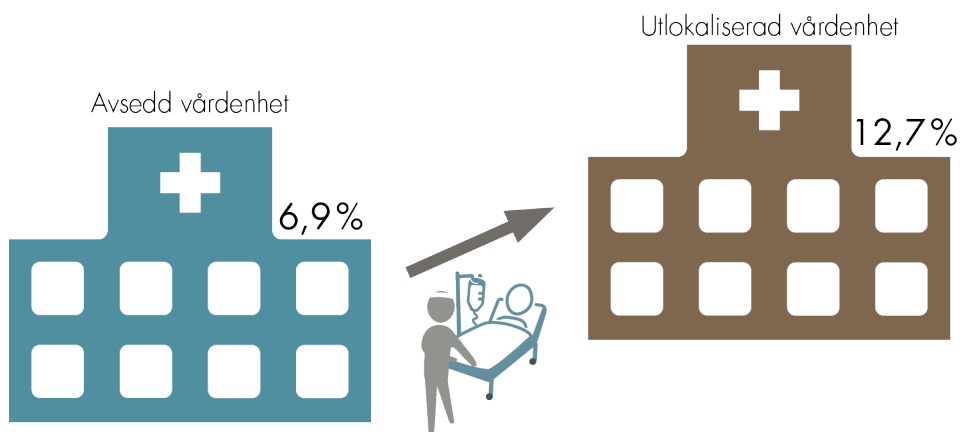
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården, månadsdata för riket.

Per 100 disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Andelen vårdtillfällen, där patienten varit utlokaliserad till en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten, har ökat från 3,1 procent 2015 till 4,5 procent 2016. Andelen vårdtillfällen med vårdskada då patienten vårdats utlokaliserad är 12,7 procent jämfört med 6,9 procent när vården sker på den avsedda vårdenheten. Förekomsten av vårdskador var därmed nästan dubbelt så hög då patienten vårdades utlokaliserad.



Utlokaliserade patienter har högre förekomst av vårdskador.

### Tillförlitliga metoder för att mäta diagnostiska fel saknas

Att ställa rätt diagnos är avgörande för behandlingen. Diagnostiska fel, det vill säga att diagnosen blir felaktig, fördröjd eller inte ställs alls, är vanliga.

Dessa fel har dock inte varit särskilt uppmärksammade vare sig i svenskt eller internationellt patientsäkerhetsarbete. Orsakerna till diagnostiska fel är både individ- och systemrelaterade. Systemfaktorer orsakar oftare fördröjd diagnos, medan individrelaterade faktorer oftare leder till en felaktig diagnos. Diagnostiska fel leder däremot inte alltid till en skada eftersom många av dem upptäcks i tid.

Risken för diagnostiska fel som medför skada anses vara störst på akut-mottagningar och i primärvård. Till stor del saknas tillförlitliga metoder för att mäta förekomsten av diagnostiska fel. Svårigheterna att bedöma hur vanliga diagnostiska fel är beror delvis på att det saknas en gemensam begreppsvärld och terminologi inom området.

SKL testade under 2017 användbarheten av ett instrument, Safe Dx Instrument<sup>35</sup> för att se om instrumentet, som ska visa om ett diagnostiskt fel inträffat, kan fungera under svenska förhållanden. I ett samlat stöd för patientsäkerhet hos Socialstyrelsen och på SKL:s webbplats publicerades under året information om diagnostiska fel.

## Fortfarande hög förekomst av vårdrelaterade infektioner

Drygt en tredjedel av alla vårdskador är vårdrelaterade infektioner (VRI). Varje år får närmare 65 000 patienter på svenska sjukhus en vårdrelaterad infektion.

Frigör upp till **300 000** vård dagar genom att undvika vårdrelaterade infektioner



Detta motsvarar cirka **3 miljarder** kr/år

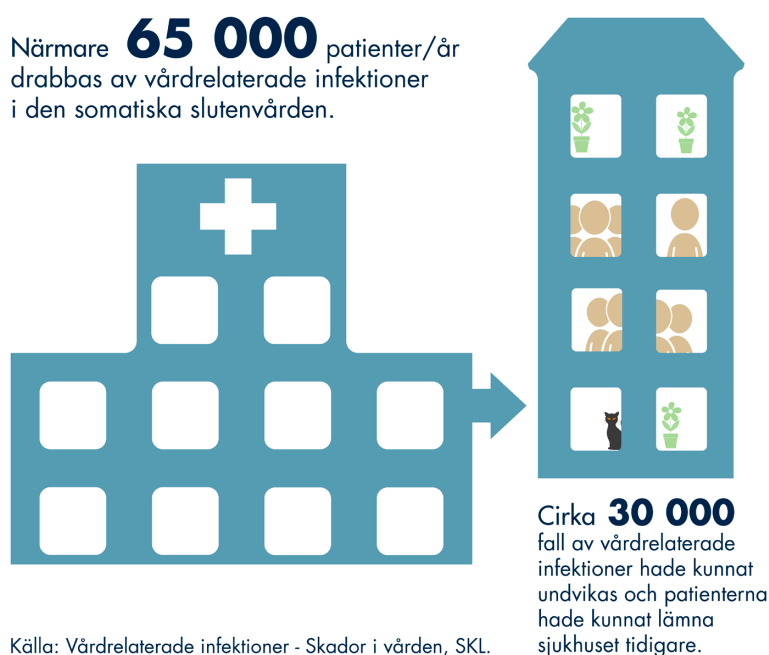
Källa: Vårdrelaterade infektioner - Skador i vården, SKL.

Andelen patienter med VRI var 9 procent 2017.<sup>36</sup> Det är ett oförändrat resultat jämfört med tidigare år. Vanligast är att patienterna har en lunginflammation eller en urinvägsinfektion. Könsskillnaderna är små, men andelen män med VRI är något högre än andelen kvinnor. Av männen hade 10,3 procent en VRI, jämfört med 8,2 procent för kvinnor. Nästan hälften av patienterna

<sup>35</sup> Instrumentet har utvecklats och validerats i USA.

<sup>36</sup> Förekomsten av vårdrelaterade infektioner har kartlagts genom punktprevalensmätning för 15 142 patienter inskrivna i slutenvård (somatisk sjukhusvård). Undersökningen genomfördes vecka 12 och 13 år 2017.

med VRI, 47 procent, hade någon riskfaktor för infektion såsom respiratorbehandling, genomgången kirurgiskt ingrepp, central venkateter eller kateter i urinvägarna [55]. Resultaten varierar mellan landstingen och ungefär en tredjedel till hälften av de vårdrelaterade infektioner som förekommer skulle kunna förebyggas [56].



## Oförändrad följsamhet till hygienrutiner och klädregler

God följsamhet till föreskriften om hygienrutiner och klädregler är en viktig del i arbetet med att förhindra VRI. Andelen medarbetare som på ett korrekt sätt tillämpar klädreglerna är nu strax över 90 procent. Andelen medarbetare som på ett korrekt sätt tillämpar samtliga steg i hygienrutinen har i genomsnitt bara varit drygt 70 procent de senaste åren. Följsamheten har under de senaste åren dessutom varit oförändrad, men varierar mellan verksamheter och landstingen. Det är därför viktigt att landstingen arbetar med att förbättra sina resultat. För att förhindra vårdrelaterade infektioner behövs ett systematiskt arbete och en konsekvent tillämpning av de överenskomna arbetssätten och procedurerna.

## Fler landsting har hygiensköterskor

Vårdhygien har en avgörande betydelse för patientsäkerheten inom infektionsområdet. Trots att de flesta vårdrelaterade infektioner inte medför smittspridning eller orsakas av antibiotikaresistenta bakterier, är det viktigt att förebygga dem, då merparten av alla patienter som har en vårdrelaterad infektion behandlas med antibiotika. Åtminstone en tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna bör kunna förebyggas genom bland annat tillgång till

vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner [57, 58]. För att få en uppfattning om det skett någon förändring i landstingens styrning av vårdhygienarbetet, genomförde Socialstyrelsen hösten 2017 en uppföljning av en enkätundersökning från 2013.

Antalet landsting som uppger att de har beslutat att alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis har minskat från 19 till 16 landsting mellan mätningarna.

En svag ökning av antalet tjänster inom vårdhygienisk arbete har skett mellan 2013 och 2017 enligt tabell 6. Det är främst antalet hygiensjuksköterskor som ökat.

**Tabell 6. Personal inom hygienområdet vid landsting och regioner**

	Antal tjänster 2013	Antal tjänster 2017
Hygienläkare	33	30,3
Hygiensjuksköterskor	119	136,3
Annan vårdhygienisk expertis	11,5	4,75

Källa: Socialstyrelsen.

Av 21 landsting har 20 stycken egna riktlinjer för arbetskläder, tillämpning av basala hygienregler och handläggning av resistenta bakterier<sup>37</sup>. Drygt tre fjärdedelar av landstingen uppger 2017 att de har fastställda kvalitetsindikatorer för vårdhygien, vilket är samma antal landsting som i den föregående mätningen.

Totalt sett har inga större förändringar skett i vårdgivarnas arbete med vårdhygien mellan mätningarna 2013 och 2017. Det kan bero på den svaga ökningen av antal tjänster inom vårdhygieniskt arbetet. Positivt är att 14 landsting, som systematiskt följer upp landstingsgemensamma riktlinjer och kvalitetsindikatorer inom vårdhygienområdet, även återför resultaten till berörda enheter. Det leder förhoppningsvis till ett förbättringsarbete. Socialstyrelsen ser gärna att flera landsting arbetar på detta sätt.

## Oförändrad antibiotikaanvändning

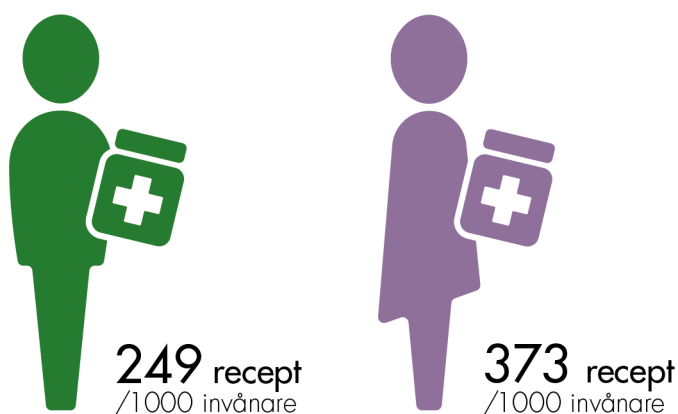
Andelen personer i befolkningen som hämtar ut recept på antibiotika har sjunkit de senaste åren. Trots att användningen för 2016 verkar ha planat ut något, har strategierna för att främja rationell användning av antibiotika och begränsa spridningen av antibiotikaresistens varit effektiva.

Rapporten om det årliga antibiotika- och resistensläget visar på två motsatta tendenser. Dels ses en avtagande ökningstakt av MRSA<sup>38</sup> jämfört med 2015, samtidigt som fler inhemska fall av ESBL<sub>CARBA</sub><sup>39</sup> rapporterats [59]. Ökningen av ESBL<sub>CARBA</sub> bedöms som oroande eftersom det ökar risken för att resistenstypen ska introduceras bland känsliga patienter, till exempel på neonatalavdelningar, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Ökningen av MRSA har inte lett till någon ökad smittspridning på sjukhus och risken för detta bedöms som liten även i framtiden.

<sup>37</sup> Det är bara Västra Götalandsregionen som anger att de inte har egna riktlinjer.

<sup>38</sup> MRSA: Meticillinresistenta Staphylococcus aureus.

<sup>39</sup> ESBL: Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum Betalactamase. En variant av ESBL där bakterierna är resistenta mot den antibiotika som används för att behandla infektioner av ESBL-producerande bakterier.



Kvinnor använder mer **antibiotika** än män.

Det kan delvis förklaras av att kvinnor oftare än män drabbas av och behandlas för **urinvägsinfektioner**.

Antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner är den grupp som säljs mest på recept. Behandlingen av nedre urinvägsinfektioner (UVI) hos kvinnor ser ut att följa de nationella behandlingsrekommendationerna. Under 2016 minskade den totala försäljningen av UVI-antibiotika till kvinnor 18–79 år något jämfört med 2015. En minskad trend ses också när det gäller förskrivning av UVI antibiotika till män som är 65 år eller äldre.

### Skillnader i antibiotikaförbrukning i Europa

Sverige är ett av de länder i Europa som har lägst antibiotikaförsäljning (12,0 DDD per 1 000 invånare och dag). Det är stora skillnader i hur antibiotika används. Under 2016 förbrukade de länder som använder mest antibiotika tre gånger så mycket antibiotika som de länder som förbrukade minst mängd, från 36,3 DDD per 1 000 invånare och dag i Grekland till 10,4 DDD per 1 000 invånare och dag i Nederländerna [60]. I Sverige används oftare penicillin med smalt spektrum<sup>40</sup> än i de flesta andra länder i Europa. Sverige är, tillsammans med de övriga nordiska länderna, också ett av de länder som använder lägst andel bredspektrumantibiotika i förhållande till smalspektrumantibiotika [61].

### Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier ökar

Antibiotikaresistensen har gradvis ökat sedan övervakningen började, men Sverige har fortfarande en gynnsam situation sett ur ett internationellt perspektiv. Variationen mellan länder anses bero på olikheter i antibiotikaanvändning, vårdhygieniska åtgärder, diagnostik och sjukvårdssystem [60].

Antalet fall av de antibiotikaresistenta anmälningspliktiga bakterier, ESBL och MRSA, har efter en ökning hösten och vintern 2015–2016 stannat av.

<sup>40</sup>Antibiotika kan delas in i två typer. Dels antibiotika med smalt spektrum, som har effekt på en viss typ av bakterie och dels antibiotika med brett spektrum som har effekt på ett flertal typer av bakterier. Smalspektrumantibiotika specifikt dödar skadliga bakterier och påverkar generellt inte kroppens nyttiga bakterier (normalfloran) lika mycket som bredspektrumantibiotika. Att använda smalspektrumantibiotika innebär inte heller en lika stor risk för att bakterier blir okänsliga (resistenta).

Det beror delvis på ett minskat flyktingmottagande. Sverige har en låg förekomst av ESBL och MRSA jämfört med många andra länder i Europa. Under 2017 rapporterades 9337 fall av bakterier som producerar ESBL samt 3455 fall av MRSA<sup>41</sup>.

För resistent bakterier av typen VRE<sup>42</sup> rapporterades 244 fall 2017. Detta är fler fall jämfört med 2015 och 2016. År 2015 rapporterades 157 fall och 2016 rapporterades 165 fall. Ökningen beror till stor del på flera smittspridningar på sjukhus.

Den stora variationen inom landet och mellan länen i förekomst av anmälningspliktiga resistent bakterier förklaras delvis av skillnader i hur många prover som tas. Under 2017 tog Folkhälsomyndigheten i samverkan med representanter från smittskydds- och vårdhygienenheter fram en gemensam grund för screeningriktlinjer [61].

## Läkemedelsrelaterade skador

Var tionde vårdskada är läkemedelsrelaterad och det är därmed en av de vanligaste typerna av vårdskada. Vårdskador till följd av läkemedelsbehandling har flera olika bakomliggande orsaker och resulterar i allt från att patienten inte alls får det avsedda läkemedlet till att patienten får läkemedel utan indikation eller att kombinationen av läkemedel är olämplig med interaktioner och biverkningar som följd. Läkemedelsgenomgångar, läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvård och en delaktig patient är viktiga moment i ett arbetssätt som minskar risken för läkemedelsrelaterade vårdskador. Brister i kontinuitet och bortfall av information då patienten och ansvaret flyttas mellan olika enheter ökar risken.

För närvarande pågår ett arbete med att skapa en nationell läkemedelslista [62]. Syftet är att ge hälso- och sjukvården överblick över en patients alla läkemedelsförskrivningar. Att ha en helhetsbild över vilka receptbelagda mediciner en patient använder är framför allt viktigt för att undvika att patienten ordineras olämpliga läkemedel eller skadliga kombinationer av läkemedel. Arbetet sker i två spår, dels framtagning av ny lag och dels arbetar E-hälsomyndigheten med anpassning av tekniska system.

## Anmälningar från patienter och vårdgivare

I följande avsnitt beskrivs patienters klagomål till IVO och patientnämnderna på hälso- och sjukvården och anmälningar från vårdgivare samt anmälningar till patientförsäkringen Löf.<sup>43</sup>

### Ny lag och nytt klagomålssystem

Hälso- och sjukvården har från den 1 januari 2018 ett nytt system för att hantera klagomål från patienter och närstående, där vårdgivarna tillsammans med patientnämnderna utgör första linjen i klagomålssystemet.

<sup>41</sup> Fram till och med november 2017.

<sup>42</sup> VRE: Vancomycinresistenta enterokocker.

<sup>43</sup> Siffrorna för patientnämnderna avser år 2016.



Det är i första hand vårdgivarna som ska ta emot och besvara klagomål.<sup>44</sup> Vårdgivarna ska förklara vad som har inträffat och vid behov vidta åtgärder för att händelsen inte ska ske på nytt.

En ny lag reglerar patientnämndernas verksamhet, där det förtydligas att nämndernas huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna.<sup>45</sup> Patientnämnderna ska också bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet och till att verksamheterna i hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar.

Det nya systemet innebär en begränsning av IVO:s utredningsskyldighet i klagomålsärenden. IVO är endast skyldig att, efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter, utreda vissa klagomål.<sup>46</sup>

## Klagomål på hälso- och sjukvården

Fram till den 31 december 2017 var IVO skyldig att efter en anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal.<sup>47</sup> Patienter och närstående kunde också vända sig till patientnämnden i sin kommun eller sitt landsting om de hade upplevt problem i kontakten med offentligt finansierad hälso- och sjukvård och önskade lämna ett klagomål.<sup>48</sup>

Patienter och närstående kan anmäla en skada till patientförsäkringen Löf som prövar om rätt till patientskadeersättning föreligger.<sup>49</sup>

### *Klagomålen till patientnämnderna fortsätter att öka*

Andelen klagomål per verksamhetsområde är i stort sett oförändrad sedan 2015 bortsett från att klagomålen från primärvården fortsätter att öka och står för ca 30 procent av klagomålen. Somatisk specialistsjukvård stod för knappt hälften av alla klagomål.

De föregående årens trend med ett ökat antal klagomål till patientnämnderna håller i sig. Under 2016 tog patientnämnderna emot nästan 36 300 klagomål och totalt sett är det en ökning med fem procent jämfört med året innan.

Av de klagomål som lämnas på vården kommer en större andel från kvinnor än från män, de står för 59 respektive 40 procent av klagomålen. Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år står för flest klagomål, vilket är ett resultat som varit oförändrat de senaste åren.<sup>50</sup>

Liksom föregående år varierade antalet klagomål per 100 000 invånare mellan de olika länen, från 185 till 616 klagomål per 100 000 invånare. Det finns inget enkelt och entydigt svar till varför klagomålen varierar så mycket.

<sup>44</sup> Se 3 kap PSL (2010:659) för den fullständiga regleringen.

<sup>45</sup> Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) som trädde i kraft den 1 januari 2018.

<sup>46</sup> Dessa framgår av 7 kap. 11 § PSL: kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten har fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit, tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

<sup>47</sup> 7 kap. 10 § PSL (2010:659).

<sup>48</sup> Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., som upphävdes den 31 december 2017.

<sup>49</sup> Löf är ett landstings- och regionägt försäkringsbolag. Patienter som har drabbats av en skada i samband med hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning om skadan hade kunnat undvikas eller under vissa andra omständigheter som framgår av 6 § samma lag.

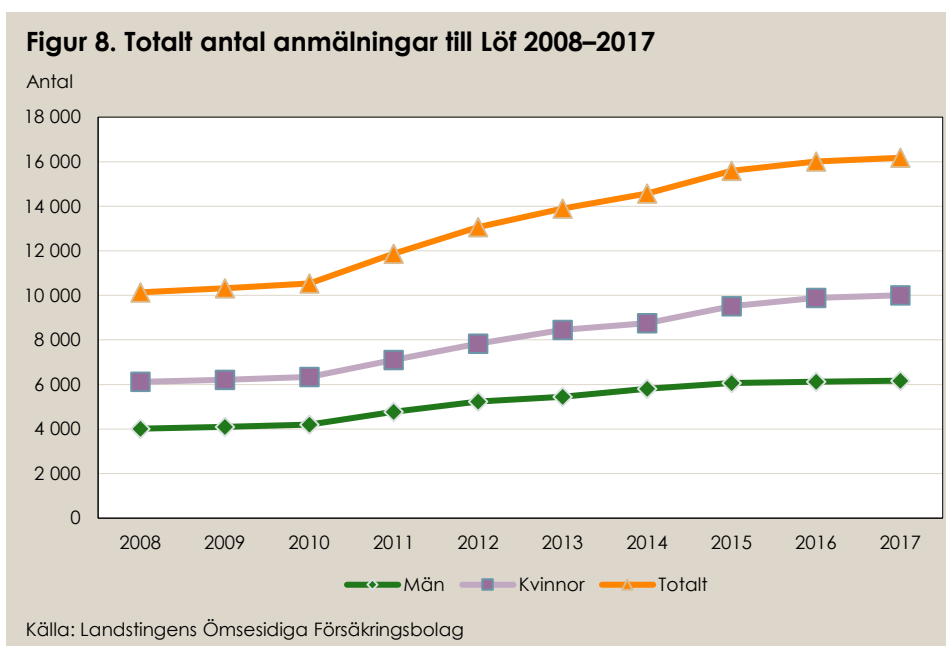
<sup>50</sup> I en procent av klagomålen saknades uppgifter om kön. I 6 951 klagomål saknades uppgifter om ålder.

### Flest klagomål inom vård och behandling, kommunikation samt tillgänglighet

Klagomålsärenden kategoriseras i åtta huvudområden.<sup>51</sup> Under 2016 var vård och behandling det största området. Antalet klagomål inom området kommunikation, exempelvis bemötande, information och delaktighet, fortsätter att öka. Klagomålen rörande brister i bemötande ökar mest inom somatisk specialistsjukvård och primärvård, men minskar inom den psykiatriska vården. Det finns även brister i informationsöverföringen och i samverkan mellan olika vårdenheter och vårdgivare. Det är fler kvinnor än män som upplever dessa brister [63].

### Anmälningar till patientförsäkringen Löf ökar

År 2017 inkom 16 175 anmälningar om skada till Löf, vilket är en marginell ökning, 161 anmälningar, jämfört med 2016. Det totala antalet anmälningar har tidigare ökat med fler ärenden för varje år efter 2010. Ökningen av antalet anmälningar till Löf efter 2010 har sannolikt påverkats av att PSL trädde i kraft 2010, vilket innebär en utökad upplysningsskyldighet från vårdgivare till patienter och närstående vid en inträffad skada.



Drygt 70 procent av alla anmälningar 2017 gällde skador som uppkommit vid vård på sjukhus och nästan alla dessa rörde somatisk slutenvård. De flesta anmälningarna gällde ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymerna vilket är samstämmigt med tidigare år. Fler kvinnor än män, 62 respektive 38 procent, anmälde en skada 2017.

<sup>51</sup> Vård och behandling, omvårdnad, kommunikation, patientjournal och sekretess, ekonomi, organisation och tillgänglighet, vårdansvar, administrativ hantering samt övrigt.

## Klagomålen till IVO ökar

Klagomålen till IVO ökar. År 2017 anmäldes 8 340 klagomål vilket var en ökning med 1 159 klagomål jämfört med 2016 då 7 181 klagomål anmäldes. Det innebär en ökning med 14 procent. IVO fattade under året beslut i 7 562 klagomålsärenden, varav 4 354 ärenden bedömdes ha betydelse för patientsäkerheten och därför utreddes. Av de utredda klagomålen utmynnade 1 693 i kritik mot en vårdgivare. Andelen utredda klagomål som utmynnade i kritik har ökat, 2017 var det 39 procent och 2016 var det 35 procent. Drygt hälften av klagomålen som utreds handlar om primärvård och kirurgisk vård. Av klagomålsärendena med kritik var ärenden gällande vård och behandling och diagnostisering vanligast. Brister i vård och behandling kan exempelvis vara att patienten inte har fått tillräcklig information om sin fortsatta vård eller att det har funnits brister i samverkan och kontinuitet i vårdkedjan.

De flesta utredda klagomålsbeslut 2017 gällde kvinnor. Klagomålsbeslut var vanligast i åldersgruppen 30–49 år för kvinnor och 65–79 år för män, vilket är samma fördelning som för de senaste åren. Könstillfördelningen har varit relativt konstant 2011–2017.

## Lex Maria-anmälningarna ökar något över tid

Antalet lex Maria-anmälningar ökade 2017. Vårdgivarna gjorde 2 680 lex Maria-anmälningar 2017, jämfört med 2 470 anmälningar 2016. Under 2017 fattade IVO beslut i 2 752 ärenden. De vanligaste ärendena handlade om suicid<sup>52</sup>, vård och behandling samt diagnostisering. De flesta besluten gällde psykiatrisk specialistvård, kirurgisk specialistsjukvård och primärvård.<sup>53</sup> Denna fördelning har varit densamma de senaste åren.

---

<sup>52</sup> Fram till den 1 september 2017 förelåg enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria en anmälningsskyldighet om en patient hade begått suicid i samband med undersökning, vård eller behandling, eller efter fyra veckor efter en vårdkontakt och detta kommit till vårdgivarens kännedom. I samband med att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft och SOSFS 2005:28 upphävdes, föreligger inte längre någon anmälningsskyldighet enligt Lex Maria vid suicid.

<sup>53</sup> Primärvård utom hemsjukvård.

# Kommunal hälso- och sjukvård

I detta kapitel redovisas kommunal hälso- och sjukvård. Kommuner har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer med beviljat beslut för särskilt boende och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt för vuxna med beslut om bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) efter överenskommelse med landstinget. Kommunal hälso- och sjukvård finansieras av kommunerna och regleras i enlighet med 12 kap 1–2§§ samt 14 kap 1§ HSL.

Socialstyrelsens lägesrapporter *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* och *Vård och omsorg om äldre* ger en mer fördjupad bild av läget och utvecklingen inom området [64, 65].

## Antal personer med kommunal hälso- och sjukvård

År 2016 vårdades 392 000 patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Majoriteten av dessa, 83 procent, var 65 år eller äldre. Antalet kvinnor och män var ungefär jämt fördelade bland personer upp till och med 64 år. Bland de äldre personerna var andelen kvinnor högre, 63 procent. Skillnaden kan delvis förklaras med att kvinnor lever längre än män.

En majoritet av patienterna i kommunal hälso- och sjukvård vårdas i hemmet med hemsjukvård [65]. Bland dem som var 65 år eller äldre 2016, bodde ungefär 33 procent i permanent särskilda boenden enligt SoL [66]. Sedan 2013 har antalet ökat med 23 700 personer. Ökningen beror delvis på att allt fler landsting successivt lämnade över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende till kommunerna. Den större ökningen mellan 2015 till 2016 kan förklaras med att kommunerna i Stockholms läns landsting tog över ansvaret för hälso- och sjukvården av vuxna personer i bostad med särskild service enligt LSS. En majoritet av patienterna i kommunal hälso- och sjukvård vårdas i hemmet med hemsjukvård.

## Särskilda boenden enligt SoL och hemsjukvård

De allra flesta får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Av tabell 7 nedan framgår att 36 procent av alla med kommunalt finansierad hälso- och sjukvård fick insatserna i särskilda boenden, varav 39 procent var kvinnor.

**Tabell 7. Särskilt boende enligt SoL jämfört med alla med kommunal hälso- och sjukvård, oktober 2016.**

Ålder	Särskilt boende enligt SoL			Kommunal hälso- och sjukvård			Andel i särskilt boende enligt SoL (%)		
	Totalt antal	Andel kvinnor %	Andel män %	Totalt antal	Andel kvinnor %	Andel män %	Totalt	Kvinnor	Män
0 – 64	4 300	42	58	41 600	49	51	10	48	52
65 eller äldre	83 600	68	32	202 000	62	38	41	44	56
Alla åldrar	87 900	67	33	243 600	62	38	36	39	61

Källa: Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Antalet personer som får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i LSS-boenden för vuxna har under de senaste åren ökat successivt, från 16 400 personer 2013 till 20 800 personer 2016 [67]. Samma år rapporterade kommunerna att 27 100 personer bodde i denna typ av boende [68].

## Hemsjukvård och beviljade insatser

Hemsjukvård är ”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och är sammanhängande över tid och där åtgärder och insatser har föregåtts av vård- och omsorgsplanering”<sup>54</sup>. Majoriteten av kommunerna har successivt de senaste åren övertagit ansvaret för hemsjukvården och enstaka hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende<sup>55</sup>. Kommunernas ansvar för hemsjukvården omfattar personer i alla åldrar i 12 landsting. I sex landsting omfattar det personer från 18 år och uppåt. I Uppsala omfattar det personer från 17 år och i Värmland gäller det i åldern 7 år och uppåt [69].

Det är vanligt att personer med hemtjänst också har hemsjukvård. Merparten av alla personer med kommunal hälso- och sjukvård, ungefär 392 000 personer (i alla åldrar), hade också beviljade sociala insatser, till exempel i form av trygghetslarm, hemtjänst, särskilt boende, matdistribution, ledsagning eller dagverksamhet. Andelen personer över 65 år som har hemtjänst och hemsjukvård är 68 procent. Andelen personer över 65 år som bara har hemsjukvård är 19 procent, vilket framgår av tabell 8.

<sup>54</sup> Socialstyrelsens termbank. Hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet och daglig verksamhet bedrivs i kommunal regi och verksamheten kan utövas av offentlig eller privat vårdgivare. Hembesök i patients bostad som sker av personal i landstingets primärvård definieras som vårdkontakt i öppen vård och ingår inte i begreppet hemsjukvård.

<sup>55</sup> Det är endast kommuner i Stockholms län, Norrtälje undantaget, som ännu inte övertagit ansvaret för denna verksamhet. Stockholm planerar för ett överlämnade till samtliga kommuner i landstinget år 2020.

**Tabell 8. Personer 65 år och äldre med hemsjukvård och hemtjänst, 2015 och 2016**

Andel personer 65 år och äldre med hemsjukvård i ordinärt boende utan sociala insatser. Resultaten anges i procent, resultat för 2015 redovisas inom parentes.

Indikator	65–79 år		80 år och äldre		Totalt	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	≥ 65 år	≥ 80 år
Andel med hemsjukvård och hemtjänst	63,2 (63,2)	66,5 (66,9)	69,8 (69,9)	69,9 (70,3)	68,3 (68,5)	69,8 (70,0)
Andel med hemsjukvård utan hemtjänst	33,2 (32,8)	30,5 (30,4)	10,9 (11,3)	16,3 (17,1)	18,9 (19,1)	12,7 (13,2)

Källa: Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänstregistret för äldre och personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen.

## Vanliga diagnoser och dödsorsaker bland personer med kommunal hälso- och sjukvård

De vanligaste diagnoserna bland personer upp till 17 år med kommunal hälso- och sjukvård är utvecklingsstörning, central pares och epilepsi [67]. Gemensamt för åldersgrupperna 18–64 år, 65–79 år och 80 år och uppåt är en förekomst av stroke. Högt blodtryck är den vanligaste bidiagnosen i samtliga åldersgrupper 18 år och uppåt, bland dem som vårdas med kommunal hälso- och sjukvård.

Höftfrakturer är den vanligaste orsaken till att personer 80 år eller äldre vårdas i akutsjukvård. Majoriteten, 75 procent, av de som vårdas för detta är kvinnor. Demens är den näst vanligaste dödsorsaken bland personer 80 år och äldre. Tumörsjukdomar ligger bakom sex av de tio vanligaste dödsorsakerna bland personer 18–64 år. Hjärtsjukdomar, lunginflammation, KOL och diabetes är också några av de vanligaste diagnoserna som anges som dödsorsak för personer i åldern 18 år och uppåt med kommunal hälso- och sjukvård.

## Viktigt med en god palliativ vård

Under 2016 avled totalt 91 071 personer i hela landet. Av dessa hade totalt 57 900 kommunal hälso- och sjukvård när de dog. Av dessa var det vidare 17 000 personer som avled på sjukhus. Det innebär att ungefär 45 procent avled i den kommunalt finansierade verksamheten [67].

Socialstyrelsens utvärdering av palliativ vård identifierar olika prioriterade områden för förbättring [70]. Där lyfts bland annat vikten av att de olika huvudmännen har en gemensam syn på processen för en god palliativ vård och omsorg. Det kan underlätta planering och ansvarsfördelning, och skapa förutsättningar för god samverkan mellan olika aktörer.

Socialstyrelsen har genomfört en föreskriftsförändring under 2017 för att kunna hämta in uppgifter om åtgärder enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) för att förbättra beskrivningen av vården som ges till patienter inom kommunal hälso- och sjukvård.

# Psykiatrisk vård

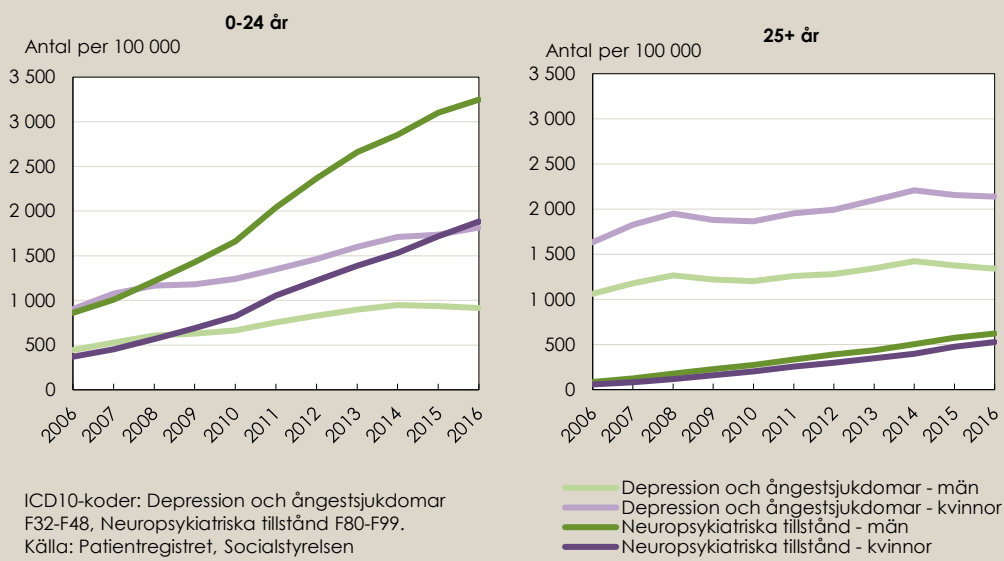
I detta kapitel beskrivs psykisk ohälsa, psykiatrisk hälso- och sjukvård, vård för depression, ångest och neuropsykiatriska tillstånd, psykiatrisk tvångsvård, missbruk samt suicid och suicidförsök. Avslutningsvis redogörs även för sjukskrivningsmönster i befolkningen.

## Vård för depression ökar

Sedan 2006 har andelen kvinnor och män som vårdats för såväl depression som neuropsykiatriska tillstånd ökat. Som figur 9 visar är ökningen särskilt stor för personer under 25 år. Andelen kvinnor och män som vårdades för diagnoserna depression och ångest har fördubblats mellan 2006 och 2016. För neuropsykiatriska diagnoser är ökningen också markant över samma tidsperiod. Mellan 2006 och 2016 har antalet vårdade för neuropsykiatriska diagnoser ökat med 500 procent för kvinnor och nästan 400 procent för män.

**Figur 9. Vård för depression och ångestsjukdomar och neuropsykiatriska tillstånd**

Andel som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård, år 2006–2016.



## Nya riktlinjer vid depression och ångestsyndrom

I december 2017 publicerades Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [71]. I huvudsak innebär det ett förtydligande av rekommendationerna utifrån ny kunskap.

Rekommendationerna handlar bland annat om att personer med symtom på depression eller ångestsyndrom bör erbjudas en strukturerad första bedömning, aktivt följas upp med en planerad förnyad kontakt, erbjudas en somatisk anamnes och undersökning. Vid lindriga och medelsvåra tillstånd av

egentlig depression och ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda psykologisk behandling. Vid svår depression bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med antidepressiva läkemedel. Elektrokonvulsiv behandling (ECT) bör också kunna erbjudas vid svår depression hos vuxna samt ungdomar efter pubertetsdebut med psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens.

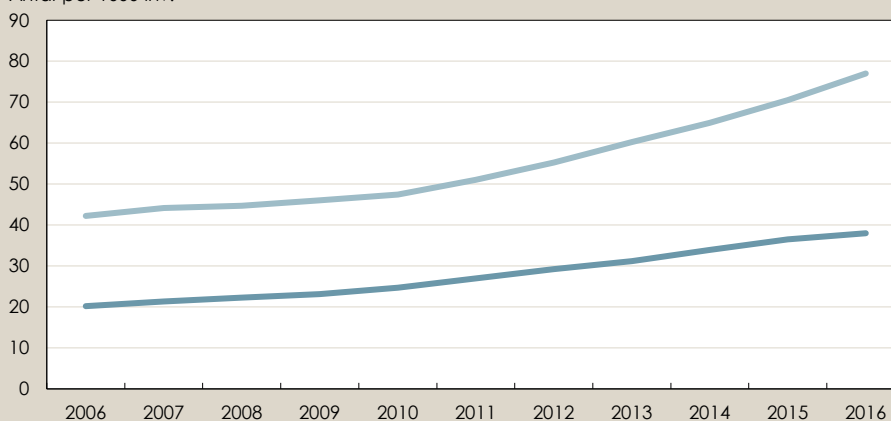
## Fler unga behandlas med antidepressiva läkemedel

Behandlingen med antidepressiva läkemedel har ökat över tid för personer som är mellan 15–24 år. En större andel kvinnor än män behandlas med dessa läkemedel, vilket framgår av figur 10.

**Figur 10. Behandling med antidepressiva läkemedel**

Andel personer 15–24 år som hämtat ut minst ett recept på antidepressiva eller ångstdämpande läkemedel\*.

Antal per 1000 inv.



\* ATC-koder N06A och N05B

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

— Antidepressiva läkemedel - kvinnor

— Antidepressiva läkemedel - män

Den ökade förskrivningen är en konsekvens av att allt fler diagnostiseras med psykisk ohälsa. Orsakerna till den ökade psykiska ohälsa är delvis okända, men omfattningen tyder på att orsakerna bland annat kan finnas i ungdomars generella livsvillkor, som skolperioden eller inträdet till arbetsmarknaden och vuxenliv [72].

## Förskrivningen av adhd-läkemedel ökar

Förskrivningen av adhd-läkemedel till både barn och vuxna fortsätter att öka. Bland pojkar och flickor 10–17 år är andelen med läkemedelsuttag högst [73]. Under 2016 hade 5,5 procent av pojkarna och 2,5 procent av flickorna minst ett uttag av något adhd-läkemedel. Det är också två gånger vanligare att pojkar har adhd än att flickor har det. Det finns stora regionala skillnader i landet beträffande förskrivningen av adhd-läkemedel. Det är oklart varför genomsnittet mellan olika kommuner varierar.

## Behov av stöd för föräldrar med adhd

Mellan två och en halv till fem procent av vuxna har diagnosen adhd. De generella rekommendationerna för stöd och behandling vid adhd är att de bör



bestå av en kombination av psykosociala och pedagogiska stödinsatser, kognitiva hjälpmedel och vid behov även läkemedelsbehandling [74].

Trots att området ännu är relativt outforskat tyder mycket på att adhd-relaterade svårigheter kan påverka föräldraförmågan. Detta kan ge långtgående konsekvenser för föräldern själv, barn och övriga familjemedlemmar [75, 76].

En kunskapsöversikt på området visar att anpassat stöd för föräldrar som har adhd saknas [77]. Karolinska Institutet (KI) har därför utarbetat och prövar för närvarande en sådan insats på uppdrag av Socialstyrelsen.

## Förbättringar inom psykiatrisk tvångsvård

Under 2016 tvångsvårdades omkring 13 000 personer. Av dessa vårdades 89 procent enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och 11 procent enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Majoriteten av dem som vårdas är i åldersgruppen 18–35 år och den vanligaste diagnosgruppen är schizofreni och psykos.

Allt fler har en vårdplan när de skrivs ut efter att ha tvångsvårdats. Av kvinnorna hade 68 procent en vårdplan 2016 jämfört med 66 procent av männen. År 2015 hade 61 procent av kvinnorna och 56 procent av männen en vårdplan vid utskrivningstillfället. Ökningen bero delvis på en förbättrad inrapportering.

För att förbättra kvaliteten i uppföljningen av tvångsvård kommer Socialstyrelsen att genomföra flera åtgärder. Bland annat kommer variabeln psykiatrisk vårdform kopplas till personnummer istället för vårdtillfällen, vi kommer införa nya koder för vissa vårdåtgärder samt sprida förtydligande instruktioner för inrapportering till personalgrupper som arbetar med psykiatrisk tvångsvård [78].

### *Vanligaste tvångsåtgärden är läkemedelstillförsel under fastspänning*

Av tabell 9 nedan framgår att läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande är den vanligaste tvångsåtgärden för både män och kvinnor.

**Tabell 9. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), 2016.**

Antal	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Kvinnor	2 100	1 516	3 038
Män	1 437	1 807	2 373
<b>Totalt</b>	<b>3 537</b>	<b>3 323</b>	<b>5 411</b>

Källa: Socialstyrelsen.

När det gäller tvångsvård för unga är det betydligt vanligare att flickor vårdas enligt LPT än pojkar. Under 2016 vårdades 207 flickor och 112 pojkar under 18 år enligt LPT. Den vanligaste tvångsåtgärden för både flickor och pojkar var läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande. Totalt utfördes 313 fall av läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande, vilket framgår av tabell 10.

**Tabell 10. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) för personer under 18 år, 2016.**

Antal	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Flickor	195	109	243
Pojkar	38	26	70
<b>Totalt</b>	<b>233</b>	<b>135</b>	<b>313</b>

Källa: Socialstyrelsen.

### Översyn av tvångsåtgärder mot barn

En översyn av tvångsåtgärder mot barn inom den psykiatriska tvångsvården presenterades i januari 2018 [79]. Där framgår att tvångsåtgärder kan vara nödvändiga när andra åtgärder är otillräckliga och det finns en fara för barnet. Däremot bör ett långsiktigt arbete ske på vårdinrättningar för att minska antalet åtgärder som vidtas med tvång. Flera lagförslag ges för att främja barnets bästa, barnets rätt att få information och uttrycka sina åsikter. Förslag ges också på maximala tider för tvångsåtgärder som fastspänning, fasthållande, avskiljning och inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster.

### Samordnade insatser till personer med schizofreni

I Sverige lever i dag 30 000–40 000 personer med diagnosen schizofreni.<sup>56</sup> Den vanligaste åldern för att insjukna i schizofreni är runt 25 år. Personer med schizofreni har påtagligt försämrad livskvalitet och dör ofta i förtid. Schizofreni debuterar ofta med som en psykos. En ung person som insjuknar i en psykos för första gången kan komma vidare i livet, börja studera eller arbeta, med hjälp av samordnade insatser. Socialstyrelsen publicerade 2017 nationella riktlinjer för schizofreni. Där betonar myndigheten bland annat vikten av samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten [80].

### Fler personer vårdas på grund av missbruk

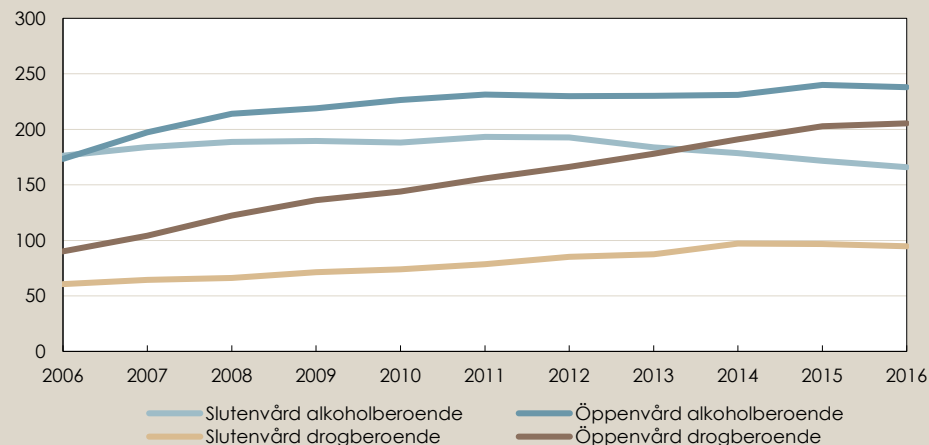
Mellan 2006 och 2016 ökade andelen personer som vårdats inom hälso- och sjukvården med en diagnos som indikerar ett pågående beroende. Figur 11 visar andelen vårdade inom slutenvården och öppenvården. Utvecklingen ser olika ut beroende på ålder och kön.

<sup>56</sup> Schizofreni är en psykosjukdom där psykosens pågående tid är längre än sex månader.

**Figur 11. Vårdade till följd av alkohol- eller drogberoende, 2006–2016**

Andel som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkohol- eller drogberoende.

Antal per 100 000

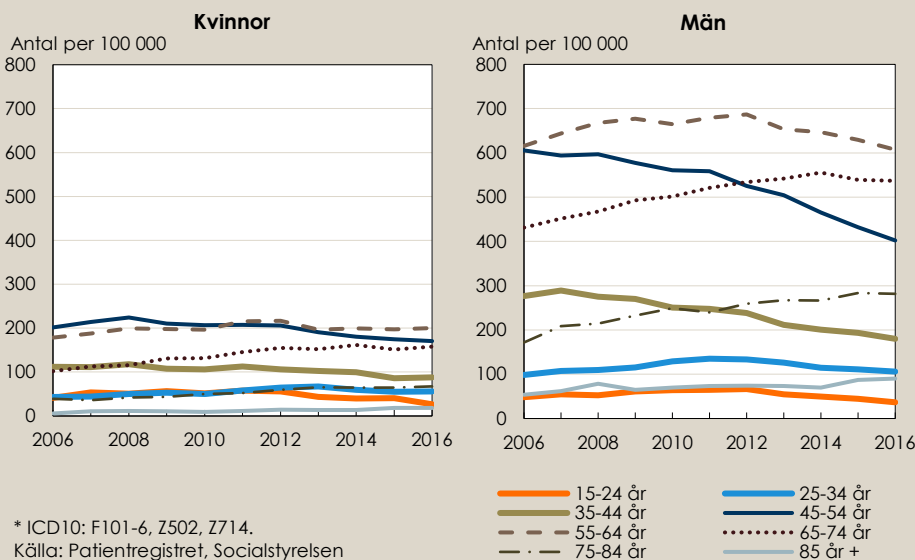


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Av dem som vårdats för diagnoser relaterade till alkoholberoende inom slutenvården är andelen högst i åldersgruppen 55–64 år. Den största förändringen under tidsperioden är att andelen vårdade ökat i de äldsta åldersgrupperna, det vill säga män och kvinnor som är 65 år eller äldre. Detta framgår av figur 12.

**Figur 12. Vårdade inom slutenvården för alkoholberoende**

Andel som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende\*, år 2006–2016.



\* ICD10: F101-6, Z502, Z714.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

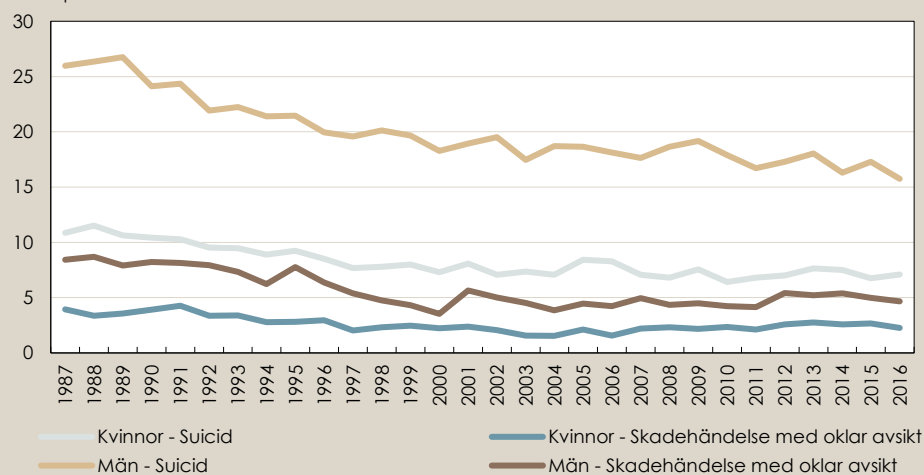
Det är oklart om den generella ökningen av andelen patienter som vårdas för alkoholberoende beror på ett faktiskt ökat behov i befolkningen eller om det kan förklaras av att hälso- och sjukvården blivit bättre på att fånga upp dessa personer.

## Suicid bland män minskar

Suicid är vanligare bland män än kvinnor, vilket figur 12 visar. År 2016 klassificerades drygt 780 dödsfall bland män respektive drygt 350 bland kvinnor som suicid. Utöver detta dog drygt 230 män och drygt 110 kvinnor av skadehändelser med oklar avsikt.<sup>57</sup> För män var det en minskning jämfört med 2015 och i förhållande till befolkningen var antalet suicid bland män detta år det lägsta under 1987–2016 [81].

**Figur 13. Suicid respektive dödsfall till följd av skadehändelse med oklar avsikt. Alla åldrar**

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Ryggmärgsskadade en utsatt grupp

Trots att suicidtal generellt sjunker i befolkningen finns det fortfarande utsatta grupper. Socialstyrelsen har genomfört en registerstudie som jämför förekomsten av olika sjukdomstillstånd bland ryggmärgsskadade kvinnor och män.<sup>58</sup> Resultatet visar att kvinnor hade en högre dödlighet än män. Bland såväl kvinnor som män var suicid<sup>59</sup> en betydligt vanligare dödsorsak än i den övriga befolkningen, vilket är samstämmigt med tidigare internationella studier. Förekomsten av psykiatrisk vård var också vanligt. Inom 15 år efter skadan hade över hälften av dem som skadats före 45 års ålder vårdats för en psykiatrisk diagnos.<sup>60</sup> Detta var något vanligare för kvinnor än för män.

<sup>57</sup> Skadehändelser med oklar avsikt brukar ibland inkluderas i statistiken över suicid.

<sup>58</sup> Studierna ingår som en del i ett samlat regeringsuppdrag inom satsningar på förlossningsvård och kvinnors hälsa, med syfte att skapa förutsättningar för en mer jämlik och jämställd vård. Studien jämför olika sjukdomstillstånd bland ryggmärgsskadade. Här ingår samtliga personer som under perioden 1997–2016 förvärvat en ryggmärgsskada före 65 års ålder till följd av olycksfall eller vissa utvalda sjukdomar. Sammanlagt ingick 2 246 personer i studien, varav två tredjedelar män och en tredjedel kvinnor. I studien görs en åtskillnad på parapares respektive tetrapares. Parapares innebär förlorad funktion i bål, bäckenorgan och ben med bibehållen funktion i armarna. Tetrapares innebär förlorad funktion i armar, bål, bäckenorgan och ben.

<sup>59</sup> Inklusivt oklara fall.

<sup>60</sup> Här avses både vård inlagd på sjukhus och besök inom den specialiserade öppenvården.

## Barn behöver stöd när en förälder tar sitt liv

KI har åt Socialstyrelsen gjort en bearbetning av data om barn till en förälder som tagit sitt liv.<sup>61</sup> Av drygt 870 000 barn födda i Sverige 1973–1982 var det 3,7 procent som under uppväxten förlorat en förälder genom dödsfall och 4 787 barn, drygt en halv procent, hade förlorat föräldern genom suicid. I jämförelse med övriga barn hade de här barnen en lång rad överrisker som följde dem till vuxen ålder (30–35 år).

Risken för förtida död var fördubblad och vård för egna suicidförsök var två och en halv gånger vanligare jämfört med övriga. Även risken för missbruk var kraftigt förhöjd. Det innebär att behoven av stöd till barn till föräldrar som avlider behöver uppmärksammas för att förebygga risker och stärka skyddsfaktorer. Det behövs tydliga rutiner för ansvarsfördelning och samverkan mellan berörda instanser i dessa akuta situationer, såsom räddningstjänst, hälso- och sjukvård och socialtjänst [82].

Utvecklingsarbete inom området pågår i flera landsting. Region Östergötland har till exempel heltäckande barntraumateam som ger både akut och långsiktigt stöd till barnet och den efterlevande föräldern i dessa situationer [83].

## Suicidrisk bland asylsökande ensamkommande barn

I kommunerna finns en oro för att de ensamkommande barnens psykiska ohälsa har ökat. I en intervju med 51 kommuner i februari 2017 framkom att många ensamkommande barn och unga har ett självdestruktivt beteende. Det var 68 ensamkommande barn, varav sex flickor, som hade försökt ta sitt liv och tre hade genomfört ett fullbordat suicid. Kommunerna uppger att suicidförsöken har en tydlig koppling till asylprocessen och att det i många fall är svårt att få kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och att få hjälp därifrån [84]. I november 2017 gjordes uppföljande telefonintervjuer i 12 kommuner om de ensamkommande barnens hälsa. I dessa kommuner hade, sedan februari 2017, tre pojkar försökt ta sitt liv.

KI har på uppdrag av Socialstyrelsen kartlagt självskadebeteende, suicidförsök och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige under en treårsperiod. Suicidtalén 2017 bland ensamkommande asylsökande barn i åldersgruppen 10–21 år var 51,2 per 100 000 personer, vilket är nio gånger högre än jämnåriga i Sveriges befolkning. Samtliga ensamkommande asylsökande barn och unga som suiciderade under 2017 var pojkar eller unga män. Suicid var den absolut främsta dödsorsaken bland ensamkommande asylsökande barn och unga [85].

Folkhälsomyndigheten har sedan 2015 ett nationellt samordningsansvar för suicidprevention, där de samarbetar med Socialstyrelsen, andra myndigheter och intresseorganisationer [86].

---

<sup>61</sup> Uppgifterna nedan är från en opublicerad särskild bearbetning gjord 2017 av Karolinska Institutet.

## Fler asylsökande barn vårdas för psykisk ohälsa

Antalet asylsökande barn som vårdas för någon form av psykisk ohälsa har ökat. Däremot ökar inte antalet asylsökande barn som vårdas med diagnosen uppgivenhetssyndrom.<sup>62</sup>

I tabell 11 nedan redovisas antalet barn som har vårdats med någon form av psykiatrisk diagnos<sup>63</sup> under 2014–2016 samt hur stor andel av dem som vårdades med uppgivenhetssyndrom<sup>64</sup>.

**Tabell 11. Asylsökande barn som vårdats med någon form av psykiatrisk diagnos och andel av dessa med uppgivenhetssyndrom. År 2014–2016**

År	Antal barn	Andel med uppgivenhetssyndrom (procent)
2014	962	5,1
2015	1 974	4,3
2016	3 556	2,4

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Allt fler asylsökande barn vårdas med olika psykiatriska diagnoser, majoriteten med anpassningsstörningar och reaktion på svår stress. Andelen suicidriskbedömningar inom gruppen har dessutom ökat de senaste åren. Däremot har andelen asylsökande barn med uppgivenhetssyndrom snarare minskat bland asylsökande barn som vårdas med psykiatriska diagnoser. Under 2014–2016 vårdades totalt 173 personer för uppgivenhetssyndrom och det var ungefär lika många pojkar som flickor vårdades för denna diagnos [87].

## Könsdysfori ökar

Sedan 1998 har förekomsten av diagnosen könsdysfori i Sverige ökat<sup>65</sup>, vilket kan ses i figur 14. År 2015 var antalet med könsdysfori omkring 3 500 personer i befolkningen [88].

<sup>62</sup> Uppgivenhetssyndrom kan utvecklas till ett tillstånd av total apati. Barn som utvecklar tillståndet har upplevt svåra traumatiska händelser och har reaktioner på svår stress.

<sup>63</sup> Inom slutenvård eller öppen specialiserad vård.

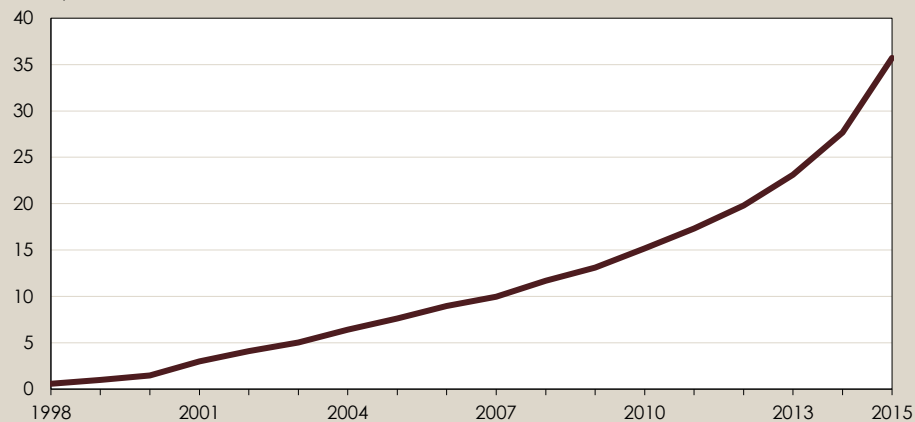
<sup>64</sup> Endast barn med reservnummer ingår.

<sup>65</sup> Könsdysfori definieras som ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet.

### Figur 14. Utveckling av könsdysfori

Andel personer som diagnostiserats med könsdysfori\*\* inom slutenvården 1998–2015 eller den specialiserade öppenvården 2001–2015.

Antal per 100 000



\* Personer som diagnostiserats före 1998 ingår ej.

\*\* ICD-10: F 64

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Förekomsten av könsdysfori är vanligast bland ungdomar 18–29 år och framför allt bland de som tilldelas könet flicka vid födseln. Ökningen av nya fall av könsdysfori kommer att innebära ett ökat behov av sjukvårdens insatser och ett behov av ökad kunskap om diagnosen hos personal inom hälso- och sjukvården. För närvarande gör Socialstyrelsen en fördjupad studie för att undersöka psykisk ohälsa hos personer med könsdysfori. Studien beräknas vara klar våren 2018.

### Väntetider till könsbekräftande vård varierar

Utredningen för transpersoners levnadsvillkor har kartlagt väntetider till könsbekräftande vård [89]. Kartläggningen gäller både tiden det tar att få komma till ett första möte till ett av de sju utredningsteamerna och väntetiderna mellan olika vårdinsatser efter diagnos. Väntetiderna varierar kraftigt, från max 60 dagar vid teamet i Linköping upp till cirka 17 månader i Lund, för att få komma till ett första möte.<sup>66</sup> Långa väntetider leder bland annat till att personer avstår från fertilitetsbevarande behandlingar som de skulle ha önskat genomföra innan de startar sin hormonbehandling. Det förekommer också självmedicinering av hormoner.

För att göra den könsbekräftande vården mer jämlik över landet och säkra tillgång till könsbekräftande vård för alla som har behov av den föreslår utredningen att regeringen tar initiativ till en överenskommelse med SKL.

Det finns också behov av ett tydligare hbtqi-perspektiv<sup>67</sup> i den nationella handlingsplanen för suicidprevention, den nationella andt-strategin och i arbetet för äldres levnadsvillkor och inom äldreomsorgen. Vidare framhåller utredningen vikten av att ta fram mer kunskap om och att kartlägga behovet av stödmaterial till hbtqi-familjer [89].

<sup>66</sup> Kötiderna har mätts genom en enkätundersökning till utredningsteamerna. Svaren inkom mellan 2017-05-24 och 2017-10-09.

<sup>67</sup> Hbtqi står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med intersexvariation.





Orsakerna till skillnader i sjukskrivningslängd finns på såväl individnivå som mellan olika vårdenheter. Psykiatriska diagnoser leder generellt till längre sjukskrivningar än andra diagnoser [90, 91]. Sjukskrivningarna tenderar att vara kortare i län som har korta väntetider till vården och omvänt, längre i län med långa väntetider. Det är ett resultat som överensstämmer med tidigare studier på området. Dessutom finns en viss samvariation med kostnader, där sjukskrivningarna är längre i län där hälso- och sjukvårdens kostnader per invånare är höga.

# Förlossningsvård

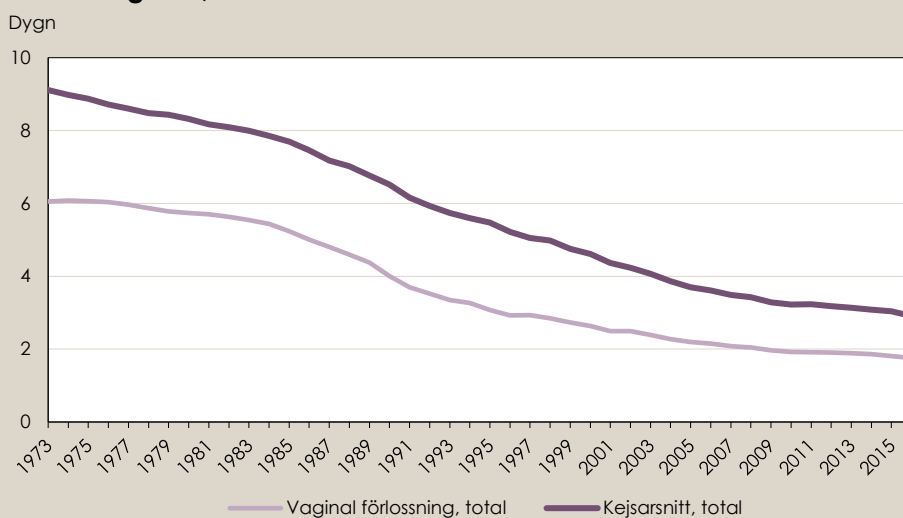
Svensk förlossningsvård har en hög kvalitet. Sverige har låg förekomst av mödradödlighet i samband med förlossning, hög överlevnad bland nyfödda barn och det är ovanligt med förlossningsskador hos nyfödda barn. Överlag har patienterna också ett positivt helhetsintryck av sin förlossningsupplevelse. Samtidigt finns det utmaningar inom svensk förlossningsvård, bland annat i form av att rekrytera och behålla erfarna barnmorskor och det finns omotiverade skillnader mellan olika landsting och mellan sjukhus [92].

I detta kapitel redovisas nationella satsningar, kartläggningar och utfall av svensk förlossningsvård.

## Medelvårdtiden efter förlossning minskar

Sedan 1970-talet har tiden som nyblivna mödrar är på BB minskat kraftigt. Vårdtiden på sjukhuset efter förlossning har förändrats mycket vid såväl vaginala förlossningar som kejsarsnitt. Medelvårdtiden efter vaginal förlossning var sex dygn 1973. År 2016 var medelvårdtiden 1,8 dygn efter vaginal förlossning och 2,9 dygn efter kejsarsnitt [93].

**Figur 16. Medelvårdtid efter förlossning, enkelbörd, fördelat på förlossningssätt, 1973–2016**



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Det finns stora praxisskillnader mellan landstingen. I ett landsting erbjuds som regel förstföderskor utan komplikationer att stanna sex timmar, i ett annat upp till tre dygn. Det vanligaste är att både förstföderskor och omföderskor utan komplikationer går hem efter 24–48 timmar. För omföderskor är det nästan lika vanligt att gå hem efter 12–24 timmar om inga komplikationer föreligger. Risker med korta vårdtider, är exempelvis att tecken på psykisk ohälsa inte hinner upptäckas innan utskrivning.

Psykiska problem som depression efter förlossning är relativt vanliga – studier visar att 8–15 procent av alla kvinnor drabbas. De flesta sjukhusen, 86 procent, erbjuder alltid kvinnan att samtala om sin förlossningsupplevelse. Samtidigt är det nästan två tredjedelar av sjukhusen som saknar skriftliga rutiner för att identifiera och hantera psykisk ohälsa hos kvinnor efter förlossning. Vart femte sjukhus ger varken muntlig eller skriftlig information till kvinnor om vart de ska vända sig om de känner sig nedstämda eller deprimerade.

## Förlossningsvården kan bli mer familjecentrerad

Det finns stora skillnader mellan landstingen i den vård som familjer får under BB-tiden. Samvård, där mamma och barn är tillsammans, underlättar för anknytning och amning. Trots det är det bara vart tredje sjukhus som ger möjlighet för mamman och barnet att vårdas ihop, när barnet är för tidigt fött eller sjukt. Mindre än hälften av sjukhusen erbjuder en familjecentrerad vård där barnets pappa eller mammans partner alltid erbjuds vara kvar även nattetid på sjukhuset efter förlossning. Vården på sjukhuset behöver därför bli mer familjecentrerad och vårdtiden behöver beslutas i samråd med kvinnorna, utifrån både medicinska och psykosociala behov [92].

## Uppföljningen efter förlossning bör utvecklas

De första sju dagarna efter en förlossning har sjukhuset ansvaret för vården. Därefter finns ett glapp i vårdkedjan. Familjerna träffar ofta BVC första gången en till två veckor efter förlossning, men mödrahälsovårdens uppföljande besök sker först efter cirka sex till tolv veckor. Under den perioden är det otydligt för många kvinnor vart de ska vända sig om de får problem. Bara vart tredje sjukhus har som rutin att alltid följa upp kvinnornas hälsa efter att de har lämnat sjukhuset. För att hälso- och sjukvården inte ska missa komplikationer eller kvinnors behov av amningsstöd behövs därför en tidigare uppföljning och uppföljning vid fler tillfällen.

Kontinuiteten och samverkan inom vårdkedjan behöver också bli bättre. I dag är vården alltför fragmenterad. Det är sällan samma barnmorska som kvinnan träffar före, under och efter förlossningen. Samverkan mellan mödrahälsovård, BB och barnhälsovård kan förbättras, framför allt kring kvinnor med komplikationer efter förlossningen eller med psykisk ohälsa.

För att uppnå en mer jämlik förlossningsvård i landet behöver fler kunskapsstöd i form av riktlinjer, rekommendationer eller andra former av kunskapsstöd tas fram på nationell nivå [92]. Socialstyrelsen genomför nu en förstudie om vilka kunskapsstöd som behöver tas fram.

## Kompetensförsörjning inom förlossningsvården

Givet de utmaningar som finns är en stärkt kompetensförsörjning en förutsättning för en fortsatt trygg och säker förlossningsvård. Inom den överenskommelse regeringen och SKL har slutit för 2015–2019 är insatser inom kompetensförsörjningen därför en prioriterad fråga [21].

SKL har identifierat flera utvecklingsområden för en stärkt kompetensförsörjning. Det handlar bland annat om att säkerställa en fungerande vårdkedja,

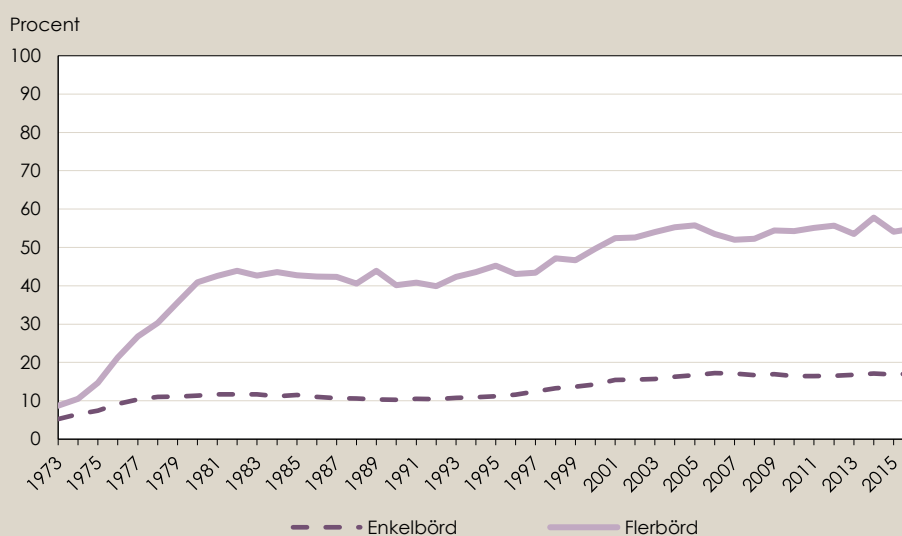
att utveckla lösningar för geografisk jämlikhet, att förbättra karriär- och utvecklingsmöjligheter för de anställda och att förbättra målstyrningen och verksamhetsutvecklingen utifrån ett patientperspektiv [94].

SKL genomför för närvarande en nationell kartläggning av vården före, under och efter graviditet för att ta reda på hur vårdkedjan ser ut i respektive landsting och vad som kan förbättras för att möta patienternas behov på bästa sätt. Under våren 2018 kommer Graviditetsenkäten att finnas tillgänglig på 1177. Syftet med enkäten är att undersöka hur gravida och nyblivna mammor upplever sin hälsa och vården innan, under och efter graviditeten. Resultaten ska leda till en mer kunskapsbaserad mödra- och förlossningsvård som i större utsträckning är formad efter kvinnors behov.

## Kejsarsnittsfrekvensen är oförändrad

Andelen kejsarsnitt i Sverige var nästan 18 procent 2016, en hög nivå jämfört med runt 5 procent i början av 1970-talet. Att det sker fler kejsarsnitt i dag beror bland annat på att kvinnorna som föder barn är äldre, har högre BMI och att majoriteten av flerbördsförlossningarna samt förlossningarna där barnet ligger i säte nu sker med kejsarsnitt.

**Figur 17. Kejsarsnitt vid enkelbörd och flerbörd, 1973–2016**



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

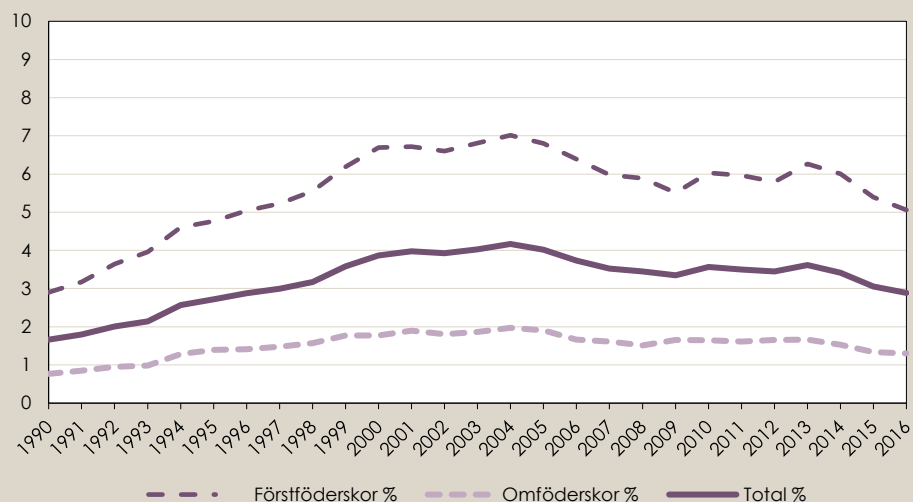
Även om majoriteten av kejsarsnitten utförs utifrån medicinska orsaker har både sjukhusens upptagningsområde, rutiner vid planerade kejsarsnitt och fördelningen av mödrar med låg respektive hög risk för komplikationer betydelse. År 2016 hade Region Östergötland lägst andel kejsarsnitt med 12,3 procent och Stockholms läns landsting hade högst andel med 21,5 procent. Region Östergötland är ett av de landsting har arbetat för att minska de kejsarsnitt som går att undvika. Det är viktigt att fler landsting och sjukhus ser över kejsarsnittsfrekvensen så att vården undviker snitt i de fall det går [93].

## Bristningar minskar något

De senaste tre åren har en viss, gradvis minskning observerats jämfört med föregående år, och 2016 fick 5,1 procent av förstfödernorna och 1,3 procent av omfödernorna allvarliga bristningar. Fram till mitten av 2000-talet steg andelen allvarliga bristningar vid vaginal förlossning, med kulmen 2004 då 7 procent av förstfödernorna drabbades. Därefter ses en liten minskning.

**Figur 18. Bristning av grad III och IV vid vaginal förlossning, 1990–2016**

Procent



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Samtidigt är det skillnader i landet. I Jämtland Härjedalen drabbades 6,7 procent av förstfödernorna av allvarliga bristningar 2016 jämfört med 2,3 procent i Halland. En förklaring till varför det ser olika ut i landet beror bland annat på personalens kompetens. Samtidigt finns det också resultat som visar att bristningar bland förstfödernor dessutom var vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning för 2011–2015. Det är av mycket stor vikt att bristningar uppmärksammas och registreras så att rätt insatser kan ges [3]. Förhoppningen är att de sjukhus som har en hög andel bristningar kan analysera sina resultat och utifrån detta arbeta för att minska bristningarna.

## Ryggmärgsskadade kvinnors förlossningar

Socialstyrelsen har genomfört en registerstudie som undersöker förlossningar bland kvinnor med ryggmärgsskada.<sup>70</sup> Resultatet visar att antalet förloss-

<sup>70</sup>Studierna ingår som en del i ett samlat regeringsuppdrag inom satsningar på förlossningsvård och kvinnors hälsa, med syfte att skapa förutsättningar för en mer jämlik och jämställd vård. Studien jämför olika sjukdomstillstånd bland ryggmärgsskadade. Här ingår samtliga personer som under perioden 1997–2016 förvärvat en ryggmärgsskada före 65 års ålder till följd av olycksfall eller vissa utvalda sjukdomar. Sammanlagt ingick 2 246 personer i studien, varav två tredjedelar män och en tredjedel kvinnor. I studien görs en åtskillnad på parapares respektive tetrapares. Parapares innebär förlorad funktion i bål, bäckenorgan och ben med bibehållen funktion i armarna. Tetrapares innebär förlorad funktion i armar, bål, bäckenorgan och ben.

ningar med ryggmärgsskadade kvinnor ökar över tid. Åren 1997–2015 föddes sammanlagt 109 barn av ryggmärgsskadade kvinnor.<sup>71</sup> Sammantaget är förlossningsutfallen bland dessa kvinnor bra och det är ovanligt med allvarliga komplikationer. Bland de ryggmärgsskadade kvinnorna är det dock vanligare med instrumentella förlossningar än vad det är för kvinnor utan ryggmärgsskada. Kvinnor med ryggmärgsskador föder också något fler barn prematurt.

---

<sup>71</sup> Uppgifter från Socialstyrelsens Medicinska födelseregister.

# Hjärt-kärlsjukdom och cancer

I detta kapitel redovisas utvecklingen när det gäller hjärtinfarkter, stroke och cancersjukdomar.

## Fortsatt minskning av insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkter

År 2016 drabbades cirka 25 700 personer av en akut hjärtinfarkt. Det är en minskning jämfört med 2015 då drygt 26 800 personer drabbades [95]. Antalen fall och dödligheten i befolkningen ökar kraftigt med stigande ålder. Skillnaderna mellan kvinnor och män minskar över tid men fortfarande insjuknar och dör fler män i akut hjärtinfarkt.

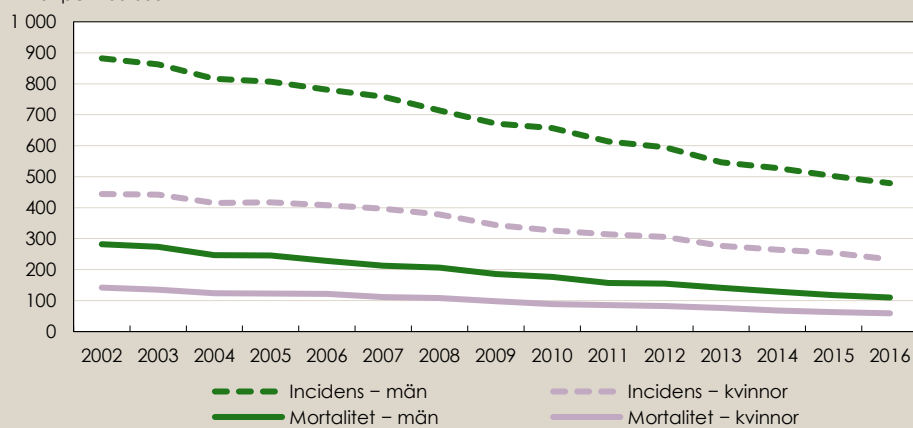
De senaste decennierna har både incidensen, antal attacker per 100 000 invånare, och mortaliteten, antal döda per 100 000 invånare, minskat stadigt. År 2016 inträffade knappt 27 000 fall av akut hjärtinfarkt, vilket motsvarar 352 fall per 100 000 invånare. Knappt 6 300 personer avled, motsvarande 82 avlidna per 100 000 invånare.

Det är betydligt vanligare att män drabbas än kvinnor. Skillnaden mellan könen har minskat över tid, men 2016 var fortfarande både incidensen och mortaliteten dubbelt så hög för män som för kvinnor.

**Figur 19. Andel fall och dödlighet i akut hjärtinfarkt, 20 år och äldre, 2002–2016\***

Åldersstandardiserat.

Antal per 100 000



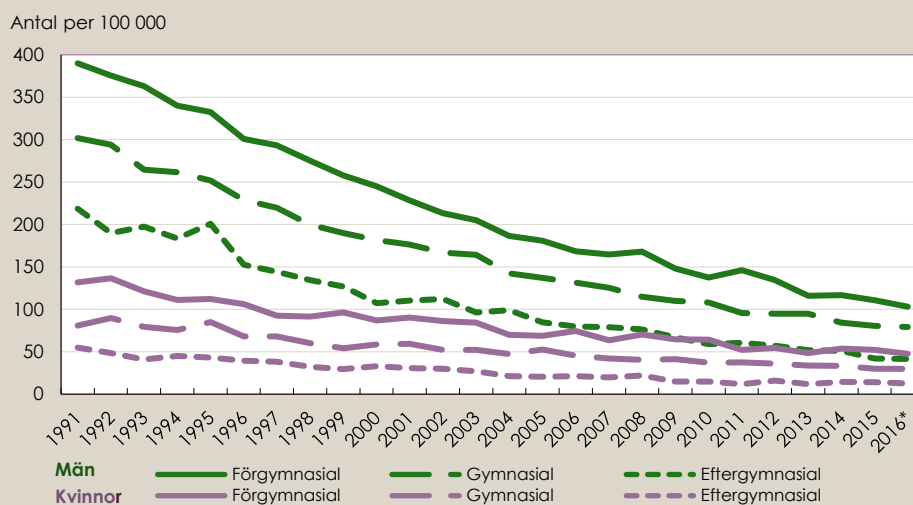
\* Antalet incidenta fall av akut hjärtinfarkt 2016 är preliminära siffror

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Det är tydliga skillnader, både i antal fall av akut hjärtinfarkt och i dödlighet, mellan grupper med olika utbildningsnivå. Personer med förgymnasial utbildning har högst insjuknande och dödlighet per 100 000 invånare. Bland personer med eftergymnasial utbildning är förekomsten lägst.

**Figur 20. Mortalitet i akut hjärtinfarkt, 1991–2016**

Personer 45–74 år. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Andelen som avlider inom 30 dagar efter en akut hjärtinfarkt är låg i Sverige jämfört med andra länder i OECD. Endast Italien och Danmark har ett bättre resultat och Sverige är även ett av OECD-länderna med lägst skillnad mellan kvinnor och män [3].

## Viktigt med fysisk träning efter hjärtinfarkt

Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Ett av flera sätt att förebygga ny sjukdom är fysisk träning. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom. Andelen patienter som deltog i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt var 52 procent 2016, vilket är samma nivå som 2015. Andelen varierade mellan landstingen från 17 till 79 procent. Patientgruppen består till största del av män och för 2016 syns ingen skillnad mellan män och kvinnor [3].

## Färre drabbas och dör av stroke

År 2016 inträffade drygt 28 300 strokefall fördelat på 26 500 personer<sup>72</sup>. Cirka 6 900 personer dog av sjukdomen [96]. Sedan 2002 har både insjuknandet och dödligheten per 100 000 invånare minskat med närmare 40 procent i befolkningen. I 26 procent av strokefallen 2016 avled personen inom 28 dagar från insjuknande.

## Insjuknande och dödlighet minskar

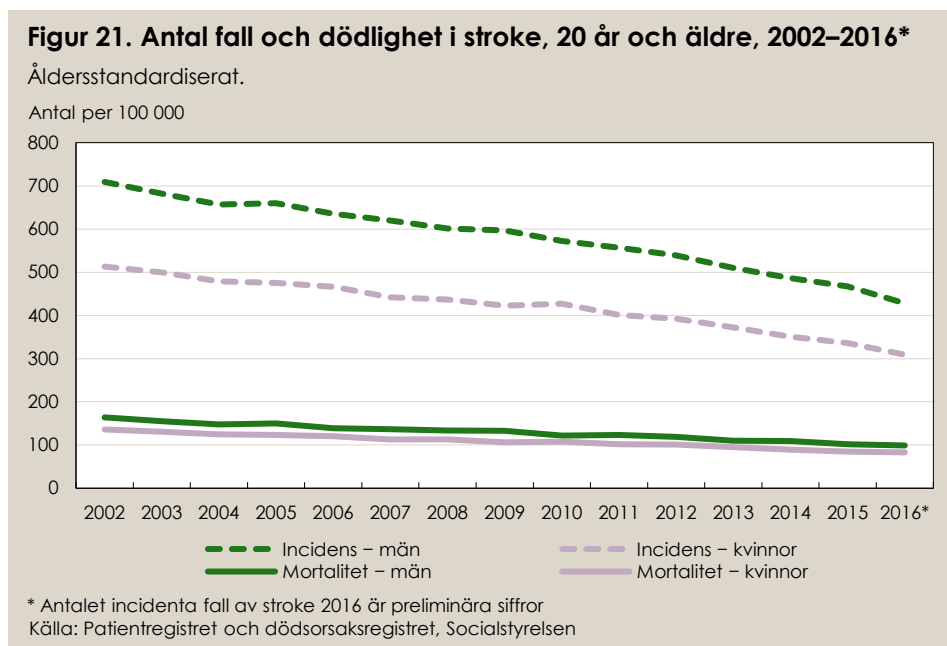
Stroke förekommer i alla åldrar men är mycket vanligare bland äldre än bland yngre. Det är vanligare att män insjuknar i stroke än kvinnor. Inom

<sup>72</sup> Strokesjukdomar enligt ICD-10 är hjärnblödning (I61), Cerebral infarkt (I63), akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt (I64).



varje åldersgrupp har män högre insjuknande och högre dödlighet. För hela befolkningen från 20 år och uppåt är däremot skillnaden i incidens mellan könen mindre medan dödligheten i befolkningen är något högre för kvinnor än för män. Det beror på att äldre drabbas av stroke i högre utsträckning än yngre och att andelen äldre är högre bland kvinnor än bland män.

Under 2000-talet har både antalet strokefall per 100 000 invånare och antal döda per 100 000 invånare minskat stadigt. I figur 21 visas utvecklingen för kvinnor och män mellan 2002 och 2016<sup>73</sup>.



Både incidensen och mortaliteten har minskat med närmare 40 procent under perioden, både för kvinnor och för män. Med hänsyn till skillnader i åldersstruktur inträffar cirka 40 procent fler fall av stroke bland män jämfört med bland kvinnor. Skillnaden mellan könen är mindre när det gäller dödlighet. Med hänsyn till åldersstruktur och antal i befolkningen avlider fler män än kvinnor, trots att det absoluta antalet kvinnor som dör av stroke är högre.

### Skillnader i dödlighet efter stroke

Bland de strokefall som inträffade 2016 avled den insjuknade samma dag i 15 procent av fallen. Andelen som dör samma dag som insjuknande är lika för kvinnor och män. I 26 procent av fallen dog personen inom 28 dagar och i 37 procent av fallen avled personen inom ett år. Kvinnor har någon procentenhet högre letalitet<sup>74</sup> inom 28 dagar och inom ett år jämfört med männen.

### Nöjdhet med rehabilitering efter en stroke

År 2016 uppgav 78 procent att de var nöjda med sin rehabilitering 12 månader efter insjuknande av stroke. Det finns en liten men tydlig skillnad mellan kö-

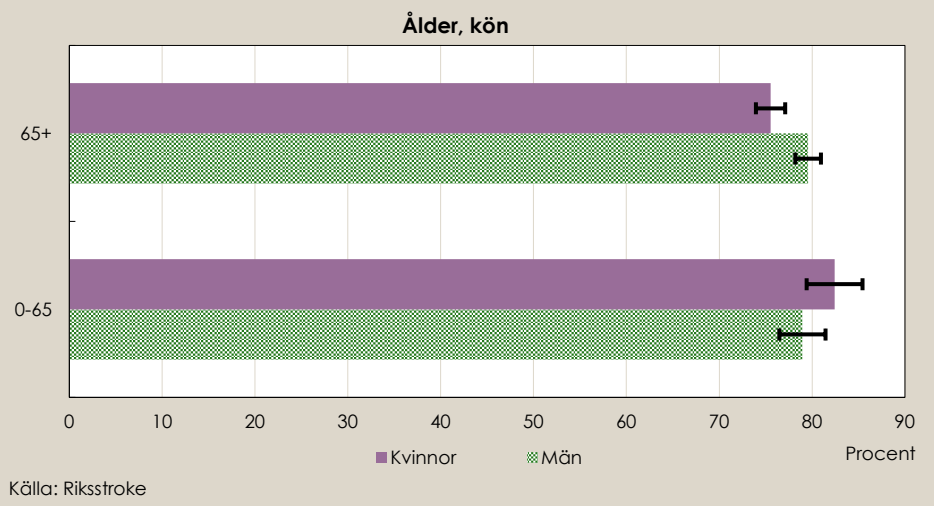
<sup>73</sup> Siffrorna är åldersstandardiserade.

<sup>74</sup> Letalitet är andelen av inträffade fall där personen dör inom en viss tidsperiod.

nen, där män är mer nöjda än kvinnor. Stroke kräver insatser från både kommuner och landsting. Hur stor andel av de personer som vårdats för stroke som uppger att de var nöjda eller mycket nöjda med sin rehabilitering 12 månader efter att de insjuknat kan därför ge en signal om kvaliteten i den sammantagna vården och i omsorgen.

**Figur 22. Nöjd med rehabilitering efter insjuknande i stroke**

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?", 2016.



## Dödligheten i cancer minskar

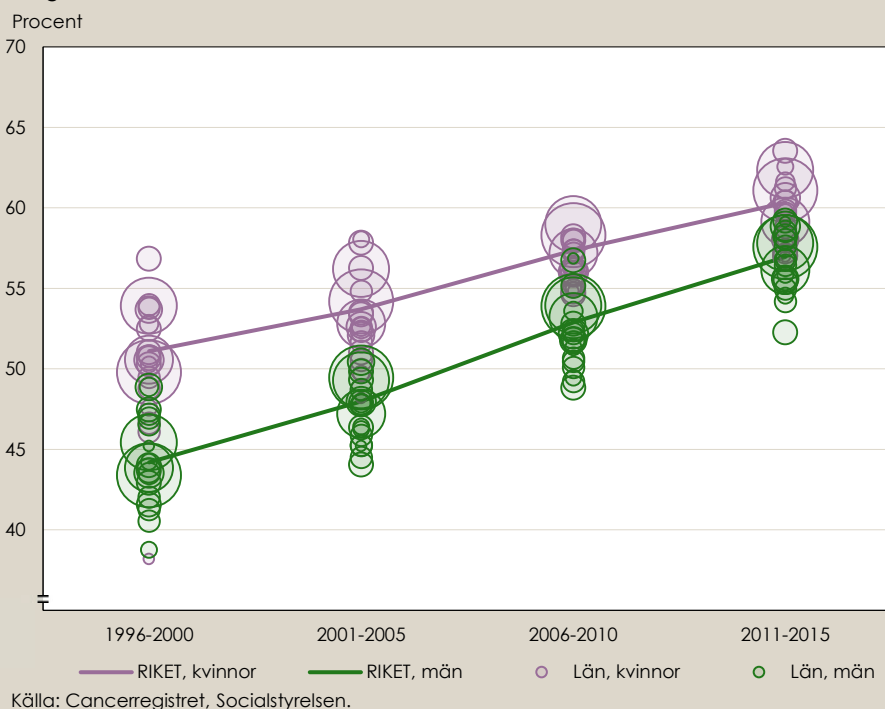
Drygt 60 000 personer diagnostiserades med cancer i Sverige under 2016 [97]. Sett under en längre tidsperiod har insjuknandet i cancer ökat, medan dödligheten minskar. Att fler diagnostiseras med cancer kan till viss del förklaras av befolkningsökningen, att vi blir äldre, screening och förbättrade diagnostiska metoder. Även exponering för riskfaktorer kan spela in.

I figuren nedan redovisas den relativa överlevnaden fem år efter en cancersjukdom<sup>75</sup>, för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. För 2011–2015 är överlevnaden bland kvinnor drygt 60 procent. Bland män överlever nästan 57 procent fem år efter att de fått sin cancerdiagnos. Överlevnaden har ökat kontinuerligt för både män och kvinnor, vilket framgår av figur 23.

<sup>75</sup> Exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom.

### Figur 23. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörtyper utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserat.



### Vanligaste cancerformerna

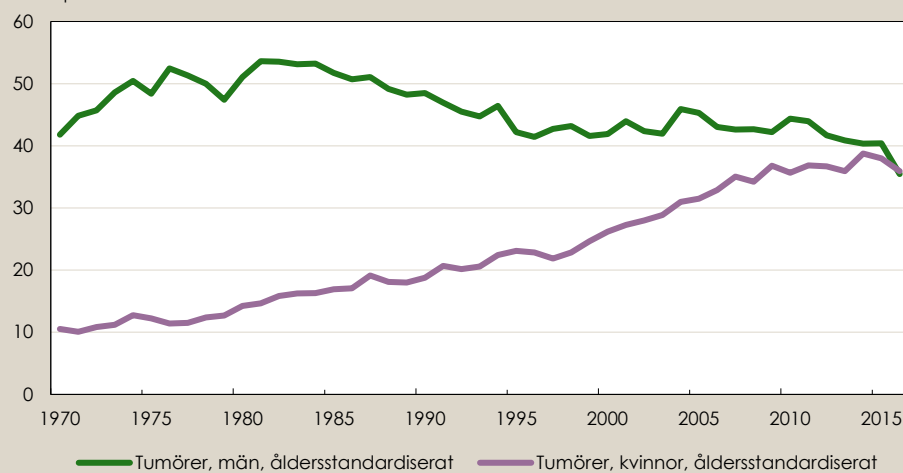
Bröstcancer är den största cancersjukdomen bland kvinnor. Drygt 7 500 kvinnor diagnostiserades med bröstcancer och nästan 1 400 avled med bröstcancer som underliggande dödsorsak under 2016. Bland män är prostatacancer den största cancersjukdomen. Cirka 10 500 män diagnostiserades och drygt 2 300 dog i sjukdomen under 2016.

Lungcancer är den cancerform som orsakade flest dödsfall. Drygt 1 800 kvinnor och ungefär lika många män dog i lungcancer 2016.

**Figur 24. Lungcancer, 1970–2016**

Andel tumörer, åldersstandardiserat.

Antal per 100 000



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Insjuknande och dödlighet i lungcancer har minskat hos män under flera decennier men samtidigt ökat hos kvinnor. Att rökning ökade bland kvinnor under andra halvan av 1900-talet är en delförklaring.

Cancer i sköldkörtel och tungbas är två av de cancerformer som ökat mest under senare år.

# Tandvård och tandhälsa

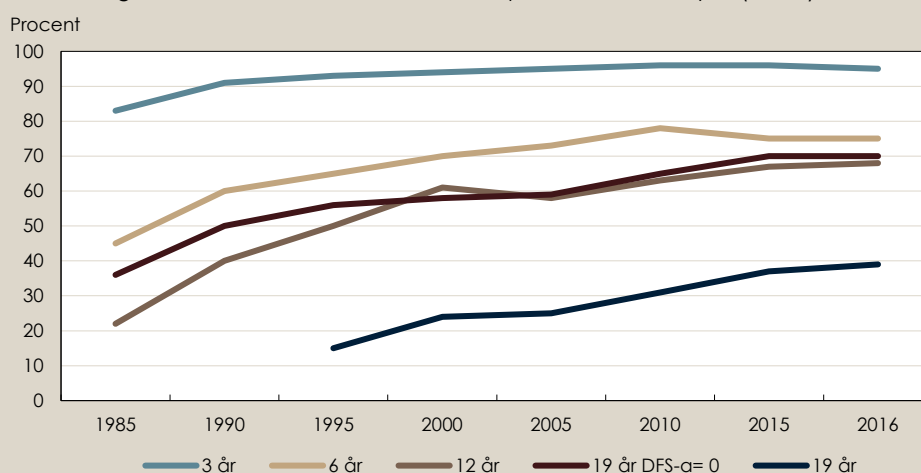
I detta kapitel beskrivs utvecklingen inom tandvården och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL. Kapitlet tar också upp befolkningens tandhälsa. Enligt 2 § TL är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det är valfritt att välja vem som ska utföra vården, antingen folktandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården gäller fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år då de fyller 22 år (15 a § TL). Det är landstingen som har ansvaret för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

## Tandhälsa bland barn och unga

Andelen kariesfria sexåringar i riket var 75 procent 2016. Detta framgår av figur 25. Andelen har minskat med tre procentenheter mellan 2010 och 2015 men är sedan dess oförändrad.

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

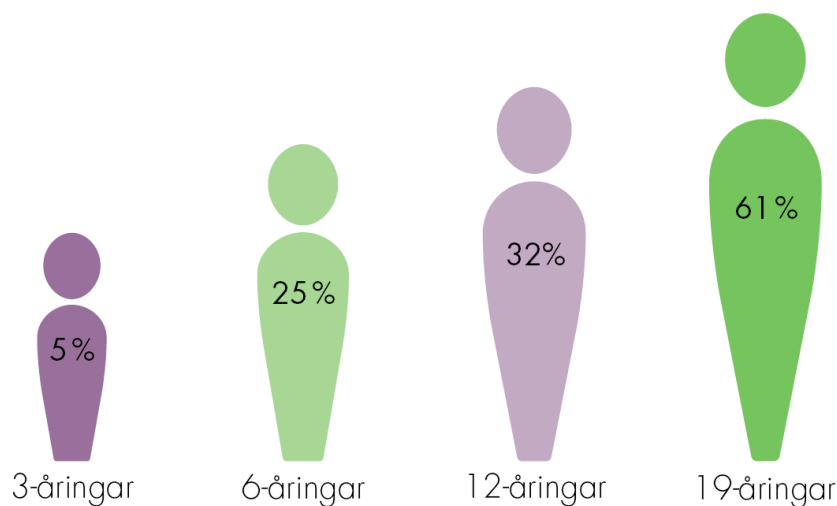
Andelen kariesfria barn och ungdomar i åldersgrupperna 3, 6, 12 och 19 år, 1985–2016. För 19-åringar redovisas även andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a).



Källa: Socialstyrelsen

Sedan 2010 har särskild uppmärksamhet riktats mot gruppen förskolebarn på grund av att andelen barn med karies i denna åldersgrupp har ökat. Orsaken till den försämrade tandhälsan bland förskolebarn är ännu inte klarlagd. Att tandhälsan bland asylsökande barn kan vara dålig och att dessa barn kan ha ett stort tandvårdsbehov tycks vara en bidragande orsak men är sannolikt inte den enda förklaringen [98]. Generellt har barn i familjer med låg socioekonomi mer karies jämfört med barn i familjer med hög socioekonomi [99]. Andelen treåringar med karies var fem procent 2016. Att andelen ökar till 25 procent vid sex års ålder visar att ökningen av karies är hög i förskoleåldern.

WHO Europa har satt som mål att andelen kariesfria sexåringar i Europa ska vara 80 procent 2020. Om inte en avsevärd förbättring av tandhälsan sker bland sexåringar de närmsta åren kommer Sverige sannolikt inte att kunna nå det målet.



Andel barn och unga med karies 2016.

WHO har satt som mål att tolvåringar i Europa i medeltal ska ha maximalt 1,5 kariesskadade tänder (DFT, decayed-, filled- teeth) 2020. Sverige passerade den gränsen redan år 1995 och resultatet 2016 var 0,69 DFT. Detta värde var i stort sett oförändrat 2016 jämfört med 2015. Andelen kariesfria var 68 procent 2016 jämfört med 67 procent 2015. I en internationell jämförelse är detta ett bra värde vilket visar att svenska tolvåringar har en god tandhälsa.

Den goda tandhälsan är dock inte jämt fördelad bland barnen i åldersgruppen. För samtidigt som många barn är utan kariesskador finns en grupp barn som har flera kariesskadade tänder. För att beskriva detta har WHO infört ett index kallat Significant Caries Index (SiC) som utgörs av det beräknade medelvärdet för DFT för den tredjedel av populationen som har flest kariesskador. År 2016 var SiC i Sverige 2,07 vilket är en minskning med 0,28 kariesskadade tänder jämfört med år 2010. Vid tolv års ålder har flickor i medeltal något fler kariesskadade tänder än pojkar, 0,71 respektive 0,67.

Andelen kariesfria<sup>76</sup> 19-åringar i riket fortsätter att öka. År 2016 var 39 procent kariesfria. Det är en ökning från 31 procent 2010 och det fanns ingen skillnad mellan flickor och pojkar. För gruppen 19-åringar redovisas också kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries. Detta är av intresse då dessa skador är en god indikator på framtida vårdbehov.<sup>77</sup> Andelen kariesfria approximalt 2016 var 69 procent vilket var oförändrat jämfört med 2015. Att andelen med karies approximalt är oförändrad

<sup>76</sup> I detta sammanhang uttryckt som att man inte har haft kariesskador som har behövt lagas.

<sup>77</sup> Det beror på att lagade tänder i framtiden kommer att behöva nya fyllningar när de gamla går sönder. Lagningar som utförts på tändernas kontaktytor är i detta sammanhang ofta mera utsatta.

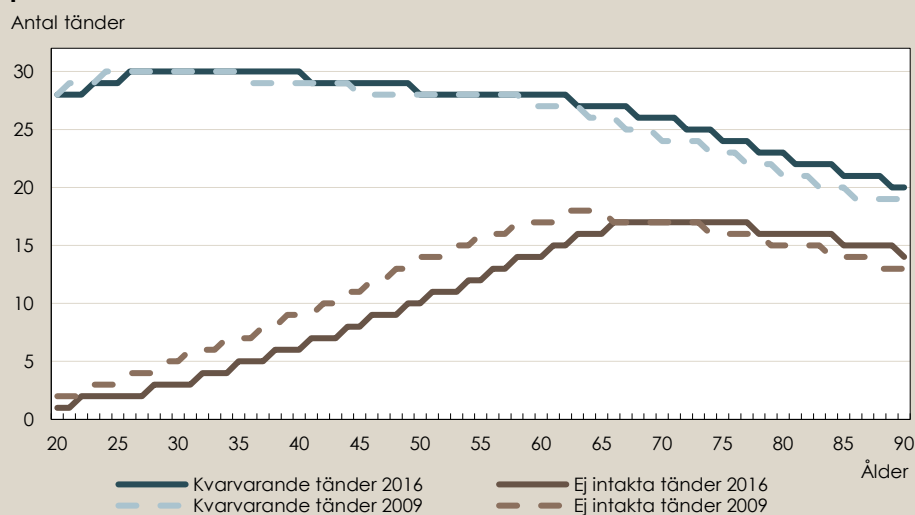
samtidig som andelen helt kariesfria i åldersgruppen minskar kan betyda att de som tidigare bara hade karies på tändernas tuggytor nu är helt kariesfria men att de som har den lite allvarigare typen av karies inte förbättrats.

## Fortsatt positiv utveckling av vuxnas tandhälsa

Antal kvarvarande och intakta tänder<sup>78</sup> är ett övergripande mått på tandhälsa. Utifrån dessa två mått beräknas antal kvarvarande tänder som inte är intakta. Det är en indikator på framtida behov av tandvård, eftersom tidigare lagade och inte intakta tänder har en ökad risk att behöva ny behandling. Över tid har befolkningens tandhälsa förbättrats, vilket också framgår i figur 26 nedan. Sedan 2009 har antalet tänder för personer i åldern 60–90 år ökat med i genomsnitt drygt en tand. I åldersgruppen 60–74 år utgörs det ökande antalet tänder av intakta och tidigare ej lagade tänder medan det i åldersgruppen 75–90 år ofta utgörs av en tidigare lagad och ej intakt tand. Det är positivt att fler äldre har fler egna tänder men tillsammans med att dessa tänder ofta är lagade sedan tidigare och att fler äldre har protetiska konstruktioner, exempelvis kronor och tandimplantat, betyder detta att behovet av tandvård och inte minst förebyggande åtgärder ökar.

För personer mellan 20 och 65 år har det genomsnittliga antalet ej intakta tänder minskat med 2,5 tänder samtidigt som antalet kvarvarande tänder legat relativt stabilt. Detta är resultatet av att många unga vuxna lämnar den avgiftsfria tandvården med få eller inga lagade tänder och att man i hög utsträckning behåller den goda tandhälsan över tid.

**Figur 26. Medianvärdet av kvarvarande och ej intakta tänder bland personer som besökt tandvården 2009 och 2016**



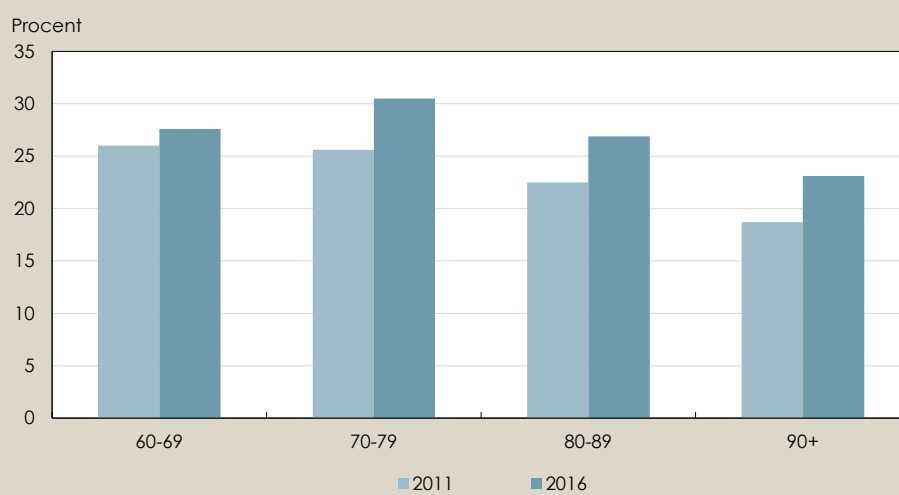
Källa: Tandhälsoregistrer, Socialstyrelsen

<sup>78</sup>Som kvarvarande tand räknas en tand som har en naturlig rot, är partiellt eruperad (delvis frambruten i munnen) eller har synlig tandrot. Visdomständer räknas också med. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade skador som kräver behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller protetiska ersättningar.

Ett ökat antal kvarvarande tänder leder också till att risken för att drabbas av parodontit (tandlossningssjukdomar) ökar. Detta visar sig genom att andelen i den äldre befolkningen som behandlas för parodontit ökat mellan 2011 och 2016, vilket framgår av figur 27. I åldersgruppen 70–79 år ökade till exempel behandlingen för parodontit under tidsperioden från ca 26 till 31 procent. Med en fortsatt utveckling där fler äldre har egna tänder kommer behovet av behandling av parodontit och förebyggande åtgärder att öka.

**Figur 27. Behandling för parodontit**

Andel som besökt tandvården som behandlats för parodontit (tandlossningssjukdomar) år 2011 och 2016. Fördelat på åldersgrupper.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

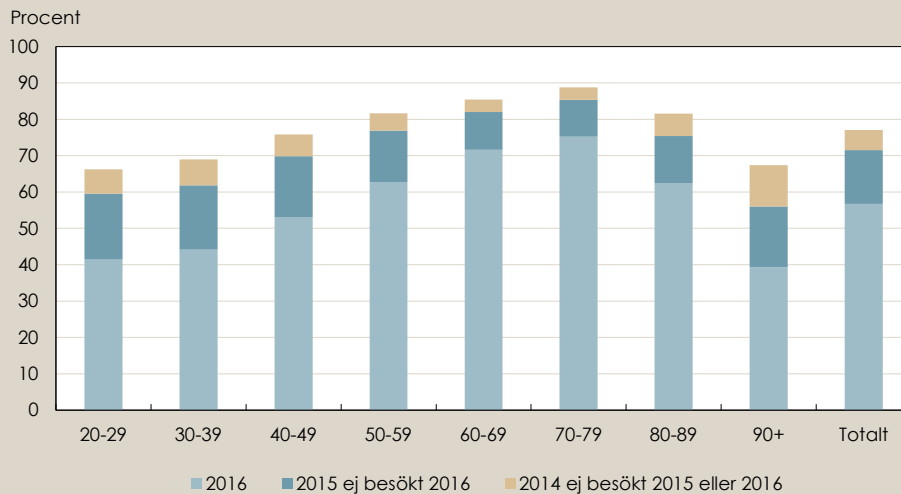
## Besök i tandvården skiljer mellan olika grupper

År 2016 var det 72 procent av den vuxna befolkningen, 20 år och äldre, som besökt tandvården någon gång de senaste två åren och 77 procent som gjort ett besök någon gång de tre senaste åren. Skillnaden mellan könen är relativt stor, 81 procent av kvinnorna och 74 procent av männen har besökt tandvården under en 3-årsperiod. Skillnaden mellan olika åldersgrupper är ännu större.



**Figur 28. Andel av befolkningen som besökt tandvården 2014–2016**

Andel av befolkningen som besökt tandvården, efter senaste besöksår och ålder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

De äldsta åldersgrupperna har jämförelsevis låga besöksfrekvenser. Dock underskattas besöksfrekvensen i de högsta åldersgrupperna till viss del beroende på att den landstingsfinansierade tandvården för vuxna, som till största delen ges till äldre, inte ingår i statistikredovisningen.

Personer i åldern 70–79 år är de som besöker tandvården i störst utsträckning, 85 procent under en tvåårsperiod och 89 procent under en treårsperiod. De som besöker tandvården i lägst utsträckning är personer i åldern 20–29 år. Detta är till stor del kopplat till tandhälsa och framför allt antalet tidigare lagade tänder.

Under en treårsperiod är det 69 procent av den vuxna befolkningen som någon gång besökt tandvården för en basundersökning. Motsvarande andel för en tvåårsperiod är 63 procent. Att besöka tandvården för undersökning är en stor del i den förebyggande tandvården. Besök för basundersökning skiljer dock både regionalt och bland olika grupper. Under 2014–2016, gjorde till exempel 75 procent av den vuxna befolkningen minst en basundersökning. Motsvarande siffra för Norrbotten var 57 procent.

## Befolkningen är nöjd med tandvården

Befolkningen är på det hela taget nöjd med tandvården. Det visar mätningen av nöjdhetsindex för 2017 från Svenskt kvalitetsindex [100]. Precis som tidigare år är befolkningen mer nöjd med privattandvården än med folktandvården. Befolkningens nöjdhet har totalt sett sjunkit något jämfört med året innan. Nöjdhetsindex för privattandvården ligger på 87,2 av 100 medan nöjdheten för folktandvården ligger på 75,7 av 100. Privattandvården har bättre resultat för områden som har med service att göra, det vill säga engagemang, lyhördhet och tillgänglighet.

## Viktiga faktorer för jämlik tandvård

Det finns tydliga skillnader i typ av besök och typ av åtgärd mellan patienter med olika utbildningsnivå. Det är betydligt vanligare att personer med lägre utbildning enbart besöker tandvården av akuta skäl. I gruppen patienter med högst förgymnasial utbildning var det cirka 11 procent som besökte tandvården av akuta skäl 2014–2016. Detta kan jämföras med 5 procent av patienterna med eftergymnasial utbildning [101]. Som tabell 12 visar är det inte några större skillnader mellan kvinnor och män när det gäller att enbart besöka tandvården akut. Under 2014–2016 var det 6,9 procent av männen och 6,6 procent av kvinnorna som enbart besökte tandvården akut.

**Tabell 12. Andel av befolkningen 35–74 år som endast gjort akuta besök i tandvården under det senaste året, de två senaste åren eller de tre senaste åren. Procent.**

Högsta utbildningsnivå	Män			Kvinnor			Totalt		
	2016	2015–2016	2014–2016	2016	2015–2016	2014–2016	2016	2015–2016	2014–2016
Förgymnasial	4,5	7,4	10,0	5,1	8,3	11,2	4,7	7,8	10,5
Gymnasial	3,1	5,2	7,1	3,0	4,9	6,7	3,0	5,0	6,9
Eftergymnasial	2,5	4,0	5,4	2,1	3,5	4,6	2,3	3,7	5,0

Källa: Tandhjälsregistret Socialstyrelsen och Utbildningsregistret Statistiska Centralbyrån.

Det är dessutom dubbelt så vanligt att patienter med högst förgymnasial utbildning har genomfört extraktioner jämfört med patienter med eftergymnasial utbildning. Patienter med förgymnasial utbildning tenderar också att göra rotbehandling eller fyllning i höge utsträckning. Patienter med eftergymnasial utbildning gör däremot kronor i högre utsträckning än patienter med förgymnasial eller gymnasial utbildning.

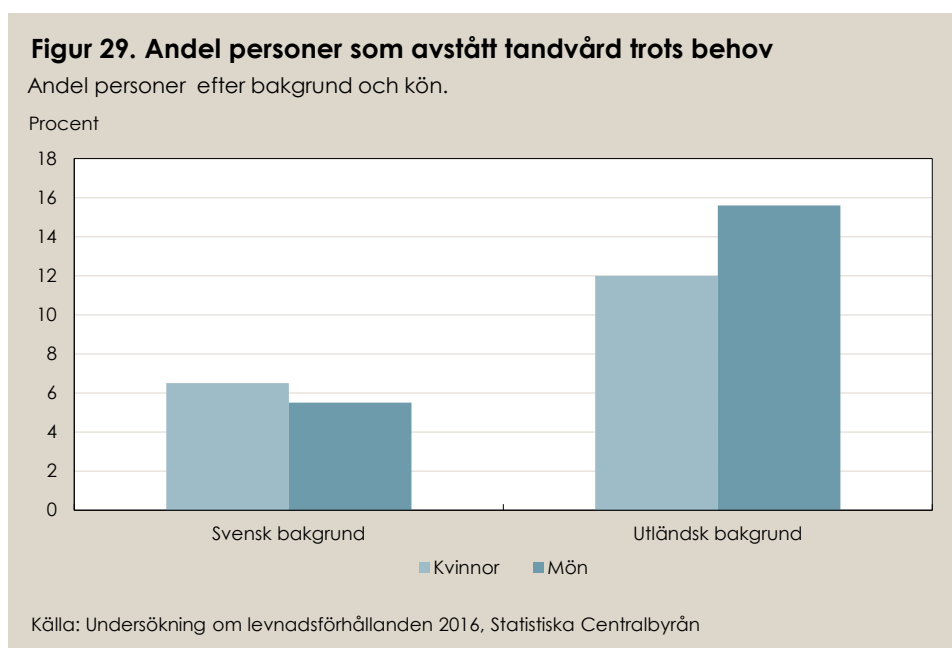
### Skillnader i vilka tandvårdsåtgärder som beviljas

Det är också stora skillnader mellan olika kommuner när det gäller vilka typer av tandvårdsåtgärder som kommunerna beviljar ekonomiskt bistånd för. I vissa kommuner har man överhuvudtaget inte beviljat bistånd för att sätta in kronor. Det är också vanligare att personer som får ekonomiskt bistånd för tandvård genomför extraktioner. Under 2014–2016 utgjordes 3,2 procent av alla tandvårdsåtgärder av extraktioner vilket kan jämföras med att extraktioner utgjorde 10,5 procent av alla åtgärder i gruppen som fick ekonomiskt bistånd [102]. Eftersom det skiljer sig kraftigt åt mellan olika kommuner när det gäller vilken tandvård de beviljar ekonomiskt bistånd för påverkar bostadsort antalet tänder en person har kvar i munnen.

### Betydande skillnader när det gäller att avstå tandvård trots behov

Det är relativt ovanligt att avstå från tandvård trots att en person har behov av det men det finns stora skillnader mellan olika grupper när det gäller att avstå tandvård trots behov. I SCB:s undersökning av levnadsförhållanden uppger

knappt 8 procent att de avstått från tandvård trots behov. Personer med utländsk bakgrund avstår dock från tandvård i betydligt högre utsträckning än personer med svensk bakgrund<sup>79</sup>. I gruppen med svensk bakgrund uppger 6 procent att de avstått från tandvård trots behov de senaste 12 månaderna vilket kan jämföras med 14 procent av de med utländsk bakgrund. Män med utländsk bakgrund är den grupp som avstår från tandvård trots behov i högst utsträckning, vilket figur 29 visar [103].



## Svårt att nå personer i behov av förebyggande tandvård

Särskilt tandvårdsbidrag (STB) är ett statligt bidrag om 600 kronor per halvår som syftar till att uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att allvarliga tandsjukdomar kan undvikas. Det kan användas för viss tandvård av personer som har särskilda sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa. Vilka åtgärder, det vill säga vilken tandvård som inefattas, framgår av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets, TLV, föreskrifter om statligt tandvårdsstöd. Stödet har funnits sedan den 1 januari 2013.

I prop. (2011/12:7) *Tandvård för personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar* uppskattades att målgruppen för det särskilda tandvårdsbidraget skulle uppgå till omkring 285 600 individer. Det är dock få som utnyttjar bidraget i relation till målgruppens beräknade storlek. År 2013 utnyttjades stödet av 21 917 individer, och 2016 var antalet 47 532 stycken. Trots ökningen ligger utnyttjandet alltså fortfarande under beräkningen vid införandet. Kvinnor utnyttjar stödet i högre utsträckning än män, vilket delvis

<sup>79</sup> Med utländsk bakgrund avses personer som är födda utomlands eller personer som är födda i Sverige med två utländsfödda föräldrar.

kan förklaras av att det exempelvis är fler kvinnor än män som har diagnosen Sjögrens syndrom.

Statistik om besöksfrekvenser för patienter med någon av diagnoserna Sjögrens syndrom, cystisk fibros, ulcerös kolit och Crohns sjukdom visar att en hög andel personer har besökt tandvården och fått en STB-åtgärd utförd under tidsperioden 2013 till 2016 men inte utnyttjat bidraget, vilket framgår av tabell 13. Vid endast 10 av landets tandvårdsmottagningar tog majoriteten, 90–100 procent, av patienterna inom de fyra diagnosgrupperna ut STB i samband med sina tandvårdsbesök. Vid 96 procent av alla mottagningar utnyttjade mindre än 50 procent av patienterna STB trots att de var berättigade till stödet [104].

**Tabell 13. Andel patienter som trots att de fått en åtgärd som är berättigad till STB, inte nyttjat bidraget, år 2013–2016. Procent.**

	Kvinnor	Män	Samtliga
Sjögrens syndrom	55	71	57
Cystisk fibros	78	82	80
Ulcerös kolit	83	87	85
Crohns sjukdom	76	82	79

Källa: Tandhälsoregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

Eftersom så låg andel av patienterna tar ut STB finns det antagligen för lite kunskap om stödet, både bland patienterna och bland landets tandvårdsmottagningar. För att patienter ska få tillgång till bidraget och förebyggande tandvårdsinsatser krävs att stödet är känt bland patienter, anhöriga och vårdgivare.

Socialstyrelsen genomför i nuläget en samlad utvärdering av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Uppdraget, som ska slutredovisas den 31 december 2018, kommer att innehålla förslag på eventuella förbättringar.

## Uppsökande verksamhet behöver nå fler

Sedan 1999 har landstingen ansvar för att personer som bor i ett särskilt boende för äldre, personer som omfattas av LSS och personer med stort behov av vård och omsorg blir uppsökta av tandvårdspersonal och erbjuds en avgiftsfri munhälsobedömning. Dessa personer ska även erbjudas nödvändig tandvård. Tandvård som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling ingår också i landstingens tandvårdsstöd. Sedan 2013 ingår även tandvård för personer med stora tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i landstingens tandvårdsstöd.

Ungefär 53 procent av dem som ingår i personkretsen<sup>80</sup> och därmed är berättigade till uppsökande verksamhet har fått munhälsobedömning under 2016 [105].

De personer som ska erbjudas munhälsobedömning ska också erbjudas nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Sammanlagt har 76 pro-

<sup>80</sup> Enligt SKL:s statistik över den uppsökande verksamheten för 2016. Totalt antas 169 247 personer ingå i personkretsen, varav 89 421 personer fick munhälsobedömning.

cent av de personer som är berättigade till nödvändig tandvård fått detta. Andelen individer som fått nödvändig tandvård varierar kraftigt mellan landstingen. I Jämtland och Jönköping är det omkring hälften av personkretsen som fått nödvändig tandvård vilket kan jämföras med omkring 90 procent i Halland och Stockholm. Kostnaderna för nödvändig tandvård uppgick till drygt 710 miljoner kronor 2016.

Vård- och omsorgspersonal har också erbjudits utbildning och information om betydelsen av den dagliga förebyggande vården för patienternas mun- och tandhälsa. Personalen erbjuds också handledning när någon patient eller brukare inte kan sköta sin munhygien på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Under 2016 utbildades 32 175 personer till en kostnad av

4,4 miljoner kronor. Utbildning av vård- och omsorgspersonalen och att det finns engagemang och kunskap i organisationen i frågan är viktiga faktorer. Det är också viktigt att munvården ses som en naturlig del i den totala omvårdnaden.

Socialstyrelsen kommer 2018 att kartlägga och analysera de hinder för samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården som finns och komma med förslag på åtgärder hur samverkan kan förbättras. Landstingens uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård och hur detta fungerar är en del av den kartläggningen.

Regeringen har även tillsatt en utredning för en mer jämlik tandhälsa. Målet är att skapa bättre förutsättningar för en regelbunden och förebyggande tandvård där alla, oavsett inkomst, ska ha råd att gå till tandläkaren regelbundet. Utredningen ska lämna förslag om hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. De förändringar som föreslås ska syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa hos befolkningen i stort. Utredningen ska även analysera skillnader i tandhälsa samt pröva vilken betydelse priset på tandvård har för en jämlik tandvård och tandhälsa. Utredningens slutbetänkande ska lämnas i mars 2020 [15].

## Viktigt med rutiner för att upptäcka våld

Socialstyrelsen rekommenderar i föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer att varje vårdgivare ska fastställa rutiner för att säkra kvaliteten i arbetet med barn som bevittnat våld och våldsutsatta personer och där ingår att fråga om våldsutsatthet i en klinisk situation. Alla som söker hälso- och sjukvård samt tandvård ska känna sig trygga med att vårdgivaren uppfyller lagstadgade ansvarskrav på god vård med målsättningen god hälsa, vilket också innebär att nödvändiga kontakter för rätt vård och stöd förmedlas.

Trots detta finns det fortfarande brister i hälso- och sjukvården i hur våldsutsatta och våldsutövare tas omhand. Många mottagningar och kliniker frågar inte om våld även om de misstänker eller har kännedom om våldet [10].

Tandläkare träffar en hög andel av befolkningen regelbundet, både barn och vuxna. Detta är en tillgång i möjligheten att upptäcka våld i nära relationer. Tidigare studier visar dock att tandläkare är mindre benägna att uppmärksamma våld i nära relation än andra vårdgivare. Inom tandvården är de tre vanligaste symtomen på våld och sexuella övergrepp olika typer av

käkskador, skador på tänder eller tappade tänder samt svårigheter att genomföra undersökningar [106].

## Fler våldsutsatta kan upptäckas i tandvården

Socialstyrelsen genomförde en enkätundersökning riktad till primärvården, psykiatrin och tandvården<sup>81</sup> hösten 2017 [11]. Resultatet visar att det är få verksamheter som rutinmässigt frågar om våldsutsatthet och om våldsutövande. Resultatet tyder på att fler patienter kan tillfrågas om våld.

Sedan 2016 finns en nationell webbkurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer framtagen. I februari 2018 lanserades ett kompletterande webbstöd som även vänder sig till tandvårdspersonal.

## Användning av antibiotika i tandvården

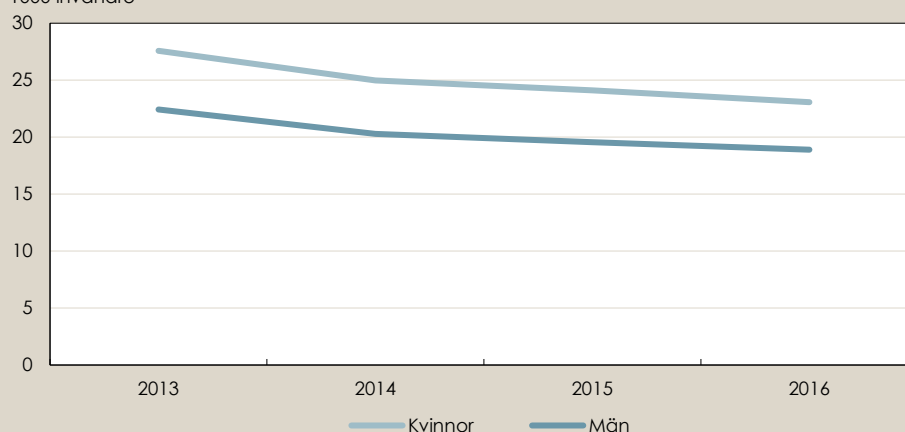
År 2016 förskrev tandläkare i snitt 21 recept på antibiotika per 1000 invånare. Trenden, där förskrivningen av antibiotika minskar, fortsätter därmed i tandvården. Jämfört med 2015 minskade antalet uthämtade recept med 0,8 recept per 1 000 invånare. Kvinnor får alltjämt fler recept på antibiotika än vad män får i tandvården, vilket framgår av figur 30 nedan. Orsakerna till skillnaden mellan könen är inte klarlagd men beror inte på skillnader i diagnoser, såsom kan vara fallet inom övrig hälso- och sjukvård.

Även om skillnaderna mellan kvinnor och män minskat från 5,1 till 4,2 recept per 1 000 invånare mellan 2013 till 2016 kan det finnas anledning för vårdgivare att analysera skillnaderna i förskrivning av antibiotika mellan könen.

**Figur 30. Antibiotikaförskrivning i tandvården 2013–2017**

Antal uthämtade recept på antibiotika förskrivna av tandläkare år 2013–2017. Fördelat på kön.

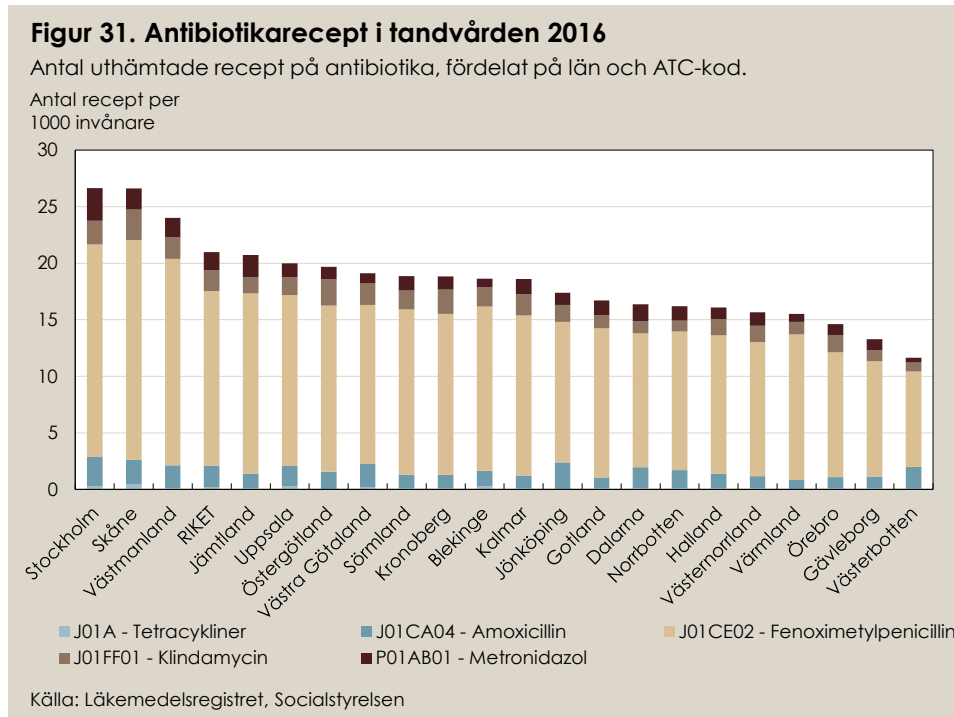
Antal recept per  
1000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

<sup>81</sup> Enkäten skickades till ett urval av klinikchefer inom primärvården (husläkarmottagningar, ungdomsmottagningar, barnavårdscentraler och mödravårdscentraler), psykiatrin (beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri) och tandvården. Totalt inkom 692 svar från klinikchefer inom hälso- och sjukvården.

Även skillnaderna mellan landstingen i förskrivning av antibiotika består. I Stockholm och Skåne förskrivs fortsatt flest recept på antibiotika i tandvården, 26,6 recept per 1 000 invånare. Lägst antal ses i Västerbotten med 11,6 recept per 1 000 invånare, vilket också framgår av figur 31.



## Brister i dokumentation och diagnostisering

Under 2016 fattade IVO beslut i drygt 200 ärenden som rörde klagomål på tandvården. I 40 procent av klagomålen riktade de kritik mot vårdgivaren. IVO konstaterar att de flesta patienter får en god och säker tandvård, men att det finns brister i kompetensen hos en liten grupp tandläkare som systematiskt ger patienter fel behandling. Det kan leda till att patienten inte får hjälp med sitt ursprungliga problem, men också till att det odontologiska eller allmänna hälsotillståndet försämras. Personer med stora vårdbehov är en särskilt utsatt grupp [107].

IVO:s tillsyn visar också att en grupp tandläkare inte genomför de tester och undersökningar som är nödvändiga för att patienten ska få rätt diagnos. Journaler tenderar också att sakna centrala delar, och ofta utformas de som en dokumentation gentemot Försäkringskassan och de regler som gäller för statligt tandvårdsstöd snarare än för att beskriva patientens tandvård. Sammantaget kan dessa brister leda till att tandvården missar sjukdomar i munnen. I första hand handlar det om kariessjukdomar och tandlossning, men det förekommer också att till exempel tumörsjukdomar missas.

Förändringar i TLV:s regler om vad som är ersättningsberättigad tandvård, liksom ersättningsens storlek, påverkar en grupp vårdgivares val av behandlingsmetod, enligt tillsynen. Att det är ersättningen och inte patientens behov

som står i centrum leder i sin tur till en patientosäker tandvård. Även Försäkringskassan konstaterar att det statliga tandvårdsstödet missbrukas av vissa vårdgivare, även om de allra flesta är seriösa och följer reglerna [108]. På en mer övergripande nivå är det dock svårt att avgöra om det rör sig om något utbrett systematiskt överutnyttjande.

Under 2016 granskade IVO 83 lex Maria-anmälningar inom tandvården, varav de flesta rörde sig om allmän tandvård. De handlade i första hand om vårdskador eller risk för vårdskador i samband med vård och behandling samt diagnostisering [107].

Antalet anmälningar har generellt ökat till Löf<sup>82</sup>, vilket delvis beror på effekterna av patientsäkerhetslagen (PSL) som trädde i kraft 2011. Under 2010–2016 ersattes i genomsnitt 576 patienter årligen av Löf för vårdskador orsakade inom tandvården [109].

## En ny prisjämförelsetjänst för tandvården

TLV har i uppdrag att etablera en prisjämförelsetjänst för tandvården. Tjänsten kommer att vara webbaserad och lanseras på domänen tandpriskollen.se. Syftet med tjänsten är att patienterna ska få ökad möjlighet att jämföra olika tandvårdsmottagningar, liksom att göra allmänheten uppmärksam på att fri prissättning råder inom tandvården. Det förväntas stärka både patientens ställning och konkurrensen på tandvårdsmarknaden [110]. Förutom uppgifter om pris kommer tjänsten också inkludera information om behandlingar, jämförelser mellan mottagningens pris och praktisk information om adress, öppettider och tidsbokning.

I framtiden kommer också patientbedömd kvalitet inkluderas i tjänsten. Socialstyrelsen ska därför genomföra en pilotenkät för att undersöka om det är möjligt att mäta och jämföra patienters uppfattningar av tandvårdsmottagningars kvalitet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2019.

## Personaltillgång i tandvården

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) följer löpande tillgången på legitimerad personal i riket. Myndigheten påbörjade under 2016 ett utvecklingsarbete av NPS med målet att tillgodose huvudmännens behov av underlag för sitt arbete med planering och utveckling av kompetensförsörjning i sin verksamhet enligt de riktlinjer som lades fast i regeringens uppdrag om stöd till landstingens planering av kompetensförsörjningen. Som ett resultat av det arbetet har rapporten över tillgång och efterfrågan på legitimerad personal kompletterats med aktuella prognoser över antal yrkesutövare relaterat till befolknings underlag. Tidigare rapporterades prognoserna var tredje år och innehöll absoluta tal över antal yrkesutövare [31, 111].

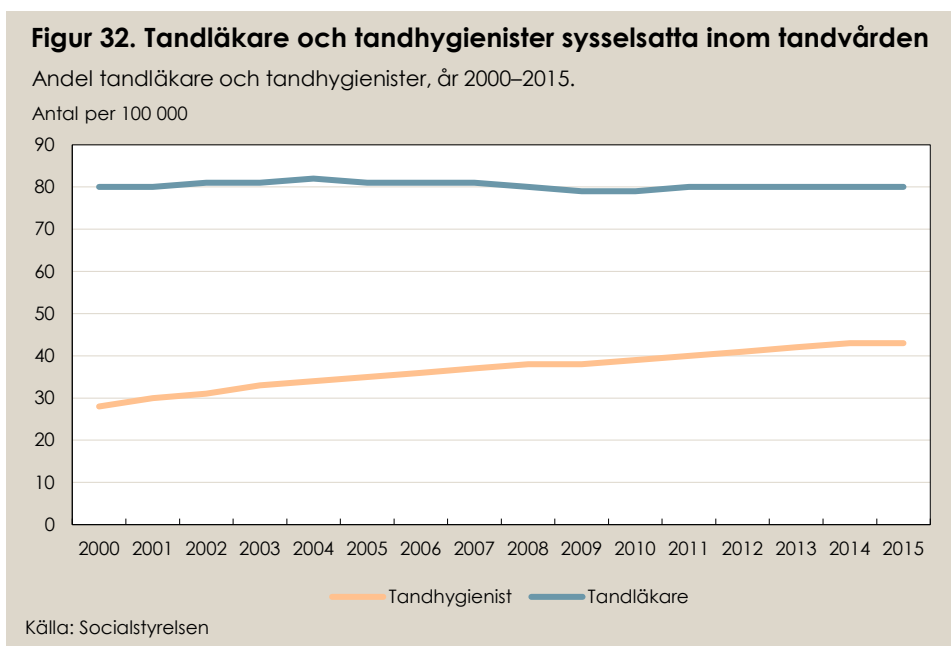
Tillgången på tandläkare och specialiserade tandläkare har i stort sett varit densamma sedan 2000, vilket innebär cirka 80 tandläkare per 100 000 invånare. Antalet tandhygienister per 100 000 invånare ökade däremot kraftigt,

---

<sup>82</sup> Löf försäkrar de vårdgivare som finansieras av landstingen och regionerna. Genom dess patientförsäkring kan patienter få ersättning om de blir skadade i hälso- och sjukvården och tandvården.



med 11 procent, mellan 2009 och 2014 men utvecklingen stannade av något under 2015. Detta innebär att det finns drygt 40 tandhygienister per 100 000 invånare, vilket ses i figur 32 nedan.



Arbetsmarknadssituationen för tandläkare och tandhygienister är god. I majoriteten av landstingen överstiger efterfrågan på tandläkare tillgången. Detta gäller särskilt för erfarna tandläkare och specialisttandläkare. De brister i personalförsörjningen som finns är ojämnt fördelade över landet, det är exempelvis fortsatt svårt att rekrytera tandläkare till glesbygden. Situationen är likartad när det gäller tandhygienister, och här förväntar sig landstingen att läget kommer att kvarstå då det råder brist på utbildningsplatser [111].

Denna bild bekräftas i Arbetsförmedlingens prognos över möjligheterna att få arbete inom hälso- och sjukvården och tandvården. Såväl tandläkare som tandhygienist bedöms vara yrken med goda eller mycket goda möjligheter till arbete. Den ökande befolkningen och den allt större andelen äldre medför en ökad efterfrågan inom yrkesområdet. Arbetsförmedlingen konstaterar att antalet yrkesverksamma ökar sedan lång tid tillbaka men att ökningen till viss del hämmas av rekryteringsproblem eftersom för få har utbildats [112].

Socialstyrelsens prognos är att antalet tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare kommer att minska under perioden fram till och med 2030. För tandhygienister beräknas minskningen bli omkring fem procent. Prognosen för tandläkarna varierar beroende på nettoinflödet av invandrade tandläkare. De senaste åren har det funnits relativt många utlandsutbildade tandläkare i tandvården. Dessa tandläkare kommer från utlandet eller har svensk bakgrund och har utbildat sig i något EU eller EES-land.

Detta innebär att det är svårt att göra en prognos över tillgången på tandläkare. Under 2009–2014 var nettoinvandringen i genomsnitt 70 tandläkare per år och om den nivån behålls kommer antalet tandläkare per 100 000 invånare minska med omkring tre procent fram till 2030. Men om nettoinvandringen

är noll, det vill säga att antalet tandläkare som utvandrar och antalet tandläkare som invandrar är lika många kommer antalet tandläkare per 100 000 invånare att minska med 15 procent [111].

## Ny specialitet för tandläkare

Från den 1 juni 2018 gäller nya regler för tandläkares specialistutbildning. Den föreslagna specialitetsindelningen ska motsvara framtida behov hos tandvården och patienterna och bidra till en jämlik vård och därmed öka patientsäkerheten. Syftet med de nya föreskrifterna är att åstadkomma ett effektivt, lättillgängligt och ändamålsenligt regelverk för ST som tillgodoser befolkningens behov av specialiserad tandvård. Framtidens specialisttandvård väntas ta emot och behandla allt fler patienter med komplexa vårdbehov. Det kommer att förutsätta att det finns specialisttandläkare med tvärvetenskaplig kompetens, som förstår hur de olika tillstånden och behandlingen av dem samverkar. Tillgången till dessa tandläkare säkerställs genom att en nionde specialitet, orofacial medicin, införs i föreskriften om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (HSLF-FS 2017:77). I den nya föreskriften framgår också vilken kompetens en tandläkare ska tillgodogöra sig under sin så kallade ST inom någon av de nio specialiteterna. Föreskriften förtydligar även vilka krav som ställs på handledare och verksamhetschef.

# Referenser

1. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 2017-12-20 från: [https://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-i-Sverige-okar-mer-for-mannen-an-for-kvinnorna/](https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-i-Sverige-okar-mer-for-mannen-an-for-kvinnorna/)
2. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 2017-12-20 från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/demografisk-analys/pong/statistiknyhet/demografisk-analys-aterstaende-medellivslangd-efter-utbildningsniva/>
3. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
4. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
5. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning – Remissversion 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
6. Statistik om skador och förgiftningar i slutenvård 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
7. Socialstyrelsen. Hämtad 2018-03-21 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/balanseramera>
8. Regeringen. Hämtad 2018-03-21 från: <http://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2015/12/uppdrag-att-ta-fram-och-genomfora-en-utbildningsinsats-for-att-forebygga-fallolyckor/>
9. Vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017
10. Dödsfallsutredningar 2016–2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
11. Frågor om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten samt hälso- och sjukvården frågar om våldsutövande och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
12. Migrationsverket. Hämtad 2017-10-25 från: <https://www.migrationsverket.se/OmMigrationsverket/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2017/2017-10-25-Prognos-Farre-kommer-att-soka-asyl-i-Sverige.html>
13. Scandiatransplant. Hämtad 2017-12-01 från: <http://www.scandiatransplant.org/data/scandiatransplant-figures>
14. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47.
15. Kommittédirektiv. Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa. 2018:16.
16. Regeringen. Hämtad 2018-02-09 från: <http://www.regeringen.se/artiklar/2017/05/patientmiljard-for-snabbvard/>
17. God och nära vård - delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2017:53.
18. Regeringens proposition 2017/18:83. Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.
19. En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.

20. Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. SOU 2017:48.
21. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2018-03-05 från: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrning/nationellaprogramrad.1814.html>
22. Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
23. Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
24. Regeringens proposition 2017/18:40. En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.
25. Lapptäcke med otillräcklig täckning. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
26. Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. SOU 2017:15.
27. Vision för e-hälsa 2025. Sveriges kommuner och landsting; 2016.
28. Handlingsplan för e-hälsa. Sveriges kommuner och landsting; 2018.
29. Så mycket kostar digital vård. Läkartidningen 04/2018.
30. Landstingen tar upp kampen om digital vård. Läkartidningen 06/2018.
31. Nationella planeringsstödet 2018. Bedömning av tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård och tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
32. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
33. Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2018.
34. Trender och Prognoser 2017. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2017.
35. Registret över legitimerade omsorgs- och vårddyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA). Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
36. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD; 2017.
37. Arbetskraftsbarometern 2017 – Vilka utbildningar ger jobb. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2017.
38. Yrkeskompassen. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2017.
39. Bemanningstrend i hälso- och sjukvården helår 2016. Kostnader för inhyrd personal. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
40. Bemanningstrend i hälso- och sjukvården kvartal 3. Kostnader för inhyrd personal; 2017.
41. Specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar för framtidens hälso- och sjukvård. Kommittédirektiv Dir. 2017:86.
42. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2018-02-26 från [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)
43. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
44. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar – Rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
45. Standardiserade vårdförlopp i cancervården – Lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
46. Kortare väntetider i cancervården. Delrapport om överenskommelsen 2017. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
47. Öppna jämförelser 2016 - Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

48. Säker läkemedelsanvändning i primärvård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
49. Patientens övergångar – framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som kan öka patientsäkerheten. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
50. Effektivisering av arbete med händelseanalys. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
51. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
52. Markörbaserad journalgranskning, skador i vården 2013 – första halvåret 2017. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2018.
53. Skador i vården 2013–2016. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
54. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2017-12-08 från: <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/Overbelaggnig>
55. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2017-12-08 från: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/vardrelateradeinfektioner.746.html>
56. Vårdrelaterade infektioner - Kunskap, konsekvenser och kostnader. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
57. Sickbert-Bennett EE, DL, Schade Willis TM, Wolak Es, Weber Dj, Rutala WA. Reduction of Healthcare-Associated Infection by Exceeding High Compliance with Hand Hygiene Practices Emerging Infectious Diseases 2016.
58. Markörbaserad Journalgranskning januari 2013-juni 2016, vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
59. SWEDRES/SVARM 2016 - Consumption of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden. Solna och Uppsala: Folkhälsomyndigheten och Statens veterinärmedicinska anstalt; 2017.
60. European Centre for disease prevention and control. Hämtad 2017-12-15 från: <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/rates-country>
61. European Centre for disease prevention and control. Hämtad 2017-12-15 från: <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/quality-indicators>
62. Regeringen. Hämtad 2018-03-21 från: <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/10/nasta-steg-for-att-bygga-en-nationell-lakemedelslista/>
63. Hur upplever patienter och närstående vården? Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under 2016. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
64. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
65. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
66. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser samt uppgifter hämtade från 2018-02-05 från Socialstyrelsens statistikdatabas, äldreomsorg, permanent särskilda boenden enligt SoL, egna beräkningar. Socialstyrelsen; 2018.

67. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
68. Registret över personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
69. Öppna jämförelser – vård och omsorg om äldre 2015. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting; 2016.
70. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
71. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
72. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
73. Förskrivning av adhd-läkemedel 2016 – Utvecklingen av incidens och prevalens 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
74. Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
75. Adler, AL, & Chua, C. H. . Management of ADHD in adults. Journal of Clinical Psychiatry; 2002.
76. Johnston, C, Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. Parenting in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). Clinical Psychology Review; 2012; (32):215-28.
77. Janeslätt, G, & Roshanay, A. H. Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd – konsekvenser för barnet samt metoder för stöd. Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2015.
78. Förbättrad uppföljning av psykiatrisk tvångsvård – Insatser i den nuvarande insamlingsmetoden 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
79. Regeringen. Hämtad 2018-01-16 från: <http://www.regeringen.se/48e3dc/contentassets/c67ed758215e444b8cd4ef42a1d73997/sou-2017/111/for-barnets-basta.pdf>
80. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning – Remissversion 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
81. Statistik om dödsorsaker 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
82. När en förälder oväntat avlider. Resultat och slutsatser från tre kartläggningar om ansvar samt strukturer för information och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
83. Bergh Johannesson K, BK, Arnberg F, Nilsson D, Ängarne-Lindberg T & Rostila M. Utvärdering av Bartraumateamet i Norrköping: NKA Barn som anhöriga 2014:2.
84. Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017 – Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
85. Hagström, A, Hollander A-C, Mittendorfer-Rutz, E. Kartläggning av självska debeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga: Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet; 2018.
86. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2017-12-12 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/fb1318c86c964294800783bc73a17c0c/suicidprevention-2016-16150.pdf>
87. Uppgivetssyndrom bland asylsökande barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

88. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori i Sverige. 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
89. Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. SOU 2017:92.
90. Sjukskrivningsmönster - skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
91. Sjukskrivningsmönster och praxis – Skillnader i vårdens arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
92. Vård efter förlossning – En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
93. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
94. Stärkt kompetensförsörjning inom förlossningsvården – åtta möjligheter. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
95. Statistik om hjärtinfarkter 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
96. Statistik om stroke 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
97. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
98. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
99. Sociala skillnader i hälsa bland barn och unga. Underlagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
100. Nöjdhetsindex. Stockholm: svenskt kvalitetsindex; 2017.
101. Statistik om tandhälsa 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
102. Hedenljung, L. Vara fin i munnen – ett rent lotteri. Östersundsposten. 2017-05-22.
103. Undersökningarna av levnadsförhållandena. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 2016.
104. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget. Delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
105. Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd 2016. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
106. Dahlström, LJ, S. Kunskapsbrist om våldsutsatta patienter. Tandläkartidningen. 2009; 101 (6): 64-70.
107. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprovning för verksamhetsåret 2016. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
108. Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri med statligt tandvårdsstöd? Socialförsäkringsrapport 2017:10. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
109. Anmälningar till Löf 2016. Stockholm: Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag; 2017.
110. Prisjämförelsetjänst för tandvård - delrapport avseende regeringsuppdrag att etablera en prisjämförelsetjänst för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2017.
111. Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
112. Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2018. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2017.







**Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård  
och tandvård – Lägesrapport 2018**  
(artikelnr 2018-3-4) kan beställas från  
Socialstyrelsens publikationsservice  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)  
E-post: [publikationsservice@socialstyrelsen.se](mailto:publikationsservice@socialstyrelsen.se)  
Fax: 035-19 75 29

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