

Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer

2021



Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer

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

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

Artikelnummer 2021-6-7413
Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2021

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering för att bidra till kunskap om och analysera eventuella uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården och tandvården som uppstått som en konsekvens av covid-19-pandemin.

Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till ett antal rekommendationer från 15 nationella riktlinjeområden som kan ha haft en påverkan på effekter för uppdämda vårdbehov. Riktlinjerna täcker stora patientgrupper, många med kroniska sjukdomar, och åtgärderna är evidensbaserade och prioriterade.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, allmänheten och medier.

Projektledare för utvärderingen har varit Christina Broman som tillsammans med Ann-Sofie Bertilsson, Tobias Edbom, Thomas Malm, Anders Nordlund, Mikael Nyman och Anastasia Simi har utgjort projektets arbetsgrupp. Flera medarbetare från Socialstyrelsen har medverkat med underlag till rapporten. Ett särskilt tack riktas till de nationella kvalitetsregistren som har bidragit med underlag till utvärderingen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Beskrivning av uppdraget	10
Utvärderingens syfte	10
Utvärderingens avgränsningar	11
Covid-19-pandemin	11
Nationella riktlinjer	11
Intressenter	12
Samverkan och kommunikation	12
Metod	13
Socialstyrelsens register som använts	14
Nationella kvalitetsregister som använts	14
Covid-19-pandemin i regionerna	16
Resultat för 15 nationella riktlinjeområden	20
Vård vid astma och KOL	21
Vård och omsorg vid demenssjukdom	26
Vård vid depression och ångestsyndrom	34
Vård vid diabetes	44
Vård vid endometrios	52
Vård vid epilepsi	55
Hjärtsjukvård	58
Vård vid missbruk och beroende	68
Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom	72
Palliativ vård i livets slutskede	80
Vård vid psoriasis	86
Vård vid rörelseorganens sjukdomar	89
Reumatoid artrit	89
Artros	92
Osteoporos	96
Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	101
Vård vid stroke	105
Tandvård	122
Avslutande diskussion	126
Referenser	131
Bilaga 1 Projektorganisationen	135

Sammanfattning

Socialstyrelsens utvärdering syftar till att studera hur covid-19-pandemin påverkat hur den vård som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer har utförts. Det innebär att utvärderingen inte är en totalundersökning över all hälso- och sjukvård och tandvård som fått anstå under covid-19-pandemin. I rapporten redovisas utfallet av ett antal rekommenderade och högt prioriterade åtgärder från 15 nationella riktlinjeområden. Detta ger en bred och sammansatt bild av hur olika vårdåtgärder har påverkats av covid-19-pandemin. De nationella riktlinjerna behandlar i många fall tillstånd som i sig inte är akuta eller livshotande. Många rör kroniska sjukdomar. Den vård som av olika anledningar fått anstå under covid-19-pandemin kan sägas generera ett uppdämt vårdbehov som behöver hanteras inom hälso- och sjukvården och tandvården.

När vården återgår till normalläge är det inte alltid som ett uppskjutet besök/kontroll för en patient med en välbehandlad kronisk sjukdom behöver tas igen. Det kan dock resultera i flera oplanerade kontakter eller eventuella effekter på längre sikt för individer med kroniska sjukdomar. För patienter med lindriga symtom som kan föregå potentiellt allvarliga tillstånd, som stroke och hjärtinfarkt, kan en väntan att uppsöka vård leda till allvarliga effekter, funktionsnedsättningar eller död. Det kan även finnas ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och överlevnad.

Under covid-19-pandemin har färre personer besökt hälso- och sjukvården och tandvården. Detta beror dels på att befolkningen i stort har följt samhällets rekommendationer och åtgärder för att undvika smitta. Vården har även behövt göra andra prioriteringar under covid-19-pandemin och därför ställt in ett stort antal behandlingar. Av de personer som berörs av de rekommenderade åtgärderna från de nationella riktlinjerna som analyserats visar resultaten omkring 200 000 färre kontakter med vården för de tillstånd som riktlinjerna anger 2020 jämfört med 2019 då det var 2 677 000 kontakter med vården. För tandvården visar resultatet att cirka 730 000 färre personer har besökt tandvården och fått en basundersökning 2020 jämfört med 2019 då 4 136 000 personer fick en basundersökning.

Covid-19-pandemin har inneburit att ett stort antal insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna har minskat i Sverige. Flera nationella riktlinjeområden har påverkats av covid-19-pandemin, men det finns också riktlinjeområden där vården inte direkt har påverkats. Resultaten visar dock för flera riktlinjeområden på stora regionala skillnader.

Den övergripande bilden är att påverkan av covid-19-pandemin beror på vilken typ av insats som analyserats. Exempelvis har akuta tillstånd oftast prioriterats och vården har getts i tid och enligt gällande riktlinjer. För insatserna nya besök och uppföljningsbesök är bilden delvis en annan. I vissa områden vad gäller kroniska sjukdomar har nya besök prioriterats framför uppföljningsbesök. Den typ av insatser där påverkan av covid-19-pandemin har varit störst är regelbundna uppföljningar.

Resultat från 15 nationella riktlinjer

Utvärderingen är ett viktigt underlag både nationellt och lokalt, för regioner och kommuner som en del i planering och hantering av det uppdämda vårdbehovet.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen följande för de olika riktlinjeområdena:

- Vården vid *astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)* har påverkats av covid-19-pandemin. Resultaten visar att 26 000 färre personer med astma och KOL har gjort spirometri under 2020 jämfört med 2019. För strukturerade frågeformulär var minskningen 16 700 färre personer med astma och KOL.
- *Demensvårdens* resultat visar ett stort uppdämt behov av basala demensutredningar inom sjukvården och av personcentrerade aktiviteter. Antalet registrerade demensutredningar minskade med en tredjedel år 2020 jämfört med år 2019.
- Vården vid *depression och ångestsyndrom* visar inte några större effekter av covid-19-pandemin avseende de insatser och åtgärder som görs för patienter med diagnos men antalet patienter som har kontakt med vården för psykisk ohälsa har minskat.
- *Diabetesvården* har påverkats av covid-19-pandemin. Resultaten visar att 58 000 färre personer med diabetes har genomfört fotundersökningar under 2020 jämfört med 2019. För ögonbottenundersökning var minskningen 34 000 färre personer med diabetes.
- Vården vid *endometrios* visar att antalet operationer har minskat från 533 till 467 för mätperioden under covid-19-pandemin men att andelen personer som följs upp efter endometrioscirurgi inte har påverkats.
- För patienter med *epilepsi* har covid-19-pandemin marginellt påverkat uppföljningar efter/i samband med epilepsidiagnostik och det gäller såväl barn och ungdomar samt vuxna. Det är dock fortfarande generellt få patienter i alla åldersgrupper som får uppföljning.
- *Hjärtsjukvården* visar att trots covid-19-pandemin och de omfördelningar av resurser inom sjukvården som den medförde fungerade den svenska hjärtsjukvården bra. Detta gäller både akut behandling vid hjärtinfarkt och elektiva behandlingar som klaffingrepp vid aortastenosis. Det har dock varit 1 500 färre personer med hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus under 2020 jämfört med året innan. Orsakerna till ett minskat antal hjärtinfarkter är fortfarande okända. Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt har hittills inte påverkats av covid-19-pandemin.
- För vården vid *missbruk och beroende* har covid-19-pandemin inte haft någon tydlig påverkan. Resultaten är oförändrade över tid. Möjligen kan påverkan ses på sikt.
- Vården vid *multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom* visar på rikets nivå en minskning med 1 700 årliga läkarbesök under 2020. Regelbundna MR-kontroller för personer med MS har minskat marginellt. För Parkinsons sjukdom har resultaten för avancerad behandling inte förändrats på rikets nivå under covid-19-pandemin även om andelen varierar mellan regionerna.

- För den *palliativa vården i livets slutskede* visar resultaten på rikets nivå att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan på munhälsobedömning, smärtskattning och brytpunktsamtal. Det är dock fortfarande en liten andel patienter som får åtgärderna. Mellan regionerna finns stora skillnader.
- *Psoriasisvården* visar en liten minskning 2020 för den allvarligaste formen av psoriasis, både i antalet patienter med 1 300 färre patienter som behandlas för svår psoriasis men också för de patienter som ska följas upp.
- För vården vid *rörelseorganens sjukdomar* visar resultaten för *reumatoid artrit* att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan vad gäller antalet nydiagnostiserade fall eller andelen som får diagnos inom 20 veckor från symtomdebut. Resultaten visar dock en tydlig minskning under 2020 av andelen som följdes upp efter nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel. För vården vid *artros* har patientutbildning och handledd fysisk träning minskat i hela landet medan digitala lösningar har ökat. Antalet påbörjade behandlingar/nya besök till fysioterapeut och uppföljningar av påbörjad behandling har nästan halverats under 2020. För *osteoporosvården* har tid till operation efter höftfraktur inte påverkats av covid-19-pandemin.
- För vården vid *schizofreni* visar resultaten att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan i regionerna och kommunerna när det gäller boendestöd i eget boende, strukturerad bedömning av suicidrisk eller läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning.
- *Strokevården* visar att akut vård och behandling har getts i stort sett i samma utsträckning under 2020 som tidigare år. Den ökande trenden för akuta insatser, såsom reperfusionsterapi samt strokeenhet som första vårdnivå, har dock avstannat under 2020. Tillgång till rehabilitering efter stroke varierar stort i riket, både rehabilitering inom slutenvård och öppen specialiserad vård samt multidisciplinär rehabilitering i hemmet vid tidig utskrivning. Uppföljningsbesök hos läkare efter stroke har minskat under 2020. Antalet fall av stroke som vårdats på sjukhus var som förväntat med hänsyn till en minskande incidenstrend. Däremot visar resultaten en tydlig minskning av antalet fall av stroke som skickats till sjukhus från särskilda boenden. Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvård för stroke har hittills inte påverkats.
- För *tandvården* visar resultatet att antalet basundersökningar har minskat från 4 136 000 till 3 405 000 under covid-19-pandemin. Folk- och privat-tandvården samt specialisttandvården anger att ett uppdämt vårdbehov föreligger, och då främst bland personer 70 år och äldre och i riskgrupper.

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Vårdproduktion och väntetider har påverkats mycket under covid-19-pandemin. Det kan dels bero på att olika moment ställts in från vårdens sida (minskad tillgång – minskad produktion och ökade väntetider). Det kan även bero på att personer – i riskgrupper eller andra – avstått från att söka vård de egentligen var i behov av (minskad ”efterfrågan” – minskad produktion men eventuellt minskade väntetider).

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och tandvården. Detta innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer för stora patientgrupper, många med kroniska sjukdomar. De åtgärder som rekommenderas i dessa riktlinjer är evidensbaserade och prioriterade. Genom att följa utfallet för ett antal av dessa riktlinjer kan vi få en tydlig och sammansatt bild över eventuella undanträngningseffekter som i förlängningen kan innebära ett uppdämt vårdbehov.

Denna rapport presenterar en utvärdering av följsamheten till ett urval indikatorer från 15 nationella riktlinjeområden som kan ha haft en påverkan på uppdämda vårdbehov inom hälso- och vården och tandvården under covid-19-pandemin. Genom att utgå från de nationella riktlinjerna skapar vi en bredare bild än att bara se på t.ex. inställda operationer.

De riktlinjeområden som ingår är astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, epilepsi, endometrios, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke samt tandvård.

Utvärderingens syfte

Syftet med utvärderingen är att bidra till kunskap om och analysera eventuella uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården och tandvården som uppstått som en konsekvens av covid-19-pandemin.

För att få en bred och sammansatt bild av det uppdämda vårdbehovet ser vi på ett urval åtgärder inom de nationella riktlinjerna, som inte bara visar på vårdvolymen i sig utan även på i vilken utsträckning patienter får den rekommenderade åtgärden i rätt omfattning och i rätt tid.

Utvärderingen ger en övergripande bild av dessa områden, och kan även fungera som underlag för framtida rapporter om covid-19-pandemins påverkan. En eventuell fördjupning i de områden som vår utvärdering berör, t.ex. med fokus på socioekonomi, kan sedan göras i efterföljande projekt. Dessa kan vara interna, som t.ex. regeringsuppdraget om uppdämda vårdbehov, eller göras externt av t.ex. sjukvårdshuvudmännen, olika utredningar m.m.

Utvärderingens avgränsningar

Effekterna av alternativa lösningar för vårdkontakter, som bland annat digitala återbesök, utvärderas inte i denna rapport. De nationella riktlinjerna för cancerområdena ingår inte i denna rapport eftersom dessa till stor del har ersatts av nationella vårdprogram som tas fram av Regionala cancercentrum, RCC, och inte längre uppdateras av Socialstyrelsen.

En annan avgränsning är att vi enbart valt ut indikatorer inom de nationella riktlinjeområdena som kan tänkas påverkas av covid-19-pandemin. Indikatorer där data behöver samlas in via enkätutskick till regionerna och i förekommande fall till kommunerna ingår inte heller i urvalet.

Covid-19-pandemin

Hälso- och sjukvården och tandvården har påverkats stort under covid-19-pandemin och regionerna – och i förekommande fall kommunerna – har behövt omprioritera vård till andra delar av hälso- och sjukvården, varvid planerade besök och operationer har behövts skjutas upp. Sedan Folkhälsomyndigheten den 10 mars 2020 bedömde att det förelåg samhällsspridning av covid-19 i Sverige har flera personer avstått från att komma till hälso- och sjukvården och tandvården på grund av smittorisken [1]. Folkhälsomyndigheten gick ut med en rad rekommendationer, bland annat en särskild rekommendation för personer över 70 år samt för vissa riskgrupper, vilket fått till följd att många personer avstått från att besöka hälso- och sjukvården samt tandvården [2]. Socialstyrelsen har identifierat de grupper som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp om de blir sjuka i covid-19 [3]. Eftersom flera av dessa riskgrupper, bland annat hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), stroke och schizofreni, omfattas av de nationella riktlinjerna så ger denna utvärdering en bild av hur den ordinarie vården för dessa grupper påverkats av covid-19-pandemin. Efter sommaren 2020 återgick stora delar av hälso- och sjukvården och tandvården till normal verksamhet och produktion. Under hösten 2020 ökade smittspridningen och vården stod återigen inför stora utmaningar med tilltagande vårdbehov för covid-19-patienter.

➔ Läs mer i kapitlet covid-19-pandemin i regionerna.

Socialstyrelsen följer och rapporterar fortlöpande om utvecklingen av sjukdomen covid-19 och dess effekter för hälso- och sjukvården, tandvården och individen. Myndigheten har bland annat tagit fram flera faktablad och kommer att fortsätta att följa utvecklingen.

Nationella riktlinjer

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning genom rekommendationer och utvärderingar. Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på

frågor där behovet av vägledning är särskilt stort. I uppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att se till att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller brukargrupp. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

I arbetet med nationella riktlinjer tar vi fram indikatorer för att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård. Socialstyrelsen fastställer även nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna kan användas för styrning och ledning samt vid uppföljning och utvärdering.

➔ Läs mer om de nationella riktlinjernas rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar på Socialstyrelsens webbplats.

Intressenter

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men kan även vara till nytta för andra aktörer såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, olika utredningar, allmänheten och medier.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp på Socialstyrelsen. Ett stort antal nationella kvalitetsregister har bidragit med underlag till rapporten. Arbetsgruppen har samverkat med företrädare för kvalitetsregistren. Flera personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Rapportens disposition

Efter inledningen följer ett kapitel om metod som bland annat beskriver de datakällor som använts och andra metodaspekter. Därpå följer ett kapitel om covid-19-pandemins påverkan i regionerna. Därefter följer kapitlet som beskriver de resultat som har framkommit i utvärderingen från respektive riktlinjeområde. Slutligen följer ett kapitel med en avslutande diskussion.

Rapporten omfattar även två bilagor. Bilaga 1 visar projektorganisationen. Bilaga 2 visar en sammanfattande tabell – covid-19-pandemins påverkan på indikatorer i nationella riktlinjer. Bilaga 2 finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Metod

Utgångspunkt har varit att se i vilken utsträckning den vård som rekommenderas i de nationella riktlinjerna har utförts under pandemin. Urvalet av indikatorer har gjorts i syfte att välja sådana som kan visa på eventuella uppdämda vårdbehov som uppstått som en konsekvens av covid-19-pandemin.

Indikatorerna omfattar områdena astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, epilepsi, endometrios, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke samt tandvård.

Socialstyrelsen har använt underlag till indikatorerna från nationella kvalitetsregister och från Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister samt dödsorsaksregistret.

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är obligatorisk och lagstadgad, medan rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig. Regionerna och kommunerna väljer själva om de vill ansluta sig till registren, och dessutom kan personer avböja att deras uppgifter registreras.

Indikatorer

I arbetet med nationella riktlinjer tar myndigheten fram indikatorer för att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna speglar framför allt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även vårdresultat som bedöms vara viktiga att följa över tid.

Indikatorerna kan användas för att följa hur kvaliteten i vården och omsorgen utvecklas.

- ➔ Läs mer om indikatorernas tekniska beskrivning på Socialstyrelsens webbplats.

Datakällor

Socialstyrelsens dödsorsaksregister uppdateras årligen. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns uppgifter om dödsdatum för avlidna fram till och med 2020.

Socialstyrelsens patientregister uppdateras månadsvis och anses ha god täckning tre månader efter aktuellt vårdtillfälle. Registret omfattar inte primärvård eftersom Socialstyrelsen idag saknar lagstöd för att samla in och behandla dessa uppgifter. Vårdgivare slutrapporterar för föregående år senast tre månader efter årets slut.

Socialstyrelsens läkemedelsregister uppdateras varje månad. Läkemedel som ges i den slutna vården, tas ur läkemedelsförråd eller köps utan recept ingår inte i registret.

Socialstyrelsens statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning (SOL-registret) uppdateras årligen. Registret innehåller inte information om personernas diagnoser.

Socialstyrelsens tandhälsoregister uppdateras månadsvis. Registret omfattar inte den avgiftsfria tandvården till barn och unga 0–23 år, käkkirurgi eller tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling.

Nationella kvalitetsregister är nationella i meningen att de ska täcka all vård i riket inom de olika verksamheterna. Täckningsgraden kan dock variera i regionerna och mellan olika register. Normalt sker en cirka 1–2 månaders fördröjning i inrapportering av data till nationella kvalitetsregister, vilket kan ha förlängts under covid-19-pandemin.

Socialstyrelsens register som använts

- Dödsorsaksregistret
- Läkemedelsregistret
- Patientregistret
- SOL-registret
- Tandhälsoregistret

➔ *Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats.*

Nationella kvalitetsregister som använts

- BOA-registret (Bättre omhändertagande av patienter med artros) [4]
- Luftvägsregistret [5]
- Kvalitetsregister ECT [6]
- Nationella diabetesregistret (NDR) [7]
- Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård, Riksstroke [8]
- Rikshöft, det nationella kvalitetsregistret för patienter med höftfraktur [9]
- Svenska demensregistret (SveDem) [10]
- Svenska neuroregister / MS-registret [11]
- Svenska palliativregistret [12]
- Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ) [13]
- Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) [14]
- SWEDEHEART [15] (Svenska registret för hjärtintensivvård, RIKS-HIA; Svenska kvalitetsregistret för koronarangiografi och PCI, SCAAR; Svenska Hjärtkirurgiregistret; Swedish Transcatheter Cardiac Intervention Registry samt SWENTRY (Perkutana klaffregistret))
- Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering – WebRehab Sweden [16]

➔ *Läs mer om kvalitetsregistren på www.kvalitetsregister.se.*

Övriga metodaspekter

Presentation av uppgifter i diagram och tabeller

I utvärderingen redovisas data för riket som helhet. Data för regionerna redovisas när en sådan uppdelning är möjlig och bedöms som relevant. Möjligheten att redovisa data på regionnivå beror på antalet registreringar. Därför redovisas i vissa fall data enbart för riket. Inom några riktlinjeområden redovisas även data för kommunerna på länsnivå. För några nationella riktlinjeområden kommer även data att redovisas per sjukvårdsregion.

För samtliga diagram med regioner och kommuner (län) rangordnas regionerna och kommunerna (länen) utifrån principen att det bästa resultatet finns högst upp och det sämsta längst ner. Vi redovisar tidsserier för åren 2017 till 2020, om möjligt kvartalsvis och uppdelat på kön. Vi har sett på skillnader mellan män och kvinnor och redovisar om det är motiverat. Även ålder redovisas om det är motiverat.

Referensvärden för mätperioden år 2020 utgör i de flesta fall genomsnittet för samma period för åren 2017–2019. För vissa av indikatorerna kan en tydligt ökande eller minskande trend ses från år till år. I dessa fall har värden från 2019 använts som referensvärde.

Åldersstandardisering

Åldersstandardisering görs i de fall där det bedöms vara av betydelse för utfallet, t.ex. för resultatindikatorer och dödlighet.

Statistisk osäkerhet och konfidensintervall

För vissa resultat anges även det statistiska konfidensintervallet. Den statistiska osäkerheten, det vill säga risken att resultatet beror på slumpen, illustreras i aktuella analyser med konfidensintervall. Mindre regioner har jämförelsevis få fall inom olika kategorier, vilket ger en större osäkerhet i resultaten och därmed större konfidensintervall.

På grund av den högre statistiska osäkerheten finns små regioner oftare i toppen eller botten av diagrammen, medan det omvända gäller för de största regionerna.

Covid-19-pandemin i regionerna

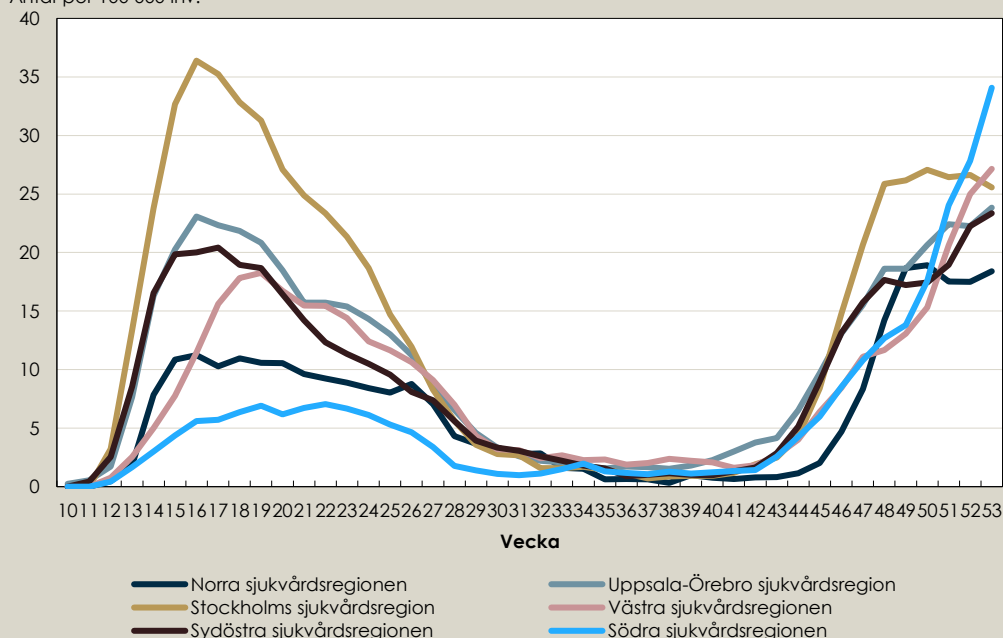
Den 11 mars 2020 klassade WHO covid-19 som en pandemi. Den kraftiga utvecklingen av pandemin i mars ledde till att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen utfärdade rekommendationer för att minska smittspridningen. I Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 16 mars 2020 uppmanades personer som är 70 år och äldre att begränsa sina sociala kontakter till följd av konstaterad samhällssmitta av covid-19 i Sverige [2].

I slutet av mars skrevs de första patienterna med covid-19 in i slutenvården vid landets sjukhus och därefter steg antalet inläggningar brant. I april uppnåddes det högsta antalet inlagda patienter i samband med den första vågen. På ett dygn vårdades cirka 2 400 patienter i slutenvården för covid-19 på svenska sjukhus. Från slutet av april fram till september minskade sedan antalet inskrivna patienter succesivt. Med hänsyn till befolkningsstorlek var Stockholm den sjukvårdsregion som hade högst antal inlagda patienter per 100 000 invånare inom slutenvården under den första vågen. Under den andra vågen var det däremot den södra sjukvårdsregionen som drabbades av den högsta belastningen räknat i antal inlagda patienter per 100 000 invånare (diagram 1).

Diagram 1. Slutenvård covid-19 för sjukvårdsregioner per 100 000 invånare

Utvecklingen veckovis under 2020.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Diagram 2 visar beredskapsläget för regionernas särskilda sjukhusledning (RSSL) och hur det har förändrats till följd av covid-19-pandemin. Under våren 2020 gick majoriteten av regionerna från normalläge till stabsläge och vidare upp till förstärkningsläge för att kunna hantera den tyngre belastningen på hälso- och sjukvården och framför allt intensivvård (IVA) och slutenvård exklusive IVA. När belastningen på hälso- och sjukvården började minska framåt sommaren gick huvuddelen av regionerna tillbaka till stabsläge.

Flera regioner valde att ha en högre beredskapsgrad under sommaren då det fanns farhågor för att ökat resande under semesterperioden skulle leda till ökad smittspridning. Folkhälsomyndigheten tog också fram scenarier som visade på en sådan ökad risk i regioner med stor tillströmning av turister [17]. Dessa farhågor besannades dock inte och efter sommaren återgick de flesta regioner till normalläge.

Socialstyrelsens definitioner av beredskapslägen

- **Stabsläge**

Beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen.

- **Förstärkningsläge**

Beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner.

- **Katastrofläge**

Beredskapsläge som innebär att en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

När den andra vågen i covid-19-pandemin inträffade under senhösten gick regionerna upp i stabsläge och vidare till förstärkningsläge. Det finns ytterligare ett läge att ta till, katastrofläge, men ingen region har hittills ansett det nödvändigt att gå upp till den nivån under covid-19-pandemin.

Beläggningen i slutenvården har varierat kraftigt under året. En jämförelse visar att beläggningen i slutenvården korrelerar väl med beredskapsläget i regionerna (diagram 2). Av diagrammet framgår att belastningen på IVA var tyngre under våren och att det under hösten var fler patienter som vårdats inom vanlig slutenvård. Denna förändring kan förmodligen till viss del förklaras av ökad erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonalen att behandla patienter med covid-19.

Diagram 2. Läge i regional sjukvårdsledning vs vårdbeläggning

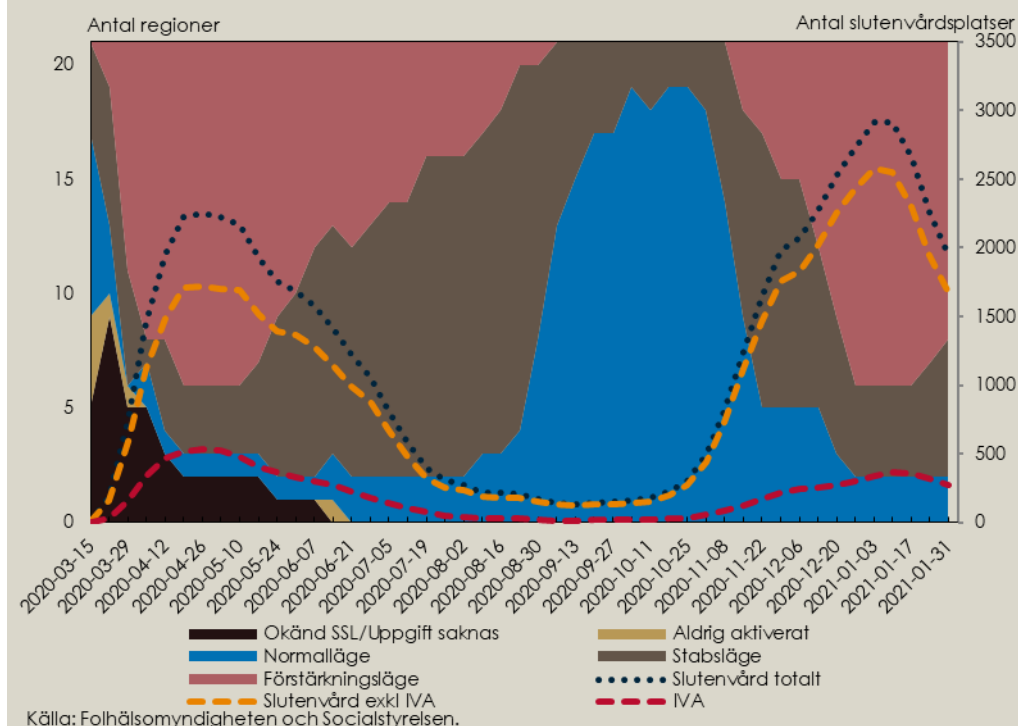


Diagram 2 visar att sambandet mellan beläggning av covid-19-patienter samvarierar tydligt med de olika regionernas beredskapslägen. När antalet patienter i slutenvården stiger går också majoriteten av regionerna upp i förstärkningsläge. Det tydliga sambandet visar även på hur hårt pandemin påverkade sjukvårdssystemen i och med att förstärkningsläge endast är aktuellt när en särskild händelse inte kan hanteras av den vanliga organisationen av hälso- och sjukvård. Värt att notera är att den högsta beredskapsnivån, katastrofläge, inte användes i någon region under 2020.

Som nämnts ovan utfärdade Folkhälsomyndigheten rekommendationer i mitten av mars till personer 70 år och äldre att de skulle begränsa sina sociala kontakter. Socialstyrelsen riktade också särskilda råd och rekommendationer till personal inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. De rekommenderade till exempel att rutinundersökningar och viss planerad tandvård för patienter tillhörande riskgrupper kunde skjutas upp med hänsyn till den stora smittspridningen av covid-19 i samhället [18]. Socialstyrelsens analys av hur första och andra vågen av covid-19 påverkat produktion, köer och väntetider visar att covid-19-pandemin har lett till färre genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården [19].

Socialstyrelsen följer fortlöpande utvecklingen av covid-19-pandemin och dess effekter. Som en del i det arbetet publicerar myndigheten faktablad som beskriver hur hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg påverkas av covid-19-pandemin. Bland annat har myndigheten tagit fram:

- Faktablad som beskriver hur pandemin har påverkat de nationella screeningprogrammen för cancer.
- Faktablad som beskriver hur pandemin påverkat besöken på psykiatriska akutmottagningar.
- Faktablad som beskriver hur covid-19 har påverkat vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt.
- Faktablad som beskriver hur covid-19 påverkat tandvården.

Socialstyrelsen publicerar löpande statistik över utvecklingen till följd av den pågående covid-19-pandemin. Det rör sig bland annat om statistik över antal avlidna, om förekomst av covid-19 bland äldre fördelat på boendeform och bland personer med funktionsnedsättning, samt statistik över slutenvård på grund av covid-19.

- ➔ Läs mer om covid-19-pandemin och Socialstyrelsens faktablad och analyser på Socialstyrelsens webbplats.

Resultat för 15 nationella riktlinjeområden

I detta kapitel presenteras följsamheten till ett antal indikatorer från 15 nationella riktlinjer. Dessa indikatorer har valts utifrån att de kan påvisa en eventuell påverkan på vården under covid-19-pandemin som kan innebära effekter i form av uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården och tandvården.

De riktlinjer som ingår är astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, epilepsi, endometrios, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke samt tandvård. Redovisningen följer i stort samma disposition för vart och ett av de olika riktlinjeområdena:

- Ett inledande avsnitt som beskriver riktlinjeområdet samt de rekommendationer och indikatorer som ingår och motiv till varför indikatorerna är viktiga att mäta utifrån ett covid-19-perspektiv.
- En tabell som redovisar förändringen mellan 2019 och 2020 för de indikatorer som ingår. I de flesta fall finns här både en redovisning av hur många personer som har fått den rekommenderade insatsen och hur många som sökt eller har varit i behov av vården och därmed varit aktuella för insatsen. Detta ger en bild av hur söktrycket förändrats.
- Beskrivning av de indikatorer som ingår i analysen samt resultat och dataunderlag.
- Sammanfattning av effekterna inom riktlinjeområdet.

Vård vid astma och KOL

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två stora folksjukdomar som orsakar betydande sjuklighet och lidande hos en stor del av befolkningen. I Sverige har omkring 800 000 personer astma och 400 000–700 000 personer KOL. Cirka 2 700 personer dör årligen i KOL. Det finns i dag en underdiagnostik av både astma och KOL – särskilt av KOL, vilket innebär att många personer är utan en effektiv behandling med sämre hälsa som följd. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med KOL högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [3]. Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [20]. I redovisningen ingår indikatorerna spirometri och behandling med strukturerade frågeformulär (tabellerna 1 och 2).

Tabell 1. Indikatorer astma och KOL – specialiserad öppen vård

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Spirometri barn och ungdomar med astma	8 570	9 798	4 714 (55,0%)	6 222 (63,5%)
Spirometri vuxna med astma	1 006	1 133	884 (87,8%)	1 020 (90,0%)
Spirometri KOL	1 705	2 372	1 313 (77,0%)	2 002 (84,4%)
ACT barn och ungdomar	8 569	9 796	5 307 (61,9%)	6 376 (65,1%)
ACT vuxna	1 006	1 133	917 (91,1%)	1 030 (90,9%)
CAT KOL	1 706	2 372	1 590 (93,2%)	2 268 (95,6%)

Källa: Luftvägsregistret.

Tabell 2. Indikatorer astma och KOL – primärvård

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Spirometri barn och ungdomar med astma	6 865	10 473	2 396 (34,9%)	3 624 (34,6%)
Spirometri vuxna med astma	46 450	62 137	22 807 (49,1%)	34 797 (56,0%)
Spirometri KOL	28 421	39 298	16 257 (57,2%)	26 723 (68,0%)
ACT barn och ungdomar	6 861	10 468	1 777 (25,9%)	2 345 (22,4%)
ACT vuxna	46 424	62 099	19 034 (41,0%)	26 268 (42,3%)
CAT KOL	28 462	39 310	14 829 (52,1%)	21 896 (55,7%)

Källa: Luftvägsregistret.

➔ Läs mer om indikatorerna för astma och KOL på Socialstyrelsens webbplats.

Spirometri – förutsättning för diagnos och omhändertagande

För att diagnostisera astma och KOL bör vården erbjuda patienterna dynamisk spirometri, vilket är en lungfunktionsmätning. Mätning av lungfunktionen med spirometri är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande vid astma och KOL. Rekommendationerna har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktiga att följa upp [20]. Indikatorerna för astma visar *andelen patienter med astma (barn, ungdomar och vuxna) och med KOL som har genomgått dynamisk spirometri*. Totalt har 26 000 färre patienter som fått åtgärden spirometri rapporterats in till Luftvägsregistret 2020 jämfört med år 2019 (tabellerna 1 och 2) [5,21].

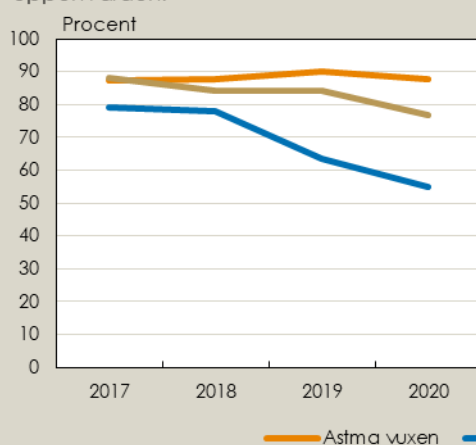
Resultaten visar på en minskning år 2020 jämfört med 2019 för KOL. Minskningen är 11 procentenheter i primärvården och 7 procentenheter i den specialiserade öppenvården. För barn och ungdomar med astma visar resultaten på en minskning med astma med 8,5 procentenheter i den specialiserade öppenvården. I primärvården ses ingen minskning. För vuxna personer med astma ses en minskning med 7 procentenheter i primärvården och med 2 procentenheter i den specialiserade öppenvården (diagram 3).

Socialstyrelsens nationella målnivåer för indikatorerna spirometri är fastställda till ≥ 95 procent [22]. På rikets nivå har varken primärvården eller den specialiserade öppenvården nått de nationella målnivåerna 2020 (diagram 4).

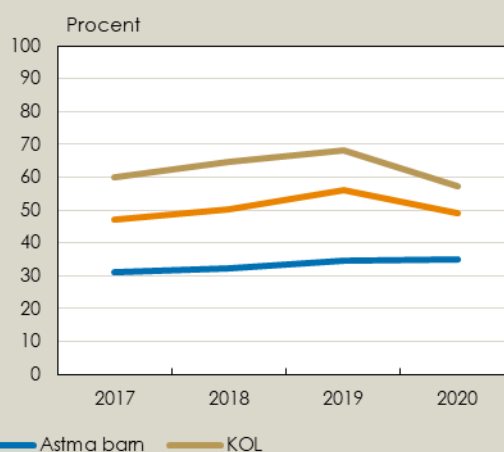
Fördelningen av spirometri mellan kvinnor och män skilde sig med 3 procent både i primärvården och i den specialiserade vården 2020 jämfört med 2019.

Diagram 3. Spirometri vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som har genomgått spirometri vid besök för astma eller KOL i den specialiserade öppenvården.



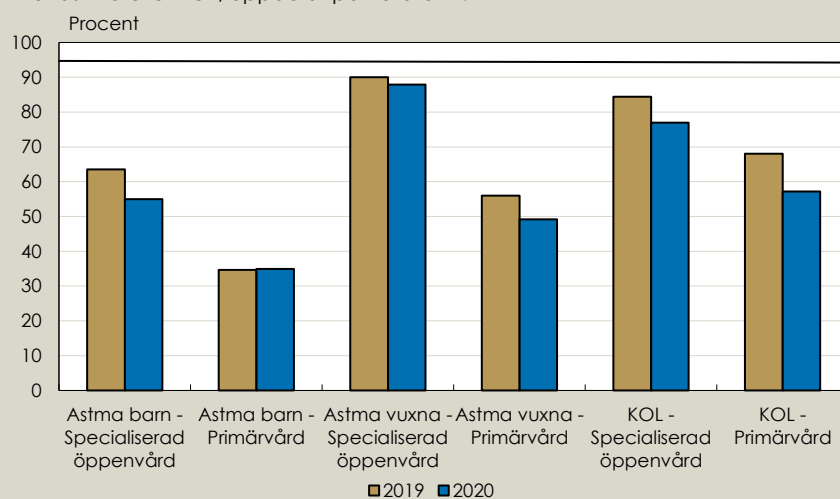
Andel patienter med astma eller KOL som har genomgått spirometri vid besök för astma eller KOL i primärvården.



Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 4. Spirometri vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som har genomgått spirometri vid besök för astma eller KOL, uppdelat på vårdform.



Strukturerade frågeformulär – ACT och CAT

För att kunna optimera behandlingen vid astma eller KOL och för att förebygga framtida försämringsperioder är det viktigt att följa patienters sjukdomsutveckling. Ett viktigt komplement till spirometri är validerade frågeformulär där patienten får skatta bland annat symtom och sjukdomens påverkan på det dagliga livet. Strukturerade frågeformulär kan enligt de nationella riktlinjerna ge både patienten och vårdgivaren en samlad bild över vilka problem som finns, så att det går att sätta upp gemensamma behandlingsmål. Frågeformulären ACT (Asthma Control Test) och CAT (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test) ger relevant information om patientens symtom, vilket kan vara till hjälp för att ge korrekt behandling och för att förebygga försämringar. Rekommendationerna har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktiga att följa upp [20]. Indikatorerna visar *andelen patienter med astma (barn, ungdomar och vuxna) respektive KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med de strukturerade frågeformulären – ACT vid astma och CAT vid KOL.*

Totalt har 16 729 färre patienter som fått åtgärden strukturerade frågeformulär rapporterats in till Luftvägsregistret 2020 jämfört med år 2019 (tabellerna 1 och 2) [5, 21].

Resultaten visar på rikets nivå år 2020 jämfört med 2019 en minskning med 2 procentenheter för KOL i den specialiserade öppenvården och med 4 procentenheter i primärvården. För barn och ungdomar med astma ses en minskning med 3 procentenheter i den specialiserade öppenvården och en ökning med 3,5 procentenheter i primärvården. För vuxna personer med astma ses en minskning med 1 procentenhet i primärvården. I den specialiserade öppenvården ses ingen skillnad mellan 2019 och 2020 (diagram 5).

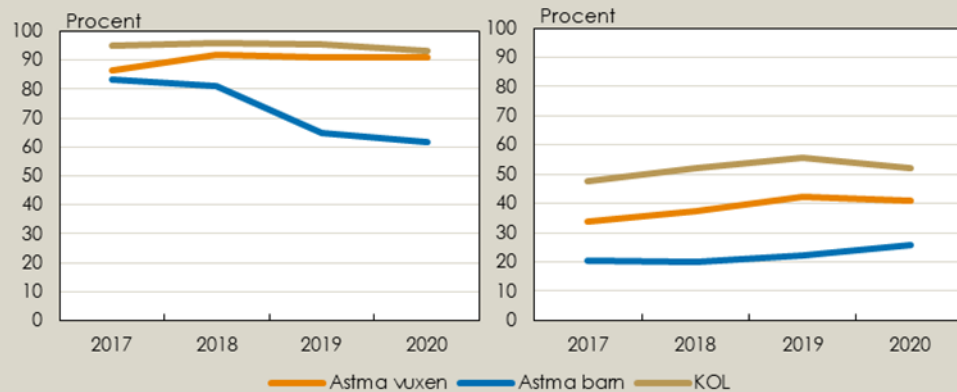
Socialstyrelsens nationella målnivåer för indikatorerna strukturerade frågeformulär (ACT vid astma och CAT vid KOL) är ≥ 95 procent [22]. På rikets nivå har varken primärvården eller den specialiserade öppenvården nått

de nationella målnivåerna 2020 (diagram 6). Fördelningen av strukturerade frågeformulär mellan kvinnor och män skilde sig inte åt 2020 jämfört med 2019.

Diagram 5. Strukturerade frågeformulär ACT och CAT vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med de strukturerade frågeformulären i den specialiserade öppenvården.

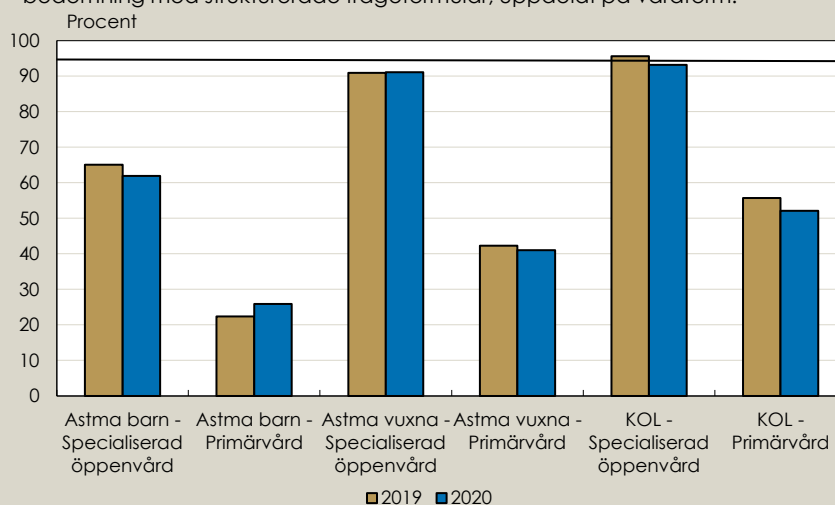
Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med de strukturerade frågeformulären i primärvården.



Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 6. Strukturerade frågeformulär ACT och CAT vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med strukturerade frågeformulär, uppdelat på vårdform.



Källa: Luftvägsregistret.

Sammanfattning astma och KOL

Covid-19-pandemin har haft en negativ påverkan på vården av patienter med astma och KOL. Det är omkring 25 procent färre registreringar av patienter med astma och KOL i Luftvägsregistret 2020 jämfört med 2019. Resultaten visar att en stor andel patienter inte har fått åtgärderna spirometri och strukturerade frågeformulär under 2020. En orsak till detta kan vara att vården har behövt omprioritera resurser och många enheter har utfört digitala uppföljningsbesök. Vårdavdelningar har påverkats eftersom avdelningspersonal har arbetat med den akuta covid-19-vården.

Enligt Luftvägsregistret har inte personer med astma och KOL fått den utredning och uppföljning som förväntas och färre har fått diagnoser på astma och KOL [5,21]. När det gäller spirometri är det sannolikt att skillnaden beror på de covid-19-relaterade riktlinjerna som avråder från spirometriundersökningar. Detta har medfört att flera personer med astma och KOL undvikit att gå på sina kontroller för att på så sätt minska smittorisken.

Vård och omsorg vid demenssjukdom

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt. Kognitiv svikt kan förekomma vid ett antal olika tillstånd och sjukdomar i hjärnan. Det finns över 100 mer eller mindre vanliga sjukdomar, ofta neurologiska, som medför kognitiv påverkan. Vid hög ålder kan den kognitiva förmågan påverkas av andra vanliga sjukdomar. Framför allt kan kombinationen hög ålder och multisjuklighet leda till en påtaglig kognitiv nedsättning. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste den kognitiva svikten vara uttalad och funktionen sänkt från en tidigare högre nivå.

Det finns flera olika typer av demenssjukdomar. Några av de vanligare demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom. Det finns också så kallad blanddemens som innebär att personer har både vaskulär demens och Alzheimers sjukdom. Forskning tyder på att 130 000–150 000 personer har en demenssjukdom i Sverige och att cirka 20 000 insjuknar per år.

Ett urval indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom har analyserats med syfte att se hur insatser genomfördes under covid-19-pandemin [23]. Dessa indikatorer är fullständig basal utredning, diagnos inom 90 dagar, regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården, levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande och tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans (tabell 3).

Tabell 3. Indikatorer demenssjukdom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Fullständig basal utredning	4 649	7 063	4 134 (88,9%)	6 217 (88,0%)
Diagnos inom 90 dagar, specialistvård	1 868	2 988	686 (36,7%)	1 285 (43,0%)
Dagar utredningsstart till diagnos, primärvård*	1 915	2 932	66 dagar (median)**	61 dagar (median)**
Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården	79 533	73 373	38 125 (47,9%)	35 613 (48,5%)
Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande	1 359	1 764	979 (72,0%)	1 293 (73,3%)
Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans	1 359	1 764	1 138 (83,7%)	1 517 (86,0%)

Källa: Svenska Demensregistret (SveDem).

*Ingår inte som indikator i NR demenssjukdom men redovisas inom syftet för denna rapport.

**Utredningsdagar.

➔ Läs mer om indikatorerna för demenssjukdom på Socialstyrelsens webbplats.

Demensutredningar

Diagnostisering av demenssjukdomar sker i två steg: basal demensutredning och utvidgad utredning. Diagnostik av demenssjukdomar grundar sig på en sammanvägning av flera olika faktorer. Syftet med den basala demensutredningen är att ta reda på om personen har en kognitiv svikt samt om denna i så

fall beror på en demenssjukdom eller på någon annan bakomliggande sjukdom. Syftet är också att fastställa vilken form av demenssjukdom som personen har samt vilka funktionsnedsättningar som sjukdomen medför. Utvidgad demensutredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller om det finns komplicerande omständigheter. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [23]. Indikatorn visar *antalet registrerade basala demensutredningar* och *andelen fullständiga basala demensutredningar*.

Resultaten visar att fullständiga utredningar ökade upp till 88 procent år 2019 och 2020 vilket är mycket nära den fastställda målnivån på 90 procent [24] (diagram 7). Däremot har antalet registrerade basala demensutredningar minskat drastiskt mellan år 2019 och 2020 (tabell 3). Minskningen innan år 2020 kan troligen förklaras med att vissa vårdgivare av olika skäl minskade sin registrering i SveDem-registret [10]. Däremot är den drastiska minskningen under 2020 högst troligt en effekt av covid-19-pandemin. Under covid-19-pandemin har personal fått byta arbetsuppgifter för att stödja vården av covid-19-patienter, och vissa patienter ville avvakta med utredning på grund av smittläget. Följden blir ett uppdämt behov av basala demensutredningar kommande år.

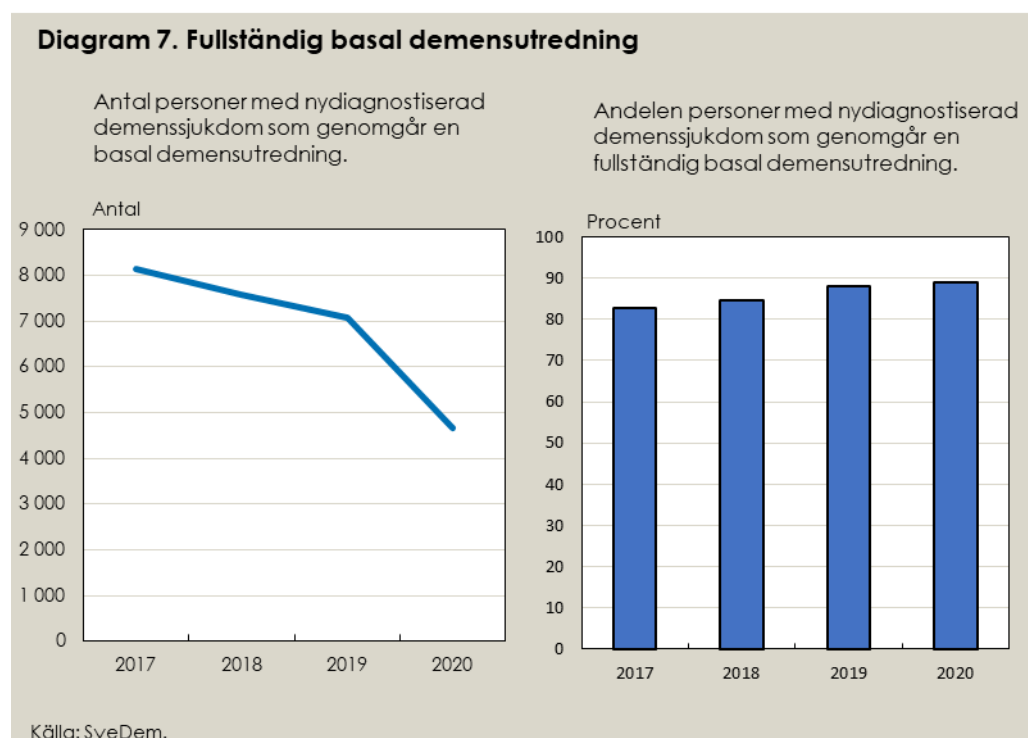
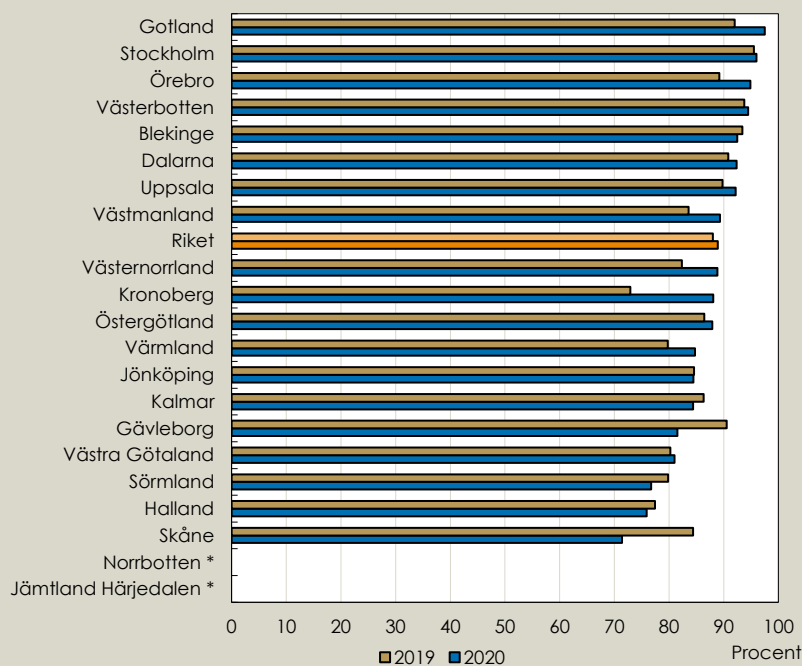


Diagram 8 visar att regionerna genomfört olika stor andel fullständiga basala demensutredningar. Det finns emellertid inte några tydliga tecken på att pandemin orsakat stora regionala skillnader.

Diagram 8. Fullständig basal demensutredning

Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som genomgår en fullständig basal demensutredning.

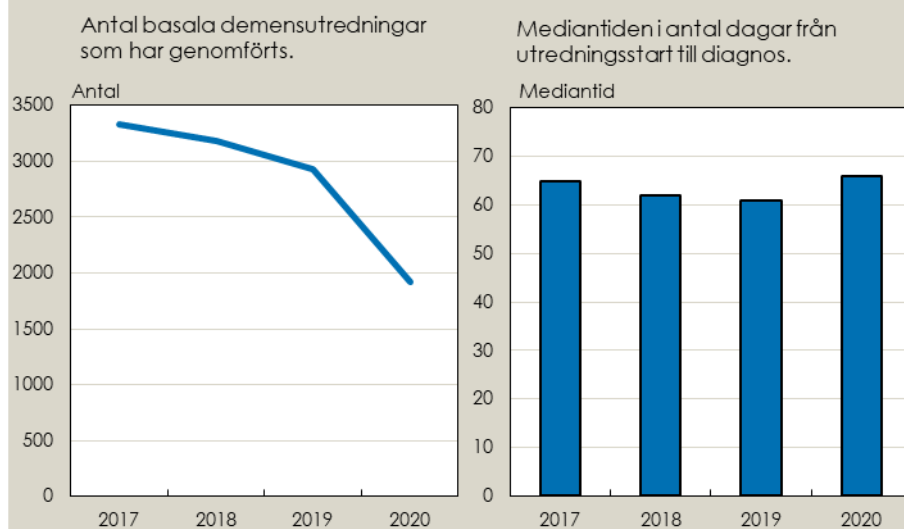


* Färre än 30 registreringar.

Källa: SveDem.

En lång utredningstid innebär ofta en påfrestning för personer med kognitiva problem och för närstående. Resultaten visar på en stor effekt av covid-19-pandemin. Antalet basala utredningar inom primärvården minskade stort under år 2020 och utredningstiden ökade tydligt (diagram 9).

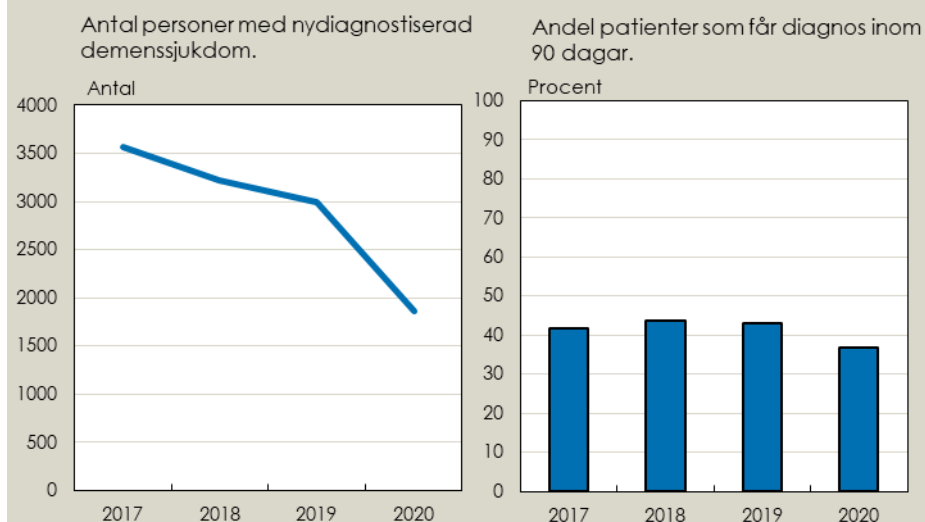
Diagram 9. Basala demensutredningar inom primärvården



Källa: SveDem.

Inom den specialiserade vården påbörjas demensutredningar med en remiss. Indikatorn visar dels *antalet basala demensutredningar inom specialiserad sjukvård*, dels *andelen patienter med demenssjukdom som får en diagnos inom 90 dagar*. Även för utredningstid inom specialiserad vård hade covid-19 en tydlig undanträngningseffekt. Sammantaget utfördes färre basala demensutredningar inom specialistvård under år 2020 och väntetiderna på diagnoser ökade (diagram 10).

Diagram 10. Basala utredningar inom specialiserad vård



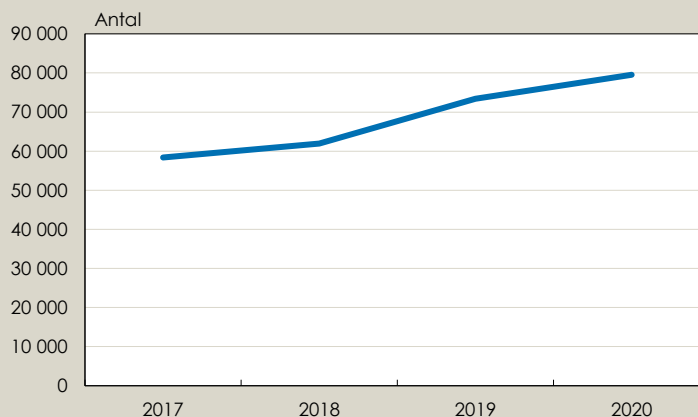
Källa: SveDem.

Uppföljning av personer med demenssjukdom

Enligt de nationella riktlinjerna bör uppföljning ske minst en gång per år för att det ska vara möjligt att snabbt fånga förändringar i personers behov av åtgärder. Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga samt ett samtal med anhöriga eller andra närstående. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [23]. Indikatorn visar *antalet personer med demenssjukdom som borde ha ettårsuppföljning och andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna*. Antalet personer som borde haft uppföljning ökade mellan 2017 och 2020, samtidigt som andelen som fick uppföljning av hälso- och sjukvården låg stabilt på cirka 50 procent (diagram 11 och 12). Det förefaller inte som om uppföljningar har påverkats av covid-19-pandemin, dock ligger andelen långt under den fastställda målnivån på 90 procent.

Diagram 11. Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården

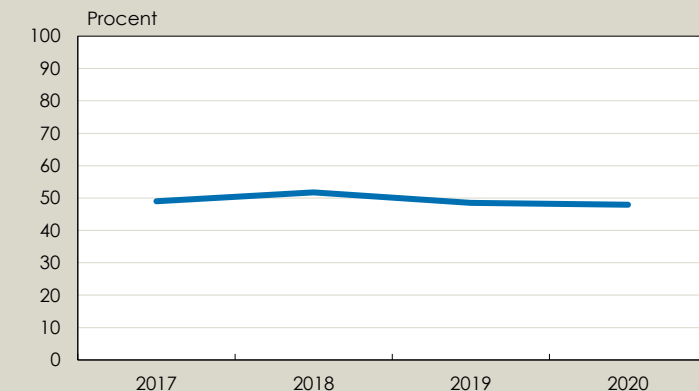
Antal personer med demenssjukdom som borde ha uppföljning av hälso- och sjukvården (ettårsuppföljning).



Källa: SveDem.

Diagram 12. Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården

Andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna (ettårsuppföljning).



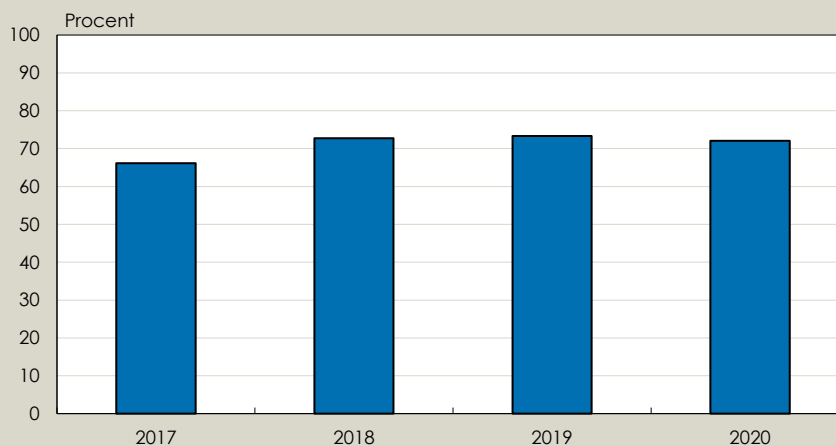
Källa: SveDem.

Levnadsberättelser, personcentrerade aktiviteter och stimulans

En levnadsberättelse är ett skriftligt dokument som beskriver en persons personliga historia, intressen och annan information som kan ligga till grund för en personcentrerad vård och omsorg. En person med demenssjukdom får succesivt svårare att sammanhängande berätta om sitt liv och vad som är viktigt i stort och smått. Därför är det viktigt att så många som möjligt som har en demenssjukdom också har en nedtecknad levnadsberättelse, och Socialstyrelsen har därför fastställt målnivån till ≥ 98 procent. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [23]. Indikatorn visar *andelen personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande*. Resultaten visar på en ökad andel brukare med levnadsberättelser (diagram 13). Ökningen avstannade dock efter år 2018 och är långt ifrån den uppsatta målnivån på ≥ 98 procent. Någon effekt från covid-19-pandemin kan dock inte ses för levnadsberättelser.

Diagram 13. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande

Andel personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande.



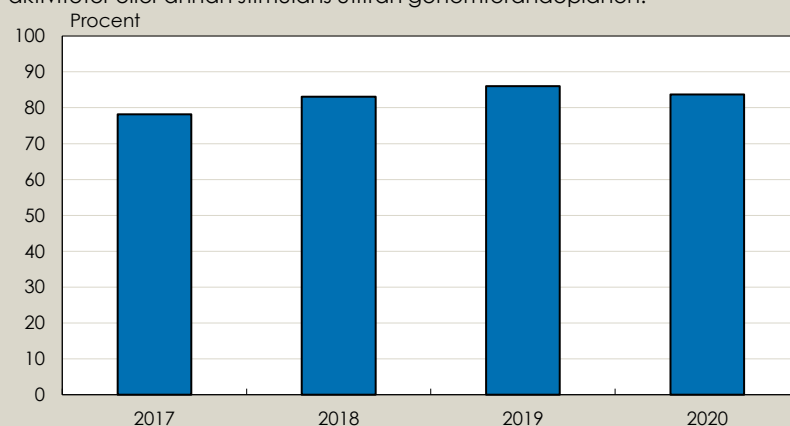
Källa: Swedem.

De funktionsnedsättningar som är förknippade med demenssjukdomar ställer särskilda krav på omsorgspersonal att individanpassa aktiviteter. Det kan till exempel handla om utevistelse, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen. För att säkerställa att personen med demenssjukdom får tillgång till personcentrerade aktiviteter bör dessa vara dokumenterade i genomförandeplanen. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp. Indikatorn visar *andelen personer med demenssjukdom som har erbjudits personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utifrån genomförandeplanen*.

Resultaten för personcentrerade aktiviteter och stimulans visar på en mycket positiv utveckling mellan år 2017 och 2019 som låg i utvecklingsriktningen för att nå den fastställda nationella målnivån på ≥ 98 procent (diagram 14). Tyvärr vek den positiva utvecklingstrenden ned år 2020, vilket troligen beror på covid-19-pandemin. Olika typer av restriktioner innebar att många aktiviteter inte kunde genomföras på samma sätt som tidigare, vilket troligen påverkat resultatet.

Diagram 14. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans

Andelen personer med demenssjukdom som har erbjudits personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utifrån genomförandeplanen.



Källa: SveDem.

■ % helt eller delvis

Sammanfattning demenssjukdom

Resultaten visar att covid-19-pandemin påverkat resultaten av flera indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Det har varit färre basala demensutredningar, väntetiderna för demensdiagnoser ökade och personcentrerade aktiviteter och stimulans inom kommunal omsorg minskade. Det kan finnas flera orsaker till att basala demensutredningar minskade 2020. En orsak kan vara att personer har undvikit att kontakta vården för att på så sätt minska smittorisen. En annan orsak kan vara att vården har behövt omprioritera med anledning av covid-19-pandemin. Bland de effekter av covid-19-pandemin som vi kunnat identifiera i detta avsnitt har vi inte hittat några anmärkningsvärda skillnader mellan män och kvinnor eller mellan åldersgrupper. Flera av dessa konsekvenser av covid-19-pandemin är ingen överraskning givet dess omfattning och karaktär, men likväl har ett stort uppdämt behov av basala demensutredningar inom sjukvården och personcentrerade aktiviteter inom kommunal omsorg uppstått under år 2020.

Registreringsgraden i SveDem varierar vilket medför att uppgifterna om demensutredningar och uppföljning behöver tolkas med försiktighet. Den låga täckningsgraden inom kommunal omsorg innebär att dessa resultat tolkas med särskild försiktighet.

Vård vid depression och ångestsyndrom

Nästan en tredjedel av befolkningen får en depression någon gång i livet, och cirka en fjärdedel får ett ångestsyndrom. Depression och ångestsyndrom är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett svårt lidande. Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande. Obehandlade tillstånd kan även öka risken för suicid [25].

Risken för suicidhandlingar eller suicid är hög vid depression och ångestsyndrom. Risken är dessutom kraftigt ökad om en person har gjort ett tidigare suicidförsök eller exempelvis visar tecken på instabilitet eller tilltagande känsla av hopplöshet. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisken vid vård av personer med depression och ångestsyndrom – både vid diagnostik och under pågående behandling. Vården behöver kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är, och erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede. För detta krävs ett effektivt omhändertagande och en hög tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med olika former av psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel [26].

I patientgruppen som både har svår depression och psykotiska symtom bör i princip alla patienter få elektrokonvulsiv behandling (ECT). Däremot behöver inte alla patienter som vårdas inneliggande för svår depression få denna behandling, utan ibland kan läkemedelsbehandling vara tillräckligt. Olika patientgrupper svarar dessutom olika bra på ECT-behandling, bland annat beroende på ålder där äldre personer svarar bättre på ECT än vad yngre personer gör. Vidare kan det finnas somatiska skäl som gör ECT-behandling olämplig, till exempel om en patient inte har fysiska förutsättningar att klara narkos. Det finns också personer som erbjuds behandlingen, men som tackar nej.

Det finns en oro för att covid-19-pandemin kan leda till en ökad nedsatt psykisk hälsa i befolkningen. Socialstyrelsen följer därför utvecklingen genom de uppgifter som rapporteras in från hälso- och sjukvården till myndighetens nationella register. Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [26]. Dessa indikatorer är läkemedelsbehandling, strukturerad bedömning av suicidrisk och ECT (tabell 4).

Tabell 4. Indikatorer depression och ångestsyndrom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom ¹	2 588	2 574	2 123 (82 %)	2 043 (79,4%)
Läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression ¹	789	713	707 (89,6%)	643 (90,2%)
Läkemedelsbehandling vid egentlig depression ²	32 416	35 398	28 470 (87,8%)	31 143 (88 %)
Bedömning av suicidrisk ¹	10 412	10 052	3 259 (31,3)%	2 830 (28,2%)
Bedömning av suicidrisk ²	60 613	68 693	28 601 (47,2%)	30 783 (44,8%)
ECT behandling	2 550	2 812	987 (38,7%)	988 (35,1%)

¹Avser personer 12-17 år.

²Avser personer >17år.

Källa: Kvalitetsregistret ECT, patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för depression och ångestsyndrom på Socialstyrelsens webbplats.

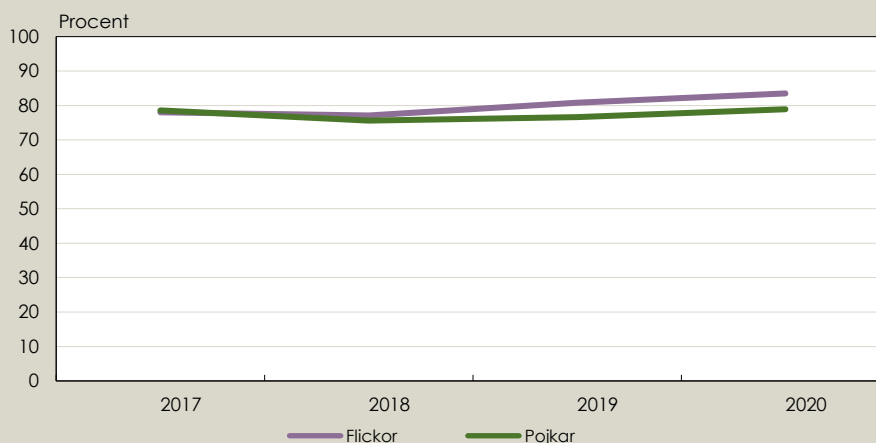
Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom hos ungdomar

Vid de olika ångestsyndromen; generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi och tvångssyndrom, hos barn och ungdomar, ger behandling med antidepressiva läkemedel stor effekt. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [26]. Indikatorn visar *andelen barn och unga med ångestsyndrom som behandlas med antidepressiva läkemedel*. Behandlingen av dessa patienter sker i den specialiserade vården.

Mellan 2019 och 2020, fick något fler av patienterna med ångestdiagnos behandling med antidepressiva läkemedel jämfört med 2019. Ökningen mellan 2019 och 2020 var för flickor tre procentenheter och för pojkar 2 procentenheter (diagram 15). Sett över en treårsperiod är ökningen konstant fram till 2018 för att då plana ut (data ej redovisade). Drygt tre fjärdedelar av ungdomarna med ångestsyndrom behandlade i den specialiserade öppenvården av läkare får läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel. Resultaten för regionerna visar att 7 av 21 har frre andel patienter med ångestsyndrom som behandlas med antidepressiva läkemedel 2020 jämfört med 2019. Det skiljer som mest 17 procentenheter i regionen med störst skillnad. (diagram 16).

Diagram 15. Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom

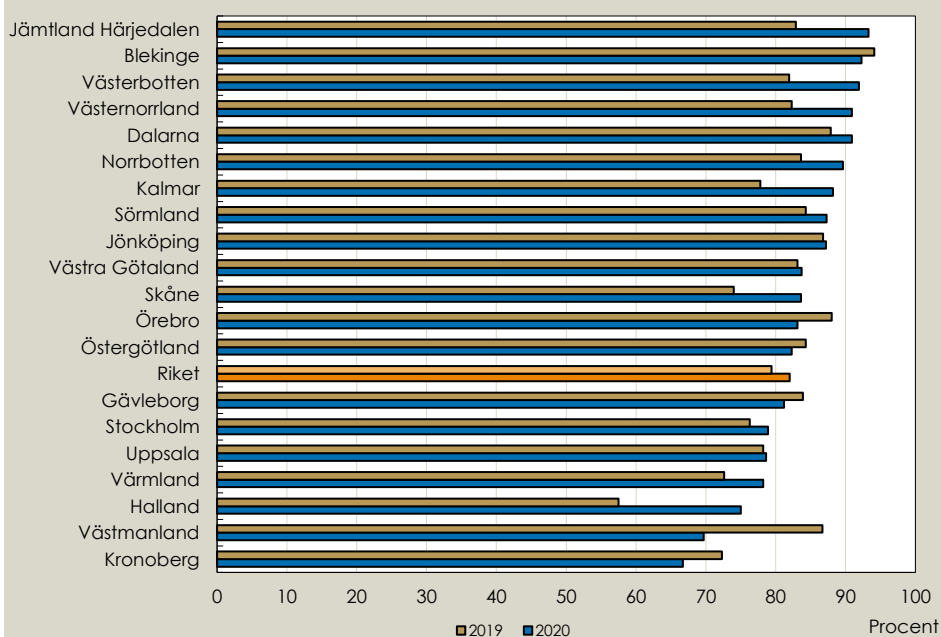
Andelen barn och unga ålder 13-17 år med ångestsyndrom som behandlats med antidepressiva läkemedel, 2017-2020.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 16. Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom

Andelen barn och unga ålder 13-17 år med ångestsyndrom som behandlats med antidepressiva läkemedel, 2019-2020.



*Gotland redovisas inte på grund av för få observationer.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression hos ungdomar

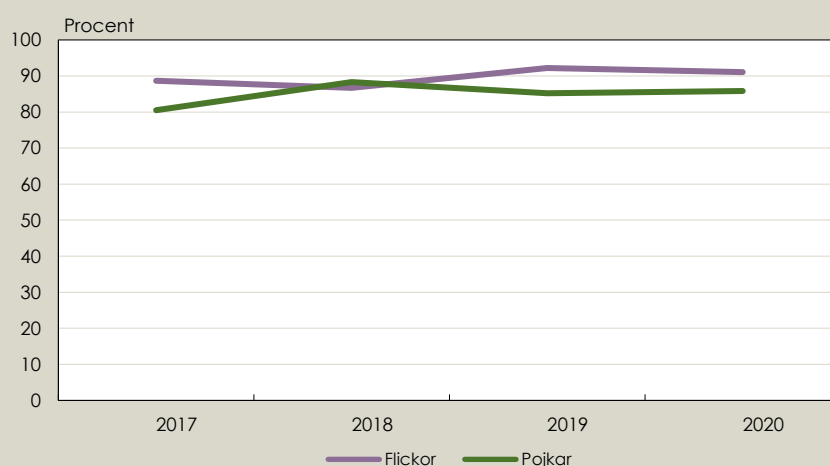
Vid svår egentlig depression kan symtomen vara så svåra att man inte ens bryr sig om grundläggande behov som att äta och dricka. Starka suicidtankar är då vanliga. Dystymi liknar den lindriga egentliga depressionen, men är

mildare. Ibland kallas dystymi för sjukligt svårmod. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp eftersom det är ett allvarligt tillstånd [26]. Indikatorn visar *andelen barn och unga med egentlig svår depression som behandlades med antidepressiva läkemedel*. Behandlingen av dessa patienter sker i den specialiserade vården.

Resultaten visar att behandling med antidepressiva läkemedel vid egentlig svår depression hos unga har legat stabilt över tid. Flickor får behandling i högre utsträckning än pojkar (diagram 17).

Diagram 17. Läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression

Andelen barn och unga ålder 13-17 år med egentlig svår depression som behandlats med antidepressiva läkemedel, 2017-2020.



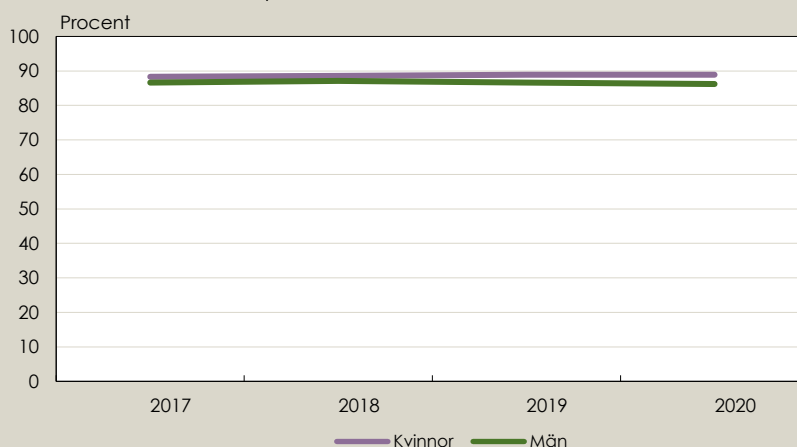
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling vid egentlig depression hos vuxna

Inom den specialiserade psykiatrin är det vanligt att patienter får läkemedelsbehandling mot egentlig depression. Vid lindrig till medelsvår egentlig depression hos vuxna minskar antidepressiv läkemedelsbehandling de samlade symtomen. Vid svår egentlig depression hos vuxna minskar antidepressiv läkemedelsbehandling samlade symtom vid depression. Tillståndet svårighetsgrad är mycket stor och effekten av läkemedelsbehandling är god. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [26]. Indikatorn visar *läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression*. I denna indikator baseras resultaten på egentlig depression oberoende av svårighetsgrad. Andelen patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel vid depression inom den specialiserade vården är oförändrad sedan 2017. Nästan 90 procent av patienter med egentlig depression inom den specialiserade vården får läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel (diagram 18). Variationerna mellan regionerna är små (diagram 19). Ingen skillnad sågs mellan könen avseende läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel vid egentlig depression.

Diagram 18. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression

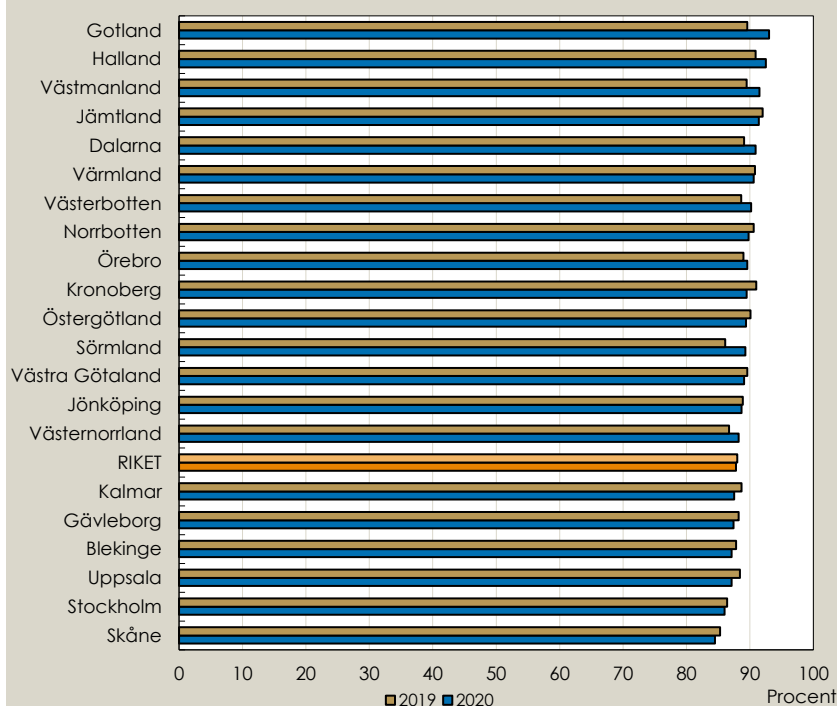
Andel vuxna personer med egentlig depression som får behandling med antidepressiva läkemedel, 2017-2020.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 19. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression

Andel vuxna personer med egentlig depression som får behandling med antidepressiva läkemedel uppdelat på regioner 2019-2020.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

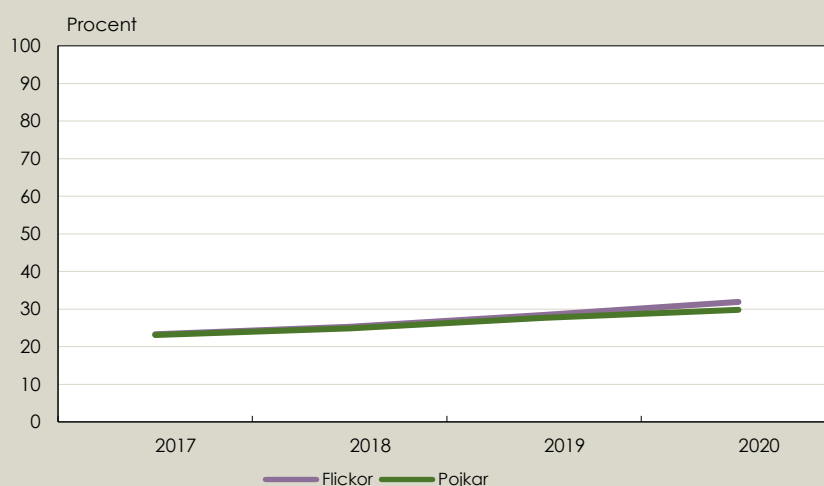
Strukturerad bedömning av suicidrisk

Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare suicidförsök. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [26]. Indikatorn visar *andelen nydiagnostiserade patienter med depression eller ångestsyndrom som får en strukturerad bedömning av suicidrisken*.

Resultaten visar att andelen ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning i samband med diagnostisering har ökat med nästan tre procentenheter per år, från 25 procent 2017 till 31 procent 2020 (diagram 20). Uppdelat på regioner ses för 16 av landets 21 regioner en förbättring 2020 jämfört med 2019 (diagram 21). Det skiljer dock nästan 50 procentenheter mellan den regionen med högsta andel suicidriskbedömningar och den regionen med lägst andel. Det är fortfarande endast två regioner som ligger över 50 procent och ingen region är ännu i närheten av att nå den nationella målnivån på 90 procent för genomförda suicidriskbedömningar [27].

Diagram 20. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

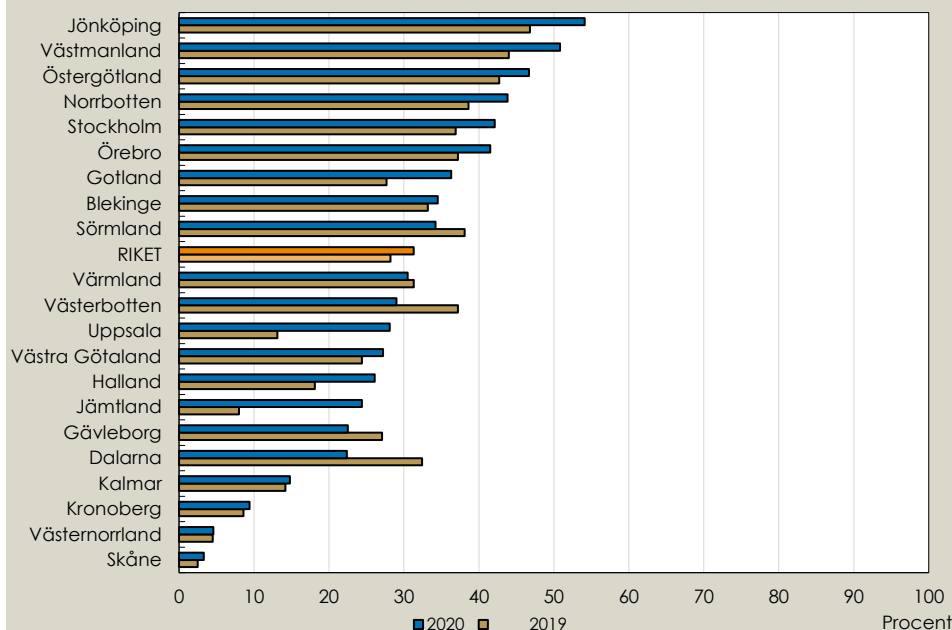
Andelen ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning år 2017-2019.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 21. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Andelen ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning, fördelat på regioner år 2019-2020.

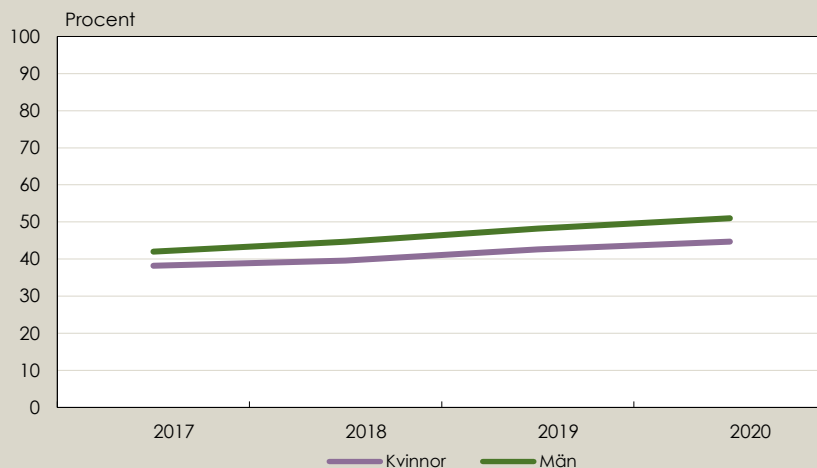


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2017 fick cirka 40 procent av de vuxna patienterna med nydiagnostiserad depression respektive ångestsyndrom en strukturerad bedömning av suicidrisk i samband med diagnostiseringen. 2020 var den andelen nästan 50 procent (diagram 22). Denna ökning om cirka 10 procentenheter har varit jämn med ungefär tre procentenheter per år. Ökningen ser likadan ut i regionerna men andelen genomförda bedömningar varierar stort mellan regionerna. Det är dock oklart huruvida detta huvudsakligen beror på faktiska skillnader eller på olikheter i dokumentationen (diagram 23).

Diagram 22. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

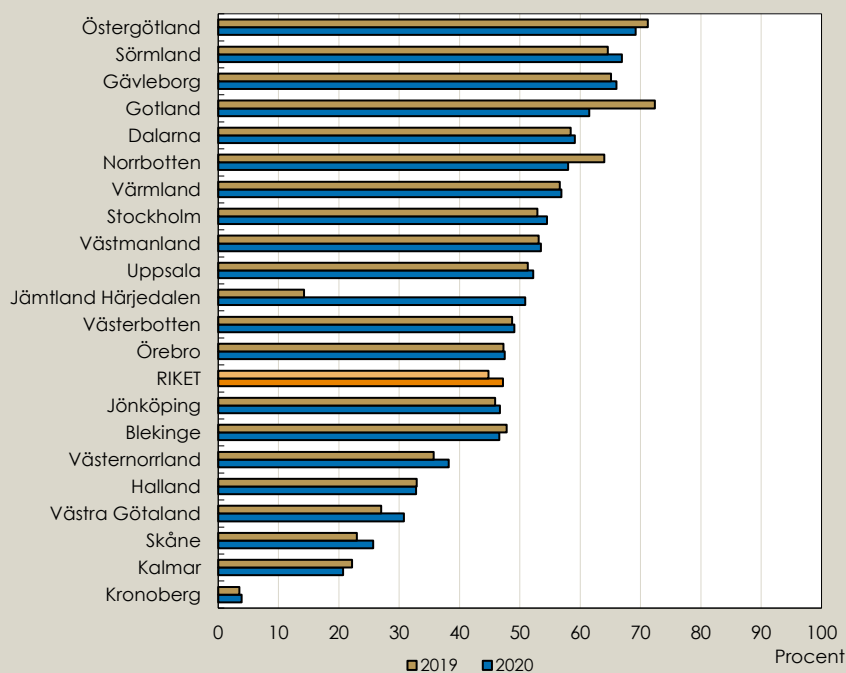
Andelen vuxna personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning år 2017-2019.



Källa: Patientregistret, socialstyrelsen.

Diagram 23. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Andelen vuxna personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning, fördelat på regioner år 2019-2020.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Behandling med ECT vid svår egentlig depression

Vid svår depression kan det vara aktuellt med ECT. Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd. Hur stor andel av patienterna som bör behandlas med ECT varierar beroende på patientsammansättningen [26]. Resultaten visar andelen patienter åldern 18

till 64 år som vårdats inom den slutna vården för svår depression och fått ECT under samma vårdepisod.

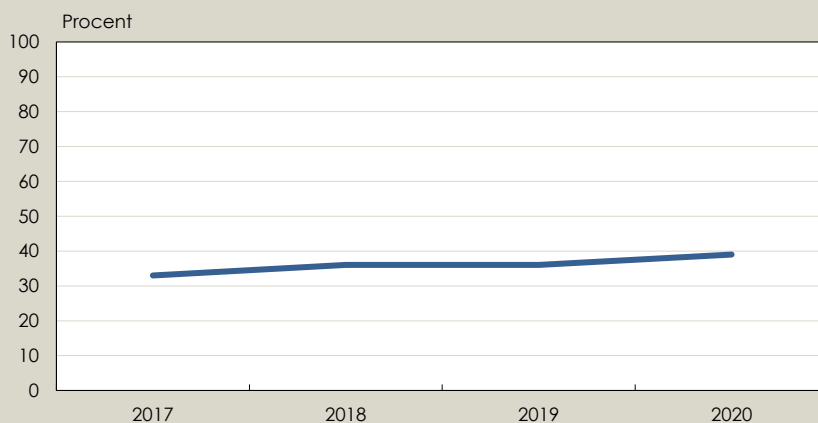
Resultaten visar att andelen patienter som får ECT behandling ökat under covid-19-pandemin jämfört med tidigare år. Mellan 2019 och 2020 ökade andelen patienter som fick ECT med 4 procentenheter (diagram 24). Denna ökning förklaras huvudsakligen av att antalet patienter som vårdats i den slutna vården för allvarlig depression minskade med nästan 10 procent mellan 2019 och 2020. Däremot är antalet genomförda ECT konstant mellan åren.

Resultaten visar att ökningen i de olika regionerna mellan åren 2019 och 2020 var i stort sett lika.

Det finns regionala skillnader mellan hur stor andel patienter som år 2020 fick ECT-behandling – 27 och 68 procent (diagram 25).

Diagram 24. ECT-behandling vid svår depression

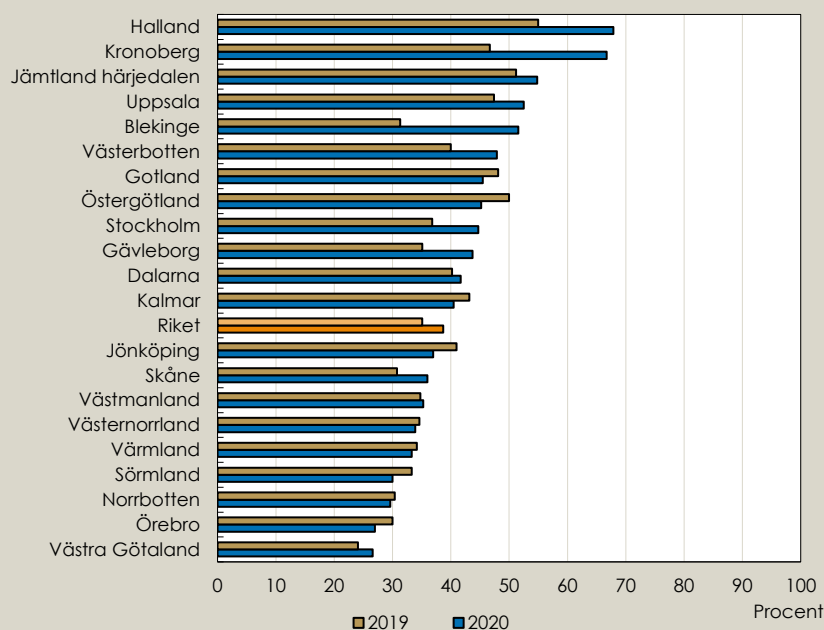
Andel personer 18-64 år behandlade för svår depression inom den slutna vården som får ECT-behandling.



Källa: Kvalitesregistret ECT och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 25. ECT behandling av patienter med svår depression

Andel patienter behandlade i slutenvård för svår depression som fått elektrokonvulsiv behandling 2019–2020.



Källa: Kvalitetsregistret ECT och patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning depression och ångest

Vården av personer med svår depression och ångestsyndrom inom den specialiserade psykiatriska vården tycks inte ha påverkats nämnvärt under covid-19-pandemin avseende de indikatorer som analyserats. Trenderna tyder antingen på att en förbättring över tid hållit i sig även under covid-19-pandemin eller att vården lyckats bibehålla kvaliteten under pandemin för pågående patienter med läkemedelsbehandling.

ECT behandlingen av patienter med svår depression har getts i samma utsträckning under covid-19-pandemin som tidigare. Däremot har antalet patienter aktuella för ECT minskat. Vad detta beror på är svårt att uttala sig om i denna rapport.

Ett minskat antal nya patienter sökt hjälp för psykiatriska tillstånd under covid-19-pandemin. Psykiatrin har varit lika tillgänglig som vanligt, även om de digitala kontakterna och telefonkontakterna ökat och de fysiska mötena minskat [28]. De senaste åren har antalet nya fall av depressioner och ångestsyndrom hos vuxna personer generellt minskat och den trenden har förstärkts under pandemin. Det har funnits indikationer på att äldre över 70 år mått psykiskt sämre under pandemin, men den farhågan får inget stöd i inrapporterade diagnoser – även i den gruppen har antalet nya fall gått ned. Även uttagen av exempelvis antidepressiva läkemedel på recept har minskat, enligt rapporten som bygger på data mellan februari och juni [28].

Vård vid diabetes

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna i världen, som kan orsaka allvarliga följsjukdomar och förtida död. Cirka 5 procent av Sveriges vuxna befolkning har diabetes [29]. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Risken för komplikationer är större ju längre tid man haft sjukdomen, och ju högre blodglukosnivån har legat över tid. Även andra riskfaktorer som högt blodtryck och blodfetter spelar roll. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med diabetes med komplikationer i minst ett organsystem högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [3]. De flesta patienter med typ 1-diabetes kontrolleras och får vård via sjukhusens mediciner eller endokrinkliniker. De flesta patienter med typ 2-diabetes kontrolleras och får vård av primärvården.

En viktig framgångsfaktor för diabetesvården är att patienterna får tillgång till vården i den utsträckning som krävs. Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård har analyserats med syfte att se hur kontroller genomfördes under covid-19-pandemin. Dessa indikatorer är fotundersökning, ögonbottenundersökning och två mått på blodsockerkontroll (HbA1c < 52 mmol/mol (god kontroll) och HbA1c > 70 mmol/mol (hög risk för komplikationer) (tabellerna 5 och 6)).

Tabell 5. Indikatorer typ 1-diabetes¹

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Fotundersökning	44 574	48 530	33 420 (68,5%)	42 108 (81 %)
Ögonbottenundersökning	44 599	47 524	41 515 (85,8%)	44 801 (87,2%)
HbA1c <52	46 175	49 465	12 827 (27,7%)	13 446 (27,2%)
HbA1c >70	46 014	49 465	8 372 (18,2%)	8 985 (18,2%)

¹ Avser personer 18 år och äldre

Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Tabell 6. Indikatorer typ 2-diabetes¹

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Fotundersökning	334 158	366 409	273 653 (74,9%)	323 301 (81,3%)
Ögonbottenundersökning	307 503	335 562	272 824 (74,5%)	303 630 (76,3%)
HbA1c <52	352 961	386 947	197 356 (56 %)	214 300 (55,4%)
HbA1c >70	352 961	386 947	33 016 (9,4 %)	35 568 (9,2 %)

¹ Avser personer 18 år och äldre

Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

➔ Läs mer om indikatorerna för diabetes på Socialstyrelsens webbplats.

Fotundersökning

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem, såsom svårläkta sår, infektioner och fotdeformiteter och risk för amputation. Årlig fotundersökning är därför en viktig intervention. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [29]. Indikatorn visar *andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått enkel fotundersökning*.

Totalt har 49 648 färre patienter med typ 2-diabetes som fått åtgärden fotundersökning rapporterats in till Nationella diabetesregistret (NDR) 2020 jämfört med år 2019 (tabell 6) [7, 30]. Motsvarande siffra för typ 1-diabetes är 8 688 (tabell 5).

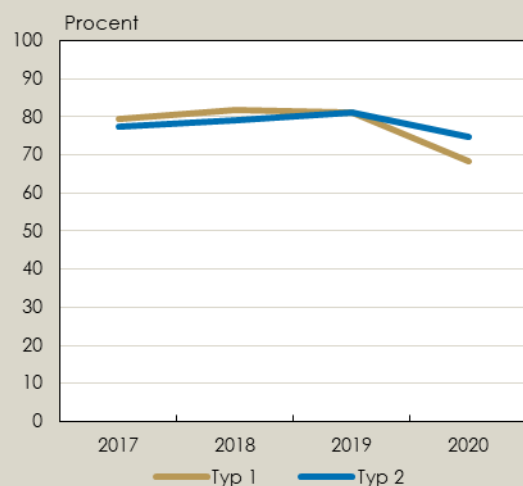
Resultaten visar på en minskning år 2020 jämfört med åren 2017 till 2019 för både för typ 1- och typ 2-diabetes (diagram 26). Fördelningen mellan kvinnor och män såg likadan ut 2020 och 2019.

Samtliga regioner visar att fotundersökningar minskade under 2020 jämfört med 2019. Det finns dock stora variationer mellan regionerna år 2020 – från 90 till 45 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 89 till 64 procent när det gäller typ 2-diabetes (diagram 27 och 28).

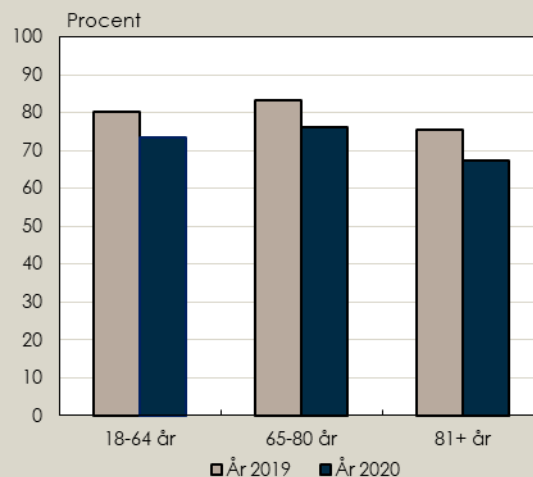
Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn fotundersökning av typ 1-diabetes är ≥ 95 procent och för typ 2-diabetes ≥ 99 procent [31], vilket innebär att ingen region har nått upp till de nationella målnivåerna under år 2020.

Diagram 26. Fotundersökning diabetes

Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning, uppdelat på typ 1- och typ 2-diabetes.



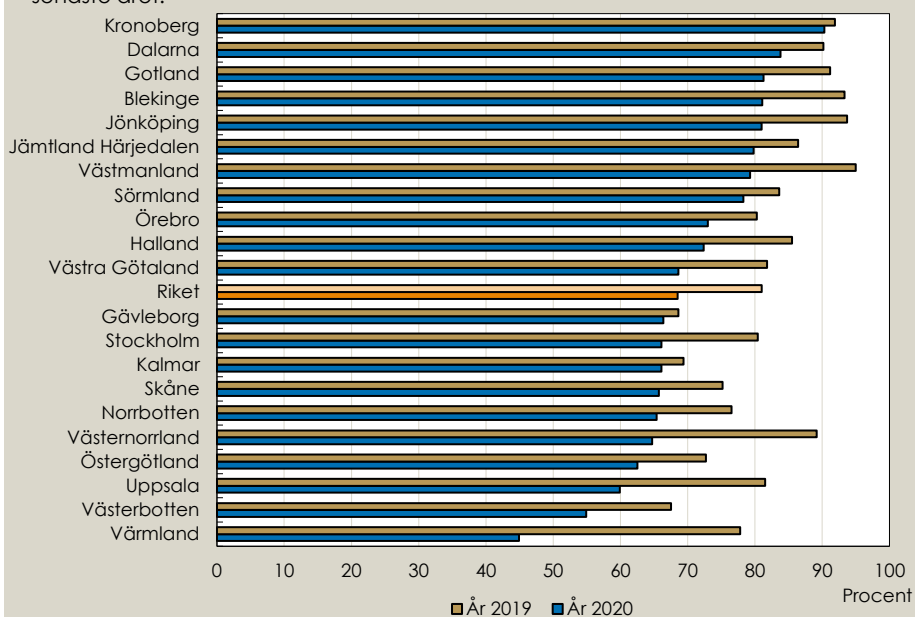
Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året, uppdelat på åldersgrupp.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 27. Fotundersökning typ1-diabetes

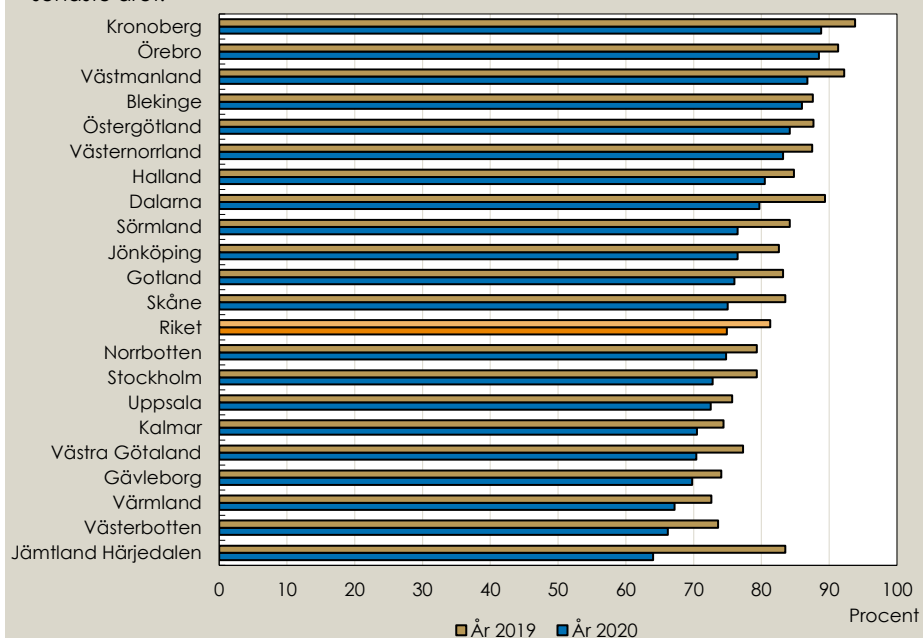
Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 28. Fotundersökning typ 2-diabetes

Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Ögonbottenundersökning

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetessjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinna, så kallad retinopati. Allvarlig och proliferativ retinopati kan vara synhotande. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna som då kan behandlas. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [29]. Indikatorn visar *andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning inom de nationella riktlinjernas angivna tidsintervall* (två år för typ 1-diabetes och tre år för typ 2-diabetes) och här omfattas patienter både med och utan känd retinopati.

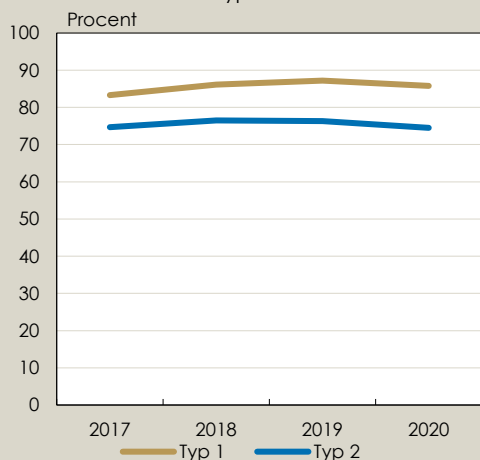
Totalt har 30 806 färre patienter med typ 2-diabetes som fått åtgärden ögonbottenundersökning rapporterats in till Nationella diabetesregistret (NDR) 2020 jämfört med år 2019 (tabell 6) [7,30]. Motsvarande siffra för typ 1-diabetes är 3 286 (tabell 5). I redovisningen ingår samtliga personer med diabetes som genomgått ögonbottenundersökning.

Andelen personer med diabetes, av både typ 1 och typ 2, som gjort en ögonbottenundersökning har ökat årligen mellan 2017 och 2019, men under 2020 har andelen i riket minskat (diagram 29). Fördelningen mellan kvinnor och män såg likadan ut 2020 och 2019.

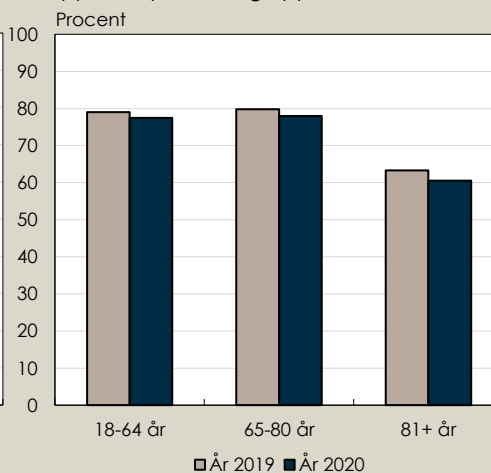
Resultaten visar att det finns regionala skillnader 2020 – från 96 till 75 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 88 till 61 procent när det gäller typ 2-diabetes (diagram 30 och 31). Några regioner visar dock ett bättre resultat 2020 jämfört med 2019. Ingen region har under 2020 nått Socialstyrelsens nationella målnivåer för ögonbottenundersökning vid typ 1-diabetes som är ≥ 98 procent och vid typ 2 diabetes ≥ 96 procent [31].

Diagram 29. Ögonbottenundersökning diabetes

Andel personer med diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren för typ 1-diabetes respektive de senaste tre åren för typ 2-diabetes.



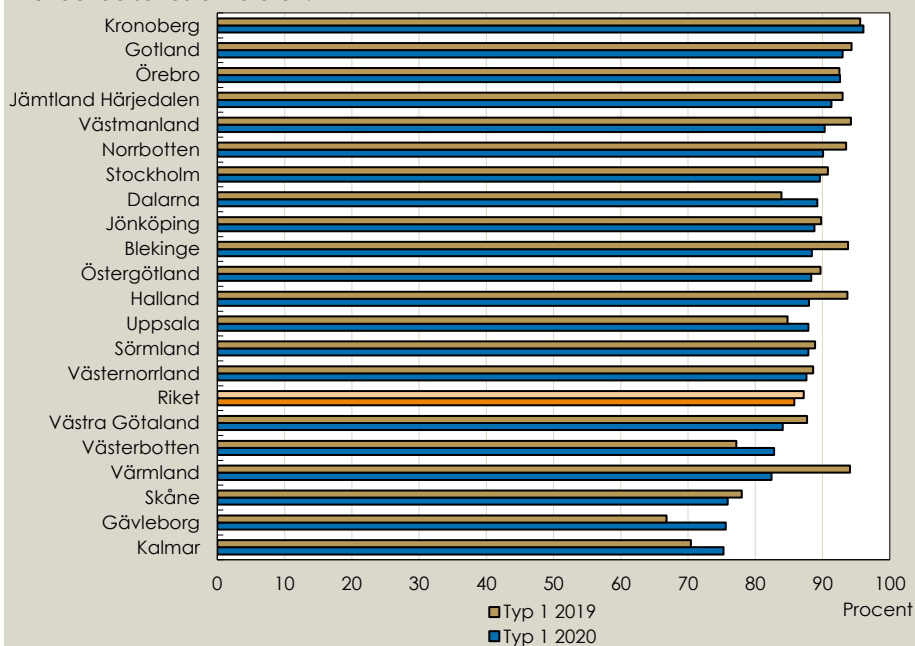
Andel personer med diabetes (både typ 1- och typ 2-diabetes) som genomgått en ögonbottenundersökning det senaste året, uppdelat på åldersgrupp.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 30. Ögonbottenundersökning typ1-diabetes

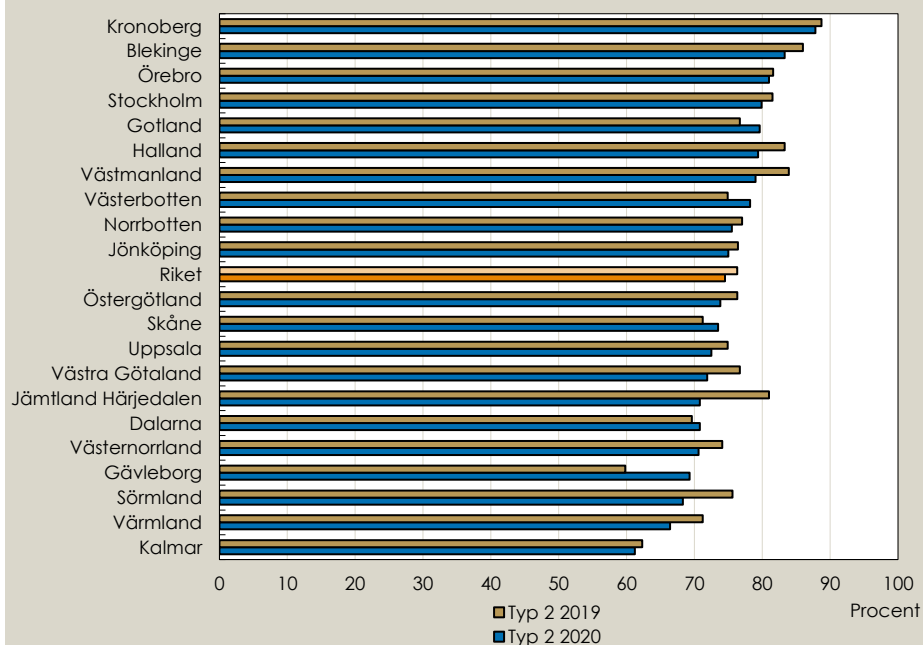
Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 31. Ögonbottenundersökning typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste tre åren.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Två mått på blodsockerkontroll

HbA1c under 52 mmol/mol – god blodsockerkontroll

HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur den blodsockersänkande behandlingen har lyckats. En god kontroll av blodsockernivån är avgörande för att kunna minska risken för komplikationer hos personer med typ 1- och typ 2-diabetes. Ett generellt mått på god blodsockerkontroll är HbA1c under 52 mmol/mol. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [29]. Indikatorn visar andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol.

Totalt har 16 944 färre patienter med typ 2-diabetes och med ett HbA1c-värden under 52 mmol/mol rapporterats in till Nationella diabetesregistret (NDR) 2020 jämfört med år 2019 (tabell 6) [7,30]. Motsvarande siffra för typ 1-diabetes är 619 (tabell 5).

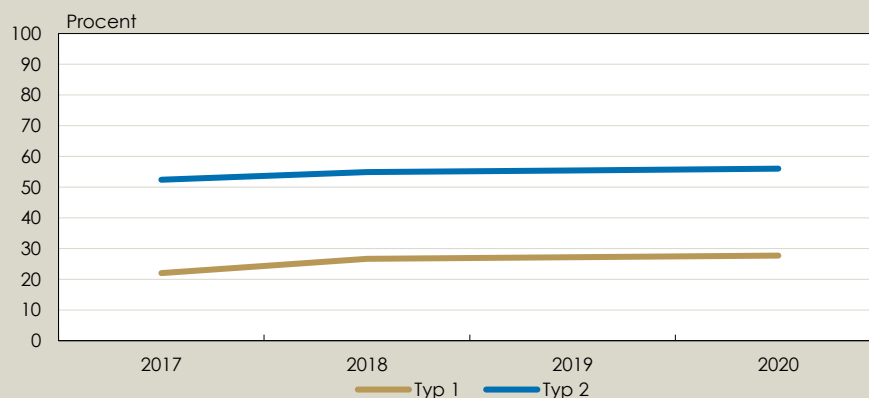
Resultaten visar att andelen patienter med HbA1c under 52 mmol/mol legat relativt stabilt under perioden 2017 till 2020 (diagram 32). Det finns inga skillnader varken när det gäller kön eller mellan åldersgrupper 2020 jämfört med 2019.

I riket finns ingen skillnad mellan år 2020 och 2019. Det finns dock regionala skillnader 2020 – från 33 till 17 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 61 till 48 procent när det gäller typ 2-diabetes.

Under 2020 har 11 av 21 regioner en ökad andel personer med typ 1-diabetes ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol jämfört med 2019. Motsvarande för typ 2-diabetes är 15 av 21 regioner.

Diagram 32. HbA1c under 52 mmol/mol

Andel personer med diabetes som har HbA1c <52, uppdelat på typ 1- och typ 2-diabetes.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

HbA1c över 70 mmol/mol – blodsockerkontroll med hög risk för komplikationer

Otillräcklig glukoskontroll är ett allvarligt hälsotillstånd som medför stor risk för komplikationer för den enskilde. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger stöd till denna patientgrupp. Ett högt HbA1c medför en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. Rekommendationen

har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [29]. Indikatoren visar *andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett rapporterat HbA1c-värde över 70 mmol/mol*.

Totalt har 2 552 färre patienter med typ 2-diabetes och med ett HbA1c-värden över 70 mmol/mol rapporterats in till Nationella diabetesregistret (NDR) 2020 jämfört med år 2019 (tabell 6) [7,30]. Motsvarande siffra för typ 1-diabetes är 613 (tabell 5).

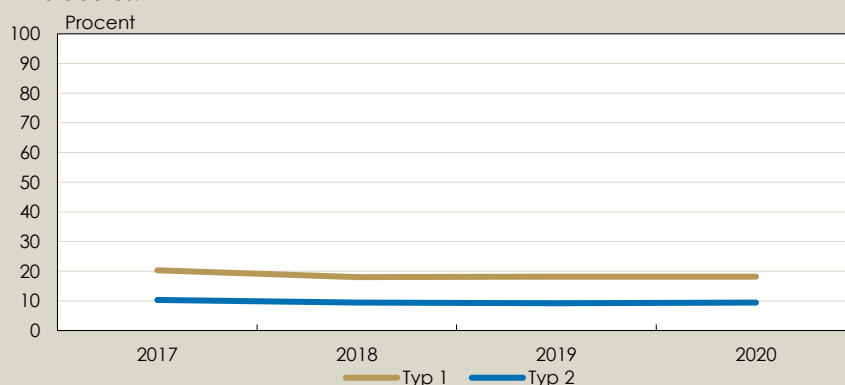
Värdet för andelen patienter med HbA1c >70 mmol/mol är relativt stabilt i riket, både för typ1- och typ 2-diabetes från 2017 till 2020 (diagram 33). Det finns inga skillnader varken när det gäller kön eller mellan åldersgrupper 2020 jämfört med 2019.

Resultaten visar att det finns regionala skillnader 2020 – från 15 till 23 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 6 till 12 procent när det gäller typ 2-diabetes. Några regioner visar ett bättre resultat 2020 jämfört med 2019.

Dessa värden visar att nästan alla regioner når Socialstyrelsens nationella målnivåer för HbA1c för typ 1-diabetes över 70 mmol/mol (<20 procent) och för typ 2-diabetes (<10 procent) [31].

Diagram 33. HbA1c över 70 mmol/mol, typ1- och 2-diabetes

Andel personer med diabetes som har HbA1c >70, uppdelat på typ 1- och typ 2-diabetes.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Sammanfattning diabetes

Betydligt färre personer med diabetes har varit på besök och fått sina kontroller genomförda 2020 jämfört med föregående år. Registreringarna i Nationella diabetesregistret (NDR) visar att färre kontroller av personer med diabetes har genomförts både för patienter med typ 1- och typ 2- diabetes.

En förklaring till detta är att diabetes är en riskfaktor för svårare sjukdom vid covid-19, vilket har medfört att personer med diabetes undvikit att gå på sina kontroller för att på så sätt minska smittorisken. En annan förklaring kan vara att regionerna har behövt anpassa vården till covid-19-pandemin med uppskjutna besök och en ökad andel digitala besök där t ex fotundersökning inte har kunnat genomföras. Diabetesvården rapporterar också att man inte alltid hunnit med att rapportera till NDR och att personal från diabetesmottagningar har fått hjälpa till i covid-19-vården [31].

Resultaten visar att andelen personer med diabetes som genomfört fotundersökningar och ögonbottenundersökningar har minskat under 2020, vilket ger en indikation på att viktiga fotundersökningar och ögonbottenundersökningar vid diabetes har påverkats under covid-19-pandemin.

Diabetesvården ser det som oroväckande att ett så stort antal personer med diabetes inte har genomfört sina årliga kontroller för fotundersökning och ögonbottenundersökning. Fotundersökningar är viktiga eftersom de kan förhindra svårläkta fotsår, långdragna infektioner och amputationer som medför stort lidande och nedsatt livskvalitet. Ögonbottenundersökningar är av stor vikt vid diabetes för att tidigt kunna upptäcka behandlingsbara förändringar i ögonbotten och därmed minska risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten med risk för synpåverkan.

När det gäller kontroll av blodsocker ser värdet stabilt ut, både för HbA1c under 52 mmol/mol och för HbA1c över 70 mmol/mol åren 2017 till 2020. Det gäller både för typ 1-och typ 2-diabetes. Under 2020 är det flera regioner som har en ökad andel personer med ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol jämfört med år 2019, men resultaten visar dock att det finns stora regionala skillnader och uppmärksamhet behöver riktas till alla de som inte varit på ordinarie besök för sin diabeteskontroll under 2020.

Vård vid endometrios

Endometrios drabbar upp till var tionde kvinna i fertil ålder. Det innebär att ungefär 250 000 kvinnor i Sverige har sjukdomen, men alla har inte svåra symtom. Det första tecknet på endometrios är ofta svår mensvärk. Andra symtom kan vara besvär från urinvägarna, smärta vid tarmtömning, djup samlagssmärta eller ofrivillig barnlöshet. Endometrios orsakar lidande under stora delar av mångas liv, och sjukfrånvaron kostar samhället mycket pengar.

Ett stort problem är att de symtom som personer med endometrios söker vård för ofta misstolkas som symtom på andra sjukdomar. Detta leder inte sällan till att utredningarna inte visar några avvikelser. Svår mensvärk går dock oftast att göra något åt med tidigt insatt behandling.

I de nationella riktlinjerna för vård vid endometrios rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda planerad kirurgi (även kallad elektiv vård) till personer med endometrios som har smärta trots optimerad behandling och som har indikation för kirurgi [32]. Cirka tre månader efter det kirurgiska ingreppet ska patienten få en uppföljning inom den specialiserade vården.

Under covid-19-pandemin har regionerna pausat en stor del av den elektiva vården. Eftersom endometrioskirurgi i stor uträkning klassas som elektiv vård har denna paus kunnat påverka både tillgänglighet till operation och möjlighet till adekvat uppföljning efter ingreppet. Indikatorn som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för endometrios har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin (tabell 7).

Tabell 7. Indikator endometrios

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Uppföljning efter endometrioskirurgi	437	533	134 (30,6 %)	167 (30,1 %)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorn för endometrios på Socialstyrelsens webbplats.

Uppföljning i specialiserad vård efter endometrioskirurgi

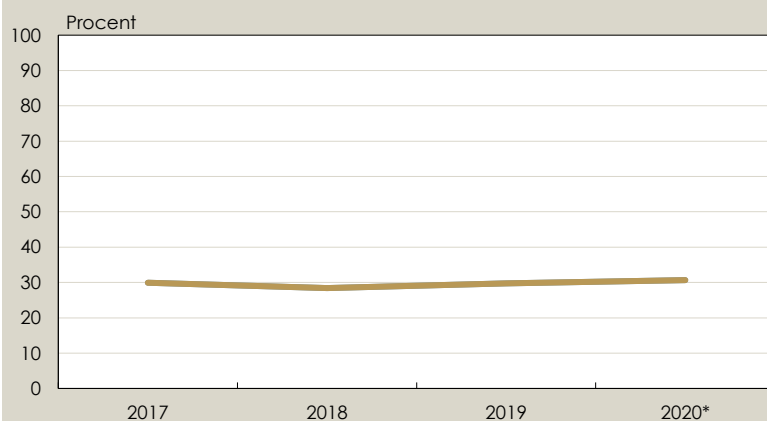
En alltför sen uppföljning av behandlingseffekten efter kirurgi riskerar att leda till en onödigt lång period med en icke-fungerande eller otillräcklig behandling. En alltför tidig uppföljning kan å andra sidan leda till att insatt behandling ännu inte hunnit ge någon effekt och att behandlingen därmed riskerar att felaktigt dömas ut eller leda till olämpliga dosjusteringar. Vid misstänkt eller bekräftad endometrios ger uppföljning av behandlingseffekten cirka tre månader efter kirurgi en ökad trygghet för patienten, samt en bättre möjlighet till optimerad behandling och minskar troligtvis även risken för framtida akuta vårdkontakter. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [32]. Indikatorn visar *andelen av de genomförda endometrioskirurgiska operationer där patienten har följts upp av läkare i öppenvården 2–4 månader efter ingreppet*. Mot bakgrund av att indikatorn kräver uppföljning inom tre månader

är nämnaren i diagram 34 beräknad mellan januari och augusti 2020. För diagram 35 är nämnare och täljare beräknad för januari till augusti alla år. Detta för att patienter skall få möjlighet till uppföljning inom angivet tidsintervall. Data redovisas inte på regionnivå på grund av för låga tal.

Covid-19-pandemin verkar inte ha påverkat resultaten för andelen personer som följts upp efter att de genomgått endometrioskirurgi. Andelen är fortfarande låg; endast omkring 30 procent följs upp enligt de nationella riktlinjerna (diagram 34). Däremot har antalet operationer påverkats av covid-19-pandemin och minskat från 576 operationer till 437 operationer mellan januari till augusti 2019 och 2020 (diagram 35).

Diagram 34. Uppföljning efter endometrioskirurgi

Andel personer som genomgått endometrioskirurgi med uppföljning inom den specialiserade vården 2017–2020.

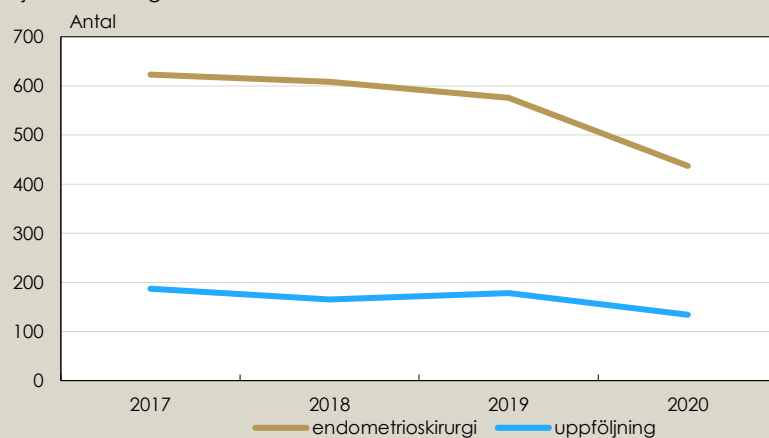


* januari till augusti.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 35. Antal personer som genomgått endometrioskirurgi och uppföljning

Antal personer som genomgått endometrioskirurgi samt haft uppföljningsbesök inom 3 månader i den specialiserade vården, januari till augusti 2017–2020.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning endometrios

Endometrioskirurgi och uppföljningar efter endometrioskirurgi har under covid-19-pandemin minskat med 32 respektive 33 procent mellan 2019 och 2020. Eftersom både de kirurgiska ingreppen och uppföljningarna minskat i samma takt har det inte påverkat indikatorn. Det är fortfarande cirka 30 procent som får uppföljning efter operation enligt de tidsintervall som anges i de nationella riktlinjerna. Att endometrioskirurgi minskat är med stor sannolikhet beroende av att detta till stor del kan räknas som elektiv vård som regionerna under covid-19-pandemin blivit tvungna att minska för att klara covid-19 vården.

Vård vid epilepsi

Epilepsi drabbar årligen omkring 5 500 personer och är den vanligaste allvarliga neurologiska sjukdomen. För att kunna ställa rätt diagnos behöver flera faktorer vägas samman, bland annat anamnes, beskrivning av anfall och neuroradiologisk och neurofysiologisk undersökning. I Sverige finns omkring 81 000 personer med diagnosen epilepsi.

Epilepsi kan debutera när som helst i livet. Risken att insjukna är högst i tidig barndom och sent i livet. Tillståndet kan innebära en livslång sjukdom. Epilepsi kan påverka livets alla aspekter, som utbildning, yrkesarbete, rätt till körkort och försäkring, familjebildning, social samvaro och psykiskt välmående. Vid epilepsi är läkemedelsbehandling förstahandsvalet. Läkemedelsbehandlingen är symtomatisk, det vill säga att det är symtomet ”epilepsianfall” och inte grundorsaken till anfällen som behandlas. För en god behandling krävs kontinuerliga uppföljningar. När patienter fått sin diagnos är det viktigt att dessa patienter följs upp för att kontrollera behandlingen samt andra psykosociala och pedagogiska insatser.

Det är av flera skäl viktigt att personer med epilepsi får tidig, individanpassad information om sjukdomen och de behandlingsinsatser som kan ges efter epilepsidiagnos. Dessutom är diagnostiken ofta svår och kan behöva omprövas. Detsamma gäller val av insatt läkemedel.

Indikatorerna för uppföljning som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid epilepsi har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [33] (tabell 8). Dessa uppföljningar sker i den öppna specialiserade vården. Det finns risk för att denna typ av vård har påverkats resursmässigt under covid-19-pandemin. Det finns även en risk att patienter inte genomfört denna uppföljning av rädsla för att bli smittade.

Tabell 8. Indikatorer epilepsi

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Andel uppföljda vuxna nydiagnostiserade med epilepsi	1 914*	4 143	717* (37 %)	1 609 (39 %)
Andel uppföljda barn och ungdomar nydiagnostiserade med epilepsi	1 189**	1 582	604** (51 %)	826 (52 %)

*Data för 2020 redovisas fram till juli 2020.

**Data för 2020 redovisas fram till oktober 2020.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för epilepsi på Socialstyrelsens webbplats.

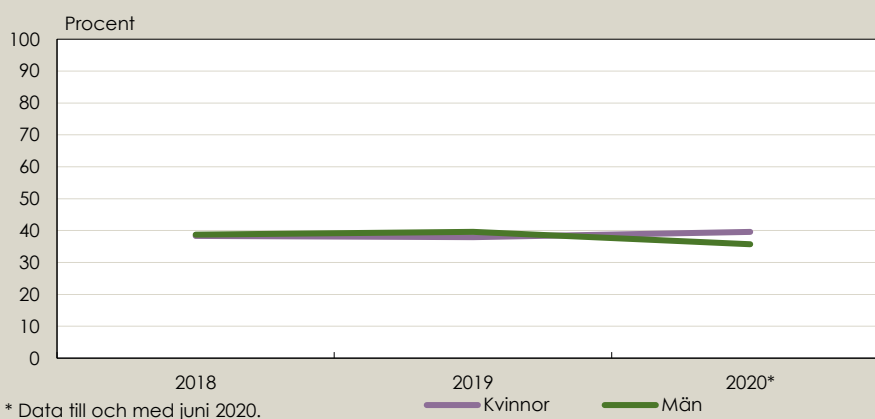
Läkarbesök inom 6 månader från första epilepsidiagnos hos vuxna

Vuxna patienter med ny epilepsidiagnos bör erbjudas uppföljning av läkare inom sex månader efter diagnos. Ett uppföljningsbesök hos läkare innebär

genomgång av påbörjad behandling, möjlighet att ta upp frågor om patientens livssituation och förutsättningarna för korrekt behandling samt ger individen en ökad trygghet. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [33]. Indikatorn visar *andelen vuxna män och kvinnor som följts upp inom specialiserad vård av läkare upp inom 6 månader efter epilepsidiagnos*. Resultaten visar på det stora hela att patienter fått uppföljning i samma utsträckning som tidigare år. Andelen män som fått uppföljning under 2020 har minskat med sex procentenheter jämfört med 2019 (diagram 36). På grund av för få individer kan vi inte göra analyser på regionnivå.

Diagram 36. Uppföljning efter epilepsidiagnos

Andel vuxna män och kvinnor som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 6 månader efter epilepsidiagnos.



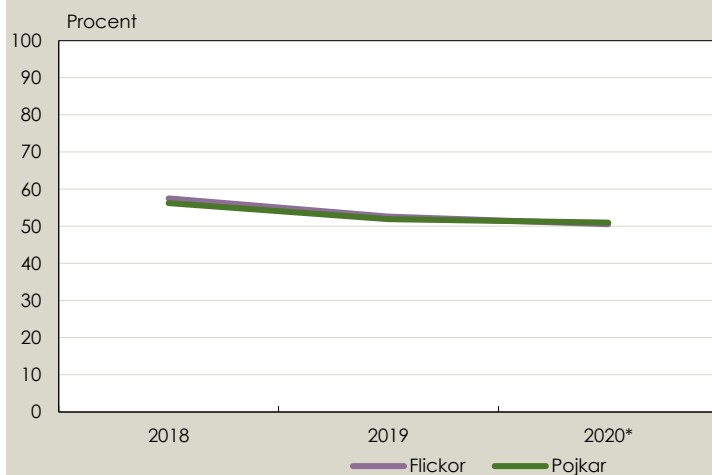
Läkarbesök inom tre månader från första epilepsidiagnos hos barn och ungdomar

Barn och ungdomar med ny epilepsidiagnos bör erbjudas uppföljning av läkare inom tre månader efter diagnos. För unga med epilepsi är den första tiden efter diagnos ofta omtumlande och patienterna och deras anhöriga har ett stort behov av få svar på frågor om sjukdomen och dess behandling. Det är därför viktigt att patienter får uppföljande besök hos läkare inom tre månader efter sin epilepsidiagnos. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [33]. Indikatorn visar *andelen barn och ungdomar som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 3 månader efter epilepsidiagnos*.

Resultaten visar att andelen uppföljningar inom tre månader efter epilepsidiagnos endast skiljer sig med två procentenheter mellan 2019 och 2020. Det finns inga skillnader mellan könen i analyserna (diagram 37). På grund av för få individer kan vi inte göra analyser på regionnivå.

Diagram 37. Uppföljning efter epilepsidiagnos

Andel barn och ungdomar som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 3 månader efter epilepsidiagnos.



* Data till och med september 2020.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning epilepsi

Resultaten indikerar att covid-19-pandemin inte verkar ha påverkat uppföljningar efter epilepsidiagnostik, vare sig hos barn och ungdomar eller vuxna. Det är fortfarande en relativt liten andel patienter i alla åldersgrupper som får uppföljning enligt de nationella riktlinjernas rekommendationer. Patienter som får sin diagnos verkar också följas upp i samma utsträckning som tiden före covid-19-pandemin. Möjligen kan det vara så att färre patienter fick en diagnos 2020, men det har inte analyserats inom detta område eftersom data endast har redovisats för de första sex månaderna för vuxna och för de första nio månaderna för barn och ungdomar.

Hjärtsjukvård

Hjärt-kärlsjukdom är den mest utbredda sjukdomsgruppen i Sverige, den vanligaste dödsorsaken och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med hjärt-kärlsjukdom högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [3]. Akut hjärtinfarkt, som drabbar cirka 25 000 personer varje år i Sverige, är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna. Vi har därför valt att huvudsakligen fokusera på hjärtinfarkterna inom detta riktlinjeområde. Covid-19-pandemin har i flera länder orsakat drastiska förändringar av resursfördelningen som påverkat tillgängligheten och kapaciteten inom hälso- och sjukvården. En minskning av sjukhusinläggningar vid akut stroke och hjärtinfarkt samt uppskjutna elektiva operationer har rapporterats tidigt under covid-19-pandemin från flera länder [34].

Socialstyrelsen publicerade under hösten 2020 ett faktablad med bland annat statistik över antalet hjärtinfarkter under de första pandemimånaderna [35]. Antalet fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus och som rapporterats in till nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister har minskat under första halvåret 2020 jämfört med samma period året innan. Minskningen var mer uppenbar hos personer 70 år och äldre, och motsvarade för månaderna mars – juni cirka 18 procent. Emellertid har både akut behandling vid hjärtinfarkt och elektiv behandling vid aortastenotus getts i samma utsträckning som tidigare år [35].

Urvalet indikatorer som analyseras i denna rapport för att se hur dessa åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin är de indikatorer som redovisades i tidigare faktablad. Indikatorerna ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård [36]. Från området kranskärlsjukdom redovisas indikatorerna *reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt* och *reperfusion inom målsatt tid*. Från området klaffsjukdom redovisas indikatorn *Väntetid till klaffkirurgi*. I redovisningen ingår även det totala antalet fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus och dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt (tabellerna 9, 10 och 11).

Tabell 9. Indikatorer hjärtsjukvård – kranskärlsjukdom

Indikator		Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
		2020	2019	2020	2019
Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	< 80 år	3 852	4 014	3 530 (91,6%)	3 686 (91,8%)
	≥ 80 år	973	1 093	725 (74,5 %)	821 (75,1%)
Reperfusion inom målsatt tid	< 80 år	3 530	3 686	2 835 (80,3)	2 915 (79,1 %)
	≥ 80 år	725	821	509 (70,2 %)	597 (72,7 %)

Källa: RIKS-HIA (SWEDEHEART).

Tabell 10. Indikatorer hjärtsjukvård – dödlighet

Indikator		Antal som insjuknat i hjärtinfarkt		Antal och andel avlidna	
		2020	2019	2020	2019
Dödlighet efter hjärtinfarkt, 28 dagar*	Totalt	21 288	24 759	4 815 (22 %)	5 843 (22,5 %)
	Sjukhusvårdade	15 865	18 026	1 509 (9,6 %)	1 546 (8,4 %)
Dödlighet vid ST-höjningsinfarkt, 28 dagar**		5 408	5 760	478 (8,8 %)	482 (8,4 %)

* Gäller förstagångsinfarkt. Åldersjusterade värden. AMI populationen från år 2019 (förstagångsinfarkt) användes för ålderstandardiseringen. Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen.

** Gäller personer som sjukhusvårdats för ST-höjningsinfarkt; Ojusterade värden. Källa: RIKS-HIA(SWEDEHEART).

Tabell 11. Indikator hjärtsjukvård – klaffsjukdom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Väntetid till klaffkirurgi för aortastenosis	1704	1725	1237 (73 %)	1191 (69 %)

Källa: RIKS-HIA (SWEDEHEART).

➔ Läs mer om indikatorerna för hjärtsjukvård på Socialstyrelsens webbplats.

Akut hjärtinfarkt

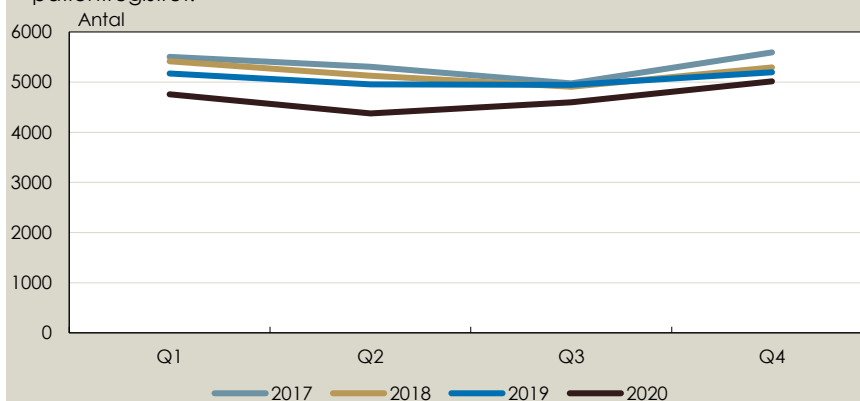
Antalet fall av hjärtinfarkt

I tidigare faktablad har Socialstyrelsen rapporterat en minskning av antalet fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus under första halvåret 2020 jämfört med 2019 [35]. Enligt Socialstyrelsens officiella statistik minskar incidensen av hjärtinfarkt för varje år, dock var minskningen större än förväntat. I patientregistret år 2020 registrerades 18 740 sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt som inträffat hos personer 18 år och äldre jämfört med 20 266 fall året innan; en minskning med 8 procent. Minskningen var mest uppenbar under andra kvartalet, då den var 12 procent (diagram 38). Under sommaren och hösten 2020 steg antalet hjärtinfarkter igen till tidigare nivåer (diagram 38). Fördelningen av antalet fall av hjärtinfarkt mellan könen skilde sig inte år 2020 jämfört med tidigare år.

Personer med hjärtinfarkt vårdas i första hand på specialiserad hjärtavdelning med integrerade hjärtintensivplatser (HIA). Dessa registreras i det svenska registret för hjärtintensivvård (RIKS-HIA). En del personer med hjärtinfarkt vårdas på annan medicinsk vårdavdelning och en ytterst liten andel på sedvanlig IVA-avdelning. År 2020 registrerades nära 15 700 hjärtinfarkter i RIKS-HIA, jämfört med drygt 17 000 året innan [37]. Minskningen av antalet hjärtinfarkter i RIKS-HIA var på samma nivå som i patientregistret.

Diagram 38. Antal fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus

Totalt antal sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt (I21, I22) som registrerats i patientregistret.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

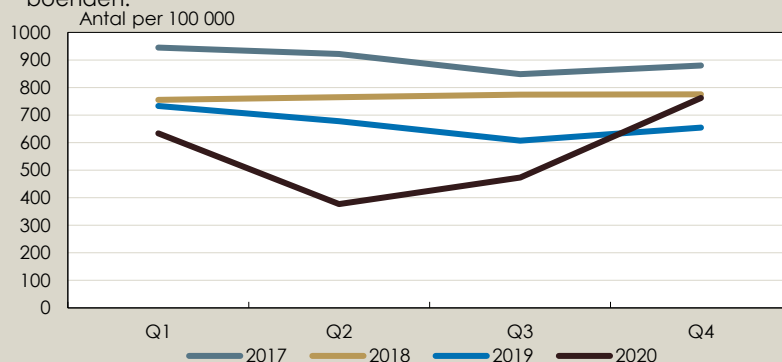
Antalet fall av hjärtinfarkt som skickats till sjukhus från särskilda boenden

Ett stort antal upplysningar har under våren 2020 rört äldreomsorg med kopplingar till covid-19-pandemin. Inspektionen av vård och omsorg (IVO) har under våren 2020 genomfört en tillsyn vad gäller smittspridning inom äldreomsorg under pandemin som bekräftade att det har varit stora utmaningar för äldreboenden (SÄBO), hemtjänst och LSS-boenden för vuxna att begränsa smittspridning [38]. IVO genomför just nu en tillsyn som riktar sig mot regioner och privata verksamheter med ansvar för läkarinsatser vid särskilda boenden för äldre. IVO konstaterar allvarliga brister hos regionerna vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under covid-19-pandemin [39].

Enligt Socialstyrelsens patientregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SOL-registret) har antalet fall av hjärtinfarkt som skickas in till sjukhus från särskilda boenden minskat för varje år från 2017 till 2020 (diagram 39). År 2020 minskade antalet mer markant under andra kvartalet, jämfört både med första kvartalet 2020 och andra kvartalet året innan. Uppräknat per 100 000 levnadsår i särskilda boenden, det vill säga justerat för ett potentiell högre antal dödsfall under 2020, var minskningen i antalet hjärtinfarkter på särskilda boenden under andra kvartalet 2020 cirka 44 procent, jämfört med samma kvartal året innan (diagram 39).

Diagram 39. Antal sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt inom särskilda boenden

Totalt antal sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt (I21, I22) som inträffat hos personer inom särskilda boenden per 100 000 levnadsår i särskilda boenden.



Källa: Patientregistret och SOL-registret, Socialstyrelsen.

I tidigare avsnitt presenterades data för det totala antalet fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus, vilket också minskat år 2020 jämfört med året innan särskilt i det andra kvartalet (diagram 38). Minskningen i antalet fall av hjärtinfarkt som skickats in akut från särskilda boenden under de första pandemi-månaderna är mer markant, samtidigt är den nedgående trenden av antalet hjärtinfarkter i särskilda boenden skarpare under de senaste fyra åren, jämfört med minskningen i det totala antalet sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt. Icke desto mindre och med hänsyn till IVO:s pågående tillsyn gällande medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden under pandemin behöver även läkarbedömningar på särskilda boenden vid misstänkt hjärtinfarkt redovisas för att kunna tolka resultaten.

Akut behandling vid hjärtinfarkt

En hjärtinfarkt beror oftast på att en blodpropp har bildats som helt eller delvis har täppt igen hjärtats kranskärl och orsakar syrebrist i en del av hjärtat. Kardiologerna skiljer på hjärtinfarkt med ST-höjning på EKG och hjärtinfarkt utan ST-höjning. Varje år drabbas cirka 25 000 personer av hjärtinfarkt, varav cirka trettio procent är ST-höjningsinfarkter. En hjärtinfarkt med ST-höjning är allvarligare i det akuta skedet och varje minut är viktig när det gäller att återställa blodflödet i kärlet, så kallad reperfusionsbehandling. I första hand rekommenderas en så kallad ballongvidgning eller PCI (perkutan koronar intervention), där kärlen vidgas så att blodet kan passera som det ska. Om PCI-behandling inte finns tillgänglig inom rimlig tid kan en propplösande behandling med läkemedel (trombolys) ges istället.

Behandlingens resultat beror bland annat på hur snabbt efter symtomdebut den ges och oavsett typ av reperfusionsbehandling är tid till behandling en av de viktigaste faktorerna för behandlingens resultat. Som kvalitetsmål har satts 90 minuter från första EKG till start av primär PCI, motsvarande för trombolys är 30 minuter.

Två indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård redovisas med syfte att se hur akut behandling med reperfusion utfördes under covid-19-pandemin: reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt och reperfusion inom målsatt tid.

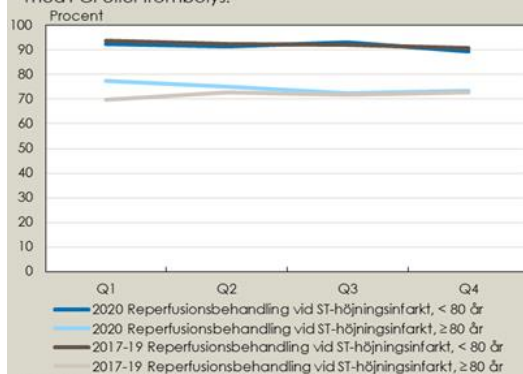
Indikatorn *reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt* visar andelen personer med ST-höjningsinfarkt som fått akut reperfusionsbehandling med antingen PCI eller trombolys. ST-höjningsinfarkten ska vara verifierad med EKG. Personer 80 år och äldre behandlas i mindre utsträckning än personer under 80 år och den nationella målnivån för indikatorn är ≥ 70 procent för personer 80 år och äldre respektive ≥ 85 procent för den yngre åldersgruppen.

Andelen som fick reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt under 2020 skilde sig inte från genomsnittet för de tre senaste åren (tabell 9, diagram 40). Andelen som fick behandlingen under 2020 var 91,6 procent bland personer under 80 år, och 74,5 procent bland personer 80 år och äldre. Båda andelarna var över den nationella målnivån för respektive åldersgrupp. Tabell 9 visar att det totala antalet personer med ST-höjningsinfarkt som var aktuella för behandlingen har under 2020 minskat med cirka 6 procent jämfört med året innan. För åldersgruppen 80 år och äldre var minskningen 11 procent (tabell 9). I båda åldersgrupperna är andelen män som får reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt något högre än för kvinnor. År 2020 var skillnaden mellan könen cirka 4 procentenheter för personer under 80 år och 3 procentenheter för 80 år och äldre.

Andelen som fått reperfusion inom målsatt tid, dvs. behandling med PCI inom 90 minuter eller trombolys inom 30 minuter skilde sig inte heller från tidigare år (tabell 9, diagram 41). Under 2020 var andelen reperfusionsbehandlade inom målsatt tid 80,3 procent för personer under 80 år och 70,2 procent för personer 80 år och äldre. Båda andelarna ligger under den nationella målnivån, som är ≥ 90 procent reperfusionsbehandlade inom målsatt tid oavsett ålder. I båda åldersgrupperna är andelen män som får reperfusion inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt något högre än för kvinnor. År 2020 var skillnaden cirka 4 procentenheter, samma som året innan. För personer 80 år och äldre var det lika stor andel män som kvinnor som fått behandlingen under 2020. Andelen kvinnor har varit stabil på 70 procent för båda åren, medan andelen män har minskat med 4 procentenheter 2020 jämfört med 2019.

Diagram 40. Reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning

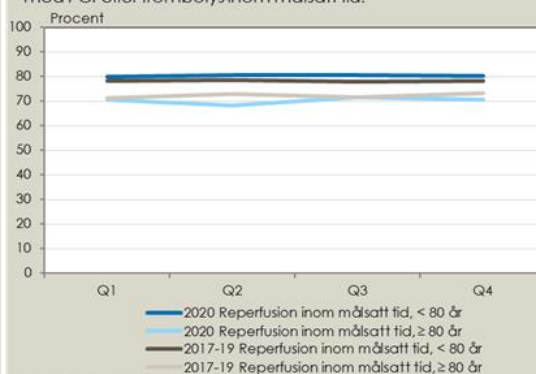
Andel personer med ST-höjningsinfarkt som fått behandling med PCI eller trombolys.



Källa: RIKS-HIA (SWEDEHEART).

Diagram 41. Reperfusion inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt

Andel personer med ST-höjningsinfarkt som fått behandling med PCI eller trombolys inom målsatt tid.

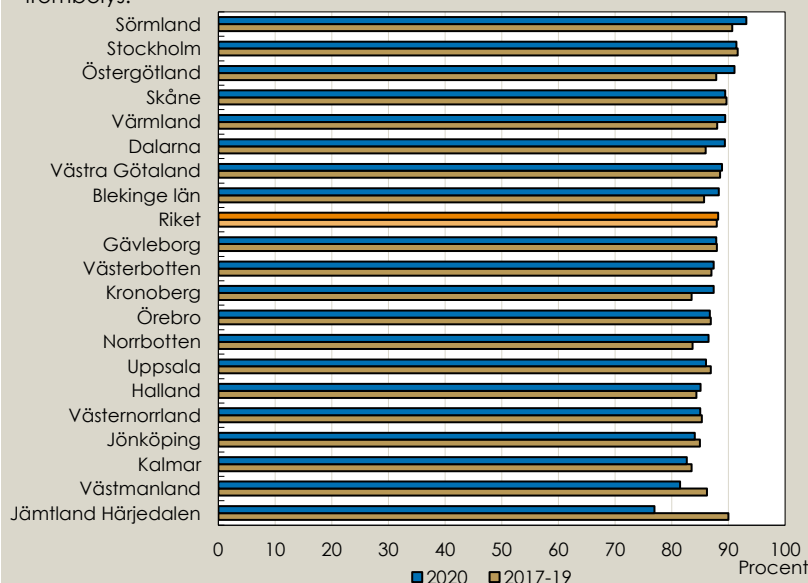


Källa: RIKS-HIA (SWEDEHEART).

Andelen med ST-höjningsinfarkt som år 2020 fick reperusionsbehandling har varierat på regionnivå från 77 till 95 procent. I de allra flesta regioner var reperusionsnivån lika hög under 2020 jämfört med genomsnittet från de tre tidigare åren (diagram 42). Samma gäller för andelen som fick reperfusion inom målsatt tid, som i de flesta regioner har varit på samma nivå som tidigare åren (diagram 43). Andelen reperusionsbehandlade inom målsatt tid varierade mellan 56 till 93 procent i de olika regionerna. För denna indikator är antalet observationer för mätperioden relativt få och variationen inom en och samma region större från år till år, varför det inte är möjligt att bedöma om en skillnad i storleksordningen 5 procentenheter innebär en faktisk skillnad.

Diagram 42. Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Andel personer med ST-höjningsinfarkt som fått behandling med PCI eller trombolys.

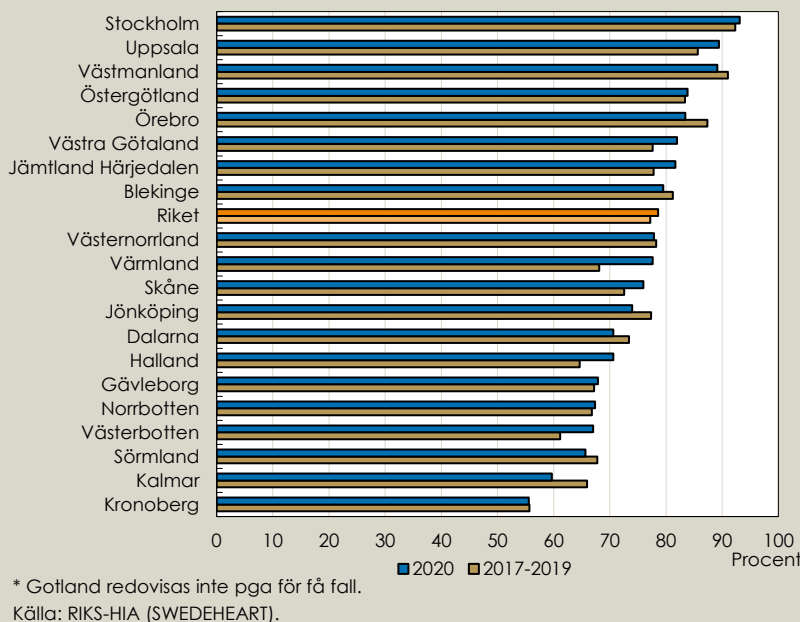


* Gotland redovisas inte pga för få fall.

Källa: RIKS-HIA (SWEDEHEART).

Diagram 43. Reperfusion inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt

Andel personer med ST-höjningsinfarkt som fått behandling med PCI eller trombolys inom målsatt tid.



Dödlighet efter hjärtinfarkt

Letaliteten, det vill säga andelen som dör till följd av hjärtinfarkt har minskat över tid [40]. Var fjärde person som får hjärtinfarkt dör inom 28 dagar, och drygt 15 procent av de som får en hjärtinfarkt dör samma dag. Bland sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt är dödligheten cirka 9 procent [40].

Tidigt under covid-19-pandemin minskade antalet sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt [35, 37]. Orsaken till denna minskning är fortfarande oklar, men till viss del kan den bero på att färre sökte vård för hjärtinfarkt. Om patienter med lindriga symtom väntar med att söka vård för potentiellt allvarliga tillstånd som stroke och hjärtinfarkt, kan det inte sällan leda till allvarliga plötsliga effekter, funktionsnedsättning eller död. Hur snabbt man söker vård och att man får vård i tid kan alltså påverka dödlighet och funktionsnedsättning efter hjärtinfarkt. Risken att dö inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt är ett internationellt etablerat resultatmått på vårdens förmåga att klara det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt.

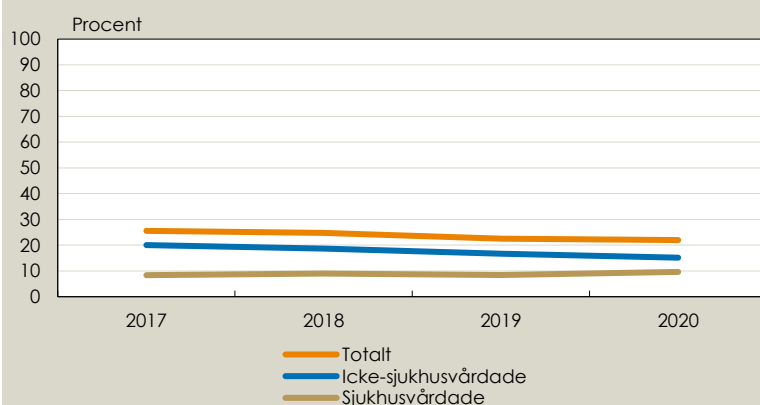
Två indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård redovisas med syfte att se hur dödligheten 28 och 365 dagar efter hjärtinfarkt respektive ST-höjningsinfarkt, påverkats under covid-19-pandemin.

Andelen som avlidit inom 28 dagar efter hjärtinfarkt var 22 procent år 2020 jämfört med 22,5 procent år 2019. Dödligheten bland sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt var dock något högre år 2020; 9,6 procent jämfört med 8,4 procent år 2019. Dödligheten efter icke-sjukhusvårdad hjärtinfarkt fortsatte att minska (diagram 44). Enligt RIKS-HIA var dödligheten bland sjukhusvårdade fall av ST-höjningsinfarkt på samma nivå år 2020 som de tre föregå-

ende åren (tabell 10). Den långsiktiga effekten av covid-19-pandemins påverkan på dödligheten efter hjärtinfarkt kommer att kunna bedömas först när data på 365 dagarsdödligheten blir tillgänglig.

Diagram 44. Dödlighet efter hjärtinfarkt, 28 dagar

Andel patienter som avlidit inom 28 dagar efter förstagångshjärtinfarkt, uppdelat på de som avlidit utanför sjukhus i anslutning till infarkten och de som avlidit efter att ha sjukhusvårdats. Åldersjusterade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I befolkningen är det fler män än kvinnor som avlider inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Andelen som avlider inom 28 dagar skiljer sig dock marginellt mellan könen. Detta gäller dödligheten totalt, och efter sjukhusvårdad/icke-sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Ingen uppenbar skillnad mellan män och kvinnor kunde ses i andelen avlidna inom 28 dagar, varken för 2020 eller tidigare år i Socialstyrelsens statistik (patientregistret och dödsorsaksregistret).

Elektiv kirurgi vid klaffsjukdom

Klaffsjukdom innebär ett patologiskt tillstånd i någon av hjärtats fyra klaffar. Klaffarna fungerar som ventiler som hindrar blodet från att pumpas i fel riktning. Vid klaffsjukdom finns en förträngning (stenos) eller ett läckage (insufficiens) på en eller flera hjärklaffar vilket leder till att för lite syresatt blod pumpas ut i kroppen. Klaffel kan drabba människor i alla åldrar. Prevalensen är cirka två procent av dem som är över 65 år och cirka fem procent av dem som är över 80 år. Fler män än kvinnor drabbas.

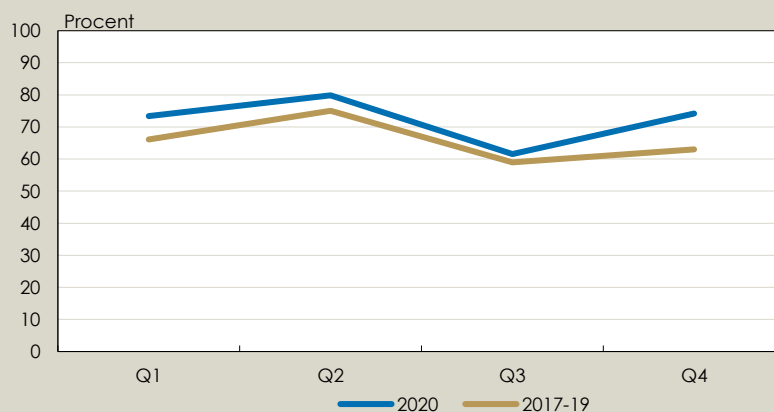
Aortastenosen – en förträngning i aortaklaffen – är den vanligaste klaffsjukdomen hos vuxna. Personer med aortastenosen har en ökad belastning på hjärtat. Uttalade symtom i form av andfåddhet, svimning, bröstsmärtor och/eller nedsatt pumpförmåga hos hjärtat utgör indikation för att den sjuka klaffen bör repareras eller bytas ut. Vid allvarlig förträngning av aortaklaffen kan en operation vara direkt livräddande, förlänga livet och leda till en god livskvalitet. Sjukdomsutvecklingen är individuell men även vid stabil sjukdom kan en oskälig väntan på operation vara psykiskt påfrestande för patienten. Enligt vårdgarantin i HSL ska patienten inte behöva vänta på operation längre än 90 dagar från diagnosdatum då beslut om åtgärd fattas.

Indikatorn *Väntetid till klaffkirurgi* visar andelen personer med aortastenos som genomgår en klaffoperation inom 90 dagar efter att de genomgått preoperativ utredning. Med klaffoperation avses både hjärtkirurgi och TAVI-vård (kateterburen aortaklaffimplantation).

Under 2020 genomfördes totalt 1 704 klaffingrepp i riket, jämfört med 1 725 ingrepp året innan (tabell 11). Andelen ingrepp som genomfördes inom 90 dagar år 2020 var cirka 73 procent, vilket var högre än genomsnittet för den senaste treårsperioden (diagram 45). Resultaten visar att under covid-19-pandemin har en högre andel personer med aortastenos opererats inom målsatt tid, både under hela 2020 och för varje kvartal, jämfört med genomsnittet de tre senaste åren (diagram 45). För nästan alla sjukvårdsregioner har en lika hög eller högre andel personer med aortastenos opererats inom målsatt tid (diagram 46). Andelen män med klaffoperation inom målsatt tid är något högre än kvinnor. År 2020 var cirka 4 procent fler män än kvinnor som fått ingreppet, en trend som har varit konstant de senaste fyra åren.

Diagram 45. Väntetid till klaffkirurgi för aortastenos

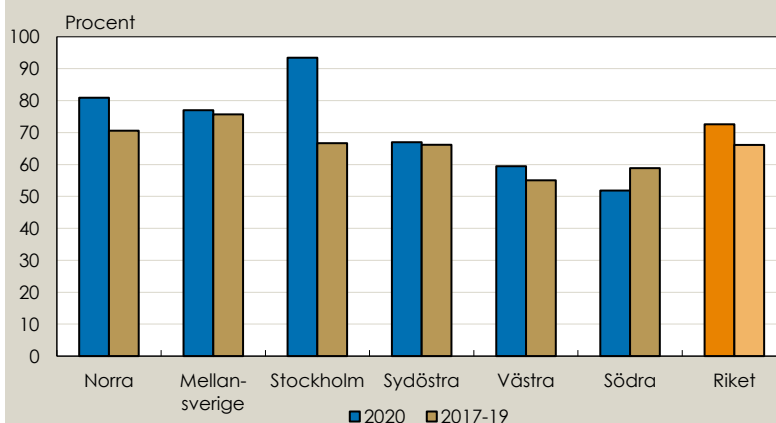
Andel kirurgiska ingrepp vid aortastenos (både hjärtkirurgi och TAVI-vård) som utfördes inom 90 dagar från preoperativ utredning.



Källa: Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY och SCAAR (SWEDEHEART).

Diagram 46. Väntetid till klaffkirurgi för aortastenos

Andel kirurgiska ingrepp vid aortastenos (både hjärtkirurgi och TAVI-vård) som utfördes inom 90 dagar från preoperativ utredning.



Källa: Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY och SCAAR (SWEDEHEART).

Sammanfattning hjärtsjukvård

Minskningen av antalet hjärtinfarkter som rapporterats i början av covid-19-pandemin har visat sig vara måttlig för hela året 2020 jämfört med året innan. Emellertid var minskningen större än förväntat med hänsyn till den minskade incidenstrenden under de senaste åren. Minskningen av antalet hjärtinfarkter i Socialstyrelsens patientregister var cirka 8 procent för 2020 jämfört med året innan. För andra kvartalet 2020 var minskningen mer uppenbar, 12 procent jämfört med samma kvartal året innan. Antalet ST-höjningsinfarkter rapporterade i RIKS-HIA minskat med 7 procent år 2020, och för hjärtinfarkter som inträffat hos personer 80 år och äldre var minskningen cirka 11 procent. Antalet hjärtinfarkter som inträffat hos personer i särskilda boenden och som skickats in akut också minskat, särskilt under andra kvartalet 2020. Denna uppföljning med data från hela året 2020 visar att trots covid-19-pandemin och de omfördelningar av resurser inom sjukvården som den medförde fungerade den svenska hjärtinfarktvården bra under 2020. Akut behandling vid hjärtinfarkt har getts i samma utsträckning som tidigare år och inom målsatt tid. Elektiva kirurgiska ingrepp vid aortastenosen har utförts i hög utsträckning inom vårdgarantin. Hittills kan man konstatera att pandemin inte har påverkat dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.

Orsakerna till ett minskat antal hjärtinfarkter år 2020 är fortfarande okända. Enligt SWEDEHEART:s årsrapport 2020 var det mycket få av personerna med hjärtinfarkt som hade eller hade haft covid-19 [41]. Det har dock varit flera dödsfall med anledning av covid-19 bland äldre, och äldre drabbas oftare av hjärtinfarkt. Det kan också vara så att incidensen av hjärtinfarkt minskat eller att personer avstått från att söka vård för hjärtinfarkt när antalet fall av covid-19 var som högst. I så fall kommer det på sikt att leda till en ökad dödlighet och funktionsnedsättning efter hjärtinfarkt. Covid-19-pandemins påverkan på tillgängligheten och kvaliteten i andra delar av vården såsom specialiserad rehabilitering efter akut hjärtinfarkt, sekundärprevention vid hjärtinfarkt och förmaksflimmer, och handläggning av personer med hjärtsvikt behöver ingå i framtida redovisningar för att möjliggöra en helhetsbild.

Vård vid missbruk och beroende

Omkring 780 000 personer över 18 år har ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 har ett beroende. Av dessa söker dock inte alla vård för sitt missbruk eller beroende. Cirka 80 000 personer har ett tungt alkoholmissbruk, enligt skattningar av antalet personer med en alkoholdiagnos som har vårdats i den slutna vården eller specialiserad öppen vård.

Antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika har skattats till 55 000 personer. Enligt skattningar, som baseras på antal personer med en narkotikadiagnos inom hälso- och sjukvården eller som har klassats som grava narkotikamissbrukare inom kriminalvården, finns det cirka 29 500 personer med problematisk narkotikaanvändning. Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk har skattats till cirka 8 000. När det gäller läkemedel har antalet personer med missbruk eller beroende skattats till 45 000–65 000 personer.

Samsjuklighet och somatiska problem är vanligt hos personer med missbruksdiagnos. Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Därför är det viktigt att uppmärksamma samsjuklighet och att behandla båda tillstånden samtidigt. Hög dödlighet kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom såväl psykiatrisk som somatisk vård.

Under covid-19-pandemin finns risk att patienter med alkoholmissbruk inte kommer i kontakt med vården, vilket kan leda till att behandling med relevanta läkemedel uteblir. Den ökade belastningen på den specialiserade vården kan också medföra svårigheter att identifiera de svårast sjuka patienterna.

Indikatorerna som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [42] (tabellerna 12 och 13).

Tabell 12. Indikator missbruk och beroende - läkemedelsbehandling

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2020	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2019	Uthämtade läkemedel till och med 2020	Uthämtade läkemedel till och med 2019
Behandling med disulfiram, akamprosot eller naltrexon vid beroende av alkohol	27 295	27 650	8 501 (31,1%)	8 699 (31,5)

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 13. Indikator missbruk och beroende - dödlighet

Indikator	Antal aktuella för utfall		Antal och andel personer som ingått i populationens utfall	
	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2020	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2019	Dödlighet till och med 2020	Dödlighet till och med 2019
Dödlighet bland vårdade med alkohol*- respektive narkotikadiagnos**	39 4921* 32 370**	39 896 31 970	2 090 (5,3 %) 910 (2,8 %)	2 084 (5,2 %) 915 (2,9 %)

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

- ➔ Läs mer om indikatorerna för missbruk och beroende på Socialstyrelsens webbplats.

Behandling med disulfiram, akamprosats eller naltrexon vid alkoholberoende

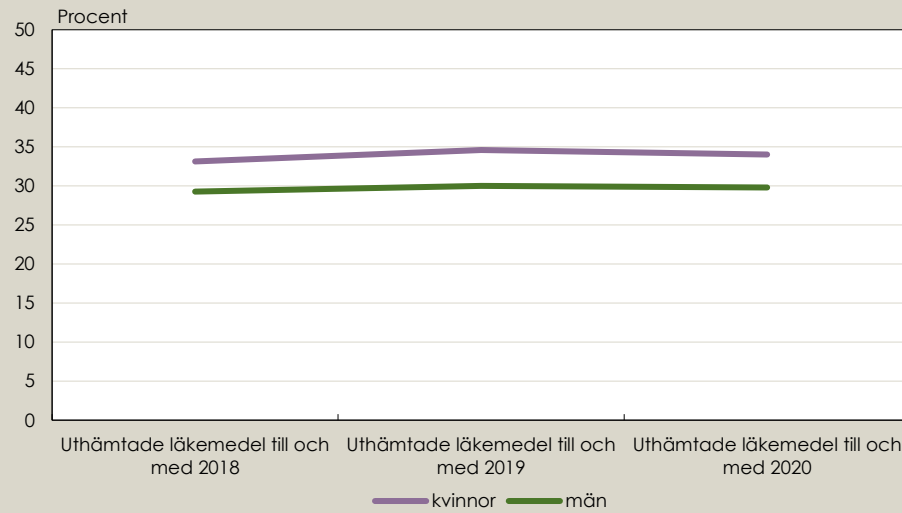
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska för att på så sätt minska de problem och skador som en hög konsumtion medför. Hälso- och sjukvården behandlar personer med alkoholberoende med disulfiram, akamprosats eller naltrexon.

Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [42]. Indikatorn visar *antal personer 18 år och äldre som hämtat ut alkoholläkemedel 12 månader efter vårdtillfälle med diagnosen alkoholberoende*.

Resultaten visar att det inte skett någon förändring mellan 2019 och 2020 i hur stor andel personer med alkoholdiagnos som hämtar ut läkemedel inom 12 månader efter ett vårdtillfälle. Det är en större andel kvinnor än män som hämtar ut läkemedel (diagram 47).

Diagram 47. Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende

Antal personer 18 år och äldre som hämtat ut alkoholläkemedel 12 månader efter ett vårdtillfälle med diagnosen alkoholberoende.



* Axelrubriken visar året för andel uthämtade läkemedel inom 12 månader efter vårdtillfälle.
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Dödlighet bland vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos

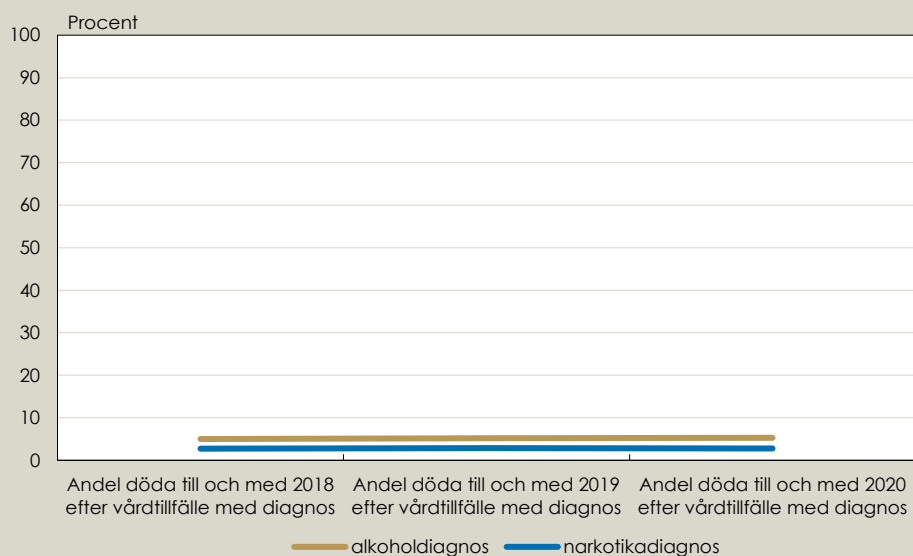
Indikatorn visar *dödlighet oberoende av dödsorsak 365 dagar efter senaste vårdtillfälle med missbruksdiagnos*. Hög dödlighet kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom såväl psykiatrisk som somatisk vård. Det är viktigt att följa att grupperna inte missgynnas.

Resultaten visar inte på några skillnader över tid som beror på covid-19-pandemins påverkan. Det är omkring 5 procent av patienterna med missbruksdiagnos kopplat till alkoholmissbruk som dör inom 365 dagar efter senaste vårdtillfället i den specialiserade vården för alkoholmissbruk (diagram 48). De regionala skillnaderna är inte större än 3 procentenheter mellan regionerna eller mellan åren.

För personer med missbruksdiagnos kopplat till narkotikamissbruk är resultaten liknande. För personer med narkotikamissbruk är resultaten liknande. Knappt 3 procent dör inom 365 dagar efter sitt senaste vårdtillfälle. Dessa nivåer har varit stabila över tid. Det finns inte heller några regionala skillnader mellan åren. Den region som har störst skillnad visar 1,5 procentenheters skillnad mellan åren.

Diagram 48. Dödlighet bland vårdade med alkohol eller narkotikadiagnos

Dödlighet oberoende av dödsorsak inom 365 dagar efter senaste vårdtillfälle med alkohol- eller narkotikadiagnos.



* Axelrubriken visar året för diagnos och värdet visar död inom 365 dagar.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning missbruk och beroende

Ingen påverkan av covid-19-pandemin ses, vare sig i indikatorn eller hur många personer som är aktuella för insatser av det indikatorerna avser att följa upp. Antalet patienter som behandlats i den specialiserade vården med alkoholdiagnos har varit oförändrat sedan 2017.

Resultaten för indikatorerna om missbruk och beroende är oförändrade över tid. När det gäller läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är det uthämtade läkemedel för patienter vårdade inom den specialiserade vården med alkoholdiagnos som följs upp. Vi kan därför inte uttala oss om huruvida personer med alkoholberoende faktiskt tar sina läkemedel mot beroendet vilket skulle kunna påverkas av covid-19-pandemin. Andelen av befolkningen som får eller söker vård och stöd för enbart alkoholrelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården, eller alkoholmissbruk inom socialtjänsten, har minskat under de senaste tio åren. Inom hälso- och sjukvården är minskningen 14 procent för diagnoserna skadligt bruk eller beroende [43].

Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom

Multipel skleros (MS)

Multipel skleros (MS) är en kronisk sjukdom där områden i det centrala nervsystemet (hjärnan och ryggmärgen) påverkas. Det är en autoimmun sjukdom där immunsystemet angriper den egna nervvävnaden. Beroende på var den aktuella inflammationshärden uppstår, kan inflammationen orsaka funktionsnedsättningar. Orsaken till MS är okänd. Sjukdomsförloppet kan variera mellan olika personer, men i början av sjukdomsförloppet är det vanligt med övergående neurologiska symtom – så kallade skov. Symtomen går spontant helt eller delvis tillbaka mellan skoven. För 10–20 procent av alla som drabbas av MS debuterar däremot långsamt tilltagande neurologiska symtom utan skovvisa perioder. Denna form kallas primärprogressiv MS. Utan behandling får de allra flesta personer med skovvis MS en gradvis försämring av sina neurologiska besvär, vilket kallas sekundärprogressiv MS.

I Sverige insjuknar närmare 1 000 personer varje år i MS. Ungefär dubbelt så många kvinnor som män drabbas. Sjukdomen kan drabba personer i alla åldrar, men det är ovanligt att den debuterar före 15 års ålder respektive efter 60 års ålder [44]. De flesta med MS är 45–64 år, men många är också yngre. Endast en liten andel är 75 år eller äldre [45]. Antalet personer med MS var cirka 22 200 i Socialstyrelsens patientregister vid täckningsgradsberäkning av kvalitetsregister för år 2019 [46]. MS-registret i Svenska neuroregister [47] har en täckningsgrad på cirka 80 procent [46,48]. Ett urval av indikatorer från de nationella riktlinjerna för MS har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin (tabell 14).

Tabell 14. Indikatorer multipel skleros (MS)

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Årligt besök hos läkare inom specialistvården	18 402	17 847	11 843 (64,4%)	12 927 (72,4%)
Regelbundna MR-kontroller	10 151	9 811	6 988 (68,8%)	7 078 (72,1%)

Källa: Patientregistret Socialstyrelsen, Svenska neuroregister / MS-registret.

➔ Läs mer om indikatorerna för MS på Socialstyrelsens webbplats.

Årligt besök hos läkare inom specialiserad vård vid MS

För att kunna bestämma när sjukdomsmodifierande behandling (specifika läkemedel för att förhindra att de skadliga inflammationerna uppstår) ska sättas in eller ändras är det nödvändigt att kontinuerligt övervaka sjukdomsaktiviteten. Uppföljningen av sjukdomen är också nödvändig för att kunna erbjuda bästa möjliga symtomlindrande behandling. Att återkommande undersökas av läkare med betydande erfarenhet av MS är en förutsättning för att få rätt

sjukdomsmodifierande och symtomlindrande behandling. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [44]. Indikatoren visar *andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året* [49]. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till ≥ 80 procent [50].

Resultatet visar att andelen läkarbesök minskat från 72,4 procent år 2019 till 64,4 procent år 2020, det vill säga cirka 8 procentenheter (diagram 49 och tabell 14).

Det förekommer inga tydliga skillnader mellan män och kvinnor. Minskningen gäller oavsett åldersgrupp (diagram 49). Det förekommer en variation av andel besök mellan regionerna, det är ingen region som 2020 uppnår målnivån på ≥ 80 procent (diagram 50).

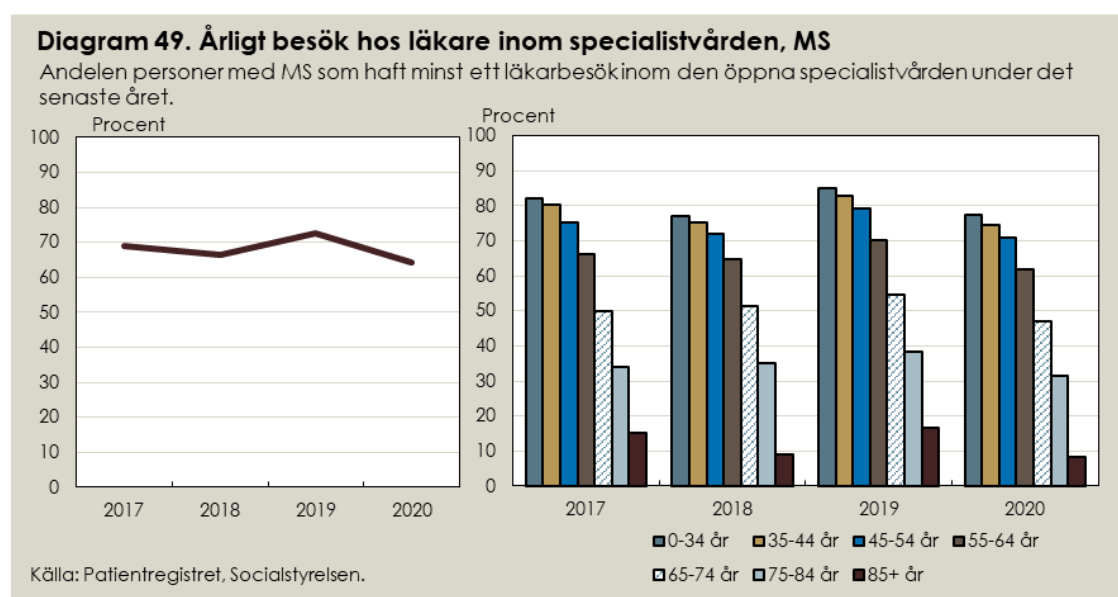
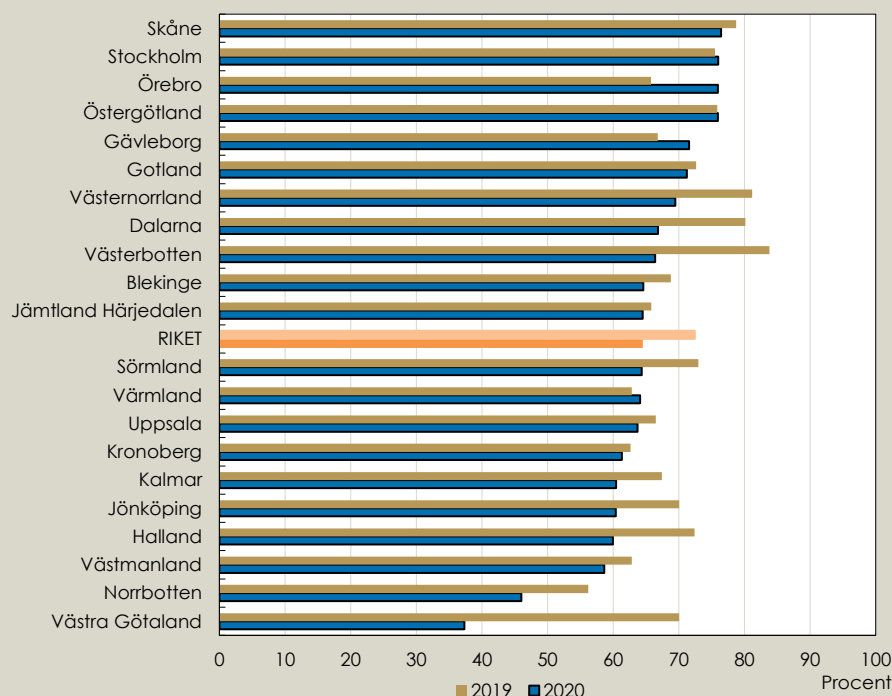


Diagram 50. Årligt besök hos läkare inom specialistvård, MS

Andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialistvården under det senaste året.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Regelbundna MR-kontroller vid MS

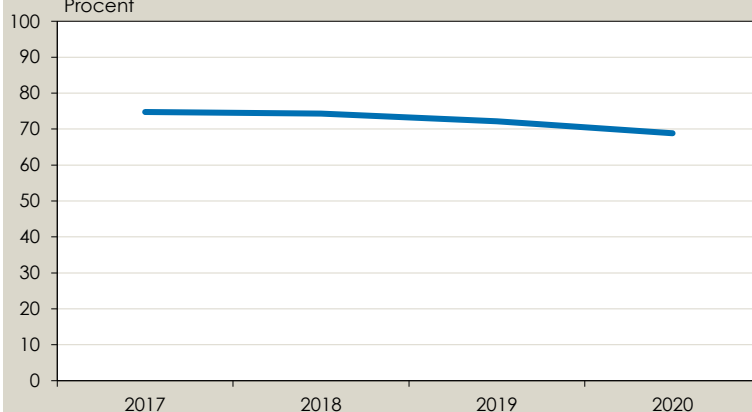
Magnetkameraundersökning (MR) är en viktig del i behandlingsuppföljningen vid MS. Regelbundna MR-undersökningar är en förutsättning för att kunna följa sjukdomens utveckling och vid behov kunna justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. Uppföljningen behöver dock inte ske årligen för personer vars MR-undersökningar inte visat förändringar under de senaste 3–5 åren och som fått samma behandling under samma tidsperiod. Sjukdomsaktiviteten avtar med åren, vilket gör att äldre personer vanligtvis inte har samma behov av regelbundna MR-undersökningar. De flesta personer med skovvis MS som är yngre än 60 år bör dock genomgå regelbundna magnetkameraundersökningar för att följa sjukdomens utveckling och vid behov justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. Eftersom MR-kontroller har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna [44] valdes denna indikator för att följa om andelen MR-undersökningar förändrats under covid-19-pandemin. Indikatorn visar *andelen personer med skovvist förlöpande MS som är yngre än 60 år och som har genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) under de senaste två åren* [49].

Resultatet visar en marginell minskning under tidsperioden 2017–2020 (diagram 51). Den tydligaste minskningen på cirka 3 procent, kan ses 2020 jämfört med 2019. År 2020 är andelen 68,8 procent jämfört med 72,1 procent år 2019 (tabell 14). Minskningen gäller oavsett åldersgrupp (diagram 52).

Det ses inga tydliga skillnader när det gäller fördelning mellan män och kvinnor. Socialstyrelsen har för regelbundna MR kontroller fastställt den nationella målnivån till ≥ 80 procent [50]. Resultaten visar att det finns skillnader mellan regionerna (diagram 53).

Diagram 51. Regelbundna MR-kontroller, MS

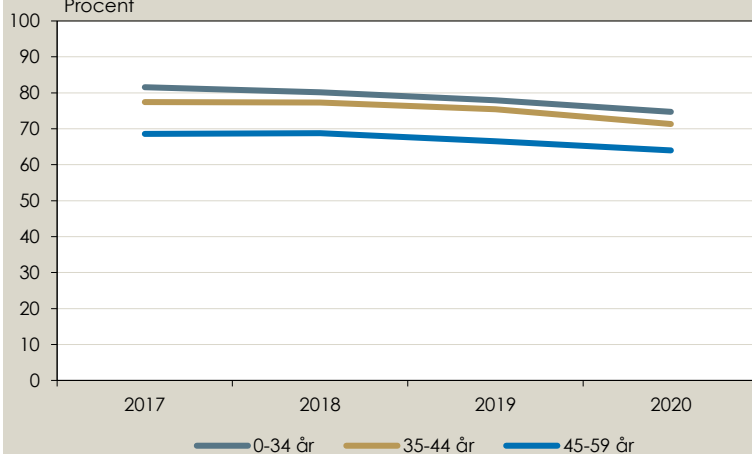
Andelen personer med skovvis MS yngre än 60år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren, 2017-2020.
Procent



Källa: Svenska neuroregister / MS-registret.

Diagram 52. Regelbundna MR-kontroller, MS

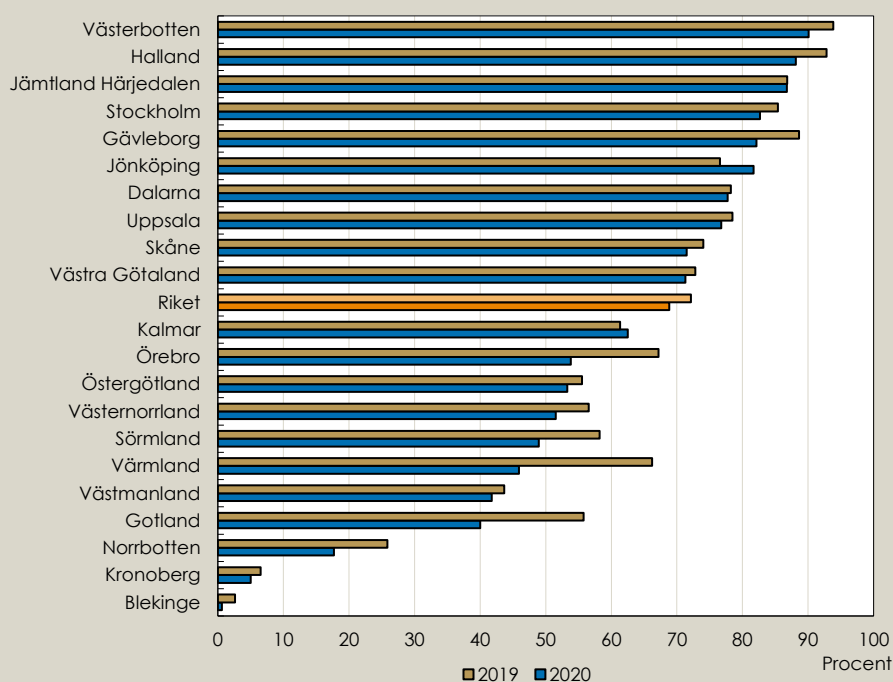
Andelen personer med skovvis MS yngre än 60år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren.
Procent



Källa: Svenska neuroregister / MS-registret.

Diagram 53. Regelbundna MR-kontroller, MS

Andelen personer med skovvis MS yngre än 60 år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren.



Källa: Svenska neuroregister / MS-registret.

Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom är en kronisk neurologisk sjukdom. Vid Parkinsons sjukdom förstörs nervceller som tillverkar dopamin, vilket leder till att hjärnan får svårare att kontrollera nervsignaler som styr kroppens rörelser, men även icke motoriska symtom kan förekomma. I Sverige finns mellan 18 000 och 20 000 personer som drabbats av Parkinsons sjukdom. Fler män än kvinnor insjuknar i sjukdomen, men till följd av kvinnors högre medellivslängd är antalet relativt för män och kvinnor med sjukdomen. De flesta personer insjuknar i 65 års ålder, men det förekommer att motoriska symtom uppstår redan vid 40 års ålder. Ett urval av indikatorer från de nationella riktlinjerna för Parkinsons sjukdom har analyserats med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [45] (tabell 15).

Tabell 15. Indikatorer Parkinsons sjukdom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom	16 508*	16 101*	701 (4,2 %)	714 (4,4 %)
Årligt besök hos läkare inom specialistvården	16 507	16 099	10 789 (65,4%)	11 392 (70,8%)

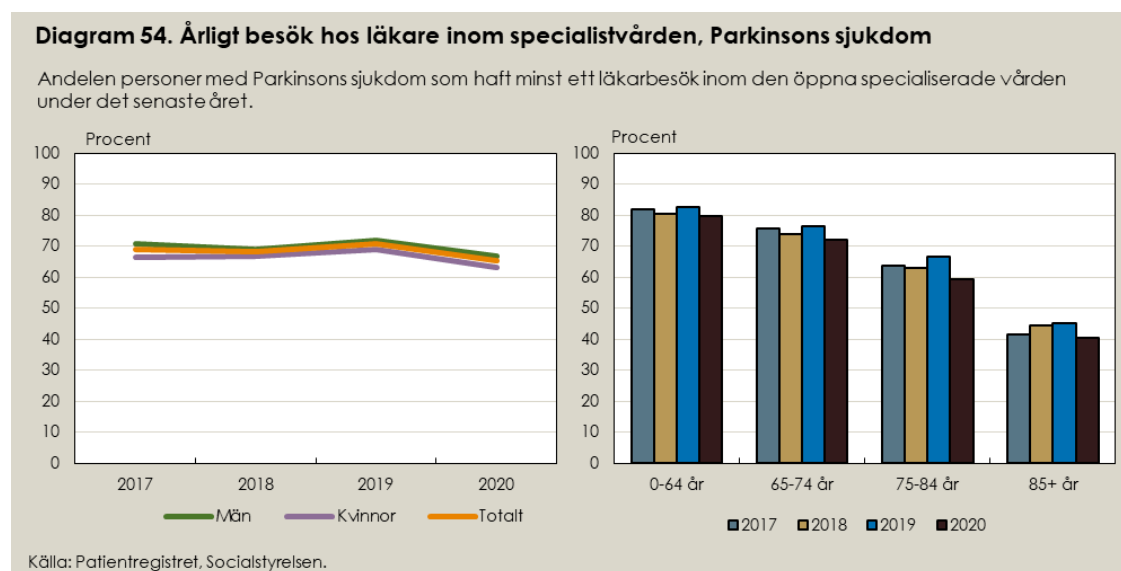
*Det är svårt att bedöma hur många som är aktuella för insatsen därav anges den totala populationen.
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för Parkinsons sjukdom på Socialstyrelsens webbplats.

Årligt besök hos läkare inom specialistvården vid Parkinsons sjukdom

Det finns ingen botande behandling för Parkinsons sjukdom. Däremot finns symtomlindrande behandlingar med stor effekt på funktion och välbefinnande. Behandlingen blir alltmer komplex ju längre sjukdomen fortskrider. Ett kontinuerligt och individanpassat omhändertagande med återkommande undersökningar av läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom är grunden för en god vård. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [44]. Indikatorn visar *andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året* [49]. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till ≥ 90 procent [50]. Resultatet visar på rikets nivå att andelen personer som fått minst ett läkarbesök är cirka 70 procent under 2017–2019. Andelen minskade därefter med cirka 5 procentenheter 2020 i jämförelse med 2019. Andelen årliga läkarbesök minskade för både män och kvinnor (diagram 54).

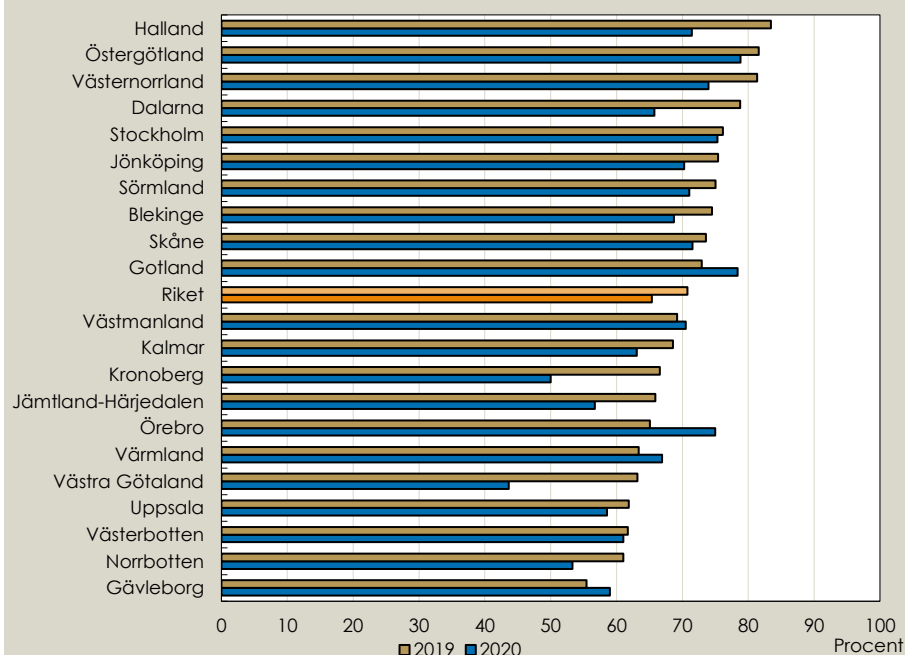
Andelen personer med Parkinsons sjukdom som har haft ett läkarbesök inom den specialiserade öppenvården varierar mellan olika åldersgrupper. Under 2017–2020 minskade besöksfrekvensen successivt med stigande ålder. Vid jämförelse av år 2020 och 2019 minskade andelen besök något mer för åldersgruppen 75–84 år. I åldersgruppen till och med 64 år har 80 procent haft minst ett besök inom den specialiserade öppenvården år 2020 (diagram 54).



Andelen personer som gjort ett årligt läkarbesök varierar mellan regionerna. Andelen varierar mellan 43 och 82 procent år 2020. Det är ingen region som uppnår den nationella målnivån på ≥ 90 procent. I de flesta regionerna minskade andelen läkarbesök under år 2020, men i ett par regioner ökade andelen läkarbesök under pandemin (diagram 55).

Diagram 55. Årligt besök hos läkare, Parkinsons sjukdom

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året, 2020.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

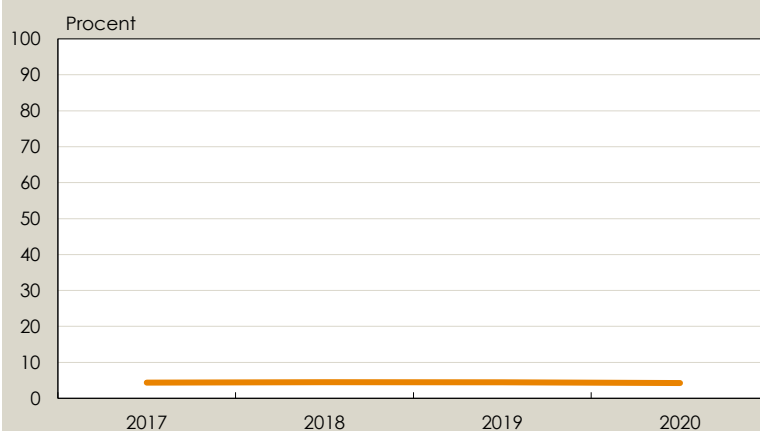
Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom

All behandling vid Parkinsons sjukdom är symtomlindrande. Det finns ännu ingen sjukdomsmodifierande behandling som kan upphäva eller dämpa nerv-cellsbortfallet. Däremot kan tidig insättning av dopaminriktad behandling minska både motoriska och icke-motoriska symtom som kan uppstå som en konsekvens av sjukdomen. Vilken behandling som bör ges påverkas av vilket skede av sjukdomen som personen befinner sig. I ett tidigt skede går det i många fall att uppnå en god symtomlindrande effekt med hjälp av enbart läkemedel. Om personen har stora variationer i rörelseförmåga – så kallade motoriska fluktuationer – kan det till sist bli aktuellt med avancerad behandling i form av djup hjärnstimulering (Deep Brain Stimulation, DBS) eller pumpbehandling med levodopa-karbidopa eller apomorfin.

Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [44]. Indikatoren visar *andelen personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med avancerad behandling* [49]. Resultatet visar i riket år 2020 att cirka 4 procent av personerna med Parkinsons sjukdom fick avancerad behandling. Det finns inte någon nämnvärd skillnad över tidsperioden 2017–2020 (diagram 56) och det är inte heller någon skillnad vad gäller andelen män och kvinnor. Andelen som får avancerad behandling varierar från 1,5-10 procent mellan regionerna.

Diagram 56. Avancerad behandling, Parkinsons sjukdom

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som står på avancerad behandling DBS, levodopa-karbidopa eller apomorfinbehandling.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning MS och Parkinsons sjukdom

Resultaten för 2020 visar på rikets nivå en viss nedgång av andelen årliga läkarbesök för personer som har MS eller Parkinsons sjukdom. Det kan finnas många olika anledningar till nedgången. En anledning kan vara att personerna ställt in sitt årliga läkarbesök till följd av covid-19-pandemin. Personerna kan också ha fått en annan typ av årligt besök i form av telefonsamtal eller digitalt besök, som inte registrerats på samma sätt som vanliga fysiska besök i patientregistret. Andra anledningar till en nedgång skulle kunna vara minskad tillgång till personal.

Resultatet rörande regelbundna MR-kontroller för personer med MS visar endast en marginell minskning under 2020 i jämförelse med 2019.

När det gäller avancerad behandling för personer med Parkinsons sjukdom har andelen inte förändrats på rikets nivå 2020 även om andelen varierar mellan regionerna.

En viktig del i vården är att personer med MS och Parkinsons sjukdom får tillgång till den vård de behöver för att därigenom minska risk för försämring i sjukdomstillstånd och livskvalitet. Gemensamma förbättringsområden som lyfts fram i tidigare utvärdering är att fler personer behöver följas upp hos läkare, fler multidisciplinära team behövs och sammanhängande rehabilitering [45]. Det är därför av stor betydelse att framöver kontinuerligt utvärdera att personerna med MS och Parkinsons sjukdom får den vården som rekommenderas.

Palliativ vård i livets slutskede

I Sverige avlider drygt 90 000 personer årligen, och omkring 80 procent av dessa bedöms ha varit i behov av palliativ vård. Patienter som vårdas i livets slutskede finns inom olika vårdformer, både inom öppen och sluten vård samt inom den kommunala hälso- och sjukvården. De flesta patienter får vård från flera vårdgivare under den sista tiden av sjukdomsförloppet. Den palliativa vården är till för att möta behov hos den enskilda patienten och närstående när sjukdom eller ålder gör att livet går mot sitt slut.

Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och utvärdering för palliativ vård i livets slutskede redovisas med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [51,52]. Dessa indikatorer är munhälsobedömning, smärtskattning, brytpunktssamtal, vidbehovsordination av opioid mot smärta och vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel mot oro (tabell 16).

Tabell 16. Indikatorer palliativ vård i livets slutskede

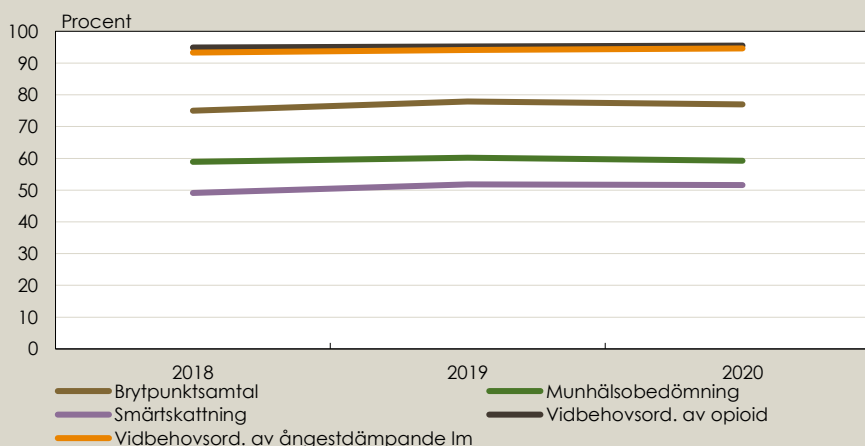
Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	51 167	46 753	30 291 (59,2%)	28 126 (60,2%)
Smärtskattning under sista levnadsveckan	51 167	46 753	26 412 (51,6%)	24 202 (51,8%)
Brytpunktssamtal	51 167	46 753	39 405 (77,0%)	36 421 (77,9%)
Vidbehovsordination av opioid mot smärta före dödsfallet	51 167	46 753	48 882 (95,5%)	44 525 (95,2%)
Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel före dödsfallet	51 167	46 753	48 392 (94,6%)	44 014 (94,1%)

Källa: Svenska palliativregistret.

➔ Läs mer om indikatorerna för palliativ vård i livets slutskede på Socialstyrelsens webbplats.

Diagram 57. Indikatorer palliativ vård

Andel patienter i livets slutskede som fått åtgärder (indikatorer).



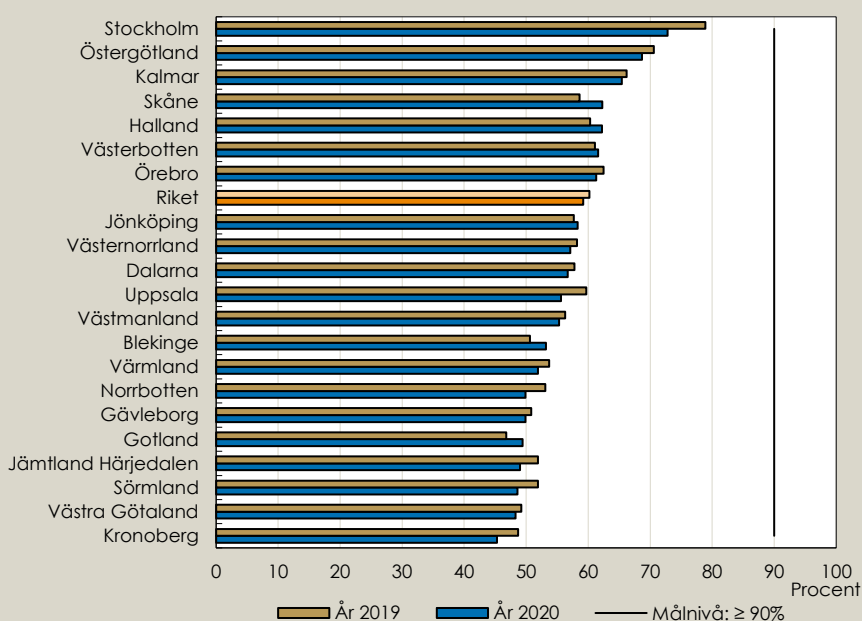
Källa: Svenska palliativregistret.

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Att ha kontroll på munhälsa i livets slutskede är betydelsefullt. Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka flera funktioner, till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten. Många patienter i livets slutskede har läkemedel som påverkar munhälsan. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [51]. Indikatorn visar *andelen patienter där en dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan*. Resultaten visar ett relativt stabilt värde i riket under perioden 2018 till 2020 (diagram 57). De regionala skillnaderna är däremot stora 2020 – från 45 till 73 procent (diagram 58). Socialstyrelsens nationella målnivå är fastställd till ≥ 90 procent [53]. Ingen region har nått upp till den nationella målnivån 2019 eller 2020. I diagram 59 redovisas fördelning på diagnosgrupp och vårdform.

Diagram 58. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

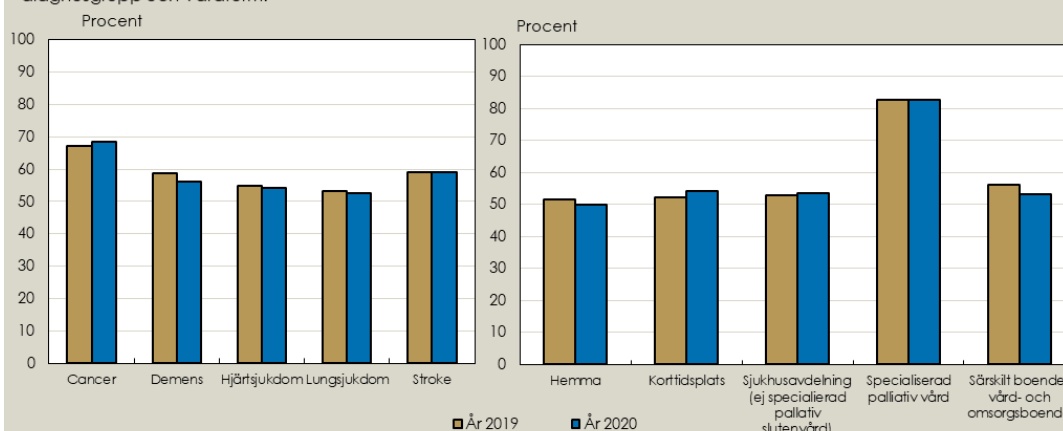
Andel patienter som genomgått en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan.



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 59. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Andel patienter som genomgått en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan, uppdelat på diagnosgrupp och vårdform.



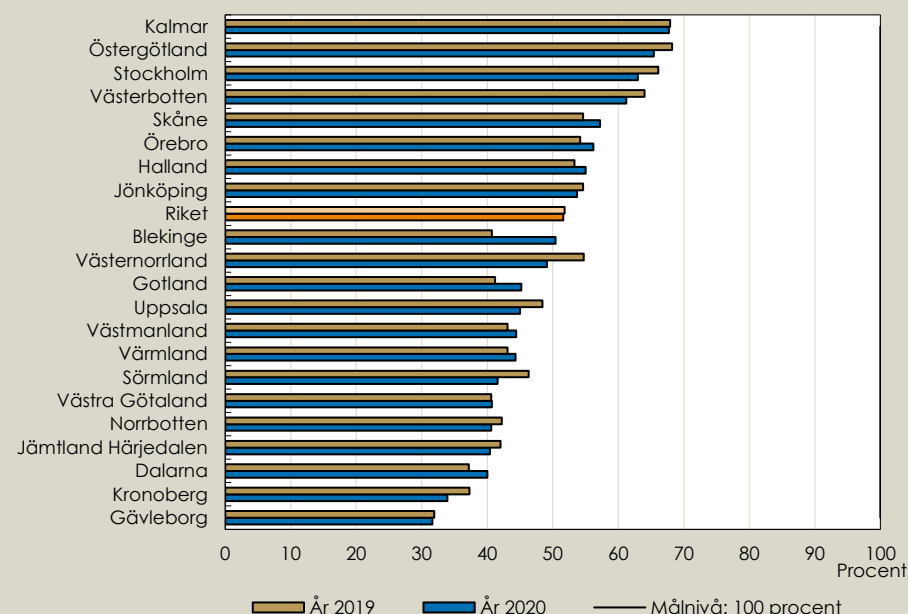
Källa: Svenska palliativregistret.

Smärtskattning under sista levnadsveckan

Smärta är ett vanligt förekommande symtom i livets slutskede. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet och ökar också risken för medicinska komplikationer. För att i tid uppmärksamma och därmed minimera smärtupplevelsen för patienten i palliativ vård krävs ett arbete med systematisk smärtskattning. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [51]. Indikatorn visar *andelen patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan*. Resultaten visar ett relativt stabilt värde under perioden 2018 till 2020 (diagram 57). De regionala skillnaderna är däremot stora 2020 – från 32 till 68 procent (diagram 60). Socialstyrelsens nationella målnivå är fastställd till 100 procent [53]. Ingen region har nått upp till den nationella målnivån 2019 eller 2020 (diagram 61). I diagram 62 redovisas fördelning på diagnosgrupp och vårdform.

Diagram 60. Smärtskattning under sista levnadsveckan

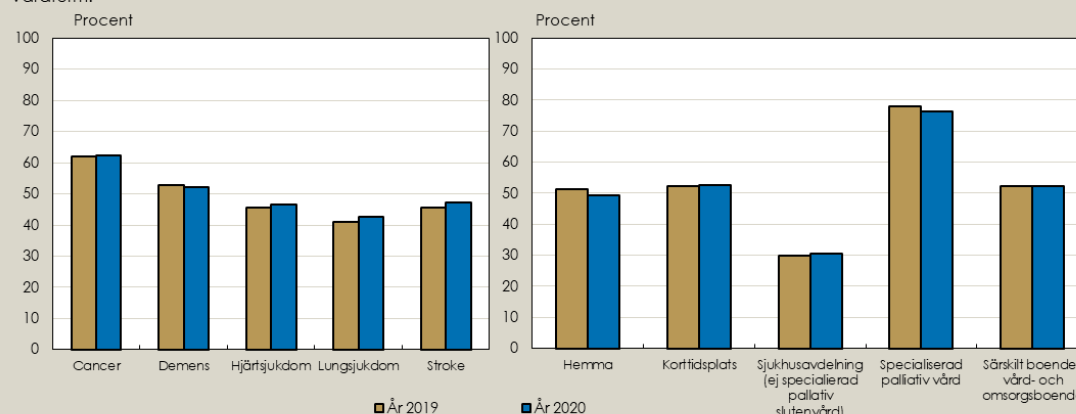
Andel patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan.



Källa: Svenska Palliativregistret.

Diagram 61. Smärtskattning under sista levnadsveckan

Andel patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan, uppdelat på diagnosgrupp och vårdform.



Källa: Svenska palliativregistret.

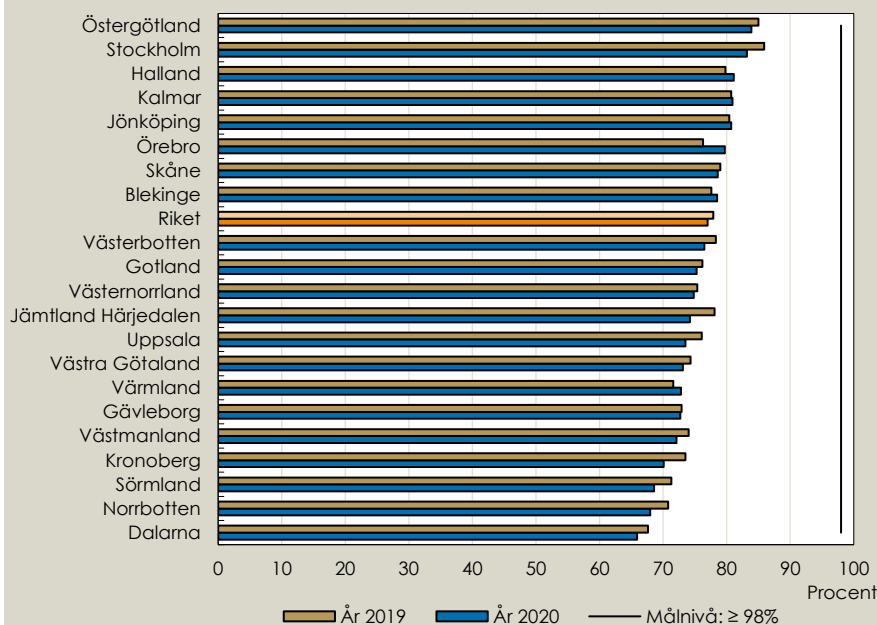
Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal är ett samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient i övergången till palliativ vård i livets slutskede. I samtalet diskuteras den fortsatta vården utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [51]. Indikatorn visar *andelen patienter där dödsfallet var väntat av vården och där patienten fått möjlighet till brytpunktssamtal*, det vill säga individuellt anpassade läkarledda samtal om vårdens inriktning och mål i livets slutskede. Resultaten visar att ett brytpunktssamtal har ett relativt stabilt värde i riket under perioden 2018 till

2020. (diagram 57). De regionala skillnaderna är stora 2020 – från 66 till 84 procent (diagram 62). Socialstyrelsens nationella målnivå är fastställt till ≥ 98 procent [53]. Ingen region har nått upp till den nationella målnivån 2019 eller 2020 (diagram 62). I diagram 63 redovisas fördelning på diagnosgrupp och vårdform.

Diagram 62. Brytpunktssamtal

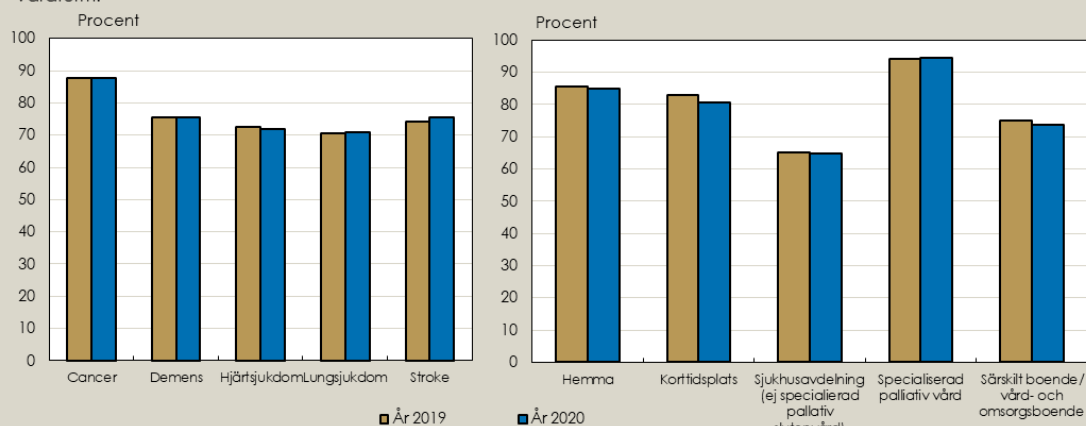
Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fått möjlighet till brytpunktssamtal.



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 63. Brytpunktssamtal

Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fått brytpunktssamtal, uppdelat på diagnosgrupp och vårdform.



Källa: Svenska palliativregistret.

Vidbehovsordination av opioid och ångestdämpande läkemedel

När sjukdomen och tillståndet för personer i behov av palliativ vård har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas ska vissa medicinska och omvårdnadsmässiga åtgärder vidtas. Smärta och smärtgenombrott är vanligt förekommande hos patienter i livets slutskede oavsett diagnos. Det ska därför finnas lämpliga läkemedelsordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen ska vara i injektionsform för att få snabbast möjliga effekt eftersom personer i livets slutskede har försämrad mag-tarmfunktion. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [51]. Indikatorn visar *andelen patienter som haft en vidbehovsordination av injicerbara opioider mot smärta före dödsfallet*.

Förekomst av ångest är vanligt oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [51]. Indikatorn visar *andelen patienter som haft en vidbehovsordination av injicerbara ångestdämpande läkemedel före dödsfallet*.

Resultaten visar att både vidbehovsordination av opioider och ångestdämpande läkemedel har ett stabilt värde i riket under perioden 2018 till 2020 (diagram 57). De regionala skillnaderna 2020 är – från 89 till 98 procent när det gäller opioider och från 87 till 97 procent när det gäller ångestdämpande läkemedel. Socialstyrelsens nationella målnivåer för vidbehovsordinationer är fastställda till ≥ 98 procent [53]. Flera regioner närmar sig den nationella målnivån.

Sammanfattning palliativ vård i livets slutskede

I början av år 2020 var det enligt Svenska palliativregistret ett färre antal patienter i behov av palliativ vård i livets slutskede som fick åtgärderna munhälsobedömning, smärtskattning och brytpunktsamtal jämfört med årets senare del. Det finns regioner som har ett lägre värde registrerat 2020 jämfört med 2019, men om det har ett samband med covid-19-pandemin har inte analyserats.

Under 2020 rapporterades 4 414 fler personer in till Svenska palliativregistret jämfört med 2019 [12]. Ökningen beror på att det var fler personer som avled under 2020. Registret har en täckningsgrad på 60 procent av alla dödsfall i Sverige. Bland personer som avlidit till följd av covid-19 är täckningsgraden 75 procent. På rikets nivå visar resultaten att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan på indikatorerna. Samtliga indikatorer har ett relativt stabilt värde under perioden 2018 till 2020. Det är dock fortfarande en liten andel patienter som får munhälsobedömning, smärtskattning och brytpunktsamtal. Mellan regionerna finns stora skillnader och samtliga regioner ligger långt ifrån att nå Socialstyrelsens nationella målnivåer [53]. Resultaten visar att den palliativa vården i livets slutskede ännu inte är jämlik i Sverige [12,52,53].

Vård vid psoriasis

Psoriasis är en systemsjukdom som drabbar huden. Formen psoriasisartrit drabbar även lederna. Psoriasis innebär att kroppens immunsystem reagerar mot och går till angrepp mot den egna vävnaden. Reaktionen blir att vävnaden inflammeras.

I Sverige har cirka 200 000 personer psoriasis [54]. Cirka 5 000 av dem är barn och unga (under 18 år). Här ingår dock inte personer som enbart behandlas i primärvården för sin psoriasis och som inte hämtat ut specifika läkemedel mot psoriasis på recept. Detta innebär att hälsodataregistren underskattar det faktiska antalet personer med psoriasis i Sverige.

Risken att utveckla sjukdomen är oberoende av ålder även om de flesta diagnostiseras i vuxen ålder. Psoriasis går i skov, vilket betyder att sjukdomen ”blossar upp” i perioder. Sjukdomen varierar mycket i intensitet och omfattning mellan olika individer. En del har lindriga besvär och kan vara symtomfria under långa perioder, medan andra har mer kontinuerliga och svåra besvär. Behandlingen kan vara både lokal och systemisk. Utvecklingen av systemiska läkemedel har varit framgångsrik den senaste tiden, framför allt av biologiska läkemedel. Patienter kan behandlas inom antingen den specialiserade vården eller primärvården, beroende på hur svåra besvären är.

Den specialiserade vården har prövats hårt under covid-19-pandemin, dels med anledning av minskad tillgång till personal men också av rädsla hos patienter att besöka vården på grund av smittorisk, vilket kan leda till att patienter inte fått den uppföljning som är central för en god behandling av en sjukdom som obehandlad orsakar mycket lidande.

Indikatorn som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid psoriasis [54] har analyserats med syfte att se hur patienter som behandlas i den specialiserade vården för psoriasis kontinuerligt följs upp under covid-19-pandemin (tabell 17).

Tabell 17. Indikatorer psoriasis

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Planerade besök för patienter med svår psoriasis i den specialiserade vården.	22 710	23 669	13 377 (59 %)	14 711 (62 %)

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för psoriasis på Socialstyrelsens webbplats.

Planerade besök för patienter behandlade för psoriasis i den specialiserade vården

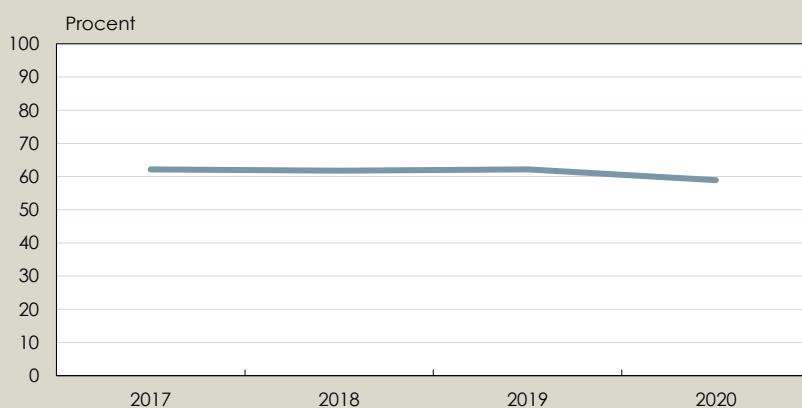
Psoriasis är en kronisk systemsjukdom med hög samsjuklighet. Det gäller, särskilt personer med svår psoriasis som behandlas i den specialiserade vården. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och löpande uppföljning minst en gång per år är en förutsättning för god vård som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet samt minskar behovet av slutenvård. Planerade besök för patienter behandlade för psoriasis i den specialiserade vården är en

rekommendation som har hög prioritet i de nationella riktlinjerna [54]. Indikatorn visar *andel personer behandlade för svår psoriasis som fått ett årligt planerat besök i den öppna specialiserade vården*.

För patienter med svår psoriasis har andelen patienter legat stabilt på 62 procent fram till 2019, men under 2020 har andelen minskat med tre procentenheter till 59 procent (diagram 64). Det är en minskning både i antalet patienter med svår psoriasis men framför allt är minskningen större när det gäller uppföljningar. Mellan 2018–2019 minskade antalet uppföljningar med 3 procentenheter medan under perioden 2019 och 2020 var minskningen 9 procentenheter. Mellan regionerna är det relativt liten spridning där alla regioner ligger inom 20 procentenheters variation (diagram 65). Det är 9 av 21 regioner som har större skillnad 2020 jämfört med 2019.

Diagram 64. Planerade besök för patienter med svår psoriasis i den specialiserade vården

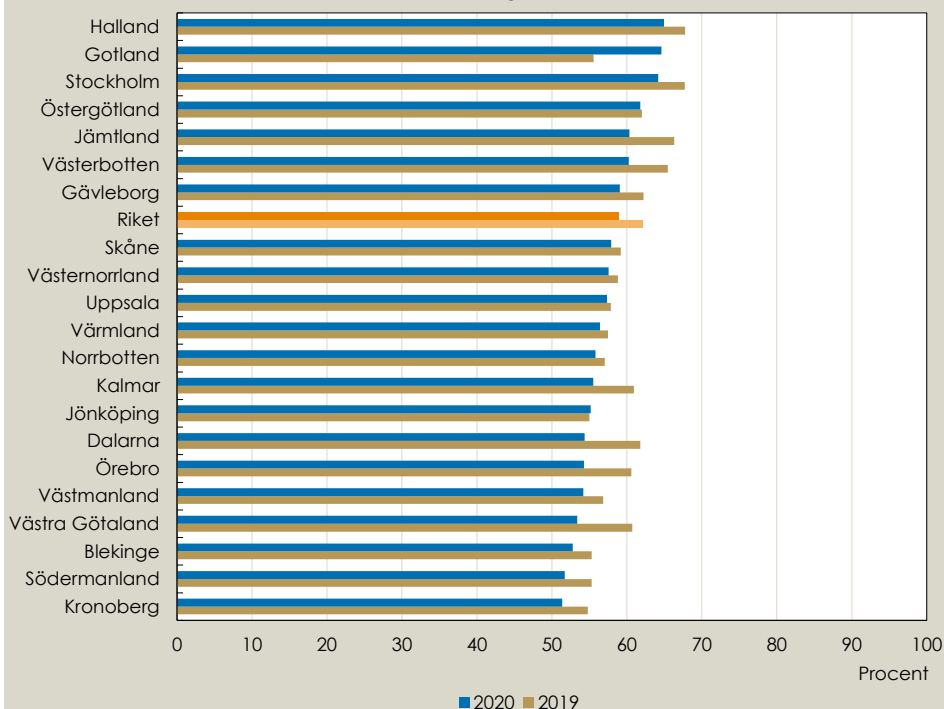
Andel personer behandlade för svår psoriasis som fått ett årligt planerat besök i den öppna specialiserade vården, år 2017 – 2020.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 65. Planerade besök för patienter med svår psoriasis i den specialiserade vården

Andel personer behandlade för svår psoriasis som fått ett årligt planerat besök i den öppna specialiserade vården uppdelat på regioner, år 2017 – 2020.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning psoriasis

Uppföljning i den specialiserade vården vid psoriasis är en viktig åtgärd med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [54]. Att uppföljning av patienter med svår psoriasis har minskat med tre procentenheter under covid-19-pandemin efter en stabil nivå av uppföljningar åren innan är ett varningstecken. Patienter med systemisk behandling med bland annat nya biologiska läkemedel kräver regelbunden monitorering. Det är också viktigt att denna patientgrupp erbjuds uppföljning eftersom tillstånd kan förändras. Om dessa patienter inte följs upp kan det skapa ett onödigt lidande. Att det skett en minskning av antalet patienter med svår psoriasis kan bero på att de inte sökt hjälp i samma utsträckning under covid-19-pandemin eller inte har erbjudits tid för uppföljning. Det kan också vara så att omställning till digital vård kan förklara minskningen eftersom dessa data inte redovisar denna typ av besök.

Vård vid rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som angriper skelettet, lederna och musklerna. De orsakar cirka 20 procent av alla läkarbesök i primärvården. Många får nedsatt arbetsförmåga och blir långtidssjukskrivna. Sjukdomarna går oftast inte att bota, men med rätt behandling kan patienterna få en god livskvalitet.

Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar redovisas med syfte att se hur åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [55,56]. Från området reumatoid artrit ingår indikatorerna väntetid till diagnos och vårdkontakt efter nyinsatt behandling. Från området artros ingår indikatorn patientutbildning och träning vid artros, och från området osteoporos ingår indikatorn tidig operation vid höftfraktur. I redovisningen ingår även uppföljning av påbörjad behandling vid artros (tabellerna 18, 19 och 20).

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA) är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder och eventuellt leddskada. Sjukdomen är oftast livslång och påverkar hela livssituationen. Många får nedsatt arbetsförmåga efter en kort tid. Personer med reumatoid artrit löper också ökad risk att dö i förtid, ofta på grund av hjärt-kärlsjukdomar. 0,5–1,0 procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit, och det är vanligast att insjukna mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än hos män.

Tabell 18. Indikatorer reumatoid artrit

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Väntetid från symtombut till diagnos (andel < 20 veckor) vid reumatoid artrit	1 320	1 404	735 (55,7 %)	751 (53,5 %)
Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit	1 691	1 909	990 (58,5 %)	1 262 (66,1 %)

Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ).

➔ Läs mer om indikatorerna för reumatoid artrit på Socialstyrelsens webbplats.

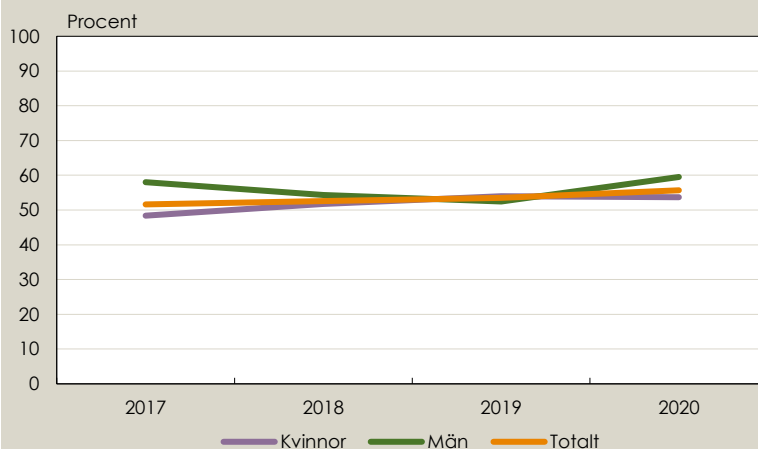
Väntetid till diagnos och vårdkontakter vid reumatoid artrit

Väntetiden till diagnos är viktig framför allt ur ett patientperspektiv eftersom väntetiden innebär förlängd tid med nedsatt funktion och förhöjd smärta. Personer med reumatoid artrit behöver få rätt diagnos så tidigt som möjligt för att snabbt kunna få en effektiv läkemedelsbehandling och därmed färre leddskador. Den som misstänker att en patient har en inflammatorisk reumatisk sjukdom remitterar vanligtvis patienten till en reumatologisk specialitet där diagnosen ställs efter utredning.

Indikatorn väntetid till diagnos visar *andelen personer bland nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit som får sin diagnos fastställd vid en reumatologisk specialistenhet inom 20 veckor från patientrapporterad symtomdebut*. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till ≥ 70 procent [57]. Under år 2020 har 1320 nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit rapporterats in till Svensk reumatologisk kvalitetsregister SRQ, jämfört med 1404 fall året innan (tabell 18). Trenden från tidigare år visar att nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit ständigt minskar. Andelen som får sin diagnos inom 20 veckor från symtomdebut har däremot ökat långsamt under de senaste åren, vilket var fallet även för år 2020 (diagram 66). Det är 7 procentenheter fler män som fick åtgärden inom 20 veckor 2020 jämfört med 2019. Det finns ingen skillnad för kvinnor mellan åren 2020 och 2019 (diagram 66). Fler kvinnor än män får åtgärden. Diagram 67 visar andelen diagnostiserade inom 20 veckor per sjukvårdsregion. Samtliga sjukvårdsregioner har nått den år 2015 fastställda nationella målnivå på ≥ 50 procent, men samtliga sjukvårdsregioner ligger under den nya målnivån på ≥ 70 procent som fastställdes 2021 i samband med revideringen av nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer [55,56, 57].

Diagram 66. Väntetid till diagnos vid reumatoid artrit

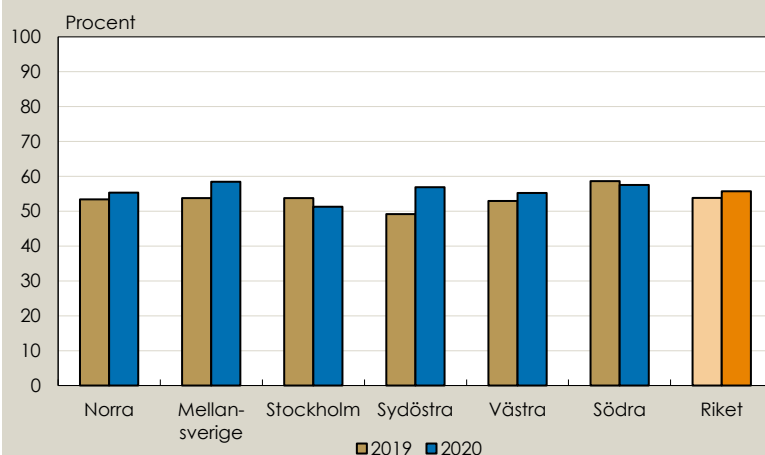
Andel personer med RA som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har < 13 månaders sjukdomsduration.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ).

Diagram 67. Väntetid till diagnos vid reumatoid artrit

Andel personer med RA som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har < 13 månaders sjukdomsduration.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

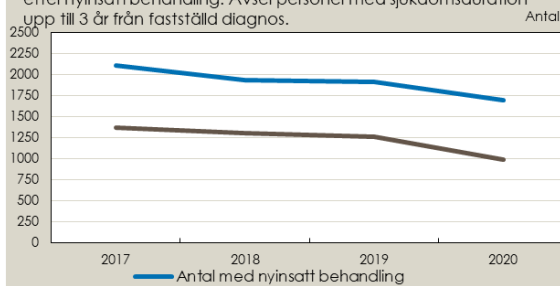
En effektiv läkemedelsbehandling syftar till att minska inflammationen och därigenom påverka sjukdomsförloppet på lång sikt. Det är av största vikt att insatt behandling utvärderas på ett strukturerat sätt vid adekvata tidpunkter för att bedöma nytta och risker med fortsatt behandling för den enskilde patienten.

Indikatorn *vårdkontakt efter nyinsatt behandling* visar andelen personer med reumatoid artrit som har en registrerad kontakt med vården som möjliggör utvärdering av tidigare insatt behandling 2-6 månader efter första behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel). Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till ≥ 90 procent [57].

Under år 2020 har 1 691 personer med reumatoid artrit fått nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel enligt SRQ, jämfört med 1 909 fall året innan (tabell 18), en minskning med 11 procent. Både antalet som får nyinsatt behandling och därmed antalet som följs upp efter nyinsatt behandling har minskat under senaste åren, dock var nedgången mer markant för 2020 jämfört med perioden 2017–2019 (diagram 68). Andelen som fått uppföljande vårdkontakt efter nyinsatt behandling har varit relativt stabilt under 2017-2019 men minskade med 7 procentenheter år 2020 (diagram 69). Andelen som får uppföljande vårdkontakt efter nyinsatt behandling skiljer sig inte mellan kvinnor och män, och samma minskning procentuellt har skett för båda könen under 2020 jämfört med året innan (diagram 69). Diagram 70 visar andelen som hade en vårdkontakt efter nyinsatt behandling per sjukvårdsregion. Samtliga sjukvårdsregioner ligger under den nationella målnivån på ≥ 90 procent.

Diagram 68. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

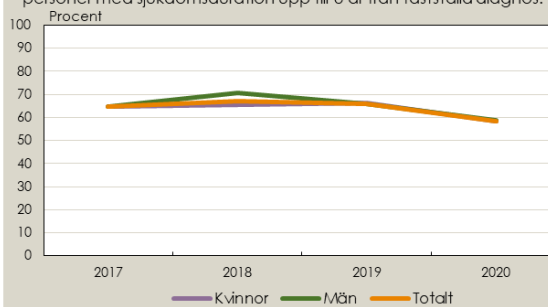
Antal personer med RA och nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel och antal med registrerad vårdkontakt 2-6 månader efter nyinsatt behandling. Avser personer med sjukdomsduration upp till 3 år från fastställd diagnos.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Diagram 69. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

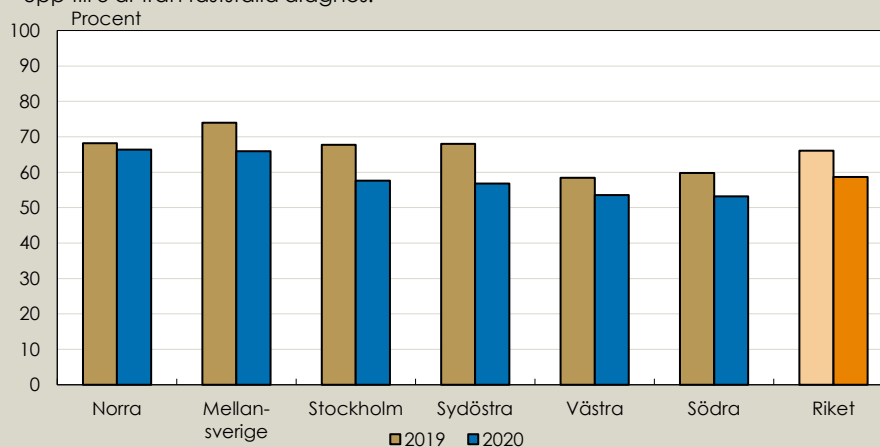
Andelen personer med RA som har en registrerad vårdkontakt 2-6 månader efter första behandling med DMARD-läkemedel. Avser personer med sjukdomsduration upp till 3 år från fastställd diagnos.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram 70. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

Andelen personer med RA som har en registrerad vårdkontakt 2-6 månader efter första behandling med DMARD-läkemedel. Avser personer med sjukdomsduration upp till 3 år från fastställd diagnos.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar. Sjukdomen har oftast ett långsamt fortskridande sjukdomsförlopp. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsburden orsakas av artros i knä och höft.

Förekomsten av artros är starkt åldersrelaterad och ökar tydligt efter 50-årsåldern. Höftartros och knäartros kräver särskilt stora resurser i hälso- och sjukvården. De flesta med artros har dessutom minst en ytterligare kronisk sjukdom, såsom en hjärt-kärlsjukdom [55].

Tabell 19. Indikationer artros

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen	
	2020	2019	2020	2019
Patientutbildning och träning vid artros	3 014	7 004	592 (19,6 %)	2 008 (28,7 %)
Uppföljning av påbörjad behandling*	9 523	15 770	5 251 (55,1)	9 954 (63,1)

* Ingår inte i NR rörelseorganens sjukdomar men redovisas inom syftet för denna rapport.

Källa: BOA-registret (Bättre omhändertagande av patienter med artros).

➔ Läs mer om indikatorerna för artros på Socialstyrelsens webbplats.

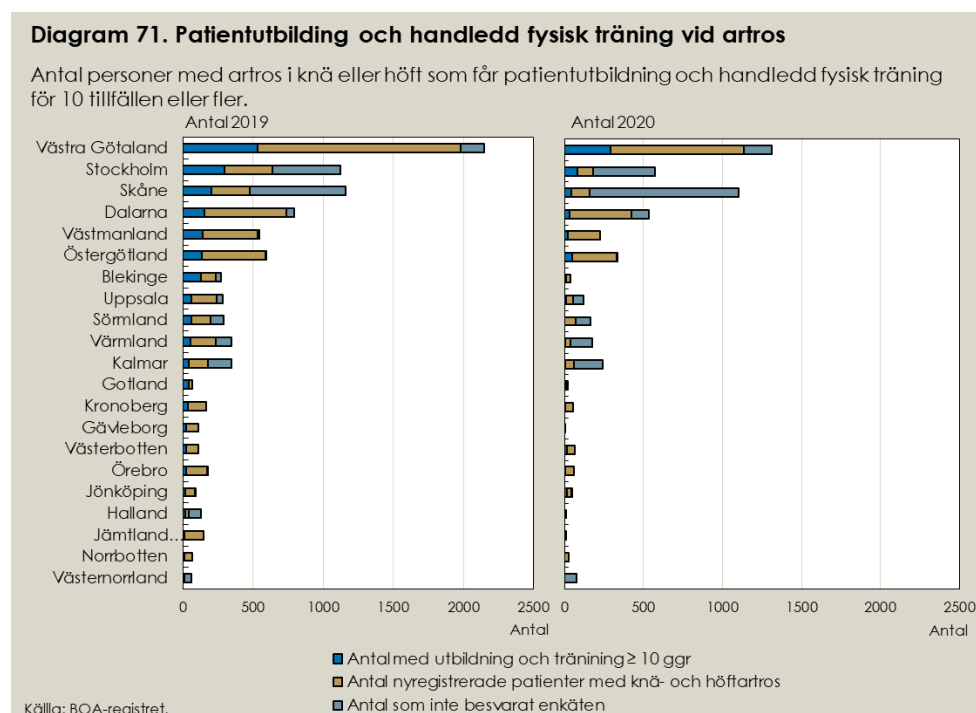
Patientutbildning och fysisk träning vid artros

Patientutbildning och handledd fysisk träning utgör grundbehandlingen för personer med artros. Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros och dess behandlingsmöjligheter vilket ska bidra till ökad motivation för egeninsats vid behandling och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Träningen behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan. För att uppnå smärtlindring och funktionsförbättring vid artros har forskning visat att träning minst två, gärna tre, gånger i veckan behövs för optimal effekt. Träningen behöver vara speciellt riktad till artrosgruppen eftersom smärta oftast är en barriär. Därför, och för en bättre följsamhet till behandlingen, är fysioterapeutledd träning att rekommendera för personer med artros. Alternativa träningsformer behöver dock finnas, bland annat för multisjuka, psykiskt sjuka och de som har långt till vården.

Indikatorn avser att mäta andelen personer med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp under 10 tillfällen eller fler. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån för patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp till ≥ 80 procent [57]. För närvarande finns inte möjligheten i BOA att registrera gruppträning utan enbart handledd (övervakad) fysisk träning, som kan ges i grupp, individuellt eller digitalt. Med hänsyn till svårigheten med att erbjuda sedvanlig gruppträning under pågående covid-19-pandemi redovisas digital träning och digital utbildning vid artros separat.

År 2020 gjorde 3 014 personer med knä- eller höftartros ett första besök hos en fysioterapeut jämfört med 7 004 året innan, enligt BOA-registret. Av dessa har 19,6 procent under 2020 fått patientutbildning och handledd fysisk träning under 10 tillfällen eller fler. Motsvarande andel för 2019 var 28,7 procent. Enligt BOA väljer nästan 90 procent av personerna att få en genomgång med fysioterapeut av ett individuellt anpassat träningsprogram, men endast 25 procent av dessa deltar sedan i övervakad träning i den utsträckning som enligt forskningen antas ha god effekt [58]. Enligt BOA är andelen som deltar i patientutbildning och handledd fysisk träning 10 tillfällen eller fler något högre för kvinnor än män. Skillnaden var cirka 3–4 procentenheter både 2019 och 2020. Stora regionala skillnader finns i andelen som får patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 tillfällen eller fler (diagram 71). Andelen som får insatsen varierar från 8 till 57 procent (2019). År 2020 har andelen som fått insatsen minskat i nästan alla regioner jämfört med 2019

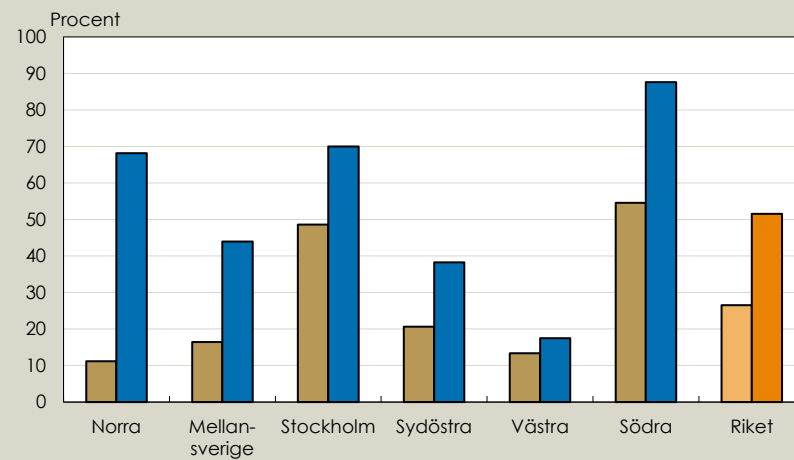
(diagram 71). För tolkningen av resultaten är det viktigt att beakta att bortfallet, det vill säga andelen nyregistrerade som inte besvarat BOA:s enkät om patientutbildning och träning, har ökat under 2020, särskilt i vissa regioner.



Eftersom fysisk träning vid artros behöver vara långvarig för att ge en god effekt har digitala alternativ för övervakad fysisk träning utvecklats. Digitala artrosskolor har funnits sedan flera år tillbaka inom vissa regioner och även genom privata aktörer. Sedan maj 2019 registreras den digitala träningen i BOA. Diagram 72 visar att andelen som deltagit i fysisk träning digitalt har mer än fördubblats under perioden maj – december 2020, jämfört med samma period året innan. Data bör tolkas med försiktighet eftersom digital träning har börjat registreras i BOA maj 2019, därför kan registreringsgraden fortfarande vara lägre än önskvärt i vissa regioner. Även andelen som deltagit i patientutbildning digitalt har ökat avsevärt (diagram 73). Emellertid har antalet nya registreringar i BOA år 2020 nästan halverats, jämfört med 2019 (tabell 19, diagram 74). Även antalet uppföljningar som vanligtvis görs vid tre månader efter påbörjad grundbehandling har minskat kraftigt (tabell 19, diagram 74).

Diagram 72. Digital träning vid artros

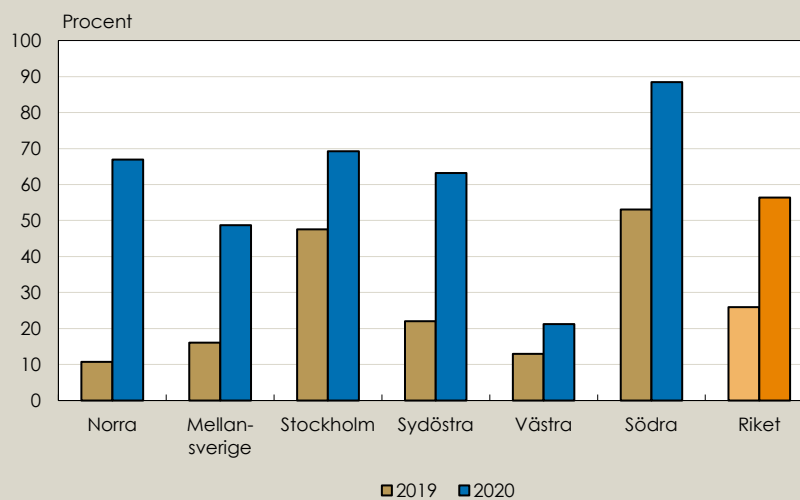
Andel personer med knä- eller höftartros som deltagit i fysisk träning digitalt, bland alla som fått fysisk träning*.



* Gäller perioden maj - december.
Källa: BOA-registret.

Diagram 73. Digital utbildning vid artros

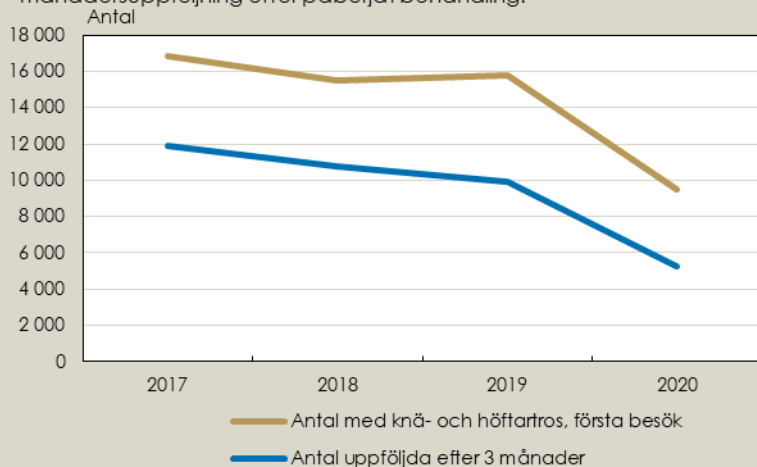
Andel personer med knä- eller höftartros som fått patientutbildning digitalt, bland alla som fått patientutbildning.



Källa: BOA-registret.

Diagram 74. Uppföljning av påbörjad behandling vid artros

Antal nyregistrerade patienter i BOA med knä- eller höft artros som haft en första besök till fysioterapeut och antal som deltagit i 3-månadersuppföljning efter påbörjat behandling.



Osteoporos

Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare. Det gör att benet bryts lättare, till exempel när man ramlar eller bara gör ett tyngre lyft. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen, som ofta är allvarliga. Benskörhetsfrakturer kräver också mycket resurser av hälso- och sjukvården. Risken för osteoporos ökar med åldern. Varje år uppstår 80 000–90 000 benskörhetsfrakturer, varav cirka 15 000–16 000 i höfter [55].

Tabell 20. Indikatorer osteoporos

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen		Antal och andel personer som fått insatsen		
	2020	2019		2020	2019
Tidig operation vid höftfraktur	10 920	12 257	24 timmar	7 343 (67,2 %)	8 492 (69,3 %)
			48 timmar	10 330 (95 %)	11 629 (95 %)

Källa: Rikshöft.

➔ Läs mer om indikatorerna för osteoporos på Socialstyrelsens webbplats.

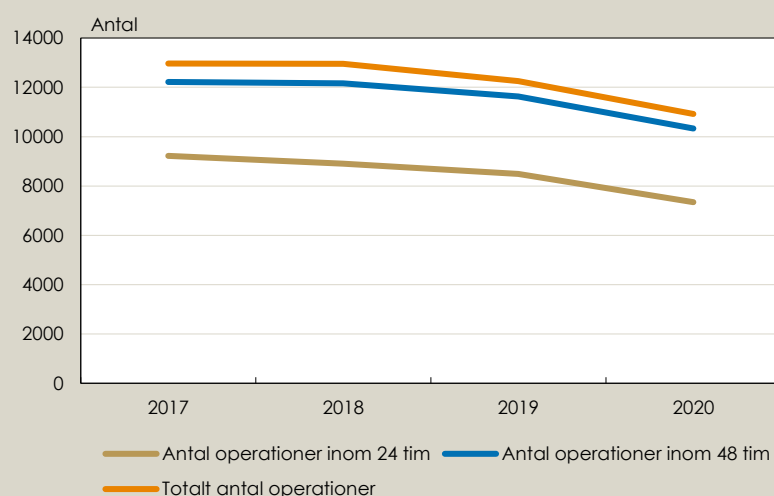
Höftfrakturer

Många som drabbas av höftfrakturer i samband med osteoporos får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Dödligheten inom det första året efter en höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård.

Höftfrakturopoperationen bör utföras så snart som möjligt, helst inom 24–48 timmar. Dröjer tiden till operation ökar risken för komplikationer. Indikatorn *Tidig operation vid höftfraktur* visar andelen fall av höftfraktur som opereras inom a) 24 och b) 48 timmar från ankomst till sjukhus. Andelen som år 2020 fått en höftfrakturopoperation inom 24 timmar var 67 procent, jämfört med 69 procent året innan. Andelen som opererats inom 48 timmar var 95 procent för båda åren (tabell 20). Ingen större skillnad kunde ses mellan kvartalen 2020 jämfört med samma kvartal året innan. Det är nästan dubbel så många kvinnor än män med höftfraktur som opereras, dock skiljer sig andelen som opereras inom 24 respektive 48 timmar marginellt mellan könen. År 2020 har 1 337 färre höftfrakturopoperationer registrerats i Rikshöft jämfört med året innan (diagram 75). Den nedgående trenden från 2018 beror delvis på att fler regioner har slutat registrera åtgärden i Rikshöft. Den regionala variationen för andelen som opereras inom 24 timmar var mellan 48–84 procent (diagram 76). För andelen som opereras inom 48 timmar var den regionala variationen mellan 93 – 99 procent (diagram 77).

Diagram 75. Tidig operation vid höftfraktur

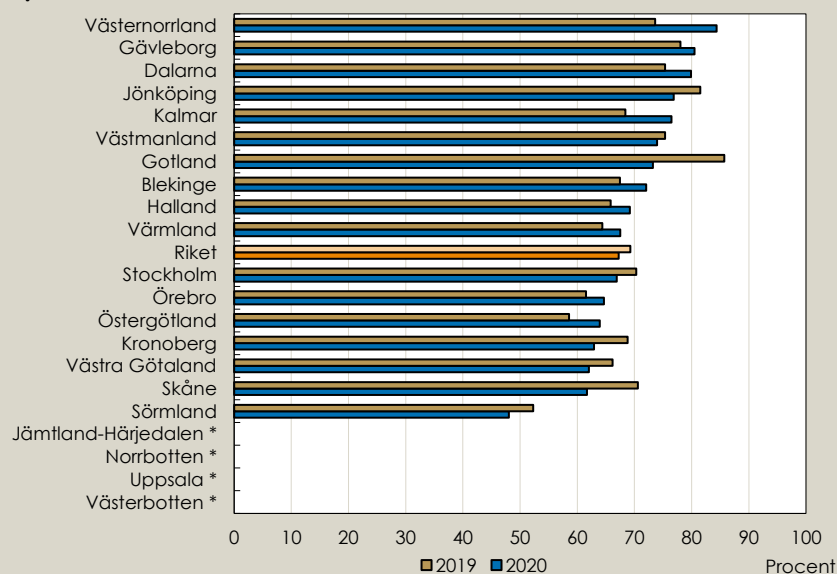
Antal fall av höftfraktur som opereras inom 24 timmar alternativt 48 timmar från ankomst till sjukhus och totalt antal som opererats.



Källa: Rikshöft.

Diagram 76. Tidig operation vid höftfraktur, 24 timmar

Andelen fall av höftfraktur som opereras inom 24 timmar från ankomst till sjukhus.

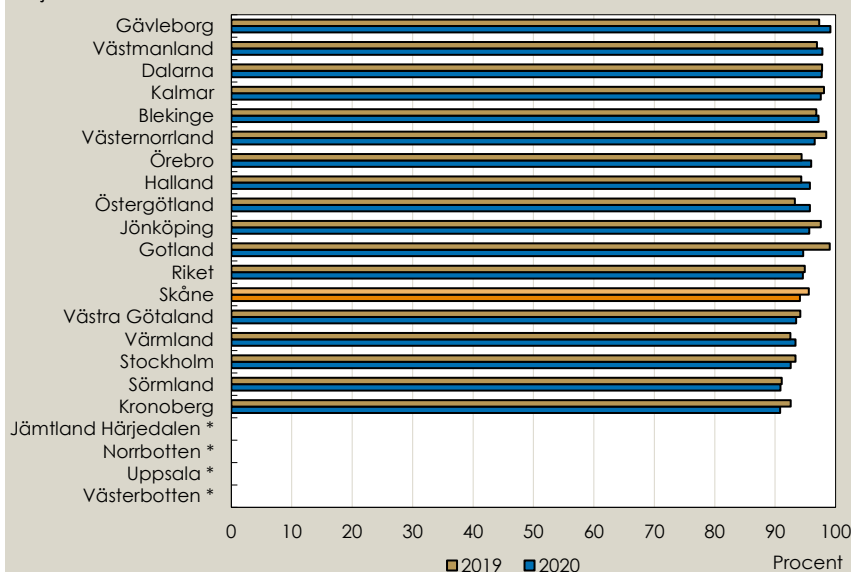


* har inte rapporterat in data för båda perioderna.

Källa: Rikshöft.

Diagram 77. Tidig operation vid höftfraktur, 48 timmar

Andelen fall av höftfraktur som opereras inom 48 timmar från ankomst till sjukhus.



* Har inte rapporterat in data för båda perioderna.

Källa: Rikshöft.

Sammanfattning rörelseorganens sjukdomar

Vad gäller reumatoid artrit visar resultaten för 2020 inga större skillnader jämfört med tidigare år vad gäller antalet nydiagnostiserade fall med RA eller andelen som får diagnos inom 20 veckor från symtomdebut. Verksamheten inom reumatologin har tidigare rapporterat ett lägre antal nya besök vid tidig RA samt ett lägre antal inkomna remisser under perioden mars–juli 2020 [59]. Som verksamheten själv rapporterat har det skett en återhämtning därefter. Sett över hela året kan man konstatera att minskningen i antalet nya besök i början av covid-19-pandemin kan bero åtminstone delvis på en lägre grad av inrapportering, eftersom data för hela året pekar på att ungefär det förväntade antalet nydiagnostiserade fall inträffat under 2020. Det kan också vara att trots minskningen i antalet nya besök i början av covid-19-pandemin har en omställning till digitala besök bidragit till att antalet nydiagnostiserade år 2020 inte påverkats. Flera verksamheter inom reumatologi har t.ex. rapporterat att fysiska besök till viss mån har ersätts med digitala besök, vilket gjorde att väntelistorna för nytt besök blev något kortare i dessa verksamheter [59]. Det kan dock vara fallet att verksamheterna har prioriterat nya besök framför andra mottagningsbesök. Detta ses i resultaten för indikatorn vårdkontakt vid nyinsatt behandling, som visar en tydlig minskning under 2020 i andelen som följts upp efter nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel.

Vad gäller artros har andelen som fått patientutbildning och handledd fysisk träning minskat i hela landet medan digitala lösningar för både fysisk träning och patientutbildning ökat. Samtidigt har antalet påbörjade behandlingar/nya besök till fysioterapeut så väl som uppföljningar av påbörjad behandling nästan halverats under 2020. Olika förklaringar kan ligga bakom

orsaken till denna minskning t.ex. svårigheter inom vården att erbjuda handledd fysisk träning på grund av covid-19-pandemin och de omfördelningar av resurser inom rehabiliteringsverksamheten som den medförde. Det kan också vara så att patienten själv har avstått från att söka vård, personer med artros är ofta äldre. Enligt BOA har en del patienter kommit på ett första besök innan covid-19-pandemin, men sedan avstått från behandling på grund av covid-19-pandemin. Flera enheter har ställt om till digital behandling, dock har förutsättningarna för en sådan omställning varit olika mellan regionerna. Det är också sannolikt att en underrapportering har skett under 2020, särskilt vad gäller digital vård.

Vad gäller osteoporosvården kan man konstatera att åtminstone tid till operation efter höftfraktur inte har påverkats av covid-19-pandemin. Detta är dock en väldigt liten del av vården som ges till personer med osteoporos. Förebyggande insatser såsom systematisk riskvärdering, utredning och behandling för att kunna förebygga nya frakturer, framför allt hos äldre personer med hög risk för fraktur, behöver också ingå i redovisningen för att kunna utvärdera effekterna av covid-19-pandemin för vården vid osteoporos.

Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Årligen insjuknar cirka 2 000 personer i Sverige i schizofreni eller i schizofreniliknande sjukdomar. Schizofreniliknande tillstånd omfattar schizofreniform psykos, schizoaffektivt syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom samt ospecificerad icke-organisk psykos. Schizofreni är en psykosjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning, vilket ofta medför nedsatt funktion på ett eller flera områden. I Sverige har 30 000–40 000 personer diagnosen schizofreni.

Covid-19-pandemin har på många sätt påverkat människors liv under år 2020. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med schizofreni högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [3].

Även insatser från sjukvården och kommunala omsorgsinsatser har på många sätt påverkats av covid-19-pandemin. Personer med schizofreni som innebär omfattande funktionsnedsättningar får ofta hjälp och stöd från regioner och kommuner. En försvårande omständighet är att den förändrade verklighetsuppfattningen som sjukdomen ofta innebär också medför svårigheter att vara med och fatta beslut om vård och stöd. Det gör att många personer med schizofreni är särskilt utsatta för omvälvande samhällshändelser.

Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd har analyserats med syfte att se om covid-19-pandemin har påverkat tillgången till tre insatser från regioner och kommuner: boendestöd i eget boende, strukturerad bedömning av suicidrisk, och läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning (tabell 21).

Tabell 21. Indikatorer schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar

Indikator	Antal patienter aktuella för insatsen		Antal och andel patienter som fått åtgärden	
	2020	2019	2020	2019
Boendestöd i ordinärt boende	46 115	42 251	6 649 (14,4%)	6 651 (15,7%)
Strukturerad suicidbedömning	4 894	4 931	3 138 (64,1)	3 004 (60,9%)
Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning	21 935	17 506	12 664 (57,7%)	11 016 (62,9%)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd på Socialstyrelsens webbplats.

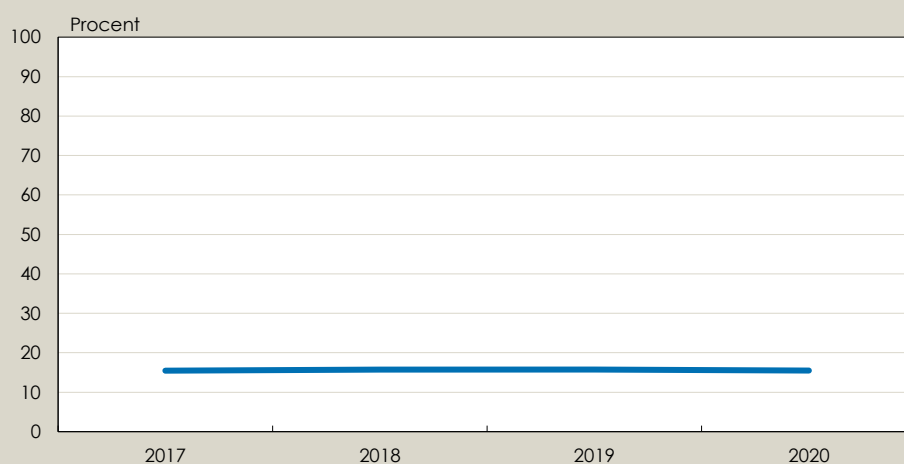
Boendestöd i ordinärt boende

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har inte sällan svårt att klara av ett självständigt hushåll. Personer med schizofreni kan också ha svårt att samspela med grannar. Detta kan leda till problem med att behålla sin bostad. Socialstyrelsen rekommenderar att socialtjänsten bör erbjuda boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårigheter att självständigt klara sitt hushåll [60]. Insatsen boendestöd i eget boende kan bland annat innebära ökad förmåga att

självständigt klara av sitt hemliv och ökad delaktighet i samhället. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [60]. Indikatorn visar *andelen personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd*. Andelen med boendestöd var 14 procent år 2020 vilket var marginellt lägre än andelen 2019 (diagram 78).

Diagram 78. Boendestöd i ordinärt boende

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd i ordinärt boende.



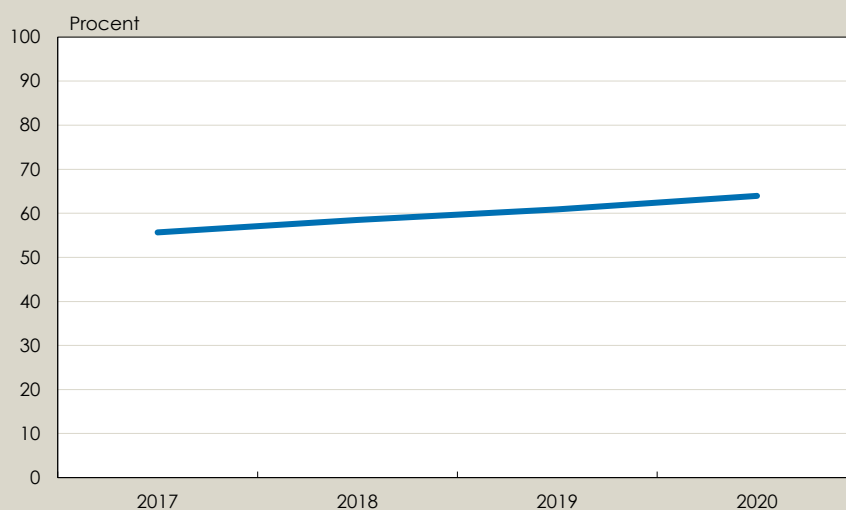
Källa: Patientregistret.

Strukturerad suicidbedömning

Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för suicidbeteende. Beprövad erfarenhet visar att en strukturerad bedömning ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda strukturerad bedömning av suicidrisk till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och misstänkt ökad suicidrisk. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [60]. Indikatorn visar *andel personer som genomgått strukturerad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är nyinsjuknade*. Resultaten visar på en årlig ökning från 2017 till 2020 och därför förefaller inte covid-19-pandemin ha påverkat strukturerade bedömningar av suicidrisk (diagram 79).

Diagram 79. Strukturerad bedömning av suicidrisk

Andel som genomgått strukturerad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är nyinsjuknade.



Källa: Patientregistret.

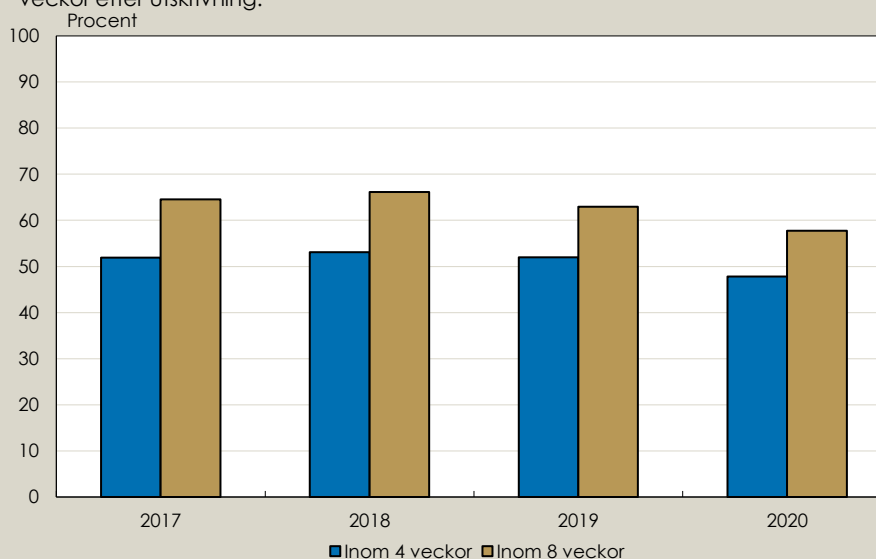
Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

Kontinuitet i vårdkedjan är en förutsättning för god vård. Tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från sluten vård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan mellan psykiatrisk sluten- och öppen vård. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av sluten vård. Rekommendationen har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är av den anledningen viktig att följa upp [60]. Indikatorn visar *andel vårdtillfällen i sluten vård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som följs av ett läkarbesök i psykiatrisk öppen vård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivning*.

Resultaten visar att färre gjort återbesök både inom fyra veckor och åtta veckor under åren 2018, 2019 och 2020 (diagram 80). Det saknas därför indikation på att covid-19-pandemin påverkat denna insats.

Diagram 80. Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

Andel vårdtillfällen i slutenvård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som följs av ett läkarbesök i psykiatrisk öppenvård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivning.



Källa: Patientregistret.

Sammanfattning schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Resultaten visar att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan i regionerna och kommunerna när det gäller boendestöd i eget boende, strukturerad bedömning av suicidrisk eller läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning. Det finns ingen skillnad mellan män och kvinnor eller olika åldersgrupper. För alla tre indikatorer gäller att nivåerna på andelarna som fått insatserna kan anses som låga, vilket visar på ett utvecklingsbehov för vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Vård vid stroke

Stroke är ett samlingsnamn på de symtom som uppstår när hjärnan skadas på grund av hämmad syretillförsel. Syrebristen uppkommer när en blodpropp har bildats i något av hjärnans blodkärl (akut ischemisk stroke eller hjärninfarkt). Stroke kan också orsakas av en hjärnblödning när ett blodkärl brister inne i hjärnan eller på hjärnans yta.

I Sverige insjuknar varje år cirka 25 000 personer i stroke [61]. Stroke drabbar ofta äldre; medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år. I Sverige är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken, och globalt är det den näst vanligaste orsaken till död och funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med stroke högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [3].

Covid-19-pandemin har i flera länder orsakat drastiska förändringar av resursfördelningen vilket påverkat tillgängligheten och kapaciteten inom bl.a. strokevården [62]. En minskning av sjukhusinläggningar vid akut stroke och hjärtinfarkt samt uppskjutna elektiva operationer har rapporterats tidigt under covid-19-pandemin från flera länder [63]. Socialstyrelsen har i ett faktablad som publicerades hösten 2020 också rapporterat om en minskning av antalet fall av stroke som vårdats på sjukhus under de första pandemimånaderna. Emellertid har både akut vård och behandling vid stroke samt elektiv kirurgi vid symtomgivande karotisstenos getts i samma utsträckning som tidigare år [35].

Urvalet indikatorer som analyseras i denna rapport för att se hur dessa åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin är desamma som redovisades i tidigare faktablad samt indikatorer inom rehabilitering och uppföljning. Indikatorerna ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke [64]. I redovisningen ingår även antalet fall av stroke som vårdats på sjukhus och dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvård för stroke (tabellerna 22, 23 och 24).

Tabell 22. Indikatorer vård vid stroke – akut vård och behandling

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen*		Antal och andel personer som fått insatsen*	
	2020	2019	2020	2019
Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus	13 521	14 259	4 907 (36,3 %)	5 318 (37,3 %)
Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke	12 959	13 623	2 115 (16,3 %)	2 299 (16,9 %)
Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling	1 677	1 908	739 (44,1 %)	835 (43,8 %)
Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	14 745	15 538	12 108 (82,1 %)	12 833 (82,6 %)

* Gäller perioden januari – september.

Källa: Riksstroke.

Tabell 23. Indikatorer vård vid stroke – dödlighet

Indikator		Antal personer med förstagångsstroke		Antal och andel* avlidna	
		2020	2019	2020	2019
Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, 28 dagar	Ischemisk stroke	15 371	15 704	1 547 (10,2 %)	1 570 (9,9 %)
	Intracerebral blödning	2 832	2 847	861 (31,9 %)	806 (29,3 %)

*Åldersjusterade värden. Strokepopulationen från år 2019 (förstagångsstroke) användes för åldersstandardiseringen.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 24. Indikatorer vård vid stroke – rehabilitering

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen*		Antal och andel personer som fått insatsen*	
	2020	2019	2020	2019
Slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke	13 560	14 215	1 914 (14,1 %)	2 034 (14,3 %)
Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stökteam	8 264	8 280	1 774 (21,5 %)	1 627 (19,6 %)
Multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering på sjukhus	13 560	14 215	966 (7,1 %)	1 161 (8,2 %)

*Gäller perioden januari till september.

Källa: Riksstroke.

➔ Läs mer om indikatorerna för stroke på Socialstyrelsens webbplats.

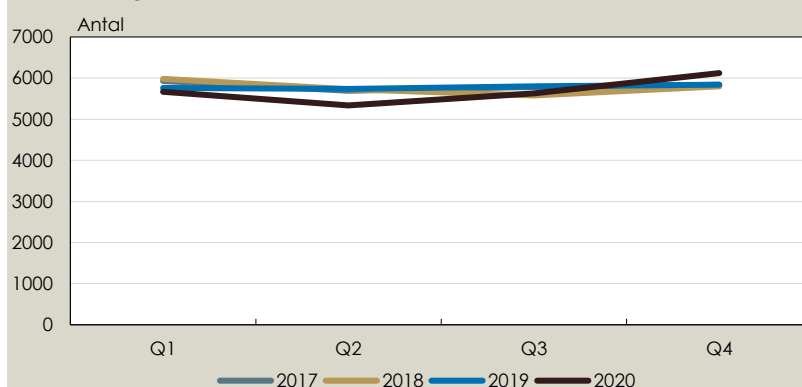
Antalet fall av stroke

I faktabladet från hösten 2020 har Socialstyrelsen rapporterat cirka 10 procents minskning av antalet fall av akut stroke som vårdats på sjukhus under första halvåret 2020 jämfört med 2019 [35]. Minskningen i inrapporterade fall var mer måttlig i patientregistret än i det nationella kvalitetsregistret Riksstroke, vilket talar för en lägre täckningsgrad i storkeregistret i början av covid-19-pandemin.

För hela året 2020 har 22 754 sjukhusvårdade fall av stroke registrerats i patientregistret, jämfört med 23 137 fall året innan. Kvartal två och fyra skilde sig något från samma period året innan; ett färre antal fall rapporterades under kvartal två och något fler under kvartal fyra (diagram 81). Med hänsyn till att incidenta fall av stroke minskar för varje år var det totala antalet sjukhusvårdade fall av stroke under 2020 nästan som förväntat. Fördelningen av antalet strokefall mellan könen skilde sig inte år 2020 jämfört med 2019. Antalet strokefall år 2020 följde samma mönster per kvartal för både män och kvinnor.

Diagram 81. Antal fall av stroke som vårdats på sjukhus

Totalt antal sjukhusvårdade fall av stroke (I61, I63, I64) som registrerats i patientregistret.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Riksstroke data som presenterades i tidigare faktablad innefattade 8 625 sjukhusvårdade fall av stroke för perioden januari – juni 2020, och 10 292 fall för motsvarande period 2019 [35]. I denna uppföljning har siffran för perioden januari – juni 2020 justerats till 9 833 fall. Det innebär att 1 208 fall, cirka 12 procent, saknades från tidigare redovisning, troligen på grund av en eftersläpning i registreringen. För månaderna maj och juni saknades 16 respektive 36 procent av fallen.

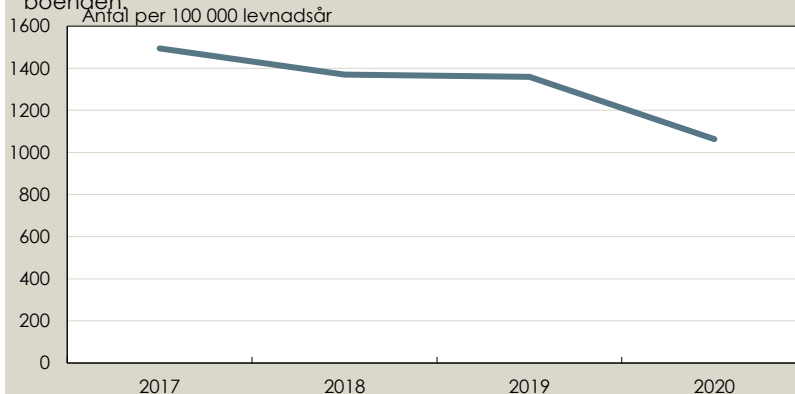
Antalet fall av stroke som skickats till sjukhus från särskilda boenden

Ett stort antal upplysningar med kopplingar till covid-19-pandemin har under våren 2020 rört äldreomsorg. Inspektionen av vård och omsorg (IVO) har under våren 2020 genomfört en tillsyn vad gäller smittspridning inom äldreomsorg under covid-19-pandemin vilket bekräftade att det har varit stora utmaningar för äldreboenden (SÄBO), hemtjänst och LSS-boenden för vuxna att begränsa smittspridning [38]. IVO genomför just nu en tillsyn i regioner och privata verksamheter med ansvar för läkarinsatser vid särskilda boenden för äldre. IVO konstaterar allvarliga brister hos regionerna vad gäller medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under covid-19-pandemin [39].

Cirka 1 200 personer bosatta på särskilt boende skickas årligen till sjukhus på grund av akut insjuknande i stroke. Enligt Socialstyrelsens patientregister och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SOL-registret) har antalet fall av stroke som under 2020 skickats in till sjukhus från särskilda boenden minskat med 25 procent jämfört med 2019. Uppräknat per 100 000 levnadsår i särskilda boenden, det vill säga justerat för ett potentiell högre antal dödsfall under 2020, var minskningen fortfarande märkbar – cirka 22 procent (diagram 82). Minskningen i antalet strokefall per 100 000 levnadsår i särskilda boenden var mer uppenbar för kvinnor än för män. Detta kan delvis bero på att i särskilda boenden populationen finns det fler kvinnor än män och i genomsnitt får kvinnor stroke i högre ålder.

Diagram 82. Antal sjukhusvårdade fall av stroke inom särskilda boenden

Totalt antal sjukhusvårdade fall av stroke (I61, I63, I64) som inträffat hos personer inom särskilda boenden per 100 000 levnadsår i särskilda boenden.



Källa: Patientregistret och SOL-registret, Socialstyrelsen.

Med hänsyn till IVO:s pågående tillsyn av medicinsk vård och behandling av personer på SÄBO under covid-19-pandemin behöver även läkarbedömningar för ställningstagande till fortsatt vårdform vid misstänkt stroke redovisas för att kunna tolka minskningen i antalet fall av stroke som skickats in till sjukhus från särskilda boenden.

Akut vård och behandling vid stroke

Den akuta vårdkedjan vid stroke syftar till att personer med stroke ska få behandling så tidigt som möjligt. Vid akut ischemisk stroke dvs. den typen av stroke som uppstår när en blodpropp orsakar syrebrist i hjärnan, syftar behandlingen till att återställa blodflödet och syretillförseln (så kallad reperfusion) till den delen av hjärnan som drabbats. Detta kan göras antingen med propplösande läkemedel (trombolys) eller interventionellt (trombektomi). Allmänhetens kunskap om strokesymtom, snabb ankomst till sjukhus samt strokevårdens processer för snabb utredning och diagnostik har stor påverkan på hur fort en patient kan få behandling.

Personer som insjuknat i stroke vårdas på en specialiserad strokeenhet. För att de ska kunna dra maximal nytta av den högre vårdkvalitet som en strokeenhet ger, bör personer som insjuknat i stroke läggas in direkt på strokeenhet vid ankomst till sjukhuset utan att först vårdas på annan vårdavdelning. I de nationella riktlinjerna har inläggning på strokeenhet som första vårdenhet högsta prioritet och den nationella målnivån ligger på ≥ 90 procent.

Fyra indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke har analyserats med syfte att se hur vården i det akuta skedet efter stroke påverkats under covid-19-pandemin: tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus, reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke, tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling och strokeenhet som första vårdnivå vid stroke.

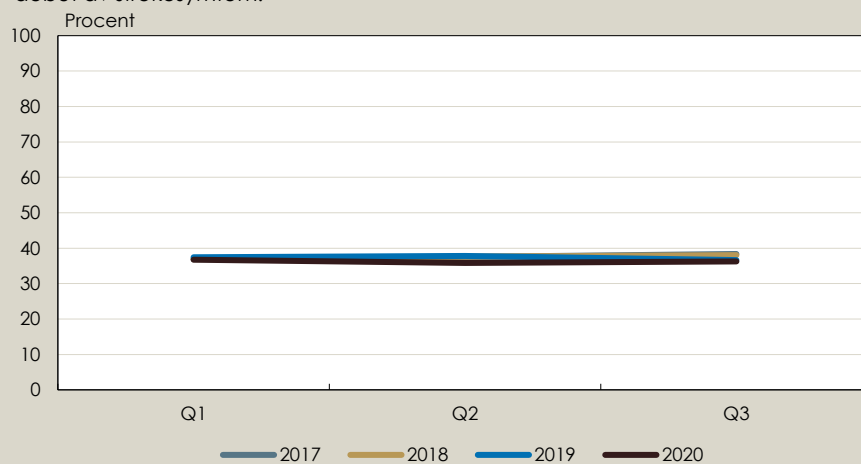
Tid till sjukhus

Indikatorn *Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus* speglar allmänhetens kunskaper om vikten av att snabbt söka vård vid strokesymtom men också den prehospitla vårdens organisation och kvalitet vid misstänkt stroke. Indikatoren visar andelen strokefall där patienten anländer till sjukhus inom tre timmar från debut av strokesymtom. Andelen personer med stroke som anlänt till sjukhus inom tre timmar från symtomdebut har varit relativt stabilt på cirka 38 procent under perioden januari – september 2017–2019. Samma period år 2020 var andelen 36,3 procent (diagram 83). Andelen som anländer till sjukhus inom 3 timmar från symtomdebut är något högre för män än för kvinnor. Skillnaden år 2020 var cirka 3 procentenheter. På regionnivå har andelen som år 2020 anlänt till sjukhus inom tre timmar från symtomdebut varierat mellan 30 och 45,5 procent (diagram 84).

Tabell 22 visar att antalet inrapporterade fall av stroke i Riksstroke minskat marginellt år 2020 jämfört med 2019. I tidigare publicerat faktablad har antalet fall inkluderade i jämförelsen varit färre, särskilt för månaderna maj och juni, på grund av eftersläpning i registreringen [35]. Trots bortfallet har resultatet varit samma, en marginell skillnad från tidigare år i andel som anlänt till sjukhus inom tre timmar från symtomdebut.

Diagram 83. Tid mellan debut av strokesymtom och ankomst till sjukhus

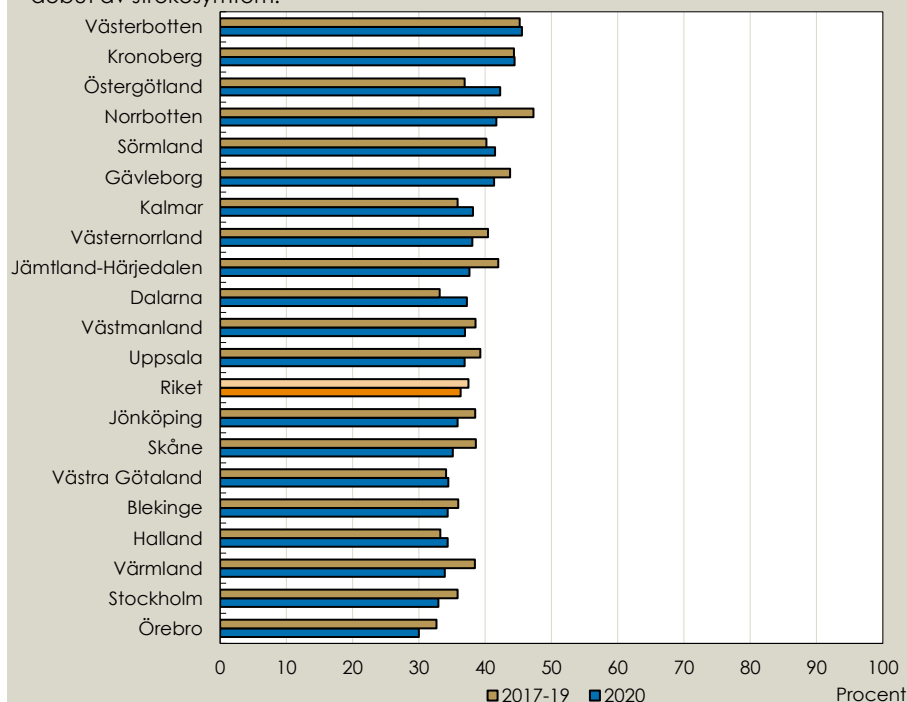
Andelen fall av stroke där personen anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom.



Källa: Riksstroke.

Diagram 84. Tid mellan debut av strokesymtom och ankomst till sjukhus

Andelen fall av stroke där personen anländer till sjukhus inom 3 timmar efter debut av strokesymtom.



*Gäller perioden januari - september. Gotland visas inte pga för få registreringar.

Källa: Riksstroke.

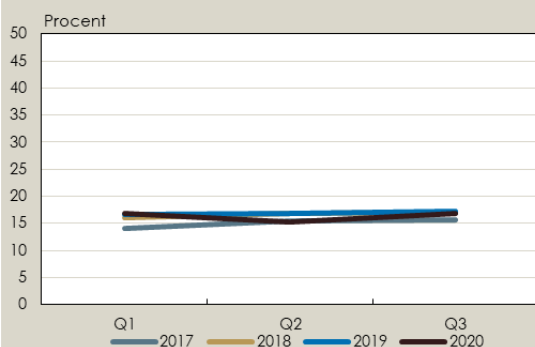
Behandling med reperfusion

Reperusionsbehandling minskar risken för funktionshinder och ju tidigare den ges, desto bättre blir dess resultat. Indikatorn *Reperusionsbehandling vid akut ischemisk stroke* visar andelen fall av akut ischemisk stroke som får reperusionsbehandling med trombolys och/eller trombektomi, och indikator *Tid mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling* visar andelen som får trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomst till sjukhus. Socialstyrelsens nationella målnivåer för indikatorerna ligger på ≥ 20 procent för andelen som får reperusionsbehandling och ≥ 50 procent för andelen som får trombolys inom 30 min från ankomst till sjukhus.

Genomsnittet för andelen reperusionsbehandlade för perioden januari – september 2020 var 16,3 procent, jämfört med 16,9 för samma period 2019 (diagram 85). Andelen som behandlats med trombolys inom 30 minuter från ankomst till sjukhus var oförändrad för perioden januari – september 2020 jämfört med samma period 2019, och låg på cirka 44 procent (diagram 86). Både reperusionsbehandling och trombolys inom målsatt tid har ökat de tre senaste åren, dock verkar trenden ha avstannat år 2020 på ungefär samma nivå som 2019 (diagram 85,86 och 88). För reperusionsbehandling skiljer sig inte andelen behandlade mellan män och kvinnor. Andelen män som får trombolys inom målsatt tid är något högre än för kvinnor, skillnaden har legat stabilt på cirka 2 till 3 procentenheter de senaste fyra åren.

Diagram 85. Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke

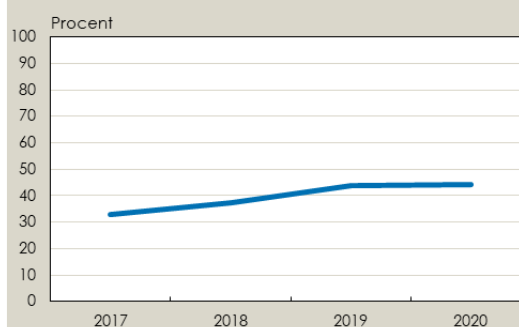
Andelen fall av akut ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling med trombolys och/eller trombektomi.



Källa: Riksstroke.

Diagram 86. Reperfusionsbehandling inom målsatt tid

Andelen fall av akut ischemisk stroke som fått trombolys inom 30 min från ankomst till sjukhus.



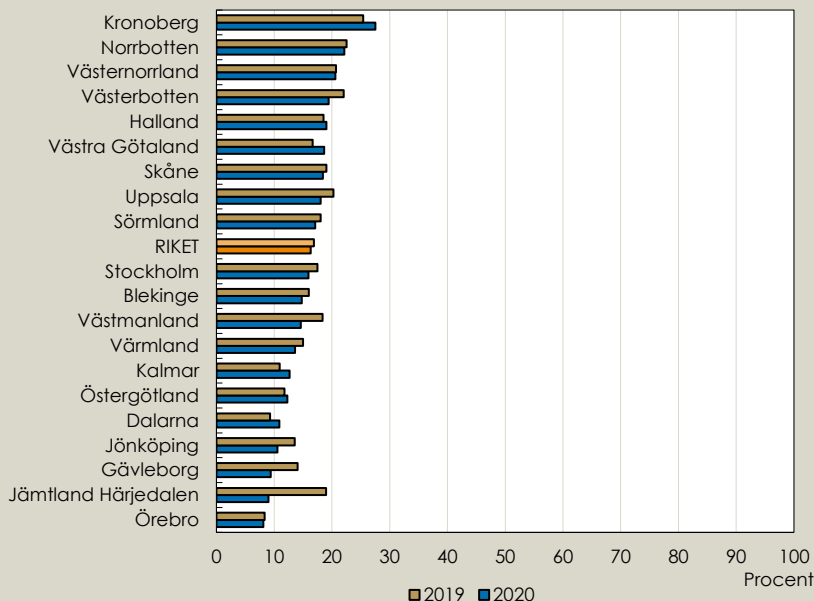
Källa: Riksstroke.

År 2020 varierade andelen reperfusionsbehandlade från 9 till 28 procent mellan regioner. Fyra regioner låg över den nationella målnivån på ≥ 20 procent (diagram 87). Diagram 88 visar andelen reperfusionsbehandlade per region för år 2020 och 2019. För flera regioner varierar andelen reperfusionsbehandlade inom regionen betydligt från år till år, därför är det inte möjligt att dra slutsatser om påverkan av covid-19-pandemin på reperfusionsnivån för varje region.

Resultaten visar att andelen som år 2020 fått reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke samt andelen som behandlats med trombolys inom målsatt tid har varit på i stort sett på samma nivå som 2019. Antalet personer som var aktuella för behandlingarna år 2020 jämfört med 2019 minskade med 5 respektive 12 procent (tabell 22). Det innebär att det fortfarande finns ett visst bortfall eller en eftersläpning i registreringen, och att resultaten kan komma att ändras för dessa behandlingar i vissa regioner.

Diagram 87. Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke

Andelen fall av akut ischemisk stroke som fått reperfusionsterapi med trombolytisk och/eller trombektomi.

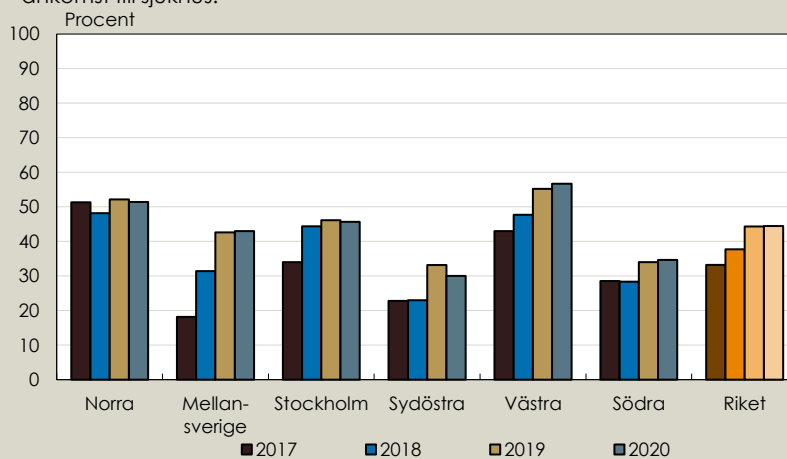


* Gäller perioden januari - september. Gotland visas inte pga för få registreringar.

Källa: Riksstroke

Diagram 88. Reperfusionsterapi inom målsatt tid

Andelen fall av akut ischemisk stroke som fått trombolytisk inom 30 min från ankomst till sjukhus.



* Gäller perioden januari - september.

Källa: Riksstroke.

Strokeenhet som första vårdnivå

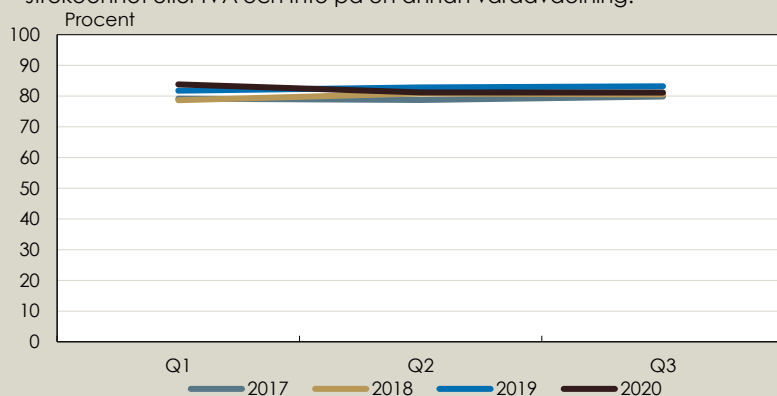
Vård på strokeenhet minskar dödligheten, funktionsberoendet och behovet av institutionsvård oavsett ålder vid insjuknandet, kön och sjukdomens allvarlighetsgrad. Indikatorn *Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke* visar andelen

personer med stroke som vid akut insjuknande först vårdas på strokeenhet eller IVA¹ och inte på en annan vårdavdelning.

Andelen som vårdats på strokeenhet har ökat långsamt från första kvartalet 2017 fram till första kvartalet 2020, från 79 till 84 procent (diagram 89). Rikets genomsnitt för perioden januari – september 2020 var 82,1 procent, jämfört med 82,6 procent år 2019 (tabell 22). År 2020 var den regionala variationen mellan 50 och 93 procent (diagram 90). Enbart två regioner ligger över den nationella målnivån på ≥ 90 procent trots att riktlinjernas rekommendation haft högsat prioritet sedan 2009. Andelen som vårdas på strokeenhet som första vårdnivå skiljer sig marginellt mellan könen. För flera regioner varierar andelen som vårdas först på strokeenhet inom regionen flera procentenheter från år till år, därför är det inte möjligt att dra slutsatser om påverkan av covid-19-pandemin på strokeenhetsvård för varje region.

Diagram 89. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Andelen fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.

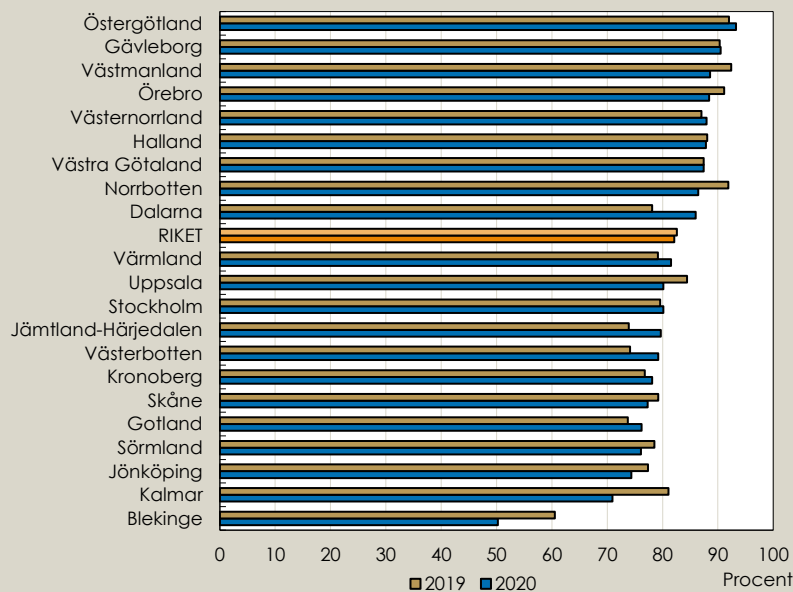


Källa: Riksstroke.

¹ Vissa patienter kan, efter individuell läkarbedömning, vara aktuella för intensivvård istället för vård på strokeenhet, därför inkluderas även vård vid IVA i jämförelsen.

Diagram 90. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Andelen fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.



* Gäller perioden januari - september.

Källa: Riksstroke.

Rehabilitering och uppföljning

Rehabilitering efter stroke sker i olika faser. Den akuta fasen startar på strokeenheten och fortsätter därefter i hemmet eller i öppenvården. För svårare strokefall är en längre sjukhusvistelse på strokeenhet eller annan slutenvårdsenhet för rehabilitering (eftervård) aktuell. Rehabiliteringen är framför allt inriktad på att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan. Insatsernas innehåll och intensitet varierar utifrån personens behov. Efter den initiala rehabiliteringen är det många som behöver återkommande insatser för att behålla sin funktionsförmåga. Spetskompetens behövs framför allt i det akuta skedet (sjukhusbaserad rehabilitering) men personal som är kunnig i stroke-rehabilitering behövs i hela vårdkedjan.

I de nationella riktlinjerna för vård vid stroke lyfts vissa rehabiliteringsinsatser fram, och de är bland de viktigaste åtgärderna där det finns stöd från vetenskaplig evidens och/eller beprövad erfarenhet [65]. I denna utvärdering redovisas följande indikatorer med syfte att se hur rehabilitering efter stroke påverkats under covid-19-pandemin: slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke, tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam och multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering (tabell 24).

Indikatorn *Slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke* visar andelen personer som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården. Resultaten varierar påtagligt i riket, vilket delvis kan bero på den lokala strukturen och hur vårdkedjan är organiserad. I denna rapport presenteras indikatorn uppdelat på a) alla med eftervård enligt Riksstroke och b) personer med stroke som fick rehabilitering på

specialiserad rehabiliteringsenhet enligt WebRehab. Andelen som får rehabilitering inom slutenvården efter stroke i riket har legat relativt stabilt på cirka 14 procent de senaste åren. Ingen uppenbar skillnad kan ses mellan kvartalen under 2020, eller jämfört med samma kvartal tidigare år (diagram 91). Andelen med slutenvårdsrehabilitering skilde sig inte heller mellan män och kvinnor. Variationen mellan regionen för 2020 var mellan 0 – 44 procent (diagram 93).

Medelvårdtiden i slutenvården efter akut insjuknandet i stroke minskar för varje år (diagram 92). År 2020 var medelvårdtiden för akut vård och eftervård sammanlagt cirka 12 dagar och rikets median var 7 dagar. Ingen uppenbar skillnad kunde ses mellan kvartalen eller mellan kön. En mer fördjupad analys om vårdtiden efter den akuta sjukhusvistelsen behövs dock för att kunna se om vården under covid-19-pandemin kunde erbjuda en längre vårdtid för de personer med svår stroke som är i behov av rehabilitering inom slutenvården.

Diagram 91. Rehabilitering inom slutenvården i anslutning till insjuknandet i stroke

Andel personer som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården.

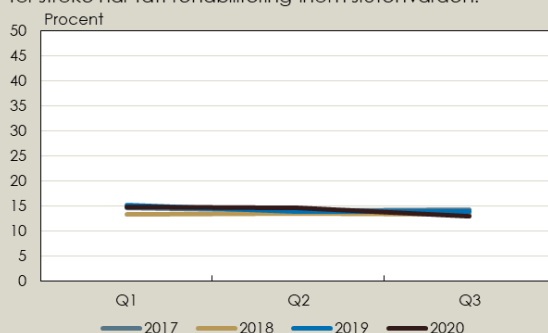


Diagram 92. Rehabilitering inom slutenvården - vårdtid

Vårdtidslängd (dagar) för hela sjukhusvistelsen, akut vård plus eftervård - medelvårdtid.

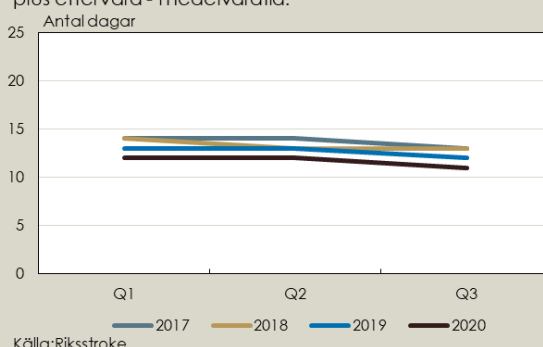
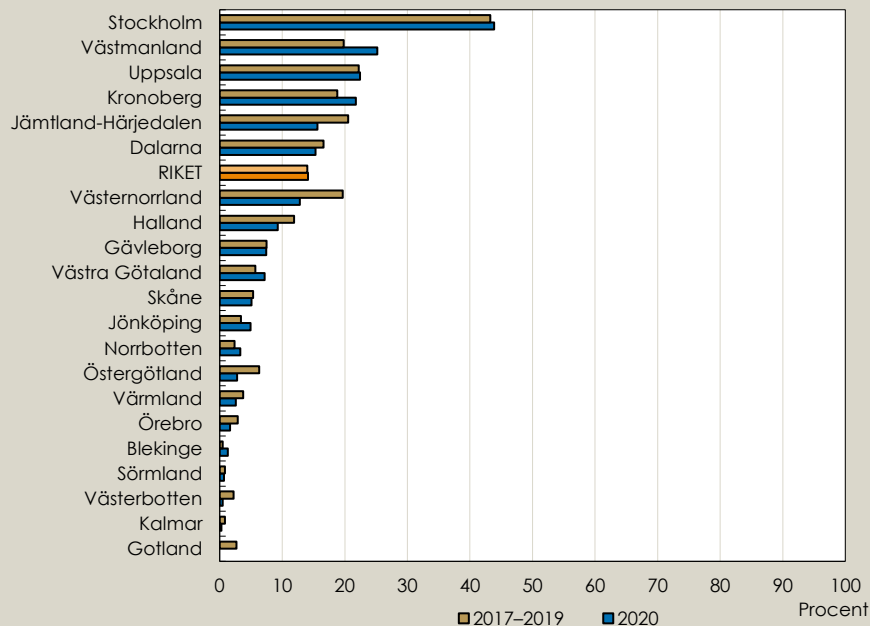


Diagram 93. Rehabilitering inom slutenvården i anslutning till insjuknandet i stroke

Andel personer som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården.

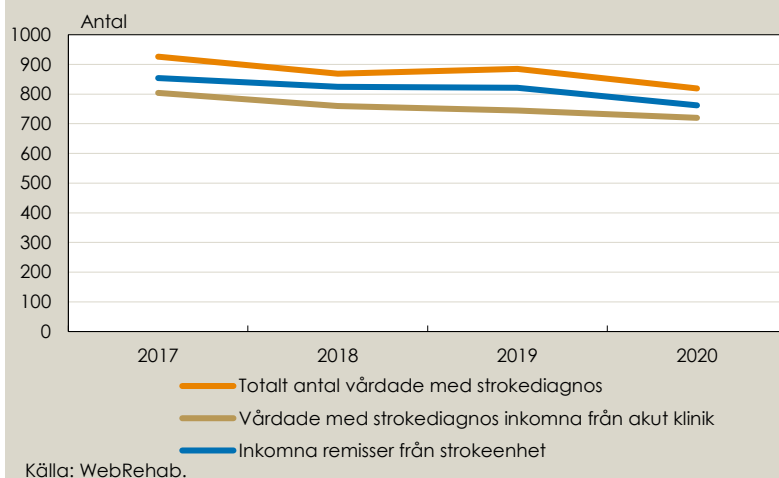


* Gäller perioden januari – september.

Källa: Riksstroke.

Enligt WebRehab har antalet inkomna remisser från strokeenhet minskat något under 2020 jämfört med året innan (diagram 94). Minskningen var mer uppenbar för kvinnor än för män. Inga större skillnader kunde ses i det totala antalet personer med stroked diagnos som vårdats på specialiserad rehabiliteringsenhet år 2020, eller antalet personer med stroke som kom till specialiserad rehabiliteringsenhet direkt från akut klinik (diagram 94). Emellertid är andelen personer med stroke som får rehabilitering inom specialiserad rehabiliteringsenhet relativt liten, cirka en femtedel av dem som får rehabilitering inom slutenvården och enbart 3 procent av alla strokepatienter [66]. Trenden visar att antalet personer med stroke som vårdas på specialiserad rehabiliteringsenhet fortsätter minska.

Diagram 94. Rehabilitering efter stroke på specialiserad rehabiliteringsenhet

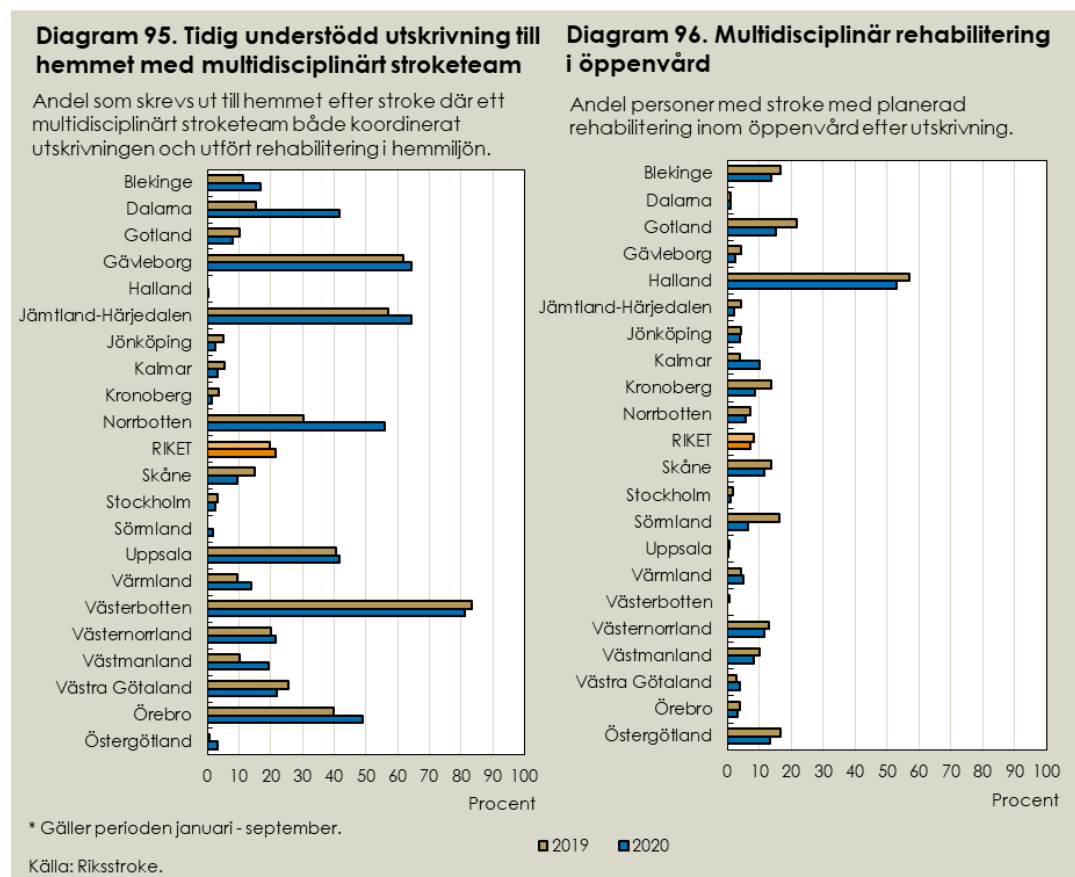


Indikatorn *Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke team* visar andelen personer med lindrig till måttlig stroke som skrivs ut tidigt och rehabiliteras i hemmiljön av samma stroke team som koordinerar utskrivningen. Denna form av rehabilitering prioriteras högt i strokeriktlinjerna sedan 2018. Sedan dess har rikets genomsnitt för andelen som fått tidig understödd utskrivning med rehabilitering i hemmiljön bland dem som skrivs ut till hemmet efter stroke ökat från 16 – 21 procent. Sju regioner ligger redan över eller mycket över den nationella målnivån på ≥ 25 procent, och för nästan alla dessa regioner har fler personer med stroke fått insatsen år 2020 jämfört med 2019 (diagram 95). Andelen män som fått insatsen har varit stabilt på 20 procent för båda åren, medan andelen kvinnor har ökat från 20 till 24 procent. Diagram 95 visar dock att rehabiliteringsformen fortfarande inte är etablerad i delar av landet, variationen i riket ligger mellan 0,3 – 81 procent.

Indikatorn *Multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering* avser sjukhusanslutna teambaserade rehabiliteringsinsatser. Denna rehabiliteringsform är mest lämplig för personer vars rehabiliteringsbehov är högre och inte kan mötas av rehabilitering i hemmiljö efter tidig understödd utskrivning. Indikatorn visar andelen personer med stroke som vid utskrivning från slutenvården fick planerad rehabilitering inom öppenvården. Trenden de senaste åren visar att andelen med planerad rehabilitering inom den öppna specialiserade vården minskar, skillnaden mellan 2017 och 2020 var 2 procentenheter. Andelen har minskat lika mycket för män som för kvinnor. Som för tidigare år var den regionala variationen år 2020 mycket stor, mellan 0 – 53 procent (diagram 96). I de flesta regioner fick färre personer med stroke planerad rehabilitering i öppenvård vid utskrivning, en fortsatt minskande trend sedan 2018 (diagram 96). Data bör tolkas med försiktighet eftersom måttet speglar planerad rehabilitering vid utskrivning och inte genomförd rehabilitering.

Resultaten visar också att tillgången till olika rehabiliteringsformer varierar stort beroende på var i landet patienten bor. Variationen kan delvis bero

på att i vissa regioner används de olika rehabiliteringsformerna utifrån tillgängligheten, t.ex. i regioner där en hög andel får tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke team får en låg andel multidisciplinär rehabilitering i öppenvård och vice versa (diagram 95 och 96).

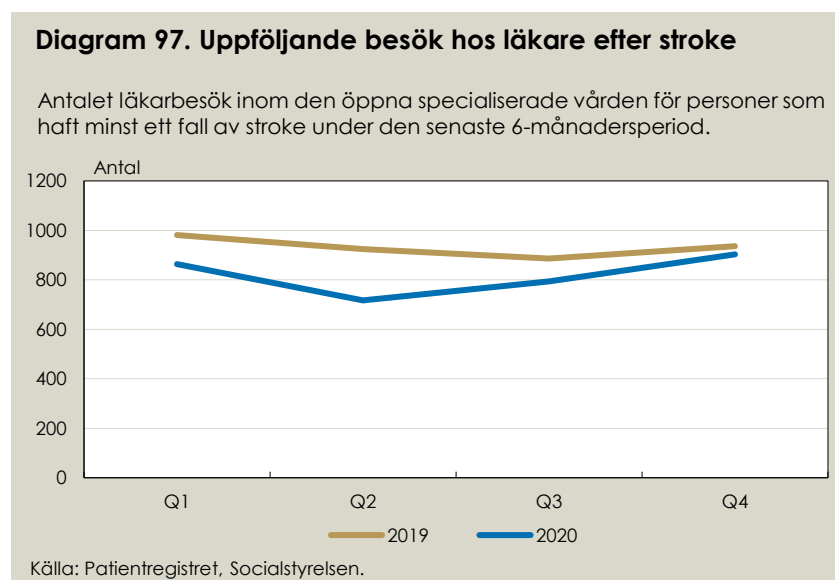


Uppföljning efter stroke

Den som har insjuknat i stroke har en ökad risk för att insjukna igen, i stroke eller någon annan kardiovaskulär sjukdom. Personer som insjuknat i stroke har dessutom ofta ett långvarigt behov av rehabilitering och stöd för kvarstående funktionsnedsättningar. Det finns därmed ett behov av att långsiktigt och kontinuerligt följa upp personer som insjuknat i stroke. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke bör hälso- och sjukvården erbjuda strukturerad uppföljning i öppenvård till personer med stroke. Strukturerad uppföljning innebär att man gör en strukturerad bedömning av rehabiliteringens effekter och effekterna av den sekundärpreventiva behandlingen samt bedömer behovet av vidare insatser [65].

I Socialstyrelsens utvärdering av vården vid stroke konstaterades att strukturerad uppföljning efter stroke inte var möjligt att följa på ett enhetligt sätt, varför en åtgärdskod för strukturerad uppföljning har tagits fram vid senare översyn av riktlinjerna [65, 66]. Eftersom den senaste översynen och åtgärds-koden för strukturerad uppföljning gäller från januari 2020 är det inte möjligt i dagsläget att presentera tillförlitlig data för denna indikator. Istället har Socialstyrelsen i denna rapport valt att redovisa läkarbesök inom den öppna specialiserade vården som en del i uppföljningen.

Diagram 97 visar antalet öppenvårdsbesök hos läkare för personer som haft minst ett fall av stroke under den senaste 6-månadersperiod. Antalet läkarbesök i den öppna specialiserade vården efter stroke minskade med 12 procent under 2020 jämfört med året innan. Antalet uppföljande besök minskade för både män och kvinnor. Minskningen var mest uppenbar under kvartal 2, då motsvarade den 22 procent. Senare på året steg antalet läkarbesöken igen till mer normala nivåer (diagram 97).

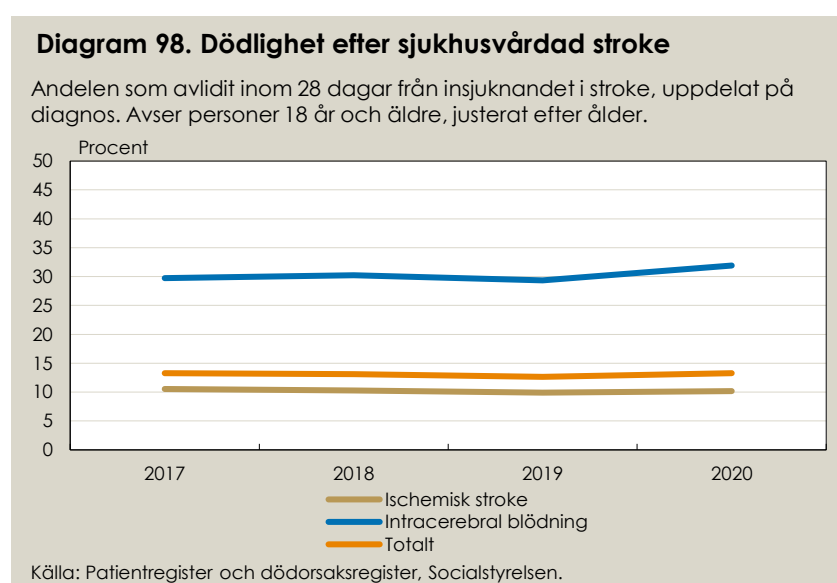


Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke

Risken att dö inom 28 dagar efter sjukhusvårdad stroke är ett mått på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet. Dödligheten inom 365 dagar speglar även effekten av övriga insatser, såsom sekundärprevention. I denna

rapport presenteras data för dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke. Eftersom blödningar förknippas med högre dödlighet än ischemisk stroke visas resultatet uppdelade på diagnoserna ischemisk stroke och intracerebral blödning.

Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke har legat stabilt under de senaste 10 åren ([66], diagram 98). Dödligheten inom 28 dagar efter ischemisk stroke är relativt låg och var 10,2 procent år 2020 jämfört med 9,9 procent året innan. Vad gäller hjärnblödning är dödligheten högre. År 2020 avled 32 procent av personer med intracerebral blödning inom 28 dagar, jämfört med 29,3 procent året innan. Emellertid finns det ingen vårdåtgärd idag som kan minska dödligheten vid hjärnblödning. Dödligheten inom 365 dagar efter sjukhusvårdad stroke kan redovisas först när data för 2021 blir tillgängliga.



Trots att män drabbas av stroke i betydligt högre utsträckning än kvinnor är andelen som dör inom 28 dagar cirka 1 procentenhet högre för kvinnor än för män. Denna skillnad mellan könen består över tid [61]. År 2020 var det ingen skillnad mellan könen i andelen som avlidit inom 28 dagar efter stroke.

Sammanfattning strokevård

Som i tidigare publicerat faktablad visar resultaten att akut vård och behandling vid stroke på rikets nivå har getts i stort sett i samma utsträckning under 2020 som tidigare år. Andelen personer som anlänt till sjukhus inom tre timmar från start av strokesymtom har minskat marginellt jämfört med genomsnittet de tre tidigare åren. En hög andel, drygt 80 procent, har under 2020 vårdats på strokeenhet eller IVA som första vårdenheter. Vi kan dock konstatera att för akuta insatser såsom *reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke* samt *strokeenhet som första vårdnivå vid stroke* har en tidigare ökande trend avstannat under 2020. Det är svårt att bedöma om detta är en effekt av covid-19-pandemin eller att strokevården behöver öka kapaciteten och effek-

tiviteten i den akuta vårdkedjan för att kunna nå den eftersträvarvärda nivån. De regionala skillnaderna är stora, liksom variationen inom samma region. Detta tyder på att kapaciteten inom strokevården behöver öka för att vården ska vara dimensionerad utifrån behoven.

Tillgång till rehabilitering inom slutenvården efter stroke varierar stort i riket. Variationen kan delvis bero på brist på slutenvårdsplatser för rehabilitering i flera regioner [66]. En mer fördjupad analys om vårdtiden efter den akuta sjukhusvistelsen behövs dock för att kunna bedöma om vården under covid-19-pandemin kunde erbjuda en längre vårdtid till personer med svår stroke som var i behov av rehabilitering inom slutenvården. Resultaten visar också att *multidisciplinär rehabilitering inom öppenvård* vid stroke har minskat under 2020, medan *tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stökteam* har ökat, jämfört med året innan. Samtidigt har en sådan trend funnits sedan 2018 när dessa insatser blev rekommendationer med hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Resultaten tyder också på att dessa två insatser används olika mycket beroende på tillgängligheten och den lokala organisationen i respektive region, trots att de riktar sig till skilda patientgrupper med olika behov efter stroke.

Vad gäller uppföljning efter stroke visar resultaten att antalet läkarbesök inom den öppna specialiserade vården minskat under 2020 jämfört med 2019, särskilt under andra kvartalet. Senare på året steg läkarbesöken igen till mer normala nivåer. Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvårdad stroke låg på samma nivå som året innan.

Antalet fall av stroke som vårdats på sjukhus och som rapporterats in till nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister var något färre under 2020 jämfört med året innan. Minskningen på rikets nivå för hela året var enbart 2 procent, vilket kan förklaras med att stroke incidensen fortsätter att minska på samma sätt som under de senaste 15 åren [61]. Minskningen som rapporterats i tidigare faktablad berodde till stor del på en eftersläpning i registreringen [35]. Det kan fortfarande finnas ett begränsat antal personer som undvikit att söka akut vård under andra kvartalet 2020.

Antalet fall av stroke som inträffat inom särskilda boenden och skickats in akut har minskat med 22 procent under 2020 jämfört med året innan. Denna siffra är justerad för en potentiell ökad dödlighet på grund av covid-19 för personer i särskilda boenden. Med hänsyn till IVO:s pågående tillsyn som påvisar brister i medicinsk vård och behandling av personer i särskilda boenden under covid-19-pandemin [39] behöver läkarbedömning för ställningstagande till fortsatt vårdform vid misstänkt stroke också följas upp, för att kunna bedöma om personer inom särskilda boenden fick den vård som behövdes.

Tandvård

Tandvården har en viktig roll att spela när det gäller att främja och upprätthålla en god munhälsa i befolkningen. Munhälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Basala behov som att kunna äta, dricka, tugga, tala och vara fri från smärta i munnen främjas av en god munhälsa, vilket framför allt upprätthålls om man gör regelbundna förebyggande munhälsokontroller. Det finns också tydliga kopplingar mellan munhälsa och allmän hälsa, t.ex. inom områdena diabetes och psykisk ohälsa, och för äldre multisjuka patienter. Personer inom dessa grupper bör därför ha en regelbunden kontakt med tandvården.

Majoriteten av befolkningen besöker tandvården regelbundet för planerade basundersökningar och förebyggande tandvård. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium vilket minskar de framtida behoven av tandvård. Munhälsan i Sverige är generellt sett god men det finns skillnader mellan olika grupper där utlandsfödda, lågutbildade och personer med låg inkomst har sämre munhälsa. De har även en lägre besöksfrekvens än den övriga befolkningen.

Det finns en farhåga att covid-19-pandemin kan ha lett till en minskning av de förebyggande tandvårdsbesöken, vilket i förlängningen kan leda till ett uppdämt vårdbehov. I mars publicerade Socialstyrelsen på sin hemsida information till tandvården om att rutinundersökningar och viss planerad tandvård till patienter ur riskgrupper kunde skjutas upp med hänsyn till den stora risken för smittspridning i samhället [18]. Detta har sannolikt lett till ännu färre planerade tandvårdsbesök.

Indikatorn som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård [67] har analyserats med syfte att se hur basundersökning genomfördes under covid-19-pandemin (tabell 25).

Tabell 25. Indikator tandvård

Indikator	Antal personer		Antal och andel personer som fått basundersökning	
	2020	2019	2020	2019
Personer som besökt tandvården för basundersökning*	9 541 582	9 460 807	3 405 103 (35,7 %)	4 136 368 (43,7%)

*Personer som har besökt tandvården för en basundersökning 2019 och 2020. Barn och unga 3 – 19 år och vuxna 24 år och äldre.

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister och Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa).

➔ Läs mer om indikatorn för tandvård på Socialstyrelsens webbplats.

Besök i tandvården

I de nationella riktlinjerna för vuxentandvård finns en indikator som visar personer som har besökt tandvården inom en period på två alternativ tre år för att kunna följa besöksfrekvensen i tandvården [67]. I analysen har indikatorn modifierats något så att den följer skillnaden i besöksfrekvens mellan 2020 och de tre tidigare åren. Vi studerar specifikt antal personer som har besökt tandvården för en basundersökning, vilket är den typ av förebyggande

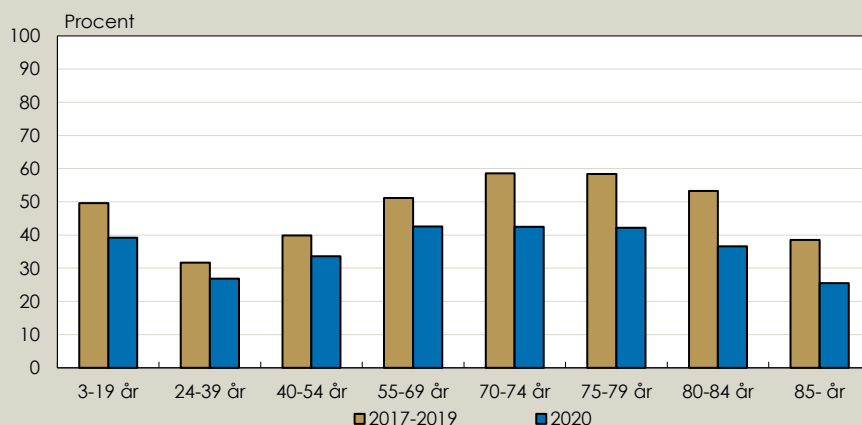
besök som eftersträvas. Under 2019 var det knappt 44 procent av befolkningen i åldrarna 3–19 år samt 24 år och äldre som besökte tandvården och fick en basundersökning. Under 2020 minskade andelen av befolkningen som besökte tandvården och fick en basundersökning till cirka 35 procent.

Antalet basundersökningar i tandvården minskade under 2020

En analys av antalet basundersökningar under 2020 jämfört med åren innan visar på en tydlig minskning under 2020. Den faktor som hade störst inverkan på minskningen var ålder där andelen basundersökningar minskat som mest i åldersgrupperna 70 år och äldre (diagram 99).

Diagram 99. Andel av befolkningen som besökt tandvården för en basundersökning

Exklusive 20–23-åringar.

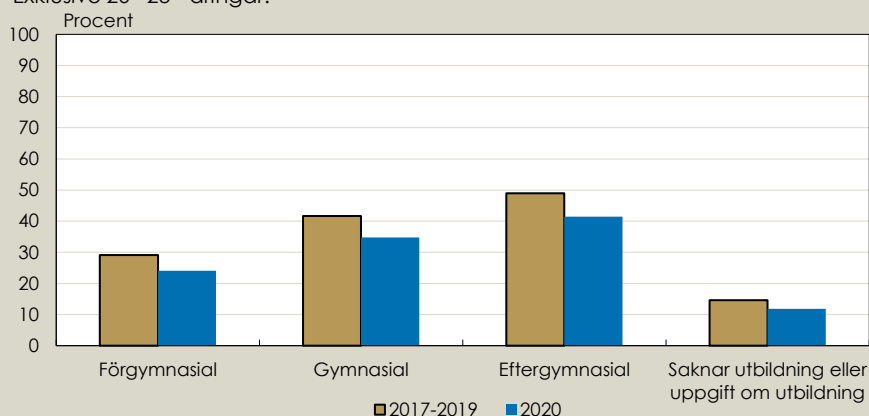


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen. SKaPa.

Kön hade inte så stor betydelse, även om andelen kvinnor som besökte tandvården för en basundersökning minskade något mer än andelen män. Utbildningsnivå har däremot en stor påverkan på besöksfrekvensen. Personer med eftergymnasial utbildning är den grupp som besöker tandvården för basundersökning i högst utsträckning i normala fall. Detta mönster kvarstod även under 2020 (även om registerdata visar på en tydlig minskning). Besöken minskade även inom de övriga utbildningskategorierna men från en lägre nivå (diagram 100).

Diagram 100. Andel som besökt tandvården för basundersökning. Efter utbildning

Exklusive 20–23-åringar.

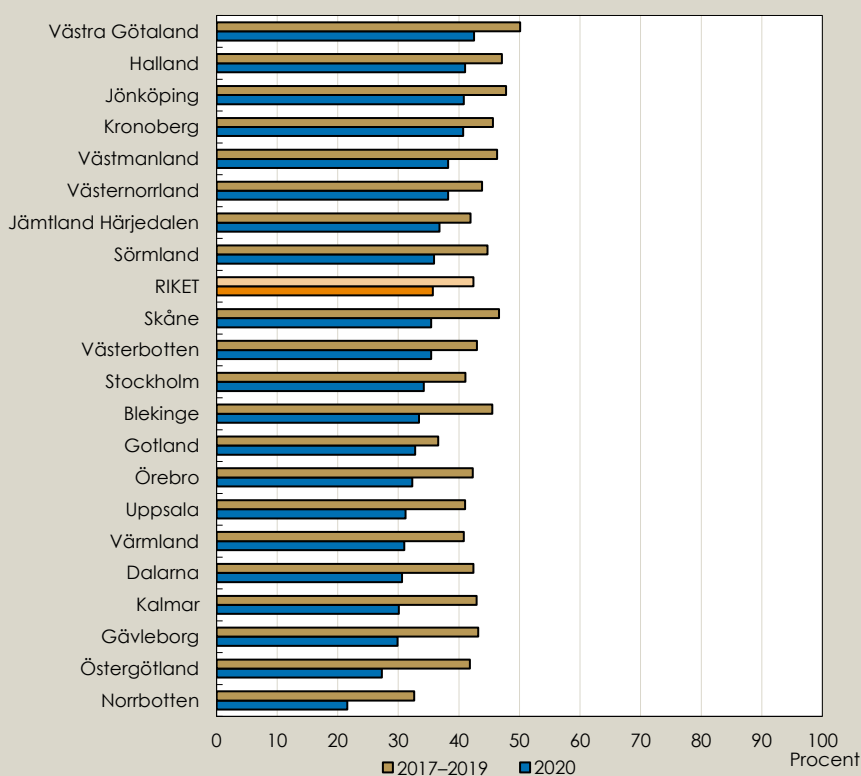


Källa: Tandhälsoregistrert, Socialstyrelsen, SKaPa.

Covid-19-pandemin har spritt sig över landet i olika vågor, vilket betyder att regionerna har påverkats i olika hög grad under olika tidsperioder under 2020. Andelen genomförda basundersökningar har dock minskat i samtliga 21 regioner under 2020 jämfört med genomsnittet för 2017 – 2019 (diagram 101).

Diagram 101. Andel av befolkningen som besökt tandvården för basundersökning

Per region. Exkl 20–23-åringar.



Källa: Tandhälsoregistrert, Socialstyrelsen, SKaPa.

Covid-19-pandemins påverkan på tandvårdskliniker

Många kliniker inom privat- och folktandvård har under våren 2020 ställt in planerade besök för personer 70 år och äldre samt för andra riskgrupper. Detta kan förklara den kraftiga minskningen i besöksfrekvens som syns i den äldsta åldersgruppen (diagram 99). Besöken avser nu i en större utsträckning akuta besök och i mindre utsträckning regelbundna undersökningar. Folktandvården påverkades i högre utsträckning än privattandvården av tillgång till skyddsutrustning. 44 procent av folktandvårdsklinikerna respektive 6 procent av privattandvårdsklinikerna anger att brist på skyddsutrustning hade stor påverkan på deras verksamhet. En del av klinikerna anger att de under våren bistått hälso- och sjukvården med skyddsutrustning, alternativt lånat ut personal eller lokaler, vilket i sin tur lett till begränsningar i den egna verksamheten. Under hösten var det en mindre andel kliniker som påverkades av tillgången till skyddsutrustning medan fler påverkades av ett minskat antal bokningar. En större andel kliniker i folktandvården än i privattandvården anger att sjukskriven personal eller andra smittskyddsåtgärder hade stor eller viss påverkan på verksamheten. En tydlig skillnad mellan vår och höst år 2020 är att under våren verkar det oftast ha varit tandvårdsklinikerna som ställde in planerade besök medan det under hösten oftare var patienterna själva som avbokade. Tandvården har dessutom anpassat sina verksamheter för att kunna ta emot äldre och riskgrupper [68].

Sammanfattning tandvård

Effekten av covid-19-pandemin på besöken i tandvården har resulterat i ett uppdämt vårdbehov. Den planerade tandvården såsom regelbundna undersökningar har i viss utsträckning ställts in. Under våren var det i hög grad tandvården som begränsade sin verksamhet men under hösten var det istället patienterna själva som avbokade. Totalt har varken folktandvård eller privattandvård utfört samma antal regelbundna undersökningar under år 2020 som föregående år, men det varierar mellan regioner och vårdgivarkategorier. Både kliniker inom folk- och privattandvård och specialisttandvård att det finns ett uppdämt vårdbehov, och då främst bland personer 70 år och äldre samt i riskgrupper. Effekterna av covid-19-pandemin på antal besökare verkar dock inte skilja sig åt beroende på utbildningsbakgrund.

Vilken effekt covid-19-pandemin kommer att ha på munhälsan i det långa loppet återstår dock att se, inte minst på grund av att covid-19-pandemin fortfarande pågår.

Avslutande diskussion

I denna rapport följer Socialstyrelsen utvecklingen av covid-19-pandemin och dess påverkan på hälso- och sjukvården och tandvården. Utvärderingen syftar till att ge kunskap om och analyserar eventuella uppdämda vårdbehov. Utgångspunkten för utvärderingen har varit följsamheten till ett antal rekommendationer från 15 nationella riktlinjeområden som kan innebära en påverkan på det uppdämda vårdbehovet. Riktlinjerna täcker stora patientgrupper, många med kroniska sjukdomar, och åtgärderna som rekommenderas är evidensbaserade och prioriterade. Utvärderingen ger en övergripande bild från de nationella riktlinjerna men det finns ingen entydig bild av covid-19-pandemins påverkan på uppdämda vårdbehov utifrån det urval av de nationella riktlinjernas rekommendationer vi analyserat.

Det kan finnas flera orsaker till ett uppdämt vårdbehov. Det beror dels på att färre personer besökt hälso- och sjukvården och tandvården eftersom de följt samhällets smittskyddsåtgärder. Det beror även på omprioriteringar i vården, som utifrån covid-19-pandemins belastning på sjukvården varit relevanta. Det finns även grupper som löper högre risk att drabbas av ett särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19. Det är bland annat personer med hjärt-kärlsjukdom, diabetes, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), stroke och schizofreni [3]. Eftersom flera av dessa riskgrupper omfattas av de nationella riktlinjerna så ger denna utvärdering en bild av hur den ordinarie vården för dessa grupper påverkats av covid-19-pandemin.

När vården återgår till normalläge är det inte alltid som ett uppskjutet besök/kontroll för en patient med en välbehandlad kronisk sjukdom behöver tas igen. Det kan dock resultera i flera oplanerade kontakter eller eventuella effekter på längre sikt för individer med kroniska tillstånd. För patienter med lindriga symtom som kan föregå potentiellt allvarliga tillstånd, som stroke och hjärtinfarkt, kan en väntan att uppsöka vård leda till allvarliga effekter, funktionsnedsättning eller död. Det kan även finnas ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och överlevnad.

I denna utvärdering har vi använt data från såväl Socialstyrelsens register som från nationella kvalitetsregister. Medan rapporteringen till Socialstyrelsens register är obligatorisk är rapporteringen till kvalitetsregistren frivillig. De nationella kvalitetsregistren har haft ett lägre antal registreringar 2020 jämfört med 2019 vilket i sig kan vara ett tecken på att vården har varit hårt belastad och att personer valt att inte besöka vården.

Socialstyrelsens nationella målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer, som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör sträva efter, är fastställda att gälla för ett normalläge. Vi ser dock ingen specifik effekt av covid-19-pandemin på huruvida regionerna uppnått målnivåerna eller inte. Dock ligger flera regioner långt ifrån att nå de nationella målnivåerna, vilket var fallet även innan covid-19-pandemin.

Effekterna vi ser i resultat av följsamheten till de nationella riktlinjernas är främst kopplade till första vågen. Till viss del kan även inledningen av den

andra vågen ses i de data som gäller 2020. Då var såväl vården som befolkningen mer ”beredd” och kunde snabbare anpassa sig. De effekter som uppstått av stora delar av den andra vågen, samt av den tredje vågen, kommer dock inte att synas i de registrerade resultaten förrän under 2021.

Det kommer att behövas fler uppföljningar framöver för att kunna bedöma effekterna av covid-19-pandemins påverkan på de nationella riktlinjernas rekommendationer. Om 1-2 år kan till exempel rehabilitering och uppföljning efter akut insjuknandet samt dödlighet på längre sikt följas upp. Vi kan också se på en fördjupning i de områden som vår utvärdering berör, till exempel med fokus på socioekonomi.

Covid-19-pandemin har påverkat vårdområdena i olika omfattning

Den vård som av olika anledningar fått anstå under covid-19-pandemin kan sägas generera ett uppdämt vårdbehov som behöver hanteras inom hälso- och sjukvården och tandvården. Covid-19-pandemin har inneburit att ett stort antal insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna har minskat i Sverige. Bilden varierar dock mellan olika vårdområden.

Den analys som gjorts i den här rapporten visar på att det kan finnas ett uppdämt vårdbehov inom flera områden som täcks av de nationella riktlinjerna. Bland annat för vård vid astma och KOL där åtgärderna spirometri och strukturerade frågeformulär har minskat mycket, demensvården visar ett stort uppdämt behov av utredningar och av personcentrerade aktiviteter, diabetesvården visar att fotundersökningar och ögonbottenundersökningar har minskat mycket, vården vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom visar att årliga läkarbesök har minskat, vården vid artros visar att patientutbildning, handledd träning och påbörjade behandlingar/nya besök har minskat.

Det finns även riktlinjeområden där resultaten för rekommendationernas indikatorer inte har påverkats i samma utsträckning av covid-19-pandemin. Dock finns det även inom dessa riktlinjeområden skillnader även om resultatet på rikets nivå inte visar någon nämnvärd påverkan av covid-19-pandemin. Exempel på sådana områden är bland annat vårdområdena epilepsi, missbruk och beroende, hjärtsjukvård, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, reumatoid artrit, osteoporos och schizofreni men även inom dessa områden finns regionala skillnader.

För vissa riktlinjeområden har covid-19-pandemin påverkat vården till viss del men inte för alla rekommendationer. Exempel på detta är bland annat vården vid depression och ångest där resultaten inte visar på några större effekter av covid-19-pandemin avseende de insatser och åtgärder som görs för patienter med diagnos men att antalet patienter som har kontakt med vården för psykisk ohälsa har minskat. Ett annat exempel är vården vid endometrios där antalet operationer har minskat medan uppföljningar efter tidigare utförd kirurgi inte har påverkats. Ytterligare ett exempel är strokevården där resultaten visar att akut vård och behandling har getts i samma utsträckning under

2020 som tidigare år. Den ökande trenden för akuta insatser såsom reperfusionsterapi samt strokeenhet som första vårdnivå har avstannat under 2020, och läkaruppföljningar har minskat.

Resultaten visar att för flera av de nationella riktlinjerna finns stora regionala skillnader. För vissa nationella riktlinjer visar resultaten att det generellt är en liten andel patienter som får de rekommenderade åtgärderna. De effekter som setts under covid-19-pandemin visar ingen skillnad mellan män och kvinnor eller mellan olika åldersgrupper.

Den övergripande bilden är att påverkan av covid-19-pandemin beror på vilken typ av insats som analyserats. Exempelvis har akuta tillstånd oftast prioriterats och vården har getts i tid och enligt gällande riktlinjer. För insatserna nya besök och uppföljningsbesök är bilden delvis en annan. I vissa områden vad gäller kroniska sjukdomar har nya besök prioriterats framför uppföljningsbesök. Den typ av insatser där påverkan av covid-19-pandemin har varit störst är regelbundna uppföljningar.

I tabell 26 illustrerar vi förändringen mellan 2019 och 2020 genom att fördela de rekommenderade åtgärderna på olika typer av insatser och visar hur de har påverkats under covid-19-pandemin. I bilaga 2 redovisas en sammanfattande tabell – covid-19-pandemins påverkan på indikatorer i nationella riktlinjer. Bilagan finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 26. Rekommenderade åtgärder i nationella riktlinjer och hur de påverkats under covid-19-pandemin

Indikatorerna har grupperats utifrån typ av insats; akut insats vid insjuknandet i akut sjukdom, akut insats vid kronisk sjukdom, uppföljning efter insjuknande i akut sjukdom och uppföljning vid kronisk sjukdom.

Typ av insats	Ej påverkats	Påverkats negativt ↓	Påverkats negativt ↓↓	Påverkats negativt ↓↓↓	Totalt antal åtgärder	Andel som ej påverkats
Akut insats vid akut insjuknande	10	-	-	-	10	100
Akut insats vid kronisk sjukdom*	6	-	2	-	8	75
Uppföljning efter akut insjuknande	3	1	1	-	5	60
Uppföljning vid kronisk sjukdom**	18	12	3	7	40	45
Alla	37	13	6	7	63	59

* Här ingår även åtgärd vid ny diagnos/nybesök.

**Basundersökningar inom tandvården ingår.

Tandvårdens begränsningar och erfarenheter av covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin hade betydligt större påverkan på tandvården under våren 2020 jämfört med hösten. 27 procent av folktandvårdsklinikerna uppger att de hade stängt under hela eller delar av mars och april 2020, vilket kan

jämföras med 12 procent av privattandvårdsklinikerna. Majoriteten av de privata tandvårdsklinikerna hade dock begränsade öppettider och de begränsade sin verksamhet till vissa behandlingar eller patientgrupper.

Det finns också stora regionala skillnader när det gäller hur stor andel av klinikerna som varit stängda. I några regioner var över 80 procent av folk-tandvårdsklinikerna stängda under mars–april. Detta kan till stor del förklaras av att Folkhälsomyndigheten den 16 mars 2020 uppmanade personer 70 år och äldre att begränsa sina sociala kontakter till följd av konstaterad samhällssmitta i Sverige [2]. Socialstyrelsen publicerade också information till tandvården på sin hemsida om att rutinundersökningar och viss planerad tandvård till patienter ur riskgrupper kunde skjutas upp med hänsyn till den stora risken för smittspridning i samhället [18]. Under september–oktober 2020 var i stort sett alla folktandvårdskliniker öppna men hade begränsningar i typer av behandlingar och patientgrupper, medan nära hälften av privattandvårdsklinikerna fortsatte att begränsa sina öppettider [68].

Regioner där covid-19-pandemin haft störst påverkan

I denna rapport beskrivs hur vården fungerat under covid-19-pandemin utifrån de områden där det finns rekommendationer i nationella riktlinjer. Mot bakgrund av att utvärderingen i huvudsak redovisar varje område för sig har vi i detta avsnitt valt att samla ett antal riktlinjeområden och indikatorer för att beskriva hur varje region sammantaget har påverkats av covid-19-pandemin inom de områden vi analyserat i denna rapport.

Diagram 102 visar hur regionerna påverkats av covid-19-pandemin relaterat till de indikatorer som är redovisade på regionnivå i rapporten. I diagram 102 sammanställs data där vi undersökt utvecklingen mellan år 2020 och referensperioden för alla indikatorer uppdelat på de 21 regionerna.

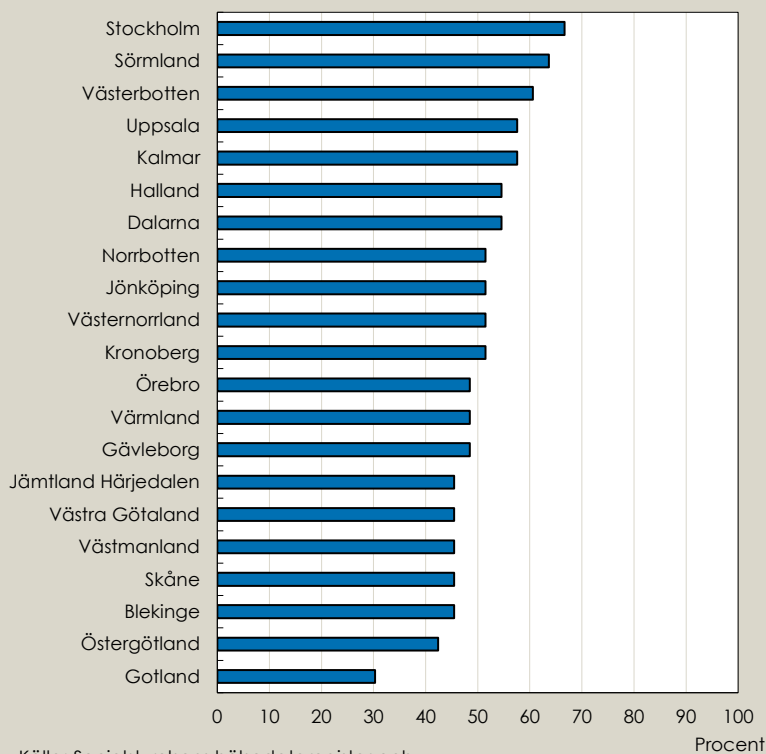
Denna sortering har gjorts på ett mer övergripande sätt. Indikatorerna och vårdområdena är inte viktade sinsemellan och alla indikatorer har därför getts samma tyngd. Detta kommer så klart inte vara fallet då det uppdämda vårdbehovet behöver hanteras, men vi har ändå valt att göra detta för att på ett översiktligt sätt se vilka regioner som har behövt skjuta upp mest vård. Det har inte varit möjligt i denna undersökning att beräkna statistiskt signifikanta skillnader för indikatorerna. Eftersom vi baserar resultaten på aggregerade data har vi istället valt att utgå från nivå i skillnad i riket mellan åren och jämfört med skillnaden i varje region. Vi identifierar därefter de regioner där skillnaden för respektive indikator avviker mer än riket.

Resultaten visar att några regioner påverkats mer av covid-19-pandemin avseende de indikatorer som följts i denna rapport. Det gäller i stort regioner som drabbats hårt under covid-19-pandemin främst gällande den första vågen. Sambandet är dock inte helt tydligt vilket visar att det inte enbart är relaterat till nivåer av smitta, beläggning och dödlighet. Även beslut om prioriteringar och nedstängningar under första vågen kan bidra till utfallet. Det är dock viktigt att förstå att tolkningen av resultaten baseras på en normalbild

av sjukvården. Under covid-19-pandemin har förutsättningarna för regionernas vårdplanering påverkats avsevärt. Det innebär att en försämring på ett riktlinjeområde kan vara ett resultat av en korrekt prioritering av insatser i just den regionen.

Diagram 102. Regionjämförelser indikatorer mellan 2020 och referensperiod

Andel indikatorer som har en mindre ökning eller större minskning beroende på indikatorn riktning jämfört med rikets genomsnitt.



Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Flera tecken på samhällsspridning av covid-19 i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad 2021-03-15 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/>
2. Folkhälsomyndigheten. Personer över 70 bör begränsa sociala kontakter tills vidare. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad 2021-03-15 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/personer-over-70-bor-begransa-sociala-kontakter-tills-vidare/>
3. Socialstyrelsen. Grupper som riskerar ett allvarligt sjukdomstillstånd om de blir sjuka i covid-19. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Hämtad 2021-05-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/socialstyrelsens-roll-och-uppdrag/riskgrupper/>
4. BOA-registret. Hämtad 2021-05-17 från: <https://boa.registercentrum.se/statistik/statistik/p/HJSjx8Jvx#!overview> <https://boa.registercentrum.se/>
5. Luftvägsregistret. Hämtad 2021-05-17 från: <https://lvr.registercentrum.se/>
6. Kvalitetsregister ECT. Hämtad 2021-05-17 från: <https://ect.registercentrum.se>
7. Nationella diabetesregistret. Hämtad 2021-05-17 från: <https://www.ndr.nu>
8. Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård, Riksstroke. Hämtad 2021-05-17 från: <https://www.riksstroke.org/sve//>
9. Rikshöft. Hämtad 2021-05-17 från: <https://www.rikshoft.se//>
10. Svenska demensregistret. Hämtad 2021-05-17 från: <https://www.ucr.uu.se/svedem///>
11. Svenska neuroregister / MS-registret. Hämtad 2021-05-17 från: <https://neuroreg.se>
12. Svenska palliativregistret. Hämtad 2021-05-17 från: <https://palliativregistret.se/>
13. Svensk reumatologis kvalitetsregister. Hämtad 2021-05-17 från: <https://srq.nu/>
14. Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, www.skapareg.se.
15. SWEDEHEART. Hämtad 2021-05-17 från: <https://www.ucr.uu.se/swe-deheart/>
16. Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering – Webrehab Sweden. Hämtad 2021-05-17 från: <https://www.ucr.uu.se/webrehab/>
17. Folkhälsomyndigheten. Effekt av ökade kontakter och ökat resande i Sverige sommaren 2020. Hämtad 2021-04-12 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/effekt-av-okade-kontakter-och-okat-resande-i-sverige-sommaren-2020/>
18. Socialstyrelsen. Stöd till personal inom tandvård. Socialstyrelsen.se
19. Socialstyrelsen. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

20. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
21. Luftvägsregistrets årsrapport. Hämtad 2020-05-03 från; https://registercentrum.blob.core.windows.net/lvr/r/LVR_Arsrapport_2020-S1lgAn8Tv_.pdf //
22. Nationella målnivåer för vård vid astma och KOL. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
23. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
24. Nationella målnivåer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
25. Nationella riktlinjer – Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
26. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
27. Nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
28. Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin. Socialstyrelsen; 2021.
29. Nationella riktlinjer för vård vid diabetes. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
30. Nationella diabetesregistret. Årsrapport. Hämtad 2021-05-17 från: https://www.ndr.nu/pdfs/Arsrapport_NDR_2020.pdf.
31. Nationella målnivåer för vård vid diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
32. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
33. Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
34. Szymanski FM, Smuniewski C, and Platek AE. Will the COVID-19 Pandemic Change National Security and Healthcare in the Spectrum of Cardiovascular Disease? *Curr Probl Cardiol* 2020;45:100645.
35. Socialstyrelsen. Hur covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt – oktober 2020. Socialstyrelsen; 2020.
36. Nationella riktlinjer – Hjärtsjukvård – Indikatorer. Stockholm. Socialstyrelsen; 2018.
37. SWEDEHEART Annual Report 2020 RIKS-HIA, issued 2021.
38. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO:s tillsyn av smittspridning. IVO; 2020. Hämtad 2021-04-29 från: <https://www.ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin/genomford-tillsyn-atgarder-minskad-smittspridning/>
39. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO:s pågående tillsyn av medicinsk vård och behandling. IVO; 2020. Hämtad 2021-04-29 från: <https://www.ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin/tillsyn-av-medicinsk-var-d-och-behandling/>
40. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen. Statistik om hjärtinfarkter, 2019. Publicerad 2020-12-09.
41. SWEDEHEART. Årsrapport 2020. Swedeheart; 2021.
42. Nationella riktlinjer – vård vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

43. Socialstyrelsen. Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
44. Nationella riktlinjer vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
45. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Sammanfattning med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
46. Socialstyrelsen. Täckningsgrad för Nationella kvalitetsregister 2020. www.socialstyrelsen.se/publikationer/ Art.nr. 2020-12-7049.
47. Hillert J, Stawiarz L. The Swedish MS registry – clinical support tool and scientific resource. *Acta Neurol Scand.* 2015;132(199):11–19.
48. Svenska neuroregister Årsrapport 2019. Hämtad 2021-01-18 från: www.neuroreg.se
49. Bilaga – Indikationer – Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
50. Nationella riktlinjer – Målnivåer – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
51. Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
52. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Palliativ vård i livets slutskede: Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
53. Nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
54. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
55. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
56. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, Indikationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
57. Nationella målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
58. Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA). Årsrapport 2019. BOA; 2020.
59. Reumabulletin Nr. 143, 7 2020.
60. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
61. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik. Statistik om stroke, 2019. Publicerad 2020-12-02.
62. Markus HS och Brainin M. COVID-19 and stroke – A global World Stroke Organisation perspective. *International Journal of Stroke* 2020; 15(4):361-364.
63. Szymanski FM, Smuniewski C, and Platek AE. Will the COVID-19 Pandemic Change National Security and Healthcare in the Spectrum of Cardiovascular Disease? *Curr Probl Cardiol* 2020;45:100645.
64. Nationella riktlinjer – Vård vid stroke – Indikationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

65. Nationella riktlinjer för vård vid stroke, 2020. Stöd till styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
66. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid stroke, 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
67. Nationella riktlinjer. Övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
68. Socialstyrelsen. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna. Del 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

Bilaga 1 Projektorganisationen

Projektagare

Anders Bengtsson, enhetschef

Projektfledning

Christina Broman, projektleddare

Ann-Sofie Bertilsson, utredare

Tobias Edbom, utredare

Thomas Malm, utredare

Anders Nordlund, utredare

Mikael Nyman, utredare

Anastasia Simi, utredare

Projektmedarbetare

Gudrun Bergman Jonasdottir, statistiker

Erica Brostedt, utredare

Anna Bryngelson, statistiker

Gölin Frank, statistiker

Fredrik Hasselström, statistiker

Ulf Hellström, statistiker

Alistair Hind, statistiker

Pernilla Johansson, produktionsledare

Max Köster, statistiker

Frida Lundgren, statistiker

Mikaela Svensson, statistiker

Anne Tiainen, utredare

Harriet Wennberg, kommunikatör

Rocio Winnersjö, statistiker

Kvalitetsregister – kontaktpersoner

Joakim Alfredsson, SWEDEHEART

Maria Andersson, Svenska palliativregistret

Ludwig Andersson, Registercentrum i Västra Götaland (BOA)

Annika Edberg UCR (SWEDEHEART)

Lars Forsberg, Svenska neuroregister / MS-registret

Lars Gahnberg, Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit

Daniela Di Giuseppe, Svensk reumatologisk kvalitetsregister

Jan Hillert, Svenska neuroregister / MS-registret

Ami Hommel, Rikshöft

Fredrik J Jonsson, Riksstroke

Annelie Inghilesi Larsson, Support Quality Stat AB (WebRehab)

Lotta Ljung, Svensk reumatologis kvalitetsregister
Staffan Lundström, Svenska palliativregistret
Axel Nordenskjöld, ECT-registret
Bo Norrving, Riksstroke
Per Odin, Svenska neuroregister / Parkinson registret
Katarina Eeg-Olofsson, Nationella diabetesregistret
Anastasios Pantelis, Rikshöft
Maria Schelin, Svenska palliativregistret
Katharina Stibrant Sunnerhagen, WebRehab Sweden
Caroline Stridsman, Luftvägsregistret
Ann-Marie Svensson, Nationella diabetesregistret
Gunilla Limbäck Svensson, BOA-registret
Karin Westling, Svenska demensregistret
Kristin Wetterling, BOA-registret