

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2019

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

ISBN	978-91-7555-491-4
Artikelnummer	2019-3-2

Foto	Michael Erhardsson/Mostphotos
Tryck	Ätta.45 Tryckeri AB, mars 2019

Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna lägesrapport syftar till att redovisa tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Resultatet baseras framför allt på rapporter och sammanställningar som Socialstyrelsen och andra myndigheter har publicerat 2018. Lägesrapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän i regionerna.

Rapporten har utarbetats av Sara Dahlin. Flera medarbetare vid myndigheten har medverkat till rapporten. Eva Wallin har varit enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Aktuell utveckling	11
Medellivslängden ökar mest för högutbildade	11
Aktuella folkhälsoutmaningar	12
Vanligaste dödsorsakerna	12
Allt färre patienter läggs in på sjukhus	13
Krisplanering i landstingen	15
Flera risker med dagens system för läkemedelsförsörjning	16
Genomslag för reformen om kostnadsfria läkemedel till barn	16
Digitalisering och e-hälsa	18
Arbetet med Vision e-hälsa 2025 fortsätter	18
Organisation och styrning	26
Samordnad vård ur ett patient- och brukarperspektiv	26
Förslag för att stärka stödet till kommunal hälso- och sjukvård	27
Kompetensförsörjning är en utmaning för hälso- och sjukvården	27
Förstärkt vårdgaranti	33
Väntetider akutmottagningar	34
Satsningen på att korta väntetider inom cancervården fortsätter	35
Befolkningens förtroende för vården	35
Vården behöver förebygga insjuknande i hjärtinfarkt	36
Vårdkedjan vid stroke kan förbättras	37
Vården behöver bli bättre på att upptäcka astma och KOL	37
Ny teknik lyfts fram i uppdaterade riktlinjer för diabetes	38
Fler får hjälp att ändra ohälsosamma matvanor	38
Ny beslutsprocess för nationell högspecialiserad vård	41
Kostnader	42
Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling	42
Prognos av framtida läkemedelsförsäljning	50
Kostnadsfria preventivmedel för unga	51
Psykiatrisk vård	52
Fler barn och unga får psykiatrisk vård	52
Läkemedelsbehandling för barn och unga	52
Beroendeframkallande läkemedel förskrivs mer till kvinnor med kort utbildning	53
Suicid vanligast bland äldre män	56

Varierande resultat av satsning på psykisk ohälsa	58
Kvinnors hälsa	59
Förstudie till kunskapsstöd om förlossningsvård	59
Övervikt och fetma hos gravida kvinnor	59
Satsning på att förbättra kvinnohälsa	62
Informationssatsning om stöd och vård efter graviditeten	62
Fler barn ammas allt längre tid	63
Nationella riktlinjer för vård vid endometrios	63
Kartläggning av vestibulit visar på ett behov av kunskapsstöd	65
Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor	66
Avgiftsfri mammografiscreening	67
Neonatalvården utvecklas	67
Allt färre barn föds med Downs syndrom	69
Insatser behövs för att minska antalet dödfödda barn	69
Hälsotillstånd hos nyfödda	70
Patientsäkerhet	72
Patientsäkerhet ur ett internationellt perspektiv	72
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet	72
Samlat stöd för patientsäkerhet har utvärderats	73
Handbok om föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete	74
Journalgranskning i hemsjukvård	75
Kunskapsstöd för att förebygga och behandla undernäring	75
Informationsinsats om skydd mot fallolyckor	75
SKL:s utvecklingsarbete	76
Fler kvinnor drabbas av vårdskador inom psykiatri	77
Globalt mål att halvera de läkemedelsrelaterade skadorna	86
Missbruks- och beroendevård	94
Alkoholkonsumtionen minskar medan cannabisanvändningen ökar	94
Allt fler män vårdas för dopning	94
Färre i befolkningen röker	95
Spelproblem vanligare bland män	95
Alkoholrelaterad dödlighet minskar bland unga	97
Den narkotikarelaterade dödligheten är oförändrad	97
Tillgängliggörande av naloxon	97
Vård till följd av alkohol- eller drogberoende	98
Tandvård och munhälsa	105
Tandhälsans utveckling barn och unga	105
Tandhälsan hos vuxna	108
Referenser	126

Sammanfattning

Digitalisering och e-hälsa

Antalet digitala läkarbesök ökar i snabb takt. Mellan 2017 och 2018 ökade antalet besök med 169 procent. Majoriteten av de digitala vårdbesöken görs av patienter i de tre största landstingen. Tillgängligheten och den korta väntetiden lyfts fram som positiv av patienterna. Totalt är 6 av 10 patienter positiva till vård och omsorg i hemmet med hjälp av digital teknik.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är en av vårdens stora utmaningar. Trots behovet av en stärkt första linjens vård för att möta utvecklingen mot fler äldre och kroniskt sjuka personer i befolkningen är antalet läkare i primärvården lågt. Var femte läkartjänst i primärvården är en hyrläkare eller vikarie. Ungefär hälften av alla vårdcentraler i Sverige vill anställa mer fast personal.

Den totala kostnaden för hyrpersonal var 5,4 miljarder kronor för 2018, vilket var en ökning med 4 procent jämfört med 2017. En positiv utveckling är dock att kostnadsökningen är den lägsta sedan 2011 och att kostnaderna minskar inom primärvården.

Kostnader

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat över tid och uppgick till 482 miljarder kronor 2016. Det är en ökning med 41 miljarder kronor, eller 9,3 procent, sedan 2013. Kostnaden för hälso- och sjukvård per capita var i genomsnitt cirka 48 000 kronor per person 2016.

Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 52 procent, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster. Öppenvården står för över hälften av dessa kostnader, 144 miljarder kronor, och kostnaderna har ökat med 11,8 procent sedan 2013. Slutenvårdskostnaderna har under samma period ökat med 6 procent, vilket motsvarar 5,5 miljarder kronor.

Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av bruttonationalprodukten (bnp) var 10,9 procent 2016, detta har varit en relativt stabil andel sedan 2011.

Psykiatrisk vård

Sedan 2006 har antalet vårdtillfällen vid psykiatriska diagnoser ökat för barn och unga i åldersgruppen 10–24 år. Det gäller i synnerhet flickor mellan 17 och 24 år. Upp till 80 procent av alla barn och unga med ångestsyndrom eller depression behandlas med antidepressiva läkemedel. Även om allt fler barn förskrivs lugnande medel och sömnmedel, ses en positiv trend med en minskning av andelen barn som förskrivs läkemedel som är beroendeframkallande.

Även bland vuxna minskade förskrivningen av beroendeframkallande psykofarmaka mellan 2015 och 2017. Samtidigt ses en stor skillnad mellan olika grupper. Till exempel är det fyra gånger så vanligt med långvarig behandling

av bensodiazepiner som kan leda till beroende bland kvinnor med högst för-
gymnasial utbildning jämfört med bland män med eftergymnasial utbildning.

Kvinnors hälsa

Under de senaste 20 åren har övervikt och fetma hos gravida kvinnor ökat. Andelen gravida förstagångsföderskor med fetma har ökat från 6 till 12 procent och andelen gravida förstagångsföderskor med övervikt har ökat från 20 till 24 procent under samma period. Övervikt och fetma utgör en ökad hälso-
risk så väl för kvinnan som för barnet. Det ökar risken att föda för tidigt men också risken att gå över tiden. Dessutom är det en högre andel kvinnor med övervikt och med fetma som blir förlösta med kejsarsnitt. Risken att ett barn föds dödfött är dubbelt så hög för kvinnor med fetma jämfört med kvinnor med normalvikt.

Socialstyrelsen har inom området kvinnohälsa tagit fram kunskapsunderlag på flera områden; bland annat finns det nu rekommendationer för behandling av endometrios.

Patientsäkerhet

Ungefär 8 procent av patienterna i somatisk sjukhusvård, eller 110 000 patienter, drabbas av vårdskador varje år. En positiv trend 2018 är att vårdskador inte längre ökar. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram en handbok som gör det möjligt att identifiera och följa förekomsten av skador och vårdskador inom hemsjukvård. För första gången har även en undersökning av skador och vårdskador inom psykiatrisk vård genomförts. I 8 procent av de granskade journalerna fanns vårdskador och en högre andel av dessa patienter var kvinnor.

Antibiotikaförskrivningen minskar såväl inom hälso- och sjukvården som inom tandvården. För första gången sedan mätningarna startade har förskrivningen inom hälso- och sjukvården nått under 300 recept per 1 000 invånare och år. Detta är positivt och tyder på att arbetet med att främja rationell användning av antibiotika varit effektivt.

Flera utvecklingsarbeten pågår på nationell nivå för att främja en ökad patientsäkerhet. Bland annat har webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet* utvärderats med gott resultat. Arbetet med att ta fram en nationell handlingsplan i syfte att stärka huvudmännen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet har pågått under 2018 och fortsätter 2019.

Missbruk och beroendevård

Under perioden 2007–2017 ökade andelen personer i befolkningen som vårdats inom öppenvården för såväl alkoholberoende som narkotikaberoende. Det finns tydliga utbildningsskillnader. Personer med för-
gymnasial utbildning vårdas oftare jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.

Ungefär 2 procent av Sveriges befolkning i åldersgruppen 18–84 år har spelproblem, och cirka 30 000 personer bedöms ha allvarliga spelproblem. Majoriteten av dem är män. En ny studie visar att risken för suicid är högre bland personer med spelberoende än bland personer utan ett spelberoende. Trots det är det bara en tredjedel av kommunerna och landstingen som erbjuder specifik behandling för spelberoende. Socialstyrelsen har 2018 tagit fram

ett kunskapsstöd med rekommendationer för behandling av spelmissbruk och spelberoende.

Tandvård och munhälsa

Tandhälsan hos barn och unga är god, men sedan 2010 har tandhälsan bland 6-åringar kontinuerligt försämrats. Andelen kariesfria 6-åringar var 73 procent 2017, vilket är en minskning med 5 procentenheter sedan 2010.

Bland vuxna är tandhälsan generellt sett god. Det är små skillnader i tandhälsa mellan kvinnor och män. Personer med kort utbildning besöker tandvården mer sällan än personer med lång utbildning och det är vanligare att personer med kort utbildning bara besöker tandvården vid akuta besvär.

Personer 65 år och äldre får blodförtunnande läkemedel i högre utsträckning än tidigare, vilket behöver uppmärksammas inom tandvården på grund av risker för blödningskomplikationer i samband med tandbehandling. Andelen patienter som genomgår invasiva ingrepp inom tandvården och samtidigt behandlas med blodförtunnande läkemedel har ökat med 25 procent mellan 2015 och 2017 bland personer 65 år och äldre.

Tandvårdsförordningen som reglerar landstingens tandvårdsstöd till särskilda grupper har utvärderats. Socialstyrelsens slutsats är att regelverket är i behov av en omfattande revidering. Stödet är dessutom underutnyttjat. Det är svårt för landstingen att bedöma vilka patienter som har rätt till tandvårdsstöd, och det finns en stor variation mellan landstingen i hur tandvårdsstöden når patienterna.

Inledning

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

- aktuell utveckling
- digitalisering och e-hälsa
- organisation och styrning
- kostnader
- psykiatrisk vård
- kvinnors hälsa
- patientsäkerhet
- missbruk och beroendevård
- tandvård och munhälsa.

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

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

Datakällor

Rapporten bygger på flera källor:

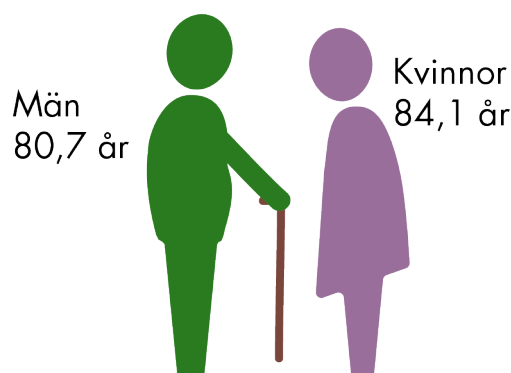
- aktuella utredningar, utvärderingar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården
- bearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister, tandhälsoregister, nationella kvalitetsregister samt internationell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

Aktuell utveckling

I detta inledande kapitel beskrivs folkhälsans utveckling, aktuella folkhälso-utmaningar, våldsutsatthet och vårdens arbete med att upptäcka och förebygga våld i nära relationer, digitala vårdtjänsters utveckling samt teknikutveckling.

Medellivslängden ökar mest för högutbildade

Den långsiktiga trenden i Sverige är att mäns livslängd ökar mer än kvinnors livslängd. Sedan 1980 har mäns medellivslängd ökat med närmare åtta år och är nu 80,7 år medan kvinnornas medellivslängd har ökat med lite drygt fem år och är 84,1 år. Det innebär att skillnaden mellan mäns och kvinnors medellivslängd har minskat från 6,1 år 1980 till 3,4 år 2017. Skillnaden i medellivslängd mellan könen har minskat från som mest 6,2 år 1978–1979 till 3,4 år 2017.



Medellivslängd för kvinnor och män i Sverige.

Källa: Statistiska centralbyrån, 2018.

Mellan 2012 och 2017 har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder ökat mest för personer med eftergymnasial utbildning. Ökningen är något mindre för dem med gymnasieutbildning och minst för dem med förgymnasial utbildning. Trenden med ökade skillnader i medellivslängd mellan grupper med olika utbildningsnivå fortsätter [1].

År 2017 var den återstående medellivslängden vid 30 års ålder 51,0 år för kvinnor och 48,3 år för män i gruppen med en förgymnasial utbildning. För gruppen med gymnasieutbildning var den återstående medellivslängden 54,5 år för kvinnor och 51,5 år för män. Gruppen med eftergymnasial utbildning hade högre medellivslängd än gymnasieutbildade, 57,0 år för kvinnor och 54,3 år för män. Mellan 2012 och 2017 har den återstående medellivslängden både vid 30 och 65 års ålder ökat mest för dem med eftergymnasial utbildning och minst för de med förgymnasial utbildning [1].

Aktuella folkhälsoutmaningar

Folkhälsan i Sverige är god sett ur ett globalt perspektiv, och i flera avseenden blir den bättre. Samtidigt är hälsan inte jämnt fördelad i befolkningen och ojämlikheten i hälsa mellan vissa grupper ökar [2]. Folkhälsomyndigheten pekar i sin nulägesbeskrivning ut tre aktuella utmaningar:

- Det finns en social gradient i hälsa som innebär att människors hälsa i allmänhet är sämre ju lägre socioekonomisk position de har. Den sociala gradienten har vuxit de senaste tio åren, framför allt när det gäller mått på dödlighet i olika sjukdomar. Ohälsan är nästan genomgående större bland personer med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå än bland personer med eftergymnasial utbildning.
- Den psykiska ohälsan ökar, framför allt bland unga och bland personer med högst förgymnasial utbildning.
- Övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem. Ungefär hälften av befolkningen i åldersgruppen 16–84 år har i dag övervikt eller fetma.

Folkhälsomyndigheten har i en studie 2018 även konstaterat att infektionssjukdomar¹ drabbar befolkningen ojämlikt. Personer som drabbas av allvarliga bakteriella infektioner, antibiotikaresistenta infektioner och tuberkulos har större sannolikhet att också ha lägre utbildning, ha lägre inkomst och vara arbetslösa. Personer som drabbas av infektioner som smittar via mat och vatten har i större utsträckning högre utbildning, högre inkomst och lägre förekomst av arbetslöshet. Förklaringarna kan vara skillnader i livsstilsfaktorer som exempelvis rökning, alkohol, motion och kost, omgivningsfaktorer som till exempel trångboddhet samt kunskap om hygienfaktorer och hälsa. Liknande samband har setts i andra länder för vissa av infektionssjukdomarna [3].

Vanligaste dödsorsakerna

Totalt under 2017 dog drygt 92 000 personer i Sverige. Hjärt-kärlsjukdomar var den vanligaste dödsorsaken, även om antal dödsfall per 100 000 personer minskat med närmare 60 procent sedan 1987. Den näst vanligaste dödsorsaken var cancer [4].

Sverige har höga överlevnadstal för hjärtinfarkt och stroke samt för cancersjukdomar jämfört med andra europeiska länder. Det hänger samman med det systematiska arbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården med att minska risken för förtida dödlighet genom effektiv behandling och behandling i rätt tid, genom till exempel standardiserade vårdförlopp och nationella riktlinjer för vård och behandling [5].

¹ I studien har information från Skatteverket om födelseland, utbildning, inkomst och arbetsstatus hos dem som rapporterats med en anmälningspliktig sjukdom jämförts med motsvarande grupper av personer som inte rapporterats med någon sjukdom. Totalt jämfördes data om 29 anmälningspliktiga sjukdomar från nästan 180 000 rapporterade sjukdomsfall under perioden 2005–2014 med omkring fem gånger så många i kontrollgruppen, alltså personer som inte haft någon av infektionssjukdomarna.

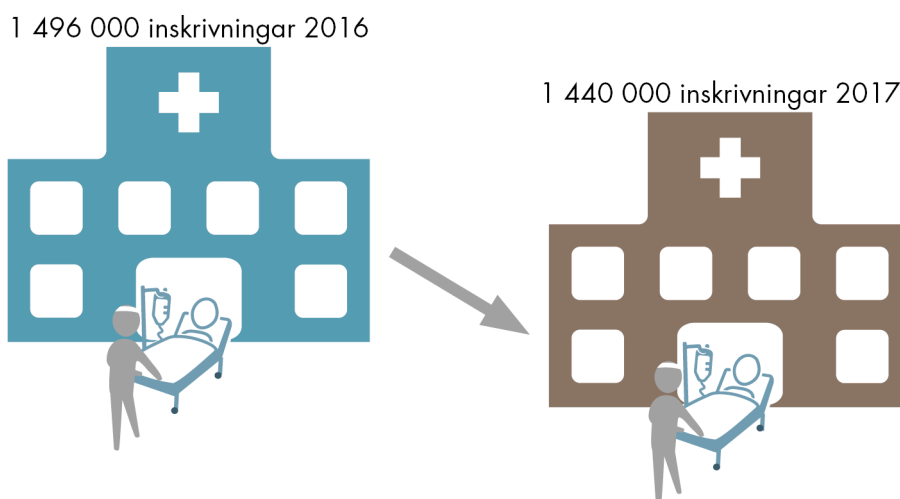
Totala dödligheten i cancer minskar

År 2017 diagnostiserades 61 000 personer med någon form av elakartad cancer. Den åldersjusterade dödligheten i cancer minskar över tid, och den vanligaste cancerformen för män är prostatacancer och för kvinnor bröstcancer. Det var 10 300 män som insjuknade och 2 300 män dog som följd av prostatacancer. Bröstcancer drabbade 2018 totalt 7 800 kvinnor och 1 400 kvinnor dog som följd av en bröstcancerdiagnos. Den cancer som orsakade flest dödsfall bland kvinnor var lungcancer med 1 900 dödsfall. Andra exempel på cancersjukdomar som orsakar många dödsfall är tjocktarmscancer och cancer i bukspottkörteln. Det är betydligt fler som insjuknar än som dör i cancer. Många av de cancerformer som ökar mycket har jämförelsevis hög överlevnad, till exempel hudcancer och sköldkörtelcancer. Det betyder att allt fler lever med cancer som en kronisk sjukdom. Ett undantag är lungcancer hos kvinnor som både ökar kraftigt och har låg överlevnad.

Både insjuknande och dödlighet i livmoderhalscancer minskade mycket kraftigt efter att screening infördes i slutet av 1960-talet men har ökat något de senaste åren. Eftersom ökningen setts även bland kvinnor som deltagit i screeningprogrammet har det funnits en oro för att det har skett en ökning av missade fall av cellförändringar i screeningen. De flesta fall av livmoderhalscancer förekommer dock fortfarande hos kvinnor som inte deltar i screeningen. Det innebär att deltagande i screeningprogrammet ger ett starkt skydd [6].

Allt färre patienter läggs in på sjukhus

Antalet inskrivningar på svenska sjukhus minskade under 2017, jämfört med året innan. Hjärt- och kärlsjukdomar var de vanligaste diagnoserna bland de patienter som skrevs in för sjukdomar, både för kvinnor och män. Kvinnor vårdades främst för förmaksflimmer medan män främst vårdades för akut hjärtinfarkt.



Antalet inskrivningar på sjukhus har minskat stadigt de senaste åren; mellan 2016 och 2017 var minskningen 3,7 procent.

Källa: Socialstyrelsen 2018.

Ungefär 1 440 000 inskrivningar ägde rum på svenska sjukhus under 2017. Det är en minskning med runt 56 000 jämfört med 2016. Räknat i antal patienter rör det sig om cirka 860 000 patienter som skrevs in, vilket är en minskning med ungefär 20 000 jämfört med 2016. Antalet inskrivningar på sjukhus har minskat stadigt de senaste fem åren parallellt med en ökning av inrapportering av patienter i den öppna vården [7].

Vård för skador minskar

År 2017 vårdades omkring 142 000 personer på sjukhus på grund av en skadehändelse vilket är en minskning med cirka 5 000 jämfört med året innan. En tänkbar orsak kan vara att fler patienter tas omhand inom öppenvården. Det är framför allt antalet personer som vårdas för olycksfall som minskar [8].

Fallolyckor var den vanligaste skadeorsaken till inläggningar på sjukhus 2017. Dessa utgör två tredjedelar av alla olycksfall. Av de drabbade patienterna var sju av tio 65 år eller äldre. Det är fler kvinnor än män över 65 år som skrivs in på sjukhus eller söker öppenvård på grund av fallolyckor. Däremot är det en högre andel män som avlider på grund av fallolyckor. De senaste åren syns en minskning av sjukhusinläggningarna på grund av fallolyckor [8].²

Färre vårdas för våld

Andelen som vårdats på sjukhus för att de utsatts för våld har minskat med omkring 40 procent de senaste tio åren. Särskilt stor har minskningen varit bland unga män, i åldersgruppen 15–24 år. För 2017 har nedgången dock varit marginell [8].

Andelen vårdade för självskador 2017 är på ungefär samma nivå som 2016 och det är fler kvinnor än män som vårdas för självskador. De senaste fem åren har andelen vårdade för självskador fortsatt att minska något.

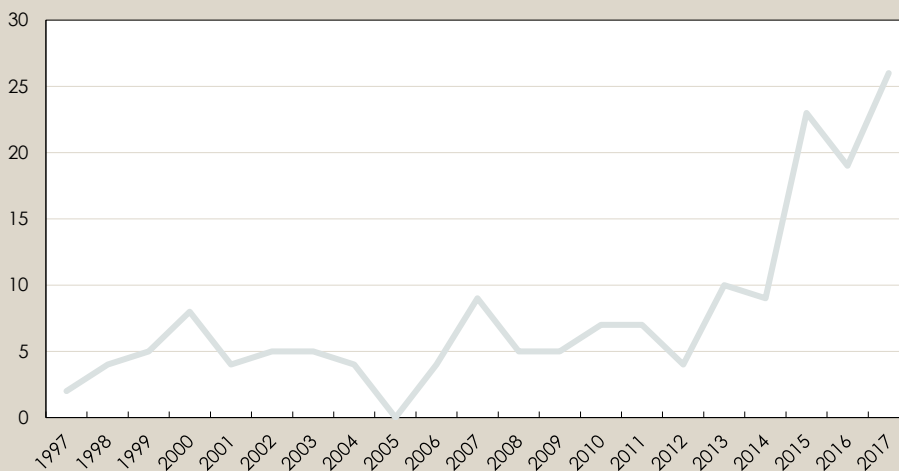
Samtidigt som färre vårdas för att de utsatts för våld så har dödsfallen på grund av våld ökat sedan 2012. Ökningen gäller främst unga män. Under 2017 dog 26 män i åldersgruppen 15–29 år av skottskador. Det är den högsta siffran sedan 1997, vilket framgår av figur 1 nedan. De senaste tre åren har antalet dödsskjutningar bland unga män 15–29 år legat betydligt högre än förut. Under perioden 2000 till och med 2014 orsakade skottskador i snitt knappt sex dödsfall om året i åldersgruppen [4].

² Räknar man även in besök i specialiserad öppenvård för fallskador är minskningen mer marginell, och då syns ingen minskning alls i gruppen 65 år och äldre.

Figur 1. Dödsfall till följd av skjutningar 1997–2017

Antal dödsfall till följd av skjutningar (X93-X959) bland män 15-29 år.

Antal dödsfall



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Särskilda satsningar på att minska våld i nära relationer

Socialstyrelsen fortsätter att stödja genomförandet av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Arbetet handlar om att vidareutveckla kunskapsstöd till kommuner och landsting och att förmedla kunskap om mäns våld mot kvinnor via webbplatsen kunskapsguiden.se. Vidare arbetar vi med indikatorer för uppföljning av den nationella strategin och inventerar vård för könsstämpning.

Socialstyrelsen samordnar även arbetet med att ta fram en plan för utökad samverkan mellan myndigheten och Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Migrationsverket. Syftet är att förbättra upptäckt av våld i nära relationer.

Krisplanering i landstingen

Svenska landsting är förberedda på att klara allvarliga händelser, till exempel en större olycka eller ett terrordåd. Att hantera kritiska lägen på längre sikt är däremot svårare.

Sedan 1990-talet har hälso- och sjukvården ökat sin produktivitet genom att föra över slutenvård till öppenvård, och har därmed kunnat stänga vårdplatser på sjukhus. Det har förklarats av att den medicintekniska utvecklingen har kortat vårdtiderna, men den trenden har nu avstannat. Vården kan förbättra sin förmåga att få överblick och anpassa kapaciteten till behoven för att hantera sjukvårdens utmaningar långsiktigt. En bra arbetsmiljö, en rimlig arbetsbelastning och goda utvecklingsmöjligheter för personalen är andra viktiga faktorer för att undvika svårigheter med att behålla eller rekrytera den kompetens som krävs för att upprätthålla tillräcklig kapacitet [9].

Flera risker med dagens system för läkemedelsförsörjning

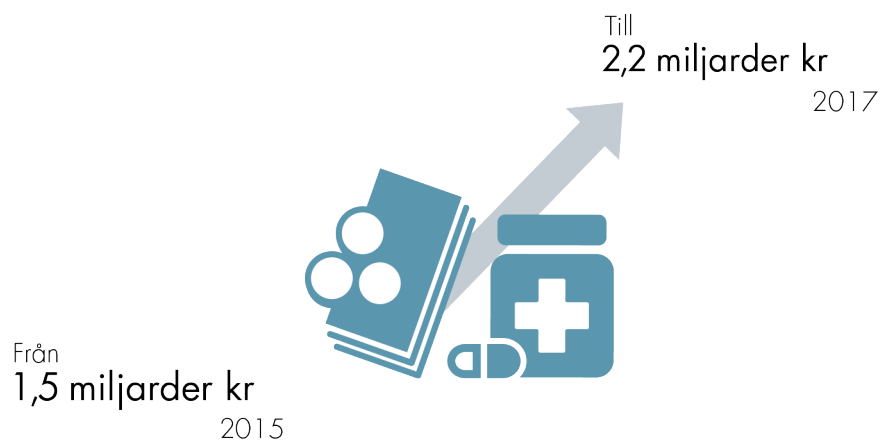
Läkemedelsbrist är ett vanligt förekommande och ökande problem i Sverige och globalt. Läkemedelstillgången är sårbar av många anledningar. Bland annat är lagerhållningen hos apotek, grossister och landsting generellt låg samt svår att överblicka. En bristsituation vad gäller viktiga läkemedel kan snabbt leda till allvarliga patientsäkerhetsrisker.

Socialstyrelsen har i flera risk- och sårbarhetsanalyser identifierat risker med dagens system för läkemedelsförsörjning i Sverige. Risker och oklara ansvarsförhållanden har också uppmärksammats av andra aktörer [10]. En utredning har tillsatts av regeringen för att göra en total översyn av hälso- och sjukvårdens kapacitet att hantera allvarliga kriser. I uppdraget ingår att titta närmare på läkemedelsförsörjningen [11].

Genomslag för reformen om kostnadsfria läkemedel till barn

Från och med den 1 januari 2016 är läkemedel inom läkemedelsförmånen kostnadsfria för barn under 18 år. Uttaget av samtliga receptbelagda läkemedel till barn inom läkemedelsförmånen har sedan reformens ikraftträdande ökat med 23 procent från 3,4 miljoner uttag 2015 till 4,1 miljoner uttag 2017. Justerat för befolkningsökningen är ökningen av läkemedelsuttag 18 procent. Ökningen har i princip varit lika stor för pojkar som för flickor. De läkemedel som hämtades ut i störst utsträckning var läkemedel vid astma- och KOL följt av antibiotika och adhd-läkemedel [12].

Kostnaderna för samtliga receptbelagda läkemedel som hämtats ut till barn inom läkemedelsförmånen har sedan reformens ikraftträdande ökat med 49 procent – från 1,5 miljarder kronor 2015 till 2,2 miljarder kronor 2017. Justerat för befolkningsökningen har förmånskostnaderna ökat med 43 procent [12].



Kostnaderna för samtliga receptbelagda läkemedel som hämtats ut till barn inom läkemedelsförmånen har sedan reformen trädde ikraft ökat med 49 procent.

Källa: Socialstyrelsen, 2018.

Digitalisering och e-hälsa

I detta kapitel redovisas visionen om e-hälsa, utvecklingen av digitala vård-tjänster, användningen av och inställningen till dessa tjänster i befolkningen samt utmaningar med digitalisering i kommuner, landsting och regioner.

Arbetet med Vision e-hälsa 2025 fortsätter

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har kommit överens om *Vision e-hälsa 2025*. Den innebär att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter 2025 [13]. Visionen ska leda till ökad välfärd samt en god och jämlik hälsa, och den ska stärka individens självständighet och delaktighet i samhällslivet. Aktörerna inom visionsarbetet har gemensamt tagit fram en beskrivning³ av begreppet e-hälsa, som gör tydligt att användningen av digitala verktyg ska bidra till den enskilda individens hälsa. De system, tjänster och verktyg som bidrar till ökad effektivisering av vård och omsorg och till ökad tillgänglighet för invånarna ska i slutändan vara till gagn för den enskilda individen.

En första handlingsplan utifrån visionen presenterades i januari 2017. Den redogör för hur det gemensamma arbetet inom e-hälsoområdet ska utformas, styras samt drivas fram till 2019 [14]. Tre områden står i fokus för de samordnade insatserna: regelverk, enhetligare begreppsanvändning (i dokumentationen kring patienter och brukare) och standarder (för informationsutbyte).

Hur arbetet på nationell nivå bäst ska genomföras för att skapa goda förutsättningar för huvudmännens e-hälsoutveckling och informationshantering, är en central fråga i arbetsgrupperna för de tre insatsområdena i visionen. Standardiseringsfrågorna hanteras också i ett nationellt forum för standardisering som har etablerats under 2018.

Utvecklingen på nationell nivå ska skapa förutsättningar i form av en grundläggande infrastruktur, såväl juridisk som teknisk och semantisk, och fokuserar på gemensamma nationella lösningar och standarder.

Det finns flera exempel på områden där Sverige ligger i framkant vad gäller i utvecklingen inom e-hälsa [15]:

- Totalt 99 procent av läkemedelsrecepten är e-recept.
- Alla invånare kan läsa delar av sina journaler och har tillgång till information om utskrivna läkemedel och provsvar via 1177 Vårdguiden.
- Alla landsting är uppkopplade till en nationell patientöversikt (NPÖ), som möjliggör att vårdpersonal kan se delar av patientens information över kommun- och landstingsgränser. Kommunernas användning av NPÖ, för att läsa information, ökade under 2018. Totalt 272 kommuner har anslutit

³ Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna tog fram beskrivningen av begreppet e-hälsa 2016.

- sig för att ta del av information i systemet (samtidigt kan endast 13 kommuner visa journalmaterial digitalt så att andra vårdgivare kan läsa det).
- Elektroniskt expertstöd för apotek (EES) är en kostnadsfri tjänst som erbjuds samtliga apotek i Sverige.

Gemensamt för dessa och andra e-hälsotjänster är att de nyttjar en gemensam nationell tjänsteplattform som förvaltas av Inera samt E-hälsomyndighetens tjänst för e-recept. Trafiken genom tjänsteplattformen växer kontinuerlig och antal producentanrop till plattformen från januari till och med september 2018 var cirka 2 miljoner per dygn.

Socialstyrelsen bidrar i visionsarbetet bland annat genom att utveckla och förvalta en gemensam grund för att strukturera och koda information som dokumenteras om patienter och brukare. Grunden består i en nationell informationsstruktur (NI) och olika fackspråkliga resurser, exempelvis den svenska versionen av det internationella begreppssystemet Snomed CT, Socialstyrelsens termbank och ett antal hälsorelaterade klassifikationer. Med hjälp av dessa verktyg kan detaljerade beskrivningar av områdesspecifik information tas fram, så kallade informationsspecifikationer. Dessa beskriver hur olika typer av information bör struktureras och kodas i journaler och personakter samt i nationella e-tjänster som hanterar informationen.

Det finns flera exempel på specifikationer som tagits fram de senaste åren, som beskriver information som hanteras i olika nationella e-tjänster, till exempel i försäkringsmedicinskt beslutsstöd⁴ och i nationell källa för ordinationsorsak [16]. Det finns också en specifikation för uppmärksamhetsinformation, så kallad kritisk information som är avgörande för den enskilda individens säkerhet [17].

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet innehåller både övergripande principer för sjukskrivning och rekommendationer för bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Inera har utvecklat verktyget Webcert som hanterar båda dessa delar och verktyget kan integrerats med journalsystemen. Alla landsting har under 2018 produktionssatt en integration med Webcert eller med Intygstjänsten för att kunna utfärda Försäkringskassans nya intyg.

Arbete pågår också med att utveckla den Nationella läkemedelslistan (NLL) som ska implementeras i regionerna 2020. E-hälsomyndigheten har uppdraget att ta fram NLL som kommer att ersätta två av de register som myndigheten förvaltar idag: receptregistret och läkemedelsförteckningen. Arbetet utgår från proposition Nationell läkemedelslista (2017/18:223). Myndigheten ska också föreslå och ta fram tekniska lösningar för förvaltningen av olika källor. Socialstyrelsens utreder även hur termer och begrepp med koppling till ordination och förskrivning av läkemedel ska kunna hanteras och tolkas likartat oberoende av aktör eller system. Socialstyrelsen ger också användarstöd till E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och SKL/Inera när det gäller användningen av NI och myndighetens fackspråkliga resurser inom läkemedelsområdet. Kodverket Nationell källa för ordinationsorsak, utvecklas och förvaltas också av Socialstyrelsen, och kommer att utgöra en del av NLL. Kodverket

⁴ Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB): beslutsstöd som ska integreras i hälso- och sjukvårdens elektroniska journalsystem och system för intygsskrivande.

innehåller cirka 1600 olika ordinationsorsaker med tillhörande ändamålstexter, ändringsorsaker samt kopplingar till alla läkemedel på den svenska marknaden.

Stora utmaningar i regioner, landsting och kommuner

Utmaningarna i landsting och regioner består både i att implementera nya regionala informationssystem och att integrera nationella funktioner och tjänster, men det krävs även en omfattande verksamhetsutveckling för att möjligheterna med e-hälsa ska kunna tas tillvara, till exempel nya arbetssätt, omorganisering och utbildningsinsatser. Det är inte tekniken i sig som utvecklar verksamheten, utan förmågan att använda den på bästa sätt för att skapa god vård och omsorg.

Totalt 11 regioner och landsting har nyligen slutfört en upphandlingsprocess som har pågått i flera års tid gällande framtiden informationssystem. En region befinner sig fortfarande i upphandlingsprocessen. Återstående landsting har beslutat att i stället investera i en vidareutveckling av det system man redan har gemensamt. Detta dämpar till viss del viljan att investera i ny funktionalitet och anpassningar till nuvarande system, vilket i sin tur kan ha en dämpande effekt på e-hälsoutvecklingen i Sverige. Upphandlande huvudmän ger tydliga signaler om att det är först i och med att de nya systemen är på plats som de nationella kraven på standardisering kan uppfyllas på ett bättre sätt än idag [15].

Det finns flera förklaringar till en svag utveckling av digitala tjänster i kommunerna. En anledning är att många kommuner inte har beslutat sig för hur de vill att olika e-tjänster ska förhålla sig till varandra samt hur de ska vara kompatibla med verksamhetssystem och plattformar. En annan anledning är att många kommuner saknar kommunövergripande strategier för vilka e-tjänster de vill utveckla och hur. Att införa e-tjänster, till exempel digital tidbokning, ställer dessutom krav på kommunerna att de utvecklar och förändrar organisation, arbetssätt och förhållningssätt till kommuninvånarna. Att exempelvis införa chattar och frågelådor handlar om att utveckla metoder för skriftlig kommunikation i det sociala arbetet.

Digitala tjänster för invånarna

Digitaliseringen inom hälso- och sjukvården innebär helt nya möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande för enskilda individer. Enligt en kartläggning från Socialstyrelsen 2018 har utvecklingen av olika digitala vårdtjänster gått snabbt de senaste åren både i landstingens egen regi och på den privata marknaden [18]. Det finns flera privata aktörer som erbjuder primärvårdstjänster digitalt. Fem landsting har egna etablerade digitala vårdtjänster som erbjuder videomöten med primärvården. Digitala vårdtjänster som är riktade till patienter, och där utvecklingen drivits av offentliga aktörer, finns framför allt i form av synkrona tjänster. Gällande tjänsteinnehåll finns de flesta exemplen inom den specialiserade vården, men den absolut

mest spridda tjänsten är 1177 Vårdguiden inom triagering⁵ och anamnestagning.

Andelen webbtidbokningar på 1177.se i primärvården, är fortfarande mycket låg i förhållande till totalt antal bokningar och det är ungefär 57 procent som har högt eller mycket högt förtroende för 1177:s e-tjänster⁶ [19].

Socialstyrelsen rapporterar årligen om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Den tydligaste ökningen av e-tjänster 2018 jämfört med året innan ses i digitala biståndsansökningar inom ekonomiskt bistånd. Det sker också en ökning av andelen kommuner som erbjuder digitala biståndsansökningar inom äldreomsorgen och inom funktionshindersområdet. Inom övriga verksamhetsområden är det svårt att urskilja någon utveckling av e-tjänster [20]. För mer information om digitala tjänster inom äldreomsorgen se *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2019*.

Andelen kommuner där berörd personal kan läsa och dokumentera information mobilt har ökat mellan 2015 och 2018 men är fortfarande låg. Ökningen har varit mindre inom socialtjänsten än det är inom den kommunala hälso- och sjukvården. Användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ) för att läsa information ökar.

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen går framåt på flera områden men att det finns områden där utvecklingen är otillfredsställande. Ett av dessa är att endast ett fåtal kommuner och privata vårdgivare anslutit sig till NPÖ för att göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare. Nedan finns ytterligare några exempel:

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande låg.
- En mindre andel av socialtjänstens personal har tillgång till en säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Få privata utförare av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att ta del av information och det finns inga privata utförare som kan göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare i NPÖ.

Digital teknik i hemmet

För att möta den ökande efterfrågan på vård och hemtjänst krävs ett ökat införande och användande av digital teknik. Exempel på lösningar i hemtjänsten och hemsjukvården kan vara så kallade passiva larm, det vill säga larmmattor, dörrlarm och rörelselarm. Andelen kommuner som har vårdplanering med stöd av video i ordinärt boende har ökat från 38 procent 2016 till 71 procent 2018. Andelen kommuner som har vårdplanering med stöd av video på särskilda boenden för äldre personer har mer än fördubblats från 2016 till 2018 från 25 procent till 57 procent. Natttillsyn via kamera kan 2018 erbjudas av dubbelt så stor andel av kommunerna som 2016. Idag kan 46 procent erbjuda detta, jämfört med 23 procent 2016.

Generellt sett har det skett en ökning inom de flesta av de undersökta områdena av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

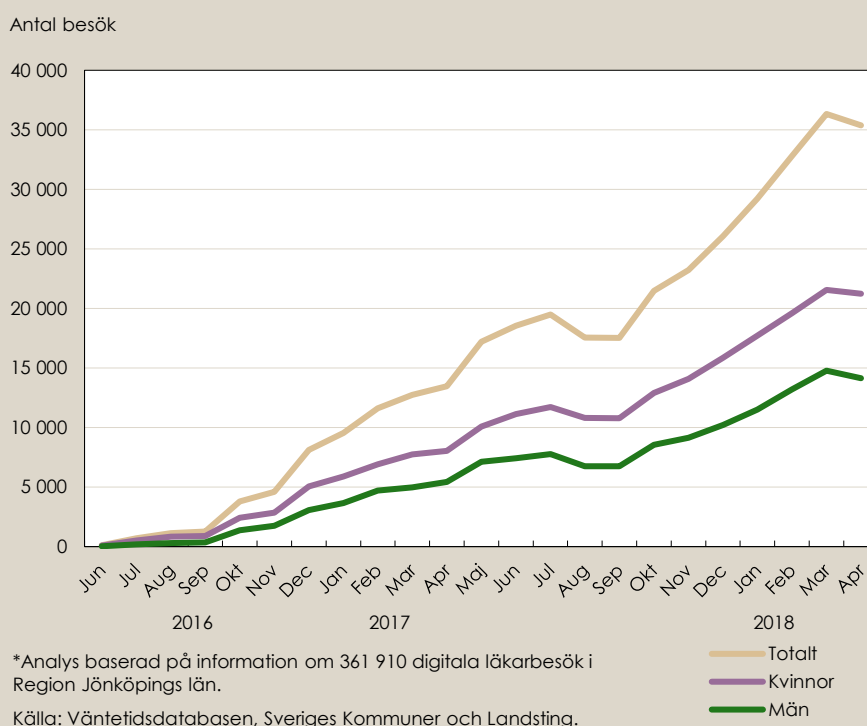
⁵ Triage är en bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad utifrån anamnes, symtom och ibland även vitalparametrar (andningsfrekvens, puls, kroppstemperatur).

⁶ Mätningen är genomförd innan det blev känt att 2,7 miljoner samtal till 1177 varit publikt tillgängliga på webben.

Digitala vårdtjänster allt vanligare

Sedan digitala läkarbesök började rapporteras in till SKL har antalet besök ökat i snabb takt. I april 2018 skedde drygt 35 000 besök, vilket kan jämföras med drygt 13 000 i april 2017. Patienter i storstäderna är de mest frekventa användarna även räknat per 1 000 invånare. Under 2017 genomfördes 73 procent av alla besök av patienter från de tre största landstingen. Ungefär 90 procent av användarna är under 50 år. Patienter är i allmänhet positiva till digitala vårdtjänster inklusive digitala vårdmöten. Dock behövs mer kunskap om digitala vårdtjänsters påverkan på övrig vårdkonsumtion för berörda patienter [18].

Figur 2. Antal digitala läkarbesök per månad, juni 2016 – april 2018



För besökare över 20 år är det betydligt fler kvinnor än män som använder dessa tjänster⁷. Under perioden utgjordes 39 procent av besöken av patienter upp till 19 år, medan 51 procent av patienterna var 20–49 år och 10 procent av patienterna var 50 år och äldre.

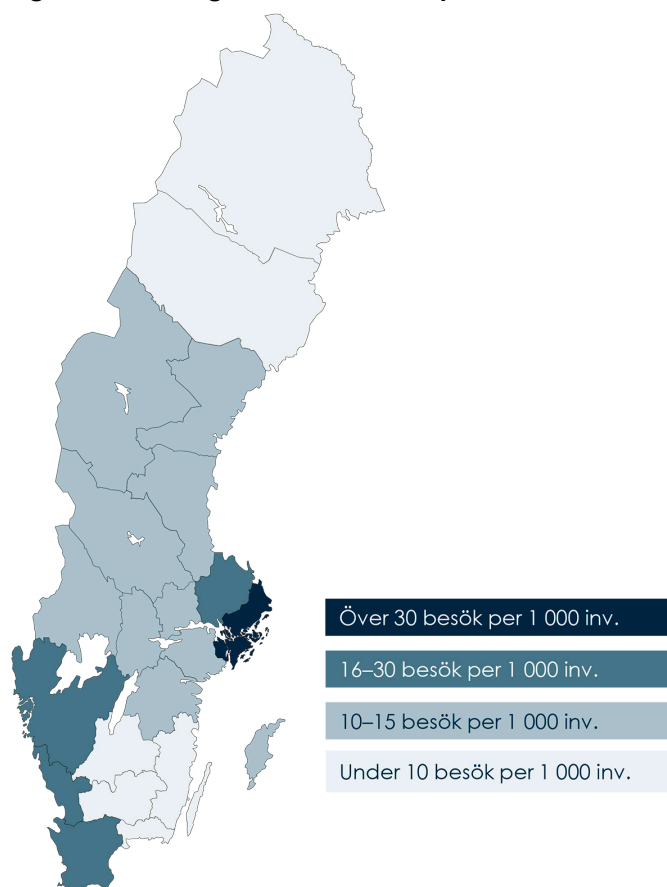
Fem landsting⁸ har i dag egna etablerade digitala vårdtjänster som erbjuder videomöten med primärvården. I privat regi finns det sju etablerade aktörer⁹ med motsvarande tjänster. Hudsjukdomar och infektioner utgör de vanligaste sökorsakerna [18].

⁷ Eftersom barn inte kan använda dessa tjänster utan att en förälder är med säger statistiken över barns användning av tjänsterna ingenting om huruvida det är en man eller kvinna (vårdnadshavarens kön) som initierat användningen av tjänsten. För två av de privata tjänsterna kan barn från och med 16 år med bank-id själva använda tjänsten. För en av tjänsterna är åldersgränsen 18 år för att få använda tjänsten utan förälder.

⁸ Östergötland, Stockholms län, Dalarna, Västra Götaland, Jönköpings län.

⁹ Medicoo, Doktor24, Min Doktor, Doktor.se, Kry, Daqatra, Capio go.

Figur 3. Antal digitala läkarbesök per 1 000 invånare år 2017



*Analys baserad på information om 208 147 digitala läkarbesök i Region Jönköpings län under 2017.
Källa: Väntefidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Invånarnas inställning till digitala tjänster

En förutsättning för ökad användning av digital teknik i hemmet är en positiv inställning till tekniken hos brukaren eller patienten. En undersökning som SKL gjorde i april 2018 visar på en alltmer positiv inställning; 6 av 10 är positiva till vård och omsorg i hemmet med stöd av digital teknik medan 17 procent är negativa. Andelen personer som uppger sig vara negativa har sjunkit 2018 jämfört med 2016 då andelen negativa var 21 procent [18, 21].

När det gäller vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik, som videosamtal med läkare eller sms-påminnelse, så svarar 59 procent att de är positiva till detta. Totalt 20 procent svarar att de är negativa. Motsvarande siffra 2016 för andel positiva var 68 procent, vilket innebär att en lägre andel i årets mätning uppger att de är positiva. Minskningen av den positiva andelen återfinns i samtliga åldersgrupper.

Förslag om att uppföljning ska ske nationellt

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs via digitala vårdtjänster omfattas av samma lagar och regler som övrig hälso- och sjukvård.¹⁰ Samtidigt är det flera landsting som uttrycker att de saknar förutsättningar att kunna göra

¹⁰ Principerna för uppföljning av kvaliteten på den vård som ges skiljer sig därför inte från den vård när ett fysiskt möte sker. Förutsättningarna för kvalitetsuppföljning skiljer sig dock åt mellan landstingen.

en god kvalitetsuppföljning av den vård som ges av de privata aktörerna när deras eget landsting saknar avtal med utförarna. Det finns därför skäl för en nationell uppföljning av den vård som ges genom digitala vårdtjänster för att säkerställa att det bidrar till en god, säker och effektiv vård. Socialstyrelsen har lämnat förslag på indikatorer som är lämpliga att använda för att följa upp kvaliteten på de digitala vårdtjänsterna [18].

Digitala vårdtjänster – fyra principer

Socialstyrelsen har tagit fram fyra övergripande principer för att vård och behandling ska lämpa sig för digitala vårdtjänster:

1. Gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte.
2. Den digitala tjänsten är anpassad till den enskilda patientens behov och förutsättningar att använda tjänsten.
3. Vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälso-tillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge en god och säker vård.
4. Nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig.

Det finns en växande kunskap om digitala vårdtjänster ur ett patientsäkerhetsperspektiv men det saknas fortfarande kunskap om akuta kontakter eller nybesök inom primärvård [22]. En internationell utblick visar även att det i begränsad omfattning finns styrdokument för digitala vårdtjänster. Norge har valt att begränsa digitala vårdmöten så att de inte omfattar nybesök. Norge avråder också från sjukskrivning och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel via deras digitala vårdtjänst.

Digitala vårdtjänster kan dels innebära ökade möjligheter för patienter att bli medskapare av sin egen vård, dels öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. En utmaning är dock att den vård som ges genom digitala vårdtjänster ska bli en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet och också vara sammanhållen. En viktig faktor för sammanhållen vård är att vårdgivare både kan ta del av och dela information med andra vårdgivare [22].

Digitala vårdtjänster är ett av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) prioriterade områden för tillsyn under 2018–2020. IVO konstaterar i sin tillsyn av KRY¹¹ att vårdgivaren har rutiner och arbetssätt som ger förutsättningar för att kunna bedriva en patientsäker vård [23].¹² IVO planerar att inspektera fler digitala tjänster.

IVO:s enkät till personer som använt digitala vårdtjänster¹³ visar att patienterna generellt sett är nöjda med vården de fått digitalt. Framför allt lyfts tillgänglighet och kort väntetid fram som positiva upplevelser. Det som upplevs som mest negativt är brister i diagnos och behandling.

Personuppgifter och sekretess vid digitalt vårdmöte

Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet via digitala vårdtjänster ska uppfylla de krav som ställs i lagar och andra föreskrifter på hälso- och

¹¹ IVO har valt att inledningsvis inspektera vårdgivaren Digital Medical Supply Sweden AB som ger vård via appen KRY, eftersom de är en av de största vårdgivarna på området och en av de aktörer som drivit verksamheten längst tid.

¹² Tillsynen av KRY är en del i en förstudie som IVO gör av området nätbaserade vårdtjänster och välfärdsteknik. Tillsynen gjordes innan Socialstyrelsen tog fram de övergripande principerna.

¹³ Sammanlagt fick IVO in 760 svar på enkäten.

sjukvårdens område. I vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete ingår även aspekter gällande informationssäkerhet och dataskydd i verksamheten. Grundläggande bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt skyldigheter att föra patientjournal finns i bland annat patientdatalagen (2008:355), PDL.

En vårdgivare är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. Vidare finns regler och rekommendationer om bland annat säkerhetskrav vid kommunikation eller vid åtkomst över så kallade öppna nät (exempelvis via e-post eller sms) i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att vårdgivaren säkerställer att regelverket följs och att uppgifter om patienten hanteras korrekt vid ett digitalt vårdmöte. Det kan handla om att hälso- och sjukvårdspersonalen under vårdmötet är placerad på ett sådant sätt och använder en sådan utrustning att andra personer inte kan höra samtalen eller se de bilder som visas under mötet [18].

Organisation och styrning

I detta kapitel presenteras samordnad vård, utvecklingen vad gäller kompetensförsörjning, bemanning och tillgänglighet. En genomgång görs bland annat av nya riktlinjer och följsamhet till tidigare framtagna riktlinjer.

Samordnad vård ur ett patient- och brukarperspektiv

Ungefär en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Men vården och omsorgen är sällan organiserad för att möta patienter med sådana komplexa behov. Samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning är några exempel på områden där anhöriga ofta får bära ett stort ansvar [24].

Under lång tid har det pågått flera initiativ för att samordna vården och omsorgen. Till exempel har landsting och kommuner infört nya organisationsformer, som gemensamma nämnder och kommunalförbund, och nya arbetssätt, som multiprofessionella team, för att underlätta samordningen av olika aktörers insatser. Samtidigt saknas det kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Utvärderingar och uppföljningar om initiativens resultat fokuserar sällan på detta utan lägger istället vikt på vårdens och omsorgens processer och strukturer [24].

Bristande förutsättningar att dela information är ett hinder för en samordnad vård

Bristen på gemensam informationshantering utgör ett hinder för samordning. Men få av de studerade initiativen syftar till att överbrygga dessa typer av hinder. En delförklaring till detta handlar om hur lagstiftningen ser ut när det gäller dokumentation och utlämnande av uppgifter. En annan faktor som hindrar att information delas mellan verksamheter med olika huvudmän är att it-systemen har utvecklats för antingen vård eller omsorg, snarare än för att samordna informationen mellan dessa [24]. Konsekvensen för patienter blir att de blir bärare av informationen och behöver upprepa den för varje gång de kommer till en ny vårdgivare. Vårdanalys rekommendationer baserat på analysen handlar bland annat om att samordningsinitiativen bör utformas utifrån från patienters och brukares perspektiv. Det finns ett behov av att kartlägga hur vården och omsorgen på ett ändamålsenligt sätt kan dela information om de patienter och brukare som har störst behov av samordning.

Förslag för att stärka stödet till kommunal hälso- och sjukvård

År 2016 vårdades nära 400 000 patienter i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Flertalet patienter är äldre, och av dem över 65 år är 63 procent kvinnor.

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie för att analysera hur myndigheten bäst kan stärka stödet till hälso- och sjukvården utifrån behoven i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgen. En utgångspunkt är att stödet ska främja samverkan mellan huvudmän och vårdgivare samt hälso- och sjukvård och socialtjänst [25].

Kommunernas roll och ansvar avspeglas idag inte tillräckligt vare sig i beskrivningarna av hälso- och sjukvården eller i en del av de nationella initiativ som har tagits för att utveckla hälso- och sjukvården. Behoven av kommunal hälso- och sjukvård har även förändrats. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

En slutsats av Socialstyrelsens arbete är dessutom att kommunernas roll i hälso- och sjukvårdssystemet behöver bli mycket tydligare. Myndigheten har därför tagit fram en flerårig åtgärdsplan med sju utvecklingsområden som vi börjat arbeta med under 2019. Stödet till kommunerna kommer bland annat att omfatta juridiskt stöd, kunskap om samverkan mellan vårdgivare och socialtjänsten, ökad uppmärksamhet på kommunernas roll i hälso- och sjukvårdssystemet, kunskapsstöd om åtgärder i kommunal hälso- och sjukvård och stöd till kompetensutveckling av chefer och medarbetare.

Kompetensförsörjning är en utmaning för hälso- och sjukvården

Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar. En väl fungerande hälso- och sjukvård förutsätter ett tillräckligt antal medarbetare, med rätt utbildning och rätt kompetens, vilka med goda förutsättningar och effektiva arbetssätt kan ge en god och säker vård. Vårdens verksamheter har påtagliga problem att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och använda befintlig kompetens på ett effektivt sätt. Förutsättningarna skiljer sig dessutom åt mellan olika delar av landet och för olika verksamheter [26]. Brister i bemanning och kompetens, hög personalomsättning och bristande personalkontinuitet kan medföra försämrad tillgänglighet, stängda vårdplatser och påverkan på patientsäkerheten [27].

Kompetensförsörjningsbehoven framåt påverkas av flera faktorer. Under kommande år förväntas vårdbehoven öka till följd av en åldrande befolkning och fler personer med kroniska sjukdomar, samtidigt som stora pensionsavgångar väntar bland hälso- och sjukvårdens personal [28, 29].

Pågående strukturella förändringar av vården påverkar också förutsättningarna för kompetensförsörjningen framöver. Exempel på sådana förändringar är bland annat förstärkningen av primärvården, nivåstrukturering av den högspecialiserade vården, ökade behov av hemsjukvård samt förändrade arbetssätt för en mer personcentrerad, samordnad, digital och preventionsinriktad hälso- och sjukvård. Kommande kompetensbehov behöver analyseras genom förbättrad tillgång till kunskapsunderlag som statistik, prognoser, framtidsscenarier och behovsanalyser. Flera utvecklingsprojekt pågår för närvarande för att möta upp detta behov. Socialstyrelsen driver bland annat tillsammans med Universitetskanslersämbetet, UKÄ, ett pilotprojekt för att utveckla prognosmodeller anpassade för hälso- och sjukvården. Myndigheterna samarbetar också om att utveckla ny statistik i form av statistikflöden från utbildning till etablering på arbetsmarknaden för olika yrkesgrupper.

Det finns mycket som kommuner, landsting och regioner kan göra för att minska rekryteringsbehovet och öka möjligheten att rekrytera personal. SKL har pekat ut nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen för välfärdssektorn. Det handlar bland annat om att utnyttja tekniken bättre och skapa bra möjlighet till löne- och karriärutveckling. Det handlar också om att utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation samt skapa förutsättningar och motivera fler medarbetare att arbeta heltid och fler år i yrkeslivet [29].

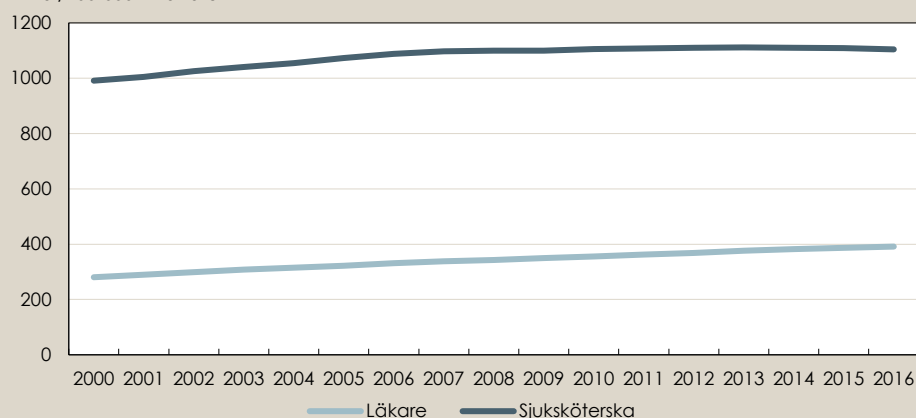
Tillgång på personal

Antalet legitimerade och sysselsatta läkare samt sjuksköterskor per 100 000 invånare har ökat mellan 2000 och 2016 men sjuksköterskorna har varit ungefär lika många per invånare under de senaste åren, vilket framgår av figur 4 [30].

Figur 4. Legitimerade och sysselsatta läkare och sjuksköterskor 2000–2016

Legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Antal/100 000 invånare



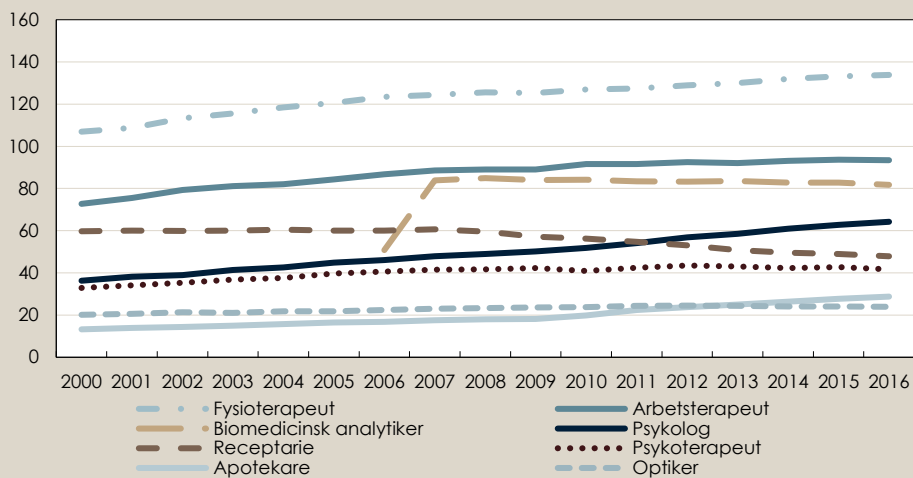
Källa: Socialstyrelsen.

Som figur 5 och 6 nedan visar har tillgången på övriga legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården ökat, med undantag för receptarier [31].

Figur 5. Utvecklingen inom 8 av de 21 legitimationsyrkena 2000–2016*

Legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Antal/100 000 invånare



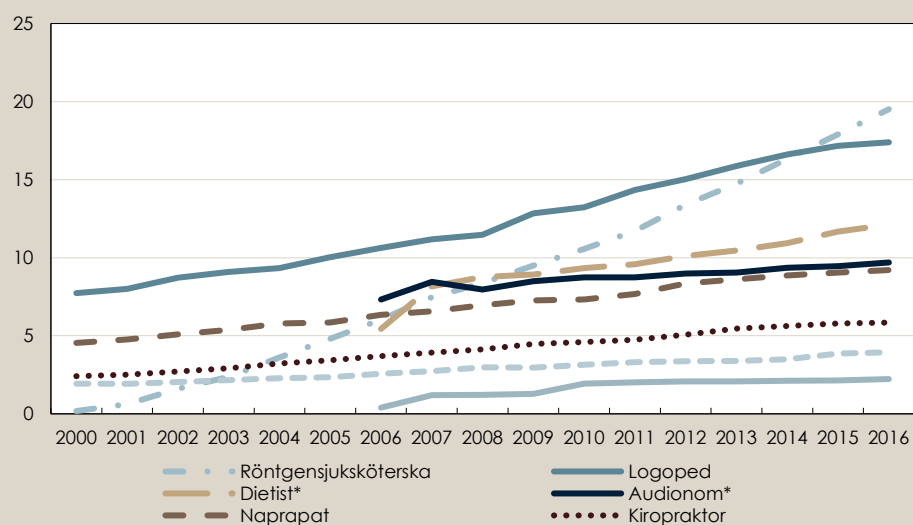
* Biomedicinsk analytiker legitimationsyrke 2006

Källa: Socialstyrelsen.

Figur 6. Utvecklingen inom 8 av de 21 legitimationsyrkena 2000–2016

Legitimerade och sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Antal/100 000 invånare



* Legitimationsyrken 2006

Källa: Socialstyrelsen.

Ålderssammansättningen hos olika yrkesgrupper

Bland dem som är sysselsatta som apotekare, audionomer, dietister, fysioterapeuter, kiropraktorer, logoped, psykologer, sjukhusfysiker och läkare hör många till de yngre åldersgrupperna. Fördelningen ser annorlunda ut bland barnmorskor, biomedicinska analytiker, psykoterapeuter och tandläkare, där många sysselsatta i stället hör till de äldre åldersgrupperna.

Efterfrågan på personal inom de 21 legitimationsyrkena skiljer sig mellan landstingen men trots att tillgången generellt har ökat redovisar många landsting brist på flera av de professioner som finns anställda i deras organisation, vilket överensstämmer med analyser från Arbetsförmedlingen, Statistiska centralbyrån och Saco.

Tillgång på personal i kommunal hälso- och sjukvård

I kommunal vård och omsorg i egen regi var cirka 200 000 personer sysselsatta i slutet av 2017. Av dem var drygt hälften, 105 000 personer, undersköterskor eller skötare. En tredjedel, 66 000 personer, var vårdbiträden eller vårdare. Det fanns även knappt 12 000 sjuksköterskor sysselsatta inom kommunal vård och omsorg. Därtill var knappt 70 000 timanställda inom kommunal vård och omsorg med en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 38 procent. Av dessa var drygt 2 000 sjuksköterskor [25].

Läkar- och sjukskötersketätheten jämfört med andra länder

Sverige har ett lägre antal sjuksköterskor i relation till befolkningens mängden jämfört med övriga nordiska länder och även jämfört med till exempel Tyskland, Irland och USA. När det gäller läkare har Sverige en relativt hög tillgång jämfört med andra OECD-länder [32].

Tabell 1. Antal sjuksköterskor och läkare per 1 000 invånare

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

Källa: OECD 2018.

Regionernas insatser för att nyttja resurser effektivare

Vårdens resurser behöver nyttjas mer ändamålsenligt och effektivt. Syftet med den så kallade professionsmiljarden¹⁴ är att främja landstingens möjligheter att ge vården bättre förutsättningar att utföra sitt arbete genom effektivare arbetsfördelning, en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning och bättre administrativa stöd och it-system. Överenskommelsen har under 2018 kompletterats personalmiljarderna¹⁵ som har ett tydligt fokus på arbetet för en god arbetsmiljö och bra arbetssätt samt arbetets organisering och planering.

Socialstyrelsens uppföljning av professionsmiljarden för 2017 visar att de utvecklingsområden som ingår i överenskommelsen ligger väl i linje med de arbeten som prioriteras i landstingen. Många landsting presenterar sitt utvecklingsarbete för ett bättre resursutnyttjande som en del av en pågående omställning mot framtidens hälso- och sjukvård [26].

¹⁴ Överenskommelsen mellan regeringen och SKL gäller för 2016–2018.

¹⁵ Överenskommelsen mellan regeringen och SKL gäller för 2018.

I flera landsting präglas utvecklingsarbetet inom it och e-hälsa av upphandling och införande av framtidens vårdinformationsstöd som ska stödja vårdprocesser och förenkla samarbete och informationsöverföring. Digital kompetens är ett annat centralt utvecklingsområde, med betoning på vikten av att lyckas kombinera digital kompetens med verksamhetskompetens i utvecklingen av nya arbetssätt.

Flera landsting bedriver utvecklingsarbete för att utforma och etablera nya arbetssätt som tar tillvara medarbetarnas kompetens på ett effektivt sätt. Förändrade arbetssätt eller introduktion av nya yrkeskategorier är en del av den kompetensmixplanering¹⁶ som många landsting redovisar. I den kan även digitalisering ingå, vilket exempelvis kan innebära att ny teknik leder till nya arbetssätt eller till uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper.

De flesta landsting uppdaterar kompetensförsörjningsplaner och utvecklar strategier för långsiktig kompetensförsörjning. Landstingen redovisar hur de rekryterar ny personal, bland annat genom att samverka med lärosäten, erbjuda introduktionsprogram och tillvarata kompetens hos personer som har vårdutbildning och som kommer till Sverige. Landstingen arbetar även med att behålla befintliga medarbetare genom tydligare karriärvägar och kompetensutveckling.

För att underlätta övergången från studier till yrkesliv erbjuder landstingen introduktionsprogram för nyexaminerade sjuksköterskor och för andra yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor. Omfattning, upplägg och innehåll skiljer sig åt mellan olika landsting.

Även insatser för att tillvarata kompetens hos vårdpersonal med examen från något annat land, inklusive nyanlända, är prioriterade. Flera landsting erbjuder praktik och språkkurser samt utbildning i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det handlar främst om läkare och sjuksköterskor och ofta finns en samverkan med Arbetsförmedlingen och ett lärosäte.

En del av professionsmiljarden, 300 miljoner kronor årligen, har avsatts särskilt för att landstingen ska kunna stödja att grundutbildade sjuksköterskor utbildar sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Antalet personer som har beviljats ekonomisk ersättning i form av studielön¹⁷ eller utbildningstjänst¹⁸ har ökat mellan 2016 och 2018. De vanligaste inriktningarna för studier som erbjuds är barnmorska, distriktssköterska samt specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, anestesi och intensivvård, operationssjukvård samt hälso- och sjukvård för barn och unga [33].

Landsting och regioner är fortfarande beroende av inhyrd personal

Trots behovet av en stärkt första linjens vård för att möta utvecklingen mot fler äldre och kroniskt sjuka personer i befolkningen är antalet läkare i primärvården fortfarande lågt [34]. Var femte läkartjänst i primärvården är en

¹⁶ Benämns ibland även kompetensväxling eller rätt använd kompetens (RAK), ett uttryck som har etablerats av fackförbundet Vision.

¹⁷ Studielön är ett ekonomiskt bidrag för studier.

¹⁸ Utbildningstjänst innebär en anställning med bibehållen grundlön under studietiden.

hyrläkare eller vikarie. Ungefär hälften av alla vårdcentraler i Sverige vill anställa mer fast personal. Vårdanalys föreslår tre utvecklingsområden för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård:

- Regeringens och landstingens styrning av kompetensförsörjningen bör stärkas och utformas efter befolkningens behov.
- Prognoserna som ligger till grund för kompetensförsörjningsarbetet bör utvecklas vidare och utgå från befolkningens behov.
- Regeringen bör stödja arbetet med utvecklade arbetssätt ur ett patient- och medborgarperspektiv.

Arbete för att minska kostnader av hyrpersonal

De totala kostnaderna för inhyrd personal fortsätter att öka i regionerna, trots en gemensam strategi och många insatser för att minska beroendet [35-38]. Några positiva utvecklingstendenser har dock konstaterats under 2018. Allt fler landsting och regioner har minskat sina kostnader för inhyrd personal, kostnadsökningen är den lägsta sedan mätningarna började år 2011 och kostnaderna minskade totalt i landet inom primärvården [38].

Hösten 2016 beslutade alla landsting och regioner gemensamt om målet att bli oberoende¹⁹ av inhyrd personal i hälso- och sjukvården senast den 1 januari 2019. Syftet med ett oberoende är att säkerställa en kontinuerlig, säker, trygg och kostnadseffektiv vård.

Den totala kostnaden för hyrpersonal uppgick till 5,4 miljarder kronor för 2018, vilket var en ökning med 4 procent jämfört med 2017. Inhyrd personals andel av de totala personalkostnaderna är 3 till 4 procent, vilket är samma resultat som föregående år. SKL:s redovisning av hyrpersonalskostnader för fjärde kvartalet 2018 visar på flera positiva trender även om de totala kostnaderna för inhyrd personal i hela landet har ökat. Kostnadsökningen under fjärde kvartalet 2018 var bara två procent (34 miljoner kronor). Tio regioner minskade sina kostnader för hyrpersonal totalt jämfört med samma kvartal föregående år.

I primärvården minskade kostnaderna för hyrpersonal med åtta procent totalt och i 13 regioner och kostnaderna inom psykiatrin minskade i 11 regioner, med totalt 2 procent. I somatisk sjukhusvård ökade dock kostnaderna för inhyrd personal med 14 procent. Läkare stod för den största andelen av de totala hyrkostnaderna. Under 2018 ökade dock kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor mest, med 20 procent, medan kostnader för inhyrda läkare endast ökade marginellt, med 0,6 procent jämfört med 2017.

Även om målet om ett oberoende till den 1 januari 2019 inte uppnåtts så är arbetet fortfarande prioriterat i regionerna. Arbetet som bedrivits de två senaste åren kommer att analyseras och publiceras i en rapport under 2019. Alla landsting har upprättat en handlingsplan med åtgärder för att uppnå ett minskat beroende av hyrpersonal bland annat inom kompetensförsörjning, utbildning, arbetsmiljö och verksamhetsutveckling.

¹⁹ Med ett oberoende menas att verksamheterna hyr in personal enbart när det finns särskilda skäl utifrån ett effektivitets- och kvalitetssyfte. Att hyra in personal kan i vissa situationer vara berättigat för att tillgodose behovet av bemaning eller kompetens.

Förändringar av vårdutbildningar

Flera vårdutbildningar står inför förändringar, bland annat utbildningarna till specialistsjuksköterskor och läkare, införande av legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer samt reglering av undersköterskeyrket. En nationell utredning föreslog 2018 förändringar i utbildningen till specialistsjuksköterska, barnmorska och röntgensjuksköterska [39].

Ett förslag på en förändrad läkarutbildning har varit på remiss 2018. Förändringarna innebär att läkarnas allmäntjänstgöring (AT) tas bort och att en bastjänstgöring (BT) inrättas. Förslaget bygger på en förlängning av läkarutbildning med en termin till 6 år. Syftet är att tiden till att bli färdig specialist ska kortas och att läkarna därmed får fler yrkesverksamma år som specialistläkare. Väntetiden på en AT-plats är i genomsnitt över 10 månader, och ökade 2018 i fler än hälften av landstingen

En pågående statlig utredning ska föreslå hur yrket undersköterska ska regleras [40]. Syftet är öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredningen ska presenteras senast den 30 april 2019.

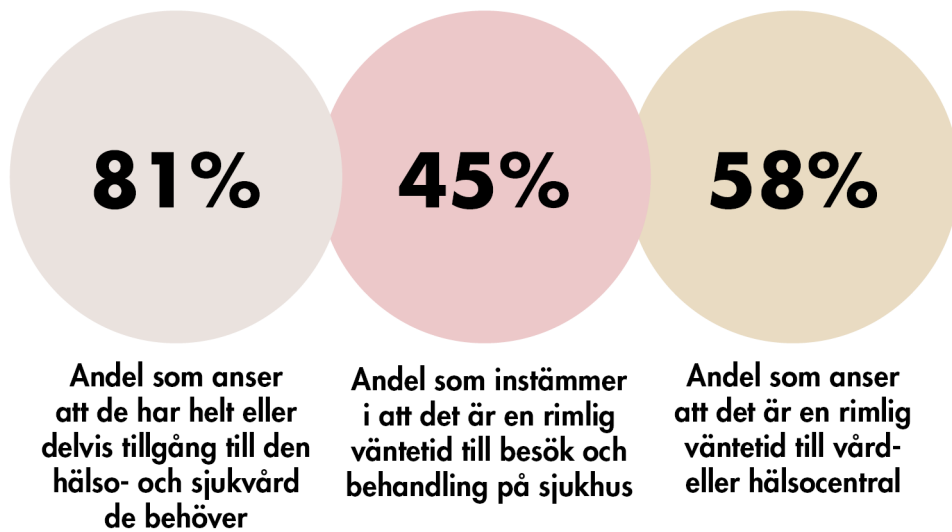
Socialstyrelsen har under 2018 haft i uppdrag att ta fram förslag på nationella kompetenskrav för yrket undersköterska. De framtagna kompetenskraven omfattar den grundläggande gemensamma kompetensen för yrket undersköterska oavsett verksamhetsområde inom vård och omsorg.

Förstärkt vårdgaranti

Den 1 januari 2019 trädde den förstärkta vårdgarantin i kraft. Det innebär att vårdgarantin ändras så att alla patienter ska kunna få en första medicinsk bedömning inom tre dagar. Hittills har vårdgarantin i primärvården inneburit att patienten ska få träffa en läkare och få en medicinsk bedömning inom sju dagar. Den förstärkta vårdgarantin tydliggör att primärvården är den första linjen och basen för patienters kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdgarantins tidsgränser är nu 0 – 3 – 90 – 90 dagar. Det betyder att patienter ska

- få kontakt med primärvården inom 0 dagar (samma dag patienten tar kontakt).
- få en medicinsk bedömning av legitimerad personal i primärvården inom 3 dagar.
- få ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar.
- efter beslut få en operation eller åtgärd inom den specialiserade vården inom 90 dagar.

Varje år görs ungefär 42 miljoner besök i primärvården, varav cirka en tredjedel är läkarbesök. I dag får 88 procent av patienterna kontakt med primärvården samma dag och 89 procent får träffa en läkare inom sju dagar. I slutet av 2018 hade 84 procent fått ett första besök i planerad specialiserad vård och 74 procent hade samma period fått en planerad åtgärd eller operation inom 90 dagar [41].



Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2019.

Väntetider akutmottagningar

År 2017 gjordes två miljoner besök vid landets sjukhusbundna akutmottagningar av patienter äldre än 18 år. Medianväntetiden för läkarbedömning var ungefär 1 timme och den totala vistelsetiden var cirka 3 timmar och 20 minuter, för hela riket. Medianväntetiderna på akuten 2017 låg kvar på samma nivå som 2016, men för personer över 80 år ökade vistelsetiden [42].

Längre vistelsetid för äldre

Personer över 80 år stod för 18 procent av alla besök på akuten 2017. De fick vänta 50 minuter på att träffa läkare (oförändrat sedan 2016), vilket är en något kortare tid jämfört med den totala patientgruppen. För dessa äldre ökade emellertid den sammanlagda vistelsetiden på akuten med 10 minuter jämfört med 2016. Vistelsetiden är nu 4 timmar och 4 minuter.

Stora skillnader mellan sjukhusen

Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg tog emot 116 000 besök och Södersjukhuset i Stockholm tog emot 96 000 besök. Dessa båda sjukhus tog emot flest akutpatienter i landet 2017. Det var också på dessa sjukhus som patienterna fick vänta längst på att träffa en läkare, 1 timme och 30 minuter respektive 1 timme och 50 minuter. Vid många av de större sjukhusen var vistelsetiden lång, med en mediantid på över 4 timmar. Generellt sett har de mindre sjukhusen kortare väntetider på akutmottagningarna. Kortast väntetid på läkare hade de små akutmottagningarna i Region Norrbotten, med under 30 minuters väntetid [42].

Satsningen på att korta väntetider inom cancervården fortsätter

Satsningen på att korta väntetiderna i cancervården genom att införa standardiserade vårdförlopp (SVF)²⁰ fortsätter. Satsningen syftar till att bidra till kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård. År 2018 var det fjärde året som satsningen genomfördes. Hittills har landsting och regioner fått 13,8 miljoner kronor i stimulansmedel. Dessa medel har framför allt använts till olika resurstillskott bland annat till att anställa koordinators som samordnar de olika delarna i utredningarna [43].

Det standardiserade vårdförloppet ska i första hand förkorta tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Nyckelområden för arbetet är begreppet *välgrundad misstanke om cancer*²¹, införande av koordinators samt förbokade tider hos utredande enheter²².

Totalt har 31 olika standardiserade förlopp införts, och fler än 220 000 patienter har genomgått utredning för misstanke om cancer. Ungefär hälften av dessa har utretts inom den angivna maximala ledtiden. Andelen inom maximal ledtid för de olika förloppen har inte förändrats nämnvärt under 2018. Parallellt med satsningen på SVF har etableringen av så kallade diagnostiska centrum²³ tagit fart, vilket tycks ha lett till kortare utredningstider.

Patienterna är därtill nöjda med de kortare utredningstiderna och med en ökad delaktighet i utredningsförloppet.

Sammanfattningsvis har satsningen bidragit till en viktig utveckling av processer och rutiner som också kan komma andra vårdområden till del. En utmaning som lyfts fram av landstingen är brist på kompetens och personal vilket gör det svårt med tillgång till vårdplatser och operationssalar. Särskilt kritiska vårdområden är urologi, patologi och koloskopi [43].

Befolkningens förtroende för vården

Generellt sett är förtroendet för hälso- och sjukvården stort. Totalt har 61 procent av befolkningen högt förtroende för sjukvården [45].²⁴ Det är små skillnader sett till kön förutom när det gäller jämlik vård, där 55 procent av männen har förtroende för att vården ges på lika villkor jämfört med 46 procent av kvinnorna.

Vårdanalys menar att det behövs insatser inom ett antal områden för att stärka och upprätthålla förtroendet på en hög nivå. Bland annat är det viktigt med ett fortsatt arbete med att förbättra tillgängligheten och att göra patienter

²⁰ SVF tas fram i form av underlag som beskriver vilka utredningar och behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser (ledtider) som gäller. Ledtiderna är riktmärken för landstingen och regionerna i arbetet med att skapa de vårdförlopp som krävs.

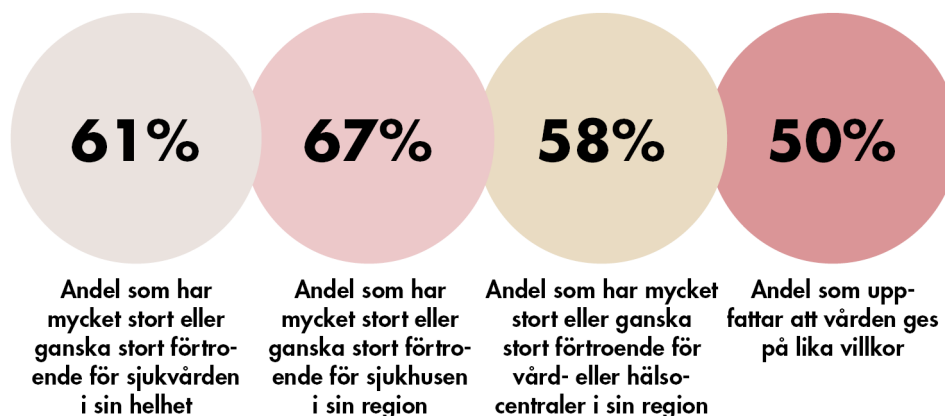
²¹ Begreppet används utifrån en gemensam nationell definition.

²² Bild- och funktionsmedicin och mottagningar.

²³ Diagnostiska centrum syftar till att diagnostisera patienter med ospecifika symtom som kan tyda på en allvarlig sjukdom.

²⁴ Siffrorna baseras på Hälso- och sjukvårdsbarometern som är en nationell undersökning som avser att fånga befolkningens syn på svensk hälso- och sjukvård. Den senaste undersökningen genomfördes under perioden april till och med maj samt oktober till och med november 2018. Totalt 41 090 personer har svarat på enkäten. Undersökningsföretaget CMA Research/Origo Group har genomfört undersökningen på uppdrag av samtliga regioner. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting.

och medborgare mer involverade. Landsting och regioner bör dessutom följa och analysera förtroendet samt utveckla långsiktiga strategier för hur det kan stärkas och upprätthållas. Vårdanalys rekommenderar därför en återkommande och samlad nationell uppföljning av befolkningens attityder till vården [44].



Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2019.

Vården behöver förebygga insjuknande i hjärtinfarkt

Antalet personer som insjuknar i och dör av hjärtinfarkt fortsätter att minska, men skillnaderna mellan olika grupper är stora. Det var ungefär 25 300 personer som insjuknade i hjärtinfarkt år 2017 och knappt 5 900 personer avled. Det är en minskning med drygt 400 insjuknade personer respektive en minskning med omkring 400 dödsfall, jämfört med året innan. Både förekomsten av hjärtinfarkt och antalet dödsfall var 2017 dubbelt så hög för män, jämfört med för kvinnor [46].

Den positiva utvecklingen beror främst på två saker dels livsstilsfaktorer, till exempel lägre kolesterolnivåer i befolkningen och minskad rökning, dels har vård och behandling vid hjärtinfarkt förbättrats, till exempel används oftare ballongvidgning vid akut hjärtinfarkt.

Samtidigt ses stora skillnader i förekomsten av hjärtinfarkt mellan grupper med olika utbildningsnivå. Personer med förgymnasial utbildning insjuknar och dör oftare i hjärtinfarkt, till exempel är det mer än dubbelt så vanligt att lågutbildade kvinnor drabbas, jämfört med högutbildade kvinnor. Skillnaderna kan delvis förklaras av att riskfaktorer som rökning, övervikt och motionsvanor, vilka är kopplade till hjärtinfarkt, också har en socioekonomisk skevhet. Vården behöver därför bli bättre på att hjälpa dessa grupper att förebygga insjuknande i hjärtinfarkt.

Uppdaterade riktlinjer för hjärtsjukvård

De nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård reviderades 2018. Dels har åtgärder reviderats inom områdena kranskärslssjukdom, klaffsjukdom och arytm,

utifrån att ny kunskap blivit tillgänglig, dels har tre nya rekommendationer inom kranskärslsjukdom tillkommit.

En av de åtgärder som har fått en högre prioritering är en ny metod för att behandla svår förträngning i hjärtats aortaklaff utan att behöva göra ett öppet kirurgiskt ingrepp. En annan förändring är att nya orala antikoagulantia (NOAK) har fått högre prioritering jämfört med den tidigare vanligaste blodförtunnande behandlingen med warfarin. Detta beror på att risken för blödning är likvärdig eller lägre för NOAK och att regelbundna kontroller inte behövs i samma utsträckning som vid behandling med warfarin [47].

Vårdkedjan vid stroke kan förbättras

Varje år insjuknar 25 000–30 000 personer i stroke i Sverige. Det är en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning och död. Stroke är även en av de sjukdomar som kräver flest vård dagar med stora samhällskostnader som följd. Allt färre insjuknar och dör i stroke och det är framförallt den kraftiga ökningen av förebyggande åtgärder som ligger bakom minskningen. Samtidigt finns stora brister i uppföljning och rehabilitering efter stroke, och de regionala skillnaderna är stora [48].

Vård på strokeenhet minskar dödligheten och funktionsnedsättningarna vid stroke, oavsett ålder, kön och hur allvarlig stroke patienten har haft. Men nästan var sjunde patient behöver vänta i mer än ett dygn på att få komma till en strokeenhet. På vissa sjukhus skulle den akuta vårdkedjan därför kunna förbättras.

För att kunna ge en individanpassad rehabilitering av hög kvalitet behövs tillgång till ett så kallad multidisciplinärt team under uppföljningen efter en stroke. I dag saknas ofta detta i det senare skedet, eftersom rehabiliteringen ges i kommunen och samordningen av insatser brister. Tillgången till logopedier och psykologer via landstingets primärvård är också ofta begränsad.

År 2017 uppgav 78 procent att de var nöjda med sin rehabilitering 12 månader efter en stroke²⁵ [49]. Det är samma resultat som 2016. Det finns en liten skillnad mellan kön, där män är mer nöjda än kvinnor. För 2017 var denna skillnad drygt 3 procentenheter.

Vården behöver bli bättre på att upptäcka astma och KOL

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två stora folksjukdomar. I Sverige har omkring 800 000 personer astma och 400 000–700 000 personer KOL. Omkring 3 000 personer dör årligen i KOL och dödligheten ökar, främst för kvinnor. Det finns i dag en underdiagnostik av både astma och KOL. Detta innebär att många personer är utan effektiv behandling, med sämre hälsa som följd [50].

²⁵ Uppgifterna är hämtade från Riks-Stroke och i indikatorn ingår även de som angivit att de upplevt behov av rehabilitering men inte fått det.

Socialstyrelsens utvärdering av riktlinjerna för astma och KOL visar att en del av rekommendationerna har fått genomslag i verksamheterna. Till exempel används skattning av hälsostatus med de strukturerade frågeformulären ACT och CAT alltmer i hälso- och sjukvården. Samtidigt finns ett antal förbättringsområden. Det finns till exempel betydande skillnader mellan landsingen och regionerna när det gäller diagnostik med spirometri och rökstopp. Därtill saknas tillgång till astma- och KOL-sjuksköterska samt fortbildning till personalen i flera verksamheter. Fler verksamheter behöver också erbjuda allergiutredning till barn och ungdomar med misstänkt astma, och fler verksamheter behöver erbjuda rökavvänjning och patientutbildning.

Eftersom den kommunala hälso- och sjukvården har ökat väsentligt får allt fler patienter med astma och KOL insatser från kommunen. För att kunna erbjuda patienterna en korrekt omvårdnad och ett bra bemötande är det viktigt att personalen får möjlighet till fortbildning. Inom kommunal hälso- och sjukvård har i stort sett ingen kommun tagit del av riktlinjerna eller informerat och utbildat berörd personal om dessa [50].

Ny teknik lyfts fram i uppdaterade riktlinjer för diabetes

Cirka 500 000 personer i Sverige har diabetes²⁶, vilket gör diabetes till en av de vanligaste folksjukdomarna. Nya typer av hjälpmedel som kontinuerligt mäter sockerhalten i underhuds fettet kan bidra till en säkrare glukoskontroll. Personer med diabetes kan uppleva en bättre livskvalitet med dessa hjälpmedel. Detta lyfts nu särskilt fram i Socialstyrelsens uppdaterade nationella riktlinjer för diabetesvård.

Den nya typen av glukosmätare fästs på kroppen och via en nål står mätaren i kontakt med fettväven där glukoshalten speglar blodsockret. Användaren läser sedan av sina värden i en monitor, i sin mobiltelefon eller i någon annan digital plattform.

I flera regioner har patienter redan börjat använda de här hjälpmedlen, men långt ifrån i alla landsting. Fler kvinnor än män får tillgång till tekniken, och sett till ålder är det vanligare att fler yngre än äldre får det. Nackdelen jämfört med traditionella metoder för att hålla koll på blodsockervärdena är att lösningen är dyr, vilket gör att den kommer att innebära ökade kostnader för hälso- och sjukvården på kort sikt [51].

Fler får hjälp att ändra ohälsosamma matvanor

Befolkningen är generellt sett positiv till att diskutera levnadsvanor vid besök i hälso- och sjukvården.

²⁶ Diabetes typ 1 och typ 2.



Totalt är 85,8 procent positiva till att diskutera levnadsvanor vid besök i sjukvården.

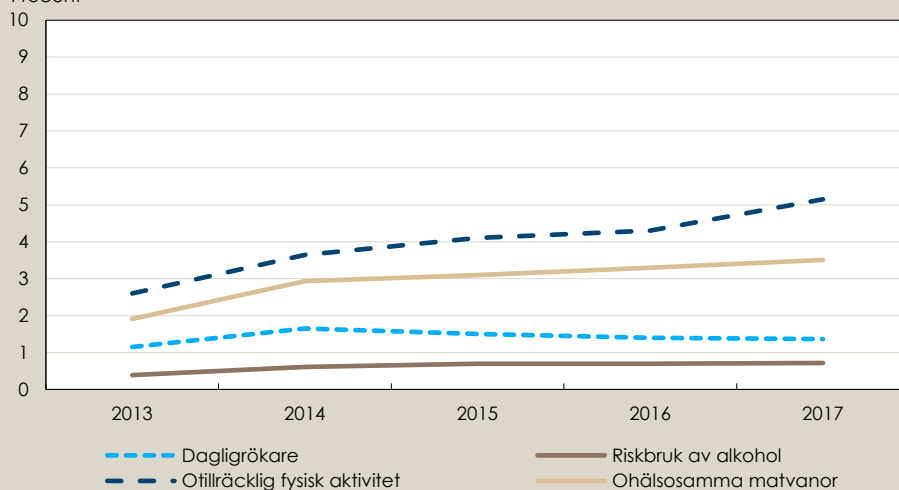
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017, publicerad 2018.

Fler patienter än tidigare får stöd för att ändra sina ohälsosamma matvanor och bli mer fysiskt aktiva. Under 2017 var det 5 procent av patienterna i primärvården som fick rådgivning om fysisk aktivitet och 3,5 procent fick rådgivning om ohälsosamma matvanor. Behovet av stöd är dock betydligt större än så; Socialstyrelsen bedömer att stöd borde ges till ytterligare 123 000–184 000 patienter med ohälsosamma matvanor och till ytterligare 42 000–100 000 patienter med otillräcklig fysisk aktivitet, varje år [52].

Figur 7. Åtgärder till personer med ohälsosam levnadsvana

Andelen av primärvårdens patienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana år 2013–2017.

Procent



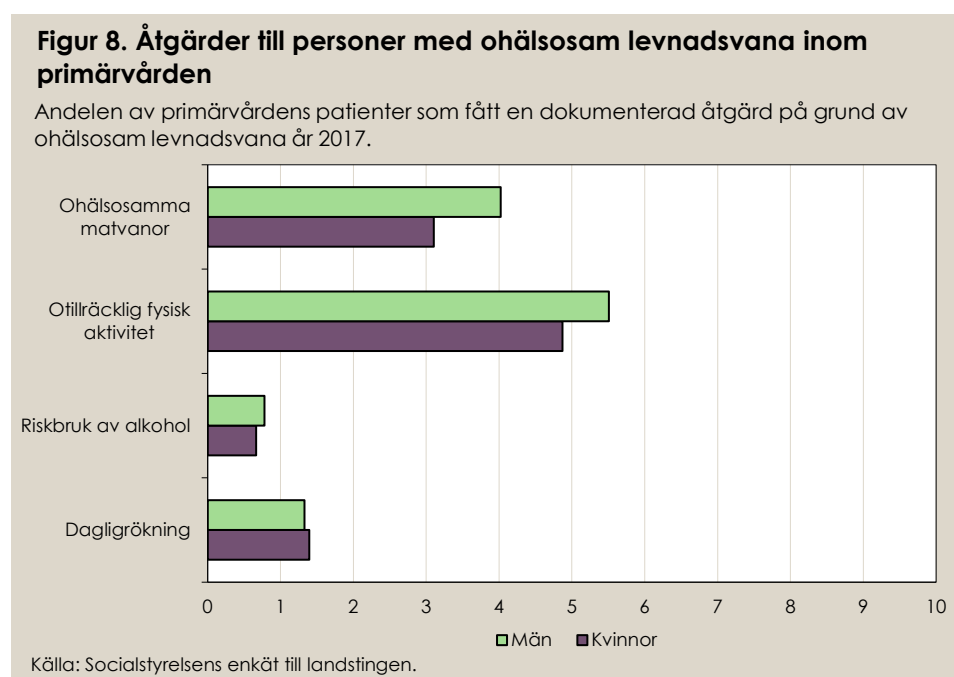
Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen.

Utvecklingen när det gäller rådgivning om tobak och alkohol är däremot nedåtgående och orsakerna till detta är inte kända. Ingen ökning kan ses det senaste året när det gäller stöd till patienter med riskbruk av alkohol och patienter som röker. Sedan 2014 har det till och med skett en minskning av rådgivning om rökning, trots att rökning är den levnadsvana som innebär störst hälsorisker.

När det gäller rådgivning om alkohol syns en viss ökning från 2013 och på senare år har forskningen uppmärksammat att även mindre mängder alkohol innebär risker för hälsan. Det finns därför goda skäl för hälso- och sjukvården att ställa frågor och ge råd om alkohol, även om patienten inte har ett missbruk eller ett beroende [52].

Män får oftare rådgivning om levnadsvanor

Fler män än kvinnor får rådgivning om fysisk aktivitet och matvanor. Det kan delvis hänga samman med att primärvården har uppmärksammat fler män än kvinnor som inte rör sig tillräckligt eller som äter ohälsosamt. Men det är även en större andel av männen som identifieras med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet som får stöd att ändra sina vanor jämfört med kvinnor, vilket framgår av figur 8 nedan [52].



När det gäller alkohol och rökning är könsskillnaderna mellan vilka som får åtgärder mindre [52].

Fortfarande stora skillnader i hur landstingen arbetar

Det är stora skillnader mellan landstingen både när det gäller om det ges någon rådgivning över huvud taget och om landstingen följer Socialstyrelsens rekommenderade metoder. Norrbotten ligger i topp när det gäller att genomföra någon rådgivning oavsett levnadsvana. Västernorrland ligger i topp när det gäller rådgivning om ohälsosamma matvanor och rökning. Västernorrland, tillsammans med Västmanland och Sörmland, genomför förhållandevis många rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet. När det gäller rådgivande samtal om alkohol ligger Skåne och Västmanland högre än övriga landsting och regioner [52].

Ny beslutsprocess för nationell högspecialiserad vård

Sedan hösten 2017 har Socialstyrelsen i uppdrag att pröva en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå samt ta fram en plan för att fasa ut dagens system med rikssjukvård. År 2018 fick Socialstyrelsen uppdraget att genomföra och återrapportera detta arbete.

Socialstyrelsen ska med hjälp av sakkunniggrupper genomlysa ett tjugotal nationella vårdområden/programområden för att identifiera vad som bör vara högspecialiserad vård på nationell nivå²⁷. Först ut att provas har varit programområdena kvinnosjukdomar och förlossning samt nervsystemets sjukdomar. Därefter har även arbetet påbörjats inom psykisk hälsa, endokrina sjukdomar samt barns och ungdomars hälsa. Socialstyrelsen ska nu analysera konsekvenserna för akutsjukvården i arbetet med nivåstruktureringen. Akutsjukvården kommer att genomlysas i samverkan med landstingens och regionernas system för kunskapsstyrning [53].

Apotekens uppdrag blir tydligare

I juni antog riksdagen de lagändringar som föreslogs i propositionen *Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden* (prop. 2017/18:157). Lagändringarna innebär tydligare krav på öppenvårdsapotekens rådgivning och kontroll, krav på erfarenhet, kompetens och inflytande för läkemedelsansvariga samt krav på utformning av apotekens rådgivningsmiljö. Det kommer också att krävas farmaceutisk kompetens vid expediering av receptbelagda läkemedel. Ytterligare en förändring är att huvudansvaret för att tillhandahålla läkemedel till enskild patient inom 24 timmar flyttas från apoteken till partihandlarna.

De flesta av dessa lagändringar trädde i kraft den 1 augusti 2018. Kravet på farmaceutisk kompetens och farmaceutens ansvar i samband med expediering träder i kraft 2020 [54].

Regeringen har också beslutat om flera myndighetsuppdrag för att dels förbättra tillgången till läkemedel, dels höja kompetensen på apoteken. Läkemedelsverket ska i samråd med Socialstyrelsen kartlägga vilka utbildningar som kan ge tillräcklig kompetens för rådgivning om egenvård på apoteken, och ta fram förslag på kompetenskrav. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har fått i uppdrag att göra två förstudier med syfte att se hur kompetensen på öppenvårdsapoteken kan nyttjas bättre. Läkemedelsverket har också fått i uppdrag att förbättra tillsynen av apoteken, samt se över hur myndigheterna samarbetar vid anmälningar och kontroller [55].

²⁷ Efter genomlysningen beslutas vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget. En särskild nämnd utsedd av regeringen tar sedan beslut om var någonstans vården ska bedrivas.

Kostnader

Detta kapitel beskriver kostnadsutvecklingen inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgen 2013–2016 [56]. Hälso- och sjukvårdsutgifterna har beräknats av SCB med hjälp av uppgifter från bland annat kommunernas och landstingens räkenskapssammandrag²⁸.

För landstingens kostnader för hälso- och sjukvård används kostnadsbegreppet *nettokostnader* och för kommunernas kostnader används kostnad för det egna åtagandet. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren har de fastprisberäknats till 2016 års prisnivå. Detta innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett prisindex.²⁹

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat med cirka 3 procent årligen mellan 2013 och 2016 och uppgick till 482 miljarder kronor 2016. Det är en ökning med 41 miljarder kronor, eller 9,3 procent, sedan 2013 räknat i 2016 års priser. Uppdelat per capita var kostnaden för hälso- och sjukvård i genomsnitt cirka 48 000 kronor per person 2016.

Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 52 procent eller 252 miljarder kronor, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster (se figur 9 nedan). Här ingår slutenvård, dagsjukvård, öppenvård samt botande och rehabiliterande hemsjukvård. Öppenvården står för över hälften av dessa kostnader (144 miljarder kronor) och har ökat med 11,8 procent, motsvarande 15,2 miljarder kronor, sedan 2013. Slutenvårdskostnaderna har under samma period ökat med 6,0 procent (5,5 miljarder kronor).

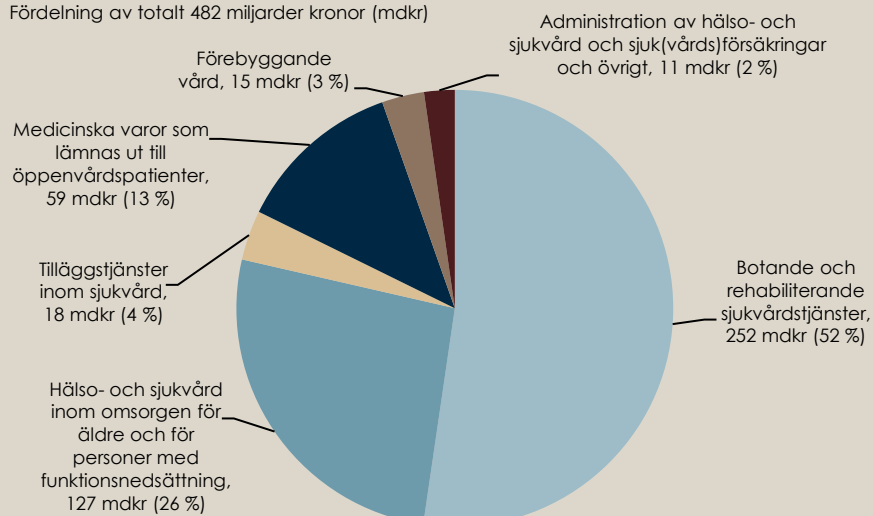
Det här är en trend som även har beskrivits i andra rapporter. SKL visar i *Ekonomirapporten, december 2018* att antalet vårdtillfällen i slutenvård har minskat kontinuerligt sedan 2012, samtidigt som kostnaden per vårdtillfälle har ökat. En förklaring till att kostnaden per vårdtillfälle har ökat är att vårdtyngden i slutenvården ökat när enklare åtgärder förflyttats till den öppna vården [57].

²⁸ Statistiken som presenteras avser årsdata och har publicerats varje år sedan 2008.

²⁹ Som underlag för uppräknningen används SCB:s konsumtionsindex 2016 för respektive verksamhetsområde.

Figur 9. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2016

Fördelning av totalt 482 miljarder kronor (mdkr)

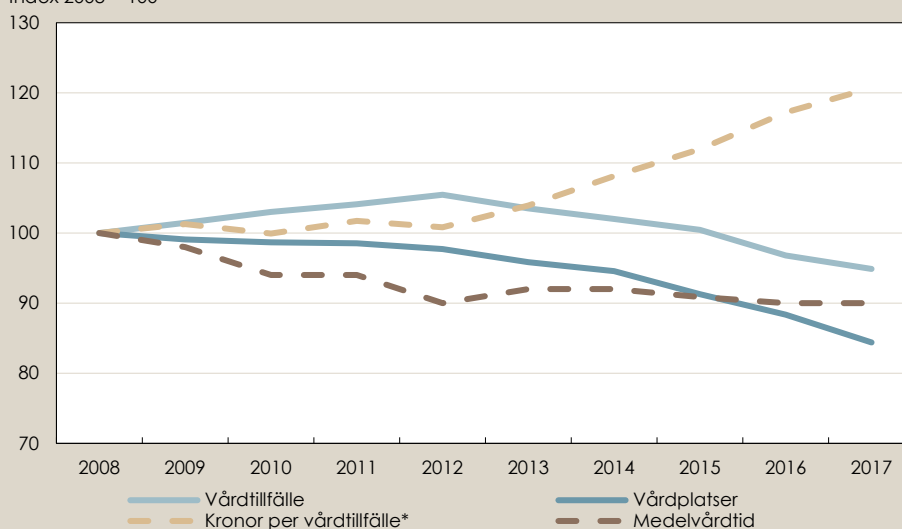


Källa: Hälso- och sjukvårdens utvärderingsinstitut (SHA), Statistiska centralbyrån.

Den ökande kostnaden inom slutenvården har också beskrivits i *Ekonomirapporten, december 2018*, där det framgår att antalet vårdplatser och antalet vårdtillfällen har minskat stadigt i slutenvården sedan 2012, samtidigt som kostnaden per vårdtillfälle har ökat (se figur 10). En annan orsak till att kostnaderna har ökat kraftigt de senaste åren är ökade personalkostnader - dels för fast personal, dels genom ökad användning av inhyrd personal.

Figur 10. Kronor per vårdtillfälle, vårdtillfällen, vårdplatser och medelvårdtid i slutenvård 2008–2017

Index 2008 = 100



*Fasta priser

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen och för personer med funktionsnedsättningar uppgick till cirka 127 miljarder kronor 2016, vilket motsvarar 26 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Dessa kostnader har ökat med 10,6 miljarder i fasta priser sedan 2013. Ökningen beror på kostnadsökningar för hälso- och sjukvård inom särskilda boendeformer och inom ordinärt boende.

Kostnaderna för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter svarar för 12 procent, 59 miljarder kronor, av de totala kostnaderna. På ett år har kostnaderna ökat med 1 miljard kronor och sedan 2013 har de ökat med 5,2 miljarder kronor i fasta priser. Kostnaderna för receptförskrivna läkemedel, receptfria läkemedel samt terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska varaktiga varor stod för ökningen medan övriga medicinska dagligvaror fortsatt kostar runt 3 miljarder kronor.

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård samt administration och övriga vårdkostnader. Dessa kostnaders bidrag till den totala kostnadsutvecklingen är dock marginell. Kostnader för förebyggande vård utgjorde endast 3 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna under åren 2013–2016.

Tabell 2. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2013 – 2016 enligt Hälso- och sjukvårdsräkenskaperna (SHA)

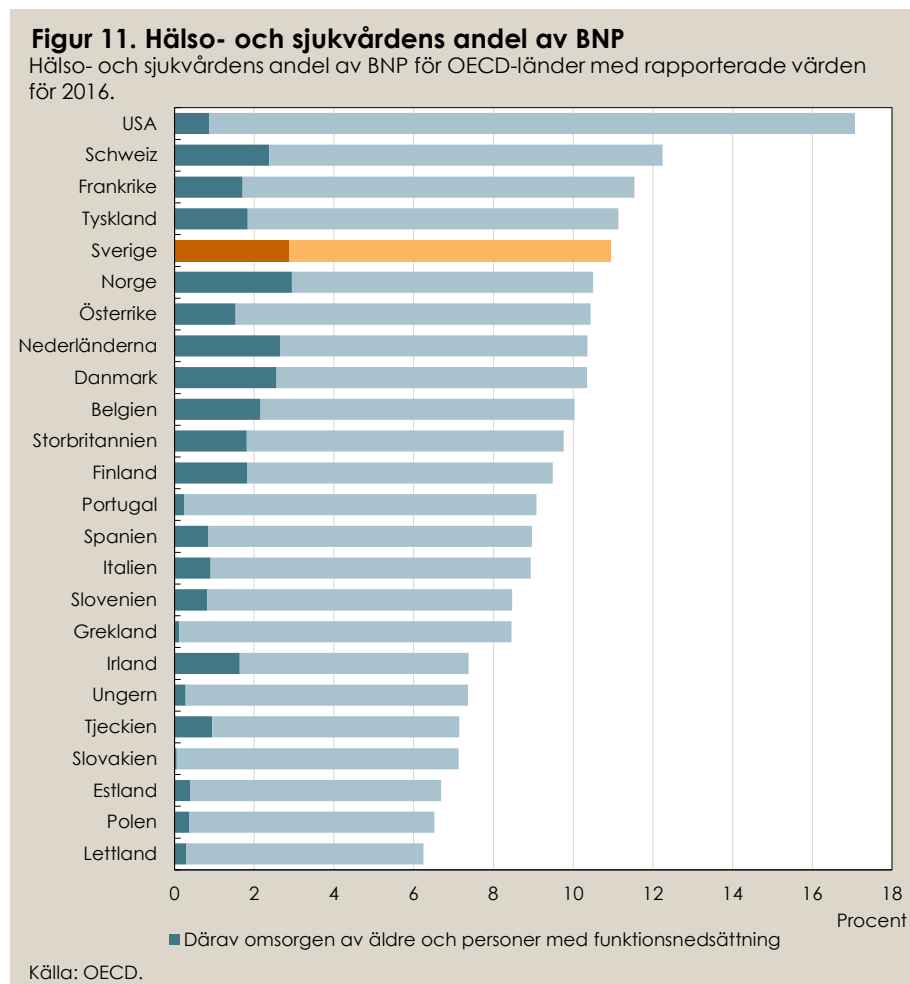
Uppdelat per verksamhetsområde. Miljarder kronor och förändring i procent.

	Kostnader, miljarder kronor				Förändring 2013-2016		Andel 2016
	2013	2014	2015	2016	Miljar- der kronor	%	%
Totala fasta hälso- och sjukvårdsutgifter	441	455	468	482	40,9	9,3	100,0
Årlig procentuell förändring		3,1	3,0	2,8			
Andel av bnp, %	11,1	11,1	11,0	10,9			
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster	230	239	245	252	21,6	9,4	52,3
Slutenvård	92	95	96	97	5,5	6,0	20,1
Dagsjukvård	9	8	9	9	0,2	2,7	1,8
Öppenvård	129	135	138	144	15,2	11,8	29,8
varav							0,0
- allmän botande öppenvård	27	28	28	29	1,6	5,7	6,0
- tandvård	25	25	26	26	1,3	5,1	5,5
- övrig specialiserad öppenvård	61	65	68	72	11,0	18,2	14,9
- övrig botande öppenvård	15	16	17	17	1,3	8,5	3,5
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	2	2	2	2	0,7	43,0	0,5
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	116	119	123	127	10,6	9,1	26,3
Särskilda boendeformer	76	77	79	82	5,6	7,3	16,9
Dagverksamhet och korttidsvård	6	6	7	6	0,3	5,3	1,3
Ordinärt boende (omvårdnadstjänster)	34	35	37	39	4,7	13,8	8,0
Tilläggstjänster inom sjukvård	17	17	17	18	0,6	3,4	3,7
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatien- ter	54	55	58	59	5,2	9,7	12,3
Läkemedel och andra medicinska icke-varaktiga va- ror och förbrukningsartiklar	43	45	46	47	3,8	8,8	9,8
varav							0,0
- receptföreskrivna mediciner	30	30	32	32	2,3	7,8	6,7
- receptfria mediciner	10	11	11	12	1,2	11,2	2,4
- övriga medicinska dagligvaror	3	3	3	4	0,3	10,5	0,7
Terapeutiska hjälpmedel och andra medicinska var- aktiga varor	11	11	12	12	1,4	13,0	2,5
Förebyggande vård	14	14	15	15	1,4	10,0	3,1
Informations-, utbildnings- och rådgivningsprogram	6	6	6	6	0,4	6,5	1,3
Immuniseringsprogram	2	2	2	2	0,3	14,4	0,4
Allmänna hälsokontroller	6	6	6	6	0,7	12,7	1,3
Epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	1,6	0,1
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	6	7	8	8	1,2	18,9	1,6
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	3	3	3	3	0,4	11,7	0,7

Källa: Hälso- och sjukvårdsräkenskaperna 2013-2016, Statistiska centralbyrån.

Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter i ett internationellt perspektiv

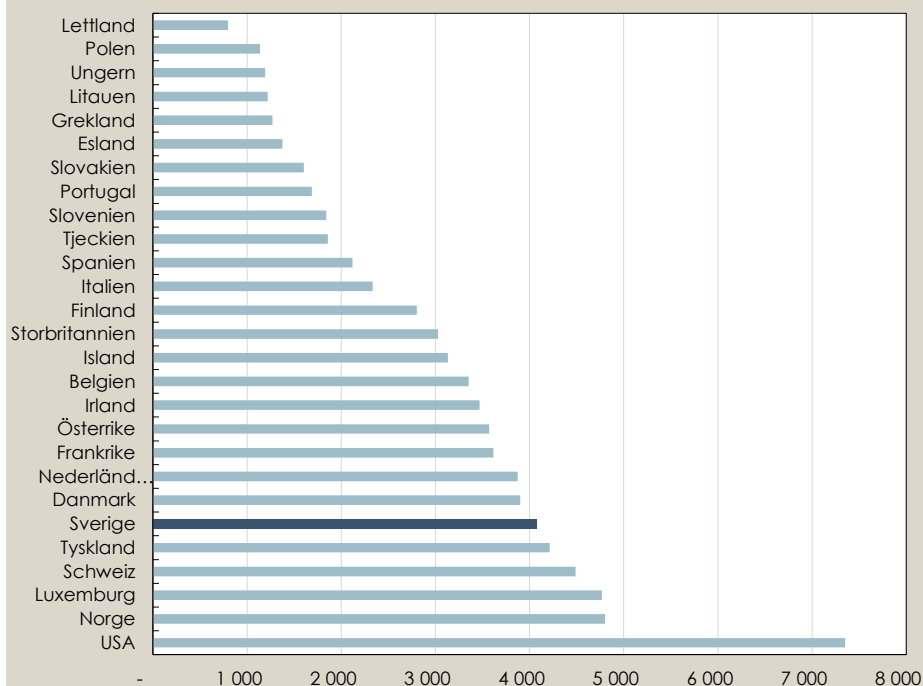
Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av bruttonationalprodukten (bnp) var 10,9 procent 2016, och andelen har varit relativt stabil sedan 2011. Sveriges hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av bnp är bland de högsta inom OECD, vilket framgår av figur 11.



Även mätt per capita har Sverige bland de högsta utgifterna bland OECD-länder, vilket framgår av figur 12 nedan.

Figur 12. Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita 2016

Euro, köpkraftsjusterat



Källa: OECD Health statistics; Växelkurser 28 januari 2019; Sveriges riksbank.

I tidigare mätningar har Sveriges placering varit mer genomsnittlig. Skillnaden i placering beror inte på att Sverige numera lägger mer resurser på hälso- och sjukvård, utan den är ett resultat av införandet av den nya redovisningsmetod som länderna ska följa. Den nya metoden innebär att en avsevärt större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård. Denna del är större i bland annat Sverige, Norge och Nederländerna än i de flesta andra jämförbara länder [58].

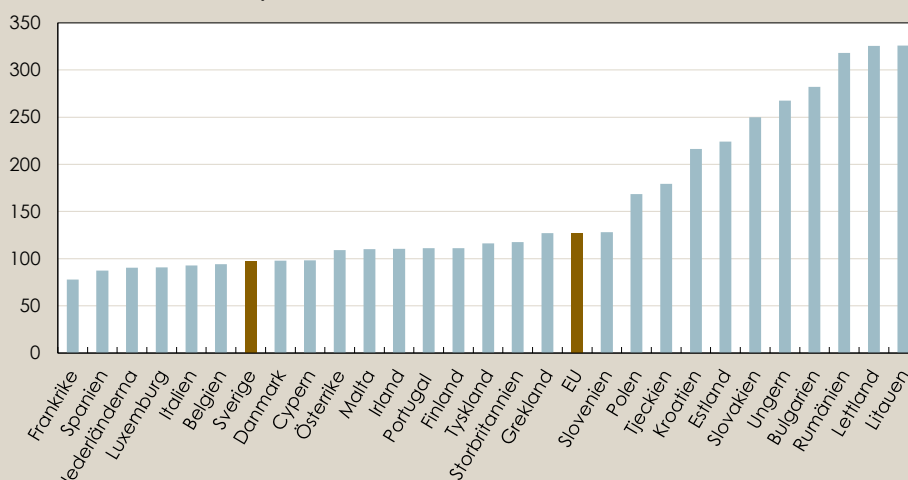
Indikatorer för undvikbar³⁰ och förebyggbar dödlighet kan användas som en allmän utgångspunkt för att bedöma hur pass effektiva hälso- och sjukvårdssystemen och samhällets folkhälsoarbete är för att minska för tidiga dödsfall på grund av olika sjukdomar och skador [59].

Sverige är ett av de länder i EU som har lägst behandlingsbar dödlighet (se figur 13), vilket kan ses som en indikation på att de resurser Sverige lägger på hälso- och sjukvård också leder till förhållandevis god kvalitet. De länder som ligger under genomsnittet för EU vad gäller behandlingsbar dödlighet är framför allt länder som lägger mindre resurser på hälso- och sjukvård. Det krävs dock ytterligare analyser för att mer exakt bedöma orsakerna till potentiellt behandlingsbara dödsfall och möjliga insatser för att minska dem.

³⁰ Undvikbar (eller behandlingsbar) dödlighet definieras enligt Eurostat som dödsfall som kan undvikas genom effektiv och snabb vård.

Figur 13. Behandlingsbar dödlighet i EU-länder 2015

Per 100 000 invånare, åldersjusterat.



Källa: Eurostat.

OECD publicerar regelbundet hälsodata från medlemsländerna [60]. Nedan presenteras ett urval av indikatorer som gäller vårdens kvalitet där vi jämför Sveriges resultat med andra jämförbara länder.³¹ Indikatorerna är valda för att så brett som möjligt avspegla olika delar av vården. Valet av data beror dels på tillgången till data, dels på sjukdomstillståndens förekomst i samhället. OECD:s indikatorer som speglar vårdens kvalitet visar också goda resultat för Sverige, vilket framgår av tabell 3 nedan.

Tabell 3. Indikatorer för resultat i vissa delar av vården 2015

	Sverige	Medel-värde	Intervall	Sveriges placering bland jämförbara länder
Dödlighet vid akut hjärtinfarkt (%)	7,8	8,5	7,6-10,8	4 / 10
Dödlighet vid stroke (%)	9,6	9,3	7,7-10,9	7 / 10
Höftfrakturer opererade inom 24 timmar (%)	68,2	68,6	29,6-84,0	9 / 12
Höftfrakturer opererade inom 48 timmar (%)	91,9	83,6	48,4-96,4	3 / 12
Femårsöverlevnad i bröstcancer (%)*	88,8	86,4	82,0-89,1	2 / 15
Femårsöverlevnad i livmoderhalscancer (%)*	68,3	67,7	63,6-80,1	5 / 15
Femårsöverlevnad i tjocktarmscancer (%)*	64,9	64,3	60,0-68,2	5 / 15
Femårsöverlevnad i ändtarmscancer (%)*	64,7	63,8	59,5-69,2	6 / 15
Femårsöverlevnad i akut lymfatisk leukemi (%)*	89,0	89,5	83,0-95,2	9 / 15
Amputationer på grund av diabetes (per 100 000 invånare)	3,7	5,2	2,7-14,1	8 / 15

*2010-2014.
Källa: OECD.

³¹ Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland, Island, Irland, Italien, Nederländerna, Norge, Spanien, Schweiz, Storbritannien och Österrike.

Strategier för att använda resurserna effektivt

Att använda resurserna inom hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt är nödvändigt, eftersom de är begränsade och ofta understiger behoven. Forskning tyder på att så mycket som en femtedel av hälsoutgifterna är verkningslösa (*wasteful*) och kan elimineras utan att minska hälsosystemets prestanda [61]. Det har inte gjorts några studier som mäter hur stor del av hälsoutgifterna i Sverige som är verkningslösa, men verkningslösa utgifter kan ta många former och har en rad olika effekter:

- Patienterna får skador i onödan eller får vård som gör liten eller ingen skillnad för deras hälsa.
- Samma resultat kan uppnås med mindre resurser. Till exempel har vissa hälsosystem låg användning av generiska läkemedel medan andra ger vård på resursintensiva platser som sjukhus när den skulle kunna tillhandahållas i primärvården med samma resultat.
- Administrativa processer tillför inte något värde i hälsosystemet.

Att tackla dessa problem kan bidra till både högre effektivitet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Nedan visas två exempel på hur hälso- och sjukvården i dag arbetar med att försöka minska verkningslös resursanvändning, utifrån tidigare nämnd OECD-rapport [5].

Ökad användning av dagkirurgi är fördelaktigt

Ökad användning av dagkirurgi kan minska utnyttjandet av sjukhusresurser med fördelen att dagkirurgi bedöms ha likvärdig kvalitet och patientsäkerhet som slutenvårdskirurgi samt att de flesta patienter föredrar dagkirurgi som innebär att patienten får åka hem samma dag[62, 63]. Användningen av dagkirurgi har ökat i alla EU-länder de senaste årtiondena tack vare framsteg inom kirurgisk teknik och anestesi, men takten i övergången har varierat. Sverige är ett av de länder i EU som har högst andel av kirurgiska ingrepp som utförs som dagkirurgi.



I Sveriges genomfördes 3,1 miljoner kirurgiska ingrepp 2017 vilket är en ökning med 65 procent jämfört med 2007.

Källa: Socialstyrelsen 2019.

I Sverige genomfördes totalt 3,1 miljoner kirurgiska ingrepp 2017, inklusive planerade och akuta insatser, vilket är en ökning med 65 procent, motsvarande över 1,2 miljoner insatser, jämfört med 2007. Av dessa genomfördes

74 procent av insatserna i dagkirurgi 2017, jämfört med 63 procent 2007. Antal insatser inom dagkirurgi har ökat med 96 procent och inom slutenvårdskirurgi med 14 procent mellan 2007 och 2017. Andelen dagkirurgiska åtgärder per region varierade mellan 65 och 78 procent.

Generiska läkemedel skapar priskonkurrens

Läkemedel utgjorde cirka 9 procent av de totala fasta hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige 2016. Kostnaderna för läkemedel har ökat, framför allt genom att nya mer kostsamma läkemedel har lanserats. Kostnadsökningen har dock dämpats genom omprövningar av subventionsstatus av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), automatiska prissänkningar enligt 15-årsregeln³² och generiskt utbyte på apotek genom periodens vara-systemet³³.

År 2014 fick TLV i uppdrag av regeringen att minska nivån på förmånskostnaderna för befintliga läkemedel 2014 till 2017 med 1 175 miljoner kronor. I juni 2018 rapporterade TLV utfallet av besparingarna som uppgick till 1 192 miljoner kronor, varav 569 miljoner kronor genererades av 15-årsregeln och 623 miljoner kronor genererades av omprövningar av förmånsstatus för läkemedel [64].

Därtill kommer besparingar genom periodens vara-systemet, som 2016 ledde till besparingar på cirka 790 miljoner kronor och 2017 ledde till besparingar på cirka 590 miljoner kronor. Det svenska systemet för prissättning och utbytbarhet vid generisk konkurrens har lett till att det genomsnittliga priset för konkurrensutsatta läkemedel är bland de lägsta i Europa [65].

Biosimilarer är kopior på biologiska läkemedel. Dessa är vanligen inte utbytbara på apotek, vilket inte skapar konkurrens på samma vis som för generika. För TNF-alfahämmare har konkurrensen istället stimulerats genom att landstingen och företagen har tecknat sidoöverenskommelser där företagen återbetalar en del av kostnaden för läkemedlen till landstingen. Detta har även skett inom andra områden, exempelvis läkemedel vid behandling av hepatit C. Sidoöverenskommelserna leder till lägre kostnader; inom flera områden har fler patienter kunnat behandlas och inom andra områden har nya kostsamma läkemedel kunnat introduceras. Under 2017 var den totala återbäringen 947 miljoner kronor. TLV har prognosticerat återbäringen för 2018 till cirka 2,5 miljarder kronor [66].

Prognos av framtida läkemedelsförsäljning

Totalkostnaden för läkemedel inom läkemedelsförmånen kommer att fortsätta öka under prognosperioden 2018–2020. Statens kostnader för förmånsläkemedel prognosticeras öka från 23,3 miljarder kronor 2017 till 28,4 miljarder kronor 2020. Även kostnaderna för läkemedel som används inom

³² 15-årsregeln innebär att när ett läkemedel blir 15 år gammalt sänks priset med 7,5 procent om inte ursprungspriset dessförinnan redan har sänkts.

³³ Periodens varasystemet innebär att för läkemedel där original och generika bedöms vara medicinskt likvärdiga, byts det förskrivna läkemedlet automatiskt ut till den produkt som varje månad har det lägsta priset och som har utsetts till periodens vara.

slutenvården (rekvisitionsläkemedel) förväntas öka under prognosperioden, från 8,2 miljarder kronor 2017 till 9,9 miljarder kronor 2020 [67].

Liksom tidigare drivs kostnadsutvecklingen till stor del av att befolkningen blir större och att andelen äldre ökar, samt att nya effektiva men dyra läkemedel introduceras på marknaden, vilket är särskilt märkbart inom cancervården där antalet patienter ökar, men tack vare nya och innovativa onkologiläkemedel kan allt fler leva länge med cancersjukdom [67].

Även de kommande åren väntas kostnaderna hållas nere något av prissänkningar på äldre läkemedel och återbärningar efter sidoöverenskommelser mellan företag och landsting.

Kostnadsfria preventivmedel för unga

Den 1 januari 2017 infördes kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år. De preventivmedel som omfattas är läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Reformen är en del i arbetet med att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter.

Reformen syftar till att öka användningen av preventivmedel bland unga, men det går i dagsläget inte säga att den har lett till en minskning i antalet oönskade graviditeter. Reformen har däremot inneburit att tillgången till preventivmedel har blivit mer lika i landet för unga under 21 år. Det behövs dock mer insatser för att öka kännedomen om kostnadsfriheten. Reformen påverkar inte heller primärt det ansvar och den roll som unga män har i att förebygga oönskade graviditeter. Det är därför viktigt att det förebyggande arbetet också involverar unga män [68].

Psykiatrisk vård

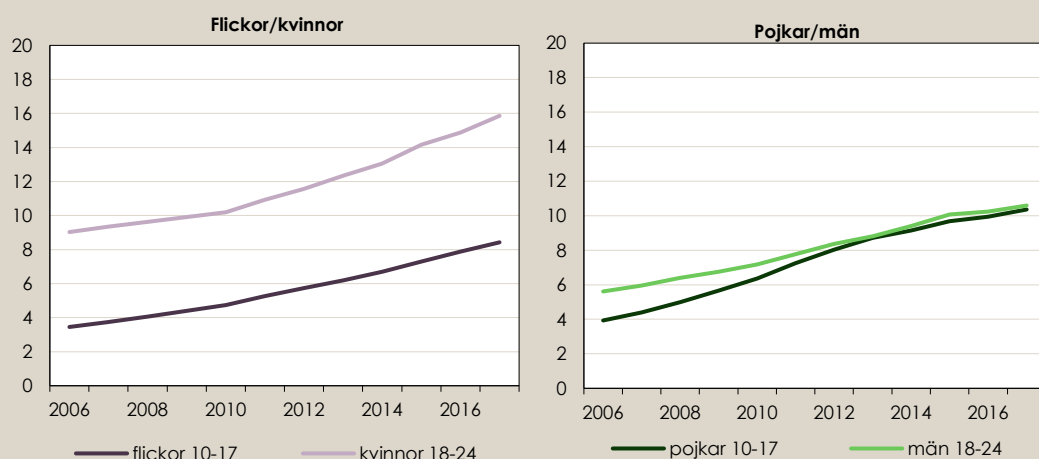
I detta kapitel belyser vi psykiatrisk hälso- och sjukvård, inklusive tvångsvård, förekomst av suicid samt aktuella utredningar om psykisk ohälsa.

Fler barn och unga får psykiatrisk vård

Sedan 2006 har antalet vårdtillfällen vid psykiatriska diagnoser ökat för barn och unga i åldersgruppen 10–24 år. Det gäller i synnerhet flickor mellan 17 och 24 år, vilket figur 14 visar. Orsaken till att mer vård söks är okänd, men omfattningen tyder på att orsakerna kan finnas bland ungdomars generella livsvillkor, till exempel under skoltiden eller vid inträdet till arbetsmarknaden.

Figur 14. Psykiatrisk vård för barn och unga

Andel barn och unga med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos*, eller minst ett läkemedelsuttag av psykofarmaka, 2006–2017, procent.



*Vissa personer kan ha vårdats på en psykiatrisk klinik utan att ha fått en diagnos – de har också inkluderats i resultatet.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling för barn och unga

Av de barn (10–17 år) och unga (18–24 år) som mellan 2007 och 2013 diagnostiserats med depression eller ångestsyndrom påbörjade ungefär 70–80 procent en behandling med antidepressiva läkemedel. Vart tionde barn och var femte ung vuxen fick läkemedelsbehandling i minst tre år. Utöver antidepressiva läkemedel förskrevs även andra psykofarmaka, framförallt lugnande eller ångestdämpande medel samt sömnmedel. Cirka 20 procent av dessa barn, och cirka 35 procent av dessa unga vuxna förskrevs ångestdämpande läkemedel, lugnande läkemedel eller sömnmedel.

Över tid har det skett en gradvis minskning, i synnerhet bland barn, vad gäller användningen av bensodiazepiner eller bensodiazepinbesläktade preparat till förmån för hydroxizin och propiomazin. Detta är en positiv utveckling eftersom varken hydroxizin eller propiomazin klassas som beroendeframkallande, till skillnad från bensodiazepiner eller besläktade preparat [69].

Däremot har det skett en snabb ökning av melatoninanvändning bland barn och unga 0–17 år. År 2017 expedierades minst ett recept på melatonin i åldersgruppen 0–17 år för 15 447 flickor respektive 20 765 pojkar. Det är mer än en femtonfaldig ökning för flickor sedan 2006 och en tjugofaldig ökning för pojkar. Flickor 13–17 år och pojkar 10–17 år stod för den största ökningen bland expedierade melatoninrecept 2006–2017.

De flesta läkemedel som kan användas vid sömnproblem är inte godkända för barn och kunskapen om risker vid behandling av barn, framför allt under en längre tid, är otillräcklig. Melatonin är inte beroendeframkallande men i första hand ska barns sömnproblem behandlas icke-farmakologiskt [70].

Beroendeframkallande läkemedel förskrivs mer till kvinnor med kort utbildning

Under perioden 2015–2017 minskade det långvariga³⁴ användandet av bensodiazepiner³⁵ i åldersgruppen 20–79 år, men skillnaderna mellan kön, landsting och olika utbildningsgrupper är fortsatt stora och tydliga. Förekomsten av långvarig behandling som kan leda till beroende är mer än fyra gånger så stor bland kvinnor med högst förgymnasial utbildning jämfört med bland män med eftergymnasial utbildning,³⁶ vilket framgår av figur 15 nedan [49].

³⁴ Med långvariga användare avses här individer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år.

³⁵ Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är godkända för att användas för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar samt lindrigare former av oro och ångest. Dessa läkemedel kan dock ge biverkningar, särskilt vid hög konsumtion och långvarigt bruk. De är dessutom narkotikaklassade och kan framkalla beroende och missbruksproblem. Det är därför viktigt att inte förskriva dessa läkemedel längre perioder utan noggrant övervägande. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom anger att behandling med bensodiazepiner inte bör erbjudas över huvud taget vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi och akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom.

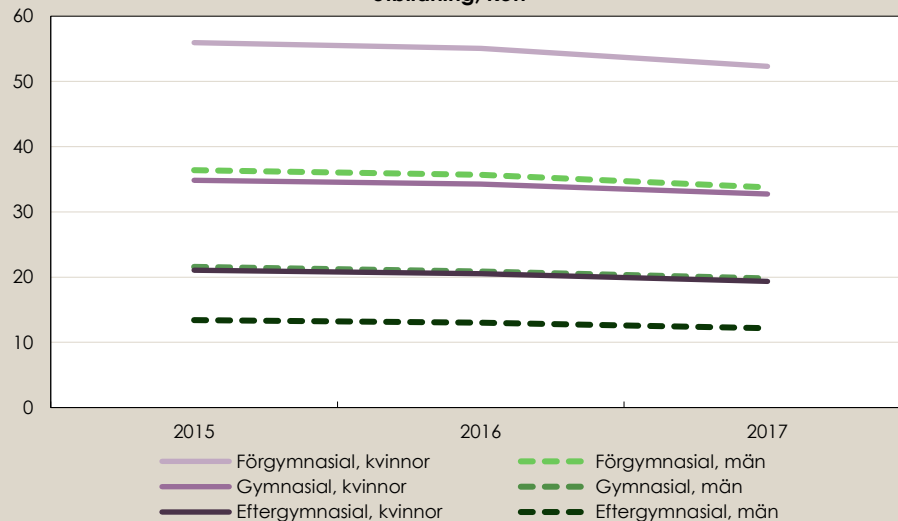
³⁶ Jämförelsen mellan utbildningsgrupper avgränsas till åldersgruppen 30–64 år.

Figur 15. Långvarig behandling med sömnmedel och lugnande medel

Antal personer med regelbunden användning, ($\geq 0,5$ DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Personer 30–64 år. Åldersstandardiserat.

Per 1 000 invånare

Utbildning, kön



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Den långvariga användningen i åldersgruppen 20–79 år varierar kraftigt mellan olika landsting och kommuner. På kommunnivå är samvariationen väldigt låg mellan andelen av befolkningen med låg utbildning och förekomsten av långvarig förskrivning av bensodiazepiner. Det innebär att den observerade skillnaden mellan olika utbildningsgrupper inte förklaras av skillnader mellan olika kommuner. Även på länsnivå är variationen stor mellan 24 och 47 per 1 000 kvinnor samt mellan 15 och 27 per 1 000 män. Tidigare analys på länsnivå har också visat en låg samvariation mellan långvarig förskrivning och socioekonomiska förhållanden. Det är därför mer troligt att skillnader i vårdens praxis att förskriva dessa läkemedel under lång tid kvarstår som en viktigare förklaring [49].

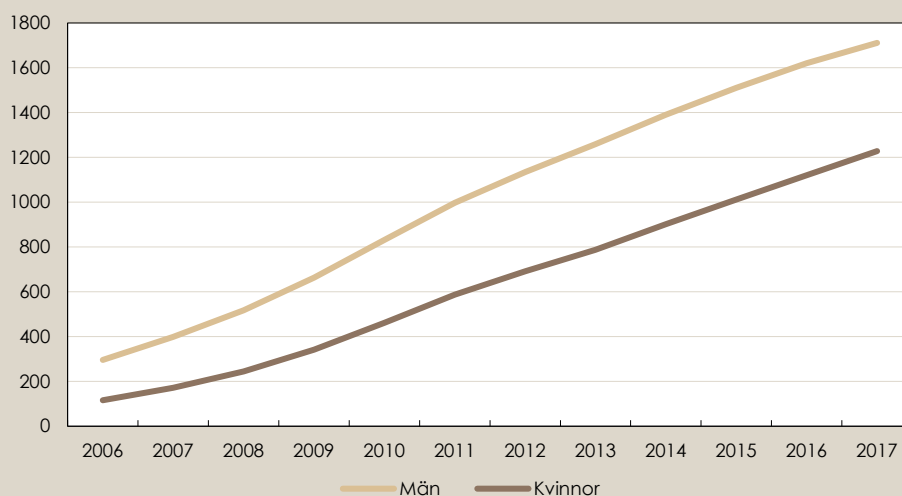
Skillnader i användning av adhd-läkemedel

Antalet personer i åldersgruppen 5–64 år som använder adhd-läkemedel har ökat över tid, vilket framgår av figur 16 nedan. År 2017 hade ungefär 111 000 personer gjort minst ett uttag av något adhd-läkemedel, vilket motsvarar 1,5 procent av befolkningen i denna åldersgrupp [71].

Figur 16. Utveckling av förskrivning av adhd-läkemedel

Personer 5–64 år som har minst ett uttag av något adhd-läkemedel 2006–2017.

Antal per 100 000



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det finns regionala skillnader i förskrivningen av adhd-läkemedel. Till exempel förskrevs läkemedel till 10 procent av pojkar mellan 10 och 17 år i vissa kommuner 2017, medan motsvarande siffra i andra kommuner var lägre än 3 procent. Liknande regionala skillnader fanns för flickor, även om andelen läkemedel som förskrevs var lägre.

Det kan finnas flera orsaker till dessa regionala skillnader. Till exempel har det framgått att barn med påfrestande psykosociala och socioekonomiska faktorer i sin miljö i större utsträckning diagnostiseras med adhd, vilket tyder på ett samspel mellan arv och miljö. Under 2019 kommer Socialstyrelsen att undersöka om det även kan finnas andra möjliga bakomliggande faktorer som bidrar till de regionala skillnaderna [72].

Psykiatrisk tvångsvård vanligare för flickor

Under 2017 tvångsvårdades omkring 13 000 personer. Av dessa personer vårdades 87 procent enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och 13 procent enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Majoriteten av de som vårdats var i åldersgruppen 18–35 år och de vanligaste diagnosgrupperna var schizofreni och psykos.

Vanliga tvångsåtgärder

Av tabell 4 nedan framgår att läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande var den vanligaste tvångsåtgärden för både män och kvinnor.

Tabell 4. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna*, 2017

Antal	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Kvinnor	1 807	1 779	2 744
Män	1 378	1 321	2 264
Totalt	3 185	3 100	5 008

*Enligt LPT och LRV
Källa: Socialstyrelsen.

När det gäller tvångsvård för unga är det betydligt vanligare att flickor vårdas enligt LPT jämfört med pojkar. Under 2017 vårdades 97 pojkar och 164 flickor under 18 år enligt LPT. Den vanligaste tvångsåtgärden för både flickor och pojkar var läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande. Totalt utfördes 286 fall av läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande, vilket framgår av tabell 5 nedan.

Tabell 5. De tre mest förekommande tvångsåtgärderna*, för personer under 18 år, 2017

Antal	Fastspänning upp till och med 4 timmar	Avskiljande upp till och med 8 timmar	Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande
Flickor	191	94	163
Pojkar	119	38	123
Totalt	310	132	286

*Enligt LPT.
Källa: Socialstyrelsen.

Sedan 2009 samlar Socialstyrelsen in uppgifter om tvångsvård till patientregistret. Uppgifternas kvalitet har förbättrats över åren men trots olika insatser finns fortfarande betydande brister. Inga uppgifter över tid redovisas därför här. Myndigheten har föreslagit en utredning av förutsättningarna för att införa en nationell beslutsjournal [73].

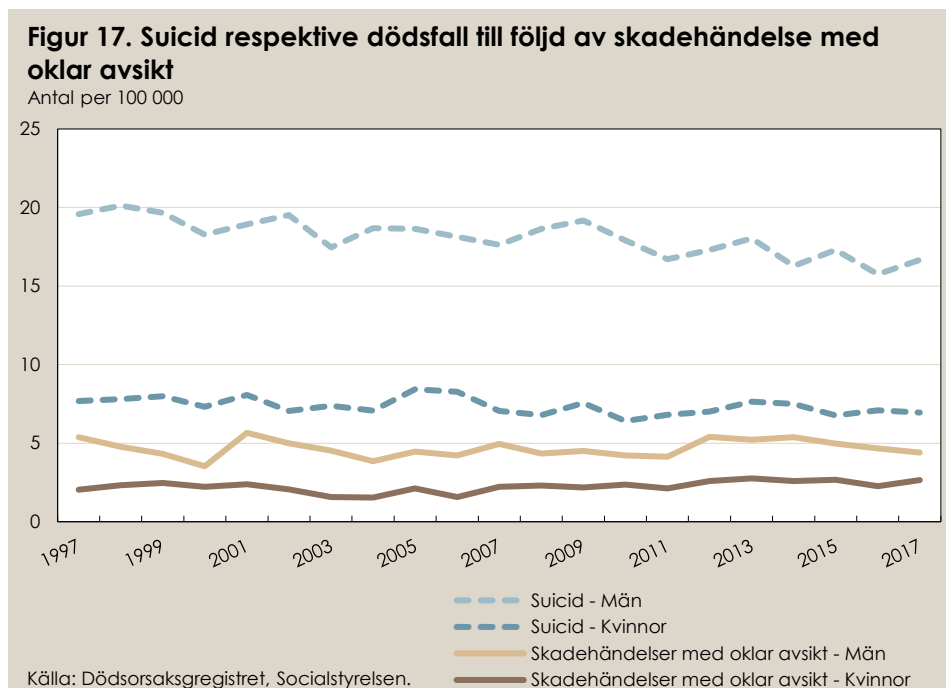
Suicid vanligast bland äldre män

År 2017 klassificerades knappt 350 dödsfall bland kvinnor respektive drygt 840 dödsfall bland män som suicid. Ytterligare knappt 360 personer dog av skadehändelser där avsikten inte kunnat fastställas. Antalet suicid per 100 000 invånare var drygt 17 suicid för män jämfört med knappt 26 suicid 1987. Motsvarande siffror för kvinnor var knappt 7 respektive knappt 11 suicid. Vanligast är suicid bland män över 80 år.

Andelen suicid har minskat de senaste tre decennierna men minskningen har varit mindre under 2000-talet. När det gäller yngre personer i åldersgruppen 15–24 år har inte samma nedåtgående utveckling syns utan andelen har legat på ungefär samma nivå. För 2017 var det 6,8 kvinnor och 14 män per 100 000 invånare i åldersgruppen 15–24 år som fick sin dödsorsak registrerad som suicid. Det motsvarar 85 män och 38 kvinnor i absoluta tal [4].

Sverige har ett nationellt program för att förebygga suicid som omfattar alla åldrar. Eftersom många äldre har insatser från både kommun och lands-ting är det viktigt med samverkan för att möta behoven hos äldre personer med psykisk ohälsa [74].

Antalet suicid som anmäls som vårdskada till IVO har minskat kraftigt ef-ter att anmälningsplikten togs bort (se kapitlet om *Patientsäkerhet*. För att läsa mer om suicid bland äldre, se *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2019*).



Nya riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni

Varje år insjuknar 1 500–2 000 personer i psykos i Sverige, och cirka 30 000–40 000 personer i Sverige har diagnosen schizofreni. Endast 6–7 procent har ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Det innebär att de allra flesta lever på sjuk- eller aktivitetsersättning eller annat ekonomiskt stöd från samhället. Medellivslängden för personer med schizofreni är cirka 15 år kortare än hos befolkningen i övrigt. Den förkortade livslängden för personer med psykisk sjukdom beror i stor utsträckning på somatiska sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes [75].

Under 2018 publicerades nya nationella riktlinjer med rekommendationer om åtgärder för vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Dessa riktlinjer ersätter tidigare riktlinjer om psykosociala insatser från 2011 respektive riktlinjer om antipsykotisk läkemedelsbehandling från 2014.

De nya rekommendationerna omfattar bland annat tidiga insatser vid insjuknande i psykos, antipsykotisk läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, modeller för att samordna insatser, boendeinsatser, olika former av rehabilitering, stöd och behandling vid akuta tillstånd samt åtgärder för att förebygga och behandla fysisk ohälsa [75].

Varierande resultat av satsning på psykisk ohälsa

Med avsikt att främja den psykiska hälsan i befolkningen, förebygga psykisk ohälsa samt förbättra vården har regeringen och SKL sedan 2016 träffat årliga överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Drygt 1,5 miljarder kronor i stimulansmedel har betalats ut sedan dess. År 2018 fördelades ytterligare 1,4 miljarder kronor i syfte att stävja den ökande psykiska ohälsan och på sikt öka tillgängligheten till vård och behandling. Landstingen har hittills framför allt gjort behovsanalyser och tagit fram handlingsplaner, vilket ännu inte resulterat i ökat vårdutbud, ökad bemanning eller ökad tillgänglighet till vård och behandling för personer med psykisk ohälsa. Arbetet i landstingen har framför allt handlat om att hitta systematiska arbetssätt. Det är viktigt att landstingen fortsättningsvis lägger fokus på förankringsarbete och implementering [76].

En del goda exempel finns. I en särskild satsning på att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete gick nästan två tredjedelar av det totala beloppet på 120 miljoner kronor under 2017 till att öka bemanningen. Därutöver användes pengarna framförallt till att utöka ungdomsmottagningarnas öppettider men också till att starta nya mottagningar. År 2019 kommer Socialstyrelsen att publicera en slutrapport med en uppföljning av effekterna av satsningen.

En ny utredning om psykisk ohälsa publicerades i januari 2019. Den innehåller förslag om åtgärder som kan skapa förutsättningar för ett sektorsövergripande arbete och en kraftsamling kring frågor om psykisk hälsa. Det handlar bland annat om insatser för styrning och även om stärkt uppföljning [77].

Kvinnors hälsa

I detta kapitel beskrivs de senaste årens nationella satsningar på kvinnors hälsa och förlossningsvård samt resultatet från aktuella kartläggningar och uppföljningar inom området. En beskrivning görs även för närliggande områden som fosterdiagnostik, amning och neonatalvård.

Förstudie till kunskapsstöd om förlossningsvård

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit hur vården efter förlossning ser ut i Sverige i dag, identifierat utmaningar samt gett förslag på behov av förändringar. Myndigheten har dessutom haft i uppgift att bedöma om det behövs nya kunskapsstöd för hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt från resultatet av detta, initierade Socialstyrelsen 2018 en förstudie till kunskapsstöd för förlossningsvården. Där konstateras att det behövs ett kunskapsstöd med rekommendationer för hela vårdkedjan: – graviditet – förlossning – eftervård. Målet med ett sammanhållet kunskapsstöd är att kvinnor med psykisk ohälsa, förlossningsrädsla eller andra problem och risker, lättare ska identifieras och därmed kunna erbjudas vård på rätt nivå oavsett socioekonomisk bakgrund eller bostadsort [78].

Socialstyrelsen föreslår att kunskapsstödet ska innefatta frågor om bemötande, vård och behandling vid normal såväl som vid komplicerad graviditet och förlossning. Rekommendationerna ska specifikt ta hänsyn till behov hos utsatta grupper. Arbetet med att ta fram ett sammanhållet kunskapsstöd för hela vårdkedjan kommer att redovisas 2021.

Övervikt och fetma hos gravida kvinnor

Andelen gravida kvinnor med övervikt och fetma i Sverige har ökat de senaste åren. Övervikt och fetma utgör en ökad hälsorisk för kvinnan men även för fostret och det nyfödda barnet [79-82].

I dag är mer än en fjärdedel av alla gravida kvinnor överviktiga och drygt var tionde gravid kvinna har fetma. Förekomsten av fetma är högre bland kvinnor med kortare utbildning. Knappt 50 procent av de normalviktiga och ungefär 30 procent av de gravida med fetma har en eftergymnasial utbildning.

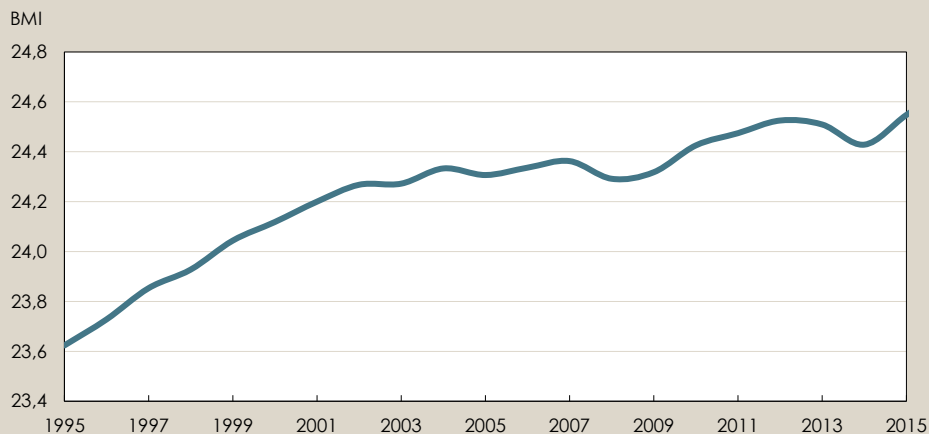
Det finns dessutom stora regionala skillnader. År 2015 var andelen kvinnor med fetma 10 procent i 19 landsting. Högst andel, över 16 procent, fanns i Västmanland, Jönköping, Värmland, Västernorrland och Dalarna. I två landsting, Stockholm och Västerbotten, var förekomsten av fetma under 10 procent.

Utvecklingen av BMI hos gravida

Gravida kvinnors genomsnittliga BMI³⁷ vid graviditetens början har ökat från 23,6 till 24,5³⁸ från mitten av 1990-talet. Ökningen i BMI kvarstår även efter att en justering gjorts för kvinnans ålder när hon föder första barnet, vilket figur 18 nedan visar.

Figur 18. Utvecklingen av BMI hos förstagångsföderskor

Genomsnittlig BMI för förstagångsföderskor under perioden 1995-2015, justerat* för moderns ålder.



* Förstagångsföderskornas ålder har ökat under perioden.

Källa: Medicinska Födelseregistret, Socialstyrelsen.

Under en 20-årsperiod har andelen förstagångsgravida med fetma nästan fördubblats, från drygt 6 till knappt 12 procent. Andelen överviktiga har samtidigt ökat från 20 till 24 procent, medan andelen normalviktiga har minskat från cirka 73 till 64 procent.

Flera ökade hälsorisker

En studie av förstagångsföderskor och deras barn³⁹ visar flera ökade hälsorisker vid övervikt och fetma. Risken för upprepade missfall är nästan fördubblad hos gravida kvinnor med fetma jämfört med risken för normalviktiga.

Tre månader före graviditeten röker nästan dubbelt så många kvinnor med fetma (23 procent) jämfört med normalviktiga (14 procent), men en stor andel slutar röka under graviditeten i båda grupperna.

Förekomsten av graviditetsdiabetes ökade under perioden 2007–2015. Graviditetsdiabetes förekom hos 4,5 procent av alla gravida kvinnor med fetma 2015 jämfört med knappt 1,5 procent av överviktiga gravida kvinnor samma år. Motsvarande siffror hos normalviktiga kvinnor var 0,8 procent båda åren.

³⁷ Kroppsmasseindex också kallat *Body Mass Index* (BMI) är en kvot som beräknas genom att vikten (kg) delas med längden i kvadrat (m²). BMI har använts enligt WHO:s klassificering: undervikt <18,5, normalvikt 18,5–24,9, övervikt 25,0–29,9, fetma (obes, fet) 30,0 –.

³⁸ Det innebär en skillnad på 2,4 kg för en kvinna av normallängd (164,5 cm).

³⁹ I studien ingår förstagångsföderskor med enkelbörd 1995–2015 samt deras barn. Socialstyrelsens hälsodataregister, medicinska födelseregistret, patientregistret och läkemedelsregistret har använts samt uppgifter från dödsorsaks- och utbildningsregistret. Data från utbildningsregistret har använts som variabel för socioekonomi. Den genomsnittliga åldern var i alla BMI-klasser 28 år.

Skillnader i förlossningssätt

Det finns även skillnader i förlossningssätt, vilket tabell 6 nedan visar. Det är vanligare med kejsarsnitt, och fler kejsarsnitt är akuta bland kvinnor med övervikt och fetma. Andelen normalviktiga kvinnor som förlöstes med kejsarsnitt var cirka 16 procent 2015, motsvarande siffra för kvinnor med fetma var 27 procent. Av dessa kejsarsnitt var cirka 68 procent akuta snitt hos normalviktiga; för kvinnor med fetma var motsvarande siffra cirka 78 procent.

Tabell 6. Förlossningssätt

BMI	Vaginal förlossning		Kejsarsnitt		
	Andel av förlossningarna (%)	Instrumentell ¹ förlossning (% av vaginala)	Andel av förlossningarna (%)	Planerat (% av kejsarsnitt)	Akut (% av kejsarsnitt)
Normalvikt	84,5	15,6	15,5	32,3	67,7
Övervikt	79,2	16,6	20,8	26,0	74,0
Fetma	73,4	15,5	26,6	22,3	77,7

¹Förlossningstång och/eller sugklocka.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Vanligaste anledningen till planerat kejsarsnitt⁴⁰ var hos kvinnor med fetma makrosomi⁴¹ eller havandeskapsförgiftning (preeklampsi).

Kvinnor med övervikt eller fetma hade därtill en ökad risk för såväl att föda för tidigt som att gå över tiden. Det var 86 procent av de normalviktiga kvinnorna som födde inom beräknad tid, jämfört med 81 procent av kvinnor med fetma.

Barn till överviktiga mammor har oftare hög födelsevikt

De nyfödda barnen till mödrar som är överviktiga eller har fetma, har oftare en födelsevikt över 4 500 gram (makrosomi). Andelen barn som vägde 4500 gram eller mer var 5,3 procent hos kvinnor med fetma. Motsvarande siffra hos normalviktiga kvinnor var 1,8 procent. Att föda ett stort barn ökar risken för komplikationer [83]. Andningsproblem, lågt blodsocker och ett lågt Apgarpoäng⁴² hos barnet är också mer vanligt. Risken för att barnet är dödfött är därtill mer än dubbelt så hög hos kvinnor med fetma jämfört med normalviktiga.

Flertalet påvisade risker för såväl kvinna som barn var högre ju högre BMI-klass. Detta tyder på att en viktnedgång från fetma till överviktig skulle vara positiv och att kvinnor med ett mycket högt BMI skulle kunna vinna på även en mindre viktning. Det är därför angeläget att fortsätta med förebyggande arbete och att följa utvecklingen av BMI hos gravida kvinnor.

⁴⁰ Om sätesbjudningar undantas.

⁴¹ Definitionen på ett stort barn är födelsevikt ≥ 4500 gram (makrosomi), oavsett graviditetslängd.

⁴² Apgarskalan ger en bedömning av det allmänna hälsotillståndet hos ett nyfött barn. Lågt Apgarvärde brukar definieras som lägre än 7 poäng efter 5 minuter.

Satsning på att förbättra kvinnohälsa

De senaste åren har flera nationella satsningar genomförts med fokus på kvinnors hälsa [84, 85]. Kvinnosjukdomar och förlossningsvård är dessutom ett prioriterat programområde inom landstingens och regionernas nya kunskapsstyrningsstruktur.

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att förbättra förlossningsvården och annan vård som rör kvinnors hälsa. Syftet var att minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället. Insatserna syftar till att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa, och insatserna för att stärka primärvården med särskild inriktning på socioekonomiskt utsatta områden genomförs huvudsakligen genom överenskommelser mellan regeringen och SKL om stimulansmedel till landstingen och regionerna.

Alla landsting har påbörjat eller genomfört insatser för att stärka bemaningen och kompetensförsörjningen. Nästan alla landsting har också arbetat med insatser för att förbättra identifiering, bemötande och behandling av kvinnor inom framför allt primärvården. Detta är två viktiga resultatområden som pekas ut i överenskommelserna. Nästan alla landsting har också arbetat för att minimera förlossningsskadorna.

Två områden som på olika sätt uttrycks som prioriterade i överenskommelserna men där relativt få insatser genomförts, är insatser för att öka primärvårdens kunskaper om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor samt insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor generellt, men särskilt i socioekonomiskt utsatta områden. Vårdanalys har analyserat satsningen och menar att det finns behov av ett lärande mellan landstingen men också av uppföljning och utvärdering av insatser för att nå och förbättra vården för grupper med sämre hälsoutfall.

Vidare ser Vårdanalys att patienter och andra målgrupper inte har involverats i arbetet, vilket riskerar att leda till sämre resultat. Patienter har inte involverats i tillräcklig utsträckning i landstingens behovsanalyser, i prioriteringar av insatser och i utformningen av insatserna. Sammantaget gör det att det är svårt att veta att om landstingen fokuserar på rätt åtgärder för att göra vården mer anpassad utifrån behoven hos olika grupper av kvinnor [68].

Informationssatsning om stöd och vård efter graviditeten

För att öka kännedomen om de situationer och behov som kan uppstå efter en förlossning och därigenom öka tryggheten hos dessa kvinnor kommer Socialstyrelsen att genomföra en flerårig informationssatsning. Satsningen är riktad till gravida och nyförlösta kvinnor och handlar om hälsofrågor kopplade till förlossningen med fokus på det stöd och den vård som de kan ha behov av efter graviditeten. Informationen kommer att vara tillgänglighetsanpassad, satsningen kommer att pågå under tre år och ska slutredovisas senast den 28 februari 2021.

Fler barn ammas allt längre tid

Andelen barn som ammas helt, utan komplement som bröstmjölk ersättning, välling eller annan kost, minskar. Samtidigt fortsätter andelen barn som ammas längre än sex månader att öka något.⁴³

Sedan 2004 har andelen barn som ammas helt eller delvis när de är sex månader eller yngre minskat.



2016 ammade 74 procent av barnen helt eller delvis vid 4 månaders ålder. 2004 var det 83 procent som ammade helt eller delvis vid motsvarande ålder.

Källa: Socialstyrelsen 2018.

Trenden att fler barn ammas allt längre tid, upp till nio respektive tolv månaders ålder håller i sig, även om ökningen är marginell. År 2016 ammade drygt 43 procent av barnen vid nio månaders ålder och 26 procent vid tolv månaders ålder.

Liksom tidigare år finns det regionala skillnader när det gäller hur stor andel av barnen som ammas. För Stockholms och Gotlands län noterades de högsta siffrorna. Där ammade drygt 69 procent av barnen vid sex månaders ålder. Västmanlands och Gävleborgs län hade lägst andel ammade barn vid motsvarande ålder, 58, respektive knappt 57 procent [86].

Nationella riktlinjer för vård vid endometrios

Endometrios drabbar uppskattningsvis upp till var tionde kvinna i fertil ålder, vilket innebär att ungefär 250 000 svenska kvinnor har sjukdomen. Sjukdomen har en varierande svårighetsgrad och symtom. Det första tecknet är ofta svår mensvärk. För många kvinnor tar det lång tid att få en diagnos, framför allt om symtomen debuterar i tonåren.

⁴³ *Enbart amning* eller *helamning* avser barn som har fått enbart bröstmjölk samt vitaminer (exempelvis D-vitamin) eller läkemedel.

Delvis amning avser barn som förutom bröstmjölk även har fått bröstmjölk ersättning, välling eller annan kost. *Amning* avses både barn som enbart ammas och barn som ammas delvis.

De nationella riktlinjerna för endometrios publicerades 2018. Riktlinjerna omfattar bland annat rekommendationer om insatser vid tidiga symtom, diagnostik, farmakologisk, icke-farmakologisk respektive kirurgisk behandling, graviditetsrelaterad smärtlindring, uppföljning samt betydelsen av ett multi-professionellt omhändertagande.

Kvinnor med endometrios återfinns på samtliga vårdnivåer, från primärvård till högspecialiserad vård, vilket ställer krav på samordning av vården. På några ställen i landet har hälso- och sjukvården organiserat sig i endometriosteams. Hälso- och sjukvården behöver samordna och strukturera följande vård och behandling för personer med endometrios, särskilt för dem med svårbehandlad smärtproblematik eller samsjuklighet med andra somatiska eller psykiatriska sjukdomar [87].

För att stödja vården i införandet av riktlinjerna har Socialstyrelsen tagit fram en webbutbildning för vårdpersonal. Myndigheten har också tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för endometrios som stöd för läkare vid sjuskrivning [88]. Dessutom har Socialstyrelsen gett ut ett informationsmaterial till vårdpersonal och allmänheten.

För närvarande arbetar myndigheten med att identifiera vilka vårdområden som kan utgöra nationell högspecialiserad vård och som ska bedrivas på ett begränsat antal platser i landet. Ett pilotområde som analyseras är avancerad kirurgi vid endometrios.

Kvinnor med sköldkörtelproblematik

Sköldkörtelproblem är mycket vanligt och Socialstyrelsen har 2018 belyst behandlingen av underfunktion av sköldkörteln (hypotyreos).⁴⁴ Vanliga symtom vid hypotyreos är bland annat depressiva besvär, trötthet och koncentrationssvårigheter [89].

Under 2017 var det totalt cirka 460 000 personer som förskrevs preparat mot hypotyreos⁴⁵. Mer än 80 procent av patienterna är kvinnor. Andelen som förskrivs läkemedel ökar med stigande ålder; medianåldern för de kvinnliga patienterna är 63 år.

Andelen av befolkningen 15 år och äldre som har förskrivits läkemedel mot hypotyreos har ökat med 32 procent 2006–2017. En anledning till ökningen kan vara att behandling av så kallad subklinisk hypotyreos⁴⁶ har ökat. Den kraftigaste ökningen i andel behandlade kvinnor har skett bland yngre i åldern 20 till 40 år. Under observationsperioden har den gruppen fördubblats.

⁴⁴ I studien har uttag från apotek av registrerade läkemedel mot hypotyreos följts för 2006–2017 utifrån faktorer som kön, ålder och geografi.

⁴⁵ Den rekommenderade förstahandlingen mot hypotyreos är att i tablettform tillföra syntetiskt framställt tyroxin (levotyroxin – Levaxin; Euthyrox). Alternativa behandlingar för hypotyreos är kombinationsbehandling med levotyroxin och liotyronin (T3), eller behandling med licenspreparat med torkad svinsköldkörtel (NDT-preparat)⁴⁵.

⁴⁶ Detta tillstånd innebär att TSH-värdena är förhöjda medan tyroxin-värdena är normala.

Tabell 7. Andelen kvinnor som hämtat ut läkemedel mot hypotyreos, från 2006–2017

Antal per 1 000 i befolkningen.

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0–19 år	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
20–40 år	11,9	12,5	13,3	14,5	15,8	16,9	17,8	18,6	19,3	20,3	21,3	22,0
41–64 år	35,6	36,5	37,4	38,3	39,3	40,1	40,9	41,6	42,3	43,3	44,2	45,0
65 år +	78,8	80,7	81,9	82,9	84,1	85,0	85,5	85,8	86,3	86,7	87,2	87,4

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Den stora ökningen av andelen yngre kvinnor kan ha samband med dels en ökad medvetenhet om sköldkörtelhormoners betydelse för normal fosterutveckling dels med det screeningprogram som har initierats för att upptäcka hypotyreos i samband med graviditet. Det är framför allt bland de patienter som satts in på behandling av distriktsläkare, i mödrahälsovården och inom den gynekologiska vården som den största förskrivningsökningen har skett.

Stora skillnader mellan länens förskrivningar

Det finns stora skillnader mellan länen när det gäller förskrivning av läkemedel mot hypotyreos. I länet med högst förskrivning 2017, Gävleborgs län, förskrevs 8,5 procent av alla kvinnor läkemedel mot hypotyreos, att jämföra med länet med lägst förskrivning, Gotlands län med 5,6 procent. Skillnaden är mer än 50 procent.

Ökningen från 2006–2017 av andelen kvinnor som hämtar ut läkemedel mot hypotyreos är tydlig i samtliga län, men storleken på ökningen varierar kraftigt, från 68 procent i Uppsala län till 22 procent i Örebro län.

Mot bakgrund av den stora ökningen av antalet patienter, de stora variationerna i förskrivning mellan olika län och den diskussion som pågår kring kriterier för diagnos och val av behandling, har Socialstyrelsen föreslagit att det tas fram ett kunskapsstöd på området [89].

Kartläggning av vestibulit visar på ett behov av kunskapsstöd

Vestibulit är en smärtsjukdom som innebär kraftig smärta vid exempelvis samlag. Antalet som får diagnosen vestibulit⁴⁷ har ökat, samtidigt som mörkertalet antas vara stort [90]. Socialstyrelsens kartläggning av vestibulit visar bland annat att det saknas kunskap och kännedom om sjukdomen såväl bland vårdpersonal som bland patienter.

Antalet vestibulitdiagnoser och vårdtillfällen fördubblades mellan 2006 och 2016. Det kan bero på en reell ökning men också på bättre rapportering och att fler söker vård för sina besvär. Majoriteten vårdas första gången mel-

⁴⁷ Vestibulit är en smärtsjukdom som innebär en intensiv smärta i slidöppningen. Orsakerna till vestibulit är till stora delar okända.

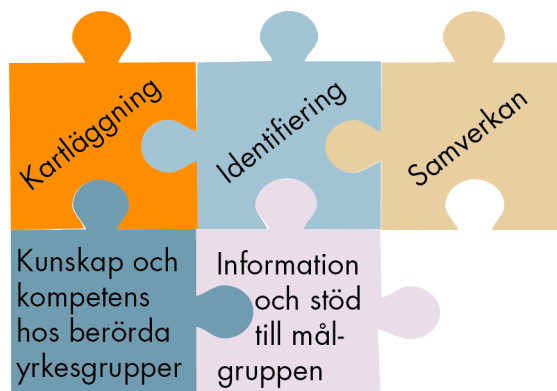
lan 18 och 28 års ålder. År 2001–2016 vårdades nära 9 000 kvinnor i åldersgruppen 15–44 år inom den specialiserade öppenvården och slutenvården för vestibulit.⁴⁸ Troligen finns det ett stort mörkertal i registreringen eftersom besök vid ungdomsmottagningar, primärvård eller hos barnmorska inte räknas i några register. Dessutom kan det begränsade kunskapsläget om vestibulit bidra till en underrapportering.

Det finns också skillnader i vården; exempelvis har bara hälften av landstingen särskilda vulvamottagningar. År 2016 fick nästan tio gånger så många kvinnor per 100 000 invånare i Uppsala diagnosen vestibulit jämfört med kvinnor i Västra Götaland och Västernorrland samma år.

Tillgången till vård för vestibulit behöver förbättras och det behövs mer kunskap om diagnostisering och behandling⁴⁹. Socialstyrelsen planerar därför att fortsätta dialogen på området med landstingen och andra aktörer för att se över möjligheten till ett kunskapsstöd [90, 91].

Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor

Ungefär 38 000 flickor och kvinnor uppskattas vara könsstympade i Sverige idag⁵⁰. I Sverige är könsstympning förbjudet sedan 1982, enligt lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. Socialstyrelsen har tagit fram förslag inom socialtjänst, elevhälsa och hälso- och sjukvård som kan tas med i en handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor. Följande utvecklingsområden med förslag på insatser har identifierats:



Utvecklingsområden – kvinnlig könsstympning.

Källa: Socialstyrelsen.

- **Kartläggning** – kartlägga prevalensen av könsstympning i Sverige som inkluderar att undersöka hur diagnoskoder för könsstympning används i vården samt att kartlägga förekomsten av olika typer av könsstympning och behov av vård och stöd hos målgruppen.

⁴⁸ Räknas även samlagssmärta, vaginism och andra relevanta diagnoser med hamnar siffran på cirka 54 000.

⁴⁹ Vården vid vestibulit kan bestå av smärtbehandling av slemhinnan, rehabilitering av bäckenbottenmuskulaturen och psykosexuellt omhändertagande.

⁵⁰ Enligt Socialstyrelsens beräkningar 2015. Siffran är en uppskattning utifrån hur många flickor och kvinnor boende i Sverige, som är födda i ett land där könsstympning förekommer på mer än 50 procent av flickorna och kvinnorna.

- *Identifiering* – kartlägga vilka verksamheter inom socialtjänst, elevhälsa och hälso- och sjukvård som är i behov av ökad kompetens för att bättre identifiera flickor och kvinnor som är utsatta för könsstympning.
- *Samverkan* – stärka länsstyrelsernas roll genom ett specifikt uppdrag om att stödja samverkan mot könsstympning
- *Kunskap och kompetens hos berörda yrkesgrupper* – genomföra en informationsinsats, för att samlat sprida material som redan finns tillgängligt på området, utforma en fördjupad utbildning till hälso- och sjukvården och socialtjänsten om hedersrelaterat våld och förtryck, där könsstympning ingår som en del, utvärdera tillämpningen och effekten av den nyligen tillkomna skrivningen i examensförordningen om att vissa yrkesgrupper ska få utbildning inom hedersrelaterat våld och se hur könsstympning tas upp i utbildningen samt utreda om och i så fall hur befintliga kompetenscentrum och specialistmottagningar kan stärkas.
- *Information och stöd till målgruppen* – sprida det informationsmaterial som har tagits fram om könsstympning på olika språk samt uppmärksamma civilsamhällets viktiga roll genom att exempelvis idrottsföreningar, frivilligorganisationer och migranter involveras i arbetet [92].

Avgiftsfri mammografiscreening

Sverige är ett av de EU-länder som har högst deltagande i mammografiscreening, med ett nationellt deltagande på cirka 76 procent bland kvinnor i åldersgruppen 50–69 år. Den 1 juli 2016 blev mammografiscreening för kvinnor mellan 40 och 74 år avgiftsfri i hela landet. Syftet med reformen var att öka deltagandet i strukturerade mammografiundersökningar, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper. Vårdanalys har utvärderat reformen och deras bedömning är att den nationella avgiftsfriheten har viss potential att öka deltagandet i mammografiscreeningen, dock i begränsad omfattning. Det kan också behövas andra insatser, särskilt för grupper med ett lägre deltagande. För att säkerställa att målgrupperna nås av informationen att mammografiscreeningen är avgiftsfri kan informationen behöva målgruppsanpassas i större utsträckning. Regionerna kan även behöva överväga andra informationskanaler.

Sammantaget saknas statistik för att överblicka läget och utvecklingen vad gäller deltagandet i mammografiscreening i landet, men ett nationellt kvalitetsregister är under utveckling [68].

Neonatalvården utvecklas

I Sverige föds 115 000–120 000 barn varje år [93]. Av dessa behöver ungefär 10 000 neonatal vård, det vill säga särskilt anpassad vård av nyfödda. Ungefär en tredjedel av dessa barn är för tidigt födda⁵¹. Andra orsaker till neonatalvård kan vara andningssvårigheter, infektioner eller gulsot [94].

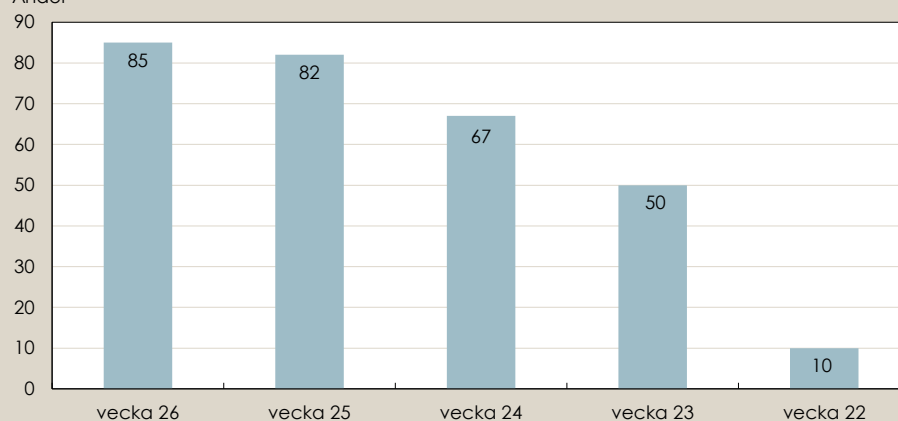
⁵¹ De för tidigt födda barnen brukar delas in i tre grupper utifrån gestationsålder: måttligt för tidigt födda (före 37 fullgångna graviditetsveckor), mycket för tidigt födda (före 32 fullgångna graviditetsveckor) och extremt för tidigt födda (före 28 fullgångna graviditetsveckor).

Av de barn som föds för tidigt utgör gruppen måttligt för tidigt födda den största andelen, 79 procent, medan 16 procent föds mellan 28 och 32 fullgångna graviditetsveckor och 6 procent föds före 28 fullgångna graviditetsveckor. Överlevnaden vid för tidig födsel har bland annat med barnets lungmognad att göra. För barn som föds efter 28 fullgångna graviditetsveckor är överlevnadschanserna med intensivvård mycket goda, ungefär 90 procent [93]. En svensk forskargrupp har följt samtliga 707 levande födda barn som föddes före 27 fullgångna graviditetsveckor 2004–2007 [95]. Av de barn som föddes levande i graviditetsvecka 26⁵² överlevde cirka 85 procent, vilket kan jämföras med de barn som föddes levande i vecka 22 där knappt var tionde överlevde (se figur 19).

Figur 19. Ettårsöverlevnad bland barn födda före 27 fullgångna graviditetsveckor

Fördelat per gestationsålder, år 2004–2007.

Andel



Källa: Sveriges kommuner och landsting.

Sammanfattningsvis är överlevnaden bland extremt för tidigt födda barn högre i Sverige än i de flesta andra länder.⁵³

Den familjecentrerade neonatalvården kan utvecklas

En patient- och familjecentrerad vård är central för en framgångsrik bindning och anknytning mellan barn och föräldrar [96]. I dag förekommer brister i den familjecentrerade vården inom neonatalvården [97]. Föräldrarna har ett stort behov av psykosocialt stöd både under tiden på neonatal vårdenhet, och under relativt lång tid därefter. Andra behov som framkommit är tydligare informationsöverföring och överlämning mellan verksamheter i vårdkedjan. SKL har utifrån sin kartläggning av svensk neonatalvård 2018 delat in förbättringsområdena i tre teman:

- kunskapsbaserad och likvärdig vård på rätt nivå
- bemanning och kompetens

⁵² Det vill säga före 27 fullgångna veckor.

⁵³ Så kallad neonatal morbiditet.

- omvårdnad, bemötande och stöd.

Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning för att se om det finns skillnader i den neonatala vården och vad dessa i sådana fall beror på samt lämna förslag till åtgärder för att minska skillnaderna. I detta ingick också att se över och lämna förslag på hur vårdkedjan mellan förlossning, den neonatala vården och barnhälsovården kan förstärkas. Utifrån kartläggningen har Socialstyrelsen sett över vilka behov av kunskapsstöd som finns samt lämnat en plan för framtagande av kunskapsstödet.

Allt färre barn föds med Downs syndrom

I och med den ökande tillgången till fosterdiagnostik avbryts allt fler graviditeter på grund av allvarlig fosterskada eller kromosomavvikelse. Totalt sett är det en ganska låg andel, ungefär 5 procent av alla foster med någon fosterskada som aborteras, och denna andel har inte förändrats över tid. Andelen aborter skiljer sig dock kraftigt åt mellan olika typer av fosterskador [98].

Andelen barn som föddes med Downs syndrom⁵⁴ minskade exempelvis markant 2015–2016. Detta är ett trendbrott som beror på en ökande frekvens aborter av foster där kromosomförändringen trisomi 21 konstaterats. Andelen barn som föds med Downs syndrom i förhållande till det förväntade antalet skiljer sig dessutom kraftigt åt beroende på i vilket län kvinnan är bosatt. I Östergötland, Stockholm och Örebro föddes 20 procent av det förväntade antalet. Motsvarande andelar var under samma period 80 procent i Gävleborg, och 70 procent i Blekinge och Västerbotten. Det finns även skillnader i abortfrekvens vid ryggmärksbräck och allvarliga hjärtfel.

Tillgången till fosterdiagnostik, vilka metoder som erbjuds och vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att få genomgå undersökning kan även variera. Även lokala vårdrutiner vid misstänkt fosterskada eller kromosomavvikelse samt olika rapporteringsgrad till registren kan spela in [98].

Insatser behövs för att minska antalet dödfödda barn

Varje år föds i snitt 4 döda barn per 1 000 födda barn i Sverige och andelen dödfödda⁵⁵ barn har i stort sett varit oförändrad under en tioårsperiod. År 2016 dog 433 barn före födelsen. Det finns betydande regionala skillnader vad gäller dödföddhet i Sverige, vilket antyder att det finns möjlighet att minska dödföddhetsfrekvensen.

Faktorer som ökar risken för att barn dör i magen är till exempel hög ålder hos mamman, högt BMI, upprepade tidigare missfall eller tidigare dödfött barn samt rökning. Den största enskilda komplikationen som leder till dödföddhet är tillväxthämning hos fostret.

⁵⁴ Trisomi 21.

⁵⁵ Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 22:a graviditetsveckan.

Det behövs fler insatser för att öka kunskapen och minska antalet barn som dör före födseln. Socialstyrelsen föreslår att det tas fram ett kunskapsstöd rörande dödföddhet till hälso- och sjukvårdspersonal, med särskilt fokus på blodprovsanalyser och tillväxtnmätning. En pågående klinisk forskning om tidigare igångsättning⁵⁶ kommer också att vara intressant för eventuella rekommendationer inom kunskapsstödet om förlossningsvård. En kunskaps-sammanställning för vården kring bästa möjliga sätt att identifiera foster som inte växer är ett annat förslag som föreslås i rapporten [99].

Hälsotillstånd hos nyfödda

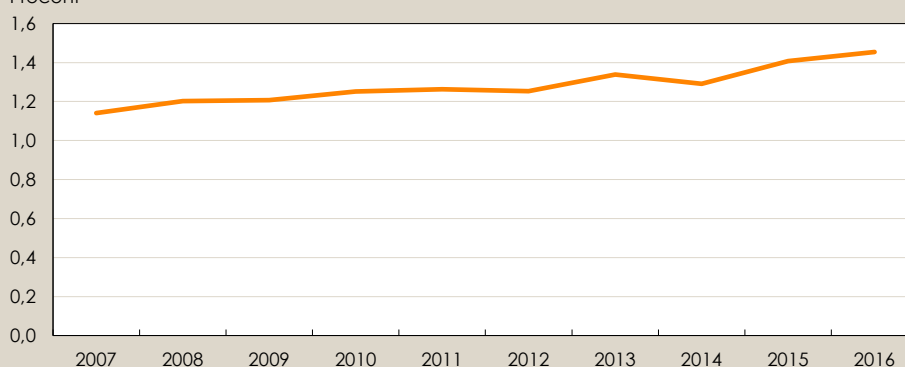
Apgarpoäng⁵⁷ mäter ett nyfött barns vitalitet och hälsotillstånd. Bedömningen görs vid en minut, fem minuter respektive tio minuter efter födseln. Andelen barn med låga Apgarpoäng⁵⁸ har ökat något över tid. År 2016 var andelen barn med lägre än 7 Apgarpoäng vid fem minuters ålder 1,45 procent, jämfört med 1,14 procent 2007.

Orsakerna till låga Apgarpoäng vid fem minuters ålder kan vara flera. Det kan till exempel handla om syrebrist hos fostret, komplikationer i moderkakan eller navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos mamman eller komplikationer i samband med förlossningen, till exempel värksvaghet eller instrumentell förlossning. Barnet kan också ha påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel som mamman fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgarpoäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga Apgarpoäng.

Figur 20. Hälsotillstånd hos nyfödda - låg Apgarpoäng

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgarpoäng vid mätning fem minuter efter födseln.

Procent



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

— Totalt

⁵⁶ Med tidigare igångsättning avses igångsättning av graviditeter som gått över normal graviditetstid (vecka 38–40).

⁵⁷ Apgarpoäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Oftast är det barnmorskan som gör Apgarbedömningen, eller barnläkaren om det finns misstanke om att barnet inte mår bra. Apgarbedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvt med höga Apgarpoäng. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier på en skala mellan 0 och 10. Kriterierna är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus samt reflexer. Den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng.

⁵⁸ Låg Apgarpoäng brukar definieras som under 4 poäng, eller under 7 poäng vid fem minuters ålder. Nyfödda barn som får under 4 poäng kan få en specifik diagnos, måttlig asfyxi, som är en form av akuta andningssjukdomar. Apgar under 7 poäng vid fem minuter ålder är en vedertagen indikator för jämförelser av utfall vid forskning och utvärderingar.

Det finns variationer mellan landstingen; under perioden 2012–2016 varierade måttet mellan 0,9 och 2,4 procent. Bland landsting med högre värden syns också i många fall även tydliga försämringar sedan 2007–2011, medan det bland dem med bättre värden ses mindre förändringar.

Patientsäkerhet

I detta kapitel redovisas den aktuella utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.

Patientsäkerhet ur ett internationellt perspektiv

En patientsäker hälso- och sjukvård kännetecknas av att patienterna skyddas från risken att drabbas av en vårdskada, det vill säga en skada som orsakas av hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade genomförts.⁵⁹

Sedan 2009 finns gemensamma rekommendationer inom patientsäkerhet samt förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner inom EU. Flera åtgärder och insatsområden har genomförts sedan dess. Bland annat har många länder utvecklat nationella strategier, handlingsplaner och regelverk som grund för arbetet. Detta har bidragit till en ökad medvetenhet om patientsäkerhet på flera nivåer i vårdssystemet. Fortfarande finns dock stora utvecklingsområden som bland annat berör kompetensförsörjning och utbildning, tillgång till vård på lika villkor, patientdelaktighet samt system för rapportering och uppföljning.

Den globala kampanjen *Nursing Now* lanserades hösten 2018. Det är en treårig satsning från Världshälsoorganisationen, WHO, och International Council of Nurses (ICN) och satsningen stöds av Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet och Socialstyrelsen. Satsningen syftar till att förbättra hälsan i världen och uppnå de globala målen genom att lyfta sjuksköterskornas och barnmorskornas arbete och status [100, 101].

Hösten 2018 samlades 15 europeiska hälso- och sjukvårdsmyndigheter till ett möte kring patientsäkerhet. Mötet var ett initiativ av Agenas, Italiens nationella myndighet för regionala hälso- och sjukvårdstjänster. De olika ländernas deltagare beskrev sina respektive hälso- och sjukvårdssystem samt hur uppföljning och utvärdering genomförs och hur arbetet med patientsäkerhet implementeras och följs upp. Det framgick tydligt att Sverige i jämförelse med andra länder har en unik position med en lång tradition av normering och uppföljning av hälso- och sjukvården.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen ska utarbeta en nationell handlingsplan i syfte att stärka huvudmännen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med patientsäkerhet har tidigare i huvudsak fokuserat på den specialiserade somatiska sjukhusvården. Det finns därför behov av att utveckla patientsäkerhetsarbetet

⁵⁹ Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

inom psykiatri, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården, inte minst mot bakgrund av den strukturomvandling som har påbörjats inom hälso- och sjukvården – från sjukhusdriven vård till primärvård.

Uppdraget genomförs i bred samverkan med berörda myndigheter, huvudmän, organisationer, patientsäkerhetsexperter samt företrädare för patienter och närstående. Under hösten 2018 har workshoppar genomförts för att lyssna in behov och synpunkter. Vad som bland annat framkommit är att det finns behov av att tydliggöra roller och ansvar på nationell och regional nivå samt att tydliggöra och prioritera vilka insatser som ger bäst effekt. Samordning av insatser är centralt liksom att involvera berörda parter på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

Omvärldsanalys av 13 länder och organisationer

Socialstyrelsens har genomfört en omvärldsanalys i syfte att lära av andra länders strategiska patientsäkerhetsarbete och vilka effekter det gett. Totalt 13 länder och organisationer har studerats, där patientsäkerhetsarbetet har pågått länge, ibland i 20 år. Flera länder har breda strategier och handlingsplaner som omfattar både kvalitet och patientsäkerhet. Ett fåtal länder har avgränsat det till att enbart gälla patientsäkerhetsområdet.

Analysen visar bland annat att det inte går att rakt av kopiera ett annat lands strategi och handlingsplan. Avsändaren för respektive strategi och handlingsplan har olika former av mandat – från stödjande till mjukt respektive hårt reglerande – vilket påverkar den betydelse som strategin eller handlingsplanen får. Vidare har det varit svårt att följa upp och utvärdera strategierna och handlingsplanerna, bland annat för att det saknas relevanta mått och indikatorer. Underlagen från workshoppar och omvärldsanalys ligger nu som grund för Socialstyrelsens fortsatta arbete under 2019 med handlingsplanen.

Samlat stöd för patientsäkerhet har utvärderats

Webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet⁶⁰ lanserades 2017 och samlar det nationella arbetet inom patientsäkerhet och vänder sig till hela hälso- och sjukvården. Målet med stödet är att förebygga att patienter drabbas av vårdskador genom att öka kunskapen och medvetenheten inom området och framhålla vikten av att arbeta förebyggande.

Webbplatsen innehåller information om patientsäkerhet och länkar till andra aktörer med ansvar inom patientsäkerhetsområdet. Den innehåller poddar, filmer, webbutbildningar samt konkreta metoder och verktyg. Ett år efter lanseringen har webbplatsen haft drygt 200 000 unika sidvisningar och en utvärdering visar att respondenterna överlag är positiva till det samlade stödet. Innehållet uppfattas som övergripande och lättillgängligt men kompletterande stödmaterial i olika former efterfrågas, till exempel material för reflektion, övning och utbildning.

Socialstyrelsens enkätundersökning bland besökarna på den nationella patientsäkerhetskonferensen i september 2018 visar att majoriteten kände till

⁶⁰ <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

webbplatsen och var nöjda med innehållet. Dock var det nästan en tredjedel av respondenterna som inte kände till webbplatsen alls. Bland dessa fanns såväl kliniskt verksamma som personer med ledande befattningar i hälso- och sjukvården, det vill säga representanter för målgrupper som webbplatsen riktar sig till.

Under 2019 kommer Socialstyrelsen att vidareutveckla webbplatsen. Socialstyrelsen kommer också att planera och genomföra insatser för att sprida kännedom om webbplatsen och informera om hur den kan användas i hälso- och sjukvården.

Utveckling av klagomålshanteringen

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie om hur patienter och närstående ska kunna anmäla klagomål och synpunkter på ett enkelt, enhetligt och säkert sätt och hur systemet kan möjliggöra lärande utifrån aggregerad data på regional och nationell nivå. Behov som framkom var att det behöver bli lättare dels för patienter och närstående att lämna klagomål och synpunkter, dels för vården att hantera, utreda och analysera dem. Socialstyrelsen föreslår därför bland annat att:

- det på nationell nivå skapas en möjlighet att ringa till 1177 Vårdguiden för att få vägledning om klagomålssystemet
- 1177 Vårdguiden utvecklar en enhetlig väg in för att lämna klagomål och synpunkter till vårdgivare
- det tas fram ett nationellt ramverk för att säkerställa en enkel, enhetlig och säker klagomålsprocess
- det inom ramen för den långsiktiga samverkansstrukturen bestående av IVO, patientnämnderna, landsting och kommuner skapas samsyn om en gemensam kategorisering av klagomål i syfte att underlätta aggregering, analys och lärande av klagomål
- möjligheterna analyseras vad gäller en svensk anpassning av den öppna plattformen Care Opinion, som är ett transparent sätt att ta del av och dela patienterfarenheter.

Socialstyrelsen har ett fortsatt uppdrag att stödja klagomålshanteringen genom att samordna insatserna för att skapa ett ramverk för klagomålshantering, tydliggöra begrepp och definitioner, medverka i och stödja den långsiktiga samverkansstrukturen samt genomföra en fördjupad förstudie om en svensk motsvarighet till Care opinion, *Tyck om vården*.

Handbok om föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft den 1 september 2017. I syfte att stödja implementeringen har en handbok till föreskriften tagits fram. Handboken vänder sig till vårdgivare och de personer hos vårdgivarna som har ansvaret att leda och fördela arbetet, utreda händelser som har

medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt göra lex Maria-anmälningar. Handboken publiceras under 2019.

Journalgranskning i hemsjukvård

Det är vanligt att patienter som omfattas av hemsjukvård⁶¹ har flera samtidiga sjukdomar och behandlas med flera läkemedel samtidigt. Patienterna har dessutom ofta kontakt med flera olika specialiteter och även behov av hemtjänst för det dagliga livets funktioner. Detta sammantaget innebär att hemsjukvård ges i ett sammanhang där flera olika professioner, ansvarsområden och arbetssätt möts.

Patientsäkerhetsforskning i hemsjukvård har identifierat centrala områden i vården där risken för skador och vårdskador kan vara förhöjd. Det handlar till exempel om läkemedelsbehandling, nutrition och munhälsa, informationsöverföring, delegering, överflyttning mellan vårdenheter, bemanning och kompetens. Liksom när det gäller vårdskador inom sjukhusvården är fallskador, trycksår och vårdrelaterade infektioner vanliga skadetyper [102].

Socialstyrelsen och SKL publicerade i början av 2019 en handbok för användning av markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård [103].⁶²

Kunskapsstöd för att förebygga och behandla undernäring

I Sverige är undernäring vanligast bland äldre personer och oftast i samband med sjukdom. Med undernäring följer en ökad risk för bland annat fördröjd sårsläkning, försämrad muskelfunktion samt nedsatt hjärt- och lungfunktion. Dessutom försvåras tillfrisknandet vid sjukdom. För att stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i deras arbete mot undernäring har Socialstyrelsen tagit fram kunskapsstödet *Att förebygga och behandla undernäring* som publicerades i början av 2019. För mer information om undernäring, se *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2019*.

Informationsinsats om skydd mot fallolyckor

Socialstyrelsen har 2016–2018 haft i uppdrag att dels informera äldre personer om vad de själva kan göra för att förhindra fallolyckor, dels att utbilda vård- och omsorgspersonal inom fallprevention. En webbaserad utbildning om att förebygga fallolyckor *Ett fall för teamet* togs fram 2017. Under 2018 har Socialstyrelsen genomfört aktiviteter för att sprida, utvärdera och uppdatera utbildningen. Bland annat har ett arbete med att ta fram kunskapsstöd om äldres hälsosamma levnadsvanor påbörjats, vilket ska inspirera yrkesgrupper

⁶¹ Hemsjukvård kan omfatta många olika former av vård, till exempel neonatal eftervård, psykiatrisk vård eller palliativ vård i livets slutskede. Hemsjukvård innebär att sjukvårdspersonal genomför begränsade och specifika vård- och behandlingsåtgärder under en kortare tid, men det kan också handla om att ge åtgärdsintensiv och kompetenskrävande vård under en lång period. Hemsjukvård kan innefatta såväl medicinska insatser som rehabilitering och omvårdnad.

⁶² Sedan tidigare finns även handböcker för journalgranskning inom somatik, barnsjukvård och psykiatri.

till ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. För mer information om det fallpreventiva arbetet, se *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2019*.

SKL:s utvecklingsarbete

Under 2018 har SKL tagit fram ett verktyg för ökad systematisk uppföljning och återkoppling till verksamheterna utifrån ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv, *Hållbart Säkerhets Engagemang* (HSE). Verktöget används för att skapa dialog på arbetsplatser. Ett dialogverktyg för att kartlägga och utveckla arbetet med patientsäkerhet, *Säkerhetskulturtrappan från A till E*, har också publicerats 2018 [104, 105].

Kunskapsstödet inom patientsäkerhetsområdet med fokus på kommunal hälso- och sjukvård nylanserades 2018 [106]. För att stödja arbetet med att förebygga vårdskador har SKL tagit fram flera åtgärdspaket. Under 2018 har ett samarbete med att revidera innehållet i åtgärds paketen i Vårdhandboken påbörjats [107].

Rutinkollen är ett verktyg för egenkontroll där verksamheten i en tvärprofessionell bedömning värderar följsamheten till egna rutiner och riktlinjer⁶³. Under 2018 tillkom samordnad individuell plan, SIP, och nu finns fem områden i *Rutinkollen* [108]. Under 2018 och 2019 utvecklas verktöget så att det kommer att möjliggöra för verksamheterna att genomföra egna anpassningar och mätningar.

Löfs patientsäkerhetssatsningar

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf, fortsätter att driva och stödja riktade patientsäkerhetssatsningar och projekt i samverkan med yrkesorganisationer, kvalitetsregister och intresseorganisationer. Nedan ges fem exempel.

Under 2017 startade projektet *Säker Suicidprevention* som syftar till att förbättra suicidprevention och förebygga upprepade suicidförsök samt bidra till ett strukturerat och likartat arbetssätt över hela landet. Projektet har under 2018 granskat två olika regioner, men det återstår ännu arbete innan resultat från projektet publiceras [109].

Under 2018 startades projekt *Säker Sepsisvård* som syftar till att minska fördröjning av diagnos och behandling vid sepsis⁶⁴, och därigenom förbättra prognos och resultat. Under 2018 infördes nya kriterier för sepsis.⁶⁵ Dessutom lanserades ett nationellt system, bedömningsskalan NEWS2⁶⁶, som är särskilt inriktad på att tidigt kunna identifiera patienter med misstänkt sepsis [110, 111].

Projektet *Säker Traumavård*, med syfte att höja kvalitet och säkerhet vid omhändertagande av traumapatienter, fortsatte under 2018 med granskningar av landets alla traumamottagande sjukhus. Projektet tog fram nya nationella

⁶³ SKL och Löf utvecklar och förvaltar *Rutinkollen*.

⁶⁴ Blodförgiftning.

⁶⁵ Sepsis-3 som är ett vårdprogram utarbetat av en arbetsgrupp inom Svenska Infektionsläkarföreningen. Programmet publicerades 2008 och har uppdaterats 2013, 2015 och 2018.

⁶⁶ National Early Warning Score. Den svenska versionen av NEWS2 är ett samarbete mellan 23 organisationer.

kriterier för traumalarm 2017, vilka har utvärderats vetenskapligt. Resultatet har publicerats i en studie 2018 [112]. Under 2019 kommer nationella rekommendationer för prehospital rörelsebegränsning och datortomografiundersökning vid trauma att lanseras [112, 113].

WHO:s checklista för säker kirurgi är ett hjälpmedel för att bidra till en konsekvent tillämpning av viktiga säkerhetsåtgärder i samband med kirurgiska ingrepp. Löf har tillsammans med professionsföreträdare vidareutvecklat checklistan för att öka användningsgraden. Lansering av *Checklista för säker kirurgi 2.0* sker våren 2019 [114, 115].

Projektet *Säker Förlossningsvård* (2013–2017) har utvärderats. Projektet tog bland annat fram utbildningsmaterial och rekommendationer för hur det går att undvika förlossningsskador på både barn och mamma. Utbildningarna används i praktisk sjukvård och av landets lärosäten. Som ett resultat av bland annat denna satsning ses nu en sjunkande frekvens allvarliga bristningar hos kvinnor och även en trend med färre allvarliga förlossningsskador på barn [116].

Fler kvinnor drabbas av vårdskador inom psykiatri

Under perioden januari 2017–juni 2017 granskades 2 679 slumpvis valda journaler från allmänpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård av 56 gransknings-team i samtliga landsting. Inom allmänpsykiatrisk⁶⁷ vård identifierades skador i 17 procent av journalerna och vårdskador i 8 procent av journalerna. Kvinnor hade den högsta andelen skador, 21,5 procent. För män var motsvarande siffra 12,7 procent. För vårdskador sågs på samma sätt en skillnad mellan könen vad gäller förekomst, 9,7 procent för kvinnor respektive 6,3 procent för män. Förklaringen till att kvinnor har en signifikant högre andel skador och vårdskador än män är okänd.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) för psykiatrisk vård utvecklades 2013–2015, och till skillnad från vid MJG inom somatisk vård ingår både öppenvård och slutenvård. Genomsnittsåldern var 46 år för kvinnor och 45 år för män. Totalt 15 procent av patienterna var 65 år eller äldre; i somatisk vård var nästan 66 procent av patienterna 65 år eller äldre. Ingen signifikant skillnad sågs mellan åldersgrupperna när det gäller förekomst av skador och vårdskador. Detta skiljer sig från förhållandet inom den somatiska vården, där både antalet skador och andelen av dessa som är vårdskador ökar med stigande ålder.

⁶⁷ Totalt 2 552 slumpvis valda journaler som granskades.

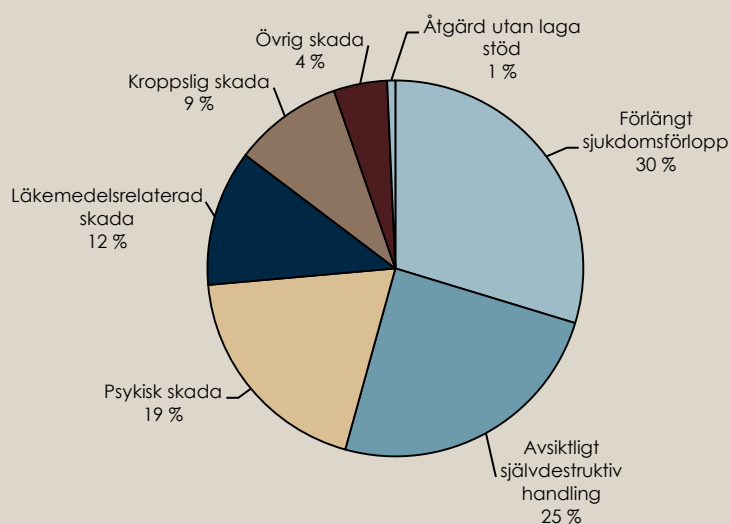
Den vanligaste skadan var förlängt sjukdomsförlopp

Förlängt sjukdomsförlopp⁶⁸ var den vanligaste typen av skada. Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada (figur 21)⁶⁹. Det var totalt 86 procent av skadorna som bedömdes som mindre eller måttligt allvarliga, 13 procent bedömdes som betydande och 0,4 procent bedömdes som katastrofala.

Förlängt sjukdomsförlopp var generellt något vanligare hos kvinnor, men skillnaden mellan könen var inte signifikant. Skadeområdet utgör 41 procent av skadorna i öppenvården jämfört med 23 procent i slutenvård. En tolkning av detta skulle kunna vara att tillgänglighet, flexibilitet och kapacitet i öppenvården har brister.

Figur 21. Skadornas fördelning i skadeområden

Markörbaserad journalgranskning i psykiatri. 1 januari 2017–30 juni 2017.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Stor andel kvalitetsbrister identifierades

I 78 procent av alla granskade journaler från allmänpsykiatri identifierades en eller flera kvalitetsbristmarkörer. Aktuell vårdplan saknades hos drygt en tredjedel. Dokumentation om genomförd kroppsundersökning i samband med slutenvård saknades hos en fjärdedel och bedömning av suicidrisk⁷⁰ saknades i 16 procent av journalerna, där det enligt lokala riktlinjer borde funnits.

Inom rättspsykiatrisk vård granskades 127 journaler. I 12 procent av dessa identifierades skador. Totalt identifierades 23 skador. I närmare 10 procent

⁶⁸ Det kan vara svårt att bedöma om ett sjukdomsförlopp är förlängt enbart på grund av brister i vården eller om det också till viss del beror på det individuella sjukdomsförloppet. När detta bedöms som en vårdskada innebär det att sjukdomsbilden försämrats eller att en förbättring har försenats eller uteblivit för att vården inte vidtagit adekvata åtgärder eller att åtgärderna vidtagits för sent.

⁶⁹ Åtgärd utan laga stöd kan till exempel handla om att de formella kraven inte uppfyllts när det gäller beslut och anmälan om varaktighet för vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård.

⁷⁰ I enlighet med styrande dokument inom respektive verksamhet.

av journalerna bedömdes skadorna som undvikbara eller sannolikt undvikbara. Avsiktligt självdestruktiv handling, förlängt sjukdomsförlopp och psykisk skada var de vanligaste skadetyperna. Det var 10 procent av skadorna som bedömdes ge betydande konsekvenser för patienten. I övriga fall bedömdes konsekvensen som mindre eller måttlig [117].

Vanligaste vårdskadan är vårdrelaterad infektion

Cirka 8 procent av patienterna i somatisk sjukhusvård drabbas av vårdskador det vill säga undvikbara skador⁷¹. Detta innebär att cirka 110 000 patienter på svenska sjukhus⁷² varje år får vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. I cirka 45 procent av fallen leder skadorna till förlängd sjukhusvistelse. I cirka 1 400 dödsfall bedöms vårdskadan ha varit en bidragande orsak till att patienten avled och i cirka 2 800 fall bidrog vårdskadan till att patienter fick bestående men. Vårdskador utgjorde en ökande andel av skadorna med stigande ålder och i åldersgruppen 65 år eller äldre var andelen vårdtillfällen med vårdskada signifikant högre jämfört med i den yngsta åldersgruppen. Vårdrelaterad infektion är den vanligast förekommande skadan (34 procent) följt av skador i samband med kirurgi (13 procent) och skador i samband med läkemedelsbehandling (10 procent). Trycksår, neurologiska skador samt skador relaterade till fall och läkemedel var något vanligare för patienter som var 65 år eller äldre. Skador relaterade till kirurgiska åtgärder var något vanligare upp till 65 års ålder. För perioden 2013–2017 fanns en signifikant skillnad mellan könen där män hade den högsta andelen vårdtillfällen med skador, 12,6 procent jämfört med 11,4 procent för kvinnor.

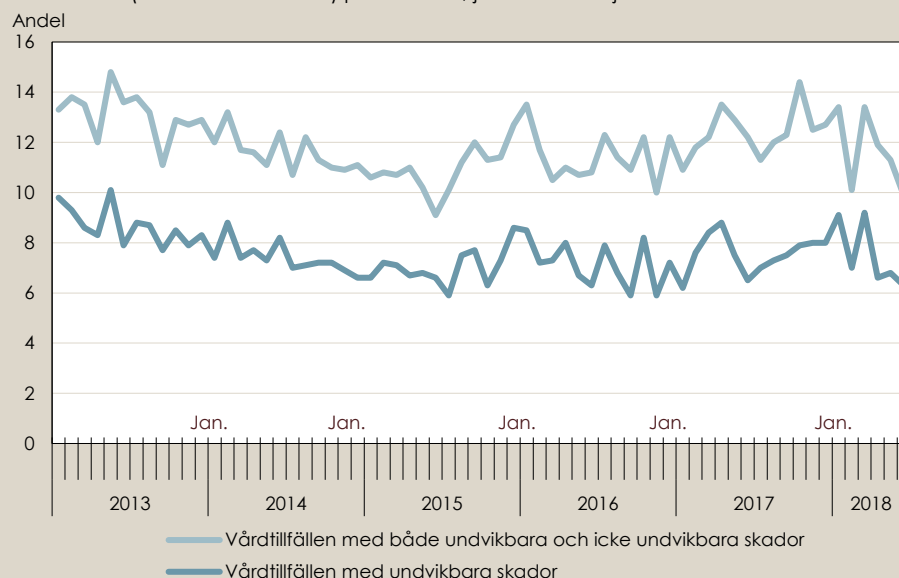
Det totala antalet vårdtillfällen med skador minskade mellan 2013 och 2015 men vid jämförelse mellan 2015 och 2017 ökade antalet vårdtillfällen med skador. Ökningen avstannade sedan 2018. Andelen vårdskador minskade från 62 procent till 58 procent 2013–2017. Det kan betyda att arbetet för ökad säkerhet har gett resultat [118].

⁷¹ Cirka 83 000 slumpvis valda vårdtillfällen från akutsjukvård för vuxna till och med juni 2018 har granskats med metoden markörbaserad journalgranskning.

⁷² Psykiatri undantaget.

Figur 22. Vårdtillfällena inom somatiska slutenvården med skador och vårdskador

Andel vårdtillfällena med skador (undvikbara och icke undvikbara skador) och vårdskador (undvikbara skador) per månad, januari 2013– juni 2018.



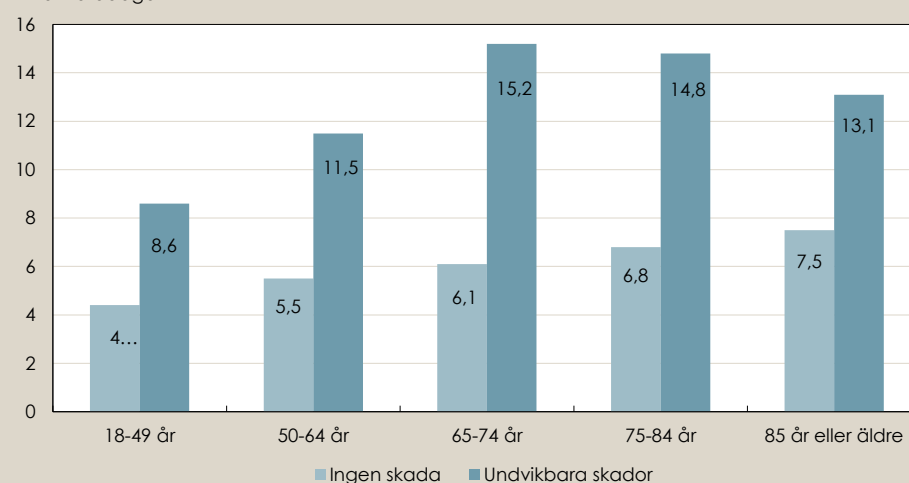
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Andelen vårdtillfällen där patienter varit utlokaliserade har ökat under perioden 2015–2017. Andelen patienter med vårdskador var 60 procent högre vid utlokalisering. Skillnaden i andelen skador mellan utlokaliserade patienter och patienter som inte utlokaliserats har dock minskat. Detta kan tolkas som att utlokalisering idag görs på ett säkrare sätt än för några år sedan [118]. Vårdtiden är i alla åldersgrupper längre för vårdtillfällen med vårdskador jämfört med vårdtillfällen utan skador, vilket figur 23 nedan visar.

Figur 23. Antal vård dagar per åldersgrupp för vårdtillfällen med vårdskador (undvikbara skador) respektive inga skador

Från 1 januari 2017 till och med 30 juni 2018.

Antal vård dagar



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns ett samband mellan såväl otillräcklig bemanning som bristande kompetens och risker för vårdskador [27]. Att det inte har skett en större minskning av vårdskador de senaste åren trots ett fortgående arbete för ökad patientsäkerhet bör tolkas mot bakgrund av de svårigheter som finns i vården med kompetensförsörjning och tillgång till disponibla vårdplatser.

Fortsatt ökning av överbeläggningar och utlokaliseringar

Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser har minskat från 22 705 stycken vårdplatser 2013 till 19 400 år 2018. Samtidigt har antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser ökat. Utvecklingen av behandlingsmetoder i vården har inneburit ett minskande behov av slutenvård för många patientgrupper och antalet slutenvårdsplatser har därför minskat under en lång period.⁷³ Effekterna av detta har dock avtagit under senare år. Antalet disponibla vårdplatser påverkas också av att vårdgivarna har brist på medarbetare med avsedd kompetens, främst sjuksköterskor. I undersökningar av vårdplatssituationen i landstingen rapporteras att mer än 2 600 vårdplatser hållits stängda på grund av personalbrist [119].⁷⁴

Sammantaget motsvarar i många verksamheter antalet disponibla vårdplatser inte det faktiska behovet, vilket leder till överbeläggningar och till att patienter vårdas på vårdplatser som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning för att säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljön. Om de disponibla vårdplatserna inte finns inom de verksamheter där behovet finns innebär bristen också att patienter utlokaliseras. Patienten vårdas då på en annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten, vilket innebär en ökad risk för vårdskada. Andelen vårdtillfällen med vårdskada när patienten vårdats utlokaliserad är 11,8 procent jämfört med 7,1 procent när vården sker på den avsedda vårdenhetsen. De vanligaste skadetyperna hos utlokaliserade patienter är vårdrelaterade infektioner, VRI, och trycksår [120].

Under 2018 var riksgenomsnittet 4,79 överbeläggningar och 2,46 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser i den somatiska slutenvården. Det är ökning jämfört med 2017. Det är stora skillnader mellan landstingen och det finns också en stor variation mellan sjukhusen inom landstingen samt mellan olika sjukhustyper.

Inom psykiatrisk slutenvård är överbeläggningar inte lika vanligt som inom den somatiska slutenvården och det har heller inte ökat de senaste åren även om det var fler överbeläggningar 2018 jämfört med 2017. Under 2018 var det i genomsnitt 2,09 överbeläggningar och 0,05 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser inom psykiatrisk slutenvård.

⁷³ Sedan 2010 ses inte längre någon minskning av medelvårdtiderna. Socialstyrelsens tolkning av det är att kortare vårdtider fram till dess beror på utvecklingen från öppen, invasiv kirurgi till minimalinvasiva metoder och endovaskulära metoder. För att minska behovet av vårdplatser behöver landstingen arbeta mer preventivt och kontinuerligt med kroniska patienter.

⁷⁴ Landstingen tillfrågades hur många av de fastställda vårdplatser som hållits öppna under perioden 1 september 2018 – 14 oktober 2018.

Tabell 8. Antal patienter, vårdade på överbeläggningsplats respektive utlokaliserade, 2013–2018, fördelat på somatisk respektive psykiatrisk vård

Antal per 100 disponibla vårdplatser. Riksgenomsnitt.

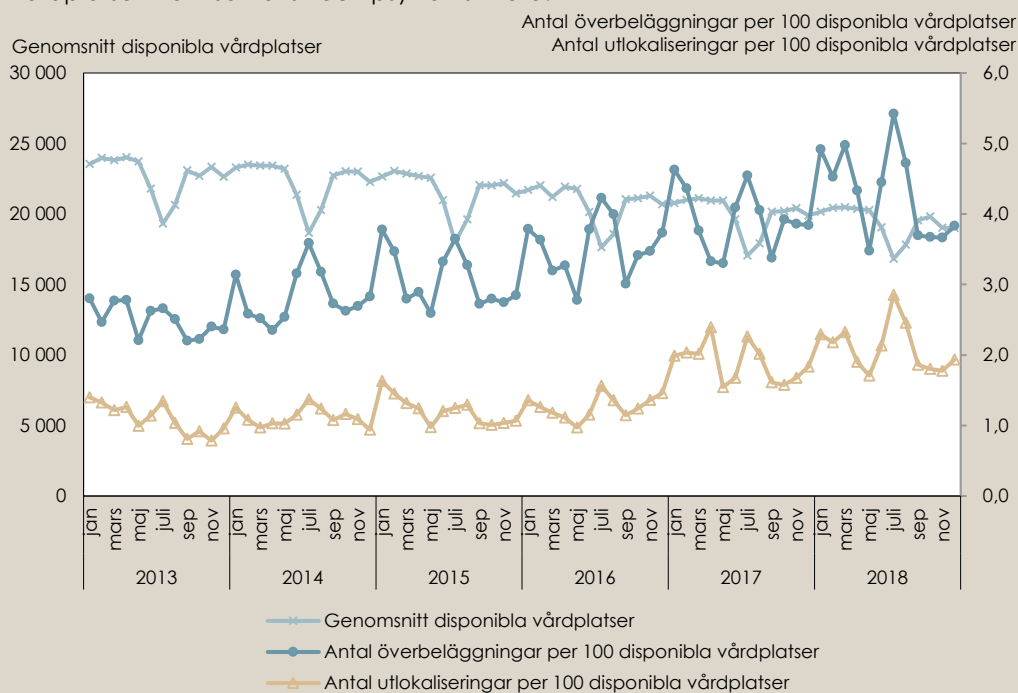
År	Överbeläggning somatisk vård, antal	Överbeläggning psykiatrisk vård, antal	Utlökaliserade somatisk vård, antal	Utlökaliserade psykiatrisk vård, antal
2013	2,6	2,1	1,3	0,1
2014	2,9	2,6	1,3	0,1
2015	3,1	2,9	1,4	0,1
2016	3,7	2,5	1,5	0,1
2017	4,3	1,9	2,2	0,1
2018	4,8	2,1	2,5	0,1

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Figur 24 visar hur överbeläggningar och utlokaliseringar ökat över tid men också variationer utifrån sommar- och vinterhalvår. I januari stiger antalet överbeläggningar till samma nivåer som under sommaren men det är däremot inte samma tydliga minskning av antalet disponibla vårdplatser.

Figur 24. Disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar 2013 till 2018

Vårdplatser inom somatisk och psykiatrisk vård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Mellan 2013 och 2018 har riksgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,8 till 4,3 per 100 disponibla vårdplatser. För samma tidsperiod har utlokaliseringarna ökat från 1,4 till 2,1 per 100 disponibla vårdplatser.

Sverige har ett lågt antal vårdplatser i jämförelse med andra länder

Sverige har lägst antal vårdplatser per 1 000 invånare av de nordiska länderna och av de EU-länder som ingår i OECD.⁷⁵ Sverige hade 2,4 vårdplatser per 1 000 invånare 2015, vilket kan jämföras med till exempel Tyskland som hade 8,1 vårdplatser per 1 000 invånare. Av de nordiska länderna hade Norge 3,8 vårdplatser och Finland 4,4 vårdplatser medan Danmark var i nivå med Sverige med 2,5 vårdplatser per 1 000 invånare [58].

Fler trycksår kan förebyggas

Med förebyggande åtgärder skulle 91 procent av de allvarliga trycksåren gå att undvika [121]. Men trots att det förebyggande arbetet förbättrats över tid ses ingen nedgång av andelen trycksår i slutenvården våren 2018⁷⁶. Variationerna är stora både mellan och inom landstingen. En femtedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår, vilket var en ökning jämfört med 2017. Det var 14 procent av patienterna som hade trycksår och fler än hälften var allvarliga trycksår. Något högre andel män hade allvarliga trycksår. Personer 80 år och äldre hade högst förekomst av allvarliga trycksår, 10 procent [122]. En slutsats är att det förebyggande arbetet måste öka i omfattning.

Trycksår orsakar förutom stort lidande för patienterna höga kostnader för sjukvården, eftersom vårdtiden förlängs samtidigt som vårdtyngd och kostnader ökar. Kostnaden för allvarliga trycksår, som bedömts som undvikbara, motsvarar cirka 50 000 vård dagar årligen. Kostnaden för vård dagarna uppgår till omkring 450 miljoner kronor⁷⁷ per år [49].

Fortsatt hög förekomst av vårdrelaterade infektioner

Andelen patienter i slutenvården med vårdrelaterad infektion (VRI) var 9 procent 2018⁷⁸. Det är en stor spridning mellan landstingen (från 3 till 13 procent) och skillnaden har ökat jämfört med 2017. Vanligast är att patienterna har en luftvägsinfektion eller en smittsam tarminfektion. VRI är högst i åldersgruppen 61–69 år (11 procent) och lägst bland barn (5 procent). Könsskillnaderna är små, men andelen med VRI är något högre hos män, vilket är samstämmigt med tidigare mätningar. Av männen hade 9,9 procent en VRI, jämfört med 8,4 procent av kvinnorna⁷⁹.

⁷⁵ Dock finns svårigheter med internationella jämförelser eftersom länderna har olika hälso- och sjukvårdssystem och skillnader i rapporteringen.

⁷⁶ Exklusive rättspsykiatrisk vård. Punktprevalensmätningen, PPM, omfattade 14 300 patienter. Endast patienter 18 år och äldre ingår.

⁷⁷ Beräkningen utgår från förekomsten av trycksår i markörbaserad journalgranskning. Då trycksår är underregistrerade i patientjournalerna, innebär beräkningen troligen en viss underskattning av de totala kostnaderna.

⁷⁸ Förekomsten av VRI har kartlagts genom punktprevalensmätning för 14 565 patienter inskrivna i slutenvård (somatisk sjukhusvård). Undersökningen genomfördes vecka 12 och 13 år 2018.

⁷⁹ Gynekologi ingår inte i mätningen.

Riskfaktorer⁸⁰ har en stor påverkan på förekomsten av VRI. Drygt hälften av patienterna hade minst en riskfaktor. Av patienter med två eller flera riskfaktorer⁸¹ hade 21 procent VRI. Utan riskfaktorer var andelen 4,5 procent [123].

Trots olika insatser på nationell, regional och lokal nivå ligger andelen VRI på ungefär samma nivå sedan 2009 [124].

Otillräcklig följsamhet till hygienrutiner och klädregler

En viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonal alltid följer basala hygienrutiner och klädregler. Ungefär en tredjedel av alla VRI kan förebyggas genom bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

Andelen medarbetare som tillämpade samtliga åtta steg vid en mätning⁸² av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler⁸³ ökade marginellt 2018 jämfört med föregående år; 74 procent jämfört med 73 procent. Det är stor spridning mellan landstingen; 62–87 procent.

Följsamhet till klädregler fortsätter att vara högre (93 procent) än följsamhet till hygienrutiner (78 procent) och resultatet har varit oförändrat de senaste åren. Det steg som visade lägst följsamhet var desinfektion av händer före patientnära arbete.

Det är stor skillnad i följsamhet till samtliga åtta steg mellan olika yrkesgrupper. Lägst hade skötare 54 procent och läkare 65 procent och högst följsamhet hade arbetsterapeuter, 88 procent [125]. Det är av stor vikt att landstingen vidtar adekvata åtgärder för att förbättra sina resultat vad gäller följsamheten.

Långsiktig trend av fortsatt ökning av antibiotikaresistenta bakterier

Antibiotikaresistensen har ökat gradvis sedan övervakningen började, men Sverige har fortfarande en låg antibiotikaresistens jämfört med andra länder i Europa. I allmänhet är det högre förekomst av antibiotikaresistens i södra och östra Europa. Variationen anses bero på olikheter i antibiotikaanvändning, vårdhygieniska åtgärder, diagnostik och sjukvårdssystem [126].

För de antibiotikaresistenta anmälningspliktiga bakterierna ESBL⁸⁴ och MRSA⁸⁵ ses en ökning av antal fall 2018 jämfört med 2017. Under 2018 rapporterades 10 359 fall av bakterier som producerar ESBL samt 3 878 fall av

⁸⁰ Till exempel respiratorbehandling, genomgången kirurgiskt ingrepp, central venkateter eller urinkateter.

⁸¹ Exklusive antibiotika.

⁸² Det var 18 landsting, drygt 22 800 medarbetare, som ingick i punktprevalensmätningen, PPM, av basala hygienrutiner och klädregler, BHK, 2018. År 2017 deltog 19 landsting.

⁸³ PPM med observation av åtta steg som baseras på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg.

⁸⁴ ESBL: enterobacteriaceae som bildar Wxtended Spektrum Betalactamase.

⁸⁵ MRSA: meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*.

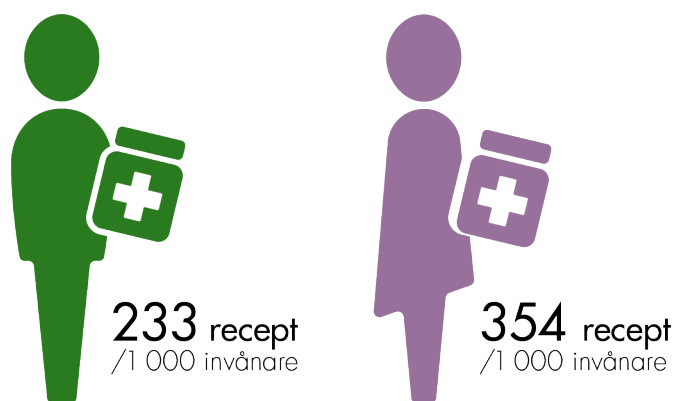
MRSA. Särskilt oroande är resistensutvecklingen för ESBL_{CARBA}⁸⁶. Där rapporterades 149 fall 2018 vilket är en ökning jämfört med året innan (133 fall). Förekomsten av bakterier som är resistent mot karbapenem är fortfarande låg i Sverige jämfört med i andra europeiska länder.

För resistent bakterier av typen VRE⁸⁷ rapporterades 446 fall 2018. Det är en ökning med 83 procent jämfört med 2017. Den stora ökningen beror på flera utbrott på sjukhus, varav ett stort utbrott som var spritt över flera län. Merparten av fallen är endast bärare och relativt få får infektioner. För att hantera smittspridningar av VRE inom vården krävs dock omfattande vårdhygieniska åtgärder och screening av patienter. Andelen anmälda fall av PNSP⁸⁸ ligger fortsatt på en låg nivå med 96 anmälda fall 2018. En ökning av antalet fall kan dock ses på grund av en spridning av PNSP på förskolor i ett län [127, 128].

Det är stor variation inom landet och mellan länen i förekomst av anmälningspliktiga resistent bakterier, vilket delvis förklaras av skillnader i hur många prover som tas. I syfte att skapa en mer enhetlig rapportering har en gemensam grund för screeningriktlinjer införts. Ungefär 25 procent av laboratorierna har ändrat sina rutiner efter att riktlinjerna tagits fram.

Antibiotikaförskrivningen har minskat

Andelen personer i befolkningen som hämtar ut recept på antibiotika har minskat i alla regioner utom en. För första gången sedan mätningen startade har riket nu nått under 300 recept per 1 000 invånare och år.⁸⁹ Detta tyder på att arbetet med att främja rationell användning av antibiotika varit effektivt. Under 2018 minskade antibiotikaförsäljningen i öppenvård med 4,2 procent jämfört med 2017. Försäljningen har minskat i samtliga åldersgrupper⁹⁰ men störst minskning ses i åldersgruppen 0–6 år. Flest recept skrivs ut till personer 80 år och äldre [129].



Kvinnor använder mer antibiotika än män. Det kan delvis förklaras av att kvinnor oftare än män drabbas av och behandlas för urinvägsinfektioner.

Källa: E-hälsomyndigheten 2019.

⁸⁶ En variant av ESBL där bakterierna är resistent mot den antibiotika (karbapenem) som används för att behandla infektioner av ESBL-producerande bakterier.

⁸⁷ VRE: vancomycinresistenta enterokocker.

⁸⁸ PNSP: Pneumokocker med nedsatt känslighet mot penicillin.

⁸⁹ Det nationella målet är 250 recept per 1 000 invånare och år. Två landsting har nått det målet.

⁹⁰ Vid jämförelse av den senaste tolv månaders perioden 1 november 2017–31 oktober 2018 med den tidigare perioden 1 november 2016–31 oktober 2017.

En annan positiv utveckling är att slutenvården 2017 gick från en hög användning av bredspektrumantibiotika till att använda smalspektrumantibiotika i större utsträckning.⁹¹

Antibiotikaförbrukningen skiljer stort inom Europa

Sverige är bland de länder i Europa som har lägst antibiotikaförsäljning (11,6 DDD/1 000 invånare och dag). Det är stora skillnader i hur antibiotika används. Under 2017 förbrukade de länder som använder mest antibiotika mer än tre gånger så mycket antibiotika som de länder som förbrukade minst mängd, från Greklands 37,4 DDD/1 000 invånare och dag till Nederländernas 10,1 DDD/1 000 invånare och dag. I Sverige används oftare penicillin med smalt spektrum än i de flesta andra länder i Europa. Sverige och de övriga nordiska länderna är några av de länder som använder lägst andel bredspektrumantibiotika i förhållande till smalspektrumantibiotika [130].

Globalt mål att halvera de läkemedelsrelaterade skadorna

De läkemedelsrelaterade skadorna utgör en stor del av vårdskadorna och orsakar lidande för den patient som drabbas. Det innebär även stora kostnader för samhället. Drygt 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och cirka 60 procent av dessa bedöms vara möjliga att förebygga [131].

Under 2018 lanserade WHO sitt tredje globala patientsäkerhetsmål: att halvera de läkemedelsrelaterade skadorna på fem år. Sverige kommer att medverka i och stödja det arbetet [132]. Flera av de prioriterade insatsområdena – exempelvis risker vid polyfarmaci⁹², vårdens övergångar, förskrivning och läkemedelshantering – är områden där Socialstyrelsen och Läkemedelsverket redan i dag har flera pågående insatser. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården, som trädde i kraft den 1 januari 2018 är ett exempel på hur myndigheten arbetar för att ordination och läkemedelshantering ska bli säkrare. Under 2018 har det pågått ett arbete med att utveckla en handbok till föreskriften.

Ett steg närmare en nationell läkemedelslista

I juni 2018 antog riksdagen regeringens förslag om en nationell läkemedelslista. Det innebär att ett nytt personregister för läkemedel skapas som innehåller information om en patients samtliga läkemedelsbehandlingar, oavsett var i landet läkemedlen har ordinerats eller hämtats ut. Registret ska föras av E-hälsomyndigheten och ersätter receptregistret och läkemedelsförteckningen. Det nya registret ska i stort sett innehålla samma uppgifter som dessa

⁹¹ Antibiotika kan delas in i två typer – dels antibiotika med smalt spektrum, som har effekt på en viss typ av bakterie, dels antibiotika med brett spektrum som har effekt på flera olika typer av bakterier. Smalspektrumantibiotika dödar specifikt skadliga bakterier och påverkar generellt inte kroppens nyttiga bakterier (normalfloran) lika mycket som bredspektrumantibiotika. Att använda smalspektrumantibiotika innebär inte heller en lika stor risk för att bakterier blir okänsliga (resistenta).

⁹² Behandling med många läkemedel samtidigt.

men kompletteras med vissa integritetshöjande åtgärder som sökbegränsningar, samtycke och möjligheter för patienten att spärra sina uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal, expedierande personal på apotek och patienten kan få åtkomst till uppgifterna i registret.

En ny lag om den nationella läkemedelslistan börjar gälla den 1 juni 2020 och den 1 juni 2022 ska samtliga vård- och apoteksaktörer ha anslutit sina system till Nationella läkemedelslistan [133].

Anmälningar från patienter och vårdgivare

I följande avsnitt beskrivs patienters klagomål på hälso- och sjukvården till patientnämnderna och IVO, vårdgivarnas anmälningar till IVO⁹³, anmälningar till patientförsäkringen Löf samt vad IVO:s tillsyn visat⁹⁴.

Nytt klagomålssystem

Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. Det är vårdgivarna som ska besvara klagomålen från patienter och närstående genom att förklara vad som har inträffat och vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska upprepas.

Enligt en ny lag⁹⁵ för patientnämndernas verksamhet ska de hjälpa och stödja patienter att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna. Patientnämnderna ska också bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna anpassas efter patienternas behov och förutsättningar baserat på bland annat årliga analyser av inkomna klagomål och synpunkter. Det nya systemet innebär en begränsning av IVO:s utredningsskyldighet i klagomålssärenden. IVO är numera endast skyldig att utreda vissa klagomål⁹⁶ efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

Antalet inkomna klagomål till patientnämnderna under 2018 varierar och det går inte att se någon tydlig trend gällande utvecklingen [134].

Klagomål på hälso- och sjukvården och tandvården som inkommit till patientnämnderna

IVO sammanställer årligen de klagomål som inkommit till patientnämnderna. Resultat för 2017⁹⁷ visar att andelen klagomål per verksamhetsområde i stort sett var oförändrad jämfört med 2016. Klagomål på primärvården stod för ungefär en tredjedel av det totala antalet klagomål. Knappt 50 procent av alla klagomål gällde somatisk specialistsjukvård, 12 procent gällde psykiatrisk

⁹³ Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. 3 kap. 5 § PSL.

⁹⁴ Siffrorna för patientnämnderna och IVO:s tillsyn gäller 2017.

⁹⁵ Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372).

⁹⁶ 7 kap. 11 § PSL (2010:659): Kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten har fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit, tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

⁹⁷ Data för 2018 är inte sammanställda och det är inte möjligt att uttala sig om huruvida den förmodade ökningen till patientnämnderna utifrån ändringarna i klagomålssystemet har skett.

vård, tandvården stod för 3 procent av klagomålen och den kommunala hälso- och sjukvården omfattade knappt 2 procent av ärendantalet.

Under 2017 tog patientnämnderna emot drygt 36 700 klagomål vilket följer de senaste årens trend av marginell ökning. Kvinnor i åldersgruppen 50–59 år stod för flest klagomål, vilket har varit oförändrat de senaste åren.

I likhet med tidigare år var vård och behandling det största klagomålsområdet 2017⁹⁸. Det är fler kvinnor än män som framför klagomål om brister i bemötande. Utöver detta klagar kvinnor och män i stort sett på samma saker till patientnämnderna – behandling, undersökning, resultat, läkemedel och information [135].

Klagomål till IVO har minskat som förväntat

Från och med den 1 januari 2018 är IVO:s utredningsskyldighet begränsad vilket inneburit en minskning av antalet ärenden. Av de klagomål som inkom och avslutades 2018 var det 88 procent som inte utreddes i sak. En vanlig orsak till det var att ärendet inte längre tillhör IVO:s utredningsskyldighet. Under 2018 inkom totalt 5 511 klagomål, vilket framgår av tabell 9 nedan. Av alla 8 370 beslutade klagomål 2018⁹⁹ var det 1 879 klagomålsärenden som utmynnade i kritik mot vårdgivare.

Tabell 9. Antalet inkomna respektive beslutade klagomål enligt patient-säkerhetslagen 2012–2018

Klagomål	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Inkomna klagomål	7 123	6 488	6 832	6 198	7 181	8 340	5 511
Beslutade klagomål	7 505	5 001	7 559	8 678	7 087	7 562	8 370

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Nästan hälften av klagomålen som utreddes handlade om primärvård (utom hemsjukvård) och kirurgisk vård. Av klagomålsärendena med kritik var ärenden gällande vård och behandling och diagnostisering vanligast. Flest klagomålsbeslut 2018 gällde kvinnor. Könsfördelningen har varit konstant 2011–2018. Klagomålsbeslut 2018 var vanligast i åldersgruppen 30–49 år, vilket är samma fördelning som för de senaste åren.

Enhetlig nationell information till patienter och närstående

Socialstyrelsen har i samverkan med IVO, patientnämnderna, 1 177 Vårdguiden, SKL och Barnombudsmannen tagit fram enhetlig nationell information som beskriver hur patienter och deras närstående kan klaga på hälso- och sjukvården. En webbsida med information om det nya regelverket publicerades i december 2017 och i samband med det gjordes en informationssatsning till bland annat vårdgivare, patient- och brukarorganisationer samt professionsorganisationer. Under 2018 har ett kommunikativt konceptmaterial tagits

⁹⁸ Klagomålsärenden kategoriseras i åtta huvudområden som i sin tur delas upp i ett antal delområden.

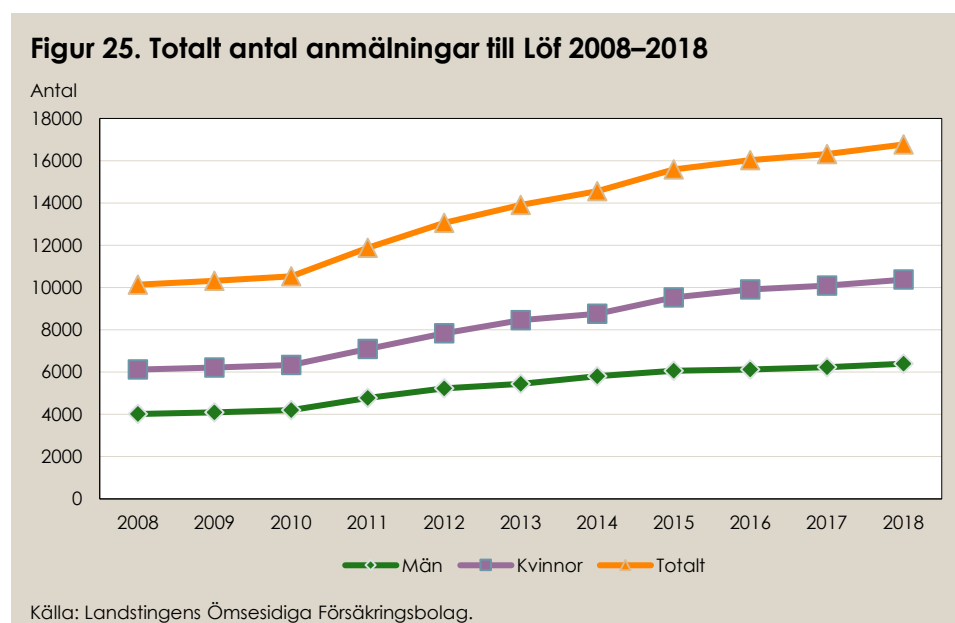
⁹⁹ Antal beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälts före 2018 ingår.

fram för att öka kännedomen om att det går att framföra synpunkter och klagomål och på så sätt bidra till vårdens utveckling.

Fortsatt ökning av anmälningar till patientförsäkringen Löf

År 2018 inkom 16 768 anmälningar om skada till Löf, vilket är en ökning med knappt 3 procent jämfört med 2017. Det totala antalet anmälningar har ökat varje år, se figur 25. Kombinationen av en ökande befolkning och en allt högre levnadsålder leder till fler vårdkontakter och således sannolikt fler anmälningar om skador. Att behandlingar och operationer blir mer komplexa kan också bidra. Det finns sannolikt också en fortsatt effekt av den utökade upplysningsskyldigheten från vårdgivare till patienter och närstående vid en inträffad skada, vilken trädde i kraft genom patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) 2011.

Fler kvinnor än män, 62 respektive 38 procent, anmälde en skada 2018, vilket också är bilden från tidigare år. Genomsnittsåldern vid anmäld skada är 46 år för kvinnor och 48 år för män.



Cirka 70 procent av alla anmälningar 2018 gällde skador som uppkommit vid vård på sjukhus och nästan alla dessa rörde somatisk slutenvård. De flesta anmälningarna gällde ortopedi, tandvård, distriktsvård och kirurgi. Försenad eller utebliven diagnos är en vanlig orsak till skada. Vanligast är skador som inträffar i samband med operation, vilket är samstämmigt med tidigare år.

I drygt 40 procent av ärendena som beslutades 2018 beviljades patienten ersättning. Ortopedi och kvinnosjukvård är de verksamhetsspecialiteter där störst andel av den totala kostnaden för ersatta skador finns, 26 respektive 19 procent¹⁰⁰. Under 2018 betalades knappt 600 miljoner kronor ut i ersättningar till patienter och efterlevande.

¹⁰⁰ Baserat på anmälningar 2012-2018.

Tillsyn visar brister inom kompetensförsörjning och samordning

Flera av IVO:s iakttagelser gällande tillsynen för verksamhetsåret 2017 liknar tidigare år, och IVO konstaterar att det finns problem med kompetensförsörjningen och samverkan inom vården och omsorgen. Dock ser IVO flera positiva utvecklingstendenser där vård- och omsorgsgivarna gör olika typer av satsningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. Brister i samordning gällde framför allt personer med samsjuklighet, barn och unga med psykisk ohälsa och äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg. Det identifierades brister i patienters och närståendes delaktighet och inflytande vid vårdplanering inom den psykiatriska specialistsjukvården. Delaktigheten har dock ökat inom vissa områden, exempelvis daglig verksamhet för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Med anledning av iakttagna brister och att behoven av samordning med all sannolikhet kommer att öka är samordning kring barn och unga med psykisk ohälsa, patienter med samsjuklighet och patienter som kräver multidisciplinärt omhändertagande tre av IVO:s prioriterade riskområden 2018–2020 [136].

Anmälan av allvarliga vårdsador, lex Maria, har minskat

Vårdgivarnas lex Maria-anmälningar minskade 2018 till 2 009 stycken. Under 2018 fattade IVO beslut i 2 256 ärenden. Anmälningarna gäller oftast vård och behandling samt diagnostisering. Det var totalt 284 anmälningar som gällde suicid, vilket tidigare varit en av de största händelskategorier. De senaste åren har flest beslut gällt psykiatrisk specialistvård, följt av kirurgisk specialistsjukvård och primärvård¹⁰¹ men 2018 togs flest beslut inom de två senare verksamhetsområdena.

Tidigare år har anmälningarna ökat: 2017 kom totalt 2 680 lex Maria-anmälningar in till IVO, se tabell 10 nedan.

Tabell 10. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2012–2018

Lex Maria	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Inkomna ärenden	2 143	2 226	2 311	2 373	2 470	2 680	2 009
Avslutade ärenden	2 300	2 362	2 436	2 823	2 496	2 752	2 256

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

En orsak till nuvarande minskning är att antalet anmälningar om suicid minskat. Detta hänger i sin tur ihop med att anmälningsskyldighet enligt lex Maria vid suicid upphörde den 1 september 2017¹⁰². Antalet anmälningar som gäl-

¹⁰¹ Primärvård utom hemsjukvård.

¹⁰² Fram till den 1 september 2017 fanns enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria en anmälningsskyldighet om en patient hade begått suicid i samband med undersökning, vård eller behandling, eller efter fyra veckor efter en vårdkontakt, och detta kommit till vård-

ler självmord har legat på en relativt konstant nivå 2013–2016. IVO har jämfört antalet anmälda suicid före respektive efter att anmälningsplikten togs bort¹⁰³ och konstaterar att det skett en stor minskning av antalet inkomna anmälningar gällande suicid efter den 1 september 2017. Exempelvis sjönk antalet anmälningar inom psykiatrisk specialistpsykiatri från 303 till 46 anmälningar [137].

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan utvecklas

Socialstyrelsen har analyserat landstingens och kommuners årliga patientsäkerhetsberättelser, PSB¹⁰⁴. Analysen visar att berättelserna inte räcker för att ge en helhetsbild av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. Det var få landsting och kommuner som beskrev ett systematiskt patientsäkerhetsarbete från identifiering, via analys och åtgärder till uppföljning. Inget landsting beskrev ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom områdena läkemedel och kommunikation, vilket är vanliga områden där vårdskador kan inträffa. Mål och strategier utgick i liten utsträckning från en problembeskrivning och det var en stor andel mål som inte var mätbara.

För landstingen analyserades utvecklingen över tid och resultatet visade att mål och strategier ändrats i begränsad omfattning över åren. Detsamma gällde vilka områden som var i fokus och hur patientsäkerhetsarbetet genomförts. Patientsäkerhetskultur, omvårdnad, kommunikation, infektioner och läkemedel var de områden där flest landsting hade beskrivit aktiviteter [138].

Publicering av händelseanalyser har minskat

Lärande är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Nitha är ett it-stöd¹⁰⁵ där verksamheterna dels kan utföra händelseanalyser och dels lära av andra verksamheters erfarenheter genom deras händelseanalyser¹⁰⁶. Det är totalt 20 landsting och 9 kommuner som är anslutna till Nitha och det finns 4 074 analyser i Nitha, varav knappt 1 900 är publicerade i den så kallade kunskapsbanken¹⁰⁷. Flest analyser i kunskapsbanken gäller behandling, följt av diagnostik och omvårdnad [139].

När genomförda analyser publiceras i kunskapsbanken blir de sökbara för gemensamt lärande. Antalet analyser som genomförs i Nitha har ökat succes-

givarens kännedom. I samband med att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete trädde i kraft och SOSFS 2005:28 upphävdes, finns inte längre någon anmälningskyldighet enligt Lex Maria vid suicid.

¹⁰³ Den 1 september 2016– den 30 juni 2017 respektive den 1 september 2017– den 30 juni 2018.

¹⁰⁴ I den årliga patientsäkerhetsberättelsen (PSB) ska vårdgivaren beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår samt vilka åtgärder och resultat som uppnåtts för att öka patientsäkerheten (3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL). PSB ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar (7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Analysen baseras på samtliga landstings PSB 2014–2017 och de senast tillgängliga PSB från 20 kommuner. För kommunerna omfattades den senast upprättade PSB som fanns tillgänglig den 6 mars 2018. Av kommunernas PSB var 12 från 2017, 7 från 2016 och 1 från 2015.

¹⁰⁵ Nitha: nationellt it-stöd för händelseanalys.

¹⁰⁶ Statistik om användningen och innehållet i databasen kan hämtas på Ineras webbplats: <https://www.inera.se/aktuellt/statistik/nitha--it-stod-for-handelseanalys/>. Nitha kunskapsbank är sedan december 2018 även tillgänglig på öppen webb: <https://nitha.inera.se/Learn>

¹⁰⁷ Antalet händelseanalyser i kunskapsbanken är inte ett mått på det totala antalet händelseanalyser som genomförts av de anslutna vårdgivarna.

sivt – från 214 händelseanalyser 2015 till 558 analyser 2018. Antalet publicerade analysrapporter per år har ändå minskat, från 419 rapporter 2015 till 102 rapporter 2018. Flera faktorer kan ha bidragit till minskningen. Det finns till exempel en tveksamhet om nyttan av att genomföra och publicera händelseanalyser, eftersom de upplevs som resurskrävande och avslöjande. Det är dock önskvärt att fler genomförda händelseanalyser publiceras i kunskapsbanken eftersom de kan ge en större förståelse för bakomliggande orsaker till allvarliga vårdskador. Ett exempel på aggregerad analys beskrivs nedan.

Behov av ökad systematik vid händelseanalys av suicid

Suicid vid psykisk ohälsa är en av de allvarligaste händelserna i vården. En forskargrupp har på uppdrag av Folkhälsomyndigheten granskat 228 händelseanalyser som fanns i Nitha Kunskapsbank¹⁰⁸ efter suicid genomförda 2006–2018. De flesta händelseanalyserna hade gjorts inom specialistpsykiatri. Majoriteten av patienterna hade haft kontakt med psykiatrisk specialistvård i nära anslutning till suicidet. Den vanligaste diagnosen var förstämningssyndrom. De flesta patienterna stod på läkemedelsbehandling med antidepressiva och lugnande medel samt sömnmedel.

Felhändelserna var huvudsakligen kopplade till vård, uppföljning, upprättande av och innehåll i behandlingsplan, bedömning och dokumentation av suicidrisk, bedömning av psykisk status och av patientens behov samt samverkan mellan vårdgrannar. Brister i kommunikation var också vanligt, framför allt i vårdens övergångar. Otillräcklig tillgång till personal och brister i kunskaper om psykiatriska symtom och tecken var också bidragande orsaker men i en lägre omfattning. Granskningen visar också att händelseanalyserna saknar detaljer kring viktiga faktorer i händelseförloppet. Det pekar på att det finns ett behov av ökad systematik när händelseanalyser görs efter suicid [140].

En ny studie publicerad vid Lunds universitet menar att det behövs nya former för patientsäkerhetsarbetet. Händelseanalys görs främst vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada. Det är vanligt att analyser görs lokalt på den enhet där händelsen inträffat. De bakomliggande orsakerna analyseras oftast i nära anslutning tidsmässigt till där vårdskadan inträffade. Det gör att åtgärdsförslagen inriktas snävt i tid och rum, medan övergripande systemfaktorer sällan identifieras. Samtidigt är minnet inom sjukvårdsorganisation kort och det finns inte alltid kapacitet för att genomföra åtgärdsförslagen. Det innebär att liknande händelser återkommer och att åtgärdsförslag upprepas [141].

Det är därför nödvändigt att det systematiska utvecklingsarbetet ges bättre förutsättningar, till exempel genom mer analysresurser för att identifiera systemfaktorer på organisationsnivå. Det är också viktigt med ett stödande ledarskap, samtidigt som personalen behöver såväl kompetensutveckling som resurser. På så sätt kan patientsäkerhetsarbetet utvecklas ytterligare.

¹⁰⁸ Datauttag i maj 2018.

I Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för patientsäkerhet kommer övergripande förutsättningar för utveckling av patientsäkerheten att utforskas och belysas.

Missbruks- och beroendevård

I detta kapitel beskrivs utvecklingen inom ANDTS-området¹⁰⁹, för de delar som rör hälso- och sjukvård. Även befolkningens alkoholkonsumtion och narkotikaanvändning, samt vård och behandling beskrivs.

Alkoholkonsumtionen minskar medan cannabisanvändningen ökar

År 2017 uppgick den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen till 9,03 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Det är ett oförändrat resultat jämfört med 2016. Mellan 2008 och 2017 minskade den totala konsumtionen med 8 procent [142]. Andelen riskkonsumenter i befolkningen (16–84 år) var 16 procent 2017. Fler män än kvinnor har en riskkonsumtion, 20 procent jämfört med 13 procent. Andelen unga (16–29 år) med riskkonsumtion är högre än andelen äldre (65–84 år), 22 procent jämfört med 10 procent [143].

Cannabis är den narkotika som flest invånare i Sverige anger att de har använt någon gång. Andelen i befolkningen som använt cannabis det senaste året har ökat från 2,5 till 3,6 procent under perioden 2013–2017. Totalt var det 4,5 procent av männen och 2,6 procent av kvinnorna som 2017 rapporterade att de använt cannabis minst en gång under de senaste 12 månaderna. Cannabisanvändningen är dessutom högre bland unga. År 2017 hade 12,3 procent av männen och 9,3 procent av kvinnorna i åldersgruppen 17–29 år använt cannabis under de senaste 12 månaderna, vilket kan jämföras med 4,9 respektive 1,8 procent bland 30–49-åringar [144].

Allt fler män vårdas för dopning

Knappt 0,6 procent av befolkningen i Sverige har någon gång använt dopningspreparat¹¹⁰ och 0,08 procent eller motsvarande drygt 6000 personer i åldersgruppen 17–84 år har använt dopningspreparat de senaste 12 månaderna. Av dessa är cirka 5000 män [144].

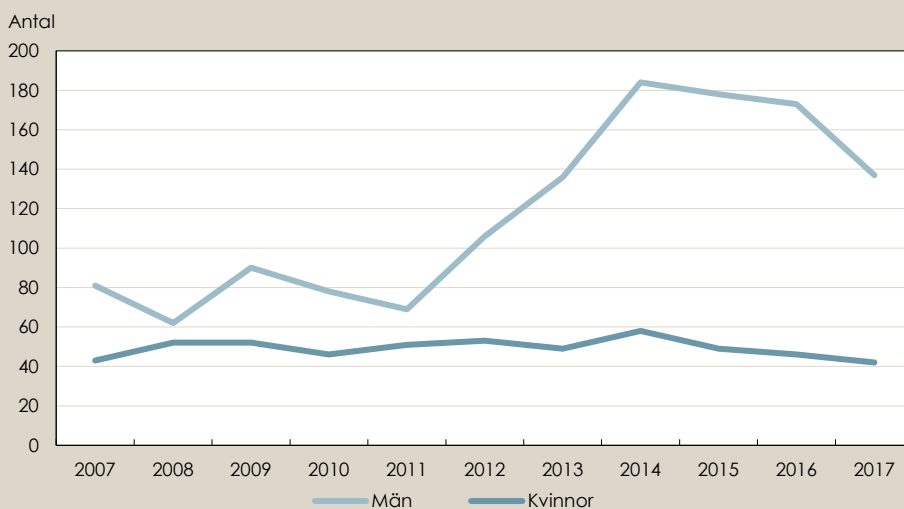
År 2017 vårdades 56 män och 9 kvinnor i åldersgruppen 25–34 år och 37 män och 10 kvinnor i åldersgruppen 35–44 år inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för diagnosen missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande, där steroider eller hormoner ingår. Antalet män som vårdats för diagnosen har ökat mellan 2007 och 2017, medan antalet kvinnor har legat relativt konstant under samma period (figur 26).

¹⁰⁹ ANDTS står för alkohol, narkotika, doping, tobak och spel.

¹¹⁰ Anabola androgena steroider och tillväxthormon.

Figur 26. Vård för missbruk inom den specialiserade öppenvården eller slutenvården år 2007–2017

Antal män och kvinnor som vårdats med diagnosen missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande (F55.9).



Sammantaget är det svårt att uppskatta vårdbehovet för dopningsmissbruk i Sverige. Det saknas därtill riktlinjer för att behandla dopningsmissbruk, vilket kan vara en av orsakerna till att så få personer vårdas för diagnosen.

Färre i befolkningen röker

Sedan 2006 har Sverige haft en positiv utveckling i form av ett minskat tobaksbruk, även om bruket varierar mellan olika grupper. År 2018 uppgav totalt 7 procent av kvinnorna och 7 procent av männen att de röker dagligen. Totalt sett har andelen daglig rökare halverats mellan 2006 och 2018 från 17 procent till 7 procent. Andelen dagligrökare är högst i gruppen kvinnor 45–64 år (10 procent).

Det finns även skillnader mellan olika utbildningsgrupper. När det gäller daglig rökning i åldersgruppen 16–84 år var andelen större i grupperna med endast förgymnasial och gymnasial utbildning, 14 respektive 9 procent, än i gruppen med eftergymnasial utbildning, 4 procent [143].

Spelproblem vanligare bland män

Spelproblem finns i alla befolkningsgrupper och för alla spelformer, men är vanligare bland män och unga. Ungefär 2 procent av Sveriges befolkning i åldersgruppen 18–84 år har spelproblem och cirka 30 000 personer bedöms ha allvarliga spelproblem. Det är även vanligare med spelproblem bland dem som har psykisk ohälsa, som är riskkonsumenterna av alkohol¹¹¹, som har utsatts för våld eller hot eller som har haft ekonomiskt bistånd [145].

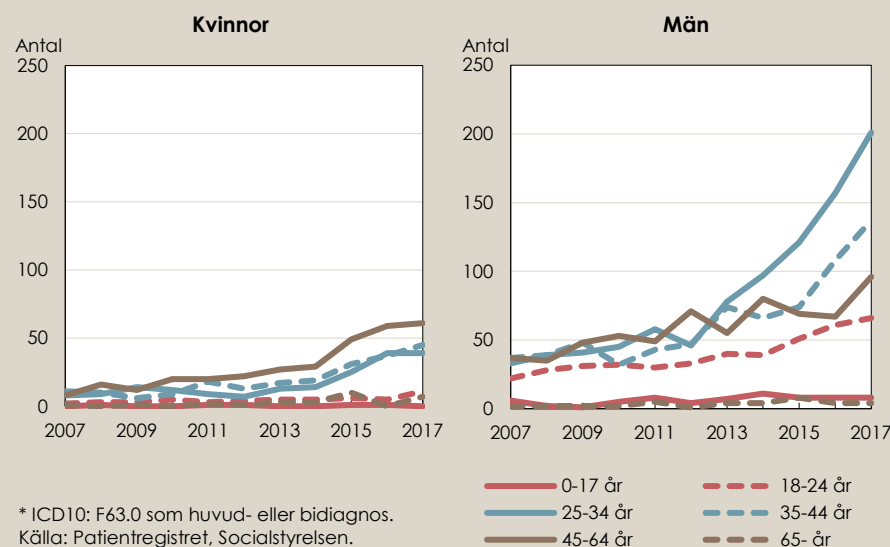
¹¹¹ Gäller för män.

Under 2007–2017 vårdades 3 595 personer med diagnosen spelberoende inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården. Av dem var 77 procent män och 23 procent kvinnor, se figur 27.

Kvinnor som har vårdats för spelberoende är äldre än män som vårdas för samma diagnos. Totalt 41 procent av kvinnorna som har vårdats var 45 år eller äldre, jämfört bland män där motsvarande andel var 20 procent.

Figur 27. Vård till följd av spelmissbruk

Antal individer som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för spelmissbruk* någon gång under året. Kvinnor och män i olika åldrar, 2007–2017.



En ny studie baserad på Socialstyrelsens register visar att dödligheten för personer diagnostiserade med spelberoende under 2005–2016 var 1,8 gånger högre i åldersgruppen 20–74 år jämfört med befolkningen i stort.¹¹² Andelen suicid var 15 gånger högre i samma åldersgrupp. I åldersgruppen 20–49 år var dödligheten 6,2 gånger större och andelen suicid 19,3 gånger större [146].

Under 2017 var det 55 procent av kommunerna och 59 procent av landstingen/regionerna som erbjöd råd, stöd och behandling till personer med allvarliga spelproblem. Spelspecifik behandling erbjöds i 23 procent av kommunerna och i 35 procent av landstingen/regionerna [147].

Rekommendationer för behandling av spelmissbruk och spelberoende

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendationer för behandling av spelmissbruk och spelberoende [148]. Stödet innehåller specifika rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för stöd och behandling av personer med missbruk och beroende av spel om pengar. Uppdraget tillkom på grund av ändringar i socialtjänstlagen, SoL, respektive hälso- och sjukvårdslagen, HSL, som trädde i kraft den 1 januari 2018. Lagändringen vad gäller SoL innebär bland annat att socialtjänstens ansvar

¹¹² Studien bygger på data från Socialstyrelsens nationella patientregister och dödsorsaksregister och omfattar individer 2099 individer, varav 1625 män och 474 kvinnor med spelberoende som huvud- eller bidiagnos.

för att förebygga missbruk av spel om pengar likställs med ansvaret för substansmissbruk. Det gäller även ansvaret att bistå med insatser eller försöka motivera personer med spelmissbruk som behöver stöd, vård och behandling att söka hjälp. För hälso- och sjukvården innebär lagändringen i HSL ett tydligare ansvar för att behandla spelberoende och en skyldighet att uppmärksamma att barn som bor tillsammans med en vuxen som missbrukar spel om pengar får information, råd och stöd.

Alkoholrelaterad dödlighet minskar bland unga

De senaste 30 åren har cirka 2 000 alkoholrelaterade dödsfall inträffat i Sverige varje år. 2017 avled 473 kvinnor och 1936 män; de står för 80 procent av dödsfallen. Sett över tid har de alkoholrelaterade dödsfallen minskat i flera åldersgrupper. Störst har minskningen varit bland personer i åldersgruppen 25–44 år, där andelen dödsfall sjunkit med 80 procent sedan 1987. Däremot har dödsfallen i de äldre åldersgrupperna ökat över tid, särskilt i åldersgruppen 80 år och äldre.

Den narkotikarelaterade dödligheten är oförändrad

Dödsfallen till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar var något fler 2017 än 2016, men har i stort legat på ungefär samma nivå de senaste fyra åren. Bland män är det överdoser som dominerar, medan bland kvinnor beror förgiftningen oftast på suicid [4]. År 2017 avled 960 personer till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar, varav 328 kvinnor och 632 män. Bland män är dödsfallen vanligast i åldersgruppen 25–44 år medan dödsfallen bland kvinnor är vanligast i åldersgruppen 45–64 år. Opioider var 2017 vanligast förekommande bland dödsfallen med läkemedels- eller narkotikaförgiftningar som underliggande dödsorsak.

Tillgängliggörande av naloxon

Från och med den 1 november 2018 kan sjuksköterskor ges behörighet att förskriva och ordinera överdosmotgiftet naloxon. Förändringen är ett led i ett långsiktigt arbete för att minska den narkotikarelaterade dödligheten. Socialstyrelsen har tillsammans med Läkemedelsverket utrett förutsättningarna för att öka tillgängligheten till naloxonläkemedel. I januari 2018 föreslogs flera regeländringar som en del av detta arbete, varav två redan har trätt i kraft. I mars 2018 blev det möjligt att lämna över naloxon direkt vid förskrivningstillfället, i stället för att läkemedlet ska hämtas ut på apotek. Sedan augusti 2018 kan räddningstjänsten ges möjlighet att behandla opioidöverdoser med naloxon i väntan på ambulans [149].

Nu gäller även Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2018:43) som gör det möjligt för sjuksköterskor att förskriva naloxonläkemedel. Hittills har enbart läkare fått göra detta.

Föreskriftsförändringarna ger förutsättningar för hälso- och sjukvården att starta så kallade naloxonprogram, där förskrivning och utlämning av läkemedlet kombineras med utbildning. Socialstyrelsen tog därför fram ett nationellt informationsmaterial om naloxon, som lanserades i slutet av januari 2019 [149, 150].

Folkhälsomyndigheten har under 2018 utrett förutsättningarna för att inrätta ett varningssystem för att förebygga narkotikadödlighet. Syftet med varningssystemet är att kunna upptäcka substanser eller förändrade missbruksmönster som kan orsaka en plötslig ökning av antalet dödsfall. Liknande system finns i andra länder, till exempel Nederländerna och England [151].

Socialstyrelsen har också presenterat ett förslag till en kartläggning av akutmottagningarnas rutiner för fortsatt vård, behandling och uppföljning av personer som kommer till mottagningarna på grund av en överdos.

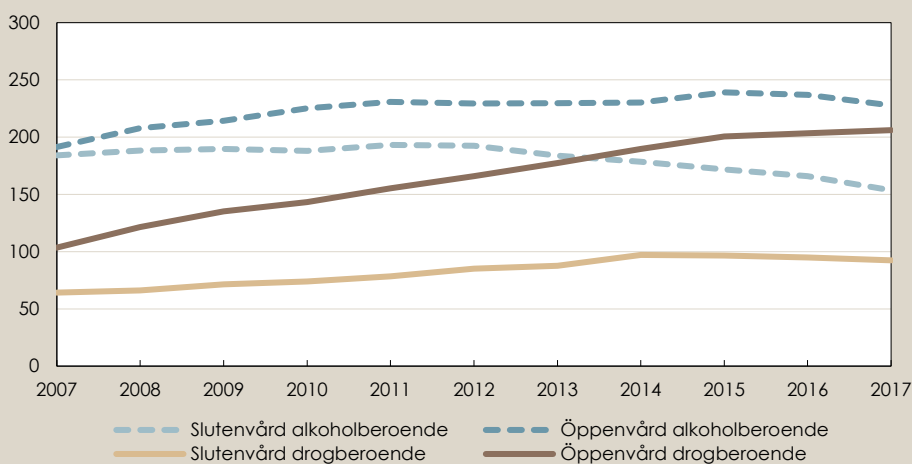
Vård till följd av alkohol- eller drogberoende

Under perioden 2007–2017 ökade andelen personer i befolkningen som vårdats inom den specialiserade öppenvården¹¹³ med en diagnos som indikerar alkoholberoende. Andelen vårdade med en diagnos som indikerar drogberoende ökade även inom den specialiserade öppenvården och slutenvården. Däremot minskade andelen patienter som vårdats inom slutenvården för alkoholberoendediagnos (figur 28).

Figur 28. Vårdade till följd av alkohol- eller drogberoende

Andel som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkohol- eller drogberoende. Personer i alla åldrar år 2007–2017.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

¹¹³ Med specialiserad öppenvård avses all öppenvård som inte är primärvård och med vårdkontakt avses läkarbesök.

Bland patienter som vårdats för alkoholberoende i slutenvården är andelen högst i åldersgruppen 55–64 år, för både kvinnor och män. I den specialiserade öppenvården är andelen kvinnor högst i åldersgruppen 45–54 år och för män är andelen högst i åldersgruppen 55–64 år.

Tydliga utbildningsskillnader

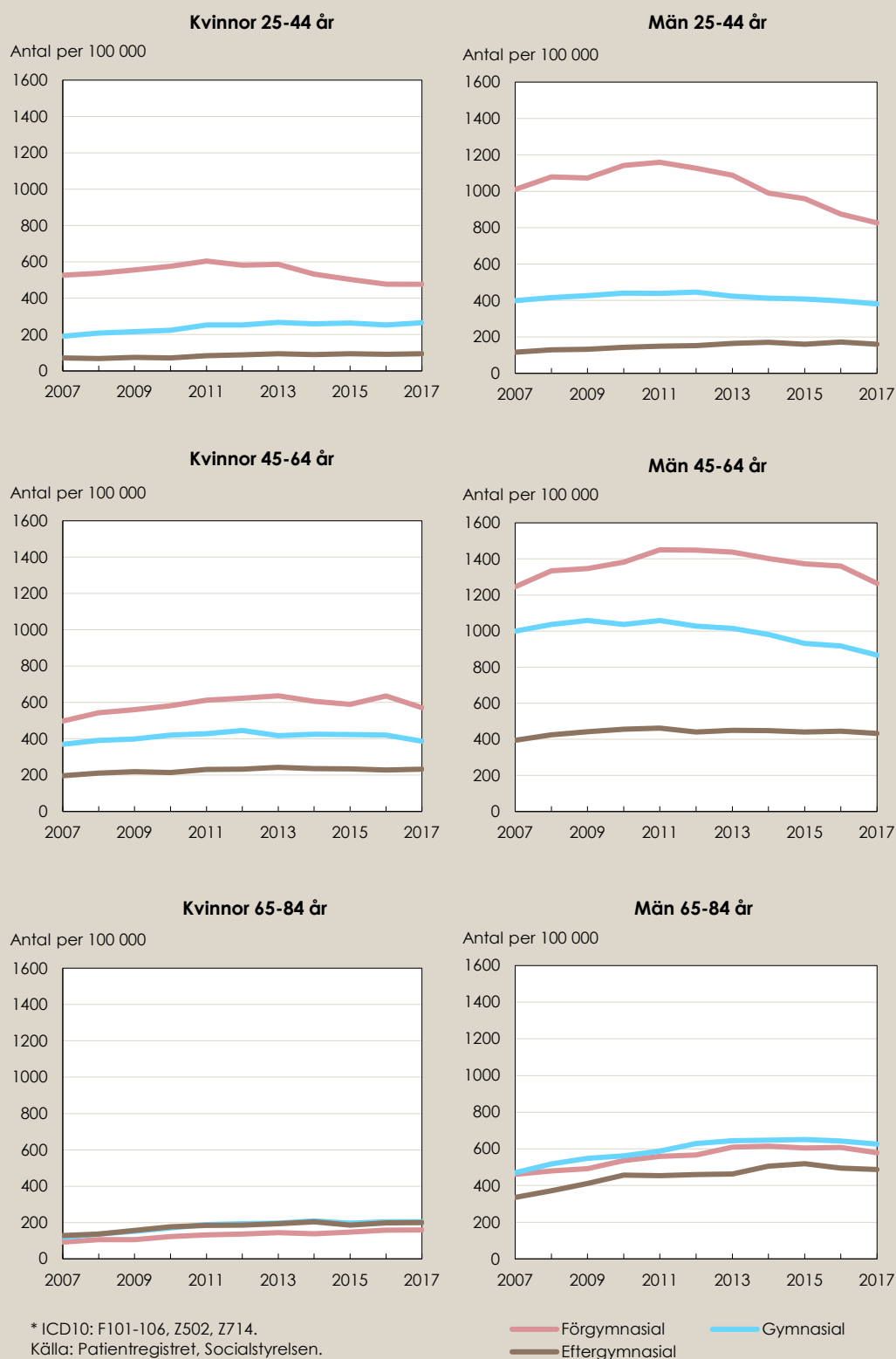
År 2017 vårdades 1 045 kvinnor och 966 män i åldersgruppen 15–19 år, och 2 659 kvinnor och 3 320 män i åldersgruppen 20–29 år, inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för skadligt bruk av alkohol. Det finns tydliga utbildningsskillnader när det gäller den vård som är relaterat till skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika.

När det gäller vård med diagnoser som är relaterade till alkoholberoende (figur 28) finns tydliga skillnader mellan utbildningsgrupperna. De med förgymnasial utbildning vårdades i högre grad i alla åldersgrupper utom den äldsta (65–84 år). I den äldsta åldersgruppen var det kvinnor med förgymnasial utbildning som i lägst utsträckning vårdades för alkoholberoende.

I åldersgruppen 25–64 år har skillnaderna mellan utbildningsgrupperna minskat under den senaste perioden 2007–2017. Det beror på att andelen vårdade sjunkit bland dem med förgymnasial utbildning, medan den ökat bland dem med eftergymnasial utbildning. I åldersgruppen 25–44 år ökade andelen vårdade med 31 respektive 38 procent bland personer med eftergymnasial utbildning medan den sjönk med 10 respektive 18 procent bland personer med förgymnasial utbildning. År 2017 vårdades närmare 9 000 kvinnor respektive 20 000 män inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för diagnoser relaterade till alkoholberoende.

Figur 29. Vård för alkoholberoende efter utbildningsnivå

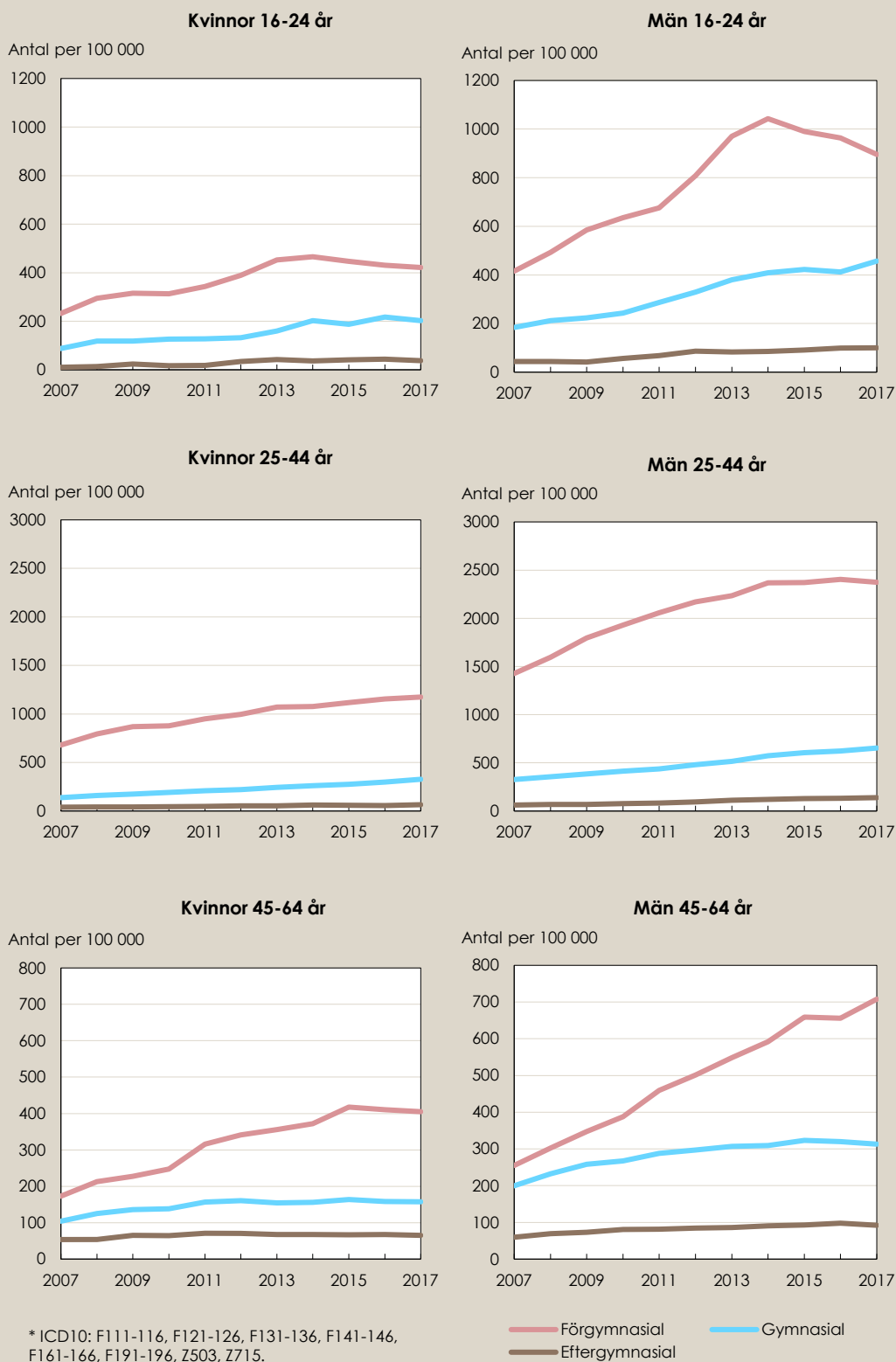
Antal per 100 000 invånare som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 25–84 år, fördelat efter ålder och högsta fullföljda utbildning, 2007–2017.



Det finns även tydliga utbildningsskillnader för vård med diagnoser som är relaterade till narkotikaberoende, vilket framgår av figur 30 nedan. De med förgymnasial utbildning vårdas oftare för detta i alla åldersgrupper. Under perioden 2007–2014 ökade andelen som vårdats för narkotikaberoende bland både kvinnor och män i alla åldersgrupper oavsett utbildningsnivå. Ökningen har dock dämpats eller avstannat i många grupper sedan 2015. År 2017 vårdades närmare 7 000 kvinnor respektive 16 000 män inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för diagnoser relaterade till narkotikaberoende.

Figur 30. Vård för narkotikaberoende efter utbildningsnivå

Antal per 100 000 invånare som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till narkotikaberoende*. Kvinnor och män, fördelat efter ålder och mammas högsta fullföljda utbildning, 2007–2017. Observera de olika skalorna för åldersgrupperna.



Stöd till närstående

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, har publicerat en rapport om negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak samt hur användning av dessa påverkar närstående [144].¹¹⁴ Totalt angav 14 procent att de påverkas negativt av någon närståendes drickande. Fler kvinnor än män uppgav att de påverkats negativt av andras alkoholkonsumtion. Totalt 3,6 procent av befolkningen hade påverkats negativt av att någon i deras närhet använde narkotikaklassade preparat. Även här var det vanligare att kvinnor (4,4 procent) angav att de påverkats negativt jämfört med män (2,8 procent).

Att vara närstående till någon som har ett beroende kan leda till psykiska och fysiska påfrestningar samt ohälsa. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende ingår olika åtgärder i form av psykosocialt stöd till vuxna närstående till personer med ett beroende. Det finns även stöd till närstående som vill motivera personer som har ett beroende till behandling.

Socialstyrelsen bedriver sedan 2011 ett utvecklingsarbete och stödjer implementeringen av stöd till barn i familjer där det finns svårigheter som missbruk, psykisk ohälsa, allvarlig sjukdom eller dödsfall eller där det finns våld i familjen.¹¹⁵ Uppdraget sträcker sig till och med 2020. För att läsa mer om missbruk och de insatser som socialtjänsten erbjuder till personer med ett beroende och deras närstående, se *Lägesrapport – Individ- och familjeomsorg 2019*.

Extern samverkan – en förutsättning för en fungerade vårdkedja

En stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade missbruks- och beroendevården behöver insatser från flera huvudmän inom både det sociala och det medicinska området. Personer med missbruks- och beroendeproblem är en utsatt grupp och de flesta har stora samordningsbehov. Ofta finns organisatoriska hinder för goda resultat, i form av ostrukturerad eller oregelbunden samverkan, men en god samverkan bidrar däremot till en mer effektiv användning av gemensamma resurser, vilket är till nytta för den enskilda individen.

Kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel eller spel om pengar, enligt 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL. Drygt hälften av kommunerna (53 procent) hade 2018 en aktuell överenskommelse med landstinget som innehåller gemensamma mål, en resurs- och ansvarsfördelning samt rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal [152].

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer som har ett beroendeproblem. Många har också andra problem och sociala svårigheter som kan kräva vård, stöd och behandling från flera myndigheter och verksamheter. Det innebär att

¹¹⁴ Resultaten baseras på svar från totalt 27 025 personer i åldersgruppen 17–84 år.

¹¹⁵ Socialstyrelsen har ett nära samarbete med Folkhälsomyndigheten, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, CAN och SKL i detta arbete.

vissa personer med beroende behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör socialtjänsten erbjuda insatsen *case management*¹¹⁶ i form av integrerade team för personer med beroende som samtidigt har svår psykisk sjukdom och behöver samordning av sina vård- och stödinsatser. År 2018 uppgav 37 procent av kommunerna att de erbjuder *case management* med integrerade team eller multiprofessionella team.

¹¹⁶ *Case management* är ett samlingsnamn för flera typer av modeller som går ut på att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten eller patienten får tillgång till rätt vård och stöd. *Case management* i form av integrerade eller samordnande team innebär att ett multiprofessionellt team samordnar och ger vård- och stödåtgärder. Ofta erbjuder teamet både behandling för beroendet för den psykiska sjukdomen och psykosociala stödåtgärder.

Tandvård och munhälsa

I detta kapitel beskrivs utvecklingen inom tandvården, den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL, samt befolkningens tandhälsa. Enligt 2 § TL är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården – antingen folktandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården är det fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år de fyller 23 år (15 a § TL). Det är landstingen som har ansvaret för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

Tandhälsans utveckling barn och unga

Förskolebarnens tandhälsa har följts särskilt sedan 2010 på grund av att andelen barn med karies i denna åldersgrupp har ökat. År 2017¹¹⁷ minskade andelen kariesfria 6-åringar med 2 procentenheter jämfört med föregående år och är nu 73 procent (figur 31). Andel kariesfria 6-åringar är därmed på samma nivå som 2005. WHO Europa har satt som mål att andelen kariesfria 6-åringar i Europa ska vara 80 procent 2020. Sverige kommer sannolikt inte att kunna nå det målet.

Orsaken till den försämrade tandhälsan bland förskolebarn är inte klarlagd men de sjunkande resultaten har rapporterats i tidigare lägesrapporter samt i årsrapporter från kvalitetsregistret Skapa [153].

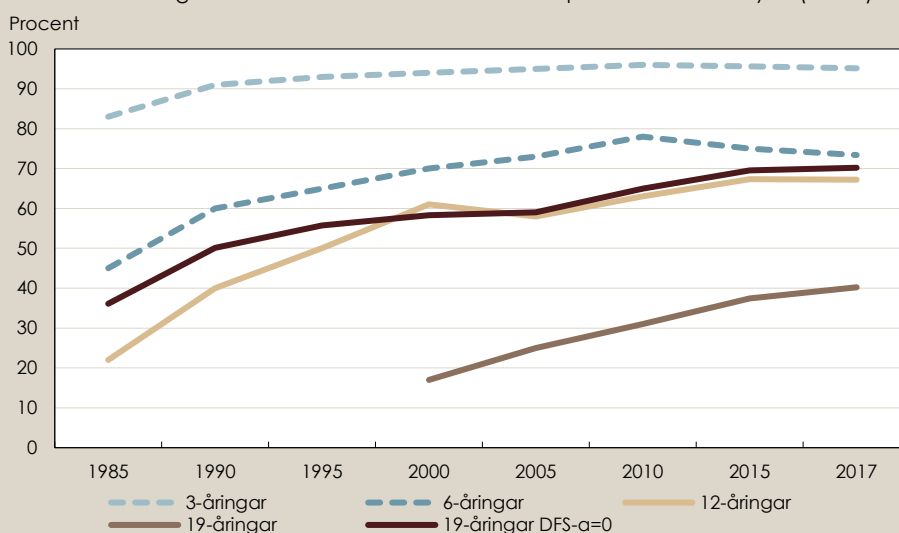
Andelen kariesfria 6-åringar varierar mellan landstingen, från 59 till 82 procent 2017. Den låga andelen kariesfria barn i vissa landsting kan eventuellt förklaras av en låg täckningsgrad. Barn med karies tenderar dessutom att undersökas oftare och blir därför överrepresenterade i relation till kariesfria barn som blir kallade till undersökning mer sällan. Karies i mjölkttänderna indikerar en sämre prognos för munhälsa senare i barn- och ungdomsåren. Den negativa tandhälsotrenden bland 6-åringar gör därför att karies hos 12- och 19-åringar på sikt riskerar att öka.

Fem procent av alla 3-åringar hade karies 2017, vilket är ett oförändrat resultat jämfört med 2016. Sedan 2005 har andelen 3-åringar med karies varit i stort sett oförändrad. Den ökning som visas i andelen 6-åringar med karies kan därför inte förklaras av en tidigare rapporterad ökning bland 3-åringarna.

¹¹⁷ Sammanställningar om kariesutvecklingen hos barn och ungdomar i Sverige baseras på uppgifter insamlade från tandvårdshuvudmännen i landstingen.

Figur 31. Andel kariesfria barn och ungdomar

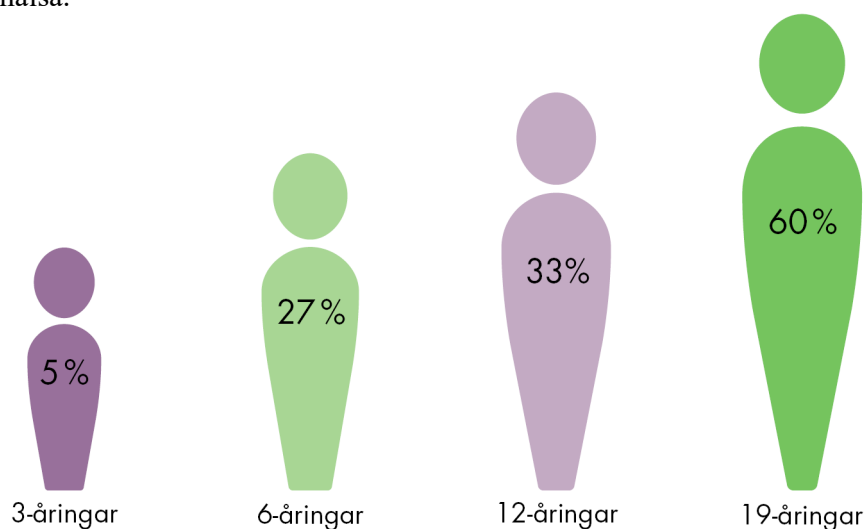
Andelen kariesfria barn och ungdomar i åldersgrupperna 3, 6, 12 och 19 år, 1985-2017. För 19-åringar redovisas även andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a).



Källa: Socialstyrelsen.

Ingen förändring har skett mellan 2016 och 2017 gällande 12-åringarnas tandhälsa. I medeltal har 12-åringar 0,70 kariesskadade tänder¹¹⁸. Det finns dock skillnader, där flickor har 0,73 kariesskadade tänder vilket är något fler än pojkar, som har 0,68 kariesskadade tänder. Detta värde har i stort sett varit oförändrat sedan 2014.

Även andelen kariesfria är i stort sett oförändrat sedan 2014, 68 procent 2017. WHO har satt som mål att 12-åringar i Europa i medeltal ska ha maximalt 1,5 kariesskadade tänder år 2020. Detta mål nådde Sverige redan 1995 och i en internationell jämförelse har svenska 12-åringar därmed en god tandhälsa.



Andel barn och unga med karies 2017.

Källa: Socialstyrelsen 2019.

¹¹⁸ DFT står för decayed and filled teeth.

Tandhälsan varierar dock bland 12-åringar. Samtidigt som de flesta är kariesfri, finns det en grupp barn som har flera kariesskadade tänder. För att beskriva detta har WHO infört ett särskilt index, *Significant Caries index* (SiC)¹¹⁹, 2017 var SiC för 12-åringar i Sverige 2,09, vilket inte är någon förändring jämfört med 2014.

Andelen kariesfria¹²⁰ 19-åringar i riket fortsätter att öka. År 2017 var 40 procent kariesfria jämfört med 34 procent 2013. För gruppen 19-åringar redovisas också kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries.¹²¹ Andelen kariesfria approximalt var 70 procent 2017, vilket är mindre än 1 procent förändring sedan 2013. Att andelen med kariesskador approximalt förändras i liten omfattning, samtidig som andelen helt kariesfria i åldersgruppen ökar, kan betyda att de som tidigare enbart hade kariesskador på tändernas tuggytor nu är helt kariesfria. Andelen som har en längre framskriden kariessjukdom minskar däremot inte i lika stor utsträckning. Uppgifterna visar även en ojämn fördelning av karies inom gruppen och mellan kön. SiC för 19-åringar fortsätter att minska. År 2017 var SiC 5,44 jämfört med 2010 då SiC var 6,12. Tandhälsan bland de 19-åringar som har mest karies visar en fortsatt förbättring. Pojkar i denna ålder har något fler kariesskadade tänder jämfört med flickor, 2,23 respektive 2,11. För de som är mest drabbade av karies är SiC för pojkar 5,59 jämfört med 5,28 för flickor.

Placerade barns tandhälsa behöver uppmärksammas mer
Barn och unga i Sverige har generellt sett en god tandhälsa. Att barn- och ungdomsvården är avgiftsfri gör att det inte finns några ekonomiska skäl till att avstå tandvård. Trots det påverkar socioekonomiska faktorer tandhälsa och tandvårdskonsumtion. Barn till föräldrar med låg utbildningsnivå, familjer med försörjningsstöd och invandrade föräldrar har till exempel högre risk för karies och högre risk att utebli från tandvårdsbesök [154]. Det är dubbelt så vanligt att unga vuxna som varit placerade i social dygnsvård har dålig tandhälsa och låg tandvårdskonsumtion jämfört med jämnåriga som inte varit placerade under uppväxten [155].

Majoriteten av kommunerna saknar metoder eller rutiner för att säkra att barnets tandhälsa undersöks inför och under placering. Inga kommuner har någon rutinmässig tandhälsokontroll under placering och endast några få kommuner har rutinmässig tandhälsokontroll inför placering [156].

Det finns därför ett behov av att kommunerna säkerställer att placerade barn får ta del av tandhälsoundersökningar inför och under placering. De större tandvårdsbehoven i gruppen gör att det sannolikt krävs mer förebyggande arbete, exempelvis i form av riktade insatser, för att säkerställa en mer jämlik tandhälsa.

¹¹⁹ SiC utgörs av det beräknade medelvärde för DFT för den tredjedel av befolkningen som har flest antal kariesskador.

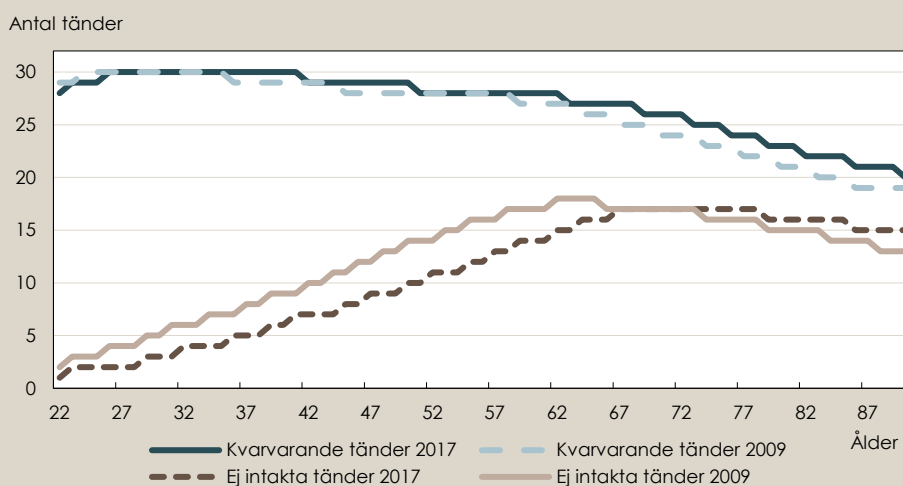
¹²⁰ I detta sammanhang menas att personen inte har haft kariesskador som behövt lagas

¹²¹ Detta är av intresse eftersom dessa skador ofta tyder på längre framskriden kariessjukdom och är en god indikator på framtida vårdbehov. Det beror på att lagningar på tändernas kontaktytor oftare går sönder än till exempel på tuggytor och behöver då lagas på nytt.

Tandhälsan hos vuxna

Tandhälsan i den vuxna befolkningen har förbättrats över tid (figur 32). Antal kvarvarande och antalet intakta tänder¹²² är övergripande mått på tandhälsa. Utifrån dessa två mått beräknas antal kvarvarande tänder som inte är intakta. Det är en indikator på framtida behov av tandvård, eftersom tidigare lagade och ej intakta tänder har ökad risk att behöva ny behandling.

Figur 32. Medianvärdet av kvarvarande och ej intakta tänder bland personer som besökt tandvården 2009 och 2017



Sedan 2009 har antalet ej intakta tänder för personer i åldersgruppen 22–65 år minskat med 2,8 tänder, samtidigt som antalet kvarvarande tänder varit relativt stabilt. Antalet kvarvarande tänder bland personer i åldersgruppen 60–90 år har ökat med i genomsnitt 1,5 tänder. I åldersgruppen 60–74 år utgörs det ökande antalet tänder av intakta tänder medan det i åldersgruppen 75–90 år ofta utgörs av en ej intakt tand. Med fler ej intakta tänder i munnen ökar behovet av förebyggande tandvård.

I dag är det få personer i Sverige som är helt tandlösa och en stor andel, även bland äldre, har 20 eller fler egna tänder. Till exempel har cirka 60 procent av personer i åldersgruppen 80–89 år 20 eller fler egna tänder.

Skillnader i tandvårdsbesök och behandling

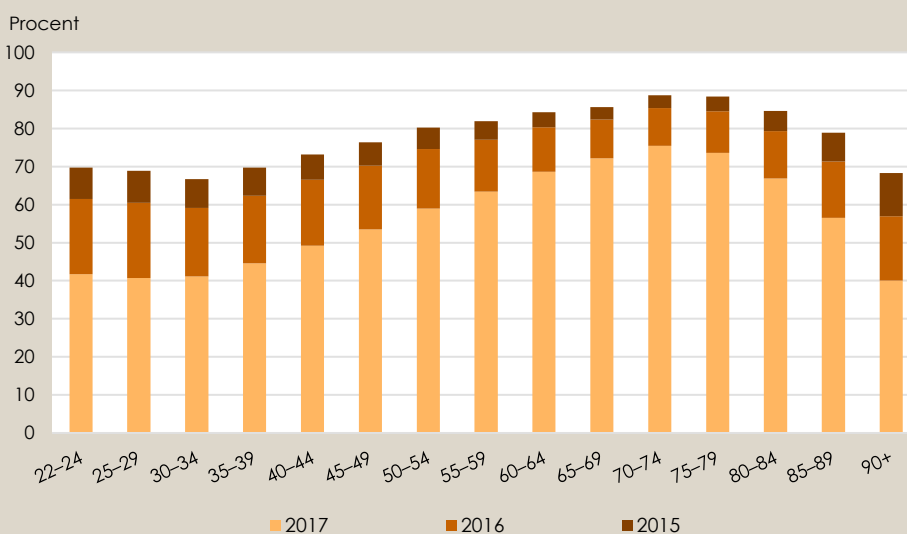
År 2017 var det 71,4 procent av den vuxna befolkningen¹²³ som hade besökt tandvården minst en gång de senaste två åren och 77,4 procent som hade gjort ett besök minst en gång de senaste tre åren. Skillnaden mellan könen är relativt stor: 81 procent av kvinnorna och 73,8 procent av männen besökte tandvården under en treårsperiod.

¹²² En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Visdomständer räknas också med. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade skador på dentinet som kräver behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller vara ersatt med protetik, exempelvis krona eller bro.

¹²³ 22 år och äldre.

Figur 33. Besök i tandvården 2015–2017

Andel av befolkningen som besökt tandvården 2015–2017, fördelat efter senaste besöksåret och ålder.



Skillnaden mellan olika åldersgrupper är ännu större. Personer i åldersgruppen 70–74 år är de som besöker tandvården i störst utsträckning – 85,4 procent under en tvåårsperiod och 88,7 procent under en treårsperiod. Detta kan jämföras med personer i åldersgruppen 30–34 år, där 59,1 procent besökte tandvården under motsvarande tvåårsperiod och 66,7 procent under treårsperioden.

Basundersökningar

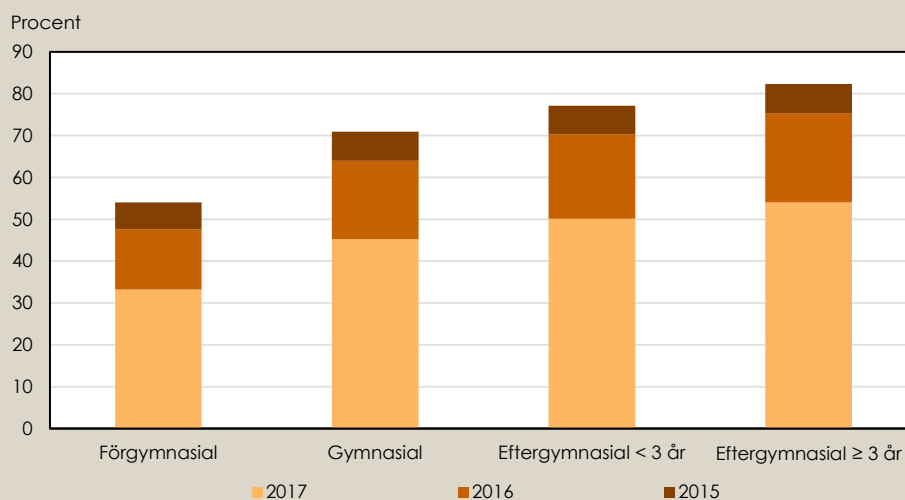
Att besöka tandvården för en basundersökning är en stor del i den förebyggande tandvården. Besöksfrekvensen för basundersökningar skiljer sig dock åt både mellan kvinnor och män, mellan personer med olika utbildningsbakgrund, samt beroende på var i landet man bor. Under 2017 besökte till exempel 40,3 procent av alla män, 22 år och äldre tandvården åtminstone en gång för en basundersökning. Bland kvinnorna var motsvarande andel 45,4 procent. Sett över en treårsperiod besökte 65,5 procent av männen och 73 procent av kvinnorna tandvården minst en gång för en basundersökning.

Det är stora regionala skillnader i besöksfrekvens för basundersökningar. Under åren 2015–2017 gjorde till exempel 74,9 procent av den vuxna befolkningen i Halland minst en basundersökning. Motsvarande siffra för Norrbotten var 54,6 procent.

Det finns även betydande skillnader i besöksfrekvens mellan personer med olika utbildningsnivå. Under perioden 2015–2017 besökte 82,3 procent av befolkningen i åldersgruppen 35–74 år med en minst treårig eftergymnasial utbildning tandvården minst en gång för en basundersökning. Detta kan jämföras med personer med förgymnasial utbildning, där 54 procent genomgick minst en basundersökning under åren 2015–2017. En stegvis jämförelse visar att den största skillnaden finns mellan grupperna med förgymnasial utbildning respektive gymnasial utbildning (figur 34).

Figur 34. Basundersökningar 2015–2017

Andel av befolkningen som genomgått en basundersökning minst en gång under 2015–2017, fördelat efter senaste besöksåret och utbildningsnivå, 35–74 år. Åldersstandardiserat.



Skillnaderna mellan könen är lägst i gruppen med förgymnasial utbildning, där den uppgår till 1,6 procentenheter. Inom gruppen med en minst treårig eftergymnasial utbildning är skillnaden mellan könen betydligt större; 77,5 procent av männen och 85,8 procent av kvinnorna genomgick en basundersökning minst en gång under de tre senaste åren.

Skillnader i akutbesök

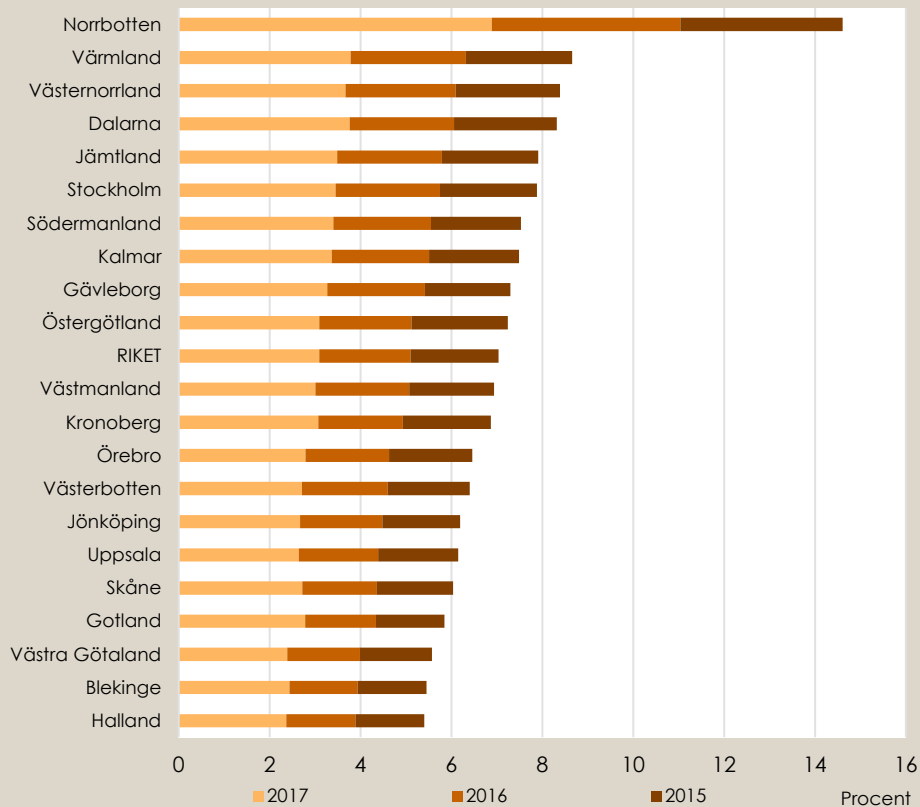
Under åren 2015–2017 var det 7 procent av befolkningen 22 år och äldre som endast gjorde akutbesök hos tandvården. Det var något vanligare att män endast gjorde akutbesök än att kvinnor gjorde det – 7,2 procent respektive 6,8 procent.

De regionala skillnaderna är stora. I Norrbotten gjorde 14,6 procent av den vuxna befolkningen endast akuta besök 2015–2017, vilket kan jämföras med 5,4 procent av den vuxna befolkningen i Halland, se figur 35 nedan.

Figur 35. Regionala skillnader endast akutbesök 2015–2017

Andel av befolkningen, 22 år och äldre, som endast gjort akutbesök hos tandvården fördelat efter senaste besöksåret.

Åldersstandardiserat.



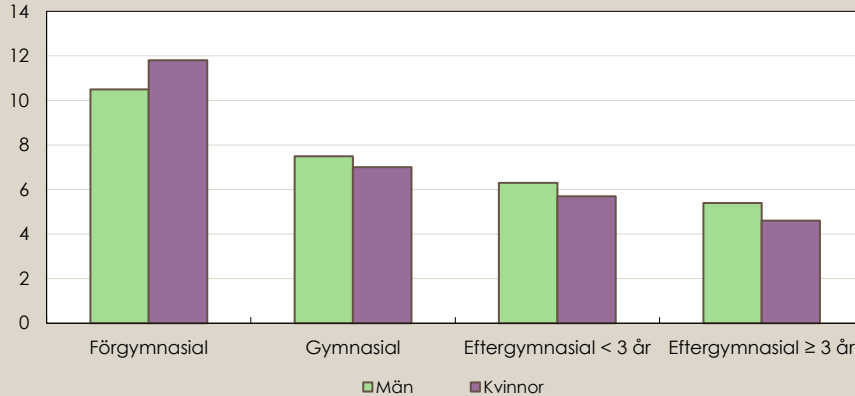
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Även utbildningsbakgrund har betydelse. Det är mer än dubbelt så vanligt att personer i åldersgruppen 35–74 år med förgymnasial utbildning endast gör akuta tandvårdsbesök, jämfört med personer som har minst treårig eftergymnasial utbildning. Fler kvinnor än män med förgymnasial utbildning väljer att endast söka tandvård vid akuta besvär, se figur 36 nedan.

Figur 36. Andel av befolkningen 2017 som endast gjort akutbesök hos tandvården under de tre senaste åren, efter utbildning

35–74 år, åldersstandardiserat.

Procent

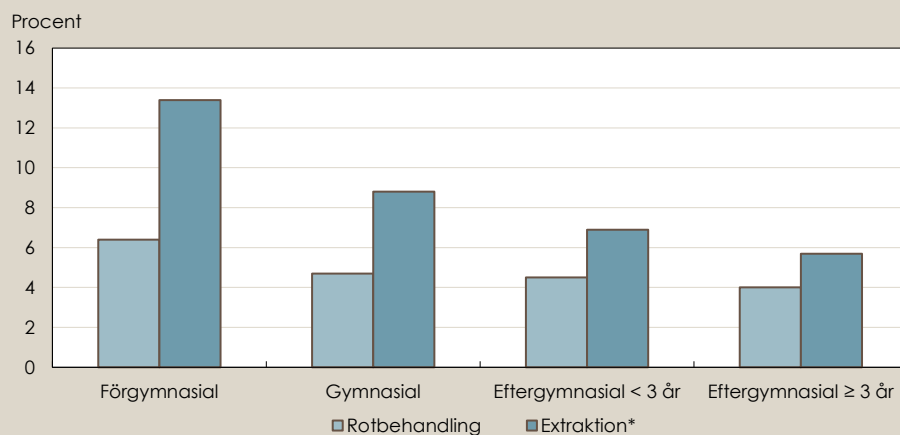


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Det är relativt ovanligt att avstå tandvård trots att man har behov av det. Samtidigt finns det skillnader mellan olika grupper. Knappt 8 procent av befolkningen anger att de avstått tandvård trots behov de senaste tolv månaderna [157].

Att avstå tandvård trots behov, eller att endast söka tandvård vid akuta besvär, kan leda till ett ackumulerat tandvårdsbehov som kan orsaka akuta besvär till exempel när djup karies orsakar infektion i tand och käkben. Detta tillstånd behöver mer omfattande behandling som extraktion eller rotbehandling, där kostnaderna är lägre för extraktion. Det finns skillnader i vilken vård som ges vid tandinfektioner beroende på utbildningsnivå. Personer med förgymnasial utbildning får behandling med extraktioner i högre utsträckning än rotbehandlingar jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 37). Fler män än kvinnor får omfattande behandling med rotbehandling och extraktioner. Kvinnor med förgymnasial utbildning extraherar dock tänder oftare än män med motsvarande utbildning. När det gäller fyllningsterapi eller implantatbehandling är det inga skillnader mellan grupperna [158].

**Figur 37. Rotbehandling respektive extraktion
bland personer som besökt tandvården under 2017, efter utbildning
35–74 år, åldersstandardiserat.**



* Extraktioner av visdomständer är inte inkluderade
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Befolkningens nöjdhet med tandvård

Befolkningen är generellt mycket nöjd med tandvården jämfört med många andra branscher enligt 2018 års mätning från Svenskt Kvalitetsindex. Mätningen visar dock att nöjdheten sjönk något 2018 jämfört med året innan för branschen som helhet. Det finns också skillnader i nöjdhet mellan folktandvården och den privata tandvården. I den senaste mätningen fick privattandläkarna ett indexvärde på 85,4 av 100 medan folktandvården fick 71,6 av 100. Nedgången för folktandvården förklaras bland annat av att kunderna upplever att engagemang, bemötande och tillgänglighet blivit sämre [159].

Läkemedel och risker vid invasiv tandvård

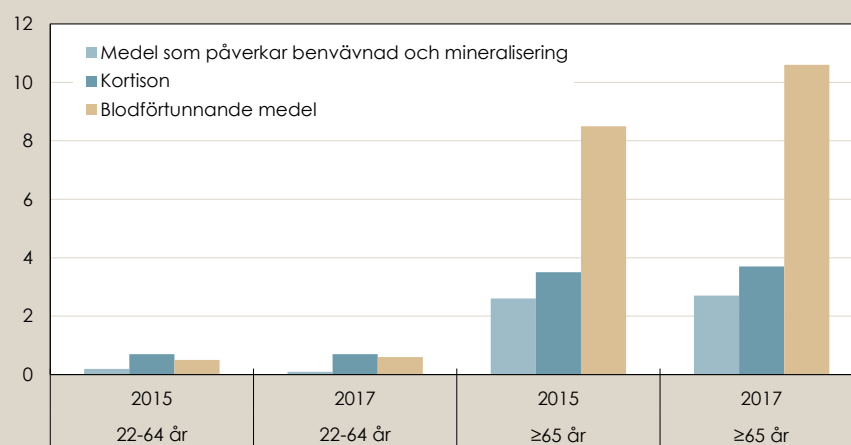
Riskerna för blödningskomplikationer i samband med invasiva tandvårdsingrepp¹²⁴ bör uppmärksammas i större utsträckning, speciellt hos äldre personer pga en ökad användning av blodförtunnande läkemedel. Användningen av de nyare Non-vitamin K Orala Antikoagulantia (NOAK) har ökat kraftigt de senaste fem åren. Användningen av NOAK passerade år 2017 warfarin, som länge dominerat i Sverige när det gäller att förebygga och behandla blodproppar. Knappt 8 procent av befolkningen i åldern 65 år och äldre har gjort minst ett uttag av NOAK 2017 [160]. Ökningen av NOAK betingas av en ökad total användning av perorala antikoagulantia¹²⁵ hos äldre, vilket främst beror på en större uppmärksamhet på, och behandling av, förmaksflimmer i denna åldersgrupp. Andelen patienter 65 år och äldre som står på AK-behandling vid invasiva ingrepp i munhålan har ökat med 25 procent från 8,5 till 10,6 procent mellan 2015 och 2017. Detta innebär att en stor andel äldre patienter löper risk för blödningskomplikationer vid invasiva ingrepp inom tandvården (figur 38).

¹²⁴ Ingrepp som orsakar blödning och vävnadsskada i munhålan. Till exempel extraktioner eller implantatoperationer.

¹²⁵ Antikoagulantia (AK) = blodförtunnande medel.

Figur 38. Förekomst av riskläkemedel vid invasiva tandingrepp

Andel i procent av patienter som genomgått tandextraktion eller implantatoperation under 2015 respektive 2017*.



* Patienter har räknats med endast en gång under 2015 respektive 2017

Källa: Socialstyrelsen, läkemedelsregistret och tandhälsoregistret.

Andra läkemedel som kan ha betydelse för tandvård är medel som påverkar benvävnad och mineralisering¹²⁶. Det gäller bisfosfonater och denosumab som används för att behandla benskörhet samt benförlust vid maligna sjukdomar. Dessa läkemedel kan ge svårläkta tillstånd i käkbenet, käkbensnekros, efter invasiva ingrepp. Tillståndet har beskrivits företrädesvis vid högdosbehandling av patienter med maligna sjukdomar, men är sällsynt vid de doser som används vid behandling av benskörhet. Andelen patienter över 65 år som står på denna behandling vid invasiva tandingrepp ligger på 2,7 procent med endast en marginell ökning från 2015 till 2017. När det gäller denosumab är siffrorna från läkemedelsregistret sannolikt underskattade eftersom rutinerna för förskrivning skiljer sig mellan olika landsting.

Kortison är också ett vanligt förekommande läkemedel hos äldre. Kortisonbehandling dämpar immunförsvaret och behöver beaktas vid tandbehandling på grund av den ökade infektionsrisken. Kombinationen kortison och medel som påverkar benvävnad och mineralisering är ett särskilt observationen vid invasiva ingrepp på grund av att den anses öka risken för käkbensnekros. Denna kombination förekommer vid 0,5 procent av de invasiva ingreppen hos patienter som är 65 år och äldre.

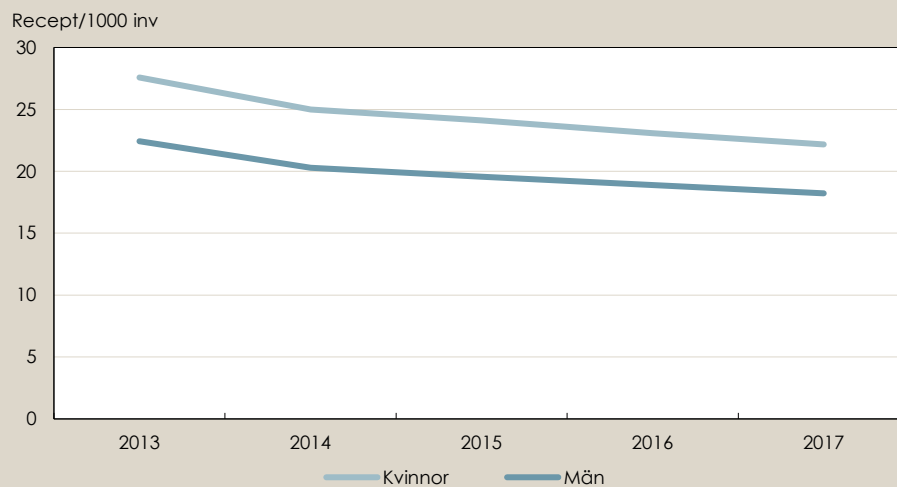
Förskrivning av antibiotika i tandvården

Trenden med minskande förskrivning av antibiotika i tandvården fortsätter. Under 2017 förskrev tandläkare i genomsnitt 20,2 antibiotikarecept per 1 000 invånare. Det är en minskning med 0,8 recept jämfört med 2016 och en minskning med 1,6 recept jämfört med 2015 (figur 39). Kvinnor får fortsatt fler recept utskrivna än män i tandvården. Orsaken till denna skillnad är inte utredd men det kan bero på att kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning än män. Skillnaderna mellan könen fortsätter dock att minska och var knappt 4 recept per 1 000 invånare 2017.

¹²⁶ Mineralisering innebär ökat mineralinnehåll i benvävnaden.

Figur 39. Antibiotikaförskrivning i tandvården 2013–2017

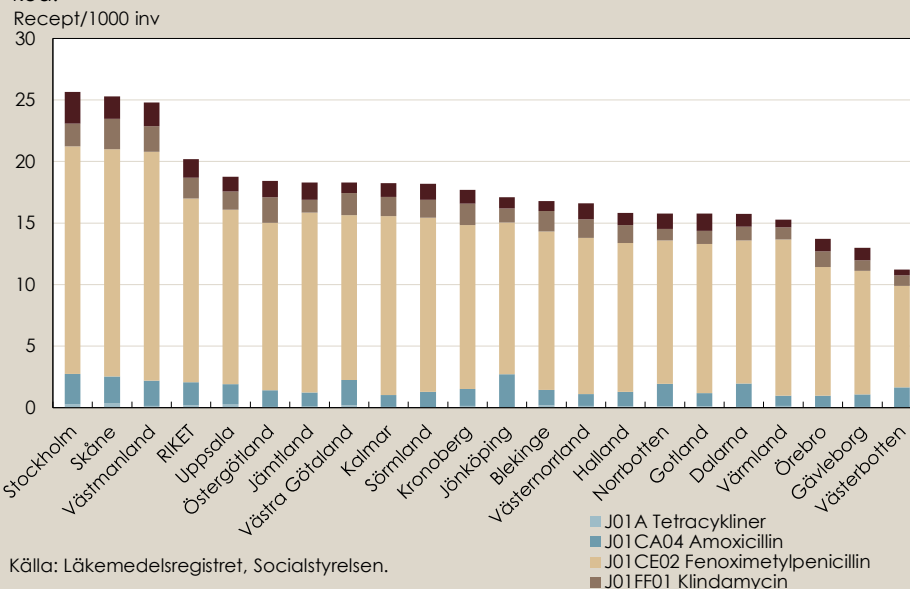
Andel uthämtade recept på antibiotika förskrivet av tandläkare fördelat på kön.



Även skillnaderna i förskrivning av antibiotika mellan landstingen består 2017. Flest recept på antibiotika förskrevs av tandläkare i Stockholms län (25,7 recept per 1 000 invånare) medan lägst antal recept förskrevs i Västerbotten (11,2 recept per 1 000 invånare) (figur 40). Det innebär en minskning med 0,9 recept per 1 000 invånare i Stockholms län jämfört med 2016 [161].

Figur 40. Antibiotika i tandvården

Antal uthämtade recept på antibiotika per 1000 invånare. Fördelat på län och ACT-kod.



Skillnader i antibiotikaförskrivning vid akut rotbehandling

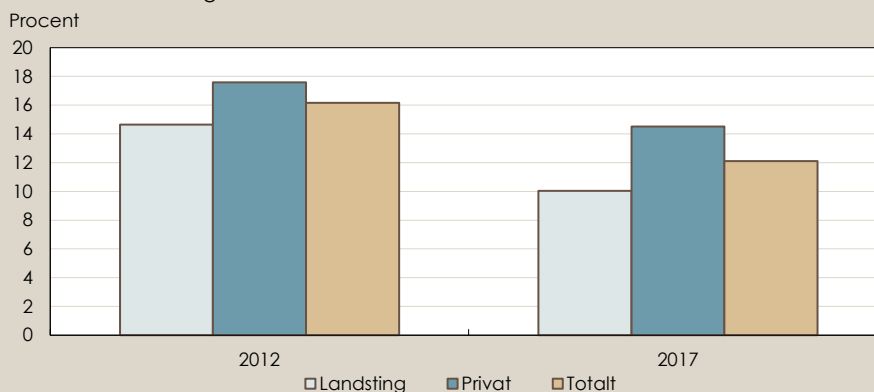
Socialstyrelsen har undersökt antibiotikaförskrivningen vid tandvårdsbesök för akut rotbehandling genom en samkörning av tandhälsoregistret vid akut

rotbehandling¹²⁷, och läkemedelsregistret. Andelen patienter som behandlats med antibiotika av tandläkare vid akut rotbehandling har minskat från 16 procent 2012 till 12 procent 2017 (figur 41). Det är samtidigt en betydande skillnad mellan offentliga och privata vårdgivare när det gäller antibiotikaförskrivning vid akut rotbehandling. Denna skillnad har ökat något under tidsperioden, eftersom andelen patienter som behandlats med antibiotika för akut rotbehandling har minskat i högre utsträckning hos offentliga vårdgivare.

Antibiotikaförskrivningen har minskat hos båda vårdgivartyperna men har minskat mer inom folktandvården. Folktandvården startade dessutom på en lägre nivå. I den privata tandvården har andelen patienter som behandlats med antibiotika vid akut rotbehandling minskat från 17,6 procent till 14,5 procent vilket innebär att man nu är på den nivå som folktandvården var på 2012.

Figur 41. Andel antibiotikabehandlingar vid akut rotbehandling 2012 och 2017

Andel tandvårdsbesök för akut rotbehandling där patienten behandlats med antibiotika. Efter regi och år.



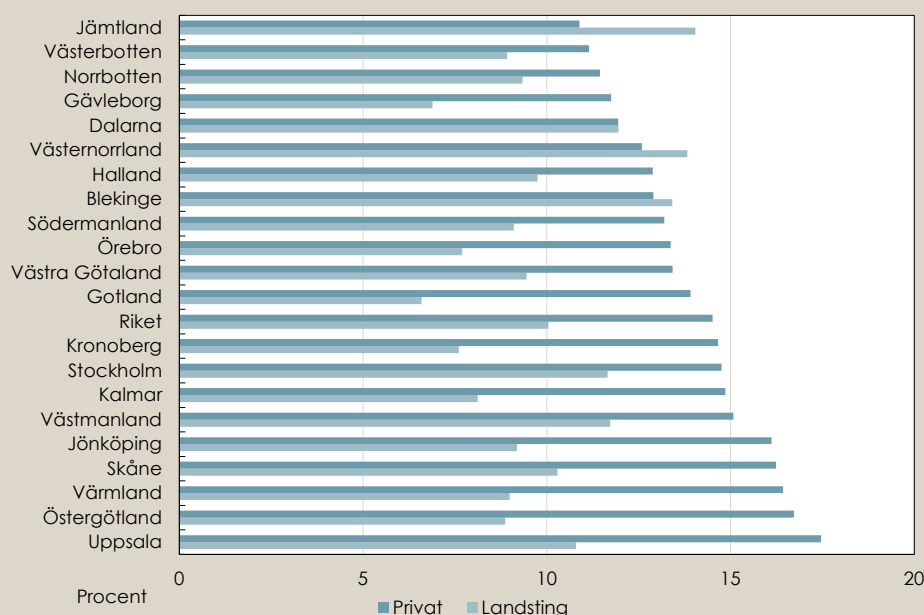
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Antibiotikaförskrivningen vid akut rotbehandling är högre hos de privata tandläkarna i 17 av 21 landsting. Störst skillnad inom ett län finns i Östergötland, där knappt 9 procent av patienterna får antibiotika förskrivet vid akut rotbehandling hos folktandvården jämfört med knappt 17 procent av patienterna i privattandvården, se figur 42 nedan.

¹²⁷ Åtgärd 521, akut endodontisk behandling.

Figur 42. Andel antibiotikabehandlingar vid akut rotbehandling 2017

Andel tandläkarbesök för akut rotbehandling där patienten behandlats med antibiotika. Efter län och regi.

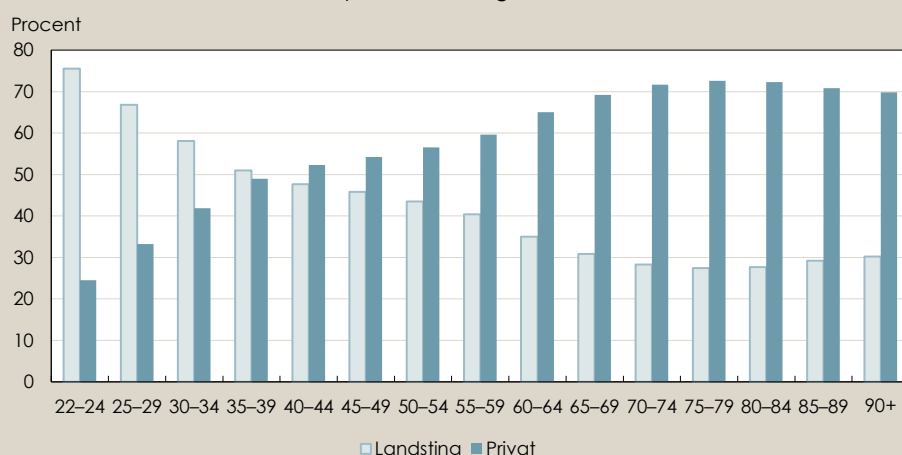


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Vad skillnaderna i antibiotikaföreskrivning vid akut rotbehandling mellan folktandvården och de privata tandläkarna beror på är inte klarlagt. En större andel av den äldre befolkningen får sin tandvård inom privattandvården, vilket figur 43 visar. De äldre i befolkningen har fler läkemedel och äldre personer behåller fler tänder allt längre upp i åldrarna, vilket ökar behov av tandvård. Även om utvecklingen går åt rätt håll kan det finnas skäl för vårdgivarna att uppmärksamma skillnaderna i antibiotikaföreskrivning över riket.

Figur 43. Besök hos landstingsfinansierad respektive privat tandvård

Senaste tandvårdsbesöket 2017 per ålderskategori.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Prisjämförelsetjänst

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, avrapporterade i juni 2018 ett regeringsuppdrag att färdigställa och förbereda för en etablering av en webbaserad prisjämförelsetjänst för tandvården. Tjänsten syftar till att öka allmänhetens möjlighet att få information om prisnivåer inom tandvården och göra jämförelser mellan tandvårdsmottagningar [162].

Regeringen har därefter gett TLV i uppdrag att i samråd med Försäkringskassan, Folk tandvården, Privattandläkarna och SKL gemensamt jobba med prisjämförelsetjänsten, med en lansering under 2019 [163].

Samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har i uppdrag att dels kartlägga och analysera de hinder som finns för en ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård där det finns en tydlig ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov, dels lämna förslag på hur samverkan kan förbättras. Samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är ett relativt obeforskat fält och det saknas studier som behandlar ämnet ur ett helhetsperspektiv.

Socialstyrelsens delrapport visar att det finns en samsyn mellan tandvården och hälso- och sjukvården när det gäller vilka områden som har behov av en utvecklad samverkan. Det rör sig till exempel om patienter med diabetes, äldre patienter, smärtpatienter, personer med ätstörningar och refluxsjukdom samt patienter med sömnapné. Det finns också en samsyn om vilka hindren för samverkan är. Det rör sig om bristande kunskap i hälso- och sjukvården om de olika tandvårdsstöden, att tandvården inte bjuds in till de samverkansforum som finns och att landstingen har olika journalsystem. Skilda system med olika finansiering samt tidspress i verksamheten är andra hinder för samverkan som tandvården lyfter fram [164].

De juridiska förutsättningarna för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård är goda eftersom både tandvård och hälso- och sjukvård omfattas av patientdatalagen (2008:355) PDL. Det gör att det inte finns något uppenbart hinder för vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård att avtala om sammanhållen journalföring.

Det finns betydande skillnader mellan landstingen när det gäller hur väl olika e-tjänster och andra processer för samverkan är utvecklade och utbyggda. Detta skulle kunna leda till samverkan inte fungerar jämlikt mellan landstingen. Det är därför viktigt med ett mer enhetligt sätt att organisera samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen kommer 2019 att lämna en slutrapport med förslag på åtgärder för att förbättra samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård.

Landstingens tandvårdsstöd behöver bli lättare att tillämpa

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2016 i uppdrag att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tand-

vårdsbidraget¹²⁸ samt lämna förslag på eventuella förbättringar. Utvärderingen skulle fokusera på hur olika tandvårdsstöd påverkar vilken tandvård som utförs, samt huruvida tandvårdsstödens mål uppnås. Vidare skulle de patientgrupper som omfattas av de olika tandvårdsstöden analyseras och eventuella behov av förändringar av vilka grupper som ska omfattas av stöd med hänsyn till ny kunskap och teknisk och medicinsk utveckling uppmärksammas. Även tandvårdsförordningens utformning i relation till utveckling av såväl kunskap och teknik som praxis skulle studeras.

Socialstyrelsen har undersökt i vilken utsträckning målgrupperna tar del av tandvårdsstöden och det statliga särskilda tandvårdsstödet (STB), vilken tandvård utförs inom ramarna för tandvårdsstöden och STB samt vilka svårigheter och möjligheter det finns för tillämpningen av de tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och STB.

Vidare har Socialstyrelsen i samarbete med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) genomfört en systematisk kartläggning av de patientgrupper som omfattas av tandvårdsstöden och STB.

De övergripande resultaten från Socialstyrelsens utvärdering visar att landstingen upplever att regelverket är svårt att tolka och att det är svårt att bedöma vilka personer som har rätt till tandvårdsstöden. Det finns stora variationer mellan landstingen i hur många från målgrupperna som får ta del av tandvårdsstöd. Administrationen av tandvårdsstöden upplevs som komplicerad av patienter, av tandvården och av hälso- och sjukvården. En särskild svårighet gäller förfarandet med läkarintyg för tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och för personer som har rätt till särskilt tandvårdsbidrag.

Det vetenskapliga underlaget är begränsat för de undersökta sjukdomar och tillstånd som ingår i tandvårdsstöden och STB. Andra resultat visar att färre män än kvinnor tar del av tandvårdsstöden och STB och att personer med gymnasial och förgymnasial utbildningsbakgrund tar del av de tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen i större utsträckning än personer med eftergymnasial utbildningsbakgrund. Personal inom vård och omsorg har stora behov av kompetensutveckling om tandvård och munhälsa. Patient- och brukarorganisationer lyfter att information om tandvårdsstöden inte når ut samt att det finns en låg kännedom om tandvårdsstöden bland hälso- och sjukvårdspersonal och inom psykiatrin.

Det varierar mellan landstingen i hur många från målgrupperna som får tandvårdsstöd

Det varierar det mellan landstingen i antal per 100 000 invånare som fått tandvårdsbehandling som ett led i sjukdomsbehandling, se tabell 11. För målgruppen som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling varierar antalet mellan 750 personer per 100 000 invånare i ett landsting och 1 832 personer per 100 000 invånare i ett annat. Olikheter tyder på olika tillämpning av § 3 i tandvårdsförordningen och kan även påverkas av olika organisation, arbetssätt och patientunderlag mellan landstingen. I nästan alla landstingen gäl-

¹²⁸ Regleras genom förordning 2008:193 om statligt tandvårdsstöd.

ler att fler män än kvinnor har fått tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Detta förhållande gäller däremot inte för övriga tandvårdsstöd där färre män än kvinnor nyttjar tandvårdsstöden.

Tabell 11. Antal personer per 100 000 invånare som fått tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, minst en gång

Tidsperioden 1 januari 2013–31 december 2016 i 14 landsting. Åldersstandardiserat**.

Landsting	Män	Kvinnor	Samtliga
Södermanland	1 748	1 227	1 482
Jönköpings län	1 154	776	960
Kronoberg	1 187	1 058	1 119
Kalmar län	1 936	1 428	1 678
Gotland	1 298	1 166	1 225
Blekinge	895	656	776
Halland	1 415	985	1 196
Västra Götaland	1 564	1 412	1 484
Värmland	1 097	750	921
Örebro län	2 411	1 265	1 832
Västmanland	1 846	1 222	1 532
Dalarna	1 244	1 009	1 123
Gävleborg	1 241	926	1 080
Västerbotten*	954	833	891
RIKET	1 479	1 142	1 307

*Västerbottens läns landsting endast statistik för 2015–2016.

**Åldersstandardisering är ett mått som underlättar jämförelsen mellan kön, olika regioner och olika år, genom att den eliminerar de skillnader som hänger samman med olikheter i åldersammansättningen. Källa: Socialstyrelsen 2018.

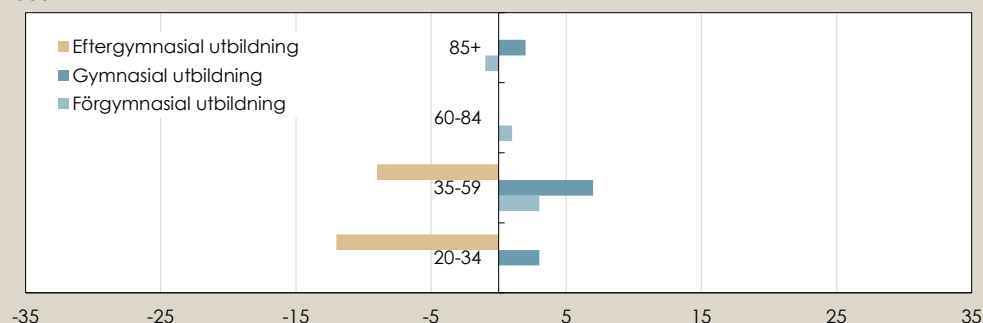
Även för andra delar av tandvårdsstöden finns stora variationer mellan de olika landstingen när det gäller hur många från målgrupperna som får ta del av stödet. Personer med gymnasial och förgymnasial utbildningsbakgrund tar del av de tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen i större utsträckning än personer med eftergymnasial utbildningsbakgrund. Jämförelsen utifrån utbildningsbakgrund visas i figur 44 där utbildningsbakgrund visas i förhållande till riksgenomsnittet¹²⁹ inom respektive ålderskategori. Minst skillnad i förhållande till riksgenomsnittet finns bland personer som fått tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Skillnader i utbildningsbakgrund minskar med ökande ålder. Utbildningsbakgrund och ålder korrelerar till hälsa, vilket tyder på att de landstingsfinansierade stöden når personer med störst behov av tandvårdsstöd.

¹²⁹ Utbildningsbakgrund är en socioekonomisk variabel som är hämtad från individregistret. Befolkningens utbildning och fördelningen inom respektive ålderskategori är beräknad i förhållande till riksgenomsnittet av den högsta genomförda utbildningen för respektive ålderskategori.

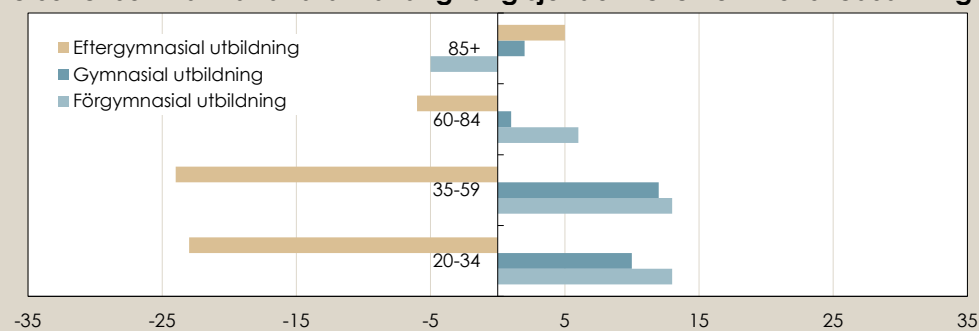
Figur 44. Utbildningsbakgrund i förhållande till riksgenomsnittet hos personer som fått tandvård som ett led i sjukdomsbehandling

Fördelning i ålderskategorier. Gäller tidsperioden 1 januari 2013–31 december 2016 i 14 lands-
ting*. Andelar i procent.

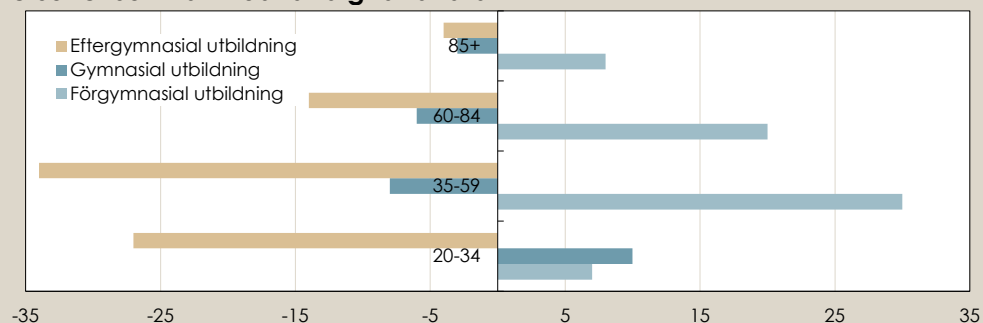
Procent



Personer som fått tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning



Personer som fått nödvändig tandvård



* Avser Södermanland, Jönköpings län, Kronoberg, Kalmar län, Gotland, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Värmland, Örebro län, Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten. Västerbottens läns landsting statistik har endast för 2015–2016.

Källa: Socialstyrelsen.

STB når inte alla patienter som är berättigade

Socialstyrelsens utvärdering visar att det särskilda tandvårdsbidraget (STB) inte används i den utsträckning som var tänkt när det infördes 2013. I propositionen *Tandvård för personer med sjukdom och funktionsnedsättning* (prop. 2011/12:7) uppskattades att målgruppen för det särskilda tandvårdsbidraget skulle uppgå till omkring 285 600 individer. Det är dock få som nyttjar bidraget i relation till målgruppens beräknade storlek. År 2017 var det cirka 53 700 personer som tog del av STB, enligt statistik från Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Kännedomen om det särskilda tandvårdsbidraget är låg hos patienter, hälso- och sjukvårdspersonal samt inom tandvården. En förutsättning för att patienter ska få tillgång till STB är att stödet är känt bland patienter, närstående och vårdgivare såväl inom tandvården som inom hälso- och sjukvården [165].

Andra resultat om STB visar att

- det är små eller inga skillnader mellan låg- och högutbildade i nyttjandet av STB
- en låg andel personer med Sjögrens syndrom, cystisk fibros, ulcerös kolit respektive Crohns sjukdom har nyttjat STB trots att de utförde en STB-åtgärd hos tandvården under tidsperioden 1 januari 2013–31 december 2016
- besöksfrekvenserna för att utföra två eller fler STB-åtgärder hos tandvården ökade mellan 2013 och 2016 i de undersökta patientgrupperna Sjögrens syndrom, cystisk fibros, ulcerös kolit och Crohns sjukdom
- det är bara vid ett fåtal tandvårdsmottagningar som en majoritet av personerna i de undersökta patientgrupperna får STB
- det är färre män än kvinnor som utnyttjar STB.

Socialstyrelsens slutsats är att tandvårdsförordningen behöver genomgå en översyn och omfattande revidering för att den ska bli lättare att tillämpa och följa upp mot en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Socialstyrelsen avser även undersöka förutsättningarna för att ta fram ett stöd om munhälsa till vård- och omsorgspersonal [166].

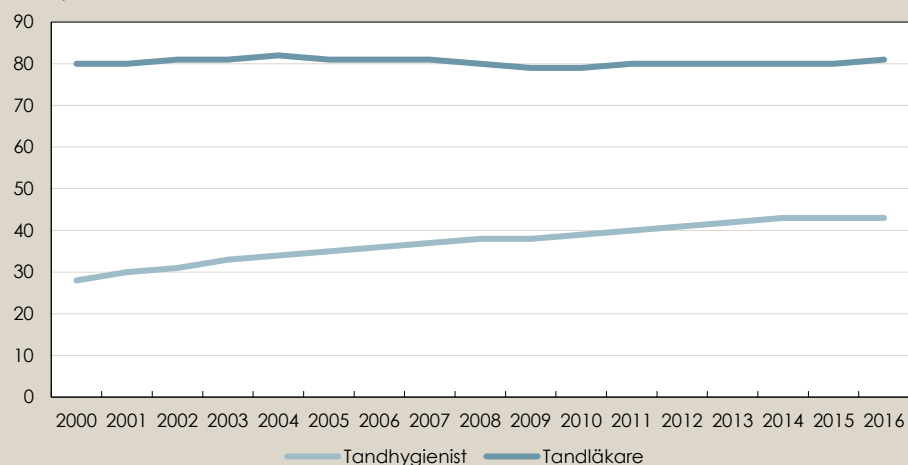
Kompetensförsörjning

Antalet tandläkare som är verksamma inom tandvården har varit ungefär detsamma sedan år 2000, det vill säga ungefär 80 tandläkare per 100 000 invånare. Antalet tandhygienister har dock ökat under samma period. År 2000 fanns det 28 tandhygienister per 100 000 invånare, medan motsvarande siffra var 43 tandhygienister 2016. Ökningen har stannat av under senare år, vilket innebär att antalet varit konstant åren 2013–2016 [31].

Figur 45. Tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården

Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare. År 2000-2016.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

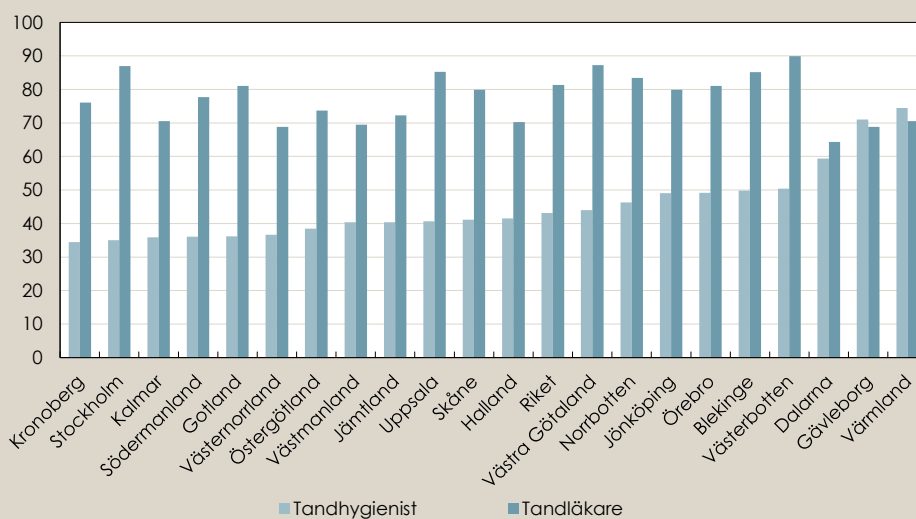
Antalet tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare varierar över landet, i figur 46 redovisas skillnaderna fördelat på län. I två av länen, Värmland och Gävleborg, är antalet tandhygienister större än antalet tandläkare i förhållande till befolkningens storlek.

Flest tandläkare, 90 per 100 000 invånare, finns i Västerbottens län. Till viss del beror det på tandläkarutbildningen vid Umeå universitet. I Västra Götaland och Stockholm finns näst flest antal tandläkare – 87 per 100 000 invånare.

Figur 46. Tandläkare och tandhygienister fördelat på län

Antal tandläkare och tandhygienister sysselsatta inom tandvården per 100 000 invånare. Fördelat på län, 2016.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Nationellt planeringsstöd, Socialstyrelsen.

Arbetsförmedlingens prognos på fem års sikt pekar på en mycket liten konkurrens om arbetstillfällena för tandläkare [167]. Befolkningen fortsätter att öka, vilket innebär fler arbetstillfällen inom hälso- och sjukvård. I och med detta fortsätter till exempel tandläkare att möta en stark arbetsmarknad. Prognosen ser liknande ut för tandhygienister och tandsköterskor med liten konkurrens om arbetstillfällena.

Små vårdgivare brister i patientsäkerhetsarbetet och i vården av patienter

Under 2017 fattade IVO beslut i 135 ärenden rörande klagomål på tandvården enligt patientsäkerhetslagen. I dessa ärenden var 59 procent av patienterna kvinnor och 41 procent män. I drygt hälften av fallen riktades kritik mot vårdgivaren, i första hand om brister i diagnostisering samt vård och behandling.

Under året granskades också 33 anmälningar till IVO, varav myndigheten fattade beslut om att inleda fortsatt tillsyn i 7 fall. Även 80 lex Maria-anmälningar inom tandvården granskades [136].

IVO genomförde under 2017 en nationell tillsyn av 51 små vårdgivare inom privat vuxentandvård [168]. Urvalet av vårdgivare är riskbaserat, vilket innebär att resultatet inte bör ses som en beskrivning av den privata tandvården generellt. Alla vårdgivare utom en fick efter tillsynen krav från IVO på att vidta åtgärder, och i några fall kommer yrkesutövningen hos enskilda tandläkare att granskas.

IVO:s tillsyn visar att majoriteten av de undersökta vårdgivarna brister både i patientsäkerhetsarbetet och i vården av patienter och att många vårdgivare saknar ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Till exempel saknas egenkontroller vilket medför att brister kan fortgå. Många betraktar sig endast som tandläkare, snarare än som vårdgivare, och eftersom de arbetar ensamma eller i mycket små verksamheter ser en del av dem inget behov av att arbeta utifrån ett ledningssystem. Även dokumentationen i journaler visade sig vara bristfällig hos alla vårdgivare utom en.

Hos 45 av de 51 vårdgivarna visade tillsynen också brister i själva behandlingen av patienter. Till exempel behandlas inte karies och tandlossning i tillräcklig omfattning, och tandläkares förmåga att använda röntgendiagnostik för att diagnostisera sjukliga förändringar är bristfällig. IVO konstaterar också att flera vårdgivare behöver bättre kunskaper om hur de ska begränsa risken för smittspridning.

Under 2011–2017 fick i genomsnitt 659 patienter årligen ersättning från LÖF¹³⁰ för vårdskador orsakade inom den landstingsfinansierade tandvården. Antalet anmälningar till LÖF har generellt ökat, vilket delvis beror på effekterna av patientsäkerhetslagen (PSL) som trädde i kraft 2011 [169].

¹³⁰ Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, försäkrar vårdgivare som finansieras av landstingen och regionerna.

Pågående arbete med nya nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har ett pågående arbete med att ta fram nya nationella riktlinjer för tandvård.¹³¹ Här kommer Socialstyrelsen att lägga till ytterligare rekommendationer som är viktiga ur ett styrnings- och ledningsperspektiv [170]. De nya riktlinjerna kommer att omfatta åtgärder som rör barn (både barntandvård och tandreglering) samt personer med särskilda behov (inklusive sköra äldre). Publicering av remissversionen av de nya nationella riktlinjerna för tandvård är planerad till våren 2021 och slutversionen till våren 2022.

Vägen till svensk legitimation för tandläkare utbildade i Polen

Det är relativt vanligt att svenska medborgare utbildar sig till tandläkare i Polen. Nationella förändringar av utbildnings- och praktisksystemet i Polen har dock gjort att de som inte kan polska hamnat i kläm utan möjlighet att avsluta sin utbildning. Socialstyrelsen har i uppdrag från regeringen att utarbeta en särskild ordning som gör det möjligt för personer med polsk tandläkarexamen, som inte kan få full behörighet som tandläkare i utbildningslandet, att få svensk tandläkarlegitimation.

För att uppnå en kompetens som motsvarar svensk legitimationsnivå behöver de därför genomföra en handledd praktisk tjänstgöring i Sverige.

I vilken omfattning som denna väg till svensk legitimation kommer att efterfrågas är relativt osäker. Enligt Centrala studiestödsnämnden, CSN, har totalt 416 personer beviljats studiemedel för tandläkarstudier i Polen under perioden 2012–2018. Dessa siffror är dock inte tillförlitliga, eftersom det är svårt att ange hur många av dessa personer som har avbrutit sina studier, bytt universitet eller fått legitimation i ett annat land och börjat utöva yrket i det landet.

Ansökan om att få göra praktisk tjänstgöring erbjuds från januari 2019. Möjligheten att genomföra praktisk tjänstgöring i Sverige gäller de som har påbörjat sin tandläkarutbildning i Polen före den 1 januari 2019 och som kommer att slutföra sin utbildning senast den 30 juni 2024.

¹³¹ De nationella riktlinjerna för vuxentandvård publicerades 2011.

Referenser

1. Statistiska centralbyrån. Statistiknyhet från SCB. Hämtad 2018-11-11 från: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/demografisk-analys/pong/statistiknyhet/demografisk-analys-livslangdstabeller-efter-utbildningsniva/>
2. Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
3. Pini, A. et al. Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–2014: an individually matched case-control study. *Lancet Inf Dis*; 2018.
4. Statistik om dödsorsaker 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
5. Health at a Glance: Europe 2018. OECD; 2018.
6. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
7. Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
8. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
9. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
10. Livsmedels- och läkemedelsförsörjning – samhällets säkerhet och viktiga samhällsfunktioner (RiR 2018:6). Stockholm: Riksrevisionen; 2018.
11. Hälso- och sjukvårdens beredskap och förmåga inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap. Dir 2018:77. Regeringskansliet.
12. Uppföljning av reformen om kostnadsfria läkemedel till barn – Delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
13. Vision e-hälsa 2025. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2019-01-29 från <https://ehalsa2025.se/om-e-halsa-2025/>.
14. Styr- och samverkansorganisationen – statens och SKL:s gemensamma arena för styrning. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. Hämtad 2019-01-29 från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2018/03/Handlingsplan-e-halsa-svensk-version.pdf>
15. Uppföljning av e-hälsa 2018 – Vision e-hälsa 2025. Stockholm: Vision e-hälsa; 2019.
16. Utveckling av en nationell källa för ordinationsorsak – rapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
17. Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation 2017 – medicinsk diagnos, behandling, smittsam sjukdom, överkänslighet och information som kan leda till särskild rutin – version 2.0. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
18. Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
19. Vården i siffror. Hämtad 2019-01-29 från: www.vardenisiffror.se.
20. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

21. Invånarnas inställning till digital service i välfärden 2018. Hämtad 2019-01-29 från: <https://skl.se/naringslivsarbete/digitalisering/rapporter/invanarnasinstallningochforvantningar.16155.html>
22. Digitala vårdtjänster – Övergripande principer för vård och behandling 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
23. Tillsyn av digitala vårdtjänster. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
24. Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
25. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
26. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
27. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
28. Trender och Prognoser 2017. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017.
29. Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2018.
30. Förteckningen över legitimerade omsorgs- och vårddyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA). Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
31. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
32. OECD Health statistics 2018. OECD; 2018.
33. Delredovisning – hur landstingen möjliggör för sjuksköterskor att specialistutbilda sig. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
34. Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.
35. Bemanningstrend inhyrd personal i hälso-och sjukvården kvartal 1 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
36. Bemanningstrend inhyrd personal i hälso-och sjukvården kvartal 2 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
37. Bemanningstrend inhyrd personal i hälso-och sjukvården kvartal 3 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
38. Bemanningstrend inhyrd personal i hälso-och sjukvården kvartal 4 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
39. Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter. SOU 2018:77.
40. Reglering av yrket undersköterska. SOU 2017:07.
41. Vårdgarantiläge. Hämtad 2019-01-09 från: <http://www.vantetider.se>
42. Statistik om väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
43. Standardiserade vårdförlopp i cancervården – Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
44. Förnuft och känsla. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.

45. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018. Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
46. Statistik om hjärtinfarkter 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
47. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
48. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid stroke – Huvudrapport med förbättringsförslag 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
49. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
50. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018 – Vård vid astma och KOL – Huvudrapport med förbättringsområden 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
51. Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
52. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
53. Steg mot en ny nationell högspecialiserad vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
54. Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. Hämtad 2018-12-20 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/kvalitet-och-sakerhet-pa-apoteksmarknaden_H501SoU24.
55. Regeringen. Höjd kompetens och ökad tillgänglighet till läkemedel på apoteken. Hämtad 2018-08-31 från: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/08/hojd-kompetens-och-okad-tillgang-till-lakemedel-pa-apoteken/>.
56. SCB:s hälsoräkenskaper. Statistiska centralbyrån. Hämtad 2018-12-20 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/>.
57. Ekonomirapporten, december 2018. Om kommunernas och landstingens ekonomi. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
58. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD; 2017.
59. Amenable and preventable death statistics. Hämtad 2018-12-20 från https://ec.europa.eu/eurostatstatistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics.
60. OECD. Health indicators. Hämtad 2019-01-07 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx>.
61. Tackling wasteful spending on health. OECD; 2017.
62. Engbæk J, Bartholdy J, Hjortso N-C. Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18 736 day surgical procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2012; 56:323-31.
63. Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik A-M. G, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57 709 day surgery procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2012; 56:323-31.
64. Internationell prisjämförelse av läkemedel 2017 – en analys av svenska läkemedelspriser i förhållande till 19 andra europeiska länder. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2018.
65. Uppföljning av läkemedelskostnader – Juni 2018. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2018.

66. Prognos av besparingar från sidoöverenskommelser helåret 2018. Prognos 2, december. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2018.
67. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2018–2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
68. I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.
69. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
70. Kartläggning av melatoninanvändning hos barn och ungdomar. Stockholm: Läkemedelsverket; 2019.
71. Fortsatt ökad användning av adhd-läkemedel 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
72. Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn – en fråga om psykosocial miljö? Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
73. Förbättrad uppföljning av tvångsvården – Alternativa metoder för att samla in data. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
74. Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och hälsa hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
75. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
76. Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting – Delrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
77. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa. SOU 2018:90.
78. Vård efter förlossning – En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
79. Bjermo H, Lind S, Rasmussen F. The educational gradient of obesity increases among Swedish pregnant women: a register-based study; 2015.
80. Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR et al. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004–2011; 2013.
81. Stephansson O, Dickman PW, Johansson A, Cnattingius S. Maternal weight, pregnancy weight gain, and the risk of antepartum stillbirth; 2001.
82. Graviditet, förlossningar och nyfödda barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
83. Harper, A. Reducing morbidity and mortality among pregnant obese. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015; 29:427–37.
84. Regeringen. Miljardsatsning för trygghet före, under och efter graviditet. Hämtad 2018-03-22 från: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/03/miljardsatsning-for-trygghet-fore-under-och-efter-graviditet/>.
85. Regeringen. Överenskommelse om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Dnr: S2015/07777/FS. Hämtad 2018-12-08 från: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och->

- avtal/2015/12/overenskommelse-om-en-forbattrad-forlossningsvard-och-insatser-for-kvinnors-halsa/.
86. Statistik om amning 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 87. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 88. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid endometrios – Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 89. Kvinnor med sköldkörtelproblematik 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 90. Kartläggning av vestibulit – Förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 91. Ny kartläggning visar på bristande kunskap om vestibulit inom vården. Hämtad 2018-06-05 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/nykartlaggningvisarpabristandekunskapomvestibulitinomvarden>.
 92. Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 93. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 94. Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 95. Extremely Preterm Infant Study in Sweden. Hämtad 2018-12-10 från:
<http://express-study.se/>.
 96. Vård av extremt för tidigt födda barn. En vägledning för vård av barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 97. Neonatalvården i fokus. Trygg hela vägen – före, under och efter graviditet 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 98. Fosterskador och kromosomavvikelser 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 99. Dödfödda barn – En inventering och förslag på åtgärder 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 100. Nursing now campaign. Hämtad 2018-12-19 från:
http://www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en/.
 101. WHO. Triple impact. Hämtad 2018-12-20 från:
<https://www.who.int/hrh/com-heeg/triple-impact-appg/en/>.
 102. Schildmeijer KGI, et al. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open* 2018;8:e019267. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019267.
 103. Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård. För att identifiera och mäta skador och kvalitetsbrister i vården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 104. Hållbart Säkerhets Engagemang. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 105. Säkerhetskulturtrappan från A till E – Ett dialogverktyg för att kartlägga och utveckla arbetet med patientsäkerhet. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 106. Patientsäkerhet i kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
 107. Vårdhandboken. Patientsäkerhet och åtgärds paket för att minska vårdskador. Hämtad 2018-10-18 från:

- <https://www.vardhandboken.se/Patientsakerhet-och-atgardpaket-for-att-minska-varidskador/>.
108. Rutinkollen. Hämtad 2018-10-30 från: <http://www.rutinkollen.se>
 109. Säker suicidprevention. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2018-10-30 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-suicidprevention/>.
 110. Säker sepsisvård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2018-11-30 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-sepsisvard/>.
 111. Vårdprogram sepsis och septisk chock. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2018-12-13 från: <http://infektion.net/>
 112. Linder F. Trauma - Diagnostics and Triage. Uppsala universitet; 2018.
 113. Säker traumavård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2018-10-30 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-traumavard/>.
 114. Nu kommer den nya svenska versionen – checklistan 2.0. Läkartidningen 25–26/2018.
 115. Checklista för säker kirurgi. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/checklista-for-saker-kirurgi/>.
 116. Säker förlossningsvård. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Hämtad 2018-10-10 från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/rapporter-och-artiklar-saker-forlossningsvard/>.
 117. Skador inom psykiatrisk vård – markörbaserad journalgranskning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 118. Skador i vården 2013–2017, nationell nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 119. Personalbrist stänger över 2600 vårdplatser. Dagens Medicin 2018; 45(18).
 120. Skador i vården januari 2013– juni 2018, nationell nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
 121. Skador i vården – utveckling 2013–2017. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
 122. Mätning av skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2018-10-17 från: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar.2125.html>.
 123. Mätning av vårdrelaterade infektioner. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2018-12-05 från: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningvardrelateradeinfektioner.2333.html>.
 124. Vårdrelaterade infektioner - Kunskap, konsekvenser och kostnader. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
 125. Mätning av basala hygienrutiner. Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2018-11-09 från: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner.2277.html>.
 126. ECDC. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017. Hämtad 2018-10-30 från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2017>.
 127. Svebar – Svensk bevakning av antibiotikaresistens 2018. Hämtad 2018-12-18 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd->

- beredskap/antibiotika-och
antibiotikaresistens/resistensovervakning/svebar/.
128. Sminet. Hämtad 2019-01-24 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/>.
129. Antibiotikastatistik. Hämtad 2019-01-24 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/antibiotikastatistik/sverige/kvartalsrapporter/49017>.
130. ECDC. Quality indicators. Hämtad 2018-11-27 från:
<https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/quality-indicators>.
131. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre - Kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
132. WHO. Medication without harm. Hämtad 2018-12-12 från:
<https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>.
133. Nationell läkemedelslista. Hämtad från
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718223/>.
134. Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården. Delrapport. Stockholm: Riksrevisionen; 2018:26.
135. Klagomål till patientnämnderna 2017. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
136. Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning före verksamhetsåret 2017. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
137. Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
138. Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet? Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
139. Inera. It-stöd för händelseanalys. Hämtad 2018-11-28 från:
<https://www.inera.se/aktuellt/statistik/nitha--it-stod-for-handelseanalys/>.
140. Självmord utredda med händelseanalys – en sammanställning ur Nitha kunskapsbank. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
141. Wrigstad, J. The inside of a paradigm – an expedition through an incident reporting system; 2018.
142. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2017. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2018.
143. Hälsa på lika villkor. Nationella folkhälsoenkäten 2018. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
144. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2017.
145. Swelogs prevalensstudie. Stockholm; Folkhälsomyndigheten; 2016.
146. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. Journal of Behavioural Addictions 2018; (7):(4):1091-9).
147. Spelprevention. Hämtad 2018-12-10 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/statistik/insatser-i-kommuner-landsting/>.

148. Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
149. Sjuksköterskor får möjlighet att förskriva naloxon. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
150. Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Stockholm: Läkemedelsverket; 2018.
151. Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag avseende insatser för att minska narkotikarelaterad dödlighet – Förutsättningar för ökad samverkan mellan myndigheter genom ett varningssystem för att motverka narkotikarelaterade dödsfall. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
152. Öppna jämförelser – Missbruks- och beroendevården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
153. Årsrapport 2017. Karlstad: Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit; 2018.
154. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
155. Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
156. Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. En systematisk litteraturoversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter. SBU utvärderar 289/2018. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2018.
157. Undersökningarna av levnadsförhållandena. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2018.
158. Statistik om tandhälsa 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
159. Nöjdhetsindex. Stockholm: Svenskt Kvalitetsindex; 2018.
160. Statistik om läkemedel 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
161. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
162. Prisjämförelsetjänst för tandvård – slutrapport avseende regeringsuppdrag att färdigställa och förbereda för en etablering av en prisjämförelsetjänst för tandvård. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2018.
163. Regeringen. Snart kan du jämföra priset för att gå till tandläkaren. Hämtad 2018-12-10 från: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/08/snart-kan-du-jamfora-priset-for-att-ga-till-tandlakaren/>.
164. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
165. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget. Delrapport; 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
166. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
167. Var finns jobben? Bedömning för 2018 och på fem års sikt. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2018.

168. Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
169. Anmälningar till Löf 2017. Stockholm: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag; 2018.
170. Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.