

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2022



Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2022

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 978-91-7555-583-6
Artikelnummer 2022-3-7750

Omslagsbild Anna Kern/Scandinav
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2022

Innehåll

Socialstyrelsens lägesbild	7
Förord	13
Inledning	15
14 kärnindikatorer	17
Utbrott av covid-19	35
Psykisk hälsa och psykiatrisk vård	42
Cancersjukdomar	53
Kvinnors vård och hälsa	59
Patientsäkerhet	65
Hälso- och sjukvårdens kostnader	80
Organisation och styrning	87
Tandvård och munhälsa	97
Referenser	110

Socialstyrelsens lägesbild

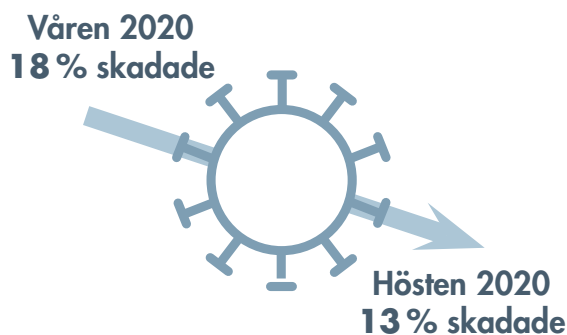
Lägesrapporten, som handlar om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, består av en översiktlig redovisning av 14 kärnindikatorer och åtta fördjupningsavsnitt. I detta avsnitt sammanfattas några av de viktigaste resultaten från rapporten inom följande områden:

- Lärdomar från pandemin
- Psykisk hälsa
- En mer nära vård
- Skillnader i vård och hälsa
- En hållbar hälso- och sjukvård och tandvård.

Lärdomar från pandemin

Kunskapsläget om covid-19 har utvecklats snabbt

Covid-19 har påverkat inte bara dem som drabbats av sjukdomen och deras anhöriga, utan också hälso- och sjukvården och tandvården, dess personal och hela samhället i stort. Olika delar av hälso- och sjukvårds- och tandvårdssystemen har varit hårt pressade men ändå kunnat ställa om och planera efter en ny verklighet. Sedan pandemins början har kunskapsläget utvecklats snabbt. Vården har lärt sig hantera sjukdomen bättre. En minskad andel av de patienter som läggs in på sjukhus för covid-19 behöver intensivvård. Andelen som vårdats för covid-19 och som drabbats av skador har minskat, från 18 procent under våren 2020 till 13 procent under hösten samma år. Av de som vårdas på sjukhus är det färre som avlider jämfört med under pandemins början, och vi vet mer om vilka grupper som löper större risk än andra att bli allvarligt sjuka. Samtidigt pågår pandemin alltjämt, med fortsatt smittspridning, sjukhusinläggningar och dödsfall. Under 2020 och 2021 har ungefär 75 000 personer vårdats på sjukhus med covid-19 och 14 700 personer har avlidit. Vi vet idag inte allt om de långsiktiga effekterna av pandemin – på hälso- och sjukvården och tandvården och på hälsan i befolkningen.



Färre skador vid vård av covid-19 under hösten än under våren 2020

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Ansträngt för personalen

De senaste två åren har varit påfrestande för hälso- och sjukvården som har gjort stora ansträngningar för att klara av effekterna av pandemin. Det handlar både om vård av covid-19-patienter och om att ta hand om såväl uppskjuten som planerad vård. För hälso- och sjukvårdspersonal har det bland annat inneburit längre arbetspass, kortare tid för återhämtning och frekventa schemabyten.

Uppdämda vårdbehov kvarstår

Pandemin har totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar i hälso- och sjukvården och tandvården, och effekterna var som störst under den första vågen. Exempelvis har, under perioden mars 2020 till november 2021, sex procent färre operationer genomförts i slutenvården än normalt. I tandvården minskade vuxnas (24 år och äldre) besök för regelbundna undersökningar med 23 procent under 2020 jämfört med 2019. Hälso- och sjukvården och tandvården arbetar på flera håll med att ta igen uppskjuten vård.

Den akut nödvändiga vården har i hög grad kunnat upprätthållas under pandemin, men hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kapacitet har inte räckt till för att klara andra vårdbehov och preventiva insatser, enligt Socialstyrelsens bedömning. Patienter har också undvikit att söka sig till vården, trots behov. Detta speglas bland annat i att antalet inrapporterade nya cancerfall minskade med sex procent under 2020. På sikt skulle det kunna leda till att patienterna kommer till vården i ett senare skede och därmed har en sämre utgångspunkt för sin cancerbehandling.

6% färre
operationer under pandemin

Källa: Socialstyrelsen 2022

6% färre
diagnostiserade cancerfall 2020 jämfört med 2019

Källa: RCC i samverkan 2021



Vuxna gjorde **23% färre** besök för regelbunden undersökning 2020 jämfört med 2019.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Psykisk hälsa

Olikheter mellan könen

Även om majoriteten av befolkningen har ett gott välbefinnande ökar den psykiska ohälsan i Sverige. En större andel av kvinnor än av män uppger att de har psykiska besvär, såsom upplevd stress, sömnbesvär, oro och ångest. Kvinnor är också oftare än sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, och fler kvinnor än män uppger att de någon gång övervägt att ta sitt liv. Samtidigt är det mer än dubbelt så många män som begår självmord jämfört med kvinnor.

Olika uttryck för psykisk ohälsa ställer krav på vården

Det är mycket som talar för att det finns skillnader i hur psykisk ohälsa uttrycker sig, mellan könen och mellan personer med olika socioekonomisk bakgrund och etnicitet. Bristande kunskap om detta riskerar att medföra att symtom missas och att vården för psykiska besvär blir ojämlik. En utebliven eller fördröjd behandling medför ökad risk för förvärrad psykisk ohälsa och ökade samhällskostnader.

Pandemin kan ha påverkat barns mående

Tidiga studier har indikerat att pandemin inte haft några mätbara effekter på vuxnas psykiska hälsa. Däremot finns tecken på att smittskyddsåtgärderna påverkat den psykiska hälsan hos barn och unga. Tillgången till olika skyddsfaktorer såsom skola, fritidsaktiviteter och tillgång till trygga vuxna har minskat vilket lett till en betydande negativ inverkan på barns vardag. För barn som redan innan pandemin levde i utsatthet kan effekterna vara särskilt stora.



En mer nära vård

Omställningen har ännu inte nått måluppfyllelse

Omställningen till en mer nära vård pågår. Genom den utvidgas primärvårdens roll till att vara navet i hälso- och sjukvården, för att ge patienterna ökad delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Detta är särskilt angeläget för patienter med flera hälsoproblem och för dem som lever med kroniska sjukdomar. Primärvården behöver dock fortsatt stärkas för att på ett ändamålsenligt sätt kunna leva upp till sitt vidgade uppdrag, och nya arbetsformer och samarbetslösningar mellan huvudmännen behövs. Hittills kan man inte se att omställningen nått måluppfyllelse eller fått några större praktiska konsekvenser för patienterna. Det finns dock ett brett stöd för genomförandet hos både yrkesverksamma och patienter.

Delar av omställningsarbetet har påverkats av pandemin

Vissa delar av omställningsarbetet har bromsats upp under pandemin, medan andra områden utvecklats snabbare och därmed påskyndat utvecklingen mot en mer nära vård. Vissa utvecklingsarbeten har behövt ställas in eller skjutas fram, exempelvis utbildningsinsatser och vissa arbeten för att utveckla kontinuitet, patientkontrakt och delaktighet. Samtidigt har graden av samverkan

mellan regioner och kommuner ökat på olika nivåer under pandemiåret 2020. Nya kanaler där patienter kan komma i kontakt med vården har etablerats, vilket kan föra vården närmare patienterna.

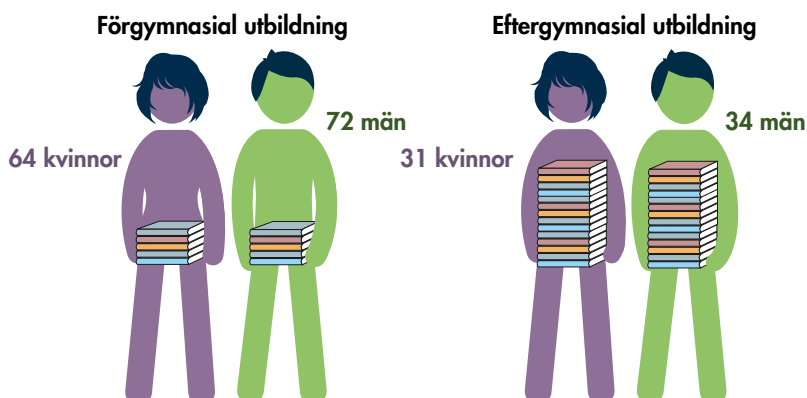
Skillnader i vård och hälsa

Många förbättringar över tid – men stora skillnader mellan grupper

I rapporten ses till största del förbättringar över tid när det gäller medicinska resultat och utveckling i hälsa. Exempelvis har dödligheten i hjärtinfarkt och stroke minskat över tid. För ungefär 20 år sedan dog 32 procent av patienter som drabbats av hjärtinfarkt inom 28 dagar, medan samma siffra idag är 23 procent. Antalet som behöver vårdas på sjukhus för kroniska sjukdomar som hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL har minskat med mer än en tredjedel mellan 2008 och 2020. En granskning av journaler har visat att risken att drabbas av vårdskador har minskat gradvis, i både somatisk och psykiatrisk vård. Också munhälsan har förbättrats över tid, där fler patienter behåller sina tänder längre. Trots denna i många fall positiva utveckling kvarstår stora skillnader mellan olika grupper i samhället och mellan olika platser i landet. Jämlik vård och hälsa är ett ständigt aktuellt område och det är angeläget att ojämlikheter i vård och hälsa minskas.

Svårt att veta vad skillnader i resultat beror på

Skillnaderna i resultat mellan regioner, kön och utbildningsgrupper är i många fall stora. En större andel av personer med kortare utbildning avlider i hjärtinfarkt och stroke, begår självmord och besöker tandvården sällan, jämfört personer med längre utbildning. Inkomst och utbildning lyfts också fram som viktiga variabler för risken att drabbas av allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Det kan vara svårt att bedöma hur stor del av dessa skillnader som speglar hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbetssätt och resultat respektive hälsans fördelning i befolkningen.



Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten per 100 000 invånare är högre bland personer med kort utbildning jämfört med personer med lång utbildning (2020)

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Indikatorn speglar förtida dödlighet i ett antal diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.

Pandemin riskerar att förstärka ojämlikheter

Redan före covid-19 fanns det tecken på att ojämlikheten i hälsoförhållanden mellan olika grupper i befolkningen ökat, och den utvecklingen har förstärkts under pandemin. För barn kan effekterna av pandemin vara särskilt stora, och risken att flera barn far illa till följd av ökad ekonomiskt utsatthet, ökad arbetslöshet och ökad risk för våld behöver uppmärksammas och hanteras.

En hållbar hälso- och sjukvård och tandvård

Flera hållbarhetsaspekter berörs i rapporten

Långsiktigt hållbara och motståndskraftiga hälso- och sjukvårds- och tandvårdssystem är en förutsättning för goda resultat såväl nu som framöver. Klimatpåverkan, systemens legitimitet, långsiktig kompetensförsörjning, finansiering, personalförhållanden och krisberedskap är exempel på olika hållbarhetsaspekter som berörs i lägesrapporten.

Gynnsam utveckling inom flera områden

Inom flera av områden visas en gynnsam utveckling, även om det också finns kända utmaningar. Exempelvis har utsläppen av medicinska gaser inom hälso- och sjukvården minskat med nästan en tredjedel under perioden 2015–2020. Användningen av antibiotika har också minskat, även om den

långsiktiga trenden visar på ökad resistens. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är förhållandevis starkt där ungefär sju av tio har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin egen region, och nästan nio av tio anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Ungefär nio av tio säger sig vara nöjda med tandvården de fått. När det kommer till förtroende för hälso- och sjukvården syns också tydliga förbättringar under pandemiåret 2020.

Finansiering och bemanning är långsiktiga utmaningar

Sveriges befolkning lever allt längre vilket är en framgång för det svenska välfärdssystemet. Antalet äldre ökar snabbt samtidigt som ökningen av antal personer i arbetsför ålder är relativt långsam. Den demografiska förändringen innebär stora utmaningar att långsiktigt finansiera och inte minst bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter. Flera av regionerna rapporterar om brist på flera viktiga kompetenser.



Källa: Nationella planeringsstödet 2022, Socialstyrelsen

Förord

Socialstyrelsen lämnar varje år lägesrapporter för olika områden inom hälso- och sjukvård, tandvård 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 2021. Nytt för årets lägesrapport är en kortfattad indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat på övergripande nivå.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän i regioner och kommuner.

Rapporten har utarbetats av Kristin Larsson (projektledare) och flera medarbetare vid myndigheten har medverkat i framtagandet av rapporten. Rickard Broddvall har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Inledning

Enligt 6 a § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen ska Socialstyrelsen årligen lämna in lägesrapporter till regeringen (Socialdepartementet), senast den 31 mars, om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Denna rapport handlar om hälso- och sjukvård och tandvård.

Rapportens innehåll

Rapporten består av tre huvudsakliga delar:

- Socialstyrelsens samlade lägesbild
- 14 kärnindikatorer: en kortfattad indikatoruppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat
- Fördjupningsavsnitt
 - Utbrott av covid-19
 - Psykisk hälsa och psykiatrisk vård
 - Cancersjukdomar
 - Kvinnors vård och hälsa
 - Patientsäkerhet
 - Hälso- och sjukvårdens kostnader
 - Organisation och styrning
 - Tandvård och munhälsa.

Rapportens fördjupningsavsnitt utgår från ett antal områden där det görs satsningar och där såväl myndigheten som andra aktörer har uppdrag att bidra till förbättring och utveckling.

Perspektiv

Med utgångspunkt i ett jämställdhetsperspektiv redogörs för skillnader mellan kvinnor och män, där det är möjligt. Rapporten relaterar också till de globala målen och Agenda 2030. Rapporten har framför allt bäring på följande mål:

- mål 3: säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar
- mål 5: uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt
- mål 10: minska ojämlikheten inom och mellan länder.

Uppgifternas aktualitet

Alla uppgifter som redovisas i rapporten har inte samma aktualitet. Syftet är att belysa läget i hälso- och sjukvården och tandvården under 2021, men också att presentera data som har tillgängliggjorts under året. Ibland innebär detta att uppgifterna har en viss eftersläpning. Jämförelser över tid görs med hjälp av både aktuell och tidigare publicerad statistik.

Genomförande

Datakällor

Rapporten bygger på flera datakällor:

- Aktuella utredningar, utvärderingar och rapporter som belyser 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 regionernas räkenskaper
- Myndighetsövergripande omvärldsworkshop med syfte att identifiera viktig utveckling inom hälso- och sjukvården och tandvården. Avstämningar har också gjorts med representanter från andra myndigheter inom Rådet för styrning med kunskap.

14 kärnindikatorer

I detta avsnitt redovisas resultaten för 14 nationella kärnindikatorer som tillsammans speglar hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat på en övergripande nivå. Tillsammans med fördjupningsavsnitten i rapporten syftar redovisningen till att ge en samlad analys av läget i hälso- och sjukvården och tandvården.

Kärnindikatorerna är viktiga resultatmått som berör olika aspekter av hälso- och sjukvården och tandvården, exempelvis inom områdena medicinsk kvalitet, kostnader och tillgänglighet.

De 14 indikatorerna¹ är ett urval från ett mer omfattande indikatorset som Socialstyrelsen tidigare presenterat i rapporten *Sex frågor om vården – övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat* [1]. Där presenterades 51 indikatorer inom olika områden. Korta beskrivningar av varje indikator är inkluderade i detta avsnitt, men en mer utförlig teknisk beskrivning finns i rapportens bilaga 1 (indikatorbeskrivningar). I bilaga 2 (indikatordata) finns också ytterligare data, exempelvis resultat på regionnivå och uppdelat på utbildningsgrupper.

Resultat

Tabellen på nästa sida visar de övergripande resultaten för riket. Resultaten för de 14 indikatorerna varierar, men en majoritet visar på gradvisa förbättringar över tid. För de sju indikatorer som mäter hälso- och sjukvårdens resultat i termer av hälsoutfall² har värdena kontinuerligt förbättrats med undantag för indikatorn hälsotillstånd bland nyfödda där en gradvis försämring syns.

För övriga indikatorer är resultaten något mer varierande, och flera av dessa har troligtvis benägenhet att påverkas mer av yttre faktorer, såsom pandemin. Exempelvis har förtroendet för hälso- och sjukvården tydligt ökat under 2020, medan resultaten i stort är konstanta för de fyra föregående åren. Det kan med sannolikt kopplas till hälso- och sjukvårdens hantering av covid-19. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar sjönk kraftigt under 2020 för att sedan öka igen 2021. Den speciella situationen under pandemins första år, med uppskjuten vård, påverkar troligtvis siffrorna. Dessa resultat bör tolkas med försiktighet i ett längre perspektiv och huruvida det är bestående förändringar eller inte får framtiden utvisa.

¹ Måttet utgifter för hälso- och sjukvården per invånare ingick inte i indikatorsetet som presenterades i rapporten *Sex frågor om vården*.

² Avser följande sju indikatorer: femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer, hälsotillstånd hos nyfödda, dödlighet efter hjärtinfarkt, dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), självmord i befolkningen, påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL samt sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD).

Tabell 1. 14 kärnindikatorer: resultat för riket

Resultat för riket		
Indikator	2009 — 2021	Mätperiod
Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare (fast pris). Kronor	39 110 ● 42 026	2009-2019
Förtroende för sjukvården i sin helhet. Procent	59,7 ● 69,4	2016-2020
Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård. Per 1 000 invånare	305 ● 228	2016-2020
Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar. Procent	79,4 ● 81,7	2019-2021
Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup. Procent	82,2 ● 74,9	2015-2020
Överbeläggningar och utlokaliseringar. Per hundra disponibla vårdplatser	4,16 ● 7,18	2014-2021
Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer. Procent	53,7 ● 62,2	(2005-2009)-(2015-2019)
Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng). Procent	1,25 ● 1,66	2011-2020
Dödlighet efter hjärtinfarkt. Procent	27,4 ● 22,8	2009-2020
Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar). Procent	26,1 ● 25,9	2009-2020
Tandvårdsundersökning de senaste två åren. Antal per 100 invånare	65,2 ● 57,7	(2009-2010)-(2019-2020)
Själv mord i befolkningen. Per 100 000 invånare	16,5 ● 13,9	2009-2020
Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL. Per 100 000 invånare	863 ● 557	2009-2020
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD). Antal per 100 000 invånare	67,9 ● 49,5	2009-2020

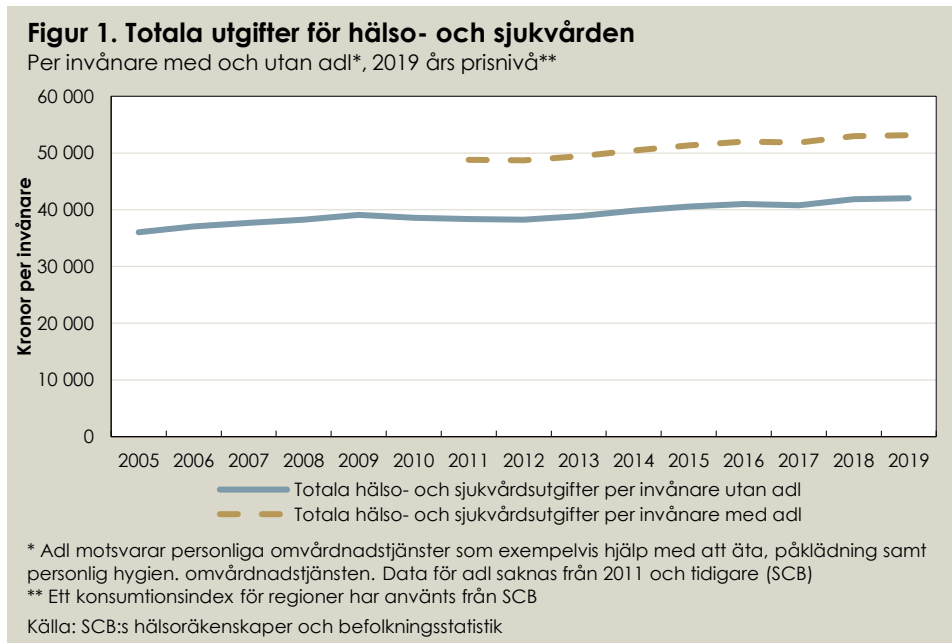
Nedan följer en kort beskrivning av respektive indikator samt resultat nedbrutna på bland annat kön och spridningen mellan regioner.

1. Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare³

Måttet visar kostnader i fast pris för hälso- och sjukvården inklusive tandvården över tid per invånare. Data kommer från SCB. Utvecklingen av kostnaderna bör tolkas i relation till hur resultaten och måluppfyllnaden utvecklar sig för hälso- och sjukvården.

³ Utmärkande för en indikator är att den alltid bör ha en på förhand given tolkning av vad som är ett önskvärt värde eller utveckling. I detta mått är det mer komplicerat än för övriga indikatorer som redovisas i rapporten. I strikt mening är det önskvärt att kostnaderna blir lägre givet samma måluppfyllnad och långsiktiga hållbarhet. Samtidigt kan det vara önskvärt att kostnaderna ökar i samma takt som generell ekonomisk tillväxt eller även mer om det ger bättre måluppfyllnad och mer nytta än en alternativ användning av resurserna.

År 2019 uppgick de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare till cirka 53 000 kronor. Mellan 2015 och 2019 ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna i fasta priser per invånare med drygt 14 procent. I förhållande till BNP utgör hälso- och sjukvårdsutgifterna drygt 11 procent. Denna andel har varit förhållandevis stabil sedan 2013.



Läs mer i fördjupningsavsnittet om hälso- och sjukvårdens kostnader.

LÄS
MER!

2. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

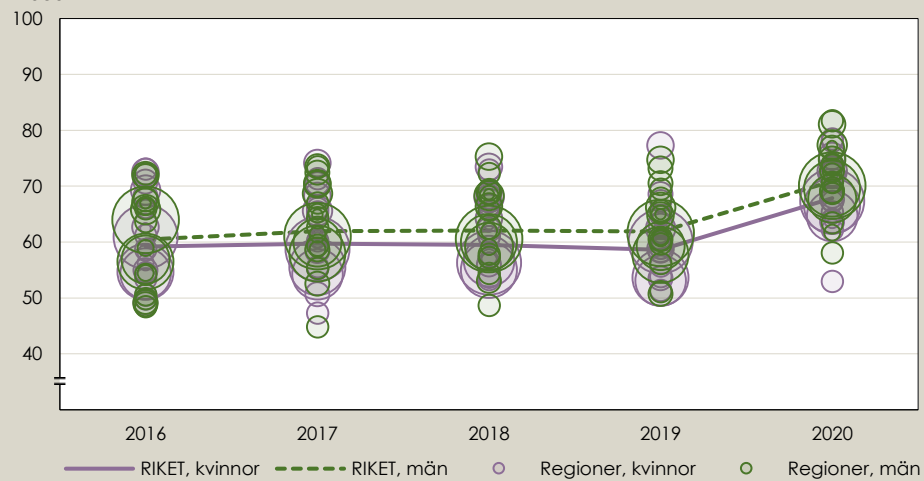
Indikatorn speglar befolkningens förtroende, oavsett om de nyligen varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller inte. Indikatorn är hämtad från Hälso- och sjukvårdsbarometern och visar den andel som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen. De personer som inte har kunnat besvara frågan är exkluderade.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet har legat ganska konstant under perioden 2016–2019, men 2020 syns en ökning med 9 procentenheter totalt för både kvinnor och män. Det finns skillnader mellan regionerna, och 2020 varierade andelen som hade stort eller mycket stort förtroende mellan 56 och 80 procent i olika regioner. Gemensamt för samtliga regioner är att förtroendet har ökat 2020. Ökningen kan med stor sannolikhet kopplas till pandemin och hälso- och sjukvårdens hantering av den. Kvinnor har i genomsnitt något lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män har.

Figur 2. Förtroende för sjukvården i sin helhet

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region.

Procent



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Indikatorn visar antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare. Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistent bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskeras en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Värdena är åldersstandardiserade.

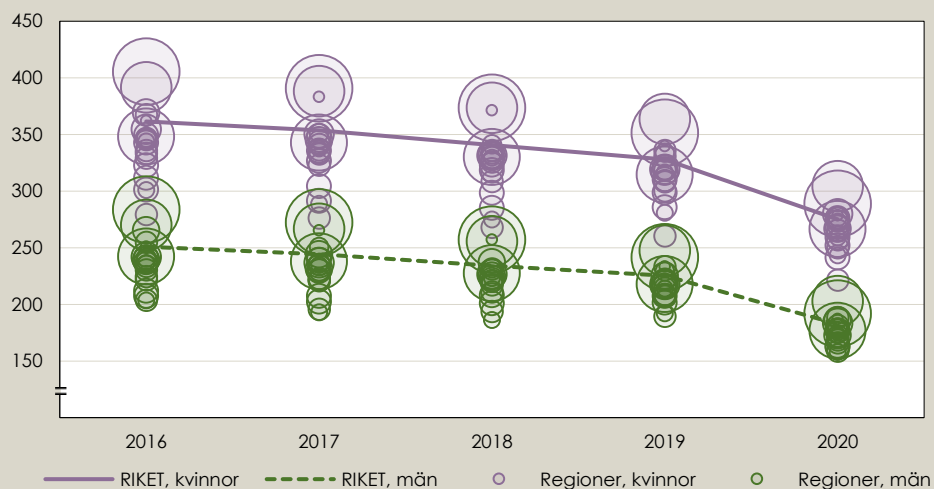
Antalet uthämtade antibiotikarecept per invånare har fortsatt att minska. För riket är antalet 228 per 1 000 invånare år 2020. Det finns variationer mellan regionerna men antalet har minskat i samtliga regioner mellan 2019 och 2020. Alla regioner utom en uppnådde det nationella målet om högst 250 recept per 1 000 invånare.

Antibiotikaanvändningen är högre bland kvinnor än bland män – 275 respektive 183 uttag per 1 000 invånare 2020.

Figur 3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, ålderstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare



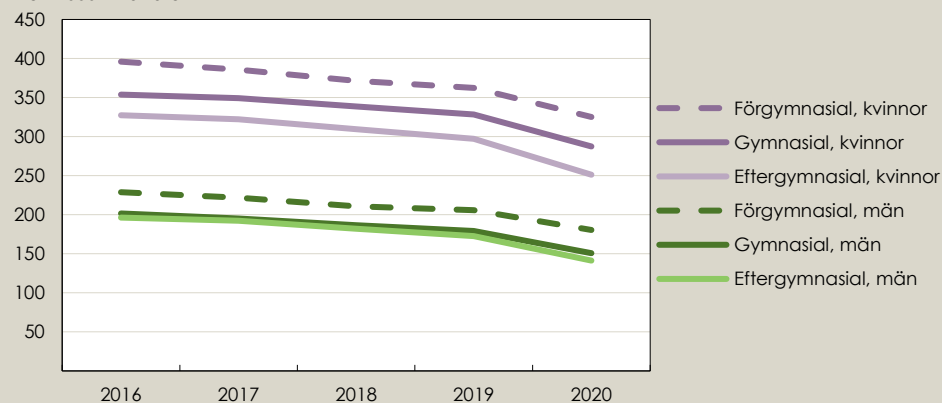
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Användningen av antibiotika varierar också mellan utbildningsgrupper, där personer med kortare utbildning använder antibiotika i större utsträckning jämfört med personer med längre utbildning.

Figur 4. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, 30–64 år, ålderstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läs mer om antibiotikaresistenta bakterier i fördjupningsavsnittet om patientsäkerhet.

LÄS
MER!

4. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

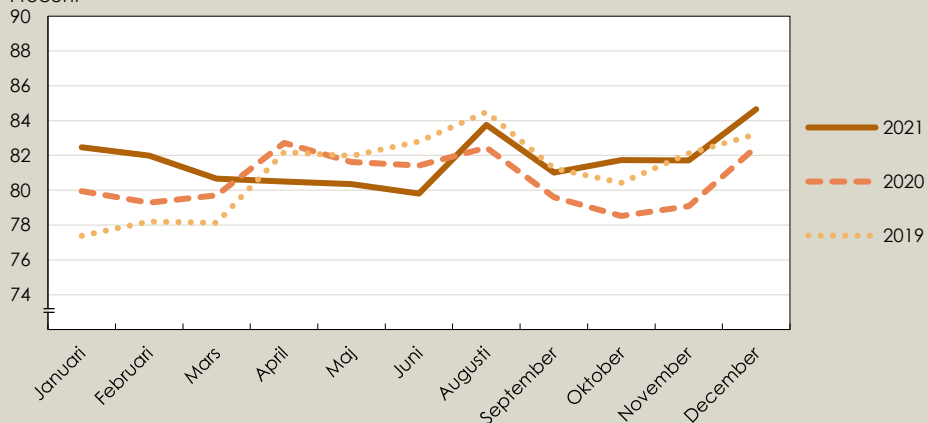
Indikatorn speglar andelen patienter som fått en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom 3 dagar. Indikatorn är baserad på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen och är hämtad från Väntetider i vården (SKR). Patienter som blivit erbjudna en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns men som själva valt att vänta längre tid är exkluderade.

Andelen som har fått en medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar varierar mellan 77 och 85 procent under perioden mellan januari 2019 och december 2021. Det går inte att utläsa någon tydlig trend gällande ökning eller minskning över tid. Rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen är komplett för alla 21 regioner samtliga månader för perioden 2020–2021. För 2019 varierar inrapporteringen för enskilda regioner enskilda månader vilket innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Figur 5. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

Andel patienter som fått medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar.

Procent



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

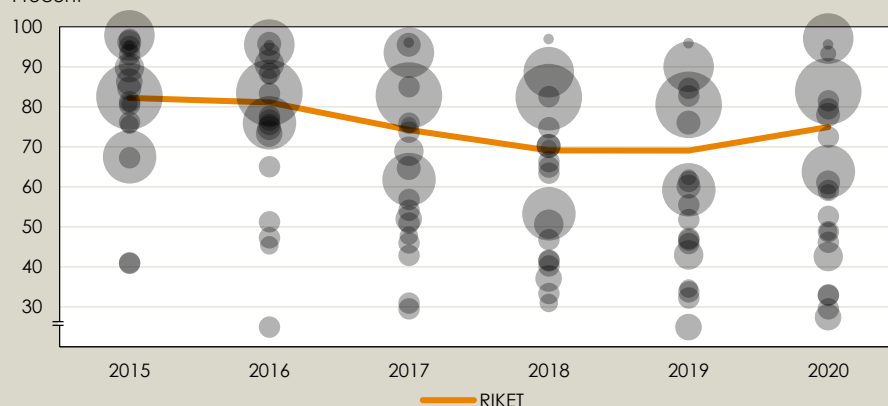
5. Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri

Indikatorn speglar andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Indikatorn är baserad på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen och är hämtad från Väntetider i vården (SKR). Patienter som blivit erbjudna en kontakt men som själva valt att vänta längre tid är exkluderade.

Andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar minskade under ett antal år, för att sedan öka från 69 procent 2019 till 75 procent 2020. Skillnaderna mellan regionerna är tydliga, och 2020 varierade andelarna mellan 27 och 97 procent. Ökningen 2020 kan ses i flera regioner. Det kan finnas olika förklaringar till ökningen, till exempel ett förändrat söktryck och utökad användning av digitala arbetssätt till följd av pandemin.

Figur 6. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri. Procent



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Läs mer om barn- och ungdomspsykiatri i fördjupningsavsnittet om psykisk hälsa och psykiatrisk vård.

LÄS
MER!

6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Indikatorn visar antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten. Uppgifterna kommer från Vården i siffror (SKR).

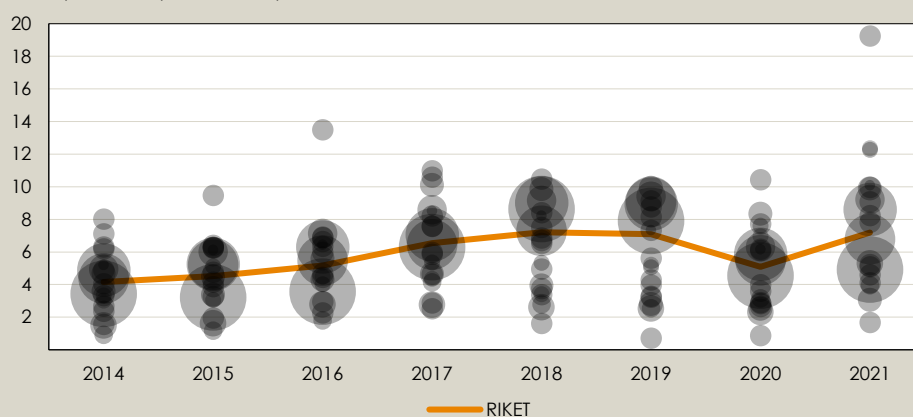
På nationell nivå minskade antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter år 2020, för att åter öka 2021. Den speciella situationen under pandemin, bland annat med uppskjuten vård, kan ha haft stor påverkan på dessa siffror. Under pandemins första år påverkades bland annat vårdkontakter och planerade behandlingar såsom kirurgiska ingrepp, och särskilda vårdplatser upprättades för att vårda patienter med covid-19.

Det finns stora skillnader mellan regionerna, och 2021 varierade antalet mellan 2 och 19 överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser.

Figur 7. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

Antal per 100 disponibla vårdplatser



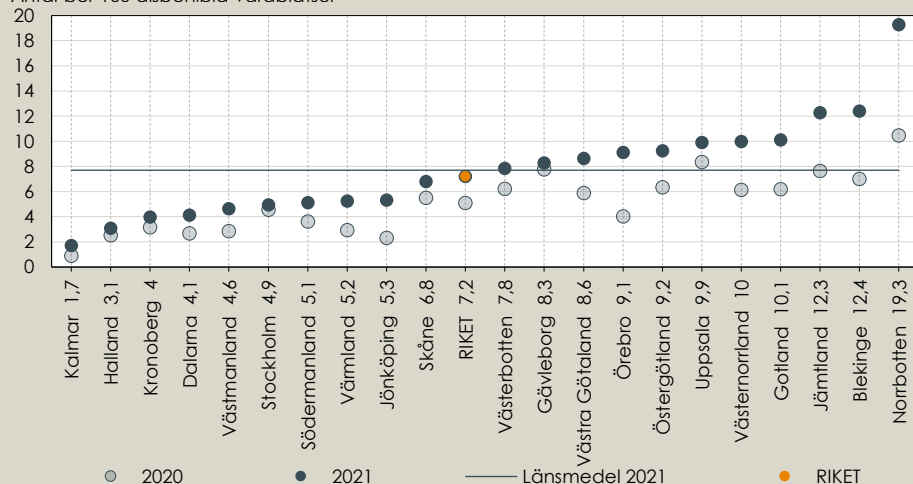
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Figuren nedan visar att det är skillnad både mellan och inom regioner. Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat i alla regioner mellan 2020 och 2021.

Figur 8. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

Antal per 100 disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

7. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

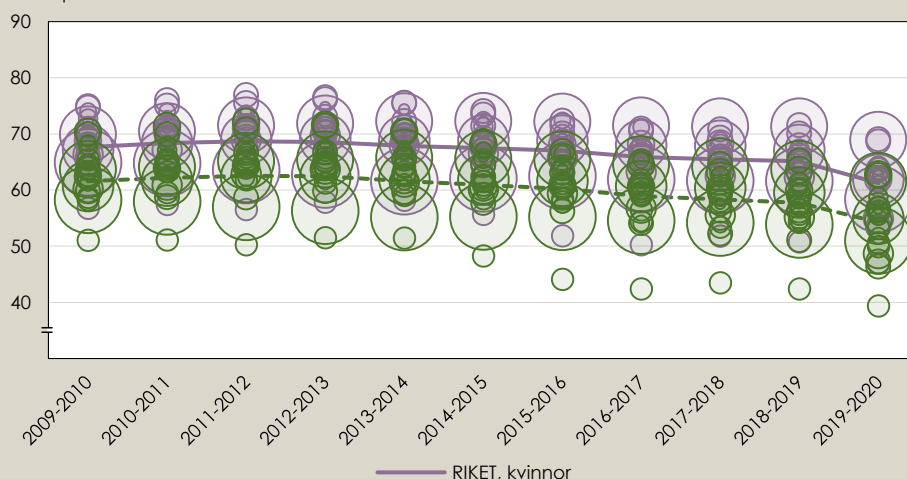
Indikatorn visar antalet personer per 100 invånare 24 år och äldre som fått en basundersökning i tandvården utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Värdena är åldersstandardiserade.

År 2020 syns en minskning i antalet personer som genomgått en tandvårdsundersökning under den senaste tvåårsperioden. Minskningen 2020 syns i samtliga 21 regioner. Den kan antas vara kopplad till pandemin, då flera tandvårdsverksamheter stängde eller begränsade sin verksamhet under delar av 2020, och patienter undvek att söka sig till tandvården [2].

Figur 9. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 invånare



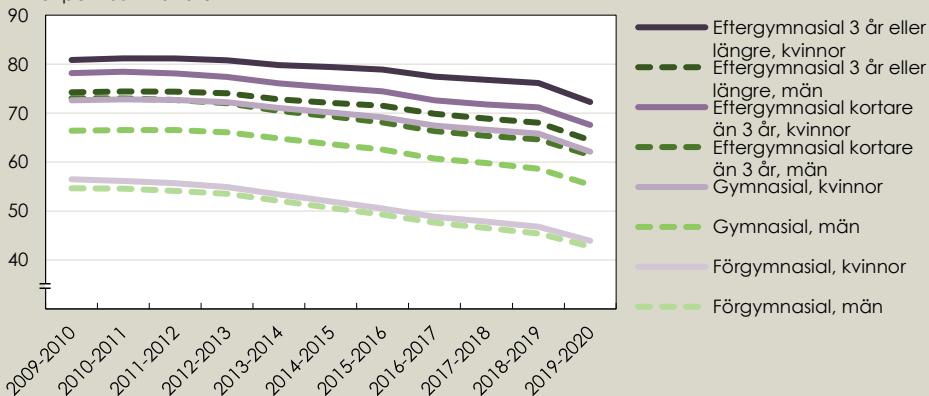
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Andelen som besökt tandvården för en undersökning inom den senaste tvåårsperioden varierar också mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. År 2020 hade 43 av 100 kvinnor och män och med längst förgymnasial utbildning fått en undersökning utförd inom en tvåårsperiod. Det kan jämföras med siffrorna 72 och 64 bland kvinnor respektive män som har en eftergymnasial utbildning som är längre än tre år.

Figur 10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 invånare



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Läs mer om tillgänglighet till tandvård i fördjupningsavsnittet om tandvård och munhälsa.

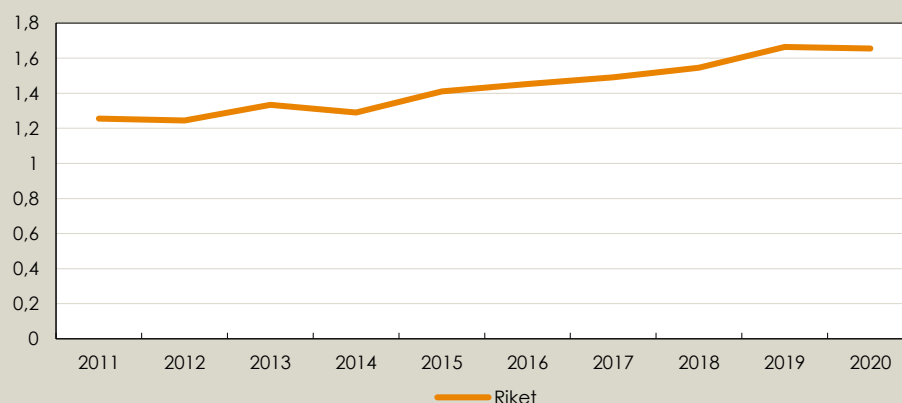
8. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Indikatorn visar andelen barn som efter födelsen har låg Apgar-poäng, ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvaransvärt att ha höga Apgar-poäng. I indikatorn definieras låg Apgar-poäng som lägre än 7 poäng vid fem minuters ålder. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens medicinska födelseregister.

Indikatorn visar att andelen barn med lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder var 1,7 procent 2020. Det motsvarar ungefär 1 850 barn av de 112 000 som föddes under året. Här ses en försämring över tid vilket innebär att fler nyfödda barn har låga Apgar-poäng.

Figur 11. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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

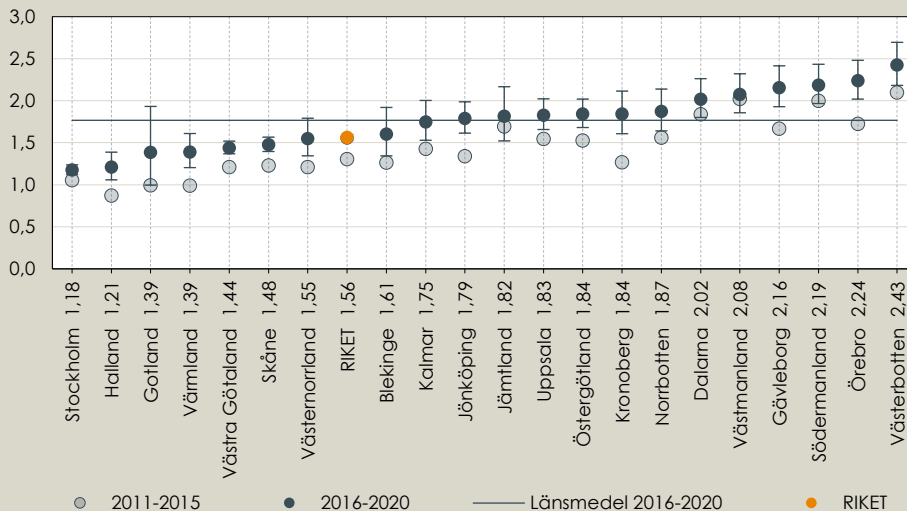


Här är också stora variationer mellan regionerna. Under åren 2016–2020 varierade andelen nyfödda med låg Apgar-poäng mellan 1,2 och 2,4 procent i de olika regionerna. Figuren nedan visar en jämförelse mellan perioderna 2011–2015 och 2016–2020 per region. Statistiskt säkerställda försämringar kan ses i nästan alla regioner.

Figur 12. Hälsofyllstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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

Procent



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Läs mer om förlossningsvård i fördjupningsavsnittet om kvinnors vård och hälsa.

LÄS
MER!

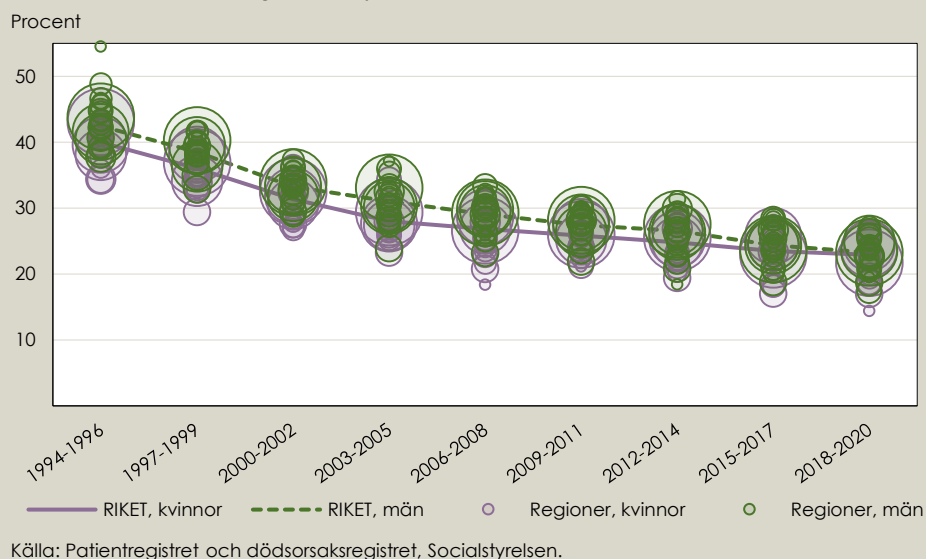
9. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Indikatorn visar andelen personer som avlidit inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller *case fatality*) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mäter kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Uppgifterna är hämtade i dödsorsaksregistret eller i patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som avled utan att ha hunnit vårdats på sjukhus ingår. Värdena är ålders-standardiserade.

Sedan 1990-talet har andelen som dött inom 28 dagar efter hjärtinfarkt kontinuerligt minskat. En större andel av män med hjärtinfarkt har avlidit jämfört med kvinnor, men skillnaderna mellan könen har minskat över tid. Under den senaste mätperioden avled 23,3 procent av männen respektive 22,9 procent av kvinnorna inom 28 dagar.

Figur 13. Dödlighet efter hjärtinfarkt

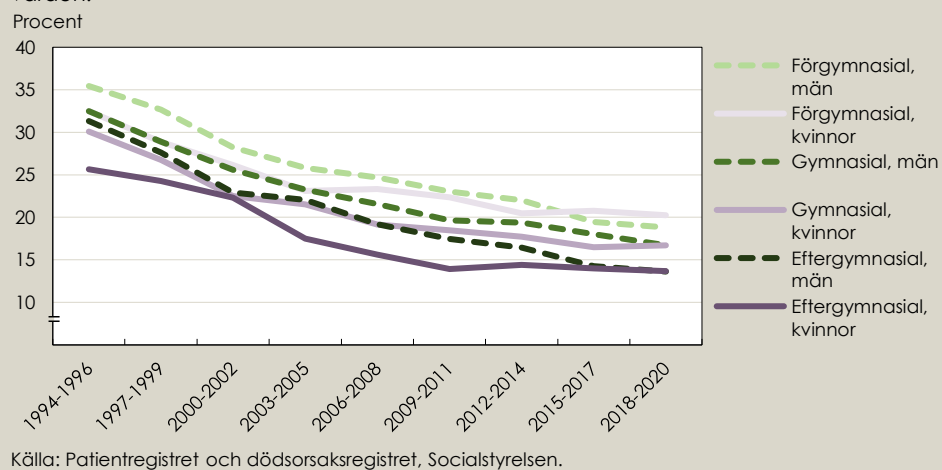
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Vid jämförelse av dödlighet i hjärtinfarkt bland olika utbildningsgrupper avgränsas åldern till 35–79 år, vilket ger generellt lägre nivå för andelen döda inom 90 dagar. För både kvinnor och män gäller att dödligheten efter hjärtinfarkt är högre bland personer med kortare utbildning.

Figur 14. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda i åldern 35–79 år inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



10. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

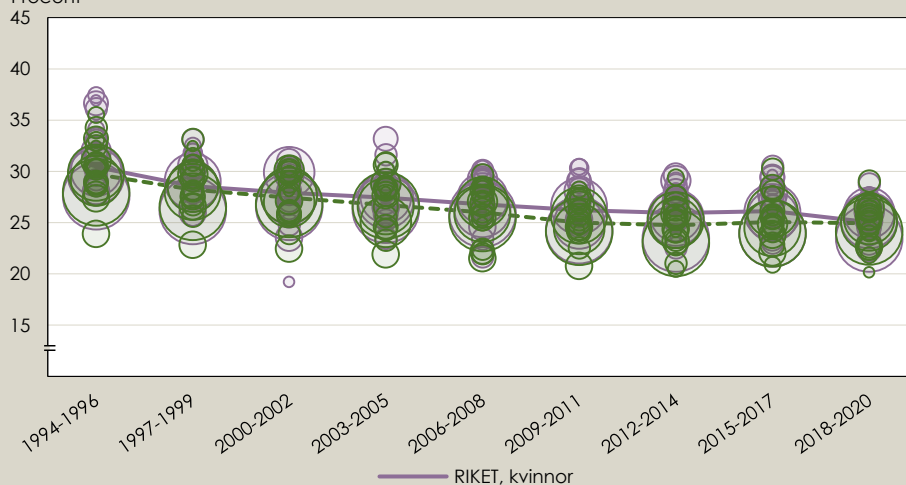
Måttet visar andelen personer som dött inom 90 dagar efter förstagångsstroke. Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Indikatorn syftar till att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Uppgifterna är hämtade i dödsorsaksregistret eller i patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som avled utan att ha hunnit vårdats på sjukhus ingår. Värdena är åldersstandardiserade.

På längre sikt har dödligheten efter förstagångsstroke minskat men under de senaste åren har andelen legat på ungefär samma nivå. För alla mätperioder i jämförelsen är den åldersstandardiserade dödligheten inom 90 dagar något högre bland kvinnor än bland män i riket.

Figur 15. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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

Procent



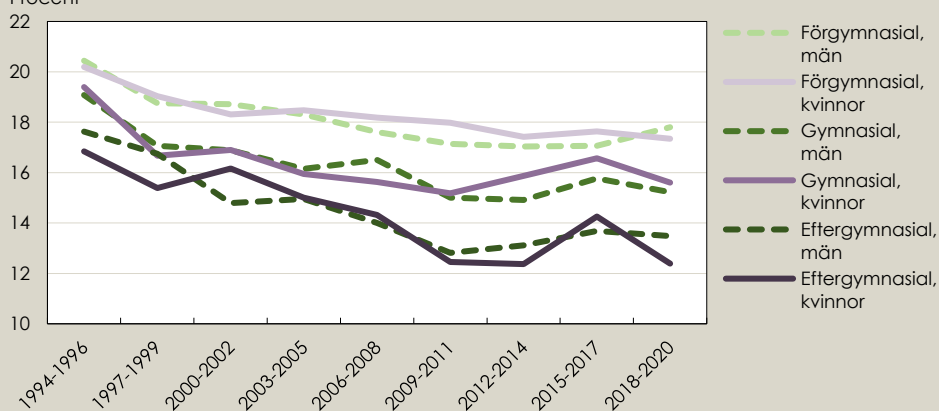
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vid jämförelse av dödlighet i stroke bland olika utbildningsgrupper avgränsas åldern till 35–79 år, vilket ger generellt lägre nivå för andelen döda inom 90 dagar. En större andel bland personer med kortare utbildning dör inom 90 dagar efter en förstagångsstroke jämfört med personer med längre utbildning.

Figur 16. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Andel döda i åldern 35-79 år inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

11. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. Indikatorn visar dödligheten i cancer jämfört med dödligheten generellt i befolkningen. Värden på 100 skulle innebära att dödligheten inte överstiger den generella dödligheten i befolkningen, medan värden under 100 betyder att dödligheten är högre bland personer med cancer. Värdena är åldersstandardiserade.

Indikatorn visar att överlevnaden fem år efter diagnostiserad cancersjukdom har ökat över tid. År 2000–2004 var den relativa femårsöverlevnaden ungefär 50 procent, medan samma siffra för 2015–2019 är 62 procent för båda könen. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar. Femårsöverlevnaden bland kvinnor är högre än den bland män.

Figur 17. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden. Procent



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Läs mer om cancer i fördjupningsavsnittet om cancersjukdomar.

LÄS
MER!

12. Själv mord i befolkningen

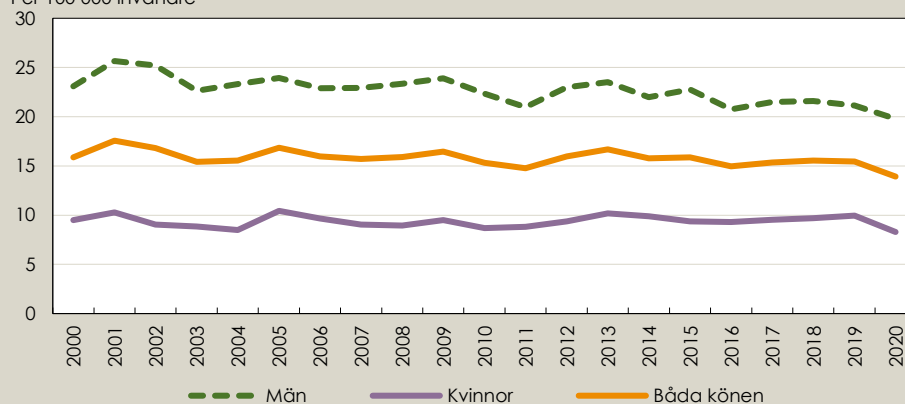
Indikatorn visar antalet personer per 100 000 invånare som avlidit i självmord. Indikatorn utgörs både av konstaterade självmord samt dödsfall med oklar avsikt. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Rikets värde för båda könen 2020 är 14 per 100 000 invånare. Själv mord är dock dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. För 2020 var värdet per 100 000 kvinnor drygt 8 och för män nästan 20. Rikets värde varierar för enskilda år men för den uppföljda tjugoförårsperioden är det förhållandevis konstant.

Figur 18. Själv mord i befolkningen

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

Per 100 000 invånare



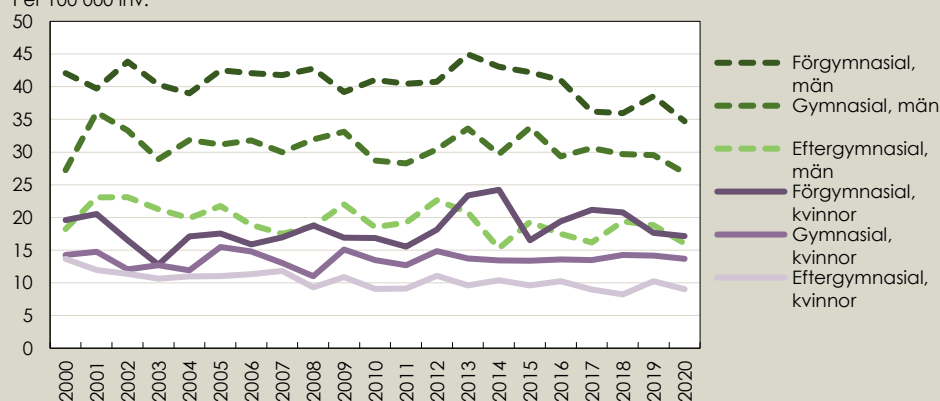
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Själv mordsfrekvensen varierar också mellan olika utbildningsgrupper, där personer med kortare utbildning har en högre själv mordsfrekvens jämfört med personer med längre utbildning.

Figur 19. Själv mord i befolkningen

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

Per 100 000 inv.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

LÄS
MER!

Läs mer om självmord i fördjupningsavsnittet om psykisk hälsa och psykiatrisk vård.

13. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

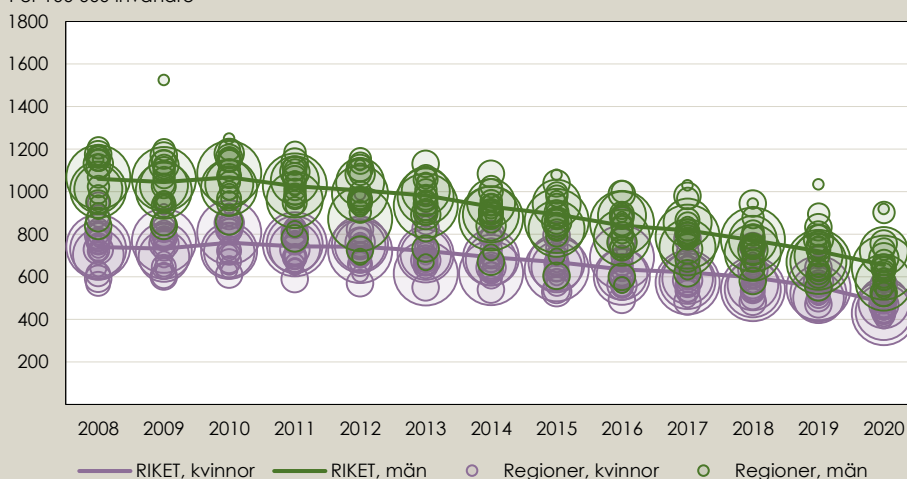
Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Dessa kroniska sjukdomstillstånd kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård och behovet av slutenvård kan minskas vid optimalt omhändertagande och stöd. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens patientregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Över tid har antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare minskat. För båda könen i hela riket var antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare 557. Generellt sett vårdas män inom slutenvården i större utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. För riket 2020 var värdet för män 656 och för kvinnor 479.

Figur 20. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

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

Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

14. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

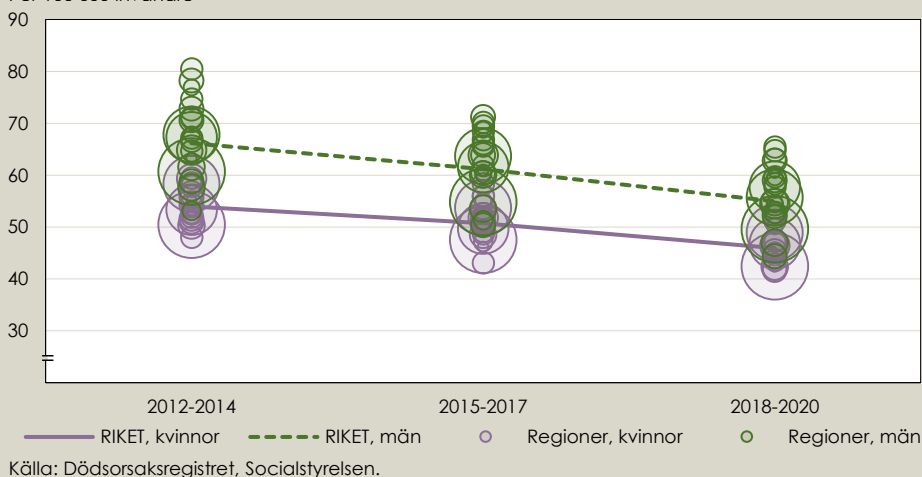
Indikatorn speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som särskilt bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. OECD och Eurostat har enats kring utformningen av måttet. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och visar antal per 100 000 invånare. Värdena är åldersstandardiserade.

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har minskat under perioden 2000–2020. Sammantaget är värdet för män högre än för kvinnor. Även om det förekommer könsspecifika dödsorsaker går merparten av skillnaden att härleda till stora folksjukdomar där den åldersstandardiserade dödligheten är högre bland män. Till stor del beror minskningarna på att dödlighet i hjärtinfarkt och stroke gått ned [3, 4].

Figur 21. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

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

Per 100 000 invånare

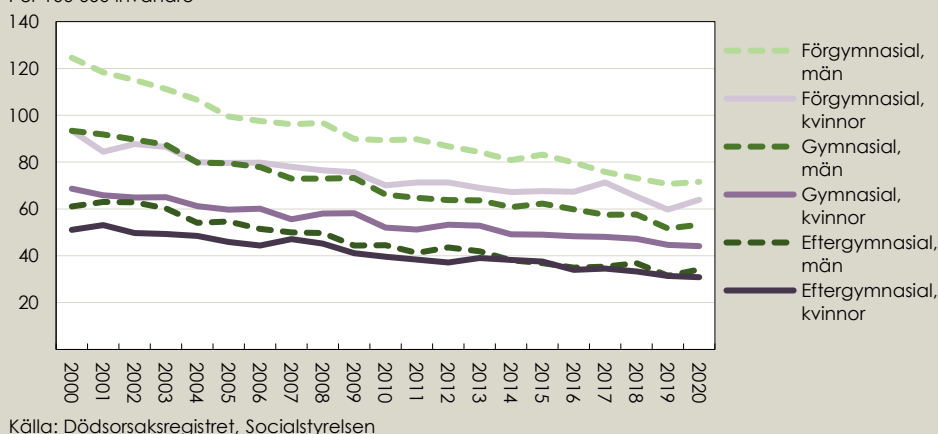


Dödligheten som fångas av indikatorn är högre bland personer med kortare utbildning. Männerna har också närmat sig kvinnornas värden inom respektive utbildningsgrupp⁴.

Figur 22. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 35–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



⁴ Värdena för jämförelsen mellan utbildningsnivåer är generellt högre eftersom åldersavgränsningen är högre och att åldersstandardiseringen sker utifrån fördelningen i utbildningsregistret. Rikets och länens värden standardiseras efter OECD:s standardbefolkning, som har en yngre struktur än den svenska befolkningen.

Utbrott av covid-19

Under både 2020 och 2021 har hälso- och sjukvården och tandvården i hög grad påverkats av pandemin. I detta fördjupningsavsnitt om utbrottet av covid-19 beskrivs översiktligt pandemins utveckling, dess påverkan på befolkningen och på hälso- och sjukvården. Specifika effekter av covid-19 inom olika vårdområden beskrivs dessutom i andra fördjupningsavsnitt i rapporten. Pandemins påverkan på tandvården beskrivs i avsnittet om tandvård och munhälsa.

Iakttagelser i korthet

- Kunskapsläget kring covid-19 har utvecklats snabbt och hälso- och sjukvården har blivit bättre på att hantera sjukdomen.
- Hälso- och sjukvården har ställt om för att hantera pandemin men kapaciteten har inte räckt till och uppdämda vårdbehov kvarstår inom andra vårdområden.
- Pandemin och dess konsekvenser i samhället har drabbat vissa grupper värre än andra och riskerar att leda till att ojämlikheter i hälsan förstärks. Barns utsatthet har förstärkts.
- Många äldre och andra personer i riskgrupp avstod från att söka vård under 2020 trots behov.
- Pandemin har medfört stora omställningar och en belastning på personalen i hälso- och sjukvården.

Pandemins utveckling

Antalet vårdade på sjukhus har minskat

Under 2020 och 2021 har 74 950 personer med covid-19 vårdats inom slutenvården.⁵ Under andra halvåret 2021 syns en kraftig minskning i antalet vårdade på sjukhus jämfört med tidigare under pandemin. Även om smittspridningen ökade under slutet av 2021 var beläggningen inom slutenvården betydligt lägre än under tidigare perioder av hög smittspridning [5]. Den utvecklingen kan till stor del härledas till den omfattande vaccinationsinsats som inleddes under året.

Mer kunskap om riskfaktorer

Den främsta riskfaktorn för att drabbas av allvarligare symtom vid smitta av coronaviruset är hög ålder. Äldre personer och personer med vissa underliggande sjukdomar löper högre risk att drabbas av allvarligare symtom än andra grupper. Socialstyrelsen har identifierat ett flertal sjukdomar och

⁵ Siffrorna är preliminära (2022-01-25) och fler inskrivningar i slutenvård kan tillkomma i takt med inrapportering till patientregistret.

tillstånd som innebär en ökad risk för att bli allvarligt sjuk i covid-19. Dit hör exempelvis cancersjukdom, hjärt-kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes, kronisk leversjukdom, diagnosen fetma (BMI 40 eller högre), kronisk lungsjukdom, immunbristsjukdom, flerfunktionsnedsättning, graviditet från graviditetsvecka 20, Downs syndrom (trisomi 21), schizofreni eller bipolär sjukdom och stroke [6].

Dödligheten i covid-19 har minskat

Under 2021 och 2021 avled 14 730 personer i covid-19 i Sverige enligt den preliminära statistiken om dödsorsaker.⁶ Uppgifterna är baserade på dödsorsaksintyg som rapporteras in till Socialstyrelsen. Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Under andra halvan av 2021 har dödligheten i sjukdomen minskat [7].

Av alla som avlidit i covid-19 under 2020 och 2021 är 55 procent män, och 45 procent är kvinnor. Majoriteten (88 procent) av alla som avlidit i sjukdomen är över 70 år, och två av tre (66 procent) har bott på särskilt boende eller haft hemtjänst [7].

Andelen som avlidit efter inskrivning i slutenvård med covid-19 har minskat. Toppen var i mars 2020 då pandemin började, och därefter har dödligheten sjunkit successivt. Under hösten och vintern 2020 steg dödligheten igen, men då var också sammansättningen av patienter förändrad med en större andel av de inskrivna i åldern 80 år och äldre [8].

Kunskapsläget om postcovid under utveckling

En del får postinfektiöst tillstånd efter covid-19, kallat postcovid. De har fortfarande symtom efter att infektionen är över, eller får nya symtom senare. För de flesta avtar symtomen gradvis, men vissa behöver utredning, behandling och rehabilitering. De vanligaste diagnoserna som rapporterats i samband med postcovid är nedsatt lungfunktion/problem med andning, hjärntrötthet/kognitiv nedsättning och smärta [9]. De flesta kan få vård i primärvården men ibland krävs också specialiserad vård, vilket ställer krav på samverkan mellan olika vårdnivåer. En del patienter har också behov av multiprofessionella team som är specialiserade på allvarliga och särskilt funktionsnedsättande symtom vid postcovid [10].

Det är svårt att veta hur många som får postcovid. Alla som har symtom efter genomgången sjukdom i covid-19 söker sig inte till vården, och det finns inte heltäckande statistik om patienter i primärvården. Från oktober 2020 till och med oktober 2021 hade drygt 16 000 patienter fått postcovid-diagnos i den offentligt drivna primärvården, enligt en särskild statistikinsamling från regionerna som Socialstyrelsen genomfört [11]. Under samma period hade knappt 6 000 patienter med postcovid-diagnos rapporterats till Socialstyrelsens patientregister, vilket omfattar patienter i den specialiserade vården. Antalet vårdkontakter där diagnosen postcovid registrerades ökade stadigt sedan diagnosen infördes i mitten av oktober 2020 och nådde en topp i maj 2021 [11].

⁶ Siffrorna är preliminära (2022-01-25) och fler dödsfall kan tillkomma när fler inrapporterade dödsorsaksintyg inkommer till Socialstyrelsen.

Kunskapsläget kring kvarstående eller sena symtom efter covid-19 har utvecklats snabbt. Socialstyrelsen har under 2021 tagit fram tre kunskapsstöd om postcovid och ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd [10, 12, 13]. Exempelvis har ett övergripande kunskapsstöd med rekommendationer om vård vid postcovid, inklusive rehabilitering, tagits fram [10].

Ett omfattande vaccinationsarbete pågår

Den 27 december 2020 inleddes en omfattande vaccinationsinsats mot covid-19. Inledningsvis erbjöds vaccin till de personer som löpte störst risk att drabbas av allvarlig sjukdom och död. Därefter utvidgades vaccinationsarbetet successivt enligt de prioriteringsprinciper som Folkhälsomyndigheten tagit fram och uppdaterat. Vid slutet av 2021⁷ var 82 procent av befolkningen 12 år och äldre vaccinerade med två doser, och 30 procent med tre doser [14].

Staten och SKR har tecknat överenskommelser om genomförandet av vaccineringen, där bland annat ansvarsfördelning och ekonomisk ersättning till regionerna behandlas. Vaccinationstäckningen skiljer sig åt mellan olika grupper. Folkhälsomyndigheten har exempelvis konstaterat att täckningsgraden är lägre bland personer med låg inkomst, utrikesfödda och personer med kort utbildning. Arbete pågår, både nationellt och regionalt, för att nå ut med information till grupper med låg vaccinationstäckning [15]. Regioner ska också genomföra anpassade kommunikationsinsatser så att personer med funktionsnedsättningar eller som ej har svenska som modersmål kan ta till sig informationen [16].

Svårt att jämföra mellan länder

Det är svårt att jämföra pandemins utveckling mellan länder. Det beror i stor utsträckning på att man testar och registrerar smittade och avlidna på olika sätt. Enligt OECD:s statistik hade Sverige ett något högre kumulativt antal smittade per 100 000 invånare än genomsnittet under perioden januari 2020–oktober 2021 [17].

Särskilt svårt att jämföra internationellt är hur många som har dött i covid-19. Det beror bland annat på att vissa länder inte registrerat patienter som avlidit utanför sjukhusvården, och att man gör olika val i fråga om att registrera enbart dödsfall där covid-19 var huvudsaklig dödsorsak eller registrera alla avlidna som hade sjukdomen [17]. Ett mer robust mått är överdödlighet. I Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik framkommer att covid-19 bidrog till att drygt 7 000 fler dog i Sverige 2020 jämfört med åren 2015–2019 [18, 19]. Den beräknade överdödligheten 2020 var lägre i Sverige (5 procent) än OECD-genomsnittet (11 procent) [17].

Pandemins påverkan på befolkningen

Pandemin riskerar att leda till mer ojämlikhet i hälsa

Både covid-19 och smittskyddsåtgärderna till följd av coronaviruset riskerar att leda till att olikheter i hälsa i befolkningen förstärks. Olika uppföljningar,

⁷ T.o.m. 30 december 2021.

både i Sverige och internationellt, har visat att risken för att drabbas av svår sjukdom och död i samband med covid-19 har samband med olika socioekonomiska faktorer och födelseland [17-21].

En större andel av utrikesfödda har insjuknat, vårdats i intensivvården och dött i covid-19 jämfört med svenskfödda. Om man justerar för inkomst och boendeförhållanden minskar skillnaderna dock för vissa grupper av utrikesfödda [20]. En studie från Stockholms län har visat att inkomst är den socioekonomiska variabel som förklarar mest variation i covid-19-dödligheten bland länets befolkning [21]. Det finns även ett stabilt samband mellan att ha ett yrke som inte medger hemarbete och risken att slutenvårdas för covid-19 [21].

Redan före pandemin fanns det tecken på att den ojämlika hälsan ökar över tid, och pandemins konsekvenser kan komma att förstärka dessa ojämlikheter [22]. Det finns grupper som generellt har en förhöjd risk att drabbas av ohälsa på grund av mer utsatta livsvillkor eller levnadsförhållanden. Det gäller till exempel barn och unga som lever i familjer med psykisk ohälsa, beroende och/eller våld, personer (framför allt kvinnor) som är utsatta för våld i nära relationer, personer med psykisk ohälsa och/eller beroendeproblematik, personer i hemlöshet, personer med migranterfarenhet, hbtqi-personer och personer med funktionsnedsättningar [22].

De samhällsåtgärder som har vidtagits på grund av pandemin har påverkat de flesta, men äldre och andra personer i riskgrupper för covid-19 har drabbats mer än andra. Bland annat har isoleringen ökat, exempelvis på grund av besöksförbud på äldreboenden [22, 23]. *Läs mer i Socialstyrelsens lägesrapport om vård och omsorg för äldre.*

LÄS
MER!

Barn och unga i utsatthet har särskilt påverkats

Det är få barn som drabbas av allvarlig sjukdom och död i covid-19, men däremot har barn och unga påverkats av pandemins konsekvenser i samhället [22]. Smittskyddsåtgärder och restriktioner har förändrat många barns vardag, och tillgången till skyddsfaktorer såsom skola, sociala sammanhang och trygga vuxna utanför hemmet har minskat. Många barns utsatthet i hemmet har förstärkts, vilket har märkts i samtalen till Bris. Samtal om ångest och suicid har ökat, och det som barn upplever som särskilt jobbigt är ovissheten om när pandemin kommer att vara över [24]. Bris bedömning är att pandemin varit särskilt påtaglig för barn som lever i en utsatt situation i hemmet, exempelvis med föräldrar med psykisk ohälsa eller med våld i familjen. *Läs mer om barns psykiska hälsa i fördjupningsavsnittet om psykisk hälsa och psykiatrisk vård.*

LÄS
MER!

Uppdämda vårdbehov

Inställda eller uppskjutna vårdbesök

Utbrottet av covid-19 har lett till ett ansträngt läge för Sveriges hälso- och sjukvårdssystem. För att möjliggöra vård av covid-19-patienter har akut- och intensivvårdskapaciteten utökats, och vård som kan vänta har minskats för att

göra plats och frigöra personal. Patienter har också avstått från vård. Det har lett till inställda eller uppskjutna vårdbesök och vårdåtgärder.

Socialstyrelsens analyser av pandemins påverkan på vården och uppdämda vårdbehov [25-27] visar bland annat:

- Pandemin har totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården.
- Effekterna var som störst under den första vågens tidiga månader april–maj 2020, både för primärvården och den specialiserade vården. Under hösten 2020 lyckades regionerna återuppta arbetet med stora delar av de köer som uppstått under våren samma år. Vårdkontaktarna i primärvården återhämtade sig mer än i den specialiserade vården.
- Färre operationer och dagkirurgiska åtgärder har genomförts under pandemin. Minskningen var som störst under första vågen, särskilt under april–maj 2020. Under perioden mars 2020–november 2021 har sex procent färre operationer genomförts i slutenvården än normalt. Från och med den tredje vågen februari–juni 2021 har en viss ökning skett för dagkirurgiska åtgärder.
- Sammantaget har antalet väntande patienter ökat under pandemin och det är väntetiderna på operation eller åtgärd som har ökat mest.
- Det är i nuläget svårt att mäta och utvärdera alla konsekvenser av covid-19 inom den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamheter som har prioriterats ner, pausats eller upphört under pandemin inkluderar riskförebyggande arbete, rehabiliteringsinsatser, förbättrings- och kvalitetsarbete samt utbildningsinsatser och kompetenshöjande insatser. [25-27]

Kapaciteten har inte räckt till

Den akut nödvändiga vården har i stor utsträckning kunnat upprätthållas under pandemin, men hälso- och sjukvårdens kapacitet har inte räckt till för att klara av andra vårdbehov och preventiva insatser. Den slutsatsen dras i Socialstyrelsens samlade lägesbild och analys av uppdämda vårdbehov till följd av pandemin [25]. Hälso- och sjukvården arbetar med en rad åtgärder för att ta hand om de uppdämda vårdbehoven och uppnå normal kapacitet.

Även om inte all hälso- och sjukvård som har skjutits upp hittills under pandemin kommer behöva tas igen kommer dessa uppdämda behov fortsätta att påverka hälso- och sjukvården under en tid framöver. Under den senaste perioden har vägen mot ett önskat läge påverkats av olika faktorer såsom kvarvarande kompetensbrist för vissa personalkategorier, brist på vårdplatser, behov av påfyllnadsdos av vaccin mot covid-19 på grund av nya virusvarianter samt omställning för att hantera covid-19-vården. Också faktorer såsom sjukfrånvaro bland vårdpersonal och andra infektioner såsom säsongsinflensa och RS-virus leder till ytterligare belastning på vården vilket påverkar förutsättningarna framåt [27].

Vissa har undvikit att söka vård trots behov

Under 2020 minskade både efterfrågan och utbudet på annat än covid-19-vård, till följd av pandemin. Många har undvikit att söka vård trots att de skulle behöva det. Det kan både handla om en ovilja att belasta vården och

om en rädsla för att smittas av covid-19 i samband med vårdbesöket [28]. Äldre är den grupp som i störst utsträckning känt oro och undvikit att söka vård. Det är svårt att bedöma hur många som fortsatt undviker att söka vård med anledning av pandemin, men antalet tycks minska [26].

Följsamhet till nationella riktlinjer varierar

Vårdens följsamhet till flera nationella riktlinjer⁸ har blivit sämre under pandemin. Det visar en utvärdering från Socialstyrelsen [29] av ett urval åtgärder inom de nationella riktlinjeområdena. Överlag har patienter med kroniska sjukdomar kunnat få akuta insatser, medan årliga läkarbesök och kontroller har minskat mer. Följsamheten till riktlinjerna varierar också mellan regionerna.

Utvärderingen visar bland annat att färre patienter med astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) fått sin lungfunktion mätt med spirometri; att en mindre andel av diabetiker fått regelbundna kontroller och att demensutredningarna minskade 2020 jämfört med 2019. Det finns också områden, till exempel hjärtsjukvården, där följsamheten generellt har kunnat upprätthållas under pandemin. Exempelvis har patienter med klaffsjukdom fått planerad kirurgi i ungefär samma utsträckning som tidigare och akutsjukvården vid hjärtinfarkt har upprätthållits [29].

Stor påverkan på personal och kompetensförsörjning

För vårdpersonalen har pandemin inneburit en stor omställning.

- För många har arbetslivet präglats av längre arbetspass, kortare tid för återhämtning, frekventa schemabyten, krislägesavtal, etisk stress och ovana av att jobba med covid-19-patienter. Det påverkar också förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens kapacitet framåt [25, 26, 30].
- Fler söker till vårdutbildningar. Exempelvis ökade antalet sökande till sjuksköterskeprogrammen med 31 procent höstterminen 2020 jämfört med året innan, och ökade vidare med knappt 9 procent till hösten 2021 [31].
- Andelen heltidsanställda ökar i kommuner och regioner [32].
- Pandemin har påverkat kompetensförsörjningen. Redan innan pandemin fanns kända utmaningar för vårdens kompetensförsörjning, exempelvis brist på vissa specialistkompetenser och svårighet att rekrytera utbildad personal. Covid-19-pandemin har bidragit till att göra utmaningarna ännu tydligare [30].

Barnhälsovårdens verksamhet under pandemin

Barnhälsovården (BHV) har till viss del kunnat upprätthålla sin verksamhet under pandemin. Exempelvis har barnvaccinationsprogrammet i stor utsträckning fullföljts [22, 33], och mottagningsbesök har i flera fall kunnat fortsätta som vanligt [33]. Folkhälsomyndigheten konstaterar att det i

⁸ De riktlinjeområden som ingår i analysen är astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, epilepsi, endometrios, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar, schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke samt tandvård.

huvudsak är rutinbesök inom BHV för äldre barn, samt drop-in-mottagningar som har minskat under pandemin. Samtidigt har hembesök genomförts i varierande utsträckning.

SKR skriver i en analys av påverkan på BHV under pandemins första halvår att den på övergripande nivå lyckats utföra sitt uppdrag väl. Barnhälsovården som kontaktpunkt har blivit särskilt viktig när andra typer av verksamheter stängt ner [33].

Pandemin riskerar att förstärka ojämlikheter i barns förutsättningar för hälsa och leda till ökade behov av insatser i BHV, exempelvis i fråga om levnadsvanor, då fler barn kan ha utvecklat övervikt eller fetma. Dessutom kan barnens språkutveckling ha påverkats av minskad närvaro på förskolan och begränsade sociala kontakter under pandemin [34].

Pandemin har ytterligare aktualiserat behovet av handlingsberedskap vid kris

Hanteringen av pandemin har krävt stora ansträngningar av hälso- och sjukvården i hela Sverige. För att kunna hålla belastningen jämn i regionerna och nyttja landets samlade resurser optimalt har det funnits behov av nationell samordning. Socialstyrelsen har bland annat arbetat med att samordna intensivvården, köpa in och fördela skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel, sammanställa nationella lägesbilder och prognoser samt planera för olika scenarier.

Pandemin har ytterligare aktualiserat behovet av en handlingsberedskap för att hantera ett plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter till landets hälso- och sjukvård som uppstår vid masskadehändelser och andra kriser eller ytterst krig.

Psykisk hälsa och psykiatrisk vård

I detta fördjupningsavsnitt beskrivs befolkningens psykiska hälsa och dess utveckling samt användningen av och tillgången till psykiatrisk vård. Avsnittet innehåller utvecklingen av psykiskt välbefinnande och psykiska besvär i befolkningen, vård för psykiatriska tillstånd, missbruks- och beroendevård samt pandemins inverkan på den psykiska hälsan och den psykiatriska vården. Inledningsvis beskrivs paraplybegreppet psykisk hälsa.

Iakttagelser i korthet

- Majoriteten av befolkningen har ett gott välbefinnande, men unga kvinnor är den grupp som uppger att de har mest psykiska besvär såsom stress, oro och ångest. Fler kvinnor än män uppger att de har tankar på att ta sitt liv, men självmordsfrekvensen är dubbelt så hög bland män som bland kvinnor.
- Antalet personer som vårdats för ett psykiatriskt tillstånd i öppenvården har ökat under de senaste tio åren. Antalet som slutenvårdats för psykiatriska tillstånd har däremot varit stabilt.
- Det har skett en ökning av antalet personer som vårdas för narkotikarelaterade tillstånd inom både öppen- och slutenvård. Totalt 52 procent av männen och 65 procent av kvinnorna som vårdades för substansrelaterade problem 2020 hade minst en annan psykiatrisk diagnos.
- Tidiga studier har visat att pandemin inte har fått någon mätbar effekt på vuxnas psykiska hälsa. Smittskyddsåtgärderna har dock haft stor påverkan på barns vardag.

Paraplybegreppet psykisk hälsa

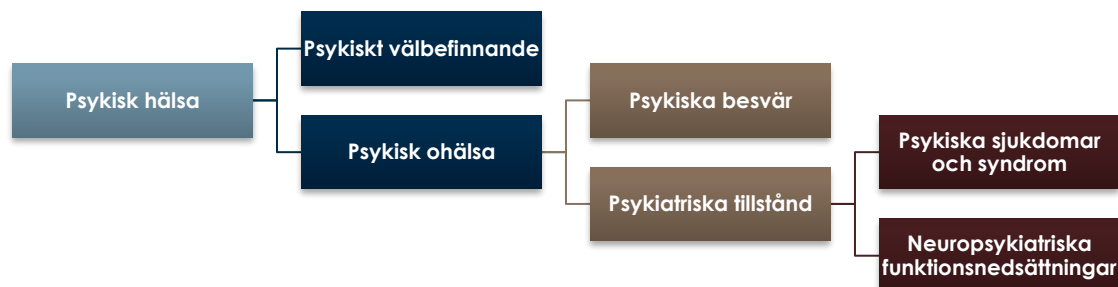
Psykisk hälsa är inte detsamma som frånvaron av psykisk sjukdom utan ett paraplybegrepp som används för att beskriva både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa [35, 36]. Psykisk ohälsa inbegriper både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär är något som så gott som alla människor i upplever mer eller mindre av i olika perioder av livet.

Psykiska besvär kan, men behöver inte, leda till ett psykiatriskt tillstånd. Ett psykiatriskt tillstånd utgörs vanligtvis bestående av psykiska besvär som varit varaktiga och som leder till påtagligt lidande eller funktionsnedsättning i vardagen. Ett psykiatriskt tillstånd kräver att kriterier för en psykiatrisk diagnos behöver föreligga, i enlighet med internationella diagnossystem såsom ICD och DSM.⁹ Psykiatriska tillstånd behandlas idag både på primärvårdsnivå och på specialistvårdsnivå. Specialistvården erbjuder insatser både inom

⁹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

öppenvård och slutenvård, där slutenvården i sin tur kan vara både frivillig eller ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT.

Figur 23. Beskrivning av begreppsstrukturen



Psykiskt välbefinnande och psykiska besvär i befolkningen

Majoriteten har ett gott välbefinnande

Enligt Folkhälsmyndighetens folkhälsoenkät har majoriteten av befolkningen ett gott eller mycket gott välbefinnande, där andelen var högst (89 procent) bland äldre (65–84 år) och lägst (79 procent) bland yngre (16–29 år). Högst välbefinnande uppgav äldre män och lägst välbefinnande uppgav unga kvinnor [37].

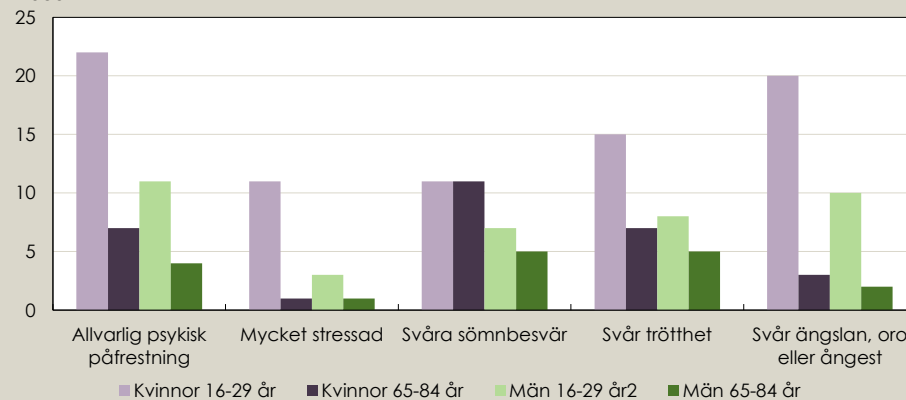
Unga kvinnor uppgav mest psykiska besvär

Andelen som uppgav symtom på psykiska besvär såsom huvudvärk, upplevd stress, sömnbesvär, trötthet samt ängslan, oro och ångest var större bland kvinnor i alla åldersgrupper än bland män. Den största andelen som uppgav psykiska besvär var bland yngre kvinnor i de flesta kategorier [37].

Figur 24. Självrapporterad psykisk ohälsa bland de äldsta och yngsta 2021

Uppdelat på kön. Avser tidsperioden 2021-01-01 till 2021-10-19.

Procent



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Andelen av 11–15-åriga flickor som varje dag känner sig nedstämda har tredubblats mellan åren 1985 och 2017, och andelen som känner sig nervösa har fördubblats, enligt en rapport från Forte. Andelen av pojkar som uppger nedstämdhet och nervositet har ökat i samma takt som för flickorna, men ligger på en betydligt lägre nivå [38].

Själv-mord vanligare bland män trots att fler kvinnor anger att de har tankar på att ta sitt liv

Enligt den nationella folkhälsoenkäten uppger fler kvinnor än män att de någon gång haft självmordstankar. Andelen som allvarligt övervägt att ta sitt liv är störst bland unga, och större bland unga kvinnor jämfört med unga män [37]. Samtidigt visar data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister att självmord är mer än dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. Äldre män är överrepresenterade. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

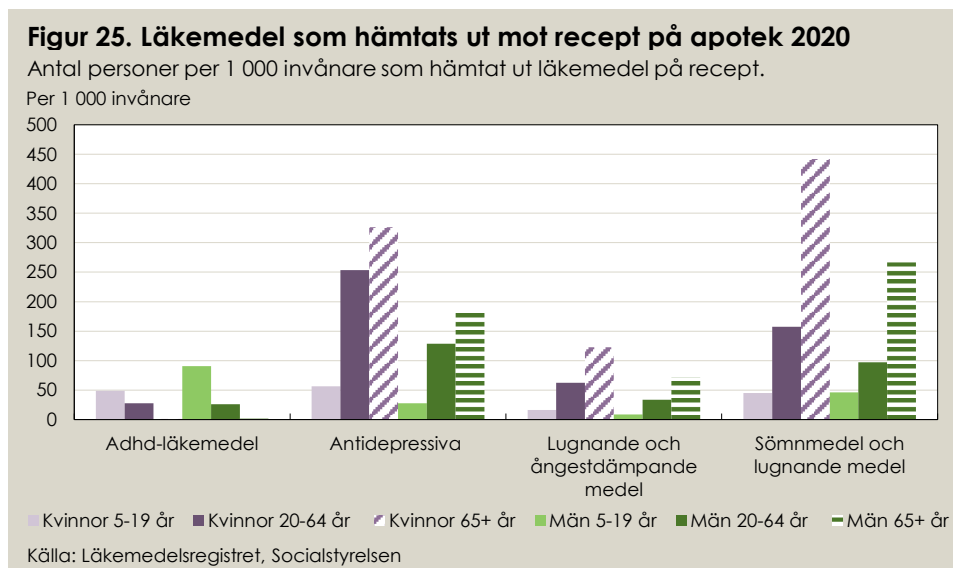
I en kartläggning genomförd av Jämställdhetsmyndigheten [39] framkommer att maskulina normer, framförallt normen att förlita sig på sig själv och inte dela sina problem med andra, kan leda till högre risk för självmord. Ungefär 15 procent av männen som begått självmord har inte haft någon kontakt med hälso- och sjukvården under månaden före dödsfallet jämfört med endast 7 procent av kvinnorna [40]. I åldrarna 15–24 år hade 23 procent av männen inte haft någon vårdkontakt över huvud taget under den sista månaden före dödsfallet. Detta kan indikera att icke-vårdsökande beteende är vanligare bland män än bland kvinnor.

Köns- och ålderskillnader i läkemedelsanvändning

Data från Socialstyrelsens läkemedelsregister visar att det finns skillnader mellan könen och mellan åldersgrupper när det kommer till användning av olika typer av läkemedel, vilket visas i figur 25. Exempelvis är adhd-läkemedel vanligare bland pojkar än bland flickor. Pojkar under 18 år står för 50 procent av användningen av adhd-läkemedel bland män, medan flickor under 18 år står för ungefär 30 procent bland kvinnor [41]. Detta tyder på att förskrivningen av adhd-läkemedel sker i tidigare ålder för pojkar jämfört med flickor.

I alla åldersgrupper är det fler kvinnor än män som använder antidepressiva läkemedel, vilket också är vanligare i äldre åldersgrupper än i yngre [42]. Andelen barn och unga som använder antidepressiva läkemedel har dock ökat över tid i takt med att antalet som diagnostiseras med depressiva tillstånd och ångesttillstånd ökat [43]. Dessutom verkar flickor och unga kvinnor behandlas med läkemedel efter fastställd ätstörningsdiagnos eller smärttillstånd i större utsträckning än pojkar och unga män med dessa diagnoser. Samtliga tillstånd som indicerar antidepressiva läkemedel är vanligare bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar och unga män, vilket kan vara en orsak till de observerade könsskillnaderna. Dessutom använder unga kvinnor läkemedlen över längre tidsperioder jämfört med unga män.

Användningen av sömnmedel är högst bland gruppen äldre, framförallt kvinnor. Sådan användning kan ha andra bakomliggande orsaker och är inte nödvändigtvis en följd av psykisk ohälsa.



Sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa vanligast bland kvinnor

Sjukfrånvaro för psykisk ohälsa är den vanligaste typen av sjukskrivning bland både kvinnor och män, där kvinnor står för två tredjedelar av alla sjukfall. I en kartläggning från Jämställdhetsmyndigheten [44] anges bland annat organisatoriska och sociala brister i arbetsmiljön och skillnader i arbetsvillkor i kvinnors och mäns yrken och arbetsplatser som möjliga förklaringar till att kvinnor oftare än män är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. En kartläggning från Folkhälsomyndigheten [45] pekar på behovet av forskning i mer kvinnodominerande branscher för att bättre förstå orsakerna till högre sjukskrivning bland kvinnor.

I en rapport framtagen av intresseorganisationen Attention [46] framgår att personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) är särskilt utsatta på arbetsmarknaden. Trots högre utbildning har många inte möjlighet att avancera i sitt yrkesliv eller få eller behålla ett arbete på grund av orimliga krav i rekryteringsprocessen, brist på anpassningar, negativa attityder och okunskap hos arbetsgivare. Huruvida detta sammanfaller med en underdiagnostik av kvinnor med NPF är svårt att avgöra.

Risk för ojämlik vård för psykiska besvär

Det är mycket som talar för att psykisk ohälsa kan ta sig olika uttryck bland kvinnor och män, samt bland personer med olika socioekonomisk bakgrund och etnicitet. Bristande kunskap om detta riskerar medföra att vården för psykiska besvär blir ojämlik.

En litteraturöversikt från Jämställdhetsmyndigheten [47] påvisar att externaliserande beteenden såsom minskad självkontroll, aggressivitet, antisocialt beteende och missbruk har ökat hos pojkar medan internaliserande beteenden

såsom oro, stress och nedstämdhet ökat hos flickor. Rapporten belyser risken att diagnostiska instrument som används vid depression inte alltid fångar upp mäns symtom på depression vilka kan uttryckas som missbruk, kriminalitet och våld. Författarna menar att ett könsstereotyp bemötande inom hälso- och sjukvården kan leda till att depressiva symtom inte tas på allvar och därför missas bland män och att detta kan vara orsaken till att självmordsfrekvensen är högre bland män. Normer och samhällsstrukturer som bidrar till social- och ekonomisk ojämställdhet riskerar att leda till minskad upptäckt av psykisk ohälsa bland både män och kvinnor. Bland män kan missbruk, kriminalitet och våld dölja depressiva besvär, och bland kvinnor finns en risk att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar missas. En utebliven eller fördröjd behandling medför kraftigt ökad risk för ökad och förvärrad psykisk ohälsa samt ökade samhällskostnader.

Skolan har stor betydelse den psykiska hälsan

Barn och unga som insjuknar i depression och ångestsyndrom har en ökad risk för framtida svag etablering på arbetsmarknaden och därmed ökad risk för att deras inkomster huvudsakligen kommer att bestå av sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning och ekonomiskt bistånd [48]. Skolan blir därför en viktig arena i arbetet med att stärka alla barns och ungas psykiska välmående, potentiellt förhindra utvecklingen av psykisk ohälsa och uppnå jämlik och jämställd psykisk hälsa i hela samhället.

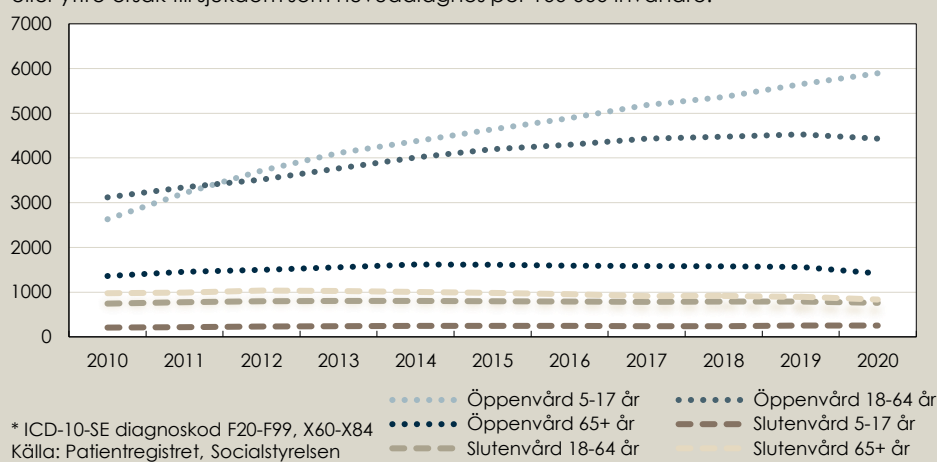
Folkhälsomyndigheten [49] fann i en kartläggning att relationer på skolan, barnens skolprestationer och undervisningens innehåll, i synnerhet kunskaps- höjande insatser inom området psykisk hälsa, kan inverka på förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och unga. Liknande iakttagelser har lyfts fram i ett flertal svenska rapporter under 2021 [50-53]. Det finns mycket som talar för att barn och unga behöver kunskap om psykisk hälsa och om de faktorer som bidrar till välbefinnande respektive besvär. Skolan och dess läroplan kan ha avgörande betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. Som påpekas i en rapport från Folkhälsomyndigheten gäller detta även skolans roll i det suicidpreventiva arbetet [54].

Vård för psykiatriska tillstånd

Antalet som vårdats för ett psykiatriskt tillstånd inom den specialiserade öppenvården har ökat under de senaste tio åren, framförallt för grupperna barn (5–17 år) samt vuxna (18–64 år), men förblivit stabilt för gruppen äldre (65+ år). Antalet som slutenvårdats för psykiatriska tillstånd har däremot varit stabilt under samma tidsperiod för alla grupper.

Figur 26. Öppen- och slutenvård för psykiatrisk diagnos 2010-2020

Antalet som vårdats inom specialiserad öppen- och slutenvård för psykiatrisk diagnos eller yttre orsak till sjukdom som huvuddiagnos per 100 000 invånare.



Tabell 2 visar andel kvinnor och män i olika åldersgrupper som vårdades i öppenvård för olika psykiatriska diagnoser 2020. De överlag vanligaste anledningarna till vård är ångesttillstånd, stressrelaterade och psykosomatiska tillstånd¹⁰ (framförallt ångesttillstånd), tillsammans med förstämningsyndrom (framförallt depressioner) och beteendestörningar och emotionella störningar (framförallt adhd). Unga pojkar avviker i viss mån, med särskilt stor andel beteendestörningar och emotionella störningar, och äldre (65 år eller äldre) kvinnor och män, med särskilt stor andel förstämningsyndrom och psykosliknande tillstånd.

Tabell 2. Vårdade inom specialiserad öppenvård för psykiatrisk diagnos 2020

Andel i procent inom grupper av kön och ålder som vårdats för psykiatrisk diagnos enligt ICD-10-SE.

Tillstånd (ICD-10-SE)	Kvinnor			Män		
	5-17 år	18-64 år	65+ år	5-17 år	18-64 år	65+ år
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F2)	0	4	17	0	8	17
Förstämningsyndrom (F3)	12	24	41	4	21	41
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F4)	21	33	33	8	25	26
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F5)	8	4	2	3	2	4
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F6)	1	6	2	0	4	2
Psykisk utvecklingsstörning (F7)	5	2	1	7	3	2
Störningar i psykisk utveckling (F8)	15	6	0	24	10	0
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F9)	35	18	3	53	25	4
Yttre orsak till sjukdom (X6-X8) ¹¹	2	1	2	0	2	3

¹⁰ F40–F49 Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom enligt ICD-10.

¹¹ I kategorin ingår bl.a. självskada.

Bristande samordning av insatser för barn och ungas psykiska hälsa

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) påvisar stora brister i samordningen av insatser för barn och ungas psykiska hälsa som utgår från barnets behov [55]. De lyfter fram att samverkan med skolan tycks vara särskilt svår då elevhälsans hälso- och sjukvårdsroll är oklar. Detta har även lyfts fram som en viktig faktor i den statliga utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga som innefattar ett förslag på ett mer jämlikt och ändamålsenligt nationellt barnhälsovårdsprogram [56]. Socialstyrelsen har i uppdrag att se över hur ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga bör utformas och genomföras [57].

Utöver främjande insatser i skolan behöver det finnas fungerande och väl etablerade första linjens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Första linjens insatser för barn och unga med psykisk ohälsa varierar över landet beträffande vilka insatser som erbjuds, vem som har huvudansvaret för insatsen samt vilka medicinska indikationer och kriterier som föregår en viss behandling. Trots statlig styrning kan det inte påvisas att uppbyggnaden av första linjen har avlastat barn- och ungdomspsykiatri och lett till kortare köer generellt. Det är fortsatt stora regionala skillnader i fråga om väntetider till barn- och ungdomspsykiatri [58]. *Andelen barn och unga som väntat väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom BUP än av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

Personcentrerad och sammanhållen vård viktigt för de svårast sjuka inom psykiatri

Socialstyrelsens individuella analys inom regeringsuppdraget *Inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention* (dnr 32211/2020) lyfter fram gruppen äldre personer med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa samt personer med psykiatrisk och somatisk samsjuklighet som särskilt viktiga och sårbara i det suicidpreventiva arbetet. Det är dessutom för denna grupp med allvarlig och långvarig psykisk ohälsa som samverkan är en stor utmaning. IVO betonar att det finns behov av ökat samarbete och breddad kompetens över olika verksamhetsområden för att kunna erbjuda en säker och jämlik vård [59].

En kartläggning gjort av Socialstyrelsen [60] rörande arbetet med narkotikaförgiftningar visar att samverkande parter behöver bli bättre på att motivera patienterna till, och erbjuda, fortsatt vård och behandling. Rapporten identifierar följande viktiga utvecklingsområden på såväl individ- som systemnivå: rätt kompetens på rätt plats i rätt tid; tydligare, snabbare och säkra övergångar till annan vård och omsorg; samt personcentrerad vård.

Socialstyrelsen har utvärderat metoden självvald inläggning inom svensk psykiatri [61] och understryker vikten av att denna möjlighet kombineras med andra mellanvårdsinsatser och krisinterventioner i avsikt att göra psykiatrisk vård mer jämlik, personcentrerad och sammanhållen för patienter med tillstånd som är allvarliga, kroniska eller kräver stora insatser från hälso- och sjukvården. Samverkan och personcentrerad vård lyfts även fram som bland

de viktigaste i en rapport av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) om prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP:s heldygnsvård [62].

Könsskillnader i psykiatrisk tvångsvård

En kartläggning från Socialstyrelsen publicerad under 2021 [63] påvisade att antalet inrapporterade patienter i slutenvård enligt LPT (1991:1128) har ökat under perioden 2015–2019. Psykossjukdomar var vanligast överlag (både bland män och kvinnor) med ungefär 40 procent av inläggningarna. Vanligast bland män var missbruk och beroendeproblematik (36 procent) och bland kvinnor förstämningssyndrom såsom depressiva- eller bipolära tillstånd (35 procent). Könsskillnaderna bland personer som vårdas enligt LPT var störst inom området missbruks- och beroendeproblematik där sju av tio är män, och inom området personlighetssyndrom och beteendestörningar där åtta av tio är kvinnor.

Missbruks- och beroendevård

Fler män än kvinnor har en riskkonsumtion av alkohol

En hög alkoholkonsumtion kan både vara orsakad av och bidra till psykisk ohälsa. År 2020 uppgav 16 procent av befolkningen i åldrarna 16–84 år att de hade en riskkonsumtion av alkohol, enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten. Fler män än kvinnor hade en riskkonsumtion, och det var vanligare bland unga än bland äldre [64].

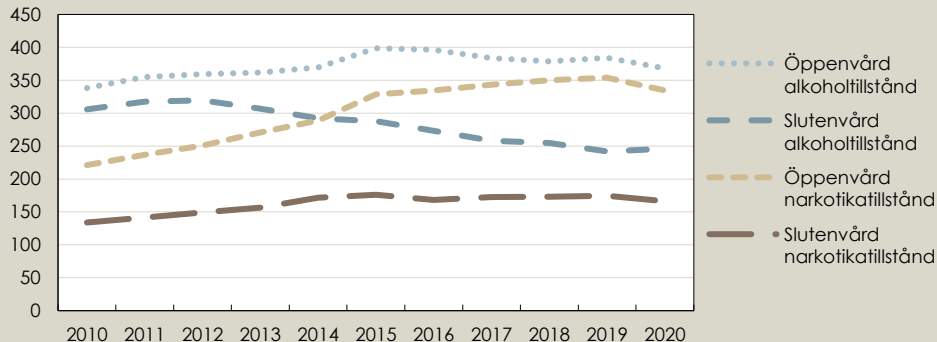
Ökning av öppen hälso- och sjukvård för missbruk och beroende

Inom missbruks- och beroendevården har det skett en ökning av antalet personer som vårdas för narkotikarelaterade tillstånd inom både öppen- och slutenvård. Skadligt bruk och beroende utgör störst andel av den narkotikarelaterade vården som helhet där yngre har mer narkotikarelaterade problem än äldre. Däremot har antalet individer som vårdas inom slutenvården för alkoholrelaterade tillstånd minskat, men samtidigt har vård inom öppenvården ökat. Det är framför allt bland yngre män som vården för alkoholrelaterade problem minskat. Vård för alkoholrelaterade diagnoser är vanligast bland män med förgymnasial utbildning som längsta utbildning.

Figur 27. Vårdade med alkohol- eller narkotikarelaterade tillstånd

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom slutenvård eller öppenvård för alkohol- eller narkotikarelaterade tillstånd (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare 2010-2020.

Per 100 000 invånare



* ICD-10-SE F10-F19

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Många med missbruk och beroende har också andra psykiatriska diagnoser (samsjuklighet)

Bland dem som fått vård för missbruk eller beroende är det vanligt med vård också för andra psykiatriska tillstånd [65]. År 2019 hade 52 procent av männen och 65 procent av kvinnorna som vårdades för substansrelaterade tillstånd minst en annan psykiatrisk diagnos.

Risken för återinskrivning i slutenvård efter behandling för narkotikarelaterad diagnos är hög – 40 procent av kvinnorna och 43 procent av männen återinskrivs inom ett år [65]. Vissa av de som fått vård för narkotikarelaterad diagnos har också inom ett år fått vård efter suicidförsök (kvinnor 16 procent och män 8 procent). Motsvarande andelar för dem som fått alkoholrelaterad vård var drygt 8 procent för kvinnorna och 4 procent för männen.

Omkring 35 procent av de som vårdats för spelberoende hade en annan samtidig psykiatrisk diagnos. Mest förekommande i gruppen var problem relaterade till alkohol eller narkotika, men även depressioner (främst kvinnor) och ångestsyndrom (främst män) var vanliga.

Dödlighet till följd av narkotika och läkemedel minskar

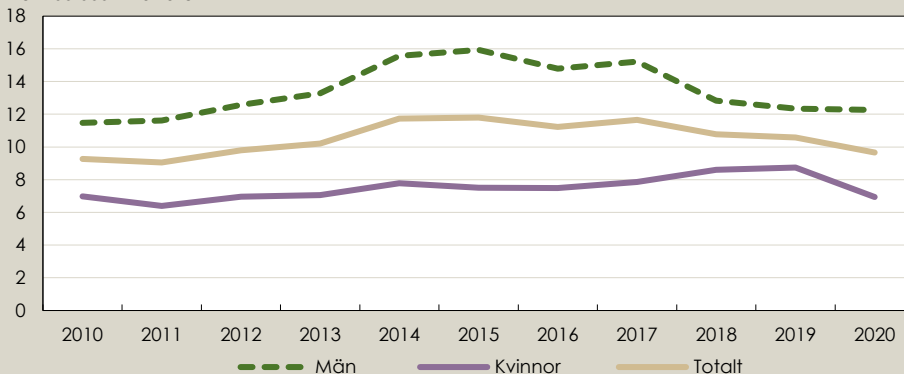
Dödlighet orsakad av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar har minskat bland män sedan 2017, och sedan 2019 för kvinnor. Under 2020 dog 8 procent färre av narkotika- och läkemedelsförgiftningar än året innan. Främst var det suicid bland kvinnor, orsakade av läkemedel eller narkotika, som minskade [66].

Det är fler män än kvinnor som avlider av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar: under 2020 avled 527 män och 295 kvinnor.

Figur 28. Dödsfall läkemedels- och narkotikaförgiftning 2010-2020

Antal dödsfall bland personer 15 år och äldre orsakad av läkemedels- och narkotikaförgiftningar som underliggande dödsorsak. Per 100 000 invånare.

Per 100 000 invånare



* Enligt ICD-10-SE X40-X44, X60-X64, Y10-Y14

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Pandemins inverkan på den psykiska hälsan

Barns psykiska hälsa kan vara påverkad av pandemin

En rapport från Folkhälsomyndigheten visar att befolkningens psykiska hälsa under första året med pandemin överlag var oförändrad jämfört med tiden före pandemin [67]. Internationella studier visar att psykisk ohälsa tenderar att ha ökat något mer bland grupper som redan före pandemin hade en högre risk för psykisk ohälsa [22]. Pandemin har dock haft en inverkan på barns psykiska hälsa. Tillgången till skyddsfaktorer som skola, sociala sammanhang och trygga vuxna utanför hemmet har minskat till följd av pandemin, särskilt under 2020. En betydande andel av skolbarnen upplever att pandemin haft en stor negativ inverkan på deras vardag [68]. Bris anger i sin årsrapport [24] att samtal från barn om psykiska besvär ökat kraftigt sedan pandemins start och konstaterar att pandemin medfört betydande påfrestningar i vardagen, särskilt för de barn som redan tidigare levde i utsatthet. Det är dock osäkert om pandemin kommer att ha långsiktiga effekter på barns psykiska hälsa eller inte.

Ökad isolering bland äldre och personer med funktionsnedsättning

Äldre och andra personer i riskgrupper för covid-19 har särskilt påverkats av smittskyddsåtgärder som införts under pandemin. Exempelvis ha många äldreboenden tidvis haft stängt för besökare. Kommuner har dragit ner på daglig verksamhet och gruppaktiviteter för personer med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning hade redan före pandemin begränsade sociala kontakter och de nedstängningar som genomförts, främst under 2020, har därför ökat isoleringen [25]. *Läs mer i Socialstyrelsens lägesrapport om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.*

LÄS
MER!

Försäljning av alkohol under 2020

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning fick pandemin stora effekter på anskaffningen av alkohol under 2020 [69]. Den totala konsumtionen av alkohol sjönk med sex procent under 2020. Köp av alkohol på Systembolaget ökade kraftigt medan restaurangförsäljning liksom den oregistrerade delen (exempelvis resandeförsäljning) minskade. Med anledning av pandemin förbjöds i november 2020 försäljning av alkohol efter klockan 22.00 och i december samma år infördes ytterligare förbud, mot försäljning av alkohol efter klockan 20.00 [70, 71]. Under perioden 2006–2020 har riskkonsumtionen av alkohol varit konstant, enligt Folkhälsomyndighetens mätningar.

Förändrad tillgänglighet, tillgång och efterfrågan på psykiatrisk vård under pandemin

Den digitala vården och telefonkontakterna har ökat kraftigt 2020 jämfört med 2019, vilket tros ha förbättrat vissa insatsers tillgänglighet. Det finns i nuläget inga tecken på att äldre, som har mindre tillgång till digitala medier, haft sämre tillgång till vård under pandemin [25].

Jämfört med perioden före pandemin har nivån på nya inrapporterade fall av depression och ångest minskat, samtidigt som den ökat beträffande nya inrapporterade fall av adhd [72]. Detta kan tala för att vissa grupper har varit mindre benägna att söka vård eller att tillgången till vård varit sämre för vissa grupper. Huruvida detta kan få långsiktiga konsekvenser återstår att se. Liknande tendenser observeras av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [73] som konstaterar att tillgången till vård tycks sammanfalla med efterfrågan.

Andelen besök på psykiatriska akutmottagningar har minskat under pandemin [74] samtidigt som andelen besök som lett till inskrivningar i slutenvård ökat. Andelen allvarliga tillstånd och diagnoser såsom psykossjukdomar och personlighetssyndrom har ökat i relation till andra diagnoser, vilket tyder på att pandemin lett till att vissa patientgrupper kan ha prioriterats ner under pandemin.

I en kartläggning av pandemins inverkan på barn- och ungdomspsykiatri [75] framgår att väntetid till första besök ökat och antalet genomförda första besök minskat samtidigt som väntetiden för utredningar och behandlingar minskat. Detta tyder på att pandemin lett till att pågående ärenden prioriterats över bedömning av väntande patienter. Huruvida bristande tillgång till nybesök lett till minskad efterfrågan, eller vice versa, är svårt att avgöra.

De uppdämda vårdbehov som tillkommit på grund av pandemin för personer med missbruk och beroende rör bland annat fortsatta köer för att komma till behandling – till exempel LARO¹² – i vissa regioner. Samtidigt har användningen av digitala lösningar ökat vilket leder till att möjligheten till samverkan och samordnade individuella planer (SIP) ökat något, dock från låga nivåer. Uppsökande verksamhet har också fått stå tillbaka, liksom gruppbase-
rade verksamheter för arbetsträning eller utbildning [25].

¹² Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende.

Cancersjukdomar

Detta fördjupningsavsnitt handlar om utvecklingen när det gäller cancersjukdomar och cancervård. Här redovisas bland annat aktuell utveckling inklusive pandemins påverkan på cancervården, screeningverksamhet, väntetider och införandet av precisionsmedicin.

Iakttagelser i korthet

- Under 2020 ledde pandemin till att antalet nyupptäckta cancerfall minskade med sex procent, vilket på sikt skulle kunna leda till att patienterna kommer till vården i ett senare skede och därmed har en sämre utgångspunkt för sin cancerbehandling.
- Bröstcancer är den största cancersjukdomen bland kvinnor, där 7 570 kvinnor fick en diagnos 2020 och 1 385 avled. Bland män är prostatacancer den största cancersjukdomen. År 2020 fick 9 008 män diagnosen prostatacancer och 2 243 avled.
- Nya föreskrifter om livmoderhalsscreening kan tillsammans med utökad HPV-vaccination leda till en utrotning av cancerformen.
- EU har lanserat en ny cancerplan som syftar till att minska antalet insjuknade i cancer i Europa. En fjärdedel av alla cancerfall upptäcks här, men bara 10 procent av världens befolkning bor i Europa. Enligt EU:s beräkningar skulle 40 procent av alla cancerfall kunna förhindras med hjälp av livsstilsförändringar.

Aktuell utveckling

Minskat antal inrapporterade cancerfall under pandemin

Under pandemins första år minskade antalet inrapporterade cancerfall med 6 procent om man jämför 2019 och 2020 [76]. Den största minskningen skedde under pandemins första våg i mars–maj 2020 då den beräknade minskningen var närmare 14 procent jämfört med samma period 2019 [25]. Den största minskningen av inrapporterade fall skedde i region Stockholm där närmare 25 procent färre cancerfall rapporterades in under denna period.

Pandemins påverkan har inte varit lika stor för alla cancersjukdomar. För år 2020 rapporterades det in 17 procent färre män med prostatacancer och 6 procent färre kvinnor med bröstcancer jämfört med genomsnittet för de tre föregående åren. Det kan jämföras med att för t.ex. maligna tumörer i livmoderhalsen har incidensen varit i stort sätt oförändrad [77].

Från andra länder har en än större minskning av cancerdiagnoser rapporterats. Exempelvis hade Danmark en minskad diagnostik på 33 procent under mars–maj 2020, Nederländerna en minskning på upp till 25 procent och

Irland en minskning på 23 procent under mars–juni 2020, enligt European Cancer Organisation [78]. En samlad bedömning från flera källor är att det mest troliga är att detta kommer att leda till att antalet svåra cancerfall ökar både i Sverige och i andra länder när pandemin klingar av. Detta kan få konsekvenser för överlevnaden i cancer på längre sikt och för hälso- och sjukvården i stort [76].

Cancerrehabilitering under pandemin

Mycket av patientkontakten vid cancerrehabilitering har skett digitalt under pandemin. Detta har på vissa håll lett till nya innovativa lösningar, exempelvis digitala träffar och stödgrupper för personer med cancer. Flera fysiska aktiviteter i rehabiliterande syfte, såsom träningsgrupper och bassängträning, har inte kunnat genomföras under pandemin och de sociala kontakterna har begränsats [79].

Pandemin har lett till att närstående till patienter med cancer upplever att de har hamnat ännu mer i skymundan. På grund av restriktionerna har patienterna vid besök i vården inte fått ta med sig någon utomstående person. De närstående har en viktig roll i samtalen kring patientens mående, dels för att ge stöd till sin anhörige under sjukdomsperioden men också för att få stöd för sina egna behov [79].

Under pandemins första månader var det flera regioner som pausade screeningverksamheten för bröstcancer och för livmoderhalscancer helt eller delvis. Även om screeningverksamheten återupptogs snabbt var man tvungen att begränsa antalet personer i väntrummet för att minska smittrisen och delar av personalstyrkan som normalt genomför mammografi var utlånad till andra delar av vården [80].

Bröstcancer och prostatacancer vanligaste cancerformerna för kvinnor respektive män

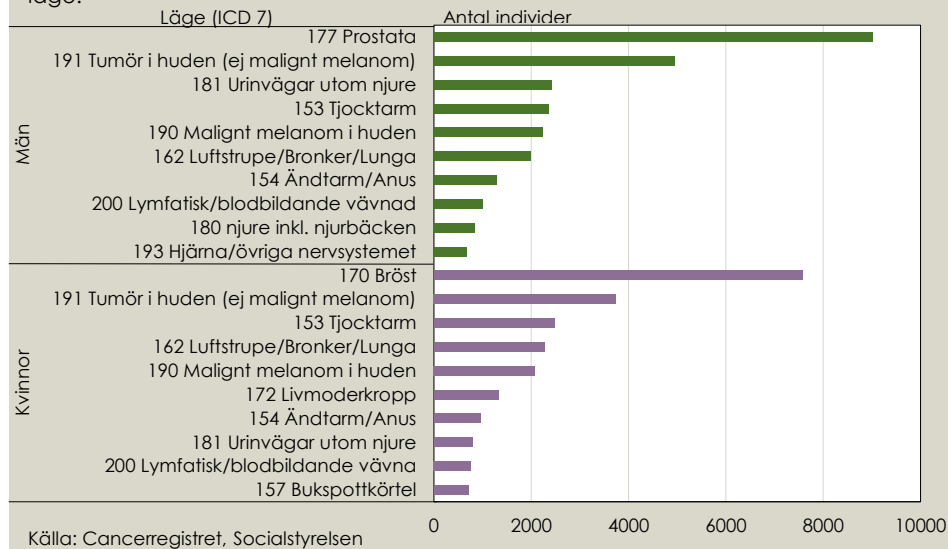
Under 2020 rapporterades totalt 68 318 maligna tumörer för 62 555 individer till cancerregistret [77]. Bröstcancer är den största cancersjukdomen bland kvinnor, där 7 570 personer fick en diagnos 2020 och 1 385 kvinnor avled med bröstcancer som underliggande dödsorsak. Bland män är prostatacancer den största cancersjukdomen där 9 008 personer diagnostiserades och 2 243 dog under 2020. För både kvinnor och män är hudcancer den näst vanligaste cancersjukdomen, men också den som orsakar lägst antal dödsfall.

Överlevnaden efter diagnostiserad cancersjukdom har ökat över tid.
Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.

LÄS
MER!

Figur 29. De tio vanligaste cancerformerna 2020

Antal individer som under år 2020 fått en malign tumör diagnosticerad på respektive läge.



Cancer i Sverige jämfört med andra länder

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar, i Sverige, liksom i de övriga OECD-länderna [17, 81]. År 2019 orsakades omkring 25 procent av alla dödsfall i Sverige och i övriga OECD-länder av cancer.

I OECD-länderna var under 2019 antalet som insjuknade i cancer i medeltal 294 per 100 000 invånare medan antalet döda var 191 per 100 000 invånare. Sverige ligger under genomsnittet för OECD-länderna med ett beräknat antal insjuknade på 289 per 100 000 invånare 2020 och döda 173 per 100 000 invånare år 2019 [17].

Australien har högst antal insjuknade i cancer av alla OECD-länder (452 personer per 100 000 invånare) men en lägre andel döda i cancer än genomsnittet för alla OECD-länder (180 per 100 000 invånare). En stor del av antalet fall i Australien utgörs av melanom hudcancer. Tidig diagnostik och behandling ökar chansen att överleva signifikant [17].

Ny cancerplan i EU

Antalet fall av cancer i Europa kan väntas öka från dagens 3,5 miljoner drabbade per år till 4,1 miljoner drabbade år 2035 om inga förändringar görs. En fjärdedel av alla världens cancerfall diagnostiseras i Europa, trots att endast 10 procent av världens befolkning bor här. Det beräknas att 40 procent av dessa cancerfall skulle kunna förebyggas om befintlig kunskap används. I februari 2021 publicerades därför *Europe's Beating Cancer Plan* som syftar till att minska antalet insjuknade, öka överlevnaden och ge canceröverlevare ett bättre liv [82]. Planen omfattar fyra huvudsakliga åtgärdsområdena prevention, tidig upptäckt, diagnostik och behandling samt livskvalitet för cancerpatienter, canceröverlevare och närstående. Till planen har tio så kallade flaggskeppsinitiativ kopplats och under dessa finns 37 aktiviteter [82, 83].

Barn med cancer

Varje år drabbas ungefär 300 barn i åldern 0–17 år av cancer i Sverige [81]. De vanligaste cancerformerna bland barn är hjärntumörer, leukemi, lymfom och mjukdels- och skelettcancer. Hjärntumörer och leukemi är vanligast bland barn 0–4 år, medan lymfom och mjukdels- och skelettcancer är vanligare bland barn över 10 år.

Omkring 90 procent av alla barn som drabbas överlever sin cancer och överlevnaden har förbättrats över tid. För barn som fick sin diagnos under perioden 1975–1979 var överlevnaden cirka 70 procent. Den största förbättringen i överlevnad har skett inom olika former av leukemi, med en förbättring på 35 procent sedan 1970-talet. Barn till föräldrar med kort utbildning har en fem procentenheter lägre överlevnad än barn till föräldrar med lång utbildning. De allra flesta människor i Sverige har dock genomgått gymnasieutbildning, vilket gör att gruppen med kort utbildning numera utgör en särskild grupp som kan ha andra svårigheter än vad denna grupp haft tidigare år [81].

När det gäller rehabilitering för barn med cancer visar en nyligen publicerad rapport att samtliga sex barncancercentrum har resurser för att göra uppföljning efter barncancer i enlighet med det nationella vårdprogrammet. Fem av sex barncancercentrum har också möjlighet att följa upp neurokognitiva och neurologiska biverkningar och komplikationer i tänder, munhåla och spottkörtlar [84].

EU:s cancerplan betonar att mer kan och bör göras för att skydda barn mot cancer. Flaggskeppsinitiativ 10 inom området barncancer omfattar att under 2021 lansera *Help Children with Cancer Initiative* för att säkerställa att barn har tillgång till snabb och optimal upptäckt, diagnostik, behandling och vård. Andra initiativ inom området barncancer omfattar att etablera ett *EU Network of Youth Cancer Survivors* samt lansera *The Childhood cancers and cancers in adolescents and young adults' initiative* för att öka kunskapen om barncancer.

Screeningverksamhet

Screening för tjock- och ändtarmscancer är under uppbyggnad

Screening för tjock- och ändtarmscancer har rekommenderats av Socialstyrelsen sedan 2014 för alla i åldern 60–74 år [85] men det är bara hälso- och sjukvårdsregion Stockholm Gotland som haft ett fungerande screeningprogram. Detta beror till stor del på bristen på personal som kan genomföra koloskopi. En tidplan för införandet av tjock- och ändtarmscancerscreening i andra regioner fastställdes i juni 2021, och där anges att programmen ska vara fullt utbyggda senast år 2027 [86].

Nya rekommendationer om screening för livmoderhalscancer träder i kraft den 1 juli 2022

Under 2021 har en remissversion om ändringar i det nationella screeningprogrammet för livmoderhalscancer skickats ut. Rekommendationerna

fastställdes den 23 februari 2022 [87]. Enligt de nya rekommendationerna ska screening genom analys av humant papillomvirus (HPV) erbjudas vart tredje år till kvinnor i ålder 23–49 år och vart femte år till kvinnor i åldern 50–64 år. Tidigare har kvinnor under 30 rekommenderats cytologiskt prov, men nu ska alltså alla erbjudas HPV-analys. Den nya rekommendationen anger att regionerna alltid bör erbjuda provtagning hos en vårdgivare, men självprovtagning kan erbjudas som alternativ.

I april 2021 beslutade riksdagen att anta socialutskottets förslag om att genomföra ett projekt för utrotning av livmoderhalscancer genom att erbjuda vaccination mot HPV vid screening för livmoderhalscancer. På detta sätt väntas livmoderhalscancer kunna vara utrotad i Sverige inom 5–7 år [88].

Deltagandet i mammografiscreening är högt i Sverige

Deltagandet i mammografiscreening är högt i Sverige och enligt OECD har 95 procent av alla kvinnor i åldern 50–69 år deltagit någon gång under de senaste 2 åren före 2020. Detta är det högsta deltagandet i OECD:s rapport, där Danmark kommer på andra plats med ett deltagande på 83 procent [17].

Socioekonomiska skillnader i deltagande i de nationella screeningprogrammen

Cancerfondsrapporten 2021 har tittat på socioekonomiska skillnader i deltagandet i de nationella screeningprogrammen och kommit fram till att det finns stora skillnader i andel deltagare mellan olika regioner och även olika kommuner i landet [89]. Kommunerna med lägst deltagande har en högre andel invånare med kort utbildning och låg inkomst än kommuner med högt deltagande enligt rapporten. Om alla kommuners deltagande vore lika högt som det nuvarande högsta skulle, enligt rapporten, 55 fler liv kunna räddas per år inom livmoderhalsscreeningen och 33 liv inom mammografiscreeningen. Dessa siffror gäller dock 2018 och bilden skulle delvis vara en annan om beräkningar gjordes på motsvarande sätt för pandemiåren.

Väntetider inom cancervården

Cancervårdens behandlingar har kunnat prioriteras under pandemin, men femton sjukhus med intensivvård var under våren 2021 tvungna att skjuta upp vissa canceroperationer vilket lett till att väntetiden blivit längre än 90 dagar. Under sommaren 2021 har kapaciteten utökats igen för att kunna komma ikapp [25].

Målet att 70 procent av de diagnostiserade cancerpatienterna ska utredas via standardiserade vårdförlopp (SVF) är uppnått på nationell nivå för åren 2018–2020 [90]. Målet att 80 procent också ska få vård inom de ledtider som anges i SVF är inte uppfyllt, men resultatet har förbättrats från 44 procent 2019 till 51 procent 2020. Ingen region uppfyller det generella ledtidsmålet för cancer, men för de mer akuta cancerformerna är ledtiderna kortare. Till exempel får 87 procent av personer med diagnosen akut leukemi sin behandling inom ledtiden för det vårdförloppet.

Uppskjuten cancervård innebär allvarliga risker för patientsäkerheten och IVO har därför påbörjat en inspektion av kvalitet och säkerhet inom cancer-vården [91].

Införande av precisionsmedicin

I regeringens life science-strategi framgår att målsättningen är att Sverige ska vara ett föregångsland för införande av precisionsmedicin i vården [92]. Det är sannolikt främst inom cancervården som precisionsmedicin kommer att växa under det kommande decenniet och redan idag används precisionsmedicin i rutinsjukvården i form av exempelvis gensekvensering och flytande biopsier [93]. Genomic Medicine Sweden (GMS) har tilldelats statsbidrag från Socialstyrelsen för att utveckla gensekvenseringen i vården. HMS bedömer att ungefär 100 000 gensekvenseringar kommer att genomföras om tio år i rutinsjukvården. Vid diagnostik och behandlingsrespons kan flytande biopsier i form av blodprov komma att bidra till en mer effektiv diagnostik och behandling vid solida certumörer samtidigt som processen kan komma att bli enklare och mindre riskfylld för patienten [93].

Kvinnors vård och hälsa

I detta fördjupningsavsnitt presenteras aktuell utveckling inom förlossnings- och mödravård, exempelvis inom områdena allvarliga bristningar vid förlossning, tillgång till barnmorskor och graviditet och covid-19. Därefter följer korta resultat från rapporter om vård vid könsstympning, klimakteriebesvär och våld i nära relationer.

Iakttagelser i korthet

- Andelen allvarliga bristningar i bäckenbotten vid förlossning har minskat de senaste fem åren, men det finns fortfarande stora skillnader mellan regionerna.
- Graviditet under vecka 20 och framåt har lagts till listan över faktorer som innebär störst risk för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19.
- Samtliga regioner rapporterar brist på barnmorskor.
- Många flickor och kvinnor som blivit utsatta för könsstympning söker inte vård trots att de behöver det.
- Klimakteriebesvär är mycket vanliga, men förbättrad information och vägledning till kvinnor om klimakteriebesvär behövs, liksom ett nationellt kunskapsstöd till vården.

Förlossnings- och mödravård

Vanligare med igångsättningar

Varje år föds mellan 110 000 och 120 000 barn i Sverige. Under 2020 ägde nästan 113 000 förlossningar rum, och totalt föddes ungefär 114 500 barn [94]. Det har skett en kontinuerlig ökning av andelen förlossningar som sätts igång (induceras). Under 2019 och 2020 ökade andelen igångsättningar snabbare jämfört med tidigare år, från 19 procent år 2018 till 25 procent år 2020.

Störst ökning skedde i graviditetsvecka 41 under 2020 där andelen förlossningar som startade med induktion fördubblades, från 21 procent år 2019 till 42 procent år 2020. Den stora ökningen i vecka 41 kan förklaras av att man i vissa regioner har ändrat praxis för induktion vid överburenhet under de senaste åren, till att sätta igång förlossningar under vecka 41 istället för vid 42 fullgångna veckor. Under 2020 gick betydligt fler regioner över till denna nya praxis [94].

Försämring i nyföddas hälsotillstånd

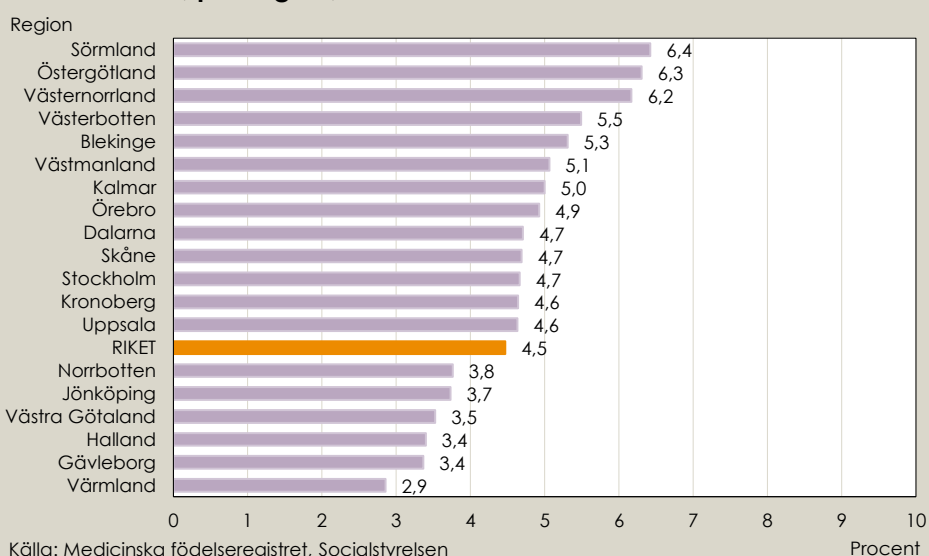
Det medicinska omhändertagandet inom förlossningsvården är överlag gott. En negativ utveckling kan dock synas när det gäller nyföddas hälsotillstånd som har försämrats över tid. År 2010 hade 1,25 procent av alla nyfödda

dåligt hälsotillstånd¹³, medan samma siffra för 2020 är 1,66 procent. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

Minskning av allvarliga bristningar

Andelen allvarliga bristningar i bäckenbotten (grad III och IV) var 4,5 procent för förstföderskor och 1 procent för omföderskor år 2020. Detta är något lägre än året innan och en fortsättning på en minskning som pågått under de senaste åren. Det finns dock betydande skillnader mellan regionerna vilket framgår av figur 30 [94].

Figur 30. Bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, per region, 2020



Bristningar vid förlossning är relativt ovanliga orsaker till lex Maria-anmälningar [95]. IVO bedömer dock att det finns ett stort mörkertal avseende denna fråga.

Riskgraviditeter

Andelen gravida med övervikt och fetma fortsätter att öka och under 2020 hade 44 procent av gravida BMI på 25 eller mer. Andelen gravida kvinnor som röker har dock minskat över tid. Andelen IVF-graviditeter har också ökat liksom kvinnans ålder när hon föder sitt första barn. År 2020 var mödrarnas medelålder strax över 29 år för förstföderskor och 32 år för omföderskor. Med ökade risker under graviditet och förlossning följer ökade interventioner och därmed en ökad börda på vården [94].

Kunskapsstöd för att förebygga intrauterin fosterdöd

Varje år drabbas 3–4 barn per 1 000 födselar av intrauterin fosterdöd, vilket innebär att de dör i livmodern efter minst 22 graviditetsveckor. Drygt hälften

¹³ Mätt som Apgar-poäng lägre än 7. Apgar-bedömningen används för att spegla det nyfödda barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvänsvärt med höga Apgar-poäng. I detta mått definieras låg Apgar-poäng som lägre än 7 poäng vid fem minuters ålder.

av dessa fall inträffar innan graviditetsvecka 37. En remissversion av ett nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd publicerades av Socialstyrelsen i november 2021 [96]. Handläggning som lyfts fram som kan bidra till att förebygga intrauterin fosterdöd är:

- En strukturerad anamnes tidigt i graviditeten där barnmorskan går igenom den gravidas sjukdomshistoria och hälsostatus
- Att ge mer tid och stöd till gravida som inte talar svenska. Gravida från vissa delar av världen och som inte talar svenska drabbas av intrauterin fosterdöd i större utsträckning än de som kan svenska
- Att tidigt upptäcka tillväxthämning
- Att bygga strukturer för kontinuerligt lärande inom alla delar av hälso- och sjukvården, särskilt inom områden där kunskapen är bristfällig. Därför är det angeläget att vid varje fall av intrauterin fosterdöd göra en strukturerad utredning och inkludera dess resultat i journalen innan överföring sker till medicinska födelseregistret [96].

Fysisk aktivitet minskar risken för graviditetskomplikationer

Fysisk aktivitet före och under graviditet är av värde för att uppnå en hälsosam viktökning och minskar risken för graviditetskomplikationer. Det har historiskt sett funnits en oro för att fysisk aktivitet skulle kunna påverka fostret negativt och medföra sämre tillväxt och utveckling. I underlaget för WHO:s riktlinjer från 2020 konstateras att fysisk aktivitet inte ökar risken för missfall och förlossningskomplikationer eller påverkar födelsevikten negativt. Med den typ och mängd av fysisk aktivitet som rekommenderas till gravida är riskerna mycket små och vägs upp av hälsovinsterna. Folkhälsomyndigheten har tagit fram svenska riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande. Syftet med riktlinjerna är att öka medvetenheten om betydelsen för hälsan av fysisk aktivitet och minskat stillasittande, samt att synliggöra faktorer som kan främja respektive begränsa människors möjligheter att vara fysiskt aktiva. I riktlinjerna ingår ett avsnitt om graviditet [97].

Regioner rapporterar brist på barnmorskor

Brist på barnmorskor har identifierats under många år av fack- och yrkesorganisationer samt av regionerna. I Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2021 rapporterade alla landets 21 regioner om brist. Av dessa angav 19 att en av orsakerna är att det finns för få utbildade barnmorskor, medan 14 regioner nämnde pensionsavgångar som en bidragande faktor och 12 regioner angav konkurrens mellan arbetsgivare [98].

I internationell jämförelse är Sverige ett av de länder som har många barnmorskor per capita. Sverige ligger också något över genomsnittet för antalet barnmorskor per capita i höginkomstländer. Det kan dock vara svårt att göra direkta jämförelser mellan olika länder [99, 100]. I Sverige fanns det 2019 drygt 8 750 legitimerade och sysselsatta barnmorskor. Av dessa var knappt 7 900 anställda inom hälso- och sjukvården och nästan alla av dessa är kvinnor. Under perioden 2015–2019 har antalet sysselsatta barnmorskor i hälso- och sjukvården per 100 000 kvinnor i fertil ålder (15–44 år) ökat med 4

procent. Det finns dock skillnader mellan regionerna: antalet sysselsatta barnmorskor 2019 varierade mellan 330 och 563 per 100 000 kvinnor i fertil ålder [98].

Svenska Barnmorskeförbundet menar att arbetsmiljön är en utmaning för barnmorskorna. Enligt förbundet upplever barnmorskor ofta etisk stress när den höga arbetsbelastningen hindrar dem från att arbeta utifrån evidens och beprövad erfarenhet inom slutenvården. Detta gör, enligt förbundet, att många barnmorskor väljer att lämna yrket. Både Svenska Barnmorskeförbundet och Vårdförbundet menar att patientsäkerheten kan påverkas om en erfaren barnmorska ersätts med en som är nyexaminerad [98].

Många gravida och nyblivna mammor är nöjda med vården men förbättringar behövs

Sedan december 2020 har gravida kvinnor och nyblivna mammor i Sverige möjlighet att svara på SKR:s graviditetsenkät. Syftet med enkäten är att fånga kvinnors upplevelser av sin hälsa och av olika aspekter av vården under såväl graviditet som förlossning och eftervård. Helhetsbilden är att gravida och nyblivna mammor lämnat positiva omdömen om vården under och efter graviditet, även om detta är tidiga resultat. De allra flesta skulle exempelvis rekommendera sin vårdenhet till andra, och uppger att de känner sig trygga med vården under sin förlossning. Enligt 88 procent var barnmorskan närvarande i förlossningsrummet i den utsträckning de önskade [101].

Några utvecklingsområden uppmärksammas också. Ett av dessa är eftervården, där 62 procent anser att de fått tillräckligt med information om återhämtning efter förlossningen. Det kan jämföras med att 81 procent anser att de fått tillräckligt med information gällande graviditet och under förlossningen. Endast 38 procent av de svarande tycker att partner eller närstående involverades inom mödrahälsovården i den utsträckning de önskade, vilket till viss del kan bero på begränsningar under pandemin. Under själva förlossningen var motsvarande siffra 88 procent [101]. Även om förlossningsvården är medicinskt säker är den enskilda kvinnans upplevelse viktig att ta hänsyn till när förlossningsvården fortsatt utvecklas.

Ökad risk för allvarlig sjukdom för gravida med covid-19

Initialt var det ovisst hur covid-19 kunde drabba gravida kvinnor och om gravida skulle räknas som en riskgrupp. Socialstyrelsen konstaterar utifrån genomgång av vetenskapliga publikationer och analys av svenska data att de flesta gravida som får en covid-infektion har lindriga symtom och föder vaginalt i fullgången graviditet. Dock ses en ökad risk för prematur förlossning samt tromboembolisk sjukdom (blodproppsbildning) hos gravida med covid-19 jämfört med gravida som inte har en covid-infektion. Graviditet under vecka 20 och framåt har därför lagts till listan över faktorer som innebär störst risk för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19 [6].

Uppdatering av rekommendation för att främja amning

Rekommendationen *Tio steg som främjar amning* [102] har uppdaterats, för att överensstämma med uppdateringen av WHO:s *Ten steps to successful breastfeeding*. Rekommendationen riktar sig till mödrahälsovård, förlossningsvård, BB-vård och barnhälsovård och är framtagen av Socialstyrelsen tillsammans med Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Konsumentverket. Socialstyrelsens statistik visar att amning under barnets första månader har minskat svagt över tid. År 2000 helammades omkring 93 procent av barnen och år 2019 var motsvarande siffra 73 procent. Andelen barn som ammas vid sex månaders ålder har i stort sett varit oförändrad sedan 2010. Däremot blir det allt vanligare att barn ammas vid åtta månaders ålder [103].

Ovanligt att söka vård för könsstympling

Antalet kvinnor som har varit utsatta för könsstympling, och har sökt och fått en av diagnoserna kopplade till könsstympling, har ökat mellan 2012 och 2018. Det visar en rapport från Socialstyrelsen [104]. Mellan 40 000 och 50 000 flickor och kvinnor som varit utsatta för könsstympling bor i Sverige. Av dessa har runt 5 000 sökt vård inom öppen eller slutna specialist- eller förlossningsvård mellan 2012 och 2018.

Det är vanligare att vård söks i samband med en graviditet än att de sökande är flickor under 18 år eller kvinnor över 40 år. En stor del av de flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympling söker inte vård när de behöver det. Det kan bland annat bero på rädsla för stigmatisering, på det sociala trycket eller på att de inte alltid har kunskap om den vård de kan erbjudas. Det finns brister i kvaliteten på den vård som erbjuds flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympling och tillgänglighet till vård är inte lika för alla i målgruppen [104].

Kunskap om klimakteriet behöver spridas

Nästan alla kvinnor upplever någon form av besvär i samband med klimakteriet. En majoritet har haft måttliga eller svåra besvär med värmevallningar och svettningar. Det visar en undersökning som Socialstyrelsen genomfört [105]. En del kvinnor är också oförberedda på att komma i klimakteriet, och det behövs mer information till kvinnor om vad klimakteriet innebär. Många vill ha vägledning om hur de kan lindra besvären på egen hand. Om de egna insatserna inte räcker är det viktigt att kvinnor kan söka råd, stöd och behandling utifrån sina behov och besvärens svårighetsgrad.

Socialstyrelsens undersökning visade att den vanligaste insatsen som erbjöds vid såväl gynekologisk öppenvård som vårdcentralerna var behandling med hormonläkemedel. Men vid de undersökta vårdcentralerna erbjöds ytterligare insatser, exempelvis för att hantera stress och för att förbättra levnadsvanor. Vården behöver kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser som kan svara mot olika svårighetsgrader och individuella behov. Sammanfattningsvis pekar resultaten på att det behövs förbättrad information och vägledning

till kvinnor om klimakteriebesvär, liksom ett nationellt kunskapsstöd till vården [105].

Våld i nära relation

Våld i nära relation är ett stort samhällsproblem och drabbar både kvinnor och män. Kvinnor drabbas dock oftare av upprepat och mer allvarligt våld.

Det har under en tid funnits oro för att våld i nära relationer, och då särskilt mäns våld mot kvinnor, skulle ha ökat under pandemin som en konsekvens av samhällets insatser för att förhindra smittspridning. En undersökning av vålds- och skadehandlingar mot kvinnor som resulterat i slutenvård på sjukhus eller specialiserad öppenvård, visar inte på någon ökning av antalet vårdtillfällen under pandemiåret 2020. Antalet vårdtillfällen bland vuxna kvinnor som orsakats av misshandel och övergrepp från annan person, minskade i stället något under 2020, i jämförelse med åren närmast före. Resultatet överensstämmer med andra studier av pandemins påverkan på hälso- och sjukvården, vilka bland annat uppvisat en generell minskning av antalet besök på sjukhusens akutmottagningar, samt antalet patienter i slutenvård och specialiserad vård under pandemins första våg. Under 2020 uppgick det totala antalet vårdtillfällen inom de två orsakskategorierna sammantaget till 140 per 100 000 invånare [106].

Sedan flera år tillbaka finns åtgärds-koder i patientregistret för att registrera insatser för våldsutsatta patienter. Under 2019 tillkom dessutom ytterligare åtgärds-koder, framförallt avsedda för att registrera mer informationsinriktade åtgärder. Fler vårdtillfällen – oavsett diagnos – har under de senaste åren resulterat i våldsrelaterade insatser. Den samlade bedömningen är att en stor del av denna ökning förklaras av en ökad medvetenhet inom såväl hälso- och sjukvården som samhället i stort, när det gäller våldsutsatthet. Sedan regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor presenterades 2016, har en rad aktiviteter inom olika samhällssektorer genomförts i syfte att upptäcka våld. Utbildning om våld i nära relationer för anställda inom bland annat hälso- och sjukvården [107] utgör ett exempel. Inom hälso- och sjukvården har den ökade medvetenheten bland annat medfört utvecklandet av ett systematiskt arbetssätt, där man inom flera verksamheter inkluderat rutinmässiga frågor om våld [106].

Läs mer om arbetet mot våld i Socialstyrelsens lägesrapport om individ- och familjeomsorg.

LÄS
MER!

Patientsäkerhet

I detta fördjupningsavsnitt redovisas utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet inom hälso- och sjukvården. Kapitlet är indelat utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och fem prioriterade fokusområden: *Öka kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker vård här och nu, Stärka analys, lärande och samverkan samt Öka riskmedvetenhet och beredskap* [108]. Omfattningen av redovisning i respektive fokusområde varierar, vilket bland annat beror på tillgången till data.

Iakttagelser i korthet

- Andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat i både somatisk och psykiatrisk vård för vuxna. Andelen vårdtillfällen med skada är större för dem som vårdats för covid-19 under 2020, särskilt inom intensivvården.
- I regionerna har följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler stigit till 84 procent. Med anledning av covid-19 lanserades 2020 utbildningar om vårdhygien vilka kan ha bidragit till ökningen.
- Det är svårt att möta de ökande behoven av vårdhygienisk kompetens som finns i regional och kommunal hälso- och sjukvård. Två regioner angav att de hade tillräcklig bemanning för ett ändamålsenligt vårdhygieniskt arbete 2021.
- Den långsiktiga trenden visar på fortsatt ökande antibiotikaresistens i Sverige men läget är betydligt gynnsammare än i många andra länder i Europa.
- Nu finns en nationell utbildning i patientsäkerhet tillgänglig för alla i hälso- och sjukvården.

Nationell samordning för genomförande av den nationella handlingsplanen

Socialstyrelsen ansvarar för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (S2018/04111/FS delvis). För att stödja regioner och kommuner i framtagandet av egna handlingsplaner har Socialstyrelsen tillsammans med Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG patientsäkerhet) och SKR genomfört utbildningsinsatser i Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete [109]. Ett stöd för samordnad kommunikation har också tagits fram. Stödet består bland annat av kunskap, illustrationer



och nedladdningsbara produkter [110]. Illustrationerna används till exempel i den nya mallen för vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse som finns att ladda ner hos SKR [111].

Socialstyrelsen har följt upp hur många regioner och kommuner som har tagit fram egna handlingsplaner för patientsäkerhet.¹⁴ Av alla 21 regioner har 11 stycken egna handlingsplaner, och ytterligare 7 har fattat beslut om att ta fram en. En mindre andel av kommunerna har egna handlingsplaner: av de 230 kommuner som medverkade i uppföljningen har 29 stycken handlingsplaner, och 56 har beslutat att ta fram en.

Samverkan i Nationellt råd för patientsäkerhet har utvärderats

Syftet med Nationellt råd för patientsäkerhet är att samverka kring genomförandet av åtgärderna i handlingsplanen. För att arbetet ska bli effektivt och tydligt har rådet utvärderat och utvecklat samverkan, bland annat genom att utforma en årsprocess och tydliggöra sitt uppdrag, inklusive vad rådet ska åstadkomma på kort och lång sikt. Rådet har även inventerat respektive aktörs pågående och planerade uppdrag med bäring på patientsäkerhet och påbörjat en gemensam prioritering av insatser som kräver samverkan [112].

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Fokusområdet syftar till att öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador och därmed att förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivare följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och identifierar bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder. En del i detta är att vårdgivare efterfrågar och använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter.

Journalgranskning ger en unik bild av vårdskador

Under 2020 granskades 8 513 slumpvis utvalda vårdtillfällen i den somatiska akutsjukvården för vuxna med metoden markörbaserad journalgranskning, MJG [113].

Vid 11 procent av de granskade vårdtillfällena under 2020 påträffades minst en skada och i 6 procent minst en undvikbar skada, det vill säga vårdskada. Tidigare har män haft en signifikant högre skadefrekvens, men under perioden 2018–2020 fanns inga könsskillnader i skade- eller vårdskadefrekvens.

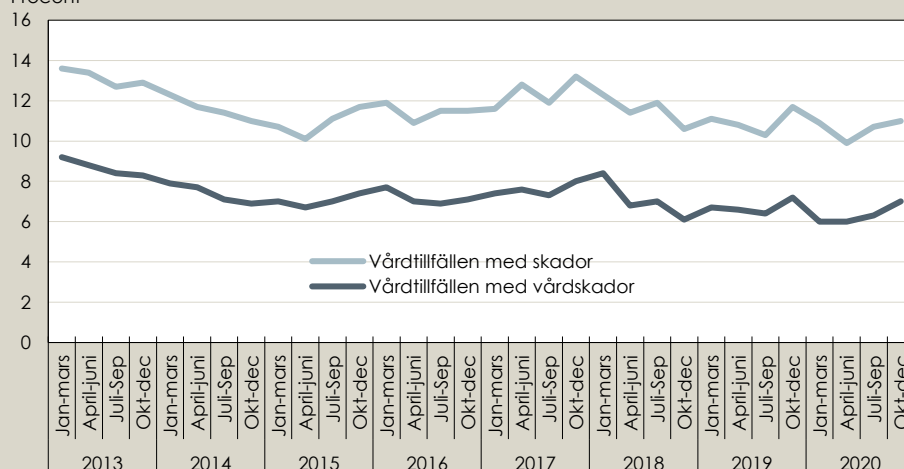
En statistiskt säkerställd minskning av andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador sågs mellan 2013 och 2018. För år 2019 och 2020 har inte någon statistisk beräkning gjorts, eftersom alla regioner inte bidragit med granskningsresultat och pandemin innebär att värdena de olika åren inte är jämförbara.

¹⁴ Socialstyrelsen skickade enkäter till samtliga regioner och kommuner. Svarstiden var mellan den 14 december 2021 och den 21 januari 2022.

Figur 31. Vårdtillfällena med skador respektive vårdskador

Markörbaserad journalgranskning somatisk akutsjukvård av vuxna. Per kvartal 2013-2020

Procent

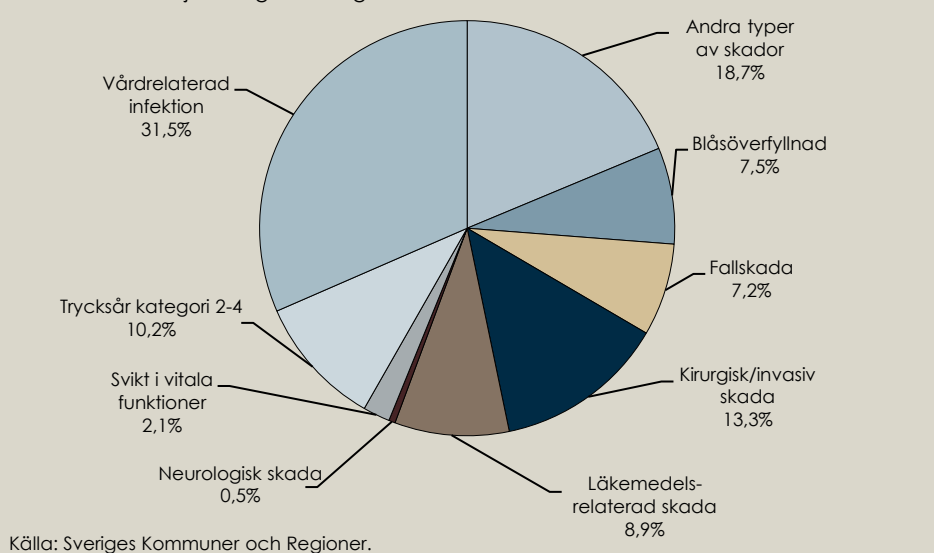


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Den vanligaste skadetyper 2020 var vårdrelaterad infektion med 32 procent av skadorna. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner har minskat signifikant från 2015 till 2020. För övriga skadetyper är skillnaderna inte signifikanta.

Figur 32. Fördelning av skadetyper. Somatisk akutsjukvård av vuxna

Markörbaserad journalgranskning 2020. Det totala antalet skador, som identifierades i



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Andelen patienter med skador och vårdskador är större i högre ålder. I åldersgruppen 18–49 år noterades 8 procent skador och i åldersgruppen 85 år eller äldre var det 12 procent.

Längre vårdtid vid vårdtillfällena med vårdskador

För vårdtillfällena utan skador var medelvårdtiden 6 dagar och för vårdtillfällena med vårdskador 13 dagar. En signifikant minskning av medelvårdtiden

sågs mellan 2015 och 2020 för patienter utan skador. För patienter utan skador var medelvårdtiden längre i högre ålder [113].

Fler oplanerade återinskrivningar på sjukhus

Vid 16 procent av de granskade vårdtillfällena under 2020 har patienten oplanerat återinskrivits inom 30 dagar. Detta var en signifikant högre andel än 2018, då 13 procent återinskrivits. Vårdtillfällen där patienten återinskrivits oplanerat innebär i 20 procent att det finns en skada och i 12 procent att det finns en vårdskada. För patienter som inte återinskrivits inom 30 dagar är motsvarande siffror 9 respektive 5 procent. Andelen vårdtillfällen med skador har minskat signifikant mellan 2018 och 2020 för patienter som återinskrivits, men ingen signifikant minskning sågs för vårdskador [113].

Under 2020 genomfördes 4 procent av de granskade vårdtillfällena på utlokaliserad vårdplats. Av de utlokaliserade patienterna hade 19 procent minst en skada och 11 procent minst en vårdskada. Skillnaden i skadefrekvens mellan utlokaliserade och ej utlokaliserade patienter är signifikant för både skador och vårdskador. Den vanligaste skadan hos utlokaliserade patienter var urinvägsinfektion [113].

Många som vårdats för covid-19 har fått skador

Många som vårdats för covid-19 under 2020 har fått skador. Det visar journalgranskning med MJG av sjukhusvård av vuxna med covid-19-diagnos.¹⁵

En eller flera skador¹⁶ kunde identifieras vid 18 procent av de granskade vårdtillfällena under våren 2020, och motsvarande siffra för hösten var 13 procent. Skillnaden är signifikant. Det fanns en signifikant könsskillnad mellan höst och vår med avseende på skador. Under våren var andelen män som fick en eller flera skador 20 procent och under hösten 13 procent. För kvinnor fanns ingen signifikant skillnad i andel med skada mellan granskningsperioderna [113].

Vårdrelaterade infektioner och trycksår vanligaste skadorna för patienter som vårdats för covid-19

För alla vårdtillfällen både med och utan intensivvård var vårdrelaterade infektioner, VRI, den vanligaste skadetyper. Under våren var 35 procent av skadorna VRI och under hösten 49 procent. Trycksåren utgjorde 23 procent av skadorna under våren och 16 procent under hösten [113].

Skador vanligare vid intensivvård för covid-19

Skadefrekvensen var cirka fyra gånger högre för patienter som vårdats för covid-19 på intensivvårdsavdelning, IVA. Av de patienter som vårdats på IVA under våren hade 50 procent en eller flera skador. Under hösten hade 41 procent en eller flera skador. Motsvarande siffror för dem som inte vårdats på

¹⁵ 1 529 slumpmässigt valda vårdtillfällen granskades under mars–juni 2020 (våren) och 1 278 vårdtillfällen under september–december 2020 (hösten). Strax under 60 procent av de patienter som ingår i det granskade materialet var män. Hälften av patienterna var över 70 år. De patienter som fick intensivvård var yngre och andelen män högre än för patienter med covid-19 som inte fick vård på IVA.

¹⁶ Bedömning av undvikbarhet (vårdskador) har inte sammanställts, då det bedömts att en snabb förändring av kunskapsläge och behandlingspraxis gör en sådan bedömning i efterhand svår.

IVA var 13 procent under våren och 9 procent under hösten. De vanligaste skadorna i samband med IVA-vård var VRI och trycksår [113].

Andelen avlidna med covid-19 var lägre hösten 2020

Andelen avlidna var signifikant lägre under hösten jämfört med våren. Minskningen i mortalitet var störst för patienter som inte fick intensivvård. Under våren avled 15 procent av patienterna: ej IVA-vårdade 13 procent och IVA-vårdade 25 procent. Under hösten avled 12 procent av patienterna: ej IVA-vårdade 10 och IVA-vårdade 28 procent. De skador som, oberoende av IVA-vård, oftast bedömdes ha bidragit till dödsfall var VRI [113].

Färre skador och vårdskador inom psykiatrisk vård

Journalgranskning med MJG¹⁷ inom allmän psykiatrisk vård 2020 identifierade skador i 11,4 procent av de granskade journalerna, och undvikbara skador, det vill säga vårdskador, i 4,6 procent. En signifikant minskning i både skade- och vårdskadefrekvens sågs hos kvinnor mellan 2019 och 2020. För män sågs en signifikant minskning av skador, men inte vårdskador, under samma tidsperiod. Av alla skador bedömdes 37 procent vara undvikbara eller sannolikt undvikbara. Andelen skador var högre bland kvinnor än bland män där avsiktligt självdestruktiv handling, förlängt sjukdomsförlopp, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada var de vanligaste skadetyperna.

Den vanligaste kvalitetsbristmarkören var *avsaknad av vårdplan*, som påträffades i 27 procent av alla granskade journaler följt av *avsaknad av dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård* (16 procent). *Suicidriskbedömning* saknades i 12 procent av journalerna. Det fanns ett samband mellan kvalitetsbrister och förekomst av skador. När vårdplan saknades fick 18 procent minst en skada medan 12 procent fick en skada när vårdplan fanns [114].

Tabell 3. Vårdperioder med skador och vårdskador i psykiatrisk vård

Andel i procent av vårdperioder (journaler) med skador och vårdskador. Markörbaserad journalgranskning i allmän vuxenpsykiatri.

Allmän vuxenpsykiatri	2017 n= 2 252	2019 n= 4 073	2020 n= 3 341
Vårdperiod med skador	17,2	15,5	11,4
Vårdperiod med vårdskador	8,0	6,6	4,6

Antal regioner som genomfört MJG: 2017 - 21 regioner, 2019 - 20 regioner och 2020 - 16 regioner.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Inom rättspsykiatrisk vård identifierades skador i 22 procent av journalerna. Den andel av journalerna där vårdskador identifierades hade minskat signifikant till 6 procent, att jämföra med 13 procent 2019. Av alla skador som identifierades bedömdes 18 procent vara undvikbara. Andelen journaler med kvalitetsbristmarkörer sjönk från 85 procent 2019 till 73 procent 2020. Den största minskningen sågs för *somatisk status i slutenvård saknas* och *avsaknad av aktuell vårdplan* [114].

¹⁷ 3 341 slumpvis valda journaler i allmän psykiatri har granskats. Granskningen omfattar öppen- och slutenvård under en tremånadersperiod. Varje vårdperiod (journal) innefattar minst ett avslutat slutenvårdstillfälle. I MJG för psykiatri används markörerna också för att identifiera kvalitetsbrister.

Identifiera vårdskador inom BUP

En anpassning av MJG-metoden till barn- och ungdomspsykiatri och en handbok som beskriver metoden har tagits fram av Socialstyrelsen för att stödja den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården [115]. Digital utbildning av granskningsteam har inletts för att bidra till att metoden implementeras. I dagsläget är det inte beslutat när granskning inom BUP kommer att inledas.

Trycksåren i slutenvård har ökat

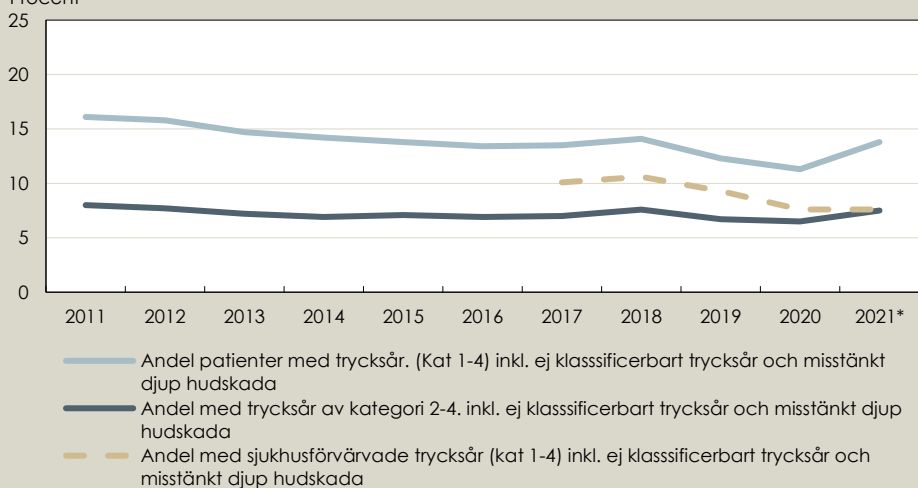
Den årliga punktprevalensmätningen av trycksår i slutenvård¹⁸ visar att andelen patienter med trycksår (kategori 1–4) har ökat till 14 procent [116], vilket visas i figur 33. Hos kvinnor var andelen med trycksår 13 procent och hos män 15 procent. Trycksår var vanligast i åldersgruppen 85 år och äldre. Det finns fortfarande stor variation mellan regionerna.

En femtedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår, vilket har varit relativt konstant sedan 2011. Det var 36 procent av riskpatienterna som hade trycksår och i föregående mätning var det 31 procent. En tidig riskbedömning är viktig så att förebyggande åtgärder snabbt kan sättas in. Hos 45 procent av riskpatienterna genomfördes riskbedömningen inom det första dygnet¹⁹ och även här finns det stora variation mellan regionerna.

Covid 19-pandemin kan ha påverkat resultatet. Arbetsbelastningen har bland annat inneburit att många tvingats pausa till exempel utbildningar och nätverksträffar för trycksårsombud, och omfördelning av personal har gjort det svårare att upprätthålla rutiner kopplade till tidiga riskbedömningar och förebyggande åtgärder [117].

Figur 33. Förekomst av trycksår i slutenvård

Andel patienter med olika grad av trycksår samt sjukhusförvärvade trycksår över tid. Procent



* Region Stockholm och region Östergötland ingår inte i resultatet.

Källa: Sveriges kommuner och regioner

¹⁸ År 2021 ingick drygt 8 700 patienter, 18 år och äldre, i mätningen. Region Stockholm och Region Östergötland deltog inte i mätningen som genomfördes v. 37.

¹⁹ Dokumenterad riskbedömning i patientjournalen inom 24 timmar efter att patienten kommit in på sjukhuset. Region Stockholm och Region Östergötland ingår inte i resultatet 2021.

Klagomål och anmälningar

I följande avsnitt beskrivs dels klagomål till patientnämnderna och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)²⁰ på hälso- och sjukvården, dels anmälningar till IVO²¹ och Lof (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag).

Klagomål till patientnämnderna ökade under 2021

Klagomålen till patientnämnderna från patienter och närstående ökade 2021 jämfört med föregående år. Under 2021 tog patientnämnderna emot 38 145 klagomål, jämfört med cirka 33 700 klagomål 2020.²²

Klagomålen till IVO har ökat

Under 2021 inkom 6 437 klagomål till IVO. Av de klagomål som beslutades 2021 var det 24 procent som utreddes i sak och det är en lägre andel jämfört med 2019 och 2020. De vanligaste orsakerna till att ärendet inte utreddes var att det inte längre tillhör IVO:s utredningsskyldighet eller att den som klagade inte först varit i kontakt med vårdgivaren eller patientnämnden. Det var 785 ärenden²³ som utmynnade i kritik mot vårdgivare, vilket är färre än 2020 då antalet var 883 ärenden.

Tabell 4. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen

Antalet inkomna respektive beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) 2015–2021.

Klagomål	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021
Inkomna klagomål	6 198	7 181	8 340	5 511	6 014	6 275	6 437
Beslutade klagomål	8 678	7 087	7 562	8 370	5 792	6 161	6 250

* Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet, Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Detta förklarar minskningen av antalet inkomna klagomål från år 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

En majoritet av klagomålen som utreddes handlade om kirurgisk vård, primärvård (utom hemsjukvård) och psykiatrisk vård. Av klagomålsärendena med kritik var ärenden gällande vård och behandling och diagnostisering vanligast. Flest klagomålsbeslut gällde kvinnor. Klagomålsbeslut var vanligast i åldersgruppen 30–49 år. Kön- respektive åldersfördelningen har varit densamma under de senaste åren.

Av samtliga klagomål var 193 covid-19-relaterade och IVO fattade beslut i 203 ärenden.²⁴ Det var 72 ärenden som utreddes i sak och flest ärenden, 25 stycken, gällde särskilt boende.²⁵

²⁰ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

²¹ Vårdgivaren är enligt 3 kap. 5 § PSL skyldig att anmäla händelser till IVO om de har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

²² Preliminär uppgift från Patientnämndernas kansli 2022-01-12.

²³ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmälts före 2021 ingå i antalet.

²⁴ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmälts före 2021 ingå i antalet.

²⁵ Uppgifter från IVO 2022-01-11.

Det behövs bättre förutsättningar för att barnens röster om sina upplevelser ska göras hörda

IVO och patientnämnderna har gjort en gemensam analys av klagomål på hälso- och sjukvården som de fått in under 2020 där barn (0–17 år²⁶) har varit patienter.²⁷

Bristande kommunikation upplevs vara orsaken till riskfyllda händelser. Vårdnadshavarna upplever att de inte får information, inte får vara delaktiga och inte får ett bra bemötande. De beskriver att deras oro över barnens sjukdomstillstånd inte tas på allvar av vården, och de upplever även att det är svårt att få kontakt med vården när de behöver vägledning eller råd.

De flesta klagomålen handlar om brister i vård och behandling. Ofta handlar det om fördröjda vårdförlopp som resulterar i långdragna och påfrestande processer för barnen. För de yngsta barnen är det mest klagomål på den somatiska specialistvården. För de äldsta barnen rör det oftare den psykiatriska specialistvården. Många klagomål är av allvarlig karaktär. Det handlar bland annat om barn som är självmordsbenägna eller har ett självskadebeteende. Det finns stor frustration över långa väntetider och det framkommer att den psykiska ohälsan ofta leder till ökad skolfrånvaro och att sociala kontakter kan bli svåra.

Det är till största delen vårdnadshavarna som lämnat klagomål vilket innebär att det främst är deras tolkning av händelsen som beskrivs i ärendena. När barnen och ungdomarna själva lämnat klagomål rör det sig oftast om de äldre tonåringarna. Det är viktigt att hälso- och sjukvården i stort samt IVO och patientnämnderna skapar förutsättningar för att barnen och ungdomarna får vara mer delaktiga och ha en möjlighet att uttrycka sig och bli förstådda [118].

Lättare att lämna synpunkter på vården via 1177.se

Patienter ska få en enda kanal in för alla sorters synpunkter på hälso- och sjukvården. Vårdgivare och patientnämnder har använt olika kanaler för patienters och närståendes synpunkter och klagomål på vården men nu finns en mer enhetlig och säker hantering av klagomål via 1177 Vårdguiden. Den nya tjänsten innebär möjlighet för regionerna och patientnämnderna att använda ärendehanteringssystemet i 1177.se, alternativt integrera sina egna system för avvikelshantering med 1177.se. Det kommer också gå att få aggregerad statistik på lokal, regional och nationell nivå [119].

Lex Maria-anmälningar har ökat något

Under 2021 ökade antalet lex Maria-anmälningar²⁸ jämfört med 2020, se tabell 5. Sedan 2018 har flest beslutade ärenden gällt kirurgisk

²⁶ Samtliga 21 patientnämnder har redovisat det totala antalet barnärenden i sin verksamhet. 2 patientnämnder har lämnat uppgifter åldersgruppen 0-19 år. Dessa är inkluderade i sammanställningen.

²⁷ Under 2020 inkom 430 ärenden gällande barn till IVO, det är 7 procent av alla klagomål om hälso- och sjukvården till IVO. Patientnämnderna fick in totalt 2 205 ärenden som gällde barn och det är 6,5 procent av alla ärenden 2020.

²⁸ Ett minskat antal anmälningar från 2018 hänger ihop med att det fram till den 1 september 2017 fanns en anmälningsskyldighet enligt lex Maria när en patient hade begått suicid i samband med undersökning, vård eller behandling, eller efter fyra veckor efter en vårdkontakt, och detta kommit till vårdgivarens kännedom i 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28).

specialistsjukvård och primärvård.²⁹ Ärendena gäller oftast vård och behandling följt av diagnostisering.

Det var 96 covid-19-relaterade anmälningar och IVO fattade beslut i 115 ärenden.³⁰ Verksamhetsområde invärtesmedicin hade flest beslutade ärenden, 54 stycken.³¹

Tabell 5. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2015–2021

Lex Maria	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021
Inkomna ärenden	2 372	2 465	2 679	2 009	2 270	2 170	2 263
Beslutade ärenden	2 821	2 494	2 752	2 256	2 110	2 104	2 267

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Anmälningar till Löf

År 2021 inkom 18 808 anmälningar om skada till Löf, vilket innebär att den minskning som sågs 2020, och som kunde förklaras av pandemin, var tillfällig. Knappt 2 150 av anmälningarna rörde tandvård.

Skador som inträffat i samband med operation och behandling var den vanligast anmälda skadan, följt av skador på grund av försenad, felaktig eller utebliven diagnos. Denna bild är jämförbar med tidigare år.

Som tidigare är det ortopedi som genererar merparten av de skador för vilka ersättning utgår och som även har störst andel av utbetalda summor. Tandvård står för en relativt stor andel av skador med ersättning men en liten del av utbetalda summor. Det omvända gäller för obstetrik och gynekologi, där ett litet antal förlossningsskador står för en stor del av utbetalda summor.

Under 2020 och 2021 var 510 anmälningar relaterade till covid-19. Cirka hälften av dessa gällde skador under vård för covid-19 och resten konsekvenser av uppskjuten vård.³²

Tillförlitliga och säkra system och processer

Fokusområdet syftar till att möta förändringarna i hälso- och sjukvården genom ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården och skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård där patientsäkerheten stärks genom att minska oönskade variationer. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivare uppfyller kraven om ledningssystem i hälso- och sjukvården och bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av vården.

²⁹ Primärvård utom hemsjukvård.

³⁰ Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antalet inkomna ärenden på grund av handläggningstider, vilket innebär att ärenden som anmälts före 2021 ingår.

³¹ Uppgifter från IVO 2022-01-11.

³² Uppgifter från Löf 2022-02-03.

Pandemin har präglat IVO:s iakttagelser

Covid-19-pandemin präglar de iakttagelser och slutsatser IVO gjort under 2020. Många av IVO:s iakttagelser är återkommande sedan tidigare år, men i och med pandemin har allvarlighetsgraden i brister och risker ökat. Bland annat har utmaningarna med bristande tillgänglighet förstärkts under covid-19-pandemin.

Tillsyn på särskilda boenden för äldre (SÄBO) visade att verksamheterna genomfört många åtgärder för att minska risken för smittspridning, men samtidigt att nivån på grundläggande delar av vård och behandling var för låg. Uppföljning av tillsynsinsatserna har pågått under hela 2021.

Inom området psykisk ohälsa identifierades fortsatta brister i samordning och tillgänglighet. Exempel på brister var att vårdgivarna inte säkerställt att personal har relevant kunskap och kompetens, samt långa väntetider. I den somatiska specialistsjukvården³³ identifierades bland annat brister i vårdgivarnas förmåga att förutse och följa upp patientsäkerhetsrisker kopplade till utlokalisering [59].

Fortsatt förbättrad följsamhet till hygienrutiner och klädregler

En viktig insats för att undvika såväl vårdrelaterade infektioner, VRI, som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler. En tredjedel av alla VRI kan förebyggas genom bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner [120].

Den årliga punktprevalensmätningen (PPM)³⁴ av följsamhet till hygienrutiner och klädregler uppvisade 84 procents följsamhet och visar en förbättring över tid. Följsamheten till klädregler fortsätter att vara högre än följsamhet till hygienrutiner, se figur 34. Liksom vid tidigare mätningar var det stor skillnad mellan regioner, från 67 till 94 procent.

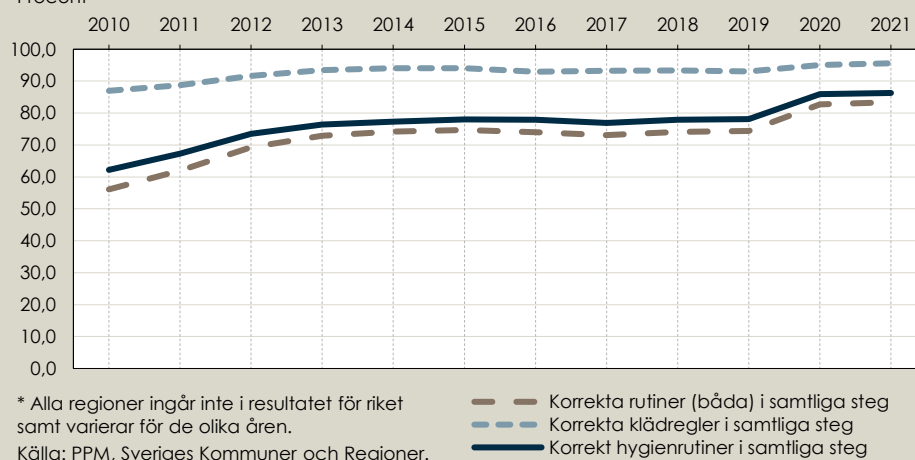
³³ Tillsynen genomfördes hösten 2019. Det fanns brister på 20 av de 23 granskade sjukhusen.

³⁴ PPM omfattar följsamhet till åtta steg. De åtta stegen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. Mätningarna genomfördes vecka 11–12 2021. Vid mätningen ingick 23 557 observationer i 18 regioner. Region Stockholm, Region Sörmland och Region Västerbotten ingår inte i resultatet för riket.

Figur 34. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Andel personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i regionerna.

Procent



Det är fortsatt variationer i följsamhet mellan yrkesgrupper, från 75 till 88 procent. Läkare har över tid ett något lägre utfall än övriga yrkesgrupper [121].

Det vårdhygieniska arbetet i regionerna

En god hygienisk standard innebär att det ska finnas vårdhygienisk expertis i form av hygiensjuksköterska och hygienläkare organiserade i en vårdhygienisk enhet. En god hygienisk standard har stor betydelse för patientsäkerheten. Det bedöms att cirka en tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna kan förebyggas genom tillgång till vårdhygienisk kompetens och hög följsamhet till hygienrutiner [120, 122, 123]. Socialstyrelsen har i en enkät till regionerna följt upp deras styrning av vårdhygienarbetet³⁵ och det är små förändringar av antalet tjänster inom vårdhygieniskt arbete mellan 2017 och 2021. Det gör det svårt att möta de ökande behoven av vårdhygienisk kompetens som finns i regional och kommunal hälso- och sjukvård. Av tjänsterna inom vårdhygieniskt arbete 2021 hade 6 regioner sammanlagt 1,32 hygienläkare avsatt till kommunala verksamheter. För hygiensjuksköterska var det 34 tjänster fördelat på 14 regioner.

Enkätresultaten för 2021 visade också:

- Två regioner angav att de hade tillräcklig bemanning för ett ändamålsenligt vårdhygieniskt arbete. Utmaningar för att behålla och rekrytera personal var bland annat hög arbetsbelastning, stor personalomsättning, brist på utbildade hygienläkare och -sjuksköterskor samt stora pensionsavgångar. Fem regioner hade en kompetensförsörjningsplan för sin vårdhygienorganisation
- I 18 regioner fanns dokumenterade beslut på att alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis. Motsvarande

³⁵ Enkät om kompetensförsörjning inom vårdhygien och antibiotikaresistensområdet (Diarienummer 5.7-20821/2021) ställd till regionledning. Undersökningen genomfördes i december 2021 och är en uppföljning av motsvarande enkätundersökning 2017. 20 av 21 regioner besvarade enkäten 2021.

beslut för tandvård och kommunal hälso- och sjukvård fanns i 17 respektive 16 regioner

- Regionövergripande riktlinjer för arbetskläder och för tillämpning av basala hygienregler fanns i 19 respektive 18 regioner
- Riktlinjer för registrering av vårdrelaterade infektioner fanns i 15 regioner
- Fler regioner följer upp och återför resultaten inom vårdhygienområdet jämfört med mätningen 2017
- Merparten beskriver utfallet av det vårdhygieniska arbetet i patientsäkerhetsberättelsen.

Deltagande på utbildningar inom vårdhygien

Tre e-utbildningar inom vårdhygienområdet togs fram under 2020 i syfte att stärka beredskap och ge kunskap om de viktigaste principerna och utmaningarna i arbetet att förhindra spridning av covid-19 [124]. Cirka 244 500 personer har deltagit på dessa tre utbildningar.³⁶

Minskad antibiotikaanvändning under pandemins första år

Den långsiktiga trenden visar på en gradvis minskning av antibiotikaanvändningen. En analys av Socialstyrelsens läkemedelsregister visade att antibiotikaanvändningen minskade 2020 mer än tidigare år. För riket var antalet utskrivna recept 228 per 1 000 invånare 2020, att jämföra med 276 recept per 1 000 invånare 2019. Det finns också variationer mellan regionerna, men antalet har minskat i samtliga regioner mellan 2019 och 2020. År 2020 låg 20 regioner under det nationella målet om högst 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare.

Det finns tydliga variationer mellan könen, där antibiotikaanvändning är vanligare bland kvinnor (275 recept per 1 000 invånare) än bland män (182 recept per 1 000 invånare). Antibiotikaanvändningen är också högre bland personer med kortare utbildning än bland personer med längre utbildning. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

LÄS
MER!

Den långsiktiga trenden visar på fortsatt ökande antibiotikaresistens

Den långsiktiga trenden visar på fortsatt ökande antibiotikaresistens i Sverige men läget är betydligt gynnsammare än i många andra länder i Europa [125]. Minskat resande och minskat behov av provtagning på grund av förändrad vårdbelastning under pandemin har påverkat provtagningsfrekvensen och förekomsten av anmälningspliktig resistens. En oroande utveckling är den ökande resistensen av ESBL³⁷, som i Sverige är 8 procent respektive 6 procent. Europeiska länder rapporterar en resistens på upp till 79 procent.³⁸ Ett större hot är resistens av ESBL-CARBA som i Europa visar en ökande trend.

³⁷ ESBL: Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum betalactamase. Resistens hos *Escherichia coli* är 8 procent och *Klebsiella pneumoniae* 6 procent.

³⁸ *E. coli* 6–41 procent och *K. pneumoniae* 6–79 procent.

Nära en fjärdedel av länderna rapporterade en resistens på över 10 procent.³⁹ Sverige ligger fortfarande under 1 procent⁴⁰ bland allvarliga infektioner [126-128].

VRE⁴¹ ökade i Europa från 12 till 17 procent under perioden 2016–2020. Sverige ligger under 1 procent bland allvarliga infektioner. Höga tal i vissa europeiska länder tyder på en omfattande smittspridning inom sjukvården. MRSA⁴² har minskat i Europa 2016–2020. Sverige ligger lågt men har ökat till över 2 procent bland allvarliga infektioner. [126-128]

Under 2018–2019 skedde en ökning av PNSP⁴³ men ingen ökning sågs 2020, då förekomsten av PNSP var 8 procent vid allvarliga infektioner. C. difficile-infektioner, en vanlig vård- och antibiotikarelaterad infektion, som innebär en stor sjukdomsburda, ligger nu på 60 fall per 100 000 invånare. Förekomsten har minskat gradvis, med 9 procent, under perioden 2016–2020. Det finns stora regionala skillnader [125-128].

Säker vård här och nu

Fokusområdet syftar till att öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården, uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivare har en god säkerhetskultur som genomsyrar alla delar av vården och främjar en öppen kommunikation kring identifierade risker samt skapar tid för lärande och reflektion.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

När antalet disponibla vårdplatser inte motsvarar det faktiska behovet innebär det överbeläggningar eller att patienter utlokaliseras. Patienten vårdas då på en annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser i somatisk vård minskade under 2020 för att åter öka under 2021. Ökningen kan synas i alla regioner. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

Jämfört med somatisk slutenvård är överbeläggningar och utlokaliseringar fortsatt ovanliga inom psykiatrisk vård.

Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet

Under 2021 (vecka 42) lanserades webbutbildningen Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet [129], som riktar sig till medarbetare samt chefer och ledare i hälso- och sjukvården. Den är uppdelad i sju kapitel som omfattar grundläggande kunskap inom patientsäkerhet och avslutas med ett kunskapstest.

³⁹ För K. pneumoniae.

⁴⁰ Gäller E. coli och K. pneumoniae.

⁴¹ För enterococcus faecium. VRE: vankomycinresistens.

⁴² Staphylococcus aureus resistent mot meticillin.

⁴³ PNSP: pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin.

LÄS
MER!

Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområdet syftar till att öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården, identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem samt ge bättre underlag för hur arbetssätt bidrar till säkerhet och risker.

Start för en kontinuerlig och systematisk nationell uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen har tagit fram en indikatorbaserad uppföljning för säker vård [130]. Rapporten, en baslinjemätning, ger en bild av de aspekter som kan belysas i dagsläget av det som har inträffat, hur det ser ut nu och vad som behöver utvecklas för att kunna spegla det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

Rapporten redovisar 55 indikatorer och för 35 indikatorer går det att följa en utveckling över tid (≥ 3 år) på nationell nivå. För 24 av dessa 35 indikatorer ses en positiv utveckling men den är olika i omfattning takt. Resultatredovisningen ger inte ett heltäckande svar på hur säker hela hälso- och sjukvården är, eftersom det finns områden som till stor del saknar mått och datakällor. Socialstyrelsen har för avsikt att göra nästa uppföljning 2024.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Fokusområdet syftar till att uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden. Detta uppnås bland annat genom att säkerställa att vårdgivare identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt, stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling och bedriver en aktiv omvärldsbevakning.

Lansering av global handlingsplan för patientsäkerhet

Att stärka patientsäkerheten är en prioriterad global hälsofråga och många länder delar samma utmaningar, till exempel i form av bristande resurser, utmaningar i kompetensförsörjning samt snabb medicinsk och teknisk utveckling. Utifrån detta är internationell samverkan prioriterad. Socialstyrelsen medverkar i expertgrupper, stödjer genomförandet av WHO:s resolution om patientsäkerhet och arbetet med de globala patientsäkerhetsmålen (rena händer, säker kirurgi och läkemedelshantering) [131].

WHO har tillsammans med medlemsländerna tagit fram och lanserat en global handlingsplan för ökad patientsäkerhet som sträcker sig fram till år 2030. Den ger ett ramverk för länder att utveckla egna nationella handlingsplaner för patientsäkerhet. Den svenska handlingsplanen har varit inspiration till den globala handlingsplanen [132].

Temat för årets internationella patientsäkerhetsdag var *Säker mödra- och förlossningsvård* [133, 134]. Socialstyrelsen tog fram kampanjmaterial som regioner och andra kunde använda och sprida vidare. Materialet bestod av information från WHO, infografik till sociala medier och ett filmat samtal om hur den svenska mödra- och förlossningsvården upplevs och vilka utmaningar och möjligheter som finns.

Hälso- och sjukvårdens kostnader

Rapporten innehåller uppgifter om hälso- och sjukvårdens inklusive tandvårdens kostnadsutveckling, regionernas ekonomiska resultat, kostnader ur ett internationellt perspektiv samt prognos för läkemedelsförsäljning.

Iakttagelser i korthet

- De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2019 till 549 miljarder kronor. Detta var 7 miljarder kronor (1,3 procent) högre än året innan, räknat i 2019 års prinsnivå. Botande och rehabiliterande sjukvård står för mer än hälften av kostnaderna.
- Pandemins påverkan på kostnadsutvecklingen varierar inom olika verksamhetsområden. Inom exempelvis tandvården minskade regionernas kostnader under 2020 och en tänkbar förklaring är bland annat uteblivna besök.
- Utbetalda statsbidrag till kommuner och regioner till följd av pandemin uppgick till 50 miljarder kronor 2020 (av totalt 276 miljarder kronor i utbetalda statsbidrag under året). Det största riktade bidraget var till verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst till följd av pandemin.
- I jämförelse med många andra OECD-länder lägger Sverige en stor andel av BNP på hälso- och sjukvård.
- Kostnaderna för förmånläkemedel ökade med 2,4 procent år 2021 (exklusive egenavgifter), vilket innebär en viss avmattning i ökningstakten jämfört med föregående år.

Pandemin har inneburit påfrestningar för hälso- och sjukvården och tandvården och påverkat verksamheternas kostnader. Merkostnader har exempelvis uppstått för anpassning av verksamheter, vaccinering, testning och smittspårning. Samtidigt har andra vårdbehov i vissa fall behövts prioriteras ned för att hantera pandemin. Patienter har också undvikit att besöka vårdinrättningar till följd av oro för smitta och av rädsla för att belasta vården. Sådana faktorer gör det svårt att tolka och analysera den senaste periodens kostnadsutveckling.

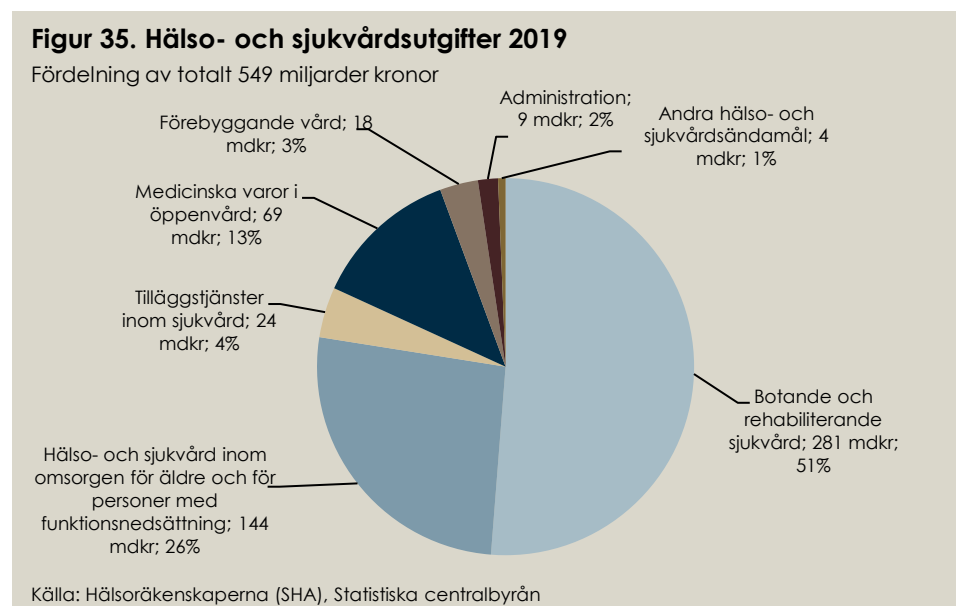
Hälso- och sjukvårdsutgifterna som presenteras i detta avsnitt har beräknats av Statistiska centralbyrån (SCB) med hjälp av uppgifter från bland annat kommunernas och regionernas räkenskapssammandrag. De data som huvudsakligen används har en viss eftersläpning, vilket är i enlighet med tidigare års lägesrapporter. Kapitlet beskriver därför främst kostnaderna och kostnadsutvecklingen inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgen för åren 2016–2019. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren har de fastprisberäknats till 2019 års prinsnivå, om inget annat anges. Detta innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam

prisnivå med hjälp av ett prisindex.⁴⁴ I de fall regionernas kostnader för hälso- och sjukvård särredovisas används kostnadsbegreppet *kostnad för det egna åtagandet*.

Hela hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Kostnaderna för hälso- och sjukvården⁴⁵ uppgick 2019 till 549 miljarder kronor. De totala kostnaderna var 7 miljarder kronor (1,3 procent) högre än året innan, räknat i 2019 års prisnivå. Detta innebär en något mindre kostnadsökning jämfört med året dessförinnan. Sedan 2016 har kostnaderna ökat med drygt 28,9 miljarder kronor (5,6 procent) i 2019 års prisnivå.

Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 51 procent eller 281 miljarder kronor, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, vilket framgår av figur 35 nedan. Här ingår slutenvård, dagsjukvård, öppenvård inklusive tandvård samt botande och rehabiliterande hemsjukvård.



Tabell 6 nedan visar kostnadsutvecklingen under perioden 2016–2019. Jämfört med året innan har kostnaderna för den största delen – botande och rehabiliterande vård – ökat med 1,9 procent. Öppenvården stod för mer än hälften av kostnaderna för botande och rehabiliterande vård.

Den näst största delen, 26,3 procent, av kostnaderna är för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Dessa kostnader finansieras i stor utsträckning av kommunerna. Kostnaderna ökade med 1 miljard kronor (0,8 procent) år 2019 jämfört med föregående år, vilket tyder på en avmattning i kostnadsutvecklingen.

⁴⁴ I beräkningarna används ett konsumtionsprisindex för regioner från SCB för hälso- och sjukvård (2020).

⁴⁵ Uppgifter från SCB:s hälsöräkenskaper som inbegriper flera olika finansiärer såsom staten, kommuner, regioner och regionägda bolag, hushållen och företag.

Tabell 6. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2016–2019

Miljarder kronor fasta priser, 2019 års prisnivå

	Kostnader, miljarder kronor				Andel	Förändring 2016–2019
	2016	2017	2018	2019	2019	Miljarder kronor (%)
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	520	525	542	549	100 %	28,9 (5,6 %)
Årlig förändring	2,8 %	0,9 %	3,3 %	1,3 %		
Botande och rehabiliterande sjukvård	267	269	276	281	51,2 %	14,0 (5,2 %)
Dagsjukvård	10	10	10	10	1,8 %	0,5 (4,7 %)
Öppenvård	151	150	154	158	28,9 %	7,7 (5,1 %)
- Allmän botande öppenvård	29	29	29	30	5,4 %	0,5 (1,7 %)
- Tandvård	29	30	30	31	5,6 %	1,3 (4,3 %)
- Övrig specialiserad öppenvård	74	73	75	78	14,2 %	4,1 (5,6 %)
- Övrig botande öppenvård	18	18	19	20	3,6 %	1,9 (10,5 %)
Slutenvård	105	106	109	110	20,0 %	5,5 (5,2 %)
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	2	2	3	3	0,5 %	0,3 (13,0 %)
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	138	140	143	144	26,3 %	5,9 (4,3 %)
Särskilda boendeformer	88	90	92	92	16,8 %	3,6 (4,1 %)
Ordinärt boende	42	43	44	45	8,2 %	2,7 (6,3 %)
Dagverksamhet och korttidsvård	7	7	7	7	1,3 %	-0,4 (-5,2 %)
Medicinska varor i öppenvård	67	65	69	69	12,5 %	1,6 (2,4 %)
Läkemedel och förbrukningsartiklar	53	52	54	53	9,7 %	0,2 (0,3 %)
- Receptförförskrivna läkemedel	37	35	37	37	6,8 %	0,9 (2,4 %)
- Receptfria läkemedel	12	12	12	11	2,1 %	-1,0 (-8,1 %)
- Dagligvaror och förbrukningsartiklar	4	4	4	5	0,8 %	0,3 (7,3 %)
Hjälpmiddel och andra varaktiga varor	14	14	15	15	2,8 %	1,4 (10,3 %)
Tilläggsstjänster inom sjukvård	20	21	23	24	4,3 %	4,2 (21,6 %)
Förebyggande vård	16	17	18	18	3,3 %	1,5 (9,3 %)
Information, utbildning och rådgivning	7	8	8	8	1,4 %	0,7 (10,2 %)
Allmänna hälsokontroller	7	7	8	8	1,4 %	0,6 (9,0 %)
Immuniseringsprogram	2	2	2	2	0,4 %	0,2 (9,2 %)
Smittskyddsarbete	0	0	0	0	0,1 %	0,0 (-2,1 %)
Administration	8	9	10	9	1,7 %	1,5 (18,8 %)
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	3	3	3	4	0,6 %	0,1 (4,1 %)

Källa: Hälso- och sjukvårdsräkenskaper (SHA), Statistiska centralbyrån

Kostnad per invånare

År 2019 uppgick de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna (inklusive omsorgskostnader) per invånare till cirka 53 000 kronor. Mellan 2015 och 2019 ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna i fasta priser per invånare med drygt 14 procent. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

LÄS
MER!

Regionernas kostnader

Tabell 7 visar regionernas kostnader år 2020 för det egna åtagandet uppdelat på verksamhet och procentuell förändring 2016–2020 (2020 års fasta

priser).⁴⁶ Summan av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård var på ungefär samma nivå 2019 och 2020, exklusive kostnader för serviceverksamheterna och politisk verksamhet inom hälso- och sjukvård. År 2020 ökade serviceverksamheternas kostnader markant (64,3 procent) jämfört med föregående år. Pandemin är en tänkbar förklaring, eftersom exempelvis laboratorieverksamhet ingår i dessa kostnader. Det är dock svårt att säkerställa vad kostnadsökningen beror på. Hälso- och sjukvårdskostnaderna ökade mellan år 2019 och 2020 om även serviceverksamheternas kostnader inkluderas (2,6 procent).

Under perioden 2016–2020 ökade regionernas kostnader för primärvård snabbare än andra hälso- och sjukvårdskostnader, vilket visas i tabell 7. Tandvårdens kostnader minskade dock under perioden 2016–2020 (-4,5 procent). Detta kan främst förklaras av minskade kostnader under 2020. En tänkbar förklaring är bland annat uteblivna besök under pandemin [135, 136].

Tabell 7. Regionernas kostnader för det egna åtagandet uppdelat på verksamhet

Miljarder kronor fasta priser, 2020 års prisnivå.

Verksamhet	Kostnader 2020 (mdkr)	Förändring 2016–2020 (%)
Primärvård	68,0	10,3 %
Specialiserad somatisk vård	182,7	5,7 %
Specialiserad psykiatrisk vård	28,7	4,2 %
Tandvård	10,7	-4,5 %
Övrig hälso- och sjukvård	31,2	0,5 %
Summa hälso- och sjukvård*	321,2	5,6 %

*Exklusive kostnader för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvården samt serviceverksamheter.

Även exklusive kostnadsuppgifter för region Gotland.

Källa: Regionernas räkenskaper, Statistiska centralbyrån

Resurser behövs i omställningen till en god och nära vård

Kommande års ekonomiska resultat för huvudmännen beror på flera faktorer. Framtida skatteintäkter för att finansiera den offentligt drivna hälso- och sjukvården beror på det ekonomiska läget i stort. Inte minst finns en utmaning vad gäller den demografiska utvecklingen. Antalet äldre ökar snabbt samtidigt som ökningen av antalet personer i arbetsför ålder är relativt långsam [135].

För att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna krävs förändringar av sättet att organisera och bedriva vården. En utvecklad nära vård med en stark primärvård som bas kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt [137]. Omställningen till en god och nära vård gäller inte bara primärvården, men primärvårdens roll behöver fortsatt stärkas och ges tillräckliga resurser för att möta målsättningarna i

⁴⁶ En viktig skillnad mot hälsoräkenskaperna (tabell 6) är att enbart regionernas kostnader inkluderas. Därutöver inkluderas inte kostnader för politisk verksamhet samt serviceverksamheter, och datan måste därför tolkas försiktigt. Serviceverksamheter inkluderar medicinsk service (såsom exempelvis verksamheter vid laboratorier, operations- och röntgenavdelningar), allmän service (alla serviceverksamheter som inte innefattas av medicinsk service eller fastighetsförvaltning) och fastighetsförvaltning.

omställningen. I förhållande till primärvårdens vidgade uppdrag är finansieringen bristande och få regioner har också uttalade planer på att öka primärvårdens del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna [137, 138]. När det kommer till regionernas kostnader har dock ökningstakten under perioden 2016–2020 varit störst inom primärvården (tabell 7) men det är svårt att veta vad det står för, bland annat i och med pandemins påverkan på vården. Även inom den kommunala hälso- och sjukvården har kostnaderna ökat (tabell 6). I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en mer nära vård från augusti 2021 framgår att andelen av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgörs av primärvård finansierad av regioner och kommuner var förhållandevis stabil mellan åren 2013 till 2019 (runt tolv procent) [137]. I en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedöms att det finns få tecken som tyder som på att de ekonomiska resurserna i primärvården är tillräckliga för att möta målsättningarna med omställningen [138]. *Läs mer om omställningen till en god och nära vård i fördjupningsavsnittet om organisation och styrning.*

Starka ekonomiska resultat för regionerna 2020

Pandemins påverkan på kostnadsutvecklingen varierar beroende på verksamhet. År 2020 ställdes exempelvis krav på utvidgad kapacitet för intensivvården samtidigt som planerad vård fick stå tillbaka [25, 135]. Trots det ansträngda läge som svensk hälso- och sjukvård befunnit sig i under pandemin tyder beräkningarna på starka ekonomiska resultat för 2020 [139]. Detta kan förklaras av ökade statsbidrag för skatteintäktsbortfall och merkostnader till följd av pandemin [140].

År 2020 ökade statens kostnader för utbetalda statsbidrag med 30 procent jämfört med föregående år (i löpande priser). Utbetalda statsbidrag till kommuner och regioner till följd av pandemin uppgick till 50 miljarder kronor 2020 (av totalt 276 miljarder kronor i utbetalda statsbidrag under året) enligt en sammanställning från Statskontoret. Av dessa 50 miljarder kronor var 22 miljarder kronor generella bidrag, 21 miljarder riktade statsbidrag och 7 miljarder kronor avsåg kostnadsersättningar.⁴⁷ Det största riktade statsbidraget av dessa avsåg medel för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av pandemin (19,7 miljarder kronor avsattes 2020, varav 10 miljarder kronor har utbetalats under 2020 [141]).

Även under 2021 förväntas, enligt SKR, relativt starka ekonomiska resultat för regioner och kommuner till följd av att statsbidragen kvarstår på en relativt hög nivå [140].

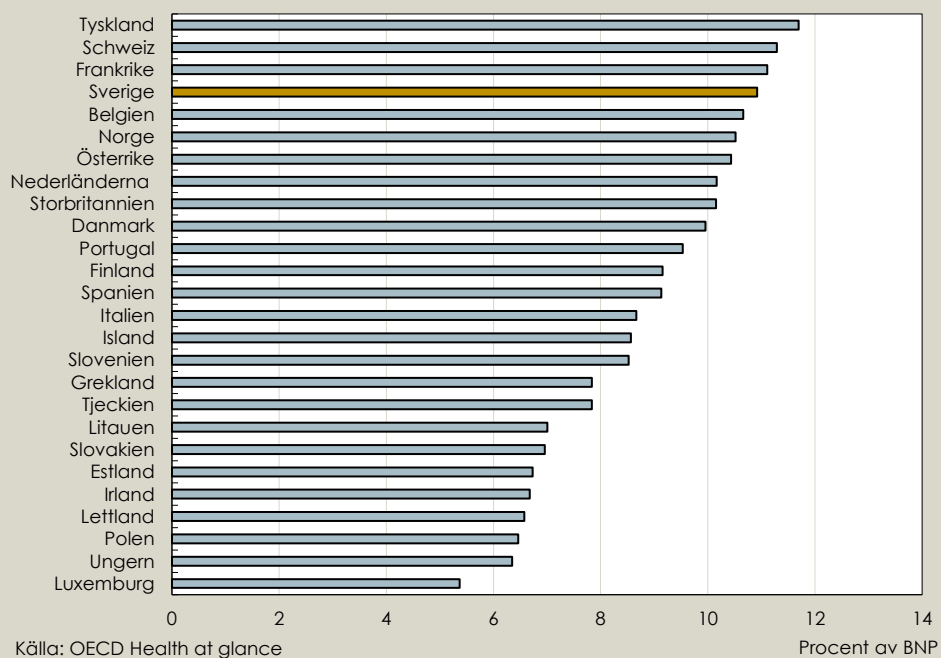
Kostnader ur ett internationellt perspektiv

Hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av BNP var 10,9 procent 2019. Denna andel har legat på ungefär samma nivå under de senaste åren. I

⁴⁷ Till skillnad från generella statsbidrag får riktade statsbidrag för regioner och kommuner bara användas för ett visst ändamål. Det är frivilligt att ansöka eller ta emot riktade statsbidrag. Kostnadsersättningar är ersättningar för specifika kostnader som staten beslutat att kommunerna eller regionerna är skyldiga att utföra eller tillhandahålla (oavsett om ersättning utgår eller inte).

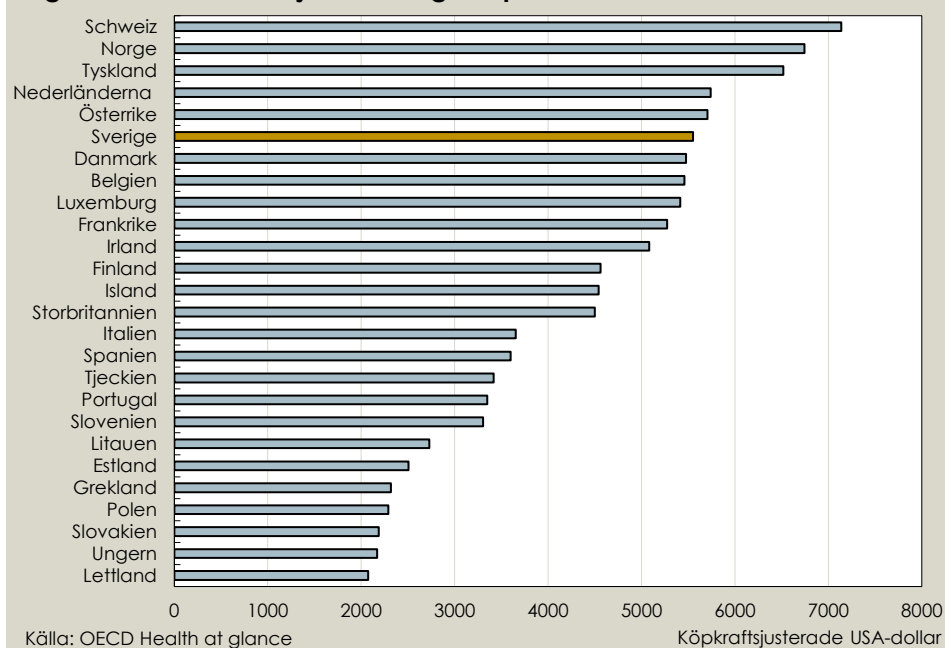
jämförelse med andra OECD-länder använder Sverige en stor andel av BNP på hälso- och sjukvård. I Europa är det bara Tyskland, Schweiz och Frankrike som använder en större andel av BNP på hälso- och sjukvård.

Figur 36. Hälso och sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP 2019



Även mätt i kostnader per invånare är det få europeiska länder som använder mer resurser på hälso- och sjukvård än vad Sverige gör. Det är bara Schweiz, Norge, Tyskland, Nederländerna och Österrike som använder mer pengar per invånare mätt i köpkraftsjusterade USA-dollar.

Figur 37. Hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare 2019



Prognos för läkemedelsförsäljningen

År 2021 uppgick de totala kostnaderna⁴⁸ för förmånsläkemedel till 34,9 miljarder kronor, varav 28,5 miljarder kronor var förmånskostnader som betalats av regionerna. Regionerna får varje år ett bidrag från staten som de senaste åren har baserats på Socialstyrelsens prognos. Resterande var egenavgifter och merkostnader betalade av patienter. Regionernas kostnader för förmåns-läkemedel ökade med 2,4 procent 2021 jämfört med 2020, vilket innebär en viss avmattning i ökningstakten. Enligt Socialstyrelsens senaste prognos förväntas dessa kostnader uppgå till 30,9 miljarder kronor 2022 och 32,4 miljarder kronor 2023[142].

Även kostnaderna för läkemedel som används inom slutenvården (rekvisitions-läkemedel) förväntas öka under prognosperioden, från 10,8 miljarder kronor 2021 till 11,6 miljarder kronor 2022 och 12,2 miljarder 2023 [142].

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) förväntas minska från 1,2 miljarder kronor 2021 till 1,1 miljarder kronor 2023 [142].

Prognoserna är förenade med flera osäkerheter, bland annat kring antalet behandlade patienter, introduktion av nya läkemedel, framtida konkurrens och covid-19-pandemins påverkan.

Faktorer som kan påverka framtida läkemedelskostnader

Kostnadsutveckling drivs av flera olika faktorer såsom demografin och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. En stor del av förklaringen till de senaste årens kostnadsökning är introduktionen av nya läkemedel som i flera fall fyller ett behov där det saknats behandlingsalternativ eller där de nya läkemedlen tillför stor nytta. Flera faktorer kan dock dämpa kostnadsutvecklingen. Exempelvis tyder erfarenheten på minskade kostnader när ett läkemedelspatent löper ut och konkurrens uppstår. Kostnaderna kan även hållas nere genom exempelvis återbäringsavtal mellan företag och regioner.

En särskild utmaning framöver är även de nya avancerade läkemedelsterapier (ATMP) som nu börjat introduceras och ställer särskilda krav på systemet och finansieringen.

⁴⁸ Socialstyrelsen gör varje år en prognos över förmånskostnaderna samt kostnader för smittskyddsläkemedel (hepatit c och hiv) och rekvisitionsläkemedel. I vissa fall tecknar företag och regioner så kallade återbäringsavtal. Nivåer i återbäringsavtalen är sekretessbelagda och inte kända för Socialstyrelsen. Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) uppskattade i december 2021 den totala återbäringen till 2,7 miljarder kronor för år 2021. Källa: Prognos 2 av besparingar från sidoöverenskommelser 2021. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelförmånsverket 2022.

Organisation och styrning

I detta fördjupningsavsnitt beskrivs läget beträffande omställningen till en mer nära vård. Avsnittet innehåller också översikter över kompetensförsörjning, nya nationella riktlinjer, hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan, krisberedskap samt några satsningar som gjorts inom området barn och unga.

Iakttagelser i korthet

- Omställningen till en mer nära vård pågår men den har ännu inte nått måluppfyllelse. Primärvården behöver fortsatt stärkas för att kunna vara navet i vården.
- Kompetensförsörjningen är en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar, och idag råder det brist på personal inom flera yrken. I omställningen till en god och nära vård är kompetensförsörjningsfrågor fortsatt centrala.
- Under 2021 har nya nationella riktlinjer tillkommit för tandvård och för rörelseorganens sjukdomar.
- Regionerna är i behov av stöd och planering när det gäller hantering av hälso- och sjukvården och dess prioriteringar i händelse av kris eller krig.

Pågående omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet

Ett komplext förändringsarbete pågår som berör hela hälso- och sjukvården med fokus på primärvården i samverkan mellan regioner och kommuner.

På en övergripande nivå handlar det om fördelning av resurser och kompetens mellan olika delar och nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet för en ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, samt för att möta den demografiska utvecklingen och bedriva en effektiv vård.

Mot en mer nära vård

Omställningen till en god och nära vård handlar i stort om att stärka primärvården för att kunna ge patienterna ökad delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Det är särskilt angeläget för patienter med flera hälsoproblem och för dem som lever under lång tid med kroniska sjukdomar.

Sedan 1 juli 2021 har definitionen av primärvården ändrats i 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL. De nya bestämmelserna markerar det vidgade ansvar som ingår i primärvårdens grunduppdrag. Primärvården ska vara navet i vården och underlätta samordning av vårdinsatser och arbeta hälsofrämjande, stödja rehabilitering och motverka försämringar av exempelvis kroniska sjukdomar. Primärvården ska även ha kapacitet att vara första instans för de flesta vanligt förekommande hälsoproblemen (13 a kap. 1 §

HSL). Detta ställer krav på nya arbetsformer och samarbetslösningar mellan vårdcentraler, den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten och den specialiserade vården, inklusive den högspecialiserade vården.

Förändringsarbetet kräver samverkan mellan huvudmännen

Förändringsarbetet mot en god och nära vård har tydliggjort att samverkan och samverkanslösningar mellan huvudmännen är centralt för den omställning som pågår där kommunen delar ansvaret som huvudman för primärvården med regionerna [137]. Kommunerna ansvarar bland annat för hälso- och sjukvård på särskilda boenden och (förutom i Region Stockholm) även för hälso- och sjukvården i ordinärt boende. Vårdinsatser som utförs av läkare ligger dock inom det regionala ansvarsområdet. Personer med många vårdkontakter har ofta även behov av insatser från socialtjänsten och det är viktigt att samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerar väl.

Uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp omställningen till en god och nära vård och identifierat olika behov för att stärka primärvården.

Omställningen har inte nått måluppfyllelse

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har i uppdrag att följa omställningen ur ett systemperspektiv. I en rapport från oktober 2021 konstaterar de att det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse och att det finns problem med finansieringsfrågan vad gäller bristande finansiering av primärvården i förhållande till det nya och vidgade uppdraget till primärvården [138].

Av rapporten framgår också att omställningen ännu inte fått effekter för patienterna och ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens i primärvården. Hos patienter och yrkesverksamma finns ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar [138].

Pandemin har påverkat omställningen

Vissa delar av omställningsarbetet har bromsats upp under pandemin, medan andra områden utvecklats snabbare och därmed påskyndat utvecklingen mot en mer nära vård. Regioner och kommuner beskriver att vissa utvecklingsarbeten i riktning mot en mer nära vård har behövt ställas in eller skjutas fram, exempelvis vissa arbeten för att utveckla kontinuitet, patientkontrakt och delaktighet [137]. Även vissa utbildningsinsatser har fått stå tillbaka. Samtidigt

har graden av samverkan mellan regioner och kommuner ökat på olika nivåer under året.

Pandemin har också medfört uppdämda vårdbehov till följd av att andra vårdinsatser har behövt skjutas fram, vilket ytterligare belastat vården och krävt omprioriteringar [25]. Behov av ökat stöd till rehabilitering har rapporterats samt även stöd för samverkan med regionens primärvårdsrehabilitering och specialistrehabilitering. *Läs mer om uppdämda vårdbehov till följd av pandemin i fördjupningsavsnittet om covid-19.*

LÄS
MER!

Nya samarbetslösningar

Arbetet med att skapa gemensamma målbilder för regioner och kommuner när det gäller nära vård har fortsatt. I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 redovisar 74 procent av kommunerna att man har ett politiskt beslut om samverkan mellan kommun och region, vilket är fler än i föregående års uppföljningsrapport [137].

Mobila team och nya samarbetslösningar mellan vårdcentraler, den kommunala hälso- och sjukvården och den specialiserade vården har också utvecklats [137].

Snabb utveckling av digitala arbetssätt

Möjligheten att erbjuda videobesök i den regiondrivna vården har utvecklats mycket snabbt i samtliga regioner under 2020. En kraftig ökning ses av de digitala vårdbesöken. Med hjälp av digital teknik har nya metoder för konsultationer också börjat användas för att överbrygga gränser mellan regionernas primärvård och specialistvård respektive kommunal hälso- och sjukvård [137].

Indikatorer och nyckeltal för att följa omställningen

Socialstyrelsen har presenterat ett förslag⁴⁹ till indikatorer och andra kompletterande mått⁵⁰ för att följa utvecklingen mot god och nära vård ur ett nationellt perspektiv [137]. I den senaste versionen har drygt 100 indikatorer och andra mått identifierats för att följa omställningen, och bland dessa har ett mindre urval gjorts av så kallade ”kärnindikatorer” och ”centrala mått”. Indikatorerna innehåller data för kommuner, regioner och riket och handlar bland annat om ekonomiska resurser för omställningen, kompetensförsörjning, kontinuitet, samordning och tillgänglighet. Resultat för indikatorer och andra mått för att följa omställningen redovisas på Socialstyrelsens webbplats.

⁴⁹ Det slutgiltiga förslaget ska presenteras senast under augusti 2022, men för att ge möjlighet till en kontinuerlig process med externa inspel så har två preliminära versioner redan presenterats.

⁵⁰ Indikatorerna har en önskvärd riktning för utvecklingen medan de kompletterande måtten inte har det.

Kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Kompetensförsörjningen är en av vårdens stora utmaningar

Hälso- och sjukvården har under flera år arbetat med olika insatser och åtgärder för att skapa en ändamålsenlig kompetensförsörjning. Den pågående pandemin har ytterligare förstärkt vissa av dessa utmaningar och kompetensförsörjningen fortsätter att utgöra en av vårdens största utmaningar.

Brist på rätt kompetens i hälso- och sjukvården och omsorgen, till exempel vissa specialistkompetenser, men även svårigheter att rekrytera vissa kategorier av utbildad personal är problem som har förstärkts under pandemin [25, 30, 143]. Svensk hälso- och sjukvård står inför en rad långsiktiga strukturella utmaningar. Befolkningen lever allt längre vilket är en framgång för det svenska välfärdssamhället. Antalet gamla och unga ökar dock snabbare än befolkningen i arbetsför ålder och under den kommande tioårsperioden beräknas gruppen 80 år och äldre komma att öka med närmare 50 procent, medan gruppen i arbetsför ålder bedöms öka med endast 5 procent. Den åldrande befolkningen förväntas också leda till ökade vårdbehov [137]. Denna demografiska förändring medför stora utmaningar att finansiera och inte minst bemanna hälso- och sjukvårdens verksamheter [144].

Pandemin har även påverkat behovet av legitimerad personal på kort sikt, till exempel i fråga om hantering av uppskjuten vård, men kommer troligtvis också att få långsiktiga konsekvenser för efterfrågan [98]. Det handlar exempelvis om att kunna hantera den vård som skjuts upp för att frigöra personal till att arbeta med covid-19-patienter. Det kommer också behövas personal till rehabilitering av patienter med postcovid.

Kompetensbehov för en nära vård

Omställningen till en mer nära vård ställer krav på att säkerställa kompetensförsörjningen till den nära vården. Detta avser både nuvarande kompetenser som arbetar inom den nära vården och nya och fördjupade kompetenser för att kunna ta hand om fler komplexa tillstånd [137]. De flesta regioner beskriver utmaningar i att kunna rekrytera vissa yrkesgrupper [98, 145]. Idag finns det exempelvis inte tillräckligt med allmänläkare i primärvården. Många patienter som önskar en fast läkare har inte tillgång till det och under 2021 har Socialstyrelsen publicerat stöd till regionerna för att genomföra fast läkare i primärvården och stöd för att dimensionera uppdraget [146, 147]. Andra specialister än allmänläkare kan också komma att efterfrågas på vårdcentralerna, exempelvis geriatriker och endokrinologer. Kommuner och regioner arbetar med specifika kompetensförsörjningsåtgärder som en del i arbetet med omställningen [137, 145]. Regionerna arbetar med en mängd olika åtgärder för att attrahera, rekrytera och behålla kompetens samt utveckla och använda kompetensen rätt.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet fick i september 2021 ett uppdrag av regeringen att ta fram förslag som syftar till att stärka

medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården [148].

Sysselsätta i hälso- och sjukvården

De flesta legitimationsyrken har haft en jämn tillgång av antalet sysselsatta per 100 000 invånare mellan 2015 och 2019. De yrkesgrupper som framförallt har ökat i antal sysselsatta per 100 000 invånare är apotekare, audionomer, logopeder och röntgensjuksköterskor. Den största minskningen skedde bland psykoterapeuter.

Den geografiska variationen för legitimerade sysselsatta inom hälso- och sjukvården var fortsatt relativt stor. Till exempel hade Stockholm 2,2 sjuksköterskor anställda per läkare år 2019, medan Norrbotten hade 4,1 sjuksköterskor anställda per läkare.

Antalet utfärdade legitimationer ökade i majoriteten av legitimationsyrkena under perioden 2016 till 2020. De legitimationsyrken som ökade mest var optiker, tandläkare och psykologer. Den största minskningen skedde bland fysioterapeuter och kiropraktorer [98].

Regioner rapporterar brist på personal inom vissa yrkesgrupper

Regionerna rapporterade 2021 att det rådde en ökad bristsituation för en stor del av legitimationsyrkena. Såväl fack- och professionsorganisationerna som regionerna har under en längre tid identifierat brist på läkare med specialistkompetens som både en nationell och en internationell utmaning inom merparten av specialiteter och subspecialiteter. Samtliga regioner rapporterar också brist på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor, liksom barnmorskor [98]. *Läs mer om barnmorskor i fördjupningsavsnittet om kvinnors vård och hälsa.*

Apotekare, hälso- och sjukvårdskurator och läkare utan specialistkompetens är yrkeskategorier där nästan alla regioner rapporterar att de har balans mellan tillgång och efterfrågan.

Kommuner rapporterar brist på sjuksköterskor mm.

Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät har för första gången inkluderat kommuner, och många av dem uppger att de har brist på legitimerad personal. De vanligaste legitimationsyrkena inom kommunerna var sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, och det är inom de vanligaste yrkena som kommunerna rapporterade brist på personal. Till exempel uppgav 68 procent av kommunerna att de hade brist på sjuksköterskor, 49 procent att de hade brist arbetsterapeuter och 59 procent att de hade brist på fysioterapeuter. Orsakerna till de olika bristsituationerna uppgavs främst vara konkurrens från andra arbetsgivare samt dålig tillgång till utbildad personal [98].

Nationella vårdkompetensrådet konstaterar att kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård behöver stärkas. Snabbutbildad personal och omfattande delegering kan påverka patientsäkerheten, och vårdpersonal har behov av återhämtning efter den hårda belastningen på grund av pandemin [30].

LÄS
MER!

Fortsatt användning av inhyrd personal i regionerna

Under 2021 har pandemin ökat behovet av inhyrd personal och därmed ökat kostnaderna. Ökningen syns mest inom sjukhusvården, där kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor och läkare ökat med 22 respektive 12 procent under första halvåret 2021, jämfört med samma period året innan. Bemanningstrenden visar att kostnaden för första halvåret 2021 ökade med 241 miljoner kronor, eller 9,3 procent [149].

Kostnaden för inhyrd personal i förhållande till egen personal har ökat något och var 3,3 procent första halvåret 2021, en ökning med 0,1 procentenheter jämfört med motsvarande period 2020. Totalt sett ökade kostnaden för inhyrda läkare med 4,9 procent medan den ökade för sjuksköterskor med 19,2 procent. Fyra regioner (Skåne, Blekinge, Gotland och Västernorrland) minskade sina hyrkostnader för inhyrd personal under första halvåret 2021. Inom psykiatrin minskade hyrkostnaderna under samma period med totalt 4,3 procent [150].

Hälso- och sjukvårdsutbildningar

Hälso- och sjukvårdsutbildningarnas utveckling

Ett adekvat utbud av hälso- och sjukvårdsutbildningar är en förutsättning för vårdens kompetensförsörjning. Utbildningarna behöver kontinuerligt utvecklas i linje med hälso- och sjukvårdens behov. Det är en utmaning att förena lärosätenas nationella ansvar för utbud och dimensionering av utbildningar med hälso- och sjukvårdens regionala och lokala behov av olika högskoleutbildade yrkesgrupper [151].

- I syfte att höja kompetensen inom äldreomsorg pågår arbetet med skyddad yrkestitel för undersköterskor, vilket föreslås träda i kraft 1 januari 2025 [152].
- Studietiden för läkarexamen har från och med 1 juli 2021 utökats från 5,5 till 6 år, med nya och reviderade nationella examensmål och examen blir då legitimationsgrundande.
- Allmäntjänstgöringen (AT) efter läkarexamen för att få legitimation tas bort och fasas ut under flera år framöver. Läkarnas specialiserings-tjänstgöring inleds med en ny fristående obligatorisk första del, bastjänstgöring (BT).

Vissa yrkesgruppers väg genom utbildnings- och hälso- och sjukvårdssystemet

Nationella vårdkompetensrådet har publicerat statistikbaserade flödesbeskrivningar av läkares och biomedicinska analytikers väg genom utbildnings- och hälso- och sjukvårdssystemet [153, 154]. Publikationerna syftar bland annat till att öka kunskapen om hur yrkesgrupperna rör sig i övergångarna mellan utbildning, examen, legitimation och forskarexamen. Resultaten visar bland annat att den totala tiden mellan läkarexamen och legitimation hade ökat med i genomsnitt 5,5 månader: från 30,5 månader för dem som blev legitimerade 2008 till 36,0 månader för dem som fick sin legitimation 2018. Det är en ökning med 18 procent under tioårsperioden. Liknande beskrivningar ska göras även om andra yrkesgrupper.

Under 2021 publicerade Universitetskanslersämbetet (UKÄ), i samverkan med Nationella vårdkompetensrådet, kortsiktiga prognoser över planerat utbildningsutbud och planerat antal nybörjare för de kommande 2–3 åren för samtliga högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Bedömningarna kan bidra till att undvika, minska och i sista hand förbereda för bristsituationer när det gäller de aktuella utbildningarna och yrkena [155].

Nya riktlinjer och rekommendationer

Det nationella riktlinjepaketet innehåller rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar. Riktlinjerna ska stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder, och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna vänder sig framför allt till de som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården.

Under 2021 har nya nationella riktlinjer tillkommit för rörelseorganens sjukdomar [156]. Dessa innehåller rekommendationer om vård för vuxna med de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit samt artros och osteoporos. Dessa riktlinjer är mer övergripande och innehåller mindre detaljerade rekommendationer än tidigare nationella riktlinjer. Också indikatorer och nationella målnivåer har tagits fram för vård vid rörelseorganens sjukdomar [157, 158].

Under 2021 har också nya och uppdaterade nationella riktlinjer [159] och indikatorer tillkommit för tandvård [160] vilka beskrivs i fördjupningsavsnittet om tandvård och munhälsa.

Därutöver har en mindre översyn 2020 och förtydligande 2021 gjorts av nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom [161]. Socialstyrelsen har bland annat lagt till en rekommendation om det antidepressiva läkemedlet esketamin och två rekommendationer om återfallsförebyggande behandling för barn och ungdomar med egentlig depression i remission. Det avråds också från att enbart använda föräldraintervjun Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare för misstänkt depression eller ångestsyndrom.

Utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer har också gjorts för områdena nationell utvärdering av vård vid epilepsi [162] samt pandemins påverkan på följsamheten till nationella riktlinjer [29].

Befolkningens syn på hälso- och sjukvården

För att ett hälso- och sjukvårdssystem ska vara långsiktigt och hållbart är det viktigt att de som bidrar till dess finansiering och använder sig av dess tjänster har förtroende för systemet, dess prestationer och dess personal.

- 69 procent av befolkningen hade mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin region under 2020. Det är en ökning med nio procentenheter sedan 2019. Det finns dock tydliga skillnader mellan regionerna och andelen som hade mycket eller ganska stort förtroende

varierar mellan 56 och 80 procent [163]. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

- 73 procent hade mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering av covid-19-pandemin under 2020 [163].
- 88 procent av befolkningen anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Det är en ökning med fyra procentenheter sedan 2019 [163].
- 60 procent av befolkningen uppfattar att vården ges på lika villkor. Det är en ökning med åtta procentenheter sedan 2019 [163].
- Fem procent av invånarna i Sverige har avstått besöka läkare, behandling eller hämta ut läkemedel på grund av kostnaden. Det är vanligare att avstå från tandvård på grund av kostnaden [164].

Hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan

Globalt beräknas hälso- och sjukvårdens andel av den samlade globala klimatpåverkan uppgå till 4,4 procent. Det är i nivå med flygets klimatpåverkan som uppskattas till 4–5 procent [165]. Det är dock svårt att beräkna det totala klimatavtrycket från hälso- och sjukvården eftersom avtrycket inte bara är ett resultat av direkta utsläpp, utan en stor del kommer från tjänster och varor som tillverkas, köps och konsumeras. Enligt en analys från Upphandlingsmyndigheten upphandlar Sveriges regioner varor och tjänster för mer än 120 miljoner kronor varje år och klimatpåverkan från dessa uppgår till motsvarande ungefär 6 miljoner ton koldioxid, eller ungefär 0,6 kilo per person. Beräkningarna är dock osäkra [166].

Ett avgränsat sätt att titta på hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan är att mäta utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan. Det är ett begränsat mått, men det är väl etablerat och har använts länge i uppföljning av regionernas miljöarbete [1]. Tabell 8 visar att hälso- och sjukvårdens utsläpp av medicinska gaser minskat under de senaste åren, från 3,2 till 2,2 kg koldioxidekvivalenter per invånare år 2015–2020. Lustgas står för större delen av utsläppen av medicinska gaser, och enligt SKR beror minskningen bland annat på installation av lustgasdestruktion. Lustgas används främst inom förlossningsvård och tandvård [167, 168].

Tabell 8. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan

Antal kilo CO₂-ekvivalenter per invånare.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Utsläpp	3.2	3.0	3.0	2.6	2.3	2.2

Källa: Sveriges kommuner och regioner

SKR konstaterar att pandemin har påverkat regionernas klimat- och miljöarbete. Exempelvis var det tidigt under pandemin brådskande att få fram resurser, vilket i flera fall ledde till sänkta eller slopade miljökrav. Användningen av engångsartiklar har också ökat kraftigt under pandemin, exempelvis munskydd och visir. Förändrade arbetssätt, såsom digitala mötesformer, har också snabbt etablerats vilket kan leda till minskade utsläpp och transporter [168].

Krisberedskap och civilt försvar

En viktig hållbarhetsaspekt är att hälso- och sjukvården fortsätter bedriva sin verksamhet med god kvalitet vid kris, krig eller en allvarlig händelse.

Utveckling önskas inom regionernas planering för civilt försvar och katastrofmedicinsk beredskap

I syfte att stödja regionernas planering för civilt försvar och katastrofmedicinsk beredskap har en prioriteringsövning genomförts med regionerna [169]. Utifrån regionernas förutsättningar skapades anpassade scenarier som ställde deltagarna i övningen inför svåra praktiska problem och etiska dilemman. Resultatet visar bland annat på behov av:

- Stöd till regionerna i form av vård- eller prioriteringsprinciper i kris och krig.
- Planering som omfattar regionernas samtliga vårdenheter, kommunal hälso- och sjukvård och kritiska beroenden.
- Anskaffning av kompletterande, robust teknik och rutiner för samband som fungerar genom hela vårdkedjan och mellan civil och militär sektor.
- Framtagande av planer och rutiner för att öka möjligheten till en fungerande logistik och transport av varor och personal, samt för hur civil-militär samverkan konkret ska gå till.
- Förstärkning av ordinarie ambulanser och fordon för sjuktransport med ett nationellt eller regionalt system för nyttjande av exempelvis kollektivtrafikens fordon.[169]

Flera relaterade regeringsuppdrag pågår vid Socialstyrelsen [170]. Det handlar bland annat om att ta fram prioriteringsprinciper för hälso- och sjukvården [171] samt att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar [172].

Utveckling av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap

I den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens krisberedskap ingår att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Resultaten från 2021 års öppna jämförelser för krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård [173] visar på en positiv utveckling inom flera områden och verksamheter. Exempelvis är det fler kommuner som har aktuella kontinuitetsplaner⁵¹ och andelen kommuner som har evakueringsplaner för boende i egen regi har ökat, om än från låga nivåer. Syftet med jämförelserna är att belysa förutsättningarna för att säkra kvaliteten i verksamheter för särskilt sårbara grupper i samband med en kris eller allvarlig händelse [173].

⁵¹ Kontinuitetshantering handlar om att planera för att upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå oavsett vilken störning den utsätts för. Det kan exempelvis handla om personalbortfall, uteblivna leveranser av viktiga varor och tjänster eller strömavbrott.

Satsningar på barns och ungas hälsa

Arbete med ökad tillgänglighet i barnhälsovården

Barnhälsovården, BHV, möter det nyfödda barnet och barnets familj och följer dem tills barnet börjar skolan. Genom införandet av BHV-programmet 2015 togs ett steg mot att ge insatser i proportion till behov hos såväl grupper som enskilda barn och familjer. Den del av BHV-programmet som ges till alla oavsett behov har implementerats relativt likvärdigt i regionerna, men det finns skillnader vad gäller insatser som ges vid behov [174]. [174]. Under perioden 2018 till 2020 ingick regeringen och SKR årliga överenskommelser om BHV och regionerna arbetade för ökad tillgänglighet i BHV för barn i socioekonomisk utsatthet med ökad risk för sämre hälsa. Detta har bidragit till ökad medvetenhet om BHV:s strategiska betydelse för en mer jämlik hälsa [34]. Regionerna gjorde en mångfald av insatser i BHV, exempelvis utvecklad samverkan med tandvården, ökad bemanning på barnavårdscentraler i utsatta områden och utökade hembesöksprogram i samverkan med bland andra socialtjänsten.

Behov av riktade insatser

För att ytterligare bidra till att utjämna skillnader i barns hälsa behöver regionerna fortsätta arbetet med att utveckla och ge riktade insatser i BHV-programmet på ett sätt som är anpassat till barnens och familjernas varierande förutsättningar. Det är särskilt viktigt med samverkan mellan de verksamheter som möter de yngsta barnen och deras familjer. För att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa för barn i socioekonomiskt utsatta områden fortsätter Socialstyrelsen genomföra pilotverksamheter i BHV med ett utökat hembesöksprogram, *Tillsammans för en trygg start*, i samverkan mellan BHV, förebyggande socialtjänst, mödrahälsovård och tandvård [175]. Dessutom arbetar Socialstyrelsen med att stödja i implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i BHV samt en förstudie för ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga, som syftar till att skapa en mer sammanhållen och likvärdig hälso- och sjukvård för barn och unga.

Tandvård och munhälsa

I detta fördjupningsavsnitt beskrivs inledningsvis effekterna av pandemin på tandvården, samt munhälsans⁵² utveckling bland barn respektive vuxna. Därefter följer en presentation av de nya nationella riktlinjerna för tandvård, kompetensförsörjning i tandvården och patientsäkerhet. Patientsäkerhet omfattar klagomål och tillsyn samt läkemedelsförskrivning.

Iakttagelser i korthet

- Under pandemin har det i de flesta regioner funnits patientgrupper som inte har fått all tandvård som planerats, men omfattningen varierar. Tandvårdsbesöken minskade 2020 jämfört med tidigare år vilket till stor del kan förklaras av smittskyddsåtgärder och krav på social distansering.
- Munhälsan bland både barn och vuxna har förbättrats över tid. Ett trendbrott sågs 2011 bland sexåringar då färre i åldersgruppen visade sig vara utan karies, och denna försämring har inte återhämtat sig än.
- Nya och uppdaterade nationella riktlinjer för tandvård har publicerats. Dessa är Socialstyrelsens mest omfattande riktlinjer och innehåller 377 rekommendationer.
- Majoriteten av regionerna uppgav 2021 att de hade brist på tandläkare (18 regioner) och tandhygienister (17 regioner).
- Förskrivningen av antibiotika i tandvården har minskat över tid, från 28 till 17 recept per 1 000 invånare 2010–2020. Förskrivningen av smärtstillande, inklusive opioider, har ökat.

Förflyttning av tandvården

I tandvårdens ansvar ingår att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Samtidigt har munhälsa och allmän hälsa starka samband och delar risk- och friskfaktorer, inte minst när det gäller levnadsvanor. Bestämningsfaktorer för hälsa är desamma oavsett om vi talar om munhälsa eller allmän hälsa. Insatser från olika välfärdssystem, såsom hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst, har betydelse för munhälsan vilket ställer extra stora krav på samverkan, såväl juridiskt som ekonomiskt och professionellt.

Internationellt står tandvården inför en ökad samverkan med hälso- och sjukvården. I maj 2021 godkände WHO en resolution om munhälsa [176]. Resolutionen innebär att munhälsa inkluderas i den globala agendan för icke-smittsamma sjukdomar och medlemsstaterna uppmanas att involvera

⁵² I rapporten används begreppet munhälsa genomgående för att beskriva tillståndet i munnen. Kariesfrihet (för barn) liksom antal kvarvarande och intakta tänder (för vuxna) används som övergripande mått på munhälsa.

munhälsan i olika hälsoprogram och i arbetet med de riskfaktorer för munsjukdomar som delas med andra icke-smittsamma sjukdomar. Dessa riskfaktorer är exempelvis högt intag av fritt socker, tobaksbruk och skadlig användning av alkohol, och avsikten är att öka kunskapen om dessa hos tandvårds- och sjukvårdspersonal. Resolutionen framhåller också betydelsen av förebyggande arbete och att munhälsa ska inkluderas i hälsoarbete på olika arenor: inom familjen, i skolor och på arbetsplatser och i primärvården [176].

Även nationellt finns en förflyttning av tandvården mot en mer personcentrerad vård i samverkan med hälso- och sjukvården. Här kan bland annat nämnas det arbete med sammanhållna personcentrerade vårdförlopp som bedrivs inom regionernas system för kunskapsstyrning [177] och där tandvård och munhälsa beaktas i bland annat vårdförlopp för stroke, reumatoid artrit, schizofreni samt kognitiv svikt och demenssjukdom. Tandvård och munhälsa ingår också i Socialstyrelsens modell för standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom [178]. Vidare innehåller de nya nationella riktlinjerna för tandvård flera huvudbudskap som står i samklang med WHO:s resolution.

Uppdämda vårdbehov till följd av pandemin

Socialstyrelsen har hittills publicerat tre faktablad löpande under pandemin för att följa effekterna av pandemin i tandvården [2, 136, 179]. Sammanfattningsvis har tandvårdens totala kapacitet minskat något under pandemin. Ökade krav på social distansering, förändrat vårdsökarbeteende, anpassning av lokaler och uppskjuten vård för vissa patientgrupper anges som förklaringar. Även brist på personal och resursbrist anges som bidragande orsaker. I början av pandemin var det många tandvårdskliniker som stängde helt eller begränsade sina öppettider [2, 179].

Tandvårdsbesöken minskade kraftigt under pandemins första våg, och mest bland personer 70 år och äldre och personer med sämre munhälsa. Besöken ökade dock successivt igen under 2020, men kom under året aldrig upp till samma nivåer som före pandemin. Pandemins effekt på antalet besökare inom olika åldersgrupper är liknande hos personer med olika socioekonomisk bakgrund, både gällande utbildning och inkomst [179]. Försäkringskassans statistik om besök inom vuxentandvården för 2021 visar att för personer 70 år och äldre är både antalet besök och antalet åtgärder på ungefär samma nivå som 2019. Personer i åldrarna 24–69 har ännu inte kommit upp i samma nivå som 2019 [180].

Under pandemins första år har den planerade tandvården ställts in i en viss utsträckning som bland annat visat sig i färre regelbundna undersökningar och förebyggande tandvårdsbehandlingar. Totalt har varken folktandvård eller privattandvård hunnit utföra samma antal regelbundna undersökningar under 2020 som föregående år. Inom vuxentandvården minskade besöken med regelbunden undersökning i tandvården med 23 procent. Bland personer 70 år och äldre har 30 procent färre regelbundna undersökningar utförts, 15 procent färre bland personer 24–69 år och 19 procent färre bland åldersgruppen 3–19 år [179].

I de flesta regioner finns patientgrupper som inte har fått all tandvård som planerats utifrån behov, men omfattningen varierar mellan landets regioner. Generellt anger både kliniker inom folk- och privattandvård samt specialisttandvård att ett uppdämt vårdbehov föreligger och då främst bland personer 70 år och äldre och riskgrupper [179].

Personer i behov av tandvårdsbehandling under narkos och målgrupper för tandvårdsstödet *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård* är två patientgrupper som lyfts i Socialstyrelsens analys av uppdämda vårdbehov [25]. Tandvården har haft svårt att få tillgång till narkosresurser vilket ökat väntetiderna. Tandvårdsbehandlingar under narkos har därför ställts in och det har, enligt regionernas bedömning, bidragit till ökad akuttandvård, exempelvis för barn som inte fått fullständig behandling under narkos i enlighet med deras behov. Det saknas en nationell uppföljning av hur många personer som får tandvård under narkos vilket gör det svårt att bedöma hur många barn och vuxna det gäller.

Socialstyrelsen har också tagit fram statistik om olika operationsområden jämfört med situationen före pandemin. Data från perioden mars 2020–oktober 2021 jämförs med ett medeltal för motsvarande period 2017–2019. Den största procentuella minskningen observerades inom operationsområdet läppar, tänder, käkar, munnen och svalget (-4 procent, motsvarande 3 558 färre operationer). Under första vågen minskade också andelen som mest för genomförda operationer och kirurgiska åtgärder inom området läppar, tänder, käkar, munnen och svalget (-31 procent; 1 569 färre operationer) [181].

Regionernas tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov

Enligt SKR:s uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd⁵³ minskade utnyttjandet av tandvårdsstödet *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård* under år 2020 jämfört med 2019 [182]. Antalet personer som utnyttjade tandvårdsstödet minskade med 21 procent och antalet personer som fått munhälsobedömning minskade med 47 procent [182, 183]. Sammantaget har 79 procent av målgruppen nåtts av munhälsobedömning eller nödvändig tandvård i regionernas regi under 2020 jämfört med 95 procent under 2019. I många regioner har tandvård som utförs på äldreboenden ställts in under hela eller delar av pandemin. Besöksförbud på äldreboenden har försvårat utförandet av munhälsobedömningar och mobil tandvård. Det är dock svårt att skatta omfattningen av de uppdämda behoven endast med ledning av en minskad tandvårdskonsumtion. De regionala tandvårdsstöden *Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling* och *Tandvård för personer med en långvarig*

⁵³ Regionerna ansvarar enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) bland annat för tandvårdsstödet Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade (8-9 §). Tandvården ska erbjuda uppsökande verksamhet till personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. För att kunna få nödvändig tandvård och munhälsobedömning, behöver den enskilde ett tandvårdsintyg. Till exempel har personer som har insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, rätt till intyg om nödvändig tandvård. Andra som omfattas kan vara personer med omfattande vård och omsorgsinsatser och som har hemtjänst, hemsjukvård eller bor i särskilda boendeformer för äldre. Regionerna ansvarar också enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) för tandvårdsstöden *Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling* (3 §) och *Tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning* (3 a §).

sjukdom eller funktionsnedsättning har inte varit påverkade i samma utsträckning som för Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård [182].

Munhälsa bland barn

God munhälsa bland barn men den varierar mellan regionerna

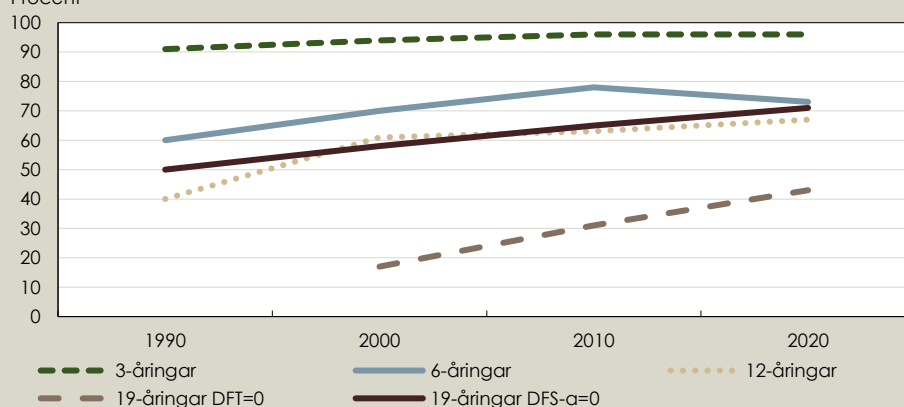
Munhälsan bland barn och ungdomar i Sverige är liksom tidigare generellt sett god. Ett trendbrott sågs 2011 med färre kariesfria barn i förskoleåldern, och detta har ännu inte återhämtats, vilket visas i figur 38. Resultaten visar emellertid att bland förskolebarn som undersökts år 2020 har en mindre andel haft karies jämfört med året innan. Resultaten tyder på en förbättring bland åldersgrupperna tre- och sexåringar men måste ses med hänsyn till att färre barn har kommit för undersökning under 2020 med anledning av pandemin. Karies i mjölkttänderna indikerar en risk för sämre munhälsa senare i livet. Mer än var fjärde barn har karies i sina tänder vid sex års ålder vilket kan öka risken för karies högre upp i åldrarna [184].

Munhälsan är också fortsatt ojämnt fördelad och skiljer sig både mellan regioner och mellan åldersgrupper i varje region. Samtidigt som många är kariesfria, finns det grupper av barn som har flera kariesskadade tänder [184].

Figur 38. Andel kariesfria barn och ungdomar

Andelen kariesfria barn och ungdomar i åldersgrupperna 3, 6, 12 och 19 år, 1990–2020. För 19-åringar redovisas även andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS- α).

Procent



Källa: Socialstyrelsen

Bland 12-åringar hade 33 procent karies 2020 och i medeltal hade de 0,7 kariesskadade tänder. Det är liknande resultat som föregående år. Flickor har något fler kariesskadade tänder än pojkar. Bland den tredjedelen av åldersgruppen som har flest kariesskadade tänder syns inte heller någon tydlig förändring, SiC-index⁵⁴ bland 12-åringar är 2,1 totalt, flickor 2,2 och pojkar 2,0, vilket är detsamma som året innan.

⁵⁴ SiC utgörs av det beräknade medelvärde för DFT för den tredjedel av befolkningen som har störst antal kariesskador.

För munhälsan bland 19-åringar ses en kontinuerlig förbättring över tid. Andelen kariesfria ungdomar ökar med 1 procentenhet mellan 2019 och 2020 till 43 procent. För gruppen 19-åringar redovisas också kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries.⁵⁵ Andelen som är kariesfria approximalt ökar med en procentenhet till 71 procent för 2020, vilket är en lika stor ökning som året innan [184].

Munhälsa bland vuxna

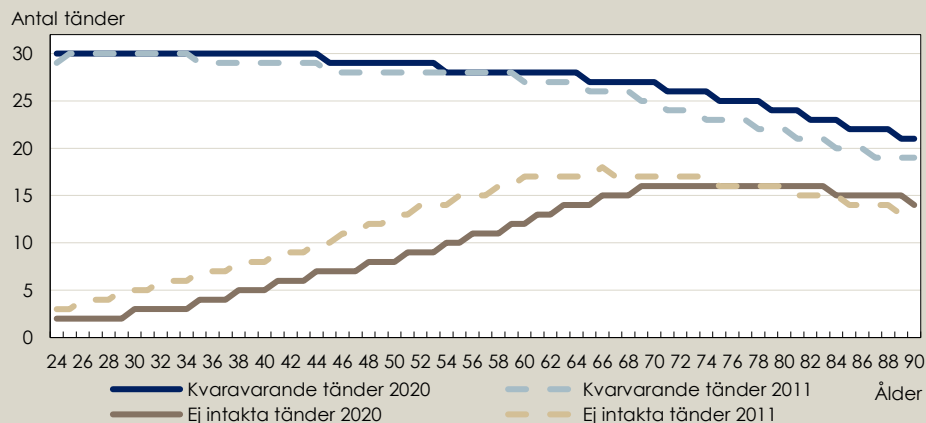
Vuxnas munhälsa har förbättrats över tid

Munhälsan i den vuxna befolkningen har förbättrats över tid vilket framgår av figur 39. Figuren visar en jämförelse mellan 2011 och 2020 i medianantalet kvarvarande tänder och medianantalet tänder som inte är intakta (inte är hela eller tidigare lagade), hos personer i olika åldrar.⁵⁶ Kvarvarande tänder som inte är intakta är en indikation på framtida behov av tandvård, eftersom tänder som tidigare lagats eller som har skador har ökad risk för att behöva ny behandling.

Figuren visar till exempel att antalet kvarvarande tänder bland personer i 60-årsåldern inte har ändrats så mycket på tio år. Antalet ej intakta tänder har dock minskat med fem tänder i medianantal.

Figur 39. Kvarvarande och ej intakta tänder

Median av antal kvarvarande och antal ej intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2020 och 2011, efter ålder.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Det är få personer i Sverige som helt saknar egna tänder. En stor andel, även bland äldre, har 20 eller fler egna tänder. I de äldsta åldrarna är de kvarvarande tänderna ofta försvagade av omfattande restorationer.

⁵⁵ Approximalkaries, DFS-a, följs eftersom dessa skador på tändernas kontaktytor 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 de behöver då lagas på nytt.

⁵⁶ 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.

Skillnader i självrapporterad munhälsa

Ungefär tre av fyra tycker att de själva har god munhälsa⁵⁷, enligt Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät. Något fler kvinnor än män upplever att deras munhälsa är god. År 2021 angav 18 procent av de svarande att de avstått från tandvård trots behov, och 8 procent av de svarande att de avstått från tandvård på grund av kostnaden. Bland personer med förgymnasial utbildningsbakgrund hade 30 procent avstått från tandvård trots behov och 21 procent på grund av kostnaden [37].

Svenskarna nöjda med tandvården

Svenskt kvalitetsindex (SKI) mäter återkommande befolkningens uppfattning av tandvården med ett nöjdhetsindex. Nöjdhetsindex har tydligt ökat mellan 2020 och 2021 – från 75,6 till 81,1, där siffror över 75 ska tolkas som mycket bra enligt SKI. I jämförelse med andra branscher som SKI undersöker får tandvården goda resultat. En stor del av förbättringen kan härledas till hanteringen av pandemin. Nio av tio tycker att tandvårdsbranschen och den klinik de besöker har hanterat effekterna av pandemin mycket bra [185].

Besök i tandvården

Andelen som besöker tandvården regelbundet har minskat något över tid

Regelbundna tandvårdsbesök är en viktig del i den förebyggande tandvården. Andelen av befolkningen som gör regelbundna besök skiljer sig dock åt mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper, mellan personer med olika utbildningsbakgrund och beroende på var i landet någon bor. Alla har inte behov av att besöka tandvården årligen, och ett sätt att titta på besök är hur stor del av befolkningen som besökt tandvården någon gång under den senaste två- eller treårsperioden.

Andelen av den vuxna befolkningen som besökt tandvården inom den senaste tvåårsperioden för en undersökning 2020 var 54 procent av männen och 61 procent av kvinnorna. Det är en tydlig nedgång jämfört med föregående år. Minskningen kan till stor del förklaras av smittskyddsåtgärder och förändrade besöksmönster till följd av pandemin, men även på längre sikt syns en svagt nedåtgående trend. *Detta är en av rapportens kärnindikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat – läs mer i avsnittet 14 kärnindikatorer.*

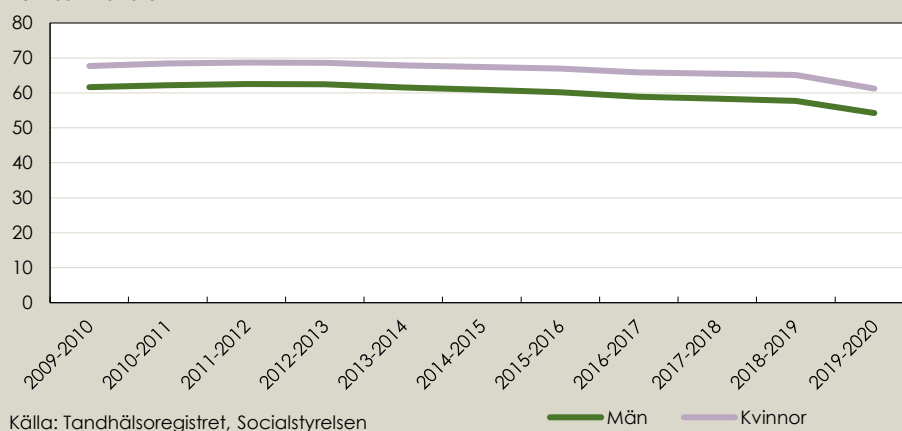
LÄS
MER!

⁵⁷ Folkhälsomyndigheten använder begreppet tandhälsa i enkäten.

Figur 40. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.

Per 100 invånare

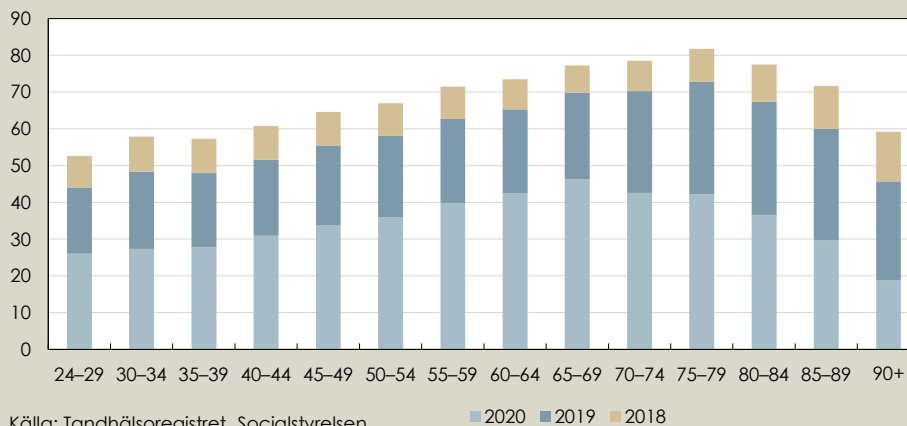


Figur 41 nedan visar andelen av den vuxna befolkningen som besökt tandvården någon gång under den senaste ett-, två- och treårsperioden uppdelat på ålder. Personer i åldrarna 65–79 år har i störst utsträckning besökt tandvården för en undersökning någon gång under den senaste treårsperioden.

Figur 41. Tandvårdsundersökning de senaste två åren efter ålder

Andel av befolkningen (24 år och äldre) som genomgått minst en basundersökning 2018-2020. Fördelat efter senaste besöksåret och ålder.

Procent



Nya nationella riktlinjer och indikatorer för tandvård

Socialstyrelsen publicerade nya och uppdaterade nationella riktlinjer för tandvård i september 2021 [159]. Det är Socialstyrelsens mest omfattande riktlinje som innehåller sammanlagt 377 rekommendationer.

En stor del av rekommendationerna från 2011 finns kvar och har uppdaterats. De nya riktlinjerna för tandvård omfattar åtgärder som rör barn (både barntandvård och tandreglering), personer med särskilda behov (inklusive sköra äldre) och området käkkirurgi. Vidare har flera rekommendationer från

de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor lyfts in i de nya tandvårdsriktlinjerna. Levnadsvaneriktlinjerna vänder sig nu även till tandvården. Dessa rekommendationer handlar bland annat om ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol [186]. I riktlinjerna finns också ett tydligare fokus på styrning och ledning, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, systematiska arbetssätt och samverkan.

Riktlinjernas huvudbudskap

I de nya nationella riktlinjerna för tandvård är rekommendationerna indelade i områdena främja hälsa och förebygga sjukdomar, utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera. Riktlinjernas huvudbudskap kan sammanfattas i dessa punkter:

- Viktigt att bedöma risker och behandla orsaken till problemen
- Satsa mer på dem med störst behov
- Tandvården är viktig för att förebygga ohälsa
- Tandvården behöver samverka mer med andra aktörer
- Munhälsan och tandvården behöver bli mer jämlik [159].

Nya indikatorer och målnivåer för uppföljning och utvärdering av tandvården

Parallellt med arbetet med att ta fram nya nationella riktlinjer arbetar Socialstyrelsen också med att ta fram nya indikatorer för tandvården. Remissversionen av indikatorerna för tandvård publicerades samtidigt som de nationella riktlinjerna [160]. Med hjälp av indikatorerna är det möjligt att följa upp följsamheten till riktlinjerna.

Kompetensförsörjning i tandvården

Brist på tandläkare och tandhygienister i majoriteten av regionerna

Majoriteten av regionerna uppgav 2021 att de hade brist på tandläkare och tandhygienister. Totalt 18 av 21 regioner hade brist på tandläkare och 17 av 21 regioner hade brist på tandhygienister. Hög konkurrens med privat tandvård uppgavs som den främsta orsaken till att regionerna har brist på tandläkare. Bland tandhygienisterna var den vanligast förekommande orsaken brist på utbildad personal [98].

Sysselsatta i tandvården

I november 2019 var 8 000 tandläkare och 4 400 tandhygienister sysselsatta i tandvården. Fördelningen mellan könen är relativt jämn hos tandläkarna med 58 procent kvinnor och 42 procent män. Majoriteten av tandhygienisterna är kvinnor (96 procent).

Antalet sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare har varit ungefär det samma de senaste 20 åren, det vill säga cirka 80 sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare. Mellan 2018 och 2019 syns dock en märkbar minskning

av antalet tandläkare per 100 000 invånare. Räknat i antalet sysselsatta per 100 000 invånare hör tandläkare till de legitimationsyrken som minskade mest under perioden 2015–2019. Majoriteten av tandläkarna arbetar i privat-tandvården [98].

Tillgången till tandläkare och tandhygienister samt den inbördes fördelningen mellan de båda yrkesgrupperna varierar mellan regionerna. Störst antal tandläkare per 100 000 invånare fanns 2019 i Stockholm och Västra Götaland. Störst antal tandhygienister per 100 000 invånare fanns i Gävleborg och Värmland [98].

Många utlandsutbildade tandläkare

Tandläkare är en av de legitimerade yrkesgrupper som har störst andel vars utbildning ägde rum utanför Sverige. Totalt 65 procent av de 440 tandläkarna som fick en legitimation utfärdad 2020 hade utbildat sig i Sverige, och 21 procent hade en utbildning från ett annat land inom EU eller EES och 14 procent hade utbildat sig utanför EU eller EES. Andelen utlandsutbildade ökade mellan 2016 och 2020 med 7 procent [98].

Patientsäkerhet i tandvården

Tandvård lyfts i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet

Verksamhetsområde tandvård har identifierats som ett av de angelägna områden som lyfts i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Tandvård ingår också i den indikatorbaserade uppföljningen för säker vård som Socialstyrelsen genomför utifrån handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och tandvården.

Nationellt programområde tandvård arbetar också med frågan om patientsäkerhet och har bildat en nationell arbetsgrupp (NAG). NAG patientsäkerhet i tandvården arbetar med att ta fram en övergripande handlingsplan inom tandvården för områdena patientmedverkan, samverkan mellan olika vårdgivare och riskanalys [187].

Klagomål och tillsyn inom tandvården

IVO bedriver en riskbaserad tillsyn inom tandvårdsområdet, vilket bland annat innebär att resurser prioriteras för de områden där de gör mest nytta. Verksamheter där det misstänks förekomma fusk eller överutnyttjande av det statliga tandvårdsstödet är ett prioriterat område för tillsynen. Under 2020 avslutade IVO 31 ärenden inom egeninitierad tillsyn, 99 ärenden initierade av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) och 56 ärenden enligt lex Maria. Antalet avslutade klagomål som rör tandvård är lägre än 2019. Avslutade lex Maria-anmälningar var 25 procent fler än under 2019, men färre jämfört med åren innan dess [59].

IVO konstaterar sammantaget att samarbetet med olika aktörer inom tandvården bidrar till att öka träffsäkerheten i tillsynen och därmed även till att förbättra patientsäkerheten. Detta har också bidragit till att IVO har ökat antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.

År 2018 anmäldes 10 tandläkare till HSAN för oskicklighet. Under 2019 anmäldes 11 tandläkare och under 2020 har antalet ökat till 29 (22 män och 7 kvinnor). IVO yrkade på återkallelse av legitimationen i 25 ärenden och provotid i 4 ärenden under 2020. Av IVO:s granskningar initierades 13 efter anmälningar från Försäkringskassan, medan övriga initierades av tandvården (6 ärenden), apotek (2 ärenden) samt övriga (8 ärenden) [59].

Anmälningar till Löf har ökat

Under perioden 2014–2020 betalade Löf i genomsnitt ut ersättning för vårdskador inom den regionfinansierade tandvården för 856 skador per år, och det har skett en ökning över tid [188]. Tandvård står för en relativt stor andel av skador med ersättning men en liten del av utbetalda summor. År 2021 inkom totalt 18 808 anmälningar om skada till Löf, varav knappt 2 150 rörde tandvård.⁵⁸

Förskrivning av läkemedel i tandvården

Antibiotika och läkemedel vid inflammation och smärta används i tandvården och kan skrivas ut av tandläkare bland annat vid akuta tillstånd. Tandvården står för cirka 9 procent av opioidförskrivningen⁵⁹ och 7 procent av antibiotikaförskrivningen i Sverige [189, 190]. Det finns goda skäl att följa förskrivningen av dessa läkemedelsgrupper som, vid onödig användning, kan ha negativa följder för individ, miljö och samhälle. En god munhälsa är den enskilt viktigaste faktorn för att minska behovet av dessa läkemedel.

Antibiotikaförskrivning i tandvården

Användningen av antibiotika i Sverige har minskat över tid. För tandvårdens del har antibiotikaförskrivningen halverats sedan 2007 [127]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket [191, 192] har sannolikt främjat denna utveckling över tid. Användningen av antibiotika är högst i äldre åldersgrupper, men det är också bland dessa ålderskategorier som antibiotikaförskrivningen har minskat mest över tid.

Det är tydliga skillnader mellan regionerna (figur 42) vilket pekar på att en fortsatt minskad förskrivning sannolikt är möjlig inom vissa regioner. Vid jämförelse mellan 2010 och 2020 har dock tandvården i samtliga regioner minskat förskrivningen av antibiotika.

⁵⁸ Uppgifter från Löf 2022–02–03.

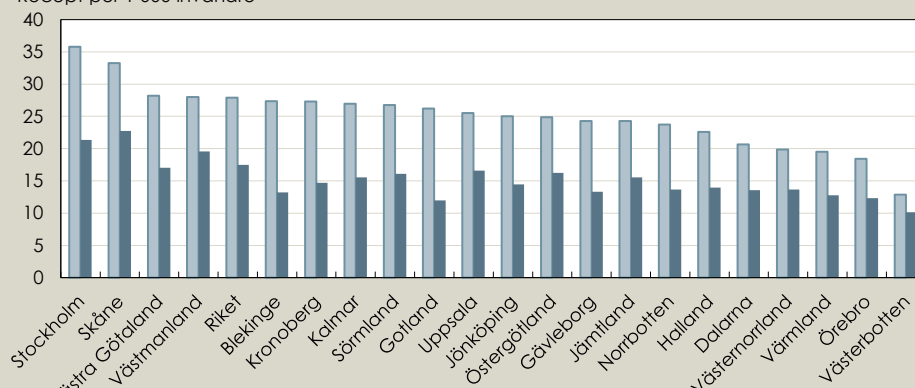
⁵⁹ Alla opioider är beroendeframkallande. Behandling med opioider innebär alltid en risk för att patienten ska utveckla beroende, vilket begränsar användbarheten främst vid långvarig smärta.

Figur 42. Antibiotikaförskrivning i tandvården

Antal uthämtade recept per 1000 invånare. Fördelat på region 2010 och 2020.

Åldersstandardiserade värden

Recept per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

■ 2010 ■ 2020

Smärtbehandling inom tandvården

I motsats till antibiotikaförskrivningen har förskrivningen av smärtstillande och antiinflammatoriska läkemedel ökat. Förskrivningen av opioider, som används vid behandling av svår smärta, ökade med 49 procent mellan 2010 och 2020 och övrig förskrivning av läkemedel vid smärta ökade med 7 procent under denna period. Figur 43 visar förskrivningen av smärtstillande och antiinflammatoriska läkemedel inom tandvården 2010 och 2020. Långvarig och svår smärta i tänder och käkar kan behandlas inom specialisttandvården som bland annat har särskild förskrivningsrätt och ofta samverkar med smärt-klinik eller motsvarande inom hälso- och sjukvården.

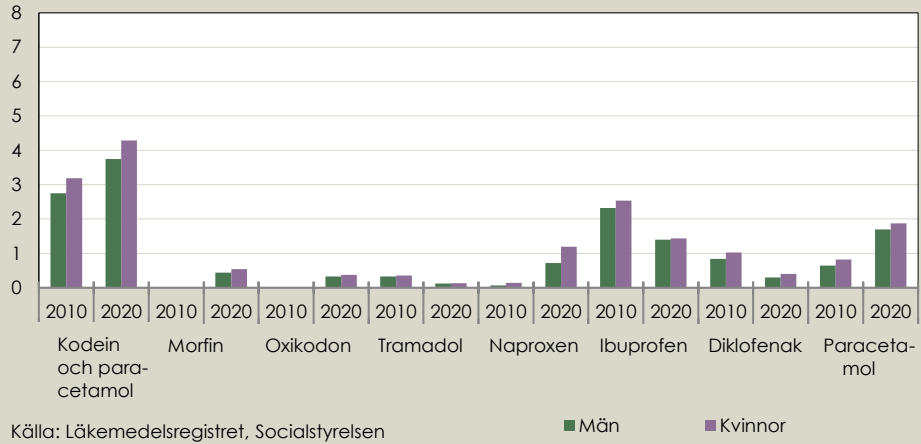
Det vanligaste opioidläkemedlet som förskrivs i tandvården är kodein i kombinationspreparat med paracetamol. I *Tandvårdens läkemedel 2020–2021: Råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning inom tandvården*, rekommenderar de medverkande regionerna⁶⁰ dock att behandling med kodein inom tandvården bör upphöra. Det finns också regionala variationer i förskrivningen, och i 17 av 21 regioner har förskrivningen av smärtstillande och antiinflammatoriska läkemedel ökat mellan 2010 och 2020.

⁶⁰ Läkemedelsrekommendationer framtagna av läkemedelskommittéer i 19 regioner.

Figur 43. Förskrivning av smärtstillande opioider och antiinflammatoriska läkemedel inom tandvården

Avser 2010 och 2020, uppdelat på kvinnor och män. Opioider som kodein, morfin, oxikodon och tramadol och antiinflammatoriska (NSAID) läkemedel som naproxen, ibuprofen och diklofenak samt paracetamol förskrivet av tandläkare.

Recept per 1 000 invånare



Referenser

1. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
2. Effekter av covid-19 på besök i tandvården – del 2 Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
3. Statistik om stroke 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
4. Statistik om hjärtinfarkter 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
5. Scenarier för fortsatt spridning – delrapport 7. Delrapport inom regeringsuppdraget att löpande uppdatera scenarier för hur smittspridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 kan komma att utvecklas framöver. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
6. Delredovisning av uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19 (S2021/00825 delvis). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
7. Socialstyrelsen. Avlidna i covid-19. 2021. Hämtad 2021-01-16 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-over-antal-avlidna-i-covid-19/>
8. Socialstyrelsen. Vård och covid-19. 2022. Hämtad 2022-01-18 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-om-slutenvard-av-patienter-med-covid-19/>
9. Statistik om tillstånd efter covid-19 i primärvård och specialiserad vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
10. Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19 Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
11. Statistik om postcovid i primärvård och specialiserad vård. 2022-2-7778. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
12. Postcovid – processmodeller för rehabilitering. Stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 3). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
13. Postcovid – stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 1). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
14. Folkhälsomyndigheten. Statistik för vaccination mot covid-19. 2021. Hämtad 2022-01-03 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/>
15. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad – vecka 47. 2021. Hämtad 2021-12-02 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering->

statistik/statistikdatabaser-och-
visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-
covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-
undergrupper/

16. Genomförande av vaccinering mot covid-19, 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Socialdepartementet; Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
17. Health at a glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD Publisher; 2021.
18. Statistik om dödsorsaker år 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
19. Socialstyrelsen. Pandemin orsakade överdödlighet 2020 – vissa utrikesfödda mer drabbade. 2021 2021-06-10. Hämtad 2021-11-18 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/pandemin-orsakade-overdodlighet-2020--vissa-utrikesfodda-mer-drabbade/>
20. Utrikesfödda och covid-19. Konstaterade fall, IVA-vård och avlidna bland utrikesfödda i Sverige 13 mars 2020 –15 februari 2021. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
21. Coronapandemin och socioekonomiska skillnader, en prognos om kort- och långsiktiga effekter 2020. Stockholm: Folkhälsoguiden; 2021.
22. Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
23. Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020.
24. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet. Årsrapport 2020. Stockholm: Barnens rätt i samhället; 2021.
25. Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
26. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
27. Socialstyrelsen. Analys om pandemins effekter på vården. Dnr 5.7-27258/2021-4. 2022. Hämtad 2022-02-24 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/analys-uppdamda-vardbehov-efter-pandemin/>
28. I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin 2020. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.
29. Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer. 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
30. Pandemin och kompetensförsörjningen. Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetensrådet efter coronavåren 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
31. Antagning till högre utbildning höstterminen 2021. Analys av antagningsomgångar och trender i antagningsstatistiken. Stockholm: Universitets- och högskolerådet; 2021.
32. Personalen i välfärden. Personalstatistik för kommuner och regioner 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.

33. Covid-19-pandemins påverkan på barnhälsovården. Beskrivning av effekter och sammanfattning av lärdomar från pandemins första halvår. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
34. Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Slutrapport inom Socialstyrelsens uppdrag att följa, analysera och stödja genomförandet av överenskommelserna 2018 till 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
35. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. 2018. Hämtad 2021-11-16 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
36. Begrepp inom området psykisk hälsa - Version 2020. Stockholm: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges kommuner och regioner; 2020.
37. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. 2021. Hämtad 2021-12-08 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
38. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. Stockholm: Forte; 2021.
39. Maskuliniteter och ohälsa - en översikt. Stockholm: Jämställdhetsmyndigheten; 2021.
40. Narusyte J, Kosidou K, Dalman C. Healthcare use prior to suicide in the Stockholm County population 2011-2016. *European Journal of Public Health*. 2019; 29.
41. Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka. Art.nr 2021-5-7436 Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
42. Statistik om läkemedel 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
43. Aspekter av antidepressiv läkemedelsbehandling av barn och unga vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
44. Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019. Stockholm: Jämställdhetsmyndigheten; 2021.
45. Att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet: Resultat från en kartläggande litteraturöversikt om universella interventioner på arbetsplatsen. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
46. Attentions arbetsmarknadsrapport: "Jobbar jag 100% blir jag utbränd". Riksförbundet Attention; 2021.
47. Psykisk ohälsa hos ungdomar och unga vuxna: En kunskapsöversikt om vilka faktorer som kan förklara skillnader mellan flickor och pojkars, unga kvinnor och unga mäns psykiska hälsa. Stockholm: Jämställdhetsmyndigheten; 2021.
48. Långsiktiga konsekvenser av att få depression eller ångestsyndrom som ung. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
49. Skolans betydelse för inåtvända psykiska problem bland skolbarn: En kartläggning av systematiska litteraturöversikter. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020.

50. Kraftsamling för ungas psykiska hälsa: Kunskapssammanfattning och förslag till interventioner från Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp 2021. Stockholm: Svenska läkaresällskapet; 2021.
51. Lyssna, vi har något att säga! En rapport om psykisk hälsa och strategier för ökat välmående ur barn och ungas perspektiv i Sverige. Stockholm: Karolinska institutet; 2021.
52. Hur har du det? En rapport om ungas psykiska mående. Stockholm: MIND; 2021.
53. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn - En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska/ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2021.
54. Suicid bland barn i Sverige Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
55. De tar inte hand om hela mig: Samordning av insatser för barn med psykisk ohälsa behöver förbättras. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
56. Börja med barnen! : följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
57. Uppdrag att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga. Diarienummer: S2021/06171. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
58. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
59. Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
60. Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning - Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
61. Utvärdering av metoden självvald inläggning - Kartläggning och analys av metoden inom svensk psykiatri. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
62. Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2021.
63. Tvångsvård enligt LPT. Art.nr 2021-4-7335 Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
64. Folkhälsomyndigheten. Riskkonsumtion av alkohol 2021. Hämtad 2021-11-08 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>
65. Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar - Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
66. Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012–2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

67. Små förändringar i psykisk hälsa under covid-19-pandemin i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
68. Så har skolbarns vardagsliv påverkats under covid-19-pandemin. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
69. CAN rapport alkoholkonsumtionen i Sverige 2001-2020. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2021.
70. Ytterligare nationella restriktioner för att hejda smittspridning. 2020. Hämtad 2021-01-11 från:
<https://www.regeringen.se/artiklar/2020/12/ytterligare-nationella-restriktioner-for-att-hejda-smittspridning/>
71. Regeringskansliet. Förbud mot alkoholförsäljning från klockan 22. 2020. Hämtad 2021-12-18 från:
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/11/forbud-mot-alkoholforsaljning-fran-klockan-22/>
72. Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
73. I skuggan av covid-19: Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.
74. Psykiatriska akutmottagningar har fortfarande färre besök men samtidigt fler inläggningar under coronapandemin. 2020-12-7076. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
75. Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
76. Uppskjuten cancervård: delrapport 5 – inrapporteringsstatistik: canceranmälan till cancerregistret, jämförelse diagnosår 2020 och 2019. RCC i samverkan; 2021.
77. Statistik om nyupptäckta cancerfall 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
78. European cancer organisation. Time to act data navigator. 2021. Hämtad 2021-11-25 från: <https://www.europecancercancer.org/data-navigator>
79. Uppdraget om att utreda förutsättningarna för erbjudande av cancerrehabilitering: en delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
80. Covid-19 pandemins påverkan på screeningsverksamheter inom cancerområdet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
81. Canceranalyser 1975-2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
82. Communication from the commission to the European parliament and the council; Europe's beating cancer plan. Bryssel: EU-kommissionen; 2021.
83. Utveckling av den statligt nationella samordningen och uppföljningen av cancervården: delrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
84. Sammanställning av enkät om rehabiliteringsresurser, Nationella arbetsgruppen barncancer. RCC i samverkan; 2021.
85. Screening för tjock- och ändtarmscancer: Rekommendation och bedömning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

86. Anslutningsplan för regioner till nationella screeningtjänsten och gemensamt samordningskansli (GSK). Regionalt cancercentrum; Region Stockholm; Region Gotland; 2021.
87. Screening för livmoderhalscancer Rekommendation om att erbjuda screening. Slutversion 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
88. Livmoderhalscancer. Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU36. 2021:
89. Cancerfondsrapporten 2021: Segregerad screening. Cancerfonden; 2021.
90. Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF: En analys av SVF-data ur SKRs väntetidsdatabas 2018-2020. RCC i samverkan; 2021.
91. Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
92. En nationell strategi för life science. Stockholm: Regeringskansliet; 2019.
93. Genväg till ökad precision: En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården. Rapport 2021:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.
94. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
95. Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2020.
96. Nationellt kunskapsstöd om intrauterin fosterdöd. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
97. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande. Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021.
98. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
99. The World Bank Group. World bank open data: nurses and midwives. 2022. Hämtad 2022-03-01 från: https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?most_recent_value_desc=true
100. Eurostat. Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals. 2020. Hämtad 2022-03-01 från: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals&oldid=551979#Healthcare_personnel_.E2.80.94_midwives
101. Graviditetsenkäten. Sammanfattning av resultat per 1 december 2020-31 mars 2021. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
102. Tio steg som främjar amning - baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) Stockholm: Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Konsumentverket; 2021.

103. Statistik om amning 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
104. Inventering av vård för flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympning. Slutrapport – november 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
105. Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
106. Vård bland kvinnor till följd av övergrepp och misshandel Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
107. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
108. Agera för säker vård: nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
109. Sveriges Kommuner och Regioner. Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. 2021. Hämtad 2021-11-25 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/systematiskpatientsakerhetsarbete/analysverktygregionerna.35414.html>
110. Socialstyrelsen. Stöd för samordnad kommunikation om den nationella handlingsplanen. 2021 2021-11-08. Hämtad 2021-11-25 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/stod-for-samordnad-kommunikation/>
111. Sveriges Kommuner och Regioner. Patientsäkerhetsberättelse. 2021. Hämtad 2021-11-25 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/systematiskpatientsakerhetsarbete/patientsakerhetsberattelse.988.html>
112. Socialstyrelsen. Nationellt råd för patientsäkerhet. 2021. Hämtad 2021-12-14 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationellt-rad-for-patientsakerhet/>
113. Skador i somatisk vård samt vid vård av covid-19-patienter 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
114. Skador inom psykiatrisk vård 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
115. Handbok i markörbaserad journalgranskning inom barn- och ungdomspsykiatri - För att systematiskt identifiera och bedöma skador i vården för bättre patientsäkerhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
116. Sveriges Kommuner och Regioner. Mätning av trycksår i vården 2021. 2021. Hämtad 2021-11-10 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar/resultatmatningtrycksar.2125.html>
117. Sveriges Kommuner och Regioner. Fler trycksår under pandemin. 2021. Hämtad 2021-11-10 från: <https://skr.se/skr/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/flertrycksarivarde nunderpandemin.58810.html>
118. Bättre förutsättningar behövs för att barnens röster ska göras hörda i hälso- och sjukvården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2021.

119. Inera. Lättare att ha synpunkter på vården via 1177.se. 2021. Hämtad 2021-11-18 från: <https://www.inera.se/nyheter/nyheter/nu-blir-det-lattare-att-ha-synpunkter-pa-varden-via-1177.se/>
120. Vårdrelaterade infektioner. Kostnader och konsekvenser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
121. Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler 2021. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
122. Tartari E, Tomczyk, S, Pires, D, Zayed, B, Coutinho Rehse, AP, Kariyo, P, et al. Implentation of the infection prevention and control core components at the national level: a global situational analysis. *Journal of Hospital Infection*. 2021; 108.
123. Ojanperä H, Kanste, O, Syrjala, H. Hand-hygiene compliance by hospital staff and incidence of healthcare-associated infetions. *Finland Bull World Health Organ*. 2020; 98.
124. Utbildningar för att hindra smittspridning och skydda personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
125. Folkhälsomyndigheten. Statistik A–Ö om smittsamma sjukdomar. 2021. Hämtad 2021-11-19 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/>
126. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2020 data. 2021. Hämtad 2021-11-18 från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2020>
127. Folkhälsomyndigheten. Swedres-Svarm 2020. 2021. Hämtad 2021-11-18 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/swedres-svarm-2020>
128. European Centre for Disease Prevention and Control. Data from the ECDC Surveillance Atlas - Antimicrobial resistance. 2021. Hämtad 2021-11-18 från: <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data/data-ecdc>
129. Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
130. En indikatorbaserad uppföljning för säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
131. World Health Organization. Patient Safety. Resolutions. 2021. Hämtad 2021-11-18 från: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/resolutions>
132. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. 2021. Hämtad 2021-11-19 från: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
133. Socialstyrelsen. Internationella patientsäkerhetsdagen 2021. 2021. Hämtad 2021-11-19 från: <https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/internationella-patientsakerhetsdagen-2021/>
134. World Health Organization. World Patient Safety Day 2021. 2021. Hämtad 2021-11-19 från: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>

135. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten oktober 2021; 2021.
136. Socialstyrelsen. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna. Hämtad 2021-12-09 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7265.pdf>. 2021.
137. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
138. Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.
139. Statistiska Centralbyrån (SCB). Coronabidrag ger överskott i alla Sveriges regioner 2020. Hämtad 2021-12-09 från:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/redaktionellt/coronabidrag-ger-overskott-i-alla-sveriges-regioner-2020/>. 2021.
140. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten maj 2021; 2021.
141. Statskontoret. Uppdrag att följa utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner. Hämtad 2021-12-08 från:
<https://www.statskontoret.se/link/9696c07b573440018f841172bd605c60.aspx>. 2021.
142. Socialstyrelsen. Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2021-2024. Hämtad: 2021-12-09 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-10-7620.pdf>. 2021.
143. Möt kompetensutmaningen. Rekryteringsrapport 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
144. God och nära vård 2021 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Socialdepartementet; Sveriges Kommuner och Regioner.
145. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
146. Stöd för arbetssättet med fast läkarkontakt. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
147. Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
148. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården, S2021/06575 (delvis). 2021.
149. Sveriges Kommuner och Regioner. Pandemin har ökat kostnaderna för inhyrd vårdpersonal. 2021 2021-10-05. Hämtad 2021-12-01 från:
<https://skr.se/skr/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/pandeminharokat-kostnaderna-for-inhyrdvardpersonal.57825.html>
150. Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. Jämförelser av första halvåret 2021 med första halvåret 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.

151. Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Stockholm: Socialstyrelsen; Universitetskanslerämbetet; 2019.
152. Departementspromemorian Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser (Ds 2020:15).
153. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare - Nationella vårdkompetensrådet. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet; 2021.
154. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen biomedicinska analytiker - Nationella vårdkompetensrådet. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet; 2021.
155. Universitetskanslerämbetet. Examinerade inom vårdutbildningar – Prognoser på 1, 2 och 3 års sikt. Hämtad 2021-12-02 från: <https://www.uka.se/om-oss/aktuellt/nyheter/2021-01-27-kortsiktiga-prognoser-over-examinerade-fran-hogskoleutbildningar-inom-halso--och-sjukvardsområdet.html>
156. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
157. Nationella riktlinjer. Indikatorer – vård vid rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
158. Nationella riktlinjer. Målnivåer – vård vid rörelseorganens sjukdomar. Målnivåer för indikatorer 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
159. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
160. Nationella riktlinjer. Indikatorer för tandvård. Remissversion 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
161. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
162. Nationella riktlinjer. Nationell utvärdering av vård vid epilepsi Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
163. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
164. Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.
165. Transportstyrelsen. Flygets klimatpåverkan. 2019. Hämtad 2022-01-04 från: <https://www.transportstyrelsen.se/sv/luftfart/Miljo-och-halsa/Klimat/Flygets-klimatpaverkan/>
166. Upphandlingsmyndigheten. Regionernas miljöpåverkan till följd av inköp. 2020. Hämtad 2022-01-04 från: <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/om-hallbar-upphandling/miljomassigt-hallbar-upphandling/analysera-inkopen-med-miljospendanalys/regionernas-miljopaverkan/>
167. Öppna jämförelser. Miljöarbetet 2020 i regionerna. . Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.

168. Öppna jämförelser. Miljöarbetet 2021 i regionerna. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
169. Hälso- och sjukvården och planering för civilt försvar. Hotbild och gemensamma dilemman. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
170. Krisberedskap. 2022 2022-03-15. Hämtad 2022-03-22 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/krisberedskap/>
171. Uppdrag att utveckla särskilda prioriteringsprinciper för hälso-och sjukvården som gäller vid kris och krig. Diarienummer: S2021/02920. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
172. Uppdrag att ta fram nationella utbildnings- och övningsplaner för katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar samt nationell samordning av utbildning och övning. Diarienummer: S2021/02922. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
173. Öppna jämförelser 2021 – Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
174. Nationell kartläggning av barnhälsovården. En jämlik och tillgänglig barnhälsovård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
175. Delredovisning av uppdrag (S2019/00910/FS delvis) genomförande av pilotverksamhet i barnhälsovården. Samverkan mellan barnhälsovården, mödrahälsovården, socialtjänstens förebyggande verksamhet och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
176. World Health Organization. Oral health. Resolution WHA74.5. 2021. Hämtad 2022-01-28 från: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/gaporalhealth>
177. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer. 2021. Hämtad 2022-01-28 från: <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>
178. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
179. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna – Del 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
180. Försäkringskassan. Coronapandemin och besök i tandvården år 2021. 2022. Hämtad 2022-02-08 från: <https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2021-01-15-statistik---efterfragan-av-tandvard-med-statligt-tandvardsstod>
181. Socialstyrelsen. Pandemins effekter på vården. Operationsområden. 2022. Hämtad 2022-01-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/operationsomraden/>
182. Regionernas tandvårdsstöd – Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
183. Regionernas tandvårdsstöd – Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
184. Karies bland barn och ungdomar Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

185. Svenskt kvalitetsindex. Tandvården klarar krisen. 2021. Hämtad 2021-12-08 från: <https://www.kvalitetsindex.se/wp-content/uploads/2021/10/SKI-Tandvard-2021.pdf>
186. Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
187. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Insatsområde: Patientsäkerhet i tandvården. 2021. Hämtad 2022-01-28 från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npotandvard/patientsakerhetitandvarden.56107.html>
188. Anmälningar till LÖF 2020. Stockholm: Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag; 2021.
189. Förskrivning av opioider i Sverige. Läkemedel, doser och diagnoser. Rapport från Läkemedelsverket. Uppsala: Läkemedelsverket; 2020.
190. Swedres-Svarm 2020. Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Stockholm/Uppsala: Folkhälsomyndigheten; Statens Veterinärmedicinska Anstalt; 2021.
191. Antibiotikaprofylax i tandvården - behandlingsrekommendation. Uppsala: Läkemedelsverket; 2012.
192. Nationella riktlinjer för vuxentandvård - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

Publikationen kan laddas ner från
www.socialstyrelsen.se