

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2023



Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och tandvård

Lägesrapport 2023

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	978-91-7555-602-4
Artikelnummer	2023-3-8446

Omslag	Orbon Alija/Getty Images
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , mars 2023

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.

Årets lägesrapport utgår ifrån ett systemperspektiv, vilket innebär att vi belyser långsiktiga mål för hälso- och sjukvården och tandvården som har tydliga kopplingar till lagstiftningen. Utvecklingen kommenteras särskilt utifrån några prioriterade aspekter:

- en personcentrerad och hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- en jämlik hälso-och sjukvård som fokuserar på att minska skillnader i hälsa och vård
- hållbara och effektiva verksamheter.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i regioner och kommuner. Rapporten kan även vara av intresse för professioner och patient- och brukarföreträdare.

Rapporten har utarbetats av Ingrid Schmidt och Susanne Bergman (projektledare och redaktörer). Flera medarbetare vid myndigheten har medverkat i framtagandet av rapporten. Rickard Broddvall har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattande iakttagelser.....	7
Flera gynnsamma trender för hälsa och vård	7
Covid-19 och postcovid ger fortfarande konsekvenser för hälso- och sjukvården	8
Fortsatta skillnader mellan grupper	8
Oroande utveckling för insjuknande i obesitas och cancer	9
Ökat fokus på prevention och riktade hälsosamtal	9
Psykisk ohälsa fortsatt utmaning och intresset för existentiell hälsa ökar	10
Fortsatt utveckling av beredskap och civilt försvar	11
Klimatförändringarna skapar tryck för förändring	11
Kompetensförsörjningen är beroende av hållbara och effektiva arbetssätt	12
Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar marginellt	12
Utmaningarna framåt delas med många länder	12
1. Inledning.....	14
Rapportens disposition och innehåll.....	14
Genomförande.....	15
2. Utveckling inom vissa aktuella områden	17
Pandemin påverkar fortfarande vården	17
Arbetet med stärkt beredskap och civilt försvar utvecklas	19
Långsiktigt samarbete om en gemensam kunskapsstyrning pågår	21
Omställningen till god och nära vård	22
3. Agenda 2030, klimatpåverkan, kompetensförsörjning och innovation	26
Sverige når i stort målen på hälsoområdet i Agenda 2030	26
Klimatförändringarna skapar tryck för förändring	27
God kompetensförsörjning bidrar till en hållbar vårdsektor.....	30
Innovation för hållbarhet och hälsa	32
4. Utvecklingen mot en hälsoinriktad och personcentrerad vård.....	36
Ökat fokus på det preventiva och hälsofrämjande arbetet.....	37
Andelen personer med övervikt och fetma fortsätter att öka.....	38
Allt fler regioner erbjuder riktade hälsodialoger	39
Angeläget att arbetet med levnadsvanor i primärvården ökar	40
Patientens ställning utvecklas långsamt	42
5. Tillgänglig vård i rimlig tid	49
Utveckling av prehospital akutsjukvård pågår	49

Fortsatta utmaningar med väntetider till planerad vård	51
Försämrade tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa	52
Samsjuklighet vanligt hos personer med missbruksdiagnos	58
Utvecklingen av tillgänglighet inom cancervården	59
6. Fokus på jämlik hälsa och vård	64
Jämlik vård innebär tillgänglig och personcentrerad vård	64
Sjukdomars olika status bidrar till ojämlik vård	65
Pandemin satte ljuset på skillnader i sjukdom och död	65
Skilda uppväxtvillkor för barn bidrar till ojämlik hälsa	66
Ökade vårdbehov i förlossningsvården	67
Läkemedelsanvändning återspeglar ojämlikhet i hälsa	68
Systemförändring för jämlik högspecialiserad vård	69
7. Utvecklingen mot en patientsäker vård	72
Samordning för genomförande av den nationella handlingsplanen	72
Öka kunskap om inträffade vårdskador	73
Klagomål och anmälningar	76
Tillförlitliga och säkra system och processer	78
Säker vård här och nu	81
Internationell och nationell patientsäkerhetsdag	81
8. Hälso- och sjukvårdens effektivitet och kostnader	82
Kompetensförsörjning viktig för en effektiv vård	82
Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling	88
9. Utblick mot omvärlden	98
Utmaningarna är gemensamma	98
Reformer i Norden för sammanhållen och patientcentrerad vård	101
Kort om svensk hälso- och sjukvård i internationell jämförelse	102
10. Munhälsa och tandvård	105
Positiv munhälsoutveckling över tid	105
Om patientkostnader för tandvård	111
Oförändrad tillgång till legitimerad tandvårdspersonal	112
Nya stöd för munhälsans utveckling	114
11. Centrala mått och indikatorer	115
Kontinuerliga förbättringar i många fall	115
Bilaga 1. Indikatorbaserad uppföljning av god och nära vård 2022	135
Bilaga 2. Läkemedelsanvändning hos äldre utifrån kön och utbildning	139
Bilaga 3 Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP	142

Sammanfattande iakttagelser

Det finns flera positiva trender när det gäller förutsättningarna för en hälsoinriktad, personcentrerad och jämlik hälso- och sjukvård. Pandemin påverkar fortfarande verksamheterna, men trots det förbättras resultaten i flera avseenden. Samtidigt behöver en rad komplexa utmaningar hanteras, bland annat ökade vårdbehov, brister i kompetensförsörjning och konsekvenser av de pågående klimatförändringarna.

Flera gynnsamma trender för hälsa och vård

Hälsan i befolkningen är generellt god i Sverige, och sett till en längre tidsperiod lever vi allt längre. Medellivslängden för män i Sverige är nu drygt 81 år och för kvinnor är den nästan 85 år. Skillnaden mellan könen har dock länge minskat, från 6,1 år 1980 till 3,6 år 2021.¹ Skillnaderna i mäns och kvinnors livslängd är nu bland de lägsta i Europa.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (dödlighet i sjukdomar som kan förebyggas och behandlas) visar en minskning från 59 till 49 personer per 100 000 invånare 2013–2021. Andelen som lever fem år efter en cancerdiagnos har ökat från 54,6 procent till 62,8 procent under det senaste decenniet. Allt färre med olika kroniska sjukdomar behöver vårdas på sjukhus.

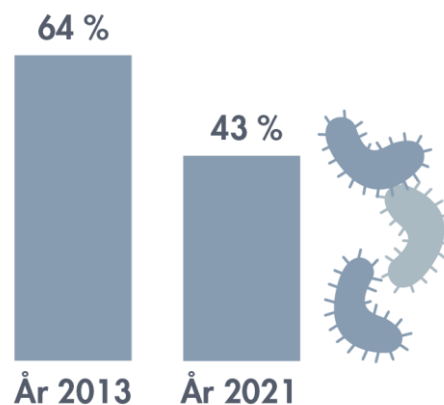
Munhälsan är också god bland både barn och vuxna. De flesta barn och unga är kariesfria, men andelen barn som får karies ökar över tid för att sedan stanna upp när de är unga vuxna.

Vårdskadorna minskar och under perioden 2013–2021 minskade till exempel andelen av samtliga vårdrelaterade infektioner som bedöms vara undvikbara, från 64 till 43 procent.

Förskrivningen av antibiotika minskade påtagligt under pandemin men ökade något under 2022, dock inte till samma nivå som före pandemin. Under 2016–2022 minskade antibiotikaanvändningen från 306 till 214 behandlingar per 1 000 invånare. Den långsiktiga trenden med ökande antibiotikaresistens håller tyvärr i sig, men samtidigt är läget är betydligt gynnsammare i Sverige än i många andra länder i Europa.

Förtroendet för hälso- och sjukvården vården som helhet ökade marginellt 2017–2022: från 60,7 till 62,1 procent, som hade högt eller ganska högt förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. Alltjämt är de flesta nöjda med bemötandet i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Patienter som varit i kontakt med sluten- eller öppenvården är mest nöjda med helhetsintrycket medan

Undvikbara infektioner i vården har minskat under perioden 2013–2021



Källa: SKR

¹ Statistiska centralbyrån (SCB).

patienter inom vuxenpsykiatri inom öppen- och slutenvård är mindre nöjda. Män är genomgående mer nöjda än kvinnor.

I dag omfattar 85 procent av de nationella kvalitetsregistren mått på patientens bedömning av vårdinsatser och hälsorelaterad livskvalitet. Detta ger ökade möjligheter för uppföljning.

Covid-19 och postcovid ger fortfarande konsekvenser för hälso- och sjukvården

Av de som avled med covid-19 under 2021 och 2022 var 60 procent män, och 40 procent kvinnor. Majoriteten (88,7 procent) av alla som avlidit med sjukdomen var över 70 år, och två av tre (66 procent) bodde på särskilt boende eller hade hemtjänst. Andelen som avlidit efter inskrivning i slutenvård med covid-19 har minskat över tid.

Dödligheten med covid-19 var i Sverige som mest påtaglig under 2020 då även överdödligheten var stor. Överdödligheten, som bedöms vara ett tillförlitligt mått för att bedöma effekten av pandemin, har sammantaget visat sig vara mycket låg i Sverige jämfört med andra länder.

Personer med postcovid upplever brist på tillgänglighet till och samordning av vården, och menar att vården inte möter deras förväntningar på information och delaktighet. Bristerna är tidigare kända problem för andra patientgrupper med liknande tillstånd, där kunskapen är osäker och symtombilden blandad.

Fortsatta skillnader mellan grupper

Pandemin bidrog till att uppmärksamma ojämlikheter i hälsa i många länder, inklusive Sverige. Här ses en i många fall positiv utveckling i hälsa och det finns tillgång till god vård, men trots det kvarstår skillnader mellan olika grupper och olika delar av landet. Även om medellivslängden sammantaget ökar bröts den trenden under 2020, på grund av pandemin. Medellivslängden sjönk då med i genomsnitt 0,6 år jämfört med 2019. Bland de som påverkades mest finns både kvinnor och män som är födda utanför Europa och män som är födda utanför Norden. Kvinnor utan gymnasieutbildning – som haft en negativ trend sammantaget sedan 2006 – drabbades särskilt hårt av pandemin under 2020.

Majoriteten av de som avlidit med sjukdomen var över 70 år, och en stor andel bodde på särskilt boende eller hade hemtjänst. Andra grupper som drabbats av svår sjukdom och död är t.ex. personer med flera riskfaktorer och socioekonomiskt utsatta.

Personer med endast förgymnasial utbildning löper fortfarande större risk att såväl insjukna som dö i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer, jämfört med dem med längre utbildning. Tandhälsan skiljer sig också påtagligt mellan olika grupper i befolkningen.

Samordning och kontinuitet är fortsatt utmaningar inom hälso- och sjukvården. De som drabbas av dessa brister är framför allt äldre och multisjuka

som har ett särskilt behov av sammanhållen och koordinerad vård. Utmaningarna uppstår ofta mellan olika organisatoriska enheter eller mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Omställningen till god och nära vård, liksom arbetet med att koncentrera högspecialiserad vård både regionalt och nationellt, är pågående processer som ska öka förutsättningarna för mer jämlik vård och hälsa.

Oroande utveckling för insjuknande i obesitas och cancer

Andelen personer med övervikt och obesitas har ökat under lång tid, och tillstånden är en av de främsta orsakerna till sjukdom och förtida död i Sverige. Antalet med obesitas har sedan 1980-talet tredubblats bland vuxna och femdubblats bland barn. I dagsläget uppskattas cirka 1,3 miljoner personer i åldern 16–84 år (16 procent) ha obesitas, och cirka 80 000 barn i åldern 4–15 år (5 procent). Obesitas är dessutom en sjukdom som innebär risk för att personen får sämre vård på grund av bland annat fördomar, stigmatisering och diskriminering. I de nationella riktlinjerna för obesitas, som publicerades 2022, rekommenderas kompetensutveckling i verksamheterna för att förbättra kunskaperna om obesitas.

En annan oroande trend är den ökande andelen som insjuknar i cancer. Cancerfallen har ökat under lång tid, både i antal individer och i antal tumörer, och ökningen är mer uttalad under de senaste 20 åren. Förklaringarna är flera, bland annat att vi blir allt äldre, men även förbättrad diagnostik och införande av screening för tidig upptäckt spelar in. Levnadsvanor och miljöfaktorer bidrar också till utvecklingen. Övervikt och obesitas är exempel på riskfaktorer för att utveckla cancer.

Ökat fokus på prevention och riktade hälsosamtal

I spåret av pandemin har vikten av att prioritera hälsofrämjande och förebyggande arbete blivit allt tydligare. Det framgick tidigt att kroniska sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom, diabetes typ 2 och kronisk lungsjukdom ökar risken för allvarlig sjukdom och behov av intensivvård.

Allt fler regioner erbjuder sina invånare riktade hälsodialo-ger. Under 2022 erbjöd 13 av 21 regioner denna möjlighet, och ytterligare 5 har fattat beslut om införande. Samtalen syftar till att främja goda levnadsvanor och öka efterfrågan på hälso-samma val i samhället i stort.

Socialstyrelsen följer regelbundet upp rådgivning om hälso-samma levnadsvanor för de som söker primärvård, utan att se några förbättringar. Under pandemin minskade rådgivningen

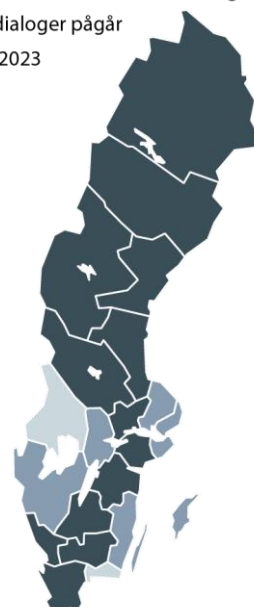
Öka förutsättningarna för en mer jämlik vård och hälsa

”Omställningen mot en god och nära vård”



13 av 21 regioner erbjuder sina invånare riktade hälsodialo-ger

■ Hälsodialo-ger pågår
■ Införs 2023



Källa: Nätverket för hälsofrämjande sjukvård

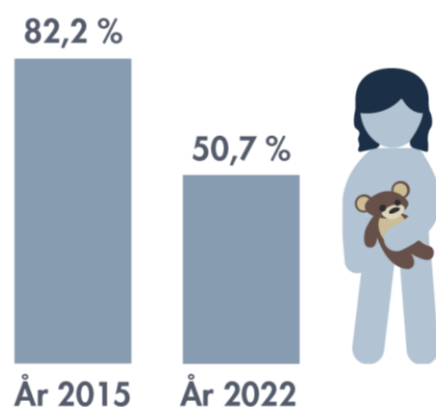
något; ungefär 3,5 procent av de som besökte landets vårdcentraler fick rådgivning om fysisk aktivitet under 2021 och cirka 2,5 procent fick rådgivning om hälsosamma matvanor. Rådgivning om rökning och alkoholvanor förekommer i ännu mindre utsträckning.

Hälsosamma levnadsvanor såsom rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, ökad fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor kan förebygga majoriteten av de kroniska sjukdomarna och påtagligt öka motståndskraften mot virus och andra infektionssjukdomar.

På motsvarande sätt kan tidiga och förebyggande insatser som främjar tandhälsa effektivt förhindra att de första kariesskadorna uppstår, vilket bidrar till god munhälsa och minskade tandvårdsbehov på sikt.

Psykisk ohälsa fortsatt utmaning och intresset för existentiell hälsa ökar

Färre barn och ungdomar får vård inom 30 dagar



Källa: Väntetider i vården 2023, SKR.

Ökningen i självrapporterad psykisk ohälsa och det ökade inflödet av psykiatriska diagnoser skapar högt tryck och långa väntetider i verksamheterna. Särskilt ätstörningar och adhd hos barn och unga har ökat. Andelen utredningar på barn- och ungdomspsykiatri som startas inom 30 dagar minskade dramatiskt 2015–2022, från 82,2 procent till 50,7 procent.

En större andel kvinnor än män anger att de har psykiska besvär, såsom stress, sömnbesvär, oro och ångest. Kvinnor är också oftare sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, och fler kvin-

nor 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. Dessa mönster är kända sedan länge.

I spåret av pandemin har intresset för begreppet existentiell hälsa ökat, både i Sverige och andra länder. Ökad förståelse för och kunskap om existentiell hälsa kan vara ett sätt att motverka den ökande psykiska ohälsan. I Sveriges Kommuner och Regioners kraftsamling för psykisk hälsa är också existentiell hälsa ett av de områden som pekas ut. Även i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för palliativ vård ingår rekommendationer om kompetens inom existentiell hälsa. Området kan sammankopplas med ett hälsofrämjande förhållningssätt där fokus på sjukdomsbehandlande insatser samexisterar eller ersätts med ett synsätt som lyfter fram insatser för att upprätthålla och be- hålla en god hälsa.

Fortsatt utveckling av beredskap och civilt försvar

Pandemin satte stort fokus på beredskapsfrågorna inom hälso- och sjukvårdssektorn och har bidragit med erfarenheter som är viktiga att ta tillvara inför kommande kriser och i uppbyggnaden av en stärkt beredskap. Behovet av kommunikation, samordning och tydlighet är några av de erfarenheter som särskilt nämns.

Regionerna är överens om att krishanteringsarbetet under pandemin har gett viktiga erfarenheter inför framtida kriser. Dock pekar de på behovet av att ha tydliga mål och kravnivåer för olika insatsområden eftersom flera av regionerna upplever problem med planeringsförutsättningarna i en kris.

Kommunerna i sin tur signalerar att den kommunala hälso- och sjukvården behöver mer av erfarenhetsutbyte kring beredskapsfrågor, stöd för planeringsarbetet och prioriteringar samt ökad samverkan och samordning mellan lokal, regional och central nivå.

Socialstyrelsen har sedan 2022 ett utpekat sektorsansvar för hälso- och sjukvårdens beredskap. Det innebär ett utökat ansvar för att driva på utvecklingen och stärka samordningen mellan myndigheter, regioner, kommuner och privata och ideella aktörer när det gäller vårdens och omsorgens beredskap för fredstida kriser, höjd beredskap och krig.

Klimatförändringarna skapar tryck för förändring

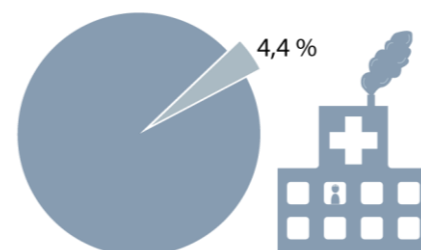
Kunskapen ökar snabbt om hur klimatförändringarna kommer att påverka sjukdomspanoramat och hälso- och sjukvårdssystemen framöver. Hälso- och sjukvården har en central roll i att förebygga och behandla de klimatrelaterade hälsoproblem som finns och som förväntas öka. Effekterna är både akuta och långsiktiga, och handlar bland annat om ett förändrat infektionspanorama, ökad risk för hjärtinfarkt, stroke, astma och KOL och ökad risk för akuta luftvägsinfektioner.

Hälso- och sjukvårdens verksamheter har i sig också betydande påverkan på klimatet. Långsiktigt hållbara och motståndskraftiga hälso- och sjukvårds- och tandvårdssystem är en förutsättning för god hälsa i framtiden, för både Sverige och andra länder.

Det är viktigt att minska skadliga och onödiga behandlingar såsom överföreskrivning av läkemedel och andra vårdinsatser med tveksamt värde. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet prioriteras också högre i hälso- och sjukvården, och det bidrar till att minska insjuknandet i en rad sjukdomar. Detta är också en del i det klimatförebyggande arbetet.

I Sverige svarar sjukvården för drygt 20 procent av den offentliga sektorns utsläpp och 4,4 procent av de totala utsläppen. Det är lika stora utsläpp som flygindustrins. För att få en hållbar hälso- och sjukvård behövs åtgärder för att minska utsläppen. Regionerna arbetar också med att minska verksamheternas

Hälso- och sjukvårdens uppskattade andel av utsläppen i Sverige



Källa: Health care without harm, 2019

klimatpåverkan, bland annat genom hållbarhetsplaner för alternativa arbetsätt, ökad återvinning, minskat svinn, minskade utsläpp och energibesparande åtgärder.

Kompetensförsörjningen är beroende av hållbara och effektiva arbetssätt

Vi lever allt längre och andelen äldre ökar snabbt, men ökningen av personer i arbetsför ålder är relativt långsam. Denna demografiska förändring innebär stora utmaningar för den långsiktiga finansieringen av och bemanningen i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Flera regionerna rapporterar också om brist på flera viktiga kompetenser.

Dagens hälso- och sjukvård präglas av hög specialiseringsgrad, och den medicinska och tekniska utvecklingen ställer fortsatta krav på hälso- och sjukvårdens- och tandvårdens personal och organisering. Förändrade vårdbehov innebär även behov av att bemanna verksamheterna med rätt kompetens, främst inom primär- och närvård, geriatrik och psykiatri. Det är inte bara viktigt att ha rätt kompetens i verksamheterna utan också att kunna behålla befintlig kompetens. Uppgiftsväxling, teamarbete och flexibla arbetsmodeller för att främja lärandemiljöer är viktiga komponenter i arbetet samt att använda möjligheterna med digitalisering och välfärdsteknik.

För att möta de nuvarande och framtida vårdbehoven är kompetensförsörjningen avgörande när det gäller att skapa en effektiv och hållbar hälso- och sjukvård.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar marginellt

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2020 till 573 miljarder kronor, vilket var 2,9 procent högre än året innan. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av bruttonationalprodukten (BNP) har varit förhållandevis stabila det senaste decenniet. En svag ökning kan noteras för 2020 med 11,5 procent jämfört med 10,8 procent 2019. I jämförelse med andra OECD-länder lägger Sverige en stor andel av BNP på hälso- och sjukvård.

Kostnaderna för till exempel förmånsläkemedel ökade med 6,3 procent 2022, från året innan, då kostnaderna i sin tur ökade med 2,4 procent.

I dag finns ett större intresse för att undersöka i vilken utsträckning resurser inom hälso- och sjukvården läggs på insatser med osäker eller begränsad nytta i förhållande till kostnaderna, och här behövs ytterligare kartläggningar för att identifiera omfattningen av dessa kostnader.

Utmaningarna framåt delas med många länder

Många pågående reformer i Europa handlar om att stärka den nära vården och primärvården samt skapa en mer sammanhållen och integrerad vård. Det finns betydande gemensamma utmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemen

i många länder, mot bakgrund av den ökande andelen människor som insjuknar i förebyggbara sjukdomar. Framtidens personal- och kompetensförsörjning i hälso- och sjukvårdssystemen är också en stor utmaning i hela Europa, men även globalt.

Pandemin, de ökande konsekvenserna av klimatförändringarna och det pågående kriget i Ukraina har tydliggjort vikten av internationellt samarbete och lärande mellan länder. EU har intensifierat arbetet med att stödja medlemsländerna på området genom en rad olika initiativ: Bland annat har man i kölvattnet av pandemin skapat ett nytt generaldirektorat, Hera, som arbetar med att föregripa hot och potentiella hälsokriser.

Med hälsofrämjande processer som utgångspunkt tydliggörs hälsosystemens roll som centrala aktörer när det gäller att bidra till de övergripande globala målen om hållbar utveckling.



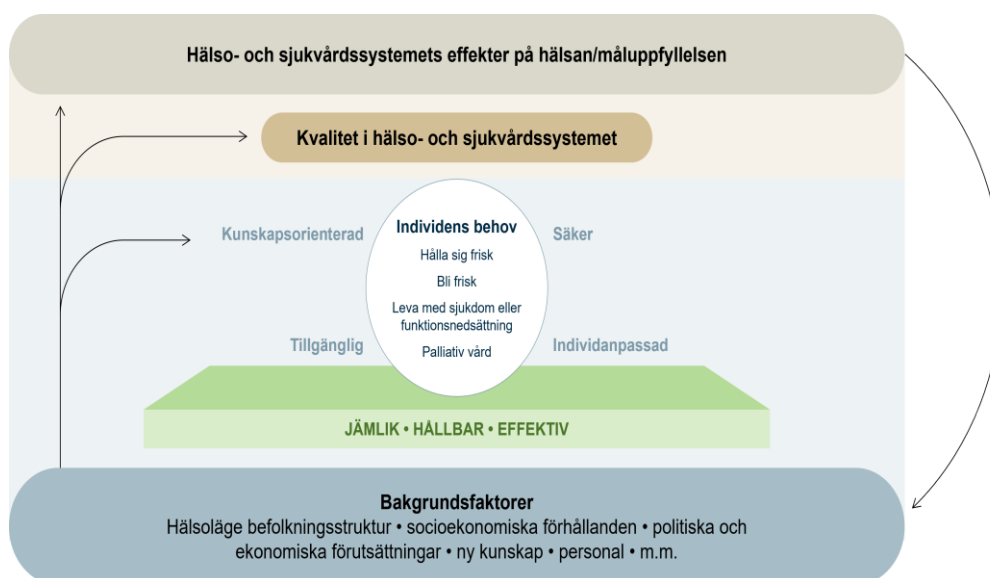
1. Inledning

Socialstyrelsen lämnar årligen lägesrapporter till regeringen inom områdena individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre och insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Denna lägesrapport handlar om utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Rapporten tar sin utgångspunkt i de övergripande målen för hälso- och sjukvården som finns illustrerade i nedanstående figur. Ramverket i figuren bygger dels på bestämmelserna i den svenska lagstiftningen, dels på det ramverk för uppföljning och analys som utvecklats av Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och som används i många länders modeller för uppföljning.^{2 3 4}

Rapporten är inriktad på att belysa svensk hälso- och sjukvård och tandvård på systemnivå, och inte på att beskriva resultatet för enskilda regioner eller verksamhetsområden. I vissa delar av rapporten tar vi upp vårdområden som är eftersatta eller föremål för särskilda satsningar.

Figur 1.1 Ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet



Rapportens disposition och innehåll

Rapporten består av ett antal kapitel:

- *Utveckling inom vissa aktuella områden*: I detta kapitel beskrivs några områden som bedöms vara särskilt aktuella och centrala. Där beskrivs pandemin utveckling översiktligt samt det aktuella arbetet med civilt försvar

² Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NK. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care* 2006;18(1):5–13.

³ Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington DC: Institute of Medicine; 2001.

⁴ Hälso- och sjukvårdsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

och beredskap. Det pågående arbetet inom kunskapsstyrning och god och nära vård beskrivs också kortfattat.

- *Agenda 2030, klimatpåverkan, kompetensförsörjning och innovation:* I detta kapitel kommenteras hälso- och sjukvårdens koppling till Agenda 2030, klimatpåverkan och kompetensförsörjning utifrån ett systemperspektiv och innovation som en del i en hållbar utveckling för hälso- och sjukvården.
- *Utvecklingen mot en hälsoinriktad och personcentrerad vård:* I detta kapitel beskrivs utvecklingen i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet samt arbetet mot en mer personcentrerad vård.
- *Tillgänglig vård i rimlig tid:* I detta kapitel belyses tillgängligheten inom några områden såsom arbetet i den prehospitla akutsjukvården, väntetider i den planerade vården, tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa samt tillgänglighet i cancervården.
- *Fokus på jämlik hälsa och vård:* Detta kapitel lyfter upp jämlikhetsaspekter på pandemin, förlossningsvården och hälsa och vård bland barn och ungdomar samt den pågående utvecklingen mot en mer koncentrerad högspecialiserad vård.
- *Utvecklingen mot en patientsäker vård:* I detta kapitel redovisas utvecklingen av patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Kapitlet utgår från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och fem prioriterade fokusområden. Redovisningen omfattar de fokusområden som det finns data om.
- *Hälso- och sjukvårdens effektivitet och kostnader:* Detta kapitel innehåller uppgifter om hälso- och sjukvårdens effektivitet utifrån kompetensförsörjning, och kostnadsutveckling kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården, samt en prognos för läkemedelsförsäljningen och
- *Utblick mot omvärlden:* I kapitlet beskrivs kortfattat den aktuella reformagendan för hälsosystemen i Europa, reformer för sammanhållen och patientcentrerad vård i de nordiska länderna och läget i Sverige jämfört med andra länder.
- *Munhälsa och tandvård:* I detta kapitel beskrivs inledningsvis munhälsoutveckling och tandvårdsbesök bland barn och vuxna samt kompetensförsörjning och andra relevanta aspekter.
- *Centrala mått och indikatorer:* I detta kapitel presenteras ett antal övergripande mått och indikatorer som speglar utvecklingen på en övergripande systemnivå.

Genomförande

Arbetet med rapporten har bedrivits i projektform och underlag har tagits fram i nära samarbete med ett antal medarbetare vid Socialstyrelsen.

Underlag och datakällor

Rapporten bygger på flera datakällor:

- utredningar, utvärderingar och rapporter som belyser utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården
- relevant forskning

- Socialstyrelsens hälsodataregister, databaser hos Sveriges kommuner och regioner nationella kvalitetsregister och internationell statistik
- Statistiska centralbyråns (SCB:s) register över regionernas räkenskaper.

Alla uppgifter som redovisas i rapporten har inte samma aktualitet men tjänar som underlag för att förstå övergripande trender. Syftet är att belysa läget i hälso- och sjukvården och tandvården under 2022 med särskilt fokus på pågående utveckling och väsentliga förändringar.

2. Utveckling inom vissa aktuella områden

I detta avsnitt beskrivs några områden som myndigheten har bedömt som särskilt aktuella och centrala. Pandemins utveckling beskrivs översiktlig samt det aktuella arbetet med civilt försvar och beredskap. Det pågående arbetet inom kunskapsstyrning och arbetet inom god och nära vård beskrivs också kortfattat.

Iakttagelser i korthet

- Vården återhämtar sig successivt från pandemin och kunskapen om postcovid ökar.
- Under 2020 och första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige, och drabbade främst äldre och sköra grupper.
- Under andra halvan av 2021 har dödligheten i sjukdomen minskat märkbart. Överdödligheten i Sverige sammantaget är lägre än de flesta länder i Europa. I Sverige var den som störst under 2020. Genom pandemin har regionernas katastrofmedicinska förmåga prövats och utvecklats.
- Beredskapen i hälso- och sjukvården vården ska stärkas bl.a. genom sektorsansvariga myndigheter
- Fler kunskapsstöd har utvecklats för arbetet med hälso- och sjukvårdens roll i totalförsvaret.
- Det långsiktiga samarbetet mellan staten och regionerna kring gemensam kunskapsstyrning fortgår
- I omställningen till god och nära vård ses att samverkan mellan regioner och kommuner på länsnivå har ökat i många län.
- Målet att uppnå en fast läkarkontakt är fortsatt en utmaning.

Pandemin påverkar fortfarande vården

Totalt har fram till maj 2022 sammanlagt 16 760 personer avlidit med covid-19 i Sverige, från mars 2021 till maj 2022 avled 4 493 personer enligt den preliminära statistiken om dödsorsaker. Antal avlidna var under perioden mars 2020 till februari 2021 12 267. Under 2020 och första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. Under andra halvan av 2021 har dödligheten i sjukdomen minskat märkbart. Uppgifterna är baserade på dödsorsaksintyg som rapporteras in till Socialstyrelsen.^{5 6}

⁵ Socialstyrelsen. Avlidna i covid-19, 2021. Hämtad 2022-11-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/> samt <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/statistik-covid19-overgripande.xlsx>.

⁶ Läs mer om covid-19-pandemin och Socialstyrelsens faktablad och analyser på Socialstyrelsens webbplats.

Överdödlighet bedöms vara det mest tillförlitliga måttet på pandemins dödlighet i jämförelser mellan länder, och överdödligheten har visat sig vara mycket låg i Sverige.⁷ Den var som störst under 2020 och drabbade främst äldre och sköra grupper.

Av de som avled med covid-19 under 2021 och 2022 var 60 procent män, och 40 procent kvinnor. Majoriteten (88,7 procent) av alla som avlidit med sjukdomen var över 70 år, och två av tre (66 procent) bodde på särskilt boende eller hade hemtjänst. Andelen som avlidit efter inskrivning i slutenvård med covid-19 har minskat över tid.

Kunskapsläget om postcovid ökar

En del personer får postinfektiöst tillstånd efter covid-19, kallat postcovid.⁸ Det finns ännu inget enhetligt sätt för att utreda, behandla och rehabilitera dessa patienter,⁹ men Socialstyrelsen har utformat kunskapsstöd till hälso- och sjukvården om rehabiliterande insatser, rekommendationer om vård och en processmodell för rehabiliteringsinsatser.^{10 11 12} Regionerna har dock efterfrågat mer konkreta stöd än de nationella rekommendationerna, och vissa av dem har kompletterat med egna kunskapsstöd.¹³

Personer med postcovid upplever brist i tillgänglighet till och samordning av vården, och att vården inte möter deras förväntningar på information och delaktighet. Bristerna är tidigare kända problem för patientgrupper med liknande tillstånd men verkar vara mer uttalade för denna patientgrupp. Vissa brister kan bero på att vården haft svårt att möta en ny patientgrupp samtidigt som kunskapsläget är osäkert.

Särskilt för barn är kunskapsläget om postcovid svagt. Barn och deras föräldrar upplever i stor utsträckning samma brister i vården som andra grupper, men menar också att de inte får tillräckligt stöd från elevhälsan.¹⁴

Följsamheten till nationella riktlinjer för andra sjukdomar minskade

Följsamheten till de nationella riktlinjerna för olika vårdområden minskade under pandemin. År 2020 var följsamheten som lägst, men 2021 hade följsamheten till flera nationella riktlinjeområden ännu inte återhämtat sig. Bilden varierar mellan olika vårdområden.¹⁵

Flera orsaker bidrar till att följsamheten försämrades under covid-19-pandemin. Delvis beror det på att färre personer besökte hälso- och sjukvården och tandvården, men det beror även på att vården tvingades göra omprioritering på grund av den höga belastningen.¹⁶

⁷ Health at a glance. State of Health in the EU Cycle. OECD; 2022 (s. 92).

⁸ Statistik om postcovid i primärvård och specialiserad vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

⁹ Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser. 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 Postcovid – processmodeller för rehabilitering. Stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 3). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹² Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹³ Postcovid i praktiken. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19 pandemin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹⁶ Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

Vaccinationstäckningen bidrar till att vården återgår till vardagen

I december 2020 inleddes vaccinationsinsatser mot covid-19, och vid slutet av 2022 var 86 procent av befolkningen 18 år och äldre vaccinerad med två doser, och 66 procent med tre doser. Bland personer 65 år och äldre hade 79 procent fått fyra doser. Sedan den 1 september 2022 rekommenderas även en femte dos till personer med plats på särskilt boende för äldre eller med hemtjänst med personlig omvårdnad, liksom till övriga som är 65 år och äldre.¹⁷

I november 2022 avslutades den allmänna rekommendationen om vaccination mot covid-19 till alla barn och unga 12–17 år med anledning av den låga risken för allvarlig sjukdom och död. Vaccination till barn och unga rekommenderas endast i enskilda fall och i samråd med ansvarig läkare.¹⁸

Vaccinationstäckningen skiljer sig åt mellan olika grupper men är lägre bland personer med låg inkomst, utrikesfödda och personer med kort utbildning. Ett fortsatt informationsarbete pågår, både nationellt och regionalt, för att fortsatta nå dessa grupper.¹⁹

I indikatorn Medicinsk bedömning i primärvård (se kapitel 11) framgår det att patienterna börjar återvända till vården. Patienter har i högre utsträckning också kunnat få en bedömning av vården när de sökt sig dit.

LÄS
MER!

Arbetet med stärkt beredskap och civilt försvar utvecklas

Pandemin och det förhöjda säkerhetsläget har lagt ytterligare fokus på frågorna om beredskap och civilt försvar på lokal, regional och nationell nivå.

Den kommunala hälso- och sjukvårdens beredskapsplanering behöver stöd

Kommunerna disponerar flera samhällsviktiga verksamheter som har en viktig roll i totalförsvaret. En kartläggning genomfördes 2021–2022 av den kommunala hälso- och sjukvårdens beredskap.²⁰ Det framkom att kommunerna behöver erfarenhetsutbyte och stöd i planeringsarbetet och prioriteringar, men också mer samverkan och samordning mellan lokal, regional och central nivå. I kartläggningen lyftes även samverkan mellan kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten och regionernas hälso- och sjukvård för att täcka hela vårdkedjan, och då särskilt för att upprätthålla hemsjukvård och vård på särskilda boenden.²¹ Flera kommuner påpekade att det har funnits

¹⁷ Folkhälsomyndigheten. Vaccinationstäckning för de som fått dos fem — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se). Hämtad: 2022-11-14

¹⁸ Folkhälsomyndigheten. Barn och unga – om vaccination mot covid-19 — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se). Hämtad 2022-11-14.

¹⁹ Folkhälsomyndigheten. Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad – vecka 47. 2021. Hämtad 2021-12-02.

²⁰ Kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Delrapportering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

²¹ Ibid.

utmaningar under pandemin när det gäller kommunikationen med regioner och länsstyrelser.²²

Tre nationella stöd som riktar sig till socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården har tagits fram: *Gemensamma grunder*, *Säkerställ att befintliga nationella stöd är aktuella* och *Utveckla krisberedskap*. De finns på Kunskapsguiden.se och förväntas ge bättre förutsättningar för god samverkan och ledning i krissituationer.²³

Regionernas arbete med det civila försvaret visar fortsatt påverkan av pandemin

Uppföljningen av regionernas arbete med det civila försvaret 2021 visar att de i hög grad fortfarande är påverkade av pandemin.²⁴

Regionerna beskriver sina arbeten på olika sätt, men samtliga beskriver att de tagit lärdom av covid-19-pandemin och att krishanteringsarbetet gett gedigen erfarenhet inför framtida kriser. Dock signalerar regionerna att de se behov av behövs tydliga mål för de olika insatsområdena eftersom flera upplever problem medförutsättningarna för planering. En högre grad av resultat- och målorientering skulle kunna ge ett bättre stöd i regionernas arbete.

Den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna behöver stärkas

En tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna genomfördes 2022,²⁵ och det framkom att den behöver stärkas. Regionerna behöver bättre förmåga att hantera masskadehändelser, höjd beredskap och ytterst krig.

Genom pandemin har regionernas katastrofmedicinska förmåga prövats och utvecklats. Den ansträngda bemannings- och vårdplatssituationen minskar dock möjligheten att eskalera vårdplatser. De katastrofmedicinska beredskapsplanerna revideras fortlöpande men med mycket olika intervall. Hälso- och sjukvårdspersonal har heller inte fått den utbildning och övning som behövs för att upprätthålla katastrofmedicinsk beredskap. Regionerna behöver också på ett tydligare sätt i sin katastrofmedicinska planering ta hänsyn till scenarier som inkluderar fredstida kriser, höjd beredskap eller ytterst krig. Regionerna efterfrågade en tydligare nationell styrning när det gäller beredskapsfrågor.

Sektorsansvariga myndigheter har utsetts

Socialstyrelsen är sedan den 1 oktober 2022 sektorsansvarig myndighet för civil beredskap inom sektorn hälsa, vård och omsorg. Det innebär ett utökat ansvar för att stärka samordningen mellan myndigheter och andra aktörer såsom regioner, kommuner, privata och ideella, och för att driva på

²² Långsiktig plan för den kommunala hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Delredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

²³ Ibid. s. 11.

²⁴ Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av överenskommen mellan staten och SKR för år 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

²⁵ Uppdrag att genomföra tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2022.

utvecklingen av beredskap och civilt försvar i vården och omsorgen.²⁶ Ett beredskapsforum för sektorn hälsa, vård och omsorg har bildats, med högnivå-representanter för sektorn, och syftet är att enas om arbetsformer och identifiera områden och åtgärder att lyfta i det fortsatta arbetet.

Långsiktigt samarbete om en gemensam kunskapsstyrning pågår

Sex myndigheter²⁷ i Rådet för styrning med kunskap²⁸ har tillsammans med regionernas nationella system för kunskapsstyrning utvecklat en modell för långsiktigt samarbete på nationell nivå, Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Målet är god vård, dvs. att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv.

Partnerna har kommit överens om att partnerskapet ska bidra till en gemensam kunskapsstyrning, dvs. att regionerna och de berörda myndigheterna ska komplettera varandra i arbetet med kunskapsstyrning. En annan del av utvecklingen i samarbetet har varit att tydliggöra varandras roller.

Utveckla samverkan om kunskapsstöd

I personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är ambitionen att säkerhetsställa en sammanhängande vårdkedja och att vårdförloppen ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd från myndigheter. Om det finns nationella riktlinjer bör dessa vara styrande.²⁹ Partnerskapet har arbetat vidare för att myndigheternas och regionernas kunskapsstöd ska hänga samman och tidigt kunna fånga upp behov av olika typer av kunskapsstöd. En beskrivning har tagits fram av en gemensam kunskapskedja, med syftet att tydliggöra hur olika kunskapsstöd relaterar till varandra och hur de ska användas. Denna beskrivning kommer också att innehålla goda exempel.

Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar

Partnerskapet har även en arbetsgrupp som arbetar med horisontella prioriteringar, dvs. val av åtgärder mellan exempelvis verksamhetsområden, kliniker eller sjukdomsgrupper. Syftet är att ta fram en modell som primärt fokuserar på den horisontella prioriteringen av nationella initiativ till ordnat införande i relation till regionala förutsättningar.

²⁶ Socialstyrelsen. Hämtad 2022-11-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/sektorsansvar/>.

²⁷ Myndigheter som ingår i rådet: Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, E-hälsomyndigheten och Folkhälsomyndigheten.

²⁸ Förordning om statlig styrning med kunskap (2015:155) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2015155-om-statlig-styrning-med_sfs-2015-155.

²⁹ Överenskommelse jämlik och säker vård. Hämtad 2022-12-12 från https://skr.se/download/18.eb74a4a17f44902bce37f95/1646647818714/Overenskommelse_Sammanhallen_jamlik_och_saker_vard_2022.pdf.

Stöd till nationella utvecklingsarbeten inom digitalisering

Arbetet med att regionernas och myndigheternas kunskapsstöd ska hänga samman har lett till digitaliseringen av kunskapsstöd.

Inom ramen för partnerskapets fokusområde digitalisering har Socialstyrelsen, tillsammans med Inera och det nationella programområdet kvinnosjukdomar och förlossning, initierat ett pilotarbete om hur myndighetens kunskapsstöd kan föras över till regionernas digitala plattform Nationellt kliniskt kunskapsstöd.³⁰ Syftet är att nå en ökad effektivitet i överföringen av nya kunskapsstöd till vårdens professioner, och därmed en mer effektiv implementering av dem.

Stärkt gemensam planering

Som en effekt av partnerskapets inriktning i styr- och ledningsdokument – att gemensamt fånga, identifiera och prioritera behov av nationella kunskapsstöd – har partnerskapet även samarbetat om verksamhetsplanering.³¹ Syftet är att tidigt fånga upp vilka behov som finns av olika insatser, t.ex. nya kunskapsstöd eller uppdateringar av kunskapsstöd, med målet att skapa samsyn i partnerskapet om kommande insatser. I partnerskapet har det förts gemensamma diskussioner om aktuella områden såsom kvinnosjukdomar och förlossning, nära vård, rehabilitering, palliativ vård, ätstörningar och levnadsvanor.

Gemensam strategi för arbetet framåt

Myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap behöver fortsätta arbetet med att bli mer samordnade, effektiva och behovsanpassade, och regionernas nationella system för kunskapsstyrning behöver fortsätta att utveckla systemet till att fungera på nationell, regional och lokal nivå.

I regionernas utvecklingsplaner innebär den fortsatta inriktningen bland annat att gå från en etablerings- och uppbyggnadsfas till en hållbar drifts- och utvecklingsfas som är mer tydligt inriktad på implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap samt uppföljning och resultat.

Enligt rådets gemensamma strategi för 2021–2025³² ska myndigheterna stärka sin förmåga att planera långsiktigt för att möta välfärdssamhällets utmaningar. Strategin innebär att myndigheterna och regionerna i partnerskapet tar fram en gemensam bild av kunskapsstyrning en. Den innefattar hela kunskapsstyrningshjulet, från initiering av kunskapsstöd till framtagning, implementering, uppföljning och analys.

Omställningen till god och nära vård

Arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård fortsätter. Syftet är att vården ska vara mer personcentrerad och organiseras utifrån invånarnas behov och förutsättningar, vilket innebär att vården

LÄS
MER!

³⁰ Hämtad 2023-02-10 från <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/>.

³¹ Hämtad 2023-02-10 från <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.5f94e9591811657edb88bfc0/1655110041137/Partnerskapet-styr-och-20ledningsdokument-2022-03-29.pdf>.

³² <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/strategi-for-radet-for-styrning-med-kunskap-2021-2025.pdf>.

ska vara lätt tillgänglig och att invånarna ska känna delaktighet och kontinuitet i kontakterna med vårdpersonalen. Personer med många kontakter kan behöva stöd i att koordinera sina vårdinsatser och stödet från socialtjänsten, och då ska primärvården kunna hjälpa till om det är lämpligast.

Uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Uppföljningen i regionerna och kommunerna av omställningen till en god och nära vård bygger främst på skriftliga redovisningar.³³ De visar att omställningen har tagit steg framåt på vissa områden, men inom andra områden är det svårt att uttala sig om eventuella förändringar.

Utvecklingen inom primärvården

Andelen personer 65 år och äldre med en fast läkare för medicinsk vård har ökat. Samtidigt har andelen i särskilt boende som upplever att det är lätt att få träffa läkare vid behov minskat relativt mycket, något som förefaller ha påverkats av pandemin (se bilaga1).

Tillgängligheten till en första medicinsk bedömning på hälso- eller vårdcentral inom tre dagar visar förbättring, liksom motsvarande tillgänglighet för barn och unga till första linjens psykiatri.

Förtroendet för hälso- och vårdcentralerna och upplevelsen av delaktighet i läkarbesök har ökat, men andelen som uppger att läkaren eller någon annan personal diskuterat levnadsvanor med dem har däremot minskat³⁴. Detta kan indikera minskat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Avseende kvaliteten i primärvården har andelen personer som upplever att deras vårdbehov tillgodosetts vid läkarbesöket på en hälso- eller vårdcentral minskat något. Samtidigt har viktiga indikatorer på vårdens kvalitet och funktion som helhet förbättrats, med exempelvis en lägre andel äldre med läkemedel som bör undvikas.

Mer samverkan och samordning på central nivå

Samverkan mellan regioner och kommuner, och mellan olika delar av hälso- och sjukvården och omsorgen, är central för den omställning som pågår. Uppföljningen visar att samverkan mellan regioner och kommuner på länsnivå har ökat i många län, med särskilda samordnings- och styrgrupper, funktioner och tjänster som arbetar med omställningen. I stort sett alla län har även tagit fram förslag till gemensamma målbilder för omställningen. Det är även fler kommuner och regionala samverkansstrukturer som har inrättat särskilda tjänster eller utsett kontaktpersoner som ska arbeta med omställningen.

Regioner och kommuner redovisar även många insatser och projekt som syftar till att förbättra samverkan och samordningen på verksamhetsnivå. Det handlar exempelvis om insatser för bättre samverkan i arbetet med utskrivningar, mobila team eller hemsjukvård. Det är dock, utifrån de skriftliga

³³ Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 - Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

³⁴ Med diskuterat levnadsvanor avses diskussion om alkohol-, motions-, tobaks- eller matvanor.

redovisningarna, svårt att bedöma om sådan verksamhetsnära samverkan ökat jämfört med tidigare uppföljningar.

Fler hälsofrämjande och förebyggande insatser redovisas

Jämfört med tidigare uppföljningar av god och nära vård³⁵ redovisar regioner och kommuner fler hälsofrämjande och förebyggande insatser. Samtidigt framgår att mycket av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ställdes in som en konsekvens av covid-19-pandemin. Flera regioner håller på att ta fram folkhälsostrategier och konkretisera insatser inom det hälsofrämjande arbetet. Många kommuner arbetar förebyggande, tillsammans med regioner och statliga myndigheter, med exempelvis barn och unga, äldre och suicidprevention.

Regionernas arbete med fasta vårdkontakter varierar

Fasta vårdkontakter och patientkontrakt är två instrument med syftet att öka kontinuiteten respektive delaktigheten i hälso- och sjukvården, vilket i sin tur utgör centrala målsättningar i omställningen mot god och nära vård. Vissa regioner redovisar ett omfattande arbete med att implementera dessa instrument i verksamheten medan andra redovisar åtgärder av mer förberedande karaktär. Regionernas åtgärder handlar bland annat om att utveckla tekniska system som gör det möjligt att dokumentera fasta kontakter och patientkontrakt i vårdens informationssystem. Några regioner anger att de redan uppnått det målet.

I fråga om uppfyllelse är målen om kontinuitet och fast läkarkontakt aningen inte uppfyllda eller inte var möjliga att mäta eftersom det saknades data. Målen bedömdes inte kunna uppnås till slutet av 2022 eftersom de mål som kunde mätas inte visade någon positiv utveckling.³⁶

Målen anger att andelen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvården ska vara minst 55 procent för befolkningen i stort och 80 procent för personer på särskilt boende. Målen skulle ha nåtts vid utgången av 2022.

Digitala tjänster används alltmer

I bland annat uppföljningen av god och nära vård framkommer att vissa digitala tjänster ökade under 2021. Det gäller bland annat tjänsten webbtidbok, som innebär att invånare kan boka tid direkt i journalsystemet via 1177 Vårdguiden. Möjligheten att erbjuda videobesök fortsatte också att öka i den regiondrivna primärvården och specialistvården.³⁷ Mellan 2020 och 2021

³⁵ Tidigare uppföljningar redovisades till regeringen 2020 och 2021. Se: 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. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utveckling i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

³⁶ Kontinuitet och fast läkarkontakt, Kartläggning av målfyllnaden i överenskommelserna om en god och nära vård: 2022. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.

³⁷ Tidigare uppföljningar redovisades till regeringen 2020 och 2021. Se: 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. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utveckling i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

ökade distansbesöken i primärvården kraftigt, både i den regiondrivna och i den privat drivna vården. Det finns också utvecklingspotential när det gäller att utveckla vad som ska ingå i ”digitala vårdkontakter” genom att även inbegripa andra digitala kontakter än videobesök.³⁸

³⁸ Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen: 2022.

3. Agenda 2030, klimatpåverkan, kompetensförsörjning och innovation

I detta kapitel kommenteras hälso- och sjukvårdens koppling till Agenda 2030, klimatpåverkan, kompetensförsörjning utifrån ett systemperspektiv och innovation som en del i en hållbar utveckling för hälso- och sjukvården.

Iakttagelser i korthet

- Sverige når många av delmålen för hälsa i Agenda 2030.
- Koldioxidutsläppen i svensk hälso- och sjukvård ligger över det globala genomsnittet.
- I Sverige svarar hälso- och sjukvården för drygt 20 procent av den offentliga sektorns utsläpp och 4,4 procent av de totala utsläppen.
- Medvetenheten om verksamheternas klimatpåverkan ökar i regionerna.
- I en jämförelse mellan OECD-länder om tillgång till läkare och sjuksköterskor placerade sig Sverige på en åttondeplats efter Norge, Schweiz, Island, Tyskland, Irland, Australien och Österrike.
- En aktuell enkätundersökning visar att runt 20 procent av läkarna överväger att lämna läkaryrket på grund av hög arbetsbelastning, liksom cirka en tredjedel av underläkarna.
- Flera regioner rapporterar brist på personal inom 18 basspecialiteter och brist på specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.
- Distansoberoende sjukvård i Sverige ligger i framkant. Sjukstugemodellen har på flera sätt uppmärksammats som en innovativ lösning.

Sverige når i stort målen på hälsoområdet i Agenda 2030

I Agenda 2030 har 17 globala hållbarhetsmål formulerats, med 169 delmål. Delmålen kopplas i sin tur till 232 globala indikatorer. SCB har utarbetat en lista med indikatorer som används för nationell uppföljning.³⁹ Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i flera av de delmål som är uppställda under hållbarhetsmålen.

De flesta delmål som rör hälsa finns under det globala hållbarhetsmålet *Hälsa och välbefinnande*, men även andra hållbarhetsmål omfattar delmål

³⁹ Statistisk lägesbild 2022. Genomförandet av Agenda 2030 i Sverige. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2022.

och indikatorer som kan relateras till hälsosystem. Under hållbarhetsmålet *Jämställdhet* finns exempelvis delmål om reproduktiv hälsa, tillgång till offentlig service och jämställdhet mellan kvinnor och män.

Ett internationellt arbete identifierar att 52 av de 232 globala indikatorerna är särskilt kopplade till hälsa och att 41 av dessa jämförs mellan 195 länder. Ett sammansatt index för 40 av dessa indikatorer har tagits fram och publicerats, bland annat i tidskriften *The Lancet*. Sverige låg bra till i flera indikatorer, jämfört med andra länder.⁴⁰

De områden där Sverige fortfarande har utmaningar inom hälsoområdet gäller bland annat förekomsten av suicid, som har minskat något bland kvinnor och män, och förekomsten av psykisk påfrestning, som har ökat.⁴¹

När det däremot gäller målen om miljö och klimat har Sverige har, liksom många andra länder i den industriella världen, utmaningar med negativa klimatavtryck.

Klimatförändringarna skapar tryck för förändring

Klimatförändringen förväntas ge fler och intensivare extrema väderhändelser. Det påverkar människors hälsa och välbefinnande både indirekt och direkt genom skyfall, översvämningar, stormar och torka men även genom temperaturrelaterat extremväder såsom ihållande värmeböljor och köldknäppar. Indirekta effekter av detta är bland annat luftföroreningar, spridning av infektionssjukdomar, undernäring, mental ohälsa och våldsamma konflikter. Effekterna av klimatförändringarna blir också allt tydligare genom brist på mat och rent vatten och ett förändrat infektionsspanorama.⁴²

Vissa av klimatets effekter på hälsan bedöms redan nu vara påvisbara också i Europa. De kan bland annat följas med den uppsättning indikatorer som tagits fram och uppdateras i det internationella tvärvetenskapliga samarbetet Lancet Countdown.⁴³ Arbetet i Lancet Countdown inkluderar en stor mängd forskare runt om i världen som regelbundet publicerar rapporter med nya insikter och innovativa lösningar för att hantera klimatförändringarnas påverkan på hälsosystemen.

LÄS
MER!

Hälsoeffekterna är både akuta och långsiktiga

Hälsoeffekterna av t.ex. luftföroreningar är både akuta och långsiktiga. Vid exponering för höga halter kan effekter ses inom timmar eller dygn, i form av tillstånd såsom hjärtinfarkt, stroke, försämring av astma och KOL samt ökade risker för akuta luftvägsinfektioner. Sena effekter av långvarig exponering är bland annat cancer, astma och KOL samt minskad födelsevikt hos barn och ökad risk för graviditetsförgiftning. Aktuella studier talar också för

⁴⁰ Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related sustainable development goals for 195 countries and territories: a systematic analysis of the global burden of disease study 2017. *Lancet* 2018;392(10159):2091-2138.

⁴¹ Statistisk lägesbild 2022. Genomförandet av Agenda 2030 i Sverige. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2022.

⁴² Fagerberg B, Forsberg B, Hammarstrand S, Maclachlan L, Nilsson M, Olin A-C. Klimat och hälsa - En kunskaps-sammanställning. Göteborg: Sahlgrenska akademien, institutionen för medicin; 2020.

⁴³ Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, Green C, Kennard H, Lampard P, et al. The 2022 report of the Lancet countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet* 2022;400(10363):1619-54.

att luftföroreningar påverkar barns kognitiva utveckling och ökar risken för demensutveckling.⁴⁴

Sjukvårdens utsläpp ligger högt upp globalt

Sett till de totala globala utsläppen av växthusgaser står hälso- och sjukvårdssektorn för 4,4 procent av de totala globala utsläppen, vilket innebär att sektorn är den femte största utsläppskällan. Dessutom ökar utsläppen i takt med utbyggnaden av sjukvården. Största delen av utsläppen kommer från inköpta varor och tjänster (70 procent).⁴⁵

Hälso- och sjukvårdens utsläpp av växthusgaser kommer främst från materialanvändning, huvudsakligen engångsmaterial. Läkemedel och energi till uppvärmning, kyla och verksamhetsdrift är andra stora utsläppskällor. Även transporter av varor, tvätt och resor bidrar till utsläpp.

Såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som World Bank Group har pekat på behovet att utveckla sjukvården globalt så att den möter angelägna krav på hållbarhet och resiliens. Begreppet klimatsmart sjukvård har introducerats för att sjukvården ska möta dessa krav och samtidigt vara kostnadseffektiv.

Sveriges hälso- och sjukvård ligger över det globala genomsnittet i utsläpp

I Sverige svarar sjukvården för drygt 20 procent av den offentliga sektorns utsläpp och 4,4 procent av de totala utsläppen. För att uppnå en mer hållbar sjukvård måste åtgärder för att minska utsläppen inkluderas i arbetet. Sjukvården är oundgänglig för att förebygga och behandla klimatrelaterade hälsoproblem som redan finns och som kommer att öka över tid om man inte vidtar åtgärder.⁴⁶

Den svenska hälso- och sjukvårdens andel av den samlade globala klimatpåverkan har beräknats till drygt 4 procent, vilket är i nivå med flygets utsläpp. Sveriges klimatavtryck per person, kopplat till hälso- och sjukvård, beräknas vara högre än det globala medlet. Det innebär att det samlade klimatavtrycket är betydande, och det kan få stora konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Anpassning av sjukvården till ett förändrat klimat pågår

De åtgärder som krävs för att neutralisera ohälsoeffekter av värmeböljor vilar på rekommendationer från WHO. SMHI har infört ett varningssystem för förväntade värmeböljor och det finns handlingsplaner för olika nivåer inom samhället och sjukvården.⁴⁷

Vad avser sämre luftkvalitet och ökad risk för spridning av infektionssjukdomar ställs det krav på att myndigheterna informerar allmänheten samt

⁴⁴ Fagerberg B, Forsberg B, Hammarstrand S, MacLachlan L, Nilsson M, Olin A-C. Klimat och hälsa - En kunskaps-sammanställning. Göteborg: Sahlgrenska akademien, institutionen för medicin; 2020.

⁴⁵ Health Care Without Harm A. Health care's climate footprint. How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. 2019 Hämtad från: https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_090619.pdf.

⁴⁶ Fagerberg B, Forsberg B, Hammarstrand S, MacLachlan L, Nilsson M, Olin A-C. Klimat och hälsa - En kunskaps-sammanställning. Göteborg: Sahlgrenska akademien, institutionen för medicin; 2020.

⁴⁷ Hammarstrand S, Fritzell V. sjukvården spelar en viktig roll i anpassning till klimatförändringar. Läkartidningen. 2019;116:FH9X

säkerställer lämplig utbildning till hälso- och sjukvårdens personal och andra yrkesgrupper som arbetar med sårbara individer. Det gäller främst barn, äldre, personer med kroniska allvarliga sjukdomar och personer i socioekonomisk utsatthet.⁴⁸

Regionerna intensifierar klimatarbetet

Socialstyrelsen har tidigare intervjuat regionerna om deras arbete med klimat och hållbarhet. Många av respondenterna undrade då vad hållbarhet innebär för hälso- och sjukvårdens verksamheter.⁴⁹

En enkätundersökning genomfördes 2022 av tidskriften Sjukhusläkaren⁵⁰ om sjukvårdens klimatpåverkan. Av 21 regioner svarade 19 på de frågor som ställdes om klimatarbetet. Tre frågor ställdes i enkäten:

- På vilket sätt arbetar ni med att minska sjukvårdens klimatpåverkan?
- Vilken är den största utmaningen, både nu och i framtiden, i er region?
- Vad har ni för projekt på gång nu och vilka planerar ni att sätta igång med?

Det framkom att regionerna arbetar med klimatpåverkan genom hållbarhetsplaner och färdplaner, och med att öka andelen digitala möten. Vidare nämnde flera regioner att de återvinner material och ställer miljökrav i upphandling av förbrukningsmaterial samt ser över matsvinnet. Andra åtgärder är att minska utsläpp av medicingaser, ställa byggkrav och göra energibesparande insatser.

Som den största utmaningen angavs bland annat användningen av förbrukningsmaterial och läkemedel, men regionerna tog också upp arbetet med att öka förståelsen för och medvetenheten om miljöarbetet och att få till en beteendeförändring. Vidare nämndes minskad energiförbrukning och användning av medicintekniska produkter.

För framtiden arbetar flera regionerna med kurser, projekt och kampanjer för att sprida information om till exempel cirkulär återvinning, förbrukningsvaror, transporter och upphandling.⁵¹

Medicinska gaser med klimatpåverkan används som en indikator på klimatavtryck

Med hänsyn till osäkerheterna i beräkningar av det totala klimatavtrycket används utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan som en indikator. Lustgas står för 84 procent av klimatpåverkan från medicinska gaser i regionerna, och dessa medicinska gaser har betydligt större klimatpåverkan per vikt än koldioxid.⁵²

⁴⁸ Mellan olika socioekonomiska grupper finns systematiska skillnader i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Detta påverkar risken för både smittsamma och icke smittsamma sjukdomar. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-03-02 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/>.

⁴⁹ Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

⁵⁰ Dahl AS. Vad gör regionerna för att minska sjukvårdens klimatpåverkan?, Sjukhusläkaren, 22 dec 2022. Hämtad 2023-01-31 från <https://www.sjukhuslakaren.se/tema/sjukvarden-och-klimatet/>.

⁵¹ Ibid.

⁵² Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården – övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

Sedan 2009 har klimatpåverkan från utsläpp av medicinska gaser minskat från 4,8 till 1,8 kg koldioxidekvivalenter (CO₂e) per invånare och år (motsvarar 63 procent), och minskningen fortsatte även 2022. Variationen är stor mellan regionerna, från 0,7 till 3,4 kg koldioxidekvivalenter per invånare. Av landets 21 regioner har drygt hälften ytterligare minskat sin klimatpåverkan sedan 2020, medan 6 har ökat påverkan i olika grad.⁵³

I 14 regioner har totalt 35 aktiva destruktionsanläggningar installerats. Anläggningar är prioriterat till förlossningskliniker, och av dessa 14 regioner har 12 samtliga förlossningsanläggningar uppkopplade. Några regioner har mindre, mobila anläggningar för tandvård och hälso- och sjukvård till barn.

God kompetensförsörjning bidrar till en hållbar vårdsektor

En ändamålsenlig kompetensförsörjning är väsentlig för att skapa en hållbar och stabil vård och möta nuvarande och kommande vårdbehov. Tillräcklig personalkapacitet, personal med rätt kompetens och en hållbar arbetsmiljö är därmed viktiga hörnstenar i att åstadkomma en hållbar vårdsektor.

LÄS
MER!

Dagens hälso- och sjukvård har en hög specialiseringsgrad och den medicinska och tekniska utvecklingen ställer nya krav på hälso- och sjukvårdens och tandvårdens personal och organisering. Vårdbehoven förändras och inom många områden är de större än vad hälso- och sjukvården har kapacitet för. Det finns också exempel på områden som har varit underbemannade under en lång tid

Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har varit oförändrad under lång tid samtidigt som regioner och kommuner rapporterar att behovet av hälso- och sjukvårdspersonal kommer kvarstå eller öka fram till 2035. WHO uttrycker också att Europas offentligt finansierade sjukvårdssystem står under stora hot på grund av personalbrist. Personalens arbetsförhållanden, arbetsinnehåll och arbetstillfredsställelse är nyckelfaktorer för en lägre personalomsättning.⁵⁴ Läkarförbundets arbetsmiljöenkät 2022 signalerar bland annat att runt 20 procent av de tillfrågade läkarna överväger att lämna läkaryrket helt på grund av hög arbetsbelastning, och att nästan en tredjedel av underläkarna funderar på att lämna yrket.

Det nationella vårdkompetensrådet inrättades 2020 för att åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå. Rådet ska under 2023 ta fram en nationell handlingsplan för den framtida kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården.⁵⁵

Delat ansvar ställer särskilda krav på samverkan

Det delade ansvaret inom kompetensförsörjningsområdet i Sverige innebär att ingen enskild aktör har förutsättningar eller resurser för att långsiktigt ta ansvar för helheten. För att främja en patientcentrerad och jämlik hälso- och

⁵³ Sveriges Regioner och Kommuner, Öppna jämförelser – Miljöarbetet 2022 i regionerna. Stockholm: Sveriges kommuner och Regioner; 221109. Hämtad 230202

⁵⁴ Strömberg M, Dellve L, Eriksson A. Hälsofrämjande arbetsmiljö-en framgångsfaktor för god vård. Socialmedicinsk tidskrift 2/2017. Hämtad 230302

⁵⁵ Nationella vårdkompetensrådet. Hämtad 2023-03-01 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>.

sjukvård är det därför viktigt att synliggöra de målkonflikter som den nuvarande ansvarsfördelningen ger upphov till. Detta kan öka förståelsen för olika perspektiv på utmaningarna.

För att säkerställa en hållbar hantering av begränsade resurser behöver kompetensförsörjningen ses utifrån ett systemperspektiv. Denna utgångspunkt är särskilt relevant nu när primärvården ska ta hand om en större andel av vårdbehoven samt för att utveckla den högspecialiserade vården.⁵⁶

En modell utvecklas för analys och stöd för framtidens kompetensbehov

Inom ramen för det nationella planeringsstödet föreslår Socialstyrelsen en analysmodell som kombinerar fokusområden som har systempåverkan med komplexa utmaningar. I modellen finns fem fokusområden som påverkar karriärval och karriärutveckling för legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård, se figur 3.1.

Modellen är ett verktyg för att synliggöra utmaningar och stärka de olika aktörernas förmåga att möta kompetensförsörjningsutmaningar på kortare och längre sikt, och den kan också synliggöra verksamhetsbehov och deras relation till resurser, styrning och ledning.

Figur 3.1 Analysmodell med fem fokusområden som har systempåverkan



⁵⁶ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

Översikt av tillgång till och efterfrågan på personal inom vårdsektorn

- I en jämförelse 2020 mellan OECD-länder av tillgången till läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare placerade sig Sverige på en åttondeplats efter Norge, Schweiz, Island, Tyskland, Irland, Australien och Österrike.
- År 2020 sysselsatte hälso- och sjukvården cirka 239 000 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal varav kvinnor utgjorde 79 procent. Det tyder på en stabil utveckling med små förändringar över tid.
- För tio legitimationsyrken minskade antalet sysselsatta per 100 000 invånare 2016–2020. Det gäller arbetsterapeut, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, psykoterapeut, receptarie, biomedicinsk analytiker, tandläkare, sjuksköterska och optiker.
- Hälften av legitimationsutbildningarna hade två eller färre sökande per plats.
- 15 av 21 regioner uppgav i oktober 2022 att de hade brist på personal inom hälften eller fler av legitimationsyrkena, inklusive specialistsjuksköterska och läkare med specialistkompetens.
- Personalbristen bedömdes vara värre i oktober 2022 än oktober 2021 i majoriteten av regionerna för legitimationsyrkena grundutbildad sjuksköterska, specialistsjuksköterska, röntgensjuksköterska och tandhygienist.
- 50 procent eller fler av kommunerna uppgav att de har personalbrist inom legitimationsyrkena specialistsjuksköterska, grundutbildad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog. En majoritet uppgav att personalbristen var densamma eller värre i oktober 2022 jämfört med oktober 2021.
- 59 procent av kommunerna uppgav att tillgången till läkare inom kommunal hälso- och sjukvård var densamma i oktober 2022 jämfört med oktober 2021.
- En majoritet av regionerna rapporterade i oktober 2022 att de hade brist på personal inom 18 baspecialiteter. Flest regioner rapporterade om brist av specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.

Innovation för hållbarhet och hälsa

Innovation och välfärdsteknik är två centrala delar i hälso- och sjukvårdens arbete och utveckling. Innovationer kan uttryckas på olika sätt i olika sammanhang såsom processinnovationer, produktinnovationer och organisationsinnovationer. Inom offentlig sektor finns även systeminnovation och strategisk policy-innovation att ta hänsyn till.⁵⁷ Ovanstående uttryck är i mångt och mycket beroende av varandra och behöver i vissa avseenden samverka,

⁵⁷ Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

användas på olika sätt eller i olika kombinationer för att vara mest effektiva. Exempelvis kan en produktinnovation kräva en organisationsinnovation eller kanske t.o.m. en policysysteminnovation.

Utveckling och användning av innovativa lösningar, digitalisering och precisionshälsa⁵⁸ kan därmed bidra till att effektivisera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvården. De medicinska framstegen i kombination med digitaliseringen bidrar till att förändra förutsättningarna för personalen och verksamheterna. Innovationer inom medicinsk och teknisk utveckling gör det möjligt att upptäcka och i vissa fall förebygga sjukdom. Digitaliseringen har också gett patienter bättre möjlighet att aktivt vara medskapare av sin behandling. Denna utveckling behöver tydligt ta avstamp i de principer för prioriteringar som anges i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Vision för e-hälsa

Regeringens vision för e-hälsa innebär att Sverige 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter.⁵⁹ Även WHO har en vision för digital hälsa som handlar om att förbättra hälsan för alla och överallt genom att påskynda utvecklingen och antagandet av lämpliga, tillgängliga, prisvärda, skalbara och hållbara personcentrerade digitala hälsolösningar.⁶⁰

Precisionsmedicin utvecklas mot precisionshälsa

Precisionshälsa och precisionsmedicin är samlingsbegrepp för nya diagnosmetoder och medicinska tekniker som, tillsammans med nya behandlingsmetoder, gör det möjligt att skräddarsy vård och behandling utifrån varje individs förutsättningar och behov.⁶¹

Precisionsmedicin erbjuds till exempel redan i dag till mindre grupper av cancerpatienter. Behandlingen är direkt riktad mot de molekylära förändringar som driver cancercellernas tillväxt. En av de nya teknikerna som har gjort precisionsmedicin möjligt är gensekvensering där ett biologiskt prov tas från en patient.

I Sverige samordnas införandet av precisionsmedicin genom Genomic Medicine Sweden (GMS) som ska kunna erbjuda patienter snabbare och mer precis diagnostik av sjukdomar. Bland de organisationer som medverkar i HMS finns sju regioner med universitetssjukhus, universitet med medicinsk fakultet och representanter för näringsliv och patientorganisationer.⁶² Området måste dock ställas mot andra områden inom hälso- och sjukvården vid beslut om prioriteringar och satsningar.

Som vid all utveckling och implementering av nya system bör det finnas realistiska förväntningar på vad som är genomförbart.

⁵⁸ Precisionshälsa – vägen framåt! Forska!Sverige (2022): 2022. <https://www.forskasverige.se/startsida/precisions-halsa-vagen-framat-agenda-rapport-2022/>. Hämtad 230203

⁵⁹ Vision för e-hälsa, överenskommelse mellan regeringen och SKR, 2016, hämtad 230131

⁶⁰ Global strategy on digital health 2020-2025. World Health Organization: 2020. Hämtad 230131

⁶¹ Forska!Sverige (2022) Precisionshälsa – vägen framåt!, 2022, hämtad 230201

⁶² Genomic Medicine Sweden | Improved diagnostics, care and treatment., Hämtad 230201

Intensiv forskning pågår inom artificiell intelligens

Begreppet artificiell intelligens (AI) definieras av Socialstyrelsen som ”förmågan hos en maskin att efterlikna intelligent mänskligt beteende dvs. förmåga hos maskiner som möjliggör för dem att fungerar på meningsfullt sätt i relation till de uppgifter och situationer de avses utföra och agera inom”.⁶³

Mycket forskning pågår inom AI-området. Utvecklingen drivs ofta med motiveringen att det kommer öka tillgängligheten för patienter och frigöra tid för de som arbetar inom hälso- och sjukvården. Många initiativ pågår inom regionerna.^{64 65}

AI används i dag framför allt inom anamnes, diagnos och beslutsstöd. Andra områden där AI kommer till användning är monitorering och telemedicin. Det brukar framhållas att bristande tillgång till data och begränsningar i möjligheten att dela data mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer är två av de största utmaningarna i utvecklingen av AI-modeller.⁶⁶

Innovationslabb med klinisk forskning

För att öka möjligheterna till AI-användning i sjukvården har Danderyds sjukhus startat ett innovationslaboratorium som är helt inriktat på att utveckla praktisk användning av AI, ”Clinical AI Research lab” (CAIR-lab). Labbet sammanbinder kompetens inom medicin, teknik och innovation för att hjälpa kliniker att utveckla framtidens precisionsmedicin.⁶⁷

Ett av projekten handlar om digital anamnes, att skärpa diagnostiken av bröstsmärta hos patienter på akuten. Den primära tanken är att digital anamnes snabbare och säkrare ska identifiera patienter med hjärtinfarkt, men också att patienter med andra orsaker till bröstsmärtor ska kunna få lämplig handläggning så snart som möjligt. Projektet började 2017 och är en del av ett större samarbete på Karolinska Institutet, men ska nu tas in i en ny fas. AI-verktyget ska optimeras och kan framöver kopplas ihop med AI-tolkning av elektrokardiogram.

Mammografiscreening

Samtliga regioner i Sverige erbjuder screeningprogram med mammografi för att upptäcka bröstcancer. Under de senaste åren har bildanalys baserad på AI använts för att upptäcka bröstcancer i mammografibilder. Flera företag har utvecklat system som kan användas för mammografiscreening, men ingen region har börjat använda den nya tekniken av rädsla för att den inte är patientsäker. Regionala cancercentrum i samverkan driver ett projekt som ska bidra till klinisk validering och patientsäkerhet, genom en nationell valideringsplattform för AI inom mammografiscreening. Tre regioner ingår i projektet: Östergötland, Västmanland och Södermanland.⁶⁸

⁶³ Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

⁶⁴ Högskolan i Halmstad, Implementering av informationsdriven hälso- och sjukvård genom AI-tillämpning. Hämtad 2023-02-15 från <https://www.hh.se/forskning/var-forskning/forskning-vid-akademien-for-halsa-och-valfard/forsknings-projekt-vid-akademien-for-halsa-och-valfard/implementering-av-informationsdriven-halso-och-sjukvard-genom-ai-tillampning.html>.

⁶⁵ Region Halland och Högskolan i Halmstad i nationellt samarbete kring informationsdriven vård - Högskolan i Halmstad, hämtad 20230215

⁶⁶ Cederberg J. Nya nav ska ta AI till vårdgolvet. Läkartidningen. 2022-01-12. Hämtad 20230216

⁶⁷ CAIR-lab. Hämtad 2023-01-19 från <https://ki.se/kids/cair-lab>.

⁶⁸ Nationell valideringsplattform för AI inom mammografiscreening (VAI-B). Regionala cancercentrum i samverkan: 221117. <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/forskning/forsknings--och-innovationsprojekt/tre-projekt->

AI-lösningar fungerar som beslutsstöd

Två regioner använder i dag ett nytt system med AI för att bedöma mikroskopibilder av tumörvävnad. Systemet ger beslutsstöd för att avgöra om patienten behöver cytostatika. Det är utvecklat för att upptäcka och gradera bröstcancer baserat på AI-bildanalys.⁶⁹

Patologi och cytologi handlar om hur sjukdomar diagnostiseras genom analys av molekyler, celler, vävnader och organ. Vävnadsprover kan nu också bedömas digitalt, vilket gör att man kan ta emot och dela bilder på distans, men också få stöd genom att bilderna analyseras av applikationer som bygger på AI. Sedan 2021 pågår det internationella projektet Bigpicture som ska etablera den hittills största databasen av patologibilder. Syftet är att snabba på utvecklingen av AI inom medicin.⁷⁰

Distansoberoende hälso- och sjukvård i framkant

I glesbygden är tillgängligheten till hälso- och sjukvård ofta sämre än i städer. Ett problem är de långa avstånden till grundläggande hälso- och sjukvård, akutvård och mödra- och barnavård.

Regionerna i Norrland har utvecklat den s.k. sjukstugemodellen, med sjukstugor som kan liknas vid ett minisjukhus där man kan lägga in akut sjuka patienter. Genom modellen har man kunnat säkerställa kontinuitet i vården för patienter med kroniska sjukdomar. Utöver ordinarie primärvård finns det på en sjukstuga i allmänhet en vårdavdelning inklusive palliativ vård, en dygnet-runt-öppen osorterad akutmottagning, ambulans, röntgen- och laboratorieutrustning, utrustning för ultraljudsundersökning och teknik för vård på distans.

Sjukstugemodellen ger synergieffekter

Läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal i sjukstugemodellen har många gånger ett utökat ansvar jämfört med hur det i allmänhet fungerar i primärvården. Sjukstugan representerar en typ av integrerad vård, där både regionen och kommuner samverkar. Sjukstugorna är ofta sammanbyggda med äldreboenden och samverkar om bemanning, förråd m.m. Modellen, i kombination med stora satsningar på e-hälsa och digital teknik, gör att vården kommit närmare befolkningen. Sjukstugan i Storuman i Västerbotten är utsedd till en av WHO:s demonstrationsplattformar för primärvård.⁷¹

Norra sjukvårdsregionen har länge haft svårt att rekrytera erfaren personal. I Västerbotten har man infört digitala lösningar med läkare som på distans tar emot patienter och stöttar verksamheter, vilket ger möjlighet till en mer tillgänglig och nära vård. Eftersom personalen kan bo på annan ort kan det också bli enklare att rekrytera, vilket gör att behovet av hyrläkare kan minska.

for-att-stodja-anvandandet-av-ai/nationell-valideringsplattform-for-ai-inom-mammografiscreening-vai-b/. Hämtad 230119

69 Annals of oncology. Förbättrad histologisk gradering av bröstcancer med hjälp av djupinläring. Hämtad 230215

70 Bigpicture . A central repository of digital pathology slides to boost the development of artificial intelligence. Hämtad 230215

71 Region Västerbotten. WHO lanserar södra Lappland som demonstrationsplattform för primärvård i glesbygd. Hämtad 2023-02-12 från <https://www.mynewsdesk.com/se/regionvasterbotten/pressreleases/who-lanserar-soedra-lappland-som-demonstrationsplattform-foer-primaervaard-i-glesbygd-3210063>.

4. Utvecklingen mot en hälsoinriktad och personcentrerad vård

I detta kapitel beskrivs utvecklingen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet samt arbetet mot en mer personcentrerad vård.

lakttagelser i korthet

- Andelen med övervikt och obesitas har ökat sedan 1980-talet bland både barn och vuxna, och det blir allt mer angeläget att prioritera det förebyggande arbetet.
- Allt fler regioner erbjuder sina invånare riktade hälsodialoger. Under 2022 erbjöd 11 av 21 regioner denna möjlighet.
- Rådgivningen för hälsosamma levnadsvanor till de som söker primärvård behöver öka. Ungefär 3,5 procent fick råd om fysisk aktivitet under 2021 och cirka 2,5 procent fick råd om hälsosamma matvanor.
- Befolkningens förtroende för vården minskade mellan 2021 och 2022 och ligger nu på ungefär samma nivå som före pandemin.
- Patienter som varit i kontakt med sluten- eller öppenvården är mest nöjda med helhetsintrycket medan patienter inom vuxenpsykiatri är mindre nöjda. Män är genomgående mer nöjda än kvinnor.
- Regionerna arbetar fortsatt med att införa patientcentrerade och sammanhållna vårdförlopp med patientkontrakt. 2023 publicerades 25 vårdförlopp inom ramen för regionernas kunskapsstyrning.
- Allt fler kvalitetsregister (85 procent) inkluderar patientrapporterade utfallsmått i syfte att följa hur behandlingsinsatser påverkar funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet.
- Intresset för konceptet existentiell hälsa som en del av personcentrerad vård har ökat i spåret av pandemin.

Hälso- och sjukvårdens ansvar att arbeta förebyggande och personcentrerat

Hälso- och sjukvården har som uppgift att förebygga, utreda och behandla sjukdom som bidrar till en god hälsa i befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Vården ska vara personcentrerad samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, vilket också innefattar delaktighet (5 kap. 1 § HSL).

Enligt patientlagen (2014:821), PL, ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL). Vidare ska patienten få information om bland annat hälsotillstånd och behandlingsmetoder (3 kap. 1 § PL), på ett sätt som är anpassat till patientens individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL). Vården ska också samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL).

Ökat fokus på det preventiva och hälsofrämjande arbetet

Medvetenheten har ökat om att satsningar på prevention kan ge stora vinster för individen, vårdssystemet och samhället i stort. Ohälsosamma matvanor och låg fysisk aktivitet tillhör de främsta riskfaktorerna för flera kroniska sjukdomar. Brister i det förebyggande arbete fungerar som prediktorer för ökade hälso- och sjukvårdskostnader i framtiden.⁷² De socioekonomiska faktorerna är avgörande när det gäller risken för att insjukna och avlida i förtid i majoriteten av de kroniska sjukdomarna såsom hjärtinfarkt och stroke. Här spelar levnadsvanorna en stor roll, så att arbeta hälsofrämjande och förebyggande är en viktig strategi för att utjämna skillnader i hälsa.^{73 74}

De nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor visar att 50 procent av alla kvinnor och 66 procent av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet utgör riskfaktorer för många av de stora folksjukdomarna såsom cancer, diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, alzheimer, parkinson och depression.⁷⁵

Hälsosamma levnadsvanor har bedömts kunna förebygga stroke, de flesta kranskärlsjukdomarna och 30 procent av all cancer.^{76 77} Förändrade

⁷² Candari CJ, Cylus J, Nolte E. Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity. An evidence review and proposed framework. European Observatory on Health Systems and Politics; 2017. Health Policy Series No. 47.

⁷³ Björck L, Rosengren A, Bennett K, Lappas G, Capewell S. Modelling the decreasing coronary heart disease mortality in Sweden between 1986 and 2002. Eur Heart J 2009;30:1046–56.

⁷⁴ Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling 2021. Hämtad 2023-02-14 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2021/>.

⁷⁵ Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

⁷⁶ Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet 317. WHO. 2017. Hämtad 2017-10-18 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

⁷⁷ Cancer, Fact sheet 297. WHO. 2017. Hämtad 2017-10-18 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes.⁷⁸ Även de som drabbats av sjukdom kan göra stora hälsovinster med hälsosammare levnadsvanor. En person som slutar röka och börjar motionera regelbundet efter ett akut kranskärlssyndrom kan redan efter sex månader minska risken för nya hjärt- och kärlhändelser med 74 procent, jämfört med om hen inte gör någon förändring.⁷⁹

Andelen personer med övervikt och fetma fortsätter att öka

Övervikt och obesitas (fetma) är en av de främsta orsakerna till sjukdom och förtida död i Sverige. Övervikt är ett tillstånd som ökar risken för att utveckla obesitas, och obesitas är en kronisk sjukdom som ofta kräver långsiktig behandling och uppföljning.

Övervikt och obesitas ökar risken för typ 2-diabetes, cancer och hjärt- och kärlsjukdom, men även risken för depression och social stigmatisering. När barn och unga drabbas finns stor risk för att tillståndet kvarstår i vuxen ålder, och för att det påverkar den fysiska och psykiska hälsan. För gravida kvinnor innebär övervikt och fetma även ökad risk för graviditets- och förlossningskomplikationer och negativ påverkan på barnet.⁸⁰

Cirka 1,3 miljoner personer i åldern 16–84 år uppskattas ha obesitas i Sverige (16 procent), och cirka 80 000 barn i åldern 4–15 år (5 procent). Andelen personer med obesitas har ökat kraftigt sedan 1980-talet: bland vuxna har den tredubblats⁸¹ och bland barn femdubblats.^{82 83} Även andelen gravida med obesitas har ökat.⁸⁴

Insjuknandet och dödligheten i olika hjärt- och kärlsjukdomar har minskat i landet under de senaste 30–35 åren. Under 1980-talet gjordes stora genombrott i behandlingen av hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Skillnaderna i överlevnad och insjuknande i hjärtinfarkt mellan olika delar av landet har också minskat. Förbättrade insatser efter hjärtinfarkt (sekundärprevention), bättre akutsjukvård, utveckling av nya effektiva läkemedel och effektiva interventioner vid blodkärlsförträngningar och blodproppar är andra bidragande orsaker. Dessutom har förbättrad diagnostik och behandling av hjärtsvikt bidragit till högre överlevnad och höjd livskvalitet.⁸⁵ Trots dessa förbättringar är hjärt- och kärlsjukdom fortfarande den största folksjukdomen i Sverige.⁸⁶ Den positiva

⁷⁸ Diabetes, Fact sheet 312. WHO. 2017. Hämtad 2017-10-18 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.

⁷⁹ Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010;121(6):750-8.

⁸⁰ Chow, CK, Jolly S. Rab

⁸¹ Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma, sammanställning baserad på den nationella folkhälsoenkäten 2020. Hämtad 2021-08-15.

⁸² Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma bland skolbarn 11–15 år fortsätter öka. Hämtad 2021-10-08.

⁸³ Folkhälsomyndigheten. Övervikt och fetma är vanligt och ökar med ålder hos 6–9 åringar. Hämtad 2021-10-08.

⁸⁴ Socialstyrelsen. Risker med övervikt och fetma vid graviditet. Fokus på gravida med ett högt BMI. Hämtad 2021-12-29.

⁸⁵ Shafazand M, Schaufelberger M, Lappas G, Swedberg K, Rosengren A. Survival trends in men and women with heart failure of ischaemic and non-ischaemic origin: data for the period 1987-2003 from the Swedish Hospital Discharge Registry. *European heart journal*. 2009;30(6):671-8.

⁸⁶ Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

utvecklingen beror också på en mindre andel rökare och lägre nivåer av blodfetter hos befolkningen.

Allt fler regioner erbjuder riktade hälsodialoger

Det pågår diskussioner om hur hälso- och sjukvården kan och bör arbeta med primärprevention, dvs. bidra till att förbygga sjukdomar innan de uppstår.⁸⁷ Primärpreventivt arbete inom hälso- och sjukvården i Sverige har pågått länge inom till exempel barnhälsovården och mödrahälsovården, men liknande insatser för andra delar av den vuxna befolkningen har inte tillämpats på samma systematiska sätt.

I mitten av 1980-talet började några regioner erbjuda personer i medelåldern hälsoundersökningar och hälsosamtal. Syftet var att minska förekomsten av hjärtinfarkter, stroke och diabetes typ 2. Det som utmärkte de modeller som utvecklades var att de var integrerade i primärvården, var befolkningsinriktade, omfattade sjukdomsförebyggande insatser och hade dialog som en central komponent. I samtalet tillämpas ett strukturerat personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt som baseras på evidens och kan anpassas till lokala förutsättningar. Samtalet kvalitetssäkras också av ett strukturerat och samordnat kompetens- och metodstöd.⁸⁸

Erfarenheterna av hälsosamtalen är goda men aktivt stöd behövs

Intresset för riktade hälsodialoger har successivt ökat, liksom erfarenheterna av och evidensen för metodiken. Under första halvåret 2022 erbjöds riktade hälsosamtal i 11 av 21 regioner, och flera av de resterande har tagit beslut om att införa modellen.

Framgångsfaktorer för arbetet med riktade hälsosamtal till olika grupper bedöms vara spridning av kunskap, evidens, kostnadseffektivitet, tydligt och långsiktigt politiskt stöd, tydliga uppdrag till primärvården och stödjande strukturer och kompetens.⁸⁹

Modellen med ett strukturerat arbete med frisk- och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom, i form av både lågriskstrategi och högriskstrategi, kan kombineras på olika sätt, är en del av ett långsiktigt folkhälsoarbete och är integrerat med primärvården.⁹⁰ Regionerna kommer under 2023 att bereda frågan om att upprätta ett nationellt digitalt stöd för riktade hälsosamtal för både vuxna och elever i regionerna.⁹¹

⁸⁷ Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

⁸⁸ Slutrapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för Riktade hälsosamtal. NPO Levnadsvanor. 2022.

⁸⁹ Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

⁹⁰ Hälsosamtal är ett exempel på hur riktlinjer blir verkstad, 22 oktober 2021, Dagens medicin.

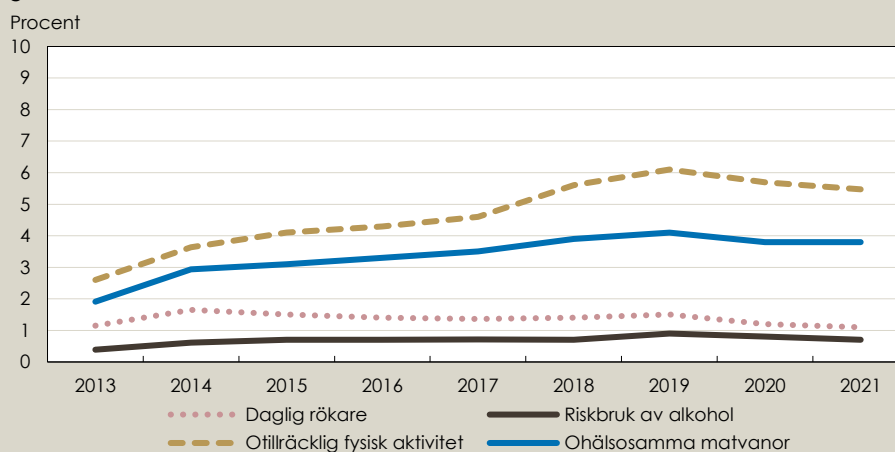
⁹¹ Digitalt stöd för Riktade hälsosamtal. Hämtad 2023-01-25 från <https://www.inera.se/utveckling/utvecklingsforslag/pagaende-utvecklingsforslag/digitalt-stod-for-riktade-halsosamtal/>.

Angeläget att arbetet med levnadsvanor i primärvården ökar

Rådgivning till personer som har ohälsosamma levnadsvanor och söker vård vid vårdcentraler ökade fram till 2019, men arbetet avtog sedan något i samband med pandemin.⁹² Framför allt minskade rådgivningen till personer med otillräcklig fysisk aktivitet och till personer som röker. Andelen rökare i befolkningen har dock minskat under en längre tid men 2021 var det 6 procent av männen och kvinnorna som rökte dagligen. Det är en större andel män som får rådgivning om någon av levnadsvanorna. När det gäller rådgivning om alkohol är det små skillnader mellan könen samtidigt som riskbruk av alkohol är vanligare bland män än bland kvinnor.⁹³

Figur 4.1. Åtgärder till personer med ohälsosam levnadsvana

Andelen av primärvårdens patienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana, år 2013–2021.

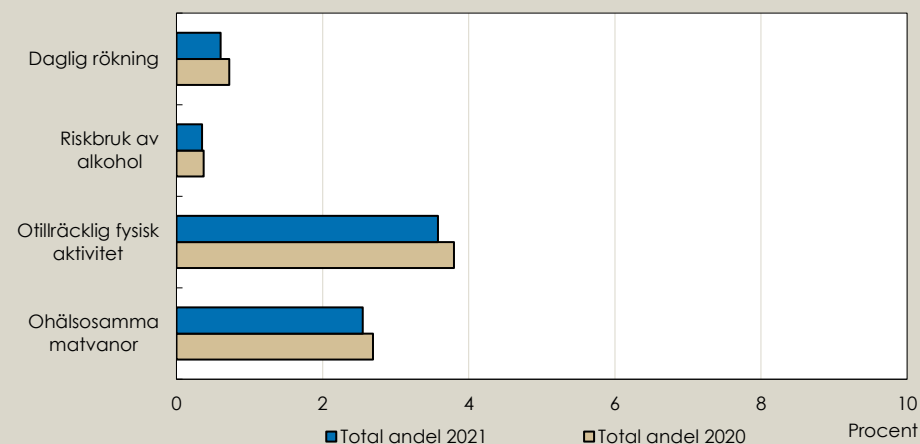


I Socialstyrelsens riktlinjer ges hög prioritering till rådgivande samtal och kvalificerade rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor. I uppföljningen ligger fokus på följsamheten till de högst prioriterade insatserna, men även enkla råd är en bra ingång till att erbjuda mer omfattande insatser till en person som behöver ytterligare stöd för att ändra ohälsosamma vanor. Mer omfattande insatser som har effekt på ohälsosamma levnadsvanor minskade dock något under 2021 jämfört med 2020.

⁹² Enkät svar från regionerna. Svaren avser i regel verksamhet vid vårdcentraler, hälsocentraler eller motsvarande. Det saknas information från den kommunala hälso- och sjukvården. Jämförelsen mellan åren behöver göras med viss försiktighet då det tillkommit fler regioner sedan första insamlingen 2013. Vid insamlingen för 2020 och 2021 rapporterade samtliga regioner.

⁹³ Folkhälsomyndigheten Folkhälsodata PxWeb - välj tabell (folkhalsomyndigheten.se)

Figur 4.2. Rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal till personer med ohälsosamma levnadsvanor



Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2021 och 2022.

Uppföljningen visar fortsatta skillnader mellan regionerna

Uppföljningen visar att det finns stora skillnader mellan regionerna när det gäller i vilken utsträckning besökare i primärvården får rekommenderade åtgärder för att ändra ohälsosamma levnadsvanor. Den pekar också på att regionerna har gjort olika prioriteringar. Region Örebro har ökat arbetet med levnadsvanor medan till exempel Region Västmanland, som tidigare hade en tydlig inriktning mot att arbeta med rådgivning om levnadsvanor, nu ligger på en genomsnittlig nivå.

I de flesta regioner fick en lägre andel av besökarna rekommenderade insatser mot rökning 2021 jämfört med 2020. Ett undantag är Region Örebro där rådgivningen ökade. Minskningen ses både i regioner med relativt omfattande rådgivning och i regioner som redan tidigare redovisade en låg andel. Skillnaderna mellan regionerna kvarstår.

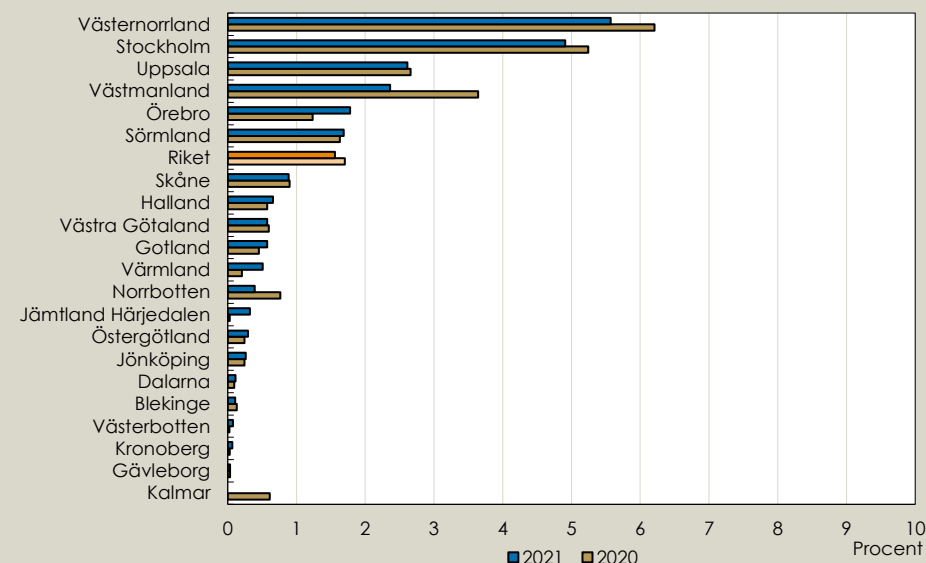
Några regioner gav en större andel av besökarna i primärvården rekommenderad rådgivning vid riskbruk av alkohol 2021 jämfört med 2020. Det gäller främst Stockholm, Uppsala, Sörmland och Värmland. I andra skedde en ökning, men från en låg nivå 2020. Vissa regioner hade däremot en tydlig minskning av rådgivningen, vilket sammantaget ger en liten nedgång på nationell nivå.

Det är fortsatt stora skillnader i rådgivningen om fysisk aktivitet mellan regionerna. Vissa rapporterar i enkäten att man nästan inte har någon rådgivning alls. Region Västernorrland rapporterar att drygt 8 procent av besökarna fick rådgivning med rekommenderade metoder. Region Örebro rapporterar om en relativt kraftig utbyggnad av rådgivningen.

Örebro och Värmland är exempel på regioner som ökade rådgivningen om matvanor under 2021 jämfört med 2020. Samtidigt verkar några regioner ha minskat insatserna. Se diagram 4.3 nedan.

Figur 4.3. Kvalificerat rådgivande samtal till personer med ohälsosamma matvanor

Andelen av primärvårdens patienter som fått en dokumenterad åtgärd. Jämförelse mellan år 2021 och 2020.



Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2021 och 2022.

Olika incitament pekas ut för att arbetet ska ta fart

Hösten 2022 arrangerade nätverket Forum for Health Policy en workshop med flera aktörer inom hälso- och sjukvården om hur det preventiva arbetet kan ta fart. Flera förslag presenterades om patientens delaktighet, användarvänliga IT-system, digitala verktyg och samverkan mellan olika aktörer. Kunskap bland patienter, möjlighet att dela data, en stark primärvård och fler insatser för äldre lyftes som några förutsättningar. Vidare pekade man på behovet av ekonomiska strukturer som ger incitament för att driva arbetet. Även sammanhållna vårdkedjor kan öka incitamentet för att arbeta mer med prevention. Om regioner och kommuner arbetar gemensamt kan det vara lättare att driva innovativa samarbetsprojekt, och innovationsupphandling är en ytterligare faktor som kan bidra till att utveckla arbetet.⁹⁴

Patientens ställning utvecklas långsamt

Handboken *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* innehåller en samlad beskrivning av patientens ställning och rätt till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet i sina kontakter med vården.⁹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat att patientens ställning inte har stärkts sedan patientlagen infördes, utan snarare att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag. I synnerhet har tillgänglighet, information och delaktighet försämrats.⁹⁶

LÄS
MER!

⁹⁴ Forum för Health Policy, Prevention- hur ska vi klara framtidens vård?, Stockholm, 2022, hämtad 230127

⁹⁵ Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2014.

⁹⁶ Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017. 2017, Vårdanalys.

Regeringen har en överenskommelse med regionerna om att införa så kallade patientkontrakt. Kontraktet gäller mellan patient och vårdgivare och ska bidra till att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Det ska återge vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till.⁹⁷

Centrum för personcentrerad vård (GPCC) har vidareutvecklat begreppet personcentrerad vård. Flera typer av stödjande underlag har utformats såsom verktyg för utbildning och lärande, informationsmaterial, samtalsstöd, digitala plattformar och applikationer.⁹⁸

I systematiska översikter som publicerades 2009–2016 har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bedömt relevans kopplat till tilltro till patientens egen förmåga att hantera sjukdom och symtom, genomföra egenvård och ändra hälsorelaterat beteende. Översikterna visar att personcentrerat arbetssätt och beslutsstöd till långvarigt sjuka patienter har positiva effekter på patientens delaktighet, och att insatser för stöd till egenvård ger varaktiga positiva effekter på utfallsmått som är relaterade till delaktighet hos personer med långvariga sjukdomar och tillstånd.⁹⁹

I internationell litteratur beskrivs ibland personcentrering som ett mål, ett medel eller en rättighet. Personcentrerat förhållningsätt innebär en helhetssyn på patienten och handlar om ett etiskt förhållningsätt till individen. Samtidigt kan personcentrering vara ett medel för att uppnå ökad följsamhet till behandling, högre kvalitet eller högre effektivitet.¹⁰⁰

Delaktighet i vården kan leda till ökad följsamhet till behandlingen, vilket kan ge bättre behandlingsresultat. Genom att främja delaktighet får patienten bättre förutsättningar för att vara medskapare i sin egen vård. Ofta efterfrågas en organisation som tydligare skapar förutsättningar för en mer personcentrerad vård.¹⁰¹

Sammanhållen journalföring kan öka möjligheten till uppföljning

Utvecklingen av arbetet inom nationell patientöversikt (NPÖ) kan öka möjligheterna för vårdpersonal att få en samlad bild av den information som finns i patientens journaler hos olika vårdgivare.

Införandet har kommit längst i storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Sjuksköterskorna inom kommunal hälso- och sjukvård ska kunna läsa delar av regionens vårdinformation via NPÖ men den regionala

⁹⁷ Införandet av patientkontrakt. Hämtad 2022-11-29 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt/införandestodpatientkontrakt.28920.html>.

⁹⁸ Centrum för personcentrerad vård – GPCC. Hämtad 2022-11-20 från <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard>.

⁹⁹ Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. 2017 (260), SBU.

¹⁰⁰ Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2018.

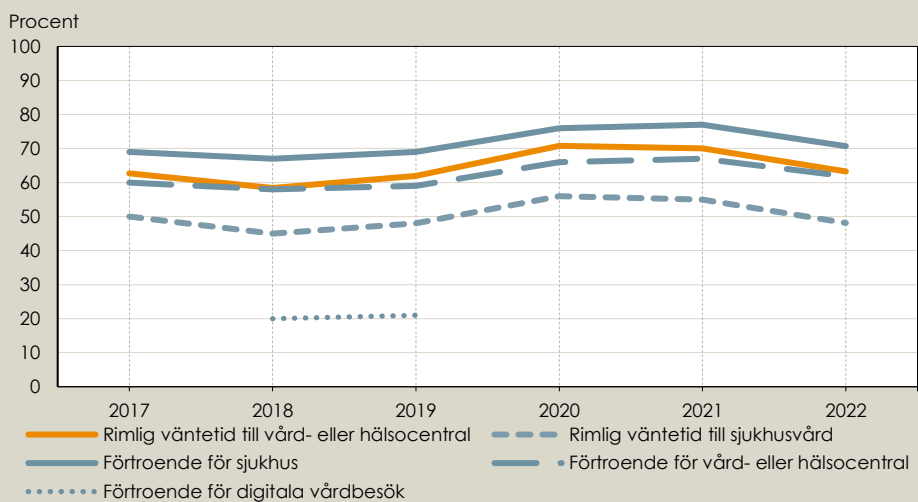
¹⁰¹ Kunskapsguiden. Hämtad 2022-11-29 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-naravard/personcentrering/personcentrering-utifran-organisations-och-ledningsperspektiv/>.

specialist- och slutenvården behöver också kunna ta del av information från kommunens sjuksköterskor.¹⁰²

Befolkningen har stabilt förtroende för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en undersökning som genomförts under flera år och som mäter befolkningens syn på svensk hälso- och sjukvård.¹⁰³ Samtliga regioner deltar i undersökningen som samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Figur 4.4. Befolkningens inställning till tillgänglighet, förtroende osv.



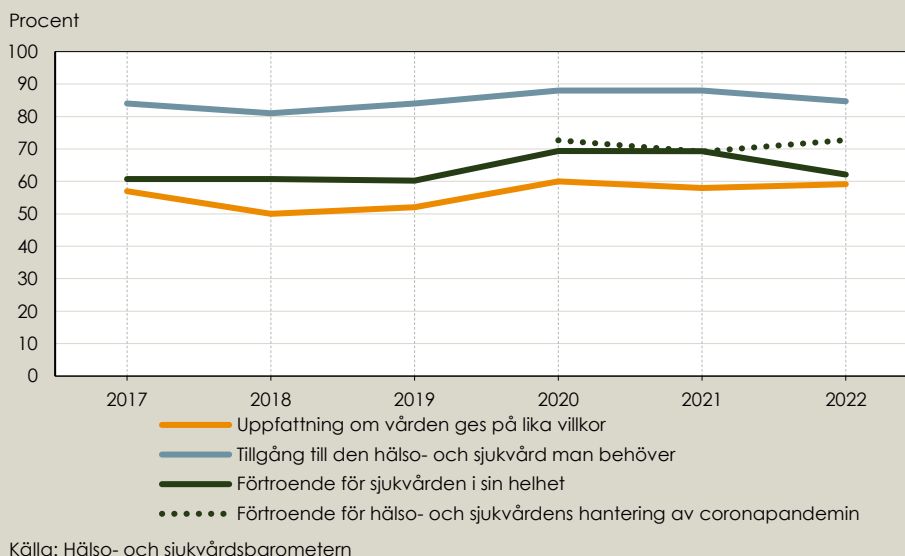
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern

I figur 4 ovan redovisas befolkningens förtroende för både sjukhusen och vårdcentralerna. Förtroendet ökade 2019–2021, under de intensiva pandemiåren, och minskade något 2022. Förtroendet är något högre för sjukhusen och slutenvården än för primärvårdens vård- och hälsocentraler. Det omvända gäller för uppfattningen om väntetider, där fler tycker att väntetiderna till vårdcentralen är rimliga, jämfört med väntetiderna till sjukhus.

¹⁰² Inera. Hämtad 2022-11-30 från <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-nationell-patientoversikt/patienter/>.

¹⁰³ I den senaste mätningen 2021 var svarsfrekvensen ca 29 procent, dvs. 48 068 svar från ett bruttourval på 168 360 invånare. Se bilaga 3 i Hälso- och sjukvårdsbarometern 2021, SKR.

Figur 4.5. Vård på lika villkor, vård när man behöver, förtroende under pandemin.



I figuren 4.5 redovisas i vilken uträkning befolkningen uppfattar att vården ges på lika villkor och att alla har tillgång till vård när man behöver det samt vilket förtroende befolkningen har för hälso- och sjukvården som helhet och för vårdens hantering av covid-19-pandemin. Högst utfall ses för tillgången till vård när man behöver och därefter förtroendet för sjukvården som helhet och hanteringen av pandemin. Något lägre utfall ses för frågan om att vården ges på lika villkor.

Regionerna utvecklar personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Regionerna har under senare år tagit fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ramen den gemensamma kunskapsstyrningen. Vårdförloppen är utformade så att de ska ha ett multidisciplinärt upplägg och även involvera flera vårdnivåer, med fokus på vårdkontinuiteten för patienter med komplexa och långvariga sjukdomar.

Avsikten är att skapa långsiktigt hållbar vård med vårdförlopp som ska minska variationerna i vårdprocesser samt stimulera till att vården styrs av relevant och aktuell kunskap. I detta sammanhang är patientkontraktet en viktig del. I mars 2023 publicerades 25 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ramen för regionernas kunskapsstyrning.¹⁰⁴

Möjligheten att följa upp de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen varierar eftersom de kommit olika långt. Såväl nationella kvalitetsregister som Socialstyrelsens hälsodataregister och data från SKR:s olika datainsamlingar kommer behövas i uppföljningen framöver. Indikatorer som

¹⁰⁴ Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer tas fram inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning. webbplatsen www.kunskapsstyrningvard.se samt webbplatsen: nationellt kliniska kunskapsstöd <https://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

Socialstyrelsen har tagit fram i de nationella riktlinjerna bör ingå i uppföljningen, i den mån de är tillämpbara.¹⁰⁵

Ökade möjligheter att följa patientens livskvalitet och upplevelse av insatser i vården

Två typer av patientrapporterade mått används i hälso- och sjukvården:

- PROM (Patient Reported Outcome Measures) som mäter utfall eller effekter av behandling, exempelvis symtom, funktionsförmåga eller hälsorelaterad livskvalitet, utifrån patientens perspektiv
- PREM (Patient Reported Experience Measures) som mäter patientrapporterade erfarenheter och upplevelser av kontakt med vården, dvs. delar som berör patientlagen.

Över 85 procent av de nationella kvalitetsregistren samlar i dag in de patientrapporterade måtten PREM och PROM, vilket är en positiv utveckling som skett under de senaste tio åren. Insamlingen görs i nuläget av kvalitetsregister, regioner och vårdgivare.¹⁰⁶

Goda resultat utifrån patienternas erfarenheter inom flera verksamheter

Nationell patientenkät visar PREM.¹⁰⁷ Tabell 4.1 redovisar resultatet för dimensionen *helhetsintryck* och ger en översiktlig bild av patienters upplevelse av vården som helhet. Mest nöjda är de patienter som haft en vårdkontakt inom somatisk slutenvård eller öppenvården, medan patienter inom slutenvårdens vuxenpsykiatri är minst nöjda. Män är något mer nöjda än kvinnor med helheten men det är små skillnader.

Tabell 4.1. Patienters helhetsintryck av vården enligt nationell patientenkät¹⁰⁸

Helhetsintryck	Kvinnor (%)	Män (%)
Primärvård, 2022	78	81
Akutmottagningarna, 2022	80	84
Specialiserad sjukhusvård slutenvård, 2021	89	91
Specialiserad sjukhusvård öppenvård, 2021	90	92
Vuxenpsykiatri slutenvård, 2022	62	67
Vuxenpsykiatri öppenvård, 2022	75	77

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges regioner i samverkan.

¹⁰⁵ Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

¹⁰⁶ Patientrapporterade mått – insamling och ansvar. Sveriges Kommuner och Regioner: Nationella kvalitetsregister, SKR. Hämtad 20230214

¹⁰⁷ Nationell patientenkät. Hämtad 2022-11-29 från <https://patientenkät.se/>.

¹⁰⁸ Den korrigerade svarsfrekvensen inom varje verksamhetsområde: primärvården (läkarbesök/vuxna) (2022) 42 procent; akutmottagningarna (2022) 36,7 procent; specialiserad sjukhusvård/slutenvård (2021) 50,5 procent; specialiserad öppenvård (2022) 47,8 procent; vuxenpsykiatri/slutenvård (2022) 25 procent; vuxenpsykiatri öppenvård, (2022) 32 procent.

Den sammanfattande bilden av patienters erfarenheter från nationella patientenkäten¹⁰⁹ visar att patienterna är mest nöjda med den specialiserade öppenvården och slutenvården. Nedan visas en sammanfattning av några av de senaste resultaten per verksamhetsområde:

- **Respekt och bemötande:** 91 procent av kvinnor och 92 procent av män har goda patientupplevelser av den specialiserade öppenvården (mätning 2021).
- **Tillgänglighet:** 86 procent av kvinnor och 88 procent av män har goda patientupplevelser av den specialiserade sjukhusvården (mätning 2021).
- **Respekt och bemötande:** 84 procent av kvinnor och 86 procent av män har goda patientupplevelser av primärvården (mätning 2021).
- **Tillgängligheten:** 84 procent av kvinnor och 86 procent av män har goda patientupplevelser av akutsjukvården (mätning 2022).
- **Respekt och bemötande:** 70 procent av kvinnor och 76 procent av män har goda patientupplevelser av den vuxenpsykiatriska slutenvården (mätning 2022).
- **Respekt och bemötande:** 84 procent kvinnor och 83 procent män har goda patientupplevelser av den vuxenpsykiatri specialiserad öppenvård (i mätning 2022).

Patientrapporterade erfarenheter ur ett internationellt perspektiv

Att följa vården utifrån patienternas perspektiv ökar i flera europeiska länder. I frågor om ifall läkaren lägger tillräckligt med tid på patientmötet samt involverar och gör patienter delaktiga i vården har Sverige signifikant lägre utfall jämfört med övriga länder.¹¹⁰

I en undersökning¹¹¹ om hur befolkningen i Sverige upplever svensk hälso- och sjukvård har svaren jämförts med svaren från befolkningen i tio andra länder: Australien, Frankrike, Kanada, Norge, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA. Inom flera frågeområden ligger Sveriges resultat i linje med övriga länders, men för några områden ses både positiva och negativa avvikelser.

Respondenterna i Sverige är mindre nöjda med väntetider till vård (inte på akutmottagning på sjukhus) än i övriga länder; endast 37 procent svarar att de fick ett besök inom två dagar senaste gången de var sjuka.

Kontinuiteten i vården är också jämförelsevis låg i Sverige: 35 procent svarar att de har en ordinarie kontakt, medan andelen i övriga länder är 80–98 procent. Det är dock vanligare att patienter i Sverige har flera kontakter med olika personalkategorier på vårdcentralerna, till exempel psykologer och fysioterapeuter, medan det i andra länder främst är läkare och sjuksköterskor som bemannar vårdcentralerna.

¹⁰⁹ Nationell patientenkät, Sveriges regioner i samverkan, Hämtad 2022-11-25 från <https://patientenkät.se/nationellpatientenkät/omnationellpatientenkät/matningsmodellforpatientupplevelser/dimensionerochviktning.44360.html>.

¹¹⁰ OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD.

¹¹¹ Totalt gjordes fyra utskick med post till urvalet utifrån folkbokföringsadressen. I ett informationsbrev ombads urvalspersonerna att besvara frågorna via en webbenkät och skicka svaret till SCB. Drygt 2 500 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre svarade på den svenska delen av undersökningen.

Personer med kroniska sjukdomar har generellt sämre erfarenheter av vården och upplever oftare än andra svårigheter med att få tillgång till vård.¹¹²

Intresset för existentiell hälsa ökar i spåren av pandemin

Existentiell hälsa är ett begrepp som vuxit fram i skärningspunkten mellan fysisk, psykisk och social hälsa. Det finns dock inte en entydig definition av begreppet men existentiell hälsa har influerat hälso- och sjukvården runt om i världen.¹¹³

Existentiell hälsa kan ses som en del av personcentrerad vård och en del av ett helhetsgrepp om människors hälsa. Inte minst covid-19-pandemins påverkan på människors livskvalitet och psykiska välmående har aktualiserat behovet av att beakta den existentiella hälsan. Det finns dock utmaningar i att både resursmässigt och kunskapsmässigt hantera detta perspektiv.¹¹⁴

Tidigare har vården främst inkluderat existentiell hälsa inom palliativ vård, eller vid vissa svåra sjukdomstillstånd, men i allt större utsträckning tar man hänsyn till detta som en del i den förebyggande vården. Det stämmer väl med en personcentrerad vård och omsorg, där även fokus på existentiell hälsa kan hjälpa patienten att stärka sina egna resurser.¹¹⁵

Allt fler regioner inkluderar existentiell hälsa i sina arbetsmodeller och styrdokument, exempelvis Region Jönköpings län, där det existentiella patientbehovet sedan flera år finns inskrivet i budget och verksamhetsplan. Bland annat arbetar man förebyggande tillsammans med primärkommuner och civilsamhälle i en satsning på så kallade hälsocenter för att förbättra invånarnas existentiella hälsa. Regionen framhäver kopplingen till personcentrerad vård, och att all vårdpersonal bör kunna ge grundläggande existentiellt stöd. Inte minst till patientens uppfattning av vårdpersonalens bemötande i svåra situationer.¹¹⁶

¹¹² Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Stockholm: Myn-digheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.

¹¹³ Poplin, van Ginneken (2018). Defining and providing for existential health: Trends in addressing existential concerns in the health and care systems of high-income countries / Hämtad: 230120

¹¹⁴ Existentiell hälsa – en outnyttjad resurs. Hämtad 2023-01-25 från: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kalender/existentiell-halsa-en-outnyttjad-resurs/>.

¹¹⁵ Poplin, van Ginneken (2018). Defining and providing for existential health: Trends in addressing existential concerns in the health and care systems of high-income countries

¹¹⁶ Existentiell hälsa – en outnyttjad resurs. Hämtad 2023-01-25 från: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/kalender/existentiell-halsa-en-outnyttjad-resurs/>.

5. Tillgänglig vård i rimlig tid

I detta kapitel belyser vi några aspekter på tillgänglighet. Vi tar upp den prehospitla akutsjukvården, väntetider till planerad specialistvård och tillgänglighet till vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Avslutningsvis tar vi upp aspekter på tillgänglighet inom cancervården.

lakttagelser i korthet

- Framkörningstiden för ambulans är i snitt 10 minuter för riket. Kortast tid kan noteras för Region Västmanland (7,8 minuter) och längst för Region Jämtland Härjedalen (13,7 minuter).
- Den självrapporterade psykiska ohälsan ökar bland barn och unga, och antalet med vissa diagnoser och tillstånd ökar också.
- Antalet startade utredningar på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) inom 30 dagar minskade dramatiskt 2015–2022, från 82,2 procent till 50,7 procent.
- Screening för att identifiera missbruksproblem används sällan inom hälso- och sjukvården och trenden är negativ.
- Insjuknandet i cancer ökar och tillgängligheten till preventiva insatser är angelägna. Fler erbjuds screening men med fortsatta regionala skillnader.
- Arbetet med att korta väntetider från misstanke om cancer fortgår genom arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF).
- Förbättrad tillgänglighet till cancerrehabilitering är angeläget att prioritera.

Utveckling av prehospital akutsjukvård pågår

Hälso- och sjukvården ska prioritera den med störst behov. I detta sammanhang blir tillgänglighet till akut omhändertagande särskilt viktigt. Varje gång det fattas beslut om resurser eller insatser görs en prioritering. Vid prioriteringar av vårdbehov gäller prioriteringsplattformen som bygger på följande tre grundläggande etiska principer: *människovärdesprincipen*, *behovs- och solidaritetsprincipen* och *kostnadseffektivitetsprincipen*.¹¹⁷

Socialstyrelsen har lämnat förslag på hur den prehospitla akutsjukvården i regionerna kan utvecklas, effektiviseras och stärkas.¹¹⁸ Under 2021 utfördes totalt 1 342 441 ambulansuppdrag (prio 1–3) nationellt.¹¹⁹ Enligt data från SOS Alarm var 1 121 831 primäruppdrag (91 procent) och 109 052

¹¹⁷ Prop. 1996/97:60.

¹¹⁸ Sveriges prehospitla akutsjukvård - nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

¹¹⁹ Data från SOS Alarm och Sjukvårdens larmcentral (SvLc).

sekundäruppdrag (9 procent).¹²⁰ Ambulanssjukvården är en verksamhet som erbjuder en kvalificerad prehospital akutsjukvård. Kartläggningen av ambulanssjukvården visade att totalt 1 230 883 vägambulansuppdrag utfördes under 2021. Av dessa var 1 121 831 primäruppdrag och 109 052 sekundäruppdrag. De vanligaste sjukdomstillstånden är andningsbesvär, buksmärtor och bröstsmärtor.

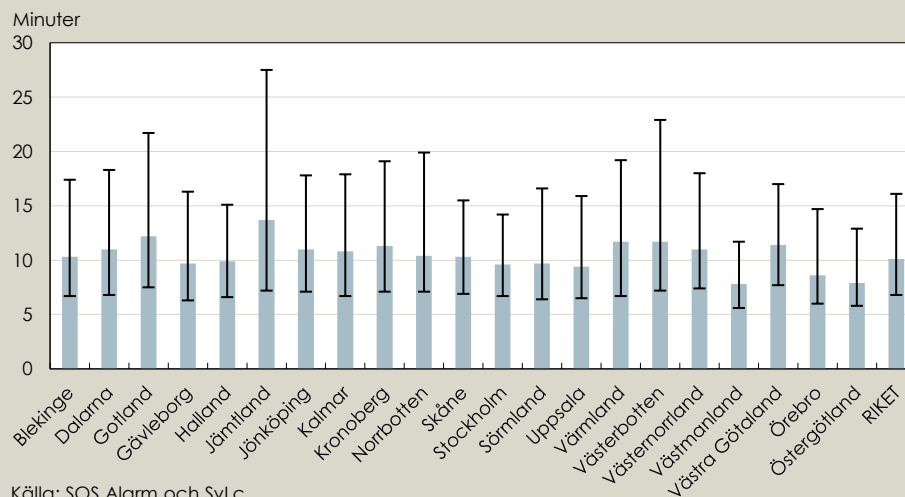
Responstiden mellan larmsamtal och ambulansens ankomst delas i olika prioriteringsgrader. För prio 1 motsvarar responstiden 15,4 minuter (median) och för prio 2 är den 32,8 minuter (median), baserat på data från SOS Alarm. Det finns dock regionala skillnader i målen för responstider, särskilt för de med allra mest kritiska tillstånden, vilket indikerar risk för ojämlik ambulanssjukvård.

Det saknas ett tydligt nationellt grunduppdrag för ambulanssjukvården och det finns behov av en utökad och tydliggjord samordning, styrning, samverkan och samsyn mellan alla aktörer, interregionalt, för att sjuktransporterna ska fungera mer effektivt.

Framkörningstiderna varierar marginellt mellan regionerna

Framkörningstid definieras som tid från utalarmering av ambulans till ambulansens ankomst till hämtplatsen. På riksnivå är framkörningstiden (median) 10,1 minuter (till höger i bilden). Regionerna Västmanland och Östergötland har kortast framkörningstid: 7,8 minuter respektive 7,9 minuter. Jämtland Härjedalen har längst framkörningstid: 13,7 minuter (se figur 1).

Figur 5.1. Median för framkörningstid med prioritetsnivå 1, inklusive kvartilavstånd



Pågående satsningar på ambulanssjukvården

Regionerna ska göra ambulanssjukvården mera jämlik och tillgänglig, för att kunna möta omställningen till en god och nära vård och till högspecialiserad

¹²⁰ Enbart data från SOS Alarm ingår. Data från Sjukvårdens larmcentral (SvLc) för tre regioner (Sörmland, Uppsala och Västmanland) ingår inte.

vård. Detta arbete sker inom ramen av en överenskommelse mellan regeringen och SKR.¹²¹ Regionerna ska genomföra insatser för ökad effektivitet, kompetenshöjning och samordning av sjuktransporter. SKR ska stödja regionernas arbete med att utveckla ambulanssjukvården, synliggöra och sprida goda exempel och bidra till utvecklingen av samarbete och samverkan om samordningen av sjuktransporter.

Socialstyrelsen har följt upp arbetet och ser att regionernas insatser ligger i linje med överenskommelsens intentioner.

Utvecklingen av prehospitla akutsjukvårdslösningar

Regionernas aktiviteter inom olika områden har bidragit till effektiva regionala prehospitla akutsjukvårdslösningar. Regionerna har främst arbetat med att utveckla insatser för kortare responstider och kompetenshöjande insatser. Överenskommelsen har satt fokus på området och verkat som ett stöd till regionerna i deras omställningsarbete.¹²²

Fungerande samverkan är en viktig framgångsfaktor och flera regioner framhåller att andra verksamheter såsom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och psykiatri bör ta en större roll för att utveckla arbetssätten så att fler patienter kan behandlas på plats och inte behöver transporteras till sjukhus.¹²³

De aktiviteter som genomförts med hjälp av statsbidrag, för att utveckla prehospitla akutsjukvård för personer med psykisk ohälsa, har bidragit till effektiva regionala prehospitla akutsjukvårdslösningar. Utvecklingsarbetet och nya arbetssätt genom samverkan mellan flera aktörer har synliggjort den prehospitla vården för andra delar av hälso- och sjukvården.

Fortsetta utmaningar med väntetider till planerad vård

Pandemin har bidragit till att fler väntar på planerad vård. I figur 5.4 illustreras antalet väntande på besök i specialistvård 2014–2022. Flest som väntade på ett första besök hade ögonsjukvård följt av öron-näsa-halssjukvård, ortopedi, kvinnosjukvård, hudsjukvård och allmän kirurgi.

Under 2020 och 2021 ledde pandemin till att färre operationer kunde utföras. Ortopedi är det medicinska verksamhetsområde som hade flest väntande till en operation eller åtgärd, följt av öron-näsa-halssjukvård, allmän kirurgi, ögonsjukvård, kvinnosjukvård och allmän psykiatri.¹²⁴

Antalet nyttillkomna patienter och antalet genomförda besök januari 2021–september 2022 visar att planeringen för besök som ska utföras inte ligger i nivå med antalet remisser samt att antalet väntande också ökade. En likartad trend kan ses för väntande på operation. Detta kan ses som en konsekvens av

¹²¹ Regeringen, Socialdepartementet, S2021/00820, 2021.

¹²² God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 230214.

¹²³ Delredovisning uppföljning och utvärdering av regeringens satsningar på ambulanssjukvården. Delrapport avseende 2021 års medel.

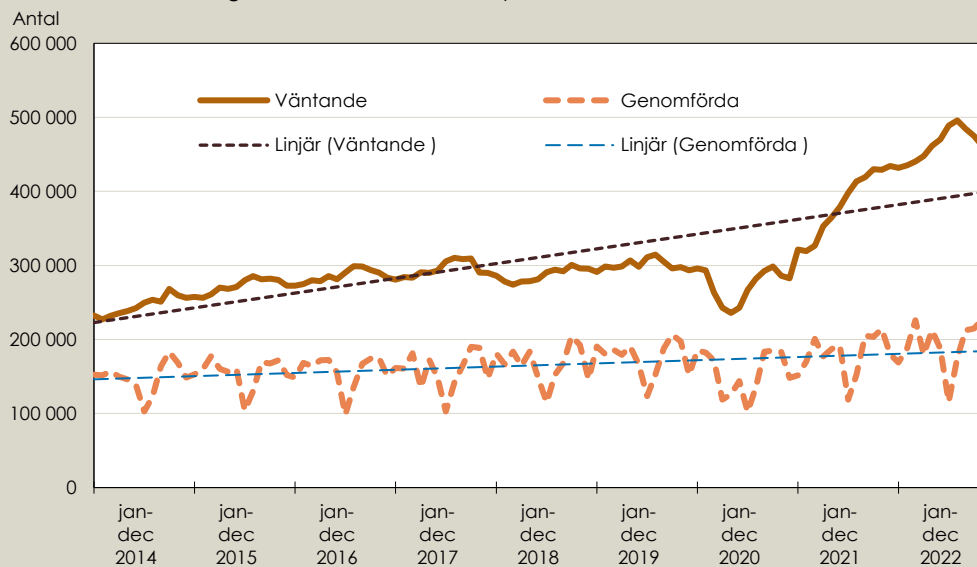
¹²⁴ Fakta om väntetider i vården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.

pandemin, och flera andra europeiska länder hade en liknande situation under samma period.

Samtidigt hade drygt hälften av de patienter som fick sin operation eller annan åtgärd utförd under september 2022 väntat i mindre än 30 dagar. Mer än tre fjärdedelar av de operationer och åtgärder genomfördes för patienter som väntat kortare tid än vårdgarantins 90 dagar. Totalt genomfördes drygt 3 000 av operationerna (2,7 procent) på personer som väntat i mer än ett år.

Figur 5.2 Första besök specialistvård

Antal väntande och genomförda första besök specialistvård



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Under de senaste decennierna har stora förändringar skett när det gäller möjligheterna att utföra planerade operationer. Särskilda enheter för planerad vård och successivt ökade möjligheter till dagkirurgi för vissa operationer har möjliggjort en ökning i kapacitet. Exempelvis har antalet kataraktoperationer ökat från omkring 40 000 per år för 30 år sedan till 140 000 per år i dag. Antalet knä- och höftplastikoperationer har dubblerats på 20 år.

För sjukvårdshuvudmännen är det samtidigt viktigt att säkerställa tillgängligheten utifrån befolkningens samlade behov. Här är prioriteringsprinciperna vägledande. Den planerade vården utgör omkring 20 procent av det totala antalet vårdtillfällen, enligt statistik från SKR.

Försämrade tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa

Under perioden 2016–2022 avsatte staten mer än 3 miljarder kronor till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti¹²⁵ inom BUP

¹²⁵ Medel som delats ut baserat på prestationskrav och kopplat till måluppfyllelse när det gäller överenskomna väntetider.

och för att öka tillgängligheten¹²⁶ till vård och insatser för barn och unga med psykisk ohälsa.¹²⁷ Trots detta har väntetiderna till BUP ökat och tillgången till vård och insatser skiljer sig åt över landet.

Ökade väntetider till vård och insatser för psykiatriska tillstånd

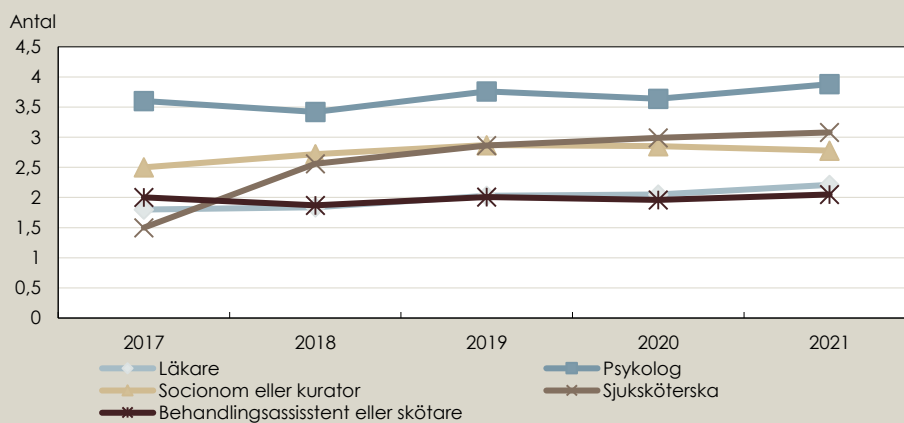
Sedan 2011 finns en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling.¹²⁸ Sett till andelen genomförda åtgärder inom ramen för den målsättningen ökade dock väntetiderna under perioden 2016–2021. Andelen som får ett första besök inom 30 dagar har minskat från 87 procent 2016 till 56 procent 2021. Andelen som får en utredning inom 60 dagar har minskat från 72 till 70 procent, och andelen genomförda behandlingar från 90 till 81 procent. Detta kan troligen delvis förklaras av pandemin.

Fler anställda

Väntetiderna har ökat trots att antalet årsarbetare per 10 000 invånare inom BUP ökat¹²⁹ (se figur 5.3). Åren 2017–2021 ökade antalet årsarbetande sjuksköterskor med 105 procent, antalet årsarbetande läkare med 23 procent och antalet årsarbetande psykologer med 11 procent. Det ökande behovet av sjuksköterskor kan troligen delvis förklaras med ett ökat antal personer med diagnosen adhd. Cirka 10 000 fler barn i åldern 0–14 år fick diagnosen F90 (hyperaktivitetsstörning) 2021 jämfört med 2016.

Figur 5.3. Antal årsarbetande

Antal årsarbetande per 10 000 barn och unga 0–17 år, under åren 2017–2021.



Källa: Psykiatri i siffror

¹²⁶ Medel fördelat till olika regionala utvecklingsarbeten i syfte att öka tillgänglighet och förbättra väntetidsstatistik. Medel fördelat till både den specialiserade vården (BUP) och verksamheter som erbjuder första linjens insatser, t.ex. vårdcentraler och ungdomsmottagningar.

¹²⁷ Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram SOU 2022:22. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2022.

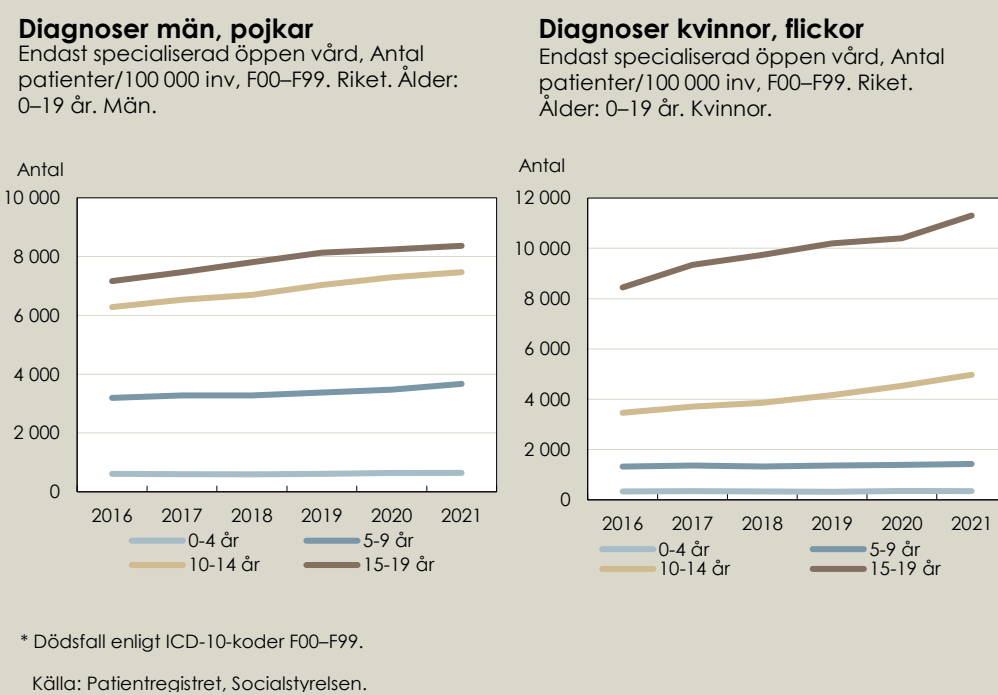
¹²⁸ Enligt Direktiv 2020:81. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården samt Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa - Överenskommelse för 2009.

¹²⁹ Gäller både fast och tillfällig personal. Baserat på data från Psykiatri i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Ökande psykisk ohälsa bland barn och unga

Psykisk ohälsa¹³⁰ bland barn och unga tycks öka, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Uppgifter från patientregistret visar att antalet barn och unga som fått en psykiatrisk diagnos inom den specialiserade öppenvården ökat, framför allt i grupperna 10–14 år och 15–19 år. Största ökningen gäller flickor 10–14 år med depression¹³¹ som ökat med 68 procent samt unga kvinnor 15–19 år med autism¹³² som ökat med 63 procent. Bland pojkar och unga män har antalet med adhd¹³³ ökat mest (22 procent bland 10–14-åringar och 30 procent bland 15–19-åringar).

Figur 5.4. Diagnoser psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar



Data från patientregistret visar endast antalet patienter inom den specialiserade vården som fått en diagnos av läkare, men det faktiska antalet barn och unga som söker hälso- och sjukvård för psykisk ohälsa är betydligt större eftersom många träffar andra yrkesgrupper och får vård på primärvårdsnivå.

Antalet barn och unga som självrapporterar svåra psykiska besvär ökade 2016–2021. Störst andel med självrapporterade psykiska besvär finns bland unga kvinnor där självrapporterad svår ångslan, oro eller ångest ökat mest.

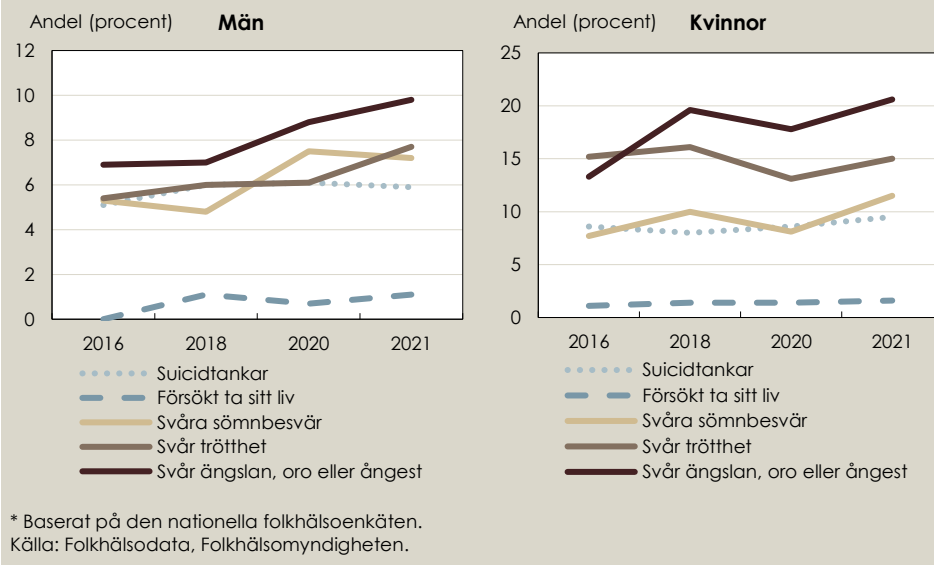
¹³⁰ Begrepp inom området psykisk hälsa - Version 2020 (dnr 39571/2020). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹³¹ Enligt ICD-10 diagnoskoder F30–F39 Förstämningssyndrom.

¹³² Enligt ICD-10 diagnoskoder F80–F89 Störningar av psykisk utveckling.

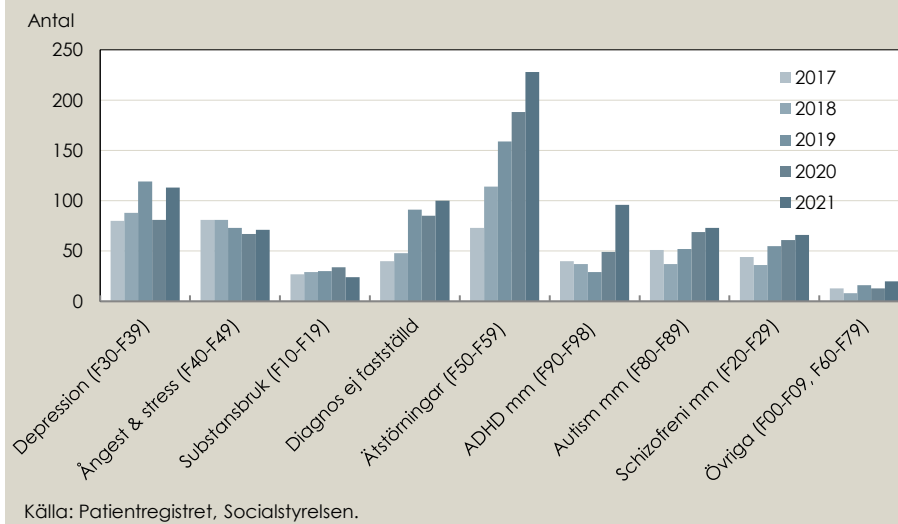
¹³³ Enligt ICD-10 diagnoskoder F90–F98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid.

Figur 5.5. Psykisk hälsa (självrapporterat)



Även barn och unga som vårdas i psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, har ökat. Den största ökningen gäller patienter med ätstörningar.¹³⁴

Figur 5.6. Psykiatrisk huvuddiagnos för barn och unga under 18 år vid heldygnsvårdtillfällen med tvång enligt LPT 2017–2021



Att fler barn och unga upplever psykisk ohälsa och kommer i kontakt med vården för det kan bero på olika saker. Möjliga förklaringar kan vara en upplevd ökad belastning och stress,¹³⁵ minskad stigmatisering kring psykisk

¹³⁴ Barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård. Faktablad. Stockholm: Socialstyrelsen. Art.nr: 2022-9-8101.

¹³⁵ Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018. Report No.: 18023-2.

ohälsa,¹³⁶ befolkningstillväxt¹³⁷ och bättre inrapportering i de nationella registren^{138 139}.

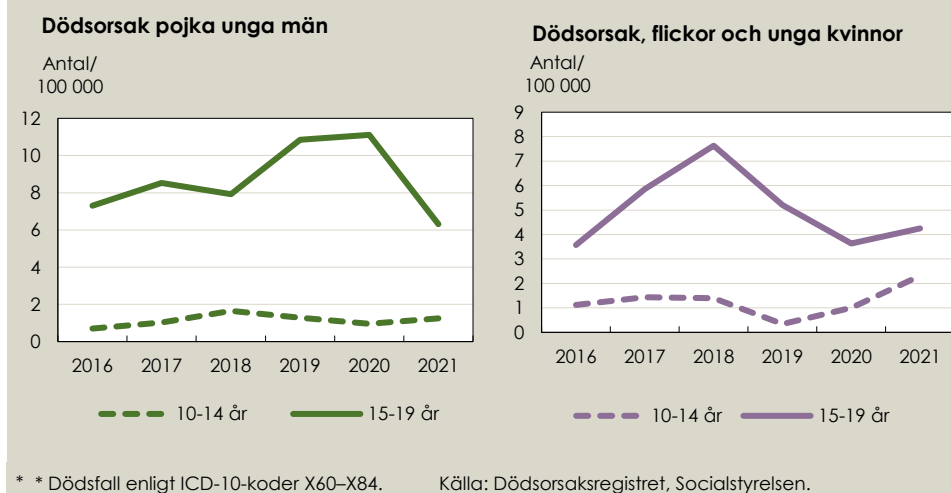
Otillgänglig vård kan bidra till psykisk ohälsa

En otillgänglig vård kan bidra till mer psykisk ohälsa, och om fler barn söker vård och insatser för psykisk ohälsa blir vården mer otillgänglig.

Komplexiteten framkommer i analyser av vårdens tillgänglighet under covid-19-pandemin. Analyser i ett tidigt skede visade att väntetiderna till ett första besök på BUP ökade¹⁴⁰ och att färre barn och unga sökte vård för ett psykiatriskt tillstånd¹⁴¹.

Andelen flickor som vårdats för avsiktlig självdestruktiv handling¹⁴² ökade med upp till 80 procent¹⁴³ under pandemins senare del, vilket kan vara en långsiktig effekt av den mer otillgängliga vården.¹⁴⁴ Detta bör bevakas framöver.

Figur 5.7. Dödsorsak självmord bland barn och unga 2016–2021



Den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa är suicid (själv mord). Dödligheten bland barn och unga 10–19 år under de senaste tio åren visar variationer i dödligheten. Suiciddödligheten är dock generellt sett högre bland pojkar än flickor.

¹³⁶ Synen på psykisk ohälsa och suicid - En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. Report No.: 21134.

¹³⁷ Enligt data från Sveriges officiella statistik ökade antalet barn och unga 5–19 år med 6 procent år 2017–2021.

¹³⁸ Förbättrad datakvalitet avseende psykiatri i patientregistret (PAR), dnr 21542/2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹³⁹ Översyn av kvalitetsregister inom psykiatriområdet - Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Report No.: 2022-4-7849.

¹⁴⁰ Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri (2021-6-7429). Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹⁴¹ Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin (artnr 2020-10-6975). Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

¹⁴² Enligt ICD-10 diagnoskoder X60–X84 Avsiktlig självdestruktiv handling.

¹⁴³ En ökning med 40–50 procent bland flickor 13–16 år och en ökning med 80 procent bland flickor 12 år.

¹⁴⁴ Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Report No.: 2022-10-8154.

Ojämlig tillgång till kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Ett annan aspekt av tillgänglighet är tillgången till kunskapsbaserade insatser, dvs. *vilken* vård som erbjuds och om den är effektiv. Det finns i dag nationella riktlinjer för att bedöma och behandla flera vanligt förekommande psykiatriska tillstånd.¹⁴⁵ Följsamheten till dessa riktlinjer och rekommendationer är dock förhållandevis låg.^{146 147}

LÄS
MER!

För vård och insatser på primärvårdsnivå, inom ramen för det som kallas första linjens barn- och ungdomspsykiatri, är skillnaderna stora i vilken vård som ges.^{148 149} Det finns även stora variationer i regionernas sätt att organisera den.

För barn och unga finns en slagsida mot att bedöma och utreda, snarare än att behandla och följa upp. I delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet*¹⁵⁰ framgår att regioner använder statliga medel till att anställa och upphandla vård för utredning av barn och unga, utan att göra motsvarande upphandling för behandling och uppföljning. Detta riskerar att försena behandlingar.

Det finns kunskapsluckor inom hela området psykisk ohälsa, och barn- och ungdomspsykiatrin har särskilt uppmärksamats om kunskapsluckor som rör mer komplex psykiatrisk problematik med behov av heldygnsvård eller tvångsvård.¹⁵¹

Effektivare användning av statliga stimulansmedel

De statliga medel som tilldelats området psykisk hälsa för utvecklingsarbete har används till kortsiktiga insatser trots långsiktiga målsättningar.¹⁵²

Verksamheter inom hälso- och sjukvården som arbetar med barn och ungas psykiska ohälsa har en del utmaningar, till exempel generell personalbrist, otillräcklig kompetensförsörjning, ineffektiva arbetssätt och samverkansproblem i kombination med ett kontinuerligt ökande inflöde av patienter. Analyser av prestationsbaserade medel visar risken med att inte tillgängliggöra vård utifrån ett helhetsperspektiv på patientens behov.^{153 154}

¹⁴⁵ I dag finns nationella riktlinjer för adhd och autism, ångest och depression, missbruk och beroende samt schizofreni. Nationella riktlinjer för ätstörningar är under utveckling.

¹⁴⁶ Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Nationella riktlinjer – Utvärdering Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Report No.: 2019-5-12.

¹⁴⁷ Nationell utvärdering av vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – 2022. Huvudrapport med förbättringsområden Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Report No.: 2022-8-8072.

¹⁴⁸ Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Report No.: 2021-3-7284.

¹⁴⁹ Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.

¹⁵⁰ Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan SOU 2021:59. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2021.

¹⁵¹ (ref <https://www.sbu.se/330>).

¹⁵² Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner - Lägesrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Report No.: 2022-9-8138.

¹⁵³ Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning (2013:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2013.

¹⁵⁴ Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2017.

För en mer effektiv statlig styrning genom riktade stimulansmedel har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslagit tre utvecklingsområden:¹⁵⁵

- förbereda statsbidragen genom en ökad analys och dialog om utvecklingsbehov och med ökad involvering av de som berörs
- genomföra statsbidragen med större hänsyn till förutsättningar för långsiktighet
- stärka förutsättningarna för att följa upp och lära sig av statsbidragen.

Samsjuklighet vanligt hos personer med missbruksdiagnos

Samsjukligheten med andra psykiatriska sjukdomar är omfattande bland personer med missbruksdiagnoser, särskilt diagnoserna ångest, depression och adhd.¹⁵⁶

Inom mödra- och barnhälsovården sker förebyggande och skyddande insatser. Andra viktiga insatser är det stöd som både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ger till barn som anhöriga, socialtjänstens barn- och ungdomsvård och de tidiga insatser som ges i samverkan mellan till exempel socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola och polis. Det är dock få ungdomar i åldern 13–17 år som nydiagnostiserats med depression eller ångest som får en strukturerad bedömning av beroendeproblematik.

Socialtjänstens öppenvård och familjehemsvård omfattar fler personer medan färre får vård på hem för vård eller boende. Antalet omedelbara omhändertaganden¹⁵⁷ minskade under pandemin. Under senare delen minskade också till exempel antalet som återinskrivs i slutenvård och antalet med läkemedelsbehandling för alkohol- eller opioidberoende. Orsakerna till detta är inte kända.

Screening för att identifiera missbruksproblem görs sällan inom hälso- och sjukvården, och trenden är negativ. Inom socialtjänstens verksamheter används screeninginstrument i olika omfattning men ökar inte. Det har inte heller skett några större förändringar i antalet rådgivande samtal som primärvården erbjuder. Inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården är det vidare få kommuner och verksamheter som har rutiner för att hantera misstanke om eller upptäckt av skadligt bruk eller beroende.

Samsjuklighetsutredningen¹⁵⁸ föreslår i sitt delbetänkande 2021 att hälso- och sjukvården ska ta ett större ansvar för att behandla skadligt bruk och beroende samt att samordnad vård- och stödverksamhet ska bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹⁵⁵ I rätt riktning? Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg. Stockholm: Vård och omsorgsanalys; 2022. Rapport 2022:3. Report No.: 2022-3-7750.

¹⁵⁶ Lägesbild för ANDT-området, Socialstyrelsen, 2023

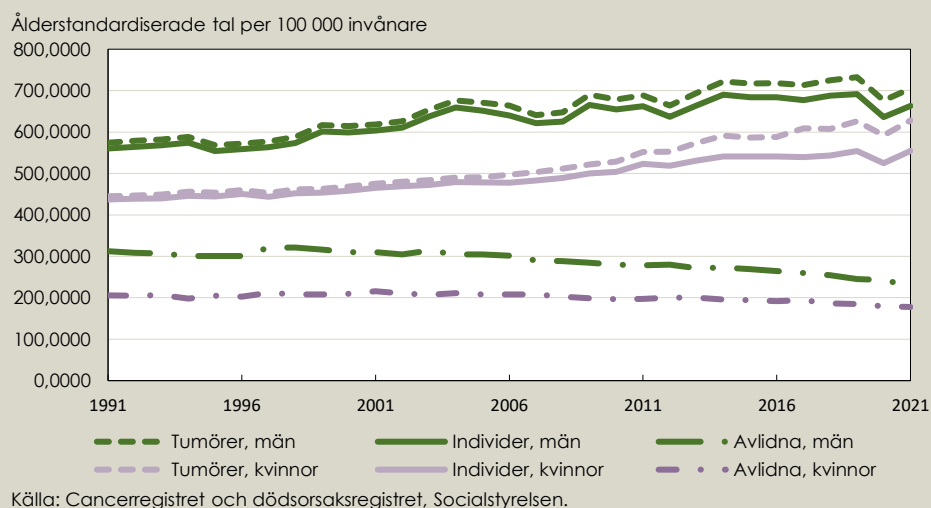
¹⁵⁷ Enligt 13 § lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM.

¹⁵⁸ Från delar till helhet SOU 2021:93,

Utvecklingen av tillgänglighet inom cancervården

År 2021 var det 68 810 personer som fick en cancerdiagnos, enligt cancerregistret, vilket är något fler än tidigare år.¹⁵⁹ Bröstcancer är den största cancersjukdomen bland kvinnor; 8 619 fick en diagnos och 1 326 kvinnor avled med bröstcancer som underliggande dödsorsak under 2021. Bland män är prostatacancer den vanligaste förekommande cancersjukdomen, och 2021 var det 10 199 män som diagnostiserades och 2 077 som dog. Figur 5.18 nedan visar insjuknande och dödlighet i cancer 1991–2021 för män och kvinnor. Det syns en tydligare uppgång i antalet insjuknade 2021 jämfört med 2020, vilket troligen beror på underdiagnostik som följde av pandemin.

Figur 5.8. Sjuklighet och dödlighet i cancer. Antal diagnostiserade tumörer, individer, och avlidna i cancer.



Återpublicerad, originalet finns i Socialstyrelsens faktablad: Statistik om nyupptäckta cancerfall 2021.

Vikten av tillgång till preventiva insatser blir allt tydligare

Inom EU beräknas att cirka 40 procent av alla cancerfall går att undvika¹⁶⁰ och i Sverige uppskattas cirka 30 procent av alla cancerfall vara relaterade till riskfaktorer som går att påverka, till exempel tobaksrökning eller fysisk inaktivitet¹⁶¹. Regionala cancercentrum i samverkan (RCC) får statliga medel för att arbeta med prevention, formulerat som ”ett mer effektivt arbete med att förebygga cancer och upptäcka cancer tidigt”. Arbetet kan leda till färre cancerdrabbade, ökad överlevnad i cancer, minskat lidande och minskade samhällskostnader.

¹⁵⁹ Statistik om nyupptäckta cancerfall 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; December 2022.

¹⁶⁰ Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Europeiska kommissionen. Bryssel. 3 februari 2021.

¹⁶¹ Fridhammar A, Hofmarcher T, Persson S. Cancer i Sverige – Hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer? IHE Rapport 2020:9, IHE: Lund.

Arbetet med prevention lyfts som ett av de mest utmanande områdena för landets vård- och hälsocentraler. Angränsande utmaningar är att utveckla samverkan och samordning.¹⁶²

Under oktober 2022–september 2023 pågår kampanjen Cancerprevention across Europe (PrEvCan), och från Sveriges sida deltar bland annat flera regioner och RCC.⁴

Folkhälsomyndigheten leder två projekt inom ramen för EU:s cancerplan som berör det preventiva arbetet för att förebygga cancer och andra icke smittsamma sjukdomar såsom diabetes och hjärt- och kärlsjukdom.

Förbättringar inom screeningområdet

Under 2022 hände mycket inom screeningområdet. För att förbättra samordningen har ett dialogforum för samtliga screeningprogram skapats. Syftet är att fånga upp och åtgärda hinder för att införa en enhetlig och jämlik screening över hela landet. Socialstyrelsen planerar här att göra uppföljningar med tätare intervaller.¹⁶³

En utvärdering av bröstcancerscreening genom mammografi visar att en hög andel kvinnor kallas och att deltagandet är stort, men det finns regionala skillnader och förbättringsområden. Dessa områden innefattar bland annat riktade insatser mot grupper som har lägre deltagande (till exempel utlandsfödda och personer med förgymnasial utbildning), utskick av ny kallelse till kvinnor som uteblivit vid första screeningtillfället, säkrad kompetensförsörjning och fortbildning av personal. Det är fortfarande relativt stora skillnader i hur långt regionerna har kommit med screeningarbetet. Vidare behöver regionerna ansluta sig till det nationella kvalitetsregistret för bröstcancerscreening, för att främja utvecklingsarbete, göra nationella utvärderingar och uppföljningar samt forskning.¹⁶⁴

Inom ramen för ”Europe’s Beating Cancer Plan” genomförs stora satsningar på att följa utvecklingen av ojämlikheter inom och mellan länderna i cancervård och screening. Inrapporteringen från Sveriges sida skulle möjliggöras genom ett väl utbyggt och använt kvalitetsregister¹⁶⁵.

Rekommendationerna om screening för livmoderhalscancer uppdaterades 2022¹⁶⁶ och det kom även nya indikatorer för uppföljning¹⁶⁷. De nya rekommendationerna innefattar analys av infektion av humant papillomvirus (HPV) vart femte år för kvinnor i åldern 23–49 år och vart sjunde år för kvinnor i åldern 50–75 år. Regionerna kan erbjuda screening genom självprovtagning som alternativ till den vanliga provtagningen på mottagning.¹⁶⁸

¹⁶² Analys av utvecklingen av Regionala cancercentrum – En lärande utvärdering med förslag om hur verksamheterna kan utvecklas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹⁶³ Mot en mer samordnad cancerscreening – Att följa och utveckla screeningprogram för tidig upptäckt av cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; Juni 2022.

¹⁶⁴ Nationell utvärdering. Bröstcancerscreening med mammografi. Stockholm: Socialstyrelsen; Juni 2022.

¹⁶⁵ Europe’s Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Europeiska kommissionen. Bryssel. 3 februari 2021.

¹⁶⁶ Screening för livmoderhalscancer - Rekommendationer om att erbjuda screening – Slutversion. Stockholm: Socialstyrelsen; februari 2022.

¹⁶⁷ Indikatorer - screening för livmoderhalscancer. Stockholm: Socialstyrelsen; Februari 2022.

¹⁶⁸ Screening för livmoderhalscancer - Rekommendationer om att erbjuda screening – Slutversion. Stockholm: Socialstyrelsen; februari 2022.

I Sverige vaccineras både flickor och pojkar mot HPV genom det allmänna vaccinationsprogrammet som utförs av elevhälsan. Samtliga regioner erbjuder eller planerar att erbjuda vaccinering för de kvinnor som inte erbjudits vaccin genom elevhälsan.¹⁶⁹

Screening för tjock- och ändtarmscancer har funnits i Sverige sedan 2014, men har tidigare bara genomförts i Region Stockholm-Gotland.¹⁷⁰ Sedan några år tillbaka har arbetet med att införa tjock- och ändtarmscancerscreening påbörjats i övriga regioner och tog rejäl fart under 2022. Regionerna planerar att ha sina screeningprogram fullt utbyggda enligt gällande rekommendation till 2025 eller 2026.

Under 2022 arbetade EU-kommissionen med att revidera sina rekommendationer för cancerscreening, och beslut om nya rekommendationer fattades den 9 december i Europarådet.¹⁷¹ Socialstyrelsen följer utvecklingen i EU liksom den organiserade prostatacancerscreeningen och de pilotstudier som pågår för lungcancerscreening i flera regioner i Sverige.

Väntetider kortas med standardiserade vårdförlopp men mycket arbete återstår för att nå målen

En uppföljning av målet om att 70 procent av patienterna ska inkluderas i de standardiserade vårdförloppen (SVF) visar att alla regioner utom Region Norrbotten nådde målet för det första halvåret 2022.¹⁷² Under samma period var det i snitt 42 procent av patienterna som fick vård inom de ledtider som definierats som mål, vilket är en minskning med 5 procentenheter jämfört med samma period 2021 och långt från målet på 80 procent. Det varierar dock mellan de olika förloppen, och en större andel av patienterna omfattas av ledtidsmålen för de mer allvarliga cancerformerna.

Tabell 5.1 nedan redovisar i hur hög grad de olika regionerna uppfyller målen i en jämförelse mellan första halvåret 2021 och första halvåret 2022.¹⁷³

Tabell 5.1. Måluppfyllelse för de olika regionerna när det gäller inklusionsmålet och ledtidsmålet för standardiserade vårdförlopp

	Måluppfyllelse inklusionsmål		Måluppfyllelse ledtidsmål	
	2021	2022	2021	2022
Riket	76	80	47	42
RCC Norr				
Jämtland	70	82	39	38
Norrbotten	69	58	60	49
Västerbotten	77	76	45	37
Västernorrland	75	86	58	53
RCC Mellansverige				
Dalarna	85	86	51	37
Gävleborg	88	88	46	45

¹⁶⁹ Mot en mer samordnad cancerscreening – Att följa och utveckla screeningprogram för tidig upptäckt av cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; Juni 2022.

¹⁷⁰ Screening för tjock- och ändtarmscancer - Rekommendation och bedömningsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; februari 2014.

¹⁷¹ Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC. Bryssel den 29 november 2022. Interinstitutional file 2022/0290(NLE).

¹⁷² Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; november 2022.

¹⁷³ Ibid.

	Måluppfyllelse inklusionsmål		Måluppfyllelse ledtidsmål	
	2021	2022	2021	2022
Sörmland	77	73	50	47
Uppsala	77	79	47	48
Värmland	79	87	57	58
Västmanland	74	89	50	40
Örebro	99	98	52	44
RCC Stockholm-Gotland				
Gotland	64	86	63	55
Stockholm	71	77	58	53
RCC Väst				
Västra Götaland	79	80	42	37
RCC Sydvest				
Jönköping	90	100	42	36
Kalmar	84	83	52	49
Östergötland	67	70	37	33
RCC Sydvest				
Blekinge	72	83	38	33
Halland	71	73	56	48
Kronoberg	82	92	45	31
Skåne	74	77	36	31

RCC har som ett av sina mål att verka för mer sammanhållna vårdprocesser där endast medicinskt motiverade väntetider förekommer. Socialstyrelsen ämnar följa upp även detta mål i det förordningsstyrda uppdraget om uppföljning av verksamheten vid de regionala cancercentrumen, och rapporten publiceras i september 2023.

Tillgängligheten till cancerrehabilitering behöver öka
Förbättringsområden och förslag för en förbättrad cancerrehabilitering har arbetats fram.¹⁷⁴ Utvecklingsområdena berör

- en mer jämlik cancerrehabilitering genom utökad styrning på regional, kommunal och lokal nivå, samordning och aktiva överlämningar mellan olika vårdinstanser, utökad teamwork i vården, satsningar på digital cancerrehabilitering och samlad information och utbildning av vårdpersonal
- patientens behov i centrum genom att uppdatera rehabiliteringsplanen kontinuerligt för att ge patienten större inflytande samt förbättra närståendes behov av psykosocialt stöd och informationsutbyte med närstående
- möjlighet till mötesplats och utökad samarbete mellan vården och civilsamhället genom att skapa strukturer för mötesplatser och ge patienterna information om vilka rehabiliterande insatser de kan få från vården och vilka de kan få från aktörer i civilsamhället
- uppföljning av de rehabiliterande insatserna genom utvecklade koder för rehabiliterande insatser och utveckling av nationella hälsodataregister så att även andra yrkesgrupper än läkares koder inkluderas i registren

¹⁷⁴ Cancerrehabilitering- förslag till utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; maj 2022.

- uppdatering av det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering genom att anpassa det till den generiska modellen för rehabilitering och tydligare belysa rehabilitering vid inträde och återgång i arbetet.

Inom ramen för EU:s cancerplan pågår aktiviteter om ”better life for cancer survivors” i form av ett anpassat smartcard för canceröverlevare och ett digitalt centrum för cancerpatienter för att utbyta patientuppgifter och övervaka canceröverlevares hälsotillstånd.

Arbetet med genomförandet av EU:s cancerplan fortgår

EU lanserade en cancerplan 2021 som fokuserar på att minska antalet som drabbas av cancer, öka antalet som överlever och förbättra cancerdrabbades levnadsvillkor under och efter behandlingen.¹⁷⁵ Socialstyrelsen har en samordnande roll för arbetet med att genomföra EU:s cancerplan i Sverige. Samordningsarbetet innefattar bland annat att delta i olika projekt, ge input till strategier som lagts fram, förmedla hur vården fungerar här och bevaka Sveriges intressen i samarbete med berörda organisationer inom landet.

Under 2022 hade arbetet inom EU framför allt fokus på att ta fram nya riktlinjer för screening och utarbeta policydokument om preventivt arbete för att minska antalet som drabbas av cancer i framtiden. I både dessa områden leder Socialstyrelsen arbetet i projektform.

¹⁷⁵ Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Europeiska kommissionen. Bryssel. 3 februari 2021.

6. Fokus på jämlik hälsa och vård

Detta kapitel lyfter upp jämlikhetsaspekter på covid-19-pandemin, barns och ungdomars hälsa och vård, förlossningsvården och utvecklingen mot en mer koncentrerad högspecialiserad vård.

Lakttagelser i korthet

- Pandemin visade att det finns stora skillnader i sjukdom och död mellan olika grupper i befolkningen.
- Brister i helhetssyn på och tillgång till vård är särskilt allvarligt när det gäller barns och ungas hälsa och vård. Ett nationellt barnhälso-program är under utveckling.
- Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att upptäcka sexuellt våld bland barn och unga.
- Trots en ansträngd förlossningsvård visar inte det medicinska utfallet på riksnivå någon försämring. Resultat från en rikstäckande enkät visar också positiva upplevelser av förlossningen hos de allra flesta födande.
- 14 procent av personer över 75 år med kort utbildning behandlas med tio eller fler läkemedel, jämfört med 9 procent av dem med lång utbildning. Detta speglar i huvudsak skillnad i hälsa men innebär en mer riskfylld läkemedelsbehandling för personer med kort utbildning.
- Arbetet med att koncentrera högspecialiserad vård i regioner och på nationell nivå fortsätter för att skapa förutsättningar för jämlik vård över landet.

Jämlik vård innebär tillgänglig och personcentrerad vård

En jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomisk status, födelseland, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och etnisk eller religiös tillhörighet. WHO lyfter fram följande övergripande faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen som viktiga för att åstadkomma en jämlik vård:

- solidariskt finansierad vård med hög tillgänglig för alla
- uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
- prioritering av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser.

Trots mycket goda förutsättningar i ett internationellt perspektiv har många utvärderingar och myndighetsrapporter länge visat att det finns både regionala och sociala skillnader i hälsa och vård också i Sverige. Det råder fortsatta systematiska hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper med olika social position. Dessa skillnader visar sig både som en förändring i hälsa och som en ansamling av hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta socialt och ekonomiskt.

Sjukdomars olika status bidrar till ojämlik vård

Det finns även ojämlikheter och obalanser när det gäller diagnoser. Forskningen har lyft fram statusordningar för sjukdomar och medicinska specialitetsområden,^{176 177} och det framgår att en sjukdom tenderar att få högre status när den är akut och innebär dramatisk eller högteknologisk behandling. En följd av det är också att det i allmänhet finns mindre forskning om sjukdomar med lägre status, till exempel osteoporos (benskörhet) som i första hand drabbar äldre kvinnor. Det medför bland annat att det blir svårare att avgöra hur åtgärder ska prioriteras, till exempel i de nationella riktlinjerna.¹⁷⁸

Obesitas är ett annat exempel på en ”lågstatussjukdom”, vilket kan innebära att personen riskerar att få sämre vård på grund av bland annat fördomar, stigmatisering och diskriminering. I de nationella riktlinjerna för obesitas som publicerades 2022 framgår att kompetensutveckling är angeläget i verksamheterna för att förbättra kunskaperna om sjukdomen.¹⁷⁹

Sjukdomars status påverkar de informella prioriteringarna inom hälso- och sjukvården, och beslutsfattare och professionen behöver kompensera för den ojämlikhet som uppstår.

Pandemin satte ljuset på skillnader i sjukdom och död

Covid-19-pandemin drabbade särskilt sköra äldre och andra utsatta grupper, och analyser visar tydligt att risken för allvarlig covid-19-sjukdom beror på utbildning, yrke, inkomst, födelseland och bostadsområde. Även vaccinationstäckningen skiljer sig åt mellan olika grupper; personer med låg inkomst, utrikesfödda och personer med kort utbildning har vaccinerat sig i lägre utsträckning än andra. I figur 6.1 nedan visas antalet vårdade i slutenvård utifrån ålder och utbildningsnivå. Det går att se ett mönster som även finns för dödlighet. Bland utrikesfödda är det en högre andel med intensivvård och fler avlidna per 100 000 personer.¹⁸⁰

¹⁷⁶ Hofmann B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020;124(1):52-60.

¹⁷⁷ Norredam M, Album D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35(6)

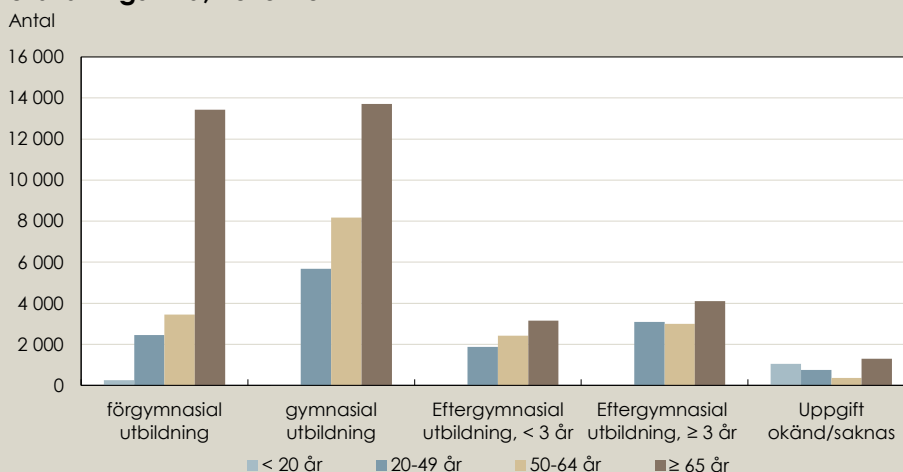
¹⁷⁸ Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹⁷⁹ Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

¹⁸⁰ Folkhälsans utveckling. Folkhälsomyndigheten; 2022.

Analysen i Region Stockholm har också visat att det innebär en liten oberoende risk med att bo i ett område med större socioekonomiska utmaningar utöver riskfaktorn att ha låg inkomst. Personer med låg inkomst bor med högre sannolikhet i ett område med låg socioekonomisk nivå, vilket förstärkte risken för allvarlig sjukdom i covid-19.¹⁸¹

Figur 6.1. Slutenvårdade i covid-19 per åldersgrupp och utbildningsnivå, 2020–2022



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Skilda uppväxtvillkor för barn bidrar till ojämlik hälsa

Tidiga insatser är avgörande för att minska skillnader i hälsa, och breda åtgärder behöver vidtas tidigt i ett barns liv,¹⁸² för att främja barnets hälsa ur ett livsperspektiv. I en studie jämfördes hälsan hos ett och samma barn under ett år när familjen levde på ekonomiskt bistånd och ett år när familjen inte gjorde det. Studien visade att risken för att bli inskriven på sjukhus var nästan 7 procent högre när familjen fick ekonomiskt bistånd. Personer som blir inskrivna på sjukhus under sin barndom har bland annat lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet och en högre sannolikhet att behöva ekonomiskt bistånd än andra.¹⁸³

Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga under utveckling

Ett nationellt hälsoprogram kommer att ge barn och unga ökad tillgång till de insatser som de behöver för att förbättra eller vidmakthålla sin hälsa. En gemensam målbild och tydlig styrning av hälsoprogrammet borgar för ett jämlikt erbjudande till barn och unga. Identifierade verksamheter som ingår i programmet är primärvård med mödrahälsovård, barnhälsovård och

¹⁸¹ Analyser SLL, FoHM och Socialstyrelsen.

¹⁸² SCB – Lämna ingen utanför. Statistisk lägesbild av genomförandet av Agenda 2030 i Sverige. Rapport 2020.

¹⁸³ http://kommissionenjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2016/08/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf Hämtat 2022-08-14.

ungdomsmottagningar, tandvård, socialtjänst, elevhälsa, skola och förskola. Hälsoprogrammet ska också ses som en del i omställningen till god och nära vård med primärvården som nav.¹⁸⁴

Angeläget att hälso- och sjukvården frågar om sexuellt våld

Cirka 60 procent av unga 15–19 år uppger att det har blivit utsatta för sexuellt, psykiskt eller fysiskt våld av en partner i en sexrelation. Fler flickor och unga kvinnor uppger att de utsatts för psykiskt och sexuellt våld. Det är dock få ungdomar som vänder sig till vuxna för att få stöd; i en studie hade endast 3 procent kontaktat skolpersonal.¹⁸⁵

Hälso- och sjukvårdsregionerna har rutiner för att hantera våldsutsatthet men de inkluderar sällan kommersiell sexuell exploatering. Bristande kunskap och avsaknad av rutiner kan innebära att barn i utsatthet blir svårare att upptäcka och därmed får sämre stöd eller helt blir utan stöd.¹⁸⁶ Jämställdhetsmyndigheten rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten även ställer rutinmässiga frågor om kommersiell sexuell exploatering. De menar att det finns behov av tydligare riktlinjer för stöd, skydd och vård.¹⁸⁷

Ökade vårdbehov i förlossningsvården

Regionerna rapporterar att förlossningsavdelningarna bedriver mer resurskrävande verksamhet till följd av fler födande med ett stort vårdbehov. Till exempel har andelen förlossningar som startar med induktion ökat under de senaste åren, i takt med en alltmer aktiv handläggning av graviditeter. Detta bidrar till en ansträngd förlossningsvård. Dessutom rapporterade alla regioner 2021 att de hade brist på barnmorskor.

Det ansträngda läget har dock inte påverkat det medicinska utfallet på riksnivå. Resultat från den rikstäckande Graviditetsenkäten visar att de flesta födande har positiva upplevelser av förlossningen, och bara en av tio uppgav att de inte var helt nöjda med vården. Det talar för att även andra faktorer än det medicinska utfallet har betydelse för den totala förlossningsupplevelsen hos den födande.

Vårdtyngden inom förlossningsvården ökar, bland annat genom fler inductioner och fler riskgraviditeter. Det ger en högre arbetsbelastning, som kan påverka arbetsmiljön på förlossningsavdelningarna och bidra till att kompetent och erfaren personal väljer att lämna yrket.¹⁸⁸

En framgångsfaktor för en patientnära, trygg och säker förlossningsvård är att erfarna barnmorskor stannar kvar i verksamheten. För att lyckas behöver förlossningsvårdens organisation ses över, och ett systematiskt förändringsarbete behöver drivas såväl regionalt som lokalt. Att aktivt skapa förutsättningar för välfungerande multiprofessionella team och att utveckla koordinatorsrollen är några åtgärder som lyfts fram. Andra är att erbjuda barnmorskor

¹⁸⁴ Hämtad 2022-10-10 från <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2021/09/uppdrag-att-genomfora-en-forstudie-avseende-ett-nationellt-halsovardsprogram-for-barn-och-unga/>.

¹⁸⁵ [2] Kormaz S. Youth intimate partner violence in Sweden. Stockholm: Stockholm University; 2022.

¹⁸⁶ [4] Exploaterad men inte våldsutsatt. Child 10. Ellencentret och Novahuset; 2022.

¹⁸⁷ Prostitution och människohandel 2021:23. Stockholm: Jämställdhetsmyndigheten; 2021.

¹⁸⁸ Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

fler karriärmöjligheter, exempelvis möjlighet att bedriva forskning i kombination med kliniskt arbete.

Läkemedelsanvändning återspeglar ojämlikhet i hälsa

Det finns sedan tidigare rapporter om skillnader i läkemedelsanvändning mellan personer med olika utbildningsnivå. Personer med lång utbildning använde till exempel blodfettssänkande medel i högre grad än dem med kort utbildning, och de med kort utbildning behandlades i högre utsträckning med s.k. loop-diuretika och ACE-hämmare och i lägre utsträckning med mer moderna angiotensin II-receptorblockerare vid hjärtsvikt.¹⁸⁹ Äldre med lång utbildning använde också oftare demensläkemedel än de med kort utbildning.¹⁹⁰

Läkemedelsanvändningen är, med endast ett fåtal undantag, högre hos personer med kortare utbildning (se tabeller i bilaga 2). Sammantaget har skillnaderna inte heller minskat under de drygt tio år som gått sedan den senaste undersökningen 2009. De observerade skillnaderna beror troligen främst på att grupperna har olika behov, och speglar alltså en ojämlikhet i hälsa.

Den mer omfattande läkemedelsanvändningen hos personer med kortare utbildning innebär också att deras läkemedelsbehandling blir mer riskfylld (se tabell 6.1 och bilaga 2).

Tabell 6.1. Andel personer med riskfylld läkemedelsanvändning hos män och kvinnor, 75 år och äldre, uppdelat på utbildningsnivå.

Utbildningsnivå indelad i fyra kategorier: 1) förgymnasial utbildning, 2) gymnasial utbildning, 3) eftergymnasial utbildning mindre än 3 år och 4) eftergymnasial utbildning 3 år eller mer. Andel användare (procent) per utbildningskategori och totalt. Fetstil = signifikant skillnad X högsta utbildningsnivån, logistisk regressionsanalys justerad för ålder.

Indikator	Utbildningsnivå %				Total %
	1	2	3	4	
Män					
Antal läkemedel per person, medelvärde	5,2	4,8	4,7	4,3	4,9
Tio eller fler läkemedel, %	14,1	11,8	10,9	9,1	12,1
Tre eller fler psykofarmaka, %	2,7	2,3	2,1	2,3	2,4
Läkemedel som bör undvikas, %	5,3	5,1	4,9	5,0	5,2
Antipsykotiska läkemedel, %	1,8	1,4	1,1	1,2	1,5
Kvinnor					
Antal läkemedel per person, medelvärde	5,6	5,1	4,6	4,3	5,1
Tio eller fler läkemedel, %	16,3	13,6	10,8	9,4	13,7
Tre eller fler psykofarmaka, %	5,4	4,6	3,8	3,8	4,7
Läkemedel som bör undvikas, %	7,2	7,6	7,3	7,2	7,3
Antipsykotiska läkemedel, %	2,9	2,3	1,8	1,7	2,4

Källor: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Utbildningsregistret, SCB.

¹⁸⁹ Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen 2009-126-7.

¹⁹⁰ Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen 2018-3-2.

Systemförändring för jämlik högspecialiserad vård

Arbetet med att koncentrera vården regionalt och nationellt bedrivs genom nationell högspecialiserad vård. Det gäller komplex och sällan förekommande vård som kräver större insatser.

LÄS
MER

Figur 6.2 Beskrivning nationell högspecialiserad vård



En mycket liten andel av landets patienter är berörda av den nationellt högspecialiserade vården (hittills 46 beslutade områden och knappt 3 000 patienter i den årliga uppföljningen, jämfört med till exempel drygt 600 000 patienter som vårdades inom slutenvården 2021). Hittills har cirka 90 områden identifierats som kan vara aktuella för högspecialiserad vård. Utredningarna kan leda till att vården koncentreras, men de kan också visa att vården fungerar bra som den gör och ska fortsätta att utföras regionalt.

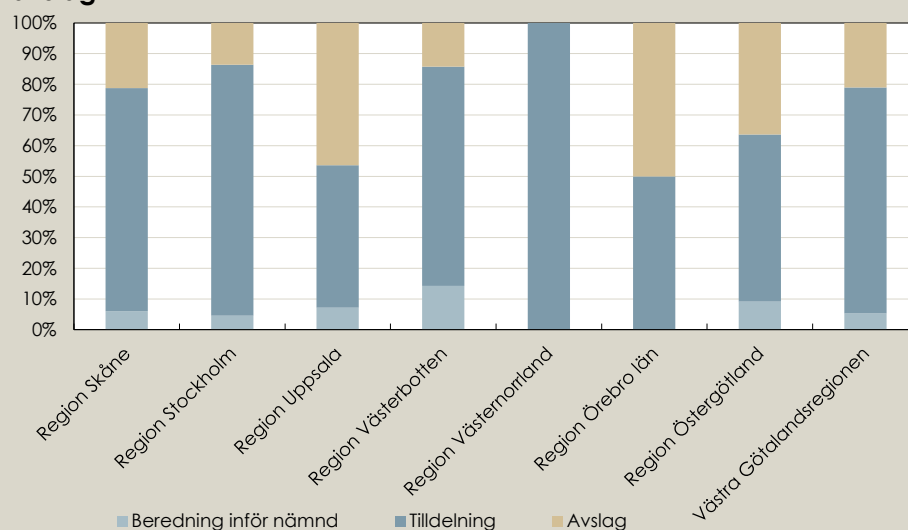
Högisoleringsvård vid högsmittsamma sjukdomar, tarmrehabilitering för barn, vård vid tarmsvikt hos vuxna och avancerad bäckenkirurgi ska framgent utgöra nationell högspecialiserad vård. Dessa områden är nu utlysta för regionerna att ansöka om tillstånd för att bedriva högspecialiserad vård.

Den högspecialiserade vården är ofta också koncentrerad nationellt i våra nordiska grannländer och i flera andra europeiska länder.

Nämnden beslutar om specifika villkor för de nationella enheterna och har sedan 2018 beslutat om bland annat ryggmärgsskadevård, avancerad endometriiskirurgi, fosterterapi, avancerad kirurgi vid förlossningsskador och ätstörnings- och självskadebeteendevård. Många av dessa verksamheter har ännu inte startat eftersom det behövs en viss tid för att ställa om till att bli en nationell utförare av vården.

Regioner och verksamheter som eventuellt har ansökt men inte fått tillstånd, eller som har avstått från att ansöka, kan också påverkas av de strukturförändringar som införs med nationell högspecialiserad vård (figur 6.5). Det kan till exempel innebära förändrade remitteringsmönster med eventuella effekter på kunskap, ekonomi och kompetens.

Figur 6.3. Andel av ansökningar som bereds, har tilldelats eller har fått avslag



Källa: Socialstyrelsen.

Förlossningsvård och kvinnosjukdomar är sedan ett antal år ett viktigt fokusområde för staten, och flera delar inom detta område ligger inom nationell högspecialiserad vård. Det kan bidra till robustare verksamheter med bättre kompetensförsörjning och utveckling, skapa förutsättningar för tydligare och effektivare vårdkedjor och bidra till ett ökat samarbete mellan regionerna.

Patienterna och professionen har i decennier velat se en mer koncentrerad ryggmärgsskadevård. Fyra regioner, genom specialiserade enheter, har nu tilldelats tillstånd att bedriva sådan nationell högspecialiserad vård. Verksamheterna kommer bli navet i utvecklingen av vården för rehabilitering av ryggmärgsskadade patienter.

Inom området psykiatri är vården ojämlik i landet eftersom regionerna har olika förutsättningar för att erbjuda lämplig behandling. Staten gör fortsatt stora satsningar inom psykiatrin för att öka tillgänglighet, kompetens och jämlikhet. För dem med svårast självskadebeteende och ådstörningar ska nationella högspecialiserade enheter kunna ge specialinsatser, vilket kan handla om särskilda vårdplatser eller konsultation till patientens vårdgivare på hemmaplan.

Uppföljning av den nationella högspecialiserade vården sker i samverkan

Socialstyrelsen i samverkan med verksamheterna håller på att ta fram uppföljningsmått som ska användas för att årligen följa upp verksamheternas resultat. År 2022 var tredje året som befintliga tillståndsinnehavare rapporterade in sina resultat.¹⁹¹ Totalt finns det i dag 2 772 patienter inom systemet för nationell högspecialiserad vård.

¹⁹¹ Hämtad 2022-11-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/arlig-uppfoljning/>.

Utöver den årliga verksamhetsuppföljningen görs även regelbundna och fördjupade utvärderingar av tillstånden, exempelvis för att följa upp de specifika villkoren. Tillståndsinnehavarna ska också utföra egenkontroller.¹⁹²

Nationell högspecialiserad vård förväntas leda till en högre vårdkvalitet för berörda patientgrupper, men när viss vård koncentreras kan annan vård och därigenom andra patientgrupper påverkas. Socialstyrelsen kommer i sina analyser om påverkan på systemnivå även att belysa andra faktorer för att belysa den totala nyttan av högspecialiserad vård.

Det finns en samstämmighet om de positiva konsekvenserna av att få tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillståndet kan ge ökande patientvolym, säkerställa kompetensförsörjningen och stärka forskningsmiljön. Dock finns det utmaningar som pekar på att det kan försämra förutsättningen för närliggande vård om de mister en verksamhet till den nationella nivån. Den tydligaste systemeffekten hittills av att införa nationell högspecialiserad vård beskrivs som en risk för reducering av de mindre universitetssjukhusens uppdrag, vilket kan bidra till ökade skillnader och ökad konkurrens mellan universitetssjukhusen.¹⁹³

För att lyckas med den strukturförändring som nationell högspecialiserad vård innebär behövs samarbete och patientnyttan.

¹⁹² Hämtad 2022-11-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201848-om-nationell-hogspecialiserad-varld/>.

¹⁹³ Utgångspunkter för uppföljning av systemkonsekvenser av nationell högspecialiserad vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

7. Utvecklingen mot en patientsäker vård

LÄS MER

I detta kapitel redovisas utvecklingen inom patientsäkerheten. Kapitlet utgår från den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet med fem prioriterade fokusområden: *Öka kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker vård här och nu, Stärka analys, lärande och samverkan* och *Öka riskmedvetenhet och beredskap*.¹⁹⁴ Redovisningen omfattar områden med tillgängliga och aktuella uppgifter.

Iakttagelser i korthet

- Totalt 17 av 21 regioner och 44 av 290 kommuner har tagit fram lokala handlingsplaner för ökad patientsäkerhet.
- Andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat i både somatisk och psykiatrisk vård för vuxna. Andelen vårdtillfällen med skada är större bland dem som vårdades för covid-19 under 2021, särskilt inom intensivvården.
- I regionerna var följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler 83 procent, vilket är det lägsta resultatet sedan 2019. Ändå lanserades utbildningar om detta under covid-19-pandemin som många verksamheter i hälso- och sjukvården genomfört.
- Den långsiktiga trenden visar ökande antibiotikaresistens i Sverige men läget är betydligt gynnsammare än i många andra länder i Europa.
- 10 400 personer har slutfört den nationella utbildningen i patientsäkerhet som är tillgänglig för alla i hälso- och sjukvården.

Samordning för genomförande av den nationella handlingsplanen

Socialstyrelsen ansvarar för att samordna insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (S2018/04111/FS delvis). Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner. Genom att ta fram egna handlingsplaner kan de etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Samverkan om de nationella åtgärderna i handlingsplanen sker i ett nationellt råd för patientsäkerhet med representanter för myndigheter, organisationer och huvudmän.

¹⁹⁴ Agera för säker vård: nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

Under 2022 utvecklade rådet sitt arbetssätt genom att införa tre arbetsutskott inom områdena

- risk och riskreducerande åtgärder
- utvecklad modell för att mäta följa upp patientsäkerhet
- utveckling av indikatorer och mått.¹⁹⁵

Grunden för områdena är ramverket för uppföljning inom patientsäkerhet och de utvecklingsområden som identifierades i baslinjemätningen 2021.¹⁹⁶

Figur 7.1 Handlingsplan god och säker vård



Socialstyrelsen följer årligen upp hur många regioner och kommuner som har tagit fram egna handlingsplaner för patientsäkerhet. Den senaste uppföljningen visar en ökning: 17 regioner hade en handlingsplan, jämfört med 11 regioner föregående år, och 3 arbetade med att ta fram en handlingsplan.¹⁹⁷

Andelen med egna handlingsplaner var mindre bland kommunerna. Av de 242 kommuner som medverkade i uppföljningen hade 44 handlingsplaner, vilket var en ökning med 15 kommuner. Vidare hade 79 kommuner beslutat att ta fram en handlingsplan (en ökning med 23 stycken) och 122 arbetade med att ta fram handlingsplaner.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Vårdskadorna har minskat

För perioden 2013–2021 har drygt 118 000 slutenvårdstillfällen granskats inom somatisk vård för vuxna. Under perioden minskade andelen vårdskador¹⁹⁸ från 62 till 52 procent. Exempelvis minskade andelen av samtliga vårdrelaterade infektioner som bedöms som undvikbara från 64 procent till

¹⁹⁵ Socialstyrelsen. Nationellt råd för patientsäkerhet. Hämtad 2022-11-29 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationellt-rad-for-patientsakerhet/>.

¹⁹⁶ En indikatorbaserad uppföljning för säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ Med en speciell systematik identifieras det som, enligt kriterier kan betecknas som "skada". Därefter tas ställning till om skadan hade kunnat undvikas s.k. "vårdskador". När data sammanställs visar en andel av vårdtillfällena att de innehåller skador. Av dessa skador är det i sin tur en andel som betecknas som vårdskador. Vårdskador är alltid en delmängd av skador kan inte adderas.

43 procent. Denna positiva förändring talar för att arbetet för att förbättra patientsäkerheten gett effekt.

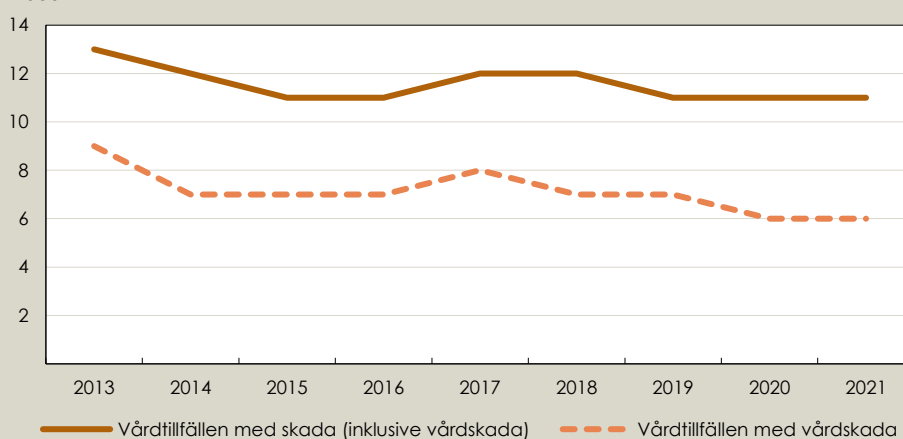
Journalgranskning ger överblick och detaljer

Under 2021 granskades 8 696 vårdtillfällen med markörbaserad journalgranskning (MJG)¹⁹⁹. Samtliga regioner deltog i granskningen. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador minskade 2013–2021 (se figur 7.2). Skadorna minskade från 13 till 11 procent och vårdskadorna från 8,7 till 6,3 procent. Någon förändring mellan 2020 och 2021 ses inte. Könsfördelningen för de granskade journalerna från 2021 var 51 procent kvinnor och 49 procent män, och den fördelningen var relativt konstant under hela granskningsperioden 2013–2021.

Figur 7.2. Vårdtillfällen med skador och med vårdskador

Andel (%) vårdtillfällen med skador respektive vårdskador 2013–2021.

Procent



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

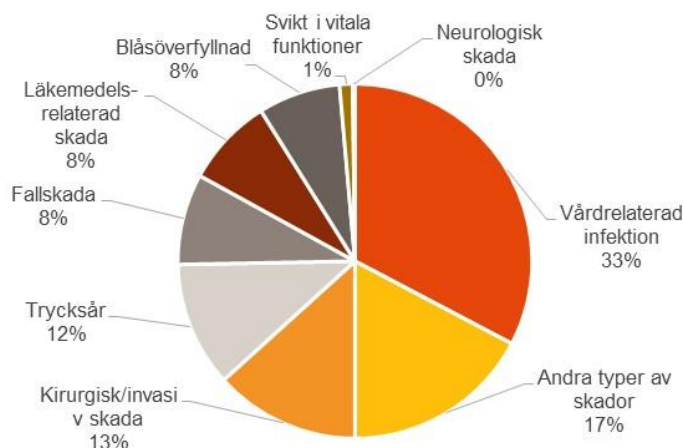
Urvalet av journaler för vuxna speglar åldersfördelningen i den somatiska slutenvården. Under perioden 2013–2021 ökade andelen patienter som är 65 år eller äldre från 64 procent till 69 procent, vilket är en signifikant ökning. Den är mest uttalad för män. I 2021 års granskning hade 4,1 procent i åldersgruppen 18–49 år minst en vårdskada och i åldersgruppen 85 år eller äldre var andelen 8,9 procent.

Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion, med 33 procent av skadorna (se figur 7.3). Vanligt var också ”annan typ av skada”, trycksår, läkemedelsrelaterad skada, blåsöverfyllnad och fall.²⁰⁰

¹⁹⁹ I markörbaserad journalgranskning granskas ett slumpvis urval av vårdtillfällen i slutenvård för vuxna på sjukhus. Med en speciell systematik identifieras det som, enligt kriterier i metoden, kan betecknas som ”skada”. Därefter tas ställning till om skadan hade kunnat undvikas s.k. ”vårdskador”. När data sammanställs visar en andel av vårdtillfällena att de innehåller skador. Av dessa skador är det i sin tur en andel som betecknas som vårdskador. Vårdskador är alltid en delmängd av skador kan inte adderas.

²⁰⁰ Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå. Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.

Figur 7.3. Skadornas fördelning i olika skadetyper



Var 20:e patient vårdas inte på mest lämpade avdelning

Under 2021 utlokaliserades totalt 4,8 procent av patienterna. Av dem hade 12,7 procent skador och 7,5 procent vårdskador. Bland de patienter som inte vårdades på en utlokaliserad vårdplats var andelen 11,1 respektive 6,2 procent. Organisatoriska förhållanden där flera medicinska specialiteter ansvarar för vården på gemensam vårdavdelning påverkar andelen av vårdtillfällen som betecknas som utlokalisering. Förändringar under pandemiåren kan ha påverkat resultatet.

Vårdtiden vid vårdtillfällen med vårdskada fördubblad

Medelvårdtiden för de granskade vårdtillfällena 2021 var 6,8 vårddygn. För vårdtillfällen utan skador var medelvårdtiden 6,0 vårddygn, för vårdtillfällen med skador var den 12,1 dagar och för tillfällena med vårdskador 14,4 vårddygn.

Vanligare med skada under vård för covid-19 än vid annan vård

Under pandemin användes MJG för att granska vårdtillfällena med covid-19 som orsak.^{201 202} Sex av tio granskade vårdtillfällen avsåg män och hälften av patienterna var över 70 år.

Under hösten 2020 identifierades en eller flera skador²⁰³ vid 18 procent av alla granskade vårdtillfällen. Våren 2021 var andelen 13 procent och under hösten 2021 var den 16 procent. Det var endast små skillnader mellan könen i skadeförekomst.

²⁰¹ Alla regioner utom tre har granskats under alla tre tidsperioderna.

²⁰² Under våren 2020 granskades 1 529 journaler, under hösten 2020 granskades 1 278 journaler och under våren 2021 granskades 2 245 vårdtillfällen.

²⁰³ Bedömning av undvikbarhet (vårdskador) har inte sammanställts, då det bedömts att en snabb förändring av kunskapsläge och behandlingspraxis försvårar en sådan bedömning i efterhand.

Andelen patienter som vårdades på intensivvårdsavdelning varierade mellan granskningsperioderna. Våren 2020 fick 16 procent av patienterna intensivvård under hela eller del av vårdtiden, jämfört med 11 procent hösten 2020 och 19 procent våren 2021.

Den största skadegruppen var vårdrelaterade infektioner, som stod för 35 procent av skadorna våren 2020, 49 procent hösten 2020 och 46 procent våren 2021. Trycksår var den näst största gruppen, med 22 procent av skadorna våren 2020 och 16 procent både hösten 2020 och våren 2021. Skada i kategorin ”annan typ av skada” var också vanlig. I den gruppen ingår bland annat hudskada annan än trycksår och ytlig kärlskada, trombos, emboli och allergisk reaktion.

Färre skador och vårdskador inom psykiatrisk vård för vuxna

Journaler granskades med MJG inom allmän psykiatrisk vård och rättspsykiatrisk vård i 19 regioner under 2021. I 11 procent identifierades skador och i 4 procent undvikbara skador, dvs. vårdskador.

Av alla skador bedömdes 29 procent vara undvikbara. Andelen undvikbara skador har minskat med åren, vilket kan tala för att det förebyggande arbetet har gett effekt. Andelen skador var högre bland kvinnor än män. Avsiktligt självdestruktiv handling, förlängt sjukdomsförlopp, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada var de vanligaste skadetyperna.

Den vanligaste kvalitetsbristmarkören var avsaknad av vårdplan, som påträffades i 29 procent av de granskade journaler. Dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård saknades i 15 procent. Suicidriskbedömning enligt verksamhetens riktlinjer saknades i 14 procent. Det fanns även ett samband mellan kvalitetsbrister och förekomst av skador.

Inom rättspsykiatrisk vård identifierades skador i 17 procent av journalerna. Andel journaler med identifierade vårdskador var 5 procent, jämfört med 13 procent 2019. Av alla skador som identifierades i journalgranskningen bedömdes 26 procent vara undvikbara.

Trycksåren i slutenvård är högre i de äldre åldersgrupperna

Den årliga punktprevalensmätningen av trycksår i slutenvård visar att 14 procent av patienterna hade trycksår, men med stora variationer mellan regionerna. Trycksår var vanligast i åldersgruppen 85 år och äldre, 20 procent. Förekomsten hos män var 22,3 procent och 18,6 procent hos kvinnor. Det var 36 procent av riskpatienterna som hade trycksår, och hos 45 procent av dessa genomfördes riskbedömningen inom det första dygnet.

Klagomål och anmälningar

Klagomål till patientnämnderna

Klagomålen till patientnämnderna från patienter och närstående ökade 2022 jämfört med föregående år. Under året tog patientnämnderna emot 40 621 klagomål, jämfört med cirka 38 145 klagomål 2021.

Klagomål till IVO

Under 2022 inkom 6 200 klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).²⁰⁴ ²⁰⁵ Av de som beslutades var det 23 procent som utreddes i sak. Totalt 669 ärenden²⁰⁶ utmynnade i kritik mot vårdgivare, jämfört med 785 ärenden året före.

Tabell 7.1. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

Antalet inkomna och beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen 2016–2022.

Klagomål	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022
Inkomna klagomål	7 181	8 340	5 511	6 014	6 275	6 437	6 200
Beslutade klagomål	7 087	7 562	8 370	5 792	6 161	6 250	5 846

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Majoriteten av klagomålen handlade om kirurgisk vård, primärvård (utom hemsjukvård) och invärtes medicin. Av ärendena med kritik var vård och behandling och diagnostisering vanligast. Flest klagomålsbeslut gällde personer i åldersgruppen 30–49 år. Av samtliga inkomna klagomål var 23 covid-19-relaterade och det är färre än 2021. IVO fattade beslut i 75 ärenden.²⁰⁷ Totalt 59 ärenden utreddes i sak och de flesta ärenden, 27 stycken, gällde särskilt boende för äldre.²⁰⁸

Anmälningarna till Lof har ökat

År 2022 inkom 20 472 anmälningar om skada till Lof, vilket var en ökning med knappt 10 procent jämfört med 2021. Knappt 2 100 av anmälningarna rörde tandvård. Ökningen förklaras av ett stigande antal medborgare i Sverige och en större andel utförd sjuk- och tandvård. I slutet av 2021 och under 2022 gjordes fler ortopediska och kirurgiska operationer, vilket förklarar större delen av ökningen 2022. Cirka 900 anmälningar gällde skulderbesvär efter vaccination mot covid-19.

Trots fler anmälningar var antalet ersatta skador oförändrat i förhållande till mängden utförd sjuk- och tandvård. Med tiden har skadorna också blivit något mindre allvarliga. År 2022 gjordes nästan inga anmälningar som direkt rör covid-19, och sedan pandemins start har det sammanlagt inkommit drygt 550 sådana anmälningar.

Lex Maria-anmälningar har minskat något

Under 2022 minskade antalet lex Maria-anmälningar jämfört med 2021 (se tabell 7.2).²⁰⁹ Sedan 2018 har flest beslutade ärenden gällt kirurgisk

²⁰⁴ IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

²⁰⁵ Vårdgivaren är enligt 3 kap. 5 § PSL skyldig att anmäla händelser till IVO om de har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada

²⁰⁶ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmälles före 2022 ingå i antalet.

²⁰⁷ På grund av handläggningstider kan ärenden som anmälles före 2022 ingå i antalet.

²⁰⁸ Inspektionen för vård och omsorg. Statistik. Hämtad 23-01-12 från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/klagomal-enligt-psl/>.

²⁰⁹ Ett minskat antal anmälningar från 2018 beror på att det fram till 1 september 2017 fanns anmälningsskyldighet enligt lex Maria i 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28).

specialistsjukvård och primärvård.²¹⁰ Ärendena gäller oftast vård och behandling följt av diagnostisering. Det var 14 covid-19-relaterade anmälningar under året, och IVO fattade beslut i 22 ärenden.²¹¹ Verksamhetsområde invärtesmedicin hade flest beslutade ärenden, 11 stycken.²¹²

Tabell 7.2. Antal inkomna och beslutade anmälningar enligt lex Maria 2016–2022

Lex Maria	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inkomna ärenden	2 465	2 679	2 009	2 270	2 170	2 263	2 076
Avslutade ärenden	2 494	2 752	2 256	2 110	2 104	2 267	2 028

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Brist på disponibla vårdplatser i flera regioner

Den nationella tillsynen 2022 av regionernas sjukhusvård, med särskilt fokus på akutsjukhus, innehåller kritik mot samtliga 27 granskade sjukhus. Det råder brist på disponibla vårdplatser i alla regioner, vilket leder till överbeläggningar, utlokaliseringar och överbelastade akutmottagningar. Detta medför stora patientsäkerhetsrisker, till exempel att patienter vårdas i korridorer eller inte får sina läkemedel och att omvårdnad och medicinsk övervakning inte utgår från patienternas behov utan från tillgänglig utrustning och personal. Vårdgivarna leder och planerar inte verksamheten så att god vård upprätthålls och det saknas disponibla vårdplatser för att möta de behov som finns.²¹³

En svag minskning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler i regionerna

En tredjedel av alla vårdrelaterade infektioner kan förebyggas genom bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

Våren 2022 genomfördes en mätning av följsamheten till hygienrutiner och klädregler i 15 regioner bland 18 831 medarbetare. Deltagandet var lägre än våren 2021 då 23 557 observationer gjordes i 18 regioner. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler var 79 procent, jämfört med 83 procent 2021. Liksom vid tidigare mätningar var det stor spridning mellan regionerna, 67–91 procent. Det finns även fortsatt variationer i följsamhet

²¹⁰ Primärvård utom hemsjukvård.

²¹¹ Antal beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden pga. handläggningstider, vilket innebär att ärenden anmälda före 2022 ingår.

²¹² Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 23-01-12 från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>.

²¹³ Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 23-01-27 från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2023/ivos-nationella-sjukhustillsyn-patientsakerheten-kan-inte-garanteras/>.

mellan yrkesgrupper, 78–84 procent. Följsamheten till klädregler fortsätter att vara högre än till hygienrutiner, 94 respektive 83 procent.²¹⁴

Utbildningar inom vårdhygien för personal som jobbar i kommunala verksamheter

Utbildningen Basala hygienrutiner i vård och omsorg vänder sig till verksamma inom äldre- och funktionshindersomsorg. Målet är att öka följsamheten till hygienrutiner och därmed minska spridning av infektioner inom kommunala verksamheter.

Webbutbildningen lanserades 8 december 2020, och fram till oktober 2022 hade 85 000 genomfört den. Under 2022 genomförde 28 959 personer utbildningen (2022-12-06). Sett till dem som avslutat utbildningen var undersköterska den vanligaste yrkeskategorin, följt av vårdbiträde.

Smittskyddets organisation behöver stärkas

En översyn av de regionala smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet för att genomföra sitt uppdrag pekar på vikten av att det finns en biträdande smittskyddsläkare inom verksamheten, vilket det inte gör i alla regioner. Det framkom även att smittskyddsenheterna och smittskyddsläkaren behöver vara centralt placerade i regionens organisation för att verksamheten ska kunna ta det samlade ansvar som anges i smittskyddslagen (2004:168).²¹⁵

Tillgång till vårdhygienisk expertis behöver också säkerställas för att vård- och omsorgsgivarna ska kunna uppfylla kraven på god vård enligt 3 kap. 1 § HSL. Det vårdhygieniska arbetet behöver samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet, i enlighet med WHO:s riktlinjer på området.

Det finns även behov av att kommunalt finansierade verksamheter bygger en stabil kunskapsbas inom smittskydds- och vårdhygienområdet och att sådan kunskap implementeras i verksamheterna. I de regioner där samverkan fungerar sämre föreslås att regionen, med hjälp av smittskyddsläkaren och högsta ansvarig för vårdhygien, tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna ser över formerna för och innehållet i denna samverkan.²¹⁶

Ökad antibiotikaförsäljning under 2022

Antibiotikaförsäljningen på recept i riket låg 2022 på 251 recept per 1 000 invånare, vilket var en ökning med 9 procent jämfört med 2021. Tio av regionerna uppnådde det nationella målet på högst 250 recept per 1 000 invånare och år. Variationen i regionerna var 215–280 recept under 2022.²¹⁷

Försäljningen ökade i samtliga åldersgrupper jämfört med 2021, men mest bland barn i åldern 0–6 år där den ökade med 35,6 procent jämfört med året innan. Dock var försäljningen lägre i samtliga åldersgrupper under 2022 jämfört med 2019. Försäljningen av antibiotika mot luftvägsinfektioner ökade

²¹⁴ Sveriges Kommuner och Regioner. Resultatmätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Hämtad 22-12-10 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienerutiner/resultatmatningbhhk.2277.html>.

²¹⁵ Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet. Översyn och förslag till utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

²¹⁶ Socialstyrelsen; 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8219.pdf>

²¹⁷ Swedres-Svarm 2021. Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala ISSN1650-6332.

med 10,9 procent under fjärde kvartalet 2022, jämfört med motsvarande period 2021. Jämfört med 2019 var försäljningen av antibiotika mot luftvägsinfektioner, hud- och mjukdelsinfektioner och urinvägsinfektioner lägre under 2022.

Antibiotikaförsäljningen till sjukhus ökade med 7 procent under 2022 jämfört med 2021, justerat för vårdproduktion. Under 2000-talet har sjukhusen gått ifrån den höga användningen av bredspektrumantibiotika. I stället har smalspektrumantibiotika ökat, med 23,2 procent under 2022 jämfört med föregående år. Användningen av bredspektrumantibiotika i riket ökade marginellt mellan 2021 och 2022.²¹⁸

Sverige är ett av EU-länderna med lägst antibiotikaförbrukning, och särskilt inom öppenvård är den totala antibiotikaförsäljningen och andelen bredspektrumantibiotika långt under genomsnittet för EU/EEA. Även inom slutenvården ligger Sverige under genomsnittet när det gäller andelen bredspektrumantibiotika av i relation till total antibiotikaförsäljning, men andelen är hög i jämförelse med övriga nordiska länder.²¹⁹

Resistensutveckling och förekomst av antibiotikaresistenta bakterier

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka. Läget i Sverige är dock gynnsammare än i många andra länder i Europa tack vare det förebyggande arbete som bedrivs. Vissa områden visar dock en oroande utveckling:

- Ett stort problem i Sverige är den ökande förekomsten av ESBL hos tarmbakterier, för närvarande 7 procent för *Escherichia coli* från blododlingar. I andra europeiska länder rapporteras om 6–36 procent.²²⁰
- Ett stort hot är tarmbakterier som är resistenta mot karbapenemer (ESBL-CARBA). I Sverige står dessa fall för under 1 procent av alla allvarliga infektioner, men antalet anmälda fall ökar.²²¹
- För vancomycinresistenta enterokocker ses en oroväckande ökning i Europa, till nuvarande 17 procent av allvarliga infektioner.²²² I Sverige är andelen under 1 procent.²²³ Förekomsten av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) minskar i Europa, och 2021 var resistensen vid allvarliga infektioner 16 procent. I Sverige var andelen 2 procent.
- Sverige har legat relativt stabilt vad gäller *C. difficile*-infektioner, som är en vanlig vård- och antibiotikarelaterad infektion, med en förekomst på 61 fall per 100 000 invånare och år. Det finns dock stora regionala skillnader.²²⁴

²¹⁸ Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2023-02-06 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2023/februari/forsaljningen-av-antibiotika-okade-under-2022/>.

²¹⁹ Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report for 2021.

²²⁰ Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) Annual Epidemiological Report for 2021.

²²¹ Swedres-Svarm 2021. Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala ISSN1650-6332.

²²² Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) Annual Epidemiological Report for 2021.

²²³ Swedres-Svarm 2021. Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala ISSN1650-6332.

²²⁴ Data från Sminet, Folkhälsomyndigheten. Statistik A–Ö om smittsamma sjukdomar. Hämtad 2022-12-08 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/>.

Säker vård här och nu

Webbutbildningen Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet lanserades i slutet av 2021 och riktar sig till medarbetare samt chefer och ledare i hela hälso- och sjukvården.²²⁵ I januari 2023 var 16 417 personer inskrivna i utbildningen och 10 402 personer hade avslutat den.²²⁶

Främst kommer deltagarna från regionala och kommunala verksamheter och från vårdens legitimationsyrken men även andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården går utbildningen.

Webbutbildningen Förebygg och förhindra smitta – för chefer i vård och omsorg lanserades i december 2022 och utgick från den tidigare webbutbildningen Basala hygienrutiner i vård och omsorg och föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder enligt SoL. Den innehåller två moduler: Basala hygienrutiner i din verksamhet och Smittförebyggande åtgärder i din verksamhet.

Internationell och nationell patientsäkerhetsdag

Den internationella patientsäkerhetsdagen infaller den 17 september varje år och 2022 var temat Säker läkemedelshantering. Läkemedelsrelaterade skador utgör en stor del av vårdskadorna och covid-19-pandemin har satt ännu större fokus på riskerna med läkemedel. WHO:s tredje globala patientsäkerhetsmål, ”Medication without harm”²²⁷, var i centrum.²²⁸ Socialstyrelsen har lagt ut information och material om dagen på webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet.²²⁹

Den nationella patientsäkerhetsdagen den 15 september hade temat Agera för säker vård. Dagen genomfördes med Nationellt råd för patientsäkerhet och representanter för kommuner och regioner. Syftet var att skapa en mötesplats där deltagarna kunde ta del av arbetet med den nationella handlingsplanen och av goda exempel från patientsäkerhetsarbetet i landet samt utbyta erfarenheter.²³⁰ Socialstyrelsen avser att genomföra en patientsäkerhetsdag varje år i anslutning till den internationella patientsäkerhetsdagen.

²²⁵ Socialstyrelsen. Säker vård- nationell utbildning i patientsäkerhet. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktuellt/saker-varld--nationell-utbildning-i-patientsakerhet/>.

²²⁶ Data hämtat 2023-01-26.

²²⁷ WHO. Medication without harm. Hämtad 2022-11-15 från: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.

²²⁸ WHO. World patient safety day. Hämtad 2022-11-15 från: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2022>.

²²⁹ Socialstyrelsen. Internationella patientsäkerhetsdagen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktorer-i-omvarlden/internationella-patientsakerhetsdagen/>.

²³⁰ Socialstyrelsen. Nationella patientsäkerhetsdagen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktuellt/nationella-patientsakerhetsdagen/>.

8. Hälso- och sjukvårdens effektivitet och kostnader

Detta kapitel innehåller uppgifter om hälso- och sjukvårdens effektivitet utifrån kompetensförsörjning och kostnadsutveckling samt en prognos för läkemedelsförsäljningen och kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

lakttagelser i korthet

- Tillräcklig kompetensförsörjning är avgörande för en effektiv hälso- och sjukvård.
- Strategisk produktionsplanering, kompetensförsörjning och organisering av arbetet behövs för att matcha de vårdbehov som finns och kommer att uppstå.
- Det nationella planeringsstödet kan användas mer för proaktivt arbete.
- De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2020 till 573 miljarder kronor. Det var 16 miljarder kronor (2,9 procent) mer än året innan, räknat i 2020 års prisnivå.
- Botande och rehabiliterande sjukvård står för mer än hälften av de totala kostnaderna.
- I jämförelse med andra OECD-länder lägger Sverige en stor andel av BNP på hälso- och sjukvård.
- Kostnaderna för förmånsläkemedel ökade med 6,3 procent 2022. Det kan jämföras med 2021 då kostnaderna ökade med 2,4 procent.

Kompetensförsörjning viktig för en effektiv vård

På systemnivå syftar begreppet effektivitet till att fånga hur väl de övergripande målen med hälso- och sjukvården uppnås, i relation till de resurser som används. Att använda resurserna på bästa sätt är avgörande för utvecklingen inom hälso- och sjukvården, och det är därför angeläget att söka efter möjligheter att öka vårdens produktivitet och effektivitet. Effektivitet kan sägas innebära att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel etc. ska användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till målen om god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.

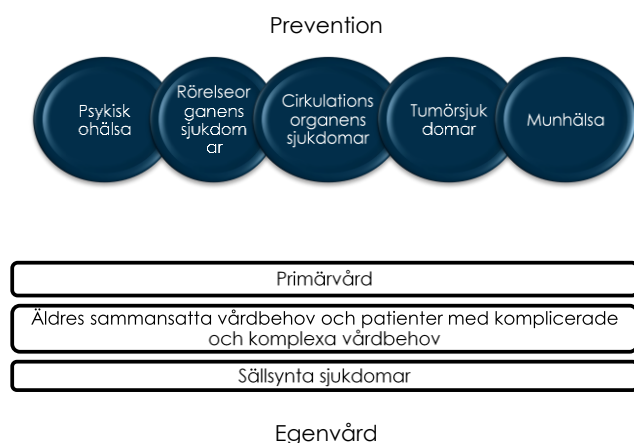
Kompetensförsörjning är sedan länge en av de stora utmaningarna inom hälso- och sjukvården. Att attrahera, rekrytera och behålla personal är viktigt för att kunna upprätthålla en effektiv och god vård. Bristen på kompetens riskerar att äventyra både kontinuitet, trygghet, kvalitet och effektivitet i vården.

**LÄS
MER!**

Vårdbehov och samhällskostnader

De senast tillgängliga sammanställningarna över kostnaderna för hälso- och sjukvård och produktionsbortfallen för olika diagnosområden visar att vårdens kostnader var högst för psykisk ohälsa, följt av rörelseorganens sjukdomar, sjukdomar i cirkulationsorganen och tumörer. I det nationella planeringsstödet 2023 visas en modell av dessa diagnosområden (figur 8.1).²³¹

Figur 8.1 Urval av diagnosområden



Produktionsplanering, kompetensförsörjning och organisering behöver utvecklas

Vårdbehoven ökar eller är inte tillräckligt tillgodosedda inom BUP, rehabilitering efter cancer, strokevård och artrosvård samt tandvård till unga och äldre i delar av Sverige. För att möta vårdbehoven behöver produktionsplaneringen utvecklas tillsammans med kompetensförsörjning och organisering av arbetet. Utmaningar som finns med att behålla och rekrytera rätt kompetens i de olika områdena beskrivs nedan.

- BUP har svårt att rekrytera och behålla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Erfaren personal lämnar verksamheten, och även om staten har skjutit till medel har det inte blivit en mer attraktiv arbetsplats.
- Inom rörelseorganens sjukdomar och reumatologin påverkas verksamheten av att utrymmet för pågående lokalt kvalitetsutvecklingsarbete, fortbildning och forskning har krympt. Specialistkompetens hos andra legitimationssyrken än läkare värderas så lågt att konsekvensen blivit att personal lämnar hälso- och sjukvården helt.
- Inom artrosvården behövs en förändring av arbetssätt inom alla vårdnivåer för att efterleva de nationella riktlinjerna. Fysisk träning med stöd av patientutbildning, handledning och uppföljning den rekommenderade behandlingen.
- Inom hjärtvård är en utmaning utifrån ett kompetensförsörjningsperspektiv att skapa multidisciplinära samarbeten på mindre sjukhus. Antalet dödsfall

²³¹ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

orsakade av cirkulationssjukdomar minskar dock och Sveriges hjärtvård håller hög internationell kvalitet.

- I rehabilitering av stroke är övergången från den specialiserade vården till primärvård och kommunal hälso- och sjukvård en svårighet. På många ställen finns inte multidisciplinära team tillgängliga, vilket riskerar leda till att vårdbehoven inte kan mötas.
- Allt fler överlever cancerdiagnoser, så rehabiliteringen behöver byggas ut och fler professioner vara delaktiga i att utveckla verksamheterna. Parallellt pågår utvecklingen inom precisionsteknologin som innebär att nya professioner får allt större betydelse. Samtidigt finns det utmaningar med de ständiga underbemanningarna.
- Tandvårdens uppdrag har utvidgats och den faktiska arbetssituationen motsvarar inte förväntningar på tandvårdsprofessionernas yrkesinnehåll. Frågor om utbildningars innehåll och introduktion till arbetslivet har ökat i betydelse samtidigt som det också pågår en generationsväxling inom professionen.

Regionerna och kommunerna arbetar aktivt för att förbättra arbetssituationen för sin personal

Regionerna har under året arbetat på flera sätt för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal, exempelvis genom att ta fram karriärutvecklingsmodeller för legitimationsyrkena. Flera av regionerna har också arbetat med fokusområden såsom utvecklat ledarskap och återhämtning.

I tabell 8.1 visas en sammanställning av insatser som regionerna arbetar med för att göra vårdsyrkena mer attraktiva.

Tabell 8.1 Regioners insatser för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal

Tabell X. Regioners insatser för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal	Antal
Särskilda satsningar på lön och/eller ersättningar (t.ex. OB)	17
Insatser för att höja sysselsättningsgraden/få fler att jobba mer (heltid)	12
Insatser för att få fler att förlänga arbetslivet (senarelägga pensionen)	15
Insatser för att minska sjukskrivningarna	19
Förändringar i schemalaggningen	17
Utveckling av karriärvägar	18

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022.

Kommunerna rapporterade om fortsatt stora utmaningar med att rekrytera legitimerad personal till kommunala verksamheter. Det finns dessutom lite utrymme i verksamheten för att utöka kompetensen inom yrkesgrupperna.

Arbetet med att förbättra arbetssituationen för den befintliga personalen inom legitimationsyrkena har bedrivits på många olika sätt i kommunerna under året. Över 70 procent uppgav att de har erbjudit möjligheter till kompetensutveckling. Tabell 8.2 visar exempel på andra insatser som genomförts i kommunerna.

Tabell 8.2. Kommuners insatser för att förbättra arbetssituationen för befintlig personal

Tabell x Insatser av kommunerna för förbättrad arbetssituation	% andel
Särskilda satsningar på lön och/eller ersättningar (t.ex. OB)	53
Insatser för att höja sysselsättningsgraden/få fler att jobba mer (heltid)	42
Insatser för att få fler att förlänga arbetslivet (senarelägga pensionen)	21
Insatser för att minska sjukskrivningarna	49
Förändringar i schemaläggningen	47
Utveckling av karriärvägar	39

Källa: Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2022.

Andra påbörjade insatser inom kommunerna är att höja grundbemanningen och kunskapsnivån hos baspersonal. Flera framhöll att de arbetar systematiskt med att förstärka samverkan, kommunikation och informationsöverföring. Vissa har förstärkt hälso- och sjukvårdsledningen med legitimerad personal. Flera kommunerna uppgav att de erbjuder heltidsarbeten som norm och erbjuder pensionärer att arbeta kvar eller gå som timanställda.

Det finns exempel på kommuner som har ökat antalet timanställda specialistsjuksköterskor, och tillsvidareanställda specialistsjuksköterskor ges möjlighet till ledighet, distansarbete och sidoprojekt. Vissa kommuner finansierar grundutbildningen till specialistsjuksköterskor och anställer sjuksköterskestudenter under pågående utbildning. Andra har ambulerande specialistsjuksköterskor och arbetar strukturerat med att förbättra digitala verktyg. Flera uppgav också att de använde språkombud för att stödja kollegors utveckling.

Miljöer med strukturer för lärande har bättre förutsättningar för utvecklingsarbete

I miljöer där det finns strukturer för ett kontinuerligt lärande, oberoende om det handlar om forskning, fortbildning eller lokalt kliniskt utvecklingsarbete, är förutsättningarna bättre för det än i miljöer utan sådana strukturer. Flera betonade att kliniskt utvecklingsarbete, forskning och fortbildning är områden som fått stå tillbaka under många år. Förutom personalbrist har möjligheter till kollegial reflektion minskat, och i en kontext där patienters behov och önskemål är allt mer komplexa blir det en särskild utmaning.

Multidisciplinära team och uppgiftsväxling gör arbetet effektivare

I 15 regioner bedrivs arbete med uppgiftsväxling mellan olika professioner. För att stödja utvecklingen av multiprofessionella team krävs det att samtliga ser vinsten av att jobba tillsammans och att teamet ges rätt förutsättningar. Detta ställer krav på att medarbetare är engagerade och involverade i det arbete som ska utföras.²³²

Personcentrerad vårdplanering, patientcentrerat arbetssätt, delat beslutsfattande och stöd till egenvård och patientmedverkan är viktiga delar i ett väl fungerande multiprofessionellt team.

²³² Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät.

Uppgiftsväxling kan leda till förbättrad arbetsmiljö

Uppgiftsväxling är ett område som kan leda till förbättrad arbetsmiljö genom att verksamheter bättre kan ta tillvara kompetens, öka effektivitet och ge utrymme till återhämtning. I 15 regioner arbetar man med uppgiftsväxling, liksom i 24 procent av kommunerna.²³³

Enligt Läkarsällskapets specialistföreningar är uppgiftsväxling ett område under pågående utveckling. En förutsättning för uppgiftsväxling från läkare till sjuksköterskor, eller från sjuksköterskor till undersköterskor, är att det finns ett välutvecklat teamarbete runt patienten.

Uppgiftsväxling genom organisatoriska förändringar kan skapa obalans

I vissa fall driver sjukhusledning organisatoriska förändringar för att de är mer ekonomiskt fördelaktiga. Inom till exempel endoskopienheterna i landet finns endoskoperande sjuksköterskor. Denna uppgiftsväxling har varit ett sätt att möta det ökade behovet av koloskopier runt om i landet. Det finns dock en oro bland läkare att detta ska påverka utbildningen av blivande gastroenterologer eftersom de ofta har sämre tillgång till den utbildning och färdighetsutbildning som behövs för en hög och bibehållen endoskopisk kompetens, jämfört med endoskopisköterskor.

Bristen på specialistsjuksköterskor och specialistundersköterskor försvårar kompetensväxling

Flera specialistföreningar lyfter också fram att bristen på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor försvårar kompetensväxling. Samtidigt pågår arbete med att föra över arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper än sjuksköterskor. Det gäller till exempel fysioterapeuter, logopeder och dietister.

Infrastruktur, medicinteknik och hälsodata

Infrastruktur, informationsteknologi och hälsodata är områden som påverkar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals förutsättningar och arbetsmiljö. Många regioner och kommuner arbetar med att förbättra IT-miljön och anger att arbetet är nära sammankopplat med arbetsmiljöarbetet.²³⁴

Utvecklingsarbeten med informationsteknologi behöver bli mer ändamålsenliga för verksamheten

Yrkes- och professionsorganisationerna menar att det läggs för lite resurser för att utveckla ändamålsenlig informationsteknologi. Inom verksamheter med god ekonomi skulle därmed en ändamålsenlig informationsteknologi kunna bli utvecklas bättre än i de verksamheter som har mindre resurser. Vidare lyfter de vikten av att involvera läkare och andra yrkesprofessioner i utvecklingsarbetet. De betonar också att infrastruktursatsningar behöver ha koppling till den snabba medicinska och tekniska utvecklingen, för att tillgängliggöra god vård enligt bästa tillgängliga evidens.

²³³ Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät.

²³⁴ Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät.

Utbildningar behöver bli attraktiva och säkerställas

Vårdutbildningarnas attraktivitet, relevans, kvalitet och dimensionering är viktiga aspekter när det gäller att upprätthålla och utveckla kompetensförsörjningen. I tio av legitimationsyrkesutbildningarna var det mindre än två sökande per studieplats. Antalet sökande för audionomexamen och sjukhusfysikerexamen var mindre än en sökande per plats. Intresset för vårdutbildningar ökade dock under pandemin.

Svårigheter med lågt söktryck på sjuksköterskeprogrammet

Lärosätena har ökat antalet platser till sjuksköterskeprogrammet. Under våren 2021 antogs närmare 16 000 studenter till sjuksköterskeutbildningen. Svensk sjuksköterskeförening menar att fler platser har medfört lägre antagningspoäng på grundutbildningen. Det har i sin tur lett till att fler studenter behöver stöd för att klara undervisningen, att fler hoppar av studierna och att alla studenter inte klarar tröskelnivåerna. Det är oroande att söktryck och genomströmning är låga inom flera legitimationsyrken. Behoven av personal inom många yrkesgrupper är stort och kan delvis förväntas öka. När årskullarna av ungdomar blir allt mindre är risken dessutom stor att situationen förvärras.

Förändringar i hälso- och sjukvårdens organisering har påverkat utbildnings- och forskningsuppdraget

Läkarförbundets specialistföreningar rapporterade att förändringar i hälso- och sjukvårdens organisering har påverkat både utbildnings- och forskningsuppdraget. Inom flera områden är det svårt att möta behovet av utbildning med tillgängliga handledare eftersom åtagandet upplevs bli för stort, men man har även uppmärksammat en ansvarsförskjutning så att det tar längre tid i karriären innan ST-läkare fattar självständiga beslut. Konsekvensen blir att handledningstiden förlängs och sträcker sig även till nyligen färdiga specialister.

Nationella planeringsstödet kan användas proaktivt för att möta kompetensförsörjningsutmaningar

Det nationella planeringsstödet skulle kunna vara ett effektivt stöd i arbetet med att utveckla en gemensam referensram för att möta utmaningarna som Sverige står inför inom kompetensförsörjningsområdet.

Det nationella planeringsstödet ska kunna användas mer proaktivt

Tillsammans med nationella riktlinjer, kunskapsstöd och utvärderingar finns möjlighet att använda det nationella planeringsstödet för att identifiera kompetensbehov inom olika områden där behoven är störst. Detta gör det möjligt att sammanställa information och föra dialoger med yrkes- och professionsorganisationerna samtidigt som huvudmän och lärosäten kan visa både dagens och framtidens behov.

En sådan utveckling skulle kunna bidra till att pågående utvecklingstrender inom medicin och teknik kan inkluderas i framtidsprognoser. Det är viktigt eftersom det finns utvecklingstrender som kan peka på ökat och minskat behov av legitimerad personal inom olika områden.

En nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ska utformas

Nationella vårdkompetensrådet har fått i uppdrag av regeringen att utarbeta förslag till en handlingsplan som bland annat ska innefatta vilka insatser som kan behövas för att förbättra personalförsörjningen. Uppdraget ska innefatta en nationell kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal samt förslag på vilka insatser för befintlig och ny vårdpersonal som kan behövas för att förbättra personalförsörjningen inom hälso- och sjukvården.²³⁵

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Uppgifter om kostnaderna bygger framför allt på data från SCB. De data som presenteras (huvudsakligen från Hälsoräkenskaperna) baseras i sin tur på uppgifter från bland annat kommunernas och regionernas räkenskapssammandrag. Dessa data har en viss eftersläpning. För att uppgifter om kostnader ska vara jämförbara mellan åren har de fastprisberäknats till 2020 års prisnivå, om inget annat anges. Detta innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett prisindex.²³⁶ I det fall regionernas kostnader för hälso- och sjukvård särredovisas används kostnadsbegreppet *kostnad för det egna åtagandet*.

Totala kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2020 till 573 miljarder kronor,²³⁷ vilket var 16 miljarder kronor (2,9 procent) mer än året innan, räknat i 2020 års prisnivå. Det innebär en något högre kostnadsökning jämfört med året dessförinnan. Sedan 2017 har kostnaderna ökat med drygt 38,9 miljarder kronor (7,3 procent) i 2020 års prisnivå.

Största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 51 procent eller 293 miljarder kronor, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, vilket framgår av figur 8.2 nedan. Här ingår botande och rehabiliterande slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hemsjukvård.

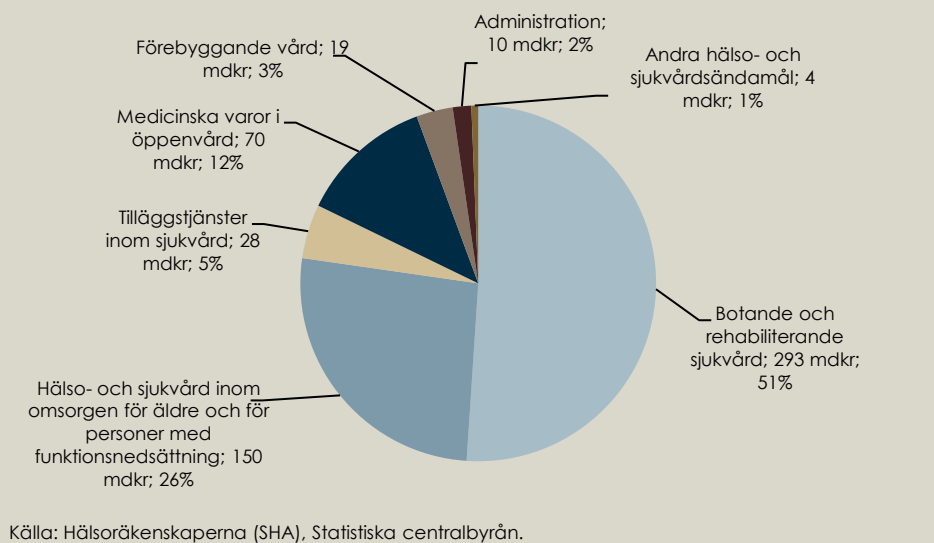
²³⁵ Nationella vårdkompetensrådet. Hämtad 2023-03-01 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/aktuellt/nyheter/pressmeddelande-nationella-varldkompetensradet-ska-ta-fram-forslag-till-en-nationell-plan-for-halso--och-sjukvardens-kompetensforsorjning/>.

²³⁶ I beräkningarna används ett konsumtionsprisindex för regioner från SCB för hälso- och sjukvård (2020). Användning av prisindex skulle kunna få viss påverkan på resultaten.

²³⁷ Baseras på uppgifter från Hälsoräkenskaperna (SCB) som inbegriper flera olika finansiärer såsom staten, kommuner, regioner och regionägda bolag, hushåll och företag.

Figur 8.2. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2020

Fördelning av totalt 573 miljarder kronor



Kostnader för botande och rehabiliterande vård

Jämfört med året innan har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård ökat med cirka 2,2 procent. Öppenvården stod för mer än hälften av kostnaderna för botande och rehabiliterande vård (160 miljarder kronor). Kostnaden för öppenvård har ökat med 7,3 miljarder kronor (4,8 procent) sedan 2017. Slutenvårdskostnaderna har under samma period ökat med 10,8 miljarder kronor (10,0 procent).

Kostnader för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning

Den näst största delen, cirka 26,2 procent, av hälso- och sjukvårdskostnaderna är hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Dessa kostnader finansieras i hög grad av kommunerna. Kostnaderna ökade med 7,4 miljarder kronor (5,2 procent) under perioden 2017–2020.

Kostnader för medicinska varor – öppenvård

Kostnader för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter uppgick 2020 till 70 miljarder kronor, vilket är cirka 12,2 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Kostnaderna 2020 var i nivå med föregående år, och 2017–2020 ökade kostnaderna med 3,3 miljarder kronor (5,0 procent). Ökningen beror främst på ökade kostnader för receptförskrivna läkemedel.

Övriga kostnader

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård, administration och övriga vårdkostnader. Kostnader för förebyggande vård utgjorde 3,3 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna 2020 och ökade med 1,5 miljarder 2017–2020 (8,4 procent). Dock är kostnaden för förebyggande vård som redovisas i det här sammanhanget en mycket liten del av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden. Ökningen av kostnaden för

förebyggande vård beror i hög grad på att kostnaderna för smittskyddsarbete (epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete) mer än fyrdubblades 2019–2020. En tänkbar förklaring till den markanta kostnadsökningen för 2020 är covid-19-pandemin.²³⁸

Tabell 8.3. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2017–2020

Miljarder kronor fasta priser, 2020 års prisnivå

	Kostnader, miljarder kronor				Andel 2020	Förändring 2017–2020 Miljarder kronor (%)
	2017	2018	2019	2020		
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	534,4	552,0	557,3	573,4	100%	38,9 (7,3 %)
<i>Årlig förändring</i>	0,9%	3,3%	1,0%	2,9%		
Botande och rehabiliterande sjukvård	274	281	286	293	51,0%	19,0 (6,9 %)
Dagsjukvård	10	10	10	11	1,9%	0,5 (4,5 %)
Öppenvård	153	157	161	160	28,0%	7,3 (4,8 %)
- Allmän botande öppenvård	30	30	30	33	5,8%	3,3 (11,1 %)
- Tandvård	30	31	31	28	4,9%	-2,0 (-6,7 %)
- Övrig specialiserad öppenvård	74	77	79	77	13,5%	3,1 (4,2 %)
- Övrig botande öppenvård	18	19	21	21	3,7%	2,9 (15,8 %)
Slutenvård	108	111	112	119	20,7%	10,8 (10,0 %)
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	3	3	3	3	0,5%	0,4 (16,3 %)
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	143	146	147	150	26,2%	7,4 (5,2 %)
Särskilda boendeformer	92	93	94	96	16,8%	4,6 (5,1 %)
Ordinärt boende	44	45	46	47	8,2%	3,2 (7,2 %)
Dagverksamhet och korttidsvård	7	7	7	7	1,2%	-0,4 (-5,5 %)
Medicinska varor i öppenvård	67	70	69	70	12,2%	3,3 (5,0 %)
Läkemedel och förbrukningsartiklar	53	55	54	56	9,8%	3,4 (6,5 %)
- Receptföreskrivna läkemedel	36	38	37	39	6,7%	2,6 (7,3 %)
- Receptfria läkemedel	12	12	12	13	2,3%	0,8 (6,3 %)
- Dagligvaror och förbrukningsartiklar	4	4	5	4	0,7%	0,0 (0,7 %)
Hjälpmedel och andra varaktiga varor	14	15	15	14	2,4%	-0,1 (-0,7 %)
Tilläggstjänster inom sjukvård	21	23	24	28	4,9%	6,9 (32,0 %)
Förebyggande vård	18	19	18	19	3,3%	1,5 (8,4 %)
Information, utbildning och rådgivning	8	8	8	8	1,3%	0,0 (-0,1 %)
Allmänna hälsokontroller	7	8	7	7	1,2%	0,0 (0,3 %)
Immuniseringsprogram	2	2	2	2	0,4%	0,1 (3,6 %)
Smittskyddsarbete	0	0	0	2	0,3%	1,4 (427,2 %)
Administration	9	10	10	10	1,7%	0,8 (8,9 %)
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	3	4	4	4	0,6%	0,1 (2,5 %)

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

²³⁸ OECD & WHO. A System of Health Accounts (SHA) 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. Hämtad 2022-12-15 från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Hälso- och sjukvården genomgår en strukturell förändring

En strukturell förändring pågår av hela hälso- och sjukvårdsområdet.^{239 240} Exempelvis ska den prehospitla vården, den högspecialiserade vården och primärvården ställas om så att primärvården fungerar som navet i hälso- och sjukvården. En aspekt i sammanhanget är kostnadsutveckling, resurstilldelning och resursanvändning. Omställningen kan följas på olika sätt för att ge en bättre förståelse. Inom ramen för denna rapport presenteras utvecklingen av:

- hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av bruttonationalprodukten (BNP)
- regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader.

Hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP uppgick till 11,5 procent 2020 (vilket kan jämföras med 10,8 procent 2019, se figur 8.3). Regioners och regionägda bolags utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP uppgick till 6,7 procent 2020 (vilket kan jämföras med 6,3 procent 2019).

Regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård har varit förhållandevis stabil över tid (se vidare bilaga 2). Socialstyrelsen har inom ramen för en uppföljning av omställningen till en mer nära vård inkluderat ett liknande mått. Den analysen visade kostnaderna för primärvården som regioner och kommuner själva finansierar (alltså exklusive statsbidrag) i förhållande till deras totala kostnader för hälso- och sjukvård.

Analysen visade att kostnaderna för primärvården inte förändrats i någon större utsträckning (baserat på uppgifter från 2013–2020).²⁴¹ Framöver kan metoderna för att följa upp den pågående omställningen utvecklas ytterligare.

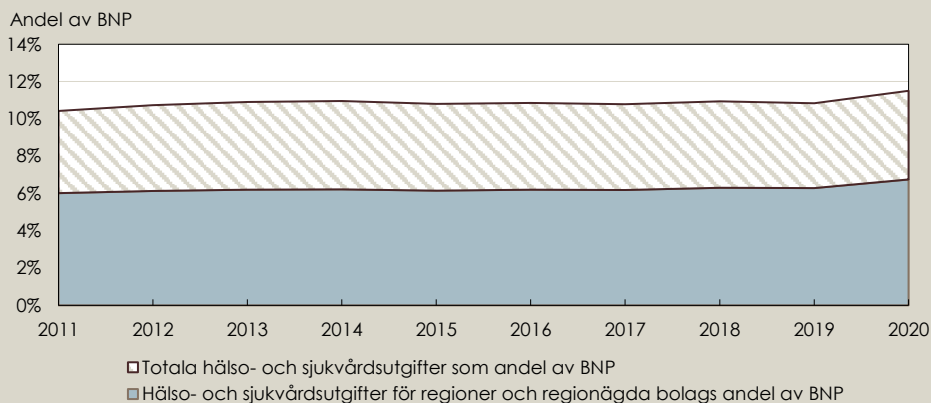
²³⁹ Socialdepartementet. God och nära vård 2022: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Hämtad 2022-12-15 från: https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-halso-och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf. 2022.

²⁴⁰ Statens offentliga utredningar. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen: Samordnad utveckling för god och nära vård. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/>. 2020.

²⁴¹ Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till god och nära vård. Hämtad: 2022-12-19 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-var-d/uppfoljning/>.

Figur 8.3. Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP totalt och för regioner och regionägda bolag.*

De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP har varit förhållandevis stabil under de senaste åren. En viss ökning kan noteras för 2020 då andelen uppgick till 11,5 procent (jämfört med 10,8 procent år 2019). Regioners och regionägda bolags utgifter för hälso och sjukvård som andel av BNP har också varit förhållandevis stabil under de senaste åren. Även här kan en viss ökning noteras för 2020 då andelen uppgick till 6,7 procent (jämfört med 6,3 procent år 2019).



Källa: Hälsöräkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån.

Covid-19-pandemin har påverkat hälso- och sjukvårdens kostnader

Både 2020 och 2021 präglades i hög grad av covid-19-pandemin som påverkat vården och medfört merkostnader. Under pandemin har bland annat planerad vård fått stå tillbaka och väntetiderna blivit längre.²⁴² Under perioden 2020–2021 betalade staten ut ungefär 105 miljarder kronor i statsbidrag till regioner och kommuner till följd av pandemin (notera att beloppet inte enbart avser kostnader för hälso- och sjukvård).²⁴³

Nedanstående tabell 8.4 visar hur regionernas kostnader för hälso- och sjukvård utvecklades 2017–2021.²⁴⁴ En viktig skillnad mot hälsöräkenskaperna (tabell 8.4) är att enbart regionernas kostnader inkluderas. Därutöver inkluderas inte kostnader för politisk verksamhet eller serviceverksamheter²⁴⁵. Dessa uppgifter bör därför tolkas försiktigt.

Uppgifterna tyder på att regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård ökade med 8,7 procent under perioden 2017–2021. Trots detta minskade tandvårdens kostnader under perioden (-3,7 procent, se tabell 8.4). Minskningen kan förklaras av drastiskt minskade kostnader under pandemin.²⁴⁶ En tänkbar förklaring är bland annat färre besök, främst i början av pandemin.²⁴⁷

²⁴² Socialstyrelsen. Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser - slutredovisning. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7807.pdf>

²⁴³ Statskontoret. Coronapandemin har krävt statliga åtgärder inom kommunala och regionala verksamheter. Hämtad 2022-12-12 från: <https://www.statskontoret.se/fokusomraden/statlig-styrning-av-kommuner-och-regioner/coronapandemin-har-kravt-statliga-atgarder/>.

²⁴⁴ Kostnads måttet "Kostnad för eget åtagande" används. Detta kostnads mått skiljer sig något från övriga kostnader som presenteras i denna rapport, vilka huvudsakligen baseras på uppgifter från Hälsöräkenskaperna (SHA).

²⁴⁵ Inkluderar medicinsk service (exempelvis verksamheter vid laboratorier och operations- och röntgenavdelningar), allmän service (all serviceverksamhet som inte innefattas av medicinsk service eller fastighetsförvaltning) och fastighetsförvaltning.

²⁴⁶ Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten oktober 2021. Stockholm: SKR; 2021.

²⁴⁷ 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>.

År 2021 ökade dock regionernas kostnader för tandvård något jämfört med 2020 (1,6 procent).

Sedan den 1 april 2022 klassas inte pandemin som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom av Folkhälsomyndigheten. Det är dock troligt att pandemin även under kommande år kommer att påverka hälso- och sjukvården, och exempelvis har planerad vård i vissa delar av hälso- och sjukvården fått stå tillbaka.

Tabell 8.4, Regionernas kostnader för det egna åtagandet uppdelat på verksamhet.

Miljarder kronor fasta priser, 2021 års prisnivå.

Verksamhet	Kostnader 2021 (mdkr)	Förändring 2017-2021 (%)
Primärvård	73,1	14,3 %
Specialiserad somatisk vård	194,6	8,1 %
Specialiserad psykiatrisk vård	30,6	7,8 %
Tandvård	11,2	-3,7 %
Övrig hälso- och sjukvård	34,6	6,5 %
Summa hälso- och sjukvård*	344,0	8,7 %

*Exklusive kostnader för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvården samt serviceverksamheter. Även exklusive kostnadsuppgifter för region Gotland.

Kostnaderna för läkemedel förväntas fortsätta att öka

Socialstyrelsen gör årligen prognoser över kostnaderna för förmånsläkemedel, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel. Kostnadsuppgifterna som presenteras är utan återbärings²⁴⁸ mellan företag och regioner. Nivåerna i återbäringsavtalen är sekretessbelagda och inte kända för Socialstyrelsen. Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) har uppskattat den totala återbäringen till 2,4 miljarder kronor för 2022.²⁴⁹

År 2022 uppgick de totala kostnaderna för förmånsläkemedel till 37 miljarder kronor, varav 30,3 miljarder kronor var förmånskostnader som betonas av regionerna.²⁵⁰ Resterande var egenavgifter och merkostnader som patienter betalade. Regionernas kostnader för förmånsläkemedel ökade med 6,4 procent 2022 jämfört med 2021, vilket innebär en något högre öknings-takt jämfört med föregående år då kostnaderna ökade med 2,4 procent.²⁵¹

Enligt Socialstyrelsens senaste prognos förväntas förmånskostnaderna för läkemedel, exklusive egenavgifter och handelsvaror, uppgå till 32,5 miljarder kronor 2023 och 34,2 miljarder kronor 2024. Dessa belopp är en revidering av den prognos som publicerades i oktober 2022, med anledning av förändrad förmånsstatus för vissa läkemedel vid behandling av cystisk fibros.²⁵²

²⁴⁸ I vissa fall tecknar företag och regioner så kallade återbäringsavtal. Dessa avtal kan exempelvis medföra att regionerna och staten får en viss återbärings på kostnaderna för ett visst läkemedel.

²⁴⁹ Tandvårds- och läkemedelförmånsverket. 2022 års andra prognos av besparingar från sidoöverenskommelser. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2022-12-13-2022-ars-andra-prognos-av-besparingar-fran-sidooverenskommelser.html>.

²⁵⁰ Regionerna får årligen ett bidrag från staten för bland annat läkemedel och handelsvaror inom förmånen.

²⁵¹ Data från E-hälsomyndigheten.

²⁵² Socialstyrelsen. Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2022–2025. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8172.pdf>.

Även kostnaderna för läkemedel som används inom slutenvården (rekvisionsläkemedel) förväntas öka under prognosperioden, från 12 miljarder kronor 2022 till 13 miljarder kronor 2023 och 13,9 miljarder 2024.²⁵³

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) förväntas öka från 1,1 miljarder kronor 2022 till 1,2 miljarder kronor 2024.²⁵⁴

Prognoserna är förenade med flera osäkerheter, bland annat om antal behandlade patienter, introduktion av nya läkemedel, framtida konkurrens och inflationens påverkan.

Goda ekonomiska resultat för kommunsektorn men den ekonomiska situationen förväntas bli mer ansträngd

Kostnaderna för den offentligt finansierade vården beror på flera faktorer såsom framtida vårdbehov och kostnaden för att utföra vård. Hälso- och sjukvården har i hög grad påverkats av covid-19-pandemin, främst 2020–2021. Det ekonomiska läget framöver är också osäkert, med stigande prisnivåer, prognoser om lågkonjunktur, instabilitet och krig i omvärlden.

Trots pandemin var de ekonomiska resultaten starka för regioner och kommuner både 2020 och 2021. SKR har lyft att överskotten i kommunsektorn främst berodde på tillfälliga faktorer. Det inkluderar höga statsbidrag, högre skatteintäkter än förväntat och en positiv börsutveckling (ökade värde på finansiella placeringar) i kombination med låg ränta på lån.²⁵⁵ SKR har bedömt att många kommuner och regioner får ett ekonomiskt överskott även 2022.²⁵⁶ Prognoser från SKR tyder dock på att de ekonomiska utsikterna för 2023 och 2024 kan bli ansträngda. Det beror bland annat på kraftiga prisökningar och ökade pensionskostnader.²⁵⁷

Det bör även tilläggas att framtida skatteintäkter för att finansiera den offentliga hälso- och sjukvården beror på det ekonomiska läget i stort. Konjunkturinstitutets bedömning är att Sverige går in i en lågkonjunktur under 2023. I en lågkonjunktur blir efterfrågan på arbetskraft lägre och arbetslösheten ökar. Det är svårt att överblicka vilka konsekvenser detta kan få för hälso- och sjukvårdssektorn.

Framöver finns även utmaningar vad gäller den demografiska utvecklingen. Antalet personer över 80 år, en grupp där vård- och omsorgsbehoven är stora, förväntas öka påtagligt under de kommande åren allt eftersom de folkrika årskullarna från 40-talet blir äldre.

Givet den osäkra framtida ekonomiska utvecklingen finns alltså behov av att använda de resurser som finns på ett mer effektivt sätt.

²⁵³ Socialstyrelsen. Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2022–2025. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8172.pdf>.

²⁵⁴ Socialstyrelsen. Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2022–2025. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8172.pdf>.

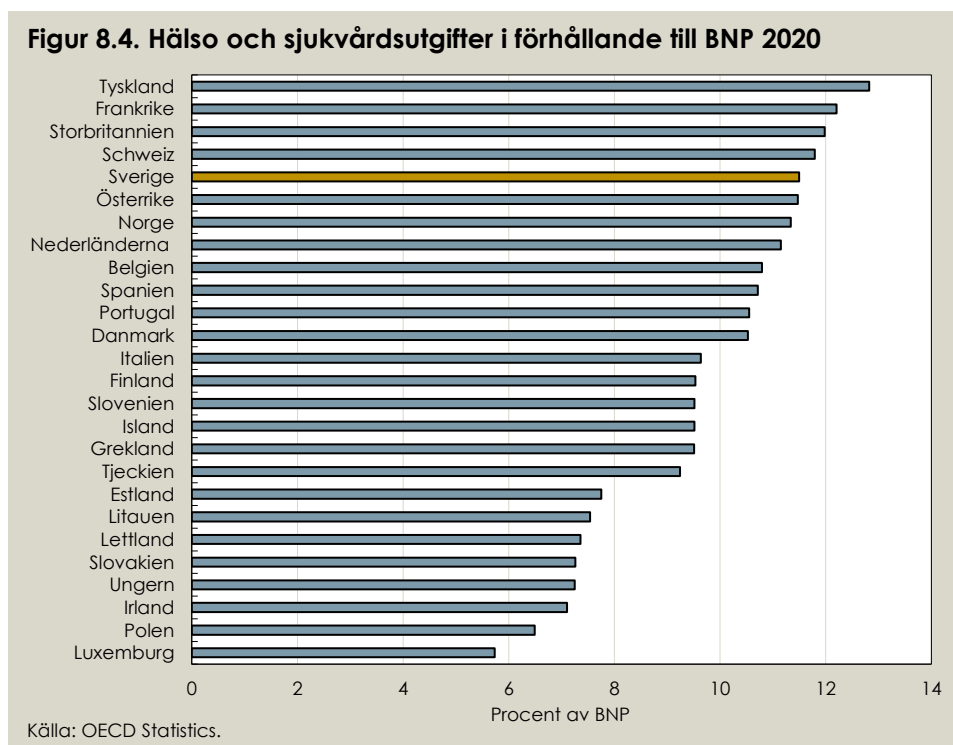
²⁵⁵ Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten maj 2022. Stockholm: SKR; 2022.

²⁵⁶ Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten december 2022. Stockholm: SKR; 2022.

²⁵⁷ Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Ekonomirapporten december 2022. Stockholm: SKR; 2022.

Kostnader ur ett internationellt perspektiv

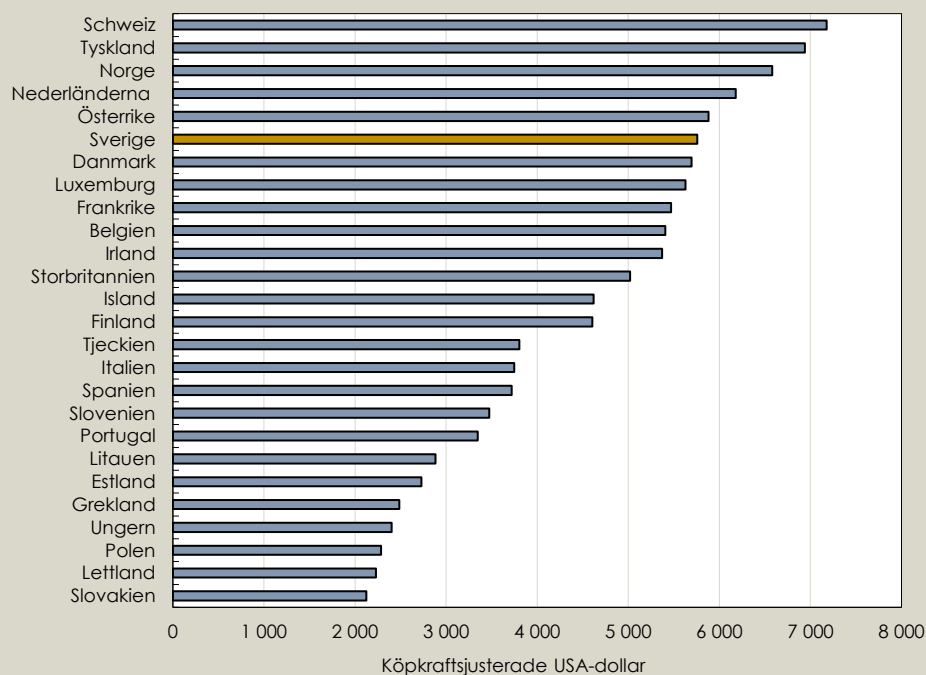
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,5 procent 2020, vilket kan jämföras med 10,8 procent 2019. Ökningen beror på att de totala utgifterna för hälso- och sjukvård ökade och att BNP minskade jämfört med året innan.²⁵⁸ I jämförelse med andra OECD-länder använder Sverige en stor andel av BNP till hälso- och sjukvård. I Europa är det bara Tyskland, Frankrike, Storbritannien och Schweiz som 2020 lade en större andel av BNP på hälso- och sjukvård, vilket kan ses i figur 8.4 nedan.



Även mätt i kostnader per invånare tillhör Sverige de länder som lägger mest pengar på hälso- och sjukvård i Europa. Det är bara Schweiz, Tyskland, Norge, Nederländerna och Österrike som använder mer pengar per invånare, mätt i köpkraftsjusterade USA-dollar, se figur 8.5 nedan.

²⁵⁸ Statistiska centralbyrån. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,5 procent 2020. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2020/>.

Figur 8.5. Hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare 2020



Källa: OECD statistics

Resurser läggs på vård som är verkningslös eller förenad med hög kostnad i förhållande till nyttan

En rapport från OECD från 2017²⁵⁹ lyfter ”verkningslösa hälsoutgifter” (”wasteful spending”) som avser exempelvis:

- insatser och processer som antingen är skadliga eller som inte ger nytta
- kostnader som kan undvikas genom att använda billigare alternativ med antingen bättre eller identiska utfall.

Mer än 10 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter går åt att korrigera medicinska misstag som hade kunnat förebyggas eller behandla infektioner som personer får på sjukhus. Andra exempel på omotiverade utgifter är användningen av läkemedel med högre kostnader när det finns generiska kopior²⁶⁰ med lägre prisnivåer.²⁶¹

I Sverige är det troligt att resurser läggs på insatser med exempelvis osäker eller begränsad nytta i förhållande till kostnaderna. Det finns flera exempel på insatser där den dokumenterade nyttan av behandling är begränsad eller där nyttan i vissa fall inte går att belägga.²⁶² Ett exempel är den kirurgiska

²⁵⁹ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris. Hämtad: 2022-12-19 från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. 2017.

²⁶⁰ När patent för läkemedel upphör kan generisk konkurrens uppstå. En generisk kopia av ett läkemedel innehåller samma verksamma substans som originalläkemedlet.

²⁶¹ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris. Hämtad: 2022-12-19 från: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>. 2017.

²⁶² Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS). Höga kostnader och låg patientnytta - att värdera insatser i hälso- och sjukvård. Hämtad 2022-12-19 från: <https://sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2022/03/hoga-kostnader-och-lag-patientnytta--att-vardera-insatser-i-halso-och-sjukvard.pdf>. 2022.

interventionen för behandling av patienter med claudicatio intermittens.²⁶³ Kostnaden för kirurgisk behandling uppskattas uppgå till över 100 miljoner kronor per år. Evidensen är oklar och en studie med fem års uppföljningstid fann inga förbättringar i livskvalitet hos patienter som randomiserades till kirurgisk intervention jämfört med de som inte erbjöds kirurgi. I den primära analysen var kirurgisk intervention både sämre och dyrare. I känslighetsanalyser understeg aldrig kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) cirka 50 miljoner kronor.²⁶⁴

I de nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar²⁶⁵ uppmärksammas att hälso- och sjukvården skulle kunna undvika stora kostnader varje år, genom att i stora delar avveckla artroskopisk kirurgi (en form av titthålsoperation) vid artros i knän och artrosliknande besvär i knän. Resurserna bör gå till mer effektiva behandlingsmetoder, såsom fysisk träning och patientutbildning. År 2021 utfördes drygt 11 000 artroskopier till en uppskattad kostnad av över 260 miljoner kronor.²⁶⁶

Det förefaller alltså finnas ett behov av ytterligare kartläggningar för att identifiera, och även fasa ut, eventuella behandlingar där nyttan är obefintlig eller begränsad i förhållande till kostnaden, för att frigöra resurser för annan och mer angelägen vård.

²⁶³ Benämns även kärlkramp i benen. Vid kärlkramp i benen har blodet svårt att komma fram till musklerna, som då får syrebrist. Källa: 1177.se

²⁶⁴ Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS). Höga kostnader och låg patientnytta - att värdera insatser i hälso- och sjukvård. Författare: Mikael Svensson. Hämtad 2022-12-19 från: <https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2022/03/hoga-kostnader-och-lag-patientnytta--att-vardera-insatser-i-halso-och-sjukvard.pdf>. 2022.

²⁶⁵ Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

²⁶⁶ Utvärdering av vården vid artros. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

9. Utblick mot omvärlden

I detta kapitel beskrivs kortfattat den aktuella reformagendan för hälsosystemen i Europa, reformer för sammanhållen och patientcentrerad vård i de nordiska länderna och läget i Sverige jämfört med andra länder.

Iakttagelser i korthet

- Pandemin och andra pågående kriser i Europa har tydliggjort vikten av internationellt samarbete och lärande mellan länder.
- Gemensamma utmaningar i de europeiska länderna handlar om att stärka den nära vården och primärvården och stärka det förebyggande arbetet.
- Framtidens personal- och kompetensförsörjning i hälso- och sjukvårdssystemen är en generellt stor utmaning också internationellt.
- De nordiska länderna har på senare år arbetat med en rad reformer och strategier för att skapa sammanhållna vårdkedjor och en mer sammanhållen vård.
- Svensk hälso- och sjukvård står sig fortsatt väl i jämförelse med andra länder när det gäller övergripande hälsoutfall.

Utmaningarna är gemensamma

De flesta europeiska länder har under senare år tagit en rad initiativ för att stärka den nära vården och primärvården.^{267 268} Utvecklingen mot bättre tillgänglighet i vården sker parallellt i många av länderna, speciellt genom digitala lösningar och genom att minska skillnader i tillgänglighet mellan olika grupper i befolkningen. Även personal- och kompetensförsörjning lyfts såsom ändamålsenliga utbildningar, uppgiftsväxling mellan professioner, ökat teamarbete och förbättrad tillgänglighet och koordinering. Motiven till initiativen är bland annat att skapa sammanhållna vårdprocesser med personcentrerade arbetssätt, samtidigt som det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet tydligare kan prioriteras.

Drivkraften för utveckling har stärkts under de senaste åren, särskilt genom de erfarenheter som kom ur pandemin.²⁶⁹ Utvecklingen bedöms vara nödvändig för att skapa hållbara hälsosystem som kan möta nya kriser, till

²⁶⁷ Polin K, Hjortland M, Maresso A, van Ginneken E, Busse R, Quentin W, et al. Top-Three health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy* 2021;125(7):815-32.

²⁶⁸ Workshop i nätverket för European Observatory on Health Systems and Policies.

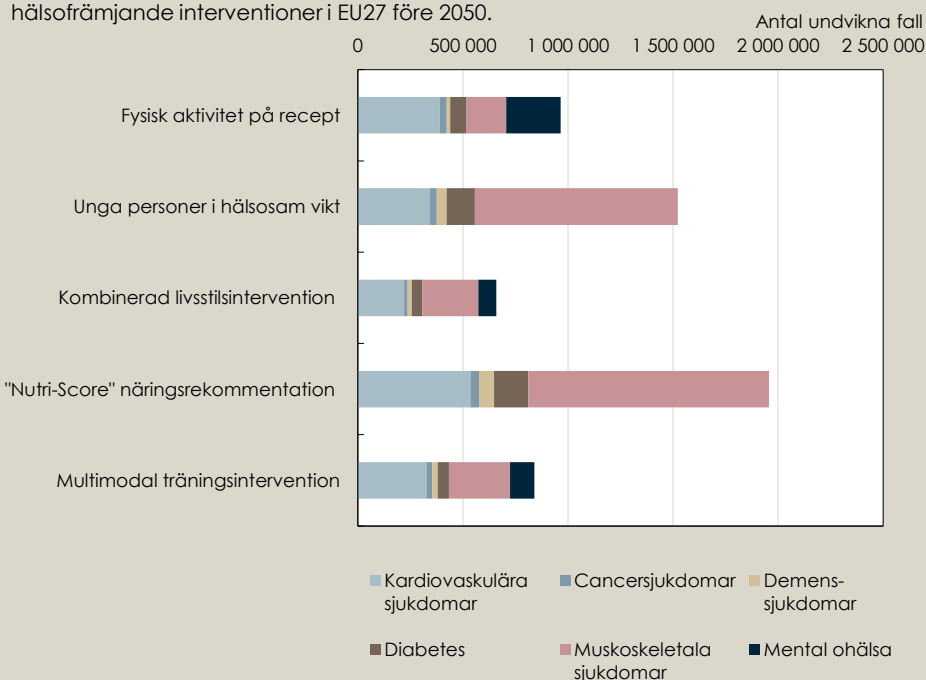
²⁶⁹ Health systems resilience during covid-19. Lessons for building back better. Köpenhamn: WHO; 2021. Health policy series 56.

exempel nya pandemier eller utbrott av infektioner som orsakas av antibiotikaresistenta bakterier.²⁷⁰

De ökade vårdbehoven, på grund av större andel äldre med flera diagnoser, sätter också fokus på vikten av att utveckla hälso- och sjukvårdssystemen.²⁷¹ Därtill har kunskapen om hälsans bestämningsfaktorer och om psykobiologiska samband ökat kraftigt.²⁷² Dessa förhållanden ställer nya krav på organisation, kompetens, förhållningssätt och arbetsmetoder inom hälso- och sjukvården. Ett stort antal sjukdomsfall i EU-länderna, totalt uppemot 5,9 miljoner sjukdomsfall inom en rad kroniska sjukdomar, skulle kunna undvikas 2021–2050⁶ genom förebyggande och hälsofrämjande åtgärder (se figur 9.1). Sedan länge har WHO pekat på de utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemen står inför i många länder utifrån den ökande andel människor som insjuknar i förebyggbara kroniska sjukdomar.^{273 274}

Figur 9.1 Antal fall av kroniska sjukdomar som kan undvikas

Antal fall av kroniska sjukdomar som kan undvikas med förebyggande och hälsofrämjande interventioner i EU27 före 2050.



Källa: Healthy eating and active lifestyles. Best practices in public health (Fig. 1.1, s. 19). Paris: OECD; 2022.

Om hälso- och sjukvården arbetar med hälsofrämjande processer som utgångspunkt förtydligas den också som en central aktör i att bidra till de övergripande globala målen i Agenda 2030 om hållbar utveckling.

²⁷⁰ WHO. The European Union and WHO further enhance their partnership for stronger pandemic preparedness and response. Hämtad 2023-01-26 från: <https://www.who.int/news/item/08-12-2022-the-european-union-and-who-further-enhance-their-partnership-for-stronger-pandemic-preparedness-and-response>.

²⁷¹ Health at a glance: Europe 2022. State of health in the EU cycle. Paris: OECD; 2022.

²⁷² Healthy eating and active lifestyles. Best practices in public health. Paris: OECD; 2022.

²⁷³ World health report 2008: primary health care - now more than ever. Genève: WHO; 2008.

²⁷⁴ Declaration of Alma-Ata, International conference on primary health care; 1978 Sept 6-12; Alma-Ata, Kazhakstan. Genève: WHO; 1978.

Pandemin har tydliggjort vikten av förebyggande och hälsofrämjande vård och krisberedskap

Covid-19-pandemin har ytterligare satt fokus på utmaningarna om hållbara hälsosystem, tillsammans med insikten om att hälsohot inte tar hänsyn till nationsgränser.²⁷⁵ Med bakgrund av detta har EU intensifierat arbetet med att stödja medlemsländerna i en rad olika initiativ, framför allt inom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och krisberedskapen.^{276 277 278 279}

Initiativen ryms inom EU:s hälsoprogram "EU4Health" som syftar till att förbättra och främja hälsa, skydda befolkningen från hälsohot, säkerställa tillgång till läkemedel och medicinsk utrustning och andra krisrelevanta produkter, öka övervakningen av hälso- och smittskydd och stärka hälso- och sjukvårdssystemen genom att stimulera sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, digital omvandling och tillgång till vård för utsatta grupper.^{280 281}

EU-myndigheten Health Emergency Preparedness and Response (Hera) inrättades som en direkt följd av pandemin. Myndigheten ska arbeta med att förekomma hot och potentiella hälsorisker genom att samla information och bygga nödvändig insatskapacitet. I en kris ska Hera tillse att det finns läkemedel, vacciner och andra medicinska motåtgärder vid risk för brist. Hera inrättades som ett nytt generaldirektorat vid EU-kommissionen den 16 september 2021.²⁸²

Lärdomarna från covid-19-pandemin visade också att primärvård och när-sjukvård behöver stärkas för att skapa en mer sammanhållen och integrerad hälso- och sjukvård som bättre kan motstå kriser.²⁸³ Integrationen mellan primärvård och det förebyggande och hälsofrämjande folkhälsoarbetet har särskilt lyfts i sammanhanget.²⁸⁴ Sammantaget visar detta behovet av att utveckla mer motståndskraftiga och hållbara hälso- och sjukvårdssystem.

²⁷⁵ EU Global health strategy. Better health for all in a changing world. Luxemburg: Europeiska kommissionen; 2022.

²⁷⁶ Healthier Together: EU non-communicable disease initiative. Luxemburg: Europeiska kommissionen; 2022.

²⁷⁷ European health union. Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning: om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 1082/2013/EU. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2020.

²⁷⁸ Grobert N, Kondorosi È, Kruusmaa M, Lambin E, Melloni A, Nakicenovic N, et al. Cancer screening in the European union. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2022. Scientific opinion no. 12.

²⁷⁹ Proposal for a council recommendation on strengthening prevention through early detection: a new EU approach on cancer screening replacing council recommendation 2003/878/EC. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2022.

²⁸⁰ European Commission. EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Hämtad 2023-01-30 från: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en

²⁸¹ Europeiska kommissionens generaldirektorat för hälsa och livsmedelssäkerhet. Meeting of the EU4Health steering group. Non-paper draft EU4Health 2023 work programme. Bryssel: Europeiska kommissionen; 2022.

²⁸² Europeiska kommissionen. Om Europeiska kommissionen Departments and executive agencies Myndigheten för beredskap och insatser vid hälsokriser. Hämtad 2023-03-01 från https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-emergency-preparedness-and-response-authority_sv#ansvarsomr%C3%A5den.

²⁸³ Primary health care: making our commitments happen. Realizing the potential of primary health care: lessons learned from the Covid-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe; 2022.

²⁸⁴ Bernd R. Integrating primary care and public health. Eurohealth 2020;26(1):20-4.

Reformer i Norden för sammanhållen och patientcentrerad vård

Samtliga nordiska länder har genomförande av reformer och uppdaterad lagstiftning högt på agendan vad gäller sammanhållen och koordinerad vård.²⁸⁵ Danmark, Norge och Sverige har genomfört stora reformer om samarbete mellan regioner och kommuner för utskrivningsklara patienter. Det har bidragit till att minska antalet vård dygn.

Flera av länderna har stort fokus på att flytta vården närmare patienten. Sveriges fortsatta omstrukturering av vården utgår i hög grad från utredningen *God och nära vård*.²⁸⁶ Även i Danmark och Finland pågår omstruktureringar för att vården ska komma närmare patienten. De flesta reformer fokuserar på den äldre delen av befolkningen, med tanke på den demografiska utvecklingen. Såväl Danmark som Sverige lyfter att geriatrisk kompetens bör användas i högre grad för att äldre ska få en mer sammanhållen vård.

En annan reform som också är genomgående handlar om att i vissa delar centralisera styrningen genom att minska antalet små administrativa distrikt. Grönland har gjort en stor sammanslagning av sina sjukvårdsdistrikt och Finland har en pågående reform som bland annat går ut på att slå ihop regioner för att få mer enhetlig styrning.

Fortsatta utmaningar inom samordning och kontinuitet

Trots att många reformer och lagförändringar genomförs på området sammanhållen vård har samtliga nordiska länder fortsatta utmaningar. Utmaningarna uppstår ofta vid ansvarsskifte där organisatoriska mellanrum kan finnas, till exempel vid skifte mellan olika vårdformer eller vid förflyttning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.²⁸⁷ De som främst drabbas av detta är äldre och multisjuka. Det finns även demografiska utmaningar med en mindre andel personer i yrkesverksam ålder och en allt äldre befolkning.

Flera länder har försökt skapa en mer sammanhållen och koordinerad vård för att möta utmaningarna, och även om många projekt pågår finns utmaningarna kvar. Koordinering inom primärvården är också en utmaning.

I flera länder pågår ett paradigmskifte till att vården ska bli mer personcentrerad och individanpassad och ges närmare patienten i hemmet. En sådan utveckling ställer stora organisatoriska krav. Satsningar på digitala informationssystem och bättre förutsättningar för att utbyta och återanvända information bedöms kunna bidra till ökad samordning och kontinuitet. Digitala förbättringsprojekt pågår i samtliga nordiska länder.

²⁸⁵ Schmidt I, Lundholm P, Fastbom J, Nyman F. De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg. Centrala iakttagelser av lagstiftning, policys och exempel på tillämpat arbete. Nordiska ministerrådet; 2022. TemaNord 2022:548.

²⁸⁶ God och nära vård (SOU 2019:29).

²⁸⁷ Schmidt I, Lundholm P, Fastbom J, Nyman F. De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg. Centrala iakttagelser av lagstiftning, policys och exempel på tillämpat arbete. Nordiska ministerrådet; 2022. TemaNord 2022:548.

Behov av ökad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård

De nordiska länderna ser även ökade behov av att integrera tandvård och munhälsa med den övriga hälso- och sjukvården. En utveckling i denna riktning bör beakta uppföljning och benchmarking, e-hälsa och digitala hälsotillämpningar, tvärprofessionell utbildning och tvärvetenskapligt samarbete.²⁸⁸

Policybehoven ligger huvudsakligen i linje med WHO:s globala strategi för oral hälsa som antogs i maj 2022,²⁸⁹ och som är en följd WHO:s resolution som belyser sjukdomsförebyggande arbete, samverkan och integration av munhälsa i agendan för icke smittsamma sjukdomar.²⁹⁰ Strategin har också omsatts i ett förslag till global handlingsplan som Sverige ställer sig bakom. Under 2022 publicerade WHO rapporten *Global Oral Health Status Report*²⁹¹ som belyser att munsjukdomar i hög grad är förebyggbara globala folkhälsoproblem, med riskfaktorer som är gemensamma med andra stora folksjukdomar.

Kort om svensk hälso- och sjukvård i internationell jämförelse

Flera nationella och internationella aktörer gör regelbundet olika typer av jämförelser, ofta indikatorbaserade, mellan länder i världen och Europa.^{292 293 294 295 296} Skillnader i ländernas sätt att rapportera sina data medför att internationella jämförelser behöver tolkas med försiktighet. För att kunna undersöka hur hälsosystem fungerar i olika länder behöver indikatorerna kompletteras med en djupare analys och undersökning av andra faktorer, till exempel befolkningsstruktur och vårdens organisering.^{297 298 299}

Den grundläggande hälsan i Sverige är god i en internationell jämförelse. Den förväntade livslängden i Sverige bland män är betydligt högre än genomsnittet för män i EU, och den förväntade livslängden bland kvinnor i

²⁸⁸ Schmidt I, Lundholm P, Fastbom J, Nyman F. De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg. Centrala iakttagelser av lagstiftning, policys och exempel på tillämpat arbete. Nordiska ministerrådet; 2022. TemaNord 2022:548.

²⁸⁹ Draft global strategy on oral health. Genève: WHO; 2022. Seventy-fifth world health assembly. Provisional agenda item 14.1. A75/10 Add.1.

²⁹⁰ Oral health. Genève: WHO; 2021. Seventy-fourth world health assembly. Agenda item 13.2. WHA74.5.

²⁹¹ Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Genève: WHO; 2022.

²⁹² Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:3.

²⁹³ Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2018. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.

²⁹⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD). Hämtad 2023-01-26 från <https://www.healthdata.org/gbd/2019>.

²⁹⁵ Health at a glance: OECD indicators 2021. Paris: OECD; 2021.

²⁹⁶ State of Health in the EU. Companion report 2021. Luxemburg: Europeiska unionen; 2021.

²⁹⁷ So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Expert group on health systems performance assessment. Luxemburg: Europeiska kommissionen; 2016.

²⁹⁸ Improving access to healthcare through more powerful measurement tools. An overview of current approaches and opportunities for improvement. Expert group on health systems performance assessment. Luxemburg: Europeiska kommissionen; 2021.

²⁹⁹ A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies. Expert group on health systems performance assessment. Luxemburg: Europeiska kommissionen; 2018.

Sverige är något högre än genomsnittet.³⁰⁰ Den självskattade hälsan bland Sveriges befolkning är också högre än genomsnittet i EU, och skillnaden mellan länder är större i åldrarna 65 år och äldre.³⁰¹ Den självskattade hälsan är något högre för män än för kvinnor i de flesta länder, inklusive Sverige, framför allt i åldersgruppen 65 år och äldre.³⁰²

Andelen av Sveriges befolkning i åldrarna 65 år och äldre som rapporterar en långvarig sjukdom eller hälsobesvär är lägre än genomsnittet i EU, medan andelen i åldrarna 16–64 som rapporterar en långvarig sjukdom är ungefär som medelvärdet i EU.³⁰³

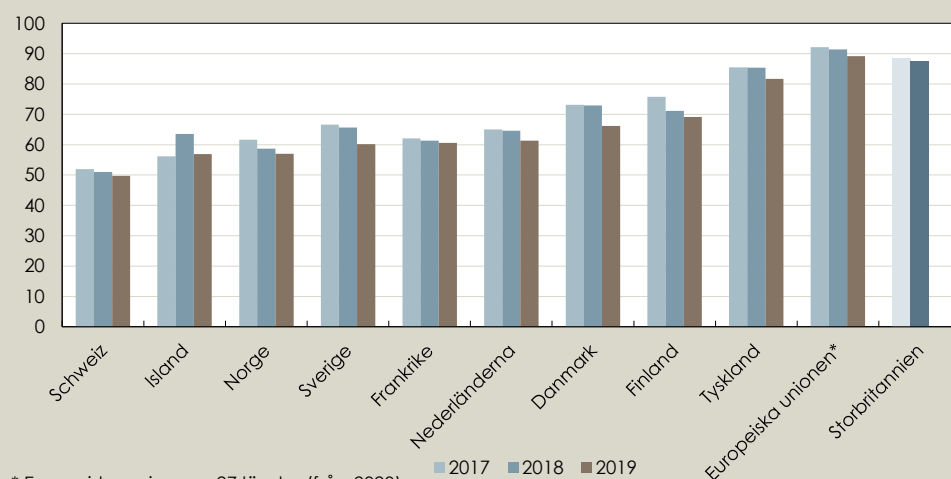
Sverige har en låg sjukdomsburda kopplat till cancer, övriga icke-smittsamma sjukdomar, neurologiska sjukdomar, diabetes, njursjukdomar och sjukdomar i matspjälkningsorganen jämfört med genomsnittet i EU. För psykiska sjukdomar, kroniska respiratoriska sjukdomar och missbruksrelaterade sjukdomar har dock Sverige en högre sjukdomsburda än genomsnittet.

Goda resultat för hälsoutfall i vården

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är ett mått som används för att mäta hur hälsosystemet samlat bidrar till människors hälsa. Måttet innebär att man mäter dödsfall i sjukdomar där insatser från hälso- och sjukvården har särskilt stor betydelse för överlevnaden. Ett annat mått är förebyggbar dödlighet som mäter dödsfall som hade kunnat undvikas med förebyggande och hälsofrämjande insatser.³⁰⁴ Svensk hälso- och sjukvård uppvisar relativt goda resultat för måtten åtgärdbar och förebyggbar dödlighet i EU. Resultaten är högre än i Norge men lägre än Danmark och Finland, se figur 9.2.

Figur 9.2 Dödlighet i förebyggbara och behandlingsbara diagnoser

Dödsfall per 100 000 invånare



Källa: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10 2010)

³⁰⁰ Eurostat [databas]. Sökning gjord 2023-01-24 från <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.

³⁰¹ Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:3.

³⁰² Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:3.

³⁰³ Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:03.

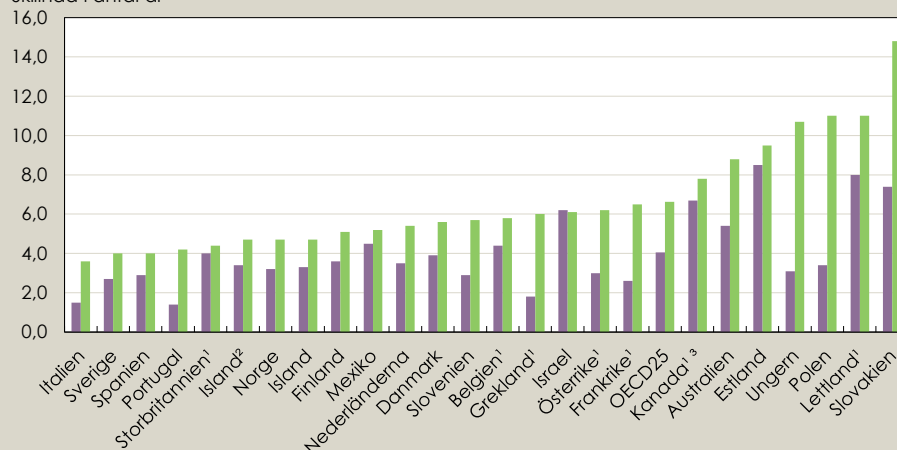
³⁰⁴ Health at a glance: Europe 2022. State of health in the EU cycle. Paris: OECD; 2022.

Ett annat område där Sverige når goda resultat i en internationell jämförelse är cancersjukvården, som har en mycket hög överlevnad. Tillsammans med bland andra Finland, Island och Norge är vi ett av de länder i världen som har högst överlevnad.³⁰⁵

Figur 9.3 Skillnader i förväntad livslängd utifrån utbildning

Skillnader i förväntad livslängd vid 30 års ålder mellan personer med längst och kortast utbildning 2019 (eller närmaste år)

Skillnad i antal år



1. 2010-2013 års data. Alla andra uppgifter är från 2016-2019.

2. Treårssnitt (2017-2019).

3. Data vid 25 års ålder.

■ Kvinnor ■ Män

Källa: OECD Health Statistics 202119, Eurostat.

När det gäller ojämlikhet i hälsa utifrån utbildningsnivå är de genomsnittliga skillnaderna mindre i Sverige än i många andra länder. I figur 9.3 jämförs skillnader i återstående livslängd utifrån utbildningsnivå mellan ett antal OECD-länder.

³⁰⁵ Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival: analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers during 2000–2014 from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-3). Lancet 2018;391(10125):1023-75.

10. Munhälsa och tandvård

I detta kapitel beskrivs inledningsvis utvecklingen av munhälsa och tandvårdsbesök bland barn och vuxna. Därefter följer en presentation av kompetensförsörjning i tandvården, tandvårdsstödens användning och patientsäkerhet i tandvården. Avslutningsvis beskrivs det pågående arbetet med kunskapsstöd.

Lakttagelser i korthet

- Munhälsan utvecklas överlag positivt. Samtidigt minskar regelbundna besök i tandvården.
- Allt fler barn och unga är kariesfria men under senaste decenniet har den positiva utvecklingen mattats av och andelen kariesfria bland de yngre åldersgrupperna är nära nog oförändrad.
- Majoriteten av unga vuxna som är kariesfria vid 24 år är fortsatt kariesfria 9 år senare.
- Samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård är fortsatt angeläget och nya riktlinjer och indikationer banar väg för ökad samverkan.
- Det råder brist på tandläkare och tandhygienister. År 2022 rapporterade 17 respektive 19 regioner att de hade sådan brist. Det finns fortfarande stora regionala skillnader.
- Tandläkare är en av de legitimerade yrkesgrupperna med störst andel utfärdade legitimationer till utlandsutbildade.
- En ny global strategi från WHO har satt munhälsan mer i fokus.

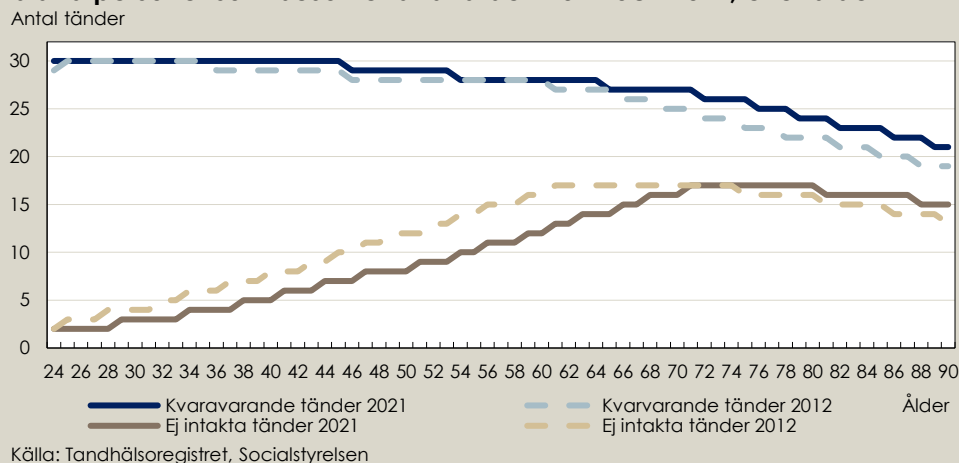
Positiv munhälsoutveckling över tid

Munhälsan i Sverige är generellt god, och i en internationell jämförelse har Sverige bland den lägsta förekomsten av munsjukdomar.³⁰⁶ Munhälsan har förbättrats över tid, allt fler behåller tänderna genom livet och befolkningen har allt fler tänder utan några fyllningar eller skador. Figur 10.1 visar förändringen i antalet kvarvarande tänder och ej intakta tänder bland vuxna i olika åldrar 2012–2021.³⁰⁷ Bland personer yngre än 70 år visar utvecklingen främst färre intakta tänder, men i gruppen 70 år och äldre ökar antalet kvarvarande tänder; samtidigt är många av tänderna skadade eller fyllda vilket ökar antalet ej intakta tänder.

³⁰⁶ Global burden of disease, 1990–2020.

³⁰⁷ En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Visdomständrar räknas också. 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.

Figur 10.1. Median av antal kvarvarande och antal ej intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2021 och 2012, efter ålder



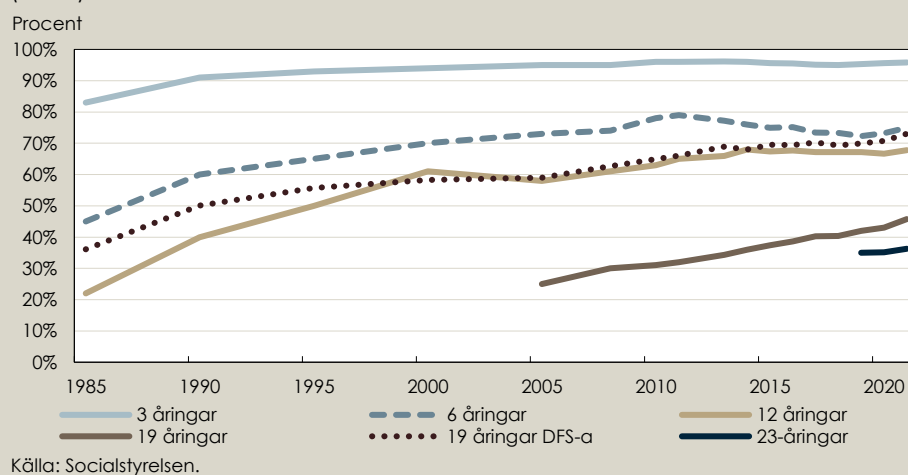
Barn och unga har god munhälsa men det finns undantag

Bland barn och unga är munhälsan i genomsnitt god. Uppföljningar visar att den har förbättrats kraftigt sedan 1980-talet, vilket framgår av figur 10.2. Allt fler barn och unga är kariesfria men det senaste decenniet har den positiva utvecklingen mattats av och andelen kariesfria bland de yngre åldersgrupperna är nära nog oförändrad.

En viss ökning i andelen 6-åringar som hade fått kariesskador sågs efter 2011 men den negativa trenden verkar nu vara bruten. Läget är dock ännu inte på samma nivå som tidigare. Bland 19- och 23-åringar ses fortsatt en positiv trend, och andelen kariesfria ökade 2020–2021 med 3 procentenheter bland 19-åringar och med 1 procentenhet bland 23-åringar.

Figur 10.2. Andel kariesfria barn och ungdomar

Andelen kariesfria barn och ungdomar i åldersgrupperna 3, 6, 12, 19 och 23 år 1982–2021. För 19- och 23-åringar redovisas även andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a)



Att förebygga karies hos barn och unga kan bidra till mindre behov av tandvård senare i livet

Analyser av karies bland barn och unga 2021 visar att mer än hälften av de undersökta 19-åringarna (födda 2002) hade kariesskador i tänderna. I denna grupp var det endast en mycket liten andel som hade fått kariesskador vid 3-årsåldern.

Dessa analyser visar också att majoriteten av unga vuxna som är kariesfria vid 24 års ålder fortfarande är det 9 år senare. Andelen unga vuxna (från 24 år) som genomgår en undersökning i tandvården och som skattas som kariesfria³⁰⁸ har ändrats väldigt lite över en tioårsperiod. Runt 20 procent skattades som kariesfria vid 24 års ålder, att jämföra med 17 procent 9 år senare. Resultaten stödjer slutsatsen att personer som inte får sina första kariesskador som barn eller ungdom har goda möjligheter att förbli kariesfria över en längre period i vuxen ålder.

Om karies förekommer hos mycket unga barn ökar risken för sämre munhälsa senare i livet.³⁰⁹ Risken för en allvarlig sjukdomsbild vid 6 års ålder är större hos de barn som har utvecklat karies vid 3-årsåldern.³¹⁰

Antalet tänder som inte är intakta ger också en indikation på om det kan uppstå behov av tandvård i framtiden, eftersom tänder som tidigare lagats eller har skador oftare behöver nya behandlingar.

Tidiga insatser som hindrar uppkomsten av de första kariesskadorna verkar därmed kunna bidra till god munhälsa och minskade tandvårdsbehov på sikt.

Barns regelbundna tandvårdsundersökningar minskar något över tid

Munhälsan är i genomsnitt god bland både barn och vuxna men varierar inom varje åldersgrupp. Bland barn och unga är de flesta kariesfria, men i den grupp som har fått kariesskador är sjukdomsbilden olika allvarlig. Bland 12–19-åringar har till exempel munhälsoförbättringen varit större i den värst drabbade gruppen jämfört med genomsnittet i gruppen.

Andelen barn per åldersgrupp som genomgår regelbundna undersökningar varierar mellan regionerna och har minskat något över tid.³¹¹ En sammanställning av regionernas vårdprogram visar stora likheter i regionernas organisering av tandvården till barn och ungdomar.

Analyser av barn i förskoleålder visar att undersökningsfrekvensen har ändrats något över tid och är tydligt kopplad till barnens kariessituation. Barn som har fått karies undersöks betydligt oftare än barn som är kariesfria.

I den vuxna befolkningen finns tydliga skillnader i munhälsan, men de verkar inte öka. Skillnaden mellan de 10 procenten av tandvårdsbesökarna som har sämst munhälsa kontra bäst munhälsa har minskat över en tioårsperiod bland personer över 60 år, och är nära nog oförändrad bland personer i åldern 24–60 år.

LÄS
MER!

³⁰⁸ Avser personer som har alla kvarvarande tänder intakta, minst 28 tänder.

³⁰⁹ André Kramer, AC. 2018. On dental caries and socioeconomic in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies.

³¹⁰ Munhälsoutveckling bland barn i förskoleåldern. Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

³¹¹ Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

Skillnader i munhälsa efter socioekonomiska förutsättningar

Analysen av munhälsoutvecklingen bland förskolebarn 2013–2019 visar att barn till föräldrar som är födda utomlands och har kortare utbildning och lägre inkomst löper större risk för att ha karies i 6-årsåldern än barn i jämförelsegruppen. Bland barn som fått karies redan vid 3-årsåldern är skillnaden ännu tydligare och verkar ha förstärkts under den undersökta perioden.³¹²

Bland vuxna varierar antalet kvarvarande och intakta tänder med individens socioekonomiska status,³¹³ och det gäller även den självskattade munhälsan. Majoriteten av Sveriges befolkning bedömer sin munhälsa som god, men den bedömningen är vanligare bland personer som är födda i Sverige och personer med lång utbildning eller hög inkomst, jämfört med personer som är utlandsfödda och personer med kort utbildning eller låg inkomst.³¹⁴

Andelen vuxna som genomgår regelbundna undersökningar minskar över tid

Regelbundna tandvårdsbesök betraktas som en viktig del i den förebyggande tandvården. De nya nationella riktlinjerna för tandvård rekommenderar att alla vuxna kommer för en regelbunden undersökning minst vart tredje år.³¹⁵

Andelen som undersöks minst vart tredje år skiljer sig åt mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper och beroende på socioekonomisk status och var i landet man bor.³¹⁶

År 2021 hade 65 procent av kvinnorna och 61 procent av männen i Sverige besökt tandvården för en undersökning minst en gång under den senaste treårsperioden. År 2020 var andelarna 61 procent respektive 54 procent. Denna ökning mellan 2020 och 2021 är en effekt av pandemin, men det finns en tydlig trend med färre besök. Sett till en tioårsperiod har andelen av befolkningen som kommer för undersökning minskat med 6 procentenheter. Resultaten för 2021 visar att en tredjedel av den vuxna befolkningen inte kommit till tandvården för en undersökning under de senaste tre åren.³¹⁷

Besöksmönster i tandvården har ändrats samtidigt som munhälsan har förbättrats

Andelen besökare som regelbundet besöker tandvården minskar generellt, men det varierar mellan olika åldersgrupper. Bland vuxna yngre än 75 år minskar andelen som genomgår regelbundna undersökningar samtidigt som den ökar i gruppen 75 år och äldre. Ändringen i besöksmönster följer de övergripande munhälsoförändringarna i de olika åldersgrupperna.

³¹² Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

³¹³ Statistik om tandhälsa 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

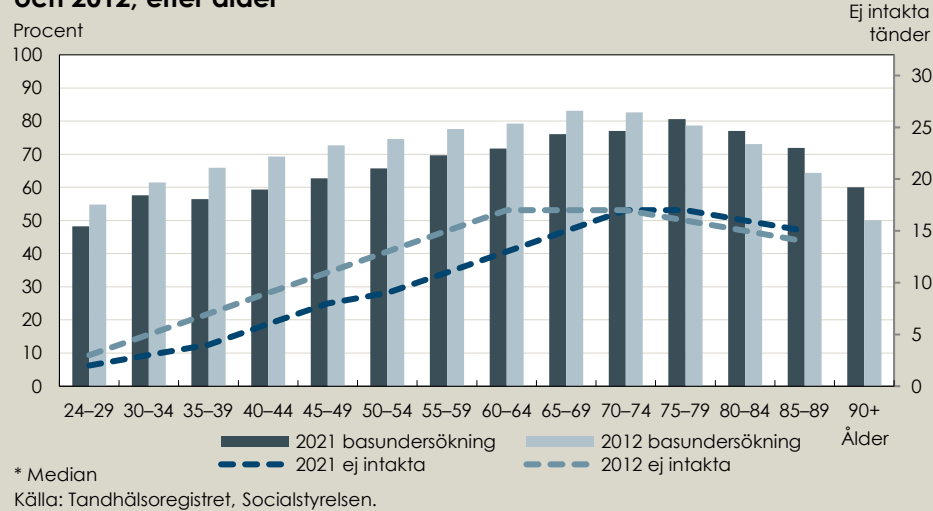
³¹⁴ Folkhälsoenkäten. Folkhälsomyndigheten.

³¹⁵ Nationella riktlinjer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

³¹⁶ Statistik om tandhälsa 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

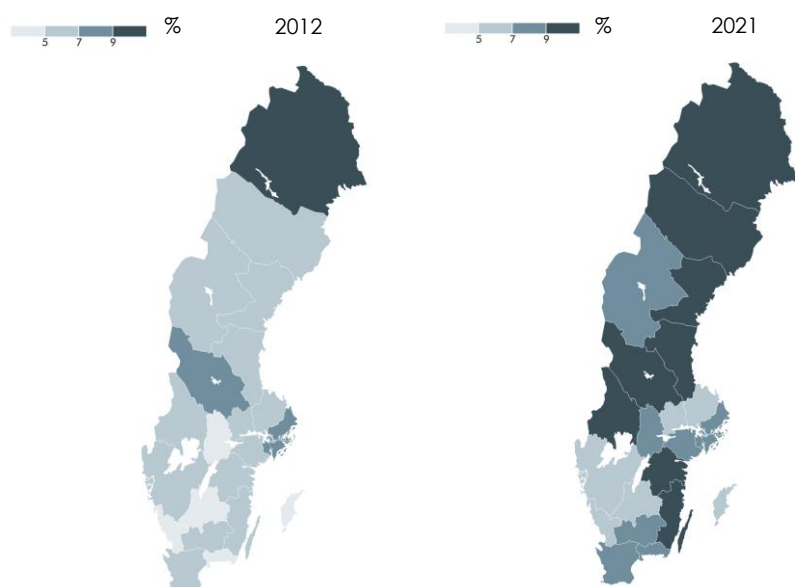
³¹⁷ Nationella riktlinjer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

Figur 10.3. Antal ej intakta tänder* och andel av befolkningen som genomgått minst en basundersökning under de senaste tre åren, 2021 och 2012, efter ålder



Allt fler besöker tandvården endast vid akuta besvär. I takt med att färre gör regelbundna undersökningar ökar andelen som endast söker akut till tandvården. Under 2012–2021 ökade andelen som endast söker akut från 6,2 procent till 7,9 procent. Figur 10.4 visar att ökningen gäller i de flesta regioner.

Figur 10.4. Andelen vuxna besökare i tandvården som endast gjort akutbesök, 2012 och 2021. Åldersstandardiserade uppgifter

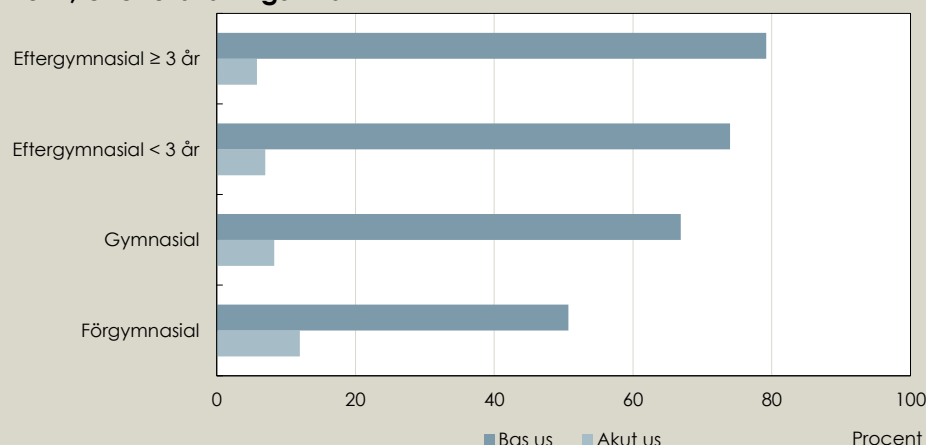


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Skillnad i tandvårdskontakt efter socioekonomiska förutsättningar

Åren 2019–2021 var det 75 procent av Sveriges vuxna befolkning som någon gång besökte tandvården. Det är fortsatt stora skillnader mellan olika grupper: Personer med kortare utbildning besöker tandvården i mindre utsträckning för regelbundna undersökningar och söker oftare akut, jämfört med personer som har längre utbildning (se figur 10.5).

Figur 10.5. Andel av befolkningen 35–79 år som genomgått akutundersökning eller basundersökning minst en gång under 2019–2021, efter utbildningsnivå



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Av de som besökte tandvården minst en gång 2019–2021, oavsett åtgärd, var drygt 50 procent födda utanför Norden. Det är också vanligare att personer som har kortare utbildning, är utlandsfödda eller har lägre inkomst uppger att de avstått från tandläkarvård trots behov.

År 2022 angav drygt 25 procent av personer som har förgymnasial utbildning eller är födda utanför Europa att de avstått från tandläkarvård trots behov, jämfört med 15 procent bland personer som har eftergymnasial utbildning eller är födda i Sverige.³¹⁸ Andelen som anger att de avstått från tandläkarvård trots behov ökade i samband med pandemin, men minskade något igen 2022 jämfört med 2021 i de flesta grupperna.

Munhälsan inkluderas i WHO:s agenda för icke smittsamma sjukdomar

WHO publicerade 2022 rapporten *Global Oral Health Status Report* som belyser att munsjukdomar i hög grad är globala folkhälsoproblem med gemensamma riskfaktorer som andra stora folksjukdomar.

WHO fattade 2021 ett beslut om en resolution där medlemsstaterna uppmanades att arbeta för bättre munhälsa genom sjukdomsförebyggande arbete

³¹⁸ Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor 2022). Stockholm: Folkhälsomyndigheten;2022.

i samverkan och att integrera munhälsan i agendan för icke smittsamma sjukdomar. Resolutionen följs av en global strategi som ska stödja implementeringen och ett förslag på handlingsplan som Sverige har ställt sig bakom.

I flera av Socialstyrelsens kunskapsstöd och vägledningar lyfts tandvårdens samverkan med andra aktörer, och ökat fokus på förebyggande insatser. Både i nationella riktlinjerna för tandvård och i flera övriga riktlinjer lyfts vikten av god munhälsa, förebyggande insatser och samverkan mellan tandvården och andra aktörer i omhändertagandet av olika patientgrupper.³¹⁹ Uppföljningar visar även att samverkan är under utveckling på många håll och drivs både i projektform och i det ordinarie arbetet.^{320 321}

Staten och SKR har vidare tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom olika sjukdomsområden, i syfte att skapa en jämlik och effektiv vård som är baserad på bästa tillgängliga kunskap. I flera av dessa vårdförlopp inkluderas även munhälsa och tandvård.

Om patientkostnader för tandvård

Prisskillnader påverkar högkostnadsskyddet

I Sverige bär vuxna patienter själva stora delar av kostnaden för tandvårdsbehandlingar. Om behandlingskostnaden överskrider en viss summa träder högkostnadsskyddet in för att skydda mot alltför höga kostnader. Inom tandvården gäller dock fri prissättning och de faktiska priserna kan därför överskrida de referenspriser som sätts av TLV och som styr högkostnadsskyddet. Detta innebär att högkostnadsskyddet blir mindre effektivt. En analys av högkostnadsskyddet³²² visar att priserna överskrider referenspriserna i alla län men mest hos de privata vårdgivarna där spridningen i prissättningen också är som störst.

Fler nåddes av de olika tandvårdsstöden

Regionernas tandvårdsstöd ger patienterna rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. En uppföljning av tandvårdsstöden visar att fler nåddes av de olika vårdstöden 2021 än 2020.³²³ Inom stöden *Uppsökande verksamhet* och *Nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade* ses en ökning i antalet personer som fått en munhälsobedömning, och det var en större andel som fick *Nödvändig tandvård* 2021 jämfört med 2020. Samma resultat visas för stödet *Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling* där fler patienter nåtts av stödet. Fortfarande ses dock en viss påverkan av covid-19-pandemin.

Antalet omsorgspersonal som fått munvårdsutbildning har ökat jämfört med 2020, men det är fortsatt färre som går sådan utbildning än åren före pandemin.

³¹⁹ Nationella riktlinjer demens, Socialstyrelsen 2017. Nationella riktlinjer för diabetesvård, Socialstyrelsen 2018. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas, Socialstyrelsen 2022. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism, Socialstyrelsen 2022.

³²⁰ Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, slutrapport. Socialstyrelsen; 2021.

³²¹ Förslag om pilotverksamhet i barnhälsovården för att stärka förutsättningar för jämlik hälsa bland barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

³²² Försäkringskassan 2022.

³²³ Regionernas tandvårdsstöd. Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd 2021.

Antalet personer som fått läkarintyg för stödet *Tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning* har successivt ökat och trenden fortsatte även 2021.

Informationen till tandvårdspatienter behöver förbättras

Tandvården har ansvar för att informera patienter om deras munhälsa och tänkbara åtgärder samt de kostnader som behandlingar innebär. Informationen till patienterna är dock bristfällig inom flera områden och behöver anpassas mer till olika grupper. Bland annat lyfts behov av mer information om olika behandlingsalternativ och om kostnader. Yngre personer och personer med kortare utbildning anger i större utsträckning att informationen är bristfällig. Patienter med större behandlingsbehov har också behov av mer information.³²⁴

Informationen i tandvården tycks bli bättre om tandvårdsjournalen är tillgänglig på 1177 och om patienter får träffa samma tandläkare när de besöker tandvården. De patienter som återkommande träffar samma tandläkare har generellt bättre upplevelser av den information som ges.

Oförändrad tillgång till legitimerad tandvårdspersonal

Personaltillgången är nära nog oförändrad från föregående år, 77 tandläkare och 42 tandhygienister per 100 000 invånare. Samtidigt kvarstår eller ökar personalbristen i regioner och kommuner. År 2022 rapporterades om brist på tandläkare och tandhygienister från 17 respektive 19 regioner. Det finns fortfarande stora regionala skillnader.

Åren 2016–2020 minskade andelen legitimerad tandvårdspersonal per 100 000 invånare, och minskningen är tydligast inom offentlig tandvård. Under samma period ökade andelen tandläkare och tandhygienister inom den privata tandvården något.³²⁵

Utfärdade legitimationer minskar över tid

Under 2017–2021 minskade antalet utfärdade legitimationer mest för tandhygienister. År 2021 legitimerades 92 tandhygienister, vilket var en minskning med 57 procent jämfört med 2017. Årets kartläggning visar att tandläkare är en av de legitimerade yrkesgrupper som har störst andel utfärdade legitimationer till utlandsutbildade. År 2020 utfärdades 402 tandläkarlegitimationer. Av dessa var 33 procent till personer som utbildats utanför Sverige. Under 2017–2021 minskade andelen utlandsutbildade med 7 procent.

³²⁴ Tala om tänder Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.

³²⁵ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

Framtidsprognos visar fortsatt brist på legitimerad tandvårdspersonal

Framtidsprognoserna från SCB och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) visar att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035. I bedömningen av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i tandvården 2023 lyfts behovet av att kompetensförsörjningen analyseras utifrån ett systemperspektiv.

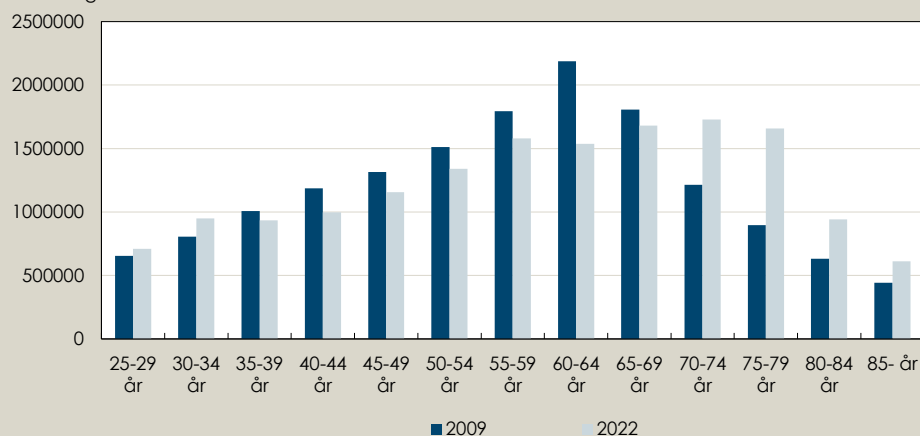
För att bedöma tillgång och efterfrågan på tandvårdspersonal behöver hänsyn tas till vilka kunskaper, färdigheter och kompetenser personalen har och hur mycket de arbetar. Tandvårdens uppdrag har utvidgats, vilket ställer nya krav på färdigheter och kompetenser, och det finns en skillnad mellan förväntningarna på tandvårdsprofessionernas yrkesinnehåll och den faktiska arbetssituationen.³²⁶

Antalet behandlare i tandvården ökar men antalet behandlingsåtgärder är oförändrat

Tandläkare och tandhygienister som behandlar patienter inom det statliga tandvårdsstödet ökade med runt 2 000 behandlare under 2009–2021.³²⁷ Under samma period var antalet behandlingsåtgärder som utförts inom det statliga tandvårdsstödet oförändrat. Fler behandlare verkar alltså inte leda till fler utförda behandlingar.³²⁸

Figur 10.6. Antal utförda fyllningsåtgärder och protetiska åtgärder* år 2009 och 2022, efter ålder

Antal åtgärder



* Utförda behandlingsåtgärder inom det statliga tandvårdsstödet

Källa: Försäkringskassan 2023

³²⁶ Bedömning av tillgång och efterfråga på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023. Socialstyrelsen.

³²⁷ Presentation vid Odontologisk riksstämma 2022.

³²⁸ Försäkringskassans statistikdatabas, 2023.

Nya stöd för munhälsans utveckling

Nationella riktlinjer uppdaterade

Socialstyrelsen kom 2021 med en uppdaterad version av de nya nationella riktlinjerna för tandvård, med tydligare fokus på styrning och ledning, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, systematiska arbetssätt och samverkan.³²⁹ Riktlinjerna kompletterades även av ett implementeringsstöd i form av webbutbildningar och checklistor för olika målgrupper.

Parallellt har nya indikatorer för tandvården tagits fram som ska följa upp riktlinjernas viktigaste rekommendationer.³³⁰ Det finns även utvecklade målnivåer för ett urval av tandvårdsindikatorerna som ska fungera som stöd för styrning och ledning.³³¹ Under 2023–2024 planerar Socialstyrelsen att utvärdera tandvården utifrån de framtagna indikatorerna.

Nytt stöd för placerade barns hälsa och vård

Socialstyrelsen har tagit fram ett stöd för samverkan mellan socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med placerade barns och ungas hälsa. Syftet är att ge ett konkret stöd och en struktur för samverkan samt att tydliggöra ansvar och roller utifrån regelverket både inför och under en placering och innan placeringen ska avslutas.

Myndigheten har också deltagit i en arbetsgrupp som några regioner bildat för att diskutera frågan om tandvård för placerade barn och unga. Socialstyrelsen har stöttat gruppen i utvecklingsarbetet och bistått med kunskap inom området.

Tandvårdens roll i att upptäcka våld i nära relationer förtydligas

Tandvårdens roll i arbetet med att identifiera och förebygga våld i nära relationer förtydligades och uppmärksammades under 2022. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer har reviderats och ersatts av en ny författning (HSLF-FS 2022:39) som trädde i kraft den 1 november 2022. Här har tandvårdens roll och ansvar förtydligats genom att de föreskrifter och allmänna råd som riktar sig till tandvården finns under en egen rubrik.

För att underlätta tillämpningen av de allmänna råden så har *Handboken om våld i nära relationer* tagits fram.³³² Den är nu under revidering och kommer att publiceras våren 2023. Socialstyrelsen har vidare tagit fram ett meddelandeblad som beskriver ändringarna i HSLF-FS 2022:39.³³³

³²⁹ Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

³³⁰ Nationella riktlinjer. Indikatorer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

³³¹ Målnivåer för tandvård. Målnivåer för indikatorer. Socialstyrelsen; 2022.

³³² Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer

³³³ Nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer – Meddelandeblad. Socialstyrelsen; 2022.

11. Centrala mått och indikatorer

I detta kapitel redovisas resultaten för ett antal utvalda nationella indikatorer som tillsammans speglar viktiga delar av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat på en övergripande nivå. De speglar bland annat medicinsk kvalitet, kostnader och tillgänglighet. Tillsammans med de föregående kapitlen i rapporten syftar redovisningen till att ge en samlad bild av läget i hälso- och sjukvården och tandvården. Indikatorerna³³⁴ är ett urval som ofta används i både nationella och internationella uppföljningar.

Kontinuerliga förbättringar i många fall

Tabellen på nästa sida visar de övergripande resultaten för riket. Utfallet för de indikatorerna varierar, men en de flesta visar genomsnittliga förbättringar över tid. För de indikatorer som speglar hälsoutfall syns kontinuerliga förbättringar.

För övriga indikatorer är resultaten mer varierande. Förtroendet för hälso- och sjukvården ökade tydligt under 2020 och 2021 men minskade något mellan 2021 och 2022. Utvecklingen speglar troligen människors uppfattning om hälso- och sjukvårdens hantering av pandemin. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar sjönk kraftigt under 2020 för att sedan öka igen 2021 och 2022. Den speciella situationen under pandemins första år, med uppskjuten vård, påverkar troligtvis. Dessa resultat bör tolkas med försiktighet i ett längre perspektiv, och framtiden får utvisa huruvida det är bestående förändringar.

³³⁴ Måttet utgifter för hälso- och sjukvården per invånare ingick inte i indikatorsetet som presenterades i rapporten *Sex frågor om vården*.

Tabell 11.1. Resultat för riket för några indikatorer

Resultat för riket

Indikatorer	Senast möjliga period	Mätperiod
Förtroendet för vården i sin helhet Procent	60,7 	62,1 2017—2022
Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård. per 1 000 invånare	306 	214 2016—2022
Tandvårdsundersökning de senaste två åren Antal per 100 invånare	64,6 	55,6 (2009—2010)— (2020—2021)
Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) Procent	1,2 	1,6 2012—2021
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser	4,2 	9,1 2014—2022
Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - BUP, procent	82,2 	50,7 2015—2022
Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar Procent	81,9 	84,2 2019—2022
Dödlighet efter hjärtinfarkt Procent	27,7 	22,5 (2007—2009)— (2019—2021)
Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) Procent	22,4 	23,3 (2010—2012)— (2019—2021)
Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer Procent	54,6 	62,8 (2006—2010)— (2016—2020)
Själv mord i befolkningen Antal per 100 000 invånare	15,3 	14,4 2010—2021
Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare	899 	585 2010—2021
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD) per 100 000 invånare	58,8 	48,7 (2013—2015)— (2019—2021)

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

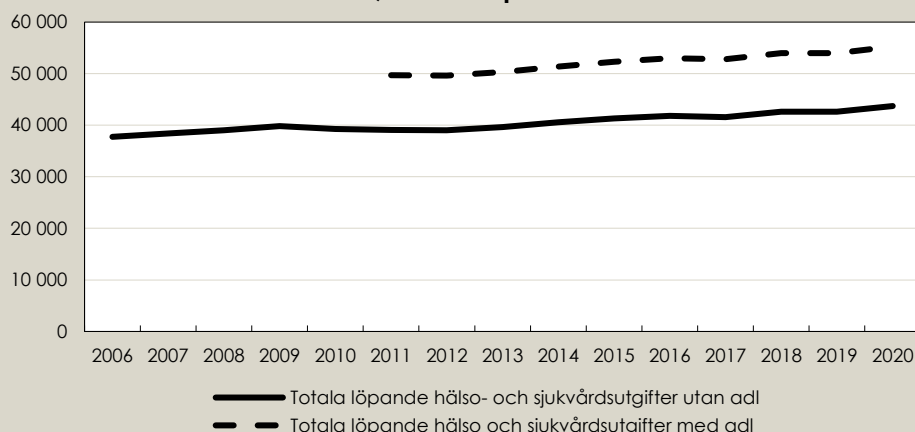
1. Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare

År 2020 uppgick de totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare till cirka 55 200 kronor. År 2017–2020 ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna i fasta priser per invånare med runt 5 procent.

I förhållande till BNP stod hälso- och sjukvårdsutgifterna för 11,5 procent 2020.³³⁵

³³⁵ Statistiska centralbyrån. Statistikdatabasen, Hälso- och sjukvårdens andel av BNP, procent efter år. Hämtad 2021-12-20 från: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/118936>.

Figur 11.1. Totala löpande utgifter för hälso- och sjukvården per invånare med och utan adl*, 2020 års prisnivå**



* Adl motsvarar personliga omvårdnadstjänster som exempelvis hjälp med att äta, påklädning samt personlig hygien, omvårdnadstjänsten. Data för adl saknas från 2011 och tidigare (SCB)

** Ett konsumtionsindex för regioner har använts från SCB

Källa: SCB:s hälsoräkenskaper och befolkningsstatistik

Läs mer i fördjupningsavsnittet om hälso- och sjukvårdens kostnader.

2. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

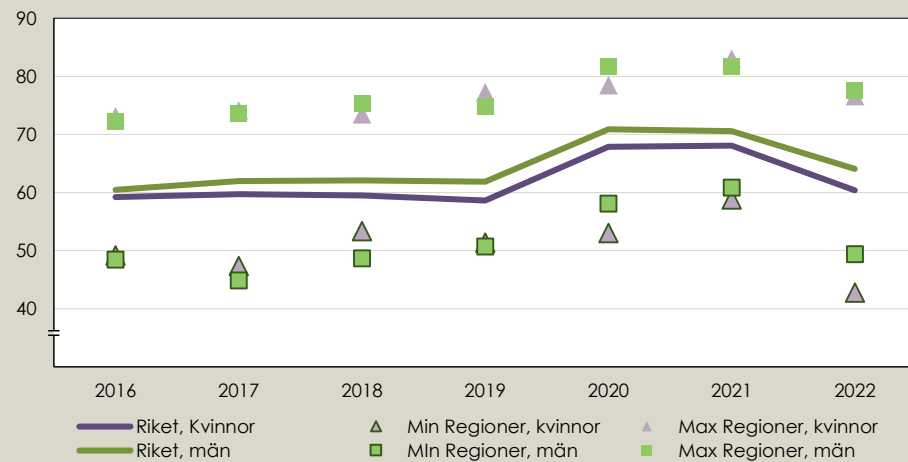
Indikatorn speglar befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården, oavsett om de har några nyliga kontakter eller inte. Indikatorn är hämtad från Hälso- och sjukvårdsbarometern och visar andelen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen. De personer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

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården som helhet var ganska konstant under perioden 2016–2019, men 2020 syns en ökning med 9 procentenheter totalt för både kvinnor och män. Det finns vissa skillnader mellan regionerna, och 2020 var andelen som hade stort eller mycket stort förtroende 56–80 procent i regionerna. Förtroendet ökade 2012–2020 och låg kvar på samma nivå 2021. Ökningen kan med stor sannolikhet kopplas till pandemin och hälso- och sjukvårdens hantering av den. År 2022 hade förtroendet återgått till samma nivå som före pandemin. Kvinnor har i genomsnitt något lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män har.

Figur 11.2. 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.

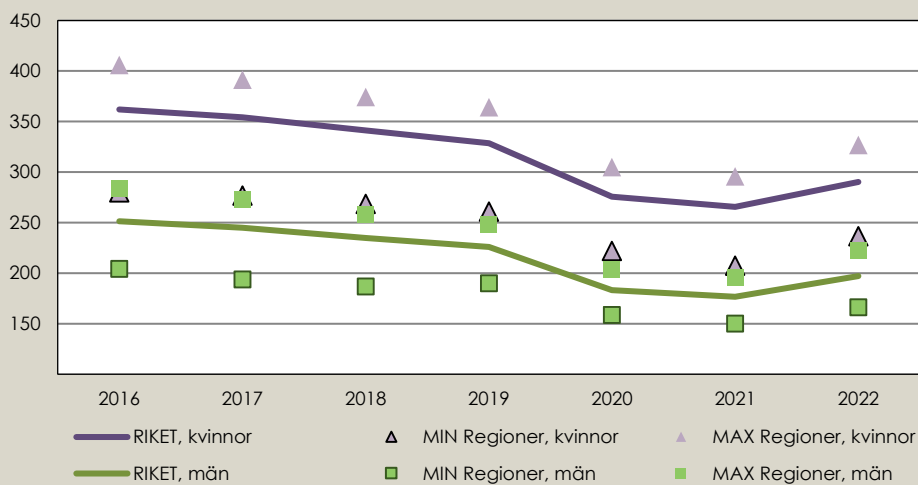
3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

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 finns risk för 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 länge minskat i Sverige. Under pandemin minskade förskrivningen påtagligt, vilket hänger samman med färre besök i hälso- och sjukvården. Det finns variationer mellan regionerna men förskrivningen minskade i samtliga regioner mellan 2019 och 2020, för att sedan öka igen 2022. Antibiotikaanvändningen är högre bland kvinnor än bland män.

Figur 11.3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.
Per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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

Läs mer om antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistenta bakterier i fördjupningsavsnittet om patientsäkerhet.

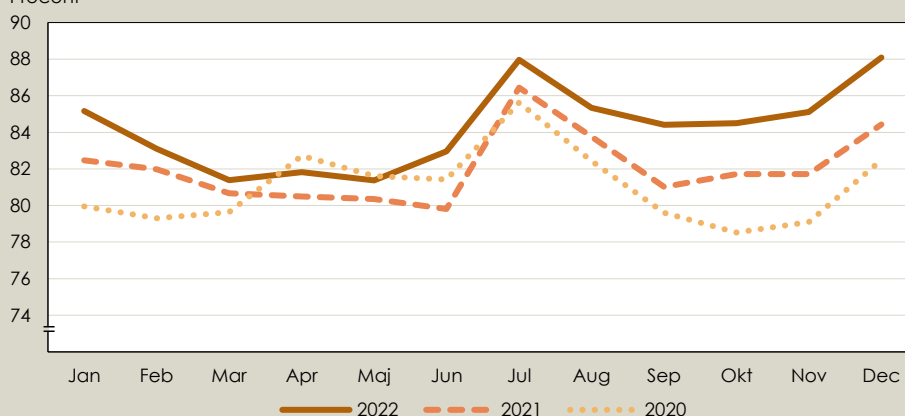
4. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

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 var 77–85 procent under 2019–2022. 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 under samtliga månader 2020–2022. Mellan 2021 och 2022 ökade andelen mot slutet av året med cirka 2 procentenheter. För 2019 finns variation i vissa regioners inrapportering för enskilda månader, vilket innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Figur 11.4. 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.

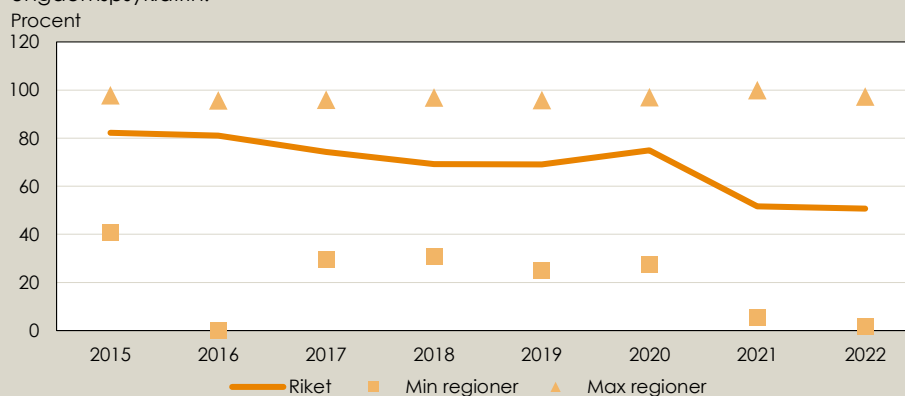
5. Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri

Indikatorn speglar andelen barn och unga som väntat i högst 30 dagar när de får 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.

Antalet utredningar på BUP som startar inom 30 dagar minskade 2015–2022 från 82,2 procent till 50,7 procent. Skillnaderna mellan regionerna är tydliga, och 2022 var variationen 2–97 procent.

Figur 11.5. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup

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



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

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

6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Indikatorn visar antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per 100 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).

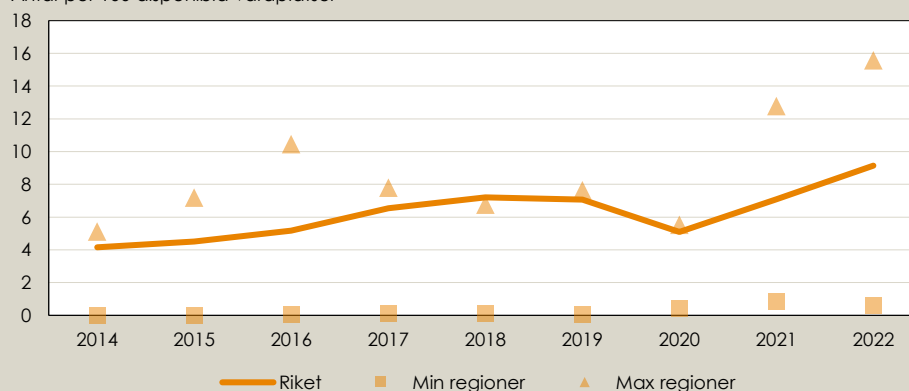
På nationell nivå minskade antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter 2020, för att åter öka 2021 och 2022. Den speciella situationen under pandemin, med bland annat uppskjuten vård, har troligen påverkat resultaten. Under pandemins första år påverkades bland annat vårdkontakter och planerade behandlingar såsom kirurgiska ingrepp, och särskilda vårdplatser upprättades för att vårda patienter med covid-19.

Det finns stora skillnader mellan regionerna, och för 2022 rapporterades 1–16 överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser.

Figur 11.6. Överbeläggningar och utlokaliseringar

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

Antal per 100 disponibla vårdplatser



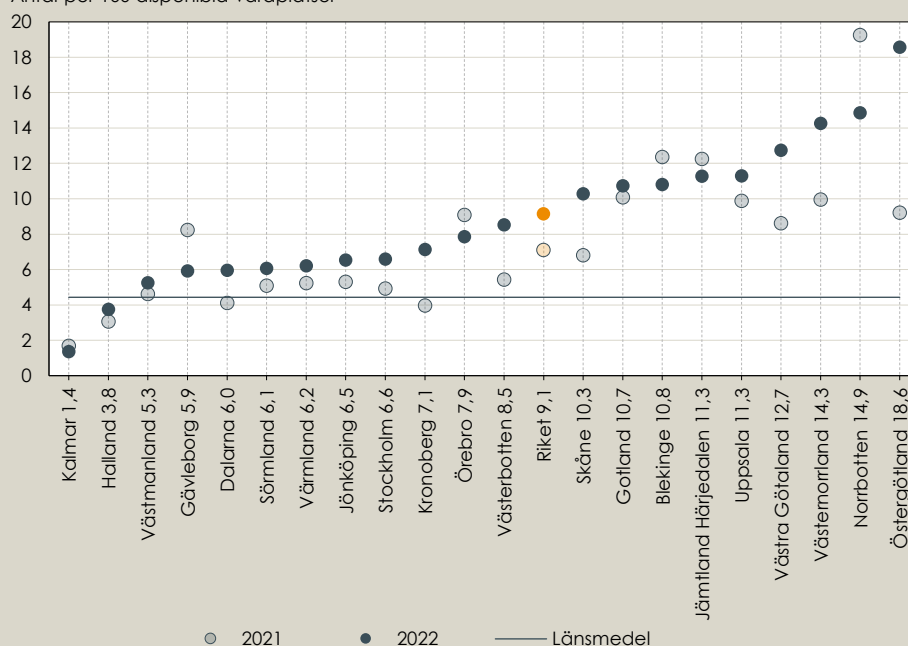
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 11.7 nedan visar att det är skillnad både mellan och inom regioner. Överbeläggningar och utlokaliseringar ökade i många regioner 2021–2022.

Figur 11.7. 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

7. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

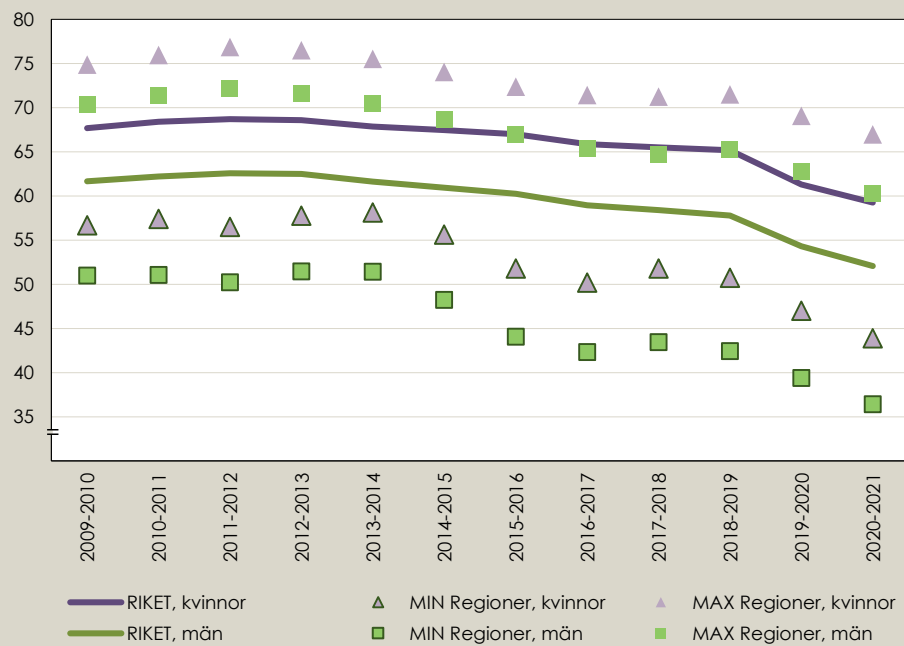
Indikatorn visar antalet personer per 100 invånare 24 år och äldre som fått en basundersökning i tandvården utförd någon gång under de senaste två åren. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Åren 2020–2021 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 eftersom flera tandvårdsverksamheter stängde eller begränsade sin verksamhet under delar av 2020, och patienter undvek att söka sig till tandvården.

Figur11.8. 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



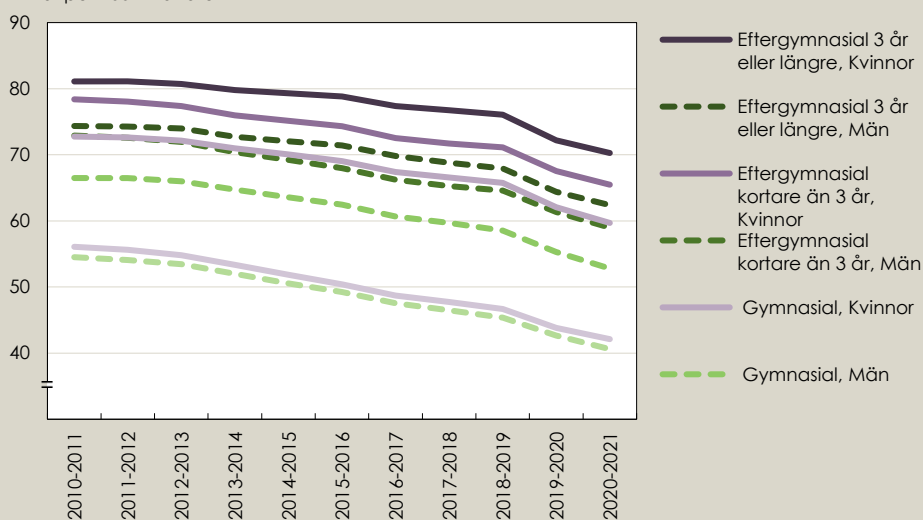
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Andelen som besökt tandvården för en undersökning under de senaste två åren varierar också mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. År 2021 hade 42 av 100 kvinnor och 41 av 100 män med förgymnasial utbildning fått en undersökning under den perioden. Bland kvinnor och män med eftergymnasial utbildning som är längre än tre år var andelen 70 respektive 62 procent.

Figur 11.9. 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 och Utbildningsregistret, SCB.

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

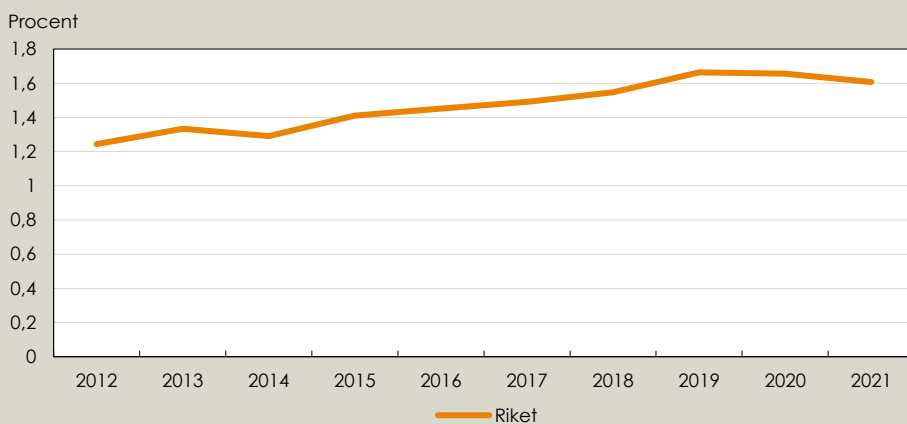
8. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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 eftersträvarvärt att ha höga 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 1,6 procent av alla nyfödda barn 2021 hade lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Det motsvarar ungefär 1 840 barn av de 115 000 som föddes under året. Andelen har ökat över tid, vilket innebär att fler nyfödda barn har låga Apgar-poäng. Detta kan bland annat hänga ihop med att allt fler förtidigt födda barn överlever.

Figur 11.10. Hälso tillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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

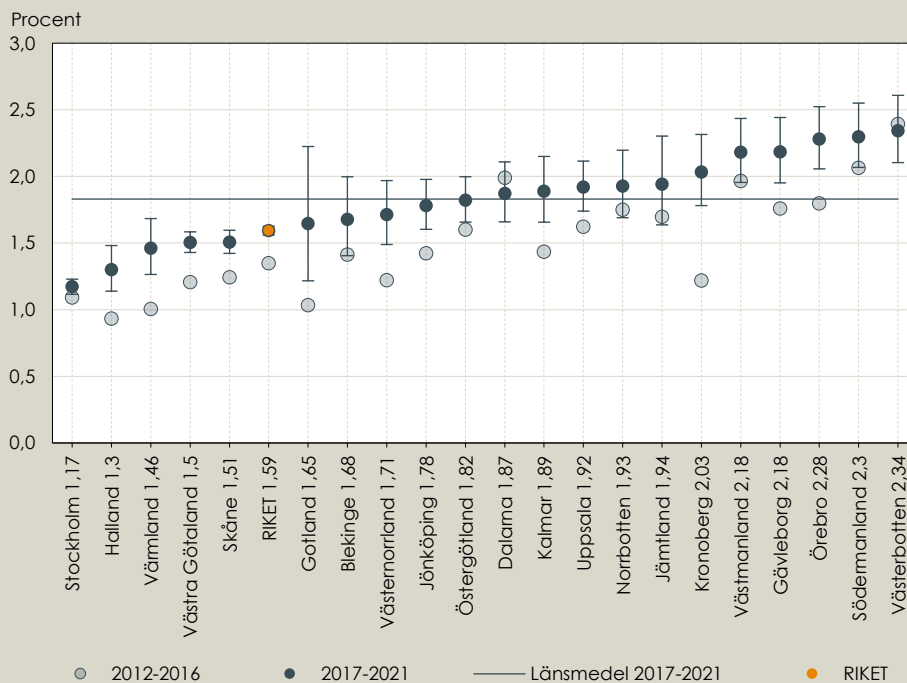


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Här är också relativt stora variationer mellan regionerna. Under 2017–2021 var andelen nyfödda med låg Apgar-poäng 1,2–2,3 procent i de olika regionerna. Figuren nedan visar en jämförelse mellan perioderna 2012–2016 och 2017–2021 per region. Statistiskt säkerställda förändringar kan ses i nästan alla regioner.

Figur 11.11. Hälso tillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

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

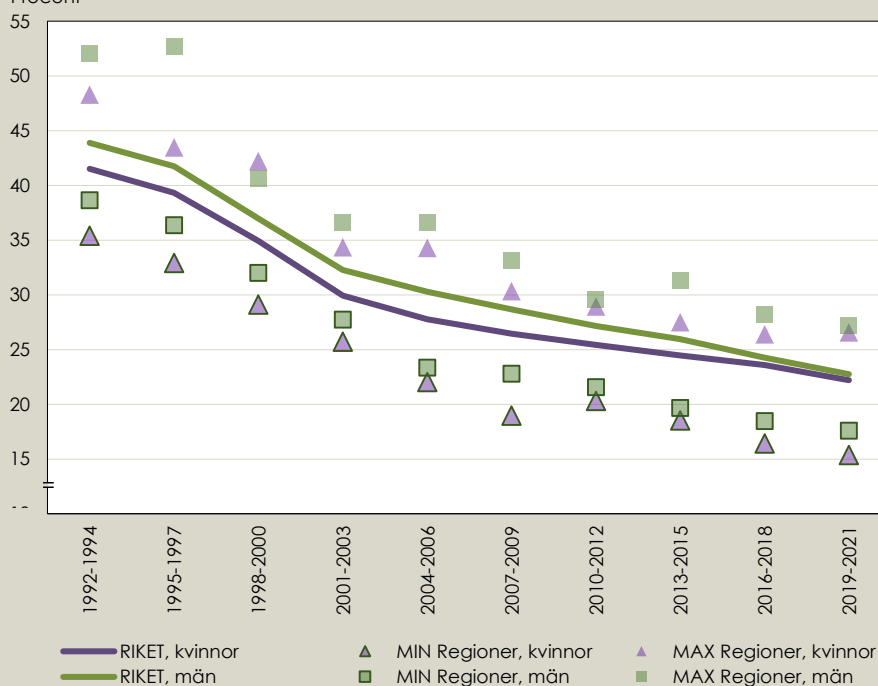
9. Dödlighet efter hjärtinfarkt

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 åldersstandardiserade.

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 23,5 procent av männen respektive 22,7 procent av kvinnorna inom 28 dagar.

Figur 11.12. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden. Procent

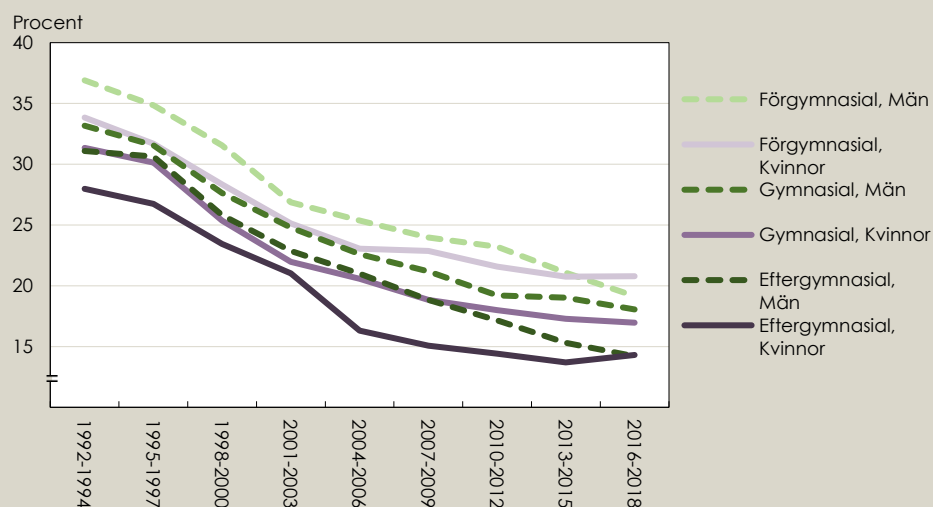


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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 11.13. Dödlighet efter hjärtinfarkt

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



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

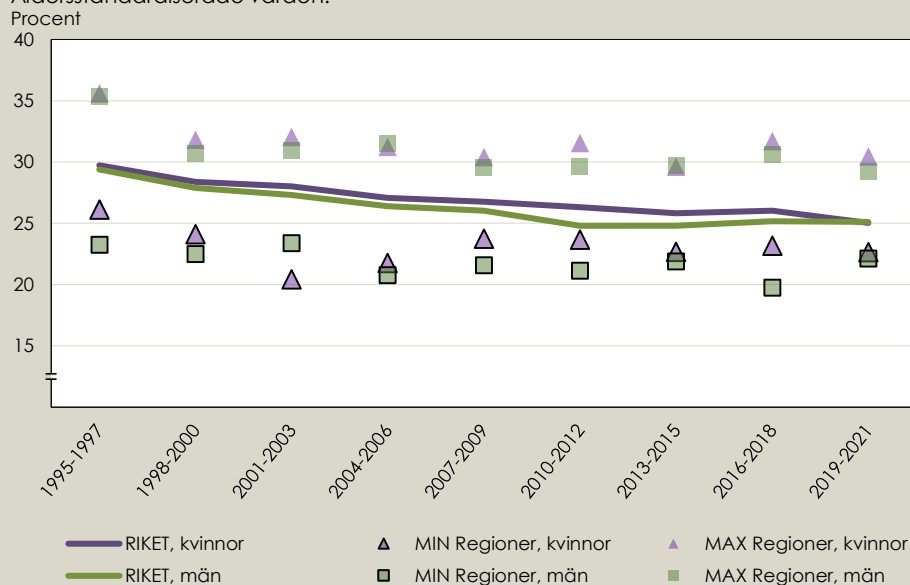
10. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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, sett till riket.

Figur 11.14. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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

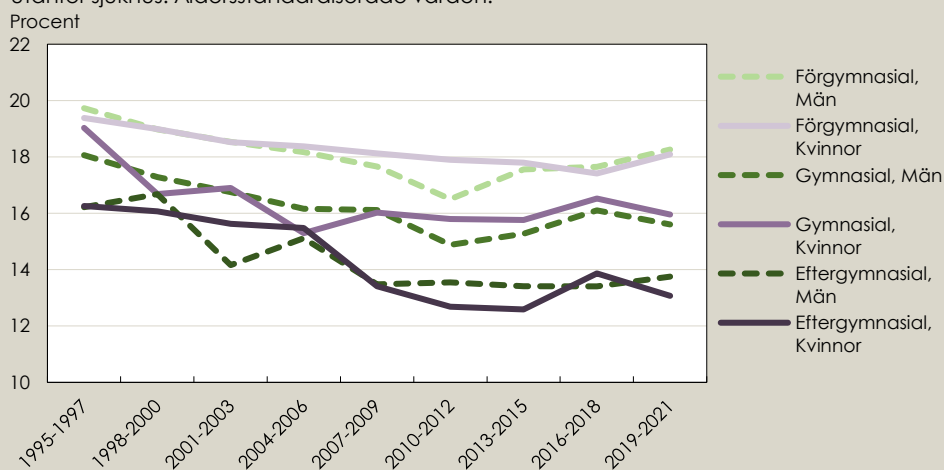


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vid jämförelse av dödlighet i stroke bland olika utbildningsgrupper avgränsas åldern till 35–79 år, vilket ger generellt lägre andel döda inom 90 dagar. Andelen är högre bland personer med kortare utbildning jämfört med personer med längre utbildning.

Figur 11.15. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

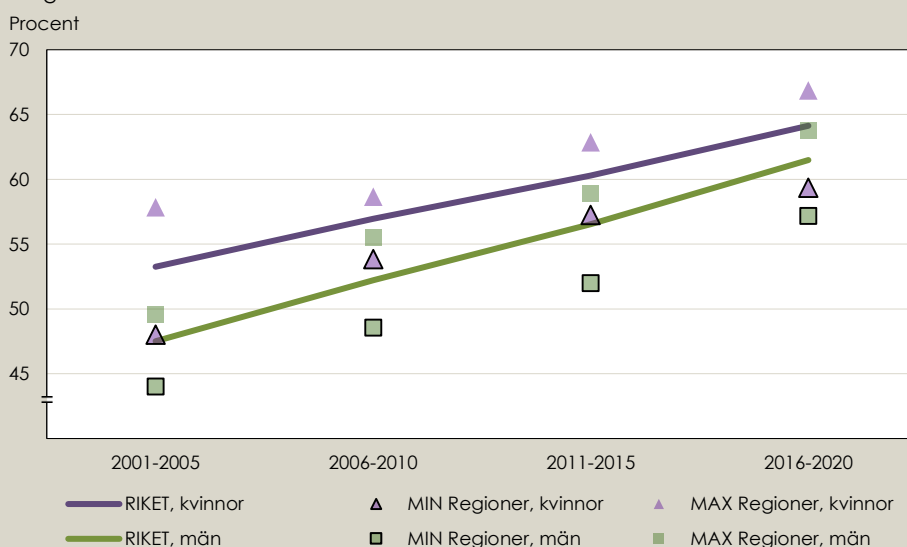
11. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom för personer som var 30–89 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 2001–2005 var femårsöverlevnaden ungefär 50 procent, och 2016–2020 var den 62 procent för båda könen. Denna ökning beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och kan erbjuda effektivare behandlingar. Femårsöverlevnaden bland kvinnor är högre än den bland män.

Figur 11.16. 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.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

12. Suicid i befolkningen

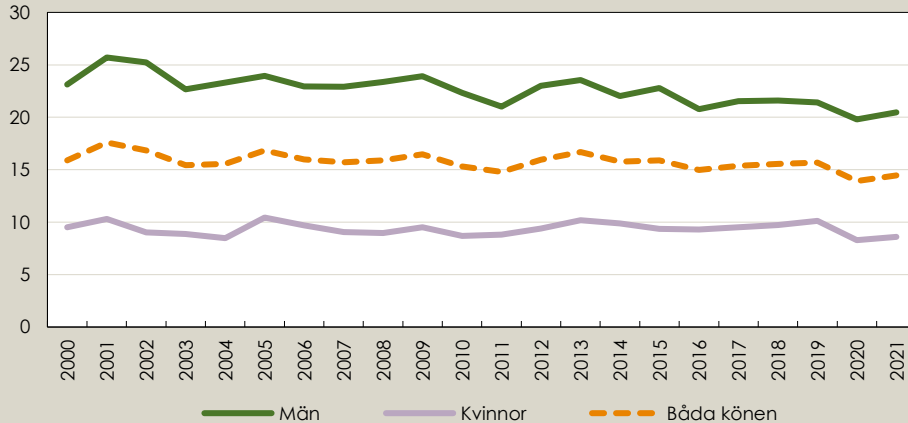
Indikatorn visar antalet personer per 100 000 invånare som avlidit i suicid. Indikatorn utgörs av både konstaterade suicid och dödsfall med oklar avsikt. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Värdena är åldersstandardiserade.

År 2021 registrerades 14 suicid per 100 000 invånare. Suicid är dock dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. För 2021 var värdet 9 per 100 000 kvinnor jämfört med 20 för män. Rikets värde varierar mellan enskilda år men för den uppföljda tjugoårsperioden är det förhållandevis konstant.

Figur 11.17. Suicid i befolkningen

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

Per 100 000 invånare



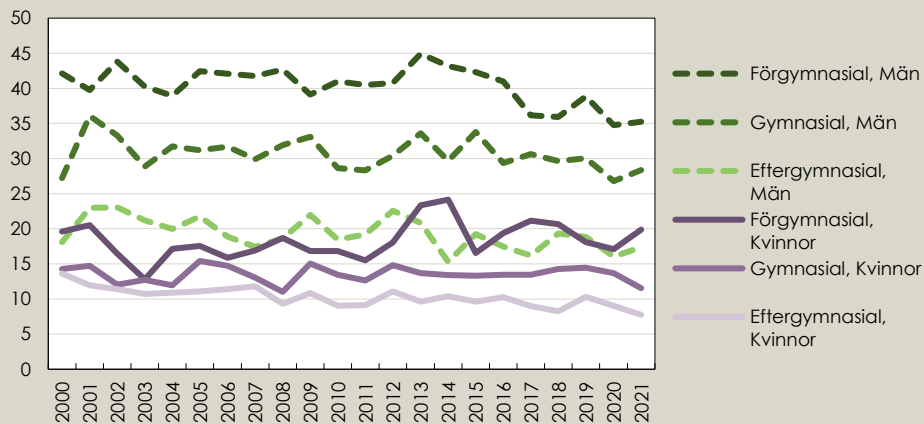
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Suicidfrekvensen varierar också mellan olika utbildningsgrupper, där personer med kortare utbildning har en högre suicidfrekvens jämfört med personer med längre utbildning.

Figur 11.18. Suicid i befolkningen

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

Per 100 000 inv.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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

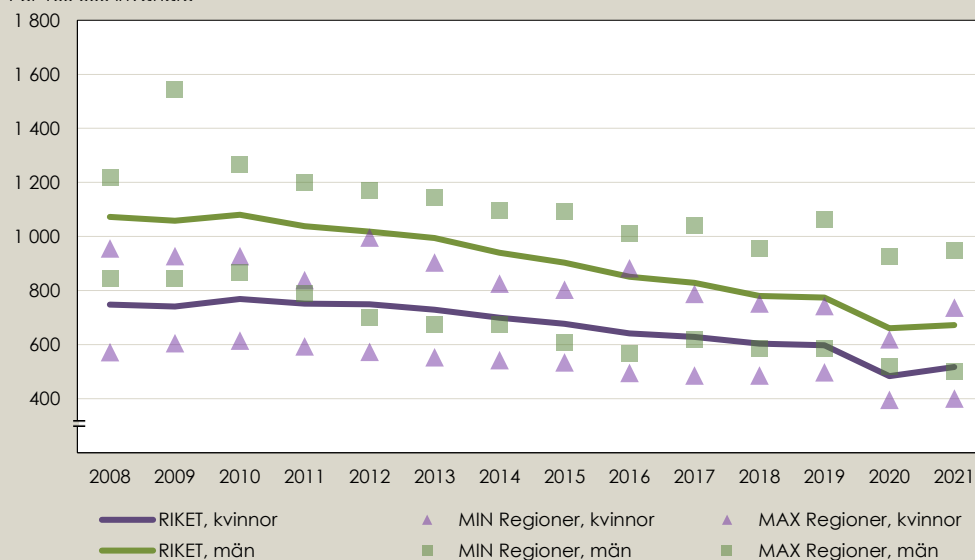
Indikatorn visar antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Dessa kroniska sjukdomstillstånd kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård, och behovet av slutenvård kan minska med optimalt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

Över tid har antalet slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare minskat. Generellt sett vårdas män inom slutenvården i större utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. För riket 2021 registrerades 672 slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare för män och 517 tillfällen per 100 000 invånare för kvinnor.

Figur 11.19. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdstillfällen 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

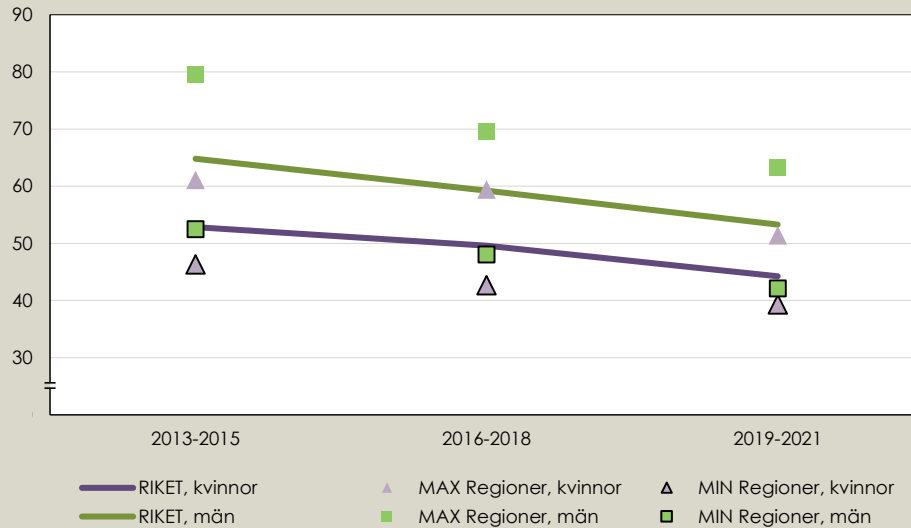
Indikatoren speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker med koppling till diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. OECD och Eurostat har enats om utformningen av måttet. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister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

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten fortsatte att minska under perioden 2013–2021. 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.

Figur 11.20. 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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödligheten som fångas av indikatorn är högre bland personer med kortare utbildning. Männen har också närmare sig kvinnornas värden inom de olika utbildningsgrupperna³³⁶.

³³⁶ 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.

Bilaga 1. Indikatorbaserad uppföljning av god och nära vård 2022

Nedan presenteras en sammanfattning i tabellform av den indikatorbaserade uppföljning som Socialstyrelsen presenterade i samband med slutrapporteringen av myndighetens uppdrag om indikatorer för god och nära vård 2022. De centrala mått respektive kärnindikatorer som presenteras är indelade i tre huvudområden: 1) Förutsättningar och volymer; 2) Fokus primärvård; och 3) System och samordning. För mer detaljer hänvisas till den fullständiga rapporten³³⁷.

³³⁷ Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. Socialstyrelsen, 2022.

Förutsättningar och volymer

De centrala måtten visas med orangefärgad text. Kärnindikatorerna visas med svart eller röd text. Röd text används om det senaste värdet är sämre än det tidigare värdet.

Delområde	Mått	Utveckling	Mätperiod
Vårdbehov	Andel av befolkningen 80 år eller äldre. Procent	5,2  5,4	2013-2021
Ekonomiska resurser	Kostnadsandel primärvård (kommun & region) av hälso- och sjukvården. Procent	19,1  19,5	2013-2020
Ekonomiska resurser	Kostnad primärvård (region) per invånare, fast pris. Kronor	5,2k  5,6k	2013-2020
Ekonomiska resurser	Kostnad äldreomsorg per invånare, fast pris. Kronor	12,7k  13k	2013-2020
Var sker vården	Primärvårdsnivå vid insättning av antidepressivt läkemedel. Procent	70,3  76,7	2013-2021
Var sker vården	Läkarbesök i hemmet (inkl särskilt boende). Per 1k invånare	54,9  47,2	2013-2020
Var sker vården/e-hälsa	Rapporterade distansbesök i primärvården (region). Procent	4,8  6,7	2020-2021
Personal	Antal läkare i primärvård. Per 100k invånare	75,7  84,8	2014-2019
Personal	Antal övrig legitimerad personal i primärvården (kommun & region). Per 100k invånare	446,7  461,1	2014-2019
Personal	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin. Procent	19,8  22,1	2016-2020
Personal	Sjukskrivning mer än 14 dagar, särskilt boende. Per 1 000 förvärvsarbete	184,8  274,8	2013-2020
Personal	Sjukfrånvaro bland regionanställd personal. Procent	5,2  6,4	2013-2021
Personal	Medarbetarengagemang i särskilt boende. Index	76,6  76,5	2013-2021
Personal	Mycket stressigt arbete, primärvårdsläkare. Procent	56  65	2015, 2019

"k"=tusental

Fokus primärvård

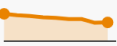
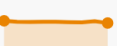
Kärnindikatorerna visas med svart eller röd text. Röd text används om det senaste värdet är sämre än det tidigaste värdet.

Delområde	Mått	Utveckling	Mätperiod
Kontinuitet & samordning	Fast läkarkontakt personer 65 år eller äldre. Procent	60,5 66	2017, 2021
Tillgänglighet	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende. Procent	60 45,1	2013-2020
Tillgänglighet	Medicinsk bedömning inom tre dagar. Procent	79,4 82,4	2019-2022
Tillgänglighet	Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (mars). Procent	55 69	2020-2022
Tillgänglighet	Lätt att få vård på kvällar och helger (ej akutmottagning), 65+. Procent	28,9 29,4	2017, 2021
Tillgänglighet/e-hälsa	Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök med läkare. Procent	46,3 53,1	2013-2021
Delaktighet, trygghet & förtroende	Delaktighet, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	86 80,5	2015-2021
Delaktighet, trygghet & förtroende	Förtroende för hälso-/vårdcentraler. Procent	59,6 67,1	2016-2021
Delaktighet, trygghet & förtroende	Upplevelse av trygghet på äldreboendet. Procent	90 86,1	2013-2020
Delaktighet, trygghet & förtroende	Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal. Procent	79,5 82,7	2018-2021
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas, särskilt boende. Procent	16,2 8	2013-2021
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas, hemsjukvård i ordinarie boende. Procent	16,1 10,1	2013-2021
Medicinsk kvalitet	Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	77,9 75,1	2015-2021
Påverkbar specialistvård	Fallskador, särskilt boende. Per 100k personår	8,8k 8,4k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Fallskador, hemsjukvård ordinarie boende. Per 100k personår	13,9k 11,9k	2013-2021
Hälsofrämjande	Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	50,4 47,9	2015-2021

"k"=tusental

System och samordning

Kärnindikatorerna visas med svart eller röd text. Röd text används om det senaste värdet är sämre än det tidigaste värdet.

Påverkbar specialistvård	Besök på akutmottagning – 80 år och äldre. Per 1k invånare	673,6  590,7	2017-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom. Per 100k invånare	840,4  573,5	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med hjärtsvikt. Per 100k personer med hjärtsvikt	13k  9,2k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård för personer med diabetes. Per 100k personer med diabetes	2,9k  1,7k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre. Per 100k invånare	5,7k  4,1k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, särskilt boende. Per 100k personår	13,6k  10,8k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Påverkbar slutenvård äldre, hemsjukvård ordinarie boende. Per 100k personår	28,4k  19,9k	2013-2021
Påverkbar specialistvård	Oplanerade återinskrivningar bland äldre. Procent	10  9,2	2013-2021
Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas (jan). Procent	8  7,2	2019-2021
Tillgänglighet	Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård. Procent	88,6  80,8	2014-2022
Tillgänglighet	Överbeläggningar och utlokaliseringar. Per 100 disponibla vårdplatser	4,2  9,1	2014-2022

"k"=tusental

Bilaga 2. Läkemedelsanvändning hos äldre utifrån kön och utbildning

Nedanstående tabeller visar resultat av förekomsten av de vanligaste läkemedelsgrupperna (tabell 1 och 2) samt några mått på omfattningen och kvaliteten i läkemedelsanvändningen (tabell 3) hos personer 75 år och äldre, uppdelad på utbildningsnivå och kön. Analysen baseras på Socialstyrelsens läkemedelsregister och SCB:s utbildningsregister,

Aktuell läkemedelsanvändning beräknades per den 31 december 2021³³⁸ Utbildningsnivå delades in i fyra kategorier: förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning, eftergymnasial utbildning mindre än 3 år samt eftergymnasial utbildning 3 år eller mer.

Tabell 1. Användning av de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna, hos män 75 år och äldre, uppdelad på utbildningsnivå.

1) Förgymnasial utbildning 2) Gymnasial utbildning 3) Eftergymnasial utbildning mindre än 3 år 4) Eftergymnasial utbildning 3 år eller mer. Andel användare (procent). Fetstil: signifikant skillnad mot högsta utbildningsnivån, i en logistisk regressionsanalys justerad för ålder.

ATC	Läkemedelsgrupp	Utbildningsnivå %				Total %
		1	2	3	4	
B01A	Antikoagulantia	47,8	45,2	44,5	40,5	45,3
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	40,5	38,9	37,6	33,7	38,5
C07A	Beta-receptorblockerande medel	35,5	32,2	30,2	27,6	32,5
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlelektiv effekt	25,1	23,7	22,3	20,4	23,5
C09C	Angiotensin II receptorblockerare (ARBs)	17,9	18,5	18,6	17,7	18,1
G04C	Medel vid benign prostatahyperplasi	18,0	17,8	18,5	17,6	17,9
B03B	Vitamin B12 och folsyra	19,2	16,7	15,2	13,2	16,9
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	18,5	16,8	15,6	13,7	16,8
C09A	ACE-hämmare	18,5	16,5	15,5	13,6	16,6
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner	15,8	14,4	12,9	10,6	14,2
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	16,5	13,1	10,9	8,7	13,4
C03C	Loop-diuretika	13,0	9,8	8,5	7,1	10,4
N06A	Antidepressiva medel	10,9	9,9	9,3	9,2	10,1
N05C	Sömmedel och lugnande medel	10,0	9,4	9,2	9,8	9,7
A06A	Medel vid förstoppning	8,1	7,3	7,4	7,3	7,6

Källor: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Utbildningsregistret, SCB

³³⁸ Wallerstedt SM, Fastbom J, Johnell K, Sjöberg C, Landahl S, Sundström A. Drug treatment in older people before and after the transition to a multi-dose drug dispensing system--a longitudinal analysis. PLoS One. 2013 Jun 24;8(6):e67088.

Tabell 2. Användning av de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna, hos kvinnor 75 år och äldre, uppdelad på utbildningsnivå.

1) Förgymnasial utbildning 2) Gymnasial utbildning 3) Eftergymnasial utbildning mindre än 3 år 4) Eftergymnasial utbildning 3 år eller mer. Andel användare (procent). Fetstil: signifikant skillnad mot högsta utbildningsnivån, i en logistisk regressionsanalys justerad för ålder.

ATC	Läkemedelsgrupp	Utbildningsnivå %				Total %
		1	2	3	4	
B01A	Antikoagulantia	38,3	34,2	30,8	29,2	34,6
C07A	Beta-receptorblockerande medel	36,9	32,4	28,4	25,6	32,6
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	29,8	29,0	25,8	23,9	28,2
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlselektiv effekt	26,1	23,3	20,0	18,5	23,3
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	27,1	22,2	17,7	15,0	22,5
C09C	Angiotensin II receptorb blockerare (ARBs)	20,5	20,5	19,7	18,4	20,1
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	22,0	19,9	16,8	15,0	19,6
N06A	Antidepressiva medel	19,8	17,6	15,3	14,9	17,8
B03B	Vitamin B12 och folsyra	20,9	17,2	14,2	12,6	17,5
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	17,1	16,3	15,5	15,8	16,4
A12A	Kalcium	15,7	14,9	14,5	15,0	15,2
H03A	Tyreoideapreparat	14,6	14,1	13,3	12,8	14,0
C09A	ACE-hämmare	14,5	12,2	10,3	9,4	12,4
C03C	Loop-diuretika	15,0	10,7	8,1	6,4	11,4
A06A	Medel vid förstoppning	10,6	9,5	9,2	9,5	9,9

Källor: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Utbildningsregistret, SCB

För flertalet av de totalt 58 studerade läkemedelsgrupperna var användningen högre hos personer med förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning respektive eftergymnasial utbildning mindre än 3 år, jämfört med dem som har en eftergymnasial utbildning 3 år eller mer.

En analys gjordes även för genomsnittligt antal läkemedel per person samt för fyra olika indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre³³⁹ (tabell 3). För samtliga dessa mått, utom ett, uppmättes högre värden hos personer med förgymnasial utbildning, jämfört med dem som har en eftergymnasial utbildning 3 år eller mer.

³³⁹ Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen 2010-6-29.

Tabell 3. Antal läkemedel per person samt förekomst av fyra indikatorer för äldres läkemedelsanvändning, hos män resp. kvinnor 75 år och äldre, uppdelat på utbildningsnivå.

1) Förgymnasial utbildning 2) Gymnasial utbildning 3) Eftergymnasial utbildning mindre än 3 år 4) Eftergymnasial utbildning 3 år eller mer. Fetstil: signifikant skillnad mot högsta utbildningsnivån, i en multipel linjär resp. logistisk regression justerad för ålder.

Indikator	Utbildningsnivå %				Total %
	1	2	3	4	
Män					
Antal läkemedel per person, medelvärde	5,2	4,8	4,7	4,3	4,9
Tio eller fler läkemedel, %	14,1	11,8	10,9	9,1	12,1
Tre eller fler psykofarmaka, %	2,7	2,3	2,1	2,3	2,4
Läkemedel som bör undvikas, %	5,3	5,1	4,9	5,0	5,2
Antipsykotiska läkemedel, %	1,8	1,4	1,1	1,2	1,5
Kvinnor					
Antal läkemedel per person, medelvärde	5,6	5,1	4,6	4,3	5,1
Tio eller fler läkemedel, %	16,3	13,6	10,8	9,4	13,7
Tre eller fler psykofarmaka, %	5,4	4,6	3,8	3,8	4,7
Läkemedel som bör undvikas, %	7,2	7,6	7,3	7,2	7,3
Antipsykotiska läkemedel, %	2,9	2,3	1,8	1,7	2,4

Källor: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen; Utbildningsregistret, SCB

Bilaga 3 Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP

Tabell 1 visar hälso- och sjukvårdens utgifter (totalt och för regioner- och regionägda bolag) som andel av BNP. Dessa andelar är förhållandevis stabila över tid, även om en viss ökning kan noteras för 2020 (jämfört med 2019).

Tabell 1. Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP.

Baseras på uppgifter om totala löpande sjukvårdsutgifter och BNP till marknadspris (båda i löpande priser).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Regioners och regionägda bolags hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	7 %
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP	10 %	11 %	11 %	11 %	11 %	11 %	11 %	11 %	11 %	12 %

Källa: Hälso- och sjukvårdens utgifter (SHA), Statistiska Centralbyrån.

Tabell 2 visar regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård. Denna andel har under de senaste åren varit förhållandevis stabil (sett över hela riket). Beräkningarna baseras på uppgifter från regionernas räkenskapssammandrag. Uppgifterna bör dock tolkas med viss försiktighet, bland annat eftersom Region Gotland exkluderas och då enbart regionala huvudmän inkluderas. Dessutom relaterar inte uppgifterna till antalet personer, vilket i viss mån försvårar tolkningen

Tabell 2. Regionernas kostnader* för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård.

Exklusive region Gotland. Baserat på kostnads måttet "Kostnad för det egna åtagandet".

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Riket	21 %	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	21 %
Stockholm	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	21 %
Uppsala	17 %	17 %	17 %	17 %	16 %	17 %	17 %	15 %	16 %	19 %	17 %
Sörmland	20 %	21 %	21 %	20 %	20 %	20 %	21 %	23 %	22 %	23 %	22 %
Östergötland	22 %	21 %	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	19 %	20 %	20 %
Jönköpings län	23 %	23 %	20 %	20 %	19 %	20 %	20 %	20 %	21 %	20 %	23 %
Kronoberg	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	20 %	19 %	19 %	20 %	20 %
Kalmar län	20 %	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	22 %
Gotland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Blekinge	22 %	20 %	18 %	17 %	17 %	17 %	18 %	18 %	18 %	18 %	18 %
Skåne	20 %	20 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	20 %	21 %	19 %
Halland	24 %	24 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Västra Götaland	20 %	20 %	22 %	21 %	21 %	22 %	21 %	21 %	22 %	22 %	24 %
Värmland	21 %	21 %	20 %	19 %	18 %	19 %	20 %	19 %	19 %	20 %	21 %
Örebro län	19 %	19 %	19 %	19 %	19 %	20 %	20 %	20 %	21 %	20 %	21 %
Västmanland	22 %	23 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	23 %	23 %
Dalarna	22 %	22 %	20 %	20 %	19 %	19 %	20 %	21 %	21 %	21 %	22 %
Gävleborg	25 %	25 %	24 %	23 %	23 %	22 %	23 %	22 %	22 %	22 %	22 %
Västernorrland	23 %	22 %	22 %	19 %	19 %	19 %	19 %	18 %	18 %	18 %	19 %
Jämtland Härjedalen	23 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	24 %	22 %
Västerbotten	19 %	19 %	18 %	18 %	18 %	18 %	19 %	19 %	19 %	19 %	20 %
Norrbotten	24 %	24 %	22 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	22 %	24 %

*Exklusive uppgifter från Region Gotland.
Källa: Regionernas räkenskaper (SCB).

Publikationen kan laddas ner från
www.socialstyrelsen.se