

# Personer med kronisk sjukdom behöver uppföljningar

Följsamheten till nationella riktlinjer

Personer med kronisk sjukdom behöver uppföljningar

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2025-4-9539

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2025

## Förord

Socialstyrelsen har utvärderat om personer med kronisk sjukdom får uppföljning enligt rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Riktlinjerna som denna rapport utgår från täcker stora patientgrupper och gäller åtgärder som är evidensbaserade och prioriterade. Utgångspunkten för Socialstyrelsens utvärdering har varit följsamheten till rekommendationer från fem nationella riktlinjeområden. Utvärderingen vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, allmänheten och medier. Projektledare för utvärderingen har varit Tobias Edbom, som tillsammans med Christina Broman, Sofia Collin och Mikael Nyman har utgjort projektets arbetsgrupp. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>5</b>
Uppföljningen skiljer sig åt beroende på region, kön och socioekonomi.	5
God munhälsa är viktig vid kronisk sjukdom.....	6
Utvärderingen ger underlag för den fortsatta planeringen.....	6
<b>Inledning .....</b>	<b>7</b>
Syfte och avgränsning .....	7
<b>Metod.....</b>	<b>8</b>
Indikatorer .....	8
Datakällor .....	9
<b>Resultat för fem nationella riktlinjeområden.....</b>	<b>10</b>
Epilepsi.....	11
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).....	20
Multipel skleros (MS).....	26
Parkinsons sjukdom.....	34
Psoriasis.....	40
<b>Avslutande diskussion .....</b>	<b>46</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>48</b>
<b>Projektorganisation.....</b>	<b>49</b>
Projektledning .....	49
Kontaktpersoner .....	49

## Sammanfattning

Att personer med kroniska sjukdomar följs upp är av betydelse för att säkerställa en högkvalitativ vård och förbättra patienternas hälsa och livskvalitet. Riktlinjeområdena i denna rapport täcker stora patientgrupper. Syftet med utvärderingen är att stödja regionerna med kunskap om och analys av hälso- och sjukvårdens följsamhet till Socialstyrelsens rekommendationer.

För att få en bred och sammansatt bild har vi analyserat ett urval åtgärder inom de nationella riktlinjerna. Utvärderingen visar i vilken utsträckning patienter med kroniska sjukdomar får återkommande uppföljningar i rätt omfattning och i rätt tid samt i vilken utsträckning patienterna besöker tandvården.

## Uppföljningen skiljer sig åt beroende på region, kön och socioekonomi

Socialstyrelsens utvärdering visar att det finns skillnader mellan de olika riktlinjeområdena när det gäller årlig uppföljning av personer med kronisk sjukdom. Det är dock generellt bristande uppföljning i de olika sjukdomsgrupperna. För exempelvis Parkinsons sjukdom och psoriasis har endast 6 procent av patienterna fått minst ett besök per år hos läkare, fem år i rad, mätt från fem år efter diagnos. För multipel skleros (MS) ligger andelen runt 10 procent. Det finns även skillnader mellan regionerna och mellan kvinnor och män.

Uppföljning av vården är en viktig del i kvalitetsförbättring och de regionala skillnaderna kräver ytterligare utredning och åtgärder för att säkerställa att alla patienter får samma möjlighet till kontinuerlig uppföljning, oavsett var de bor i Sverige. Utvärderingen visar på regionala ojämnheter i tillgången till vård, vilket kan bero på både organisatoriska och resursmässiga faktorer. Det finns dock personer med välfungerande behandling av sin kroniska sjukdom som inte behöver följas upp årligen. Patienter med kroniska sjukdomar får uppföljning i högre utsträckning vart annat eller vart tredje år. Men inte heller siffrorna för ett- och tvåårsuppföljningen är optimala, utan visar relativt låga nivåer. Det är alltså långt ifrån alla patienter som över huvud taget får uppföljning. Det gäller för alla riktlinjeområden.

Utvärderingens resultat visar att det har betydelse i vilket socioekonomiskt område man bor i. Framför allt får personer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar fler uppföljningsbesök hos läkare. Därför är det viktigt att vården når patienter även i områden med stora utmaningar, för att få en ännu mer jämlik vård.

Resultaten kan till viss del ha påverkats av att uppföljning har gjorts i primärvården eller digitalt och av covid-19-pandemin. Vissa besök kan även ha utförts av någon annan profession än läkare. Men siffrorna visar ändå på att uppföljning görs i alltför låg grad. Att inte kontinuerligt följa upp personer med kronisk och i vissa fall progressiv sjukdom kan på sikt leda till ett ökat behov av vårdinsatser och minska möjligheten för patienterna att fortsätta ett självständigt liv. Regionerna behöver uppmärksamma att dessa patientgrupper har behov av uppföljning även en längre tid efter diagnos.

## God munhälsa är viktig vid kronisk sjukdom

Tandvården är viktig för att främja och upprätthålla en god munhälsa i befolkningen. Munhälsan är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium, vilket minskar de framtida behoven av tandvård. Inom tandvården finansierar patienten själv en betydande del av vården, vilket kan begränsa både patienternas möjligheter att besöka tandvården och vårdens möjlighet att påverka munhälsan.

Ett positivt resultat är att cirka 70 procent av personer med kroniska sjukdomar inom de aktuella riktlinjeområdena har besökt tandvården minst en gång under uppföljningsperioden. Men samtidigt är det 30 procent som inte har besökt tandvården över huvud taget vilket i sammanhanget är en hög siffra. Detta kan öka risken för försämrad munhälsa och livskvalitet. Resultaten visar att det görs färre besök i tandvården i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar, vilket visar på ett starkt samband mellan människors resurser och livsvillkor å ena sidan och deras benägenhet att nyttja tandvård å andra sidan [1].

## Utvärderingen ger underlag för den fortsatta planeringen

Utvärderingen är tänkt att fungera som ett underlag för den fortsatta planeringen för vårdens uppföljning, både nationellt och i regionerna. Genom att kontinuerligt följa upp patienter med kroniska sjukdomar, även en längre tid efter diagnos, kan hälso- och sjukvården erbjuda dem insatser som kan förebygga ohälsa samt minska behovet av mer resurskrävande vårdinsatser.

# Inledning

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid och på rätt nivå utifrån individens förutsättningar och vårdbehov. Vi styr, stödjer, följer upp och analyserar hälso- och sjukvården och tandvården för att bidra till en god och jämlik vård på lika villkor för alla.

I denna rapport utvärderar vi följsamheten till de nationella riktlinjernas rekommendationer som gäller uppföljning av personer med kronisk sjukdom. I rapporten ingår fem nationella riktlinjeområden: epilepsi, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom och psoriasis.

## Syfte och avgränsning

Utvärderingens övergripande syfte är att följa vårdens utveckling utifrån de nationella riktlinjernas rekommendationer för vuxna personer med kronisk sjukdom. Årlig uppföljning är en insats som prioriteras högt i riktlinjerna. Vi har undersökt om personer med kronisk sjukdom får kontinuerlig årlig uppföljning av läkare i den specialiserade vården. Detta för att se om personer med kroniska tillstånd får den vård som rekommenderas tiden efter diagnostisering och påbörjad behandling. I utvärderingen analyserar vi om det finns regionala skillnader när det gäller återkommande årliga uppföljningar.

Kronisk sjukdom kan påverka munhälsan. Av den anledningen har vi även analyserat i vilken utsträckning personer med kronisk sjukdom också besöker tandvården. Detta eftersom de nationella riktlinjerna för tandvård framhåller betydelsen av munhälsa i sina rekommendationer [2].

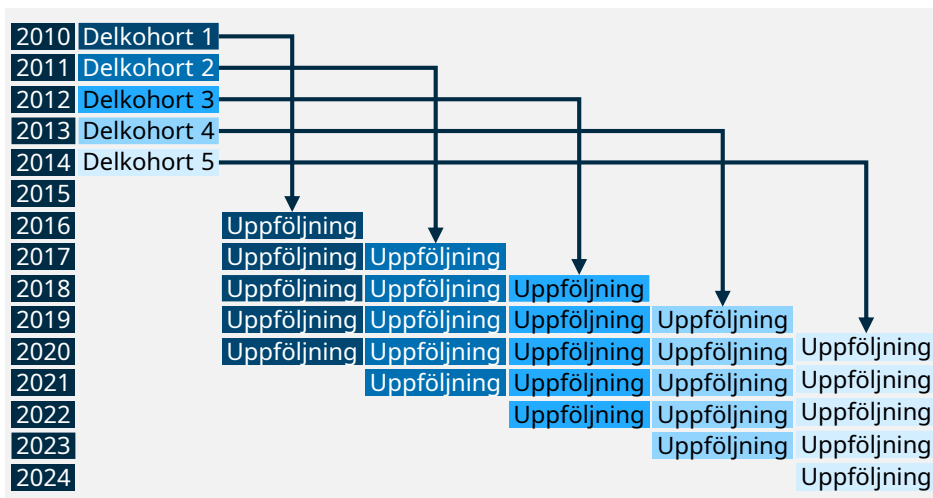
I utvärderingen ingår endast riktlinjeområden där det finns högt prioriterade rekommendationer som kan analyseras med registerdata. Analyserna kräver att det finns data under långa perioder, vilket inte alla kvalitetsregister har för närvarande. Detta har påverkat vilka områden som varit möjliga att utvärdera i denna rapport.

## Metod

Syftet med utvärderingen är att analysera i vilken utsträckning den vård som rekommenderas i de nationella riktlinjerna utförs. Utgångspunkten är de befintliga rekommendationerna och indikatorerna. Flertalet av dessa indikatorer definieras dock som andel personer med ett specifikt tillstånd som fått uppföljning under det aktuella året. För att kunna studera återkommande uppföljningar i den specialiserade vården och besök i tandvården inom de aktuella riktlinjeområdena har vi justerat indikatorerna och tagit fram en kohort av nydiagnostiserade personer inom de olika riktlinjeområdena som vi sedan följt under en period.

Kohorten består av patienter som diagnostiserats under perioden 2010 – 2014. Vi har undersökt i vilken mån patienterna i kohorten har fått kontinuerlig uppföljning hos läkare i den specialiserade vården, med start fem år efter diagnos och fem år framåt. Det innebär att uppföljningsperioden sträcker sig under fem år mellan 2016 och 2024, beroende på när patienten fick sin diagnos. Kontinuerlig årlig uppföljning definieras vi som att patienten under dessa fem år haft fem besök med minst ett års mellanrum mellan besöken (Figur 1).

**Figur 1. Studiedesign av kohort**



Underlagen kommer från Socialstyrelsens läkemedelsregister och patientregister samt tandhälsoregistret. För KOL har data från Luftvägsregistret samkörts med patientregistret. Resultaten redovisas uppdelat på region och kön. För de riktlinjeområden där det finns en fastställd målnivå jämför vi resultaten med den.

## Indikatorer

I arbetet med nationella riktlinjer tar Socialstyrelsen fram indikatorer för att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis.



Personer med kronisk sjukdom behöver uppföljningar

Indikatorerna speglar framför allt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även vårdresultat som bedöms vara viktiga att följa över tid. Indikatorerna kan användas för att följa hur kvaliteten i vården och omsorgen utvecklas.

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

## Datakällor

Vi har använt följande av Socialstyrelsens register:

- läkemedelsregistret
- patientregistret
- tandhälsoregistret
- regionala statistikområden.

- ➔ Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats.

Vi har även använt följande nationella kvalitetsregister:

- Luftvägsregistret [3]

- ➔ Läs mer om kvalitetsregistret på [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se).

# Resultat för fem nationella riktlinjeområden

I detta kapitel presenteras resultat och analyser av kontinuerlig årlig uppföljning hos läkare inom specialistvården samt besök i tandvården inom fem nationella riktlinjeområden. De riktlinjeområden som ingår är epilepsi, KOL, MS, Parkinsons sjukdom och psoriasis. För varje riktlinjeområde definieras kohorten utifrån vår frågeställning och den rekommendation som ges i de nationella riktlinjerna [4-8]. Eftersom rekommendationerna kan skilja sig åt mellan olika områden varierar även definitionerna av kohorten. I tabell 1 presenteras en övergripande sammanställning av kohorten för varje riktlinjeområde.

Redovisningen följer i stort samma disposition:

- Ett inledande avsnitt beskriver riktlinjeområdet.
- De rekommendationer som ingår i analysen beskrivs. Därefter redogör vi för resultat och dataunderlag.
- Besök i tandvården inom respektive riktlinjeområde redovisas.
- Slutligen sammanfattas de centrala aspekterna inom riktlinjeområdet.

**Tabell 1. Antal personer i kohorten inom respektive riktlinjeområde**

Incidens	Epilepsi	KOL	MS	Parkinsons sjukdom	Psoriasis
<b>2010–2014</b>	8 884	14 311	3 209	2 320	4 515

Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

## Epilepsi

Epilepsi drabbar årligen omkring 5 500 personer och är den vanligaste allvarliga neurologiska sjukdomen. För att kunna ställa rätt diagnos behöver flera faktorer vägas samman, bland annat anamnes, beskrivning av anfall och resultat från en neuroradiologisk och neurofysiologisk undersökning. I Sverige finns omkring 81 000 personer med diagnosen epilepsi [5]. Epilepsi kan debutera när som helst i livet, men risken för att insjukna är högst i tidig barndom och sent i livet. Vid epilepsi är läkemedelsbehandling förstahandsvalet. Läkemedelsbehandlingen är symtomatisk, det vill säga inriktad på symtomet ”epilepsianfall” och inte på grundorsaken till anfällen. För en god behandling krävs kontinuerliga uppföljningar. När en patient fått sin diagnos är det viktigt med uppföljning för att kontrollera behandlingen och kontrollera att andra psykosociala och pedagogiska insatser har påbörjats. Det är av flera skäl viktigt att personer med epilepsi får individanpassad information om sjukdomen och de behandlingsmöjligheter som finns. Dessutom är diagnostiken ofta svår och kan behöva omprövas. Även valet av läkemedel kan behöva omprövas [5].

Munhälsa är särskilt viktig vid epilepsi eftersom personer med epilepsi kan få tandskador i samband med epileptiska anfall [5]. Flera epilepsiläkemedel, särskilt de som används för att kontrollera anfall, kan ge biverkningar som påverkar munhälsan. Vissa läkemedel orsakar muntorrhet, vilket kan leda till ökad risk för karies, tandköttinflammation och andra orala problem. Muntorrhet minskar salivens skyddande funktion, vilket gör att bakterier lättare kan växa och orsaka infektioner eller karies [9].

## Kontinuerlig årlig uppföljning i specialiserad vård

Enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda kontinuerlig årlig uppföljning och neurologisk bedömning till vuxna med epilepsi. Uppföljningen bör göras av en läkare som har erfarenhet av och aktuell kunskap om epilepsi [5].

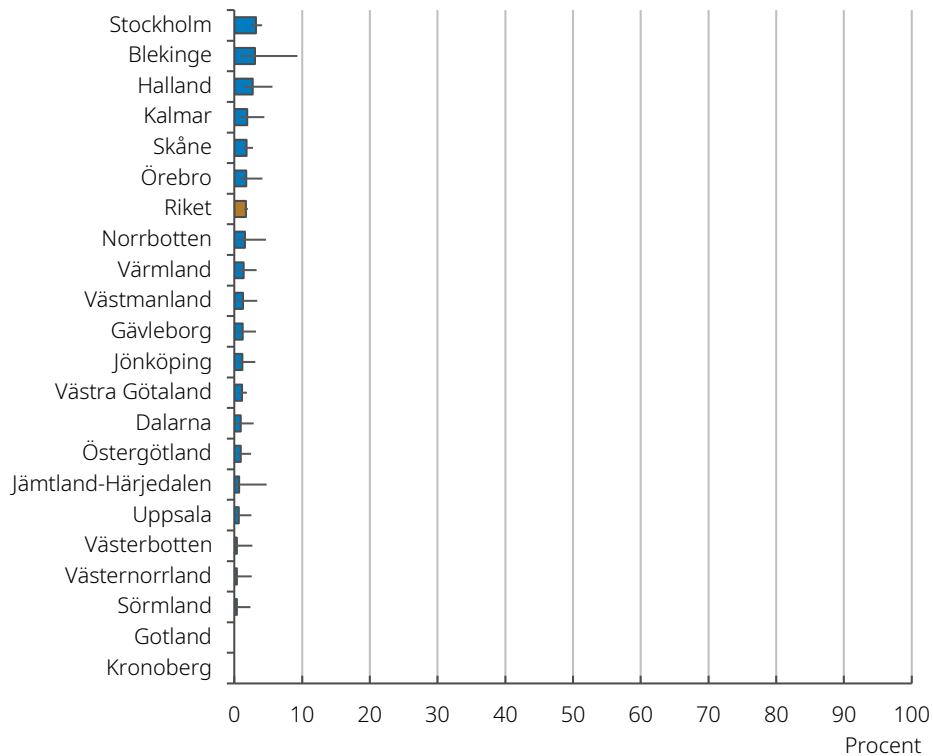
För de patienter som har varit anfallsfria och där läkemedelsbehandlingen fungerat räcker det i vissa fall med uppföljning vartannat år. För de patienter som efter uppföljningsperioden behövt byta läkemedel för att få effekt, som har så kallad terapiresistent epilepsi och som fortfarande har anfallsrisk behöver uppföljningen fortsättningsvis ske med minst ett besök årligen.

För vissa personer med terapiresistent epilepsi kan det vara svårt att ställa in rätt läkemedelsbehandling. Det kan finnas behov att pröva flera olika preparat för att få önskvärd effekt. Terapiresistent epilepsi, även kallat läkemedelsresistent epilepsi, är ett allvarligt tillstånd där patienter fortsätter att få anfall trots behandling med anti-epileptiska läkemedel.

Resultaten visar att drygt 1 procent av patienterna med epilepsidiagnos har fått uppföljning varje år under en femårsperiod under perioden 2015–2024. De regionala skillnaderna är små. Skillnaden mellan regionen med högst respektive lägst andel uppföljda personer med epilepsi är drygt 3 procentenheter (figur 2).

**Figur 2. Andel personer diagnostiserade med epilepsi 2010–2014, som haft minst ett läkarbesök per år under fem år, uppdelat på region**

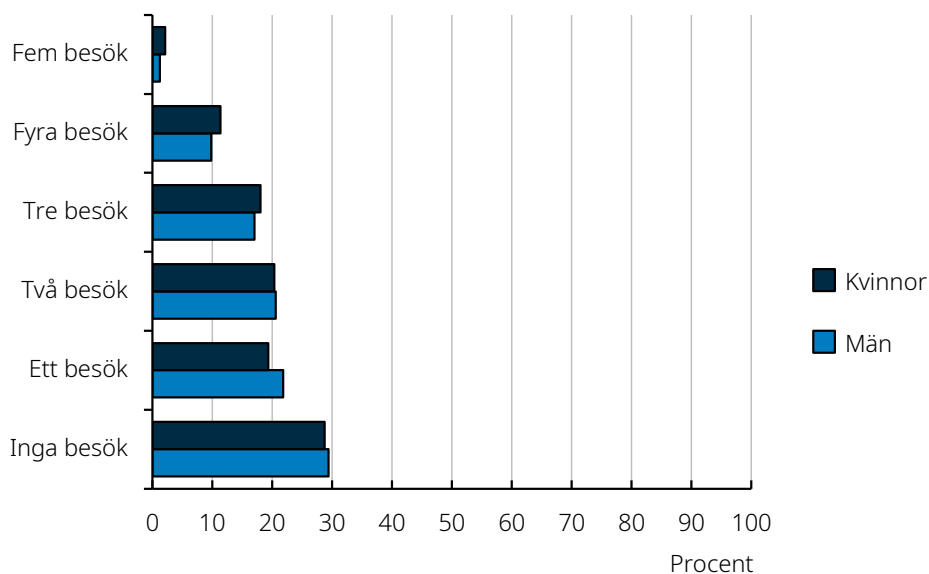
Uppföljningsperioden startar fem år efter diagnosåret



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Nästan 30 procent av personer med epilepsi har inte fått något uppföljningsbesök alls. Drygt 20 procent har fått ett eller två besök fem år efter diagnos. Det är en något större andel män än kvinnor som inte har fått något besök alls under uppföljningsperioden (figur 3).

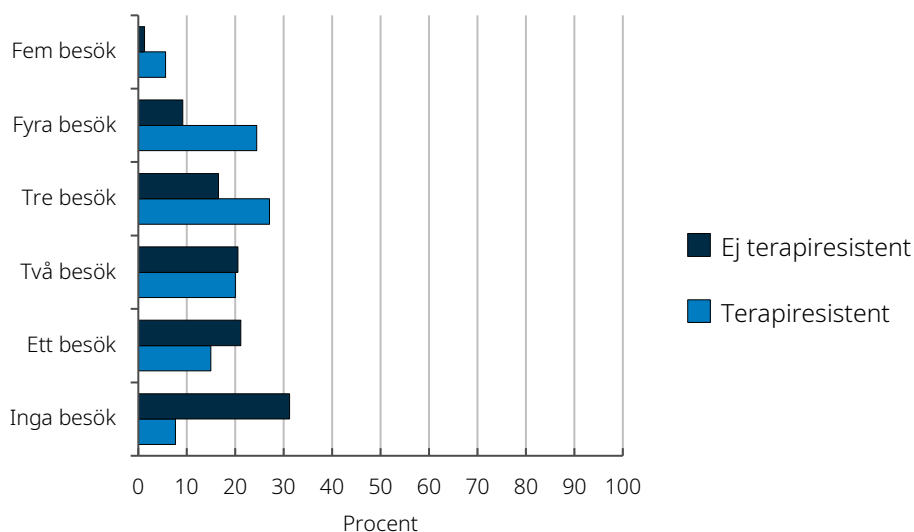
**Figur 3. Antal läkarbesök per år för patienter diagnostiserade med epilepsi 2010–2014, mätt under fem år med start fem år efter diagnos, uppdelat på kön**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Av de personer som diagnostiserades under perioden 2010–2014 var knappt 10 procent terapiresistenta. Av patienterna med terapiresistent epilepsi har drygt 5 procent fått uppföljningsbesök varje år under fem år, medan knappt 2 procent av de som haft god effekt av sin behandling har fått det. Drygt 5 procent av de terapiresistenta patienterna har inte fått några läkarbesök alls under uppföljningsperioden, att jämföra med drygt 30 procent av de personer som inte bedömdes som terapiresistenta. Två läkarbesök under perioden är lika vanligt i båda grupperna, medan tre eller fyra läkarbesök är betydligt vanligare bland personer med terapiresistent epilepsi (figur 4).

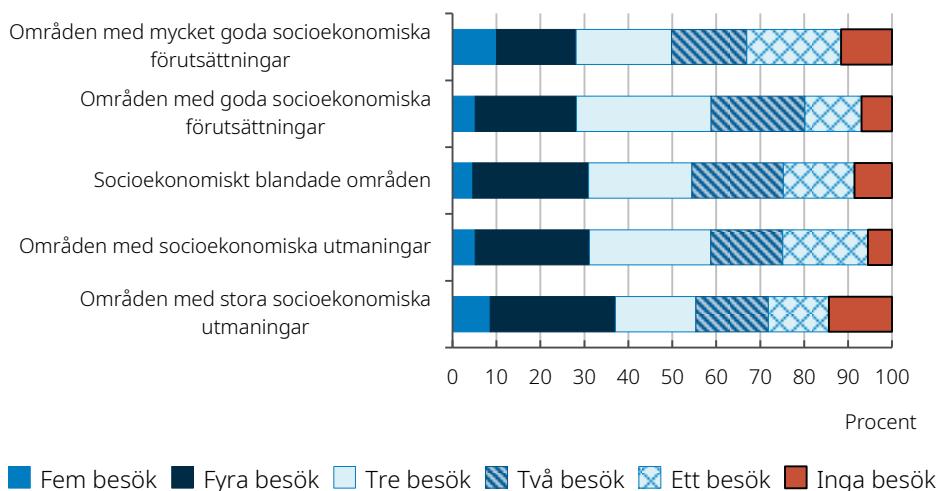
**Figur 4. Antal uppföljningsbesök hos läkare för patienter diagnostiserade 2010–2014, mätt under fem år med start fem år efter diagnos, för terapiresistent respektive ej terapiresistent epilepsi**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

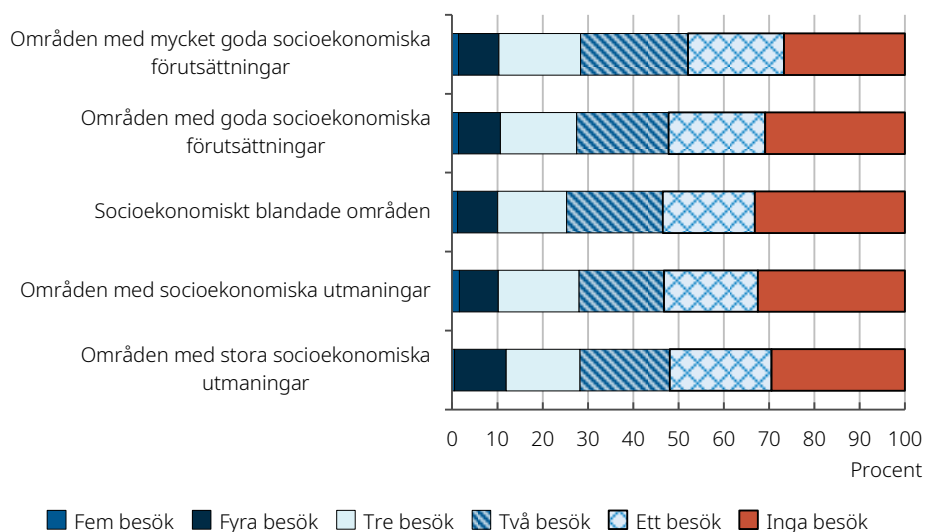
Det är relativt små skillnader i antal uppföljningsbesök mellan patienter som bor i olika socioekonomiska områden. Det gäller både för personer med terapiresistent epilepsi (figur 5) och för dem som inte klassificerats som terapiresistent (figur 6). Men i den senare gruppen är det en större andel som inte fått några läkarbesök alls.

**Figur 5. Andel personer med terapiresistent epilepsi; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 6. Andel personer med ej terapiresistent epilepsi; antal läkarbesök fem år efter diagnos. fördelat på regionala statistikområden**

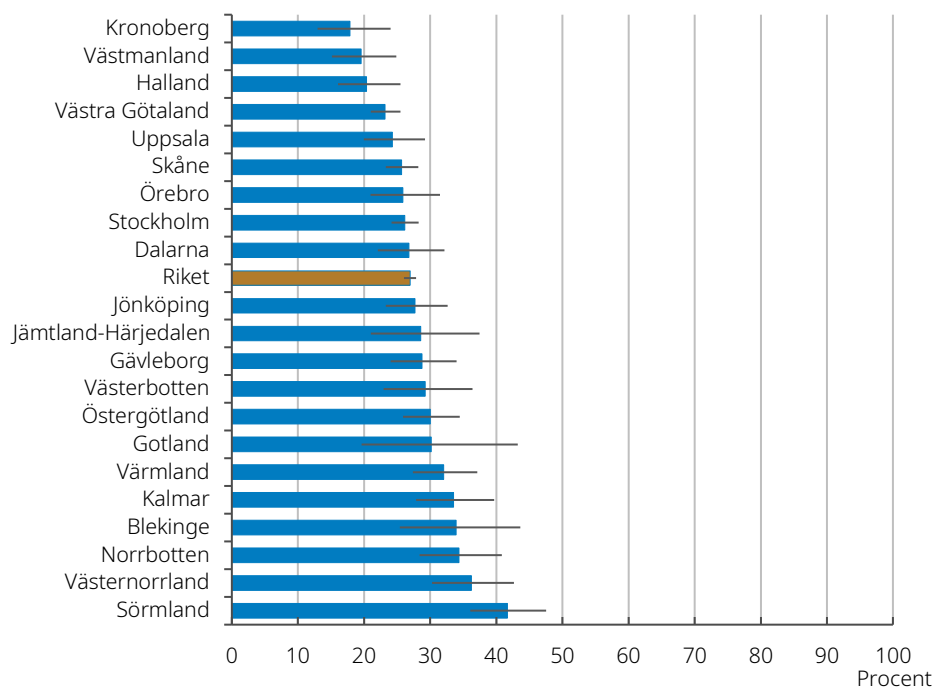


Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Besök i tandvården

Av personer diagnostiserade med epilepsi under perioden 2010–2014 är det nästan 30 procent som inte har besökt tandvården under uppföljningsperioden. Det gäller oberoende av vilken behandling de får. Det finns skillnader mellan regionerna, och det skiljer nästan 25 procentenheter mellan regionen med högst andel personer som inte har besökt tandvården och regionen med lägst andel (figur 7).

**Figur 7. Andel personer diagnostiserade med epilepsi 2010–2014 som inte besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på region**

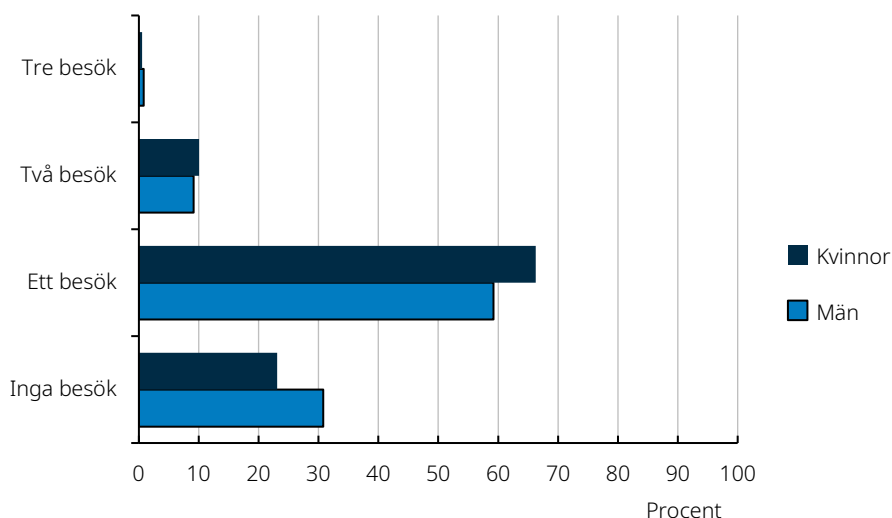


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Högst andel av personer med epilepsi, 66 procent av kvinnorna och 60 procent av männen har besökt tandvården en gång under uppföljningsperioden. Generellt är det vanligare att kvinnor har besökt tandvården än män (figur 8).



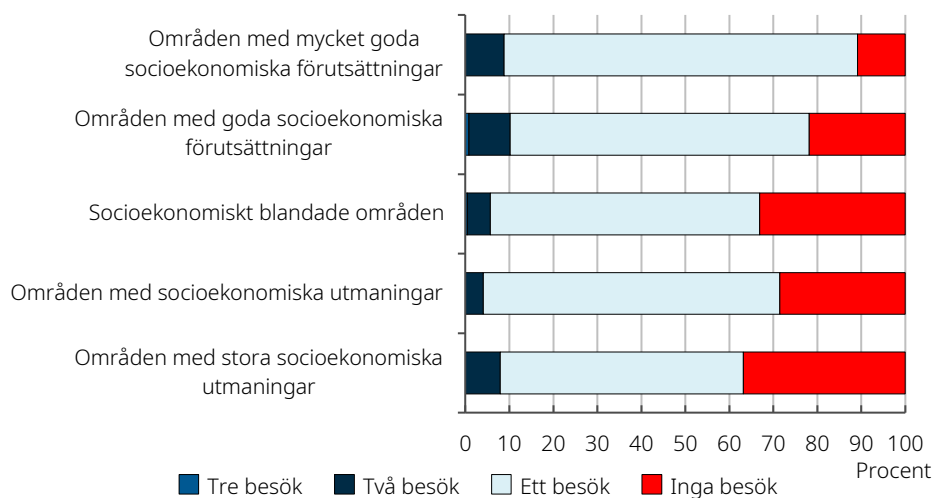
**Figur 8. Andel kvinnor och män diagnostiserade med epilepsi 2010–2014 som besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på antal besök**



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och tandhjälsregistret, Socialstyrelsen.

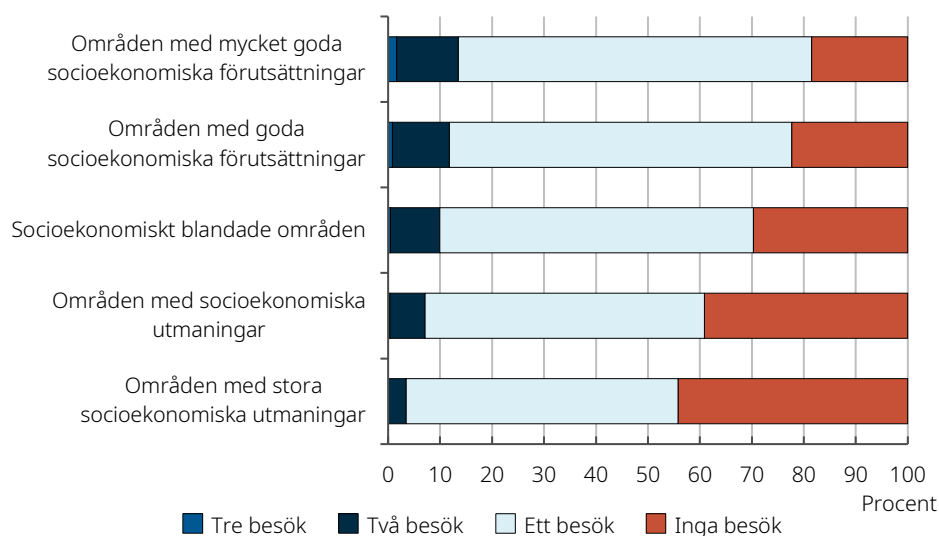
Vidare visar resultaten att nästan 40 procent av patienterna som har terapiresistent epilepsi och som inte har besökt tandvården har bött i områden med stora ekonomiska utmaningar. För motsvarande grupp med ej terapiresistent epilepsi är andelen nästan 45 procent. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar har det för båda diagnosgrupperna varit vanligast med ett till två besök hos tandvården (figur 9, 10).

**Figur 9. Andel personer med terapiresistent epilepsi; antal tandvårdsbesök under fem år, med start fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 10. Andel personer med ej terapiresistent epilepsi; antal tandvårdsbesök under fem år, med start fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Analys av resultaten

Eftersom epilepsi är en kronisk sjukdom, där det kan behövas långsiktig medicinsk övervakning för att optimera patienternas behandling och livskvalitet är det viktigt att patienterna följs upp. Resultaten visar att detta inte görs i tillräcklig omfattning. Ett viktigt resultat är de regionala skillnaderna i uppföljningen av personer med epilepsi. Resultaten visar viss variation mellan olika regioner i Sverige, vilket indikerar att tillgången till och kvaliteten på vården inte är jämlik. Detta kan bero på både organisatoriska och resursmässiga faktorer, men framför allt på att en del patienter inte behöver följas upp årligen, om det visar sig att effekten av deras behandling är stabil. Det innebär att det är särskilt viktigt för vården att uppmärksamma de patienter som verkligen behöver uppföljning.

Resultaten visar att nästan 30 procent av de personer som inte bedömts som terapiresistenta inte hade några uppföljningsbesök under perioden, medan motsvarande andel för terapiresistenta var 7 procent. Vidare visar resultaten att ungefär 45 procent av de som inte bedömts som terapiresistenta fick minst två besök under fem år, medan motsvarande andel för de terapiresistenta var drygt 75 procent. Detta tyder på att vården fokuserar på den grupp som förväntas behöva mest uppföljning, vilket är positivt. Det är dock viktigt att alla patienter som behöver årliga uppföljningar erbjuds detta. Det är även värt att notera att patienter som svarar bra på behandling kan ha nytta av regelbundna uppföljningar för att säkerställa att deras behandling förblir effektiv och för att förebygga eventuella framtida problem.

Personer med terapiresistent epilepsi kan behöva besöka tandvården regelbundet. Dock är det nästan 30 procent av patienter med epilepsi som inte har besökt tandvården under uppföljningsperioden. Huvuddelen, cirka 60 procent, har besökt tandvården en gång under perioden, och ungefär 10 procent har gjort två eller fler besök. Vidare visar resultaten att det är vanligast att inte besöka tandvården alls i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Det innebär att det är särskilt viktigt för vården att göra personer från dessa områden uppmärksamma på betydelsen av en god munhälsa och av att besöka tandvården.

## Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en folksjukdom som orsakar betydande sjuklighet och lidande. I Sverige har omkring 400 000–700 000 personer KOL. De flesta har sjukdomen i lindrig form och många lever med den utan att ha fått diagnosen KOL. Cirka 2 700 personer dör årligen i KOL. Det finns i dag en underdiagnostik av KOL, vilket innebär att många personer saknar en effektiv behandling, med sämre hälsa som följd [4].

Munhälsa är viktig vid KOL, eftersom munhälsan kan påverka sjukdomens förlopp och symtom. Dålig munhälsa, som tandköttsinflammation och karies, kan förvärra luftvägsinflammation och öka risken för infektioner. Dessutom påverkar KOL ofta andningen. Det kan leda till muntorrhet, vilket gör det lättare för bakterier att växa i munnen. God munvård minskar risken för infektioner och kan förbättra patientens övergripande livskvalitet. Regelbundna tandläkarbesök och effektiv munhygien rekommenderas för personer med KOL. Personer med KOL kan i vissa fall vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag för förebyggande tandvårdsinsatser [10]

## Kontinuerlig årlig uppföljning i specialiserad vård

KOL kan påverka andningen och därmed livskvaliteten. Sjukdomen kan leda till akuta försämringar av lungfunktionen och till komplikationer som hjärtsjukdomar, infektioner och andningssvikt. Medicinering, doser och behandlingsmetoder baseras på patientens aktuella tillstånd och behandlingssvar och behöver ofta anpassas över tid. Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med KOL återbesök 1 gång per år vid underhållsbehandling och vid behov vid ingen underhållsbehandling [4].

Besöket bör innehålla bedömning av symtom och fysisk aktivitet, anamnes om rökstatus, uppföljning av skriftlig behandlingsplan, undersökning av inhalationsteknik och saturation samt mätning av längd och vikt. Genom regelbundna kontroller kan vårdgivaren säkerställa att behandlingen är effektiv och att sjukdomen inte förvärras, vilket leder till en bättre hälsoprognos och ökad livskvalitet för patienten [4].

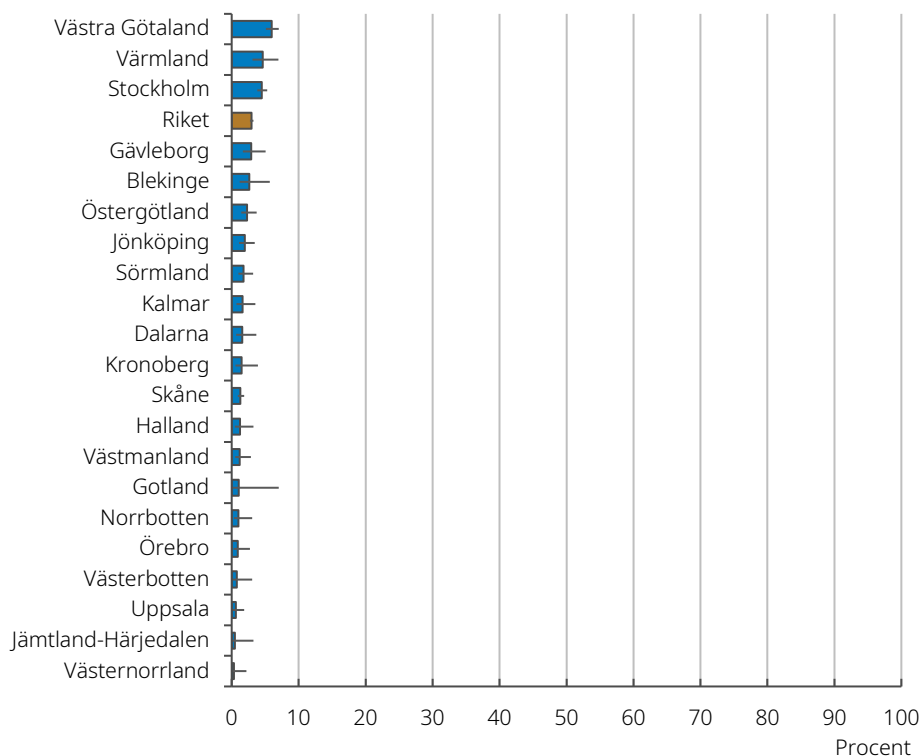
Personer med KOL följs till viss del upp både i primärvården och i den specialiserade vården. Primärvården ingår inte i Socialstyrelsens hälsodataregister, vilket innebär vissa begränsningar om man vill studera uppföljningar i primärvården. I utvärderingen ingår det nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret, som inkluderar patienter i både primärvård och specialiserad vård. Eftersom Luftvägsregistret inte har tillräcklig täckningsgrad för perioden 2010–2014, den tidsperiod då patienter

ska ha diagnostiserats för att inkluderas i studiegruppen, har vi endast kunnat inkludera patienter som diagnosticerats inom slutenvården. Däremot använder vi både patientregistret och Luftvägsregistret för att undersöka utfallet för kontinuerliga årliga uppföljningsbesök fem år efter diagnos.

Resultaten visar att knappt 3 procent av personer som diagnostiserats med KOL inom den specialiserade vården under perioden 2010–2014 fick årlig kontinuerlig uppföljning i fem år. Det var endast tre regioner fick bättre resultat än riket som helhet, när det gällde hur stor andel av patienterna som fick fem kontinuerliga årliga uppföljningsbesök under uppföljningsperioden. Det var små skillnader mellan regionerna och inga könsskillnader (figur 10).

**Figur 10. Andel personer diagnostiserade med KOL 2010–2014, som haft minst ett läkarbesök per år under fem år, uppdelat på region**

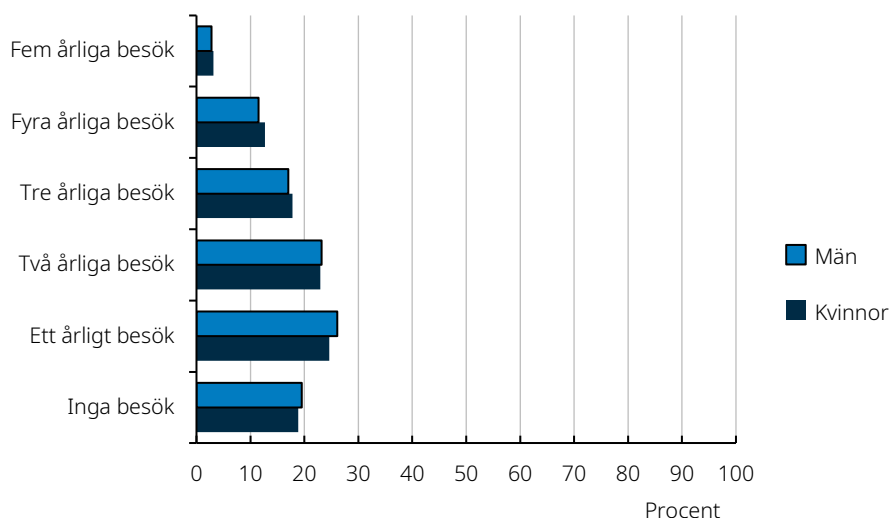
Uppföljningsperioden startar fem år efter diagnosåret



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

Det var nästan 20 procent av personerna med KOL som inte hade fått något uppföljningsbesök alls, och drygt 20 procent som endast fick ett eller två besök under de fem åren. Det fanns inga könsskillnader när det gällde antal besök (figur 11).

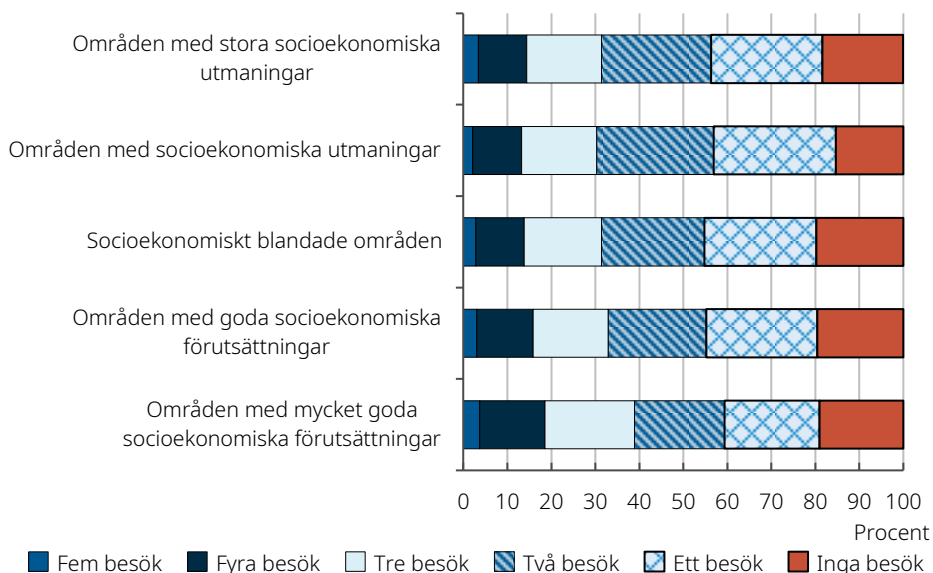
**Figur 11. Antal uppföljningsbesök hos läkare för patienter diagnostiserade med KOL 2010–2014, mätt under fem år med start fem år efter diagnos, uppdelat på kön**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

För personer med KOL som inte fått något uppföljningsbesök fanns inga skillnader beroende på vilket socioekonomiskt område de bodde i. Det var dock vanligare att personer som fått fyra eller fem läkarbesök bodde i områden med högre socioekonomi (figur 12).

**Figur 12. Andel personer med KOL; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**

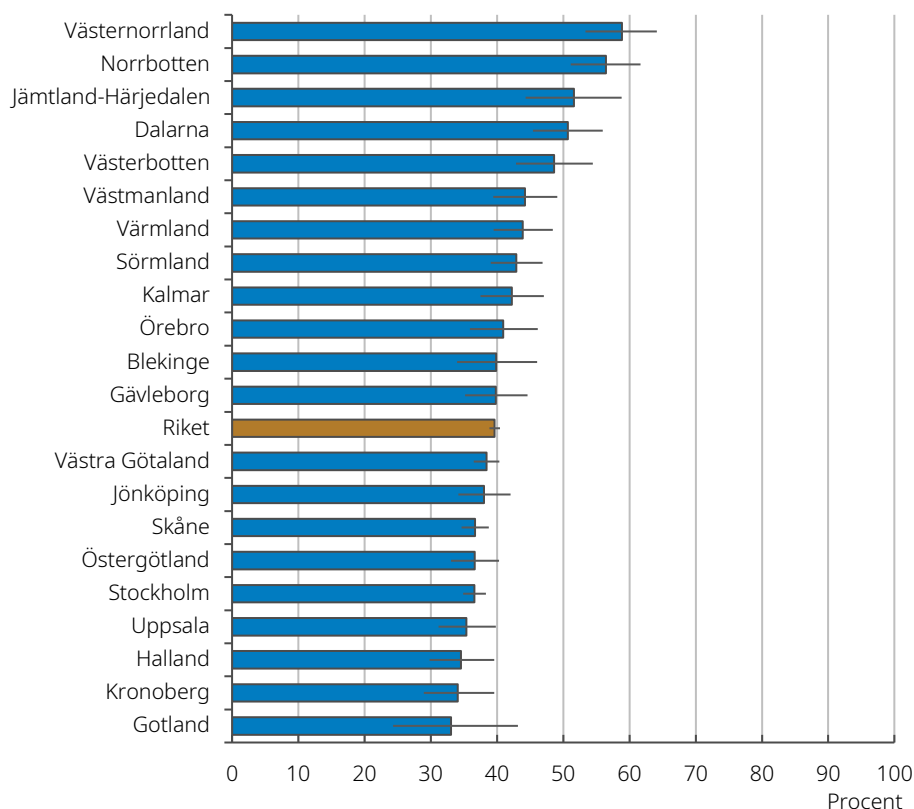


Källa: Patientregistret, regionala statistikområden, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

## Besök i tandvården

Resultaten visar att nästan 40 procent av personer med KOL inte besökt tandvården någon gång under uppföljningsperioden (figur 13). Det var endast 0,8 procent som hade haft tandvårdsbesök varje år under den femåriga uppföljningsperioden.

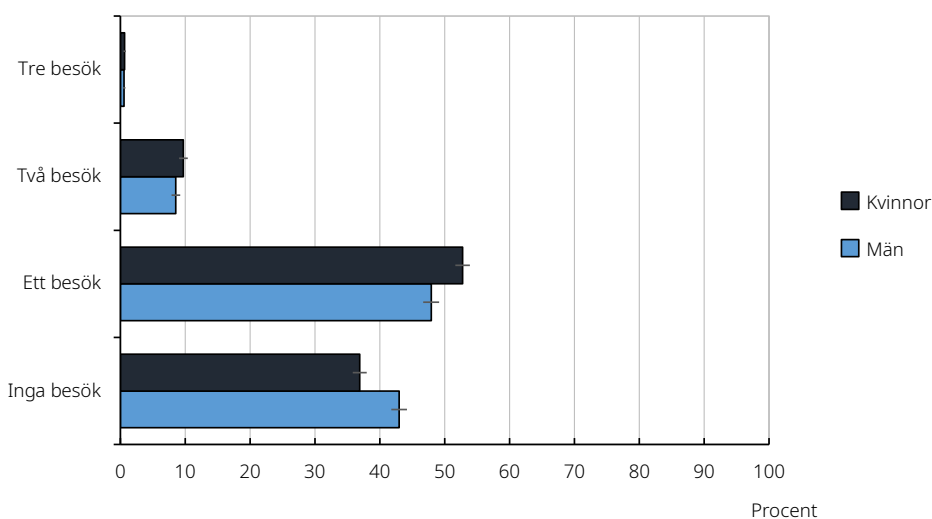
**Figur 13. Andel personer diagnostiserade med KOL 2010–2014 som inte besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på region**



Källa: Patientregistret, tandhälsoregistret, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret.

Det var vanligast att personer med KOL besökte tandvården en gång under uppföljningsperioden. Drygt 50 procent av kvinnorna besökte tandvården en gång och för män var andelen drygt 45 procent (figur 14).

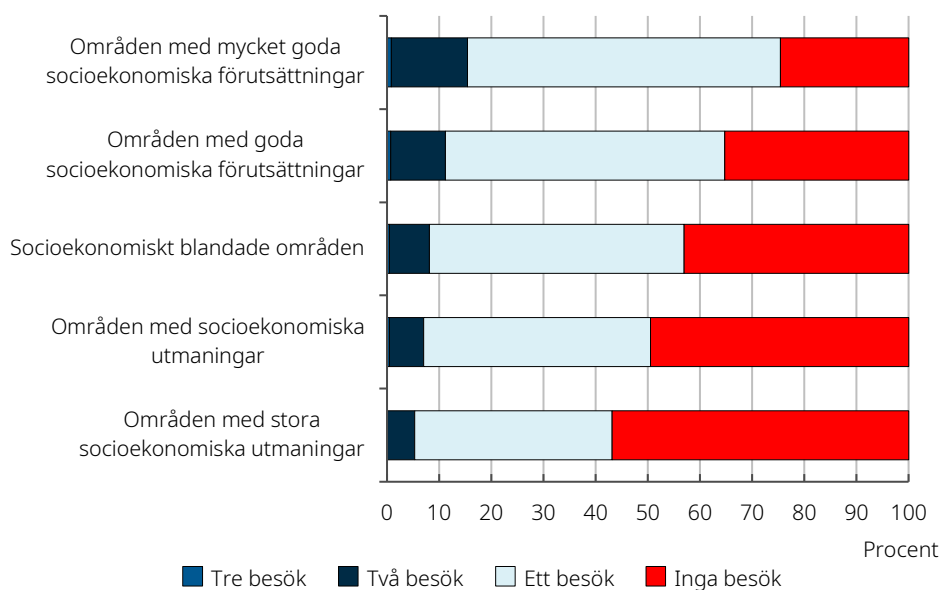
**Figur 14. Andel kvinnor och män diagnostiserade med KOL 2010–2014 som besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på antal besök**



Källa: Patientregistret, tandhälsoregistret, regionala statistikområden, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret

För personer med KOL som bodde i områden med stora socioekonomiska utmaningar hade nästan 60 procent inte besökt tandvården någon gång under uppföljningsperioden, jämfört med knappt 25 procent av de som bodde i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Motsvarande skillnader fanns även för personer med KOL som gjort tre besök hos tandvården under uppföljningsperioden (Figur 15).

**Figur 15. Andel personer med KOL; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhälsoregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen . Luftvägsregistret.



## Analys av resultaten

Resultaten visar att endast 3 procent av personer med KOL följs upp årligen av läkare i fem år. Detta är låga siffror som kan förklaras av att flertalet av dessa patienter följs upp inom primärvården, något som inte kan följas i Socialstyrelsens hälsodataregister. I analyserna har vi samkört patientregistret med Luftvägsregistret, för att åtminstone nå den del av primärvården som är registrerad där.

I denna rapport ser vi att det är låga tal avseende personer som får uppföljning i specialiserad vård. Att ungefär 20 procent av patienterna inte har fått något besök alls är bekymmersamt eftersom patienter med KOL kan behöva följas kontinuerligt. Detta för att identifiera förändringar av det medicinska tillståndet samt identifiera behov av andra insatser. Resultaten kan delvis förklaras av att dessa patienter följts upp i primärvården. Dock får nästan 80 procent av patienterna minst ett läkarbesök i specialiserad vård under uppföljningsperioden.

Vi ser även i Luftvägsregistrets årsrapport 2023 att det över tid är färre patienter både i primärvården och vid specialistmottagningar som får årlig uppföljning med spirometri, vilket är en rekommendation i de nationella riktlinjerna [11]. Även om vi använt Luftvägsregistret under uppföljningsperioden är inte alla enheter anslutna till det, vilket innebär ett visst bortfall.

Resultaten visar också att det har betydelse i vilket socioekonomiskt område man bor i. Framför allt har personer med KOL som bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar fler kontinuerliga årliga uppföljningsbesök än de personer med KOL som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. Det är viktigt att vården lyckas nå patienter även i områden med stora utmaningar, för att vården ska vara jämlik.

Det är få patienter som har besökt tandvården kontinuerligt under uppföljningsperioden. Knappt 10 procent besökte tandvården två gånger, vilket innebär risk för sämre munhälsa för denna grupp. Även om ungefär 60 procent har haft ett minst ett tandvårdsbesök under uppföljningsperioden är detta något som behöver öka. Det är tydligt att det faktum att patientgruppen inte besöker tandvården kan relateras till socioekonomiska faktorer. I områden med stora socioekonomiska utmaningar är det nästan 60 procent som inte besöker tandvården. Det är viktigt att dessa patienter följs upp och informeras om att vissa patienter med KOL kan få särskilt tandvårdsstöd [10].

## Multipel skleros (MS)

Vid multipel skleros (MS) angriper immunsystemet nervvävnad, och områden i centrala nervsystemet drabbas av återkommande inflammationer. Utan behandling förändras sjukdomsförloppet efter 20–30 år och kännetecknas av en gradvis försämring, så kallad sekundärprogressiv MS. I Sverige finns drygt 22 000 personer med MS [6, 12]. Kunskapen har ökat om att använda sjukdomsmodifierande behandling, och särskilt de nyare och effektivare läkemedlen, redan tidigt i sjukdomsförloppet. Mellan skovvis MS och sekundärprogressiv MS saknas dock en skarp gräns eftersom effektiv behandling förhindrar nya skov näst intill fullständigt.

Munhälsa är särskilt viktigt för personer med MS av flera anledningar. MS påverkar nervsystemet och kan orsaka fysiska, kognitiva och psykologiska problem, som kan ge stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. Till exempel kan vissa läkemedel mot MS orsaka muntorrhet (xerostomi), alltså att salivproduktionen minskar. Saliv spelar en viktig roll i att neutralisera syror i munnen och skydda tänderna från karies. Muntorrhet kan också öka risken för tandköttsinflammation och andra infektioner i munnen. Det är därför viktigt att vården arbetar med att informera patientgruppen om vikten av god munhälsa [12].

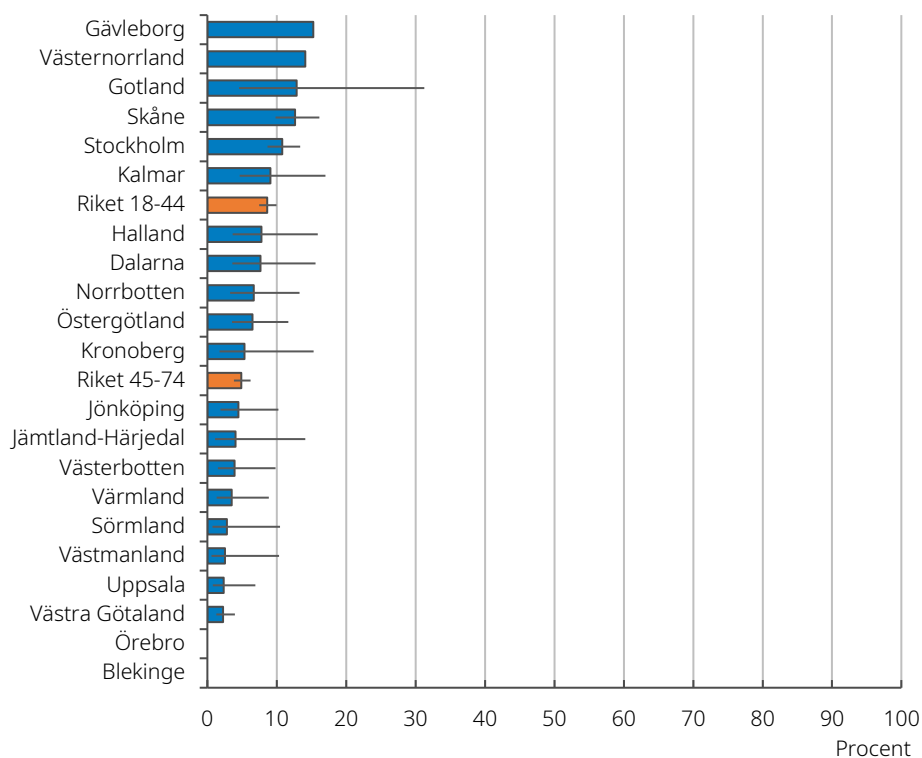
## Kontinuerlig årlig uppföljning i specialiserad vård

Hälso- och sjukvården bör enligt rekommendationen i de nationella riktlinjerna erbjuda kontinuerliga årliga uppföljningar. MS kan för olika individer utvecklas på olika sätt, och sjukdomsförloppet kan förändras över tid. Genom kontinuerlig uppföljning kan läkare övervaka om sjukdomen förvärras [6]. Tidig upptäckt av förändringar kan hjälpa till att justera behandlingen, för att bromsa eller förhindra ytterligare skador på nervsystemet. Uppföljning gör det även möjligt att justera medicineringen vid behov, för att optimera behandlingen och minimera biverkningar. Det kan innebära att byta till en annan sjukdomsmodifierande behandling om den aktuella inte fungerar tillräckligt effektivt.

Resultaten visar att knappt 10 procent i åldersgruppen 18–44 år fick kontinuerliga årliga uppföljningsbesök fem år efter diagnos. För åldersgruppen 45–74 år var motsvarande andel knappt 5 procent. För att kunna dela upp populationerna på regionnivå behöver åldersgrupperna slås ihop för att undvika små tal. Det finns skillnader mellan regionerna avseende kontinuerliga årliga uppföljningsbesök. Det skiljer drygt 10 procentenheter mellan regionen med högst andel personer som fått kontinuerliga årliga uppföljningsbesök och regionen med lägst andel (figur 16).

**Figur 16. Andel personer diagnostiserade med MS 2010–2014, som haft minst ett läkarbesök per år under fem år, uppdelat på region**

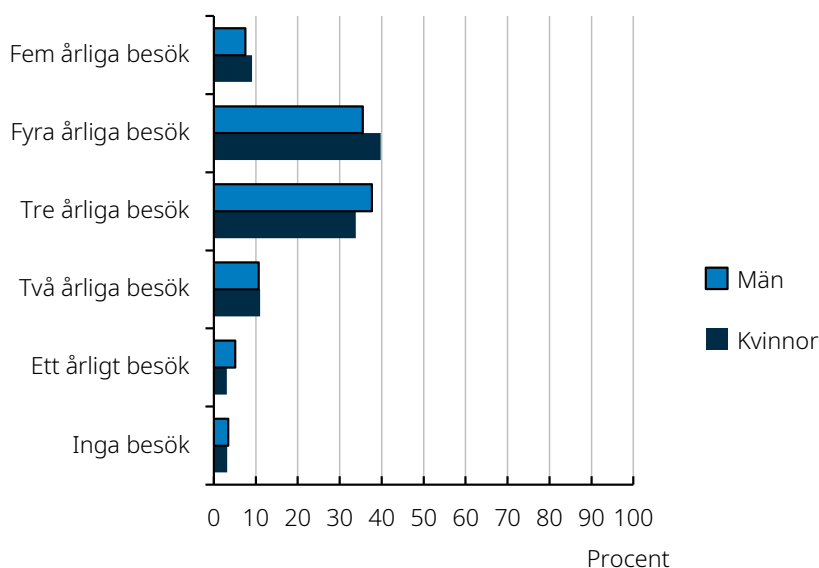
Uppföljningsperioden startar fem år efter diagnosåret, riket uppdelat på 18-44 år och 45-74 år



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

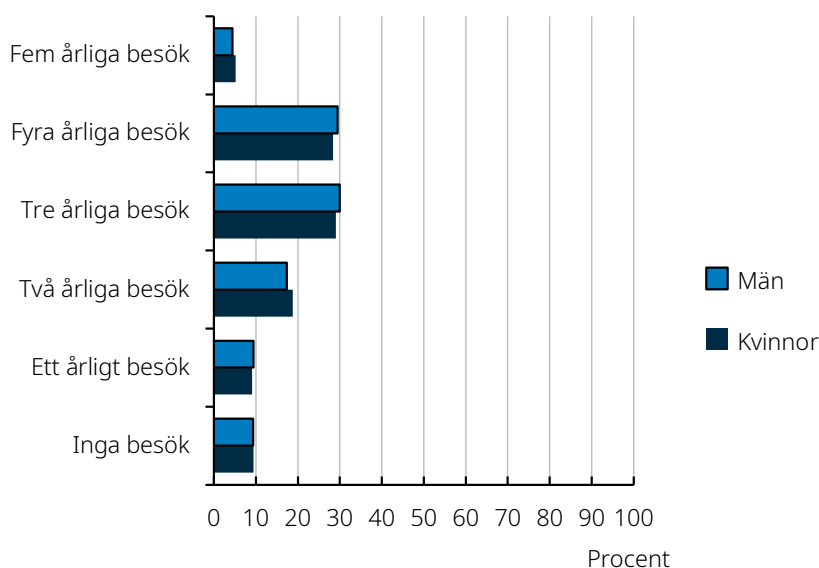
Resultaten visar att det är något vanligare att personer med MS i den yngre populationen får fler uppföljningsbesök än i den äldre populationen. Det är i båda grupperna vanligast att patienterna fick tre till fyra besök under uppföljningsperioden. För den yngre populationen är det 35 procent av männen och 39 procent av kvinnorna som fick fyra uppföljningsbesök, medan det för den äldre populationen är runt 30 procent för både tre och fyra besök, och både bland kvinnor och män. I den äldre populationen är det också något större andel, nästan 10 procent, som inte fått några besök under uppföljningsperioden, jämfört med knappt 5 procent i den yngre (figur 17, 18).

**Figur 17. Andel kvinnor och män 18–44 år, diagnostiserade med MS 2010–2014, som årligen haft läkarbesök med start fem år efter diagnos**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

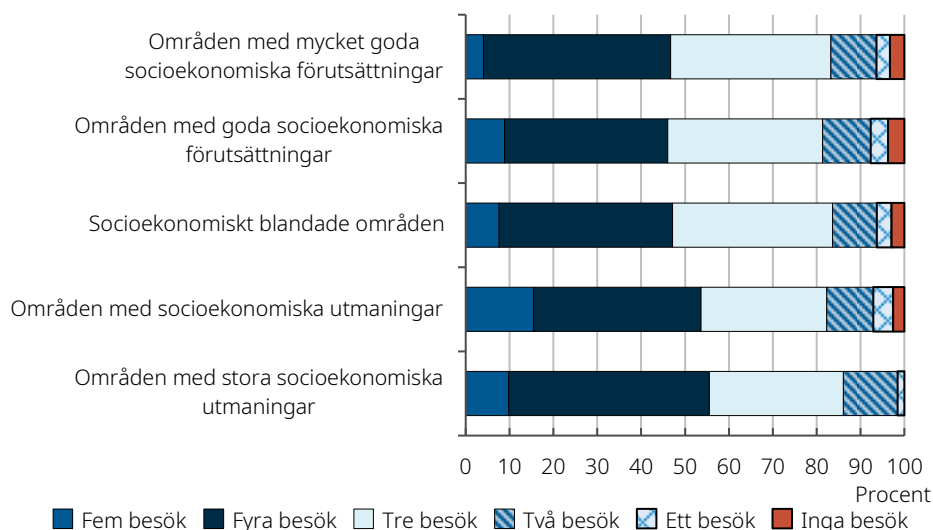
**Figur 18. Andel kvinnor och män 45–74 år, diagnostiserade med MS 2010–2014, som årligen haft läkarbesök med start fem år efter diagnos**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

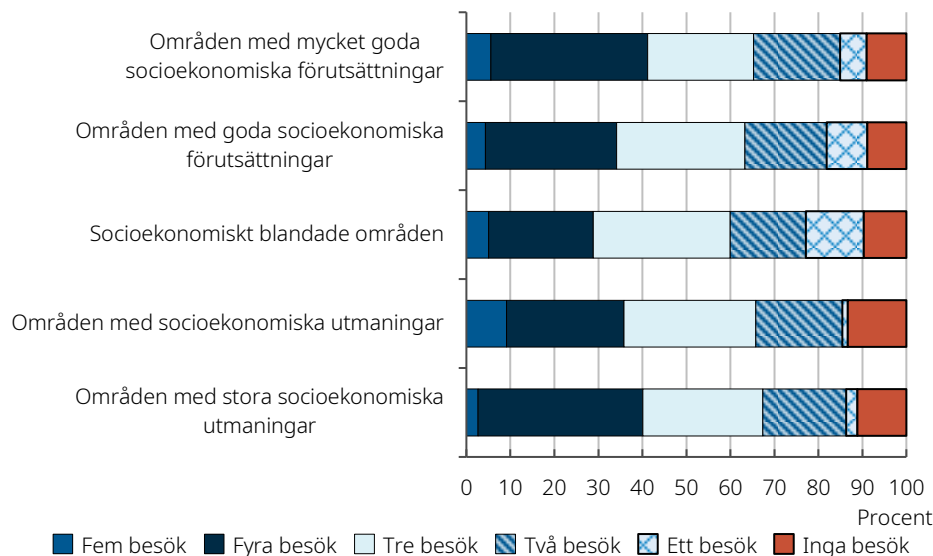
Vid uppdelning av patienterna i socioekonomiska grupper enligt de regionala statistikområdena visar resultaten att cirka hälften av personerna med MS i åldern 18–44 år har fått fyra eller fem läkarbesök, oberoende av socioekonomiskt område. I den äldre ålderspopulationen, 45–74 år, är det något större variation. Där har mellan 30 och 40 procent fått fyra eller fem läkarbesök under uppföljningsperioden, oberoende av socioekonomisk grupp (figur 19, 20).

**Figur 19. Andel personer 18–44 år med MS; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 20. Andel personer 45–74 år med MS; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**



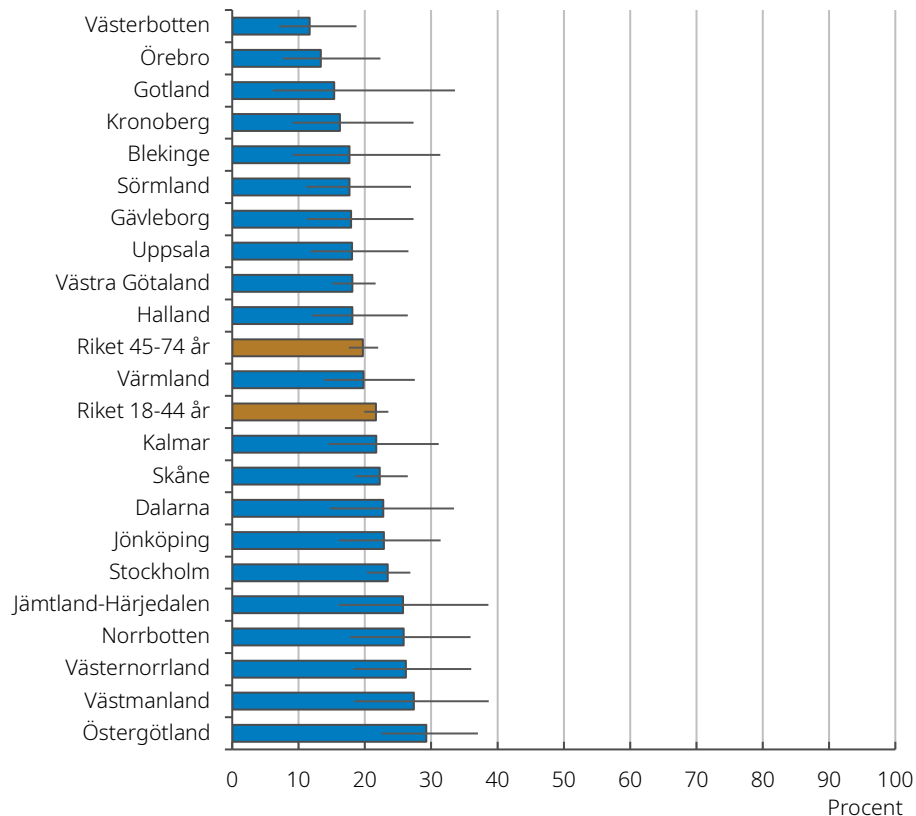
Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Besök i tandvården

Det är runt 20 procent i båda ålderspopulationerna, som inte besökt tandvården under uppföljningsperioden. För att kunna dela upp populationen på regionnivå behöver populationerna slås ihop för att undvika små tal. Det finns regionala skillnader: Andelen som inte har besökt tandvården varierar mellan 30 procent i regionen med den högsta andelen och knappt 12 procent

i regionen med den lägsta, en skillnad på nästan 20 procentenheter (figur 21).

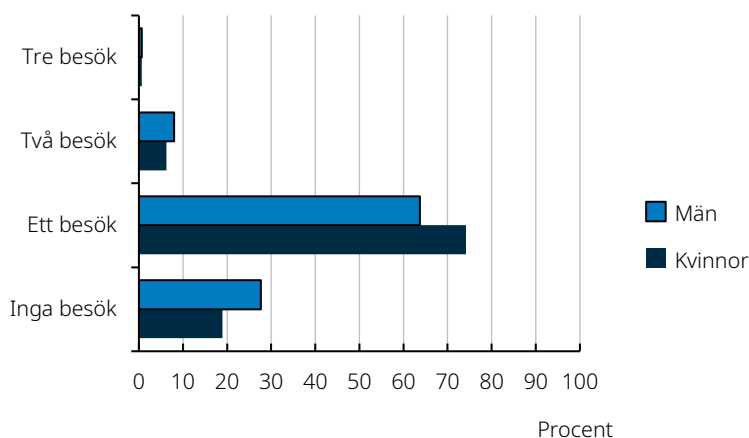
**Figur 21. Andel personer med MS som inte besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på region, samt hela riket uppdelat på åldersgrupperna 18-44 och 45-74 år.**



Källa: Patientregistret och tandhjälsregistret, Socialstyrelsen.

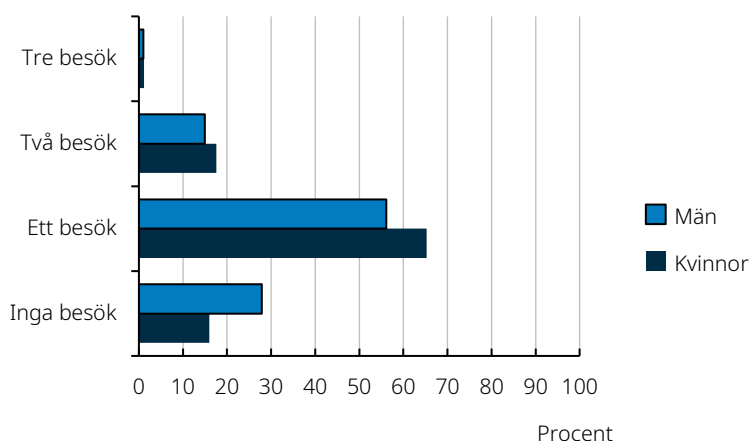
Resultaten visar att 27 procent av männen och 19 procent av kvinnorna i åldern 18-44 år inte har besökt tandvården under uppföljningsperioden. I gruppen 45-74 år är det 29 procent av männen och 16 procent av kvinnorna som inte besökt tandvården. I den äldre ålderspopulationen är det 17 procent av kvinnorna och 15 procent av männen som haft två besök i tandvården, vilket för kvinnorna är nästan 10 procentenheter mer än i den yngre populationen, och för männen 7 procentenheter mer (figur 22, 23).

**Figur 22. Andel kvinnor och män 18–44 år med MS som besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på antal besök**



Källa: Patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 23. Andel kvinnor och män 45–74 år med MS som besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på antal besök**



Källa: Patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

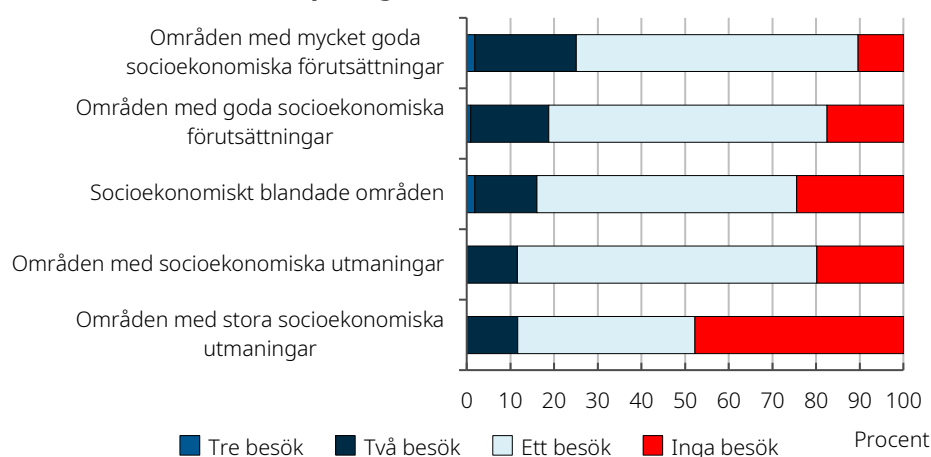
Resultaten visar att av de personer med MS som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar har mellan 40 och 50 procent inte besökt tandvården någon gång under uppföljningsperioden. I den äldre ålderspopulationen visar resultaten också att personer i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar i större uträkning har fler besök i tandvården. 25 procent av dem har minst två besök i tandvården, jämfört med 5 procent i samma typ av områden i den yngre populationen (figur 24, 25).

**Figur 24. Andel personer med MS 18–44 år; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhälsoregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

**Figur 25. Andel personer med MS 45–74 år; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhälsoregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Analys av resultaten

Resultaten visar en skillnad mellan den yngre och äldre åldersgruppen när det gäller kontinuerliga uppföljningsbesök hos läkare. Bland personer med MS i åldersgruppen 18–44 år får en större andel kontinuerliga årliga läkarbesök (knappt 10 procent) jämfört med åldersgruppen 45–74 år (knappt 5 procent). Detta kan indikera att den yngre populationen får mer regelbundna uppföljningar, eventuellt som ett resultat av en mer aktiv behandling eller uppföljning för att hantera sjukdomen på ett tidigt stadium. När det gäller könsskillnader visar resultaten att män och kvinnor i den yngre åldersgruppen (18–44 år) får relativt lika många uppföljningsbesök hos läkare, med en något högre andel kvinnor än män som fått fyra läkarbesök under uppföljningsperioden. För den äldre populationen är det en något större variation. Där har mellan 30 och 40 procent av personer med



MS fått fyra eller fem läkarbesök. Detta kan bero på att den äldre gruppen har mer varierande behov av vård, eller att andra faktorer, såsom andra samtidiga sjukdomar eller socioekonomiska skillnader, påverkar hur ofta de får uppföljning. Resultaten pekar på att variationen inte beror på socioekonomisk grupp, men den geografiska variationen är fortfarande betydande, vilket indikerar att tillgången till vård skiljer sig åt mellan olika regioner.”

Resultaten indikerar också att det finns skillnader mellan regionerna vad gäller besök i tandvården. Det är skillnader mellan män och kvinnor, särskilt i den äldre populationen, där män tenderar att besöka tandvården mindre ofta än kvinnor.

För personer med MS som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar är tandvårdsbesöken betydligt färre än i andra områden. Där har mellan 40 och 50 procent inte besökt tandvården alls. Detta visar tydligt att det finns en stark koppling mellan socioekonomiska förhållanden och hälsobeteende. Det är viktigt att uppmärksamma att personer med MS inte bara har fysiska utmaningar, utan att socioekonomiska faktorer också kan spela en stor roll när det gäller besök i tandvården. I områden med bättre socioekonomiska förutsättningar är tandvårdsbesöken fler, vilket visar på ett mönster där resurser och livsvillkor samvarierar med individens benägenhet att nyttja tandvård. Detta kan skapa ojämlikhet i hälsa, där de med bättre socioekonomiska förutsättningar får bättre tandvård. Det finns könsspecifika skillnader i tandvårdsbesök. Män i både yngre och äldre åldersgrupper tenderar att besöka tandvården mer sällan än kvinnor. Denna skillnad är särskilt synlig i den äldre ålderspopulationen, där skillnaden var 10 procentenheter. Dessa ojämlikheter behöver uppmärksammas för att nå en jämlik vård.

## Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom är en progressiv neurologisk sjukdom som främst påverkar rörelseförmågan, men som även kan leda till icke-motoriska symtom som sömnproblem, depression och kognitiva svårigheter. Genom regelbundna kontroller kan vården övervaka sjukdomens progression och tidigt identifiera nya eller förvärrade symtom. Detta möjliggör justering av läkemedelsdoser, något som är särskilt viktigt för dopaminbaserade behandlingar. De behöver anpassas över tid för att man ska kunna bibehålla effekten och minimera biverkningar som ofrivilliga rörelser (dyskinesier). Särskilt viktigt är att uppmärksamma stora variationer i rörelseförmågan, då patienten kan behöva få pumpbehandling med dopamin eller neurokirurgi med djup hjärnstimulering (deep brain stimulation, DBS). Detta inträffar i regel flera år efter sjukdomsdebut [12].

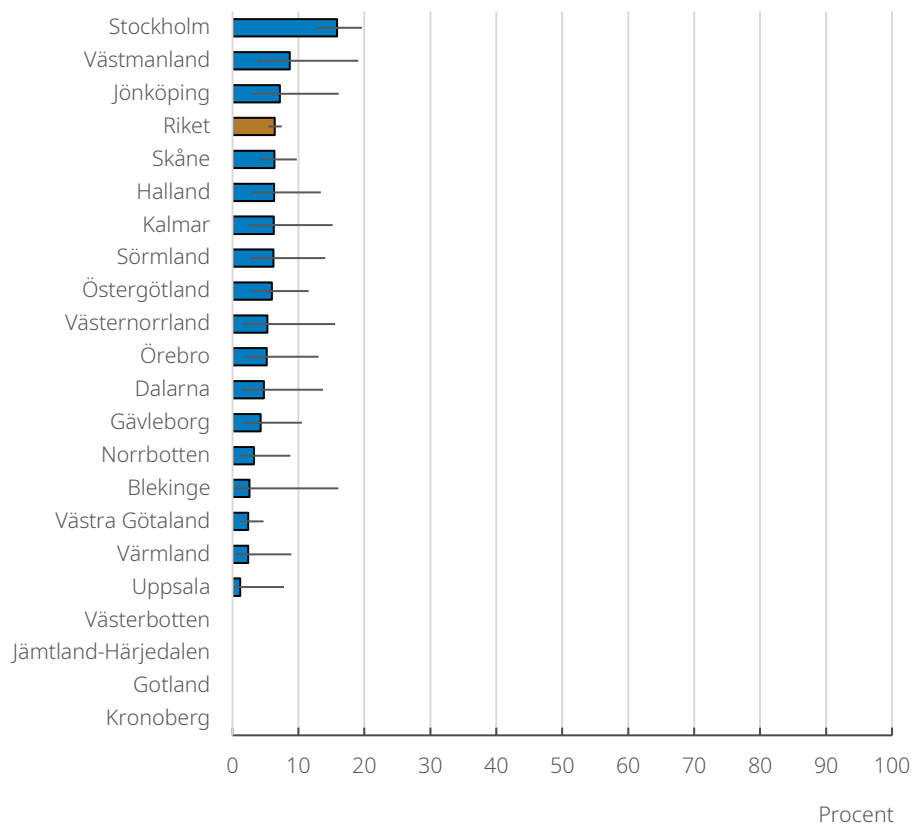
Munhälsa är särskilt viktig vid Parkinsons sjukdom eftersom sjukdomen påverkar motoriska och autonoma funktioner, vilket kan leda till en rad problem som försämrar munhälsan och i sin tur påverka patientens allmänna hälsa och livskvalitet. Munhälsan påverkas bland annat av försämrad motorik, och munfunktion, muntorrhet (xerostomi), sväljsvårigheter (dysfagi) och aspirationsrisk.

## Kontinuerlig årlig uppföljning i specialiserad vård

Kontinuerlig årlig uppföljning hos en läkare som är förtrogen med Parkinsons sjukdom är viktig för att anpassa behandlingen, hantera symtom och erbjuda stödjande insatser, vilket bidrar till ökad livskvalitet och självständighet. Eftersom sjukdomen utvecklas gradvis och varierar mellan individer är uppföljningen avgörande för att optimera behandlingen och förbättra livskvaliteten [12]. Resultaten visar att drygt 6 procent av de personer som diagnostiserades med Parkinsons sjukdom under perioden 2010–2014 fick fem års kontinuerlig årlig uppföljning hos läkare på neurologisk öppenvårdsmottagning fem år efter diagnos. Det finns regionala skillnader. Det skiljer 5 procentenheter mellan den region som har högst andel uppföljda patienter jämfört med den som har lägst andel. I fyra av regionerna var det inga patienter alls som fick neurologuppföljning varje år. I två av regionerna fick inga kvinnor årlig uppföljning (figur 26).

**Figur 26. Andel personer diagnostiserade med Parkinsons sjukdom 2010–2014, som haft minst ett läkarbesök per år under fem år, uppdelat på region**

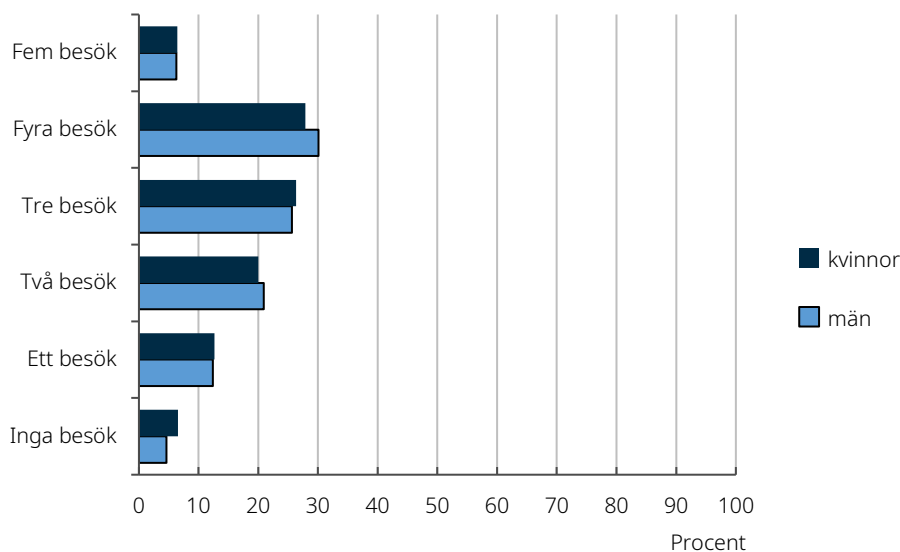
Uppföljningsperioden startar fem år efter diagnosåret



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Ungefär 30 procent av patienterna som diagnostiserats med Parkinsons sjukdom under perioden 2010–2014 fick fyra läkarbesök under uppföljningsperioden, och ungefär 4 procent fick inga besök alls. Små skillnader kan ses mellan könen i antalet uppföljningar (figur 27).

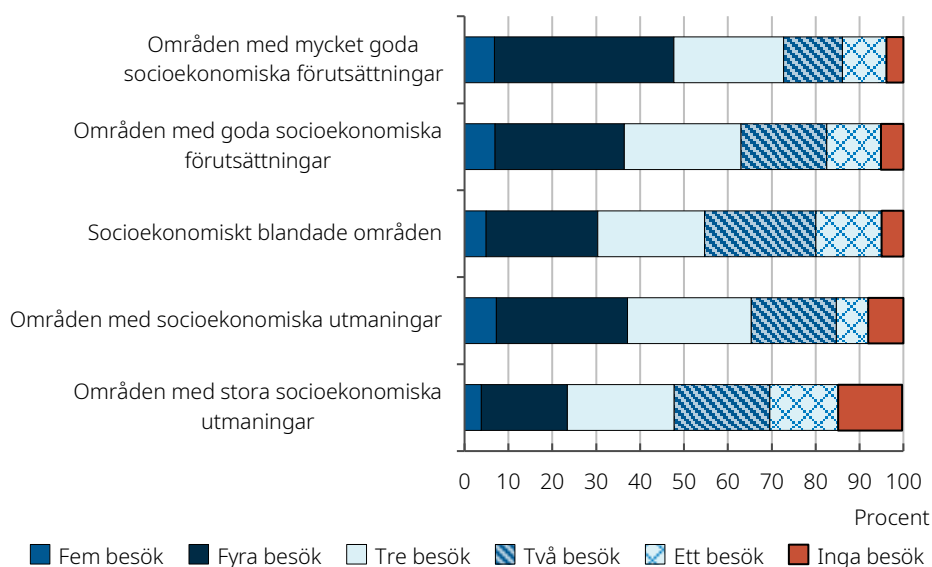
**Figur 27. Antal uppföljningsbesök hos läkare för patienter diagnostiserade med Parkinsons sjukdom 2010–2014, mätt under fem år med start fem år efter diagnos, uppdelat på kön**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller socioekonomiska faktorer visar resultaten att 14 procent av personer med Parkinsons sjukdom i områden med stora socioekonomiska utmaningar inte fick några uppföljningar. I områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar fick en högre andel personer återkommande uppföljningar (figur 28).

**Figur 28. Andel personer diagnostiserade 2010-2014 med Parkinsons sjukdom med läkarbesök fördelade på regionala statistikområden, fem år efter diagnos**

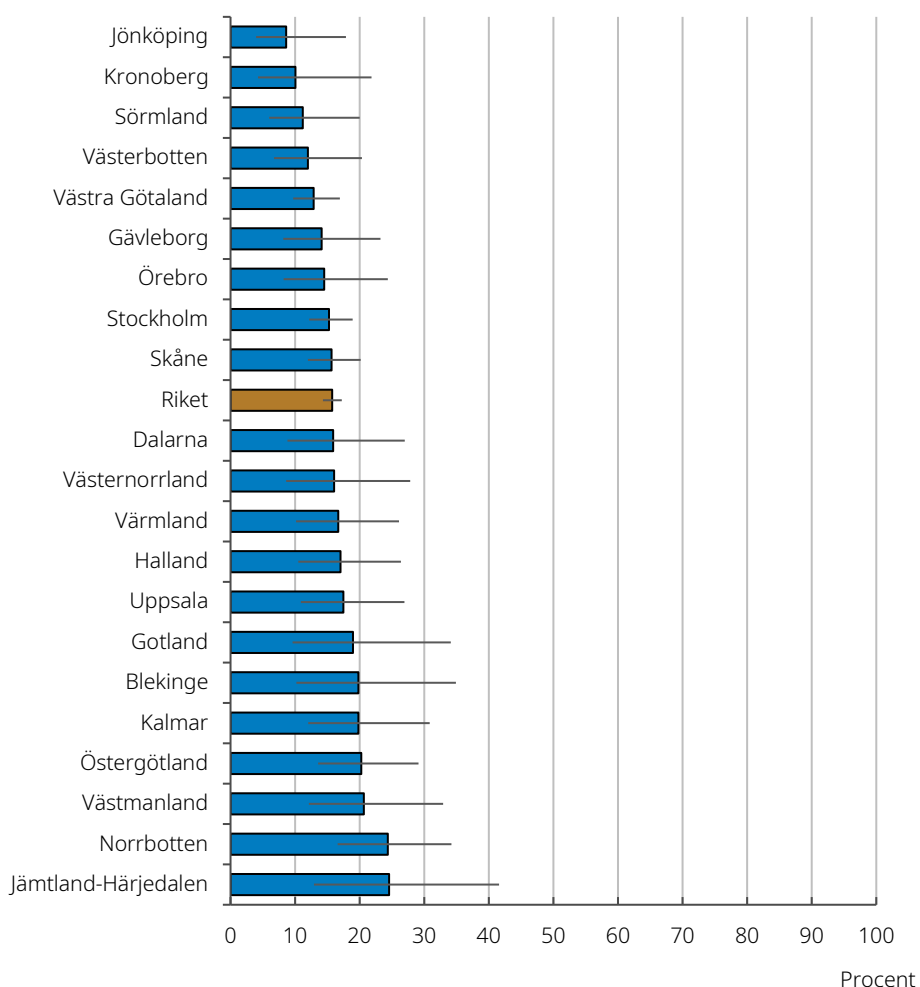


Källa: Patientregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Besök i tandvården

Det var cirka 15 procent i populationen som inte besökte tandvården under uppföljningsperioden, och det finns regionala skillnader. Det skiljer nästan 16 procentenheter mellan regionen med högst andel som inte besökt tandvården jämfört med regionen med lägst andel (figur 29).

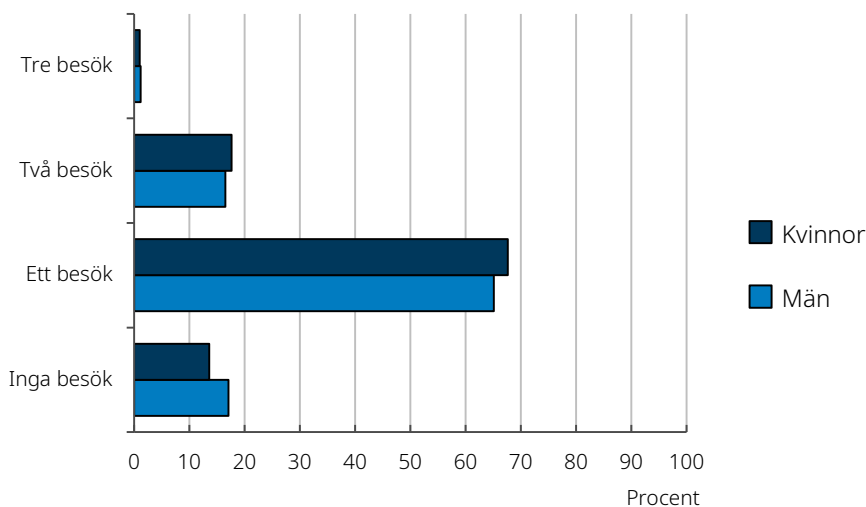
**Figur 29. Andel personer diagnostiserade med Parkinsons sjukdom 2010–2014 som inte besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på region**



Källa: Patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar att 17 procent av männen och 13 procent av kvinnorna inte haft något besök i tandvården under uppföljningsperioden om fem år. Drygt 65 procent gjorde ett besök i tandvården. Det finns inga större skillnader mellan könen (figur 30).

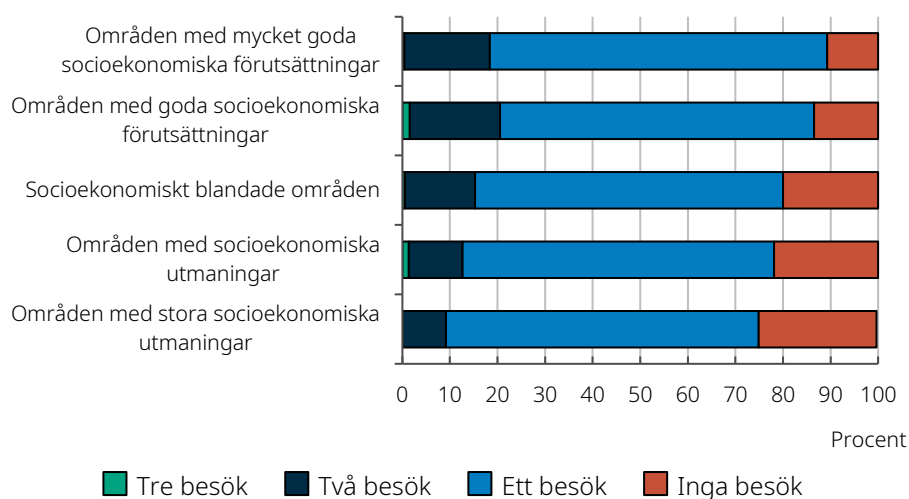
**Figur 30. Andel kvinnor och män diagnostiserade med Parkinsons sjukdom 2010–2014 som besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på antal besök**



Källa: Patientregistret och tandhjälsregistret, Socialstyrelsen.

För personer med Parkinsons sjukdom som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar var det nästan 25 procent som hade inte besökt tandvården alls och knappt 10 procent som besökt tandvården två gånger under uppföljningsperioden. För personer som bor i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar var det ungefär 20 procent i respektive grupp som regelbundet besökt tandvården och endast 10 procent som inte haft något besök i tandvården (figur 31).

**Figur 31. Andel personer med Parkinsons sjukdom; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhjälsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Analys av resultaten

Resultaten visar att det är få patienter som får minst ett läkarbesök per år i fem år i alla landets regioner. Parkinsons sjukdom är en progressiv sjukdom som kräver regelbunden och omfattande uppföljning hos läkare med erfarenhet av Parkinsons sjukdom. Analysen är dock begränsad till fysiska återbesök till läkare på en neurologisk öppenvårdsmottagning. Det kan inte uteslutas att vissa patienter har träffat en sjuksköterska på en neurologisk mottagning och/eller haft kontakt med läkare per telefon. Sådana besök bör dock inte jämföras med årliga fysiska undersökningar av neurolog. Att patienter efter många år med sjukdomen inte följs upp regelbundet är mycket allvarligt, eftersom det är först efter ett antal år som sjukdomsprogress kan leda till att symtomfluktuationerna blir svårkontrollerbara och patienten kan behöva få pumpbehandling eller behandling med DBS. Det har inte bara medicinska konsekvenser utan påverkar även patientens möjlighet att kunna leva självständigt och ha livskvalitet. Den bristande uppföljningen kan mycket väl påverka hur medicinering följs upp och dess effekt utvärderas. Patienter kan alltså ha en bristfällig medicinering, vilket avsevärt påverkar deras förbättring och hälsa.

Resultaten visar dock att det är drygt 80 procent som fått minst två uppföljningsbesök under den aktuella femårsperioden. Detta visar att patienter med Parkinsons sjukdom har viss återkommande kontakt med den specialiserade vården, även om det i relation till sjukdomens allvarlighetsgrad inte är tillräckligt. Resultaten ligger långt från de målnivåer som beskrivs i de nationella riktlinjerna för vård av Parkinsons sjukdom. Patienter med Parkinsons sjukdom som inte har några besök i vården är överrepresenterade i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Resultaten när det gäller regelbundna besök i tandvården visar på risker för försämrad munhälsa för patienter med Parkinsons sjukdom. Denna grupp patienter är i behov av god munhälsa, bland annat med tanke på att de redan i sin sjukdomsbild riskerar att utveckla sväljsvårigheter. Dålig munhälsa kan förvärra dessa svårigheter och påverka deras näringsintag, vilket hos äldre personer i sin tur drastiskt ökar risken för andra komplikationer. För personer med Parkinsons sjukdom som inte besökt tandvården alls under uppföljningsperioden finns det regionala skillnader på närmare 16 procentenheter mellan regionen med högst respektive lägst andel. Tillsammans med resultaten för personer som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar visar det på att det är särskilt viktigt för vården att göra personer från dessa områden uppmärksamma på betydelsen av en god munhälsa och av att besöka tandvården.

## Psoriasis

Psoriasis är en systemsjukdom som drabbar huden. Den innebär att kroppens immunsystem reagerar mot och går till angrepp mot den egna vävnaden. Reaktionen blir att vävnaden inflammeras. Formen psoriasisartrit drabbar även lederna. I Sverige har cirka 200 000 personer psoriasis, varav cirka 5 000 är barn och unga (under 18 år). Risken för att utveckla sjukdomen är oberoende av ålder, även om de flesta diagnostiseras i vuxen ålder. Psoriasis går i skov, vilket betyder att sjukdomen ”blossar upp” i perioder. Sjukdomen varierar mycket i intensitet och omfattning mellan olika individer. En del har lindriga besvär och kan vara symtomfria under långa perioder, medan andra har mer kontinuerliga och svåra besvär. Behandlingen kan vara både lokal och systemisk, och man använder till exempel syntetiska eller biologiska läkemedel. Utvecklingen av systemiska läkemedel har varit framgångsrik, framför allt när det gäller biologiska läkemedel. Patienter behandlas antingen inom den specialiserade vården eller primärvården, beroende på hur svåra deras besvär är [7].

Munhälsa är särskilt viktig hos patienter med psoriasis, eftersom sjukdomen kan påverka både huden och slemhinnorna, inklusive munhålan. Det är inte helt klarlagt om det är psoriasis som då har satt sig i slemhinnorna, men mycket talar för att det är det [13]. Framför allt påverkar munhälsan livskvalitet och självförtroende

## Kontinuerlig årlig uppföljning i specialiserad vård

En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och löpande uppföljning minst en gång per år är en förutsättning för god vård som förbättrar psoriasispatientens hälsa och livskvalitet, minskar behovet av slutna vård och hanterar annan samsjuklighet. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna [7]. För denna insats finns det en målnivå för regionerna att sträva mot, som är fastställd till att minst 95 procent av patienterna får uppföljning minst en gång per år [8].

## Behandling med systemiska läkemedel

Systemiska behandlingar för psoriasis, som biologiska läkemedel eller andra immunosuppressiva behandlingar, kan ha allvarliga biverkningar. Det kan till exempel handla om påverkan på immunsystemet, ökad risk för infektioner, leverpåverkan, njurproblem, eller andra systemiska effekter. Regelbundna uppföljningar gör det möjligt att tidigt upptäcka och hantera sådana biverkningar. Vidare kan psoriasis förändras över tid, och det är viktigt att behandlingen anpassas till individens aktuella behov. Uppföljning gör det möjligt att utvärdera om behandlingen fortfarande är effektiv och om dosen behöver justeras eller om det är nödvändigt att byta läkemedel.

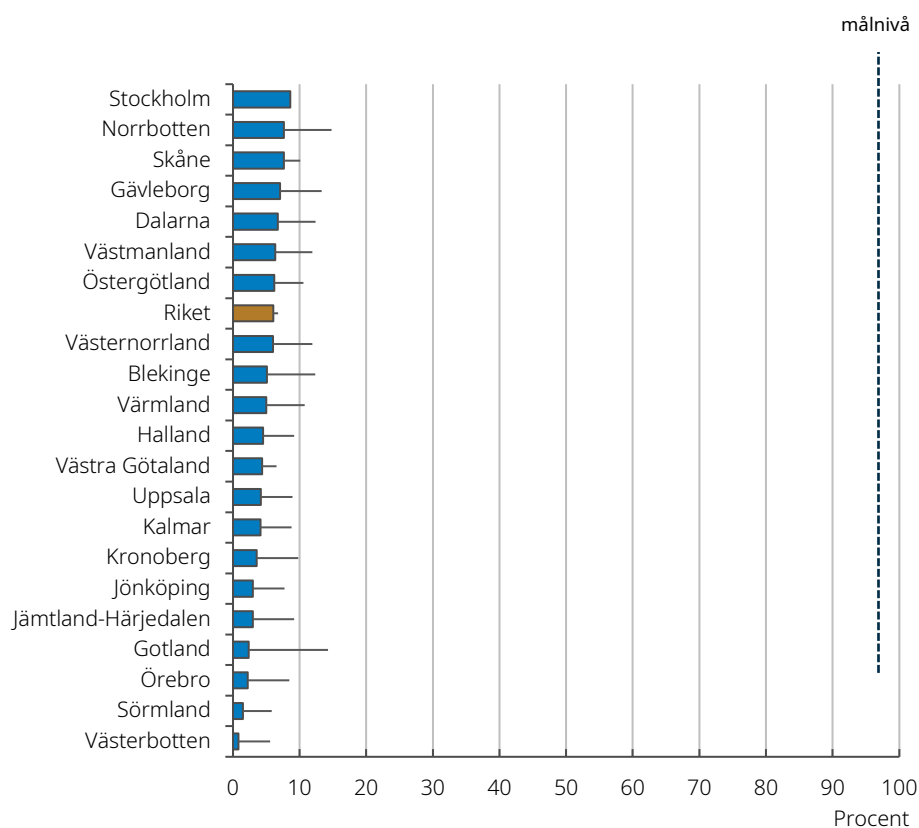


Följande analyser utgår från personer med psoriasis som får systemisk behandling av psoriasis, där det är extra viktigt med kontinuerlig uppföljning.

Resultaten visar att av de patienter som fick psoriasisdiagnos under perioden 2010–2014 och behandlades med systemiska läkemedel fick drygt 5 procent fem kontinuerliga årliga uppföljningsbesök hos läkare med start fem år efter diagnos. Det finns regionala skillnader på nästan 8 procentenheter mellan vissa regioner (figur 32).

**Figur 32. Andel personer diagnostiserade med psoriasis 2010–2014, som haft minst ett läkarbesök per år under fem år, uppdelat på region**

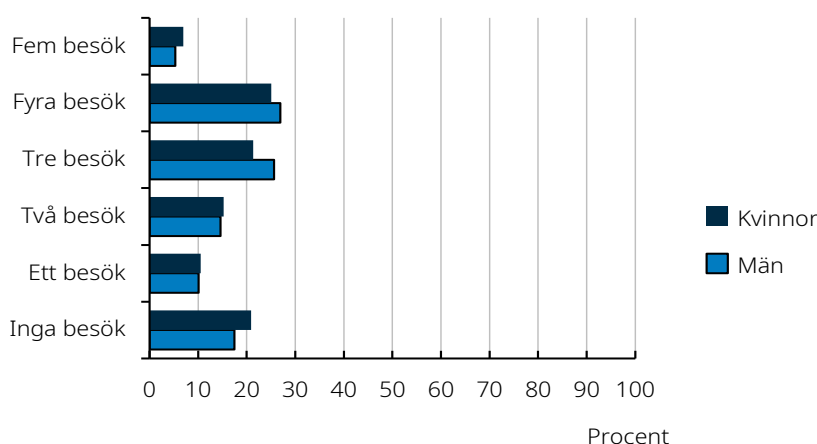
Uppföljningsperioden startar fem år efter diagnosåret



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar att runt 20 procent av personer med systemisk psoriasis som diagnostiserats under perioden 2010–2014 inte haft något läkarbesök i den specialiserade vården under uppföljningsperioden. Det är omkring 25 procent som har fått tre besök eller fyra besök. Det är vanligare att män har haft tre eller fyra uppföljningsbesök jämfört med kvinnor, med en skillnad på ungefär 4 procentenheter (figur 33).

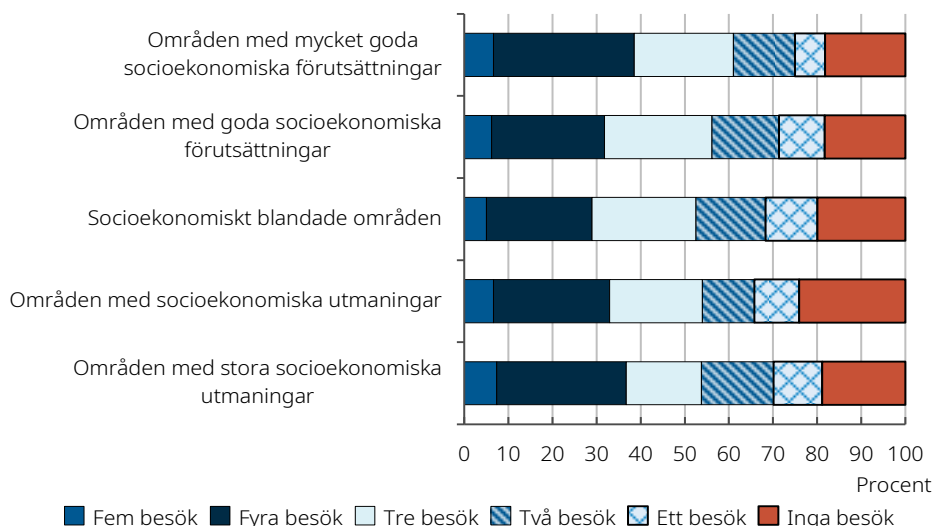
**Figur 33. Antal uppföljningsbesök hos läkare för patienter diagnostiserade med psoriasis 2010–2014, mätt under fem år med start fem år efter diagnos, uppdelat på kön**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar vidare att av personer med psoriasis som behandlades med systemiska läkemedel, och som bodde i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, fick drygt 30 procent fyra läkarbesök i den specialiserade vården och knappt 7 procent fick fem läkarbesök. Ett liknande resultat ses också för den population som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar (figur 34).

**Figur 34. Andel personer med psoriasis; antal läkarbesök fem år efter diagnos, fördelat på regionala statistikområden**

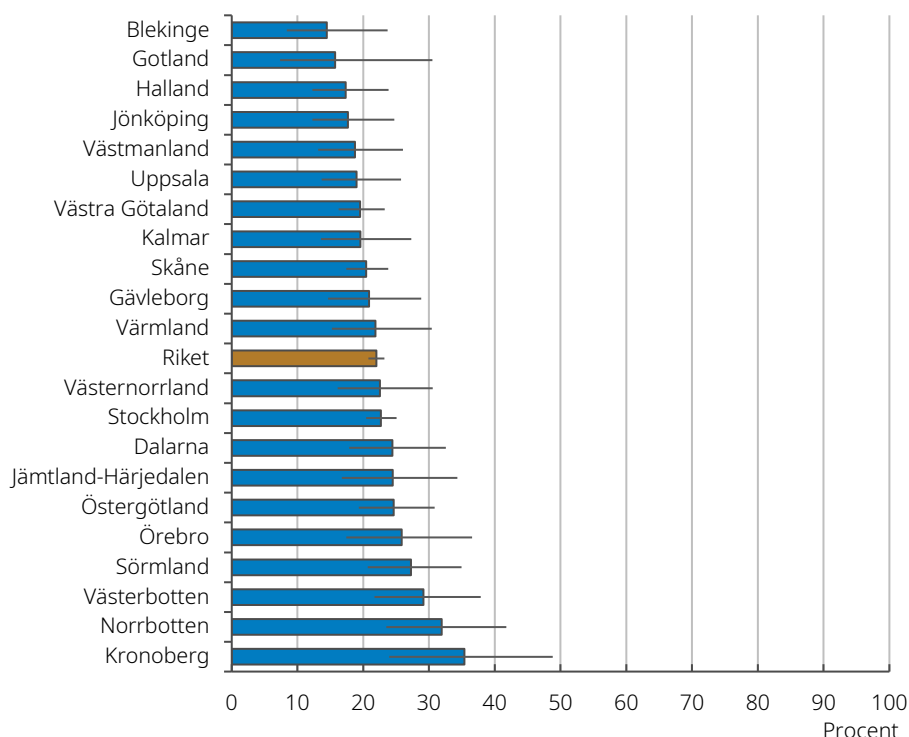


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Besök i tandvården

Det var 22 procent av personerna med psoriasis som inte hade besökt tandvården under uppföljningsperioden. Det skiljer nästan 20 procentenheter mellan de regioner som har den lägsta och den högsta andelen personer med psoriasis som inte besökt tandvården under uppföljningsperioden (dock överlappar konfidensintervallen) (figur 35).

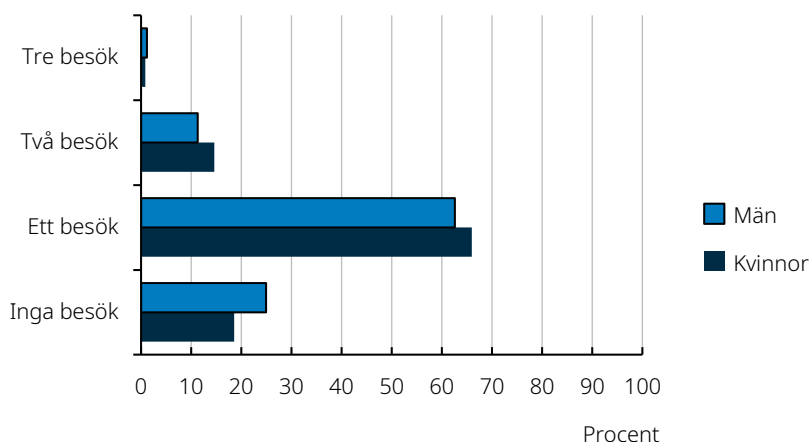
**Figur 35. Andel personer diagnostiserade med psoriasis 2010–2014 som inte besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på region**



Källa: Patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar att 65 procent av kvinnorna och 63 procent av männen besökte tandvården en gång under uppföljningsperioden. Det är generellt vanligare att kvinnor har besökt tandvården, förutom när det gäller dem som har besökt tandvården tre gånger under perioden (vilket är det högsta antalet besök). Där handlar det dock om väldigt låga tal. Det är 6 procentenheter fler män än kvinnor som inte besökt tandvården alls under uppföljningsperioden (figur 36).

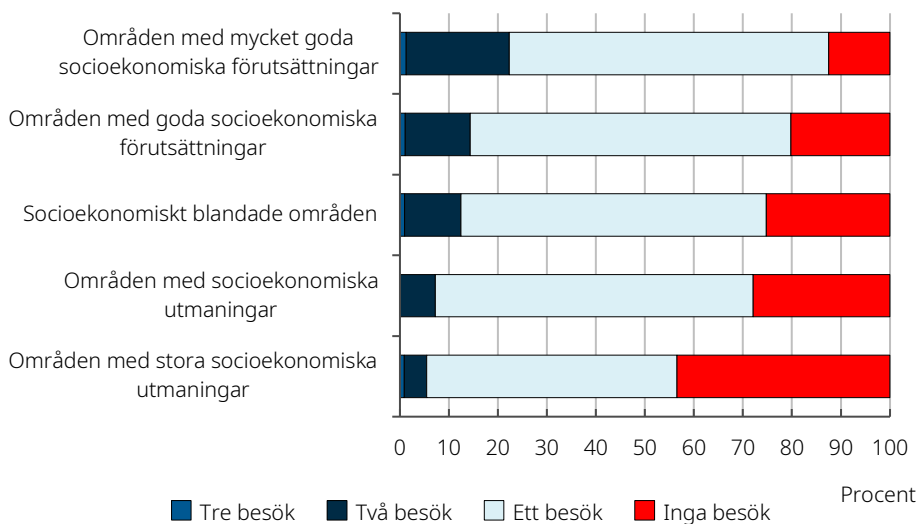
**Figur 36. Andel kvinnor och män diagnostiserade med psoriasis 2010–2014 som besökt tandvården under fem år, med start fem år efter diagnos, uppdelat på antal besök**



Källa: Patientregistret och tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Resultaten visar vidare att nästan 45 procent av personer boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar inte besökte tandvården alls under uppföljningsperioden. Det är 30 procentenheter mer än för personer boende i områden med mycket goda förutsättningar. Det finns en trend att fler besöker tandvården kontinuerligt ju högre socioekonomiska förutsättningar de har (figur 37).

**Figur 37. Andel personer med psoriasis; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden**



Källa: Patientregistret, tandhälsoregistret och regionala statistikområden, Socialstyrelsen.

## Analys av resultaten

För personer med psoriasis som får systemisk behandling är uppföljning en högt prioriterad rekommendation [7]. För att ytterligare stödja regionerna att prioritera denna insats finns sedan 2022 en målnivå som är fastställd till att minst 95 procent av patienterna ska få kontinuerlig uppföljning [14].

Resultaten visar att det bara är en liten andel personer med systembehandlad psoriasis som får fem kontinuerliga årliga uppföljningsbesök hos läkare i specialistvården med start fem år efter diagnos. Resultatet är långt ifrån den fastställda målnivån. Däremot har nästan 75 procent minst ett besök vartannat år. Inga könsskillnader kan ses, vilket är positivt. Även om det finns en spridning mellan regionerna är det ingen region som når den satta målnivån.

Även bland patienter med systemisk behandling finns det patienter som har en väl inställd läkemedelsbehandling, så alla patienter behöver inte besöka läkare i specialistvården årligen. Men att nästan 20 procent inte haft något läkarbesök alls under uppföljningsperioden är inte optimalt. Det kan leda till att vården missar försämringar och nödvändiga läkemedelsjusteringar.

Av patienterna med systembehandlad psoriasis har drygt 75 procent besökt tandvården minst en gång under uppföljningsperioden, vilket är positivt. Den population som undersökts utgör på nationell nivå endast en begränsad del av alla patienter med systembehandlad psoriasis. Dock ses en stor variation mellan regionerna, med en skillnad på nästan 60 procentenheter mellan den högsta och den lägsta andelen som besökt tandvården, vilket kan innebära att vården är ojämlig. Patienter som inte besöker tandvården bor i större utsträckning i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar. Detta visar tydligt den betydelse som de socioekonomiska faktorernas har för en jämlik tandvård för patienter med kroniska sjukdomar, där risken för försämrad munhälsa är stor.

## Avslutande diskussion

Återkommande uppföljningar ger personer med kroniska sjukdomar möjlighet att få stöd när deras sjukdom utvecklas och att få en ännu mer individanpassad behandling.

Svensk sjukvård står inför flera utmaningar. Den riskerar att inte räckta till för att ge god vård med hög kvalitet i rätt tid till alla patienter som har behov av det. Därför är det viktigt att resurserna används effektivt, vilket har framkommit i rapporterna om Kloka kliniska val och Vård som inte bör göras [15, 16]. Kontinuerliga årliga uppföljningar av personer med kronisk sjukdom kan minska risken för onödig vård, eftersom personerna inte behöver söka vård akut eller för tillstånd som kan kopplas till ökad oro, förvärrade symptom och onödiga biverkningar.

Vi är medvetna om att det kan finnas personer med kroniska sjukdomar som inte behöver årliga återkommande uppföljningar. Dessa uppföljningar i vården kan vara utmönstring av vård utan patientnytta [15]. Resultaten i utvärderingen visar dock att det behöver ske en ökad förekomst av uppföljning och att hälso- och sjukvården behöver genomföra insatser för dettas, framför allt för de patienter som inte får någon uppföljning över huvud taget. Inom flera av de riktlinjeområden som vi har analyserat är det få personer med kronisk sjukdom som fått återkommande uppföljningar och det finns skillnader mellan regionerna.

Utvecklingen av vården, framför allt av den digitala vården, kan mycket väl vara ett sätt för vården att nå fler personer med kroniska sjukdomar som har behov av uppföljningar. I hela landet pågår ett arbete med att ställa om hälso- och sjukvården till en god och nära vård, vilket till viss del kan komma att påverka var uppföljningen av dessa patientgrupper kommer att utföras framöver.

De socioekonomiskt relaterade skillnaderna i tandvårdsbesök för personer med kroniska sjukdomar följer ett liknande mönster som för personer utan kroniska sjukdomar: Personer från områden med stora socioekonomiska utmaningar besöker tandvården i mindre utsträckning än personer från områden med socioekonomiskt goda förutsättningar. Samtidigt är det många gånger är extra viktigt med en god munhälsa och en kontinuerlig tandvård för personer med kroniska sjukdomar. Det understryker vikten av en fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård, för att de ömsesidigt ska kunna ge varandra stöd i att identifiera patienternas behov.

Vuxna får själva betala den största delen av sin tandvård. Det kan påverka vilken behandling de väljer. Det finns dock ekonomiskt stöd att få för den som behöver besöka tandvården. I det statliga tandvårdsstödet, som är ett generellt stöd som alla vuxna medborgare har rätt till, finns ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och ett högkostnadsskydd. Det finns också ett visst

ekonomiskt bidrag för individer som har behov av förebyggande tandvård som följd av sin sjukdom eller funktionsnedsättning, ett så kallat särskilt tandvårdsbidrag (STB). Dessutom finns det ett tandvårdsstöd som regionerna ansvarar för och som vänder sig till vuxna som behöver särskilt stöd, exempelvis på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Det regionala tandvårdsstödet innebär att patienten betalar hälso- och sjukvårdsavgift för sin tandvård [17].

Denna utvärdering beskriver en del av vårdens insatser till en specifik patientgrupp. Resultaten visar att det finns behov av en ökad förekomst av uppföljningsbesök för personer med kroniska sjukdomar. Vi ser också ett behov av ytterligare analyser av vilka effekter en bristande uppföljning kan innebära, i form av patientlidande och eventuella ökade vårdkostnader på grund av ökat vårdbehov.

Det är viktigt att vården är uthållig och upprätthåller återkommande uppföljningar av personer med kroniska sjukdomar, även om detta kortsiktigt är resurskrävande. Detta för att ge en ännu bättre vård för personer med kroniska sjukdomar, men också för att minska undanträngning av annan vård och för att öka tillgängligheten till vården.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Statistik om tandhälsa 2023; 2024.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård - Stöd för styrning och ledning 2022: Socialstyrelsen; 2022.
3. Luftvägsregistret. Lufvägsregistret- Nationellt kvalitetsregister. Registercentrum Västra Götaland.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL - Stöd för styrning och ledning. 2020.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi - Stöd för styrning och ledning. 2019.
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom: Socialstyrelsen; 2016.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis - Stöd för styrning och ledning. 2019.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer Målnivåer – vård vid psoriasis - Målnivåer för indikatorer. 2022.
9. Cornacchio AL, Burneo JG, Aragon CE. The effects of antiepileptic drugs on oral health. J Can Dent Assoc. 2011; 77:b140.
10. Socialdepartementet. Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd 2008:
11. Luftvägsregistret. Årsrapport 2023; 2023.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom: Socialstyrelsen; 2022.
13. Psoriasisförbundet. Psoriasis på ögonlock eller i mun. Hämtad från: <https://www.psoriasisforbundet.se/faq/psoriasis-pa-ogonlock-eller-mun/>
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer, Målnivåer – vård vid psoriasis, Målnivåer för indikatorer; 2022.
15. Läkaresällskapet. Kloka kliniska val - en förbättrad hälsa och sjukvård.
16. Socialstyrelsen. Vård som inte bör göras - Följsamheten till nationella riktlinjer; 2023.
17. Vårdansvarskommittén. Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet 2025:



# Projektorganisation

## Projektledning

Tobias Edbom, projektledare

Christina Broman, enhetskoordinator

Sofia Colin, statistiker

Mikael Nyman, utredare

Thomas Malm, utredare

## Kontaktpersoner

Caroline Stridsman, Luftvägsregistret

Marcus Schmitt-Egenolf, Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg)

Åke Svensson, docent, överläkare, Skånes Universitetssjukhus

Mathias Sundgren, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset

Fredrik Schön, överläkare, Region Kronoberg

Maria Compagno Strandberg, överläkare, Skånes Universitetssjukhus

Elisabeth Wörnberg Gerdin, medicinalråd, Socialstyrelsen



Personer med kronisk sjukdom behöver uppföljningar (artikelnr 2025-4-9539)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).