

# Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård

Lägesrapport 2024

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: 2024-3-8992

Foto: Susanne Kronholm, Johnér.

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2024

## Förord

Socialstyrelsen lämnar årligen lägesrapporter till regeringen inom flera olika områden inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård. Denna rapport beskriver tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården.

Årets lägesrapport utgår ifrån ett systemperspektiv, vilket innebär att vi belyser långsiktiga mål för hälso-, sjuk- och tandvården.

Utvecklingen kommenteras särskilt utifrån några prioriterade aspekter:

- Personcentrerad och hälsofrämjande hälso-, sjuk- och tandvård
- Omställningen till god och nära vård
- Statens roll i hälso-, sjuk- och tandvårdens styrning

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 tagits fram av Catrine Berglie och Anna Bredin (projektledare och redaktörer) tillsammans med en projektgrupp bestående av Samuel Westberg (statistiker) och Andreas Johansson (utredare). I framtagandet av rapporten har ett stort antal medarbetare vid myndigheten medverkat. Natalia Borg har varit ansvarig avdelningschef.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården .....	6
Patienten i systemet .....	8
Munhälsan är en del av hälsan .....	9
System i en föränderlig tid.....	9
Hälsa i en global tid.....	10
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation .....	11
<b>Årets rapport har en ny titel .....</b>	<b>12</b>
<b>Läsanvisning.....</b>	<b>13</b>
<b>14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården .....</b>	<b>15</b>
Nyhet: uppdelning efter socioekonomiska förutsättningar .....	15
Resultat för kärnindikatorerna.....	18
<b>Patienten i systemet.....</b>	<b>57</b>
Förbättrad hälsolitteracitet ökar jämlikhet i hälsa .....	57
Aktivt arbete för att patienten ska vara medskapare av sin egen vård ...	60
Den psykiska hälsan i Sverige .....	66
God och säker hälso- och sjukvård.....	77
Brist på läkemedel påverkar både patienten och hälso-, sjuk- och tandvården.....	101
<b>Munhälsan är en del av hälsan .....</b>	<b>108</b>
Så fungerar tandvården i Sverige .....	108
Ökad statlig kontroll och styrning i tandvården.....	110
Tandvårdens utveckling .....	113
Munhälsa bland barn och unga .....	115
<b>System i en föränderlig tid .....</b>	<b>118</b>
Arbetet med omställningen till god och nära vård fortsätter .....	119
Utveckling av digital vård och nära vård tillsammans.....	123
Staten stärker förutsättningarna för interoperabilitet.....	125
Användning av artificiell intelligens i hälso- och sjukvården.....	131
Staten stärker förutsättningarna för att främja jämlik hälsa .....	138

Bättre förutsättningar för uppföljning och kvalitetsutveckling .....	140
Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar utökas .....	142
Nationell högspecialiserad vård behövs för att upprätthålla kompetens kring sällsynta sjukdomar .....	146
Sexuell och reproduktiv hälsa är en viktig del av den allmänna hälsan	149
Cancer – pågående arbeten för att förbättra prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering.....	154
Stöd för stärkt personalförsörjning.....	160
Vårdinsatser med låg, eller ingen, nytta för patienten behöver fasas ut .....	166
<b>Hälsa i en global tid .....</b>	<b>170</b>
<i>One health</i> åskådliggör sambandet mellan människors, djurs och miljöns hälsa .....	170
Förebyggbara kroniska sjukdomar ökar och påverkas av flera faktorer .....	171
Klimatförändringarnas konsekvenser för hälsan uppmärksammas alltmer .....	184
Många länder stärker primärvården.....	189
<b>Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation.....</b>	<b>192</b>
Kostnaderna för hälso- och sjukvården.....	192
Kostnaderna för tandvården .....	197
Hälso- och sjukvårdens kostnader för omställningen till god och nära vård.....	199
Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård ökar – men takten har avstannat.....	200
Kostnader ur ett internationellt perspektiv.....	205
Hälso- och sjukvårdens utgifter i förhållande till BNP .....	207
<b>Förkortningar .....</b>	<b>210</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>213</b>

# Sammanfattning

Socialstyrelsens övergripande bedömning utifrån den genomförda analysen är att läget i svensk hälso-, sjuk- och tandvård generellt sett är tillfredsställande – men att det också finns utvecklingspotential och utmaningar. Bilden som tonar fram i denna rapport visar både områden där det gjorts stora framsteg och områden där utvecklingen inte rör sig i den takt eller i den riktning som vore önskvärd. Att beskriva läget är en grannliga uppgift, där flera olika perspektiv måste mötas för att det ska vara möjligt att ge en rättvisande bild.

Till grund för den här lägesbeskrivningen ligger 14 kärnindikatorer som tillsammans med de efterföljande kapitlen ger en samlad bild av tillståndet i hälso-, sjuk- och tandvården.

## 14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården

Kärnindikatorernas resultat ger en blandad bild av läget i svensk hälso-, sjuk- och tandvård. På många områden syns tydliga förbättringar över tid, men det finns också stora utmaningar.

**Figur 1. Sammanfattande bild av de 14 kärnindikatorerna.**



Källa: Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården, Socialstyrelsen

Flera av kärnindikatorerna visar att det finns stora skillnader i hälsa och tillgänglighet mellan boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar. För att minska skillnaderna behöver insatser genomföras, och utvecklingen behöver följas över tid på både individnivå och systemnivå.

Barn- och ungdomspsykiatrin har fortsatt utmaningar med tillgänglighet. Andelen startade utredningar och behandlingar har de senaste åren legat relativt konstant på omkring 50 procent, men andelen sjönk marginellt mellan 2022 och 2023. Även inom den slutna somatiska vården är tillgängligheten en utmaning. Under 2023 fortsatte antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter att öka, även om ökningen mattades av något jämfört med tidigare år. De regionala skillnaderna är dock stora.

Antibiotikaförskrivningen minskar, och låg 2022 på knappt 241 recept per 1 000 invånare. De regionala skillnaderna i antal förskrivningar har också minskat. Femårsöverlevnaden efter diagnosticerad cancer har ökat över tid som en följd av vårdens förbättrade möjligheter att tidigt upptäcka, samt förbättrade metoder att behandla, cancer. Skillnader mellan kön och mellan regioner har fortsatt att minska.

Antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt ligger kvar på ungefär samma nivå som de senaste åren, med en liten ökning från 14 till 15 mellan 2021 och 2022.

## Patienten i systemet

Den enskilda patienten har en betydelsefull roll i hälso-, sjuk- och tandvården, och behöver ges möjlighet att kunna agera i den rollen. Dels genom att vården beaktar patientens individuella förutsättningar i mötet, dels genom att samhället beaktar skillnader i förutsättningar vid utformandet av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser på systemnivå.

Förmåga att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information, så kallad hälsolitteracitet, är viktig för att individen ska kunna bibehålla eller förbättra sin hälsa. En god hälsolitteracitet i befolkningen ökar förutsättningarna för en god och jämlik hälsa. Hälso-, sjuk- och tandvården arbetar i många delar för personcentrerad vård och ökad patientdelaktighet. Nivån på hälsolitteracitet varierar dock mellan olika befolkningsgrupper. Att följa och mäta hälsolitteracitet kan vara ett verktyg för att systematiskt minska skillnader i hälsa mellan olika grupper.

En central del i den personcentrerade vården är att patienten ska vara medskapare av sin egen vård. Det kan ske på olika sätt, exempelvis genom egenmonitorering, som innebär att patienten själv mäter och registrerar sina värden i samråd med vården. Förutom att stärka patienten kan en ökad delaktighet också bidra till minskad vårdkonsumtion. Vården behöver fortsätta att arbeta med att involvera patienten, i syfte att utveckla den personcentrerade vården.

Majoriteten av befolkningen uppger att deras psykiska hälsa är god, men under 2000-talet har andelen ungdomar med psykiska besvär ökat. Kostnaderna för sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa är nästan lika höga som de för somatiska besvär – och de hänger ofta ihop. Antalet patienter med psykiatriska diagnoser i specialiserad vård har ökat markant de senaste åren och antalet personer som fått antidepressiva läkemedel utskrivna har också ökat.

Regioner och kommuner efterlyser nationellt stöd för att utveckla det lokala patientsäkerhetsarbetet. Andelen vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk vård för vuxna har ökat 2022 i jämförelse med 2021, medan



andelen vårdperioder med vårdskador inom allmänpsykiatri för vuxna aldrig har varit så låg som 2022.

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka i Sverige. Tack vare det förebyggande arbete som bedrivs är läget dock betydligt gynnsammare än i många andra europeiska länder.

I samtliga regioner i landet saknas det disponibla vårdplatser på akutsjukhusen. Tillgången till vårdplatser är mindre än behovet, vilket medför överbelastade akutmottagningar. Skador och vårdskador ökar hos patienter som vårdas på en utlokaliserad vårdplats. Den vanligaste skadetyper är vårdrelaterad infektion.

Antalet restanmälda läkemedel ökar, vilket kan påverka patientsäkerheten negativt och innebära ökade kostnader och lidande för både patienter och samhället.

## Munhälsan är en del av hälsan

Forskning visar på ett allt tydligare samband mellan munhälsa och allmänhälsa. Därför behövs en förflyttning mot mer samverkan mellan tandvården och den övriga vården och omsorgen.

Förekomsten av karies hos 19- och 23-åringar ökade 2023, för första gången sedan mätningarna började. Mer än hälften av 19-åringarna har fått hål i sina tänder.

För att komma åt problemet med bedrägerier och ekonomisk brottslighet i tandvårdssektorn finns förslag för ökad statlig kontroll. Initiativ har även tagits för att öka jämlikheten i tandvården, exempelvis genom att utreda förutsättningarna för en enhetlig modell för riskbedömning.

## System i en föränderlig tid

Arbetet med omställningen till god och nära vård präglas av betydande variationer mellan regionerna och kommunerna, och går generellt långsamt. Tilldelning, fördelning och omfördelning av vårdens resurser följer ännu inte ambitionen om att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården.

Även Världshälsoorganisationen, WHO, har länge pekat på de utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemen i många länder står inför. WHO konstaterar att utvecklingen av primärvårdens roll att göra vården mer tillgänglig, effektiv, jämlik och motståndskraftig, går för långsamt.

Många länder i Europa arbetar för att skapa sammanhållna vårdprocesser och personcentrerade arbetssätt, för att stärka den nära vården och patientens ställning. Arbetet har fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

åtgärder, och stor kraft läggs på digitala lösningar och på att minska skillnader i tillgänglighet mellan olika befolkningsgrupper. Även i Sverige är digitaliseringen en central del av omställningen, och den kan stärka såväl patientens ställning som personal- och kompetensförsörjningen.

Samtliga regioner erbjuder digital vård, men i varierande omfattning. Staten har ett viktigt ansvar att stödja utvecklingen av interoperabilitet och att möjliggöra återanvändningen av hälsodata.

Användningen av AI i hälso- och sjukvården ökar, men utvecklingstakten varierar mellan regionerna. AI medför stora möjligheter att utveckla och förbättra vården, men innebär också utmaningar, inte minst etiska. Att omfattningen av regionernas AI-implementering varierar kan ha negativ påverkan på jämlikheten i vården. Ett flertal vägledningar och handböcker har tagits fram för att stödja användningen av olika AI-lösningar. Däremot saknas en aktör med övergripande ansvar, som kan stötta regionernas AI-användning från nationell nivå.

För att upprätthålla rätt kompetens kring sällsynta sjukdomar behövs nationell högspecialiserad vård. Under 2023 beslutade Socialstyrelsen om 13 nya tillståndsområden, till exempel könsdysfori, svåra hudsymtom och tarmrehabilitering för barn. Dessutom trädde 13 nya tillståndsområden som beslutats tidigare i kraft, till exempel kroniska lungsjukdomar hos barn, ryggmärgsskador och ätstörningar.

Sexuell och reproduktiv hälsa är en viktig del av den allmänna hälsan. Det är dock ett område där vårdutbud och tillgänglighet till vården skiljer sig mellan regionerna, och även mellan olika grupper i befolkningen. Primärvården har en viktig roll i att upptäcka behov som rör sexuell och reproduktiv hälsa, men kompetensen inom området behöver stärkas.

Vård vid könsdysfori bedrivs sedan 1 januari 2024 som nationell högspecialiserad vård. Syftet är att kunna möta de brister som finns på området, till exempel när det gäller tillgänglighet, kompetens och bemötande.

## Hälsa i en global tid

Kroniska förebyggbara sjukdomar utgör en allt större del av sjukligheten och dödligheten i befolkningen, i Sverige såväl som globalt. Detta pressar hälso- och sjukvårdssystemen. Samtidigt kan många kroniska sjukdomar undvikas genom tidigare och bättre förebyggande åtgärder.

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i EU. Dödligheten kan minskas genom tidigare diagnos och genom tidigare och effektivare behandlingar; mellan 30 och 50 procent av alla cancerfall kan förebyggas. Minskad dödlighet leder till att fler patienter lever med kronisk cancer.

Den globala sjukdomsörden av sjukdomar och tillstånd är en folkhälsoutmaning med sociala, ekonomiska och miljömässiga effekter. Vikten av internationellt samarbete har ökat betydligt, utifrån en rad gemensamma utmaningar, som exempelvis klimatförändringar, antibiotikaresistens och påverkbara riskfaktorer för många kroniska sjukdomar.

Förändringar i klimatet får konsekvenser för hälsan. Dessa åskådliggörs bland annat i deklARATIONEN för klimat och hälsa, som undertecknades under klimatkonferensen COP28. Hälsokonsekvenser till följd av klimatförändringar ser olika ut hos olika befolkningsgrupper, där de redan utsatta är värst drabbade.

Hälso- och sjukvårdens verksamheter bidrar i sig till klimatförändringarna, bland annat genom utsläpp av växthusgaser. Att arbeta förebyggande och hälsofrämjande är därför inte bara viktigt för folkhälsan och för den enskilda patienten, utan också för att minska hälso- och sjukvårdssektorns klimat- och miljökonsekvenser.

## Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation

År 2021 uppgick de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare till cirka 58 800 kronor. Det är en ökning med 4 procent jämfört med föregående år och 6 procent jämfört med 2018. I förhållande till BNP stod hälso- och sjukvårdsutgifterna för 11,3 procent 2021. I jämförelse med många andra OECD-länder använder Sverige en relativt stor andel av BNP till hälso- och sjukvård. Botande och rehabiliterande sjukvård står för mer än hälften av kostnaderna. Det finns ett generellt samband mellan höga hälso- och sjukvårdskostnader och en god vård, men kvaliteten på vården påverkas även av ett lands prioriteringar.

De totala kostnaderna för tandvård i Sverige var drygt 31 miljarder kronor 2021, vilket innebär att kostnaderna inte ökat under åren 2018–2021.

Primärvårdens andel av regionernas sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvård har endast ökat marginellt sedan 2018. Detta kan tyda på att regionerna saknar resurser för att kunna ställa om till god och nära vård. I en majoritet av regionerna har primärvårdens resursandel stått stilla eller till och med minskat.

## Årets rapport har en ny titel

Tidigare har denna rapport benämnts *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Att vi justerat titeln i år, genom att skriva ihop de båda systemen, är ett medvetet val som vi motiverar med att munhälsa och allmänhälsa hänger ihop och är ömsesidigt beroende av varandra. Detta synsätt blir alltmer vedertaget och avspeglas till exempel genom en bredare samverkan mellan tandvården och övriga aktörer inom hälso- och sjukvården.

Såväl hälso- och sjukvård som tandvård utgör idag centrala delar av det moderna välfärdssamhället. Båda systemen omfattar, i enlighet med definitionen från Världshälsoorganisationen, WHO, ”insatser vars principiella mål är att främja, återställa och behålla hälsan”. Det finns också ett tydligt samband mellan munhälsa och allmänhälsa. Vi har därför haft ambitionen, precis som i tidigare års lägesrapporter, att beskriva hälso-, sjuk- och tandvården som en helhet och att ha ett uttalat systemperspektiv. I rapporten har vi också integrerat tandvården i avsnitten om hälso- och sjukvården. Det är fortfarande tydligt att det handlar om två separata system, men om de närmar sig varandra kan det stärka en god vård och underlätta för förebyggande insatser.

Utöver systemperspektivet har utgångspunkten varit att beskriva tillståndet och utvecklingen utifrån de sex dimensionerna för god vård och omsorg. Begreppet ”god vård och omsorg” utgår från intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), och innebär att vården och omsorgen är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

## Läsanvisning

Vi har byggt upp rapporten med ett successivt utzoomande perspektiv. I det första kapitlet, *14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården*, redovisar vi resultatet av 14 centrala mått, som belyser olika delar av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen, och som är av vikt för en jämlik hälso-, sjuk- och tandvård.

I nästa kapitel, *Patienten i systemet*, utgår vi från individens perspektiv. Patienten är en central kugge i de komplexa system som hälso- och sjukvård och tandvård är. Vi behandlar både systemens förmåga att inkludera patienten och patientens egen förmåga att vara delaktig i systemen. Här tar vi bland annat upp förutsättningar för att patienten ska kunna ta till sig och använda hälsoinformation och vara delaktig i sin egen vård. I detta kapitel beskriver vi även hur den psykiska hälsan i Sverige utvecklas, och vi fördjupar oss i patientsäkerhetsfrågor.

Sedan följer ett kapitel om munhälsa, *Munhälsan är en del av hälsan*. Traditionellt har munnens sjukdomar och tillstånd hanterats separat och skilts från de sjukdomar som drabbar kroppen i övrigt. Vi vill här lyfta fram att munhälsan i allt högre utsträckning kopplas samman med förebyggande och behandlande insatser för den allmänna hälsan.

Därefter lyfter vi blicken till systemnivå i kapitlet *System i en föränderlig tid*. Vi inleder kapitlet med omställningen till god och nära vård och fortsätter med avsnitt som fokuserar på stora utmaningar och aktuella frågor på systemnivå, exempelvis digital vård, användningen av AI i vården samt hälso-, sjuk- och tandvårdens roll i det civila försvaret. I detta kapitel tar vi även upp statens ökade styrning av hälso-, sjuk- och tandvården.

Nästa kapitel, *Hälsa i en global tid*, innebär ytterligare en utzoomning, nu till global nivå. I detta kapitel ger vi en överblick över europeiska och globala hälsofrågor, med fokus bland annat på klimatet och på den globala sjukdomsburden.

Avslutningsvis redogör vi för hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation på regional och nationell nivå i kapitlet *Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation*. I kapitlet gör vi även internationella jämförelser.

Många läsare fokuserar enbart på vissa avsnitt i rapporten. Vi har tagit hänsyn till detta, och därför förekommer en del upprepningar. Vi har också hänvisat mellan rapportens olika delar när vi tar upp samma ämne på flera ställen, men ur olika synvinklar.

Till rapporten hör även en statistikbilaga, som gör det möjligt att fördjupa sig i kärnindikatorerna samt i ett urval av den övriga statistiken i rapporten.

För kärnindikatorerna är data i bilagan till exempel uppdelad på regioner i större utsträckning än i rapporten. Med hjälp av informationen är det också lätt att vidarebearbeta data och skapa egna visualiseringar, till exempel för den egna regionen.

# 14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården

Sedan 2022 redovisar vi resultaten för 14 nationella kärnindikatorer<sup>1</sup> i varje lägesrapport för hälso-, sjuk- och tandvården. Tillsammans speglar de hälso- och sjukvårdens och tandvårdens resultat på en övergripande nivå. De 14 kärnindikatorerna är ett urval från en mer omfattande uppsättning indikatorer som Socialstyrelsen tidigare presenterat i rapporten *Sex frågor om vården – övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*<sup>2</sup>. Urvalet har gjorts i syfte att belysa ett antal av de områden som är prioriterade inom hälso-, sjuk- och tandvården. Kärnindikatorerna är viktiga resultatmått som berör olika aspekter av hälso-, sjuk- och tandvården, exempelvis inom områdena medicinsk kvalitet, kostnader och tillgänglighet.

Kärnindikatorerna syftar till att ge en bred bild av den svenska hälso-, sjuk- och tandvården, men ensamma kan de inte ge en allomfattande bild. Ambitionen med kärnindikatorerna är att de ska ge information om respektive område på en generell nivå, och samvariera med den övergripande utvecklingen inom respektive sakområde.

## Nyhet: uppdelning efter socioekonomiska förutsättningar

Nytt för årets lägesrapport är att kärnindikatorerna även presenteras utifrån områdestyp, baserat på Statistiska centralbyråns (SCB) regionala statistikområden (RegSO). Syftet är att kunna besvara frågor som:

- Är självmord vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar?
- Är dödligheten efter stroke vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar?

---

<sup>1</sup> De 14 måtten är egentligen 13 indikatorer och ett annat mått (utgifter för hälso- och sjukvården per invånare). I rapporten inkluderas samtliga 14 mått i benämningen ”kärnindikatorerna”.

<sup>2</sup> Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården

Områdestyperna togs fram 2020 av Delmos och SCB och beskriver de socioekonomiska förutsättningarna i respektive RegSO. Uppdelningen bygger på ett index som innehåller följande faktorer:

- andel personer med låg ekonomisk standard<sup>3</sup>
- andel personer med förgymnasial utbildning
- andel personer som har haft ekonomiskt bistånd längre än tio månader, har varit arbetslösa längre än sex månader eller båda delarna.

Det finns fem områdestyper:

- Områdestyp 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar
- Områdestyp 2 – områden med socioekonomiska utmaningar
- Områdestyp 3 – socioekonomiskt blandade områden
- Områdestyp 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar
- Områdestyp 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Områdestyp 1 och 2 går under samlingsbegreppet områden med socioekonomiska utmaningar<sup>4</sup>. I figur 2 visas hur områdestyperna fördelas över respektive län.

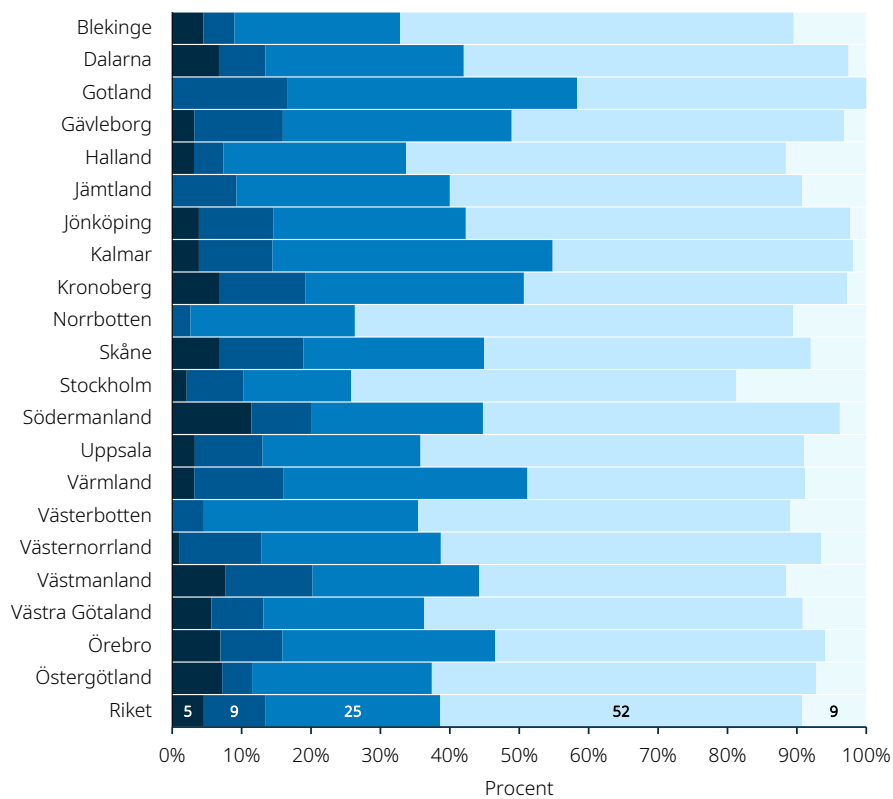
---

<sup>3</sup> Låg ekonomisk standard avser personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen.

<sup>4</sup> Läs mer om boendesegregation på Boverkets hemsida: <https://www.boverket.se/>



**Figur 2. Fördelning av områdestyper 2021 uppdelat på län.**



- Områden med stora socioekonomiska utmaningar
- Områden med socioekonomiska utmaningar
- Socioekonomiskt blandade områden
- Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
- Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Källa: SCB.

I tidigare års lägesrapporter har utbildningsnivå använts som ett mått på socioekonomi för flera kärnindikatorer. Utbildningsnivå är ett grövre mått som ofta används som alternativ om man inte har tillgång till andra mått för socioekonomi. I den medföljande statistikbilagan inkluderas utbildningsnivå även för årets resultat, i de fall den tidigare har angivits.

## Resultat för kärnindikatorerna

I det följande redovisas de övergripande resultaten<sup>5 6</sup> för de 14 kärnindikatorerna.

1. Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare (SCB)<sup>7</sup>
2. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet (Hälso- och sjukvårdsbarometern, SKR)
3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård (Socialstyrelsen)
4. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar (Väntetider i vården, SKR)
5. Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri (Väntetider i vården, SKR)
6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter (SKR)
7. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren (Socialstyrelsen)
8. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) (Socialstyrelsen)
9. Dödlighet efter hjärtinfarkt (Socialstyrelsen)
10. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) (Socialstyrelsen)
11. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer (Socialstyrelsen)
12. Själv mord i befolkningen (Socialstyrelsen)
13. Påverkbar slutna vård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL (Socialstyrelsen)
14. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Socialstyrelsen)

## Kärnindikatorerna ger en blandad bild

Utvecklingen över tid visar en blandad bild, där man fortfarande kan se effekterna av coronapandemin. Några kärnindikatorer pekar på att utvecklingen går åt rätt håll, medan andra har en mer oklar utveckling. Bland positiva iakttagelser är att antibiotikaförskrivningen ligger under det nationella målet om max 250 recept per 1 000 invånare och år. Utvecklingen går också åt rätt håll när det gäller att andelen personer som avlider inom 28 dagar efter att de fått en hjärtinfarkt fortsätter minska, likväl som att den relativa överlevnaden fem år efter diagnosticerad cancersjukdom har ökat över tid. Dessvärre fortsätter tillgängligheten till utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri att visa på stora brister och

<sup>5</sup> I kärnindikatorerna redovisas i förekommande fall *länsmedel* samt *riket*. Länsmedel är genomsnittet av alla läns indikatorvärden, medan riket är indikatorvärdet för hela riket. Läs mer om indikatorerna i bilagan.

<sup>6</sup> För vissa diagram redovisas konfidensintervall. Variationen i konfidensintervallen beror till stor del av underlagets storlek och variationen i data.

<sup>7</sup> Nio av indikatorerna tas fram med hjälp Socialstyrelsens register. Övriga fem mått tas fram med hjälp av annan offentlig statistik.

stora regionala skillnader, och andelen överbeläggningar i slutenvård fortsätter öka. Vi ser också att det finns stora regionala skillnader i bland annat andelen som fått en basundersökning i tandvården de senaste tre åren, och att det ofta är stora skillnader mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar.

Nedan beskrivs varje kärnindikator för sig.

## 1. Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare

Måttet visar kostnader per invånare i fast pris för hälso-, sjuk- och tandvården över tid. Måttet hämtas från Hälsoräkenskaperna, SCB.

Önskvärd riktning för måttet: saknas, beskrivande mått.

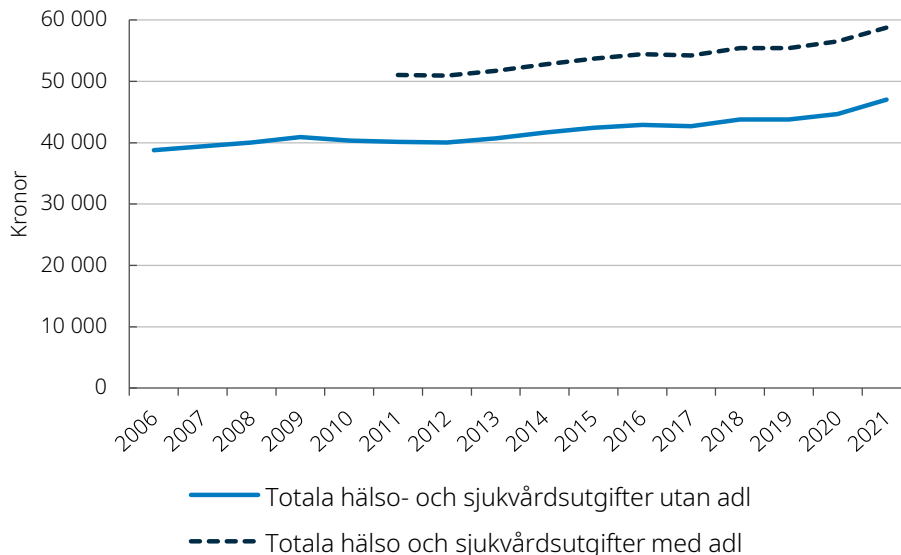
År 2021 uppgick de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare till cirka 58 800 kronor, inräknat kostnader för omvårdnadstjänster (adl). Det är en ökning med 4 procent jämfört med föregående år och 6 procent jämfört med 2018, beräknat i fasta priser. I förhållande till BNP stod hälso- och sjukvårdsutgifterna för 11,3 procent 2021<sup>8</sup>. Läs mer om kostnaderna för hälso-, sjuk- och tandvården i kapitlet *Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation*.

---

<sup>8</sup> Statistikdatabasen [databas]. Hämtad 2024-01-22 från <https://www.statistikdatabasen.scb.se/>.

### Figur 3. Totala utgifter för hälso- och sjukvården per invånare med och utan adl.\*

Totala utgifter för hälso- och sjukvården per invånare med och utan adl\*. 2021 års prisnivå\*\*.



\*Adl motsvarar personliga omvårdnadstjänster som exempelvis hjälp med att äta, påklädning samt personlig hygien. Data för adl saknas från 2011 och tidigare (SCB).

\*\* Ett konsumtionsindex för regioner har använts från SCB.

Källa: Hälsoräkenskaper och befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

## 2. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

Indikatorn belyser förtroendet för hälso- och sjukvården i befolkningen, oavsett om de tillfrågade nyligen haft kontakt med vården eller inte. Indikatorn är hämtad från Hälso- och sjukvårdsbarometern och visar andelen av befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen. De personer som inte har kunnat besvara frågan har inte tagits med.

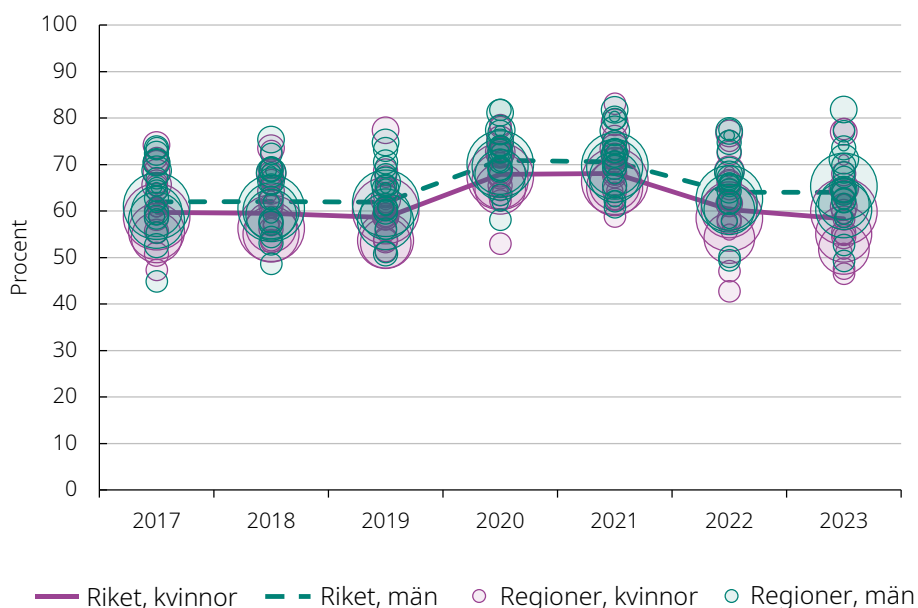
Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården låg på en relativt konstant nivå under åren 2017 till 2019. Under 2020 ökade förtroendet, och det låg kvar på denna högre nivå även under 2021. Det ökade förtroendet hängde sannolikt samman med hälso- och sjukvårdens hantering av pandemin. År 2022 sjönk förtroendet tillbaka till ungefär samma nivå som det hade före 2020, och under 2023 sjönk det ytterligare något bland kvinnor men inte bland män. I genomsnitt uppgick förtroendet under nämnda år till 60,9 procent.

Som visas i figur 4 har kvinnor haft lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män haft under samtliga år sedan 2017, och skillnaden mellan könen har dessutom ökat något under denna tidsperiod.

#### Figur 4. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet.

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



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

Förtroendet för hälso- och sjukvården ser olika ut mellan regionerna. I Socialstyrelsens resurs- och planeringskarta för hälso-, sjuk- och tandvården framgår det till exempel att förtroendet är lägre i norra Sverige och i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö, än i de län som har en nettoinflyttning av invånare, det vill säga Jönköping, Halland och Gotland. Med undantag för Västerbottens län är läkartätheten högst i storstadslänet. I dessa län är befolkningen yngre och har bättre hälsa. Stockholm har högst vårdkonsumtion räknat i läkarbesök i specialistvården. I utflyttningslänen, och speciellt i de norra delarna av Sverige, är andelen vårdbiträden och undersköterskor högst per 1000 invånare.

### 3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

Indikatoren visar antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare. Sambandet mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper är tydligt. En hög antibiotikaanvändning riskerar att leda till en situation där patienter

inte kan få effektiv behandling vid allvarliga infektioner. Antibiotika ska därför inte användas i onödan. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Användningen av antibiotika, mätt som antalet uthämtade antibiotikarecept per invånare, har länge minskat i Sverige. Under pandemiåren 2020–2021 minskade förskrivningen snabbt, bland annat på grund av att människor gjorde färre besök i hälso- och sjukvården. År 2022 bröts den nedåtgående trenden<sup>9</sup>. Det är värt att reflektera över om förskrivningsnivåerna under pandemiåren är den lägsta möjliga nivå svensk antibiotikaförskrivning kan nå med nu existerande förutsättningar. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att pandemiåren omgärdades av restriktioner i syfte att minska smittspridningen, och de utgjorde på det sättet ett tydligt undantag från vad som är normalt i Sverige.

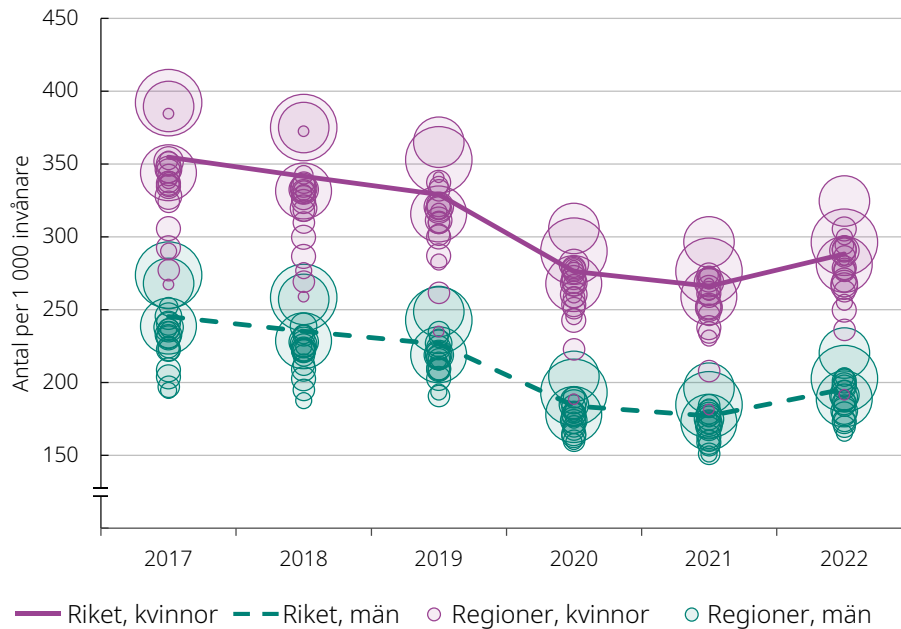
Den totala förskrivningen i riket var 241 recept per 1 000 invånare under 2022. Det ligger i linje med det mål som Strama satt upp, det vill säga att den totala förskrivningen av antibiotika i Sverige inte bör överstiga 250 recept per tusen invånare och år. Läs mer om Strama i avsnittet *Strama – nationell plattform för ändamålsenlig antibiotikaanvändning* i kapitlet *Patienten i systemet*. Antibiotikaanvändningen är högre bland kvinnor än bland män. År 2022 togs 195 recept per 1 000 invånare ut av män, och 288 togs ut av kvinnor. Skillnaden beror bland annat på kvinnors och mäns olika typ av sjuklighet.

Figur 5 visar antibiotikauttagen sedan 2017 för män och kvinnor, samt hur förskrivningen skiljer sig åt mellan olika regioner. Som synes är de regionala skillnaderna störst för antibiotikautskrivning till kvinnor.

<sup>9</sup> Årets lägesrapport har 2022 som sista år för redovisning av antalet expedieringar av antibiotika i öppen vård. Även förra årets lägesrapport innehöll statistik fram till och med år 2022. Det är således samma data som redovisas i denna rapport som i förra årets rapport. Anledningen är att det i förra årets lägesrapport gjordes en extra uppdatering av statistiken med anledning av Sveriges ordförandeskap i EU, där antibiotikaförskrivning var ett prioriterat område. I och med årets lägesrapport återgår redovisningen till de tidsintervall som är gängse för denna indikator. Men även om det är samma statistik som förra årets lägesrapport är statistiken redovisad på flera sätt i denna lägesrapport, till exempel utifrån socioekonomisk områdestyp.

**Figur 5. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård mellan 2017 och 2022, uppdelat på kön och regional spridning.**

Antal expedieringar av antibiotika i öppen vård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

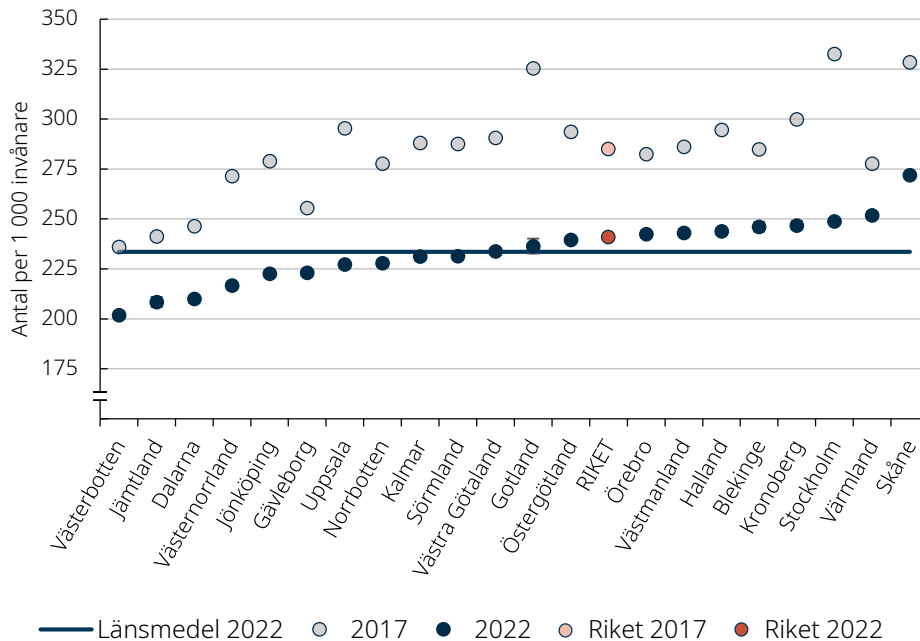


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Uttagen är lägre i samtliga regioner 2022 jämfört med 2017, samtidigt som skillnaderna mellan olika regioner uppvisar ett relativt likartat mönster. Spridningen är ganska stor, men samtidigt avsevärt lägre 2022 än under 2017. Det kan också noteras att de regioner som 2017 hade hög förbrukning i jämförelse med övriga landet hade den största minskningen under 2022. Regioner med lägre förbrukning 2017 uppvisar inte motsvarande minskning.

### Figur 6. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård år 2017 och 2022, uppdelat på region.

Antal expedieringar av antibiotika i öppen vård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

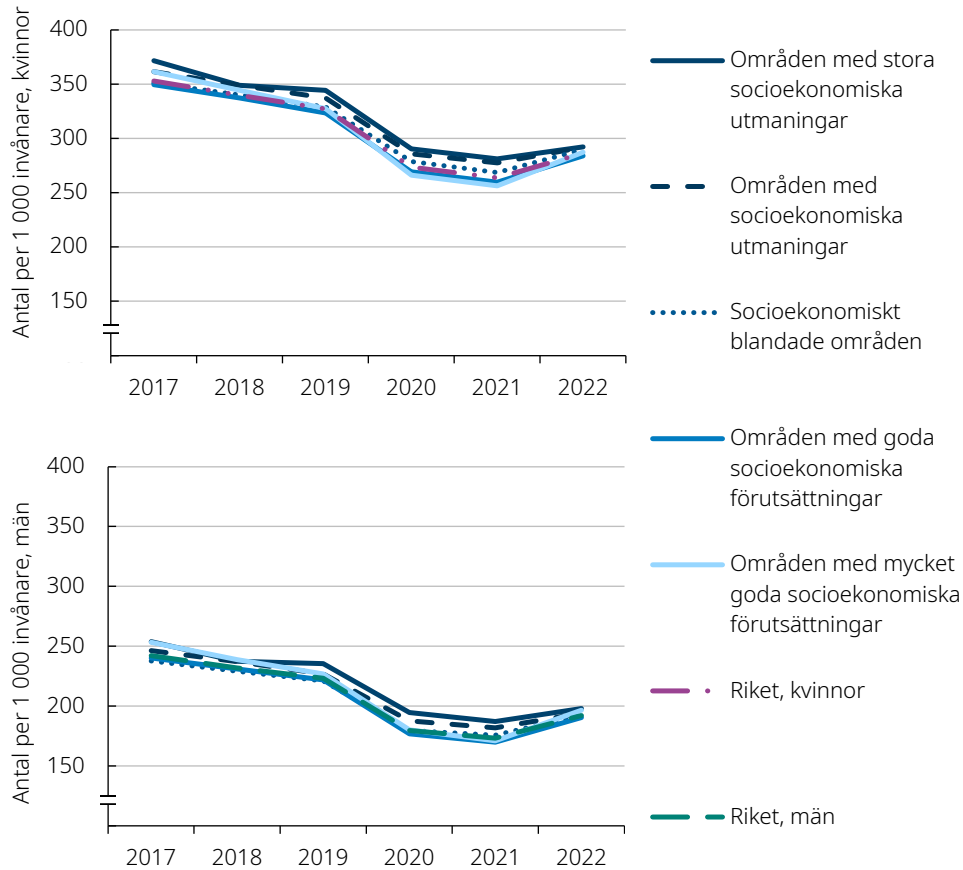
Det finns en viss skillnad mellan områden med olika socioekonomisk status, men det är inte entydigt Flest recept per 1 000 invånare togs 2022 ut i områden med stora socioekonomiska utmaningar – 243 recept, och nästan lika många togs ut i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, 242 stycken Lägst antal togs ut i områden med goda socioekonomiska förutsättningar – 236 recept per 1 000 invånare. Uttagen varierar dock på ungefär samma sätt över tid, oavsett områdenas socioekonomiska status.

I figur 7 redovisas hur uttagen sett ut sedan 2017, fördelat på kvinnor och män, för respektive områdestyp.



### Figur 7. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård 2017 till 2022, uppdelat på kön och områdestyp.

Antal expedieringar av antibiotika i öppen vård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, SCB.

Korrekt antibiotikaförskrivning är en viktig del i det allmänna patientsäkerhetsarbetet. Läs mer om antibiotikaförskrivning i hälso-, sjuk- och tandvården samt om arbetet mot antibiotikaresistens bland annat i avsnittet *Tillförlitliga och säkra system och processer* i kapitlet *Patienten i systemet*.

## 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 hämtad från Väntetider i vården (SKR), som baseras på uppgifter som regionerna varje månad rapporterar till den nationella

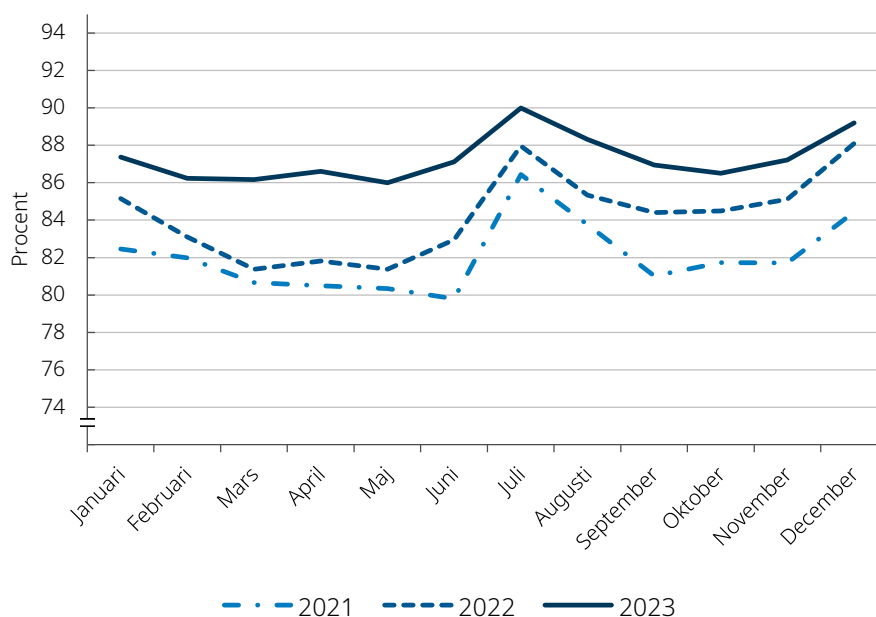
väntetidsdatabasen. Patienter som blivit erbjudna en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns, men som själva valt att vänta längre tid, är inte medtagna.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Andelen patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar ökade för samtliga månader under 2023 i jämförelse med motsvarande månader under 2021 och 2022. I genomsnitt fick 87,2 procent av patienterna en medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar under 2023. Samtidigt visar statistiken att kurvorna för de olika åren ser relativt likartade ut, med en tydlig uppgång i andelen patienter som får en bedömning under mitten av sommaren och en ny uppgång mot slutet av året. Skillnaderna ligger alltså främst i att kurvorna för 2021 och 2022 ligger lägre än för 2023. En förklaring kan vara att både 2021 och 2022 präglades av de restriktioner som rådde under coronapandemin.

### Figur 8. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar.

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



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 hämtad från Väntetider i vården (SKR), som baseras på uppgifter som regionerna varje månad rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. Patienter som blivit erbjudna en kontakt, men som själva valt att vänta längre tid, är inte medtagna.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Sedan 2011 finns det en nationell målsättning om en förstärkt vårdgaranti, som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning, eller ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Dessa väntetider följs därför inom ramarna för överenskommelser mellan regeringen och SKR.

Andelen utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri (bup) har legat relativt konstant på runt 50 procent sedan 2021. Under 2023 sjönk dock andelen något – från 50,7 procent under 2022 till 49,4 procent.

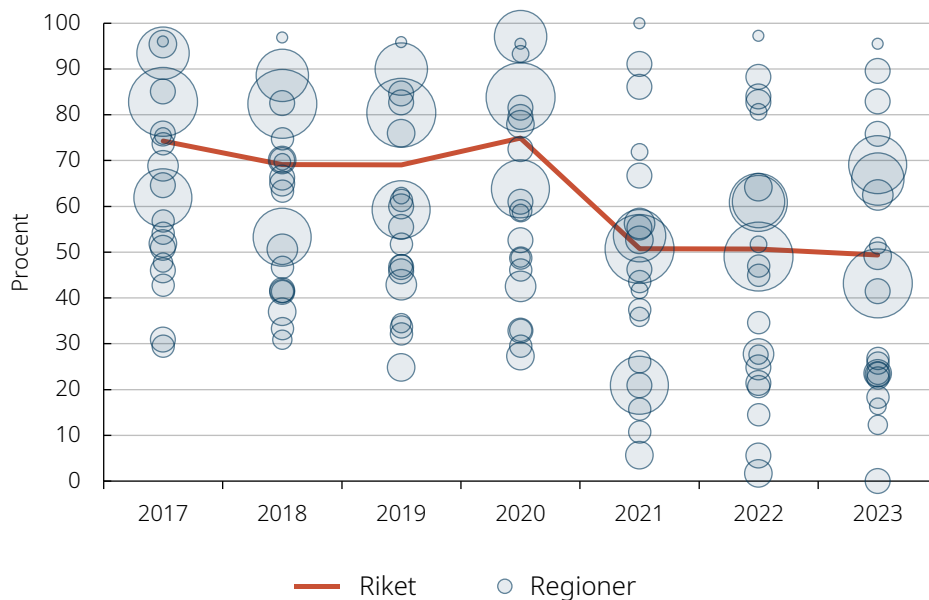
Något som också kan noteras är att de mycket stora regionala variationer som tidigare funnits kvarstår även under 2023. Gotland har den högsta andelen startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar, medan Sörmland hade lägst andel med en inrapporterad tillgänglighet på noll procent under 2023. Det kan dock finnas skillnader i nivåstrukturering eller arbetssätt, som återspeglas i hur data presenteras. Till exempel kan det skilja mellan hur regionerna valt att organisera sin verksamhet – i primärvården eller som specialiserad vård – eller om flera insatser görs vid samma kontakttillfälle<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Hämtad 2024-02-05 från <https://skr.se/>.

### Figur 9. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.

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

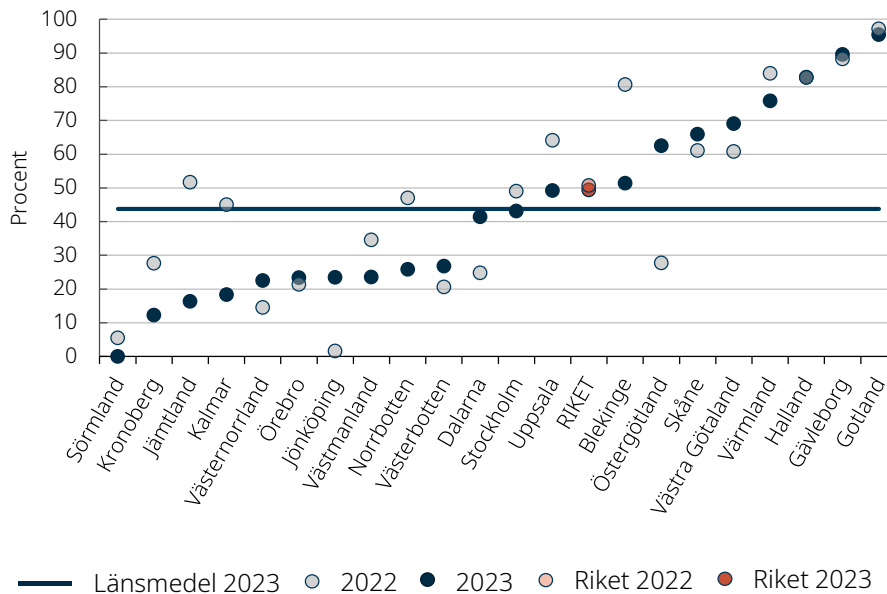


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Värdet för vissa av regionerna har förändrats märkbart mellan 2022 och 2023, och i flera fall är förändringen tyvärr till det sämre. I några regioner, som Jönköping och Östergötland, har värdena däremot förbättrats påtagligt. Det är alltså inte en entydig bild som framträder, och det finns mycket kvar att göra för att nå målet om en förstärkt garanti för barn- och ungdomspsykiatrin.

**Figur 10. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup.**

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



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

## 6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Indikatorn visar antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per 100 disponibla vårdplatser. Med överbeläggning avses 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 vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten. Uppgifterna kommer från Vården i siffror (SKR).

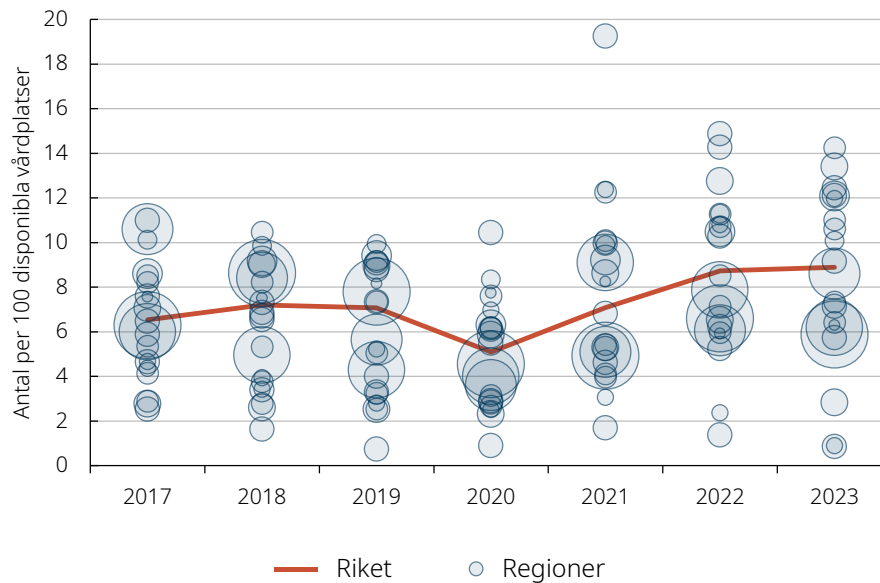
Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser fortsatte den ökande trenden som statistiken visat sedan 2021. Takten i ökningen mattades dock av under 2023. Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser uppgick då till i genomsnitt 8,9. Överbeläggningar och utlokaliseringar var jämförelsevis lägre under 2020, vilket bland annat torde hänga samman med den påverkan som covid-19 hade på vårdkontakter och planerade behandlingar.

Som framgår av figuren har de regionala skillnaderna varit stora genom åren, och det fortsatte även under 2023. Under året uppgick den regionala spridningen till mellan 0,9 och 14,3 överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser.

### Figur 11. Överbeläggningar och utlokaliseringar.

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

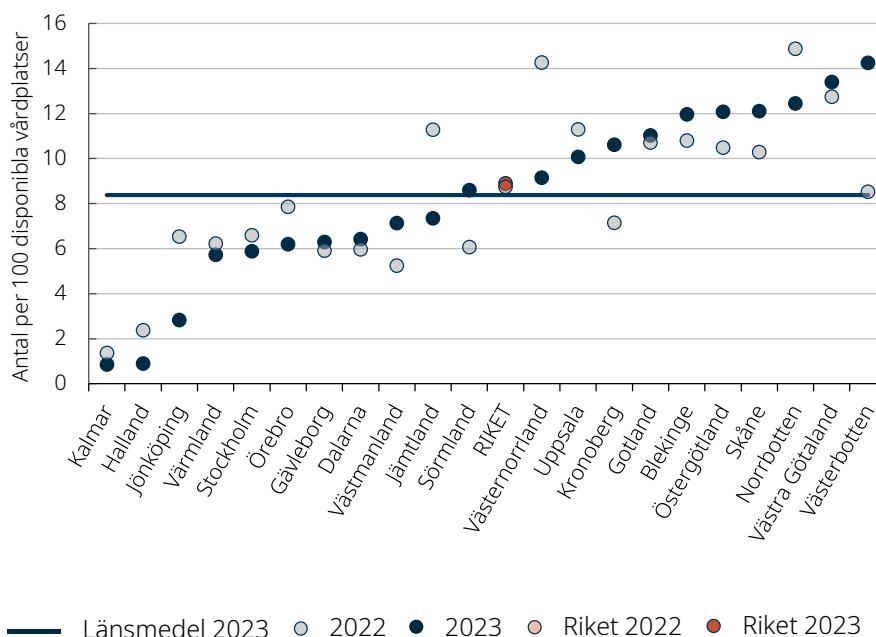


Källa: Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner.

En jämförelse av läget under 2023 med läget under 2022 visar på ganska stora förändringar mellan åren i flera regioner, både i positiv och negativ bemärkelse.

### Figur 12. Överbeläggningar och utlokaliseringar.

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



Källa: Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner.

## 7. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren

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

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

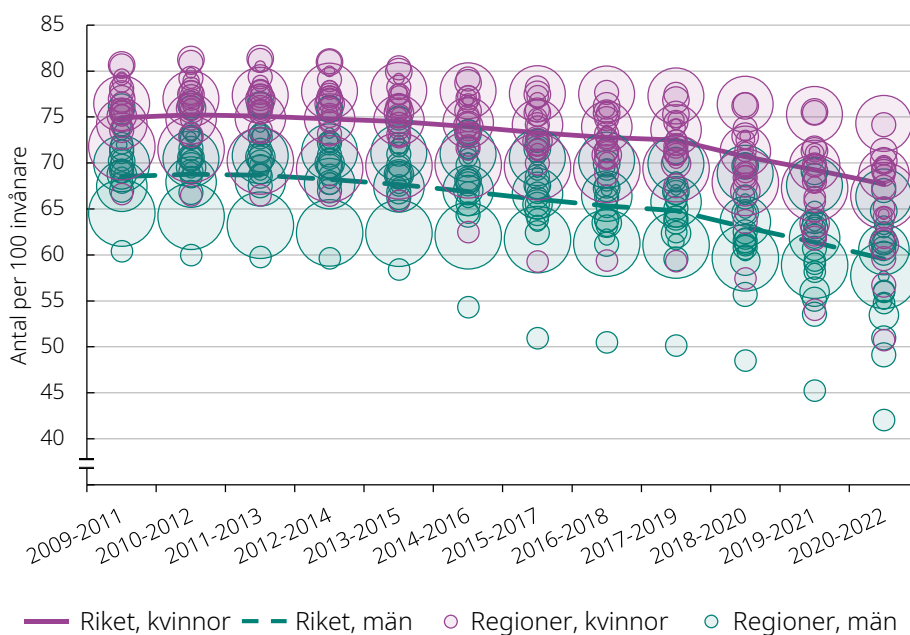
I årets lägesrapport mäts frekvensen på basundersökningar i tandvården utifrån en treårsperiod och inte som tidigare en tvåårsperiod. Anledningen är att de nya nationella riktlinjerna för tandvård, som publicerades under 2022, innehåller förnyade rekommendationer för revisionsintervall. Detta gör att det inte går att jämföra data i tidigare lägesrapporter med de data som presenteras nedan. I denna rapport redovisas därför data från 2009 utifrån den nya indelningen i treårsintervall, men det är viktigt att ha i åtanke när man tolkar siffrorna att de reviderade rekommendationerna om längre revisionsintervall publicerades 2022. Idag är rekommendationen att göra en förnyad basundersökning inom 12–36 månader, beroende på riskprofil och andra faktorer.

Andelen personer som besökt tandvården för en basundersökning har sjunkit under flera år. En faktor som kan antas ha haft negativ påverkan på besöksfrekvensen under de senaste åren är coronapandemin. När pandemin bröt ut år 2020, kom den att ha stor påverkan på en rad samhällsfunktioner. Flera tandvårdsverksamheter stängde eller begränsade sin verksamhet under delar av 2020, och patienter undvek att söka sig till tandvården. Under den senaste mätperioden hade 63,5 personer per 100 invånare, 24 år och äldre, fått en basundersökning utförd under något av de senaste tre åren.

Som visas i figur 13 är det relativt stora skillnader i besöksfrekvens mellan landets regioner, och skillnaderna ökar över tid. Figuren visar också att kvinnor har besökt tandvården i högre utsträckning än män under hela mätperioden, och att skillnaderna mellan könen har sett ungefär likadan ut oavsett tidsperiod.

**Figur 13. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, från treårsperioden 2009–2011 till treårsperioden 2020–2022, uppdelat på kön och regional spridning.**

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



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

I figur 14 illustreras antalet personer per 100 invånare som fått en basundersökning utförd i regionerna de två senaste mätperioderna, det vill säga 2019–2021 respektive 2020–2022. Det är tydligt att samtliga regioner såg ett tapp i antal besök i tandvården för basundersökning, men figuren visar också att storleken på nedgången i antal besök per 100 invånare såg olika ut i olika regioner. I vissa regioner var nedgången ganska stor, medan den i andra var mycket liten. Det är också stora skillnader mellan antalet

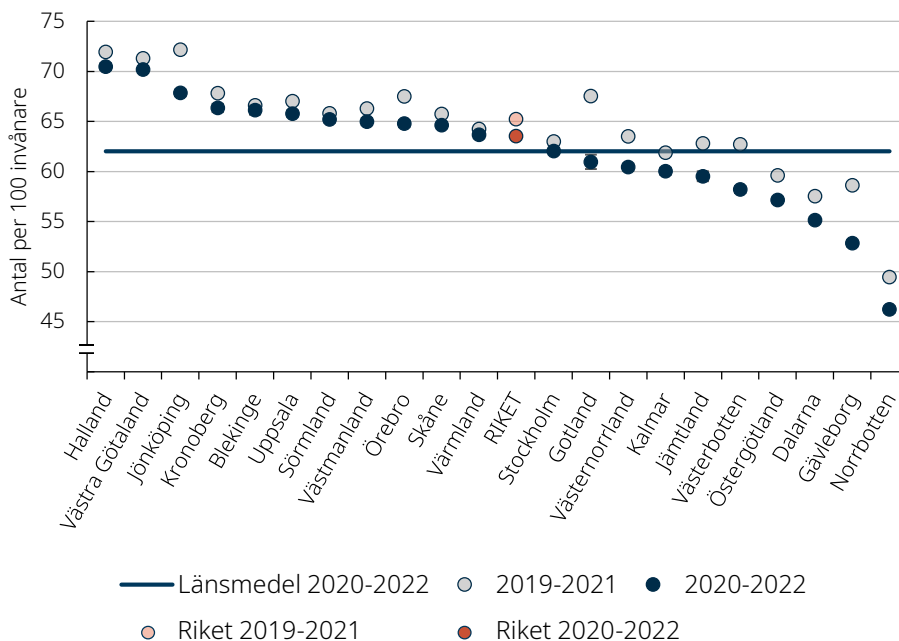


Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården

basundersökningar i respektive region, vilket bland annat kan bero på stora skillnader i tillgängligheten till vuxentandvård.

**Figur 14. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, treårsperioderna 2019–2021 och 2020–2022, uppdelat på region.**

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



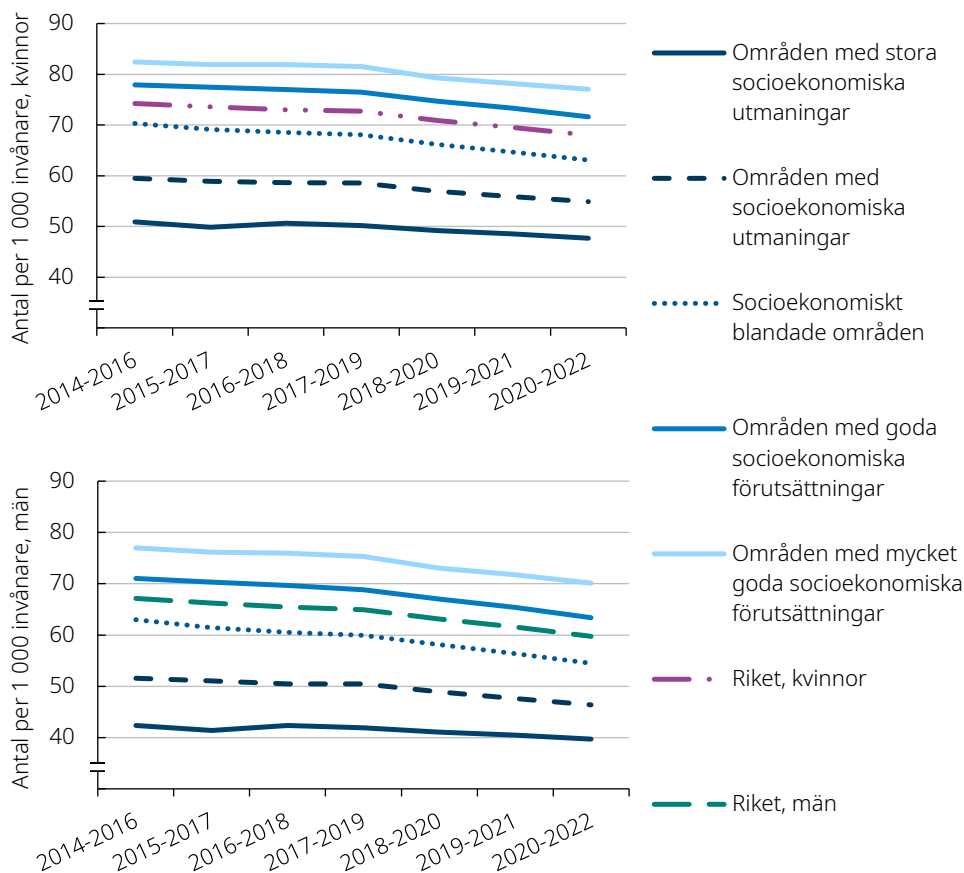
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Det finns en påtaglig, och stabil, socioekonomisk gradient<sup>11</sup> för denna indikator. Åren 2020–2022 besökte 73,6 personer per 100 invånare från områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar tandvården för en basundersökning. Endast 43,5 personer per 100 invånare från områden med stora socioekonomiska utmaningar gjorde detsamma. Hur utvecklingen sett ut för män och kvinnor i respektive socioekonomisk områdestyp redovisas i figur 15.

<sup>11</sup> Med socioekonomisk gradient menar vi att utfallet för indikatorn på ett linjärt eller stegvist sätt blir sämre ju lägre socioekonomisk profil områdesgrupperna har.

**Figur 15. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, från treårsperioden 2014–2016 till treårsperioden 2020–2022, uppdelat på kön och områdestyp.**

Antal personer per 1 000 invånare som fått en basundersökning utförd någon gång under den senaste treårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen, SCB.

Läs mer om tandvårdens utveckling i kapitlet *Munhälsan är en del av hälsan*.

## 8. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Indikatorn visar andelen barn som efter födelsen har låg Apgar-poäng. Apgar är 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.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Indikatorn visar att 1,6 procent av alla barn som föddes under 2022 hade lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Som framgår av figur 16, har andelen nyfödda med låga Apgar-poäng ökat den senaste tioårsperioden.

Ökningen kan hänga ihop med att fler för tidigt födda barn överlever. Drygt 5 procent av barnen föds för tidigt, det vill säga före 37 fullgångna graviditetsveckor. Av dem föds en mycket liten andel före graviditetsvecka 32<sup>12</sup>. Omkring 10 procent av alla nyfödda vårdas på en neonatalavdelning, till exempel om barnet är för tidigt fött eller om det behöver extra vård efter förlossningen.

Det kan även finnas andra skäl till att andelen nyfödda med låga Apgar-poäng ökar. Till exempel löper kvinnor som föder barn i hög ålder större risk att drabbas av graviditets- och förlossningskomplikationer jämfört med yngre kvinnor<sup>13</sup> – och mödrarna blir allt äldre. Vidare är övervikt och obesitas en viktig riskfaktor för negativa förlossningsutfall. Högt BMI är associerat med ökad risk för att föda för tidigt samt risk för vissa typer av missbildningar hos fostret. Andelen kvinnor med övervikt eller obesitas har ökat över tid.

Andelen förlossningar som avslutas med igångsättning varierar mellan regionerna<sup>14</sup>. Andelen igångsättningar totalt sett har ökat över tid<sup>15</sup>, vilket också kan ha en koppling till andelen nyfödda som har låg Apgar-poäng. Det beror dels på att igångsättning kan initieras på grund av att barnet inte växer som förväntat eller har någon sjukdom, dels på att igångsättningar kan leda till ett mer utdraget förlossningsförlopp. Ett utdraget förlopp kan i sin tur leda till att barnet blir mera medtaget.

Förlossningsvårdens situation har förändrats över tid, och med det också kraven på bemanning och kompetensförsörjning. Detta ställer högre krav på att det finns rätt kompetens på plats för att ta hand om både barn och mammor med ökande andel komplikationer.

<sup>12</sup> Fakta och statistik. Hämtad 2024-02-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

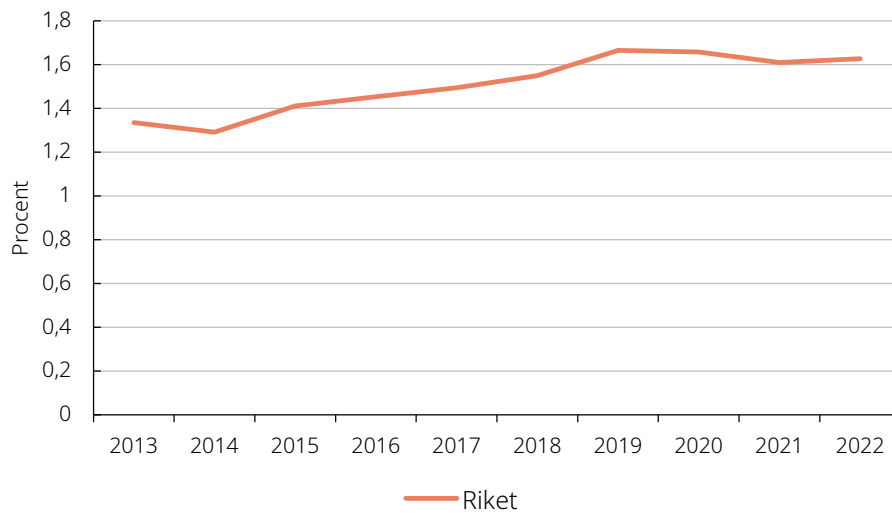
<sup>13</sup> Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>14</sup> Se även figur 53. Förlossningsstart induktion vid fullgången graviditet i avsnittet *Sexuell och reproduktiv hälsa är en viktig del av den allmänna hälsan* i denna rapport.

<sup>15</sup> Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2022. Stockholm: Socialstyrelsen, 2023.

**Figur 16. Hälso tillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng).**

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.

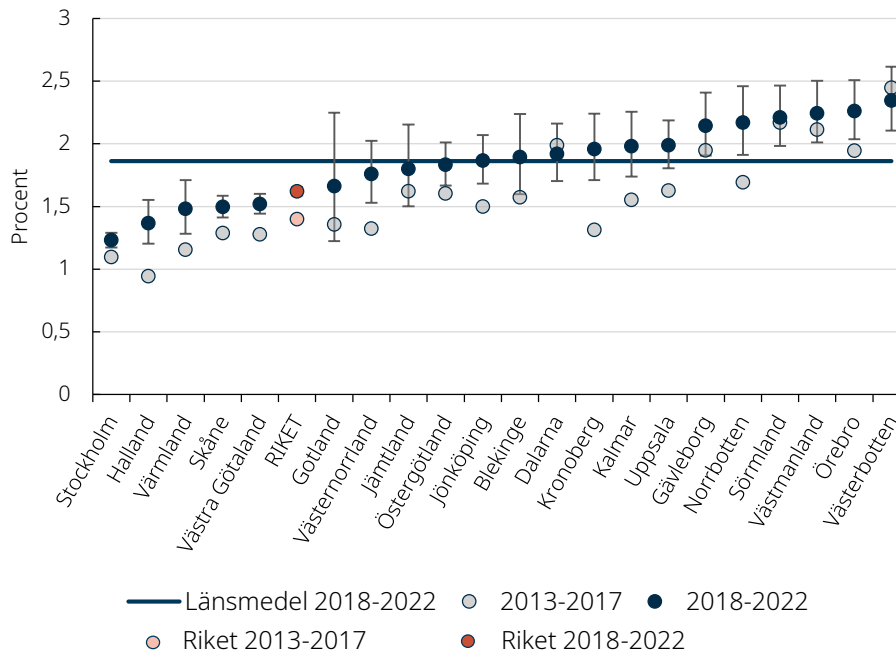


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

För denna indikator är variationerna relativt stora mellan regionerna. Figur 17 visar en jämförelse mellan perioderna 2013–2017 och 2018–2022 per region.

**Figur 17. Hälso tillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng), femårsperioderna 2013–2017 och 2018–2022, uppdelat på region.**

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.

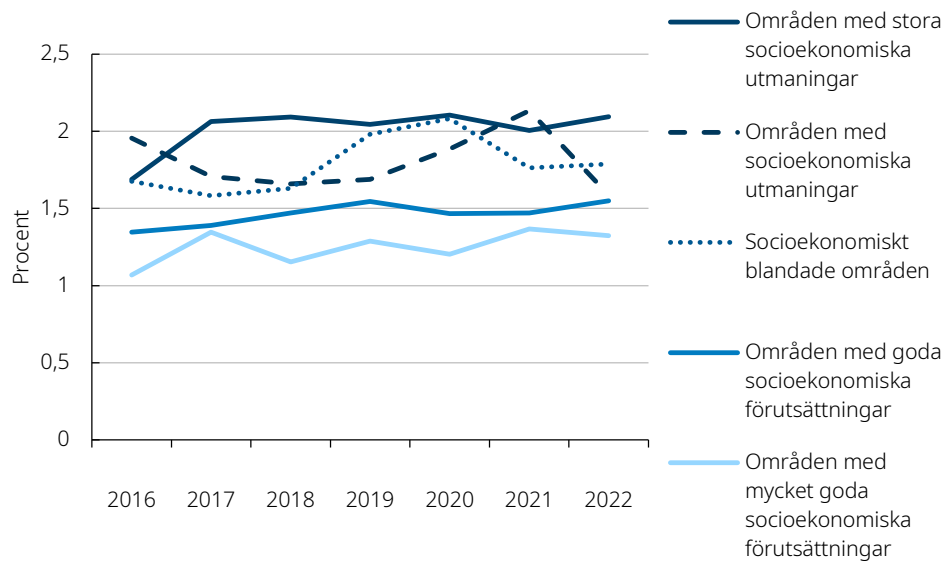


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

De flesta åren i mätserien har områden med stora socioekonomiska utmaningar högre andelar nyfödda med låga Apgar-poäng än övriga områdestyper. Andelen nyfödda med låga Apgar-poäng har ökat mellan 2016 och 2022 i alla områdestyper, utom i områden med socioekonomiska utmaningar. Lägst andel nyfödda med låga Apgar-poäng finns dock för mätseriens samtliga år i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

### Figur 18. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng), uppdelat på områdestyp.

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen, SCB.

## 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 från dödsorsaksregistret eller från 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. Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

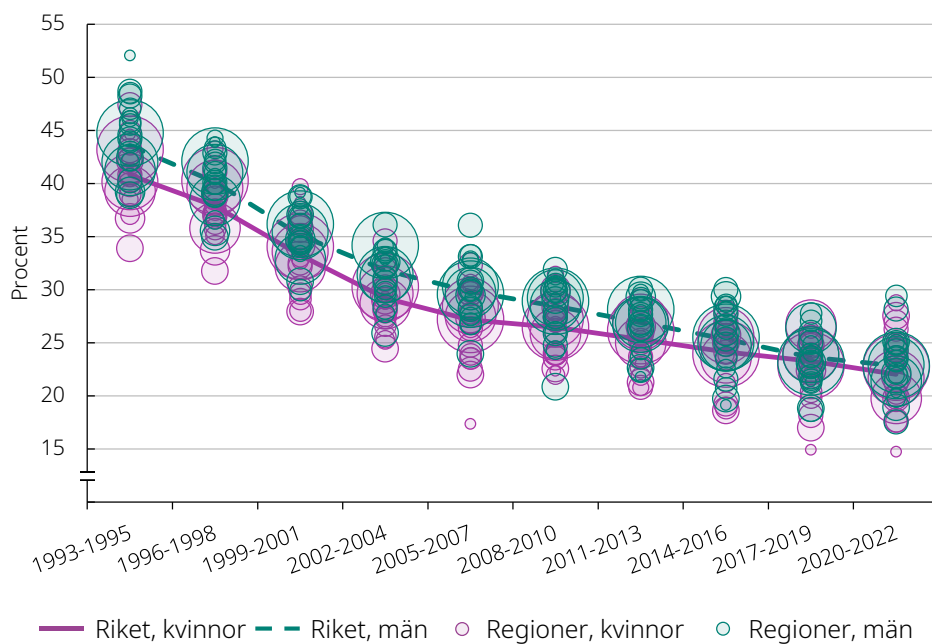
Andelen personer som avlidit inom 28 dagar efter att de fått en hjärtinfarkt har minskat sedan en lång tid tillbaka. Den senaste treåriga mätperioden (2020–2022) visar på en fortsatt minskning, med en andel avlidna inom 28 dagar på 22,5 procent av de personer som fick en hjärtinfarkt.

Det är vanligare att män som får hjärtinfarkt avlider inom 28 dagar än att kvinnor gör det, men skillnaderna har minskat över tid. Under den senaste treårsperioden avled 22,0 procent av kvinnorna respektive 22,8 procent av männen inom 28 dagar efter hjärtinfarkten.

Det finns regionala skillnader för denna indikator. I figur 19 visas hur dödligheten utvecklats sedan mätperioden 1993–1995, och hur den regionala spridningen sett ut.

### Figur 19. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), uppdelat på kön och regional spridning.

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

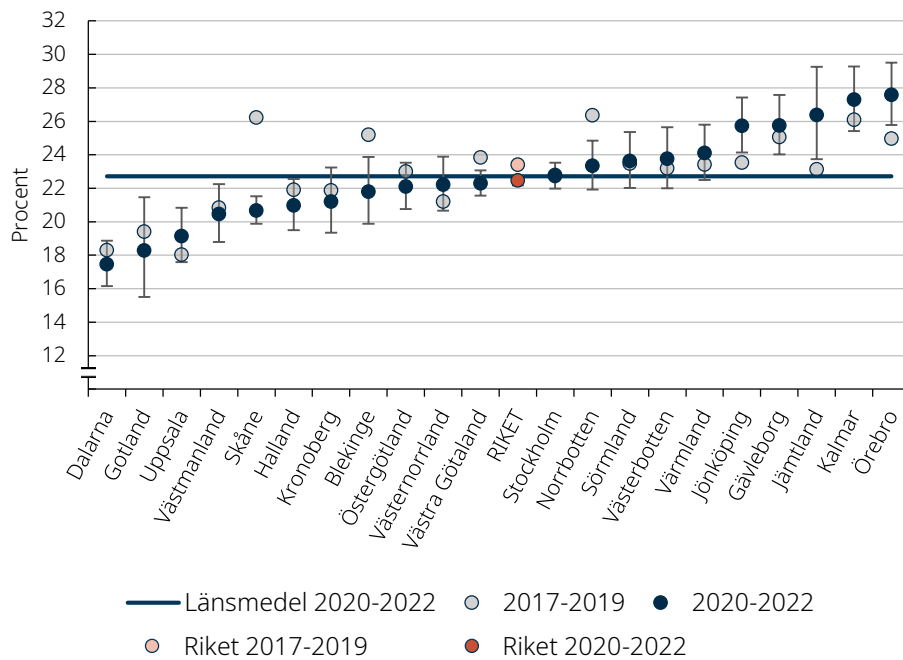


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För de två senaste treårsperioderna visar statistiken att förändringen av dödligheten varit liten i de flesta regioner, samtidigt som det är ganska stora skillnader mellan regionerna. Flera regioner har investerat i infrastruktur som ambulanser och helikopter, vilket speglas i resultatet. Nationella riktlinjer och målnivåer för området har sannolikt haft en viktig roll för utvecklingen.

**Figur 20. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar),  
treårsperioderna 2017–2019 och 2020–2022, uppdelat på region.**

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



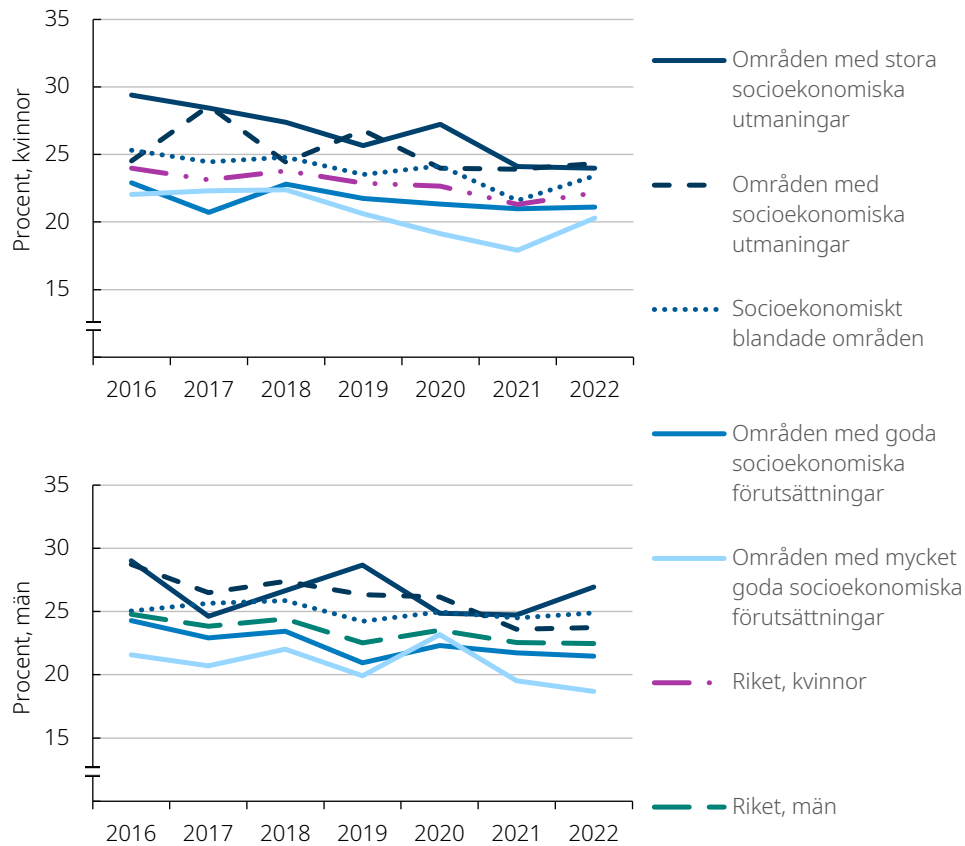
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det finns betydande skillnader i dödlighet efter hjärtinfarkt mellan olika områdestyper. I områden med stora socioekonomiska utmaningar avled under 2022 till exempel 25,2 procent av personerna som fick en hjärtinfarkt inom 28 dagar efter inträffad infarkt. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var motsvarande andel 19,1 procent.

Statistiken visar på relativt stora inbördes svängningar mellan områdestyperna över tid. 28-dagarsdödligheten har gått både upp och ner mellan olika år och för olika områdestyper, och detta gäller för båda könen. Dessa svängningar kan bero på att underlaget är relativt litet. Områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar har dock genomgående bättre utfall än övriga områdestyper, oavsett om det handlar om kvinnor eller män och oavsett vilket år som fokuseras. Detta kan hänga samman med att det i dessa områden finns betydligt fler patienter med friskfaktorer – som lägre andel obesitas och rökning, hög andel fysisk aktivitet, yrke som tillåter rehabilitering, med mera – vilket förbättrar patienternas förutsättningar för ett gott utfall.

### Figur 21. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar), uppdelat på kön och områdestyp.

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, SCB.

## 10. Dödlighet efter stroke

Indikatorn 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 från dödsorsaksregistret eller från patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som avled utan att ha hunnit vårdas på sjukhus ingår. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.



Dödligheten efter förstagångsstroke har minskat över tid, men under de senaste åren har den legat på ungefär samma nivå. Perioden 2020–2022 ökade dödligheten något jämfört med perioden innan, till 25,3 procent avlidna inom 90 dagar efter förstagångsstroke. Ökningen syns framför allt bland män. Covid-19 är förmodligen en bidragande orsak, eftersom infektionen ökar risken för stroke och proppsjukdomar. Skillnaderna mellan könen har också försvunnit under den senaste treårsperioden. Tidigare har dödligheten varit något högre bland kvinnor.

**Figur 22. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), uppdelat på kön och regional spridning.**

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

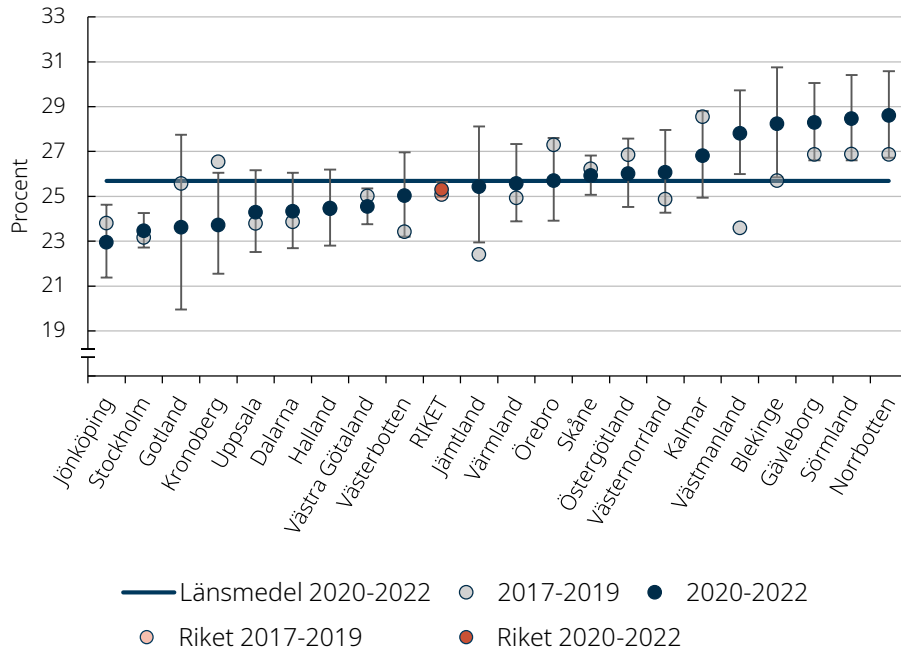


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Nedan redovisas en närmare jämförelse av utvecklingen i regionerna mellan perioderna 2017–2019 respektive 2020–2022. För flera av regionerna är skillnaderna små.

**Figur 23. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), treårsperioderna 2017–2019 och 2020–2022, uppdelat på region.**

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

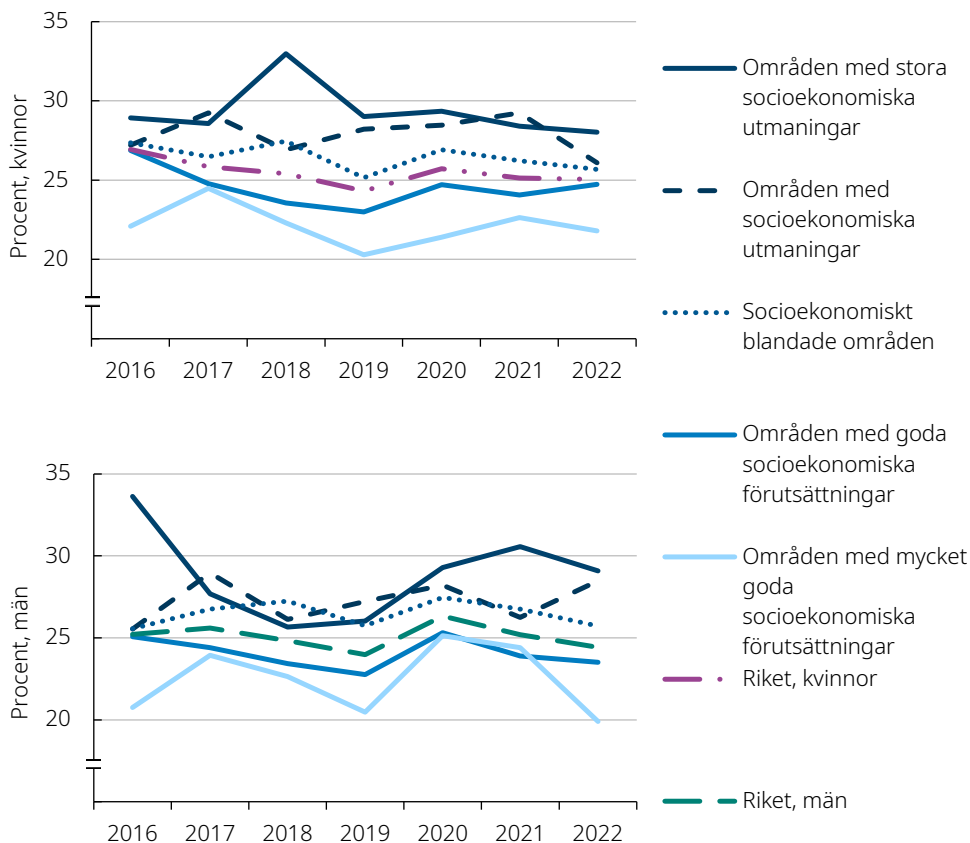


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaden i dödlighet efter stroke är relativt stor mellan olika områdestyper, både bland kvinnor och bland män. Dödligheten är vanligen högst i områden med varierande grad av socioekonomiska utmaningar. Lägst dödlighet efter stroke finns för nästan samtliga år i mätserien i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Utfallet kan, precis som för indikatorn för dödsfall efter hjärtinfarkt, hänga samman med att det i dessa områden finns fler patienter med friskfaktorer, vilket förbättrar patienternas förutsättningar för ett gott utfall.

### Figur 24. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), uppdelat på kön och områdestyp.

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



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, SCB.

## 11. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom för personer som var 30–89 år när sjukdomen upptäcktes. Bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom ingår inte. Indikatorn visar dödligheten i cancer jämfört med dödligheten generellt i befolkningen. Värdet 100 innebär 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.

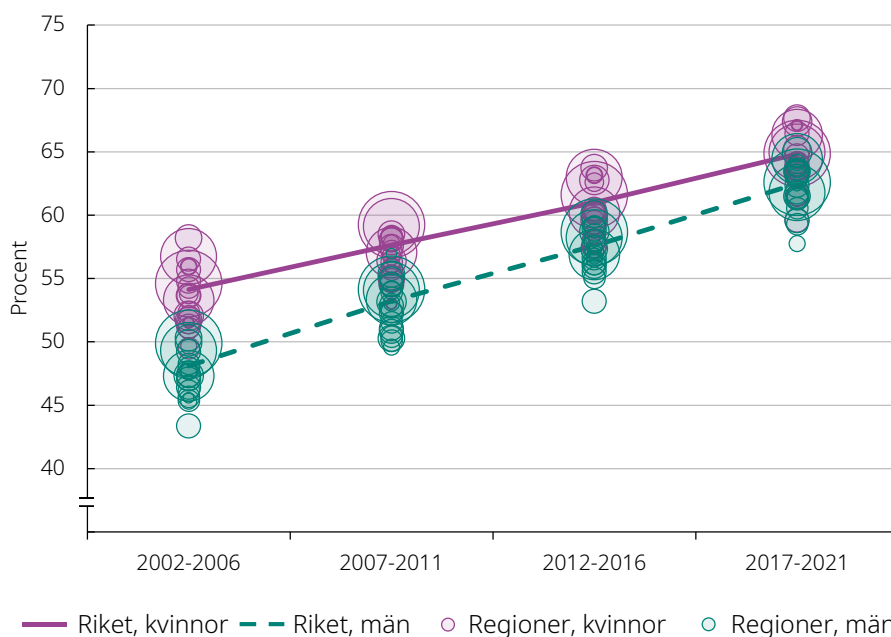
Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Indikatoren visar en positiv utveckling i ett längre tidsperspektiv, det vill säga den relativa överlevnaden fem år efter diagnostiserad cancersjukdom har ökat över tid. Som exempel hade femårsöverlevnaden bland dem som diagnosticerades med cancer ett värde på 51,2 under åren 2002–2006, medan den under åren 2017–2021 låg på 63,7. Denna ökning beror både på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos, och på att vården kan erbjuda effektivare behandlingar.

Femårsöverlevnaden är högre bland kvinnor än bland män. Den långsiktiga trenden är dock att skillnaderna i överlevnad mellan könen minskar. Som figur 25 visar finns det också vissa skillnader mellan regioner, men även dessa har minskat.

### Figur 25. Femårsöverlevnad cancer, uppdelat på kön och regional spridning.

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

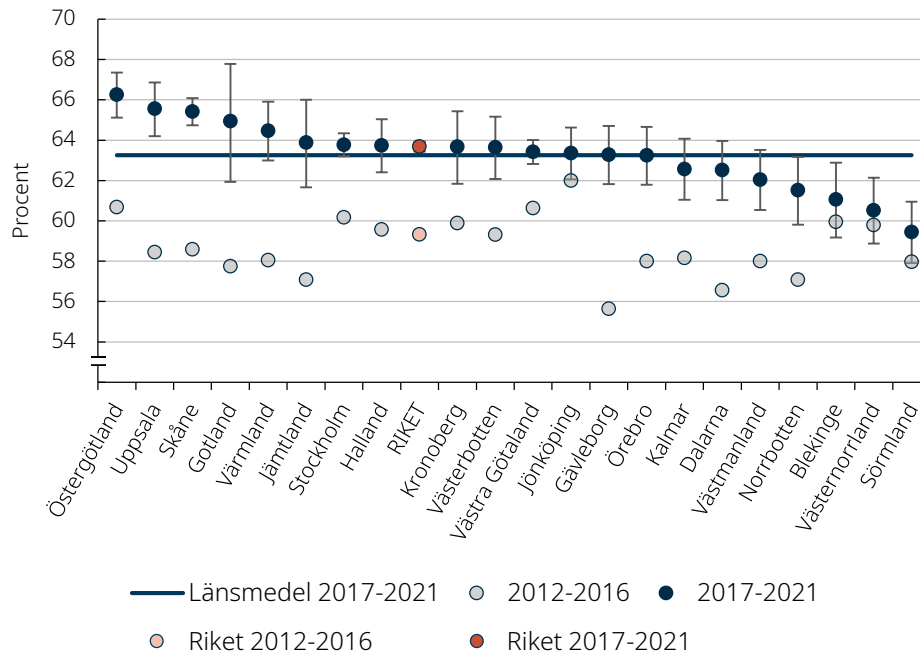


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Figur 26 visar vidare att samtliga regioner hade bättre femårsöverlevnad 2017–2021 än vad de hade 2012–2016. Förbättringarna finns således över hela landet, men hur stora förbättringarna varit mellan mätperioderna varierar mellan regionerna. Generellt har skillnaderna mellan regionerna dock minskat. En bidragande faktor till de förbättrade resultaten kan vara uppbyggnaden av regionala cancercentrum (RCC) och nationellt fokus på området.

**Figur 26. Femårsöverlevnad cancer, femårsperioderna 2012–2016 och 2017–2021, uppdelat på region.**

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

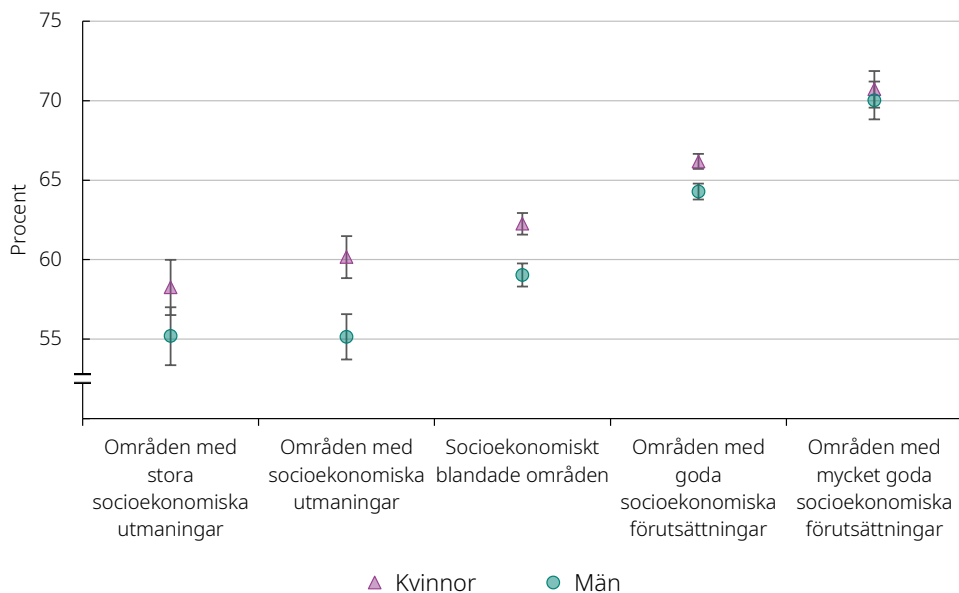


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaderna i femårsöverlevnad mellan olika socioekonomiska områden är stora. Högst femårsöverlevnad under 2017–2021 hade boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Lägst överlevnad hade boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Den socioekonomiska gradienten är alltså tydlig: ju bättre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto högre femårsöverlevnad. Detta gäller för både kvinnor och män.

### Figur 27. Femårsöverlevnad cancer, uppdelat på områdestyp.

Relativ femårsöverlevnad 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, SCB.

## 12. Själv mord i befolkningen

Indikatorn visar antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Dödsfall med oklar avsikt betyder att det finns en osäkerhet om uppsåtet bakom dödsfallet, det vill säga om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Under 2022 registrerades 15,0 självmord (inklusive dödsfall med oklar avsikt) per 100 000 invånare. Det är en liten uppgång från 2021, då 14,5 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare registrerades. Skillnaden är stor mellan män och kvinnor. Det är ungefär dubbelt så vanligt att män avlider i självmord och dödsfall med oklar avsikt som att kvinnor gör det. För 2022 var värdet 8,9 per 100 000 kvinnor, att jämföra med 21,2 för män.

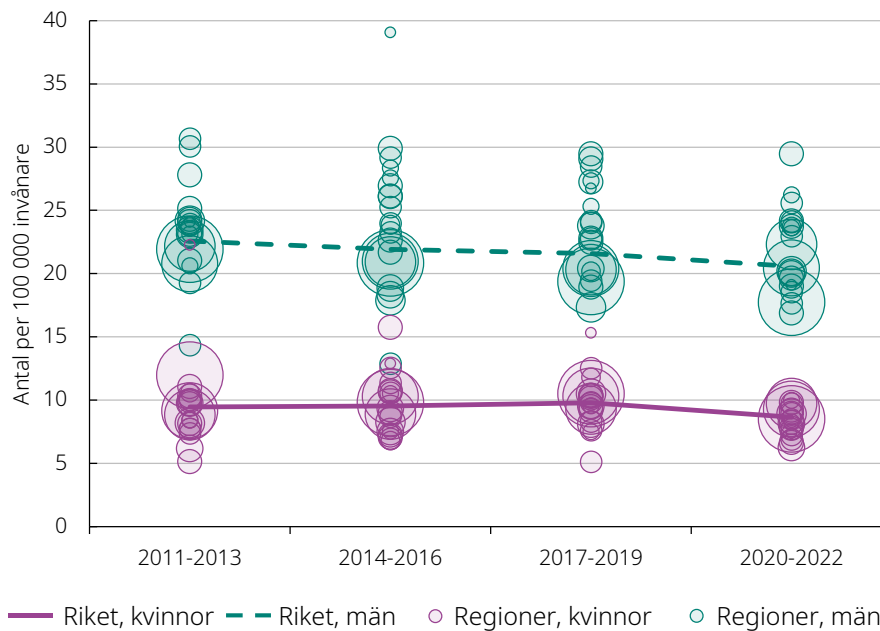
Antalet personer som avlidit i självmord inklusive dödsfall med oklar avsikt har varierat mellan enskilda år de senaste åren, men inte i någon större

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården

omfattning. Detta illustreras i figur 28, där statistiken redovisas i treårsperioder. Av denna figur framgår det också att det finns regionala skillnader, framför allt bland män.

### Figur 28. Själv mord och dödsfall med oklar avsikt, uppdelat på kön och regional spridning.

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

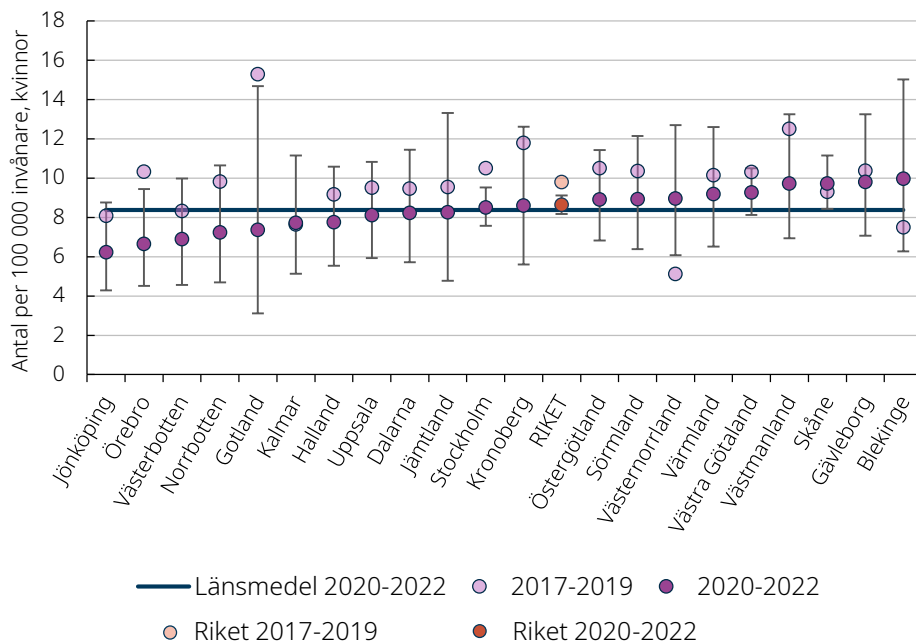


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Spridningen mellan regionerna är relativt stor de senaste två treårsperioderna. Figurerna 29 och 30 redovisar läget år 2017–2019 respektive 2020–2022, nedbrutet på region och kön.

**Figur 29. Själv mord och dödsfall med oklar avsikt bland kvinnor under treårsperioderna 2017–2019 och 2020–2022, uppdelat på region.**

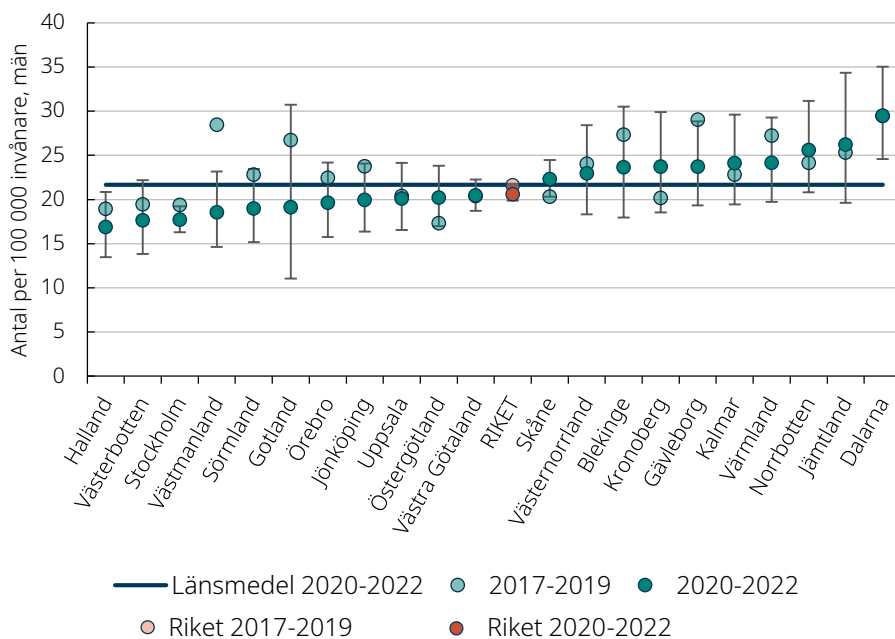
Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Figur 30. Själv mord och dödsfall med oklar avsikt bland män under treårsperioderna 2017–2019 och 2020–2022, uppdelat på region.**

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

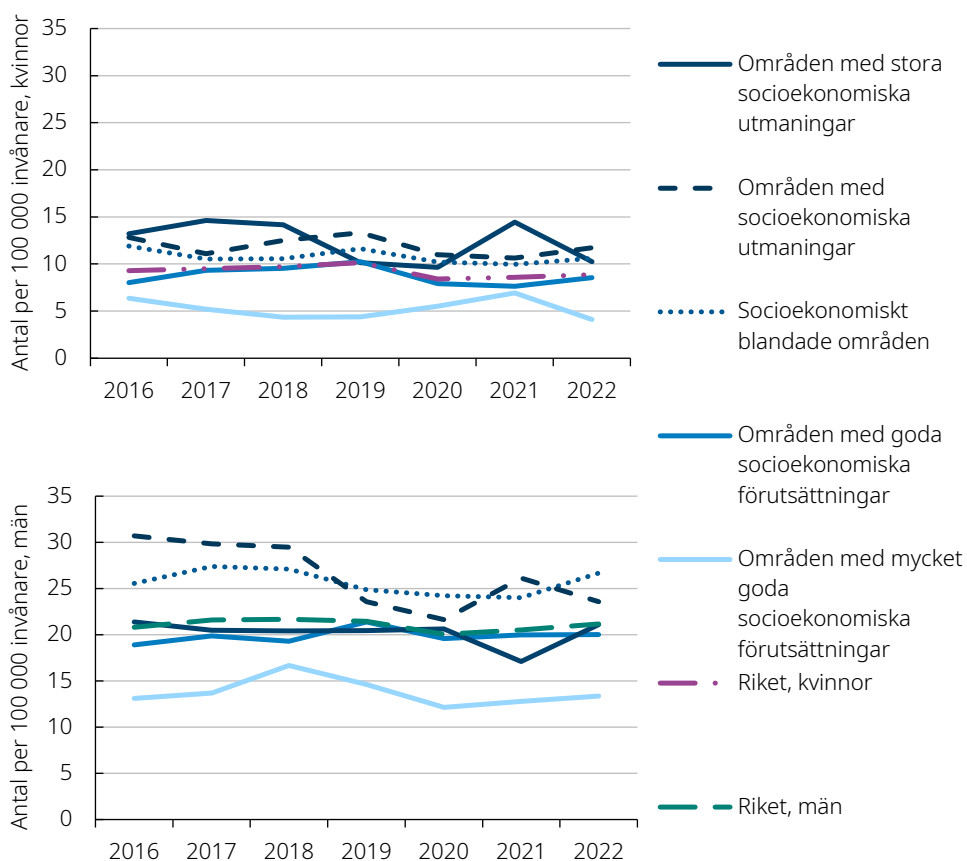


En analys av statistiken utifrån socioekonomisk profil visar att antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, nedbrutet på områdestyp, varierar mellan åren. Områdestyperna ”byter plats” med varandra år för år, och det gäller för både män och kvinnor. Det finns ett undantag – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar skiljer ut sig från de andra områdestyperna genom att det är den områdestyp som genomgående har lägst antal avlidna i självmord och dödsfall med oklar avsikt, oavsett år och oavsett kön. Resultatet kan dock bero på ett litet underlag.

Figur 31 visar hur utvecklingen sett ut för de olika områdestyperna sedan 2016, nedbrutet på kön. Skillnaderna mellan de olika områdestyperna är större bland män än bland kvinnor.

### Figur 31. Självmord och dödsfall med oklar avsikt, uppdelat på kön och områdestyp.

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, SCB.

Under 2022 övervägde 3 procent av befolkningen i åldern 16 år eller äldre – vilket motsvarar över 250 000 individer – att ta sitt liv. Det framkommer av Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor. Självmordstankar

tycktes vara något vanligare bland kvinnor, men skillnaden är inte statistiskt säkerställd. Tankarna var också vanligare bland yngre än äldre. Den andel av befolkningen som uppgav att de genomfört ett självmordsförsök de senaste tolv månaderna uppgick till 0,6 procent. Inte heller här fanns det någon statistiskt säkerställd skillnad mellan könen. Högst andel genomförda självmordsförsök återfinns i åldersgruppen 16–29 år. Andelen i befolkningen 16 år eller äldre med självmordstankar och självmordsförsök har inte förändrats sedan 2016<sup>16</sup>.

Risken för självmord är förhöjd vid många psykiatriska tillstånd, såsom depression, schizofreni och bipolär sjukdom. Tidigare självmordsförsök ökar också risken att senare faktiskt ta sitt liv. En relativt stor andel av dem som begår självmord har dock varken vårdats för psykiatriska tillstånd eller självmordsförsök. Högst andel självmord, det vill säga antal per 100 000 invånare, ses bland män äldre än 85 år<sup>17</sup>. Läs mer om äldres psykiska hälsa i rapporten *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2024*.

Personer som har vårdats på sjukhus efter att avsiktligt ha skadat sig själva har en ökad risk att ta sitt liv efter utskrivning från sjukhuset<sup>18 19</sup>. Av dessa patienter var det mellan 2015 och 2021 endast 13 procent som följdes upp av läkare inom den specialiserade psykiatriska öppna vården inom de rekommenderade sju dagarna efter utskrivning. Möjligheterna att tolka detta mått har hittills varit begränsade, eftersom det bara varit uppföljande besök med läkare som kunnat följas på nationell nivå. Från och med 1 januari 2024 har dock inrapporteringen till patientregistret utökats till att även inkludera andra yrkesgrupper än läkare, vilket ger bättre förutsättningar att följa upp dessa besök.

Det finns behov av en stärkt vårdkedja för dessa patienter efter att de skrivits ut från sjukhus. Mycket tyder på att det finns brister i överföringen mellan akutsjukvård och eftervård för personer som vårdats på sjukhus efter att ha försökt skada sig själva.

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

Indikatorn visar antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare som är 20 år eller äldre. Dessa kroniska sjukdomstillstånd kan i de flesta fall behandlas effektivt i

<sup>16</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>17</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>18</sup> Socialstyrelsen. Brister i vården för patienter som avsiktligt skadat sig själva. Hämtad 2024-01-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>19</sup> Sjukhusvård innebär här påbörjad slutenvård eller oplanerad specialiserad öppen vård inom akutverksamhet.

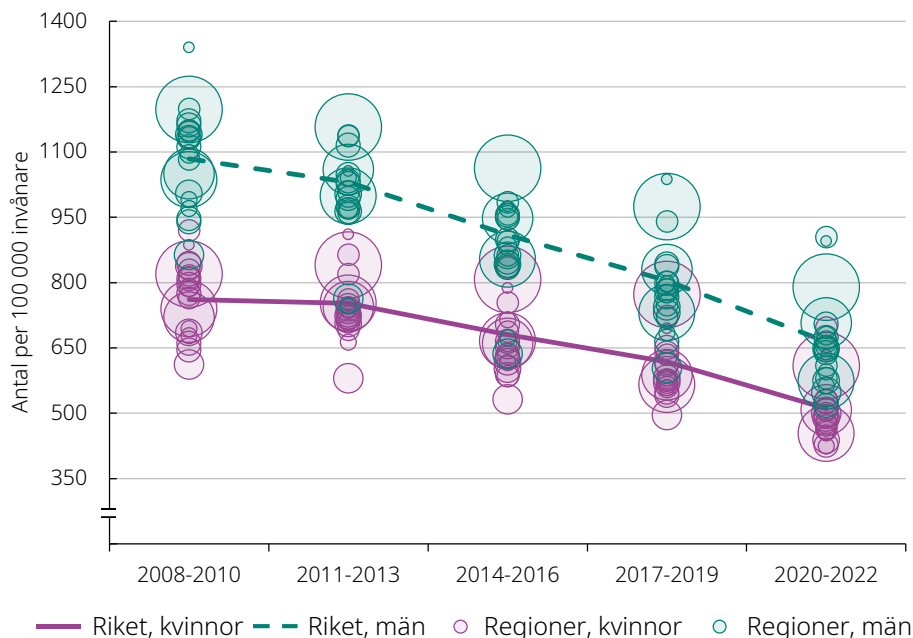
primärvården eller i öppen specialiserad vård, och behovet av slutenvård kan minska med optimalt omhändertagande och stöd. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens patientregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Över tid har antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare minskat, under 2020–2022 uppgick antalet till 578 per 100 000 invånare. Generellt vårdas män inom slutenvård i större utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. För riket registrerades under tidsperioden 2020–2022 drygt 660 slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare för män och 511 tillfällen per 100 000 invånare för kvinnor. Skillnaderna mellan könen har minskat över tid, något som framgår av figur 32. Minskningen i antalet slutenvårdstillfällen kan ha påverkats av patienternas mående och möjligen av tillgången till vårdplatser. Omställningen till god och nära vård kan också ha påverkat dessa patientgrupper i positiv riktning.

### Figur 32. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, uppdelat på kön och regional spridning.

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

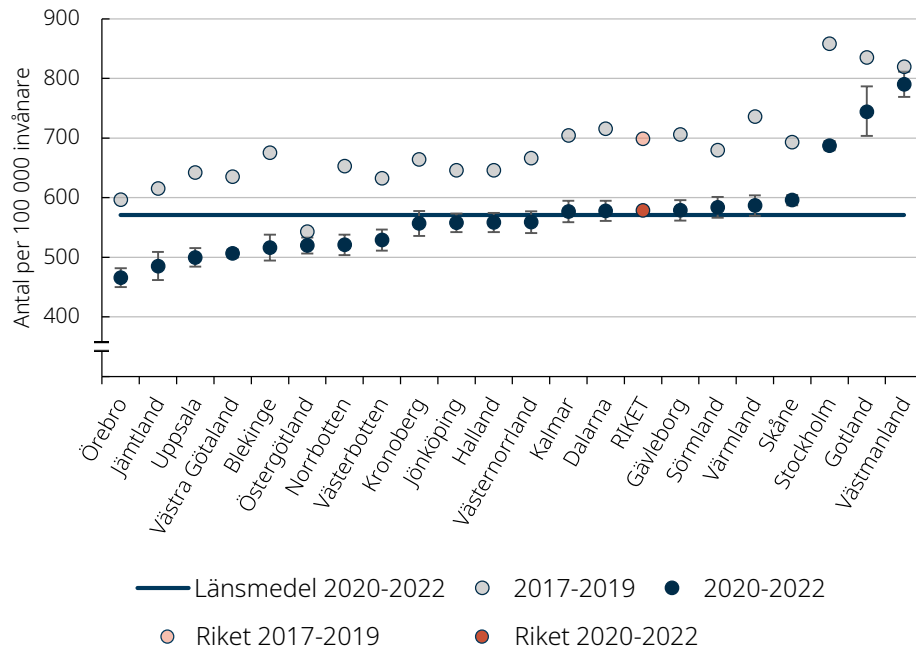
En jämförelse mellan landets regioner de båda senaste treårsperioderna visar att den påverkbara slutna vården sjunkit i samtliga regioner, dock varierar

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
14 kärnindikatorer för att följa utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården

det med hur mycket. Några regioner skiljer ut sig från övriga, genom att ha ett ganska mycket högre indikatorvärde den senaste treårsperioden än övriga regioner.

**Figur 33. Påverkbar slutna vård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, treårsperioderna 2017–2019 och 2020–2022, uppdelat på region.**

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

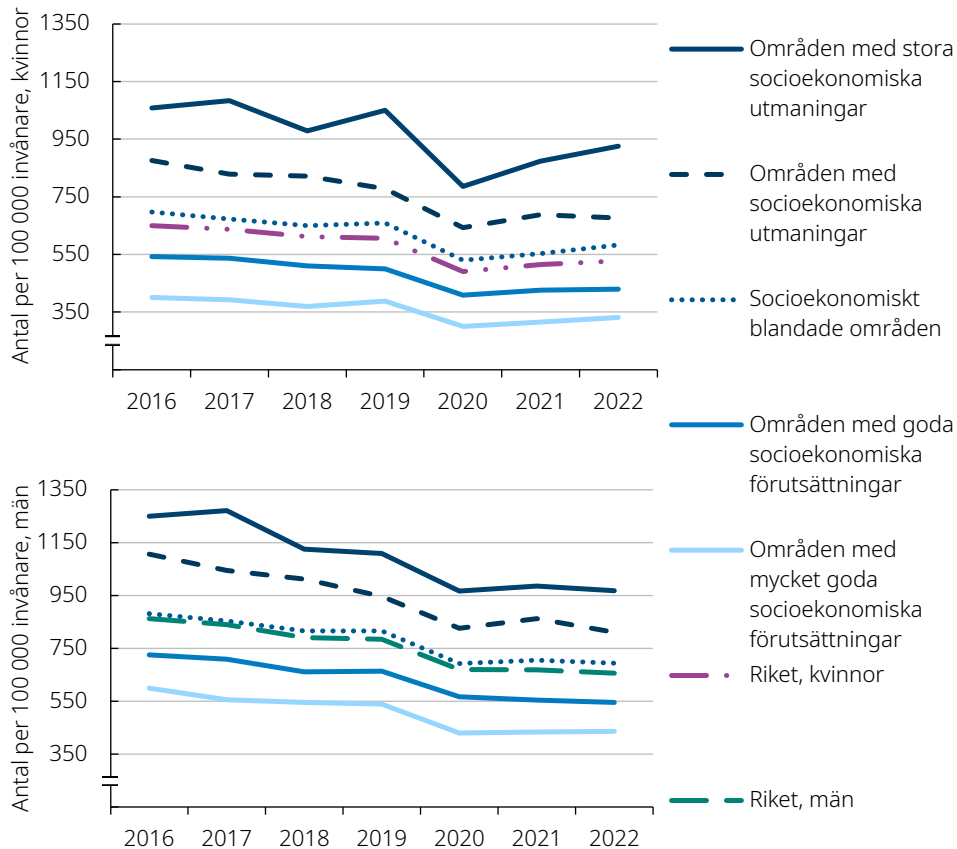


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Den påverkbara slutna vården uppvisar en stabil socioekonomisk gradient över tid. Detta det gäller för både män och kvinnor. Ju sämre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto fler slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.

### Figur 34. Påverkbar sluten vård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, uppdelat på kön och områdestyp.

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen, SCB.

## 14. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn 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. I måttet ingår dödsfall orsakade av en rad sjukdomar, till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och olika cancersjukdomar. 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.

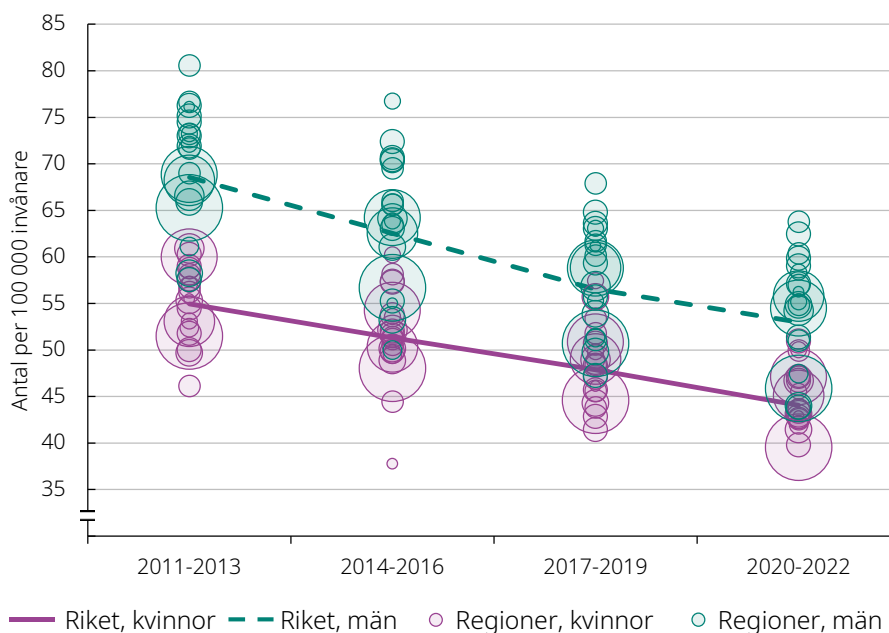
Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har utvecklats i positiv riktning under en längre tid, och låg perioden 2020–2022 på 48,5 dödsfall per 100 000 invånare. Värdet har genomgående varit högre för män än för kvinnor. Det finns fortfarande skillnader mellan könen, men gapet har minskat sedan 2011–2013. 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 35 illustrerar dels hur skillnaderna i dödlighet mellan könen minskat sedan treårsperioden 2011–2013, dels att det funnits, och fortfarande finns, regionala skillnader i hur dödligheten sett ut.

### Figur 35. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, uppdelat på kön och regional spridning.

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.

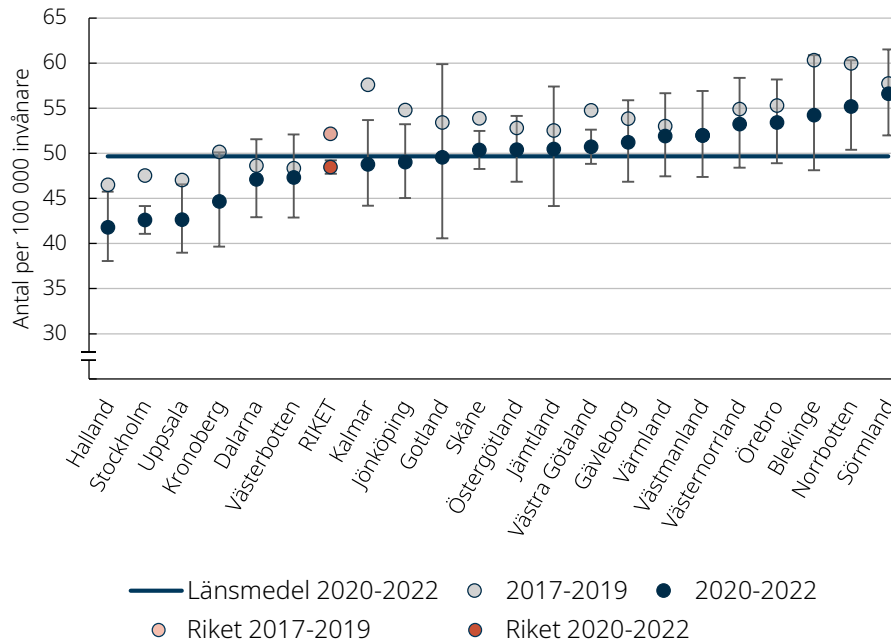


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

En jämförelse mellan de två senaste mätperiodernas åtgärdbara dödlighet region för region visar att resultatet förbättrats i stort sett i samtliga regioner mellan 2017–2019 och 2020–2022, dock i olika utsträckning.

### Figur 36. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, treårsperioderna 2017–2019 och 2020–2022, uppdelat på region.

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.



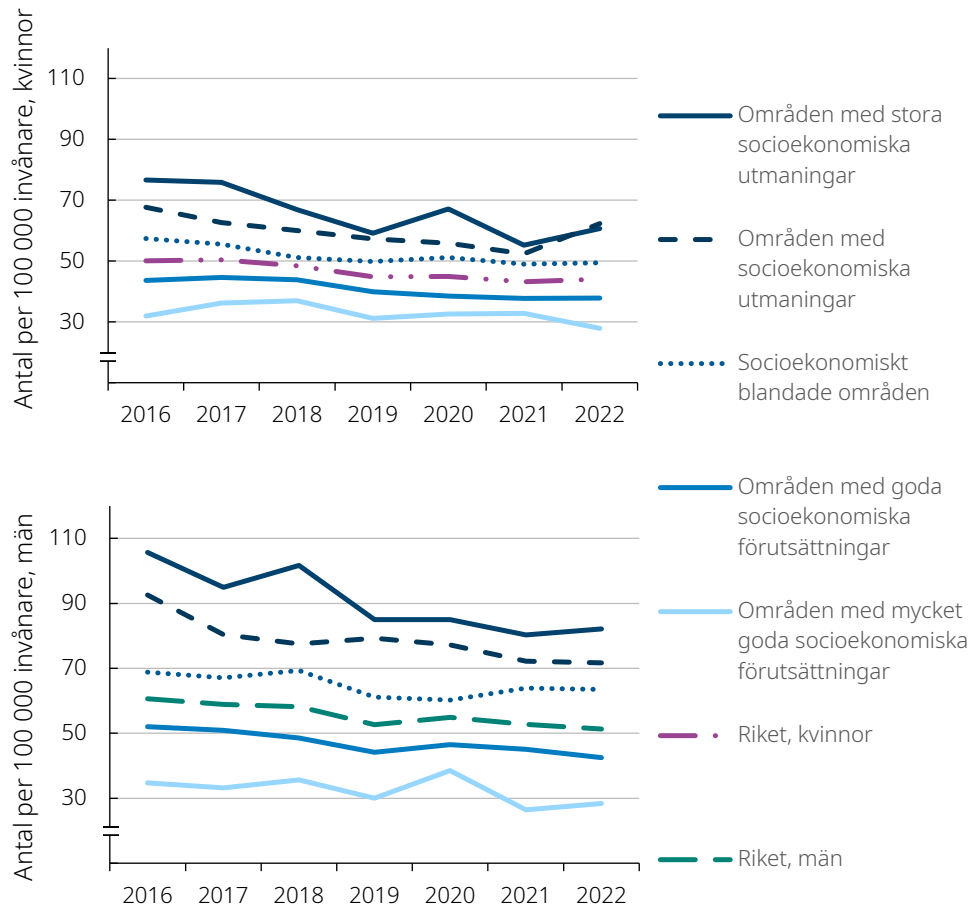
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Den åtgärdbara dödligheten skiljer sig mycket mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar.

År 2022 avled 71,3 personer per 100 000 invånare i områden med stora socioekonomiska utmaningar i åtgärdbara dödsorsaker, medan motsvarande värde i områden med mycket goda förutsättningar var 28,1. Allra högst är värdet för män i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Det är också bland män som skillnaderna mellan de olika områdestyperna är störst. Det är värt att notera att det nästan inte är någon skillnad mellan kvinnor och män i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

### Figur 37. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, uppdelat på kön och områdestyp.

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.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, SCB.



## Patienten i systemet

Hälso-, sjuk- och tandvården är stora och komplexa system, med patienten själv som en central kugge. Att alltid utgå från den unika personens förmågor, behov och förutsättningar är kärnan i personcentrerad vård. I detta kapitel belyser vi patientens perspektiv och patientens roll i det eller de system där patienten får sin vård. Vi behandlar både systemens förmåga att inkludera patienten och patientens egen förmåga att vara delaktig i systemen.

I flera avsnitt berör vi både patientens roll och systemet runt patienten – till exempel i avsnittet *Den psykiska hälsan i Sverige* samt i avsnittet om patientsäkerhetsfrågor, *God och säker hälso- och sjukvård*.

## Förbättrad hälsolitteracitet ökar jämlikhet i hälsa

### Iakttagelser i korthet

- Förmågan att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information, så kallad hälsolitteracitet, är viktig för att kunna bibehålla eller förbättra sin hälsa. En god hälsolitteracitet i befolkningen ökar förutsättningarna för en god och jämlik hälsa.
- Hälso-, sjuk- och tandvården arbetar i många delar för personcentrerad vård och ökad patientdelaktighet. I Sverige har det dock inte gjorts mätningar specifikt kring begreppet hälsolitteracitet, och därmed saknas en samlad bild över hur hälsolitteraciteten ser ut på nationell nivå.
- Nivån på hälsolitteracitet varierar mellan olika befolkningsgrupper; det finns bland annat en tydlig koppling till socioekonomisk status.
- Det pågår arbete inom EU för att förbättra hälsolitteraciteten i befolkningen.

Människors förmåga att hitta och ta till sig hälsoinformation för att kunna göra kritiska bedömningar och fatta sunda beslut i vardagen kallas hälsolitteracitet. Denna förmåga beror både på individens kognitiva och sociala färdigheter och på sammanhanget där individen möter hälsoinformation<sup>20 21</sup>. Hälsolitteraciteten har också visat sig ha samband med utbildningsnivå och social status. Generellt är det vanligare att äldre

<sup>20</sup> Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13:349–64.

<sup>21</sup> Mårtensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon. A literature review Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2011;26:151–60.

personer med låg socioekonomisk status samt migranter har sämre hälsolitteracitet än andra<sup>22</sup>. Social gradient, det vill säga faktorer som inkomst, utbildningsnivå, geografisk region, kön eller etnicitet, kan följas i många länder. Ju mer gynnsamma förhållanden en person har, desto bättre är möjligheterna till en god hälsa och ett längre liv<sup>23</sup>.

Ojämlighet i hälsa och vård är fortsatt en utmaning i Sverige, även om Sverige och de andra nordiska länderna förefaller ha mindre skillnader mellan grupper jämfört med många andra länder i Europa<sup>24</sup>. Sverige har genomfört ett antal reformer som ska bidra till en mer jämlik vård. Reformen om god och nära vård ska bland annat underlätta för individen och dennes närstående att vara delaktig utifrån individuella förutsättningar och preferenser. Det finns fördelar både för individen och för hälso-, sjuk- och tandvården om individen har goda förutsättningar att följa sin hälsa, känna delaktighet i sin vård och veta hur den egna hälsan kan påverkas av olika val i vardagen.

WHO har länge lyft fram följande övergripande systemfaktorer inom hälso- och sjukvårdssystemen som viktiga för att åstadkomma en jämlik vård:

1. solidariskt finansierad vård med hög tillgänglig för alla medborgare
2. uppmärksammande av särskilda behov hos utsatta grupper
3. ökad betoning på en sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Hälsolitteracitet är framför allt relevant för punkterna 2 och 3. Ett tydligt behov hos utsatta grupper kan vara behovet att få hjälp att ta till sig hälso- och sjukvårdsinformation på ett anpassat sätt. Hälsolitteracitet är också en grund för att på bästa sätt kunna tillgodogöra sig hälsofrämjande aktiviteter och att förstå och kunna sätta förebyggande och hälsofrämjande råd i en relevant kontext<sup>25</sup>. På europeisk och global nivå anses hälsolitteracitet vara en viktig faktor för god hälsa och välbefinnande<sup>26</sup>.

I Sverige ska vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen, med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har största behovet ska ges företräde, och hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa. Patienten ska få information anpassad utifrån ålder, mögnad, erfarenhet, språklig bakgrund och andra individuella förutsättningar<sup>27</sup>. Tack vare dessa skrivningar i lagstiftningen finns ett inbyggt incitament för att indirekt skapa en så hög hälsolitteracitet som

---

<sup>22</sup> Stegvis eller linjär minskning av hälsa som kommer med en minskande social position” (Marmot 2004).

<sup>23</sup> Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):1–11.

<sup>24</sup> Health Inequalities portal. Hämtad 2023-11-16 från <https://health-inequalities.eu/>.

<sup>25</sup> Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13:34,9–64.

<sup>26</sup> WHO, Health Promotion. Hämtad 2024-02-06 från <https://www.who.int/>.

<sup>27</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patientlagen (2014:821).

möjligt hos befolkningen, samtidigt som det visar på en förståelse för att individer har olika hälsolitteracitet och olika hälsolitterära förutsättningar.

## Hälsolitteracitet skulle kunna mätas mer i Sverige

Idag finns det fem validerade instrument tillgängliga på svenska för att mäta hälsolitteracitet<sup>28</sup>. Vi har dock ännu inte genomfört någon nationell kartläggning om hälsolitteracitet, och därmed finns det ingen samlad kunskap över det nationella läget. Däremot finns kunskap om hur hälsan är fördelad och om vilka grupper som är i störst behov av till exempel riktade hälsodialoger. Flera studier visar också att hälsolitteraciteten är begränsad hos omkring 60 procent av personer som är nyanlända och har flyktningbakgrund. Preliminära resultat från den senaste undersökningen om äldre personers levnadsvillkor i Sverige (SWEOLD) visar att cirka 44 procent av gruppen icke-dementa äldre vuxna (77 år och äldre) har begränsad hälsolitteracitet.

Det finns flera återkommande, nationella kartläggningar där hälsolitteracitet skulle kunna ingå. Ett exempel är den nationella patientenkäten, där en av de dimensioner som mäts redan idag är information och kunskap. Dimensionen belyser hur väl patienten upplever att vården förmår informera och kommunicera på ett proaktivt sätt och på ett sätt som är anpassat till patientens individuella förutsättningar<sup>29</sup>. Inom tandvården har en pilotstudie genomförts med en enkät som baserades på den nationella patientenkäten. Frågorna i enkäten kopplar väl mot sådana frågor som används för att mäta hälsolitteracitet. Till exempel fanns det frågor om respondenternas upplevelser av tandvårdens förmåga att på ett förståeligt sätt informera eller kommunicera om patientens hälsotillstånd, tandvård, eventuella behandlingsalternativ och kostnad för behandlingen<sup>30</sup>.

## Ökat intresse för att förbättra hälsolitteraciteten i Europa

Hälsolitteracitet är ännu inte ett allmänt vedertaget begrepp. Ämnet har emellertid mött ett allt större intresse från beslutsfattare och myndigheter. Flera länder inom EU arbetar med frågorna, genom att tillämpa och mäta hälsolitteracitet i olika grupper och olika verksamheter. WHO initierade 2023 nätverket Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)<sup>31</sup>, för att höja medvetande, engagemang och implementering av effektiva strategier för att förbättra

<sup>28</sup> Hälsolitteracitet. Hämtad 2023-11-16 från <http://www.halsolitteracitet.se/>.

<sup>29</sup> Nationell patientenkät. Hämtad 2023-11-17 från <https://patientenkät.se/nationellpatientenkät/>.

<sup>30</sup> Pilotenkät till tandvårdspatienter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

<sup>31</sup> M-POHL. Hämtad 2023-11-23 från <https://m-pohl.net/>.

människors hälsokunskaper. Nätverkets vision är att förbättra hälsolitteraciteten i WHO:s europeiska region. De vill göra detta genom att säkerställa tillgång till högkvalitativa och internationellt jämförande data, som kan stödja evidensinformerade politiska beslut och riktade interventioner.

Många människor lider av psykisk ohälsa, och hälso- sjuk- och tandvården, liksom samhället i övrigt, blir alltmer digitaliserad. Därför är det två specifika former av individuell hälsolitteracitet – digital hälsolitteracitet<sup>32</sup> och mental hälsolitteracitet<sup>33</sup> – som särskilt kan behöva beaktas utöver generell hälsolitteracitet. Den digitala hälsolitteraciteten är generellt mer begränsad bland sjuka och äldre personer, och därför kommer det att finnas ett fortsatt behov av icke-digitala alternativ.

Den senaste europeiska kartläggningen av hälsolitteracitet, Health Literacy survey (HLS) 19, visar att nästan hälften av deltagarna har begränsad hälsolitteracitet. Det var vanligare med begränsad hälsolitteracitet bland personer med kort utbildning, höga socioekonomiska utmaningar eller låg social status. Slutsatsen i kartläggningen var att det finns ett behov av att utöka tillgången till hälsoinformation som kan tillhandahållas lättillgänglig, pålitligt, begripligt, bedömbart och tillämpligt via digitala källor<sup>34</sup>. I kartläggningen deltog cirka 43 000 personer från 17 länder.

## Aktivt arbete för att patienten ska vara medskapare av sin egen vård

### Iakttagelser i korthet

- Användningen av egenmonitorering och vårdcoacher behöver fortsätta utvecklas och spridas.
- Vården behöver fortsatt arbeta med att involvera patienten, i syfte att utveckla den personcentrerade vården.
- Egenmonitorering ger möjlighet för patienten att vara medskapare av sin egen vård.
- Egenmonitorering kan ge förutsättningar för mer proaktivt arbete.
- Aktiv hälsostyrning, som vårdcoacher, kan stärka patienten i sin egen vård och skapa trygghet hos patienten.

<sup>32</sup> Förmågan att ta till sig digital hälsoinformation.

<sup>33</sup> Förmågan att få tag på information om psykisk hälsa och psykisk ohälsa samt kompetens om hur man kan främja psykisk hälsa och hantera psykisk ohälsa.

<sup>34</sup> International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS<sub>19</sub>) of M-POHL. Wien, Österrike: M-POHL; 2021. Hämtad 2023-11-23 från <https://m-pohl.net/>.

- Vårdcoacher kan bidra till minskad vårdkonsumtion.

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete för en mer personcentrerad vård innebär flera perspektivskiften. Ett av de mest centrala är att se patienten som en aktiv medskapare och expert på den egna livssituationen, snarare än som tidigare, som en passiv mottagare. I detta perspektivskifte ingår att

- patienten har rätt till och behov av att ta del av vårdinformation
- vården inte bara sker i mötet mellan patient och vårdpersonal
- både vårdorganisationen och patienten litar på patientens förmåga att avgöra vissa egna vårdbehov.

Det finns flera metoder som vården kan arbeta med för att stärka patienten som medskapare. Två av metoderna är egenmonitorering och aktiv hälsostyrning (vårdcoacher)<sup>35</sup>.

Vården måste vara tillgänglig för den som behöver, när behovet uppstår. Det handlar om tillgänglighet i ett brett perspektiv – allt från väntetider och tillgång till relevanta sjukvårdskompetenser till ett tillgängligt bemötande utifrån patientens förutsättningar. En viktig fråga för tillgängligheten är att det finns vårdplatser. I avsnittet *Antalet disponibla vårdplatser minskar* i detta kapitel finns mer att läsa om den aktuella vårdplatsbristen.

En grundläggande förutsättning för säker vård är att patienten är medskapare i sin egen vård<sup>36</sup>. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll, i de fall patienten så önskar. Här ingår även möjligheten att lämna synpunkter och klagomål om man upplever att vården har brustit på något sätt. Läs mer om patientens deltagande i patientsäkerhetsarbetet i avsnittet *God och säker hälso- och sjukvård* i detta kapitel.

## Egenmonitorering stärker patienten

Egenmonitorering har i det regionala samarbetet definierats som ”löpande registrering, övervakning och bedömning av vården avseende en persons hälsotillstånd, där personen själv utför registrering”<sup>37</sup>. I Socialstyrelsens termbank finns ännu ingen definition, men just nu pågår ett terminologiarbete där begreppet ingår.

Egenmonitorering är en viktig del av digitaliseringen. Patienten får en betydande roll i frågor om sin hälsa och ges möjlighet att vara medskapare

<sup>35</sup> Från mottagare till medskapare. Stockholm: Vårdanalys; 2018.

<sup>36</sup> Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

<sup>37</sup> Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Enhetlig terminologi för kunskapsstöd. Hämtad 2024-02-27 från <https://kunskapsstyrningvard.se/>.

av sin egen vård<sup>38</sup>. Dessutom skapar egenmonitorering förutsättningar för regioner och kommuner att arbeta mer proaktivt, eftersom det gör att de i ett tidigt skede kan upptäcka om patientens hälsa försämras<sup>39 40</sup>. Vidare kan det bidra till att patienten undviker onödiga vårdbesök och inskrivning i slutna vård<sup>41</sup>.

Egenmonitorering innebär att patienten själv mäter och registrerar värden, ofta med stöd av digital teknik, men det kan också innebära att patienten rapporterar värden via exempelvis formulärtjänsten på 1177<sup>42 43</sup>. Ofta handlar det om objektiva värden, såsom blodtryck och vikt, men det kan även handla om subjektiva självskattningar, som mående-dagbok och smärtskattning. Den data som patienten rapporterar blir tillgänglig för både patienten själv och för vårdgivaren, som kan följa om värdena avviker från det normala<sup>44</sup>.

Vården behöver fortsatt arbeta med att systematiskt involvera patienten, i syfte att utveckla den personcentrerade vården, och användningen av egenmonitorering och vårdcoacher behöver fortsätta utvecklas och spridas.

## Egenmonitorering är en del av omställningen till god och nära vård

Regioner och kommuner arbetar med egenmonitorering som en del av omställningen till nära vård. Syftet är bland annat att

- vården ska organiseras och bedrivs personcentrerat, med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar
- antalet vårdbesök ska minska
- att tryggheten för patienter i hemmet ska öka<sup>45 46</sup>.

Egenmonitorering främjar möjligheten att ge vård utanför sjukhusen, inte minst om den genomförs i nära samverkan med kommunal vård och omsorg. Det skapar också förutsättningar för patienterna att ha en kontinuerlig relation och ett nära samspel med vården. Det bidrar vidare till att vårdpersonal i högre utsträckning kan arbeta proaktivt, vilket kan leda till ökad vårdkvalitet och en bättre arbetsmiljö för personal inom hälso- och sjukvården. Akuta och oplanerade vårdbesök kan undvikas, och vårdens kompetenser och resurser kan nyttjas på ett bättre sätt<sup>47</sup>.

<sup>38</sup> Tillämpning av digital vård i regionerna. En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>39</sup> Egenmonitorering. Hämtad 2023-11-22 från <https://www.vgregion.se/>.

<sup>40</sup> Egenmonitorering hälso- och sjukvård. Hämtad 2023-11-21 från <https://skr.se/skr/>.

<sup>41</sup> Egenmonitorering. Hämtad 2023-11-22 från <https://www.vgregion.se/>.

<sup>42</sup> Tillämpning av digital vård i regionerna. En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>43</sup> Egenmonitorering. Hämtad 2023-11-22 från <https://www.vgregion.se/>.

<sup>44</sup> Egenmonitorering. Hämtad 2023-11-22 från <https://www.vgregion.se/>.

<sup>45</sup> Tillämpning av digital vård i regionerna. En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>46</sup> Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

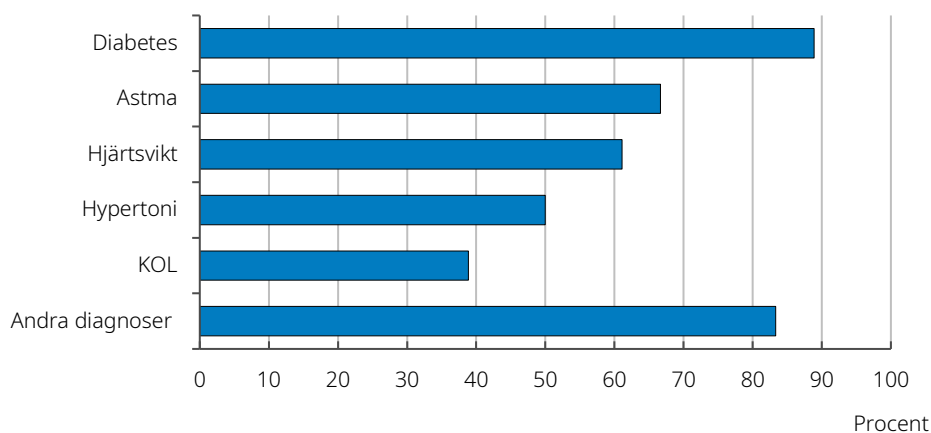
<sup>47</sup> Egenmonitorering hälso- och sjukvård. Hämtad 2023-11-21 från <https://skr.se/skr/>.

Det finns flera exempel på hur regioner och kommuner arbetar nytänkande med egenmonitorering. Region Sörmland har tillsammans med Eskilstuna kommun och Trosa kommun testat en egenmonitoreringslösning för äldre multisjuka patienter. Samtidigt pågår ett pilotprojekt med egenmonitorering inom primärvård och specialistvård i Västra Götalandsregionen<sup>48</sup>.

Diabetes är det tillstånd där regionerna oftast använder egenmonitorering. Därefter följer astma, hjärtsvikt och hypertoni. Regionerna använder även egenmonitorering vid ett flertal andra sjukdomar och tillstånd, exempelvis vid hjärtflimmer, IBD (inflammatorisk tarmsjukdom) och reumatism<sup>49 50</sup>.

### Figur 38. Egenmonitorering.

Andel regioner som använder egenmonitorering inom följande diagnoser.



Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna 2022.

## Aktiv hälsostyrning kan stärka patientens ställning

Ett annat exempel på arbete för att stärka patienten är aktiv hälsostyrning. Personer som arbetar med aktiv hälsostyrning benämns ofta vårdcoacher<sup>51</sup>, men kan också kallas för hälsopromotörer. Även uttryck som riktade hälsodialoger förekommer. Vårdcoacher kan bland annat stödja och stärka patienter med hög risk för undvikbara sjukhusinskrivningar och akuta besök. Vårdcoacherna ska hjälpa patienten att få en större förståelse för sin sjukdom och att förbättra den egna förmågan att vara delaktig i sin vård. De ska också stödja patienten genom att samordna vårdinsatser och lotsa

<sup>48</sup> Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2022. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>49</sup> Totalt 18 av 21 regioner besvarade enkäten.

<sup>50</sup> Tillämpning av digital vård i regionerna. En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>51</sup> Arbetet inom aktiv hälsostyrning kan även kallas vårdlots, hälsosamordnare eller andra begrepp.

patienten i systemet<sup>52 53</sup>. En bristande samordning kan bidra till en försämrad patientupplevelse och till att vården blir sämre, både ur medicinsk och social synvinkel.

Arbetet med vårdcoach startade i Region Stockholm 2010, och har sedan dess erbjudits under olika förutsättningar och former i flera regioner. Generellt kännetecknas lokala och nationella initiativ med vårdcoacher av ett fokus på samordning som utgår från individens perspektiv, med syfte att förbättra patientens vård och livskvalitet. Arbetet kan bland annat bidra till att stärka utsatta grupper i mötet med vården<sup>54 55</sup>.

Region Östergötland arbetar aktivt med vårdcoacher. Där är vårdcoacherna legitimerade sjuksköterskor, som ger stöd till patienterna med kronisk sjukdom och ett omfattande vårdbehov. Vårdcoachen har kontakt med patienten under en begränsad tid och i varierad utsträckning, beroende på hur varje patients behov ser ut. Patienten och vårdcoachen går tillsammans igenom behovet av stöd och gör en gemensam planering med individuella mål och åtgärder. Målsättningen är att patienten efter avslutat stöd från vårdcoachen ska ha fått kunskap och verktyg för att kunna hantera sin vardag, må så bra som möjligt och känna sig trygg i kontakten med vården<sup>56</sup>.

Verksamheten med vårdcoacher i Region Östergötland har utvärderats genom studier där livskvalitet och vårdkonsumtion hos patienter som har fått stöd av vårdcoach har följts upp. Resultaten har visat att patienter med omfattande vårdbehov har haft god nytta av vårdcoachning och kunnat minska sin vårdkonsumtion. Vårdcoacherna har fungerat som länk mellan patienten och patientens befintliga vårdkontakter<sup>57</sup>.

## Egenmonitorering och aktiv hälsostyrning går att kombinera

Det finns också modeller som kombinerar egenmonitorering och aktiv hälsostyrning. Ett exempel är att KOL-patienter själva kan ansvara för att regelbundet rapportera in vissa hälsodata, samtidigt som de har digital tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan tolka den inrapporterade datan och ge patienterna råd, till exempel om de behöver egenvård eller om de bör ta kontakt med den ordinarie

---

<sup>52</sup> Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.

<sup>53</sup> Från medel till mål. Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.

<sup>54</sup> Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.

<sup>55</sup> Från medel till mål. Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.

<sup>56</sup> Vårdcoacher. Hämtad 2023-11-21 från <https://vardgivare.regionostergotland.se/>.

<sup>57</sup> Vårdcoacher. Hämtad 2023-11-21 från <https://vardgivare.regionostergotland.se/>.



sjukvården. Syftet är att kunna identifiera och häva skov så snabbt som möjligt.

Sveriges Kommuner och Regioner bedriver ett nätverk för kompetensutbyte för personer som arbetar med egenmonitorering, inklusive stöd kring digitala tjänster och kombinationsmetoder, som ett sätt att synliggöra metoderna<sup>58</sup>.

### **Exempel – Hälso­promotörer i tandvården**

Folktandvården i Västra Götaland har hälso­promotörer anställda. Hälso­promotörerna stöttar familjer att hitta goda vanor. Genom bland annat hälsosamtal hjälper de föräldrar att stärka sin roll, så att föräldrarna själva ska kunna genomföra beteendeförändringar inom familjen och öka hälsolitteraciteten. Hälso­promotörernas arbete syftar till att föräldrarna ska känna tilltro till sin egen förmåga och till att de själva kan göra skillnad. Insatserna vänder sig till familjer med barn mellan 0 och 6 år, som har kariesskador eller riskerar att få det. Målet är att skapa en jämlik tandvård och munhälsa<sup>59 60</sup>.

## **Regionerna arbetar för tillgänglighet och delaktighet**

Regionerna arbetar även på andra sätt för att öka tillgängligheten och stärka patienternas delaktighet. Till exempel kvalitetssäkrar flera regioner sina väntelistor, genom att tydliggöra roller och ansvarsfördelning för uppdatering och annan hantering av listorna. Vidare arbetar ett antal regioner med vårdlotsar. Dessa ska göra det tydligare för patienter vilka möjligheter de har inom ramen för vårdgarantin. Några regioner arbetar också strategiskt för att säkerställa att patienter med kroniska sjukdomar får vård efter behov och i rimlig tid.

## **Patienter i specialistvården nöjda med tillgänglighet och delaktighet**

Bland vuxna i den öppna specialiserade sjukhusvården anser sig 87 procent ha varit delaktiga i beslut om sin vård och behandling i den utsträckning de önskade. Det visade en mätning av patientupplevelser som Nationell

<sup>58</sup> Egenmonitorering hälso- och sjukvård. Hämtad 2023-11-21 från <https://skr.se/skr/>.

<sup>59</sup> Donaldsson, J, Erlandsson I, Marklund C. En ny profession inom Folktandvården? Hälso­promotörers upplevelser av hälsosamtal med familjer i ett pilotprojekt. Kandidatuppsats. Göteborgs universitet, 2022.

<sup>60</sup> Läs mer om hälso­promotörernas verksamhet här: <https://www.1177.se/>.

patientenkät genomförde 2023<sup>61</sup>. Vidare menade 91 procent att vårdpersonalen tog hänsyn till deras egna erfarenheter av sin sjukdom eller hälsotillstånd, och 81 procent ansåg att vårdpersonalen gav patientens familj eller närstående den information de önskade. På frågan om man fick besöka mottagningen eller enheten inom rimlig tid gav 87 procent ett positivt svar.

Motsvarande enkät skickades även ut till vuxna patienter i den slutna specialiserade sjukhusvården, även det under 2023. Där ansåg 81 procent av de svarande att de varit delaktiga i beslut om sin vård och behandling i den utsträckning de önskade<sup>62</sup>. Andelen som svarade att vårdpersonalen tog hänsyn till de egna erfarenheterna av sjukdom och hälsotillstånd uppgick till 87 procent, och 73 procent ansåg att vårdpersonalen gav familjen eller närstående tillräckligt med information.

## Den psykiska hälsan i Sverige

God psykisk hälsa är grundläggande för att människor ska kunna förverkliga sina möjligheter, hantera livets svårigheter och bidra till samhället. Psykisk ohälsa får konsekvenser på många olika sätt. Det orsakar stort lidande i människors liv och påverkar hela samhället, både socialt och ekonomiskt. Avsnittet om psykisk hälsa ligger i kapitlet Patienten i systemet, trots att det även finns effekter på systemnivå. Psykisk hälsa eller ohälsa är något som följer patienten oavsett kontext, och påverkar systemet från ett patientperspektiv. Psykisk ohälsa hos patienten kan påverka vården även på andra områden – något vården behöver vara medveten om och anpassa sig till. Det kan handla om hur tandläkaren ger råd om egenvård till en patient som inte orkar ta hand om sin munhälsa, hur kallelser är formulerade eller hur vården kan skapa trygghet i bemötandet. Kostnaderna för sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa är nästan lika höga som de för somatiska besvär – och de hänger ofta ihop<sup>63</sup>. Därför behövs ett helhetsgrepp om den psykiska ohälsan, med utgångspunkt i patientens perspektiv.

### Iakttagelser i korthet

- Majoriteten av befolkningen uppger att deras psykiska hälsa är god, men under 2000-talet har andelen skolungdomar med psykiska besvär ökat.
- Antalet patienter med psykiatriska diagnoser i specialiserad öppen vård och slutna vård ökade med drygt 60 procent mellan

<sup>61</sup> Nationell patientenkät. Sveriges regioner i samverkan. Hämtad 2024-02-05 från <https://resultat.patientenkät.se/>.

<sup>62</sup> Nationell patientenkät. Sveriges regioner i samverkan. Hämtad 2024-02-05 från <https://resultat.patientenkät.se/>.

<sup>63</sup> Skandia: Samhällskostnaden för längre sjukskrivningar: 71 miljarder kronor. Hämtad 2024-02-02 från <https://www.skandia.se/>.

2008 och 2022. Nästan halva ökningen beror på antal diagnostiserade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

- Det finns betydande regionala skillnader i vården som ges med stöd av tvångsvårdslagstiftning, till exempel i vilken utsträckning tvångsvård används vid ett förstagångsinsjuknande i ett psykiatriskt tillstånd.
- Under 2023 har 26 myndigheter tillsammans tagit fram ett förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention.

WHO definierar psykisk hälsa som ett ”tillstånd av psykiskt välbefinnande som gör det möjligt för människor att klara av vanliga påfrestningar, förverkliga sina egna möjligheter, lära sig saker, arbeta och bidra i samhället. Psykisk hälsa är en integrerad del av hälsa och välbefinnande och inte detsamma som frånvaro av psykisk sjukdom”<sup>64</sup>. Kroppslig hälsa och psykisk hälsa samspelar, och kunskaperna om dessa samband ökar i rask takt. Det är inte bara individen, eller ens individen tillsammans med hälso- och sjukvården, som kan påverka den psykiska hälsan. Många olika aktörer kan påverka förutsättningarna för en god psykisk hälsa, på olika sätt, och det pågår arbete på olika nivåer i samhället. Samtidigt finns det mycket kvar att göra, och det måste finnas en uthållighet i insatserna. Följande avsnitt ger en sammanfattande lägesbeskrivning av området psykisk hälsa i Sverige<sup>65</sup>.

## Ökat intresse för existentiell hälsa

Existentiell hälsa handlar om förmågan att tro på och ta vara på livet<sup>66</sup>. Intresset för existentiell hälsa har ökat i spåret av coronapandemin, såväl i Sverige som i andra länder. Tidigare har vården främst inkluderat existentiell hälsa inom palliativ vård, eller vid vissa svåra sjukdomstillstånd. Nu ser man det i allt större utsträckning även som en del av förebyggande vård. Existentiell hälsa kan kopplas samman med ett hälsofrämjande förhållningssätt och går därför hand i hand med en personcentrerad vård och omsorg. Fokus på existentiell hälsa kan hjälpa patienten att stärka sina egna resurser<sup>67</sup>. Det innebär att ett fokus på sjukdomsbehandlande insatser

<sup>64</sup> World Health Organization. World mental health report. Transforming mental health for all. 2022.

<sup>65</sup> All data som presenteras i detta avsnitt, och som samlats in antingen via enkäten Skolbarns hälsovanor eller via den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, är hämtade från Folkhälsomyndighetens rapport Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. För den som vill fördjupa sig ytterligare i de data som presenteras från enkäterna i detta avsnitt rekommenderas att ta del av nämnda rapport.

<sup>66</sup> Existentiell hälsa saknar en entydig definition, men är närbesläktat med både psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande. Återkommande i flera av de definitioner som föreslås i forskningslitteratur är ett tillstånd som innebär en känsla av trygghet, tillhörighet och en upplevelse av meningsfullhet med livet. Existentiell hälsa kan ses som skärningspunkten mellan den fysiska, psykiska och sociala hälsan.

<sup>67</sup> Poplin & van Ginneken. Defining and providing for existential health: Trends in addressing existential concerns in the health and care systems of high-income countries. 2018.

samexisterar med ett synsätt som lyfter fram insatser för att upprätthålla och behålla en god hälsa.

Hösten 2023 lämnade 26 myndigheter ett förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention till regeringen. I förslaget lyfter myndigheterna vikten av att öka kunskapen om existentiella frågor betydelse för den psykiska hälsan. De understryker också att verksamheter som erbjuder råd och stöd till barn, som inkluderar existentiella frågor, behöver stärkas<sup>68</sup>. I förslaget framhåller myndigheterna också att individer och grupper behöver stöd och uppmuntran för att organisera sig och delta i aktiviteter som bland annat rör existentiella frågeställningar. Läs mer om förslaget till ny strategi i avsnittet *Förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention* i det här kapitlet.

## En majoritet av befolkningen mår bra psykiskt

En betydande majoritet av befolkningen uppger i undersökningar att de mår bra psykiskt<sup>69</sup>. Bland vuxna, som följs via den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor, finns inte några större skillnader mellan kvinnor och män. Däremot finns det skillnader mellan olika åldersgrupper, där gruppen 16–29-åringar anger den lägsta andelen gott psykiskt välbefinnande. Bland skolbarn i åldrarna 11, 13 och 15 år, som följs via enkäten Skolbarns hälsovanor, är det hos 11-åringar som den högsta livstillfredsställelsen finns. Pojkar skattar sin livstillfredsställelse högre än flickor.

Skolbarns livstillfredsställelse började mätas på nuvarande sätt i 2001/2002 års enkät, och sedan dess har det inte skett några statistiskt säkerställda förändringar, varken för pojkar eller flickor eller olika åldrar. Under denna period har det dock skett stora förändringar i samhället. Många av de faktorer som till vardags används för att förklara barns och ungdomars dåliga mående har uppkommit under perioden – som smarta telefoner, sociala medier och ändrade skärmvanor. Samtidigt visar Socialstyrelsens redovisningar att andelen barn och unga som fått vård eller läkemedel förskrivna för psykiatriska tillstånd ökade kraftigt mellan 2006 och 2018, så bilden är långt ifrån entydig<sup>70</sup>.

## Allt fler upplever psykiska besvär

Det psykiska välbefinnandet i befolkningen är gott men allt fler skolbarn och vuxna uppger att de har psykiska besvär som stress, oro och

---

<sup>68</sup> Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>69</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>70</sup> Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018.

sömnsvårigheter<sup>71</sup>. I yngre åldersgrupper är det främst flickor som uppger att de har dagliga psykiska besvär. Bland 11-åriga flickor är det vanligaste att ha svårt att somna. Bland 13- och 15-åriga flickor är det vanligast att känna irritation eller att vara på dåligt humör.

För pojkarna i motsvarande åldrar är andelarna som uppger att de har psykiska besvär lägre. De vanligaste dagliga besvären bland pojkar är antingen svårigheter att somna, irritation eller att vara på dåligt humör.

I den vuxna befolkningen (äldre än 16 år), har över en tredjedel lätta besvär av ångslan, oro eller ångest, och ytterligare 7 procent har svåra besvär. Såväl de lätta som de svåra besvären är vanligare hos kvinnor än hos män, och unga upplever i högre utsträckning än äldre både lätta och svåra psykiska besvär.

Ur ett längre perspektiv kan det konstateras att andelen skolungdomar som uppger att de har psykiska besvär har ökat under 2000-talet, vilket är oroväckande. Ökningen förekommer i alla tre åldersgrupper och dessutom bland både pojkar och flickor. Besvär med ångslan, oro eller ångest har ökat över tid även bland personer som är 16 år och äldre. Sedan 2006 har svåra besvär ökat mest bland 16–29-åringar, framför allt hos kvinnor.

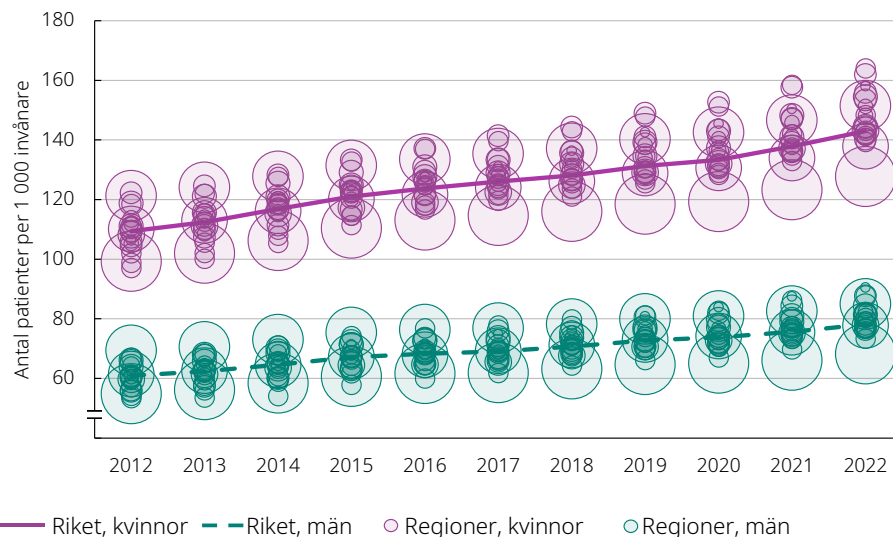
Givet detta är det intressant att även följa utvecklingen kring förskrivningen av antidepressiva läkemedel. Antalet personer som någon gång under ett år fått antidepressiva läkemedel utskrivna har ökat konstant sedan 2012, med en starkare ökning hos kvinnor. Spridningen mellan regionerna är tämligen stabil över tid, se figur 39.

---

<sup>71</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

**Figur 39. Antal patienter som fått antidepressiva läkemedel förskrivna, per 1 000 invånare - fördelat på kön, region och år.**

Antal patienter per 1 000 invånare, fördelat på kön, region och år.

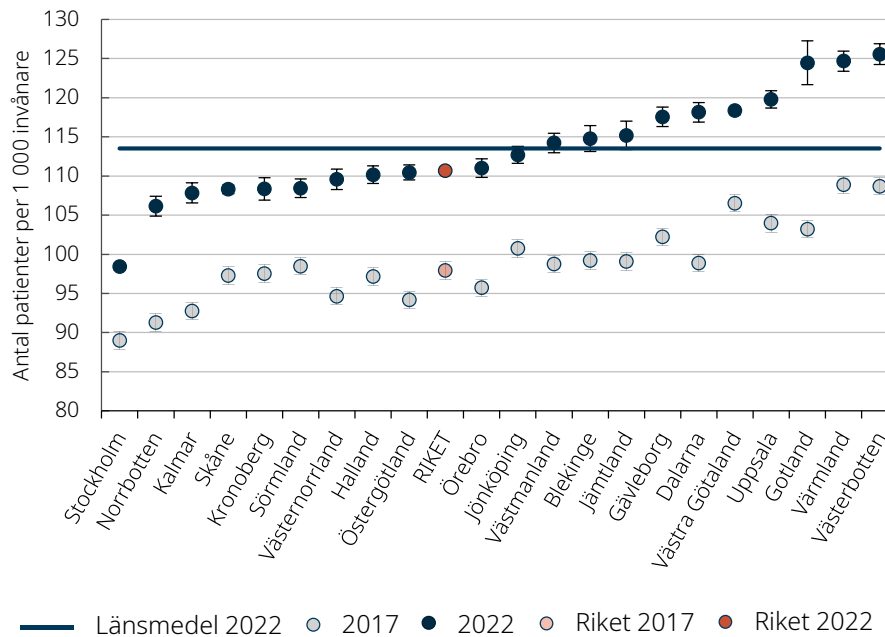


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Förskrivningen har ökat i alla regioner, och skillnaderna mellan regionerna för 2022 är ungefär desamma som de var 2017. Region Stockholm är en av de regioner där förskrivningen ökat minst, vilket tillsammans med deras redan lägre nivåer nu gör att de har klart lägst andel. I andra änden finns Gotland, Värmland och Västerbotten med högst andel patienter som fått antidepressiva läkemedel förskrivna, se figur 40.

**Figur 40. Antal patienter som fått antidepressiva läkemedel förskrivna, per 1 000 invånare - jämförelse mellan 2017 och 2022.**

Antal patienter per 1 000 invånare, fördelat per region, jämförelse mellan 2017 och 2022.

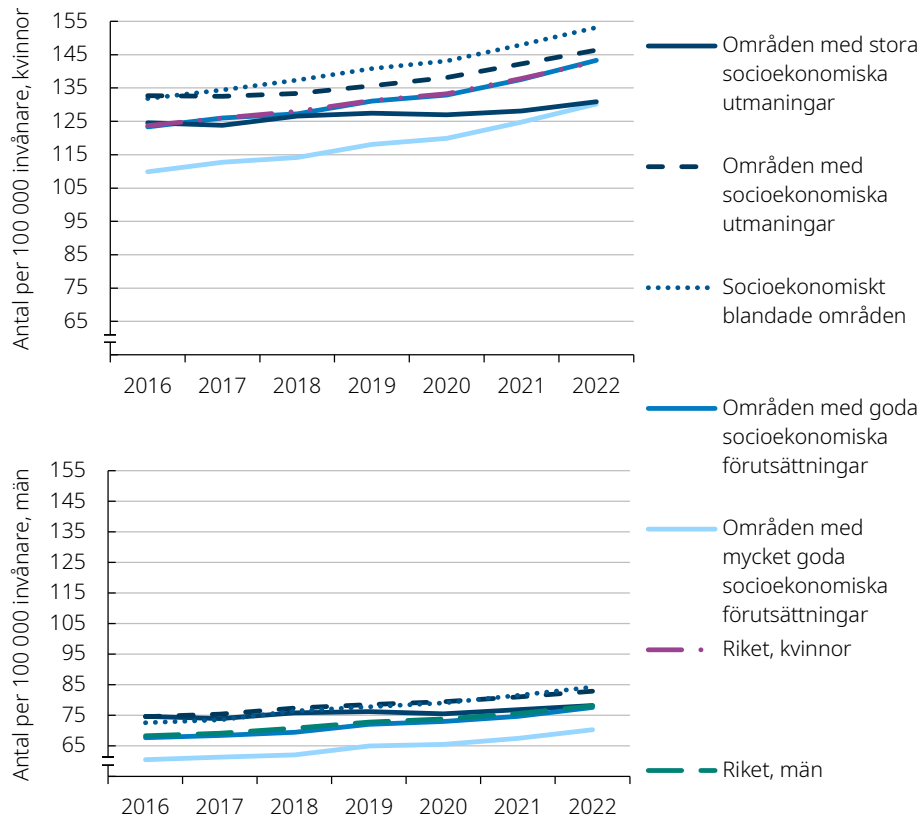


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det finns en mycket tydligare skillnad mellan kvinnor och män än mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Som figur 41 visar, har ökningstakten bland män inte varit lika hög som bland kvinnor. Det är också noterbart att förskrivningen till kvinnor i områden med stora socioekonomiska utmaningar inte har ökat på samma sätt som till kvinnor i övriga områden. Det gör att lägst andel kvinnor som fått antidepressiva läkemedel utskrivna nu återfinns i områden med antingen stora socioekonomiska utmaningar eller i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Bland män har lägst andel fått antidepressiva läkemedel förskrivna i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

**Figur 41. Antal patienter som fått antidepressiva läkemedel  
förskrivna, per 1 000 invånare - skillnaden mellan områden med olika  
socioekonomiska förutsättningar.**

Antal patienter per 1 000 invånare, fördelat på kön, områden med olika socioekonomiska förutsättningar och år.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det finns flera olika förklaringsfaktorer till att andelen patienter som fått antidepressiva läkemedel förskrivna ökar. Givetvis kan det bero på ökad psykisk ohälsa, men det kan också bero på att psykisk ohälsa inte längre är lika stigmatiserat och att det därmed är lättare att både söka och få hjälp. Utvecklingen på läkemedelsområdet kan också medföra en ökning, då moderna läkemedel har mindre biverkningar och därmed ligger närmare till hands att förskriva. I ljuset av de potentiella förklaringsfaktorerna måste man också ställa sig frågan vad som skapar skillnaderna mellan män och kvinnor. Mår kvinnor sämre, är det fortfarande svårare för män att söka hjälp, eller finns det skillnader i den hjälp som män och kvinnor får om de söker vård med samma problem?

Runt 11 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i åldrarna 16 år eller äldre förmodas leva med en allvarlig psykisk påfrestning, enligt data från



nationella folkhälsoenkäten<sup>72</sup>. Förekomsten är som högst bland 16–29-åringar. I denna åldersgrupp är det dubbelt så vanligt att kvinnor rapporterar besvär i sådan omfattning som att män gör det. I och med att allvarlig psykisk påfrestning endast mätts under ett par år, går det inte att göra några tidsmässigt längre jämförelser av utvecklingen ännu. Dock ökade andelen med allvarlig psykisk påfrestning mellan 2020 och 2022, men bara bland kvinnor. Ojämligheten i hälsan mellan kvinnor och män är ett problem som måste adresseras på systemnivå.

## Fler vårdas inom psykiatrin

Psykiska sjukdomar och syndrom tillhör de stora folksjukdomarna och ligger bakom cirka 40 procent av alla sjukskrivningar<sup>73</sup>. Det är också relativt vanligt med långa sjukdomsperioder. Sett över tid har allt fler barn och vuxna vårdats inom psykiatrin. Antalet patienter med psykiatriska diagnoser i specialiserad öppen vård och slutna vård ökade med drygt 60 procent mellan 2008 och 2022, en ökning med cirka 160 000 patienter. Nästan halva ökningen beror på en stor ökning av antalet patienter med diagnostiserade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. En ökad vårdkonsumtion behöver dock inte med automatik innebära en ökad förekomst av psykiatriska tillstånd i befolkningen. En ökning av antalet patienter kan exempelvis bero på minskad stigmatisering för frågor om psykisk hälsa och ohälsa, vilket skulle kunna göra att fler som inte tidigare sökt vård trots att de har behov nu gör det. Det kan också bero på att vården blivit mer tillgänglig. I sammanhanget är det också viktigt att framhålla att en stor del av vården för lätta till medelsvåra psykiatriska tillstånd ges av primärvården, och den omfattas inte av skyldigheten att rapportera in till patientregistret.

Bland barn 10–17 år har antalet vårdade inom en psykiatrisk verksamhet (öppen vård och slutna vård) per 100 000 invånare flerdubblats sedan 2008<sup>74</sup>. Detta gäller för såväl flickor som pojkar. Den vanligaste diagnosen, bland båda könen, är adhd. För diagnoser som ångest, depression, ätstörningar och beroende är andelen vårdade högre bland flickorna. Pojkar vårdas dock oftare än flickor för autism.

Även i den del av befolkningen som är 18 år och äldre ökade andelen av både kvinnor och män som vårdades inom psykiatrin mellan 2008 och 2022, med undantag av de äldsta åldersgrupperna<sup>75</sup>. Störst ökning fanns bland personer i åldrarna 18–29 år där andelen vårdade närapå dubbleades. För män och kvinnor upp till 44 år var adhd den vanligaste vårdorsaken inom

---

<sup>72</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>73</sup> Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>74</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>75</sup> Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023.

psykiatrin under 2022. Kvinnor mellan 45–64 år sökte däremot oftast vård för stressyndrom, medan män i samma åldersgrupp främst vårdades för beroende. Bland män var beroende vanligast även i åldrarna 65–84 år, medan depression var vanligast för män 85 år och uppåt. Kvinnor äldre än 65 år vårdades oftast för depression.

## Andelen med adhd-diagnos har ökat under en lång tid

Andelen personer med adhd-diagnos i befolkningen har ökat sedan 2006, och ökningen har inte visat tecken på att mattas av<sup>76</sup>. Uttaget av adhd-läkemedel har också ökat, vilket följer rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för adhd. Det är vanligare att pojkar än flickor har en adhd-diagnos. Dock diagnostiseras flickor senare än vad pojkar gör, och kvinnor kommer så småningom ”ifatt” när det gäller att ha diagnosen. Sett till det totala antalet adhd-diagnoser bland personer 5–64 år i befolkningen är det därför inte någon större skillnad mellan män och kvinnor.

Drygt 10,5 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna i gruppen skolbarn 10–17 år uppskattas ha en adhd- eller add-diagnos. Uppskattningen är baserad på kombinerade uppgifter om läkemedelsuttag och andelen skolbarn som påbörjar (eller inte påbörjar) läkemedelsbehandling<sup>77</sup>. Socialstyrelsen bedömer att andelen med adhd- eller add-diagnos kommer att öka till 15 procent bland pojkar och 11 procent för flickor, men bedömningen bygger på att antalet nya fall inte fortsätter att öka.

Det finns betydande skillnader mellan regionerna vad gäller förskrivning av adhd-läkemedel. Att så är fallet kan bero på tillgänglighet till utredningar, bemanning på verksamheterna, samt klinisk praxis. Se även kärnindikator 5 *Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri*.

## Högre risk för psykisk ohälsa och självmord bland dem som får ekonomiskt bistånd

Det finns ett statistiskt samband mellan ekonomiska problem med överskuldsättning och fysisk och psykisk ohälsa, inklusive suicidalitet. Registerdata visar att bland personer som beviljades ekonomiskt bistånd under 2020 var det 3,5 gånger vanligare att ha vårdats inom specialistpsykiatrin någon gång året *innan* mottagandet av bistånd, än vad som var fallet för en jämförelsegrupp ur totalbefolkningen<sup>78</sup>. Biståndsmottagare hade vidare drygt fem gånger högre risk än

<sup>76</sup> Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Förekomst, trend och könsskillnader. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>77</sup> Siffran baseras på kombinerade uppgifter i patient- och läkemedelsregistret.

<sup>78</sup> Högre risk för psykisk ohälsa och suicid bland mottagare av ekonomiskt bistånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

jämförelsegruppen att begå självmord de närmaste tolv månaderna *efter* biståndstillfället. De hade också tre gånger högre risk att dö av annan orsak än suicid.

Även för patienter som vårdats med tvång finns det en koppling till både ökad ekonomisk utsatthet och ökad suicidalitet. Två år efter utskrivning från vård enligt LPT är ekonomiskt bistånd eller sjuk- eller aktivitetsersättning den huvudsakliga inkomstkällan för nästan 40 procent av patienterna. Patienter som skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård har också påtagligt förhöjda risker att avlida, antingen genom självmord eller av andra orsaker, inom två år efter utskrivningen.

Sammantaget pekar detta på vikten av att det suicidpreventiva arbetet inom socialtjänstens verksamheter hanterar skulder och ekonomisk stress. Likaså behöver hälso- och sjukvården beakta dessa frågor, inte minst i samband med utskrivning från psykiatrisk tvångsvård.

## Regionala variationer för psykiatrisk tvångsvård

Andelen personer som vårdas med psykiatrisk tvångsvård varierar stort mellan regionerna. De regionala skillnaderna är också stora vad gäller i vilken utsträckning tvångsvård används vid ett förstagångsinsjuknande i ett psykiatriskt tillstånd. Vissa regioner verkar kunna förebygga och undvika tvångsvård i större utsträckning än andra. Dessa regioner använder i större omfattning frivilliga vårdformer som specialiserad öppen eller sluten vård. Skillnader i praxis kan också bidra till regionala skillnader.

Regionerna arbetar också olika med patienters delaktighet, trygghet och möjlighet till återhämtning i tvångsvården. Patienterfarenheter visar att det finns mer att göra för att involvera patienterna i den egna vården. Efter att en patient skrivits ut från tvångsvård finns ett omfattande behov av vård och omsorg, där det finns utrymme för förbättringar i samverkan mellan sluten vård, öppen vård och kommunal omsorg<sup>79</sup>.

### **Förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention**

Sedan 1995 har staten adresserat området psykiatri, psykisk ohälsa och psykisk hälsa genom en rad nationella satsningar i form av strategier, handlingsplaner och överenskommelser. Under denna period har fokus för satsningarna skiftat något, från att skapa förutsättningar för personer som drabbats av psykisk sjukdom till ett

<sup>79</sup> Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Kartläggning och utvecklingsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

mer förebyggande arbete. Det har också skiftat till ett bredare samhällsperspektiv, där fler aktörer involveras i satsningarna.

Utvärderingar visar dock att effekterna av satsningarna varit oklara, då de ofta varit kortvariga (2–5 år) och saknat mätbara mål. Kortsiktigheten har medfört begränsade möjligheter att arbeta med de strukturella problem som ligger bakom vårdens och omsorgens utmaningar.

#### *Regeringsuppdrag till 26 myndigheter*

Under 2020–2023 har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten haft regeringens uppdrag att, tillsammans med ytterligare 24 myndigheter, ta fram underlag inför en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention som sträcker sig tio år framåt. Syftet är att intensiviera arbetet inom området och att öka långsiktigheten och kvaliteten i de insatser som genomförs. Det är första gången som så många myndigheter fått i uppdrag att tillsammans ta fram ett gemensamt förslag, vilket visar på det breddade perspektiv som politiken försöker anamma. Det vittnar också om en politisk strävan efter att öka den statliga styrningen och skapa bättre förutsättningar för nationell samordning inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

#### *Från förslag till verklighet*

Myndigheternas förslag till ny strategi lämnades till regeringen den 1 september 2023. Ett regeringsbeslut förväntas under första halvåret 2024.

Förslaget är tänkt att verka som en allmän plattform med en utpekad riktning och gemensamma målsättningar, som kan underlätta för aktörer att prioritera och planera insatser inom området. Det omfattar en vision, fyra övergripande mål och sju delmål med prioriterade insatsområden. Myndigheterna har även föreslagit indikatorer, som gör det möjligt att följa både utvecklingen inom området i stort och hur arbetet med strategin fortlöper.

Strategins genomförande ska, enligt förslaget, samordnas av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Arbetet föreslås ske i treårscykler som omfattar planering, genomförande, uppföljning samt kommunikation. I genomförandet ska bland annat kommuner,

regioner och civilsamhällets aktörer involveras och bidra i cykelns alla faser.

*Arbetet med uppdraget har varit betydelsefullt i sig*

Oavsett om förslaget omsätts i praktik eller inte, har det treåriga arbetet i uppdraget gett värdefull erfarenhet för alla inblandade aktörer. Det har bidragit till nya insikter och perspektiv och synliggjort samverkansmöjligheter. Det höga antalet involverade aktörer ökar också möjligheterna att arbetet med psykisk hälsa och suicidprevention prioriteras och får spridning. Den samarbetsmodell som bildats under uppdragsperioden blir dessutom värdefull och användbar även i det fortsatta arbetet.

## God och säker hälso- och sjukvård

En god och säker hälso- och sjukvård kännetecknas bland annat av att patienterna skyddas från vårdskador (undvikbara skador). I det här avsnittet redovisas olika aspekter av säker vård samt utvecklingen inom patientsäkerheten. Patientsäkerhetsarbetet är i grunden ett systemarbete, men med en mycket specifik utgångspunkt i patientens villkor och upplevelser. I patientsäkerhetslagen står det att ”[m]ed vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”<sup>80</sup>.

Sammanfattningsvis behöver kommuner och regioner utveckla det lokala patientsäkerhetsarbetet. De efterlyser därför nationella kunskapsstöd inom området, samt en nationell samordning i utveckling och förvaltning av stöden.

Avsnittet utgår från de fem prioriterade fokusområdena i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet<sup>81</sup>: öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och samverkan samt öka riskmedvetenhet och beredskap.

Redovisningen omfattar områden där det finns tillgängliga och aktuella uppgifter.

<sup>80</sup> Definitionen av vårdskada anges i 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL. Se också 1 kap. 6 § PSL, där patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada.

<sup>81</sup> Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

### Iakttagelser i korthet

- Regioner och kommuner efterlyser nationellt stöd för att utveckla det lokala patientsäkerhetsarbetet.
- Fram till 2023 har totalt 20 regioner och 82 kommuner eller stadsdelsförvaltningar tagit fram lokala handlingsplaner för ökad patientsäkerhet
- Andelen vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk vård för vuxna har ökat 2022 i jämförelse med 2021, medan andelen vårdperioder med vårdskador inom allmänpsykiatri för vuxna aldrig har varit så låg som 2022.
- Skador och vårdskador ökade hos patienter som vårdades på en utlokaliserad vårdplats. Den vanligaste skadetyper var vårdrelaterad infektion.
- På sjukhusen hade var tredje riskpatient trycksår. En tidig riskbedömning är viktig så att förebyggande åtgärder snabbt kan sättas in, vilket endast genomfördes hos drygt 50 procent av riskpatienterna.
- En europeisk mätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) visar att var tionde patient hade minst en pågående VRI vid mättillfället. Vanligast förekommande var nedre luftvägsinfektion eller pneumoni och postoperativa infektioner.
- Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i regionerna fortsätter att minska. För att upprätthålla hög följsamhet krävs kontinuitet med utbildningsinsatser, regelbundna uppföljningar och stöd till verksamhetsledning i det dagliga arbetet.
- Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka i Sverige. Tack vare det förebyggande arbete som bedrivs är läget betydligt gynnsammare än i många andra europeiska länder.
- I samtliga regioner i landet saknas det disponibla vårdplatser på akutsjukhusen. Tillgången till vårdplatser är mindre än behovet och medför överbelastade akutmottagningar.

## Samverkan – en förutsättning för säker vård

Patienten som medskapare är en grundläggande förutsättning för en säker vård, både i Sveriges nationella handlingsplan och i WHO:s globala handlingsplan. Samtidigt är patienter, brukare och närstående en underutnyttjad resurs i arbetet för en säker vård.

Samverkan mellan olika aktörer, både lokalt och internationellt, är också en förutsättning för en säker vård. Regioner och kommuner anser dock att samarbetet på lokal och regional nivå, till exempel vid framtagande av lokala handlingsplaner, behöver utvecklas.

## Sverige deltar i internationell och nordisk samverkan

Sverige medverkar på olika sätt i det globala patientsäkerhetsarbetet, som leds av WHO. Samverkan gäller bland annat den globala handlingsplanen *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* och planeringen för den internationella patientsäkerhetsdagen.

Under 2023 har även det nordiska samarbetet stärkts, då företrädare från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige har träffats. Syftet med samverkan är att utbyta erfarenheter, lära av varandra och hitta gemensamma frågor att samverka kring. Områden som nationella strategier och handlingsplaner, uppföljning och analys på nationell nivå, utredning av händelser, kompetensmål och utbildningsinsatser har varit i fokus.

## Den nationella handlingsplanen bidrar till samverkan och ger stöd i patientsäkerhetsarbetet

En nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet lanserades i Sverige i januari 2020<sup>82</sup>. Handlingsplanens vision är ”en god och säker vård, överallt och alltid”, med det övergripande målet att ”ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada”. Vidare lyfts fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden fram, som belyser områden och faktorer som påverkar patientsäkerheten och utgör en struktur för nationella åtgärder. Planen vänder sig till regioner och kommuner och syftar till att

- stärka huvudmännen i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- vara ett stöd för deras arbete med att ta fram egna handlingsplaner.

Många aktörer bidrar till en säkrare vård, och representanter för myndigheter, organisationer och huvudmän samverkar om de nationella åtgärderna i handlingsplanen i ett nationellt råd för patientsäkerhet.

Antalet regioner som har tagit fram egna handlingsplaner för patientsäkerhet har ökat från 17 till 20 från 2022 till 2023<sup>83</sup>. Antalet kommuner med egna handlingsplaner ökar också, men andelen med egna handlingsplaner är fortfarande lägre än bland regionerna. Av de 254 kommuner som medverkade i uppföljningen (varav 10 var separata stadsdelsförvaltningar i Stockholm stad) hade 82 handlingsplaner, vilket var en ökning med 38 kommuner. Vidare hade 56 kommuner beslutat att ta fram en handlingsplan och 101 arbetade med att ta fram handlingsplaner. Regioner och kommuner lyfter fram att den nationella handlingsplanen bidragit till ett ökat

---

<sup>82</sup> Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

<sup>83</sup> Socialstyrelsen följer på flera sätt upp genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

systematiskt patientsäkerhetsarbete, men påpekar att handlingsplanens effekt ännu inte går att utvärdera fullt ut<sup>84</sup>.

## Ändrade roller i patientsäkerhetsarbetet

SKR har under åren 2011–2022 haft överenskommelser med regeringen i syfte att stärka patientsäkerheten i regioner och kommuner. Från och med 2023 har överenskommelsen avslutats, och därmed finansieringen av SKR:s arbete. Från att ha haft patientsäkerhet som utvecklingsområde övergår SKR därför till att endast intressebevaka området. Den nationella samverkansgruppen NSG<sup>85</sup> patientsäkerhet och Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) har från och med november tagit över flera av SKR:s tidigare produkter, som mallar och handböcker.

## Ökad kunskap om inträffade vårdskador leder till bättre vård

Genom att identifiera, utreda och mäta skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för att utforma åtgärder och prioritera insatser.

Riksrevisionen har granskat om statens insatser är tillräckligt effektiva för att vårdskador och missförhållanden ska kunna förhindras<sup>86</sup>. Bedömningen är att statens insatser inte varit tillräckliga. Riksrevisionen menar också att verksamheternas ansvar för att informera enskilda och deras närstående, och ge dem möjlighet att vara delaktiga i utredningar, behöver stärkas. Styrningen och uppföljningen av arbetet med att förhindra vårdskador och missförhållanden i vården och omsorgen om äldre behöver utvecklas ytterligare. Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen behöver utveckla sin samverkan i arbetet med att förhindra missförhållanden och vårdskador.

Ett intensivt förbättringsarbete pågår inom området, bland annat genomförs en utredning om språkkrav i äldreomsorgen. Tidigare har även Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg inrättats, och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram ett förslag till nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning<sup>87</sup>.

---

<sup>84</sup> Uppföljning av handlingsplanens genomförande 2023. Hämtad 2024-02-07 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>.

<sup>85</sup> Nationella samverkansgrupper är en del av den svenska kunskapsstyrningsstrukturen. Läs mer här: <https://kunskapsstyrningvard.se/>.

<sup>86</sup> Regeringsskrivelse (Skr 2022/23:141) Hämtat 2023-11-26 från <https://www.regeringen.se/>.

<sup>87</sup> Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (Dn S2023/00256) Hämtat 2023-11-26 från <https://www.regeringen.se/>.



## Markörbaserad journalgranskning främjar patientsäkerhet

Ett sätt att identifiera och utreda vårdskador är att regelbundet granska slumpvis utvalda journaler enligt metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Den metoden har använts av akutsjukhusen sedan 2013.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en viktig källa för att följa utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Granskningsresultaten visar på att det behövs fortsatta åtgärder för att förebygga vårdskador och därmed förenat lidande, förlängda vårdtider och kostnader, inte minst för äldre patienter. Andra insatser som är av vikt i det fortsatta arbetet för att stärka patientsäkerheten är att förebygga behov av återinskrivningar och vård på utlokaliserade platser, samt att fortsatt följa utvecklingen av skador och vårdskador genom journalgranskning.

## Skador och vårdskador inom somatisk sjukvård ökar igen

Med hjälp av markörbaserad journalgranskning har drygt 126 000 vårdtillfällen granskats i den vuxna somatiska vården på sjukhus. Under 2022 deltog sjukhusen i 19 av 21 regioner, och totalt granskades 8 249 vårdtillfällen<sup>88 89</sup>.

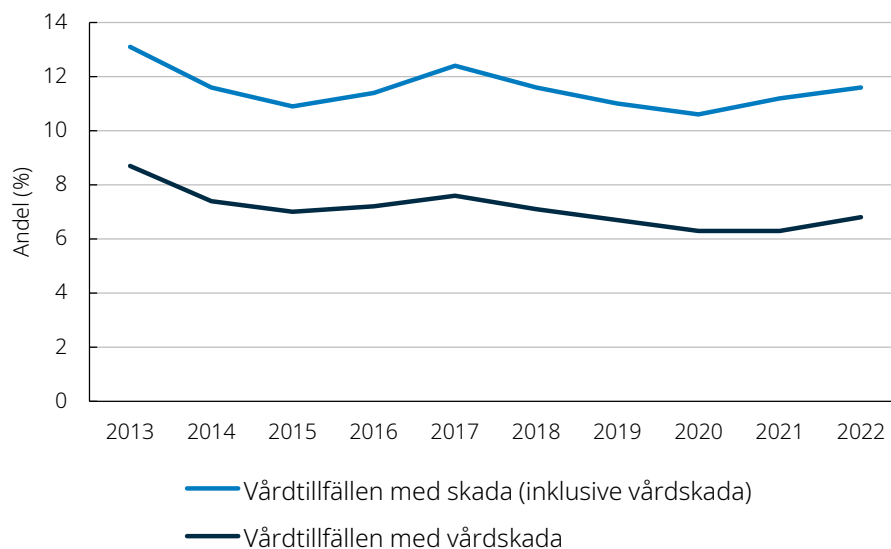
Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador har ökat mellan 2021 och 2022. Totalt sågs minst en skada vid 11,6 procent av vårdtillfällena och i 6,8 procent av vårdtillfällena minst en vårdskada (undvikbar skada).

---

<sup>88</sup> Markörbaserad journalgranskning – Skador i somatisk vård 2013–2022 på nationell nivå. Stockholm: SKR; 2024-01-08.

<sup>89</sup> Statistiken i avsnittet kommer från SKR:s sammanställning Markörbaserad journalgranskning – Skador i somatisk vård 2013–2022 på nationell nivå.

**Figur 42. Andel vårdtillfällen med skador respektive vårdskador 2013-2022.**



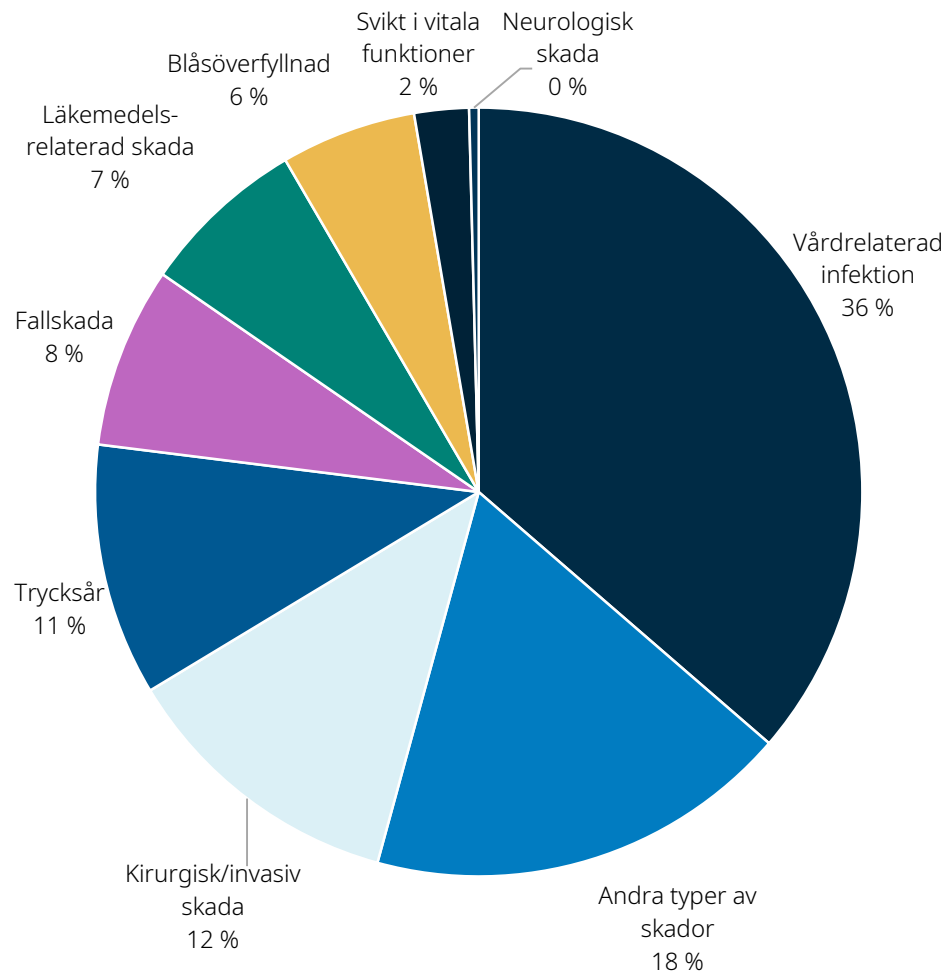
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

### Var tredje skada är en vårdrelaterad infektion

Den vanligaste skadetyper är vårdrelaterade infektioner (VRI), som utgör en tredjedel av alla skador, se figur 43. Andelen vårdtillfällen med VRI hade ökat mellan 2021 och 2022. Ökningen kan ha att göra med att patienter med covid-19 ingått i journalgranskningen för somatisk vård under 2022, efter att tidigare år ha redovisats separat.

### Figur 43. Fördelning av skadetyper. Somatisk akutsjukvård av vuxna.

Markörbaserad journalgranskning 2022. I granskningen av 8 249 journaler identifierades 1 193 skador fördelade på 957 patienter, 18 år eller äldre.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.

### Vanligare med oplanerad återinskrivning och fler återinskrivna har skador

Under 2022 återinskrevs 15,5 procent av patienterna oplanerat inom 30 dagar efter ett slutenvårdstillfälle, alltså mer än var sjunde patient. Motsvarande siffra för 2019 var 13 procent. Oplanerade återinskrivningar kan ha flera orsaker, till exempel att patienten visade sig ha ett fortsatt vårdbehov. En allt för vanlig anledning till återinskrivning är dock vårdbehov på grund av skada eller vårdskada. Av dem som återinskrivits 2022 hade 23 procent minst en skada och 13 procent en vårdskada. Av dem som inte återinskrivits hade 10 procent en skada och 6 procent en vårdskada. Det talar för att uppkomna vårdskador bidrar till att patienter behöver skrivas in igen för ytterligare vård. Variationen mellan olika specialiteter är stor när det gäller oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Högsta andelen patienter som blev oplanerat återinskrivna fanns inom geriatrisk vård med 18,4 procent och allmänkirurgisk vård med 18,2 procent.

## Skador och vårdskador ökar hos utlokaliserade patienter

Av de patienter som vårdades på en utlokaliserad vårdplats, det vill säga en vårdplats på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten, hade 12,7 procent minst en skada 2021. År 2022 hade 23,4 procent minst en skada. Orsaker till den stora ökningen kan vara att patienter och personal under coronapandemin omfördelats inom sjukhusvården, och att tillgången till den kompetens patienten behövde därför var påverkad. Den vanligaste skadetyper hos utlokaliserade patienter är VRI.

## Medelvårdtiden fortfarande dubbelt så lång vid vårdskada

Av 1,2 miljoner vårdtillfällen inom somatisk vuxenvård i Sverige 2022 inträffade vårdskador vid 6,8 procent av vårdtillfällen. Detta innebär att minst en vårdskada inträffat vid drygt 81 000 vårdtillfällen. Medelvårdtiden för patienter som fått skador är, liksom tidigare år, i genomsnitt dubbelt så lång som för dem utan skador. Medelvårdtiden för 2022 var 6,2 vårddygn för vårdtillfällen utan skador. Motsvarande siffra för vårdtillfällen med minst en vårdskada var 13,4 vårddygn. Ett vårdtillfälle med minst en vårdskada är alltså i genomsnitt 7,2 vårddygn längre. Det innebär att drygt 585 000 extra vårddygn behövdes för patienter som drabbats av vårdskador under 2022. Om varje vårddygn kostar 14 000 kronor, kan kostnaden för den extra vårdtiden beräknas till drygt 8 miljarder kronor för ett år.

## Antalet vårdskador har långsiktigt blivit färre

Andelen vårdtillfällen med vårdskador var 8 procent 2018. Det innebär att vårdskador inträffade vid drygt 110 000 vårdtillfällen per år. I 2022 års granskning är andelen vårdtillfällen med vårdskador 6,8 procent. Samtidigt har det totala antalet vårdtillfällen också minskat. Det betyder att vårdskador uppskattningsvis inträffade vid drygt 81 000 vårdtillfällen inom slutenvård på sjukhus 2022.

Vårdskador har varit en bidragande orsak till att patienter avlidit vid cirka 1 400 vårdtillfällen 2022. Denna siffra har varit oförändrad under de senaste åren. Det är de lindriga skadorna som har minskat mest, vilket inte påverkar förekomsten av dödsfall.

Liksom tidigare år är det även 2022 fler äldre patienter än yngre som drabbas av skador och vårdskador. Läs mer om äldre i rapporten *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2024*.

## Färre skador och vårdskador inom psykiatrisk vård för vuxna

Sedan 2017 pågår ett systematiskt arbete inom både allmänpsykiatri och rättspsykiatri för vuxna, med syfte att uppmärksamma patientsäkerheten och

minska förekomsten av vårdskador. Granskningsteam vid klinikerna granskar slumpvis valda journaler med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Resultaten från arbetet med journalgranskning med MJG inom psykiatri är ett viktigt incitament till fortsatta mätningar. Granskningen ger nationella siffror, men också underlag till förbättringsarbeten och uppföljning av egna resultat på lokal nivå. I dagsläget finns inga andra metoder för att mäta förekomst av skador och vårdskador inom vården.

Under år 2022 deltog 18 av 21 regioner i den markörbaserade journalgranskningen inom psykiatri<sup>90</sup>. Könsfördelningen i de granskade psykiatriska vårdperioderna var 51 procent kvinnor och 49 procent män, vilket är oförändrat jämfört med tidigare år. Genomsnittsåldern var 44 år för män och 43 år för kvinnor. I den yngre åldersgruppen (18–25 år) är det fler kvinnor än män, och i gruppen 45–64 år är det fler män än kvinnor. I övriga åldersgrupper är könsfördelningen relativt jämn. Denna fördelning har varit lika över tid.

### Skador och vårdskador fortsätter att minska inom allmänpsykiatri, och de flesta skadorna är mindre allvarliga

Andelen vårdperioder med skador har från 2021 till 2022 minskat från 11,0 till 9,8 procent. Förekomsten av vårdskador (bedömda som sannolikt undvikbara eller undvikbara) minskade från 3,9 till 2,1 procent av vårdperioderna. Andelen vårdperioder med vårdskador inom allmänpsykiatri har aldrig varit så liten som 2022. Av alla skador bedömdes 94 procent som mindre eller måttligt allvarliga. I 5 procent bedömdes allvarlighetsgraden som betydande, vilket innebär en bestående, måttlig funktionsnedsättning<sup>91</sup>.

Andelen av skadorna som bedöms vara undvikbara har minskat genom åren, från nästan hälften av alla skador 2017 till nuvarande 17 procent. Detta kan tala för att uppmärksamheten på undvikbara skador lett till arbete för att förbättra kvaliteten i vården och för att minska risken för undvikbara skador. Den vanligaste vårdskadan (undvikbara skadan) är ”förlängt sjukdomsförlopp”, som ses i 1,2 procent av de granskade journalerna. I förlängt sjukdomsförlopp ingår ”obehandlat sjukdomstillstånd”, ”otillräcklig behandlingseffekt”, ”avbruten behandling” och ”oväntad försämring av sjukdom”. Resultaten från 2022 är signifikant lägre än de från 2019.

Den vanligaste skadan inom allmänpsykiatri är ”avsiktligt självdestruktiv handling” som förekommer i 4,1 procent av de granskade vårdperioderna. Denna skada minskar inte på samma uttalade sätt. Avsiktligt självdestruktiva handlingar har bedömts som ej undvikbara i mycket större omfattning än andra skador, vilket innebär att de är svårare för vården att påverka, även om

<sup>90</sup> Skador inom psykiatrisk vård på nationell nivå 2022, Markörbaserad journalgranskning. Stockholm: SKR; 2024-01-08.

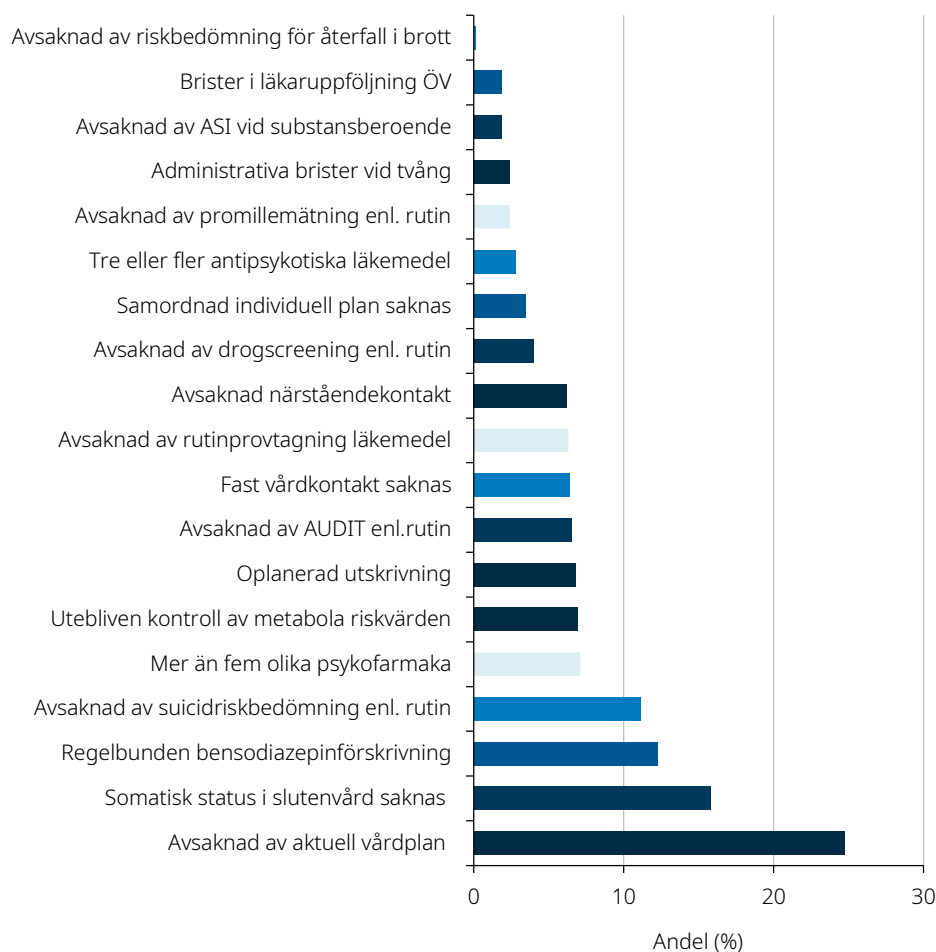
<sup>91</sup> Skador inom psykiatrisk vård på nationell nivå 2022, Markörbaserad journalgranskning. Stockholm: SKR; 2024-01-08.

de uppmärksammas. Kvinnor har en signifikant högre förekomst av vårdperioder med skador än män, men det finns ingen skillnad när det gäller vårdskador. Det är just skadetyperna ”avsiktligt självdestruktiv handling” som förklarar den högre förekomsten av skador hos kvinnor. Inom övriga skadeområden finns ingen signifikant skillnad mellan könen.

### Kvalitetsbrister fortsatt vanliga, men minskar

En markör är en uppgift i journalen som pekar på ett riskområde där skador kan förekomma. När en markör förekommer i en journal, ska journalen granskas noga för att man ska se om en skada har inträffat. En del av markörerna inom psykiatrisk journalgranskning pekar direkt på kvalitetsbrister inom vården. Kvalitetsbrister är vanligt förekommande, och i 55 procent av alla granskade journaler fanns en eller flera kvalitetsbristmarkörer. Detta är dock en signifikant minskning jämfört med tidigare år: 2019 (68 procent), 2020 (63 procent) och 2021 (60 procent).

**Figur 44. Vårdperioder med kvalitetsbristmarkörer. Allmänpsykiatrisk vård 2022.**



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Det finns ett samband mellan förekomst av kvalitetsbrister och skador: vid de vårdtillfällen där det finns kvalitetsbrister konstateras en signifikant större förekomst av skada. Resultaten talar för att den uppmärksamhet på kvalitetsbrister, som MJG-resultaten ger, har lett till att man arbetat med följsamhet till riktlinjer och standardiserade arbetssätt, vilket kan höja kvaliteten. Minskad förekomst av kvalitetsbristmarkörer kan därför tolkas som att kvaliteten i vården har blivit bättre.

### Ingen minskning av skador och vårdskador inom rättspsykiatri

Den vanligaste skadetypen inom rättspsykiatri är ”metabol påverkan”, och den vanligaste kvalitetsbristen är ”brister i kontroll av metabola riskvärden”. Med tanke på att det är vanligt att patienter inom rättspsykiatri har förhöjt BMI och obesitas, finns här ett stort förbättringsutrymme.

Inom rättspsykiatri syns under 2022 ingen signifikant skillnad vad gäller skador och vårdskador jämfört med tidigare år. Vid 18 procent av vårdperioderna identifierades skador. Vid knappt 8 procent av vårdperioderna identifierades vårdskador, vilket är något lägre än 2019, men innebär en ökning jämfört med 2020–2021. Könsfördelningen bland patienterna i de 385 granskade vårdperioderna är 11 procent kvinnor och 89 procent män. Genomsnittsåldern för både män och kvinnor är 39 år.

Av de identifierade skadorna bedömdes 36 procent som undvikbara. ”Åtgärd utan laga stöd” och ”förlängt sjukdomsförlopp” är de skadeområden som i störst omfattning bedömdes som undvikbara. Av alla skador bedömdes 86 procent som mindre eller måttligt allvarliga. Andelen vårdperioder med identifierade kvalitetsbristmarkörer har minskat från 85 procent 2019 till 69 procent 2022.

### Skillnad i läkemedelsrelaterade skador mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri

Kvalitetsbristerna i rättspsykiatri är i hög utsträckning kopplade till läkemedel. Rättspsykiatri har i jämförelse med allmänpsykiatrisk vård en signifikant högre andel läkemedelsrelaterade skador. De läkemedelsrelaterade skadorna bedöms också i lägre grad vara undvikbara inom rättspsykiatri jämfört med inom allmän psykiatri.

Förutsättningarna för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri och allmänpsykiatri skiljer sig åt. Resultatet talar ändå för att det råder stora skillnader i arbetssätt och hantering av läkemedel inom allmän- och rättspsykiatri, trots att det till stor del är samma typ av läkemedel som används. Dessutom tycks synen på undvikbarhet skilja sig åt mellan specialiteterna, eftersom man inom allmänpsykiatri i större utsträckning bedömer skadorna som undvikbara.

## Markörbaserad journalgranskning inom andra områden

Inom barn- och ungdomspsykiatrien pågår utbildning och implementering av markörbaserad journalgranskning, MJG, sedan 2021. Resultatet av granskningen ger inom varje verksamhet underlag för diskussion om risker och prioritering bland åtgärder för att förebygga vårdskador inom ramen för det lokala patientsäkerhetsarbetet. Någon teknisk möjlighet att kunna samla granskningsresultat på nationell nivå finns ännu inte.

Metoden MJG kommer nu även att introduceras inom hemsjukvården för att öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador. Därigenom kan underlaget förbättras för ett förebyggande arbete för ökad patientsäkerhet.

## Högt deltagande i europeisk mätning av vårdrelaterade infektioner

ECDC:s punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikabehandling vid akutsjukhus utfördes under april–maj 2023<sup>92</sup>.

Resultaten pekar på ett antal förbättringsområden:

- Arbeta förebyggande och enligt riktlinjer för att minska antalet VRI med fokus på de vanligaste infektionerna.
- Öka följsamheten till behandlingsrekommendationer för vanliga bakteriella infektioner och kirurgisk profylax.
- Förbättra organisatoriska förutsättningar som ökar möjligheten till ett patientsäkert arbete.

I Sverige medverkade alla regioner, med sammanlagt 54 akutsjukhus (inklusive alla universitetssjukhus) och 13 588 patienter, i den europeiska mätningen. Av alla patienter som ingick i mätningen hade 10,3 procent minst en pågående vårdrelaterad infektion vid mättillfället, med variationer i prevalens beroende på specialitet. De vanligaste infektionerna var nedre luftvägsinfektioner eller pneumoni och postoperativa infektioner, följt av urinvägsinfektioner och BSI eller systemiska infektioner. Flest infektioner uppstod vid nuvarande sjukhus, och patienter med vårdrelaterade infektioner hade varit inskrivna fyra dagar längre än patienter utan (medianvärde). Många infektioner hade också sitt ursprung från kommunal vård och omsorg. Urinvägskateter, intubering, central venkateter och kirurgi ökade risken för VRI, och hos patienter med flera riskfaktorer hade en större andel minst en pågående VRI.

---

<sup>92</sup> Europeisk punktprevalensmätning (ECDC PPM) på sjukhus. Hämtad 2023-11-22 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.



Av patienter med identifierad vårdrelaterad infektion hade 36,1 procent minst en pågående antibiotikabehandling vid mättilfället, och 53,4 procent av dessa behandlades med bredspektrumantibiotika. Resultaten visar att det finns ett behov av att öka följsamheten till rekommendationer för behandling av komplicerade urinvägsinfektioner, lunginflammation och för förebyggande behandling inför operation.

Flera organisatoriska förutsättningar påverkar arbetet med vårdrelaterade infektioner och ansvarsfull antibiotikaanvändning. Flera sjukhus nådde inte upp till rekommenderade nivåer för personalresurser för vårdhygien och Stramaarbete. Dessutom var beläggningsgraden hög vid mättilfället. För en tredjedel av sjukhusen var beläggningsgraden över 100 procent (exklusive intensivvård).

Mer än 80 000 patienter drabbas varje år av vårdrelaterade infektioner, enligt uppskattningar baserade på resultaten i denna mätning. Enligt tidigare bedömningar är mellan hälften och en tredjedel av dessa infektioner undvikbara. Den förlängda vårdtiden som ses hos patienter med vårdrelaterade infektioner medför stora kostnader för sjukvården.

Läs mer om antibiotikaanvändning och Sveriges arbete för att främja en ansvarsfull antibiotikaanvändning i avsnittet *Tillförlitliga och säkra system och processer* i detta kapitel.

## Trycksår i slutenvård är fortfarande på en hög nivå

Cirka 14 procent av patienterna i slutenvård hade trycksår (kategori 1–4)<sup>93</sup> enligt den årliga punktprevalensmätningen av trycksår<sup>94</sup>. Trycksår var vanligast i åldersgruppen 85 år och äldre – 17,8 procent för kvinnor och 20,8 procent för män.

Trycksårsförekomsten i slutenvård har legat omkring 14 procent sedan år 2011, med undantag för mätningarna år 2019 och 2020 då förekomsten var drygt 12 respektive drygt 11 procent. Variationen mellan regionerna är fortfarande stor: från 7 procent i den region som har lägst förekomst, till 20 procent i den som har högst. Variationen indikerar att det går att minska förekomsten genom förebyggande insatser. Studier visar också att nya riskbedömningsverktyg kan vara hjälpsamma för att bättre identifiera riskpatienter i rätt tid, och på så sätt kunna förebygga att trycksår uppstår<sup>95</sup>.

---

<sup>93</sup> Kategori 1–4 inkl. ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada. De allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

<sup>94</sup> Punktprevalensmätningen genomfördes av SKR, vecka 37 2023. I mätningen ingick 6 373 patienter, 18 år och äldre i slutenvård (exklusive rättspsykiatrisk vård). 16 regioner deltog. Region Gotland, region Kronoberg, region Stockholm, region Sörmland och region Västerbotten avstod från att delta i mätningen. För Västra Götalandsregionen ingick ett sjukhus i mätningen.

<sup>95</sup> Nytt instrument hittar fler trycksår. Hämtad 2023-11-14 från <https://swenurse.se/>.

## Klagomål och anmälningar ökar

Synpunkter och klagomål från invånare ska tas tillvara. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalens anmälningar ska de utgöra underlag för förbättringar som bidrar till att vården blir bättre och säkrare. I detta avsnitt beskrivs

- patienters och närståendes klagomål till patientnämnderna<sup>96</sup>
- patienters och närståendes klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)<sup>97</sup>
- vårdgivares lex Maria-anmälningar<sup>98</sup>.

Klagomålen till patientnämnderna från patienter och närstående ökade 2023 jämfört med föregående år. Under året tog patientnämnderna emot 41 896 klagomål jämfört med 40 261 klagomål 2022. De mest frekventa ärendetyperna under 2023 var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet<sup>99</sup>.

Under 2023 inkom 5 953 klagomål från patienter och närstående till IVO och 6 089 beslutades<sup>100</sup>. Vissa av de beslutade klagomålen har alltså inkommit före 2023. Av de beslutade klagomålen utreddes 26 procent i sak. I totalt 700 ärenden<sup>101</sup> riktade IVO kritik mot vårdgivare, jämfört med i 669 ärenden förra året.

### Tabell 1. Klagomål till IVO enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Antalet inkomna och beslutade klagomål enligt patientsäkerhetslagen 2016–2022.

Klagomål	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Inkomna klagomål</b>	7 181	8 340	5 511	6 014	6 275	6 437	6 200	5 953
<b>Beslutade klagomål</b>	7 087	7 562	8 370	5 792	6 161	6 250	5 846	6 089

\* Sedan den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet, 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 äldreomsorg. I kritiken från IVO var vård och behandling och diagnostisering vanligast. De flesta av de ärenden som ledde till kritik

<sup>96</sup> Från och med den 1 januari 2018 utgör vårdgivare tillsammans med patientnämnderna första linjen i klagomålssystemet. Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

<sup>97</sup> IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

<sup>98</sup> Vårdgivaren är skyldig att till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, enligt 3 kap. 5 § PSL. Detta kallas lex Maria.

<sup>99</sup> Uppgift från Patientnämndernas kansli, Region Skåne, 2024-02-01.

<sup>100</sup> IVO är skyldig att utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL efter att vårdgivaren har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

<sup>101</sup> På grund av handläggningstider kan ärenden som anmäldes före 2022 ingå i antalet.

från IVO gällde personer i åldersgruppen 30–49 år, och bland dessa rörde fler ärenden kvinnor än män<sup>102</sup>.

Under 2023 ökade antalet lex Maria-anmälningar jämfört med 2022, se tabell 2<sup>103</sup>. Nästan hälften (1 151 anmälningar) gällde personer i åldersgruppen 65 år eller äldre<sup>104</sup>. Sedan 2018 har flest beslutade ärenden gällt kirurgisk specialistsjukvård och primärvård<sup>105</sup>. Ärendena gäller oftast vård och behandling följt av diagnostisering. IVO fattade beslut i 2 290 ärenden<sup>106</sup> och flest beslutade ärenden hade verksamhetsområde somatisk specialistvård Kirurgi, med 451 stycken.

**Tabell 2. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2016–2022.**

Lex Maria	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Inkomna ärenden</b>	2 465	2 679	2 009	2 270	2 170	2 263	2 076	2 333
<b>Avslutade ärenden</b>	2 494	2 752	2 256	2 110	2 104	2 267	2 028	2 290

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

När regioner och kommuner inkluderar ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen, kan de förstärka både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet. Ett sätt att göra detta är att standardisera processer och minska oönskade variationer.

## Fortsatt 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 2023 genomfördes en mätning av följsamheten till hygienrutiner och klädregler i 14 regioner bland 17 109 medarbetare. Deltagandet var lägre än i mätningen våren 2022, då 18 831 observationer gjordes i 15 regioner. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler var 77 procent, jämfört

<sup>102</sup> Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL). Hämtad 24-01-26 från <https://www.ivo.se/>.

<sup>103</sup> 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).

<sup>104</sup> Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 24-01-26 från <https://www.ivo.se/>.

<sup>105</sup> Primärvård utom hemsjukvård.

<sup>106</sup> Antalet beslutade ärenden skiljer sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider. Ärenden anmälda före 2023 ingår bland de beslutade ärendena för 2023, och alla ärenden som inkommit 2023 hinner inte beslutas under 2023.

med 79 procent 2022. Liksom vid tidigare mätningar var spridningen mellan regionerna stor, från 66 till 88 procents följsamhet. Flertalet regioner har dock ett bättre resultat än 2022. Variationen är också fortsatt stor mellan yrkesgrupper, från 67 till 83 procents följsamhet. Följsamheten till klädregler fortsätter att vara högre än till hygienrutiner<sup>107</sup>.

## Strama – nationell plattform för ändamålsenlig antibiotikaanvändning

Strama är numera en del av programområde Infektion inom den nationella kunskapsstyrningsstrukturen. Strama består av

- Nationell arbetsgrupp (NAG) Strama<sup>108</sup>
- regionernas Stramagrupper
- Stramanätverket.

Sverige har under lång tid haft en gynnsam situation jämfört med många andra länder när det gäller antibiotikaresistens hos bakterier som orsakar sjukdom hos människor. Trots det goda läget finns det problem med kontinuerligt ökande antibiotikaresistens och smittspridning inom hälso- och sjukvården<sup>109</sup>.

Sverige är fortfarande ett av de EU-länder som har lägst antibiotikaförbrukning. Särskilt inom öppen vård är den totala antibiotikaförsäljningen och andelen bredspektrumantibiotika långt under genomsnittet för EU/EEA. Även inom slutenvård ligger Sverige under genomsnittet när det gäller andelen bredspektrumantibiotika i relation till den totala antibiotikaförsäljningen. Andelen är dock hög i jämförelse med övriga nordiska länder<sup>110</sup>.

Som kärnindikator 3 visade, har antibiotikaförsäljningen inom öppen vård ökat under 2023, även om den fortfarande ligger lägre än före coronapandemin. Försäljningen under 2023 är högre än 2022, 2021 och 2020, men är cirka 5 procent lägre än 2019. Under 2023 ökade försäljningen av antibiotika på recept med 8,0 procent jämfört med 2022. Ökningen beror främst på försäljningen av luftvägsantibiotika samt försäljningen som gäller barn i åldersgruppen 0–6 år.

---

<sup>107</sup> Resultatmätning av följsamhet hygienrutiner och klädregler. Hämtad 2023-11-20 från <https://skr.se/skr/>.

<sup>108</sup> Nationella arbetsgrupper är en del av den svenska kunskapsstyrningsstrukturen. Läs mer här: <https://kunskapsstyrningvard.se/>.

<sup>109</sup> Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala: Swedres-Svarm; 2022 ISSN2001-7901.

<sup>110</sup> Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2023.

## Resistensutvecklingen och förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier ökar

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.

### Exempel – Antibiotikaresistenta bakterier

Ett stort problem är den ökande förekomsten av ESBL hos tarmbakterier. Bakterier med ELBL bär på enzymer som gör dem resistenta mot antibiotikagrupperna betalaktamer. För närvarande finns ESBL hos 7 procent av *Escherichia coli* från blododlingar. I andra europeiska länder rapporteras om 6–40 procent<sup>111</sup>. Ett särskilt 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<sup>112</sup>. Förekomsten av MRSA (meticillinresistenta gula stafylokocker) minskar i Europa, och 2022 var resistensen vid allvarliga infektioner 15 procent. I Sverige var andelen 2 procent.

Ett annat orosmoln är tarminfektioner orsakade av bakterien *Clostridium difficile*, som tillhör de vanligaste vård- och antibiotikarelaterade infektionerna. Sverige har under många år legat relativt stabilt vad gäller dessa infektioner, men från 2021 till 2022 har antalet fall ökat från 61 till 65 per 100 000 invånare och år. Det finns dock stora regionala skillnader<sup>113</sup>. Utmaningen är att denna infektionstyp ofta orsakas av överanvändning av antibiotika, och den är därför mycket svår att behandla effektivt.

## Tandläkare förskriver allt mindre antibiotika

Tandvården står för 6,6 procent av öppenvårdsförskrivningen av antibiotika under 2022<sup>114</sup>. Sedan 2007 har förskrivningen inom tandvården minskat med hälften, och den har fortsatt att minska mellan 2017 och 2022. Skillnaden mellan regionerna är stor. I regioner med större tätorter förskriver tandläkare

<sup>111</sup> Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2023.

<sup>112</sup> Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala: Swedres-Svarm; 2022. ISSN2001-7901.

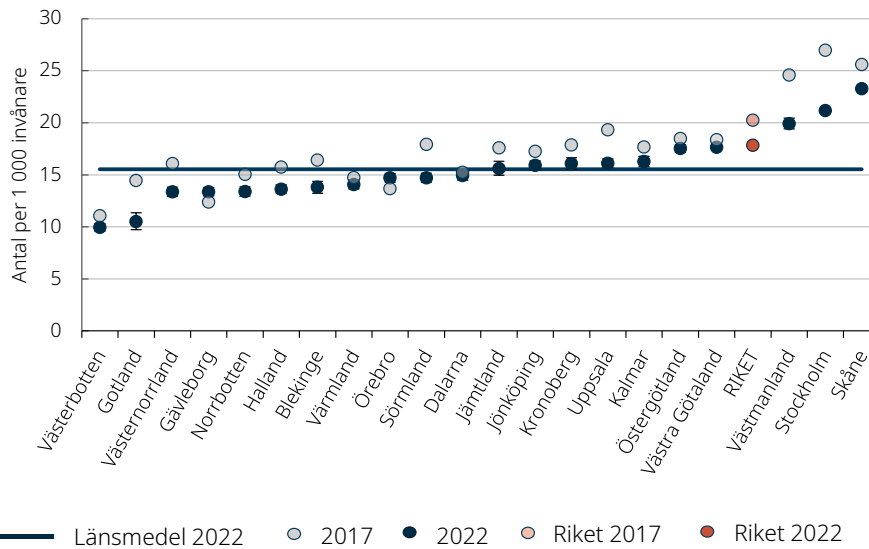
<sup>113</sup> Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala: Swedres-Svarm; 2022. ISSN2001-7901.

<sup>114</sup> Sales of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. Solna/Uppsala: Swedres-Svarm; 2022. ISSN2001-7901.

oftare antibiotika för tandinfektioner än i regioner med en större andel glesbygdskommuner. Sammantaget samvarierar många av skillnaderna i antibiotikaförskrivning inom tandvården med besöksmönstren i befolkningen, på så vis att antal recept på antibiotika som förskrivs av tandläkare korrelerar med antalet besök hos tandläkare.

#### Figur 45. Antibiotikaförskrivning i tandvården.

Antal uthämtade recept på antibiotika förskrivet av tandläkare, oavsett preparat, per 1 000 invånare under 2017 och 2022 fördelat på region.

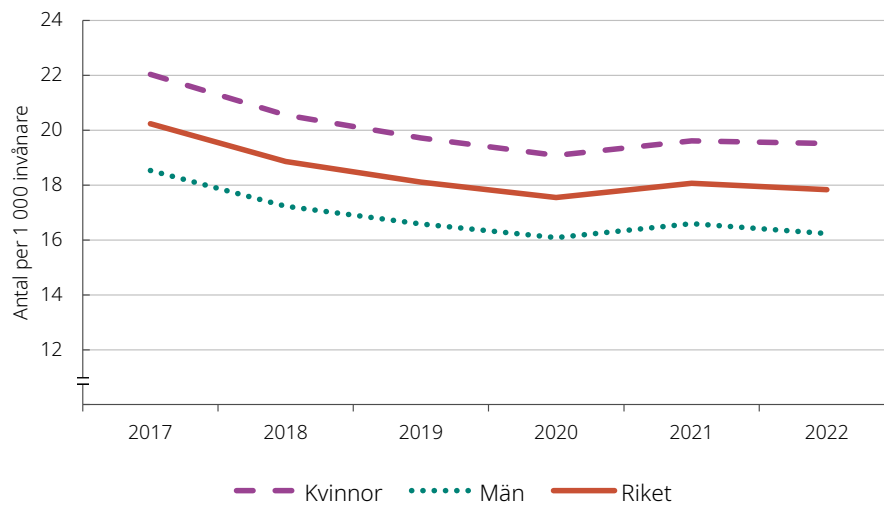


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Män besöker tandvården mer sällan än kvinnor och får också antibiotika utskrivet i mindre omfattning. Antibiotikaförskrivningen minskar dock lika mycket mellan könen under perioden 2017 och 2022, vilket snarare tyder på att minskningen är en effekt av Stramas arbete än ett förändrat besöksmönster.

### Figur 46. Antibiotikaförskrivning bland män och kvinnor.

Antal uthämtade recept på antibiotika förskrivet av tandläkare, oavsett preparat, per 1 000 invånare under 2017 och 2022 fördelat på kön.

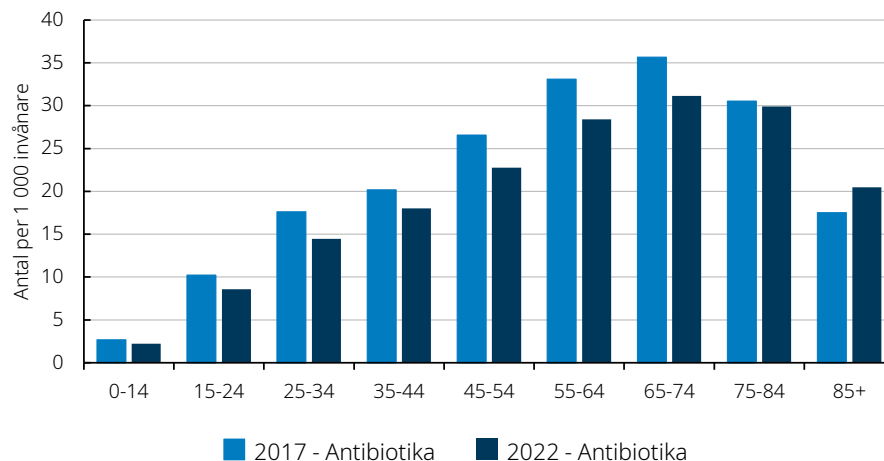


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Äldre personer besöker tandvården i högre utsträckning än yngre och har generellt sett ett större behov av tandvård. Detta reflekteras också i andelen antibiotikaförskrivningar.

### Figur 47. Antibiotikaförskrivning bland olika åldersgrupper.

Antal uthämtade recept på antibiotika förskrivet av tandläkare, oavsett preparat, per 1 000 invånare under 2017 och 2022 fördelat på ålder.



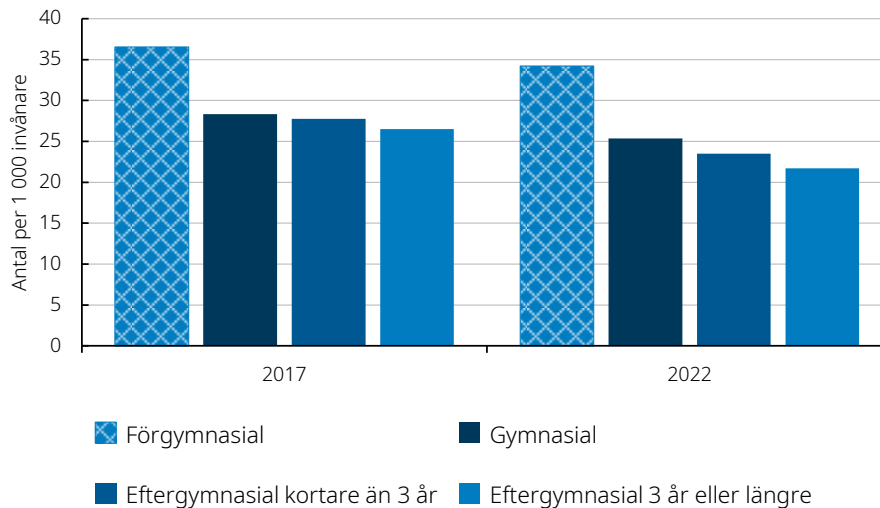
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Antibiotikaförskrivningen uppvisar dock ett avvikande mönster när man jämför personer med olika utbildningsnivå. Personer med endast förgymnasial utbildningsnivå besöker tandvården i lägre utsträckning än den övriga befolkningen och gör oftare sina tandvårdsbesök uteslutande i samband med akuta tillstånd. Detta avspeglas också i

antibiotikaförskrivningen där personer med förgymnasial utbildningsbakgrund förskrivs antibiotika i betydligt högre omfattning än den övriga befolkningen. Förskrivningen minskar inte heller lika mycket mellan 2017 och 2022 bland personer med förgymnasial utbildningsnivå som för exempelvis personer med eftergymnasial utbildningsnivå.

#### Figur 48. Antibiotikaförskrivning relaterad till utbildningsnivå.

Antal uthämtade recept på antibiotika förskrivet av tandläkare, oavsett preparat, per 1 000 invånare under 2017 och 2022 fördelat på utbildningsnivå.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

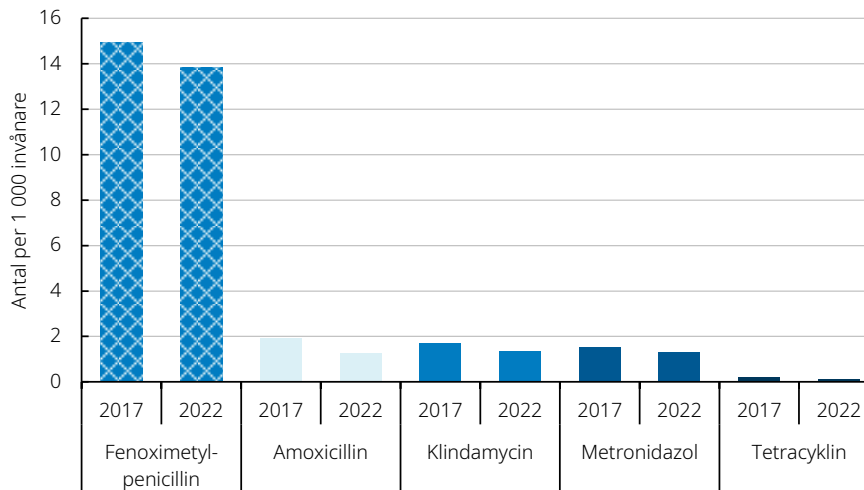
#### Alla typer av antibiotika inom tandvården minskar

Förskrivningen av samtliga typer av antibiotika som förskrivs inom tandvården minskar mellan 2017 och 2022. Fenoximetylpenicillin, som är ett läkemedel med relativt låg risk för resistensutveckling, minskar, men är det som oftast förskrivs. Även klindamycin med högre risk för biverkningar och resistensutveckling minskar. Amoxicillin minskar mest under perioden, vilket kan förklaras av tillfälliga restnoteringar inom vissa beredningformer.



### Figur 49. Antibiotikaläkemedel i tandvård.

Antal uthämtade recept på antibiotika förskrivet av tandläkare per 1 000 invånare under 2017 och 2022, i åldersgruppen 35–74, fördelat på de vanligaste förskrivna läkemedlen inom tandvården.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Antalet disponibla vårdplatser minskar

Tillgängligheten till vården, och därmed patientsäkerheten, är starkt relaterad till antalet vårdplatser. I samtliga regioner påtalas en brist på disponibla vårdplatser. Tillgången till vårdplatser är lägre än behovet och följderna blir att akutmottagningarna blir överbelastade, vilket medför ökad risk för vårdskador och död. Akutmottagningarna har varken bemanning eller anpassade lokaler för att ge patienter en patientsäker vård under en längre tid. Förutom de inskrivningsklara patienterna påverkas även nya patienter som kommer in. IVO har inom ramen för en nationell tillsyn granskat 27 sjukhus och riktat kritik mot samtliga<sup>115</sup>.

Antalet disponibla vårdplatser har mellan år 2012 och 2021 minskat med 20 procent för somatisk vård. Trots att befolkningen växt, har även slutenvårdskonsumtionen minskat – antalet vårdtillfällen har blivit mindre och vårdtiderna har blivit kortare. Samtidigt har andelen överbeläggningar och utlokaliseringar ökat. Beläggningsgraden i slutenvård ökade fram till coronapandemin. Under pandemin minskade den, men den är nu tillbaka på höga nivåer i många verksamheter. Det råder betydande patientsäkerhetsrisker i slutenvård på många sjukhus till följd av en allvarlig vårdplatsbrist<sup>116</sup>. Tillgången till vårdplatser är också en faktor som påverkar möjligheten att hantera vårdköer till vård som kräver specialiserad slutenvård.

<sup>115</sup> Vad har IVO sett 2022? Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2023.

<sup>116</sup> Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2023.

För att kunna bedöma den somatiska slutna vårdens behov av kapacitetsökning i form av disponibla vårdplatser har Socialstyrelsen under 2023 tagit fram riktvärden för antalet vårdplatser, både nationellt och i respektive region. Det behövs ytterligare totalt 2 300 disponibla vårdplatser i 20 av 21 regioner samt ytterligare 60 platser inom intensivvården. Detta är en ökning med 15 procent (respektive 12 procent för IVA). Behovet av disponibla vårdplatser varierar dock i regionerna, och ett antal regioner bedöms möta invånarnas behov med enbart en liten ökning. Det visar att det finns potential för regionerna att minska antalet vårdplatser genom att använda arbetssätt som minskar behovet av vårdplatser. Det är dock centralt att regionerna endast minskar antalet vårdplatser om de kan säkerställa att det finns tillräckligt många vårdplatser kvar för att möta behovet. I dagsläget är detta inte tillräckligt säkerställt<sup>117</sup>.

Vårdplatsbrist förklaras ofta med att det är brist på personal för att bemanna vårdplatser som egentligen finns. Det är en fråga som är svår att lösa på kort sikt, men ansträngningar behöver göras för att nå så långt som möjligt även i ett kortare perspektiv. Läs mer om personalförsörjning i avsnitten *Stöd för stärkt personalförsörjning* och *Personal- och kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara omställningen till en mer nära vård*.

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt, och det är viktigt att ha rätt kompetens och att agera på störningar i närtid. För att stärka patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården har ett antal kunskapsstödande produkter tagits fram av olika aktörer:

- vägledning för vårdhygieniskt arbete<sup>118</sup>
- utbildningen Basala hygienrutiner i vård och omsorg<sup>119</sup>
- säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet<sup>120</sup>.

Det pågår även arbete med att ta fram ytterligare stöd:

- kliniskt kunskapsstöd om att förebygga vårdrelaterad pneumoni
- vägledning om desinfektionsmedel och desinfektionsmetoder.

---

<sup>117</sup> Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>118</sup> Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kunskapsstöd vårdhygien. Hämtad 2023-11-27 från <https://kunskapsstyrningvard.se/>.

<sup>119</sup> Utbildningen lanserades 2020. Den är kostnadsfri och ligger öppen för alla i Socialstyrelsens utbildningsportal.

<sup>120</sup> Utbildningen lanserades i slutet av 2021. Den är kostnadsfri och ligger öppen för alla i Socialstyrelsens utbildningsportal.

## Arbete med ökad patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet

Intresset för vårdfrågor och patient- och anhöriginvolvering ökar generellt på alla nivåer inom hälso- och sjukvården, och flera initiativ och insatser pågår. Ett exempel är arbetet i den nationella arbetsgruppen (NAG) Patient- och närståendeeinvolvering inom regionernas system för kunskapsstyrning. NAG Patient- och närståendeeinvolvering<sup>121</sup>, har i uppgift att inventera nationellt och internationellt förekommande arbetsätt, metoder och verktyg för patienter och anhöriga. Arbetsgruppen är i slutfasen av uppdraget med att ta fram en vägledning för arbetet med patienter och närstående som medskapare i patientsäkerhetsarbetet<sup>122</sup>.

Det finns också andra exempel på olika nivåer:

- regeringens patientråd
- initiativ på olika myndigheter i syfte att stärka patient-, brukar- och närståendemedverkan
- regionala och lokala initiativ, som exempelvis Södersjukhusets patient- och närståenderåd<sup>123</sup>.

## Regioner och kommuner efterfrågar nationella insatser inom patientsäkerhet

Regioner och kommuner har liknande utmaningar och behov av nationellt stöd för sitt patientsäkerhetsarbete. Det som främst skiljer dem åt är hur omfattande behoven är<sup>124</sup>.

De brister som har framkommit är i hög grad kopplade till de grundläggande förutsättningar som vårdgivaren har att bedriva en säker vård<sup>125</sup>. I både regioner och kommuner finns till exempel utmaningar som har att göra med otydlighet och brister i ledning och styrning och i de ledningssystem som ska användas för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Otydligheten uppfattades bland annat bero på otillräcklig kunskap om patientsäkerhet. Andra gemensamma utmaningar handlar om att samverka inom och mellan vårdgivare, att arbeta med riskhantering samt att utveckla och tillämpa arbetsätt med patienten som medskapare.

---

<sup>121</sup> Insatsområde patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete. Hämtad 2024-01-26 från <https://kunskapsstyrningvard.se/>.

<sup>122</sup> Vägledningen beräknas skickas ut på remiss enligt rutin för kunskapsstyrningssystemet under första kvartalet 2024.

<sup>123</sup> Premiär för Södersjukhusets patient- och närståenderåd. Hämtad 2024-01-26 från <https://www.sodersjukhuset.se/>.

<sup>124</sup> Socialstyrelsen har analyserat samtliga 21 regioners och 97 kommuners patientsäkerhetsberättelser för år 2022. För regionerna analyserades också 14 lokala handlingsplaner för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsen gjorde även gruppintervjuer med företrädare för regioner och kommuner.

<sup>125</sup> Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

Regioner och kommuner efterfrågar nationellt stöd för att kunna vidareutveckla det lokala patientsäkerhetsarbetet. Den övergripande bilden av behoven är dels att det behöver finnas nationella kunskapsstöd, dels att stöden ska utvecklas och förvaltas i nationell samordning. Stöden behöver vara konkreta och målgruppsanpassade, och den nationella samordningen ska bidra till ett långsiktigt och hållbart patientsäkerhetsarbete. Det innebär bland annat att främja fortsatt arbete utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### **Regioner och kommuner uttrycker bland annat behov av nationella initiativ för att**

- stödja ledning och beslutsfattare på alla nivåer att utveckla kunskapen om patientsäkerhet, inklusive ledning och styrning av systematiskt patientsäkerhetsarbete
- öka nationellt fokus på en säker vård, bland annat genom att analys, uppföljning och resultat från patientsäkerhetsarbetet ska efterfrågas
- främja erfarenhetsutbyte och lärande, genom att samla och tillgängliggöra kunskap på och i nationella forum och nätverk
- skapa förutsättningar för kunskaps- och metodutveckling, genom att tillhandahålla metodstöd och utveckla och vidareutveckla metoder och verktyg inom patientsäkerhetsområdet.
- genomföra kompetenssatsningar, inklusive att se över möjligheterna att tydliggöra kompetensbehov i relation till ansvar och roller<sup>126</sup>.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en ökad beredskap. Hälso- och sjukvård ska flexibelt kunna anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden, och funktionaliteten ska kunna bibehållas även under oväntade förhållanden. Även patienten själv utgör en viktig del av beredskapen, inte minst genom att ha ett visst lager hemma av de läkemedel och medicintekniska produkter hon eller han använder för behandling av långvarig sjukdom. På så sätt bidrar patienten inte bara till sin egen trygghet, utan också till hälso- och sjukvårdens samlade försörjningsberedskap<sup>127</sup>.

I avsnittet *Brist på läkemedel påverkar både patienten och hälso-, sjuk- och tandvården* finns mer att läsa om läkemedelsbrist och egenberedskap, och i avsnittet *Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar utökas* beskrivs

<sup>126</sup> Dnr 82662/2023.

<sup>127</sup> Egenberedskap av läkemedel och förbrukningsartiklar. Hämtad 2024-01-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

det pågående arbetet med att generellt stärka Sveriges beredskap mer utförligt.

## Brist på läkemedel påverkar både patienten och hälso-, sjuk- och tandvården

### Iakttagelser i korthet

- Läkemedelsbrist<sup>128</sup> kan påverka patientsäkerheten negativt och innebära ökade kostnader för både patienter och samhället.
- Antalet restanmälda läkemedel ökar.
- Det pågår satsningar för att minska risken för läkemedelsbrist, genom att öka beredskapen för att klara olika former av störningar.
- Det finns behov av att en aktör tar det övergripande ansvaret att säkerställa att läkemedel finns tillgängliga.

Tillgång till läkemedel är nödvändig för i princip all hälso-, sjuk- och tandvård. Läkemedelsförsörjningen har visat sig vara sårbar, inte minst i samband med coronapandemin, då det rådde globalt kraftigt ökad efterfrågan på bland annat läkemedel som användes vid behandling av covid-19.

Sverige har generellt god tillgång på läkemedel. De allra flesta patienter får sina läkemedel i rätt tid, och vid bristsituationer finns det oftast fullgoda ersättningsprodukter. Men antalet restanmälda läkemedel, och därmed läkemedelsbristen, ökar, och det är något som måste tas på stort allvar. Rester och brister av läkemedel är egentligen inget nytt problem, men har blivit mer uppmärksammat de senaste åren. Det är inte unikt för Sverige utan frågan är aktuell såväl inom EU som globalt.

Rest- och bristsituationer skapar problem såväl för patienter som för apotekspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Så länge ingen aktör i Sverige har det övergripande, nationella ansvaret för läkemedelsförsörjningen, behöver patienter, organisationer och personal skapa egna lösningar i bristsituationer. Detta riskerar att leda till ojämlik läkemedelshantering och ojämlik vård.

---

<sup>128</sup> Läkemedelsbrist är effekten av en restsituation ur ett användarperspektiv, det vill säga när ett läkemedel som är receptfritt, förskrivet på recept eller beställt av vården inte finns tillgängligt för användaren. Begreppet användare inkluderar då bland annat patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och apotekspersonal.

Det saknas dock undersökningar av vilka konsekvenser bristande tillgång till läkemedel faktiskt ger. Det vore därför klokt att analysera vilka konsekvenser läkemedelsbrist medför för patientsäkerheten och för hälso- och sjukvården ur ett systemperspektiv. En sådan analys skulle kunna leda till bättre underlag för att minimera påverkan av restsituationer på patienter och hälso- och sjukvård.

## Läkemedelsbrister kan påverka användare på olika sätt

Läkemedelsbrist kan ge olika grader av påverkan beroende på hur användaren drabbas. Det kan handla om krävande åtgärder, som att hälso- och sjukvårdspersonal måste skriva ut nya recept eller ordinera patienten någon annan behandling, vilket kan äventyra patientsäkerheten. Det kan även innebära ökade kostnader för patienter och för samhället om ett ersättningsläkemedel är dyrare än läkemedlet det är brist på.

Det finns flera anledningar till att en rest- eller bristsituation för ett läkemedel uppstår, till exempel

- brist på det verksamma ämnet, något annat innehållsämne eller ett förpackningsmaterial
- problem i tillverkningen
- en oväntat hög efterfrågan på läkemedlet.

Apoteks- eller hälso- och sjukvårdspersonal kan lösa många restsituationer genom att se till att patienten i stället får en utbytbar produkt. Ibland gör dock de strikta lagar och förordningar som reglerar läkemedel att det inte är möjligt att lösa situationen. Det saknas dessutom en utpekad aktör med tydligt övergripande, nationellt ansvar för tillgången till läkemedel i landet.

### **Exempel – Brist på diabetesläkemedel**

Ett exempel på läkemedelsbrist, som är aktuellt i hela världen, gäller diabetesläkemedlet semaglutid (Ozempic). På grund av sin viktminskande effekt förskrivs preparatet även utanför indikationen diabetes typ 2. En hög efterfrågan har lett till brist på läkemedlet, och diabetespatienter har blivit utan viktig behandling.

## Antalet restanmälningar ökar

Statistiken över restsituationer visar att antalet restanmälda förpackningar fortsätter att öka. Betydligt fler förpackningar restanmäldes under det andra

kvartalet 2023 jämfört med det första kvartalet 2023<sup>129</sup>. Dock ses en minskning under tredje kvartalet jämfört med kvartal två.

Andelen restanmälda läkemedelsförpackningar av det totala antalet marknadsförda läkemedel i Sverige är trots allt relativt liten. Den 1 oktober 2023 var 6,7 procent av förpackningarna restanmälda, vilket innebär 1 075 restanmälda förpackningar av totalt 15 888 marknadsförda förpackningar<sup>130</sup>.

För läkemedel till människa fanns utbytbara alternativ för 69 procent av de restanmälda förpackningarna. För resterande restanmälda förpackningar publicerade Läkemedelsverket i de flesta fall information om möjliga alternativ, som till exempel en annan förpackningsstorlek, styrka eller ett alternativt läkemedel med samma eller annan substans som skulle kunna förskrivas efter läkares bedömning. Endast för en liten del av de restanmälda förpackningarna (6,2 procent) saknades information från Läkemedelsverket om möjliga alternativ<sup>131</sup>.

## Det pågår arbete för att förbättra tillgången till läkemedel

Frågor om rest och brist av läkemedel är idag i större fokus än tidigare, vilket också ökar möjligheterna att göra förbättringar.

Det krävs insatser från alla aktörer i läkemedelsförsörjningskedjan för att minska risken för att läkemedelsbrister får en påverkan på patienter eller på hälso- och sjukvården. De satsningar som i dagsläget genomförs för att öka beredskapen i samhället för att klara olika former av störningar, bidrar positivt till att minska risken för allvarliga läkemedelsbrister. Några exempel är

- regelbundna dialoger om rest- och bristsituationer mellan myndigheter, hälso- och sjukvården, apotek och övriga berörda aktörer<sup>132</sup>
- utökad samverkan mellan olika aktörer, inte bara i Sverige utan även inom EU<sup>133</sup>
- underlag som beskriver vilka sjukvårdsprodukter, inklusive läkemedel, som bör finnas på olika nivåer för att kunna uppnå en god tillgång till läkemedel<sup>134 135</sup>

---

<sup>129</sup> Den ökning som sågs i andra kvartalet är enligt Läkemedelsverkets bedömning främst en effekt av den nya lagstiftning kring sanktionsavgifter som trädde i kraft 1 juli 2023, Läkemedelslag (2015:315, 14 kap § 4–10).

<sup>130</sup> Statistik om restsituationer. Hämtad 2023-11-29 från <https://www.lakemedelsverket.se/>.

<sup>131</sup> Statistik om restsituationer. Hämtad 2023-11-29 från <https://www.lakemedelsverket.se/>.

<sup>132</sup> Nätverk för aktörer inom försörjningskedjan för läkemedel. Hämtad 2023-12-05 från <https://www.lakemedelsverket.se/>.

<sup>133</sup> European Medicines Agency. Crisis preparedness and management. Hämtad 2023-12-05 från <https://www.ema.europa.eu/>.

<sup>134</sup> Uppdrag att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (S2022/04550 (delvis)).

<sup>135</sup> Underlag för beredskapslagring av läkemedel och vissa förbrukningsartiklar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

- statliga medel till regionerna för att möjliggöra utökade lagernivåer av läkemedel<sup>136 137</sup>
- rekommendationer för och en kommunikationsinsats om egenberedskap för att uppmuntra privatpersoner att hämta ut läkemedel i god tid innan det tar slut hemma<sup>138 139</sup>.

Läkemedelsverket utreder för närvarande hur rest- och bristsituationer kan hanteras och förebyggas<sup>140</sup>. I arbetet ingår förbättrad övervakning och prognostisering av läkemedelsförsörjningen för att tidigt upptäcka och hantera eventuella bristsituationer. Läkemedelsverket ska även se över om det behövs en författningsändring för att farmaceuter lättare ska kunna lämna ut ersättningsläkemedel vid en bristsituation, samt om det under kritiska restsituationer ska gå att bryta en läkemedelsförpackning för att fler patienter ska kunna få del av ett läkemedel. Det skulle innebära att farmaceuter själva skulle kunna lösa fler restrelaterade problem på apoteket utan kontakt med förskrivaren. Detta är redan nu möjligt i flera EU-länder, och de rapporterade erfarenheterna är mycket goda.

Läkemedelsverket arbetar också med att utveckla en löpande omvärldsbevakning om läkemedelstillgång. Syftet är att på kort och lång sikt kunna förebygga och hantera förändringar i tillgången på produkterna, samt att informera om detta, så att Sveriges försörjningsberedskap stärks<sup>141</sup>.

### **Nytt arbetssätt i Sverige för inköp av covid-19-läkemedel<sup>142</sup> under coronapandemin**

Det normala förfarandet är att varje region i Sverige ansvarar för att köpa in de läkemedel som behövs inom regionens slutna vård. Under pandemin ställde dock läkemedelsföretagen krav på att läkemedel mot covid-19 skulle köpas in av endast en aktör. För att Sverige skulle kunna möta kravet fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra inköp, lagerhålla, sälja och säkerställa vidare distribution till Sveriges regioner. Då det i flera fall rört sig om nyutvecklade läkemedel utan försäljningstillstånd, har Socialstyrelsen även behövt hantera

<sup>136</sup> Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Bilaga till regeringsbeslut 2023-01-26 nr. II:5.

<sup>137</sup> Tilläggsöverenskommelse om försörjningsberedskap för läkemedel mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner S2023/02112.

<sup>138</sup> Egenberedskap för läkemedel och medicintekniska produkter – Socialstyrelsens bedömning, rekommendationer och planerade informationsinsats. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>139</sup> Egenberedskap läkemedel och medicintekniska produkter – Slutredovisning av regeringsuppdrag – kommunikationsinsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>140</sup> Uppdrag att förebygga och hantera rest- och bristsituationer avseende läkemedel S2023/01609.

<sup>141</sup> Omvärldsbevakning i fråga om tillgång på läkemedel och medicintekniska produkter. Uppsala: Läkemedelsverket; 2023.

<sup>142</sup> Detta avsnitt gäller läkemedel som används i slutna vård, ej vacciner.



licenser. För ändamålet skapades ett läkemedelskansli på Socialstyrelsen.

Inköpen av läkemedel har genomförts dels via en EU-gemensam upphandling (JPA), dels via direktavtal med läkemedelsföretagen. Socialstyrelsen har samverkat med regionerna, Läkemedelsverket och Sveriges kommuner och regioner (SKR). De har bidragit med kunskap, informationsutbyte, diskussion, lägesuppdatering och behovsbild för Socialstyrelsens genomförande av inköpen.

Arbetet har bedrivits prestigelöst och smidigt i en gemensam samordningsgrupp för att få till stånd snabba och välfungerande lösningar. Regionerna tillsammans med en nationell medicinsk expertgrupp har uppskattat behov av inköp och volymer. Läkemedelsverket bidrog med en skyndsam handläggning av licensansökningar för de ännu icke godkända covid-19-läkemedel som var aktuella för inköp.

Flera av läkemedlen blev verkningslösa allteftersom viruset muterade, vilket försvårade prognostisering av inköpsvolymerna. Det, i kombination med att en del av läkemedlen haft en relativt kort hållbarhetstid, har inneburit kassation av vissa läkemedel.

Ansvar för att säkerställa tillgängliga covid-19-läkemedel i slutenvård återgick till regionerna i slutet av 2023.

## Patienten får ta större ansvar, vilket kan leda till ojämlig vård

Vid bristsituationer, eller när det finns risk för brist, kan patienter bli oroliga för att deras läkemedel inte ska finnas på apoteket. Personer som lider av kroniska sjukdomar eller akuta tillstånd blir mer sårbara när deras livsuppehållande mediciner riskerar att inte finnas tillgängliga.

Det saknas idag en aktör med ett övergripande ansvar för att säkerställa att läkemedel finns tillgängliga på apoteken. I bristsituationer får patienten därför många gånger själv ta ansvar för att leta efter sitt läkemedel på många apotek eller i vissa fall utomlands. Detta kan leda till ojämlig vård, eftersom risken är att endast de individer som har resurser för att leta efter läkemedel får sin behandling.

### **Exempel – Brist på läkemedel mot epilepsi**

Under senare år har vissa läkemedel mot epilepsi drabbats av flera bristsituationer. Om en epileptiker bli utan sitt ordinerade läkemedel kan det ge stora konsekvenser i form av fler och kraftigare epileptiska anfall. För just epilepsiläkemedel blir en bristsituation extra sårbar, då läkemedlen ofta inte är utbytbara i Sverige och apoteken inte kan byta ut till likvärdigt läkemedel utan kontakt med förskrivande läkare. Detta är också läkemedel som ofta tar lång tid att prova ut för patienten – både vilket läkemedel som passar bäst och vilken dos som är optimal för att få bästa möjliga effekt med så lite biverkningar som möjligt. Inom flera EU-länder har ett tätare samarbete mellan apotekare och läkare gjort att bristsituationer kan lösas.

## **Läkemedelshanteringen inom sjukvården blir extra sårbar vid brister**

Läkemedelshanteringen inom hälso-, sjuk- och tandvården är styrd av rutiner för att säkerställa en god och säker vård. När ett ordinarie läkemedel tillfälligt blir utbytt mot en annan produkt än vad hälso- och sjukvårdspersonalen är van vid, innebär det en patientsäkerhetsrisk utifrån flera faktorer:

- Namnet på ersättningsprodukten stämmer inte med vad som står i vårdenhetens rutiner för hantering av läkemedlet.
- Styrkan på läkemedlet är inte densamma som för den ordinarie produkten, eller benämns på ett annat sätt.
- I de fall ersättningsprodukten är ett licensläkemedel, det vill säga ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige men i annat land, saknas information om läkemedlet i Fass.

Brist på nödvändiga läkemedel kan också leda till försenade eller inställda behandlingar eller operationer, vilket ökar belastningen på hälso- och sjukvården och äventyrar patienternas hälsa.

### **Exempel – Brist på propplösande läkemedel**

En bristsituation som under en längre tid krävt stora insatser från hälso- och sjukvården gäller det propplösande läkemedlet Actilyse. Detta läkemedel används vid flera olika akuta situationer, till exempel vid hjärtinfarkt och lungproppar. Läkemedelsföretaget har

under en längre period inte kunnat producera tillräckligt stora volymer för att täcka de behov som finns. Företaget och regionrepresentanter har haft veckovisa avstämningar och fördelat de volymer som kommit till Sverige mellan regionerna. Det har även varit nödvändigt att prioritera vilka patientgrupper som ska få läkemedlet och vilka som har blivit utan.

## Munhälsan är en del av hälsan

I detta kapitel fokuserar vi på tandvård och munhälsa. Vi vill särskilt visa på att tandvården hänger ihop med hälso- och sjukvården och hur munhälsan hänger ihop med allmänhälsan.

Av tradition har man i Sverige skilt mellan å ena sidan tandvårdens ansvar för tänder och munhälsa och å andra sidan sjukvårdens ansvar för resten av kroppen. Forskningen visar dock allt tydligare på att det finns samband mellan munhälsa och allmänhälsa. Munhälsan påverkar bland annat näringsintaget och risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen. Många riskfaktorer är gemensamma för flera munsjukdomar och andra sjukdomar, till exempel ohälsosamma matvanor och rökning. Tillsammans med andra aktörer inom till exempel hälso- och sjukvård, barnhälsovård, skola och socialtjänst kan tandvården främja en god munhälsa och därmed den allmänna hälsan i befolkningen. Därför pågår nu en förflyttning till ett annat förhållningssätt, där munhälsan och allmänhälsan blir alltmer sammankopplade. Detta inkluderar också en bredare samverkan mellan tandvården och andra aktörer inom hälso- och sjukvården, och även omsorgen.

## Så fungerar tandvården i Sverige

### Iakttagelser i korthet

- Tandvården bedrivs både inom den regionala folktandvården och vid 2 900 privata mottagningar.
- Folktandvården svarar för majoriteten av tandvården för barn och unga.
- Tandvården är avgiftsfri i folktandvården för barn och unga upp till 23 år.
- Det råder fri etableringsrätt att starta en tandvårdsmottagning, och fri prissättning.
- Tandvård och hälso- och sjukvård lyder under olika ramlagar.
- IVO har tillsynsansvar för tandvården.

Tandvård i Sverige bedrivs både i regional och privat regi. Den regiondrivna tandvården benämns folktandvård och finns i Sveriges alla 21 regioner. I fem regioner bedrivs folktandvården i bolagsform. Den privata marknaden utgörs av runt 2 900 mottagningar. Många är småföretag, men på senare år har också flera tandvårdskedjor etablerats. Det finns även cirka 300 tandtekniska laboratorier. Sammanlagt arbetar runt 24 000 tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor och tandtekniker i tandvården i Sverige.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Munhälsan är en del av hälsan

Folktandvården svarar för cirka 85 procent av tandvården för barn och ungdomar 0–23 år och privattandvården för 15 procent inom denna åldersgrupp. För vuxna svarar folktandvården för cirka 35 procent av vården. Det är idag inte tillståndspliktigt att starta en tandvårdsmottagning, utan det är fri etableringsrätt och det råder fri prissättning. För all tandvårdsbehandling för såväl barn som vuxna råder ett fritt vårdval.

Målet för tandvården – en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen – anges i tandvårdslagen (1985:125). Tandvård och hälso- och sjukvård lyder således under olika ramlagar: tandvårdslagen (1985:125) respektive hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Andra lagar, som patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientdatalagen (2008:355), omfattar både hälso- och sjukvård och tandvård. Det innebär bland annat att en tandvårdsmottagning lyder under IVO:s tillsyn. Den som avser att bedriva tandvårdsverksamhet är enligt lagen skyldig att anmäla ny, ändrad eller nedlagd verksamhet till IVO.

Tandvården omsatte under 2021 drygt 31 miljarder. Merparten av denna omsättning, 18 miljarder, betalade patienterna själva. Till den resterande delen bidrog dels staten med knappt 6 miljarder genom ett statligt tandvårdsstöd, dels regionerna, vars andel uppgick till drygt 7,5 miljarder.

Det statliga tandvårdsstödet styrs av lagen om statligt tandvårdsstöd (2008:145). Stödet omfattar tre delar:

- ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
- ett skydd mot höga kostnader (högkostnadsskydd)
- ett särskilt tandvårdsbidrag (STB).

Det allmänna tandvårdsbidraget, som är ett generellt stöd för regelbundna tandvårdsbesök, syftar till att skapa förutsättningar för att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov. Skyddet mot höga kostnader, ska möjliggöra för vuxna med stora tandvårdskostnader att få tandvård till en rimlig kostnad. Stödet ska lämnas för tandvårdsbehandling som bidrar till att

- åtgärda smärta eller sjukdomar
- ge förmåga att äta, tugga eller tala utan större hinder
- ge ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Det så kallade särskilda tandvårdsbidraget (STB), är ett bidrag som ska användas till förebyggande insatser för personer med tillstånd som innebär en risk för försämrad tandhälsa. Viss tandvård är inte bidragsberättigad. Det gäller kosmetisk tandvård, som till exempel tandblekning.

Den fria prissättningen gäller för såväl folktandvården som för privat driven tandvård. Folktandvårdens prislistor styrs av regionalpolitiska beslut. Det

statliga tandvårdsstödet del av kostnaderna baserar sig på så kallade referenspriser, som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om. Referenspriset anger normalpriset för en behandling och är beräknat med hänsyn till hela behandlingens kostnad, inklusive tandtekniskt arbete och material. Eftersom prissättningen är fri, kan tandläkaren välja att ta ett högre pris än vad referenspriset anger. I dessa fall betalar patienten själv mellanskillnaden. För att patienten ska kunna jämföra olika tandläkares priser finns en digital prisjämförelsetjänst för tandvård, Tandpriskollen<sup>143</sup>.

Under årens lopp har ett stort antal reformer av tandvårdens finansieringssystem genomförts. Flera av dessa har lett till att viss tandvård och vissa patientgrupper har kommit att omfattas av hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) bestämmelser om avgifter för öppen hälso- och sjukvård. Detta innebär att patientavgiften för dessa grupper av patienter blir densamma som inom hälso- och sjukvården och att den omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Denna tandvård administreras och finansieras av regionerna. Vilken tandvård och vilka patientgrupper som omfattas specificeras i tandvårdsförordningen (1998:1338).

Även tandvården till barn och unga finansieras av regionerna. Sådan tandvård är avgiftsfri till och med det år då patienten fyller 23 år. Vården omfattar all odontologiskt motiverad tandvård, även specialisttandvård, som tandreglering, om detta bedöms nödvändigt. Regionen ansvarar också för tandvård åt asylsökande och till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. I dessa grupper ska barn under 18 år erbjudas samma hälso-, sjuk- och tandvård som barn folkbokförda i Sverige. Vuxna över 18 år ska erbjudas akut tandvård och tandvård som inte kan anstå.

## Ökad statlig kontroll och styrning i tandvården

Välfärdsbrottslighet, dess konsekvenser och möjligheterna att bekämpa den, involverar idag i hög grad även tandvården. Uppdragen till myndigheter och utredningar har därför under de senaste åren präglats av en önskan från staten att ta ökad kontroll över tandvårdssektorn, bland annat genom lagstiftning, kontrollfunktioner och initiativ för att öka jämlikheten i tandvården.

### Iakttagelser i korthet

- Det statliga tandvårdsstödet har missbrukats av oseriösa aktörer, vilket kan medföra brister i kvalitet och patientsäkerhet samt onödiga kostnader.

<sup>143</sup> Se <https://tandpriskollen.se/>.

- Ökad statlig kontroll, genom nya lagar och kontrollfunktioner, ska minska bedrägeri och ekonomisk brottslighet i tandvårdssektorn.
- Socialstyrelsen, Försäkringskassan och IVO har fått flera regeringsuppdrag som syftar till att skärpa kontrollen.
- Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att utreda förutsättningarna för en enhetlig modell för riskbedömning.
- Det pågår en förflyttning mot mer samverkan mellan tandvården och den övriga vården och omsorgen.

## Ökad kontroll över tandvårdssektorn med nationella lösningar

Det statliga tandvårdsstödet har varit utsatt för såväl bedrägerier som ekonomisk brottslighet, och det finns starka belägg för att oseriösa aktörer missbrukar systemet<sup>144</sup>. Missbruk av det statliga tandvårdsstödet är nära förknippat med brister i kvalitet och patientsäkerhet<sup>145</sup>. Liknande risker finns inom hälso- och sjukvården, och arbete pågår även där, till exempel för att identifiera områden som riskerar att utsättas för välfärdsbrott.

Regeringens önskan om en ökad statlig kontroll över tandvården har lett till ett antal regeringsuppdrag till statliga myndigheter.

- Försäkringskassan och Socialstyrelsen presenterade under 2023 resultaten av ett gemensamt uppdrag att öka samarbetet och förbättra användningen av registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal<sup>146</sup>.
- Försäkringskassan arbetar tillsammans med IVO för att förstärka samarbetet mellan myndigheterna kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer<sup>147 148</sup>.
- Inspektionen för socialförsäringen (ISF) bedriver ett projekt där de granskar om Försäkringskassans arbete för att förhindra felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd är utformat på ett ändamålsenligt sätt utifrån ett effektivitets- och rättssäkerhetsperspektiv<sup>149</sup>.

Även regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att bedöma förutsättningarna för en nationell modell för riskbedömning inom tandvården kan nämnas i

<sup>144</sup> Ökad kontroll över tandvårdssektorn (SOU 2023:82).

<sup>145</sup> Kvalitet och patientsäkerhet hos små vårdgivare i tandvården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.

<sup>146</sup> Rapportering av regeringsuppdrag om att stärka kontrollen över det statliga tandvårdsstödet genom ökat samarbete och förbättrad användning av registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm: Försäkringskassan och Socialstyrelsen; 2023.

<sup>147</sup> Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag om förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer. Stockholm: Försäkringskassan; 2023.

<sup>148</sup> Förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer. Stockholm: IVO; 2023.

<sup>149</sup> Felaktiga utbetalningar av statligt tandvårdsstöd. Hämtad 2024-01-22 från <https://isf.se/>

detta sammanhang. Regeringen gör bedömningen att en enhetlig modell med tillhörande revisionsintervall kan bidra till att stärka kontrollen över det statliga tandvårdsstödet. Målet med en enhetlig nationell modell för riskbedömning är att stärka tandvårdens förmåga att bedöma risker för ohälsa i munnen och bidra till att riskbedömningarna blir mer enhetliga mellan vårdgivare och över landet. Det kan bidra till att skapa förutsättningar för en mer jämlik tandvård och underlätta för tandvården att prioritera de patienter som har störst behov. En enhetlig nationell modell för riskbedömning skapar också bättre förutsättningar för datainsamling, uppföljning, kunskapsutveckling och forskning inom tandvården<sup>150</sup>.

## Ökat fokus på samverkan

Det pågår en förflyttning i svensk tandvård mot mer samverkan med övrig vård och omsorg. Forskningen visar allt tydligare på att det finns samband mellan munhälsa och allmänhälsa, såsom samband mellan sjukdomar i munnen och diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och lungsjukdomar. Tandvården är inkluderad i regionernas nationella system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården, och flera av de kunskapsstöd som publiceras inom detta system omfattar även tandvård och munhälsa<sup>151</sup>. Flera nationella riktlinjeområden lyfter också att samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård är en viktig utgångspunkt för att åstadkomma en jämlik vård<sup>152 153 154 155 156</sup>.

Förväntan på tandvården som en aktör i ett bredare folkhälsorabete framkommer också i ett delbetänkande från den statliga utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn, *Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter*<sup>157</sup>. I betänkandet, som presenterades våren 2023, föreslår utredningen bland annat att

- frågor om våldsutsatthet ska ställas regelbundet till alla som besöker tandvården

---

<sup>150</sup> Uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga förutsättningarna för att införa en nationell modell för riskbedömning i tandvården (S2023/01524).

<sup>151</sup> Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Hämtad 2024-01-22 från <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrninghalsoochsjukvard/kunskapsstod/omvarakunskapsstod/personcentreradeochsammanhallnavardforlopp.55829.html>.

<sup>152</sup> Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

<sup>153</sup> Nationella riktlinjer – Indikatorer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

<sup>154</sup> Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>155</sup> Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Hämtad 2024-01-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>.

<sup>156</sup> Nationella riktlinjer för vård vid ätstörningar. Hämtad 2024-01-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/atstorningar/>.

<sup>157</sup> Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter (SOU 2023:10).



Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Munhälsan är en del av hälsan

- tandvården ska omfattas av samma skyldigheter som övrig hälso- och sjukvård i frågor om våld i nära relationer.

## Tandvårdens utveckling

### Iakttagelser i korthet

- Tandvården utvärderas under 2023–2024.
- Utvärderingen utgår från indikatorerna ur Nationella riktlinjer för tandvård, men omfattar även de övergripande indikatorerna för god vård och omsorg.
- Utvärderingen omfattar både den regionala och den privata tandvården.
- Verksamheter som fortfarande använder icke-göra-åtgärder behöver se över sina rutiner och följa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.
- Användningen av icke-göra-åtgärder är vanligare inom den privata tandvården än inom den offentligt drivna tandvården. Den nationella kunskapsstyrningen kan därför behöva arbeta för att nå ut bättre till privata verksamheter.

Under 2023 och 2024 utvärderar Socialstyrelsen tandvården med utgångspunkt i indikatorerna i de nationella riktlinjerna för tandvård. Utvärderingens syfte är att belysa i vilken omfattning olika verksamheter arbetar enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Både folktandvården och den privata tandvården inkluderas i utvärderingen.

Flera rekommendationer från de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor har lyfts in i 2022 års version av tandvårdsriktlinjerna. Dessa rekommendationer handlar bland annat om ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol<sup>158</sup>. I de nya riktlinjerna finns också ett tydligare fokus på styrning och ledning, på hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och systematiska arbetssätt och på samverkan.

Rekommendationerna är indelade i områdena

- främja hälsa och förebygga sjukdomar
- utreda och diagnostisera
- behandla och rehabilitera<sup>159</sup>.

<sup>158</sup> Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

<sup>159</sup> Nationella riktlinjer för tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Munhälsan är en del av hälsan

Riktlinjernas huvudbudskap kan sammanfattas i punkterna:

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

Ambitionen med utvärderingen är att ta ett bredare grepp, och inte enbart utgå från de riktlinjespecifika indikatorerna. Utvärderingen omfattar därför även de övergripande indikatorerna för god vård och omsorg. Därmed belyser utvärderingen också andra aspekter av tandvården än de som tas upp i de nationella riktlinjerna.

## Tandvården använder åtgärder som inte bör utföras

Tandvården använder fortfarande åtgärder som inte bör utföras, det vill säga åtgärder som klassas som ”icke-göra-åtgärder” i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det visar den utvärdering som Socialstyrelsen gjort under 2023<sup>160</sup>.

Det handlar om undersökningar och behandlingar som inte har en klinisk effekt, vars risker överväger nyttan eller som det saknas tillräcklig evidens för. Läs mer om verkningslösa vårdinsatser i avsnittet *Vårdinsatser med låg, eller ingen, nytta för patienten behöver fasas ut* i kapitlet *System i en föränderlig tid*.

Svensk hälso-, sjuk- och tandvård står inför flera utmaningar, och riskerar att inte att räcka till för att ge god vård med hög kvalitet i rätt tid till alla patienter som har behov av vården. Därför är det viktigt att resurserna används effektivt. Åtgärder som inte gör någon nytta, och som till och med kan vara skadliga, är också förknippade med kostnader. Användning av dessa åtgärder kan även innebära att annan viktig vård och behandling trängs bort. Undersökningar och behandlingar som är skadliga vållar också onödigt lidande och kan försämra patientens hälsotillstånd. Det är även viktigt ur ett jämlikhetsperspektiv att utredningar och behandlingar genomförs på ett likvärdigt sätt i landet.

De flesta tandvårdsrekommendationerna med prioritet icke-göra används i låg utsträckning, men de förekommer fortfarande i ett antal verksamheter – främst inom privattandvården.

Att icke-göra åtgärder är vanligare inom privattandvården betyder att den privata tandvården följer de nationella riktlinjernas rekommendationer i lägre utsträckning än folktandvården. Det betyder att det finns ett större

---

<sup>160</sup> Vård som inte bör göras. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

behov av utfasningsinsatser inom privattandvården. Det kan också antyda att den nationella kunskapsstyrningen har större svårigheter att nå ut till den privata tandvården än till folktandvården.

De verksamheter som fortfarande använder icke-göra-åtgärder behöver se över sina rutiner och följa rekommendationerna. Regioner och tandvårdskliniker, såväl inom folktandvården som inom privattandvården, behöver också arbeta med utfasning av icke-göra åtgärder i högre utsträckning. Behandlingar med icke-göra-prioritet gynnar inte patienten och leder dessutom till att resurser inte används på ett effektivt sätt. Det är olyckligt ur såväl ett ekonomiskt perspektiv som ur ett kompetensförsörjningsperspektiv, inte minst mot bakgrund av att tandvården idag har problem med tillgängligheten.

Större följsamhet till rekommendationerna kan även förväntas leda till lägre kostnader på längre sikt. I tandvården finansierar patienten själv en betydande del av vården, så färre icke-göra-åtgärder innebär en besparing både för patienten och tandvården. Det råder dock fri prissättning i tandvården, vilket gör det svårt att beräkna kostnaden för patienten.

Vissa icke-göra-åtgärder kan också få konsekvenser för folkhälsan. Ett par exempel inom tandvården är

- systemisk antibiotikabehandling som enda behandling vid periimplantit
- systemisk antibiotikabehandling vid symtomatisk pulpit.

Den risk för resistensutveckling som alltid följer med användning av antibiotika innebär att antibiotika bör övervägas först när det är risk för att infektionen ska spridas och när patientens allmäntillstånd är påverkat. För att bekämpa risken för antibiotikaresistens är det viktigt att öka följsamheten till rekommendationerna att inte använda dessa åtgärder.

## Munhälsa bland barn och unga

### Iakttagelser i korthet

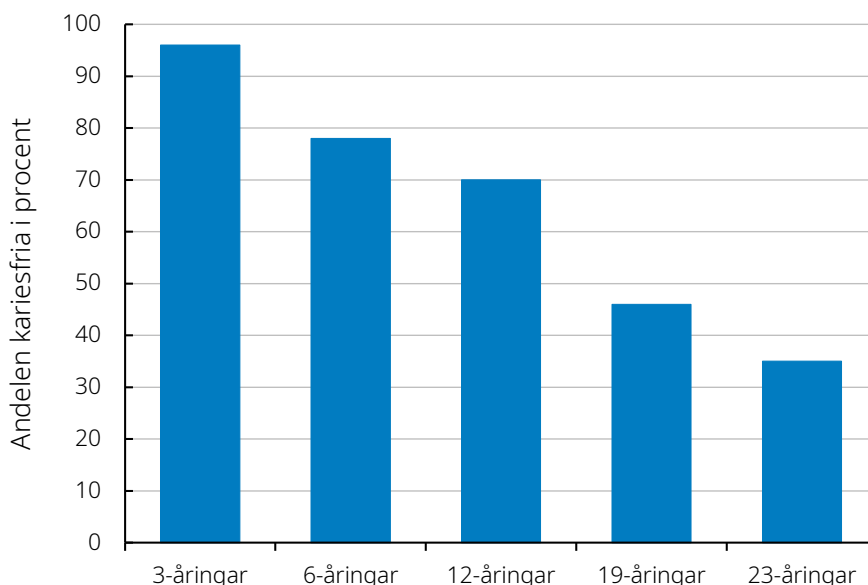
- Förekomsten av karies hos 19- och 23-åringar ökade 2023, för första gången sedan mätningarna började. Mer än hälften av alla 19-åringar har fått hål i sina tänder.
- Drygt en femtedel av 6-åringar och en tredjedel av 12-åringar har fått hål i sina tänder, vilket är en minskning jämfört med tidigare år.
- Andelen barn och unga som kommer för regelbunden undersökning har minskat jämfört med innan pandemin.

Undantaget är 3-åringar, där andelen nu åter är i nivå med åren innan coronapandemin.

De flesta barn och ungdomar har en god munhälsa. Socialstyrelsen följer regelbundet kariesförekomst bland barn och unga i åldrarna 3, 6, 12, 19 och 23 år. Uppföljningen för år 2023 visar en låg förekomst bland de yngsta barnen och en minskad förekomst bland 6-åringarna och 12-åringarna, vilket är en positiv utveckling jämfört med tidigare år. Det är dock fortsatt mer än en femtedel av 6-åringarna och en tredjedel av 12-åringarna som har fått hål i sina tänder. I de äldsta åldersgrupperna har förekomsten ökat för första gången sedan Socialstyrelsen började följa upp dessa åldersgrupper. Detta kan delvis vara ett resultat av att andelen som kommer för regelbunden undersökning under en tvåårsperiod har minskat. Det resulterar i sin tur i att de som redan fått kariessjukdomen är en större andel av dem som undersöks i tandvården. Resultaten visar att det är mer än hälften som har fått hål i tänderna vid 19-årsåldern.

#### Figur 50. Andelen kariesfria barn och unga.

Andelen kariesfria år 2023<sup>161</sup> bland barn och unga som undersökts under en 24-månaders period. För 3-åringar redovisas andelen kariesfria bland dem som undersökts under en 12-månadersperiod.



Källa: Socialstyrelsen.

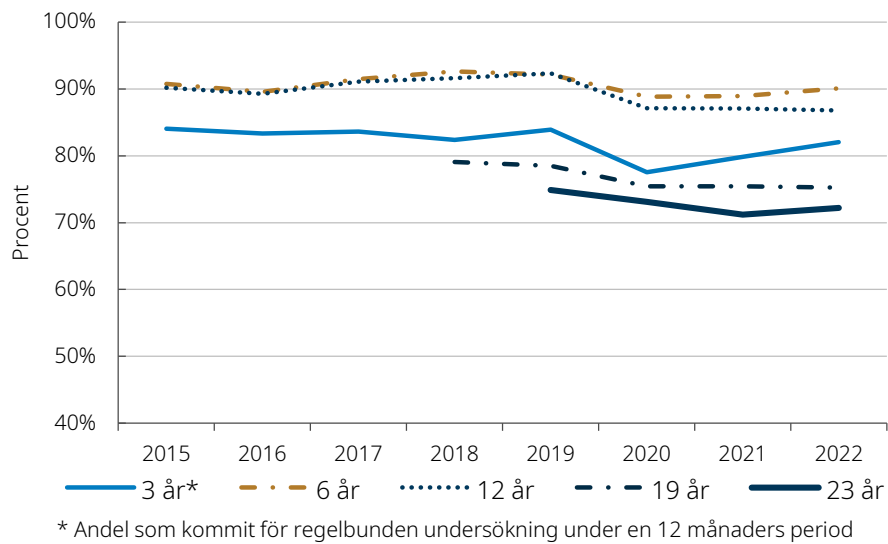
I samband med coronapandemin minskade andelen som kom för regelbunden undersökning under en 24-månadersperiod i alla åldersgrupper, vilket framgår av figur 51. År 2023 har andelen 3-åringar som kommit för undersökning åter ökat och är nu i nivå med åren innan pandemin. Bland

<sup>161</sup> För 6-åringar redovisas resultatet från 2021, eftersom uppgifterna för 2022 var ofullständiga.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Munhälsan är en del av hälsan

övriga åldersgrupper är andelen som undersökts fortsatt något lägre än innan pandemin.

**Figur 51. Andel bland 3-, 6-, 12-, 19- och 23-åringar som kommit för undersökning under en två-årsperiod.**



Källa: Socialstyrelsen.

## System i en föränderlig tid

I detta kapitel zoomar vi ut och fokuserar på hälso-, sjuk- och tandvården som system.

Hälso- och sjukvårdssystemet och tandvårdssystemet tillhör de mest komplexa systemen inom svensk förvaltning. Systemen berörs, och styrs, av alla olika nivåer av offentlig styrning – från EU, via riksdag och regering till regionala och primärkommunala fullmäktigeförsamlingar. Ett tiotal lagar har direkt påverkan på verksamheterna, bland andra hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, patientlagen och patientsäkerhetslagen. Verksamheterna påverkas också av lagar som även berör andra delar av offentlig förvaltning, exempelvis lagen om offentlig upphandling, lagen om valfrihetssystem och offentlighets- och sekretesslagen.

Flera myndigheter ingår i styrningen av hälso-, sjuk- och tandvården på olika sätt. Det kan handla om att besluta om tillstånd för nationell högspecialiserad vård, ta fram riktlinjer, förordningar och kunskapsstöd, eller att arbeta med uppföljning, kontroll och analys. Rollfördelningen mellan aktörerna inom hälso-, sjuk- och tandvården prövas och utvecklas ständigt. I vissa frågor måste samtliga aktörer kraftsamla tillsammans för att kunna uppnå resultat.

Regionerna ansvarar för den största delen av hälso- och sjukvården i Sverige, och arbetar också hälsofrämjande. Statens roll handlar både om att stifta lagar och att tydliggöra krav och förväntningar inom området. Tillsammans arbetar regionerna och staten även med kunskapsstyrning, i syfte att uppnå mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Utvecklingen inom många områden i samhället går snabbt, och utmaningar som till exempel ökad globalisering, klimatförändringar, förändrade demografiska förutsättningar och sjukdomsmönster kräver att system och arbetssätt anpassas efter nya förhållanden. Ett antal reformer och utvecklingsarbeten pågår med syfte att Sverige ska kunna möta framtidens utmaningar och fortsätta leverera en hälso-, sjuk-, och tandvård av hög kvalitet. Omställningen till god och nära vård, införande av ny digital teknologi och ökad beredskap genom återuppbyggandet av civilt försvar är exempel på stora förändringar som pågår.

Målet med hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården styrs av etiska principer som står inskrivna i hälso- och sjukvårdslagen. Där framgår det att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I tandvårdslagen uttrycks att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Till skillnad från hälso- och sjukvårdslagen hänvisar dock inte tandvårdslagen till de etiska principerna, utan den prioriteringsgrund som anges här är att akuta fall ska behandlas med förtur. Detta är en, ur lagstiftningens synvinkel, grundläggande skillnad mellan systemen hälso- och sjukvård respektive tandvård. I en statlig utredning från 2021 föreslås att tandvårdslagen ska ändras. Då skulle principerna om störst behov och respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet införas även i tandvårdslagen<sup>162</sup>.

## Arbetet med omställningen till god och nära vård fortsätter

### Iakttagelser i korthet:

- Styrningen av omställningen har i stor utsträckning handlat om att skapa samverkansstrukturer på länsövergripande nivå och att genomföra utbildnings- och kommunikationsinsatser.
- Syftet med insatserna är att höja medvetandenivån och skapa en kulturförändring i hälso- och sjukvården.
- Arbetet med omställningen präglas av betydande variationer mellan regionerna och kommunerna.
- Kompetensförsörjningen är en utmaning för genomförandet av omställningen. Därför är det angeläget att regioner och kommuner arbetar med konkreta personal- och kompetensförsörjningsplaner och genomför utbildningsinsatser, vid behov i samverkan med andra aktörer.

Staten har sedan 2019 en överenskommelse med SKR om god och nära vård. Syftet med överenskommelsen är att kommuner och regioner ska ställa om hälso- och sjukvården, så att primärvården ska bli navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. I överenskommelsen ingår även att kommuner och regioner ska

- genomföra insatser för att förbättra kompetensförsörjningen
- utveckla förutsättningarna på arbetsplatserna
- arbeta med digitalisering
- förstärka ambulanssjukvården.

<sup>162</sup> När behovet får styra (SOU 2021:8).

Insatserna syftar bland annat till att förbättra tillgängligheten i primärvården och öka kontinuitet, relationsskapande, delaktighet och medskapande i hälso- och sjukvården.

Övriga länder i Europa arbetar också med att stärka den nära vården, patientens ställning och primärvården. Enligt WHO går omställningen generellt för långsamt. Läs mer om det i avsnittet *Många länder stärker primärvården* i kapitlet *Hälsa i en global tid*.

## Styrning för att skapa kulturförändring

Omställningen till god och nära vård förutsätter en kulturförändring i hälso- och sjukvårdens verksamheter. I stor utsträckning använder regioner och kommuner ”mjuka” styrningsformer, inklusive utbildnings- och kommunikationsinsatser, som ofta är riktade till personalen. Det är mindre vanligt med formella styrmedel som att förändra ersättningssystem eller uppdragsbeskrivningar. Arbetet på central nivå har hittills i stor utsträckning handlat om att höja medvetandenivån och skapa en kulturförändring i riktning mot god och nära vård.

Uppföljningen av omställningsarbetet visar att regioner och kommuner bland annat byggt upp samverkansstrukturer och målbilder på länsövergripande nivå för arbetet med omställningen<sup>163</sup>. Mycket av arbetet inom omställningen hittills har bedrivits på strategisk nivå, utan synliga effekter i verksamheterna<sup>164</sup>.

En stor del av arbetet har genomförts inom ramen för projekt, pilotstudier och utvecklingsarbeten, som i många fall berört begränsade delar av verksamheten. I några län och regioner finns tecken på att arbetssättet håller på att förändras. Det handlar dels om att förankra arbetet tydligare i linjeverksamheten, dels om att brett införa insatser som tidigare berört begränsade delar av verksamheten. Generellt bör arbetet förankras tydligare i linjeverksamheterna, om det ska kunna få ett större genomslag och leda till bättre resultat för patienterna.

## Samverkan är centralt i arbetet med omställningen

Insatser för att förbättra samverkan är centrala i kommuner och regioners arbete att ställa om hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Förutom de samverkansstrukturer som byggts upp på länsövergripande nivå, har regioner och kommuner skapat nätverk, forum, plattformar eller liknade där vård- och omsorgsgivare kan utbyta information och samordna verksamhet.

<sup>163</sup> Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>164</sup> Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2023.



Det finns vissa tecken på att samverkan förbättrats på verksamhetsnivå. Dels uppfattas samverkan och samarbetsklimatet mellan kommuner och regionen som förbättrade, dels visar vissa indikatorer som mäter samordningen inom utskrivningsprocessen på en positiv utveckling.

Samverkan mellan regional och kommunal primärvård fungerar relativt bra, medan samverkan är sämre mellan primärvården och den specialiserade vården.

## Stor variation i arbetet med god och nära vård

Det finns stor variation i regionernas och kommunernas arbete med omställningen. Ett exempel är regionernas insatser för fast läkarkontakt. Målet var att minst 55 procent av befolkningen skulle ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården vid utgången av 2022. Ungefär hälften av regionerna uppnådde detta mål. Regionerna redovisade att som minst 7 och som mest 96 procent hade en fast namngiven läkarkontakt vid utgången av 2022.

Ett annat område där uppföljningen visar på variation är införandet av patientkontrakt. Det är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som syftar till att åstadkomma en mer personcentrerad samordning av vården. Region Jönköping har kommit långt i arbetet men utvecklingen i övriga regioner är svårare att bedöma.

Ett tredje område som uppvisar variation är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Variationen är särskilt stor när det gäller insatser inom skolan, äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen. Det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av patienterna i primärvården som får rådgivning för att ändra ohälsosamma levnadsvanor<sup>165</sup>. Vidare är skillnaderna också stora mellan rådgivningen kring olika levnadsvanor. Rådgivning om fysisk aktivitet och matvanor är vanligare än rådgivning om tobaksrökning och riskbruk av alkohol.

## Primärvårdens resurser har förändrats i liten utsträckning

Regionernas kostnader för primärvården indikerar att primärvårdens resurser sedan 2015 har ökat ungefär i linje med befolkningsökningen och att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser i regionerna ökat något under samma tidsperiod. Tolkningen av den ekonomiska statistiken är dock osäker, bland annat på grund av de riktade statsbidrag som regionerna fått med anledning av coronapandemin. Primärvårdens andel

---

<sup>165</sup> Stora skillnader i primärvårdens arbete med levnadsvanor. Hämtad 2023-12-19 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

av hälso- och sjukvårdens totala resurser är för liten för att den ska klara både sina löpande uppdrag och samtidigt driva omställningen.

Det saknas ekonomisk statistik som gör det möjligt att följa hur mycket resurser som läggs på den kommunala primärvården, men tidigare undersökningar har visat att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården ökat<sup>166</sup>.

Läs mer om primärvårdens resurser som andel av de totala resurserna i kapitlet *Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation*.

## Rätt personal och kompetens är en förutsättning för att klara omställningen till en mer nära vård

En fungerande personal- och kompetensförsörjning är en förutsättning för en framgångsrik omställning. Även om nya effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens (AI) kommer kunna bidra till att bättre klara utmaningarna med kompetensförsörjningen, kommer det råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården<sup>167</sup>. Inte minst gäller det inom områden som på senare år måste betraktas som samhällets största utmaningar, till exempel psykisk ohälsa eller förebyggande arbete. För vissa yrkesgrupper är bristen relativ, eftersom utbildade personer väljer att söka sig bort från vården till andra branscher, men för andra yrkesgrupper är bristen absolut.

## Tillgång till vårdpersonal är fortsatt en utmaning för omställningen

Det är angeläget att regioner och kommuner arbetar med konkreta personal- och kompetensförsörjningsplaner och genomför utbildningsinsatser för att lösa problemen med kompetensförsörjningen.

Många regioner och kommuner lyfter fram personal- och kompetensförsörjningen som ett viktigt hinder för omställningen. Analyser av tillgången till legitimerad personal i den regionala primärvården visar på liknande utmaningar. Samtidigt som legitimerad personal som läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer ökat i antal i den regionala primärvården, har antalet allmänläkare och distriktssköterskor minskat i relation till befolkningmängden.

Antalet sysselsatta med legitimation har ökat i regionernas primärvård, samtidigt som de minskat i kommunerna. Det indikerar att regioner och kommuner delvis konkurrerar om samma personal och att en

---

<sup>166</sup> Nära vård i sikte. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.

<sup>167</sup> God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

resursförstärkning i en del av primärvården kan påverka en annan del av primärvården negativt.

Ökade resurser till primärvården är en förutsättning för att den ska kunna fungera som ett nav i hälso- och sjukvården. Samtidigt är det tydligt att brister i personal- och kompetensförsörjningen påverkar de praktiska möjligheterna att förstärka resurserna<sup>168</sup>.

## Digitala arbetssätt kan stärka personalförsörjningen

Att vårdgivare erbjuder vård på distans kan bidra till att fler inom hälso- och sjukvården kan kombinera arbete på plats och på distans. Detta kan anses attraktivt och kan i sin tur bidra till ökade personella resurser i vården samt i längden bidra till ett mer hållbart arbetsliv<sup>169</sup>. Digitala arbetssätt och verktyg kan underlätta samverkan och göra det möjligt med teamarbete mellan verksamheter och på olika vårdnivåer. Exempel på det är olika former av digital specialistkonsultation och teledermatoskopiska<sup>170</sup> undersökningar som en del regioner arbetar med. Det underlättar för patienten samtidigt som det främjar samverkan och kunskapsutbyte mellan medarbetare<sup>171</sup>.

## Utveckling av digital vård och nära vård tillsammans

### Iakttagelser i korthet

- Digitaliseringen är en central del av omställningen till en mer nära vård och kan stärka patientens ställning.
- Samtliga regioner erbjuder digital vård, men i varierande omfattning.
- Några regioner har etablerat digifysiska vårdcentraler med fokus på digitala verktyg och flexibla vårdformer.
- Digitaliseringen kan stärka personal- och kompetensförsörjningen.

Digitaliseringen bär med sig stora möjligheter. Införandet av ny digital teknologi i olika former kan vara ett sätt att hantera de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför<sup>172</sup>. För patienten kan det innebära nya

<sup>168</sup> Kompetensförsörjning inom primärvården Slutrapport Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575

<sup>169</sup> Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

<sup>170</sup> Teledermatologi – distansstöd för att diagnostisera hudcancer. Hämtad 2023-12-21 från <https://vardgivare.skane.se/>.

<sup>171</sup> Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen; 2022.

<sup>172</sup> Ekman B, Ellegård L.M. Digitaliseringen av svensk vård och omsorg. Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS); 2023.

möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande. Tillgången till digitala lösningar inom hälso- och sjukvården gör det möjligt för patienter att ha kontakt med vården utan att avståndet spelar roll. Till exempel kan de få stöd och insatser hemifrån i stället för att behöva resa<sup>173</sup>.

## Digitalisering bidrar till omställningen till god och nära vård

Utvecklingen inom e-hälsa bidrar till en god och nära vård, både genom det gemensamma arbetet med grundläggande förutsättningar som regelverk och standarder, och genom utvecklingen av digitala vårdtjänster.

**Rätt information och kunskap.** En förutsättning för en jämlik hälso- och sjukvård av god kvalitet är att medarbetare har rätt information och kunskap i mötet med patienter. För detta krävs en strukturerad dokumentation kring den enskilda individen och effektiv informationshantering i verksamheterna.

**Utveckling och digital transformation i samverkan.** Ett fokus för arbetet med digitalisering är att skapa rätt förutsättningar för utvecklingen, i samverkan och genom samordning nationellt. Detta görs till exempel genom stöd för införande av nya teknologier, regelverk samt tekniska och semantiska standarder, som huvudmännen kan förhålla sig till.

## Digitalisering är centralt inom omställningen

Utvecklingen av digital vård och digitala arbetssätt inom hälso- och sjukvården har gått mycket fort de senaste åren, bland annat till följd av coronapandemin<sup>174</sup>. Digitaliseringen är en central del av omställningen till en mer nära vård. Digitala lösningar ingår ofta i de insatser som regioner och kommuner redovisar för målet att hälso- och sjukvården ska bli mer tillgänglig och personcentrerad samt präglas av delaktighet och kontinuitet<sup>175</sup>. Digitala vårdtjänster innebär att patienten får möjlighet till mer information, kontroll och inflytande över sin hälsa och eventuella sjukdom<sup>176</sup>. Digitaliseringen innebär dock även en utmanande förändring för hälso- och sjukvårdssystemet, bland eftersom ny digital teknik också innebär nya arbetssätt<sup>177</sup>.

---

<sup>173</sup> Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Kartläggning och uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

<sup>174</sup> Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

<sup>175</sup> Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2022. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>176</sup> Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Övergripande principer för vård och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

<sup>177</sup> Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen; 2022.

## Samtliga regioner erbjuder digital vård

Idag erbjuder samtliga regioner, i varierande utsträckning, digitala tjänster inom primärvården. Vissa regioner går i riktningen mot ”digitalt när det går, fysiskt när det behövs”, som en del i omställningen till en mer nära vård<sup>178</sup>. Några regioner har även etablerat digifysiska<sup>179</sup> vårdcentraler. Sådana vårdcentraler skiljer sig från en i huvudsak fysisk vårdcentral genom att de använder vissa digitala verktyg samt erbjuder mer flexibla vårdformer. De regioner som etablerat digifysiska vårdcentraler lyfter att konceptet innebär bättre kontroll på patientflödet, samtidigt som moderna arbetssätt bidrar till en bättre tillgänglighet för patienterna<sup>180</sup>.

I tidigare uppföljningar av omställningen till en mer nära vård redovisar regionerna att de arbetar med att utveckla och införa flera digitala tjänster inom 1177 Vårdguidens e-tjänster, exempelvis genom utveckling av stöd- och behandlingsplattformen. En del regioner har också arbetat med att implementera e-brev och digitala kallelser, till exempel via Kivra<sup>181</sup>. Flera regioner ställer som krav att leverantörer inom primärvården använder de digitala tjänster som regionerna tillhandahåller, som meddelanden via 1177, tjänster via stöd- och behandlingsplattformen och digitala kontakter via chatt och video<sup>182</sup>.

## Staten stärker förutsättningarna för interoperabilitet

### Iakttagelser i korthet

- Staten har tagit ett tydligare grepp om styrningen av den digitala infrastrukturen. Detta sker både internationellt, med finansiering från EU-kommissionen, och via flera nationella initiativ.
- Regionerna har de senaste åren genomfört stora upphandlingar av nya vårdinformationssystem, som nu håller på att införas.
- Det pågår ett antal nationella utredningar och regeringsuppdrag för att förbättra förutsättningarna för att Sverige fortsatt ska utveckla verksamheter inom e-hälsa och life science.
- Staten har ett viktigt ansvar att stödja utvecklingen av interoperabilitet och möjliggöra återanvändningen av hälsodata.

<sup>178</sup> Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

<sup>179</sup> Begreppet innebär att digital och fysisk vård kompletterar varandra.

<sup>180</sup> Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

<sup>181</sup> Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

<sup>182</sup> Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

Interoperabilitet är förmågan hos olika system att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra – något som blir allt viktigare ju mer komplicerade systemen är<sup>183</sup>. Arbete pågår inom olika områden för att bland annat utveckla gemensamma standarder och enhetliga begrepp. Detta ska möjliggöra mer sammanhållna system där patienten får en mer framträdande roll.

- En ny lag om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation<sup>184</sup>, som även innehåller bestämmelser om de delar av socialtjänstens verksamheter som avser omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.
- Arbete med att skapa en ändamålsenlig informationsstruktur samt enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom området hälso- och sjukvård och socialtjänst<sup>185</sup>.
- Gemensamma e-tjänster för verksamheter inom kommun och region, medarbetare på apotek samt privatpersoner<sup>186</sup>.

Myndigheters möjlighet att utfärda föreskrifter för både primär- och sekundäranvändning av hälsodata kommer att bli en alltmer central del i den fortsatta utvecklingen. Utvecklingen innebär också att hälsodata går från att tillhöra vårdgivaren till att tillhöra personen som den gäller.

## Staten tar en större roll i digitaliseringen

Det ökade antalet regeringsuppdrag om e-hälsa och hälsodata under 2023 visar på att staten vill ta ett större grepp och tydligare stödja e-hälsoområdet. Många statliga utredningar pekar till exempel på behovet av ett gemensamt ramverk för standarder, där begreppssystemet Snomed CT anses vara centralt. Användningen av Snomed CT är också något som EU-kommissionen ser och stödfinansierar, och som drivs på genom arbetet med kommissionens rättsakt European Health Data Space (EHDS)<sup>187</sup>. EU-kommissionen har under 2023 bidragit med 60 procent av den svenska licenskostnaden för Snomed CT, då EU bedömt Snomed CT som en terminologi de önskar att medlemsländerna använder i bland annat EHDS.

Målet med EHDS är att hälsodata av god kvalitet ska kunna delas effektivt och säkert inom och mellan EU-länder. I förslaget ingår att ett digitalt utbyte av e-recept och patientöversikter över landsgränser ska bli obligatoriskt

---

<sup>183</sup> EU:s modell delar upp interoperabiliteten i fyra områden: juridisk, organisatorisk, semantisk och teknisk interoperabilitet.

<sup>184</sup> Lagen (2022:913) om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation. Lagen trädde i kraft 1 januari 2023 och ersatte bestämmelserna om sammanhållna journalföring i patientdatalagen (2008:355), PDL.

<sup>185</sup> I Socialstyrelsens instruktion.

<sup>186</sup> E-hälsomyndigheten har till exempel en databas för alla e-recept, och Inera erbjuder gemensamma e-tjänster och stöd för användningen av dessa.

<sup>187</sup> En stor del av innehållet i patientöversikten i EHDS motsvarar innehållet i den nationella patientöversikten (NPÖ), då NPÖ tillsammans med ett fåtal andra länders patientöversikter har utgjort referensmodell för framtagandet av specifikationen i EHDS. De nationella informationsmängder som Socialstyrelsen tagit fram inom ramen för NI har också likheter med de datamängder som EHDS innefattar.

2025. Något år senare ska det även bli obligatoriskt att kunna dela annan information över landsgränser, som medicinska bilder, laboratorieresultat, vård- och omsorgsplaner vid utskrivning, samt information om sällsynta sjukdomar.

## Nationell gemensam digital infrastruktur

*Ena* – Sveriges digitala infrastruktur, är ett pågående samarbete som leds av Myndigheten för digital förvaltning (Digg) sedan 2019<sup>188</sup>. Syftet är att utbyta information på ett effektivt och säkert sätt mellan och med offentliga aktörer.

Infrastrukturen ska möjliggöra att hälsodata blir tillgängliga i alla delar av vårdkedjan och för all vård, oavsett huvudman. Detta bidrar till att förbättra patientsäkerheten och minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare.

För att infrastrukturens införande ska få avsedd effekt behöver det statliga stödet för interoperabilitet utvecklas. Det handlar bland annat om att utveckla och tillhandahålla nationella och internationella standarder för att beskriva hälsodata. Standarderna underlättar för regioner och kommuner att använda, återanvända och dela data utan onödig dubbeldokumentation.

I budgetpropositionen för 2024<sup>189</sup> skriver regeringen följande om en digital infrastruktur för hälso- och sjukvården:

En nationell gemensam digital infrastruktur för hälso- och sjukvården där staten tar ett större ansvar, ska införas. Infrastruktur med gemensamma standarder ska möjliggöra att hälsodata blir tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal och regional vård som tandvård, oavsett huvudman. Syftet är att förbättra patientsäkerheten genom att säkerställa att rätt information om patienten finns tillgänglig i varje vårdsituation liksom att bidra till att minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Regeringen har inlett arbetet genom att initiera en färdplan.

De senaste åren har flera stora upphandlingar av nya vårdinformationssystem slutförts i regionerna. Fortfarande pågår ett omfattande införandearbete. De nya systemen har betydligt bättre möjligheter än tidigare system att implementera gemensamma standarder för hälsodata, såväl semantiska som tekniska.

---

<sup>188</sup> Läs mer på <https://www.digg.se/>.

<sup>189</sup> Budgetpropositionen för 2024. Prop. 2023/24:1.

## Stort behov av nationella hälsodata

Sverige är ett av de länder inom EU som har störst tillgång till hälsodata. Utöver ett antal heltäckande hälsodataregister finns även över 100 kvalitetsregister. Samtidigt är behovet av nationella hälsodata omfattande, och många satsningar pågår för att fortsätta utveckla arbetet inom hälsa, e-hälsa, life science och med förslaget till EHDS. Satsningarna syftar till att förbättra förutsättningarna för insamling, lagring, delning och tillgängliggörande av hälsodata. Flera statliga offentliga utredningar pågår, liksom arbete med ett stort antal regeringsuppdrag hos olika myndigheter, samt satsningar inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen.

### Exempel – Pågående statliga utredningar

- **Hälsodata som nationellt intresse – en lagstiftning för interoperabilitet** (S2022:10) ska analysera och föreslå ändamålsenliga och samhällsekonomiskt effektiva åtgärder som bedöms vara motiverade för att åstadkomma en bättre och säkrare informationsförsörjning av hälsodata mellan system och aktörer. Uppdraget redovisas i april 2024.
- **Utredningen om sekundäranvändning av hälsodata** (S2022:04) ska analysera befintliga möjligheter till sekundäranvändning av hälsodata och lämna förslag på utökade sådana möjligheter. Syftet med uppdraget är att utveckla möjligheterna till sekundäranvändning av hälsodata för att direkt eller indirekt stärka hälso- och sjukvården. Delar av uppdraget redovisades i september 2023.

Behovet av nationella data omfattar många olika områden<sup>190</sup>. Särskilt påtagliga är behoven av data

- från primärvården
- om användning av läkemedel inom hälso- och sjukvården
- uppgifter om diagnoser på individ- och gruppnivå.

Ytterligare områden där dataförsörjningen idag är mer eller mindre begränsad är

- barn- och elevhälsa
- psykisk ohälsa
- socialtjänstens insatser

---

<sup>190</sup> Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.



Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
System i en föränderlig tid

- kommunal hälso- och sjukvård
- cancerscreening.

Nationella hälsodata av god kvalitet är viktigt för en bättre och säkrare vård för alla patienter och i förlängningen för en bättre hälsa för alla. Att det saknas data inom flera områden påverkar möjligheterna till bland annat

- nationella uppföljningar
- analyser av vård- och omsorgssystemet
- läkemedelsutveckling
- forskning.

Det finns flera hinder vid insamling och användning av hälsodata. Dessa brukar räknas som de viktigaste:

- Insamling och delning av data är juridiskt komplext.
- Det saknas enhetliga nationella informationsstrukturer.
- Hälso- och sjukvårdsverksamheterna är olika organiserade.
- Data registreras och lagras på olika sätt.

Motivet till varför det är angeläget att stärka den nationella dataförsörjningen är att det finns ett behov av att följa hälso- och sjukvårdens och omsorgens insatser som helhet. Detta skapar bättre förutsättningar för en god vård och omsorg. För att kunna tillgängliggöra data på detta område behöver förutsättningarna för att samla in data utvecklas. Utvecklingen behöver omfatta både styrande och stödjande reglering och praktiskt arbete med infrastruktur och standarder för dokumentation och datahantering i en nationell kontext.

## Samverkan för att uppnå interoperabilitet

Det pågår en kraftsamling i Sverige för att vidareutveckla och implementera de standarder och strukturer som tas fram på nationell nivå. Staten har fastslagit ett antal principer och rutiner för samverkan utifrån dialoger med regionerna. Principerna och rutinerna ska också säkerställa att de standarder och strukturer som tas fram på nationell nivå implementeras. Det gemensamma arbetet är en del i samverkan i partnerskapet för kunskapsstyrning. Frågorna som hanteras berör Snomed CT, de hälsorelaterade klassifikationerna, termbanken och nationell informationsstruktur (NI). Staten delfinansierar arbetet med riktade medel i två överenskommelser med SKR:

- överenskommelsen om god och nära vård
- överenskommelsen om en sammanhållen, jämlik och säker vård.

### Exempel – Gemensamma standarder i hela EU

EU:s eHealth Network diskuterade under hösten 2022 val av standarder för de tre nya informationsmängderna för delning av hälsodata över landsgränser (laboratorieresultat, medicinska bilder och slutanteckningar). Jämförelser har gjorts mellan standarden HL7 CDA99<sup>191</sup>, som används idag vid delning av hälsodata över landsgränser, och standarden HL7 FHIR<sup>192</sup>. Hur sådana lösningar förhåller sig till nationella implementationer som openEHR<sup>193</sup> har också beskrivits. Preliminära resultat från en enkät till medlemsländerna visar på ett starkt stöd för att använda HL7 FHIR för de nya informationsmängderna. Arbetet med att översätta FHIR-basprofiler till svenska har dessvärre avstannat på grund av att det saknas ett sekretariat för arbetet.

## Nya former av samverkan och samordning

Det krävs nya former av samverkan i utvecklingen av e-hälsa, för att nå bästa möjliga resultat. Det gäller både samverkan mellan myndigheter och samverkan mellan myndigheter och verksamheterna inom hälso- och sjukvården. Roller och ansvar behöver också tydliggöras. Läs mer om roller och ansvar i avsnittet *Arbetet med omställningen till god och nära vård fortsätter* i detta kapitel.

Informationsutbytet av hälsodata inom och mellan regioner och kommuner har ännu inte uppnått sin fulla potential, men flera statliga initiativ pågår som på sikt kan bidra till en bättre informationsförsörjning. Utredningar och resultat från dessa initiativ behöver samordnas bättre för att få till stånd en gemensam inriktning i det fortsatta arbetet. Det krävs ett utökat samlat nationellt stöd, som kan bidra till den digitala transformationen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta i sin tur kräver långsiktig finansiering och styrning i frågor kopplade till interoperabilitet och standardisering. Det finns behov av en nationell gemensam styr- och samverkansstruktur för frågor kopplade till interoperabilitet och standardisering<sup>194</sup>.

<sup>191</sup> HL7 International. CDA® Release 2. Hämtad 2024-01-22 från <http://www.hl7.org/>.

<sup>192</sup> HL7 International. HL7 FHIR Release 5. Hämtad 2024-01-22 från <http://hl7.org/>.

<sup>193</sup> openEHR Sverige. Svenska arketyppförvaltningen. Hämtad 2024-01-22 från <https://openehr.atlassian.net/>.

<sup>194</sup> Uppföljning Vision e-hälsa 2025. Rapport avseende 2022. Stockholm, Kalmar: E-hälsomyndigheten; 2023.

## Regionerna arbetar med digitalisering i omställningen till god och nära vård

De flesta av regionerna arbetar med att förbättra den digitala vårdinformationen, främst inom ramen för införandet av de nya vårdinformationssystemen. Nästan alla regioner har också inlett ett arbete med att underlätta informationsutbyte mellan huvudmän och över verksamhetsgränser. Användningen av nationell patientöversikt (NPÖ) ökar, bland annat genom utökad användning av sammanhållen journal. Utvecklingen av egenmonitorering och distansmonitorering fortsätter, ofta i form av tester och piloter. Hypertoni och hjärtsvikt är två av de vanligaste diagnoserna vid egenmonitorering<sup>195</sup>.

### Regionernas digitaliseringsstrategier

I stort sett alla regioner har en beslutad digitaliseringsstrategi. Drygt 60 procent av regionerna har dessutom en beslutad tidsatt och resurssatt handlingsplan för digitalisering inom hälso- och sjukvården<sup>196</sup>. Strategierna har ett tydligt fokus på effektivitet snarare än på innovation: 85 procent av innehållet gäller effektivitet, medan endast 15 procent gäller innovation<sup>197</sup>. Enligt den analys som Forskningskonsortiet för digital förvaltning vid Göteborgs universitet gjort är fokus på hög effektivitet en indikation på att organisationen saknar tydliga ingångsvärden för omställningen. Det tyder också på en styrning som är fokuserad på ekonomiska resultat snarare än på verksamhetsutveckling och transformering av verksamheten genom digitalisering. En annan förklaring kan vara att regionerna prioriterar snabba, synliga resultat för att kunna förankra strategin hos medarbetarna innan de inriktar sig på innovation.

## Användning av artificiell intelligens i hälso- och sjukvården

### Iakttagelser i korthet

- Användningen av AI i hälso- och sjukvården ökar, men utvecklingstakten varierar i olika regioner.
- Att omfattningen av regionernas AI-implementering varierar kan ha negativ påverkan på jämlikheten i vården.

<sup>195</sup> Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>196</sup> Tillämpning av digital vård i regionerna. En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>197</sup> Regionernas digitaliseringsstrategier. Riktning och konsekvenser. Göteborg: Forskningskonsortiet för digital förvaltning; 2022.

- AI medför stora möjligheter att utveckla och förbättra vården, men innebär också utmaningar, bland annat när det gäller etiska aspekter.
- Ett flertal vägledningar och handböcker har tagits fram för att stödja användningen av olika AI-lösningar.

Artificiell intelligens (AI) har en enorm potential för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska få stöd att lösa utmaningar och effektivisera vården. Flera av AI-stöden som är i drift har inriktning mot förbättringar och effektivisering i hälso- och sjukvården. Utvecklingen av informationsdriven vård är en viktig del i detta arbete.

AI är bland annat en del av precisionssjukvården. Det innebär att vården skräddarsys, inte bara för patienten, utan även i vårdsystemets sätt att bedriva vård, så att nyttan och effektiviteten ökar. Andra områden där AI kommer till användning är monitorering och telemedicin.

Utvecklingen går olika snabbt i olika delar av landet och omfattningen av regionernas AI-implementering varierar. Detta kan ha negativ påverkan på jämlikheten i vården<sup>198</sup>.

## Utvecklingen accelererar

Utvecklingen inom AI har accelererat de senaste 5–10 åren. Redan 2019 användes AI i totalt 59 tillämpningar eller stöd inom hälso- och sjukvården i Sverige. Ytterligare cirka 100 tillämpningar planerades under de närmaste åren. Troligen förekom någon AI-tillämpning i samtliga regioner<sup>199</sup>.

Eftersom utvecklingen är snabb, förväntas ytterligare tillämpningar tillkomma i rask takt. Under överskådlig tid kommer det sannolikt att vara en stor utmaning att hitta rätt avvägning mellan tillgängliggörande av teknisk innovation och behovet av grundlig klinisk validering.

Följande är exempel där AI-drivna medicintekniska produkter är, eller inom en snar framtid förväntas bli, kommersiellt tillgängliga:

- beslutsstöd (inklusive triagesystem)
- medicinsk rådgivning
- bild- och signaldiagnostik inom radiologi, histopatologi och klinisk fysiologi
- precisionsmedicinska tillämpningar
- aktiv optimering av pacemakrar, läkemedelspumpar, strålkärlar, strålkärlar och mekaniska kirurgiska instrument.

<sup>198</sup> Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2019.

<sup>199</sup> Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2019.

## Vägledning och stöd

Både regioner och myndigheter har publicerat vägledningar för att stödja hälso- och sjukvården i utvecklingen och användningen av AI.

**Region Stockholm** har tagit fram en guide som stöd vid innovationsupphandling, med målet att accelerera utvecklingen och användningen av AI i vården<sup>200</sup>.

**AI Sweden** har tillsammans med Vinnova, SKR, Region Halland, Karolinska Universitetssjukhuset och Högskolan i Halmstad tagit fram en handbok för informationsdriven vård. Handboken beskriver lösningar som har visat sig fungera i klinisk praxis och visar hur man hanterar relevanta områden som lagregler, personlig integritet, ledarskap, datahantering med mera<sup>201</sup>.

**Läkemedelsverket** har tagit fram en vägledning för användning av AI i svensk sjukvård, riktad till huvudmännen i sjukvården. Vägledningen tar upp aspekter som man behöver beakta när man inför och använder system och produkter som innehåller AI-teknik. I vägledningen finns också en checklista som är tänkt att ge praktiskt stöd när man planerar att införa en AI-lösning<sup>202</sup>.

## Informationsdriven vård

Informationsdriven vård handlar om att man på ett strukturerat sätt samlar in och använder data om patienten, från olika delar av vårdsystemet, och att den vårdinformationen kan användas sammanlagt på ett ordnat sätt, exempelvis med hjälp av AI.

I informationsdriven vård utgår allt dataanvändande från samma rådata och från samma datakällor. Varje tillrättaliggande och anpassning av data riskerar att förvränga faktabasen ytterligare – utöver den potentiella förvrängning som redan skett när man valt vilken data som ska samlas in och hur den samlas in. Manuellt registrerade data är särskilt vanskelig att kvalitetssäkra om den var förknippad med någon form av bedömning vid registreringsstillfället. Bedömningar riskerar att ske på olika vis, både mellan personer och hos samma person vid olika tidpunkter.

En annan hörnpelare i informationsdriven vård är att man samordnar data från hela organisationen och alla dess olika system. I en situation där kapaciteten är begränsad bör man börja med journalsystem och

---

<sup>200</sup> I-AID – Integrerad AI Diagnostik. Accelererad användning av AI i vården. Stockholm: Karolinska universitetssjukhuset; 2021.

<sup>201</sup> En handbok för informationsdriven vård. Insikter från insidan. Hämtad 2023-12-20 från <https://www.ai.se/>

<sup>202</sup> Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård. Uppsala: Läkemedelsverket; 2023.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
System i en föränderlig tid

ekonomisystem följt av HR-system. Därefter kan man lägga till andra system – system efter system<sup>203</sup>.

Informationsdriven vård har två huvudsakliga delar:

- Individualiserad precisionsvård (Personalized Precision Care)
- Precisionsledning (Precision management).

De två delarna – den individuella och den organisatoriska – kan inte vara skilda från varandra.

Individualiserad precisionsvård kan enklast förklaras som skräddarsydd vård för individen. Här ingår genetik, med flera molekylärbiologiska inriktningar, där man kartlägger individens hälsotillstånd och risker. Precisionsledning baseras på detaljerade fakta, där man riktar in beslut på det som med stor sannolikhet gör signifikant skillnad för individen i det organisatoriska sammanhanget.

### **Exempel – Region Halland arbetar med informationsdriven vård**

Region Halland började redan 2014 att ta stegen mot det som idag kallas informationsdriven vård. Ett avgörande beslut var att de redan från början förberedde ett *datalager*. Ett datalager är en gemensam lagringsplats där vårdgivaren kan samordna all data från alla olika system som används. I datalagret struktureras informationen utifrån alla olika tänkbara aspekter för att det ska vara möjligt att nyttiggöra den.

Idag kräver Region Halland att privata vårdgivare som har avtal med regionen ska använda regionens journalsystem. Detta har gett tydliga positiva effekter på den sammanhållna journalföringen. Det ger också tekniska möjligheter att följa upp vårdens utförande och kvalitet genom hela systemet. Sedan flera år tillbaka har Region Halland, de sex halländska kommunerna, Högskolan i Halmstad och näringslivet en etablerad samverkansarena med fokus på behov och utmaningar inom hälso- och sjukvården och omsorgen.

Region Halland har sett att de genom att arbeta informationsdrivet kan arbeta med:

- kvalitetssäkrande monitorering av vårdsystemet

<sup>203</sup> En handbok för innovationsdriven vård. Insikter från insidan. Hämtad 2023-12-20 från <https://www.ai.se/>

- explorativa analyser
- simuleringar
- prognostisering
- framåtsyftande förvarningar om olika skeenden
- utveckling av beslutsstöd och forskning som ligger nära verksamheten och därmed är lättare att omsätta i verklig vård<sup>204</sup>.

## Exempel på AI-verktyg i vården

En av fördelarna med AI är att den outtröttligt och därmed mer jämlikt kan göra likvärdiga bedömningar av komplexa frågeställningar. AI kan dessutom bidra till ökad precision i bedömningar, förutsägelser och diagnoser.

### AI kan påskynda diagnosticering av stroke

Var 17:e minut drabbas någon människa i Sverige av en stroke som kräver akut sjukhusvård. En stroke leder till syrebrist i hjärnan, och skador på hjärnan kan uppstå väldigt snabbt.

Idag används framför allt två behandlingar för akut stroke:

- den propplösande läkemedelsbehandlingen trombolys
- interventionen trombektomi.

Under en trombektomi går specialistläkare in med en kateter i ljumsken och drar ut blodproppar ur hjärnans blodkärl med hjälp av olika verktyg. Varje timmes väntan på trombektomi halverar effekten av behandlingen.

#### **Exempel – En app för diagnosticering av stroke<sup>205 206</sup>**

I Västra Götalandsregionen, Region Örebro län, Region Skåne och Region Stockholm används en AI-baserad app på patienter som kommit in till sjukhuset med misstänkt stroke. Appen är ett beslutsstöd, som analyserar data från datortomografi parallellt med att patienten undersöks. Arbetssättet gör att det går snabbare och bättre att ställa rätt diagnos och sätta in rätt behandling. Vid akut stroke är varje minut avgörande för patienten och med hjälp av appen kan läkarna snabbare få reda på om det finns hjärnvävnad som går att rädda.

<sup>204</sup> En handbok för innovationsdriven vård. Insikter från insidan. Hämtad 2023-12-20 från <https://www.ai.se/>.

<sup>205</sup> App för snabbare akut behandling vid stroke. Hämtad 2023-11-28 från <https://www.karolinska.se/>.

<sup>206</sup> AI-app ska korta vårdtider vid stroke. Hämtad 2023-11-28 från <https://lakartidningen.se/>.

När en patient med misstänkt akut stroke kommer till sjukhuset får patienten genomgå avancerade röntgenundersökningar, så kallade datortomografier. Först görs en datortomografi för att utesluta övriga orsaker till symptomen och andra sjukdomar. Därefter görs en datortomografi-kärlundersökning för att identifiera stopp i kärlen, och sen en ytterligare datortomografi för att se om det finns någon räddningsbar hjärnvävnad. Med den nya AI-appen genomförs undersökningarna på sjukhuset samtidigt som AI analyserar och tolkar resultaten parallellt. Neurologer och neuroradiologer kan se resultaten direkt och snabbare få reda på om det finns någon propp att dra ut, men framför allt om det finns räddningsbar hjärnvävnad.

## AI som stöd för bildanalys vid mammografi

Samtliga regioner i Sverige erbjuder screeningprogram med mammografi för att upptäcka bröstcancer. Screeningprogrammet innebär att kvinnor i åldrarna 40–74 år erbjuds röntgenundersökning med mammografi vartannat år. De senaste åren har bildanalys baserad på AI visat sig kunna upptäcka bröstcancer i mammografibilder på ungefär samma nivå som röntgenläkare.

### Exempel – AI hjälper röntgenläkarna

Under 2023 har Region Stockholm, S:t Görans sjukhus, börjat använda AI i den ordinarie verksamheten. Idag arbetar en bröstradiolog tillsammans med en AI för att granska röntgenbilderna på S:t Görans sjukhus. Forskningsstudien som ligger till grund för AI-användningen konstaterade att för mammografiscreening var kombinationen av AI och en röntgenläkare ett bättre alternativ och kunde hitta fler och tidigare cancrar än två röntgenläkare tillsammans. AI hittade på egen hand nästan lika mycket cancer som två mänskliga granskare, men kallade hälften av kvinnorna till en förnyad undersökning<sup>207</sup>. AI-algoritmen sparar tid vid mammografigranskningen, vilket medfört att köerna minskat. Den nya tekniken lockar även till sig radiologer som vill arbeta med AI-teknik.

---

<sup>207</sup> Dembrower K, Crippa A, Colón E, Eklund M, Strand F, ScreenTrustCAD Trial Consortium. Artificial intelligence for breast cancer detection in screening mammography in Sweden: a prospective, population-based, paired-reader, non-inferiority study. *The Lancet* 2023;5(10):E703-E711.



## Utmaningar med AI

Samtidigt som AI har stor potential, är det också förknippat med utmaningar. För att AI ska kunna ha en gynnsam inverkan på folkhälsan och på hälso- och sjukvården, måste man sätta etiska överväganden och mänskliga rättigheter i centrum för design, utveckling och användning av AI-teknik.

En utmaning för vårdgivare är klinisk validering, det vill säga att kontrollera att AI-lösningen är patientsäker. Praktiska och tekniska hinder måste övervinnas, och en ny metodik behöver utvecklas. Regionala cancercentrum i samverkan utvecklar en nationell valideringsplattform för AI inom mammografiscreening, VAI-B. Syftet är att VAI-B ska bli en hörnsten för sjukvårdens förmåga att genomföra AI-validering med hög kvalitet. Tre regioner – Östergötland, Västmanland och Sörmland – ingår i projektet<sup>208</sup>.

En effektiv AI-användning inom hälso- och sjukvården förutsätter att man kan hantera de fördomar som finns om exempelvis ras, etnicitet, ålder, funktion och kön. Eftersom fördomarna finns i samhället, finns de också i den data som används för att träna algoritmerna<sup>209</sup>. Det finns då risk för att fördomar och diskriminering byggs in i de automatiserade systemen på ett icke-transparent sätt. Inom hälso- och sjukvården skulle ett exempel på detta kunna vara att medicinskt omotiverade skillnader i behandling som människor får på grund av etnicitet, kön eller funktion riskerar att bli en del av ett automatiskt system<sup>210</sup>. Det kan också få som effekt att ett AI-verktyg som till exempel används för diagnostisering inte ger tillförlitliga resultat<sup>211</sup>  
<sup>212</sup>.

I publikationen *Kort om Artificiell intelligens i hälso- och sjukvården*<sup>213</sup> ger Statens medicinsketiska råd (Smer) exempel på hur systemen kan göras transparenta, så att patienter och vårdanställda kan lita på dem. Smer ger också exempel på hur ansvaret ska fördelas när fler beslut i vården fattas av datasystem och inte av människor. Smer betonar samtidigt att de etiska utmaningarna inte får uppfattas som hinder för innovation. I stället ska de ses som något som kan stimulera utvecklingen av tillämpningar som främjar gemensamma mål och intressen.

Sverige behöver en mer jämlik AI-användning i hälso-, sjuk- och tandvårdens processer och arbetssätt. En utmaning i hälso- och sjukvårdens

---

<sup>208</sup> Nationell valideringsplattform för AI inom mammografiscreening (VAI-B). Hämtad 2023-12-20 från <https://cancercentrum.se/>.

<sup>209</sup> Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. Genève: World Health Organization; 2021.

<sup>210</sup> Artificiell intelligens, robotisering och arbetsmiljön. Kunskapssammanställning 2022:1. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2022.

<sup>211</sup> Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2019.

<sup>212</sup> Artificiell intelligens, robotisering och arbetsmiljön. Kunskapssammanställning 2022:1. Gävle: Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2022.

<sup>213</sup> Kort om Artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Hämtad 2023-12-20 från <https://smer.se/>.

AI-användning är den ojämna fördelningen mellan regionernas implementerade AI-verktyg. En annan utmaning är den ojämna fördelningen av olika typer av AI-tekniker. Idag genomförs inga regelbundna undersökningar om regionernas AI-användning. Det saknas också data om AI-teknikernas kvalitativa och kvantitativa effekter.

## Staten stärker förutsättningarna för att främja jämlik hälsa

Ett exempel på hur staten tar ett större grepp inom jämlik hälso-, sjuk- och tandvård är fokus på barns och ungas hälsa under de senaste åren.

### Iakttagelser i korthet:

- Staten stärker förutsättningarna för att tidigt främja jämlik hälsa, genom att ta fram ett sammanhållet hälsoprogram för barn och unga, från fosterlivet upp till och med 20 år.
- Hälsoprogrammet ska bidra till en mer sammanhållen barn- och ungdomshälsovård. Fler förebyggande och hälsofrämjande insatser ska genomföras för att adressera den ökande ungdomsbrottligheten och minska de ojämlikheter i hälsa och förutsättningar att lyckas i livet, som finns idag.

Barn och unga i Sverige har generellt en god hälsa. Men för många barn och ungdomar går utvecklingen i fel riktning. Undersökningar visar ojämlikheter i hälsa hos barn och unga på grund av olika livsvillkor och skilda möjligheter<sup>214</sup>. Att utveckla och göra barn- och ungdomshälsovården mer sammanhållen samt att genomföra fler förebyggande och hälsofrämjande insatser ligger också i linje med omställningen till god och nära vård. Ett nationellt hälsoprogram för barn och unga är ett viktigt bidrag till det fortsatta arbetet<sup>215</sup>.

I augusti fick sex myndigheter<sup>216</sup> i uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder<sup>217</sup>. Målet med hälsoprogrammet är att barn och unga lättare ska få tillgång till de insatser som de behöver för att få goda förutsättningar att skapa, vidmakthålla eller förbättra sin hälsa. Hälsoprogrammet ska baseras på bästa tillgängliga

<sup>214</sup> Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).

<sup>215</sup> Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (S2023/02379 delvis).

<sup>216</sup> De myndigheter som gemensamt ska ta fram hälsoprogrammet är Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Statens skolverk.

<sup>217</sup> Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (S2023/02379 delvis).

kunskap, och kärnan ska vara hälsobesök med undersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd<sup>218</sup>.

## Hälsoprogrammet ska främja hälsa och förebygga ohälsa

Hälsoprogrammet ska främja barns och ungas hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa. Det ska innehålla hälsofrämjande och förebyggande insatser från fosterlivet fram till 20 års ålder. Målet är att hälsoprogrammet ska vara sammanhållet och löpa som en röd tråd genom hela perioden, så att det gör det lätt för barn och unga och deras familjer att hitta rätt i systemet. Centrala aktörer i arbetet med hälsoprogrammet är

- mödrahälsovården
- barnhälsovården
- skolan inklusive elevhälsan
- ungdomsmottagningarna
- vård- och hälsocentralerna
- tandvården
- socialtjänsten
- förskolan<sup>219</sup>.

Barn- och ungdomshälsovården är ojämlig i landet<sup>220</sup>. Regionerna och de många skolhuvudmännen bestämmer själva över hur hälsovården ska organiseras och vilka insatser som ska erbjudas och när. Det riskerar att leda till att man drar ner på resurserna i svårare ekonomiska tider eller när andra områden behöver prioriteras. Ett nationellt standardiserat hälsoprogram för barn och unga ökar förutsättningarna för att barn- och ungdomshälsovården blir mer jämlik i landet.

Några av de förbättringsområden som har identifierats är

- överrapporteringar mellan mödrahälsovården och barnhälsovården
- överrapporteringar mellan barnhälsovården och elevhälsan
- samverkan och samordning mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården.

Utvecklingen av ungdomsbrottsligheten under 2023 har belyst att Sverige behöver satsa betydligt mer på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att bryta utvecklingen och för ge barn och unga bättre förutsättningar för att lyckas i livet.

---

<sup>218</sup> Slutrapport – Förstudie avseende ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

<sup>219</sup> Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (S2023/02379 delvis).

<sup>220</sup> Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).

## Bättre förutsättningar för uppföljning och kvalitetsutveckling

### Iakttagelser i korthet

- Datasystemen i vissa regioner tillåter inte att rapportering av psykiatrisk vårdform registreras på korrekt sätt.
- Inrapportering med hjälp av KVÅ-koder är i vissa fall omständlig och behöver ske i flera steg.
- Inrapporteringen av tvångsåtgärder varierar mellan regioner.
- Socialstyrelsen har under 2023 tagit fram nya åtgärds-koder för att underlätta inrapporteringen av tvångsuppgifter. Förändringen började gälla 1 januari 2024.

En förutsättning för uppföljning och kvalitetsutveckling inom hälso-, sjuk- och tandvården är att de nationella register som finns är uppdaterade och korrekta.

Socialstyrelsen ansvarar för ett antal register, där ett av de mest omfattande är patientregistret<sup>221</sup>. Det innehåller uppgifter om bland annat

- diagnoser och åtgärder för avslutade vårdtillfällen i slutet vård sedan 1964
- vårdkontakter hos läkare i den specialiserade vården sedan 2001
- uppgifter om akuttvåntetider och akutverksamhet sedan 2015
- uppgifter om vårdkontakter hos andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrin sedan januari 2024.

Syftet med patientregistret är bland annat att

- följa hälsoutvecklingen i befolkningen över lång tid
- bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling
- följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Patientregistret ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården. Registrats data används för officiell statistik

---

<sup>221</sup> Patientregistret (PAR) regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. I lagen och förordningen regleras vilka uppgifter som får finnas i patientregistret, liksom skyldigheten för dem som bedriver hälso- och sjukvård att lämna uppgifter till registret. Av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister framgår närmare hur hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet ska fullgöras.

och annan statistik om exempelvis psykiatrisk tvångsvård, skador och förgiftningar och väntetider på akutmottagningar.

## Möjligheterna till inrapportering varierar

Kvaliteten på uppgifterna i patientregistret är generellt god, men det finns betydande kvalitetsbrister när det kommer till tvångsvårdsuppgifter för patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Framför allt brister kvaliteten i uppgifterna om psykiatrisk vårdform, det vill säga vilken sorts tvångsvård (sluten LPT/LRV och öppen LPT/LRV) patienten vårdats enligt, samt i uppgifterna om vilka tvångsåtgärder som vidtagits.

Eftersom grundlagsskyddade mänskliga friheter och rättigheter i viss mån är begränsade vid tvångsvård, får det anses vara ett betydande problem att det inte finns någon tillförlitlig nationell tvångsvårdsstatistik i Sverige. Tvångsåtgärder innebär stora ingrepp i grundläggande rättigheter för en särskild utsatt målgrupp inom psykiatrin, och man kan anse att det därmed är extra viktigt att kunna följa just den vård som sker med stöd av tvångsvårdslagstiftningarna.

Skälet till att datakvaliteten för uppgifterna om psykiatrisk vårdform brister är att de är av annan typ än övriga uppgifter som rapporteras till patientregistret. Det är inte ens möjligt att rapportera och registrera dessa uppgifter på rätt sätt i vissa av regionernas datasystem. Detta har lett till att vissa regioner skapar egna lösningar för att ändå kunna leverera de uppgifter de är skyldiga att rapportera in. Svårigheterna med att rapportera in uppgifterna leder till två sorters kvalitetsproblem: dels att uppgifterna kanske inte alls rapporteras in, dels att de uppgifter som finns i registret inte är korrekta och jämförbara.

Uppgiften om huruvida en åtgärd är utförd med tvång eller inte saknas ofta. Utförda åtgärder rapporteras in till patientregistret med KVÅ-koder (Klassifikation av vårdåtgärder). KVÅ är en av de hälsorelaterade klassifikationer som Socialstyrelsen förvaltar. Inom tvångsvården kan vissa åtgärder utföras både med och utan tvång. Om dessa åtgärder utförs med tvång, ska man rapportera den ordinarie koden (till exempel sondmatning eller ECT) tillsammans med en tilläggskod som markerar tvång. Det är dock endast ett fåtal regioner som använder tilläggskoden.

Bristerna innebär att det idag inte finns tillförlitlig statistik för tvångsåtgärder. Det gör att det saknas verktyg för det regionala beslutsfattandet. Bristen på tillförlitliga tvångsvårdsdata leder också till att Socialstyrelsen inte kan bistå regeringen och andra nationella beslutsfattare med underlag inom dessa delar av psykiatrin. Det går i nuläget inte att framställa officiell statistik eller underlag för kvalitetssäkring och utvärdering av vård som ges på området. Det medför man till exempel inte

med säkerhet kan dra slutsatser om vårdens jämlikhet och tillgänglighet. Det är inte heller möjligt att använda registret för att utvärdera följsamheten till myndighetens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (HSLF-FS 2022:62).

## Åtgärder för att underlätta inrapportering

För att göra det lättare för regionerna att rapportera in uppgifterna, har Socialstyrelsen ändrat inrapporteringen av tvångsuppgifter.

Socialstyrelsen har tagit fram ett antal nya koder i samarbete med Svensk interprofessionell grupp för åtgärdskodning vid psykiska hälsoproblem (Swing-Chip). Vissa behandlingar har fått uppdelade koder, så att det går att identifiera om de har skett med stöd av fastspänning eller fasthållande. Syftet med förändringarna är att verksamheten ska kunna koda och rapportera alla förekomster av dessa åtgärder, så att myndigheten ska ha kännedom om i vilken utsträckning åtgärderna används och på ett korrekt sätt kunna använda de data som finns i registret.

Förändringen började gälla från och med den 1 januari 2024 och kommer förhoppningsvis leda till att det blir lättare att rapportera och att kvaliteten för uppgifter om psykiatrisk vårdform förbättras. Med mer tillförlitlig tvångsvårdsstatistik skulle även regionerna kunna följa tvångsvården inom den egna regionen bättre. Det underlättar också möjligheten att jämföra den egna verksamheten med motsvarande verksamhet i andra regioner, vilket skulle kunna bidra till kvalitetsutveckling inom området och ge bättre underlag för beslutsfattande.

## Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar utökas

### Iakttagelser i korthet

- Under de senaste åren har de säkerhetspolitiska bedömningarna omprövats. Det medför att det civila försvaret ska stärkas, vilket inkluderar hälso-, sjuk- och tandvården.
- Regeringen har beslutat om 60 beredskapsmyndigheter inom 10 sektorer, varav sektorn för vård, hälsa och omsorg är en.
- Beredskapsmyndigheterna ska stödja kommuner och regioner i deras utvecklingsarbete för det civila försvaret.
- Kunskapsstödande material för att stödja kommuners och regioners arbete med krisberedskap och civilt försvar, som tidigare varit publicerade på olika ställen, har nu samlats på [Kunskapsguiden.se](https://www.kunskapsguiden.se).

- Utvärderingar visar på tydliga framsteg i hälso- och sjukvårdens förmåga i det civila försvaret.
- Samverkan mellan kommuner och regioner, samt privata utförare del i arbetet, behöver fortsätta utvecklas.

Hälso- och sjukvård är en stor och central del av det civila försvaret. Det innebär att förstärkningen av det civila försvaret i allra högsta grad inkluderar hälso- och sjukvården. Arbetet med civilt försvar tar sin utgångspunkt i samhällets krisberedskap, och arbete med krisberedskap och civilt försvar är ömsesidigt förstärkande. Detta avsnitt handlar om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar under 2023.

Sveriges regioner är skyldiga att säkerställa en beredskap för kriser i sitt planeringsarbete för hälso- och sjukvård. Det handlar bland annat om förberedelser för att kunna hantera stora olyckor, terroristattacker, naturkatastrofer och pandemier.

Det civila försvaret ska

- stödja Försvarmaktens förmåga att möta ett väpnat angrepp
- säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna
- värna civilbefolkningen.

Eftersom förberedelserna för det civila försvaret görs under vanliga samhällsförhållanden, är krisberedskap och civilt försvar nära kopplade till varandra.

Regionernas och kommunernas arbete med civilt försvar hade under flera årtionden låg prioritet. Under de senaste åren har emellertid regering och riksdag omprövat tidigare säkerhetspolitiska bedömningar. Riksdagen beslutade 2020 att anta försvarspropositionen *Totalförsvaret 2021–2025*, som innebär att både det civila och det militära försvaret ska stärkas.

## Beredskapssektorn vård, hälsa och omsorg stödjer utvecklingsarbete i kommuner och regioner

I oktober 2022 blev 60 myndigheter beredskapsmyndigheter, uppdelade i 10 sektorer<sup>222</sup>. Beredskapsmyndigheterna ska ge stöd till regioner och kommuner för deras arbete med att utveckla hälso- och sjukvårdens del i det civila försvaret. Socialstyrelsen är sektorsansvarig för sektorn vård, hälsa och omsorg, där även E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket ingår. I uppdraget som sektorsansvarig myndighet ska

<sup>222</sup> Förordning (2022:524) om statliga myndigheters beredskap.

Socialstyrelsen ta ett särskilt ansvar för att utveckla arbetet inom sin beredskapssektor, stödja de andra myndigheterna och se till att samordning sker med andra aktörer.

## Regionernas insatser för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga i det civila försvaret visar tydliga framsteg

Regionernas insatser för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga i det civila försvaret har gjort tydliga framsteg. Det visar en analys, som gjorts med anledning av en utvärdering av statens och SKR:s överenskommelser om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar. Analysen visar på en stabilisering med en ökad långsiktighet i hur regionerna arbetar med att stärka hälso- och sjukvårdens del i det civila försvaret. Regionerna tar i sin planering större hänsyn till den kommunala hälso- och sjukvården än tidigare. Men även om utvecklingen är positiv, är samverkan mellan regionerna och kommunerna ändå fortfarande begränsad. Privata utförare del i arbetet med det civila försvaret är också begränsad.

Målet för 2022 var att säkerställa att respektive region hade lager motsvarande minst en månads förbrukning av läkemedel. Vissa regioner uppnådde inte målet under 2022, men samtliga regioner uppgav i utvärderingen att de bedömde att de skulle uppnå 2022 års mål under 2023.

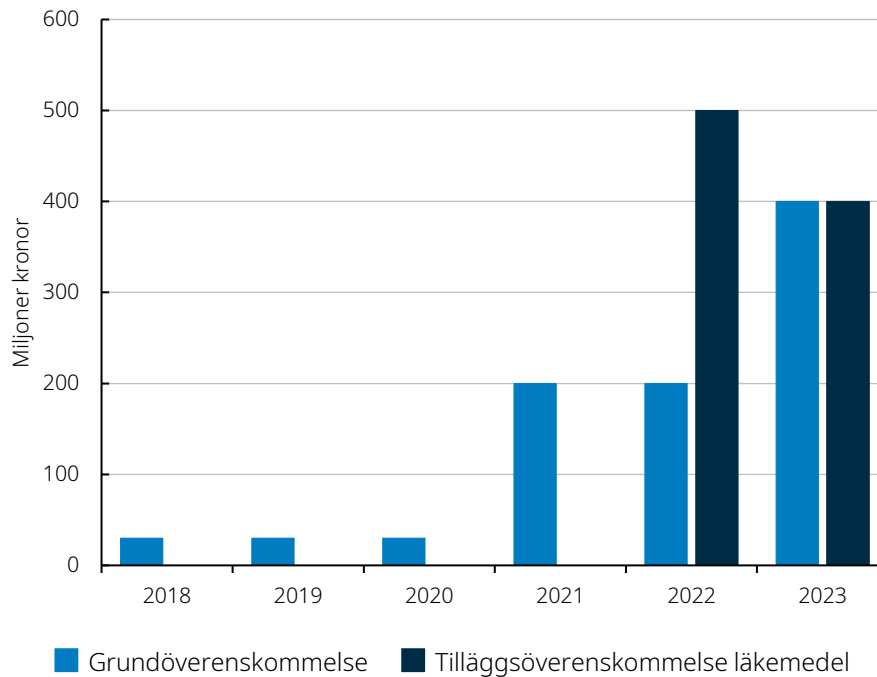
## Förändring av anslag och omfattning i överenskommelserna för 2023

Överenskommelserna mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar utvecklades tydligt mellan 2018 och 2023. Från början omfattade överenskommelserna förhållandevis få insatser och låga anslag, medan de senare har omfattat många olika insatser och högre ekonomiska anslag. Även insatserna har utvecklats. Insatsernas omfattning har blivit mer omfattande, och beskrivningarna av insatser och delinsatser har förfinats.

För 2023 höjde regeringen medelstilledningen till 400 miljoner kronor för grundöverenskommelsen. Tilläggsöverenskommelse för försörjningsberedskap för läkemedel tillkom 2022. Den omfattade då 500 miljoner kronor, vilket minskades till 400 miljoner kronor för 2023. Som figur 52 visar ökade medelstilledningen till regionernas arbete med civilt försvar markant under perioden 2018 till 2023.



**Figur 52. Medelstillelning för överenskommelser mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar 2018–2023.**



Källa: Socialdepartementet/SKR.

För 2023 kunde regionerna använda medlen för följande områden:

- krigsorganisation och dess bemanning
- samverkan och ledning
- planeringssamverkan
- utbildning och övning
- omhändertagande av många skadade
- försörjningsberedskap
- andra robusthetshöjande åtgärder.

Tilläggsöverenskommelserna om försörjningsberedskap för läkemedel har breddats. Både för 2022 och 2023 var målet att regionerna skulle ha säkerställt tillgången till minst en månads förbrukning av ett antal läkemedel. För 2022 omfattade överenskommelsen cirka 200 läkemedel, medan den för 2023 omfattade cirka 850 läkemedel.

Från och med 2024 ska grundöverenskommelserna mellan staten och SKR ersättas med statsbidrag till regionerna. Socialstyrelsen ska fördela och utvärdera regionernas arbete med statsbidraget. Överenskommelserna om försörjningsberedskap för läkemedel finns kvar, och Socialstyrelsen ska fortsätta utvärdera dem.

# Nationell högspecialiserad vård behövs för att upprätthålla kompetens kring sällsynta sjukdomar

## Iakttagelser i korthet

- Under 2023 beslutade Socialstyrelsen om 13 nya tillståndsområden för nationell högspecialiserad vård, till exempel könsdysfori, svåra hudsymtom och tarmrehabilitering för barn.
- Dessutom trädde 13 nya tillståndsområden som beslutats tidigare i kraft, till exempel kroniska lungsjukdomar hos barn, ryggmärgsskador och ätstörningar.
- Under 2024 startar ett europeiskt samarbete i form av en joint action, för att tydliggöra samarbeten och vårdflöden mellan vårdgivare nationellt och vårdgivare i övriga Europa.
- Sverige deltar i europeiska samarbeten inom hälsa och sjukvård. För att vi nationellt ska dra nytta av dessa samarbeten krävs att vi bygger strukturer med en robusthet där nationella enheter kan stärka vårdflöden inom landet och på europeisk nivå.

Nationell högspecialiserad vård (NHV) är vård som är komplex eller sällan förekommande och som får bedrivas vid som mest fem enheter i landet. Syftet med koncentration av denna vård är att vårdgivaren ska kunna upprätthålla kompetens i hela det multidisciplinära teamet, ha möjlighet att utveckla och hålla en god kvalitet på vården utan att tillgängligheten begränsas.

## En förutsättning för att erbjuda vård i världsklass

Den 1 juli 2018 ersattes den tidigare rikssjukvården med nationell högspecialiserad vård, och Socialstyrelsen blev förvaltningsmyndighet för det nya systemet. Reformen leder till förändrade patientflöden och i vissa fall till nya arbetssätt. Målet är att

- tillgången till den högspecialiserade vården ska vara jämlik oavsett var i landet man bor
- förutsättningarna för kompetensförsörjning, samverkan, forskning och utveckling ökar – och därmed också vårdens kvalitet.

Det är en mycket liten andel av landets patienter som är direkt berörda av den nationellt högspecialiserade vården. Hittills finns 53 beslutade tillståndsområden och årligen behandlas knappt 3 400 patienter<sup>223</sup> sammantaget av NHV-enheterna. Som jämförelse vårdas drygt 600 000 patienter totalt inom slutenvård 2021. Patienter i behov av nationellt högspecialiserad vård förväntas få mer jämlik vård och tillgång till expertis. För tillståndsinnehavarna, det vill säga verksamheterna, kan de nationella tillstånden ge robustare verksamheter med bättre förutsägbarhet till exempel vad gäller patientvolym. Därmed får de bättre förutsättningar för att upprätthålla både kompetensförsörjningen och en stark forskningsmiljö.

Ett av de senaste beslutade tillståndsområdena är nyföddhetscreening<sup>224</sup>, en funktion som funnits vid Karolinska universitetssjukhuset sedan 1960-talet. Då införde Sverige att fenylketonuriprov (så kallat PKU-prov) ska tas på alla nyfödda i landet. Idag omfattar nyföddhetscreeningen 26 olika sjukdomar, där även handläggning av vissa inkluderas i nationellt högspecialiserad vård. Sjukdomar som identifieras i nyföddhetscreeningen, till exempel medfödda metabola sjukdomar, är sällsynta. Därför är det svårt för enskilda läkare, eller enskilda personer från andra vårdprofessioner, att upprätthålla kunskapen om dem. Det multidisciplinära teamet inkluderar idag ofta såväl molekylärbiologisk och genetisk kompetens som klinisk kompetens och omvårdnadskompetens. Teamet behöver ha förutsättningar att jobba tätt tillsammans för att patienterna ska få bästa tillgängliga vård och behandling.

Under 2023 startade nationellt högspecialiserad vård inom 13 tillståndsområden, bland annat för kroniska lungsjukdomar hos barn, ryggmärgsskador och ätstörningar. Dessutom fattade Socialstyrelsen beslut om tillstånd inom ytterligare 13 områden, som träder i kraft under 2024 eller 2025, bland annat könsdysfori, svåra hudsymtom och tarmrehabilitering för barn.

Läs om nationellt högspecialiserad vård vid könsdysfori i avsnittet *Nationellt högspecialiserad vård och andra planerade satsningar kring könsdysfori*.

## Effekter av koncentrerad vård

En positiv konsekvens av att koncentrera vård på nationell nivå är ökade patientvolym vid utvalda centra. Detta medför att man kan säkerställa kunskap och kompetensförsörjning och stärka forskningsmiljön. Samtidigt finns det utmaningar och viss oro för negativa konsekvenser på närliggande vård av att viss vård koncentreras.

---

<sup>223</sup> Årlig uppföljning av nationellt högspecialiserad vård. Hämtad 2023-11-20 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>224</sup> Medfödd metabol sjukdom, inkl. nyföddhetscreening. Hämtad 2023-11-20 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

Kunskap, ekonomi och kompetens kan ibland påverkas hos de enheter som inte längre ska bedriva den vård som beslutats vara nationellt högspecialiserad. De nationella enheterna ska vara ledande i landet inom det beslutade tillståndsområdet, men det betyder också att de har ett stort ansvar för att säkerställa att patienterna får tillgång till vården inom respektive område. Villkoren ställer krav på samverkan och kunskapsspridning. De nationella enheterna tar bland annat ansvar för att säkerställa att remitterande enheter runt om i landet fortsatt kan bedöma vilka patienter de ska remittera till den nationellt högspecialiserade vården och när de ska göra det.

Nationell högspecialiserad vård kan öka möjligheterna till samordning av den enskilda patientens vård. Brist på samordning kan leda till att patienter drabbas av undvikbara komplikationer eller går miste om optimal behandling. Bland patienter med sällsynta hälsotillstånd är komplexa syndrom inte ovanliga. Flera organ kan vara påverkade, och patienten har ofta olika typer av intellektuella funktionsnedsättningar och stora vårdbehov. Det gör att samordning extra viktig för dessa patienter. Trots denna komplexitet har få av dessa patienter en sammanhållen vårdplan, det vill säga en sammanhållen planering av alla delar som ingår i den egna behandlingen<sup>225</sup>. Nationell högspecialiserad vård, där flera patientgrupper med sällsynta hälsotillstånd ingår, kan ändra på detta. Nationella enheter har, genom villkoren för nationell högspecialiserad vård, ett tydligt samordnings- och samverkansansvar. Den tillståndspliktiga vården kan skapa förutsättningar för tydligare och effektivare vårdkedjor och bidra till ett ökat samarbete mellan vårdgivare inom och mellan regionerna.

## Internationell samverkan är central

Sällsynta hälsotillstånd och sjukdomar kräver att expertis och vård ibland måste sökas i andra länder. Även internationellt, inom Europa och i våra nordiska grannländer, koncentreras viss vård. Internationellt samarbete och samverkan är helt centralt för att det ska vara möjligt att erbjuda adekvat vård till patienter med sällsynta sjukdomar.

Europakommissionen har inrättat virtuella nätverk för vårdgivare i hela Europa inom strukturen för europeiska referensnätverk (ERN)<sup>226</sup>. De första referensnätverken bildades i mars 2017 och omfattar fler än 900 specialisterheter från över 300 sjukhus i 26 länder. Det finns 24 nätverk för olika områden, och Sverige deltar i alla. Under 2024 startar ett EU-projekt i form av en så kallad joint action (JA) för en förbättrad integration av nätverksstrukturen i de nationella sjukvårdssystemen. För svensk del handlar det bland annat om att sambanden, samarbetet och vårdflödena mellan ERN

---

<sup>225</sup> Sällsynta diagnoser. Medlemsundersökning. Hämtad 2023-11-20 från <https://www.sallsyntadiagnoser.se/>.

<sup>226</sup> ERN – europeiska referensnätverk. Hämtad 2023-11-20 från <https://www.sahlgrenska.se/>.

och tillståndsinnehavarna för nationell högspecialiserad vård behöver tydliggöras. Förutsättningarna för länka samman de nu parallella spåren inom sjukvården ska öka för att ge större patientnytta.

## Sexuell och reproduktiv hälsa är en viktig del av den allmänna hälsan

### Iakttagelser i korthet:

- Hälso- och sjukvården behöver bättre beakta hur den sexuella hälsan kan påverkas av olika sjukdomstillstånd.
- Som vägledning för det nationella arbetet lanserade Folkhälsomyndigheten 2023 en nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa.
- Vårdutbudet och tillgängligheten till vård för sexuell och reproduktiv hälsa skiljer sig mellan regionerna, och även mellan olika grupper i befolkningen.
- Primärvården har en viktig roll i att upptäcka behov som rör sexuell och reproduktiv hälsa, men kompetensen inom området behöver stärkas.
- Det har skett en rörelse i förståelsen av transpersoner samt personer med könsdysfori.
- Under den pågående översättningen av ICD-11 flyttas koderna för könsdysfori från psykiatri till ett nytt kapitel om sexuell hälsa.
- Vård vid könsdysfori bedrivs sedan 1 januari 2024 som nationell högspecialiserad vård, för att bemöta de brister som finns på området, till exempel när det gäller tillgänglighet, kompetens och bemötande.
- Mödrahälsovården, förlossningsvården samt eftervården behöver bli mer jämlik, och kontinuiteten i vårdkedjan behöver förbättras.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är grundläggande delar av den allmänna hälsan och välbefinnandet under människans hela liv. Hälso- och sjukvården har länge fokuserat på mödrahälsovården och förlossningsvården, men vården behöver också se till den sexuella hälsan som en del av den allmänna hälsan.

## En nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa

Folkhälsomyndigheten lanserade 2023 en tioårig nationell handlingsplan för SRHR. Handlingsplanen syftar till att vägleda det samlade nationella arbetet inom området. I handlingsplanen betonar Folkhälsomyndigheten att hälso- och sjukvården behöver beakta den sexuella hälsan bättre och uppmärksamma på vilka sätt olika sjukdomstillstånd eller behandlingar påverkar sexualitet och reproduktion<sup>227</sup>.

## Stora skillnader i regionernas arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Tillgängligheten till vård som rör SRHR behöver öka om det ska gå att uppnå en jämlik hälso- och sjukvård. Vården behöver utgå från behov och vara utan omotiverade skillnader såväl mellan olika sjukdoms- och befolkningsgrupper som mellan regioner. Utbudet av vård och arbetet för att förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan i befolkningen skiljer sig mellan regioner. Här ges exempel på ett urval av skillnader i vårdutbud<sup>228</sup>:

- Väntetiderna vid ofrivillig barnlöshet är långa och varierar över landet, både för donerade ägg och donerade spermier.
- Väntetiderna till vulvamottagningar är långa. Vidare är det oklart vilken likvärdig vård som erbjuds inom andra mottagningar, i de regioner som saknar särskild vulvamottagning.
- Rutinerna för att erbjuda stödsamtal till personer som fått tidigt missfall varierar i landet.
- Rutiner för att ställa frågor för att upptäcka våldsutsatthet saknas eller brister i många verksamheter som möter patienter.
- Andelen regioner där ungdomsmottagningar arbetar aktivt för att nå unga i socioekonomisk utsatthet är relativt låg. Detsamma gäller unga nyanlända, unga utlandsfödda och unga som lever i hederskultur.
- Kunskapen om äldres sexuella hälsa och lust behöver öka inom primärvården och inom den kommunala hälso- och sjukvården. Satsningar på äldre personers sexuella hälsa behövs i stora delar av landet.

---

<sup>227</sup> Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige – Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033. Folkhälsomyndigheten; 2023.

<sup>228</sup> Kartläggning av vårdutbudet inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR): Sweco; 2023 (på uppdrag av Folkhälsomyndigheten).

- Tillgången till mottagningar för rådgivning och behandling av klimakteriebesvär skiljer sig stort, särskilt mellan storstadsregioner och övriga regioner<sup>229 230</sup>.

Oavsett region skiljer sig också tillgängligheten till vård mellan olika grupper av befolkningen. Hälso- och sjukvården når inte alla i befolkningen, bland annat beroende på normer. Låg utbildningsnivå, lägre inkomster och utomeuropeisk bakgrund är faktorer som påverkar benägenheten att söka vård när det behövs<sup>231</sup>. Det saknas insatser i hälso- och sjukvården för att identifiera och nå grupper av personer som, trots behov, inte söker vård i lika hög utsträckning som andra.

## Kompetensen inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i vården behöver stärkas

Med omställningen till en nära vård blir primärvården allt viktigare. Där finns goda möjligheter att upptäcka behov som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, även när det inte är patientens primära sökorsak. Genom att integrera sexuell och reproduktiv hälsa som en del av anamnes och behandling, kan fler vårdmöten inkludera SRHR, vilket kan minska behovet av stöd, vård, och behandling.

Det kräver dock att kompetensen om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter stärks bland personal inom hälso- och sjukvården. Dessutom behöver det strategiska arbetet i regionerna stärkas och omfatta fler verksamheter.

## Vård vid könsdysfori – läget, utmaningar och möjligheter i vården

Vården av personer med könsdysfori är ett exempel inom området sexuell hälsa<sup>232</sup>. Med den pågående översättningen av ICD-11 flyttas de koder som rör könsdysfori i ICD-klassifikationen från psykiatrikapitlet<sup>233</sup> till ett helt nytt kapitel om sexuell hälsa<sup>234</sup>. Diagnoserna byter namn, från ”transsexualism” och ”annan könsidentitetsstörning” till ”könsinkongruens” och ”könsdysfori”. Förflyttningen av koderna speglar en generell rörelse i förståelsen av tillståndet, som innebär att könsdysfori inte klassificeras som ett psykiatriskt tillstånd, utan som ett tillstånd som kan innebära behov av

---

<sup>229</sup> Kartläggning av vårdutbudet inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR): Sweco; 2023 (på uppdrag av Folkhälsomyndigheten).

<sup>230</sup> Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård. Socialstyrelsen; 2020.

<sup>231</sup> Kartläggning av vårdutbudet inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR): Sweco; 2023 (på uppdrag av Folkhälsomyndigheten).

<sup>232</sup> Där inkluderas sexuell identitet, könsidentitet och könsuttryck.

<sup>233</sup> Mental, Behavioral and Neurodevelopmental disorders.

<sup>234</sup> Conditions related to sexual health.

vård eller behandling. Vilka konsekvenser förflyttningen kan få för organiseringen av vården och för dem som får en diagnos är än så länge för tidigt att säga.

## Utmaningar i vården vid könsdysfori

Vården av personer med könsdysfori präglas sedan en längre tid av ett antal brister. Bristerna gäller framför allt

- tillgänglighet till vården
- kompetensförsörjning
- kunskapsbrist och bemötande
- uppföljning och forskning.

Arbete pågår dock för att bemöta bristerna på området, till exempel inom omställningen till nationell högspecialiserad vård.

## Nationell högspecialiserad vård och andra planerade satsningar kring könsdysfori

Från 1 januari 2024 börjar NHV-tillstånden vid könsdysfori att gälla. Tre regioner kommer att ha huvudansvar, och de kommer i sin tur att samarbeta med varsin ytterligare region:

- Region Stockholm samarbetar med Region Uppsala
- Region Östergötland samarbetar med Region Skåne
- Region Västra Götaland samarbetar med Region Västerbotten<sup>235</sup>.

Regeringen har gett Socialstyrelsen ett uppdrag om stärkt uppföljning och bemötande inom den övriga vården<sup>236</sup>. Personer med könsdysfori är en skör patientgrupp som behöver bli bemött med respekt och få ett bra stöd.

Som en följd av revideringen av kunskapsstödet *Barn och unga med könsdysfori*, har Socialstyrelsen också initierat en revidering av kunskapsstödet för vården vid könsdysfori för vuxna.

Ett nationellt forskningsnätverk har startats och ett antal projekt är planerade. Samtidigt behöver regionerna hantera de långa väntetiderna, så att patienter kan påbörja utredning och erbjudas vårdåtgärder inom en rimlig tid, utifrån hälso- och sjukvårdens bedömningar av vårdbehoven.

---

<sup>235</sup> Nationell högspecialiserad vård. Hämtad 23-11-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>236</sup> Uppdrag om bättre bemötande och stärkt uppföljning avseende vård vid könsdysfori (S2023/03011).

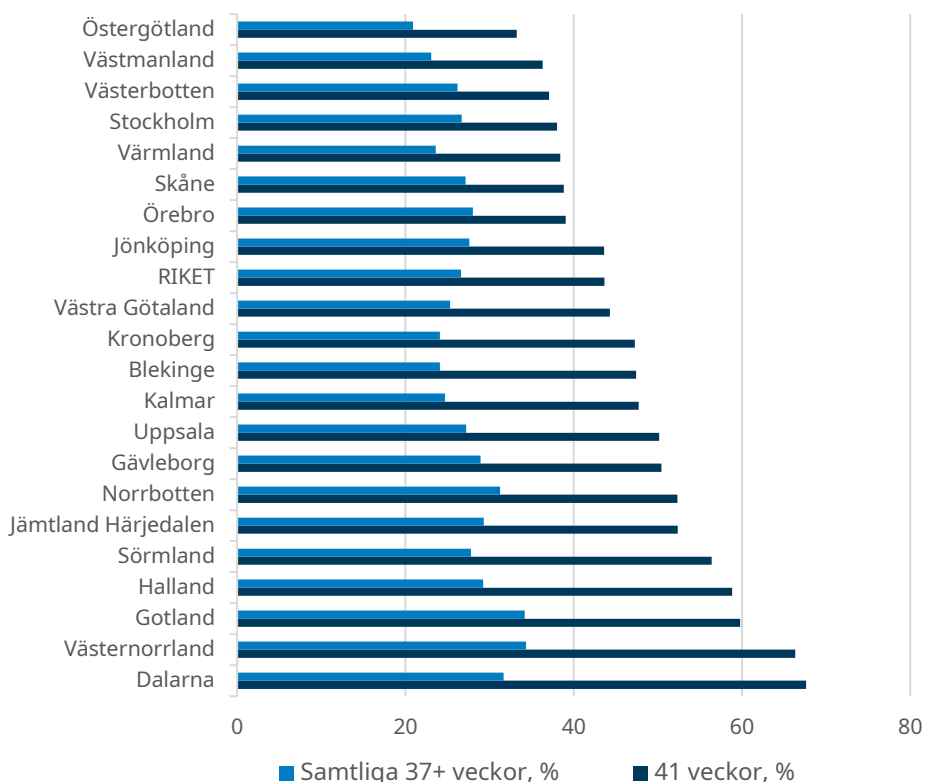


## Förbättringar i vården vid graviditet, förlossning och tiden efter

Sverige har överlag en god och säker mödrahälsovård, förlossningsvård och eftervård. Tack vare en väl utbyggd mödrahälsovård med hög täckningsgrad, främjas de gravidas hälsa och risker fångas upp. De allra flesta födande har en positiv förlossningsupplevelse.

Förlossningsvården har förbättrats på många områden över tid, med färre vårdskador och färre dödfödda barn. Antalet allvarliga bristningar minskar, medan antalet igångsättningar fortsätter att öka<sup>237</sup>.

**Figur 53. Förlossningsstart induktion vid fullgången graviditet (37+ veckor) och 41 veckor, enkelbörd, per region, 2022.**



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Samtidigt skiljer sig mödrahälsovården, förlossningsvården och eftervården mellan olika delar av Sverige. Till exempel varierar andelen som får behandling för psykisk ohälsa mellan regionerna. Eftervården fungerar också olika väl, och personer födda utanför Norden kommer mer sällan till eftervårdsbesöken än andra<sup>238</sup>. Vården behöver bli mer jämlik, och

<sup>237</sup> Skogsdal Y, Conner P, Elvander L, Storck Lindholm E, Kloow M, Algovik M, et al. På uppdrag av Graviditetsregistret. Graviditetsregistrets årsrapport 2022. 2023-09-24.

<sup>238</sup> Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.

kontinuiteten i vårdkedjan behöver förbättras. Framför allt behövs förbättringar i eftervården.

Andelen barn med låga Apgar-poäng har ökat, liksom antalet akuta återinskrivningar av mödrar inom trettio dagar efter förlossningen<sup>239</sup>. Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att tidigt följa upp dem som har fött barn, vad gäller förlossningsbristningar, behov av amningsstöd och fysiskt och psykiskt mående. Läs även om kärnindikatorn *Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)* i avsnittet *Resultat för kärnindikatorerna*.

Det finns också behov av ökad nationell samordning för vården vid graviditet, förlossning och tiden efter, likväl som förstärkt nationell vägledning för samordning mellan vårdgivare samt för uppföljning och återkoppling kring förlossningsskador<sup>240</sup>.

## Cancer – pågående arbeten för att förbättra prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering

### Iakttagelser i korthet

- Insjuknande i cancer ökar, men risken att dö till följd av cancer minskar.
- Preventiva insatser är av stor betydelse för att minska lidande och insjuknande.
- Screening erbjuds personer i olika åldersspann för att vissa former av cancer ska kunna upptäckas tidigt och därmed ha en ökad möjlighet till bot.
- Standardiserade vårdförlopp har tagits fram för de flesta cancerformer, för att säkerställa en jämlik cancervård i hela Sverige och minska onödig väntan.
- EU:s cancerplan definierar insatser genom hela förloppet, stimulerar gemensam utveckling och delat lärande genom riktade initiativ.

Insjuknandet i cancer ökar, och det gör även överlevnaden. Det innebär att och fler och fler människor lever med cancer (så kallad kronisk cancer) och med sviterna efter cancer. I Sverige lever idag omkring 600 000 personer

<sup>239</sup> Medicinska födelseregistret [databas]. Stockholm, Socialstyrelsen. Sökning gjord 2023-12-21.

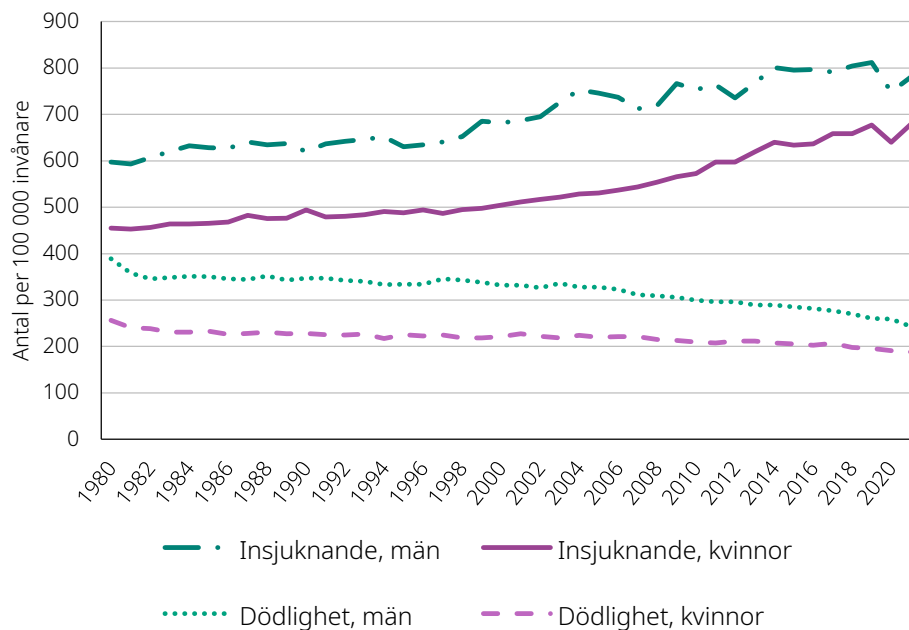
<sup>240</sup> Normalförlossning – En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer. Socialstyrelsen; 2023.

som har eller har haft cancer och minst en tredjedel av befolkningen förväntas få en cancerdiagnos någon gång under sitt liv.

Att fler människor blir sjuka i cancer innebär ett lidande för de drabbade och deras närstående, men också en ökad belastning på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. De preventiva insatserna för att minska antalet som blir sjuka i cancer är därför av stor vikt. Framsteg inom forskningen har bidragit till en märkbar förbättring i prognosen och överlevnaden för många cancerformer. På 1970-talet levde tre av tio patienter tio år efter sin cancerdiagnos, medan det idag är omkring sju av tio som överlever. Överlevnaden varierar dock stort mellan olika cancerformer. Till exempel har testikelcancer och malignt melanom i huden en överlevnadsgrad på över 90 procent, medan bara omkring 5 procent av dem som diagnostiseras med bukspottkörtelcancer lever 10 år efter diagnos. Dessa data understryker vikten av fortsatt forskning, förbättrad diagnos och utveckling av metoder för diagnostik och behandling för att ytterligare förbättra överlevnadschanserna för personer med cancer<sup>241</sup>.

Figur 54 visar utvecklingen av det åldersstandardiserade värdet för insjuknande och dödlighet i cancer från år 1980 till 2020 för kvinnor respektive män. Insjuknandet i cancer har ökat över tid medan dödligheten har minskat.

**Figur 54. Insjuknande och dödlighet 1980–2021.**



Källa: Dödsorsaksregistret och Cancerregistret, Socialstyrelsen.

<sup>241</sup> Cancer i siffror. Populärvetenskapliga fakta om cancer 2023. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden; 2023.

Se även kärnindikator 11 *Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer*, i avsnittet *Resultat för kärnindikatorerna*.

## Arbetet med införandet av EU:s cancerplan

EU:s cancerplan syftar till att minska insjuknandet och dödligheten i cancer samt till att förbättra livskvaliteten för personer med cancer och deras närstående. Planen strävar efter en jämlik cancervård både nationellt och mellan medlemsländerna. Den lanserades 2017, och arbetet fortlöper till år 2027.

Cancermissionen är ett annat EU-initiativ med syfte att bekämpa cancer genom forskning, utveckling av nya behandlingar och förbättring av vård. Den integreras alltmer med EU:s cancerplan. Båda initiativen fokuserar på nya lösningar och gemensamt lärande i kampen mot cancer. Inom ramen för EU:s cancerplan finns även ett stort antal joint actions om cancer.

Socialstyrelsen samordnar Sveriges arbete med EU:s cancerplan genom ett nära samarbete med ett flertal aktörer. Bland de övriga svenska aktörerna finns flera myndigheter, bland andra Folkhälsomyndigheten, Vinnova, Vetenskapsrådet, Läke medelsverket och Strålsäkerhetsmyndigheten. I arbetsgrupper och EU-gemensamma joint actions ingår också regionala cancercentrum, Comprehensive Cancer Centres och experter från regioner, universitet och civilsamhället<sup>242</sup>.

## Preventiva insatser och screening har effekt

Det förebyggande arbetet mot cancer är viktigt för att

- minska insjuknandet i cancer
- minska det mänskliga lidandet som cancer ger
- minska antalet människor som dör i cancer.

Forskning visar att upp till 28 procent av alla cancerfall i Sverige kan förebyggas genom effektiva preventionsåtgärder<sup>243</sup>. WHO betonar att 30–50 procent av alla cancerfall i världen kan förebyggas, antingen genom primärprevention eller sekundärprevention. Primärprevention innebär att motverka risken att cancer uppstår, till exempel genom livsstilsförändringar och förbättring av människors levnadsmiljö. Sekundärprevention handlar om att upptäcka cancer tidigt och att minska risken för återfall i cancer<sup>244</sup>.

---

<sup>242</sup> A cancer plan for Europe. Hämtad 2023-12-11 från: [A cancer plan for Europe \(europa.eu\)](https://europa.eu/europa/en/a-cancer-plan-for-europe)

<sup>243</sup> Fridhammar A et al. Cancer i Sverige – Hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer? Lund: IHE; 2020. Rapport 2020:9.

<sup>244</sup> Analys av utvecklingen vid regionala cancercentrum. En fördjupad analys med förslag om hur verksamheterna kan utvecklas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

EU:s kodex mot cancer uppdateras just nu för att inkludera de senaste forskningsresultaten och evidensbaserade strategierna i kampen mot cancer. Strategin omfattar rekommendationer kring rökstopp, en hälsosam kost, begränsad alkoholkonsumtion och deltagande i vaccinations- och screeningprogram<sup>245</sup>.

I EU:s cancerplan lanseras också ett stort gemensamt program kring förebyggande av icke-överförbara sjukdom där cancer ingår. För Sveriges del bedrivs arbetet av Folkhälsomyndigheten med deltagande från regionala cancercentrum (RCC). EU:s cancerplan betonar vikten av att bekämpa ohälsosamma levnadsvanor, inklusive alkoholkonsumtion, som en central del av att förebygga cancer. Cancerplanen inkluderar specifika åtgärder som att förbättra tillgången till hälsosamma dieter och att minska exponeringen för farliga ämnen för att minska cancerfallen och främja folkhälsan<sup>246</sup>. Sverige deltar aktivt i flera av de preventiva insatser som ingår i EU:s cancerplan. Ett exempel är utrotningen av HPV-relaterad<sup>247</sup> cancer genom de vaccinationsprogram som finns för flickor och pojkar i skolåldern och olika screeningsaktiviteter.

Gränsvärdena för riskbruk av alkohol reviderades under 2023, för att minska de negativa hälsoeffekterna av alkoholkonsumtion. Denna revidering innefattar nya riktlinjer för hälso- och sjukvårdens insatser för individer som konsumerar alkohol på potentiellt skadliga nivåer<sup>248</sup>.

Det råder otydlighet kring vilket uppdrag och vilken roll regionala cancercentrum har i preventionsarbetet. Varje RCC står inför specifika utmaningar och har unika förutsättningar, vilket gör att de arbetar på olika sätt och har kommit olika långt med sitt arbete med cancerprevention. Riktlinjerna för RCC:s arbete med prevention skulle därför behöva förtydligas. Det finns också behov av att utöka samarbetet med andra aktörer inom området i syfte att skapa ett koordinerat och effektivt cancerpreventivt arbete som kopplas till nationella insatser inom området icke överförbara sjukdomar<sup>249</sup>.

## Bröstcancerscreening ökar överlevnadsgraden

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Med effektiv mammografiscreening har överlevnadsgraden för kvinnor med bröstcancer ökat, och tioårsöverlevnad ligger idag på 90 procent<sup>250</sup>. Kvinnor i åldern 40–74 rekommenderas att erbjudas kostnadsfri screening vartannat år<sup>251</sup>.

<sup>245</sup> Europeiska kodexen mot cancer. Hämtad 2023-11-15 från: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/>.

<sup>246</sup> Europas plan mot cancer. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.

<sup>247</sup> Humant papillomvirus.

<sup>248</sup> Insatser vid riskbruk av alkohol. Rekommendationer till hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>249</sup> Analys av utvecklingen vid regionala cancercentrum. En fördjupad analys med förslag om hur verksamheterna kan utvecklas. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>250</sup> Screening för bröstcancer. Socialstyrelsens rekommendationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>251</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om villkor för avgiftsfri screening (HSLF-FS 2019:14).

Screeningprogrammet i Sverige fungerar väl, och strävar dels efter att ge tillgång för alla kvinnor oavsett var i landet de bor, dels efter att se till att det finns kvalificerad personal överallt för dessa undersökningar. Dock finns det skillnader både mellan och inom regionerna när det gäller i vilken utsträckning kvinnor deltar i screeningen. I stort sett varje region kan identifiera områden med lägre deltagande. Detta är en långsiktig utmaning, och regionerna uppmanas till lokala initiativ för att öka deltagandet.

En ny screeningmetod har utvecklats, tomosyntes (DBT), som är en typ av skiktröntgen. Med DBT kan man upptäcka fler bröstcancertumörer än med dagens tvådimensionella mammografi. Socialstyrelsens bedömning är att användningen av DBT än så länge har osäker nytta och är potentiellt alltför resurskrävande för vården, och därför har rekommendationerna för screening inte uppdaterats. Socialstyrelsen följer dock utvecklingen och uppdaterar rekommendationerna när det finns mera kunskap. Ett område för utveckling är att undersöka varför vissa bröstcancerfall inte upptäcks vid screening<sup>252</sup>. Framtida strategier kan inkludera personanpassad screening baserad på individuell risk och användning av AI för bildanalys.

## Nya metoder och nya screeningprogram

Livmoderhalscancer, även känd som cervixcancer, är nästan alltid orsakad av en infektion. En viktig del i förebyggandet av livmoderhalscancer är screening, där självprovtagning har blivit ett alternativ. Självprovtagning bedöms ge likvärdiga resultat som provtagning hos en vårdgivare för att upptäcka HPV-infektioner. Kunskapen om hur självprovtagningen påverkar deltagandet i screeningprogrammet och följsamheten till uppföljande provtagning är dock begränsad<sup>253</sup>.

Alla regioner har nu påbörjat screening för tjock- och ändtarmscancer för män och kvinnor i åldern 60–74 år, även om alla regioner ännu inte täcker hela åldersspannet. De som testar positivt kallas till vidare utredning med koloskopi. Socialstyrelsens rekommendation att använda screening baseras på att screening sänker dödligheten i tjock- och ändtarmscancer med 15 procent. Programmets positiva effekter, såsom minskad dödlighet, anses överväga de negativa effekterna, trots vissa begränsningar i testmetoden.

## Standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp (SVF) har utarbetats för ett flertal cancerformer. De standardiserade vårdförloppen specificerar vilka undersökningar som behöver göras vid misstanke om cancer och inom vilka tidsintervall de ska göras. Ett mål är att 70 procent av alla patienter med misstänkt cancer ska inkluderas i ett standardiserat vårdförlopp och därmed

<sup>252</sup> Screening för bröstcancer. Socialstyrelsens rekommendation. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

<sup>253</sup> Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation om att erbjuda screening. Socialstyrelsen; 2022.

få de tester som är nödvändiga för att de ska kunna få en diagnos. Alla regioner lyckades nå detta mål under första halvan av 2023. Vissa regioner noterade förbättringar jämfört med hela 2022, medan andra visade på försämringar.

Det finns också ett ledtidsmål kopplat till de standardiserade vårdförloppen. Det syftar till att minst 80 procent av patienterna ska genomgå hela processen från misstanke om cancer till behandlingsstart inom förutbestämda tidsramar. Målet är att minska väntetiderna och osäkerheten för personer med misstänkt cancer. I praktiken kan dock många faktorer såsom brist på resurser, personal, och ojämlig tillgång till vård över olika regioner leda till förseningar och avvikelser. Under första halvåret 2023 nådde ingen region ledtidsmålet. Måluppfyllelsen för alla regioner var på 40 procent. Detta är ett tecken på möjlig försämring jämfört med helåret 2022, då måluppfyllelsen för alla regioner var 42 procent. Svårigheten att uppnå de uppsatta ledtiderna kan delvis förklaras av bristen på multiprofessionell specialistkompetens och införandet av nya, mer tidskrävande diagnostiska metoder<sup>254</sup>.

Eftersom ingen region uppnådde ledtidsmålen under första halvåret 2023 har en översyn av ledtidskriterierna inom svensk sjukvård föreslagits. Översynen ska se över och justera kriterierna för att bättre spegla de faktiska medicinska behoven och arbetsförhållandena. Syftet är att skapa mer relevanta och realistiska mått för vården och att säkerställa att måtten överensstämmer med hälso- och sjukvårdens kapacitet och resurser<sup>255</sup>.

## Nationell högspecialiserad vård för cancer

Sedan 2013 har det pågått ett arbete med att koncentrera komplicerade åtgärder vid ovanlig och svårbemästrad cancer till färre ställen, i syfte att höja kunskapen och öka kvaliteten i vården. Detta arbete ingår numera i Socialstyrelsens ansvar för högspecialiserad vård. Just nu gäller tillstånden penis-, livmoderhals-, testikel- och vulvacancer – varav de tre sista trädde i kraft under 2023<sup>256</sup>.

## Rehabilitering vid cancer

Cancerbehandling är ofta invasiv. Det gör att personer med cancer ofta behöver hjälp även från andra vårdinstanser än cancervården.

Rehabiliterande insatser behöver sättas in tidigt, gärna redan vid misstänkt cancerdiagnos (så kallad prehabilitering). De behöver också följa patienten under hela vårdresan, genom alla olika behandlingar och vårdinstanser som är inblandade. Cancerrehabilitering kan vara aktuell inom alla vårdnivåer, i

---

<sup>254</sup> Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2023. Socialstyrelsen; 2023.

<sup>255</sup> Kriterier för vårdförlopp behöver ses över. Hämtad 2023-12-11 från <https://www.dagensmedicin.se/>.

<sup>256</sup> Nationell högspecialiserad vård. Hämtad 2024-02-07 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

primär- och närsjukvården, i öppen och sluten specialistvård, i hemsjukvården och i den palliativa vården. Var rehabiliteringen sker beror på patientens förutsättningar att tillgodogöra sig insatsen. Det beror också på vilken vårdnivå den rekommenderade rehabiliteringen har.

Patienten, och ofta även närstående, måste engageras i cancerrehabiliteringen. Patienten kan göra mycket själv, med stöd av vården, för att öka sin livskvalitet. För att detta ska vara möjligt behöver vården utarbeta en rehabiliteringsplan tillsammans med patienten. Planen behöver sedan uppdateras kontinuerligt under vårdprocessen.

Under 2023 har RCC i samverkan reviderat det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering. Det nya vårdprogrammet har harmoniserats med den generiska modellen för rehabilitering, som Nationellt programområde för rehabilitering arbetade fram under 2021. Det nya vårdprogrammet beskriver rehabiliteringsprocessen vid cancersjukdom och vikten av kontinuerlig uppföljning efter cancer för att förbättra livskvaliteten för personer med cancer och deras anhöriga.

Under hösten 2023 och fram till sommaren 2024 kartläggs regionernas arbete med cancerrehabilitering. I kartläggningen ingår också att undersöka om de KVÅ-koder som tagits fram för upprättande, uppföljning, revidering och avslut av rehabiliteringsplan används, så att man i framtiden kommer att kunna följa upp rehabilitering för personer med cancer.

## Stöd för stärkt personalförsörjning

### Iakttagelser i korthet

- Prognoser för framtida behov av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kräver komplexa analyser och samarbeten mellan många aktörer.
- Nationella vårdkompetensrådet är samverkansarena för kompetensförsörjningen i Sverige. Rådet har bland annat tagit fram förslag på hur kompetensförsörjningen kan förbättras generellt i hälso- och sjukvården och även av barnmorskor i förlossningsvården. De har också föreslagit att rollen Avancerad specialistsjuksköterska kan öka kontinuitet och patientsäkerhet.
- Socialstyrelsen publicerar årligen ett nationellt planeringsstöd, för att kartlägga och bedöma behovet av hälso- och sjukvårdspersonal och för att identifiera strategiska frågor som påverkar kompetensförsörjningen.



För att det ska gå att bedöma tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, behöver personal- och kompetensförsörjningsbehoven ställas i relation till dagens och framtidens vårdbehov och till Sveriges olika geografiska förutsättningar. Det ställer krav på utvecklade analyser och prognoser om

- vårdbehov
- personalresurser och deras kunskap, erfarenhet och skicklighet
- hälso- och sjukvårdens organisation
- utbildning, forskning och innovation – inklusive vilken roll de har, både för försörjning av kompetens och för utveckling av den sammanhållna hälso- och sjukvården.

Personal- och kompetensförsörjningen kan inte behandlas som en egen fråga, isolerad från de andra faktorerna.

Socialstyrelsen samarbetar med andra myndigheter för att stödja hälso-, sjuk- och tandvården med analyser och prognoser på personal- och kompetensförsörjningsområdet. Det pågår även samarbete på EU-nivå.

### **Joint Action HEROES – Health Workforce to meet health challenges**

Joint Actions HEROES involverar 19 europeiska länder och 51 partnerorganisationer. Projektet pågår under perioden februari 2023 till januari 2026. I Sverige genomförs det under ledning av Socialstyrelsen, med Statistiska centralbyrån (SCB) och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) som partners.

Syftet med projektet är att förbättra planeringen av kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Målet är att stärka förmågan att planera för integrerade, multidisciplinära team och en effektiv användning av begränsade personalresurser, som kan möta nuvarande och framtida vårdbehov. Projektet har fyra övergripande målsättningar:

- Förbättra de statistiska underlagen som stödjer planering.
- Utveckla modeller för effektivare planering.
- Bygga upp kapacitet för mer utvecklade planeringsprocesser.
- Stärka samarbete med aktörer som har inflytande över kompetensförsörjningen.

Sjuksköterskor är ett av de stora bristyrkena i Sverige, och Socialstyrelsen, SCB och UKÄ vill öka kunskapen om hur det ska vara möjligt att främja hållbara kompetensförsörjningskedjor för

sjuksköterskor på ett bättre sätt än idag. De har därför beslutat att kombinera och analysera data om sjuksköterskor från olika datakällor från respektive myndighet. Det inkluderar områden som utbildning, introduktion till arbetslivet, karriärutveckling, specialisering, handledning, utveckling av multidisciplinära team och forskning.

Som ett första led i EU-samarbetet kommer myndigheterna att gemensamt publicera två rapporter under 2024. De kommer att fokusera på sjuksköterskors flyttmönster respektive arbetsmarknadsrörelser.

Studien om flyttmönster kommer att visa på sjuksköterskors bostadsort, var de tar sin examen och var de börjar sin karriär. Studien gör det möjligt att identifiera i vilken utsträckning de län som utbildar sjuksköterskor också behåller sina examinerade, samt i vilken utsträckning sjuksköterskor flyttar tillbaka till det län de kommer ifrån.

Studien om arbetsmarknadsrörelser kommer att undersöka sjuksköterskors val av arbetsgivare – privat respektive offentlig sektor, samt fasta anställningar respektive anställningar hos bemanningsföretag. Studien kommer att öka kunskapen om hur sjuksköterskor rör sig mellan privat och offentlig sektor, samt ge information om vilka som slutar arbeta som sjuksköterskor. Studien kommer också att visa vilka aktörer som tar emot nyutbildade sjuksköterskor och vart sjuksköterskorna tar vägen när de har mer erfarenhet.

Intentionen är att framöver även undersöka andra yrkesgrupper.

## Samverkan om kompetensförsörjningsfrågor i Nationella vårdkompetensrådet

Nationella vårdkompetensrådet<sup>257</sup> är samverkansarenan för frågor som rör vårdens kompetensförsörjning. Rådet arbetar för närvarande med att ta fram ett förslag till nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning<sup>258</sup>. Rådet har tagit fram ett diskussionsunderlag med

---

<sup>257</sup> Om Nationella vårdkompetensrådet. Hämtad 2023-12-18 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>.

<sup>258</sup> Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256 delvis).

preliminära förslag på omkring 30 insatser<sup>259</sup>. Det innefattar till exempel insatser för att stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården, stärka möjligheterna till fortbildning för vårdens professioner och insatser för en god arbetsmiljö och ett hållbart arbetsliv.

## Förslag för att stärka kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården

Under 2023 presenterade Nationella vårdkompetensrådet förslag på insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården<sup>260</sup> <sup>261</sup>. Den sammanvägda bedömningen är att det inte råder brist på sysselsatta personer med barnmorskeexamen i Sverige. I stället verkar det snarare råda brist på barnmorskor som arbetar som barnmorskor i hälso- och sjukvården, framför allt i förlossningsvården.

Därför är det i första hand regionerna som behöver arbeta med att attrahera, utveckla och behålla barnmorskor i högre grad än vad som görs idag, snarare än att platserna på barnmorskeutbildningen skulle behöva utökas. Med nuvarande utbildningsdimensionering finns utrymme för att fortlöpande arbeta med kvaliteten i utbildningen samt att säkerställa ett tillräckligt antal verksamhetsförlagda utbildningsplatser (VFU-platser).

## Förslag på ny yrkesroll i form av avancerad specialistsjuksköterska

Nationella vårdkompetensrådet har under 2023 föreslagit att en ny yrkesroll, avancerad specialistsjuksköterska (AVS), bör införas som ett reglerat yrke i Sverige<sup>262</sup>. Rådet bedömer att rollen skulle kunna vara aktuell framför allt i den nära vården, och där bidra till ökad kontinuitet och patientsäkerhet. Det är baserat på de stora vårdbehov som finns inom dessa områden och som också kommer att öka framöver, bland annat i och med att befolkningen blir äldre. Ytterligare översyn i fråga om bland annat utbildningsvägar och yrkesrollens funktion krävs dock för att rollen ska kunna införas på ett systematiskt och kvalitetssäkert sätt.

## Nationella planeringsstödet

För att främja datadrivna analyser med fokus på patientnytta utifrån hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens målsättningar har Socialstyrelsen

---

<sup>259</sup> 2023:5 Delredovisning – Nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Hämtad 2023-12-18 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>.

<sup>260</sup> Uppdrag att föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården (S2022/00902).

<sup>261</sup> Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården. Hämtad 2023-12-18 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>.

<sup>262</sup> Avancerad specialistsjuksköterska (AVS) – en möjlighet att stärka kompetensen kring patienter med komplexa vårdbehov, med inriktning mot nära vård. Hämtad 2023-12-18 från <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>.

utvecklat det nationella planeringsstödet för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (NPS).

Syftet är att redovisa en fördjupad bild av bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal utifrån ett systemperspektiv. Analyserna fokuserar på personalförsörjningen utifrån regionernas kapaciteter att möta dagens och framtidens vårdbehov. Socialstyrelsens bedömning är att om hälso- och sjukvården skulle arbeta på samma sätt som idag, med en annan befolkningssammansättning utifrån SCB:s befolkningsprognos, skulle vårdtiden öka med cirka 23 procent och vårdbesöken med 13 procent fram till 2042. Att möta upp de ökade vårdbehoven med ökade personalresurser kommer att vara utmanande.

Detta visar på ett behov av att stärka kopplingen mellan hälso- och sjukvården och tandvårdens nationella målsättningar och personalförsörjning. Det handlar om att göra en förflyttning till att arbeta med strategiska ramverk som snarare handlar om hur hälso- och sjukvårdens kombination av teamaktiviteter, samlade färdigheter, kunskaper, erfarenheter och processer tillsammans kan leverera resultat än ett avgränsat fokus på enskilda kompetenser. Samtidigt är fokuset på kompetenser viktigt för att beskriva individuella krav på färdigheter och stödja anställdas utveckling. Socialstyrelsen anser att båda perspektiven är viktiga för hälso- och sjukvården och tandvårdens utveckling.

Läs mer om analyserna av hälso-, sjuk- och tandvårdens personal- och kompetensförsörjningsbehov i *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2024*.

## Utveckling av universitetssjukvården

Svenska staten har upprättat ett avtal med de sju regioner som har universitetssjukhus. Avtalet omfattar utbildning för läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, ALF-avtalet. Det reglerar hur regionerna ska främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete med universitetet med medicinsk fakultet i respektive region. En utvärdering av universitetssjukvården ska genomföras vart fjärde år och gälla strukturer, processer och resultat. Den första utvärderingen genomfördes 2018, och i den föreslogs miniminivåer för vad en universitetssjukvårdsenhet minst bör uppnå<sup>263</sup>. Miniminivåerna fastställdes därefter i december 2020. I maj 2023 publicerades en utvärdering av hur universitetssjukvården fungerade under åren 2018–2021<sup>264</sup>.

---

<sup>263</sup> Utvärdering av universitetssjukvård. Strukturer och processer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

<sup>264</sup> Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021. Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

## ALF-avtalet och miniminivåerna har varit kvalitetsdrivande

De sju regionerna i ALF-avtalet utgör tillsammans med universitetet i respektive region varsin ALF-region. En grundpelare i ALF-avtalet är att universitetet och regionen ska ha en tät samverkan inom de områden som ALF-avtalet omfattar. Utvärderingen visar att samverkan i stora delar fungerar väl. De regionala ledningsorganen och de enskilda sjukvårdsenheterna lägger ner mycket arbete på att uppnå miniminivåerna. Sedan den förra utvärderingen 2018 syns flera förbättringar inom alla tre områdena:

- klinisk forskning
- utbildning av läkare
- utveckling av hälso- och sjukvården.

Miniminivåerna har således haft en tydlig inverkan på universitetssjukvården.

## Alla delar av ALF-avtalet är inte uppfyllda

Trots att utvecklingen går framåt, finns det delar av ALF-avtalet som inte är uppfyllda. De flesta regioner och universitet behöver upprätta gemensamt beslutade målsättningar och strategier för sin ALF-region. Utöver det ska samtliga universitetssjukvårdsenheter uppnå alla 27 beslutade miniminivåer. Endast 5 miniminivåer uppnås av samtliga 297 sjukvårdsenheter.

Den enskilda miniminivå som uppnås i lägst grad (endast 54 procent av alla sjukvårdsenheter) är att all personal som deltar i VFU för läkare ska ha tillräcklig pedagogisk utbildning. Enheterna behöver också bli bättre på att använda de uppgifter som samlas in genom kvalitetsregister och patientrapporterade mått i sitt utvecklingsarbete. Endast 64 procent av enheterna kan redovisa hur patienternas upplevelser av sin vård eller sin hälsa har bidragit till utveckling av verksamheten.

## Ett aktivt ledarskap behövs för att forskning och utveckling ska få utrymme

Universitetssjukvården tampas med att frigöra tid för forskning och utveckling i en vardag där vårdbehoven ofta är av akut karaktär. För att kunna erbjuda en god vård till patienter i framtiden, är det av stor vikt att forskning och utveckling av vården prioriteras.

En slutsats från utvärderingen är att sambanden mellan å ena sidan vård, och å andra sidan forskning och utveckling, är komplexa. Dessa delar behöver integreras i beslut i alla delar av verksamheten, från strategiska till

vardagliga beslut. I den processen har verksamhetschefer och andra ledare med egen erfarenhet av forskning en viktig roll.

## Olika förutsättningar för universitetssjukvården inom olika medicinska områden

En fördjupad granskning av sjukvårdsenheter inom fem olika medicinska områden visar på stora skillnader i förutsättningar. Bland annat har primärvården relativt få forskare bland den kliniskt aktiva personalen. Inom primärvård och barn- och ungdomspsykiatri är universitetssjukvården ofta geografiskt spridd inom samma sjukvårdsenhet, medan andra enheter är organiserade som en klassisk klinik på ett sjukhus. Det ger olika förutsättningar, bland annat för samverkan mellan forskare och för verksamhetsutveckling inom enheten. Specialiteten ortopedi har i högre utsträckning än övriga granskade specialiteter drabbats av coronapandemin, som inneburit att forskningen fått stå tillbaka. Inom ortopedi har även en hög grad av privatisering av vissa delar av vården skett, vilket gett utmaningar för utbildningen av läkare, bland annat i form av tillgången på platser för specialistutbildning.

## Vårdinsatser med låg, eller ingen, nytta för patienten behöver fasas ut

### Iakttagelser i korthet

- Hälso- och sjukvårdsåtgärder med liten, tveksam eller ingen nytta för patienten är kostsamt, kan leda till ojämlig vård och kan även innebära skada för patienten.
- Initiativ finns, både internationellt och i Sverige, för att minska användningen av verkningslösa åtgärder.
- I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns rekommendationer om åtgärder som inte bör utföras alls, så kallade icke-göra åtgärder.
- Utfasningsarbetet är en utmaning för regionerna, och det krävs stöd från ledning och aktivt arbete med riktade insatser för en långsiktigt hållbar utfasning.

Överdiagnostik och överbehandling har sannolikt alltid förekommit inom hälso- sjuk- och tandvården. På senare år har det dock uppmärksammats alltmer, både i Sverige och internationellt, av både ekonomiska skäl och patientsäkerhetsskäl. Vikten av att utveckla hållbara hälsosystem har också vuxit fram som ett starkt incitament att uppmärksamma området och vidta

åtgärder. Behovet av att minska åtgärder med liten, tveksam eller ingen patientnytta har också blivit ännu mer angelägna i spåren av coronapandemin.

Användning av så kallad lågvärdevård kan kopplas till flera olika faktorer. Det kan vara faktorer som påverkar hela organisationen, som bristande kontinuitet, och faktorer kopplade till enskilda anställda som till exempel upplevt tryck från patienter eller en egen vilja att göra någonting för patienten, trots att rekommendationen är att inte göra någonting. Den ekonomiska styrningen kan behöva ses över så att den inte oavsiktligt leder till lågvärdesvård. Processer inom organisationen kan också behöva förändras, till exempel genom ökad kontinuitet mellan sjukvårdspersonal. Slutligen kan personalen ha nytta av tydligare riktlinjer<sup>265</sup>.

En rapport från OECD från 2017 lyfter ”verkningslösa hälsoutgifter” (”wasteful spending”) som avser insatser och processer som antingen är skadliga eller som inte ger nytta. I rapporten uppskattas att över 10 procent av sjukvårdsutgifterna är allokerade till att rätta till undvikbara fel i behandlingen av patienterna<sup>266</sup>.

En betydande andel av den vård som utförs i svensk hälso- och sjukvård består av lågvärdevård, trots att majoriteten av de kliniskt aktiva läkarna anser att överdiagnostik och överbehandling utgör problem<sup>267</sup>. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv finns det starka incitament att säkerställa att begränsade resurser använts på ett klokt sätt.

## Åtgärder som inte bör göras

En särskild del av lågvärdevård är åtgärder som inte bör utföras överhuvudtaget, så kallade icke-göra-åtgärder. Svensk sjukvård står inför flera utmaningar, och riskerar att inte räcka till för att ge god vård med hög kvalitet i rätt tid till alla patienter som har behov av vården. Användning av icke-göra åtgärder kan innebära att viktig vård och behandling trängs bort, som annars skulle kunnat ges till patienter med större behov, och till insatser som kan ge bättre effekt. Att fasa ut åtgärder som inte bör användas kan därmed öka tillgängligheten till vården. Här finns ett behov av att styra hälso-, sjuk- och tandvården mot långsiktig hållbarhet med minskat resursslöseri och ökad kvalitet.

Socialstyrelsen utvärderade 2023 hur hälso-, sjuk- och tandvården använder åtgärder som klassas som icke-göra-åtgärder i rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Elva nationella riktlinjeområden innehåller åtgärder som inte bör göras. Syftet med utvärderingen var att

---

<sup>265</sup> Ingvarsson S. Tipping the scale of resources – de-implementation of low value care from an operant perspective. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2023.

<sup>266</sup> Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD; 2017.

<sup>267</sup> Kloka kliniska val. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2023.

stödja regionerna med kunskap om och analys av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens följsamhet till rekommendationer där åtgärder inte bör göras.

Utvärderingen visar att vården inte längre använder vissa av åtgärderna som inte bör göras enligt de nationella riktlinjerna. Inom flera riktlinjeområden har det dock varit svårt att fasa ut alla icke-göra åtgärder, trots att rekommendationerna har funnits i flera år<sup>268</sup>. I avsnittet *Tandvården använder åtgärder som inte bör utföras* i kapitlet *Munhälsan är en del av hälsan* beskrivs hur vårdinsatser utan nytta för patienten används i tandvården.

Vissa regioner arbetar redan strukturerat med utfasning av icke-göra-åtgärder, men det saknas en övergripande organisatorisk infrastruktur för att stödja utfasningar i Sverige. Det är också en utmaning för regionerna att det behövs en stabil ledning på samtliga nivåer för att göra en långsiktigt hållbar utfasning av vård som inte bör göras samt av annan lågvärdevård<sup>269</sup>.

---

<sup>268</sup> Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2023.

<sup>269</sup> Kloka kliniska val. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2023.

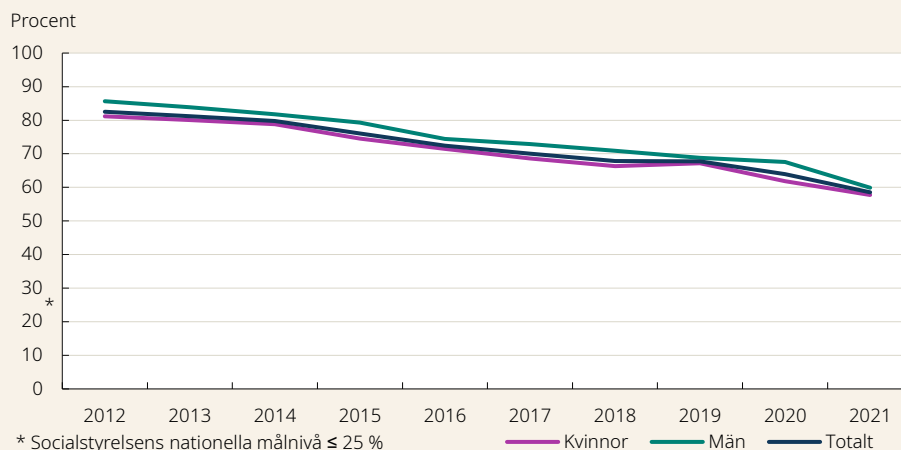


### Exempel – Bilddiagnostik vid artros

Enligt de nationella riktlinjernas rekommendation för artros bör man undvika bilddiagnostik innan den kliniska diagnosen artros<sup>270</sup> fastställs. Att påbörja en artrosutredning med remiss till bilddiagnostisk undersökning ökar kostnaden utan större nytta och kan fördröja behandlingsstarten. I stället behövs i första hand en bedömning av fysioterapeut när en patient med misstänkt artros eller ledsmärta söker vård på en vårdcentral. Andelen personer som får bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros minskar över tid, men är fortfarande långt över Socialstyrelsens målnivå. År 2021 låg andelen på 59 procent, medan den nationella målnivån ligger på mindre än 25 procent<sup>271</sup>.

**Figur 55. Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros.**

Andel personer med symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning. Med bilddiagnostik avses röntgen och magnetkameraundersökning.



Källa: Svenska Artrosregistret.

<sup>270</sup> Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

<sup>271</sup> Nationella riktlinjer – Rörelseorganens sjukdomar. Utvärdering av vården vid artros. Socialstyrelsen; 2023.

# Hälsa i en global tid

I detta kapitel beskriver vi kortfattat globala utmaningar som gäller utvecklingen av kroniska och icke överförbara sjukdomar som diabetes typ 2, övervikt och obesitas, cancer, psykisk ohälsa och munsjukdomar. Vi går också igenom klimatförändringarnas påverkan på hälsan och presenterar några pågående arbeten inom detta område. Vidare beskriver vi arbetet med att stärka primärvården för att skapa mer hållbara och motståndskraftiga hälsosystem.

## *One health* åskådliggör sambandet mellan människors, djurs och miljöns hälsa

### Iakttagelser i korthet

- Begreppet One health används alltmer för att åskådliggöra sambandet mellan människors, djurs och miljöns hälsa.
- One Health innebär att arbete för att balansera och optimera hälsan hos människor, djur och miljö behöver ske gemensamt med målet att bättre kunna agera mot globala hälsohot.

One health-begreppet visar att hälsan hos människor, djur och ekosystem är sammankopplade. Det är egentligen mer ett tillvägagångssätt än ett nytt begrepp. Även om termen nyligen myntades, har innebörden länge varit känd både nationellt och globalt. Ända sedan 1700-talet har forskare observerat sambanden mellan djurs och människors sjukdomsprocesser<sup>272</sup>.

Coronapandemin kan ha startat när några personer smittades vid ett besök på en marknad med levande djur. Detta tydliggjorde att människors, djurs och den omgivande miljöns hälsa inte kan hanteras separat utan behöver adresseras gemensamt<sup>273 274</sup>. One health används för att beskriva hur dessa områden är sammankopplade, och termen har särskilt använts i samband med arbetet mot antimikrobiell resistens (AMR)<sup>275</sup>. Tillvägagångssättet tillämpas dock nu inom allt fler områden. Ett exempel är arbetet mot kemiska föroreningar, där man belyser de negativa hälsokonsekvenser de

<sup>272</sup> World Organization for Animal Health. Hämtad 2023-12-11 från <https://tr-europe.woah.org/>.

<sup>273</sup> Smitta från och till djur. Hämtad 2023-12-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>.

<sup>274</sup> One Health High-Level Expert P, Adisasmito WB, Almuhairi S, Behraves CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog. 2022;18(6):e1010537.

<sup>275</sup> A European one health action plan against antimicrobial resistance (AMR). Europakommissionen; 2017.

har för såväl människor som djur och miljö. Sådana konsekvenser hos människor kan till exempel vara kroniska, metaboliska och neurologiska sjukdomar och minskad fertilitet<sup>276</sup>. Miljöföroreningar är globalt en av de vanligaste orsakerna till för tidig död<sup>277</sup>. Kemiska föroreningar har stora negativa konsekvenser även för djur- och växtliv. Föroreningar är också en av de största orsakerna till att den biologiska mångfalden minskar<sup>278</sup>.

## Förebyggbara kroniska sjukdomar ökar och påverkas av flera faktorer

### Iakttagelser i korthet

- Förebyggbara kroniska sjukdomar utgör en allt större del av sjukligheten och dödligheten i befolkningen. Detta pressar hälso- och sjukvårdssystemen.
- Samtidigt kan många kroniska sjukdomar undvikas genom tidigare och bättre förebyggande åtgärder.
- Med en ökande andel äldre i befolkning ökar förekomsten av kroniska sjukdomar – inklusive multisjuklighet. I genomsnitt har 36 procent av EU:s befolkning som är 65 år och äldre minst två kroniska sjukdomar.
- Obesitas är en riskfaktor för många av de icke överförbara sjukdomar som fortsätter att öka i de flesta OECD-länderna.
- Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i EU. Dödligheten kan minskas genom tidigare diagnos och genom tidigare och effektivare behandlingar. Mellan 30 och 50 procent av alla cancerfall kan förebyggas. Att dödligheten minskar leder även till att fler patienter lever med kronisk cancer.
- Den globala sjukdomsburden av sjukdomar och tillstånd i munnen är en folkhälsoutmaning med sociala, ekonomiska och miljömässiga effekter.
- Det finns tecken på liten förbättring av den psykiska hälsan efter coronapandemin, men den psykiska ohälsan är fortfarande omfattande. En bidragande faktor tros vara de omvärldskriser som uppkommit efter pandemin, inklusive inflation, krig och andra geopolitiska spänningar.

<sup>276</sup> Chemical pollution and one health. From reactivity to proactivity. Pre-conference report. Uppsala universitet; 2023.

<sup>277</sup> Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, Bathan G, Bose-O'Reilly S, Brauer M, et al. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Health*. 2022;6(6):e535-e47.

<sup>278</sup> Sigmund G, Agerstrand M, Antonelli A, Backhaus T, Brodin T, Diamond ML, et al. Addressing chemical pollution in biodiversity research. *Glob Chang Biol*. 2023;29(12):3240-55.

WHO, har sedan länge pekat på utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemen i flera länder står inför, utifrån den ökande andel människor som insjuknar i förebyggbara kroniska sjukdomar<sup>279 280</sup>. I takt med att befolkningen blir allt äldre, väntas också allt fler insjukna i demenssjukdomar. OECD beräknar att cirka 18 miljoner människor kommer att ha en demensdiagnos i Europa 2050 jämfört med 9,1 miljoner 2018. Utöver de icke-påverkbara riskfaktorerna som ålder, kön och genetik, finns också många påverkbara, livsstilsrelaterade riskfaktorer. Arbeta med dessa faktorer ingår i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Obesitas fortsätter att öka i de flesta OECD-länder; i genomsnitt är 54 procent av de vuxna överviktiga eller feta. Rökningen fortsätter att minska i de flesta OECD-länderna, men 19 procent uppgav att de hade druckit mycket alkohol i genomsnitt minst en gång i månaden. Förtida död till följd av luftföroreningar har minskat med i genomsnitt 31 procent mellan år 2000 och 2019, men orsakar fortfarande runt 29 dödsfall per 100 000 invånare. Befolkningens psykiska ohälsa är fortfarande omfattande, framför allt hos barn och unga, trots viss återhämtning efter coronapandemin. Hälso- och sjukvårdssystemen behöver i allt högre grad vara beredda att utveckla högkvalitativ vård vid många olika kroniska sjukdomar för att tillgodose behoven hos en åldrande befolkning<sup>281</sup>.

## Kroniska sjukdomar står för en allt större del av sjukdomspanoramata i OECD-länderna

Kroniska sjukdomar utgör sammantaget de vanligaste dödsorsakerna i OECD-länderna. Dessa sjukdomar kan ha stor påverkan på funktionsförmågan hos de drabbade. Coronapandemin visade också på att kroniska sjukdomar kan få andra allvarliga effekter, eftersom personer med sådana sjukdomar löpte högre risk att dö eller behöva sjukhusvård av covid-19<sup>282 283</sup>.

Mer än en tredjedel av alla personer som är 16 år och äldre rapporterar i undersökningar att de lever med en långvarig sjukdom eller ett långvarigt hälsoproblem<sup>284</sup>. Med en ökande andel äldre i befolkningen ökar också förekomsten av kroniska sjukdomar – inklusive multisjuklighet. Under 2020

---

<sup>279</sup> World health report 2008: primary health care - now more than ever. Genève: WHO; 2008.

<sup>280</sup> Declaration of Alma-Ata, International conference on primary health care; 1978 Sept 6-12; Alma-Ata, Kazhakstan. Genève: WHO; 1978.

<sup>281</sup> Health at a Glance 2023: OECD-indikatorer. OECD Library. Hämtad 2023-12-04 från [Hälsa i korther 2023: OECD-indikatorer](#).

<sup>282</sup> Ready for the next crisis? Investing in Resilient Health Systems. OECD Health Policy Studies: Paris; 2023.

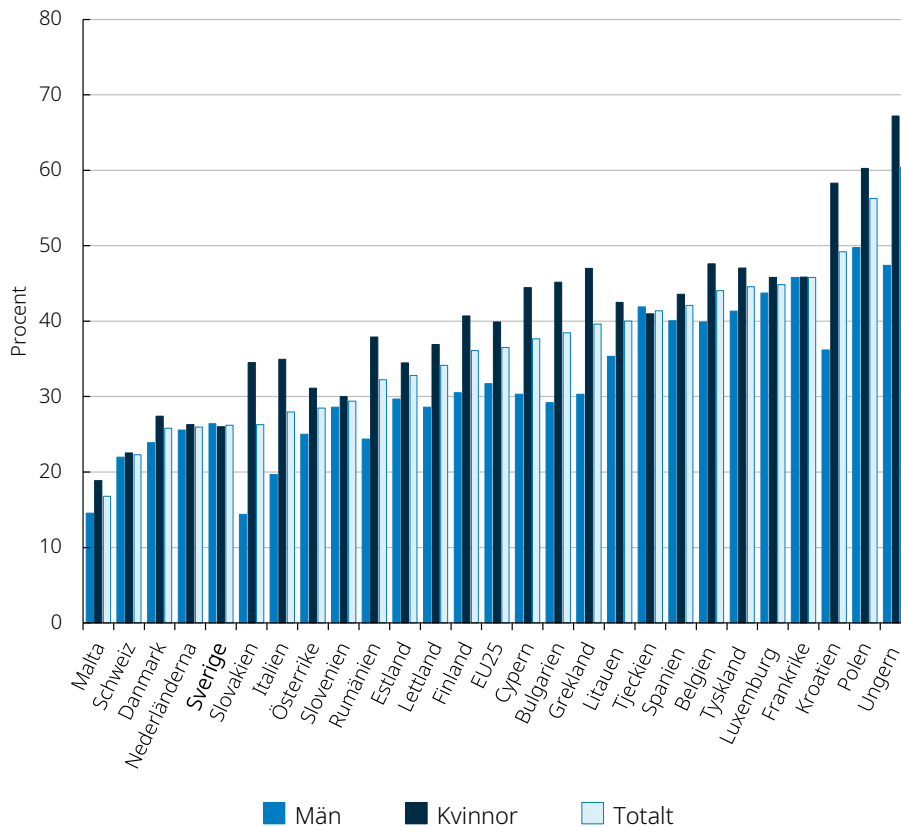
<sup>283</sup> Health at a Glance 2023: OECD-indikatorer. Chronic conditions. Hämtad 2023-12-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>284</sup> Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022. PM 2022:03.

rapporterade i genomsnitt 36 procent av alla personer som var 65 år och äldre i EU att de hade minst två kroniska sjukdomar.

### Figur 56. Multisjuklighet bland äldre i Europa.

Andel individer 65 år eller äldre med minst två kroniska sjukdomar.



Källa: Hälsa i korthet: Europa 2022: Hälsotillståndet i EU-cykeln.

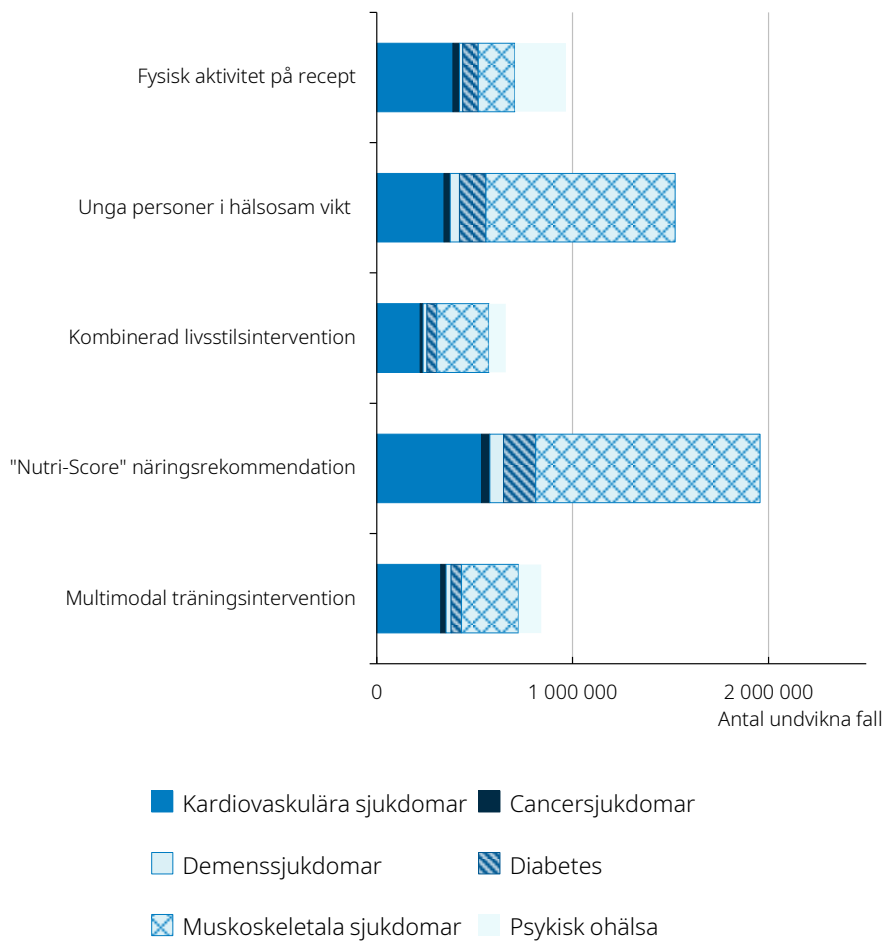
De socioekonomiska skillnaderna är stora. I genomsnitt uppger 43 procent av personerna i den lägsta inkomstgruppen att de har hälsoproblem eller en långvarig sjukdom, jämfört med 27 procent av personerna i den högsta inkomstgruppen.

De flesta kroniska sjukdomar skulle kunna förhindras eller mildras genom tidigare och bättre förebyggande åtgärder. Beräkningar visar att cirka 5,9 miljoner sjukdomsfall inom en rad kroniska sjukdomar skulle kunna undvikas i EU-länderna 2021–2050 genom förebyggande och hälsofrämjande åtgärder<sup>285</sup>.

<sup>285</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

### Figur 57. Antal fall av kroniska sjukdomar som kan undvikas.

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



Källa: OECD. Healthy eating and active lifestyles 2022.

De kroniska sjukdomarna står för en stor andel av sjukdomsburden och kostnaderna för hälso- och sjukvården i EU, vilket ger påfrestningar på hälso- och sjukvårdssystemen. Den höga sjukligheten och dödligheten förvärras av yttre riskfaktorer som ohälsosam kost, fysisk inaktivitet, exponering för tobaksrök, skadlig alkoholkonsumtion, luftföroreningar och klimatförändringar, men påverkas även av ålder, kön och genetik<sup>286 287</sup>.

Partnership for Health System Sustainability and Resilience, PHSSR<sup>288</sup>, rekommenderar EU:s institutioner att genomföra ett antal insatser i arbetet

<sup>286</sup> Vos, T. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020; 396(10258): 1204–1222.

<sup>287</sup> Health at a Glance 2023: OECD-indikatorer. Chronic conditions. Hämtad 2023-12-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>288</sup> Partnership for Health System Sustainability and Resilience. Hämtad 2023-12-06 från <https://www.phssr.org/home>.

med att uppnå effekter inom hälso- och sjukvårdssystemet<sup>289</sup>. EU har stärkt sin ställning i hälso- och sjukvårdsfrågorna under de senaste åren, vilket blev ännu tydligare under coronapandemin. Inrättandet av EU:s cancerplan, EBCP<sup>290</sup>, EU4health<sup>291</sup>, Healthier Together-NCD Initiative<sup>292 293</sup> och europeiska hälsodataområdet är några av de arbeten som pågår inom EU. I dessa arbeten uppmärksammas de rekommendationer som PHSSR uppmanar till. Bland rekommendationerna ingår arbete med utveckling av styrning av hälso- och sjukvårdssystem, finansiering, arbetskraft, läkemedel och teknik, tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, befolkningshälsa, samt miljömässig hållbarhet<sup>294</sup>.

## Diabetes typ 2 ökar i flera länder

Diabetes typ 2 är ett kroniskt sjukdomstillstånd som innebär en allvarlig funktionsnedsättning. År 2021 levde i genomsnitt 6,9 procent av den vuxna befolkningen i OECD-länderna med diabetes typ 2<sup>295</sup>. Dessutom uppskattades ytterligare 48 miljoner vuxna ha odiagnostiserad diabetes typ 2<sup>296</sup>. Sjukdomen har stabiliserats i många länder under det senaste decenniet, särskilt i Västeuropa. Sjukdomen har dock ökat med 60 procent eller mer i Turkiet, Island och Spanien, vilket delvis beror på ökad förekomst av obesitas, dålig kost och fysisk inaktivitet i samspel med en åldrande befolkning<sup>297</sup>. Diabetes typ 2 är vanligare bland äldre. Något fler män än kvinnor har sjukdomen, och individer från svaga socioekonomiska grupper drabbas i något högre utsträckning. Hälso- och sjukvårdens kostnad för diabetes typ 2 är betydande.

## Övervikt och obesitas blir allt vanligare

Övervikt och obesitas drabbar över hälften av de vuxna, se figur 58, och nästan vart tredje barn (29 procent av pojkarna och 27 procent av flickorna) i WHO:s Europaregion. Obesitas fortsätter att öka i de flesta OECD-länderna. I genomsnitt har 18 procent av befolkningen obesitas. Nya uppskattningar visar att övervikt och obesitas är den fjärde vanligaste riskfaktorn för icke överförbara sjukdomar i regionen, efter högt blodtryck, ohälsosamma

---

<sup>289</sup> A Stitch in Time: Early Intervention to Tackle Europe's NCD Crisis EU policy solutions towards more sustainable and resilient health systems. Partnership for Health System Sustainability and Resilience. PHSSR; 2023.

<sup>290</sup> The European Board of Cardiovascular Perfusion, EBCP. Hämtad 2023-12-09 från <https://www.ebcpeu/>.

<sup>291</sup> EU4Health. Hämtad 2023-12-09 från <https://eu4health.eu/>.

<sup>292</sup> Healthier together. Hämtad 2023-12-09 från <https://www.what0-18.nhs.uk/>.

<sup>293</sup> Healthier together-EU non-communicable diseases (NCD) initiative. Hämtad 2023-12-09 från [Healthier together – EU non-communicable diseases initiative \(europa.eu\)](https://www.healthier-together.eu/).

<sup>294</sup> A Stitch in Time: Early Intervention to Tackle Europe's NCD Crisis EU policy solutions towards more sustainable and resilient health systems. Partnership for Health System Sustainability and Resilience. PHSSR; 2023.

<sup>295</sup> IDF Diabetes Atlas, 10<sup>th</sup> edition, International Diabetes Federation: Brussels; 2021. Hämtad 2023-11-09 från <https://diabetesatlas.org/>.

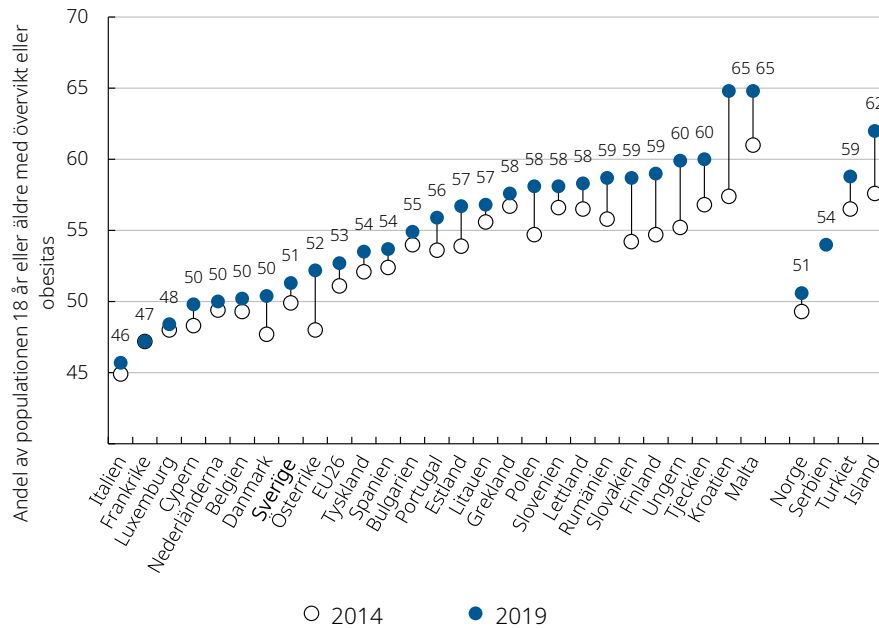
<sup>296</sup> IDF Diabetes Atlas 2021, International Diabetes Federation, IDF: 2021. Hämtad 2023-12-09 från <https://diabetesatlas.org/>.

<sup>297</sup> Kotwas, A, Karakiewicz B, Zabielska P. Epidemiological factors for type 2 diabetes mellitus: evidence from the Global Burden of Disease. Archives of Public Health 2021; 79(110).

kostvanor och tobak. Övervikt och obesitas är också den främsta riskfaktorn för funktionsnedsättning, och kan kopplas till ökad sjuklighet och dödlighet i sjukdomar som covid-19. I samtliga EU-länder är risken för övervikt eller obesitas högre för män än för kvinnor. Den är också högre för personer med lägre utbildningsnivå än för personer med högre utbildningsnivå<sup>298 299</sup>.

### Figur 58. Övervikt hos vuxna i Europa 2014 och 2019.

Andel av befolkningen 18 år eller äldre med övervikt eller obesitas, EU-länder och urval icke-EU-länder.



Källa: OECD/EU. Health at a glance: Europe 2022.

Hälsosam kost och fysisk aktivitet är avgörande för hälsan. Ändå konsumerade i genomsnitt endast 15 procent av de vuxna 5 eller fler portioner frukt och grönsaker per dag, och endast 40 procent utförde minst 150 minuters fysisk aktivitet med måttlig till kraftig intensitet per vecka. Om alla utförde minst 150 minuter måttlig fysisk aktivitet per vecka skulle 10 331 förtida dödsfall (dödsfall bland individer mellan 30 och 70 år) kunna undvikas årligen i EU:s 27 medlemsländer, uppskattar OECD<sup>300</sup>.

Under coronapandemin ägnade många barn och unga mindre tid till fysisk aktivitet. I kombination med försämrade kostvanor ledde detta till ökade indikationer på övervikt och obesitas i vissa länder. Utvecklingen gällde inte

<sup>298</sup> WHO European Regional Obesity Report. WHO; 2022. Hämtad 231205 från <https://iris.who.int/>.

<sup>299</sup> OECD The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, Paris; 2019.

<sup>300</sup> Step up! Tackling the burden of insufficient physical activity in Europe. Paris: OECD/WHO; 2023 Hämtad 2023-12-09 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.



bara barn och ungdomar: även de som redan var överviktiga eller hade obesitas gick upp i vikt. Alla åldersgrupper drabbades<sup>301</sup>.

## Cancer i en global kontext

Cancer var 2021 den näst vanligaste dödsorsaken i OECD-länderna, efter hjärt- och kärlsjukdomar. Cancer stod då för 21 procent av alla dödsfall. Detta motsvarade i genomsnitt 202 dödsfall per 100 000 personer, vilket är en ökning från 191 dödsfall 2019, se figur 59.

Läs mer om cancervården i Sverige i avsnittet *Cancer – pågående arbeten för att förbättra prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering* i kapitlet *System i en föränderlig tid*.

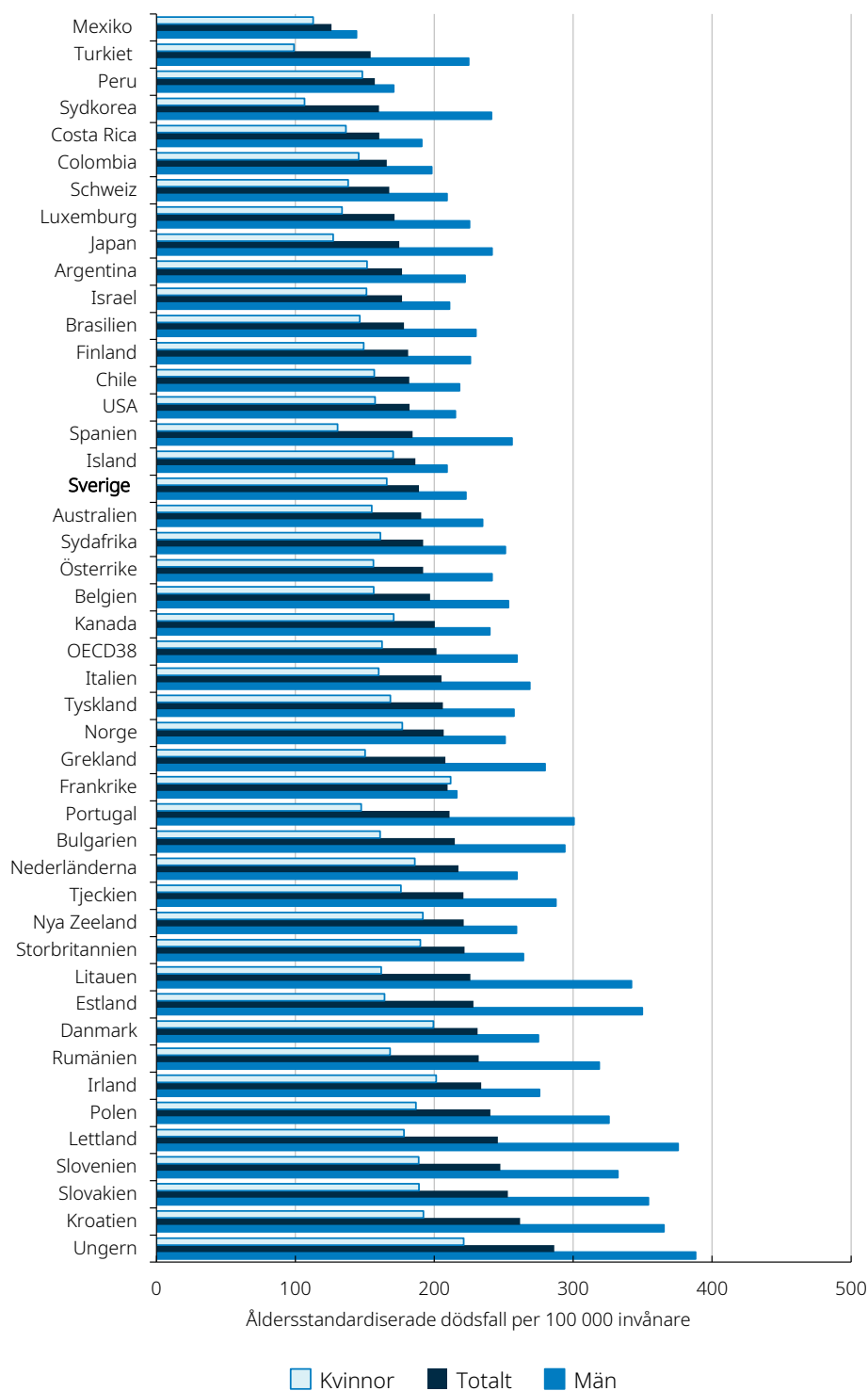
### **Figur 59. Cancerdödlighet.**

Antal dödsfall i cancer hos män och kvinnor i OECD-länderna (2021 eller närmaste år).

---

<sup>301</sup> OECD iLibrary. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Executive summary. Hämtad 2023-12-09 från [Hälsotillståndet i EU-cykeln | OECD:s iLibrary](#).

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
 Hälsa i en global tid



Källa: OECD. Health at a glance. OECD indicators, 2023.

Mellan 30 och 50 procent av alla cancerfall kan förebyggas, och dödligheten kan minskas genom tidigare diagnos och snabbare och effektivare

behandlings<sup>302</sup>. Det förklarar varför till exempel Australien och Belgien har en dödlighet under genomsnittet, trots att de har en relativt hög förekomst av cancer<sup>303</sup>.

De främsta orsakerna till cancerrelaterad dödlighet var lungcancer (20 procent), tjock- och ändtarmscancer (10,9 procent), bröstcancer (14,7 procent bland kvinnor) och prostatacancer (10,1 procent bland män). Dessa cancerformer utgör nästan 44 procent av alla cancerfall som diagnostiseras i OECD-länderna. Risken för att utveckla sjukdomen ökar med åldern och påverkas av genetiska faktorer. Även exponering för ultraviolett strålning, onyttig kost, obesitas, rökning, alkoholkonsumtion och brist på fysisk aktivitet ökar risken. Dödligheten i cancer har dock sjunkit i samtliga OECD-länder sedan 2000<sup>304</sup>. Minskad dödlighet i cancer har också lett till att en ökad andel patienter lever med kronisk cancer.

Risken av att drabbas av cancer är historiskt sett högre för män än för kvinnor. Dödligheten i cancer är 75 procent högre bland män än bland kvinnor i EU-länderna. Bland män och kvinnor i åldern 65–89 år stod dödsfallen i cancer för över 25 procent av skillnaderna i dödlighet mellan låg- och högutbildade män och för 15 procent av skillnaderna mellan låg- och högutbildade kvinnor<sup>305</sup>. En stor del av dessa könsrelaterade och socioekonomiska skillnader skulle kunna minskas genom insatser för att reducera riskfaktorer som rökning och alkoholkonsumtion<sup>306 307</sup>.

### **Cancercentrum i Europa – påverkar vården även i Sverige**

Joint Action CraNE (Comprehensive Cancer Care Networks in Europe) är ett samarbete inom EU. Samarbetet syftar till att förbättra cancerbehandlingen och utjämna ojämlikheten i vården inom EU genom att skapa ett europeiskt nätverk av Comprehensive Cancer Centres (CCC:er) i de olika medlemsländerna. Detta innefattar att

utveckla en styrmodell för nätverket, säkerställa en hög standard för vård och forskning inom varje CCC genom kontinuerlig uppdatering, samt att främja samarbete mellan länderna i nätverket.

CCC:erna förväntas integrera högkvalitativ vård med forskning. En viktig del av CraNE:s arbete är att bygga på redan utvecklade

<sup>302</sup> Dödlighet i cancer. Hälsa i korthet. Europa 2022: Hälsotillståndet i EU-cykeln. Hämtad 2024-01-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>303</sup> EU Country Cancer Profile: Belgium 2023, EU Country Cancer Profiles. OECD Publishing: Paris; 2023.

<sup>304</sup> [Hälsa i korthet 2023: OECD-indikatorer | OECD:s iLibrary.](#)

<sup>305</sup> Murtin, F. och C. Lübker, Educational inequalities in longevity among OECD countries around 2016, OECD Papers on Well-being and Inequalities, nr 8, OECD Publishing: Paris; 2022.

<sup>306</sup> Dödlighet i cancer. Hälsa i korthet. Europa 2022: Hälsotillståndet i EU-cykeln. Hämtad 2024-01-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>307</sup> Hälsa i korthet. OECD indikatorer. Hämtad 2024-01-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

erfarenheter och metoder, samt att identifiera ackrediterade centra som kan utgöra grunden för nätverket. Vidare behöver regler för antagning av nya CCC:er sättas upp. I arbetet med antagningsreglerna behövs ett flexibelt tillvägagångssätt, som tar hänsyn till regionala förutsättningar, men som samtidigt ställer tydliga innehållskriterier för urval och utvärdering.

Införandet av nätverket av CCC:er kommer att ha en inverkan på hur vården organiseras i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Genom nätverket kan Sverige dra nytta av delad kunskap, resurser och innovationer inom cancerbehandling och forskning. Detta kan bland annat leda till förbättrad patientvård, till effektivare användning av resurser och till stärkt kapacitet för forskning och utveckling inom cancerområdet. Samarbetet inom nätverket och tillgången till internationella standarder och praxis kan också bidra till att minska skillnader i vårdkvalitet och tillgänglighet över hela landet<sup>308</sup>.

## Coronapandemin har haft konsekvenser för diagnosticering och behandling av cancer

Coronapandemin har allvarligt stört cancerdiagnostisering och cancerbehandling i OECD-länderna. Antalet cancerscreenings- och cancerbehandlingstjänster minskade betydligt i nästan alla OECD-länder. Detta gällde särskilt under pandemins början, under de första restriktionerna och nedstängningarna som följde efter mars 2020. Till följd av detta försenades diagnos och behandling av cancer avsevärt i början av 2020 i de flesta OECD-länder<sup>309</sup>. I Italien var antalet genomförda screeningtester för vissa cancerformer över 50 procent lägre mellan januari och maj 2020 än under 2019. Det visar en studie av mammografiscreening och kolorektal screening i 20 regioner<sup>310 311</sup>.

## Psykisk ohälsa i en global kontext

Den psykiska ohälsan är fortfarande omfattande i världen. Även om det finns tecken på förbättringar efter coronapandemin, är det fler som har psykisk ohälsa nu än året innan pandemin, se figur 60 och 61. Den senaste tidens världshändelser, som inflation, klimatkris, krig och andra geopolitiska

<sup>308</sup> JA CraNE. Hämtad 2023-12-11 från [CraNE \(europa.eu\)](https://www.cra-ne.eu/).

<sup>309</sup> Hälsa i korthet. OECD indikatorer. Hämtad 2024-01-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>310</sup> Mantellini, P, Battisti F, Armaroli P, Giubilato P, Ventura L, Zorzi M, et al. Oncological organized screening programmes in the COVID-19 era: an Italian survey on accrued delays, reboot velocity, and diagnostic delay estimates. *Epidemiol Prev.* 2020;44(5-6 Suppl 2):344-352.

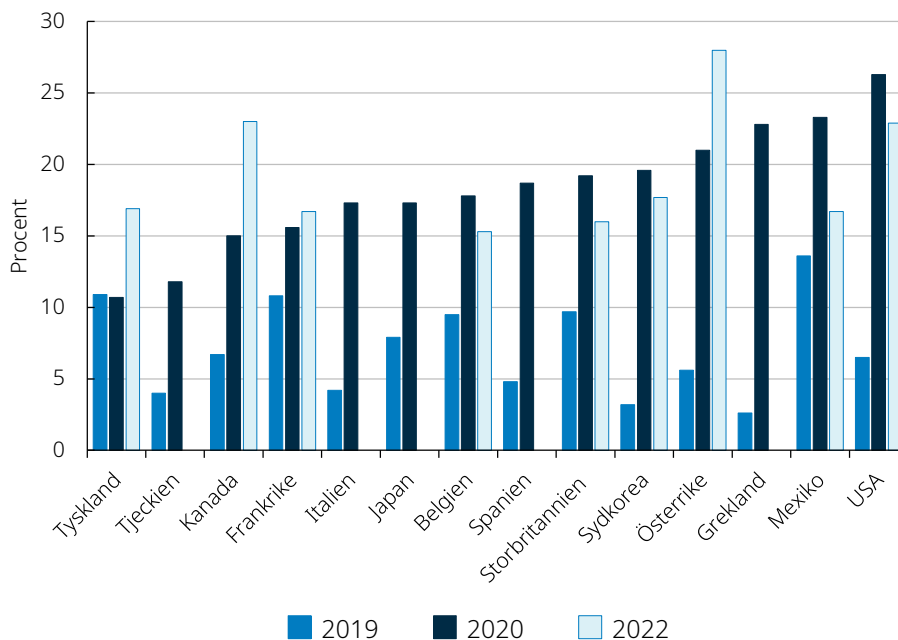
<sup>311</sup> Hälsa i korthet. OECD indikatorer. Hämtad 2024-01-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

spänningar, tros vara en del av förklaringen<sup>312</sup>. I en undersökning i juni 2023 uppgav 62 procent av EU:s befolkning att den senaste tidens omvärldshändelser<sup>313</sup> har påverkat deras psykiska hälsa<sup>314</sup>. Nästan hälften (46 procent) uppgav att de upplevt depression eller ångest, och över hälften av respondenterna med psykisk ohälsa rapporterade att de inte fått professionell hjälp för tillståndet<sup>315</sup>.

Läs mer om psykisk hälsa i Sverige i avsnittet *Den psykiska hälsan i Sverige* i kapitlet *Patienten i systemet*.

### Figur 60. Nationella skattningar av prevalens av depression eller symptom på depression.

Andel av befolkningen som uppgav att de upplevt depression eller symptom på depression 2019–2022 eller närmsta år.



Källa: OECD. Health at a glance. OECD indicators (Fig. 3.19, s. 81), 2023.

<sup>312</sup> A comprehensive approach to mental health. Hämtad 2024-01-04 från <https://commission.europa.eu/>.

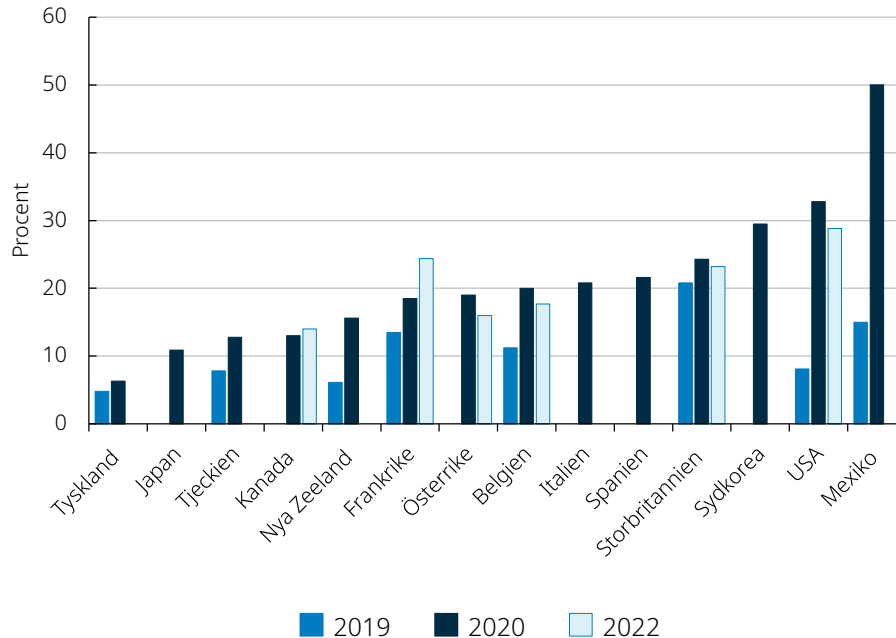
<sup>313</sup> Coronapandemin, Rysslands anfallskrig mot Ukraina, klimatkrisen, arbetslöshet och mat- och energipriser.

<sup>314</sup> Europabarometer. Mental health. Hämtad 2024-01-04 från <https://europa.eu/>.

<sup>315</sup> Europabarometer. Mental health. Hämtad 2024-01-04 från <https://europa.eu/>.

### Figur 61. Nationella skattningar av prevalens av ångest eller ångestsymtom.

Andel av befolkningen som uppgav att de upplevt ångest eller ångestsymtom 2019–2022 eller närmsta år



Källa: OECD. Health at a glance. OECD indicators (Fig. 3.20, s. 81). Paris: OECD; 2023.

För miljontals unga européer innebar pandemin ett avbrott i utbildning och sociala aktiviteter. Detta har påverkat både deras psykiska och fysiska hälsa. I flera europeiska länder, bland andra Belgien, Estland, Frankrike, Sverige och Norge, fördubblades andelen unga som rapporterade symtom på depression under pandemin. Andelen nådde nivåer som var minst dubbelt så höga som i äldre åldersgrupper<sup>316</sup>.

Den växande efterfrågan på stöd för psykisk hälsa, i kombination med störningar i vården under pandemin, var påfrestande för den redan ansträngda vården av personer med psykisk ohälsa. Omkring 50 procent av unga i EU uppgav att de inte hade fått hjälp av hälso- och sjukvården med sin psykiska ohälsa under våren 2021, och nivån var lika hög under våren 2022. Många länder har vidtagit åtgärder för att komma tillrätta med detta, men omfattningen av effekterna motiverar ytterligare åtgärder<sup>317</sup>.

Mot bakgrund av detta lanserade EU-kommissionen i juni 2023 en ny tvärssektoriell strategi för psykisk hälsa med en finansiering på 1,23 miljarder euro<sup>318</sup>. Strategin är inriktad på förebyggande och

<sup>316</sup> Health at Glance. Europa 2022.State of Health in the EU Cycle. Hämtad 2023-12-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>317</sup> Health at Glance. Europa 2022.State of Health in the EU Cycle. Hämtad 2023-12-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>318</sup> A comprehensive approach to mental health. Hämtad 2023-12-04 från <https://commission.europa.eu/>

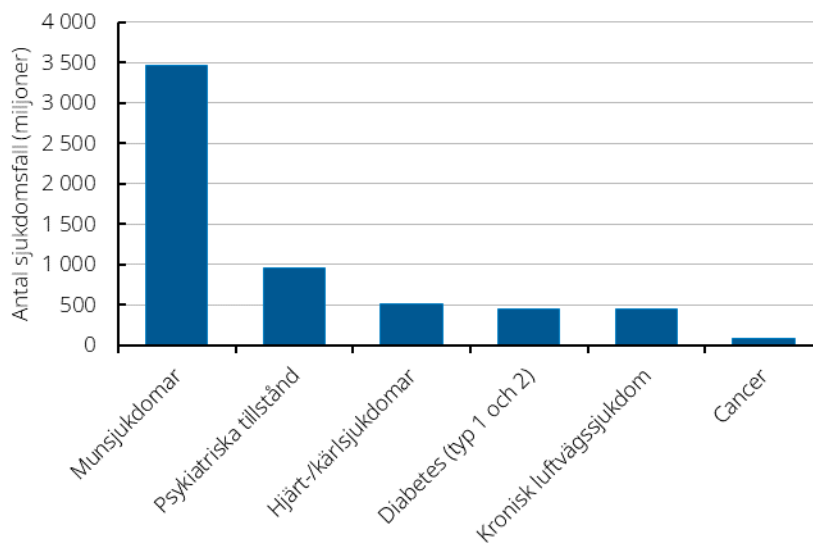
hälsofrämjande arbete. Den stödjer också medlemsstaterna i arbetet med att uppnå WHO:s mål för icke överförbara sjukdomar 2025 och hållbarhetsmålen i Agenda 2030<sup>319</sup> <sup>320</sup>. Innan pandemin beräknades psykisk ohälsa drabba en av sex medborgare i EU till en kostnad av 600 miljarder euro<sup>321</sup>. Det är siffror som troligen ökat idag, bland annat till följd av kriserna i omvärlden.

## Munsjukdomar i en global kontext

Obehandlade munsjukdomar drabbar nästan hälften av världens befolkning. Det får konsekvenser som inkluderar fysiska symtom, funktionsbegränsningar och påverkan på psykiskt och socialt välbefinnande. I de svåraste fallen är konsekvenserna livshotande<sup>322</sup>.

Sjukdomar i munnen bedöms påverka nära 3,5 miljarder människor världen över. Detta uppskattas vara runt 1 miljard fler än det sammanlagda antalet människor som drabbas av de övriga vanligaste icke överförbara sjukdomarna i världen<sup>323</sup>.

**Figur 62. Jämförelse av uppskattade globala antal fall av ett urval av icke överförbara sjukdomar.**



Källa: WHO 2022.

Antalet fall med obehandlad sjukdom i munnen har ökat med över en miljard under de senaste 30 åren, vilket indikerar att många människor världen över inte har tillgång till tandvård. Samtidigt innebär

<sup>319</sup> A comprehensive approach to mental health. Hämtad 2023-12-04 från <https://commission.europa.eu/>

<sup>320</sup> Mental health. Hämtad 2023-12-04 från [Mental health \(europa.eu\)](https://mentalhealth.europa.eu/).

<sup>321</sup> Health at a glance 2018. Hämtad 2024-01-04 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

<sup>322</sup> Global oral health status report. Towards universal health coverage for oral health by 2030 Executive summary. WHO 2022. Hämtad 2024-01-04 från <https://iris.who.int/>.

<sup>323</sup> Global oral health status report. Towards universal health coverage for oral health by 2030 Executive summary. WHO 2022. Hämtad 2024-01-04 från <https://iris.who.int/>.

tandvårdskostnaderna, för dem som har tillgång till tandvård, ofta en stor ekonomisk börda. WHO betraktar därför den globala bördan av munsjukdomar och tillstånd i munnen som en akut folkhälsoutmaning med sociala, ekonomiska och miljömässiga effekter<sup>324</sup>.

Globalt uppskattas offentliga och privata utgifter för munhälsovård till omkring 390 miljarder amerikanska dollar. Utgifterna är mycket ojämnt fördelade mellan länder och regioner, och de har en stark social gradient, till nackdel för de mest socioekonomiskt utsatta och sårbara grupperna. Sjukdomar i munnen påverkas således av sociala, ekonomiska och politiska förhållanden, som tillgång till rent vatten, sanitet och hygien, liksom levnadsvanor. Detta gör att såväl riskfaktorer som förebyggande insatser är desamma som för andra icke överförbara sjukdomar<sup>325</sup>.

Med detta som bakgrund antog WHO 2021 en resolution för munhälsa. I resolutionen uppmanas medlemsstaterna att arbeta för bättre munhälsa genom sjukdomsförebyggande arbete i samverkan såväl inom tandvården som med övrig vård och omsorg. De uppmanas också att integrera munhälsan i agendan för icke överförbara sjukdomar<sup>326</sup>. Resolutionen har följts av en global strategi, som ska stödja implementeringen, och en global handlingsplan för munhälsa<sup>327</sup>. I den globala handlingsplanen uppmanas samtliga medlemsländer att påbörja ett arbete med att ta fram nationella handlingsplaner. Denna uppmaning har hörsammats av ett antal länder, däribland Sverige.

Läs mer om munhälsan i Sverige i kapitlet *Munhälsan är en del av hälsan*.

## Klimatförändringarnas konsekvenser för hälsan uppmärksammas alltmer

### Iakttagelser i korthet

- Klimatförändringarnas hälsokonsekvenser åskådliggörs i deklARATIONEN för klimat och hälsa, som undertecknades under klimatkonferensen COP28.
- Klimatrelaterade sjukdomar och mentala hälsoutmaningar har ökat. Till exempel förutspås dödsfall till följd av värmeböljor bli 50 gånger vanligare mot slutet av detta sekel.

<sup>324</sup> Global oral health status report. Towards universal health coverage for oral health by 2030 Executive summary. WHO 2022. Hämtad 2024-01-04 från <https://iris.who.int/>.

<sup>325</sup> Global oral health status report. Towards universal health coverage for oral health by 2030 Executive summary. WHO 2022 Hämtad 2024-01-04 från <https://iris.who.int/>.

<sup>326</sup> Oral health. Hämtad 2024-01-04 från <https://apps.who.int/>.

<sup>327</sup> Draft Global Oral Health Action Plan (2023–2030) Hämtad 2024-01-04 från <https://cdn.who.int/>.



- Hälsokonsekvenser till följd av klimatförändringar ser olika ut hos olika befolkningsgrupper, där de redan utsatta är värst drabbade.
- Hälso- och sjukvårdens verksamheter bidrar till de globala utsläppen av växthusgaser.
- EU har stärkt arbetet med beredskap inför hälsokriser och hälsohot, bland annat genom ett breddat uppdrag till ECDC, snabbare och förbättrade rutiner hos EMA och utvidgat arbete inom området hos medlemsländernas myndigheter.

Klimatförändringarna påverkar hälsan både direkt och indirekt och påverkar i hög grad miljömässiga, sociala och folkhälsorelaterade faktorer<sup>328</sup>. Detta uppmärksammas alltmer, även internationellt. Negativa hälsoeffekter på grund av klimatförändringar kopplas bland annat till

- extremväder och värmeböljor
- försämrad luftkvalitet
- förändringar i vattenkvalitet och vattenkvantitet
- förändrad livsmedelsförsörjning och säkerhet
- förändringar i distribution av vektorburna sjukdomar
- förändrad ekologi<sup>329 330</sup>.

På den internationella klimatkonferensen COP28 i november till december 2023 var hälsa för första gången ett separat temaområde<sup>331</sup>. Temadagen om hälsa avslutades med att COP28-deklarationen för klimat och hälsa undertecknades av 120 länder<sup>332</sup>. Deklarationen understryker kopplingarna mellan klimatförändringarna och hälsa. Den pekar också på hälsovinsterna av minskade växthusgaser från minskade luftföroreningar, ökad fysisk aktivitet, och ett skifte till hälsosammare kost. Vidare beskrivs åtaganden för att utveckla hälsosystemen att bli mer hållbara och rättvisa och för att bättre förbereda de mest utsatta grupperna och befolkningarna för effekterna av klimatförändringarna<sup>333</sup>.

---

<sup>328</sup> WHO. Climate change. Hämtad 2023-12-09 från [Klimatförändring \(who.int\)](https://www.who.int/).

<sup>329</sup> Baxter L, McGowan CR, Smiley S, Palacios L, Devine C, Casademont C. The relationship between climate change, health, and the humanitarian response. *Lancet*. 2022;400(10363):1561-3.

<sup>330</sup> Synthesis Report of the IPCC Sixth Assessment Report (AR6). Hämtad 2023-12-09 från <https://report.ipcc.ch/>.

<sup>331</sup> Thematic program. Hämtad 2023-12-09 från <https://www.cop28.com/>.

<sup>332</sup> COP28 UAE Declaration on climate and health. WHO. Hämtad 2023-12-11 från <https://www.who.int/>.

<sup>333</sup> Klimatförändringar och hälsa. World Health Organization, WHO. Hämtad 2023-12-16 från [Klimatförändringar och hälsa \(who.int\)](https://www.who.int/).

## Klimatförändringarnas påverkan på hälsan är märkbara

Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC, konstaterar i sin senaste kunskapssammanställning att klimatförändringarna har lett till ökade sjukdomar och dödlighet till följd av värmeböljor. Klimatrelaterade livsmedelsburna, vattenburna och vektorburna sjukdomar har ökat. Vissa mentala hälsoutmaningar och skador från extrema händelser kan också kopplas till stigande temperaturer<sup>334</sup>. I Europa förväntas värmeböljor vara den klimateffekt som i framtiden får störst påverkan på hälsan. Dödsfall i samband med värmeböljor bedöms bli 50 gånger vanligare i slutet av seklet än nu<sup>335 336</sup>. Kroniskt sjuka, äldre<sup>337</sup>, personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning<sup>338</sup>, små barn<sup>339 340 341</sup>, gravida<sup>342 343</sup> och personer som tar viss medicin är extra känsliga<sup>344 345 346 347</sup>. Även personer med yrken med tungt fysiskt arbete<sup>348</sup> och blåljuspersonal med skyddskläder löper större risk att utsättas för hälsoskadlig värme<sup>349 350</sup>. För personer som lider av depression, psykisk ohälsa och missbruk är risken för ökad dödlighet högre

---

<sup>334</sup> Klimatförändringar och hälsa. World Health Organization, WHO. Hämtad 2023-12-16 från [Klimatförändringar och hälsa \(who.int\)](https://www.who.int/klimatforandringar-och-halsa).

<sup>335</sup> Forzieri G, Cescatti A, FB ES, Feyen L. Increasing risk over time of weather-related hazards to the European population: a data-driven prognostic study. *Lancet Planet Health*. 2017;1(5):e200-e8.

<sup>336</sup> Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet*. 2021;397(10269):129-70.

<sup>337</sup> Worfolk JB. Heat waves: their impact on the health of elders. *Geriatric Nursing*. 2000;21(2):70-7.

<sup>338</sup> Hälsoeffekter av värmeböljor – en kunskapssammanställning. Folkhälsomyndigheten; 2022.

<sup>339</sup> Falk B, Dotan R. Children's thermoregulation during exercise in the heat: a revisit. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2008;33(2):420-7.

<sup>340</sup> Xu Z, Etzel RA, Su H, Huang C, Guo Y, Tong S. Impact of ambient temperature on children's health: a systematic review. *Environ Res*. 2012;117:120-31.

<sup>341</sup> Xu Z, Sheffield PE, Su H, Wang X, Bi Y, Tong S. The impact of heat waves on children's health: a systematic review. *Int J Biometeorol*. 2014;58(2):239-47.

<sup>342</sup> Chersich MF, Pham MD, Areal A, Haghghi MM, Manyuchi A, Swift CP, et al. Associations between high temperatures in pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight, and stillbirths: systematic review and meta-analysis. *bmj*. 2020;371.

<sup>343</sup> Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D, Caranci N, de' Donato F, Demaria M, et al. Factors affecting in hospital heat-related mortality: a multi-city case-crossover analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(3):209-15.

<sup>344</sup> Westaway K, Frank O, Husband A, McClure A, Shute R, Edwards S, et al. Medicines can affect thermoregulation and accentuate the risk of dehydration and heat-related illness during hot weather. *J Clin Pharm Ther*. 2015;40(4):363-7. DOI:10.1111/jcpt.12294.

<sup>345</sup> Hajat S, O'Connor M, Kosatsky T. Health effects of hot weather: from awareness of risk factors to effective health protection. *Lancet*. 2010;375(9717):856-63.

<sup>346</sup> Kovats RS, Hajat S. Heat stress and public health: a critical review. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:41-55.

<sup>347</sup> Zanobetti A, O'Neill MS, Gronlund CJ, Schwartz JD. Susceptibility to mortality in weather extremes: effect modification by personal and small-area characteristics. *Epidemiology*. 2013;24(6):809-19.

<sup>348</sup> Lundgren K, Kuklane K, Gao C, Holmer I. Effects of heat stress on working populations when facing climate change. *Ind Health*. 2013;51(1):3-15.

<sup>349</sup> 4. Bassil KL, Cole DC. Effectiveness of public health interventions in reducing morbidity and mortality during heat episodes: a structured review. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7:991-1001

<sup>350</sup> Hanna EG, Kjellstrom T, Bennett C, Dear K. Climate change and rising heat: population health implications for working people in Australia. *Asia Pac J Public Health*. 2011;23(2 Suppl):14S-26.

under varma dagar än under dagar med lägre temperaturer<sup>351</sup>. De kombinerade effekterna av klimatförändringar, urbanisering och en ökande andel äldre i Europa kan leda till allvarligare och värre hälsokonsekvenser i framtiden<sup>352 353</sup>. Hälso- och sjukvården har en central roll i att förebygga och behandla de hälsoproblem som redan finns och som förväntas öka med klimatförändringarna.

## Hälso- och sjukvårdens verksamheter har i sig påverkan på klimatförändringarna

Hälso- och sjukvårdens verksamheter har i sig en betydande påverkan på klimatet. De bidrar bland annat till cirka 5 procent av de globala växthusgaserna, där den största delen kommer från läkemedel och medicinska produkter<sup>354 355</sup>. Användningen av medicinska gaser, som anestesigas, är också en källa till utsläpp av växthusgaser. Exempelvis motsvarar växthuseffekten av ett kilo lustgas effekten av närmare 300 kilo koldioxid. Förlossningsverksamheten är idag den största användaren av lustgas.

EU:s hälso- och sjukvårdssektor står för cirka 12 procent av det globala klimatavtrycket från hälso- och sjukvårdssektorn<sup>356</sup>. Långsiktigt hållbara och motståndskraftiga hälso-, sjukvårds- och tandvårdssystem är en förutsättning för god hälsa i framtiden. Skadliga och onödiga behandlingar, som överföreskrivning av läkemedel och andra vårdinsatser med tveksamt värde, behöver minskas. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet måste också prioriteras högre i hälso- och sjukvården.

Läs mer om vårdinsatser som behöver fasas ut i avsnittet *Vårdinsatser med låg, eller ingen, nytta för patienten* i kapitlet *System i en föränderlig tid*.

---

<sup>351</sup> Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D, Biggeri A, Bisanti L, Cadum E, et al. Vulnerability to heat-related mortality: a multicity, population-based, case-crossover analysis. *Epidemiology*. 2006;17(3):315-23.

<sup>352</sup> Fact Sheets. Climate change. Hämtad 2023-12-16 från <https://www.who.int/>

<sup>353</sup> Romanello M, Napoli CD, Green C, Kennard H, Lampard P, Scamman D, et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *The Lancet* 2023;402:2346-94.

<sup>354</sup> Ppt HSPA expert group arbetsgrupp om klimat

<sup>355</sup> Se även Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2023. Socialstyrelsen: Stockholm; 2023.

<sup>356</sup> Ppt HSPA expert group arbetsgrupp om klimat.

## EU har förstärkt arbetet med beredskap för hälsokriser och hälsohot

Antimikrobiell resistens har klassats som ett av de största hälsohoten mot global hälsa av WHO<sup>357</sup> <sup>358</sup>. Antimikrobiell resistens beräknas leda till årliga kostnader på över 1,5 miljarder euro i EU/EES. Kostnaderna uppkommer till följd av hälso- och sjukvårdsutgifter och produktivitetsbortfall<sup>359</sup>, som främst beror på begränsade behandlingsalternativ<sup>360</sup>. Detta pressar redan ansträngda hälso- och sjukvårdssystem i en tid av hög inflation. Det tillvägagångssätt som beskrivs i avsnittet *One health åskådliggör sambandet mellan människors, djurs och miljöns hälsa* i detta kapitel används för att bekämpa antimikrobiell resistens på politisk nivå, både inom EU och globalt.

EU:s myndighet för beredskap och insatser vid hälsokriser, Hera, har identifierat tre allvarliga hälsohot som gör att EU behöver samordna medicinska motåtgärder<sup>361</sup>:

- smittämnen med hög pandemipotentia
- kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära hot
- hot på grund av antimikrobiell resistens.

Den senaste tidens kriser och identifierade framtida hälsohot har lett till stärkt krisberedskap. Den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, har fått ett breddat uppdrag med ansvar dels för ett nytt nätverk av EU-referenslaboratorier<sup>362</sup>, dels för en EU-arbetsgrupp för hälsofrågor för snabba insatser vid större utbrott<sup>363</sup>. Den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA, har stärkts. Syftet är att EMA bättre ska kunna övervaka och minska bristen på läkemedel och medicintekniska produkter vid större händelser och hot mot folkhälsan samt snabbare kunna godkänna läkemedel som kan användas för att behandla eller förebygga en sjukdom som orsakar en folkhälsokris. I takt med att hälsoberedskapen höjs,

---

<sup>357</sup> Opportunities to prevent antimicrobial resistance in the animal health sector. Hämtad 2023-12-09 från <https://iris.who.int/>

<sup>358</sup> Opportunities to prevent antimicrobial resistance in the animal health sector. Hämtad 2023-12-09 från <https://iris.who.int/>

<sup>359</sup> Opportunities to prevent antimicrobial resistance in the animal health sector. Hämtad 2023-12-09 från <https://iris.who.int/>

<sup>360</sup> Opportunities to prevent antimicrobial resistance in the animal health sector. Hämtad 2023-12-09 från <https://iris.who.int/>

<sup>361</sup> Health union: identifying top 3 priority health threats Bryssel: Europeiska kommissionen; 2022. Hämtad 2023-11-16 från <https://health.ec.europa.eu/>

<sup>362</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Hämtad 2023-11-16 från <https://www.ecdc.europa.eu/>

<sup>363</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Hämtad 2023-11-16 från <https://www.ecdc.europa.eu/>

har även medlemsländernas nationella myndigheter utvidgat sitt arbete inom området<sup>364</sup>.

## Många länder stärker primärvården

### Iakttagelser i korthet

- WHO har länge pekat på de utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemen i många länder står inför och lyft fram primärvårdens roll för att göra vården mer tillgänglig, effektiv, jämlik och motståndskraftig. Under den internationella primärvårdskonferensen i oktober 2023 konstaterades att utvecklingen av primärvården går för långsamt.
- Många länder i Europa arbetar för att skapa sammanhållna vårdprocesser och personcentrerade arbetssätt för att stärka den nära vården och patientens ställning. Arbetet har fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, och stor kraft läggs på digitala lösningar och på att minska skillnader i tillgänglighet mellan olika befolkningsgrupper.
- Den privata sektorn har en viktig roll i att skapa hållbara hälso- och sjukvårdssystem som kan möta allvarliga kriser.

WHO har sedan länge pekat på de utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemen står inför i många länder, utifrån den ökande andel människor som insjuknar i förebyggbara kroniska sjukdomar. Primärvårdens roll för att möta utmaningarna och göra hälsosystem mer tillgängliga, effektiva, jämlika och motståndskraftiga belystes under WHO:s internationella primärvårdskonferens i oktober 2023<sup>365</sup>. Slutsatserna från konferensen var, liksom de nationella slutsatserna, att utvecklingen går för långsamt.

Inkluderande styrning och medskapande, tillit och transparens bedöms nödvändigt för att det ska gå att skapa förändring<sup>366</sup>. Medborgare, hälso- och sjukvårdspersonal, beslutsfattare och andra intressenter behöver kunna ta del av hur hälso- och sjukvårdssystemen fungerar och känna till var svagheter finns och kan adresseras<sup>367</sup>. Det nya ramverket för Health System Performance Assessment (HSPA) är ett verktyg för att identifiera svagheter

<sup>364</sup> State of Health preparedness report, Europeiska kommissionen: Bryssel; 2022. Hämtad 2023-11-16 från <https://health.ec.europa.eu/>.

<sup>365</sup> Health systems based on primary health care: enough evidence, little action. European Observatory. Hämtad 2023-11-16 från <https://eurohealthobservatory.who.int/>.

<sup>366</sup> McKee M, Greenley R, Permanand G. Trust. The foundation of health systems. Köpenhamn: WHO/European observatory on health systems and policies; 2023. Policy Brief 58.

<sup>367</sup> Panteli D, Mauer N, Winkelmann J, Fahy N. Transforming health service delivery. What can policy-makers do to drive change? Köpenhamn: WHO/European observatory on health systems and policies; 2023. Policy Brief 62.

och illustrera orsakssamband mellan policyalternativ<sup>368</sup>. I de flesta hälso- och sjukvårdssystem måste också de offentliga utgifterna öka och resursallokeringen bli mer effektiv om det ska vara möjligt att skapa hållbar förändring. Ett exempel på detta är investeringar i förebyggande och hälsofrämjande vård och omsorg<sup>369</sup>.

Kunskapen om hur den privata sektorn kan bidra i utvecklingen har stärkts genom erfarenheter från coronapandemin. Många privata aktörer spelade då en nyckelroll i frigörandet av resurser, som till exempel vårdplatser<sup>370</sup>. Den privata sektorn behöver involveras mer, både i förändringen av hälso- och sjukvårdssystemen och för att skapa hållbara hälso- och sjukvårdssystem som kan möta nya kriser, som nya pandemier eller infektioner som orsakas av antibiotikaresistenta bakterier<sup>371 372</sup>.

Samtidigt pågår stora förändringar i Europas hälso- och sjukvård. Liksom i Sverige har många europeiska länder vidtagit åtgärder för att stärka den nära vården, patientens ställning och primärvården. Bland annat kraftsamlar man kring digitala lösningar och strävar efter att minska skillnader i tillgänglighet mellan olika grupper i befolkningen. Ett nyckelområde är personal- och kompetensförsörjning, inklusive ändamålsenliga utbildningar, uppgiftsväxling mellan professioner, ökat teamarbete och förbättrad tillgänglighet och koordinering. Motiven till dessa initiativ är bland annat att skapa sammanhållna vårdprocesser med personcentrerade arbetssätt, samtidigt som det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet tydligare kan prioriteras<sup>373</sup>. Om hälso- och sjukvården arbetar med hälsofrämjande processer som utgångspunkt, blir den samtidigt en central aktör i att bidra till de övergripande globala målen i Agenda 2030 för hållbar utveckling<sup>374</sup>. WHO:s arbete för samverkan mellan tandvård och övrig vård och omsorg i det sjukdomsförebyggande arbetet kan även i detta sammanhang vara en viktig pusselbit<sup>375</sup>.

---

<sup>368</sup> Rajan D, Papanicolas I, Karanikolos M, Koch K, Rohrer-Herold K, Rechel B, Greenly R, Lessof S, Figueras J. Health system performance assessment. A renewed global framework for policy-making. Köpenhamn: WHO/European observatory on health systems and policies; 2023. Policy Brief 59.

<sup>369</sup> Forman R, Permanand G, Cylus J. Financing for health system transformation. Spending more or spending better (or both?). Köpenhamn: WHO/European observatory on health systems and policies; 2023. Policy Brief 61.

<sup>370</sup> Maresso A, Waitzberg, R., Tille, F., Litvinova, Y., Pastorino, G., Nathan, N., Clarke, D. Engaging the private sector in delivering health care and goods. Governance lessons from the Covid-19 pandemic Köpenhamn: European observatory on health systems and policies; 2023.

<sup>371</sup> Eurohealth sept 2023. Hämtad 2023-12-16 från <https://iris.who.int/>.

<sup>372</sup> Maresso A, Waitzberg, R., Tille, F., Litvinova, Y., Pastorino, G., Nathan, N., Clarke, D. Engaging the private sector in delivering health care and goods. Governance lessons from the Covid-19 pandemic Köpenhamn: European observatory on health systems and policies; 2023.

<sup>373</sup> Eurohealth sept 2023. Hämtad 2023-12-16 från <https://iris.who.int/>.

<sup>374</sup> Eurohealth sept 2023. Hämtad 2023-12-16 från <https://iris.who.int/>.

<sup>375</sup> Oral health. Hämtad 2024-01-04 från <https://apps.who.int/>.

### **Healthy Cities Sverige**

Healthy Cities är ett WHO-nätverk som startade 1988 i Europa, med syfte att förbättra folkhälsan genom bättre levnadsförutsättningar och möjligheter. Det svenska nätverket startade 2004, och består av kommuner och regioner som tillsammans arbetar för att bygga strukturer på lokal och regional nivå för att öka jämlikheten i hälsa.

#### *Koppling till Agenda 2030*

Kärnan i Healthy Cities är Agenda 2030:s mål nummer 3: God hälsa och välbefinnande. En strategisk arbetsgrupp arbetar med utmaningar i organisationer, styrsystem, uppföljning och utvärdering ur ett helhetsperspektiv. Det finns också en temagrupp för hälsofrämjande samhällsplanering. Gruppen träffas regelbundet och diskuterar hur man kan planera, bygga och förvalta hälsofrämjande orter, städer och regioner. Nätverket erbjuder erfarenhetsrapporter, utvärderingar och analyser, som kan stödja arbetet med hållbar samhällsbyggnad.

#### *Politikerutbildning*

Nätverket är en arena där politik och tjänstepersoner möts och diskuterar gemensamma frågor. De tar sedan med sig frågorna hem för att fortsätta gynna det lokala utvecklingsarbetet. Nätverket fungerar också som länk till attraktiva samarbetsparter. Planer finns att ta fram en politikerutbildning, efter inspiration hämtad från det norska nätverket, som tagit fram en vägledning för politiker – *Ta vara på dina väljare.*

# Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation

Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomi, kostnader och effektivitet är ständiga diskussionsområden. Samtidigt har de en stor påverkan på både samhällets och individens plånbok. I detta kapitel redogör vi för hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens kostnadsutveckling och sätter de svenska kostnaderna för hälso-, sjuk- och tandvård i en internationell kontext. Vi redovisar även den aktuella prognosen för läkemedelsförsäljningen.

## Kostnaderna för hälso- och sjukvården

### Iakttagelser i korthet

- De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2021 till 614 miljarder kronor. Det är cirka 28 miljarder kronor (4,8 procent) högre än året innan, räknat i 2021 års prisnivå.
- Botande och rehabiliterande sjukvård står för mer än hälften av kostnaderna.
- Omsorgen av äldre och personer med funktionsnedsättning står för 25 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader.

Detta avsnitt beskriver främst utgifterna för hälso- och sjukvården för åren 2018–2021. Uppgifterna kommer framför allt från Statistiska Centralbyrån (SCB). De data som presenteras, huvudsakligen från Hälsoräkenskaperna, baseras i sin tur på uppgifter från bland annat kommunernas och regionernas räkenskapsammandrag. Dessa data har en viss eftersläpning, vilket är i enlighet med tidigare års lägesrapporter.

För att uppgifter om kostnader ska vara jämförbara mellan åren, har de fastprisberäknats till 2021 års prisnivå, om inget annat anges. Det innebär att kostnaderna för olika år räknats om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett prisindex<sup>376</sup>. I det fall regionernas kostnader för hälso- och sjukvård särredovisas används kostnadsbegreppet *kostnad för det egna åtagandet*. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård finns tillgängliga till och med 2022 och därför presenteras dessa kostnader inklusive 2022.

<sup>376</sup> I beräkningarna används ett konsumtionsprisindex för regioner från SCB för hälso- och sjukvård (2021). Användning av prisindex skulle kunna få viss påverkan på resultaten.



## De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen av regionerna och kommunerna själva (61 procent) samt av staten, genom statliga bidrag och stimulansmedel i olika former (25 procent)<sup>377</sup>. Under 2021 betalades endast 13 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna av patientavgifter.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2021 till 614 miljarder kronor, vilket är cirka 28 miljarder kronor (4,8 procent) mer än året innan, räknat i 2021 års prisnivå. Det innebär nästan dubbelt så stor kostnadsökning jämfört med året dessförinnan (2,5 procent). Ökningen beror framförallt på ökade kostnader för botande och rehabiliterande sjukvård samt förebyggande vård som följd av coronapandemin. Prisnivåerna inom hälso- och sjukvård ökade med 2,7 procent under 2021<sup>378</sup>.

Mellan 2018 och 2021 har kostnaderna ökat med drygt 47,4 miljarder kronor (8,4 procent) i 2021 års prisnivå, se tabell 3. Under samma period ökade prisnivåerna inom hälso- och sjukvård med 7 procent.

I figur 63 redovisas fördelningen av hälso- och sjukvårdskostnaderna per typ av vård.

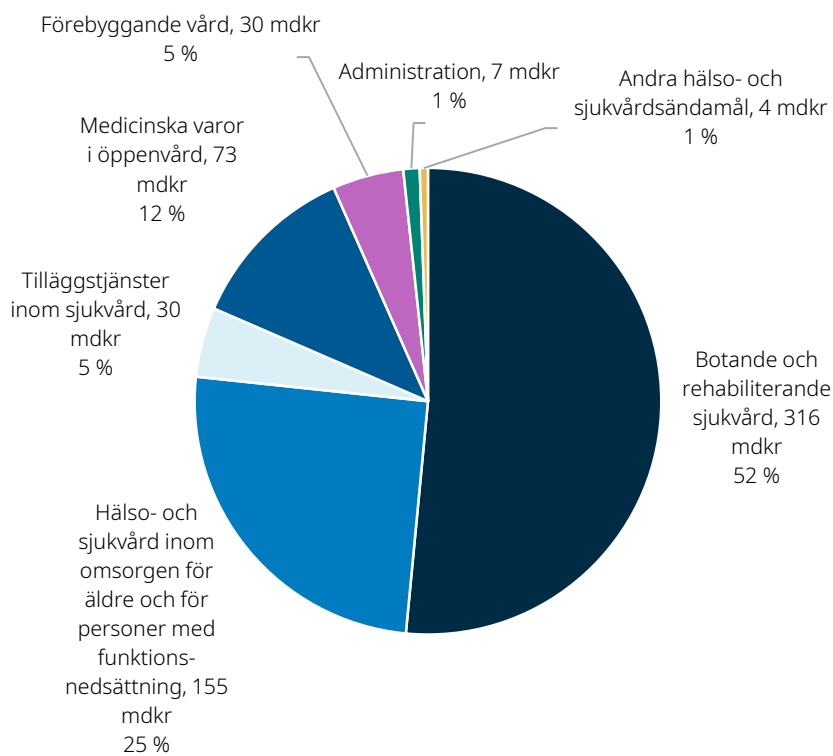
---

<sup>377</sup> Janlöv N, Blume S, Glengård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* 2023;25(4): i-198.

<sup>378</sup> Enligt KPI-index.

**Figur 63. Hälso- och sjukvårdsutgifter per typ av vård 2021.**

Fördelningen av totalt 614 miljarder kronor.



Källa: Hälsoräkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån (SCB).

## Kostnader för botande och rehabiliterande vård

Största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna, 52 procent, eller 316 miljarder kronor, utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, vilket framgår av figur 63 ovan. Här ingår botande och rehabiliterande slutna vård, dagsjukvård, öppen vård och hemsjukvård. Öppen vård stod för mer än hälften av kostnaderna för botande och rehabiliterande vård år 2021 (173 miljarder kronor).

Jämfört med året innan har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård ökat med 5,5 procent under 2021. Den procentuella ökningen var störst för tandvård. Det beror främst på en återgång till mer normala siffror efter den kraftiga minskningen av antalet tandvårdsbesök under början av coronapandemin.

Jämfört med 2018 har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård ökat med 27,6 miljarder kronor eller 9,6 procent. Det är kostnaden för öppen vård och slutna vård som bidragit mest till kostnadsökningen, med 11,7 miljarder kronor (7,2 procent) respektive 14,1 miljarder kronor (12,3 procent).

## Kostnader för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning

Den näst största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna utgör cirka 25 procent, eller 155 miljarder kronor. Dessa kostnader gäller hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, inklusive funktionsnedsättning på grund av psykisk ohälsa. Dessa kostnader finansieras i hög grad av kommunerna.

Jämfört med året innan har dessa kostnader ökat marginellt under 2021. Den totala kostnadsökningen var 4,9 miljarder kronor eller 3,3 procent under perioden 2018–2021.

Läs mer i lägesrapporterna *Vård och omsorg för äldre* och *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

## Kostnader för medicinska varor i öppen vård

Kostnaderna för medicinska varor som lämnats ut till öppenvårdspatienter uppgick 2021 till 73 miljarder kronor. Detta motsvarar cirka 12 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. År 2021 var kostnaderna 2,6 procent högre jämfört med föregående år, vilket beror främst på ökade kostnader för hjälpmedel och andra varaktiga varor. Under 2018–2021 ökade kostnaderna med 0,9 miljarder kronor, eller 1,3 procent.

## Övriga kostnader

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård, administration och övriga vårdkostnader.

Under 2021 utgjorde kostnader för förebyggande vård 30 miljarder kronor, vilket motsvarar 5 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Det är en ökning med 10 miljarder, eller 52 procent, jämfört med året innan. Ökningen av kostnaden för förebyggande vård beror i hög grad på att kostnaden för smittskyddsarbete (epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete) samt kostnaden för immuniseringsprogram ökade kraftigt under 2021 som följd av coronapandemin. Det bör dock noteras att kostnaden för förebyggande vård som redovisas i det här sammanhanget är en mycket liten del av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden.

### **Tabell 3. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2018–2021.**

Miljarder kronor, fasta priser, 2021 års prisnivå.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation

	2018	2019	2020	2021	Andel 2021	Förändring 2018–2021 Miljarder kronor (%)
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	567	572	586	614	100 %	47,4 (8,4 %)
<b>Årlig förändring</b>	3,3 %	1,0 %	2,5 %	4,8 %		
<b>Botande och rehabiliterande sjukvård</b>	289	294	300	316	51,5 %	27,6 (9,6 %)
<b>Dagsjukvård</b>	10	11	11	12	1,9 %	1,3 (12,6 %)
<b>Öppenvård</b>	161	166	164	173	28,2 %	11,7 (7,2 %)
- Allmän botande öppenvård	31	31	34	36	5,9 %	5,8 (18,8 %)
- Tandvård	32	32	29	31	5,1 %	-0,3 (-0,9 %)
- Övrig specialiserad öppenvård	79	82	80	82	13,4 %	3,2 (4,0 %)
- Övrig botande öppenvård	20	21	22	23	3,7 %	3,1 (15,9 %)
<b>Slutenvård</b>	114	115	122	128	20,9 %	14,1 (12,3 %)
<b>Botande och rehabiliterande hemsjukvård</b>	3	3	3	3	0,5 %	0,6 (20,7 %)
<b>Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning</b>	150	151	154	155	25,2 %	4,9 (3,3 %)
<b>Särskilda boendeformer</b>	96	96	99	99	16,1 %	3,1 (3,3 %)
<b>Ordinärt boende</b>	46	47	49	49	7,9 %	2,2 (4,7 %)
<b>Dagverksamhet och korttidsvård</b>	7	7	7	7	1,1 %	-0,4 (-5,3 %)
<b>Medicinska varor i öppenvård</b>	72	71	71	73	11,9 %	0,9 (1,3 %)
<b>Läkemedel och förbrukningsartiklar</b>	56	55	57	57	9,3 %	0,6 (1,1 %)
- Receptförskrivna läkemedel	39	38	39	39	6,3 %	-0,5 (-1,3 %)

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation

	2018	2019	2020	2021	Andel 2021	Förändring 2018–2021 Miljarder kronor (%)
- Receptfria läkemedel	13	12	13	13	2,1 %	0,6 (4,8 %)
- Dagligvaror och förbruknings-artiklar	5	5	5	5	0,8 %	0,5 (11,6 %)
<b>Hjälpmedel och andra varaktiga varor</b>	16	16	14	16	2,6 %	0,3 (1,9 %)
<b>Tilläggstjänster inom sjukvård</b>	24	25	29	30	4,8 %	6,1 (25,7 %)
<b>Förebyggande vård</b>	19	18	20	30	4,9 %	11,0 (57,1 %)
<b>Information, utbildning och rådgivning</b>	8	8	8	8	1,4 %	-0,1 (-1,0 %)
<b>Allmänna hälsokontroller</b>	8	7	7	7	1,2 %	-0,6 (-7,2 %)
<b>Immuniseringsprogram</b>	3	3	3	8	1,4 %	5,9 (230,2 %)
<b>Smittskyddsarbete</b>	0	0,3	3	6	1,0 %	5,8 (1634,9 %)
<b>Administration</b>	10	10	9	7	1,1 %	-3,3 (-32,2 %)
<b>Andra hälso- och sjukvårdsändamål</b>	4	4	4	4	0,6 %	0,2 (5,2 %)

Källa: Hälsoräkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån (SCB).

## Kostnaderna för tandvården

### Iakttagelser i korthet

- De totala kostnaderna för tandvård var drygt 31 miljarder kronor 2021, vilket innebär att det inte skett någon kostnadsökning under åren 2018–2021. En möjlig förklaring kan vara ett minskat antal besök till följd av försämrad tillgång till folktandvården, förändrade nationella rekommendationer och försämrat ekonomiskt läge hos befolkningen.

Svensk tandvård kan delas in i tre grupper, baserat på vem som finansierar den:

- tandvård som betalas av regionerna, till barn och unga vuxna samt till vuxna med särskilda behov
- tandvård som delvis betalas av staten, till vuxna
- tandvård utanför tandvårdsstöden, där patienten står för hela kostnaden.

Den totala kostnaden för tandvården uppgick under 2021 till 31 miljarder kronor, se tabell 3 ovan. Tandvården är det enda området inom botande och rehabiliterande sjukvård där kostnaderna inte ökat mellan 2018 och 2021.

Enligt TLV:s senaste rapport minskade tandvårdskostnaderna inom det statliga tandvårdsstödet, som utgör cirka 60 procent av svensk tandvårdsmarknad, med 14 procent mellan 2019 och 2020<sup>379</sup>, när pandemins effekt var som störst<sup>380</sup>. Återgången började 2021, men trots det var volymen av utförd tandvård fem procent lägre under både 2021 och 2022 jämfört med 2019. Minskningen förklaras av att antalet tandvårdsbesök minskat. Denna utveckling började redan före coronapandemin och fortsatte även efter pandemin. Möjliga förklaringar till det minskade antalet besök kan vara en försämrad tillgång till folktandvård och ett sjunkande antal tandläkare och tandhygienister per capita, liksom nya rekommendationer för revisionsintervall. Läs mer i kapitlet *Munhälsan är en del av hälsan*.

Till skillnad från andra typer av vård betalar patienten den största delen av tandvårdskostnaden själv. Detta innebär att även ett försämrat ekonomiskt läge och hög inflation, samt utvecklingen av tandvårdspriserna under de senaste åren, kan påverka besöksfrekvensen. Enligt TLV:s analyser ökar avvikelsen mellan vårdgivarnas priser och de referenspriser som TLV fastställer, och en allt större andel av patienterna betalar höga priser. TLV konstaterar att de förändringar och trender som pågår på sikt kan utgöra ett hot mot ett välfungerande tandvårdssystem, som ska uppmuntra fler till förebyggande tandvårdsbesök och hjälpa patienten med höga tandvårdskostnader<sup>381</sup>.

Inte heller tandvårdskostnaderna som finansieras av det regionala tandvårdsstödet har ökat. Dessa kostnader gäller tandvård till barn och unga samt till vuxna med särskilda behov<sup>382</sup>. Enligt SKR:s officiella statistik minskade antalet behandlade barn och unga vuxna kraftigt under 2020. Nivåerna har börjat återhämta sig efter 2021, men är ännu inte lika höga som före pandemin, trots att antalet listade barn ökat. En möjlig förklaring är den resursbrist som folktandvården rapporterat den senaste tiden, vilket bland annat har resulterat i längre revisionsintervall<sup>383</sup>. Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är den enda gruppen av

---

<sup>379</sup> Beräknat i fasta referenspriser.

<sup>380</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022. Hämtad 2023-11-14 från: <https://www.tlv.se/>.

<sup>381</sup> Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022. Hämtad 2023-11-14 från: <https://www.tlv.se/>.

<sup>382</sup> Omräknat i fasta priser utifrån Räkenskapssammandraget för kommuner och regioner.

<sup>383</sup> SKaPa. Årsrapport 2022. Hämtad 2023-12-08 från: <https://www.skapareg.se/>.

regionfinansierad tandvård där antalet patienter har ökat mellan 2018 och 2021 (18 procent).

## Hälso- och sjukvårdens kostnader för omställningen till god och nära vård

### Iakttagelser i korthet

- Primärvårdens andel av regionernas sammanlagda kostnader för hälso- och sjukvård har endast ökat marginellt sedan 2018, vilket kan tyda på att det saknas resurser för att kunna ställa om till god och nära vård.
- Omställningen till en god och nära vård går långsamt. Tilldelning, fördelning och omfördelning av vårdens resurser följer inte ambitionen om att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården.
- I en majoritet av regionerna har primärvårdens resursandel stått stilla eller till och med minskat.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) fortsätter arbetet med omställning av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Målen med omställningen är bland annat att primärvården ska vara navet i vården och att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan<sup>384</sup>.

Ett sätt att följa den pågående utvecklingen är att följa kostnadsutvecklingen och resursanvändningen inom hälso- och sjukvården. 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 för hälso- och sjukvård.

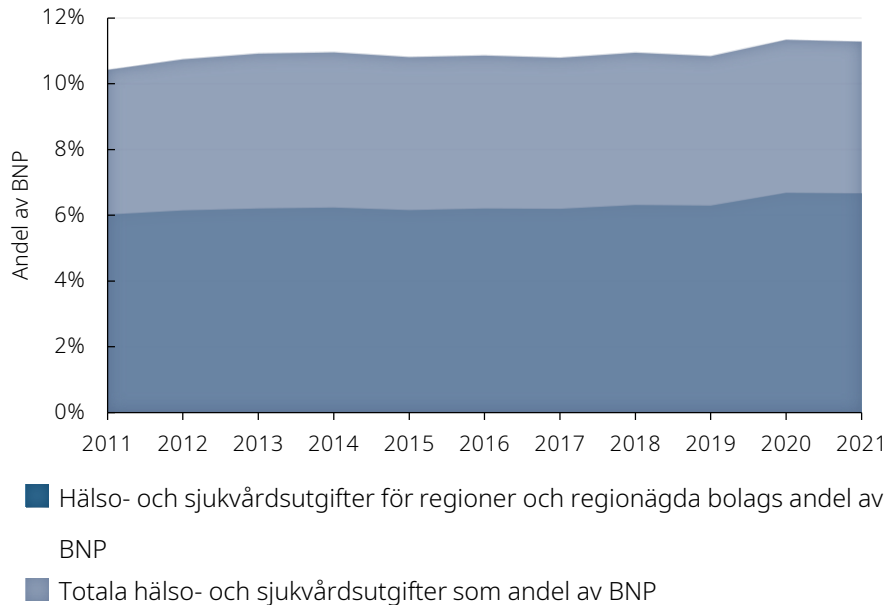
Hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP uppgick till 11,3 procent år 2021, vilket innebär att de var på samma nivå som året innan, se figur 64. Det är en ökning med 0,3 procentenheter jämfört med 2018.

Regioners och regionägda bolags utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP uppgick till 6,7 procent år 2021. Utvecklingen följer samma

<sup>384</sup> Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022. Hämtad 2023-12-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/>

mönster som för riket, det vill säga ingen förändring sedan föregående år och en marginell ökning sedan 2018.

**Figur 64. Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP totalt och för regioner- och regionägda bolag.**



Källa: Hälsoräkenskaperna (SHA). Statistiska Centralbyrån (SCB).

Regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård har ökat något sedan 2018, se tabell 5 sist i detta kapitel. I en majoritet av regionerna har dock resursandelen stått stilla eller till och med minskat. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar på ett liknande mönster i en rapport där de utvärderar omställningen till god och nära vård. De menar att det saknas resurser för att verksamheterna ska kunna driva det arbete som omställningen kräver<sup>385</sup>.

## Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård ökar – men takten har avstannat

### Iakttagelser i korthet

- Under pandemins två första år ökade kostnaderna betydligt snabbare, men 2022 var de tillbaka på den historiska trenden om en ökning på mindre än 1 procent.

<sup>385</sup> Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport 2023:2. Hämtad 2023-12-08 från: <https://www.vardanalys.se/>.



- Kostnaderna för tandvård minskade däremot med 7,4 procent, som en följd av ett minskat antal besök.
- Kostnaderna för förmånsläkemedel ökade med 10,4 procent år 2023 (exklusive egenavgifter). Det kan jämföras med 2022 då kostnaderna ökade med 6,4 procent. Prognosen för perioden 2023–2026 är att kostnaderna kommer att fortsätta öka.
- Under denna prognosperiod förväntas kostnaderna öka även för läkemedel inom slutenvård och för smittskyddsläkemedel.
- Inflation, ökade förväntningar på vården och nya dyra läkemedel och behandlingsmetoder bidrar till ett ansträngt ekonomiskt läge i både kommuner och regioner. Det innebär att effektiviseringar, besparingar och skattehöjningar blir nödvändiga.

Tabell 4 visar hur regionernas kostnader för hälso- och sjukvård utvecklats mellan 2018–2022. Dessa kostnader redovisas även för 2022, till skillnad från de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna (tabell 3), som endast inkluderade data till och med 2021<sup>386</sup>. En viktig skillnad mot Hälso- och sjukvårdens kostnader (tabell 3) är att enbart regionernas kostnader inkluderas<sup>387</sup>. Dessutom inkluderas inte kostnader för politisk verksamhet eller för serviceverksamheter<sup>388</sup>. Uppgifterna i tabell 4 bör därför tolkas med försiktighet. Uppgifterna tyder dock på att regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård ökade med 5,8 procent under perioden 2018–2022. Kostnadsökningen var störst inom primärvården (10,6 procent). Kostnaderna ökade mest under 2021, när pandemins påverkan var störst, men ändrades sedan inte påtagligt mellan 2021 och 2022. Enligt SKR:s beräkningar har ökningen av hälso- och sjukvårdskostnaderna gått tillbaka till den historiska trenden, på under 1 procent per år, rensat för effekten av vaccinering och provtagning i början av 2022<sup>389</sup>.

Tabell 4 visar vidare en drastisk minskning av tandvårdens kostnader under perioden 2018–2022 (-7,4 procent). Minskningen i tandvårdskostnaderna började under 2020, i samband med färre besök på grund av coronapandemin. Under 2021 ökade tandvårdskostnaderna något, men de har inte gått tillbaka till nivåerna före pandemin. Nedgången fortsatte sedan under 2022, vilket ledde till att tandvårdskostnaderna var 4 procent lägre jämfört med året innan. Som nämndes tidigare kan detta bero på den

<sup>386</sup> Observera att uppgifterna i tabell 4 har fastprisberäknats till 2022 års prisnivå till skillnad från tabell 3 där 2021 använts som basår.

<sup>387</sup> Kostnadsmåttet ”Kostnad för eget åtagande” används. Detta kostnadsmått skiljer sig något från övriga kostnader som presenteras i denna rapport, vilka huvudsakligen baseras på uppgifter från Hälso- och sjukvårdens kostnader (SHA).

<sup>388</sup> Inkluderar medicinsk service (som verksamheter vid laboratorier, operations- och röntgenavdelningar), allmän service (all serviceverksamhet som inte innefattas av medicinsk service eller fastighetsförvaltning) och fastighetsförvaltning.

<sup>389</sup> Ekonomirapporten, oktober 2023. Hämtad 2023-12-08 från <https://rapporter.skr.se/>.

personalbrist som tandvården upplevt under den senaste tiden. Socialstyrelsens kartläggning visar att 17 av 21 regioner hade brist på tandvårdspersonal under 2022<sup>390</sup>. Andelen sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare minskade med 5 procent mellan 2016 och 2020. Under samma period och enligt samma mått minskade antalet tandhygienister med 3 procent. Socialstyrelsen noterar flera utmaningar inom tandvården, bland annat förändringar i attityder och värderingar hos tandvårdspersonal, ett eventuellt behov av att förändra tandvårdsutbildningarna samt att nyutbildade tandläkare kan anses ha för lite klinisk erfarenhet<sup>391</sup>. Se även kärnindikator 7 *Tandvårdsundersökning de senaste tre åren*, och kapitlet *Munhälsan är en del av hälsan*.

**Tabell 4. Regionernas kostnader för det egna åtagandet för hälso- och sjukvård, uppdelat på verksamhet.**

Miljarder kronor fasta priser, 2022 års prisnivå.

	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018–2022(%)
<b>Primärvård</b>	69,0	70,5	72,7	76,1	76,3	10,6 %
<b>Specialiserad somatisk vård</b>	192,1	195,8	195,6	202,8	203,4	5,9 %
<b>Specialiserad psykiatrisk vård</b>	30,0	30,3	30,7	31,9	30,9	2,9 %
<b>Tandvård</b>	12,2	12,1	11,4	11,7	11,3	-7,4 %
<b>Övrig hälso- och sjukvård</b>	33,8	33,5	33,3	36,0	34,9	3,3 %
<b>Summa hälso- och sjukvård*</b>	<b>337</b>	<b>342</b>	<b>344</b>	<b>359</b>	<b>357</b>	<b>5,8 %</b>

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

Källa: Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner. Statistiska Centralbyrån.

Statens bidrag till kommunsektorn med anledning av coronapandemin uppgick till minst 26 miljarder kronor under 2022, vilket kan jämföras med 55 miljarder kronor under 2021 och 50 miljarder 2020. Notera att beloppen inte enbart avser kostnader för hälso- och sjukvård<sup>392 393</sup>.

<sup>390</sup> Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Hämtad 2023-12-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>391</sup> Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Hämtad 2023-12-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>392</sup> Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022. Hämtad 2023-12-08 från <https://www.statskontoret.se/>.

<sup>393</sup> Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2021. Hämtad 2023-12-08 från <https://www.statskontoret.se/>.

## Kostnaderna för läkemedel förväntas öka

Socialstyrelsen gör årligen prognoser över kostnaderna för förmånsläkemedel, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel. Kostnadsuppgifterna som presenteras är utan återbäringar mellan företag och regioner. Nivåerna i återbäringsavtalen är sekretessbelagda och inte kända för Socialstyrelsen. TLV har uppskattat den totala återbäringen till 3,33 miljarder kronor för 2023<sup>394</sup>.

År 2023 uppgick de totala kostnaderna för förmånsläkemedel, exklusive handelsvaror, till cirka 41 miljarder kronor, varav 33,5 miljarder kronor var förmånskostnader som bekostas av regionerna<sup>395</sup>. Resterande var egenavgifter och merkostnader som patienter betalade. Regionernas kostnader för förmånsläkemedel ökade med 10,6 procent 2023 jämfört med 2022. Detta innebär en högre ökningstakt jämfört med föregående år, då kostnaderna ökade med 6,3 procent. Enligt Socialstyrelsens senaste prognos förväntas förmånskostnaderna för läkemedel, exklusive egenavgifter och handelsvaror, uppgå till 36,4 miljarder kronor 2024 och 38,8 miljarder kronor 2025<sup>396</sup>.

Även kostnaderna för läkemedel som används inom slutenvården (rekvisitionsläkemedel) förväntas öka under prognosperioden, från knappt 13,5 miljarder kronor 2023 till 14,7 miljarder kronor 2024 och 15,9 miljarder 2025<sup>397</sup>.

Kostnaderna för smittskyddsläkemedel (framför allt mot hepatit C och hiv) förväntas öka från cirka 1,2 miljarder kronor 2023 till 1,3 miljarder kronor 2025<sup>398</sup>.

Prognoserna är förenade med flera osäkerheter, som bland annat gäller antalet behandlade patienter, eventuell introduktion av nya läkemedel, patentutgångar, restsituationer, framtida konkurrens och det allmänt instabila ekonomiska läget.

## Ansträngt ekonomiskt läge i både regioner och kommuner

SKR:s ekonomirapporter visar på att kommunsektorn har haft ett ansträngt ekonomiskt läge under 2023. Det förklaras delvis av inflationens effekt på

---

<sup>394</sup> Prognos av besparingar från sidoöverenskommelser 2023–2026. Hämtad 2023-11-10 från <https://www.tlv.se/>.

<sup>395</sup> Regionerna får årligen ett bidrag från staten för bland annat läkemedel och handelsvaror inom förmånen.

<sup>396</sup> Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2023–2026. Hämtad 2023-11-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>397</sup> Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2023–2026. Hämtad 2023-11-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

<sup>398</sup> Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2023–2026. Hämtad 2023-11-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/>.

verksamhetens kostnader, inklusive pensionskostnader och stigande räntekostnader. Trots de tillskott som regeringen föreslår i budgetpropositionen, förväntas i stort sett alla regioner och en tredjedel av kommunerna att gå med underskott vid årets slut<sup>399</sup>. Underskottet förväntas uppgå till 6 miljarder 2023 och över 30 miljarder kronor 2024. Enligt SKR:s bedömning kommer resultaten att börja återhämta sig efter 2024, men för regionerna förväntas ett sammantaget underskott även 2025.

Bland de faktorer som påverkar regionernas svagare ekonomi lyfter SKR även de ständigt ökade förväntningarna och trycket på sjukvården, samt utveckling av nya dyra läkemedel och behandlingsmetoder. De nya metoderna ger ökad överlevnad, vilket även gör att invånarna lever längre och hinner utveckla fler sjukdomar.

De flesta kommuner och regioner kommer att arbeta med effektiviseringar och besparingar för att minska underskotten på kort sikt och för att anpassa verksamheten för en långsiktigt uthållig ekonomi. Vissa kommer även att höja skatten<sup>400</sup>. Många kommuner och regioner planerar att använda sin resultatutjämningsreserv (RUR) från tidigare års överskott, för att balansera negativa resultat. Det finns dock kommuner och regioner som står utan resultatutjämningsreserv, eller som har en reserv som inte räcker till för att täcka underskotten<sup>401</sup>.

Det är svårt att förutse vilka konsekvenser den ansträngda ekonomiska situationen kan få för hälso- och sjukvårdssektorn. Det ekonomiska läget framöver är osäkert – med stigande prisnivåer, prognoser om en stundande lågkonjunktur, instabilitet och krig i omvärlden.

Utöver de utmaningar som den senaste tidens ekonomiska utveckling medför för kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn, finns även demografiska utmaningar. Antalet personer över 80 år, en grupp där vård och omsorgsbehoven är stora, förväntas öka påtagligt. Det är ytterligare en faktor som kan leda till ökade sjukvårdsbehov och därmed ökade kostnader.

---

<sup>399</sup> Ekonomirapporten, oktober 2023. Hämtad 2023-12-08 från <https://rapporter.skr.se/>.

<sup>400</sup> Ekonomirapporten, oktober 2023. Hämtad 2023-12-08 från <https://rapporter.skr.se/>.

<sup>401</sup> Ekonomirapporten, oktober 2023. Hämtad 2023-12-08 från <https://rapporter.skr.se/>.

## Kostnader ur ett internationellt perspektiv

### Iakttagelser i korthet

- Det finns ett generellt samband mellan höga hälso- och sjukvårdskostnader och en god vård, men kvaliteten på vården påverkas även av ett lands prioriteringar.
- I jämförelse med andra OECD-länder lägger Sverige en relativt stor andel av BNP på hälso- och sjukvård.

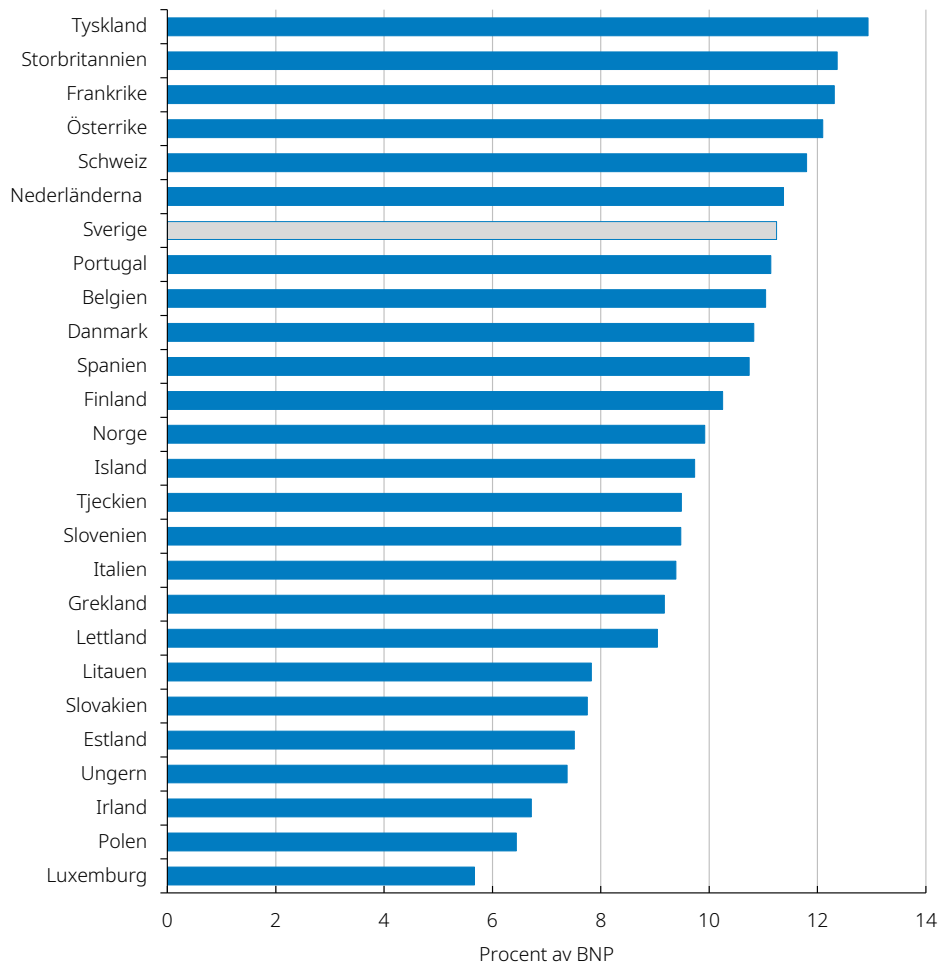
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP i Sverige var 11,3 procent 2021. Det är på samma nivå som året innan men högre än det genomsnittliga värdet före coronapandemin, som var 10,8 procent. Även i de flesta andra OECD-länderna var hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP cirka 1 procentenhet högre under 2020 och 2021. Det förklaras av pandemin, som påverkade vården och medförde ökade kostnader<sup>402</sup>. Enligt OECD:s preliminära statistik för 2022 kommer andelen att minska något under 2022, men fortfarande vara över nivån före pandemin. Det förklaras av ökade hälso- och sjukvårdskostnader på grund av hög inflation, parallellt med ekonomisk nedgång i många länder.

I jämförelse med många andra OECD-länder använder Sverige en relativt stor andel av BNP till hälso- och sjukvård. I Europa är det bara Tyskland, Storbritannien, Frankrike, Österrike, Nederländerna och Schweiz som 2021 la en större andel av BNP än Sverige på hälso- och sjukvård, vilket kan ses i figur 65.

---

<sup>402</sup> Health Care at a Glance 2023. OECD Indicators. Hämtad 2023-11-13 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

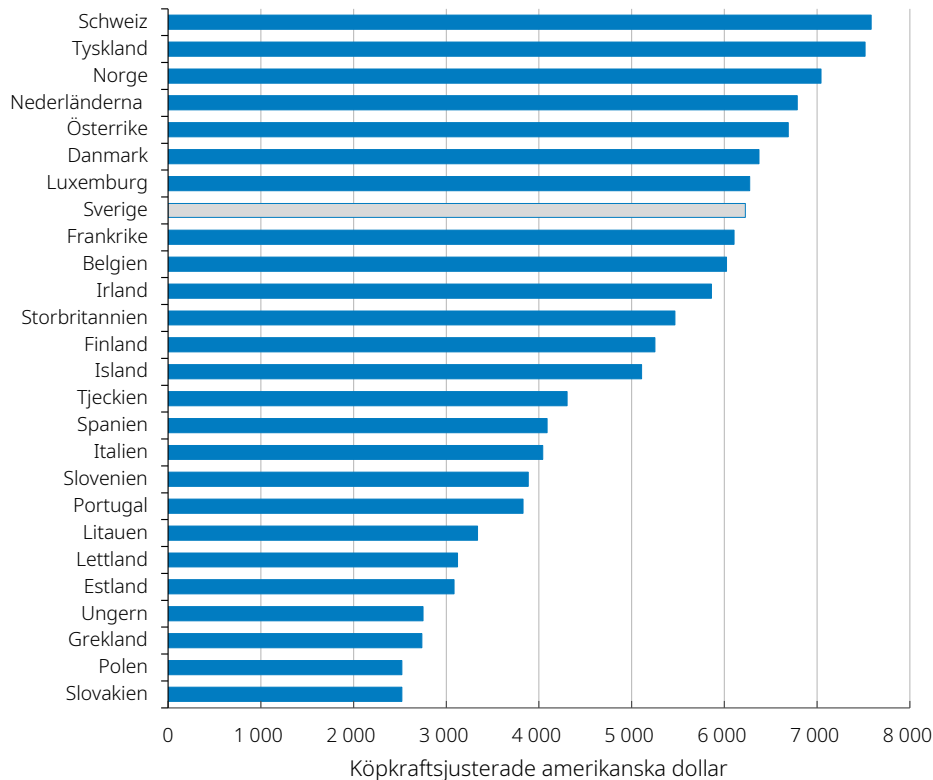
**Figur 65. Hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP 2021.**



Källa: OECD Statistics.

Även mätt i kostnader per invånare tillhör Sverige de länder som lägger mest pengar på hälso- och sjukvård i Europa. Det är Schweiz, Tyskland, Norge, Nederländerna, Österrike, Danmark och Luxemburg som använder mer pengar per invånare, mätt i köpkraftsjusterade amerikanska dollar.

**Figur 66. Hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare 2021, mätt i köpkraftsjusterade amerikanska dollar.**



Källa: OECD Statistics.

En rapport från OECD illustrerar samvariationen mellan ländernas hälso- och sjukvårdskostnader och vissa sjukvårdsindikatorer<sup>403</sup>. Till exempel finns ett tydligt positivt samband mellan kostnader och livslängd samt mellan kostnader och tillgång till sjukvården. Samtidigt visar studien att sambandet mellan kostnader och andra indikatorer, till exempel bröstcancerscreeningsfrekvenser, är mindre tydligt. Detta innebär att även om höga hälso- och sjukvårdskostnader generellt betyder god vård, kan länderna skilja sig i hälso- och sjukvårdens prioriteringar och kvalitet.

## Hälso- och sjukvårdens utgifter i förhållande till BNP

Tabell 5 visar hälso- och sjukvårdens utgifter (totalt och för regioner och regionägda bolag) som andel av BNP. Dessa andelar är förhållandevis stabila över tid, även de har ökat något för 2020 och 2021 jämfört med 2018.

<sup>403</sup> Health Care at a Glance 2023. OECD Indicators. Hämtad 2023-11-13 från <https://www.oecd-ilibrary.org/>.

**Tabell 5. Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP.**

Baseras på uppgifter om totala löpande sjukvårdsutgifter och BNP till marknadspris (båda i löpande priser).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Regioners och regionägda bolags hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP, %</b>	6,1	6,2	6,2	6,1	6,2	6,2	6,3	6,3	6,7	6,7
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP, %</b>	10,7	10,9	10,9	10,8	10,9	10,8	10,9	10,8	11,3	11,3

Källa: Hälsoräkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån.

Tabell 6 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 räkenskapsammandrag. Uppgifterna bör dock tolkas med viss försiktighet, bland annat eftersom Region Gotland inte finns med och eftersom enbart regionala huvudmän inkluderas. Dessutom relaterar inte uppgifterna till antalet invånare i respektive region, vilket i viss mån försvårar tolkningen.

**Tabell 6. 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".

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Riket</b>	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	21 %	21 %
<b>Stockholm</b>	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	21 %	21 %
<b>Uppsala</b>	17 %	17 %	17 %	16 %	17 %	17 %	15 %	16 %	19 %	17 %	17 %
<b>Sörmland</b>	21 %	21 %	20 %	20 %	20 %	21 %	23 %	22 %	23 %	22 %	22 %
<b>Östergötland</b>	21 %	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	19 %	20 %	20 %	20 %
<b>Jönköpings län</b>	23 %	20 %	20 %	19 %	20 %	20 %	20 %	21 %	20 %	23 %	23 %
<b>Kronoberg</b>	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	20 %	19 %	19 %	20 %	20 %	20 %
<b>Kalmar län</b>	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	22 %	22 %
<b>Gotland</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Blekinge</b>	20 %	18 %	17 %	17 %	17 %	18 %	18 %	18 %	18 %	18 %	18 %
<b>Skåne</b>	20 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	20 %	21 %	19 %	19 %
<b>Halland</b>	24 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %
<b>Västra Götaland</b>	20 %	22 %	21 %	21 %	22 %	21 %	21 %	22 %	22 %	24 %	24 %



Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Värmland</b>	21 %	20 %	19 %	18 %	19 %	20 %	19 %	19 %	20 %	21 %	21 %
<b>Örebro län</b>	19 %	19 %	19 %	19 %	20 %	20 %	20 %	21 %	20 %	21 %	21 %
<b>Västmanland</b>	23 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	21 %	21 %	23 %	23 %	23 %
<b>Dalarna</b>	22 %	20 %	20 %	19 %	19 %	20 %	21 %	21 %	21 %	22 %	22 %
<b>Gävleborg</b>	25 %	24 %	23 %	23 %	22 %	23 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %
<b>Västernorrland</b>	22 %	22 %	19 %	19 %	19 %	19 %	18 %	18 %	18 %	19 %	19 %
<b>Jämtland Härjedalen</b>	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	22 %	24 %	22 %	22 %
<b>Västerbotten</b>	19 %	19 %	18 %	18 %	18 %	18 %	19 %	19 %	19 %	19 %	20 %
<b>Norrbotten</b>	24 %	24 %	22 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	22 %	24 %

Källa: Regionernas räkenskaper, Statistiska centralbyrån.

# Förkortningar

Tabell 7. Lista över förkortningar som används i rapporten

Förkortning	Betydelse
<b>Add</b>	Attention deficit disorder
<b>Adhd</b>	Attention deficit hyperactivity disorder
<b>AI</b>	Artificiell intelligens
<b>AMR</b>	Antimikrobiell resistens
<b>ATB</b>	Allmänt tandvårdsbidrag
<b>AVS</b>	Avancerad specialistsjuksköterska
<b>BMI</b>	Body mass index
<b>BNP</b>	Bruttonationalprodukt
<b>BSI</b>	Bloodstream Infections
<b>BUP</b>	Barn- och ungdomspsykiatri
<b>CCC</b>	Comprehensive Cancer Centre
<b>DBT</b>	Tomosyntes, digital breast tomosynthesis
<b>Digg</b>	Myndigheten för digital förvaltning
<b>EBCP</b>	The European Board of Cardiovascular Perfusion
<b>ECDC</b>	European Centre for Disease Prevention and Control
<b>ECT</b>	Elektrokonvulsiv behandling
<b>EES</b>	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
<b>EHDS</b>	European Health Data Space
<b>EMA</b>	European Medicines Agency/Europeiska läkemedelsmyndigheten
<b>Ena</b>	Sveriges digitala infrastruktur
<b>ERN</b>	Europeiska referensnätverk
<b>ESBL</b>	Extended Spectrum Beta-Lactamase
<b>ESBL-CARBA</b>	Extended Spectrum Beta-Lactamases med karbapenemasaktivitet
<b>EU</b>	Europeiska unionen
<b>FHIR</b>	Fast Healthcare Interoperability Resources
<b>HL7</b>	Health Level Seven
<b>HLS</b>	Health Literacy Survey
<b>HPV</b>	Humant papillomvirus
<b>HSL</b>	Hälso- och sjukvårdslagen

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Förkortningar

<b>Förkortning</b>	<b>Betydelse</b>
<b>HSPA</b>	Health System Performance Assessment
<b>I-AI-D</b>	Integrerad AI-diagnostik
<b>IBD</b>	Inflammatorisk tarmsjukdom
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>IPCC</b>	Intergovernmental Panel on Climate Change
<b>ISF</b>	Inspektionen för socialförsäkringen
<b>IVA</b>	Intensivvårdsavdelning
<b>IVO</b>	Inspektionen för vård och omsorg
<b>JA</b>	Joint Action
<b>JA CraNE</b>	Joint Action Comprehensive Cancer Care Networks in Europe
<b>JA HEROES</b>	Joint Action Health workforce to meet health challenges
<b>JPA</b>	Joint Procurement Agreement
<b>KOL</b>	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
<b>KPI</b>	Konsumentprisindex
<b>KVÅ</b>	Klassifikation av vårdåtgärder
<b>LPT</b>	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
<b>LRV</b>	Lagen om rättspsykiatrisk vård
<b>Löf</b>	Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag
<b>MJG</b>	Markörbaserad journalgranskning
<b>M-POHL</b>	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
<b>MRSA</b>	Meticillinresistenta gula stafylokocker
<b>NAG</b>	Nationell arbetsgrupp
<b>NHV</b>	Nationell högspecialiserad vård
<b>NI</b>	Nationell informationsstruktur
<b>NPÖ</b>	Nationell patientöversikt
<b>NSG</b>	Nationell samverkansgrupp
<b>OECD</b>	Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (Organisation for Economic Co-operation and Development)
<b>PAR</b>	Patientregistret
<b>PHSSR</b>	Partnership for Health System Sustainability and Resilience
<b>PSL</b>	Patientsäkerhetslagen
<b>RCC</b>	Regionala cancercentrum

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
Förkortningar

<b>Förkortning</b>	<b>Betydelse</b>
<b>RegSO</b>	Regionala statistikområden
<b>RUR</b>	Resultatutjämningsreserv
<b>SCB</b>	Statistiska centralbyrån
<b>SHA</b>	System of Health Accounts, Hälsoräkenskaper
<b>SKR</b>	Sveriges Kommuner och Regioner
<b>Smer</b>	Statens medicinsketiska råd
<b>Snomed CT</b>	Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
<b>SOSFS</b>	Socialstyrelsens föreskrifter
<b>SRHR</b>	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
<b>STB</b>	Särskilt tandvårdsbidrag
<b>Strama</b>	Samverkan mot antibiotikaresistens
<b>SVF</b>	Standardiserade vårdförlopp
<b>TLV</b>	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
<b>UKÄ</b>	Universitetskanslersämbetet
<b>VAI-B</b>	Valideringsplattform för AI inom bröststradiologi
<b>VFU</b>	Verksamhetsförlagd utbildning
<b>VRI</b>	Vårdrelaterade infektioner
<b>WHO</b>	World health organisation, Världshälsoorganisationen

## Bilagor

För en mer fyllig genomgång av kärnindikatorerna och vissa andra mått som finns med i rapporten, se statistikbilagan på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).



**Socialstyrelsen**

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård  
(artikelnr 2024-3-8992) kan laddas ner från  
[socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).