

Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin

2022



Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19- pandemin

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-11-8247
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2022

Förord

Socialstyrelsens följer utvecklingen av hur covid-19-pandemin påverkat utförandet av den vård som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Riktlinjerna i denna rapport täcker stora patientgrupper, många med kroniska sjukdomar, och åtgärderna är evidensbaserade och prioriterade.

Utgångspunkten för Socialstyrelsens utvärdering har varit följsamheten till ett antal rekommendationer från 15 nationella riktlinjeområden som kan ha haft en påverkan på uppdämda vårdbehov.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, allmänheten och medier.

Projektledare för utvärderingen har varit Christina Broman som tillsammans med Ann-Sofie Bertilsson, Tobias Edbom, Britt Eriksson, Thomas Malm, Anders Nordlund, Mikael Nyman och Anastasia Simi har utgjort projektets arbetsgrupp. Flera medarbetare från Socialstyrelsen har medverkat med underlag till rapporten. Ett särskilt tack riktas till ansvariga för de nationella kvalitetsregistren som har bidragit med underlag till utvärderingen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	11
Metod	14
Covid-19-pandemin i regionerna	17
Resultat för 15 nationella riktlinjeområden	22
Vård vid astma och KOL	23
Sammanfattning astma och KOL	27
Vård och omsorg för personer med demenssjukdomar	28
Sammanfattning demenssjukdom	35
Vård vid depression och ångestsyndrom	36
Sammanfattning depression och ångest	43
Vård vid diabetes	44
Sammanfattning diabetes	50
Vård vid endometrios	51
Sammanfattning endometrios	53
Vård vid epilepsi	54
Sammanfattning epilepsi	56
Hjärtsjukvård	57
Sammanfattning hjärtsjukvård	64
Vård vid missbruk och beroende	66
Sammanfattning missbruk och beroende	69
Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom	70
Multipel skleros (MS)	70
Parkinsons sjukdom	74
Sammanfattning MS och Parkinsons sjukdom	77
Palliativ vård i livets slutskede	79
Sammanfattning palliativ vård i livets slutskede	84
Vård vid psoriasis	85
Sammanfattning psoriasis	87
Vård vid rörelseorganens sjukdomar	88
Reumatoid artrit	88
Artros	92
Osteoporos	98
Sammanfattning rörelseorganens sjukdomar	101

Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.....	103
Sammanfattning schizofreni och schizofreniliknande tillstånd	106
Vård vid stroke	107
Sammanfattning strokevård	121
Tandvård.....	123
Sammanfattning tandvård	126
Avslutande diskussion	127
Referenser	132
Projektorganisationen.....	136

Sammanfattning

Socialstyrelsen fortsätter att följa utvecklingen av hur covid-19-pandemin påverkat hur den vård som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer har utförts. Syftet med utvärderingen är att dels se i vilken utsträckning de högt prioriterade åtgärderna i riktlinjerna ges och dels att fortsatt bidra till kunskap om och analysera eventuella uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården och tandvården som uppstod som en konsekvens av covid-19-pandemin.

För hälso- och sjukvården och tandvården har pandemin medfört en balansgång mellan att ta hand om patienter med covid-19 och att möta befolkningens övriga vårdbehov. Ytterst har vården behövt ställa om för att omhänderta allvarligt sjuka personer i snabbt ökande antal. Samtidigt har många i befolkningen valt att inte söka vård för övriga behov, trots att de skulle behöva det.

I rapporten redovisas utfallet av ett antal rekommenderade och högt prioriterade åtgärder från 15 nationella riktlinjeområden. De nationella riktlinjerna behandlar i många fall tillstånd som i sig inte är akuta eller livshotande. Många rör kroniska sjukdomar. För att få en bred och sammansatt bild av följsamheten och det riskerade uppdämda vårdbehovet studerar vi ett urval åtgärder inom de nationella riktlinjerna, som inte bara visar vårdvolymen utan även i vilken utsträckning patienter får åtgärden i den omfattning och tid som rekommenderas i riktlinjerna.

Covid-19-pandemin har inneburit att ett stort antal åtgärder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna har minskat i Sverige, vilket framkom i Socialstyrelsens tidigare utvärdering *Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till nationella riktlinjer* som publicerades 2021 och rörde vård under 2020 – pandemins första år [1]. Flera nationella riktlinjeområden fortsätter att påverkas av covid-19-pandemin även under 2021, men det finns också riktlinjeområden där vården har återhämtat sig eller är på god väg att återhämta sig till nivåerna före pandemin. Det finns också områden som inte direkt har påverkats av pandemin. Resultaten visar dock på stora regionala skillnader för flertalet riktlinjeområden.

Den övergripande bilden är fortsatt att påverkan av covid-19-pandemin beror på vilken typ av insats som analyserats. Exempelvis har akuta tillstånd oftast prioriterats och vården har getts i tid och enligt gällande riktlinjer. För insatserna nya besök och uppföljningsbesök är bilden delvis en annan. I vissa områden vad gäller kroniska sjukdomar har nya besök prioriterats framför uppföljningsbesök.

Den typ av insatser där påverkan av covid-19-pandemin har varit störst är fortfarande regelbundna uppföljningar. Av de personer som berörs av de rekommenderade åtgärderna från de nationella riktlinjerna som analyserats visar resultaten omkring cirka 160 000 färre kontakter med vården för de tillstånd som riktlinjerna anger 2021 jämfört med 2019 då det var 2 677 000 kontakter med vården. För tandvården visar resultatet att cirka 247 000 färre

personer har besökt tandvården och fått en basundersökning 2021 jämfört med 2019 då 4 338 603 personer fick en basundersökning.

Vilken effekt covid-19-pandemin kommer att ha på hälso- och sjukvården i det långa loppet återstår dock att se, inte minst på grund av att covid-19-pandemin fortfarande pågår.

Resultat från 15 nationella riktlinjer

Utvärderingen är ett viktigt underlag, både nationellt och lokalt för regioner och kommuner, som en del i att planera och hantera det uppdämda vårdbehovet.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen följande för de olika riktlinjeområdena:

- Vården vid *astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)* fortsätter att påverkas av covid-19-pandemin. Betydligt färre fick insatserna spirometri och strukturerade frågeformulär som rekommenderas i de nationella riktlinjerna jämfört med både 2019 och 2020. Sett till riket nådde varken primärvården eller den specialiserade öppenvården de nationella målnivåerna under 2021.
- *Demensvårdens* resultat visar att covid-19-pandemin har påverkat vård och omsorg negativt, men under 2021 har viss återhämtning setts för några insatser – ökning av antalet fullständiga demensutredningar, tid till diagnos inom primärvård, antalet patienter som fick diagnos inom 90 dagar inom specialiserad vård, andelen levnadsberättelser och personcentrerade aktiviteter och stimulans. Dock utfördes färre fullständiga basala demensutredningar 2021 jämfört med 2019. Den sammantagna nedgången i antalet demensutredningar under pandemin innebär därför ett uppdämt behov av demensutredningar kommande år.
- Vården vid *depression och ångestsyndrom* visar att personer med svår depression och ångestsyndrom inom den specialiserade psykiatriska vården inte har påverkats nämnvärt under covid-19-pandemin avseende de indikatorer som analyserats. Ingen region når de nationella målnivåerna.
- *Diabetesvården* har påverkats av covid-19-pandemin. Betydligt färre personer med diabetes har varit på besök och fått sina kontroller genomförda 2021 jämfört med 2019, men under 2021 ses en viss återhämtning jämfört med 2020. Det finns stora variationer mellan regionerna och ingen region når de nationella målnivåerna.
- Vården vid *endometriosis* visar att endometriosiskirurgi och uppföljningar efter kirurgi har minskat med två procentenheter under covid-19-pandemin 2020 – 2021. Det är dock fortfarande generellt få patienter i alla åldersgrupper som får uppföljning.
- För vården vid *epilepsi* indikerar resultaten att covid-19-pandemin inte verkar ha påverkat uppföljningar efter epilepsidiagnostik, varken bland barn och ungdomar eller vuxna. Det är fortfarande en relativt liten andel patienter i alla åldersgrupper som får uppföljning enligt de nationella riktlinjernas rekommendationer.

- *Hjärtsjukvården* visar att akut vård vid hjärtinfarkt inte har påverkats av covid-19-pandemin, men fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt har minskat kraftigt. År 2021 har andelen som fick insatsen ökat något jämfört med 2020, och ligger nu på 20 procent, vilket är mycket under den eftersträvarvärda målnivån på minst 60 procent. Hittills har pandemin inte påverkat dödligheten efter hjärtinfarkt. Elektiva kirurgiska ingrepp vid aortastenoser har utförts i hög utsträckning inom vårdgarantin, och väntetiden till klaffkirurgi har påverkats på olika sätt i sjukvårdsregionerna.
- Resultaten för vården vid *missbruk och beroende* fortsätter visa att covid-19-pandemin inte haft någon tydlig påverkan under 2021. Antalet patienter som behandlats i den specialiserade vården med diagnos kopplad till alkoholbesvär har varit konstanta under covid-19-pandemin 2020 och 2021. Vi kan dock inte avgöra huruvida dessa personer faktiskt tar sina läkemedel, vilket skulle ha kunnat påverkas av covid-19-pandemin.
- Vården vid *multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom* visar en påverkan av covid-19 pandemin. Minskningen av andelen årliga läkarbesök inom specialistvården som uppstod i samband med första året av pandemin 2020 för personer med MS eller Parkinsons sjukdom har emellertid avstannat. För MS är andelen på rikets nivå oförändrad i jämförelse med första pandemiåret 2020 och för Parkinsons sjukdom har andelen besök hos specialisläkare återgått till samma nivåer som före pandemin. När det gäller avancerad behandling för personer med Parkinsons sjukdom har andelen inte förändrats på rikets nivå 2021, även om andelen varierar mellan regionerna. Resultatet rörande regelbundna MR-kontroller under de senaste två åren för personer med MS visar en marginell minskning 2021 i jämförelse med 2020 samt tidigare år.
- För den *palliativa vården i livets slutskede* visar resultaten att covid-19-pandemin inte hade någon tydlig påverkan på åtgärderna munhalsbedömning, smärtskattning och brytpunktsamtal under 2020 och 2021. Resultaten visar att det fortfarande finns stora regionala skillnader och samtliga regioner ligger långt från Socialstyrelsens nationella målnivåer för dessa åtgärder.
- *Psoriasisvården* visar att uppföljning av patienter med svår psoriasis har fortsatt att minska under covid-19-pandemin 2021. Patienter med systemisk behandling med bland annat nya biologiska läkemedel kräver regelbunden monitorering. Det är också viktigt att denna patientgrupp erbjuds uppföljning eftersom tillstånd kan förändras.
- För vården vid *rörelseorganens sjukdomar* visar resultaten för *reumatoid artrit* att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan vad gäller antalet nydiagnostiserade fall eller andelen som får diagnos inom 20 veckor från symtomdebut. Uppföljande vårdkontakter efter nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit har minskat något under 2020, men ökat markant under 2021. Vad gäller *vården vid artros* har andelen som fått patientutbildning och handledd fysisk träning minskat i hela landet under pandemiåren 2020–2021. Andelen som fått insatserna har dock varit mycket under Socialstyrelsens nationella målnivå även före

pandemin. Den största effekten av pandemin är att färre personer har kommit till vården dvs. antalet första besök till fysioterapeut har halverats under 2020 jämfört med 2019, och ett fortsatt lågt antal första besök inrapporterades under 2021. Antalet ledprotesoperationer har också minskat under 2020 men börjat öka igen 2021. För *osteoporosvården* visar resultaten att det under 2021 har skett en minskning av andelen som opererats inom 24 och 48 timmar efter höftfraktur, i jämförelse med 2020.

- Resultaten för vården vid *schizofreni* fortsätter visa att covid-19-pandemin även under 2021 inte har haft någon tydlig påverkan i regionerna och kommunerna när det gäller boendestöd i eget boende, strukturerad bedömning av suicidrisk eller läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning. Det finns däremot ett stort utvecklingsbehov för vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.
- *Strokevårdens* resultat visar en fortsatt hög andel, drygt 80 procent, som har vårdats på strokeenhet eller IVA som första vårdenhet under pandemiåren. En tidigare långsamt ökande trend har dock avstannat under pandemin och andelen ligger fortfarande under den nationella målnivån på minst 90 procent. Tillgång till rehabilitering efter stroke varierar stort i riket. Andelen som fick eftervård inom slutenvården i direkt anslutning till insjuknandet i stroke har inte påverkats, dock har en lägre andel personer med eftervård vårdats på specialiserad rehabiliteringsenhet under pandemin. Vad gäller dödligheten efter sjukhusvårdad stroke visar resultaten att dödligheten efter intracerebral blödning har ökat något under pandemiåren. År 2020 var det också en uppenbar skillnad mellan könen dvs. det var fler män och färre kvinnor som avlidit efter intracerebral blödning jämfört med tidigare åren, eller jämfört med 2021. Dödligheten efter sjukhusvårdad ischemisk stroke skilde sig marginellt från tidigare år.
- För *tandvården* visar resultaten att det under 2021 fortsatt var färre personer som besökte tandvården för en basundersökning jämfört med före covid-19-pandemin även om antalet besök ökade. Framför allt var det åldersgrupperna yngre än 70 år som fortsatte att besöka tandvården i lägre utsträckning.

Inledning

Beskrivning av utvärderingen

Socialstyrelsen har tidigare utvärderat covid-19-pandemins effekter på följsamheten till nationella riktlinjer [1]. I denna rapport uppdaterar vi den utvärderingen med data från hela 2021 för att även inkludera pandemins andra år. Under kommande år kan ytterligare uppföljningar göras för att se hur vården på lite längre sikt klarar av att ta igen den vård som rekommenderas i riktlinjerna men som inte utförts under pandemin. Genom att utgå från de nationella riktlinjerna skapar vi en bredare bild än att bara se på t.ex. inställda operationer.

Denna rapport presenterar en utvärdering av följsamheten till ett urval indikatorer som påverkats av de uppdämda vårdbehoven, tillgängligheten och andra prioriteringar inom hälso- och vården och tandvården under covid-19-pandemin.

I rapporten ingår indikatorer från 15 nationella riktlinjeområden: astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, endometrios, epilepsi, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar (reumatoid artrit, artros och osteoporos), schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke och tandvård.

Utvärderingens syfte

Syftet med utvärderingen är att fortsatt bidra till kunskap om och analysera eventuella uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården och tandvården som uppstod 2021 som en konsekvens av covid-19-pandemin.

För att få en bred och sammansatt bild av det uppdämda vårdbehovet studerar vi ett urval åtgärder inom de nationella riktlinjerna, som inte bara visar vårdvolymen utan även i vilken utsträckning patienter får den rekommenderade åtgärden.

När vården återgår till normalläge är det inte alla uppskjutna besök eller kontroller som behöver tas igen, för patienter med en välbehandlad kronisk sjukdom. Det kan dock resultera i fler oplanerade kontakter eller eventuella effekter på längre sikt för individer med kroniska sjukdomar. Genom att följa utvecklingen och konsekvenserna som är kopplade till indikatorerna får vi en bred och sammansatt bild.

Utvärderingens avgränsningar

Denna rapport omfattar inte effekterna av alternativa lösningar för vårdkontakter, bland annat digitala återbesök.

En annan avgränsning är att vi enbart valt ut indikatorer inom de nationella riktlinjeområdena som kan tänkas påverkas av covid-19-pandemin. Urvalet omfattar inte heller indikatorer där data behöver samlas in via enkätutskick till regionerna eller kommunerna.

Covid-19-pandemin

Hälso- och sjukvården och tandvården har sedan mars 2020 påverkats av covid-19-pandemin. Vårdproduktion och väntetider har påverkats mycket, och pandemin har medfört en balansgång mellan att ta hand om patienter med covid-19 och att möta befolkningens övriga vårdbehov. Ytterst har vården behövt ställa om för att ta omhändertaga allvarligt sjuka personer i snabbt ökande antal. Samtidigt har många i befolkningen valt att inte söka vård för övriga behov, trots att de skulle behöva det.

Socialstyrelsen har identifierat de grupper som löper störst risk för särskilt allvarligt sjukdomsförlopp om de blir sjuka i covid-19 [2]. Flera av dessa riskgrupper omfattas av de nationella riktlinjerna, bland annat personer med hjärt-kärlsjukdom, diabetes, KOL, stroke och schizofreni, så denna utvärdering ger en bild av hur den ordinarie vården för dessa grupper har påverkats av pandemin.

➔ Läs mer i kapitlet covid-19-pandemin i regionerna.

Nationella riktlinjer

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning genom rekommendationer och utvärderingar. Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågor där behovet av vägledning är särskilt stort. I uppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar.

I arbetet med nationella riktlinjer tar myndigheten fram indikatorer för att kunna följa upp hur riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna är tänkta att spegla de mest angelägna rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god och jämlik vård. Socialstyrelsen fastställer även nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna kan användas för styrning och ledning samt vid uppföljning och utvärdering.

➔ Läs mer om de nationella riktlinjernas rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar på Socialstyrelsens webbplats.

Intressenter

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionerna och på nationell nivå, men kan även vara till nytta för andra aktörer såsom berörda yrkesgrupper, patientföreningar, olika utredningar, allmänheten och medier.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp på Socialstyrelsen. Ansvariga för ett stort antal nationella kvalitetsregister har bidragit med underlag till rapporten. Arbetsgruppen har samverkat med företrädare för kvalitetsregistren, och

flera personer har på olika sätt bidragit, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Rapportens disposition

Efter inledningen följer ett kapitel om metod som bland annat beskriver de datakällor som använts och andra metodaspekter. Därpå följer ett kapitel om covid-19-pandemins påverkan i regionerna. Därefter beskrivs utvärderingens resultat för varje riktlinjeområde. Sista kapitlet innehåller en avslutande diskussion.

Rapporten omfattar även en bilaga med en sammanfattande tabell – covid-19-pandemins påverkan på indikatorer i nationella riktlinjer. Bilagan finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Metod

Utgångspunkten har varit att studera i vilken utsträckning den vård som rekommenderas i de nationella riktlinjerna utfördes under 2020–2021. Indikatorerna har valts för att visa eventuella uppdämda vårdbehov som uppstått som en konsekvens av covid-19-pandemin.

Underlagen till indikatorerna kommer från nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregister.

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är obligatorisk och lagstadgad, medan det är frivilligt att rapportera till de nationella kvalitetsregistren. Regionerna och kommunerna väljer själva om de vill ansluta sig, och dessutom kan individer avböja att deras uppgifter registreras.

Indikatorer

I arbetet med nationella riktlinjer tar Socialstyrelsen fram indikatorer för att kunna följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis. Indikatorerna speglar framför allt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även vårdresultat som bedöms vara viktiga att följa över tid.

Indikatorerna kan användas för att följa hur kvaliteten i vården och om-sorgen utvecklas.

➔ Läs mer om indikatorernas tekniska beskrivning på Socialstyrelsens webbplats.

Datakällor

De datakällor som använts är Socialstyrelsens register samt nationella kvalitetsregister. Nedan följer en förteckning över använda register samt en kort beskrivning av Socialstyrelsens register.

Socialstyrelsens dödsorsaksregister uppdateras årligen. I registret ingår samtliga dödsfall som inträffat i Sverige. Dit räknas också de dödsfall där personen inte var folkbokförd i Sverige vid tidpunkten för dödsfallet. Dessa dödsfall inkluderas i registret drygt ett år efter övriga dödsfall.

Socialstyrelsens patientregister uppdateras månadsvis och anses ha god täckning tre månader efter det aktuella vårdtillfället. Vårdgivare slutrapporterar för föregående år senast tre månader efter årets slut.

Socialstyrelsens läkemedelsregister uppdateras varje månad. Det omfattar uthämtade läkemedel, men inte läkemedel i den slutna vården som tas ur läkemedelsförråd eller de som köps utan recept.

Socialstyrelsens tandhälsoregister uppdateras månadsvis. Det omfattar inte den avgiftsfria tandvården till barn och unga 0–23 år, käkkirurgi eller tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling.

Nationella kvalitetsregister är nationella i meningen att de ska täcka all vård i riket inom de olika verksamheterna. Täckningsgraden kan dock variera i regionerna och mellan olika register.

Socialstyrelsens register som använts

- Dödsorsaksregistret
- Läkemedelsregistret
- Patientregistret
- Tandhälsoregistret

➔ Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats.

Nationella kvalitetsregister som använts

- BOA-registret (Bättre omhändertagande av patienter med artros) [3]
- Luftvägsregistret [4]
- Nationella diabetesregistret (NDR) [5]
- Rikshöft, det nationella kvalitetsregistret för patienter med höftfraktur [6]
- Riksstroke – ett nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård [7]
- Svenska Intensivvårdsregistret [8]
- Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) [9]
- Svenska Ledprotesregistret [10]
- Svenska neuroregister /MS-registret [11]
- Svenska palliativregistret [12]
- Svenskt Perioperativt Register (SPOR) [13]
- Svensk reumatologisk kvalitetsregister (SRQ) [14]
- Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) [15]
- Svenskt register för rehabiliteringsmedicin– SveReh [16]
- Swedeheart [17] (Inom SWEDEHEART (hjärta): SEPHIA (nationellt kvalitetsregister för sekundärprevention efter hjärtinfarkt), Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY (tidigare även Perkutana klaffregistret, som innehåller information om TAVI-ingrepp), SCAAR (det svenska kvalitetsregistret för koronarangiografi och PCI), RIKS-HIA (det svenska registret för hjärtintensivvård).

➔ Läs mer om kvalitetsregistren på www.kvalitetsregister.se.

Övriga metodaspekter

Presentation av uppgifter i diagram och tabeller

I utvärderingen redovisas data för riket som helhet. Data för regionerna redovisas när en sådan uppdelning är möjlig och bedöms som relevant. Möjligheten att redovisa data på regionnivå beror på antalet registreringar, så i vissa fall redovisas enbart data för riket. Inom några riktlinjeområden redovisas även data för kommunerna på länsnivå. För några nationella riktlinjeområden kommer även data att redovisas per sjukvårdsregion.

För samtliga diagram med regioner och kommuner (län) rangordnas regionerna och kommunerna (länerna) utifrån principen att det bästa resultatet finns högst upp och det sämsta längst ner. Vi redovisar tidsserier för 2017–2021. Vi har studerat skillnader mellan män och kvinnor och redovisar om det är motiverat. Även ålder redovisas om det är motiverat.

Referensvärden 2021 utgör i de flesta fall 2019 samt värdet för 2020 (som också var påverkat av pandemin).

Åldersstandardisering

Åldersstandardisering görs i de fall där det bedöms vara av betydelse för utfallet, till exempel i regionala jämförelser för resultatindikatorer och dödlighet.

Statistisk osäkerhet och konfidensintervall

För vissa resultat anges även det statistiska konfidensintervallet. Den statistiska osäkerheten, det vill säga risken för att resultatet beror på slumpen, redovisas i tabeller med konfidensintervall där det är aktuellt. Mindre regioner har jämförelsevis få fall inom olika kategorier, vilket ger en större osäkerhet i resultaten och därmed större konfidensintervall.

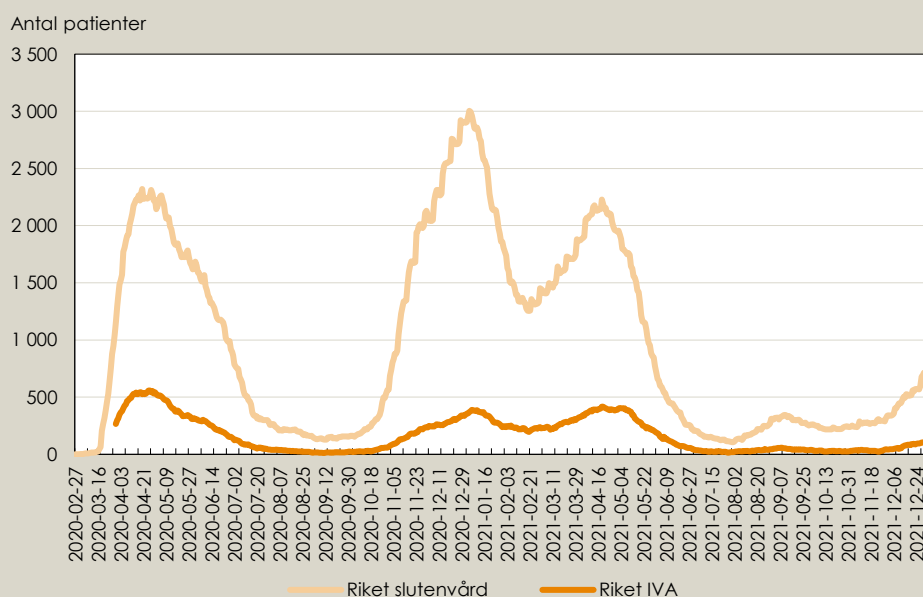
Covid-19-pandemin i regionerna

Den 31 december 2019 anmälde kinesiska myndigheter till WHO att ett utbrott skett av allvarlig lunginflammation i staden Wuhan [18]. Orsaken till utbrottet var smittspridning av ett hittills okänt virus som kom att betecknas SARS-CoV-2. Sjukdomen som viruset orsakade fick senare namnet *coronavirus disease 2019* (covid-19). Viruset spred sig snabbt till flera världsdelar och den 11 mars 2020 klassade WHO covid-19 som en pandemi.

I slutet av mars skrevs de första patienterna med covid-19 in vid svenska sjukhus och därefter steg antalet inläggningar snabbt. Den kraftiga utvecklingen av pandemin i mars ledde till att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen utfärdade rekommendationer för att minska smittspridningen. I Folkhälsomyndighetens rekommendationer från den 16 mars 2020 uppmanades personer som är 70 år och äldre att begränsa sina sociala kontakter till följd av konstaterad samhällssmitta av covid-19 i Sverige [19]. I april 2020 uppnåddes det högsta antalet inlagda patienter i samband med den första vågen, då cirka 2 400 patienter på ett dygn vårdades i slutenvården för covid-19 på svenska sjukhus. Från slutet av april och fram till september minskade sedan antalet inskrivna patienter successivt.

I slutet av 2020 och över årsskiftet 2020–2021 inträffade den andra vågen som kännetecknades av ett stort antal inlagda patienter i slutenvården samtidigt som belastningen på intensivvården var något lägre. Knappt 3 000 patienter vårdades i slutenvården under ett dygn i början av januari 2021, vilket är det högsta antalet inlagda patienter i slutenvården hittills (diagram 1).

Diagram 1. Antal covid-19-patienter inlagda på IVA respektive total slutenvård

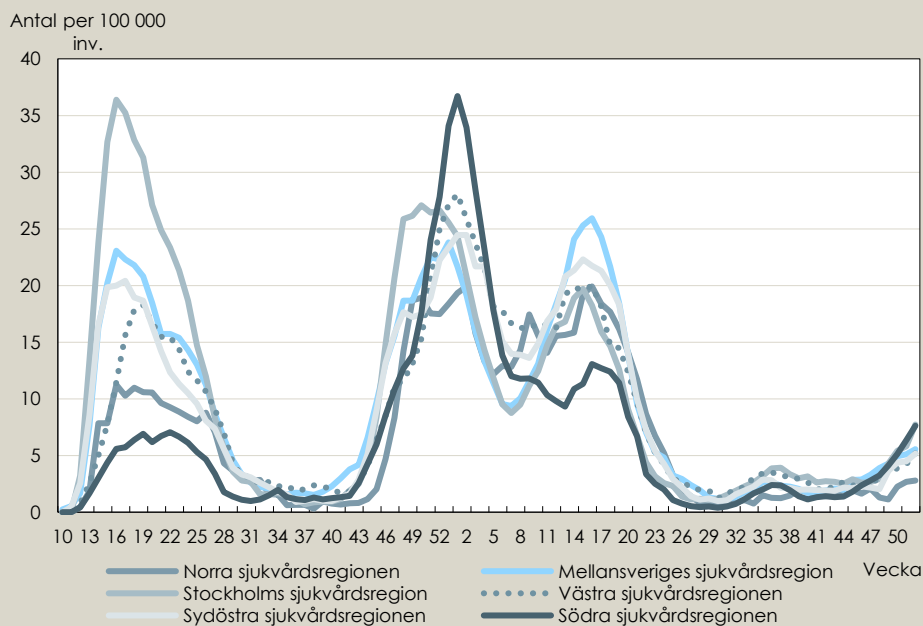


Källa: Folkhälsomyndigheten, Svenskt intensivvårdsregister.

Stockholm var den sjukvårdsregion som hade flest inlagda patienter per 100 000 invånare inom slutenvården under den första vågen. Under den andra vågen var det däremot den södra sjukvårdsregionen som hade högst belastning, räknat i inlagda patienter per 100 000 invånare (diagram 2). Antalet inlagda patienter i slutenvården fortsatte att öka under januari och början på februari 2022 för att sedan successivt minska under senvintern och våren.

Diagram 2. Slutenvård covid-19 för sjukvårdsregioner per 100 000 innevånare per vecka, år 2020-2021. Medelvärde sju dagar

Utvecklingen veckovis under 2020 och 2021.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Beläggningen i slutenvården varierade kraftigt under 2020 och 2021. Av diagrammet framgår att belastningen på intensivvården var högre under våren 2020 och att det under hösten 2020 var fler patienter som vårdades inom vanlig slutenvård. Samma mönster syns under den andra vågen vid årsskiftet 2020–2021 och vid den tredje vågen våren 2021. Denna förändring beror förmodligen delvis på att vården fått större erfarenhet av att behandla patienter med covid-19.

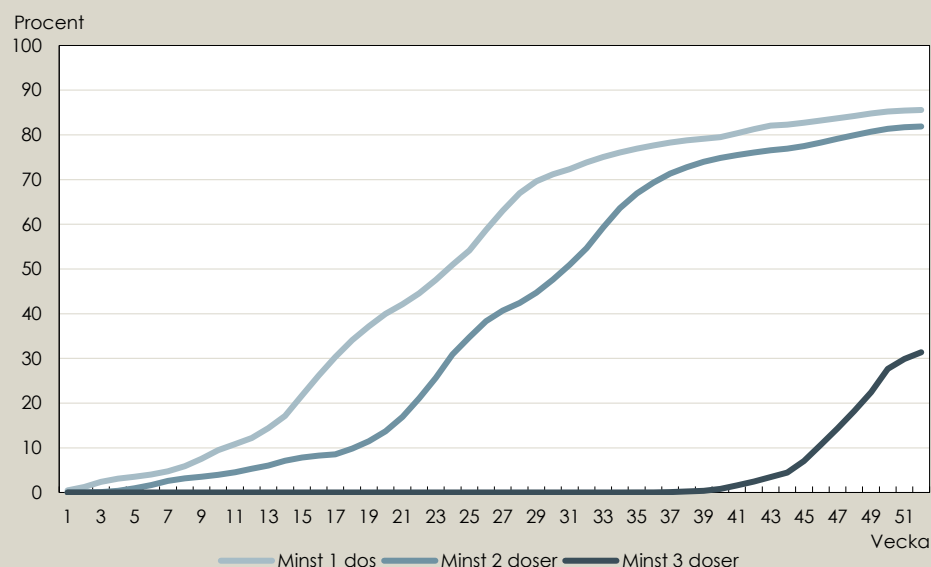
Vaccination mot covid-19

Vaccin mot covid-19 blev tillgängligt vid årsskiftet 2020–2021, och sedan dess har regionerna arbetat intensivt med att öka vaccinationstäckningen i befolkningen. Initialt riktades vaccinationsinsatsen mot äldre och personer i särskilda riskgrupper, men den breddades senare i takt med att täckningen ökade i dessa båda grupper, samtidigt som flera olika vacciner blev tillgängliga. I slutet av 2021 hade 85 procent av befolkningen fått minst en dos vaccin (diagram 3). Under första kvartalet 2022 ökade andelen med minst tre doser till cirka 60 procent.

Initialt rekommenderades två doser, men rekommendationen blev senare att ta fler. Anledningen är att det har kommit nya virusvarianter som är mer smittsamma och det finns indikationer på att vaccinen har något sämre effekt mot dem. Under våren 2021 ökade spridningen av en virusvariant kallad *delta* som var betydligt mer smittsam än tidigare varianter.

Diagram 3. Andel av befolkningen i Sverige med minst en, två eller tre doser av vaccin mot covid-19. År 2021

Vaccinerade med minst 1 dos, minst 2 doser respektive minst 3 doser per vecka (kumulativt)



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Vaccinationerna ger skydd mot livshotande sjukdom och död, och vaccinen är därför en delförklaring till det minskade antalet patienter på intensivvårdsavdelningar. Tillgången till vaccin har haft stor påverkan, och att man lyckades ta fram flera effektiva vaccin mot covid-19 på så kort tid är en vetenskaplig bragd. Inga vacciner ger dock hundra procentigt skydd och även vaccinerade personer kan bli sjuka i covid-19. Effekten avtar dessutom med tiden, så att en ny vaccination behöver genomföras. En tredje vaccinationsomgång påbörjades därför under hösten 2021. I slutet av 2021 hade drygt 30 procent av populationen fått minst tre doser vaccin (diagram 3).

Genomförda operationer 2020 och 2021

Som nämnts ovan utfärdade Folkhälsomyndigheten rekommendationer i mitten av mars 2020 till personer 70 år och äldre – att de skulle begränsa sina sociala kontakter.

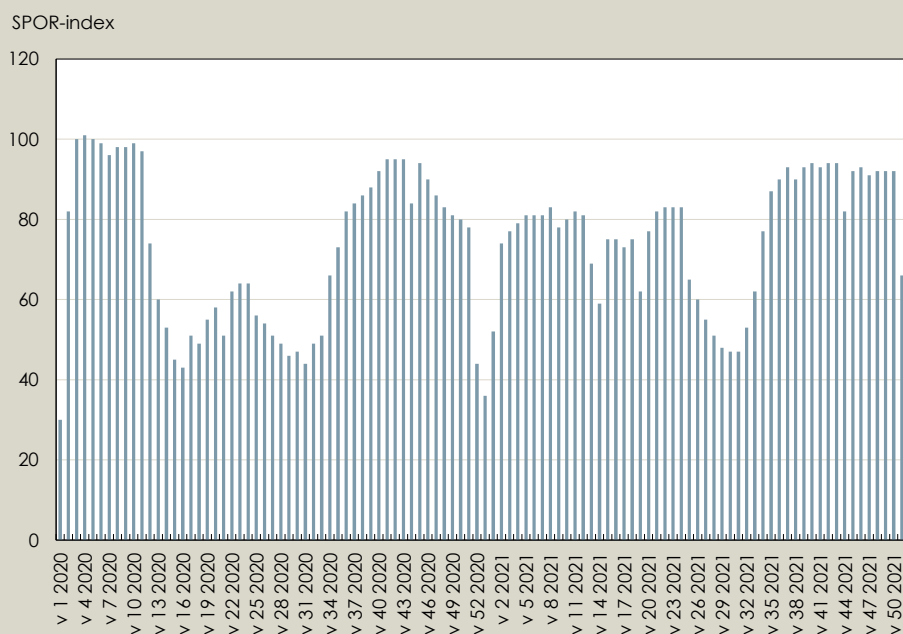
Socialstyrelsen har analyserat hur första och andra vågen påverkat hälso- och sjukvårdens produktion, köer och väntetider, och resultatet visar att covid-19-pandemin har lett till färre genomförda besök och behandlingar [20].

Påverkan ses också tydligt i antalet genomförda operationer, mätt med ett index som utvecklats av kvalitetsregistret Svenskt perioperativt register (SPOR) (diagram 4). SPOR-indexet visar antalet operationer per vecka som

andel av medelvärdet för antalet operationer vecka 3–5 år 2020 (index = 100). Det gäller alltså veckor innan covid-19 började påverka svensk sjukvård. Antalet operationer minskar normalt under semesterperioden och jul- och nyårshelgen, vilket också har inträffat under pandemin.

Diagram 4 visar att antalet genomförda operationer minskade kraftigt våren 2020 för att därefter öka igen under hösten. Sedan minskade antalet kraftigt i slutet av året, vilket sammanföll med den andra vågen av pandemin. Under våren och hösten 2021 utfördes fler operationer än under det första pandemiåret, dock utan att antalet någon vecka nådde upp till nivån före pandemin. Den nedgång i antalet operationer under 2020 och 2021 handlade om elektiva operationer; antalet akuta operationer påverkades inte av pandemin. Det finns flera förklaringar till nedgången för den elektiva operationsverksamheten. Under 2020 omfördelades operationspersonal till intensivvårdsavdelningar i betydande omfattning. Covid-19-sjukdom bland personalen var också en orsak, men även personalomsättningen påverkade operationskapaciteten.

Diagram 4. Operationsproduktion (total) jämfört per vecka med medelvärde för v 3–6 år 2020 (SPOR-index)



Källa: Svenskt perioperativt register (SPOR).

Påverkan på operationsverksamheten handlar mycket om att personal har flyttats från operation till intensivvården för att assistera med covid-19 patienter, till exempel läkare och specialistsjuksköterskor inom området anestesi.

Socialstyrelsen följer fortlöpande utvecklingen av covid-19-pandemin och dess effekter. Som en del i det arbetet har myndigheten publicerat faktablad som beskriver hur hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg påverkats av covid-19-pandemin.

Socialstyrelsen stöttar hälso- och sjukvården och socialtjänsten i arbetet med covid-19. Myndigheten har bland annat tagit fram kunskapsstöd och utbildningar till kommunal hälso- och sjukvård, exempelvis en webbutbildning om hygienrutiner.

Socialstyrelsen publicerar statistik över utvecklingen till följd av den pågående covid-19-pandemin. Det rör sig bland annat om statistik över antal avlidna, statistik om förekomst av covid-19 bland äldre fördelat på boendeform och bland personer med funktionsnedsättning, samt statistik över slutenvård på grund av covid-19.

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

Resultat för 15 nationella riktlinjeområden

I detta kapitel presenteras följsamheten till ett antal indikatorer från 15 nationella riktlinjeområden. Dessa indikatorer har valts för att de både visar på följsamheten och kan visa om vården under covid-19-pandemin 2020 och 2021 påverkades på ett sätt som kan innebära uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården och tandvården.

De riktlinjer som ingår är astma och KOL, demenssjukdom, depression och ångestsyndrom, diabetes, endometrios, epilepsi, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, MS och Parkinsons sjukdom, palliativ vård i livets slutskede, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar (reumatoid artrit, artros och osteoporos), schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, stroke samt tandvård. Redovisningen följer i stort samma disposition för varje riktlinjeområde:

- Ett inledande avsnitt beskriver riktlinjeområdet och de rekommendationer och indikatorer som ingår.
- En tabell redovisar förändringen 2019–2021 för de indikatorer som ingår. I de flesta fall redovisas både antalet personer som fick den rekommenderade insatsen och antalet personer som var aktuella för insatsen. Detta ger en bild av hur söktrycket förändrades.
- Beskrivning av de indikatorer som ingår i analysen samt resultat och dataunderlag.
- Slutligen sammanfattas effekterna inom riktlinjeområdet.

Vård vid astma och KOL

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två stora folksjukdomar som orsakar betydande sjuklighet och lidande hos en stor del av befolkningen. I Sverige har omkring 800 000 personer astma och 400 000–700 000 personer KOL. Cirka 2 700 personer dör årligen i KOL. Båda sjukdomarna är underdiagnostiserade, men särskilt KOL, vilket innebär att många inte får en effektiv behandling med sämre hälsa som följd. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med KOL högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [2].

Vi har analyserat ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL, för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 [21]. I redovisningen ingår indikatorerna spirometri och behandling med de strukturerade frågeformulär Astmakontrolltest (ACT) och COPD Assessment Test (CAT), se tabell 1 och 2.

Tabell 1. Indikatorer astma och KOL – specialiserad öppen vård

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Spirometri barn och ungdomar med astma	9 530	9 056	9 929	5 337 (56 %)	4 903 (54,1 %)	6 341 (63,9 %)
Spirometri vuxna med astma	948	1 030	1 144	842 (88,8 %)	914 (88,7 %)	1 033 (90,3 %)
Spirometri KOL	1 686	1 742	2 372	1 282 (76 %)	1 403 (80,5 %)	2 036 (85,8 %)
ACT barn och ungdomar	9 530	9 056	9 929	6 108 (64,1 %)	5 506 (60,8 %)	6 452 (65 %)
ACT vuxna	948	1 030	1 144	855 (90,2 %)	940 (91,3 %)	1 041 (91 %)
CAT KOL	1 683	1 742	2 372	1 584 (94 %)	1 639 (94,1 %)	2 274 (95,8 %)

Källa: Luftvägsregistret.

Tabell 2. Indikatorer astma och KOL – primärvård

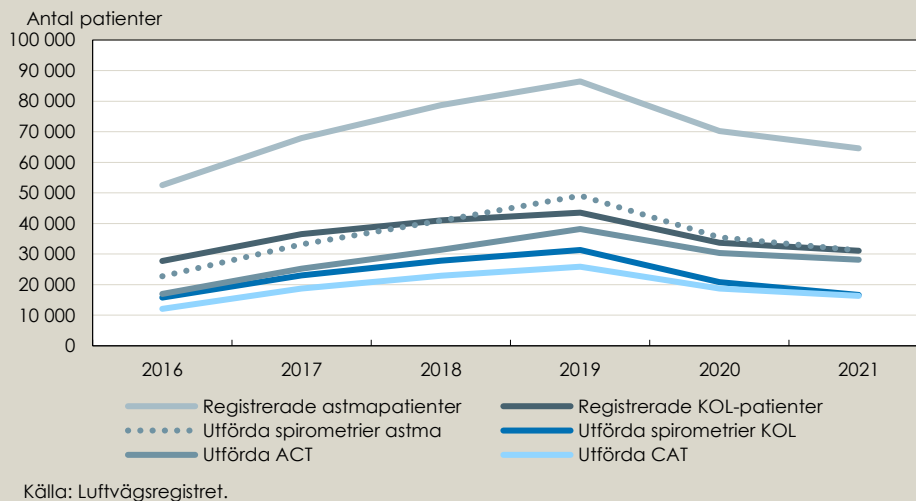
Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Spirometri barn och ungdomar med astma	7 411	7 791	10 934	2 452 (33,1 %)	2 870 (36,8 %)	4 043 (37,0 %)
Spirometri vuxna med astma	46 712	52 354	64 433	22 585 (48,3 %)	26 807 (51,2 %)	37 675 (58,5 %)
Spirometri KOL	29 411	31 945	41 172	15 319 (52,1 %)	19 469 (60,9 %)	29 292 (71,1 %)
ACT barn och ungdomar	7 411	7 791	10 934	1 733 (23,4 %)	2 005 (25,7 %)	2 527 (23,1 %)
ACT vuxna	46 712	52 354	64 433	19 500 (41,7 %)	21 897 (41,8 %)	28 165 (43,7 %)
CAT KOL	29 411	31 945	41 172	14 786 (50,3 %)	17 102 (53,5 %)	23 589 (57,3 %)

Källa: Luftvägsregistret.

➔ Läs mer om indikatorerna för astma och KOL på Socialstyrelsens webbplats.

Diagram 5. Spirometri, ACT och CAT

Antal registrerade patienter och utförda åtgärder.



Spirometri – förutsättning för diagnos och omhändertagande

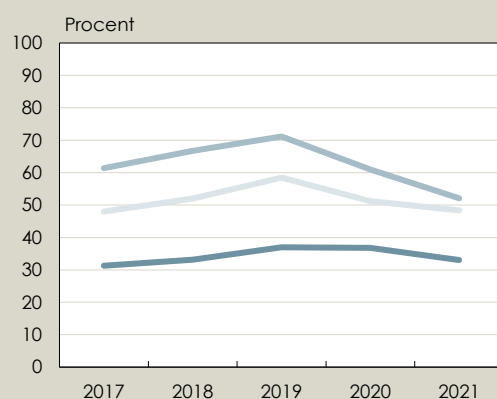
För att diagnostisera astma och KOL bör vården erbjuda patienterna dynamisk spirometri, vilket är en lungfunktionsmätning. Att mäta lungfunktionen med spirometri är en förutsättning för att ställa diagnos och ge fortsatt korrekt omhändertagande vid astma och KOL. Rekommendationerna har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktiga att följa upp [21]. Indikatorerna för astma visar *andelen patienter med astma (barn, ungdomar och vuxna) respektive KOL som har genomgått dynamisk spirometri*.

Totalt har 32 600 färre patienter som fått åtgärden spirometri rapporterats in till Luftvägsregistret 2021 jämfört med 2019 (diagram 5 och tabellerna 1 och 2) [4,22]. Det var 8 500 färre patienter som fick åtgärden spirometri 2021 än 2020. För KOL är minskningen 9 procentenheter i primärvården och 5 procentenheter i den specialiserade öppenvården. För barn och ungdomar med astma gäller det en ökning med 2 procentenheter i den specialiserade öppenvården men en minskning med 4 procentenheter i primärvården. För vuxna personer med astma ses en minskning i primärvården med 3 procentenheter och var oförändrat i den specialiserade öppenvården (diagram 6).

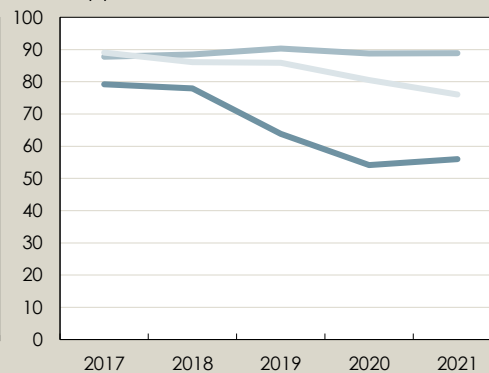
Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorerna som rör spirometri är minst 95 procent [23]. Sett till riket nådde varken primärvården eller den specialiserade öppenvården den nivån 2020 eller 2021 (diagram 7). Skillnaden mellan kvinnor och män var 3 procentenheter 2021.

Diagram 6. Spirometri vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som har genomgått spirometri vid besök för astma eller KOL i primärvården.



Andel patienter med astma eller KOL som har genomgått spirometri vid besök för astma eller KOL i den specialiserade öppenvården.

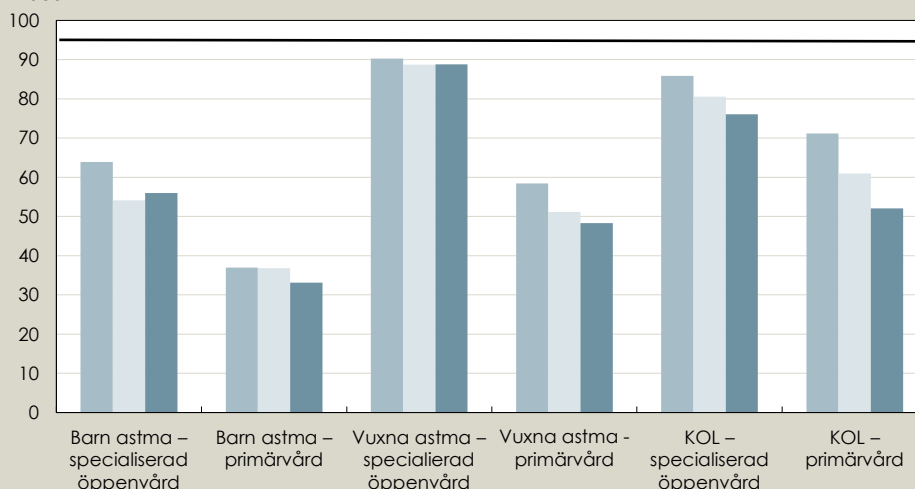


Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 7. Spirometri vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har genomgått en spirometri vid besök för astma eller KOL, uppdelat på vårdform.

Procent



Strecket visar Socialstyrelsens målnivå $\geq 95\%$.

Källa: Luftvägsregistret.

Strukturerade frågeformulär – ACT och CAT

För att kunna optimera behandlingen vid astma eller KOL och förebygga framtida försämringsperioder är det viktigt att följa patienternas sjukdomsutveckling. Ett viktigt komplement till spirometri är validerade frågeformulär där patienten får skatta bland annat symtom och sjukdomens påverkan på det dagliga livet. Strukturerade frågeformulär kan enligt de nationella riktlinjerna ge både patienten och vårdgivaren en samlad bild över problemen, så att det går att sätta upp gemensamma behandlingsmål. Frågeformulären ACT (Asthma Control Test) och CAT (Chronic Obstructive Pulmonary Disease

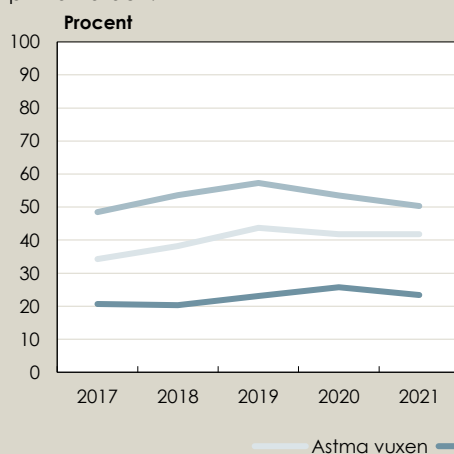
Assessment Test) ger information om patientens symtom, vilket kan vara till hjälp för att ge korrekt behandling och för att förebygga försämringar. Rekommendationerna har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktiga att följa upp [21]. Indikatorerna visar *andelen patienter med astma (barn, ungdomar och vuxna) respektive KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med de strukturerade frågeformulären – ACT vid astma och CAT vid KOL*.

Totalt har 19 500 färre patienter som fått åtgärden strukturerade frågeformulär rapporterats in till Luftvägsregistret 2021 jämfört med 2019 (diagram 5 och tabellerna 1 och 2) [4,22] och 4 500 färre patienter än 2020. På nationell nivå ses ingen förändring för KOL i den specialiserade öppenvården 2021 jämfört med 2020. I primärvården ses en minskning med 3 procentenheter. För barn och ungdomar med astma ses en ökning med 3 procentenheter i den specialiserade öppenvården och en minskning med 2 procentenheter i primärvården. För vuxna personer med astma ses ingen skillnad i primärvården. I den specialiserade öppenvården var minskningen 1 procentenhet 2021 jämfört med 2020 (diagram 8).

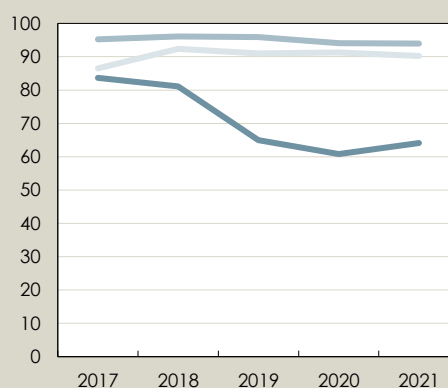
Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorerna strukturerade frågeformulär (ACT vid astma och CAT vid KOL) är minst 95 procent [23]. Sett till riket nådde varken primärvården eller den specialiserade öppenvården den nivån 2020 eller 2021. Ett positivt undantag är KOL i den specialiserade öppenvården som nådde målnivån 2020 och nästan nådde dit även 2021 (diagram 9). Skillnaden mellan kvinnor och män var 4,5 procent 2021.

Diagram 8. ACT och CAT vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med de strukturerade frågeformulären i primärvården.



Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med de strukturerade frågeformulären i den specialiserade öppenvården.

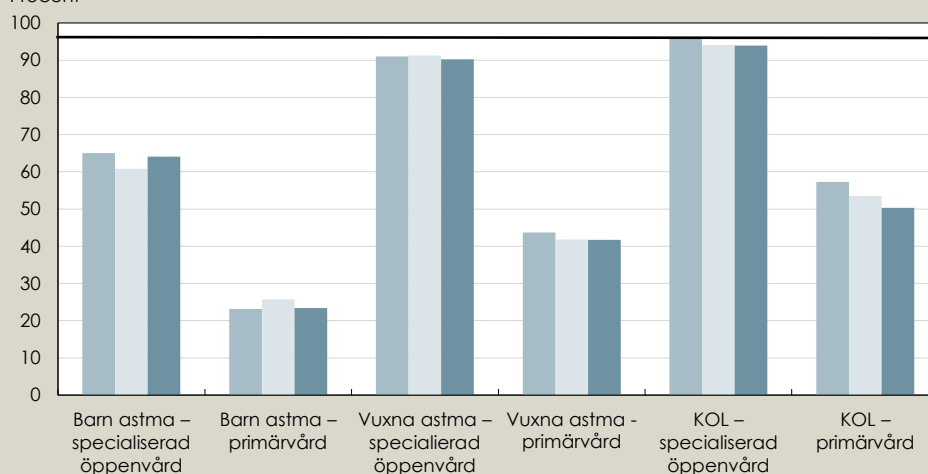


Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 9. Strukturerade frågeformulär ACT och CAT vid astma och KOL

Andel patienter med astma eller KOL som vid besök för kontroll har fått bedömning med strukturerade frågeformulär, uppdelat på vårdform.

Procent



* Strecket visar Socialstyrelsens målnivå $\geq 95\%$.

■ 2019 ■ 2020 ■ 2021

Källa: Luftvägsregistret.



Sammanfattning astma och KOL

Resultaten visar att covid-19-pandemins negativa påverkan på vården av personer med astma och KOL fortsatte under 2021. Betyddigt färre fick insatserna spirometri och strukturerade frågeformulär som rekommenderas i de nationella riktlinjerna jämfört med både 2019 och 2020. Sett till riket nådde varken primärvården eller den specialiserade öppenvården de nationella målnivåerna under 2021.

Även under 2021 behövde hälso- och sjukvården omprioritera resurser för att klara den ökade belastningen, vilket drabbade patienter med astma och KOL. Enligt Luftvägsregistret fick de inte den utredning och uppföljning som rekommenderas, och färre fick diagnoser astma och KOL [4,22]. Det totala antalet patientbesök fortsatte att minska, och detta bidrar till att det uppdämda vårdbehovet ökar [22]. När det gäller spirometri kan minskningen bero på att patienter inte blivit kallade för utredning av astma och KOL, vilket är oroväckande [22]. Minskningen är störst i primärvården. En förklaring kan vara att astma- och KOL-mottagningar inte kom igång under 2021 och att det inte fanns strukturer för att kalla dessa patienter.

Vård och omsorg för personer med demenssjukdomar

Det finns ett stort antal sjukdomar som kan leda fram till de symtom som karaktäriserar demens. Karaktäristiskt är att minnet försämras påtagligt och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor minskar eller upphör. Kognitiva funktioner kan också försämras såsom språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga. Många drabbas även av oro, nedstämdhet och beteendeförändringar. Sammantaget leder symtomen till att det blir svårt eller omöjligt för personen att klara sin tillvaro utan stöd och hjälp från omgivningen. Några av de vanligare sjukdomarna som orsakar demens är Alzheimers sjukdom, vaskulär demenssjukdom, Lewykroppsdemens och frontotemporal demenssjukdom. Det finns också så kallad blanddemens som innebär att personer har både vaskulär sjukdom och Alzheimers sjukdom. Forskning tyder på att 130 000–150 000 personer i Sverige har en demenssjukdom och att cirka 20 000 insjuknar per år.

Vi har analyserat ett urval indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom [24], för att undersöka hur insatser genomfördes under 2020 och 2021 för personer med demenssjukdomar. Dessa indikatorer är fullständig basal utredning, diagnos inom 90 dagar specialistvård, dagar från utredningsstart till diagnos inom primärvård, regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården, levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformning och tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans (tabell 3).

Tabell 3. Indikatorer för vård och omsorg för personer med demens

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Fullständig basal utredning	5 461	5 257	7 168	4 854 (88,9 %)	4 567 (86,9 %)	6 186 (86,3 %)
Dagar utredningsstart till diagnos, primärvård	1 695	2 234	2 994	47 dagar median*	65 dagar median*	61 dagar median*
Diagnos inom 90 dagar, specialistvård	2 590	2 042	3 005	924 (35,7 %)	741 (36,3 %)	1 293 (43,0 %)
Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården	86 338	79 533	73 373	47 617 (55,1 %)	38 125 (47,9 %)	35 613 (48,5 %)
Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utformande	1 847	1 436	1 768	1 415 (76,6 %)	1 005 (70,0 %)	1 276 (72,2 %)
Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans	1 847	1 436	1 768	1 575 (85,3 %)	1 160 (80,8 %)	1 468 (83,0 %)

Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).

*Utredningsdagar.

➔ Läs mer om indikatorerna för demenssjukdom på Socialstyrelsens webbplats.

Demensutredningar

Demenssjukdomar diagnostiseras i två steg: basal demensutredning och utvidgad utredning. Diagnostiken grundar sig på en sammanvägning av flera olika faktorer. Syftet med den basala demensutredningen är att ta reda på om personen har en kognitiv svikt och om den i så fall beror på en demenssjukdom eller någon annan bakomliggande sjukdom. Syftet är också att fastställa vilken form av demenssjukdom som personen har och vilka funktionsnedsättningar som sjukdomen medför. Utvidgad demensutredning används för att fastställa diagnos i de fall en basal demensutredning inte varit tillräcklig eller om det finns komplicerande omständigheter. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [24]. Indikatorn visar *antalet registrerade basala demensutredningar* och *andelen fullständiga basala demensutredningar*.

Antalet som genomgick en fullständig basal utredning minskade 2020, men ökade något 2021 trots covid-19-pandemin (diagram 10). Trots nedgången i antalet fullständiga basala utredningar under pandemiåren var emellertid trenden uppåtående för andelen fullständiga utredningar. År 2021 var den 89 procent, vilket är mycket nära den fastställda målnivån på minst 90 procent [25] (diagram 10). Den tydliga minskningen av antalet fullständiga basala utredningar under 2020 var högst troligt en effekt av covid-19-pandemin. I början av pandemin fick personal byta arbetsuppgifter för att stödja vården av covid-19-patienter, och vissa patienter ville avvakta med utredning på grund av smittläget. Under 2021 ses en återhämtning, men antalet var inte tillbaka på samma nivå som före pandemin. Följden blir ett fortsatt uppdämt behov av basala demensutredningar under kommande år.

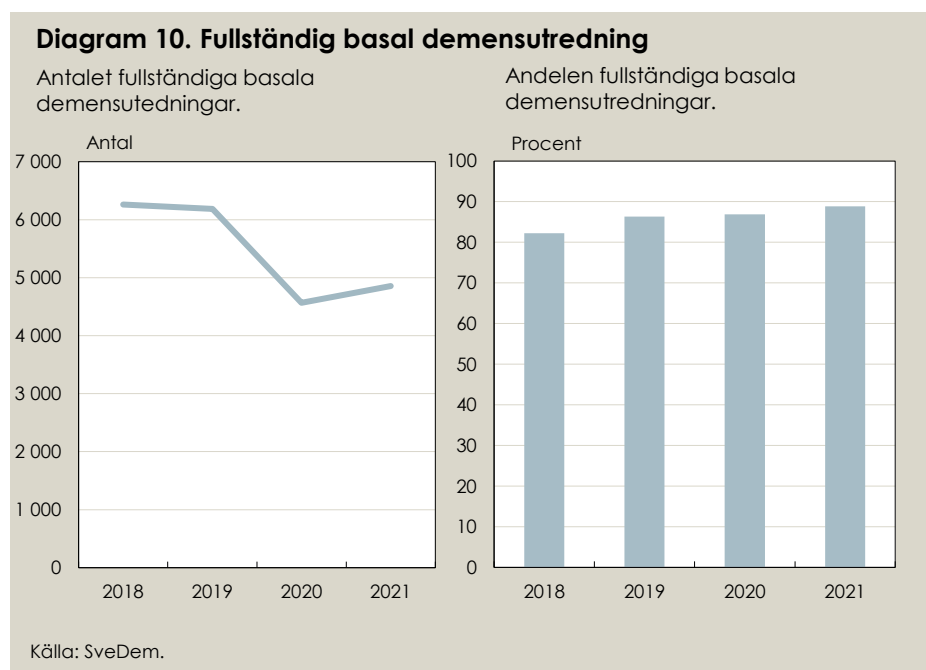
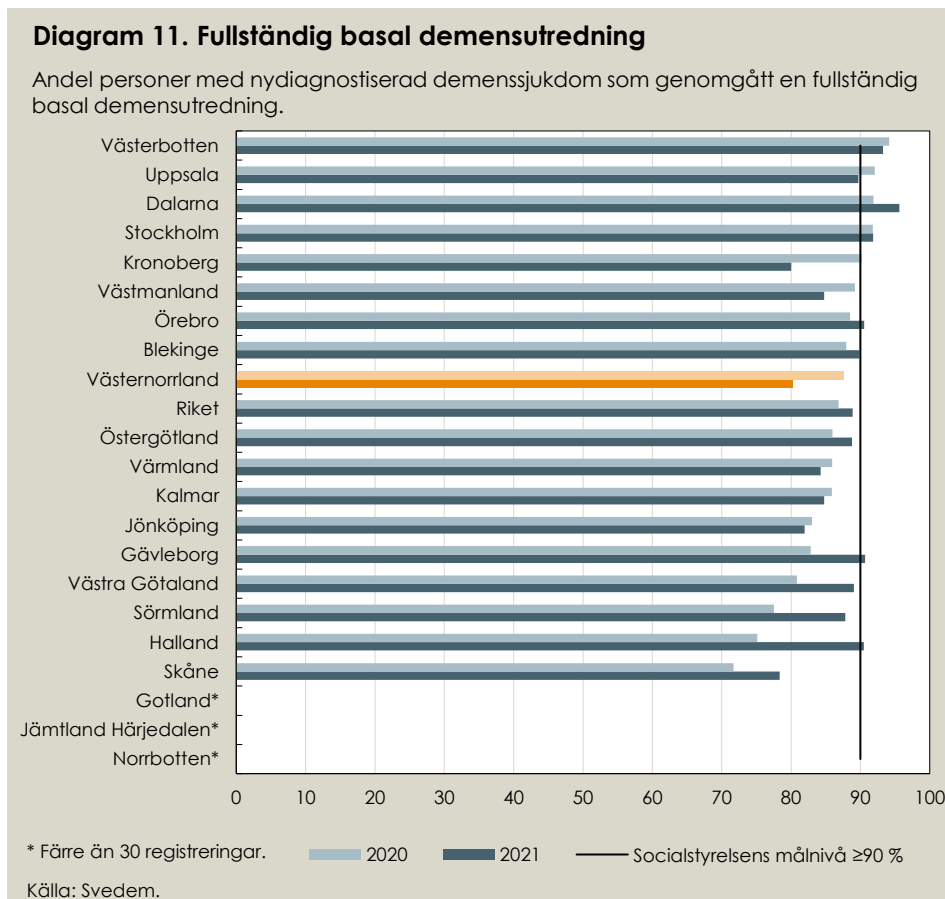


Diagram 11 visar att det finns regionala skillnader i andelen fullständiga basala demensutredningar. Det finns emellertid inte några tydliga tecken på att det är covid-19-pandemin som orsakat skillnaderna. Under 2021 ökade dessutom nio regioner andelen fullständiga basala utredningar.

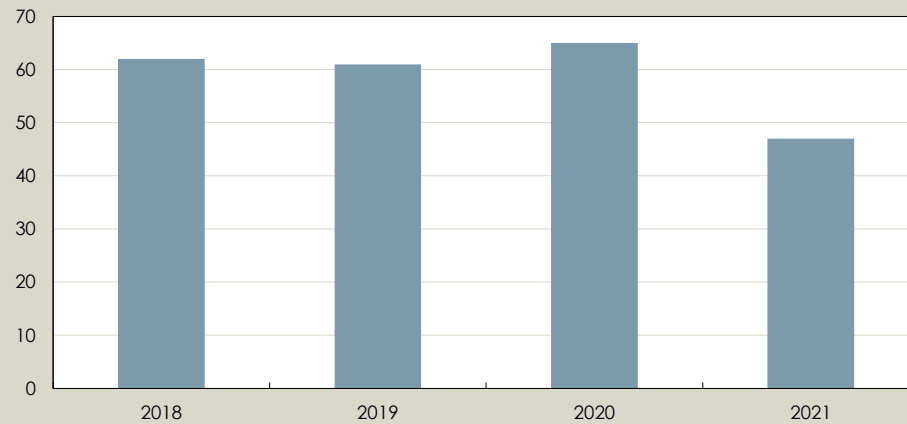


En lång utredningstid innebär ofta en påfrestning för personer med kognitiva problem och för de närstående. Resultaten visar påverkan av covid-19-pandemin under 2020 eftersom både medianen och medelvärdet ökade för utredningstider inom primärvården, se diagram 12 och 13. Under 2021 minskade dock utredningstiderna betydligt.

Diagram 12. Basala demensutredningar inom primärvården

Mediantid i antal dagar från utredningsstart till diagnos.

Dagar (median)

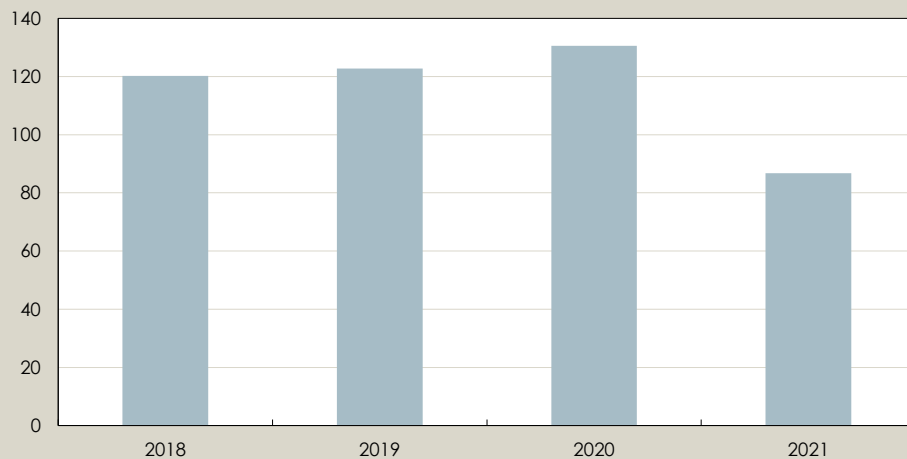


Källa: SveDem.

Diagram 13. Basala demensutredningar inom primärvården

Medelvärde för antal dagar från utredningsstart till diagnos.

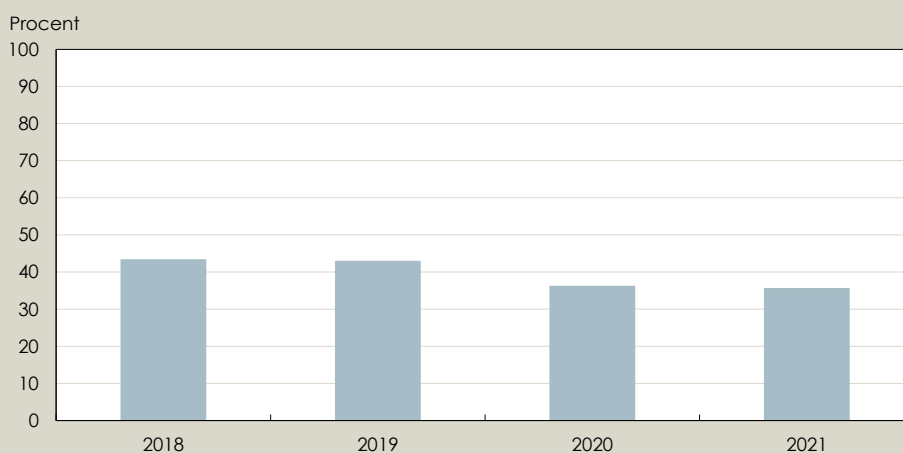
Dagar
(medelvärde)



Källa: SveDem.

Inom den specialiserade vården påbörjas demensutredningar med en remiss. Andelen patienter som fick en diagnos inom 90 dagar låg på samma nivå 2021 som 2020 (diagram 14). Som tabell 3 visar ökade emellertid både antalet utredningar 2021 jämfört med 2020 samtidigt som antalet patienter som fick diagnos inom 90 dagar också ökade. Fler patienter fick alltså en diagnos inom 90 dagar under det andra pandemiåret jämfört med det första, samtidigt som andelen inte ändrades.

Diagram 14. Andel patienter inom specialicerad sjukvård som får diagnos inom 90 dagar



Källa: SveDem.

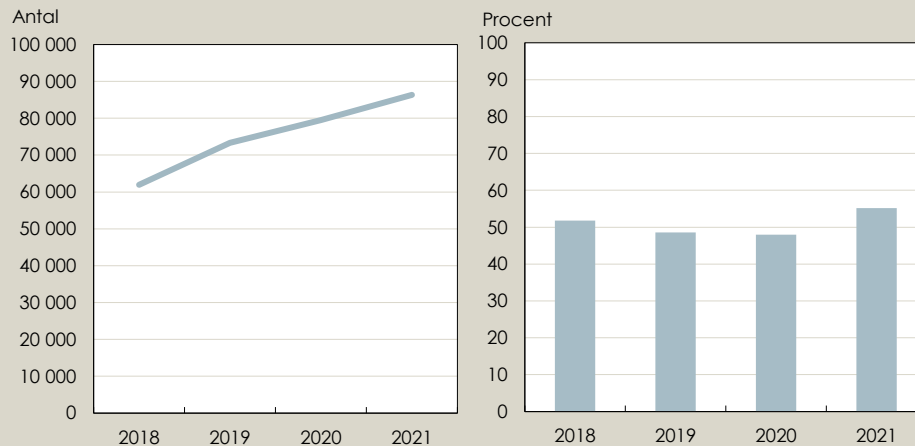
Uppföljning av personer med demenssjukdom

Enligt de nationella riktlinjerna bör personer med demenssjukdom följas upp minst en gång per år för att det ska vara möjligt att snabbt fånga förändringar i behovet av åtgärder. Hälso- och sjukvårdens uppföljning omfattar vanligtvis en medicinsk undersökning, en läkemedelsgenomgång, en strukturerad bedömning av personens funktions- och aktivitetsförmåga och ett samtal med anhöriga eller andra närstående. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [24]. Indikatorn visar *antalet personer med demenssjukdom som borde ha ettårsuppföljning och andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna*. Antalet personer som borde haft en uppföljning ökade 2018–2021 (diagram 15). Uppföljningarna verkar dock inte ha påverkats av covid-19-pandemin, och 2021 var det en högre andel som fick ettårsuppföljning än före pandemin (diagram 15). Trots detta ligger andelen långt under den fastställda målnivån på minst 90 procent.

Diagram 15. Regelbunden uppföljning av hälso- och sjukvården

Antal personer med demenssjukdom som borde ha uppföljning av hälso- och sjukvården (ettårsuppföljning)

Andelen personer med demenssjukdom som har följts upp av hälso- och sjukvården minst en gång under de senaste 15 månaderna (ettårsuppföljning)



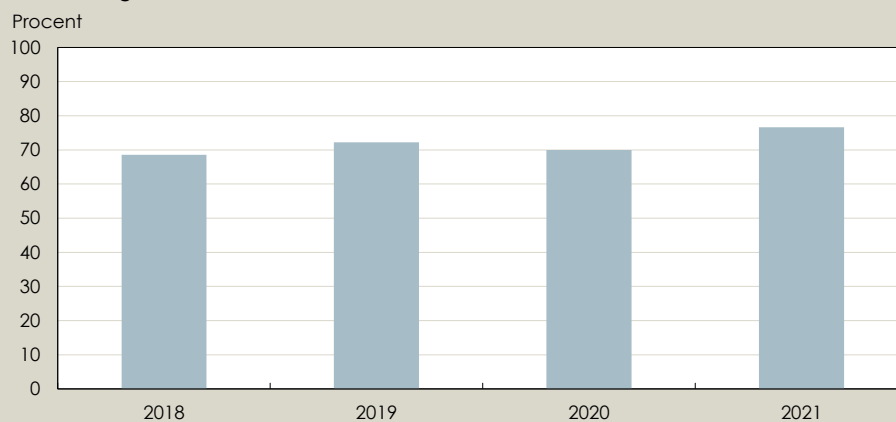
Källa: SveDem.

Levnadsberättelser, personcentrerade aktiviteter och stimulans

En levnadsberättelse är ett skriftligt dokument som beskriver en persons personliga historia, intressen och annan information som kan ligga till grund för en personcentrerad vård och omsorg. En person med demenssjukdom får successivt svårare att sammanhängande berätta om sitt liv och vad som är viktigt i stort och smått. Därför är det viktigt att så många som möjligt som har en demenssjukdom också har en nedtecknad levnadsberättelse, och Socialstyrelsen har därför fastställt målnivån till minst 98 procent. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [24]. Indikatorn visar *andelen personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utformande*. Resultaten visar en ökad andel brukare med levnadsberättelser (diagram 16). Ökningen avstannade något 2020 för att återigen öka 2021. Andelen 2021 var dock långt från den fastställda målnivån på minst 98 procent.

Diagram 16. Levnadsberättelser som grund för vårdens och omsorgens utförande

Andel personer med demenssjukdom vars levnadsberättelse ligger till grund för vårdens och omsorgens utförande.

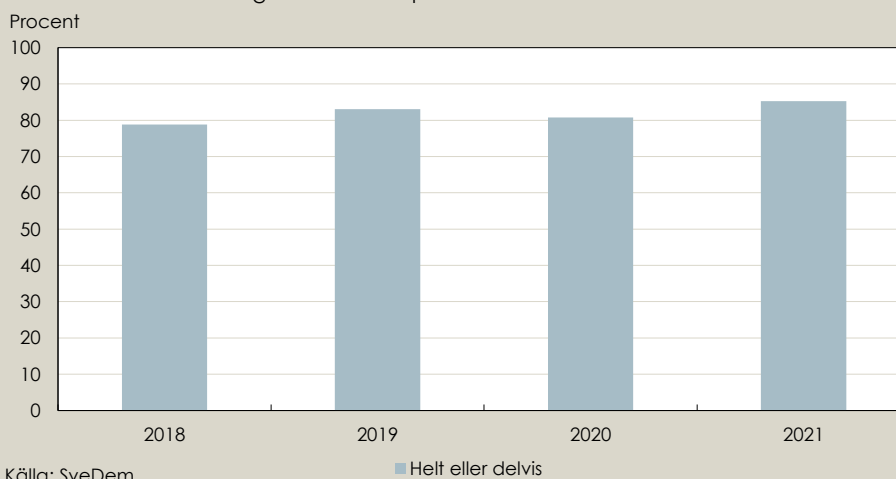


De funktionsnedsättningar som är förknippade med demenssjukdomar ställer särskilda krav på att omsorgspersonal individanpassar aktiviteter. Det kan till exempel handla om utevistelser, hushållssysslor, fysisk aktivitet, musik, dans och andra kulturella aktiviteter eller annat som stimulerar personen. För att säkerställa att personen med demenssjukdom får tillgång till personcentrerade aktiviteter bör dessa vara dokumenterade i genomförandeplanen. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp. Indikatorn visar *andelen personer med demenssjukdom som har erbjudits personcentrerade aktiviteter eller annan stimulans utifrån genomförandeplanen*.

Resultaten för personcentrerade aktiviteter och stimulans visar en viss nedgång mellan 2019 och 2020, och en uppgång 2021 till en nivå som var högre än före pandemin (diagram 17). Trots den positiva trenden var andelen 2021 fortfarande under den fastställda nationella målnivån på minst 98 procent.

Diagram 17. Tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans

Andel personer med demenssjukdom som erbjudits personcentrerade aktiviteter och annan stimulans utifrån genomförandeplanen.





Sammanfattning demenssjukdom

De indikatorer som detta kapitel använder för att följa utvecklingen av vård och omsorg för personer med demenssjukdomar visar en positiv utveckling vad gäller tid till diagnos samt uppföljningar. Covid-19-pandemin har påverkat vård och omsorg negativt, men under det andra pandemiåret 2021 ses en återhämtning i vissa delar. Färre fullständiga basala demensutredningar utfördes 2021 jämfört med året före pandemin, men fler än under pandemins första år. Andelen fullständiga basala demensutredningar fortsätter att öka och närmar sig Socialstyrelsens målnivå. Under 2021 minskade utredningstiderna inom primärvården till att bli kortare än före pandemin. Inom specialiserad sjukvård ökade antalet utredningar under 2021 jämfört med 2020 och antalet patienter som fick diagnos inom 90 dagar. En annan positiv utveckling inom hälso- och sjukvården är att andelen som genomgick en ettårsuppföljning under 2021 ökade till en nivå som var högre än före pandemin. Trots uppgången ligger dock andelen långt under den fastställda målnivån på minst 90 procent. Den sammantagna nedgången i antalet demensutredningar under pandemin innebär också ett uppdämt behov av demensutredningar kommande år.

Även inom kommunal omsorg finns det några positiva tecken. Utvecklingen av andelen brukare med levnadsberättelser visar en trendmässig ökning. Andelen 2021 var dock fortfarande långt ifrån den fastställda målnivån på minst 98 procent. Resultaten för personcentrerade aktiviteter och stimulans visar en liknande utveckling: Andelen personer med tillgång till personcentrerade aktiviteter och stimulans minskade första pandemiåret, men ökade 2021 till en nivå högre än före pandemin. Trots den positiva trenden var andelen 2021 dock fortfarande tydligt under den fastställda nationella målnivån på minst 98 procent.

Vård vid depression och ångestsyndrom

Nästan en tredjedel av befolkningen får en depression någon gång i livet, och cirka en fjärdedel får ett ångestsyndrom. Depression och ångestsyndrom är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett svårt lidande. Även de närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande. Obehandlade tillstånd kan även öka risken för suicid [26].

Risken för suicidhandlingar eller suicid är hög vid depression och ångestsyndrom. Risken är dessutom kraftigt ökad om personen har gjort ett tidigare suicidförsök eller exempelvis visar tecken på instabilitet eller tilltagande känsla av hopplöshet. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården bedömer suicidrisken vid vård av personer med depression och ångestsyndrom – både vid diagnostik och under pågående behandling. Vården behöver kunna bedöma hur allvarligt en persons tillstånd är, och erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede. För detta krävs ett effektivt omhändertagande och en hög tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med olika former av psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel [27].

I Socialstyrelsens faktablad *Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin* [28] beskrivs dock en tydlig förskjutning mot digitala kontakter och telefonkontakter under pandemin, medan de fysiska kontakterna har minskat kraftigt. För det psykiatriska verksamhetsområdet uppskattar Socialstyrelsen, baserat på inrapporteringen av typ av öppenvårdskontakt, att den digitala vården eller telefonkontakterna har fördubblats sedan motsvarande period förra året. Med tanke på resultaten i förra rapporten om följsamheten till nationella riktlinjer [1] talar mycket för att personer som sedan tidigare har ett psykiatriskt tillstånd och till exempel behandlas med läkemedel har fått vård och behandling vid behov under pandemin. Exempelvis kan de ha gjort återbesök eller förnyat recept digitalt eller via telefon. Däremot har färre nya fall av psykiatriska tillstånd rapporterats in under pandemin. Denna minskning ses även i nyföreskrivningar av exempelvis antidepressiva läkemedel, och förklaringen är sannolikt att färre har sökt vård under pandemin. Ännu är det oklart ifall detta på sikt kan leda till ett uppdämt vårdbehov.

Det har också funnits farhågor om att covid-19-pandemin kan ha lett till fler suicid eller suicidförsök, men under perioden februari–juni 2020 ses ingen förändring av antalet suicidförsök jämfört med tidigare. När det gäller suicid finns ännu inte tillgängliga data att analysera. Däremot visar Socialstyrelsens faktablad att det skett en ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor som tidigare har varit odiagnostiserade under pandemiåret 2021 [29].

En annan farhåga är att de som redan har ett vårdbehov inte har sökt hjälp under pandemin, eftersom antalet nya sökande uppenbarligen har minskat under pandemin. Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom har analyserats för att se i vilken

utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin [27]. Dessa indikatorer är läkemedelsbehandling och strukturerad bedömning av suicidrisk (tabell 4).

Tabell 4. Indikatorer depression och ångestsyndrom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom ¹	11 434	10 478	10 451	7 954 (69,6 %)	7 160 (68,3 %)	6 928 (66,3 %)
Läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression ¹	808	789	713	731 (90,5 %)	707 (89,6 %)	643 (90,2 %)
Läkemedelsbehandling vid egentlig depression ²	31 717	32 948	35 397	28 062 (88,5 %)	28 948 (87,9 %)	31 142 (88 %)
Bedömning av suicidrisk ¹	11 613	10 574	10 053	3 993 (34,4 %)	3 300 (31,2 %)	2 831 (28,2 %)
Bedömning av suicidrisk ²	64 343	62 736	68 694	31 807 (49,4 %)	28 702 (45,8 %)	30 784 (44,8 %)

¹ Avser personer 12–17 år.

² Avser personer >17 år.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

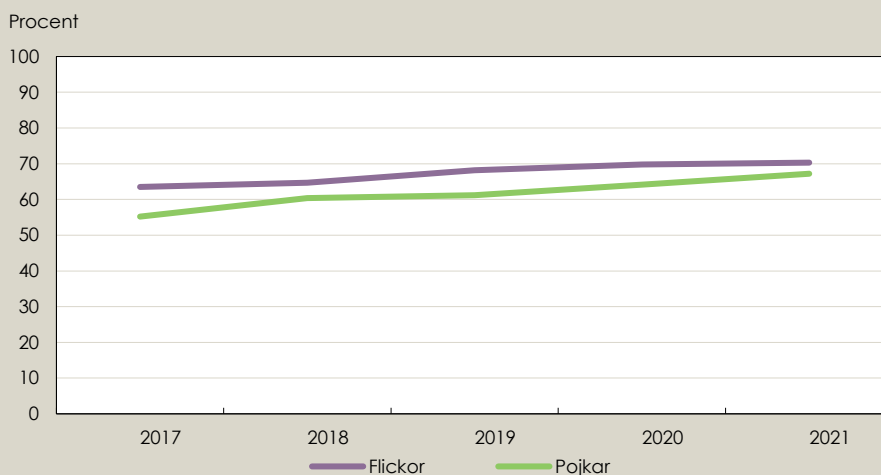
➔ Läs mer om indikatorerna för depression och ångestsyndrom på Socialstyrelsens webbplats.

Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom hos ungdomar

Behandling med antidepressiva läkemedel ger stor effekt mot de olika ångestsyndromen hos barn och ungdomar. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [27]. Indikatorn visar *andelen barn och unga med ångestsyndrom som behandlas med antidepressiva läkemedel*. Behandlingen av dessa patienter sker i den specialiserade vården. Mellan 2019 och 2020 fick något fler av patienterna med ångestdiagnos behandling med antidepressiva läkemedel jämfört med 2019. Under pandemin har trenden hållit i sig och andelen med läkemedelsbehandling har ökat med ytterligare 1,3 procentenheter. Ökningen mellan 2020 och 2021, under pandemin var för flickor en halv procentenhet och för pojkar 3,1 procentenheter (diagram 18). Ökningen för pojkar har varit konstant sett över en femårsperiod. Skillnaderna mellan andelen pojkar som behandlas med läkemedel jämfört med andelen flickor som behandlas med läkemedel har minskat från åtta procentenheter 2017 till 3 procentenheter 2021. Resultaten för regionerna visar att 5 av 21 har färre andel patienter med ångestsyndrom som behandlas med antidepressiva läkemedel 2021 jämfört med 2020 (diagram 19). Mellan åren 2020 och 2019 var det skillnad i sju regioner. Vi ser också att under pandemin har skillnaden mellan åren minskat avseende andelen som fått läkemedelsbehandling inom regionerna. Mellan åren 2019 och 2020 var skillnaden nästan 10 procentenheter i den region med störst skillnad mellan åren medan det under pandemin, mellan åren 2020 och 2021 var en försmärning med 4 procentenheter.

Diagram 18. Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom

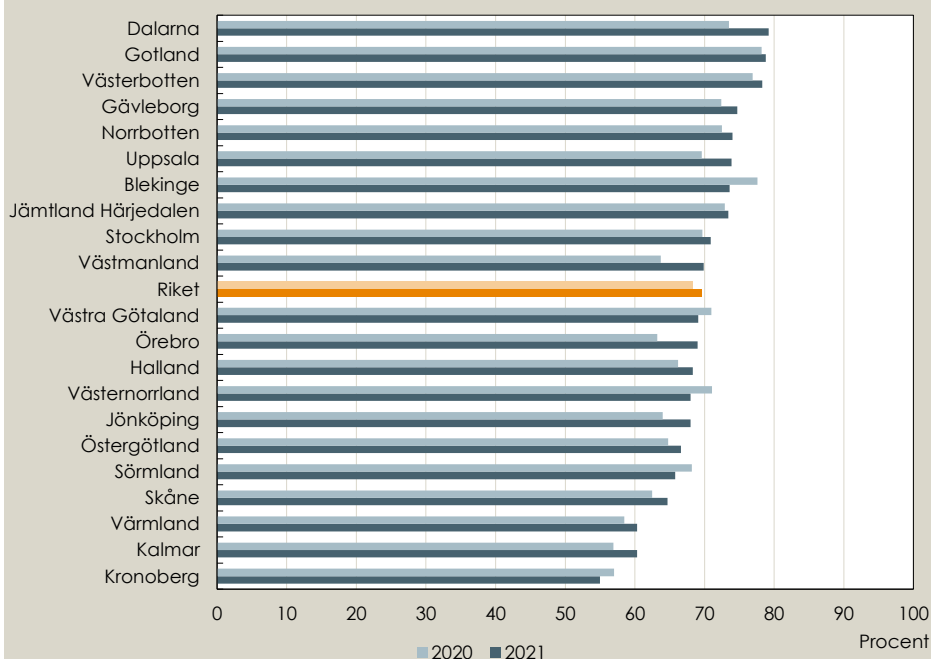
Andelen barn och unga ålder 13-17 år med ångestsyndrom som behandlats med antidepressiva läkemedel, 2017–2021.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 19. Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom

Andelen barn och unga ålder 13-17 år med ångestsyndrom som behandlats med antidepressiva läkemedel, 2020–2021.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression hos ungdomar

Vid svår egentlig depression kan symtomen vara så svåra att man inte ens bryr sig om grundläggande behov såsom att äta och dricka. Starka suicidtankar är då vanliga. Dystymi liknar den lindriga egentliga depressionen, men är

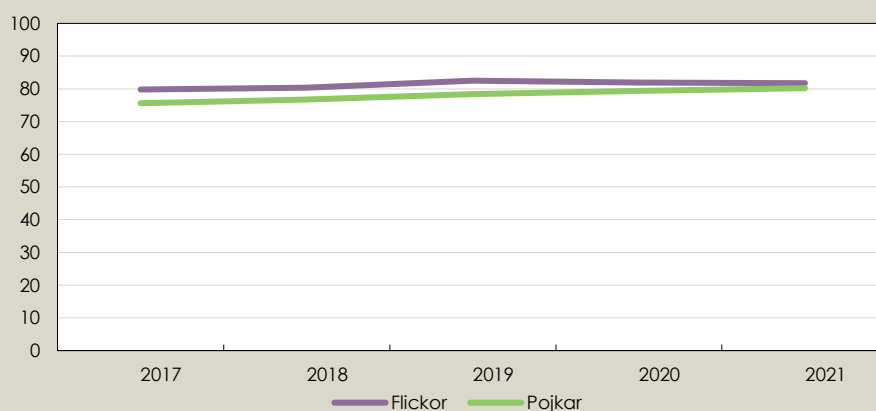
mildare. Ibland kallas dystymi för sjukligt svårmod. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp eftersom det är ett allvarligt tillstånd [27]. Indikatoren visar *andelen barn och unga med egentlig svår depression som behandlades med antidepressiva läkemedel*. Behandlingen av dessa patienter sker i den specialiserade vården.

Resultaten visar att behandling med antidepressiva läkemedel vid egentlig svår depression hos unga har legat stabilt över tid. Flickor får behandling i högre utsträckning än pojkar men skillnaderna är på väg att försvinna. Under pandemin har den trenden fortsatt (diagram 20).

Diagram 20. Läkemedelsbehandling vid svår egentlig depression

Andelen barn och unga ålder 13-17 år med egentlig svår depression som behandlats med antidepressiva läkemedel, 2017–2021.

Procent



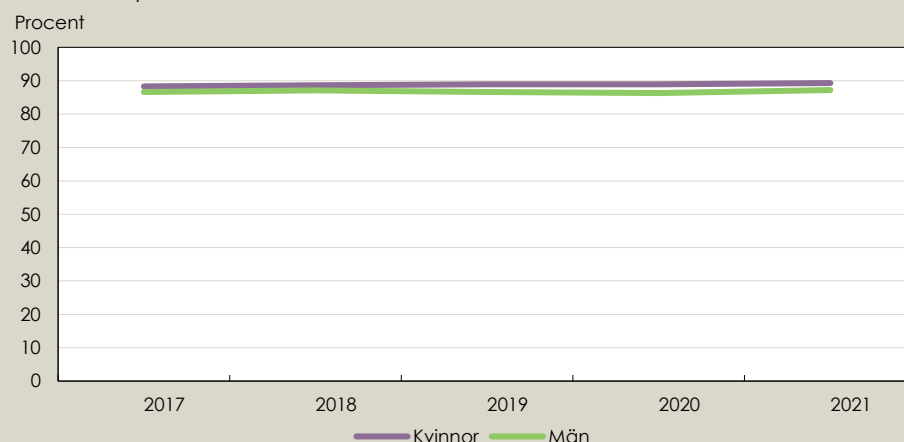
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling vid egentlig depression hos vuxna

Inom den specialiserade psykiatrien är det vanligt att patienter får läkemedelsbehandling mot egentlig depression. Vid svår egentlig depression hos vuxna minskar antidepressiv läkemedelsbehandling de samlade symtomen vid depression. Tillståndets svårighetsgrad är mycket stor och effekten av läkemedelsbehandling är god. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [27]. Indikatoren visar *läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression*. I denna indikator baseras resultaten på egentlig depression oberoende av svårighetsgrad. Andelen patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel vid depression inom den specialiserade vården är oförändrad sedan 2017 och fortsatt under pandemin. Nästan 90 procent av patienterna med egentlig depression inom den specialiserade vården får läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel (diagram 21). Variationerna mellan regionerna är små. Ingen skillnad sågs mellan könen avseende läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel vid egentlig depression.

Diagram 21. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid egentlig depression

Andel vuxna personer med egentlig depression som får behandling med behandlats med antidepressiva läkemedel, 2017–2021.



Strukturerad bedömning av suicidrisk

Grunden för suicidriskbedömningen är en klinisk bedömning av patienten. Den kliniska bedömningen utgår från en strukturerad kartläggning av de viktigaste riskfaktorerna för suicid, såsom psykiatrisk diagnos, missbruk och tidigare suicidförsök. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [27]. Indikatorn visar *andelen nydiagnostiserade patienter med depression eller ångestsyndrom som får en strukturerad bedömning av suicidrisken*.

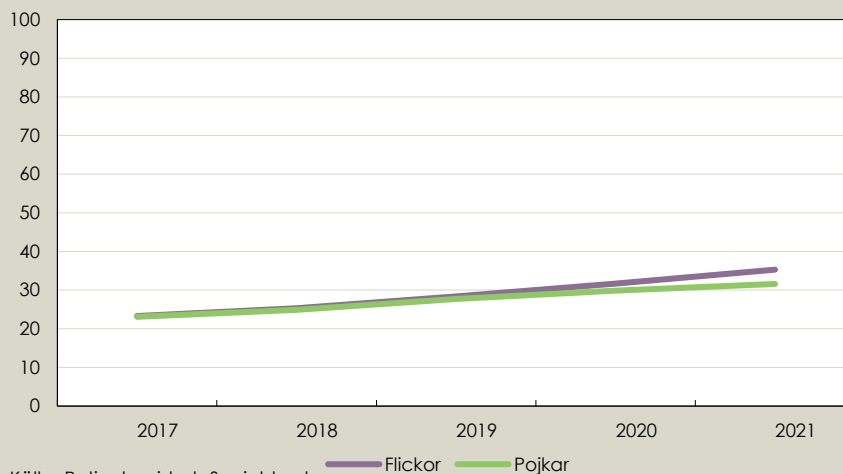
Resultaten visar att andelen unga 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidriskbedömning i samband med diagnostisering har ökat med nästan tre procentenheter per år, från 25 procent 2017 till 31 procent 2020. Under pandemin 2020 till 2021 har andelen flickor som fått en strukturerad bedömning av suicidrisk ökat ytterligare medan det för pojkar planat ut (diagram 22). Uppdelat på regioner ses för 16 av landets 21 regioner en förbättring 2020 jämfört med 2019. Under pandemin har framför allt andelen flickor ökat som fått suicidriskbedömning enligt rekommendation (diagram 22). Det skiljer dock nästan 50 procentenheter mellan den regionen med högsta andel suicidriskbedömningar och den regionen med lägst andel 2021 (diagram 23).

År 2021 är det endast en region som ligger över 50 procent jämfört med två regioner 2020. Ingen region är ännu i närheten av att nå den nationella målnivån på minst 90 procent för genomförda suicidriskbedömningar [30].

Diagram 22. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Andelen ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning.

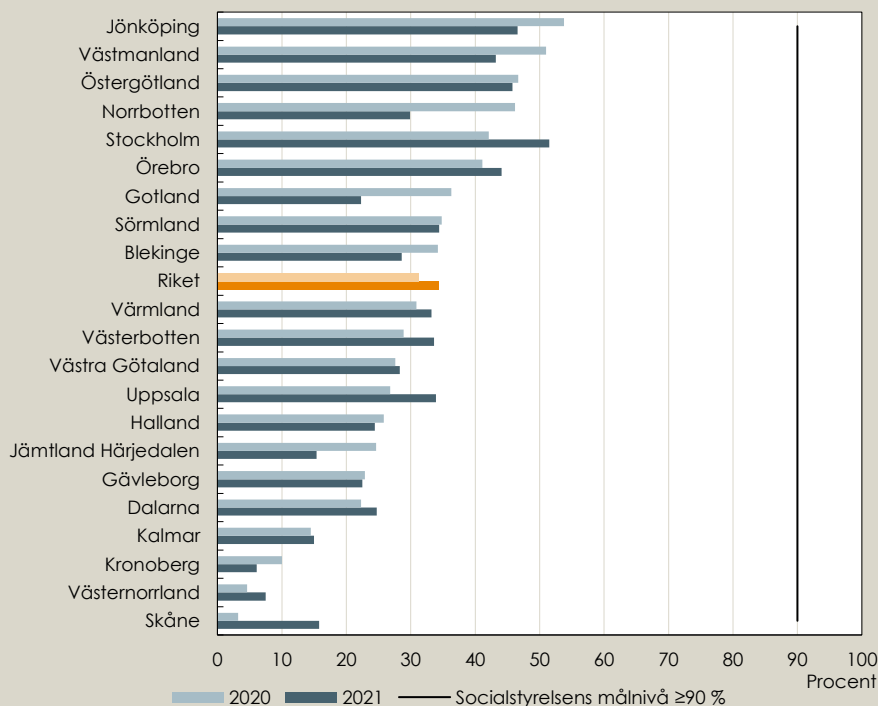
Procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 23. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Andelen ungdomar 13 till 17 år med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning, år 2020-2021.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2017 fick cirka 40 procent av de vuxna patienterna med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom en strukturerad bedömning av suicidrisk i samband med diagnostiseringen. År 2021 var den andelen runt 50 procent. 46 procent för kvinnor och 53 procent för män (diagram 24). Ökningen har varit jämn med ungefär tre procentenheter per år, även under pandemin. Ökningen

ser likadan ut i regionerna men andelen genomförda bedömningar varierar mellan vissa regioner. Det är dock oklart huruvida detta huvudsakligen beror på faktiska skillnader eller på olikheter i dokumentationen (diagram 25). Ingen region är ännu i närheten av att nå den nationella målnivån på minst 90 procent för genomförda suicidriskbedömningar [30].

Diagram 24. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Andelen vuxna personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning år 2017–2021.

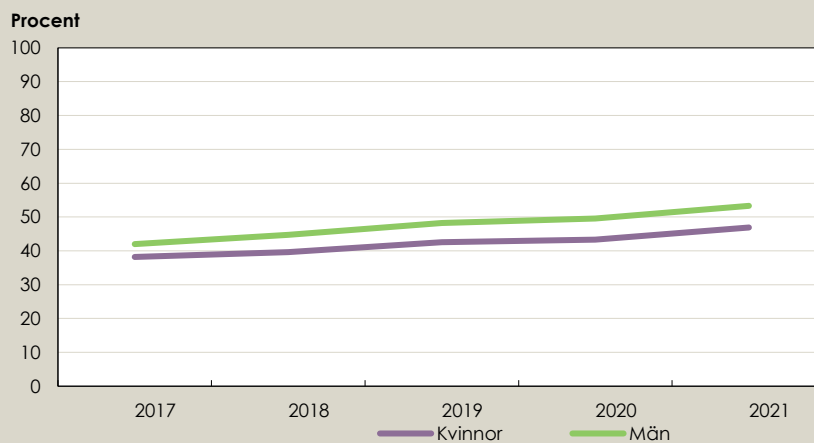
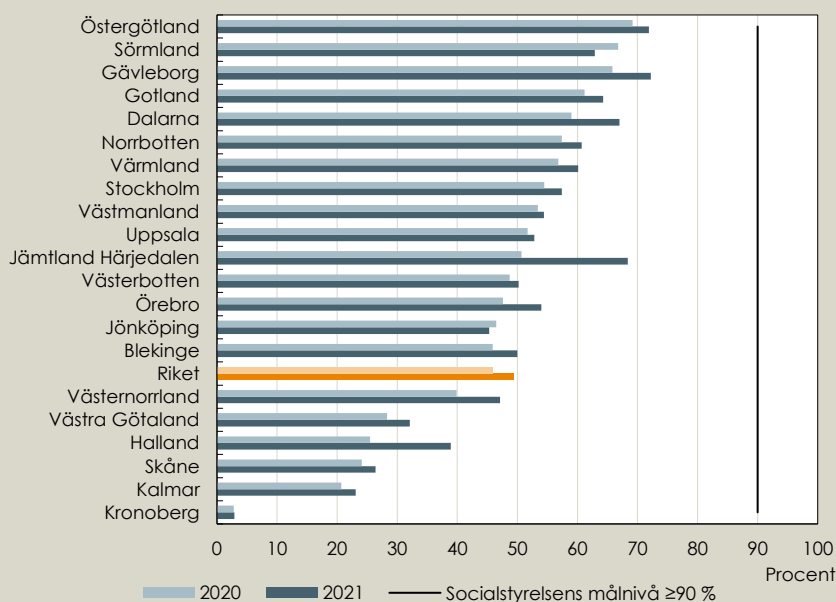


Diagram 25. Strukturerad bedömningsprocess av suicidrisk

Andelen vuxna personer med nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom som har genomgått en strukturerad suicidriskbedömning, år 2020–2021.





Sammanfattning depression och ångest

Vården av personer med svår depression och ångestsyndrom inom den specialiserade psykiatriska vården tycks inte ha påverkats nämnvärt under covid-19-pandemin, utifrån de analyserade indikatorerna. Resultaten tyder på att en pågående förbättring har fortsatt under covid-19-pandemin eller att vården lyckats bibehålla kvaliteten för patienter med pågående läkemedelsbehandling.

Psykiatrin har varit lika tillgänglig som vanligt, även om de digitala kontakterna och telefonkontakterna ökat och de fysiska mötena minskat [28]. Under de senaste åren har antalet nya fall av depressioner och ångestsyndrom hos vuxna personer generellt minskat, och den trenden har förstärkts under pandemin. Det har funnits indikationer på att äldre över 70 år mått psykiskt sämre under pandemin, men det får inget stöd i inrapporterade diagnoser eftersom antalet nya fall har minskat även i den gruppen. Dessutom har uttagen av exempelvis antidepressiva läkemedel på recept minskat, enligt rapporten som bygger på data för februari–juni [28]. Vi ser dock inga sådana tydliga trender i dessa analyser.

Vård vid diabetes

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna i världen, som kan orsaka allvarliga följsjukdomar och förtida död. Cirka 5 procent av Sveriges vuxna befolkning har diabetes [31]. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Risken för komplikationer är större ju längre tid man haft sjukdomen, och ju högre blodglukosnivån har legat över tid. Även andra riskfaktorer såsom högt blodtryck och blodfetter spelar också roll. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med diabetes och komplikationer i minst ett organsystem högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [2]. De flesta med typ 1-diabetes kontrolleras och får vård via sjukhusens medicin- eller endokrinkliniker. De flesta patienter med typ 2-diabetes kontrolleras och får vård i primärvården.

Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård har analyserats för att se i vilken utsträckning kontroller genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021.

Dessa indikatorer är fotundersökning, ögonbottenundersökning och två mått på blodsockerkontroll (HbA1c <52 mmol/mol = god kontroll, och HbA1c > 70 mmol/mol = hög risk för komplikationer) (tabellerna 5 och 6)).

Tabell 5. Indikatorer typ 1-diabetes¹

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Fotundersökning	52 524	50 245	52 616	36 904 (70,3 %)	34 334 (68,3%)	42 611 (81 %)
Ögonbottenundersökning	52 524	50 245	52 616	44 122 (84 %)	42 953 (85,5%)	45 713 (86,9%)
HbA1c <52	52 524	50 245	52 616	14 916 (29,7 %)	13 528 (27,9%)	14 063 (27,3%)
HbA1c >70	52 524	50 245	52 616	8 590 (17,1 %)	9 027 (18,6%)	9 490 (18,4%)

¹Avser personer 18 år och äldre.
Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Tabell 6. Indikatorer typ 2-diabetes¹

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Fotundersökning	397 078	373 911	396 962	293 040 (73,8 %)	279 892 (74,9%)	323 917 (81,6%)
Ögonbottenundersökning	397 078	373 911	396 962	288 020 (72,5%)	278 833 (74,6%)	302 709 (76,3%)
HbA1c <52	397 078	373 911	396 962	214 810 (56 %)	201 747 (56,2%)	213 839 (55,5 %)
HbA1c >70	397 078	373 911	396 962	34 125 (8,9 %)	33 323 (9,3 %)	35 121 (9,1 %)

¹Avser personer 18 år och äldre.
Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

➔ Läs mer om indikatorerna för diabetes på Socialstyrelsens webbplats.

Fotundersökning

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem, såsom svåråtkta sår, infektioner och fotdeformiteter och risk för amputation. Årlig fotundersökning är därför en viktig insats. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [31]. Indikatorn visar *andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått enkel fotundersökning*.

Totalt var det 30 877 färre patienter med typ 2-diabetes som fick åtgärden fotundersökning 2021 jämfört med 2019, enligt data från Nationella diabetesregistret (NDR) (tabell 6) [5, 32]. För typ 1-diabetes var minskningen 5 707 personer (tabell 5).

Resultaten visar på en fortsatt minskning 2021 jämfört med åren 2017 till 2019 för både för typ 1- och typ 2-diabetes (diagram 26). Fördelningen mellan kvinnor och män såg likadan ut 2021 och 2020.

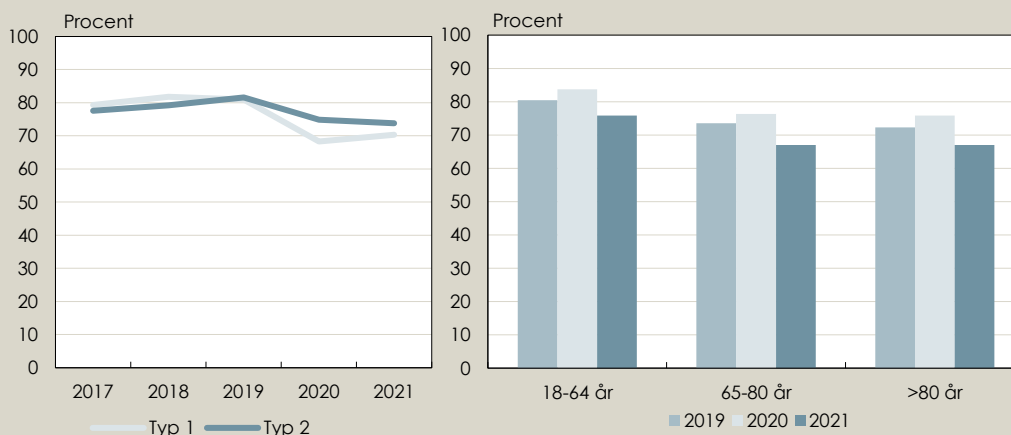
På rikets nivå 2021 har antalet fotundersökningar ökat med 13 148 patienter för typ 2-diabetes jämfört med 2020. För typ 1-diabetes ses en ökning 2021 med 2 570 patienter jämfört med 2020. Det finns dock stora variationer mellan regionerna 2021 – från 90 till 56 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 91 till 61 procent när det gäller typ 2-diabetes (diagram 27 och 28).

Socialstyrelsens nationella målnivåer är minst 95 procent för patienter med typ 1-diabetes och minst 99 procent för typ 2-diabetes [33], vilket ingen region nådde upp till 2020 och 2021.

Diagram 26. Fotundersökning diabetes

Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning,

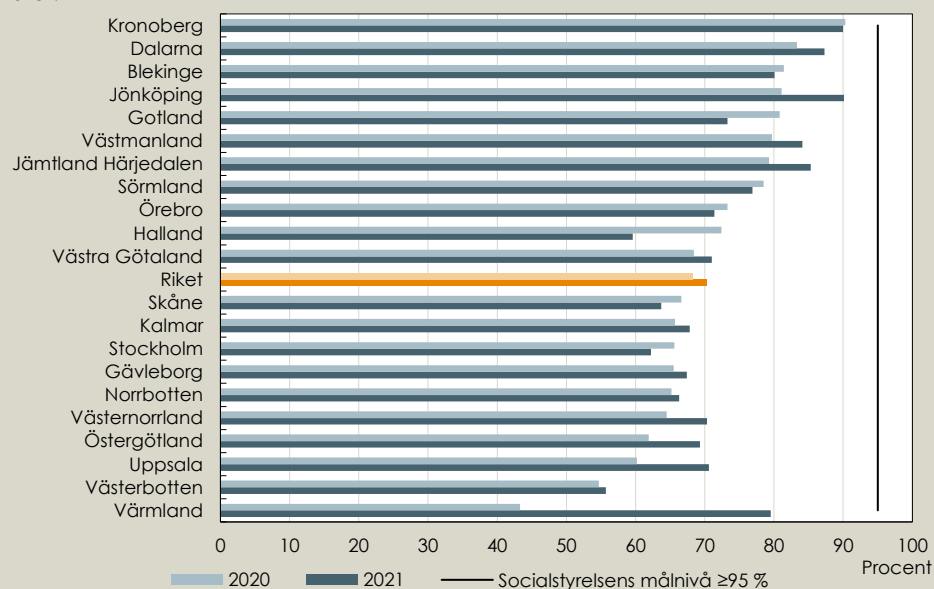
Andel personer med diabetes(både typ 1- och typ 2-diabetes) som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året, uppdelat på åldersgrupp.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 27. Fotundersökning typ-1 diabetes

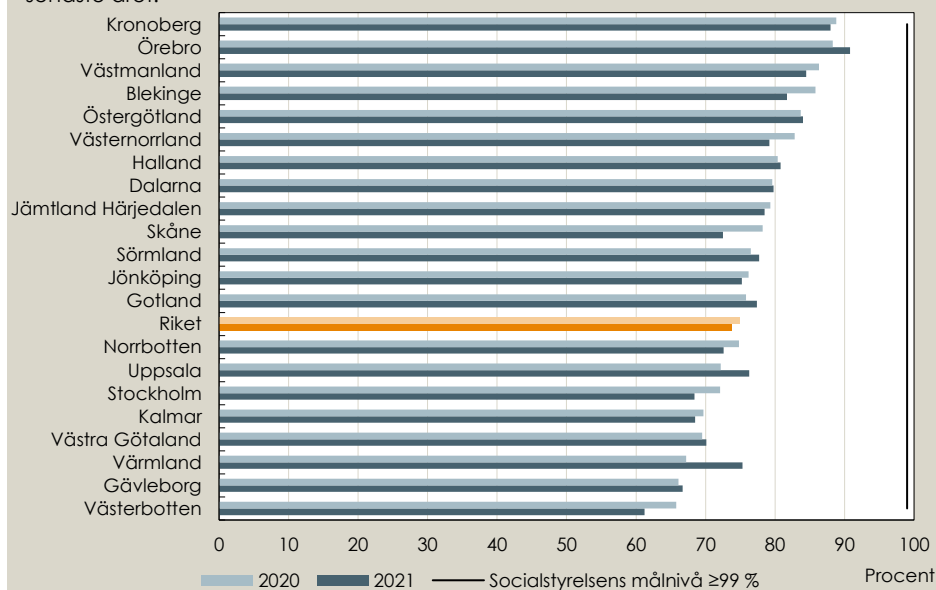
Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 28. Fotundersökning typ-2 diabetes

Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Ögonbottenundersökning

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetessjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinna, så kallad retinopati. Allvarlig och proliferativ retinopati kan vara synhotande. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna som då kan behandlas.

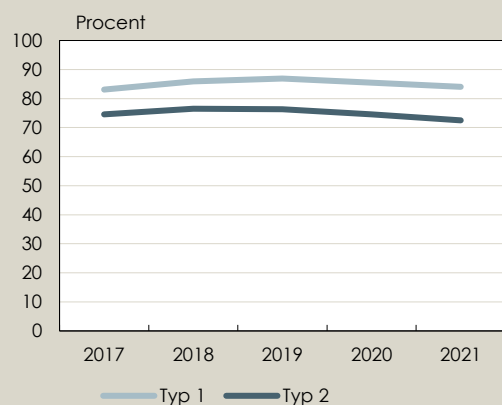
Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [31]. Indikatorn visar *andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning* inom det tidsintervall som anges i nationella riktlinjerna (två år för typ 1-diabetes och tre år för typ 2-diabetes) och här omfattas patienter både med och utan känd retinopati.

Totalt var det 14 689 färre patienter med typ 2-diabetes som fick åtgärden ögonbottenundersökning 2021 än 2019, enligt data från NDR (tabell 6) [5,32]. För typ 1-diabetes var minskningen 1 591 patienter (tabell 5). I redovisningen ingår samtliga personer med diabetes som genomgått ögonbottenundersökning.

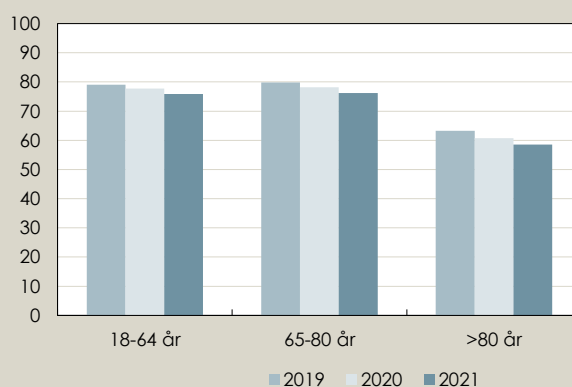
Andelen personer med diabetes, oavsett typ, som gjort en ögonbottenundersökning ökade varje år 2017–2019, men minskade 2020–2021 (diagram 29). Fördelningen mellan kvinnor och män såg likadan ut under perioden. Resultaten visar att det finns regionala skillnader 2021 – från 94 till 58 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 83 till 60 procent när det gäller typ 2-diabetes (diagram 30 och 31). Ingen region har under 2020 och 2021 nått Socialstyrelsens nationella målnivåer för ögonbottenundersökning vid typ 1-diabetes som är minst 98 procent och vid typ 2 diabetes minst 96 procent [33].

Diagram 29. Ögonbottenundersökning diabetes

Andel personer med diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren för typ 1-diabetes respektive de senaste tre åren för typ 2-diabetes.



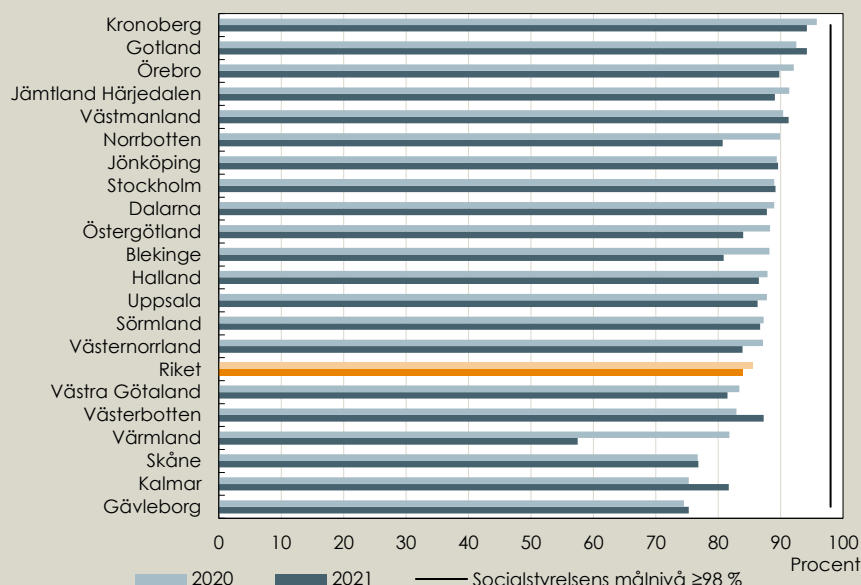
Andel personer med diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren för typ 1-diabetes respektive de senaste tre åren för typ 2-diabetes, uppdelat på åldersgrupp.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 30. Ögonbottenundersökning typ-1 diabetes

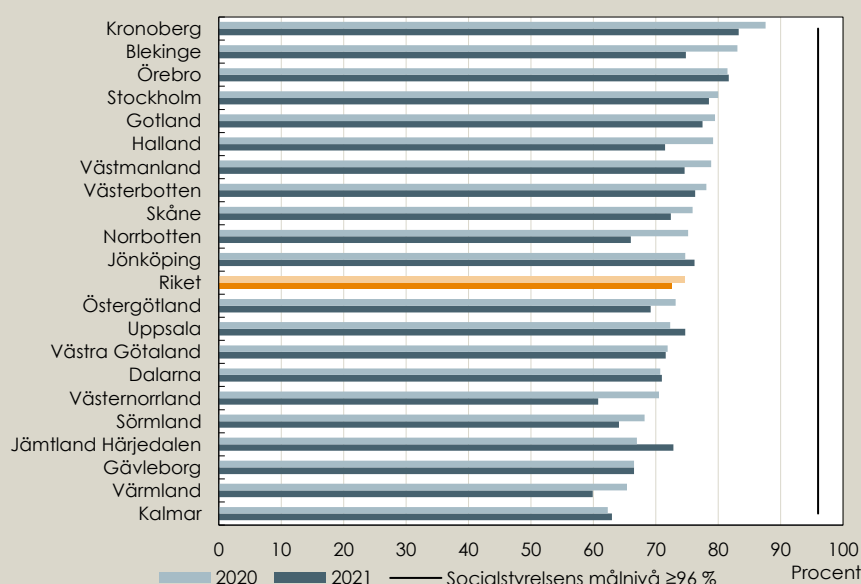
Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Diagram 31. Ögonbottenundersökning typ-2 diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste tre åren.



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).

Två mått på blodsockerkontroll

HbA1c under 52 mmol/mol – god blodsockerkontroll

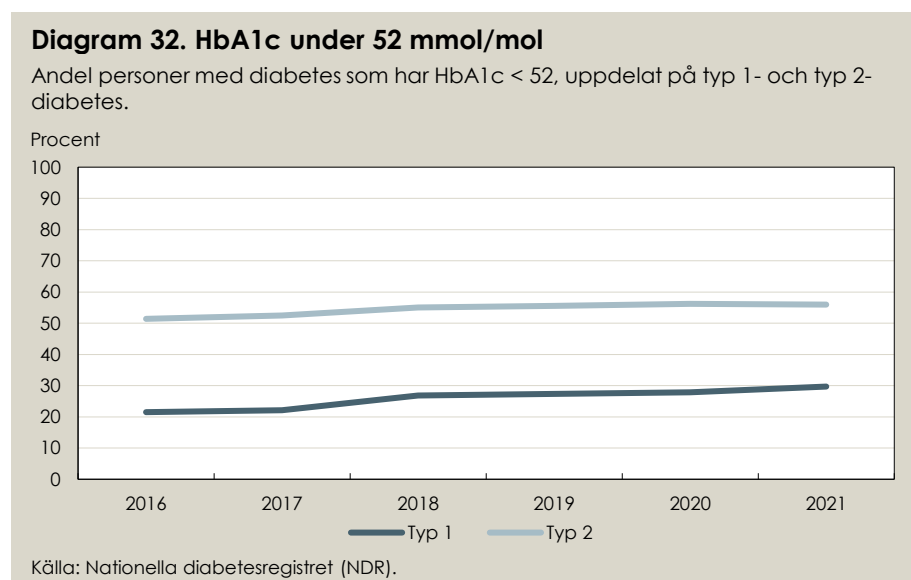
HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur den blodsockersänkande behandlingen har lyckats. En god kontroll av blodsockernivån är avgörande för att minska risken för komplikationer hos perso-

ner med typ 1- och typ 2-diabetes. Ett generellt mått på god blodsockerkontroll är HbA1c under 52 mmol/mol. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [31]. Indikatorn visar andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol.

År 2021 var det 971 fler patienter med typ 2-diabetes och med ett HbA1c-värden under 52 mmol/mol som rapporterades in till Nationella diabetesregistret (NDR) jämfört med 2019 (tabell 6) [5,32]. Motsvarande siffra för typ 1-diabetes var 853 (tabell 5).

Resultaten visar att andelen patienter med HbA1c under 52 mmol/mol sakta har ökat under perioden 2017 till 2021 (diagram 32). Det finns inga skillnader varken när det gäller kön eller mellan åldersgrupper 2021 jämfört med 2020.

I riket ses ingen skillnad mellan 2020 och 2019. Det finns dock regionala skillnader 2021 – från 20 till 36 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 62 till 47 procent när det gäller typ 2-diabetes.



HbA1c över 70 mmol/mol – blodsockerkontroll med hög risk för komplikationer

Otillräcklig glukoskontroll är ett allvarligt hälsotillstånd som medför stor risk för komplikationer, och ett högt HbA1c medför en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. Hälso- och sjukvården bör därför ge stöd till denna patientgrupp. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [31]. Indikatorn visar *andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett rapporterat HbA1c-värde över 70 mmol/mol*.

År 2021 var det 946 färre patienter med typ 2-diabetes och med ett HbA1c-värden över 70 mmol/mol rapporterats in till Nationella diabetesregistret (NDR) jämfört med 2019 (tabell 6) [5,32]. För typ 1-diabetes var det 900 färre (tabell 5).

Värdet för andelen patienter med HbA1c över 70 mmol/mol var relativt stabilt i riket, både för typ1- och typ 2-diabetes 2017–2021 (diagram 33). Det

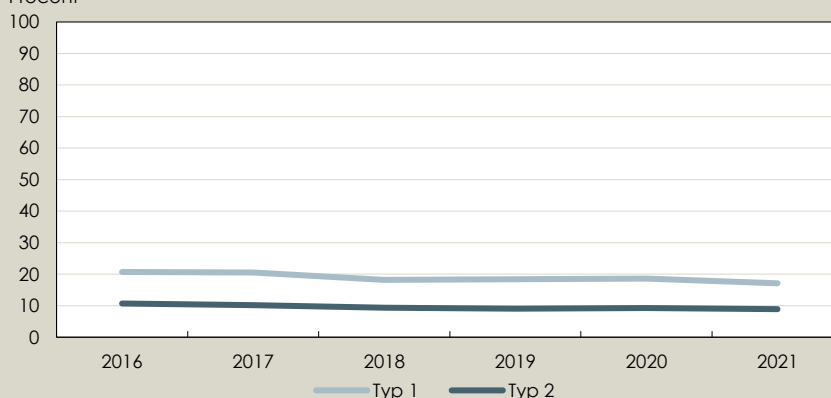
finns inga skillnader mellan varken kön eller mellan åldersgrupper för 2021 jämfört med 2019.

Resultaten visar att det fanns regionala skillnader 2021 – från 14 till 24 procent när det gäller typ 1-diabetes och från 5 till 12 procent när det gäller typ 2-diabetes. Dessa värden visar att nästan alla regioner även 2021 når Socialstyrelsens nationella målnivåer för HbA1c för typ 1-diabetes över 70 mmol/mol (<20 procent) och för typ 2-diabetes (<10 procent) [33].

Diagram 33. HbA1c över 70 mmol/mol, typ1- och 2-diabetes

Andel personer med diabetes som har HbA1c >70, uppdelat på typ 1- och typ 2-diabetes.

Procent



Källa: Nationella diabetesregistret (NDR).



Sammanfattning diabetes

Resultaten visar att diabetesvården har påverkats av covid-19-pandemin. Betydligt färre personer med diabetes var på besök och fick sina kontroller för fotundersökningar och ögonbottenundersökningar genomförda 2021 jämfört med 2019, men under 2021 kan viss återhämtning ses jämfört med 2020, vilket registreringarna i Nationella diabetesregistret (NDR) visar [32].

Även under 2021 har hälso- och sjukvården behövt omprioritera resurser för att klara den ökade belastningen och pandemin har påverkat diabetesvården under hela 2021. Diabetesvården (NDR) ser att resultaten är på väg att återhämta sig till nivåerna före pandemin. Det är viktigt att personer med diabetes genomför sina årliga kontroller för fotundersökning och ögonbottenundersökning. Fotundersökningar är viktiga eftersom de kan förhindra svårsläkta fotsår, långdragna infektioner och i förlängningen amputationer som medför stort lidande och nedsatt livskvalitet. Ögonbottenundersökningar är av stor vikt vid diabetes för att tidigt kunna upptäcka behandlingsbara förändringar i ögonbotten och därmed minska risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten med risk för synpåverkan.

När det gäller kontroll av blodsocker visar resultaten att andelen patienter med HbA1c under 52 mmol/mol sakta har ökat under perioden 2017 till 2021. För HbA1c över 70 mmol/mol var resultaten relativt stabila i riket 2017–2021.

Vård vid endometrios

Endometrios drabbar upp till var tionde kvinna i fertil ålder. Det innebär att ungefär 250 000 kvinnor i Sverige har sjukdomen, men alla har inte svåra symtom. Det första tecknet på endometrios är ofta svår mensvärk. Andra symtom kan vara besvär från urinvägarna, smärta vid tarmtömning, djup samlagssmärta eller ofrivillig barnlöshet. Endometrios orsakar lidande under stora delar av många liv, och sjukfrånvaron kostar samhället mycket pengar.

Ett stort problem är att symtomen ofta misstolkas som symtom på andra sjukdomar. Detta leder inte sällan till att utredningarna inte visar några avvikelser. Svår mensvärk går dock oftast att göra något åt med tidigt insatt behandling.

I de nationella riktlinjerna för vård vid endometrios rekommenderas att hälso- och sjukvården erbjuder planerad kirurgi (även kallad elektiv vård) till personer med endometrios som har smärta trots optimerad behandling och som har indikation för kirurgi [34]. Cirka tre månader efter det kirurgiska ingreppet ska patienten få en uppföljning inom den specialiserade vården.

Under covid-19-pandemin har regionerna pausat en stor del av den elektiva vården. Eftersom endometrioskirurgi i stor uträkning klassas som elektiv vård har denna paus påverkat både tillgänglighet till operation och möjlighet att få adekvat uppföljning efter ingreppet. Indikatorn som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för endometrios har analyserats för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under 2020 och 2021 (tabell 7).

Tabell 7. Indikator endometrios

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Uppföljning efter endometrioskirurgi	494	509	611	178 (36 %)	192 (38 %)	191 (35 %)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorn för endometrios på Socialstyrelsens webbplats.

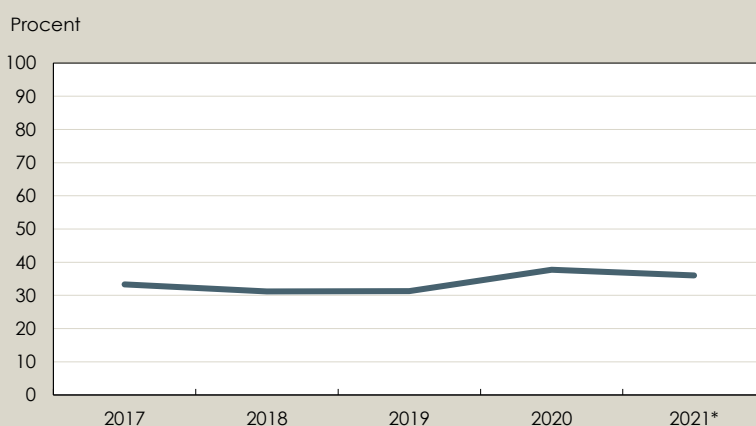
Uppföljning i specialiserad vård efter endometrioskirurgi

En alltför sen uppföljning av behandlingseffekten efter kirurgi kan leda till att patienten får en onödigt lång period med icke-fungerande eller otillräcklig behandling. En alltför tidig uppföljning kan å andra sidan leda till att insatt behandling ännu inte hunnit ge någon effekt och att behandlingen därmed riskerar att felaktigt dömas ut eller leda till olämpliga dosjusteringar. Vid misstänkt eller bekräftad endometrios ger uppföljning av behandlingseffekten cirka tre månader efter kirurgi en ökad trygghet för patienten, samt en bättre möjlighet till optimerad behandling och minskar troligtvis även risken för framtida akuta vårdkontakter. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [34]. Indikatorn visar *andelen av de genomförda endometrioskirurgiska operationer där patienten har följts upp av läkare i öppenvården 2–4 månader efter ingreppet.*

Under covid-19-pandemin har andelen personer som följts upp efter att de genomgått endometrioskirurgi varit stabil, efter en minskning under senare delen av 2020. Andelen är fortfarande låg; endast omkring 40 procent följs upp enligt de nationella riktlinjerna (diagram 34). Antalet operationer har under covid-19-pandemin varit fortsatt låg med endast en marginell minskning, från 509 operationer till 494 operationer. Uppföljningarna har minskat från 192 uppföljningar till 178 uppföljningar, vilket motsvarar nästan åtta procent (diagram 35).

Diagram 34. Uppföljning efter endometrioskirurgi

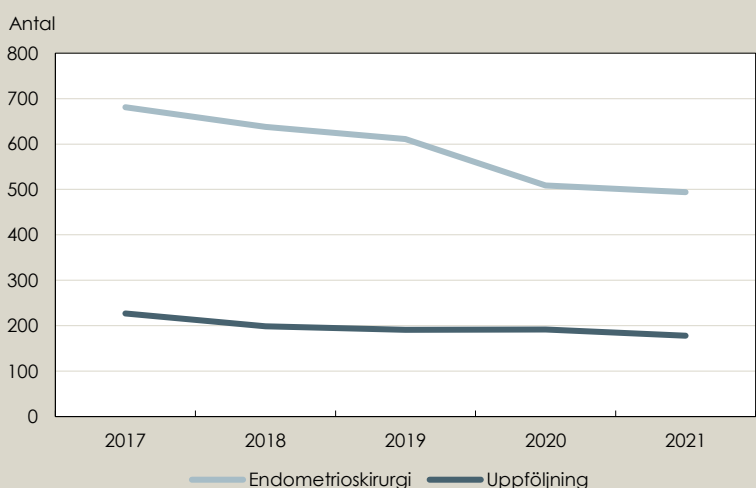
Andel operationer med endometrioskirurgi med uppföljning inom den specialiserade vården 2017–2021.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 35. Antal endometrioskirurgiska ingrepp och uppföljning

Antal personer som genomgått endometrioskirurgi samt haft uppföljningsbesök inom 3 månader i den specialiserade vården, januari till augusti 2017–2021.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



Sammanfattning endometrios

Endometrioskirurgi och uppföljningar efter endometrioskirurgi har minskat med två procentenheter under covid-19-pandemin. Antalet operationer minskade drastiskt i början av pandemin men de som opererades följdes upp i samma utsträckning som tidigare. Senare minskade även uppföljningarna, och andelen stabiliserades på en nivå runt 36 procent. Att endometrioskirurgi minskat beror med stor sannolikhet på att det kan räknas till den elektiva vård som regionerna blivit tvungna att minska på för att klara covid-19-vården.

Vård vid epilepsi

Epilepsi drabbar årligen omkring 5 500 personer och är den vanligaste allvarliga neurologiska sjukdomen. För att kunna ställa rätt diagnos behöver flera faktorer vägas samman, bland annat anamnes, beskrivning av anfall och resultat från en neuroradiologisk och neurofysiologisk undersökning. I Sverige finns omkring 81 000 personer med diagnosen epilepsi.

Epilepsi kan debutera när som helst i livet men risken för att insjukna är högst i tidig barndom och sent i livet. Tillståndet kan innebära en livslång sjukdom som kan påverka livets alla aspekter såsom utbildning, yrkesarbete, rätt till körkort och försäkring, familjebildning, social samvaro och psykiskt välmående. Vid epilepsi är läkemedelsbehandling förstahandsvalet. Läkemedelsbehandlingen är symtomatisk, det vill säga inriktad på symtomet ”epileptisanfall” och inte grundorsaken till anfallen. För en god behandling krävs kontinuerliga uppföljningar. När patienter fått sin diagnos är det viktigt med uppföljning för att kontrollera behandlingen och kontrollera att andra psykosociala och pedagogiska insatser har påbörjats.

Det är av flera skäl viktigt att personer med epilepsi får tidig, individanpassad information om sjukdomen och de behandlingsinsatser som kan erbjudas. Dessutom är diagnostiken ofta svår och kan behöva omprövas. Det samma gäller valet av insatt läkemedel.

Indikatorerna för uppföljning som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid epilepsi har analyserats för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 [35] (tabell 8). Uppföljningarna görs i den öppna specialiserade vården och det finns risk för att denna typ av vård har fått minskade resurser under covid-19-pandemin. Det finns även en risk för att patienter har avstått från uppföljningsbesök av rädsla för att bli smittade.

Tabell 8. Indikatorer epilepsi

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Andel uppföljda vuxna nydiagnostiserade med epilepsi	621	1 366	1 291	258 (42 %)	590 (43 %)	587 (45 %)
Andel uppföljda barn och ungdomar nydiagnostiserade med epilepsi	1 502**	2 963*	3 015	657 (44 %) **	1 288 (43 %) *	1 348 (45 %)

*Data för 2020 redovisas fram till juli 2020.

**Data för 2021 redovisas fram till juni 2021.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för epilepsi på Socialstyrelsens webbplats.

Läkarbesök inom 6 månader från första epilepsidiagnos hos vuxna

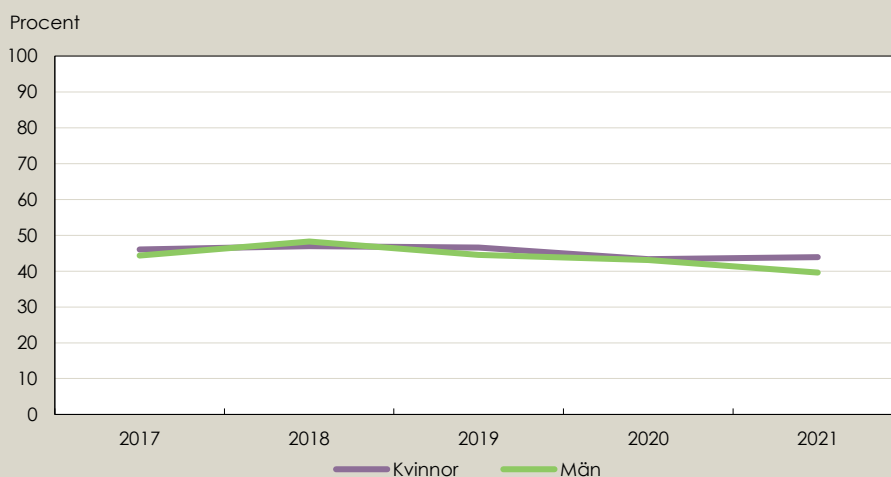
Vuxna patienter med ny epilepsidiagnos bör erbjudas uppföljning av läkare inom sex månader efter diagnos. Under detta uppföljningsbesök går man igång påbörjad behandling och diskuterar patientens livssituation och förutsättningarna för korrekt behandling. Ett syfte är också att ge individen ökad trygghet.

Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [35]. Indikatorn visar *andelen vuxna män och kvinnor som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 6 månader efter epilepsidiagnos*.

Resultaten visar överlag att patienter fått uppföljning i samma utsträckning som tidigare år. Bland män har andelen minskat med ungefär 3 procentenheter och bland kvinnor har den ökat med knappt 1 procentenhet (diagram 36). På grund av för få individer i vissa regioner kan vi inte göra analyser på regionnivå.

Diagram 36. Uppföljning efter epilepsidiagnos

Andel vuxna män och kvinnor som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 6 månader efter epilepsidiagnos.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Läkarbesök inom tre månader från första epilepsidiagnos hos barn och ungdomar

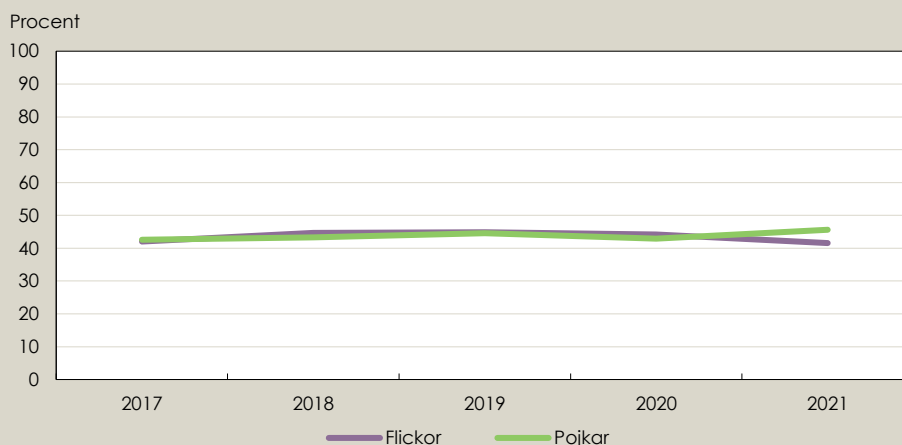
Barn och ungdomar med ny epilepsidiagnos bör erbjudas uppföljning av läkare inom tre månader efter diagnos. För unga med epilepsi är den första tiden efter diagnos ofta omtumlande, och patienterna och deras anhöriga har ett stort behov av få svar på frågor om sjukdomen och dess behandling. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [35]. Indikatorn visar *andelen barn och ungdomar som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 3 månader efter epilepsidiagnos*.

Resultaten visar att under covid-19-pandemin har andelen uppföljningar inom tre månader efter epilepsidiagnos varit stabil mellan 2020 och 2021,

och det finns inga signifikanta skillnader mellan könen i analyserna (diagram 37). På grund av för få individer kan vi inte göra analyser på regionnivå.

Diagram 37. Uppföljning efter epilepsidiagnos

Andel barn och ungdomar som följts upp inom specialiserad vård av läkare inom 3 månader efter epilepsidiagnos.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



Sammanfattning epilepsi

Covid-19-pandemin verkar inte ha påverkat uppföljningarna efter epilepsidiagnostik, vare sig hos barn och ungdomar eller hos vuxna. Det är fortfarande en relativt liten andel patienter i alla åldersgrupper som får uppföljning enligt de nationella riktlinjernas rekommendationer. Patienter som får sin diagnos verkar också följas upp i samma utsträckning som före och i början av covid-19-pandemin. Möjligen var det färre patienter som fick en diagnos 2021, men det har inte analyserats inom detta område.

Hjärtsjukvård

Hjärt- och kärlsjukdom är den mest utbredda sjukdomsgruppen i Sverige, den vanligaste dödsorsaken och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med hjärt- och kärlsjukdom högre risk för att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp om de insjuknar i covid-19 [2]. Akut hjärtinfarkt, som drabbar cirka 25 000 personer varje år i Sverige, är den vanligaste dödsorsaken bland dessa sjukdomar. Vi har därför valt att huvudsakligen fokusera på hjärtinfarkterna i denna redovisning.

Covid-19-pandemin har i flera länder orsakat drastiska förändringar av resursfördelningen som påverkat tillgängligheten och kapaciteten inom hälso- och sjukvården. En minskning av sjukhusinläggningar vid akut stroke och hjärtinfarkt samt uppskjutna elektiva operationer har rapporterats tidigt under covid-19-pandemin från flera länder [36].

Socialstyrelsen publicerade två rapporter under 2020 och 2021 med bland annat statistik över antalet hjärtinfarkter [1,37]. År 2020 var det färre med hjärtinfarkt som vårdades på sjukhus och rapporterades in till nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister, jämfört med tidigare år, särskilt under andra kvartalet. Akut behandling vid hjärtinfarkt gavs dock i samma utsträckning som tidigare år [1,37]. Därför har indikatorerna som är kopplade till akut behandling med reperfusion plockats bort från denna redovisning. Här presenteras indikatorn *fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt*. Från området klaffsjukdom redovisas indikatorn *väntetid till klaffkirurgi*. I redovisningen ingår även det totala antalet fall av hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus och dödlighet efter hjärtinfarkt (tabellerna 9, 10 och 11).

Tabell 9. Indikationer hjärtsjukvård – kranskärlsjukdom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt	8 104	8 112	8 999	1 602 (19,8 %)	1 630 (20,1 %)	2 799 (31,1 %)

Källa: SEPHIA (Swedeheart).

Tabell 10. Indikatorer hjärtsjukvård – dödlighet

Indikator	Antal personer med hjärtinfarkt			Antal och andel avlidna		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Dödlighet efter hjärtinfarkt, 28 dagar	23 801	23 073	25 301	5 230 (22,0 %)	5 249 (22,8 %)	5 732 (22,7 %)
Dödlighet efter hjärtinfarkt, 365 dagar*	23 801	23 073	25 301	7 068 (29,7 %)	7 156 (31,0 %)	7 760 (30,7 %)

*Data för 365-dagarsdödlighet för år 2021 är preliminära. I dessa uppgifter ingår avlidna t.o.m. september 2022, så fall av hjärtinfarkt som inträffade under sista kvartalet 2021 följs inte upp.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregister, Socialstyrelsen.

Tabell 11. Indikator hjärtsjukvård – klaffsjukdom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Väntetid till klaffkirurgi för aortastenosen	1 976	1 698	1 715	1 403 (71,0 %)	1 233 (72,6 %)	1 184 (69,0 %)

Källa: Svenska Hjärtkirurgiregistret, Swentry och SCAAR (Swedeheart).

➔ Läs mer om indikatorerna för hjärtsjukvård på Socialstyrelsens webbplats.

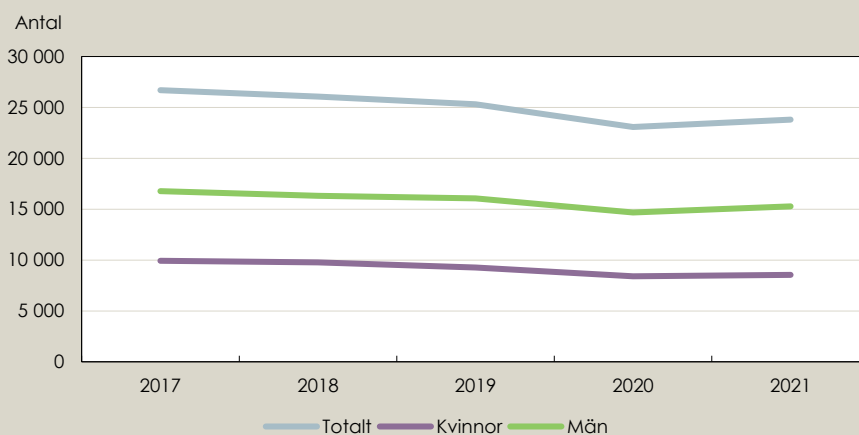
Akut hjärtinfarkt

Antalet fall av hjärtinfarkt

I tidigare redovisningar har Socialstyrelsen rapporterat färre fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus under 2020 jämfört med 2019. Minskningen var mer uppenbar under andra kvartalet 2020, och sammanföll med covid-19 pandemins första våg [1,37]. I patientregistret 2021 registrerades 20 567 sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt hos personer 20 år och äldre jämfört med 19 813 fall året före. Motsvarande antal 2019 var 21 638 fall. Fördelningen mellan könen skiljer sig inte mellan åren, vilket innebär att incidensen av hjärtinfarkt minskade under 2020 för både män och kvinnor och sedan ökade igen 2021 för båda könen (diagram 38). Enligt Socialstyrelsens officiella statistik minskar incidensen av hjärtinfarkt för varje år, men minskningen 2020 var större än förväntat [38]. Detta kan delvis förklara varför ett större antal hjärtinfarkter registrerats under 2021 jämfört med 2020.

Diagram 38. Incidenta fall av hjärtinfarkt

Totalt antal incidenta fall av hjärtinfarkt (I21, I22). Både incidenta fall på sjukhus och i Socialstyrelsens dödsorsaksregister är inkluderade i jämförelsen.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

För patienter som drabbas av hjärtinfarkt är tidigt påbörjad fysisk träning en viktig och effektiv sekundärpreventiv åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt- och kärlsjukdom och minska dödligheten vid hjärtsjukdom. Fysisk träning har positiv inverkan på riskfaktorena, oavsett ålder eller kön. Indikatorn *fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt* speglar hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser vid hjärtinfarkt.

Indikatorn mäter personer med hjärtinfarkt som vid första uppföljningen 6–10 veckor efter infarkten börjat delta i ett fysiskt träningsprogram inom specialiserad hjärtrehabilitering. Enligt Socialstyrelsens tidigare fastställda nationella målnivå borde andelen som får insatsen vara minst 60 procent.

Andelen personer som får insatsen har stadigt minskat under de senaste fem åren, från 44 procent i början av 2017 till 20 procent vid slutet på 2021. Covid-19-pandemins första våg under andra kvartalet 2020 orsakade en kraftig minskning, med närmare 20 procentenheter, jämfört med det första kvartalet (diagram 39). Därefter har andelen som får insatsen ökat något. Inga större skillnader finns mellan könen i andelen som får fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt. Diagram 40 visar den procentuella förändringen i andelen som fått insatsen i varje region, i förhållande till 2019 års värde för den regionen. Under 2020 minskade andelen som påbörjat fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt i 18 av 21 regioner. Minskningen var 4–24 procentenheter. För de allra flesta regioner var andelen 2021 lägre eller mycket lägre än 2019 (diagram 40).

Diagram 39. Fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

Andel personer som deltar/deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering vid första uppföljningen 6-10 veckor efter hjärtinfarkt. Avser personer under 80 år.

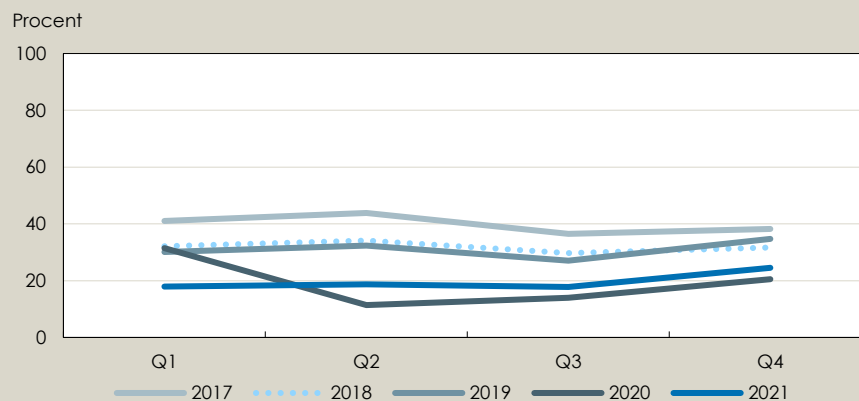
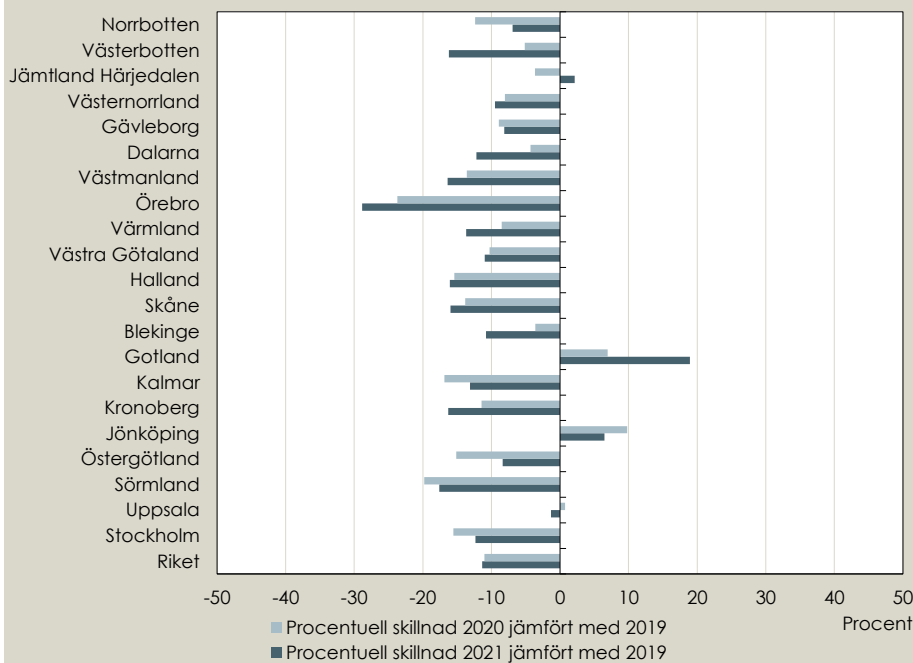


Diagram 40. Fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

Diagrammet visar den procentuella förändringen i andelen som fått insatsen i varje region i förhållande till 2019 års värde för den regionen. Stapeln till vänster om mittlinjen indikerar ett svagare resultat medan stapeln till höger ett starkare resultat.



Dödlighet efter hjärtinfarkt

Letaliteten, det vill säga andelen som dör till följd av hjärtinfarkt, har minskat över tid [38]. Var fjärde person som får hjärtinfarkt dör inom 28 dagar, och drygt 15 procent dör samma dag. Bland sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt är dödligheten inom 28 dagar cirka 10 procent [38].

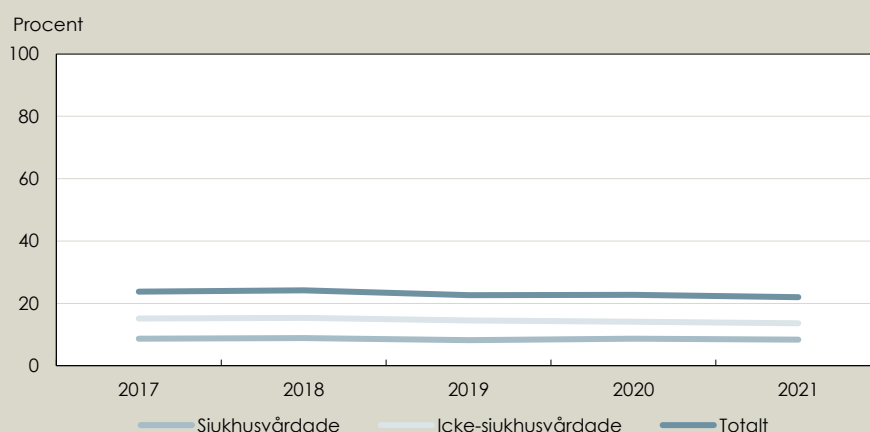
Tidigt under covid-19-pandemin minskade antalet sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt [1,37]. Orsaken är fortfarande oklar, men till viss del kan den bero på att färre sökte vård för hjärtinfarkt. Om patienter med lindriga symptom väntar med att söka vård för potentiellt allvarliga tillstånd såsom stroke och hjärtinfarkt, kan det inte sällan leda till allvarliga plötsliga effekter, funktionsnedsättning eller död. Att snabbt söka vård och få vård i tid kan alltså minska dödligheten och risken för funktionsnedsättning efter hjärtinfarkt. Risken för att dö inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt är ett internationellt etablerat resultatmått på vårdens förmåga att klara det akuta omhändertagandet. Dödligheten inom 365 dagar speglar även hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser vid hjärtinfarkt.

År 2021 avled 22 procent inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, jämfört med 23 procent 2020 och 2019. Dödligheten bland sjukhusvårdade var cirka 9 procent under de tre åren. Dödligheten efter icke-sjukhusvårdad hjärtinfarkt fortsatte att minska (diagram 41). Andelen som avled inom 365 dagar efter hjärtinfarkt var 29,7 procent 2021 jämfört med 31 procent 2020 och 2019. Dödligheten inom 365 dagar fortsätter att minska långsamt, för både sjukhusvårdad och icke-sjukhusvårdad hjärtinfarkt (diagram 42). Andelen har varit högre för män än för kvinnor men skillnaden har successivt minskat.

Drygt 30 procent av alla hjärtinfarkter som registreras i det svenska registret för hjärtintensivvård (Riks-HIA) är så kallade ST-höjningsinfarkter, det vill säga hjärtinfarkter med påvisad ST-höjning på EKG. Sådana infarkter är allvarligare i det akuta skedet och varje minut är viktig när det gäller att återställa blodflödet, så kallad reperfusionsbehandling. Dödligheten inom 28 eller 365 dagar efter sjukhusvårdad ST-höjningsinfarkt var på samma nivå 2017–2021.

Diagram 41. Dödlighet efter hjärtinfarkt, 28 dagar

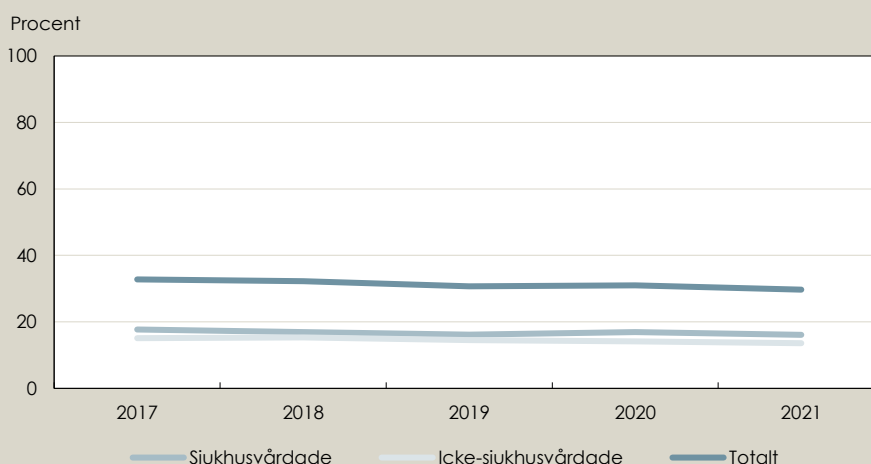
Andel personer som avlidit 0-27 dagar efter hjärtinfarkt, uppdelat på de som avlidit utanför sjukhus och de som sjukhusvårdats.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 42. Dödlighet efter hjärtinfarkt, 365 dagar

Andel personer som avlidit 28-365 dagar efter hjärtinfarkt, uppdelat på de som avlidit utanför sjukhus och de som sjukhusvårdats.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Elektiv kirurgi vid klaffsjukdom

Klaffsjukdom är ett patologiskt tillstånd i någon av hjärtats fyra klaffar. Klaffarna fungerar som ventiler som hindrar blodet från att pumpas i fel riktning. Vid klaffsjukdom finns en förträngning (stenos) eller ett läckage (insufficiens) på en eller flera hjärta-klaffar vilket leder till att för lite syresatt blod pumpas ut i kroppen. Klaffel kan drabba människor i alla åldrar. Prevalensen är cirka två procent av dem som är över 65 år och cirka fem procent av dem som är över 80 år. Fler män än kvinnor drabbas.

Aortastenos – en förträngning i aortaklaffen – är den vanligaste klaffsjukdomen hos vuxna. Personer med aortastenos har en ökad belastning på hjärtat. Uttalade symtom i form av andfåddhet, svimning, bröstsmärtor och/eller nedsatt pumpförmåga hos hjärtat är indikation för att den sjuka klaffen bör repareras eller bytas ut. Vid allvarlig förträngning av aortaklaffen kan en operation vara direkt livräddande, förlänga livet och leda till en god livskvalitet. Sjukdomsutvecklingen är individuell men även vid stabil sjukdom kan en oskäligen väntan på operation vara psykiskt påfrestande för patienten. Enligt vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska patienten inte behöva vänta på operation längre än 90 dagar från diagnosdatum då beslut om åtgärd fattas.

Indikatorn *väntetid till klaffkirurgi* visar andelen personer med aortastenos som genomgår en klaffoperation inom 90 dagar efter att de genomgått preoperativ utredning. Med klaffoperation avses både hjärta- och TAVI-vård (kateterburen aortaklaffimplantation).

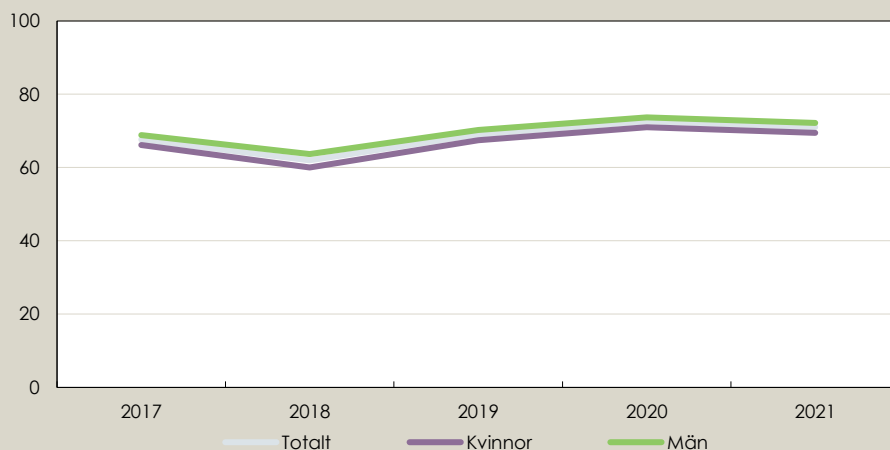
Under 2021 genomfördes totalt 1 976 klaffingrepp i riket, jämfört med 1 698 ingrepp 2020 och 1 715 ingrepp 2019 (tabell 11). År 2021 genomfördes 71 procent inom 90 dagar. Andelen ingrepp som genomfördes inom 90 dagar var högre 2020 och 2021, jämfört med 2019 (diagram 43). Andelen ingrepp som genomförs inom vårdgarantin är högre för hjärta- och TAVI-vård (diagram 44). Resultaten visar att under covid-19-pandemin har

en lika hög eller högre andel personer med aortastenos opererats inom målsatt tid i riket. Resultaten varierar dock mellan sjukvårdsregioner (diagram 45). Andelen män med klaffoperation inom målsatt tid är något högre än andelen kvinnor. Denna fördelning mellan könen har varit konstant under de senaste fem åren (diagram 43).

Diagram 43. Väntetid till klaffkirurgi för aortastenos

Andel kirurgiska ingrepp vid aortastenos (både hjärtkirurgi och TAVI-vård) som utfördes inom 90 dagar från preoperativ utredning.

Procent

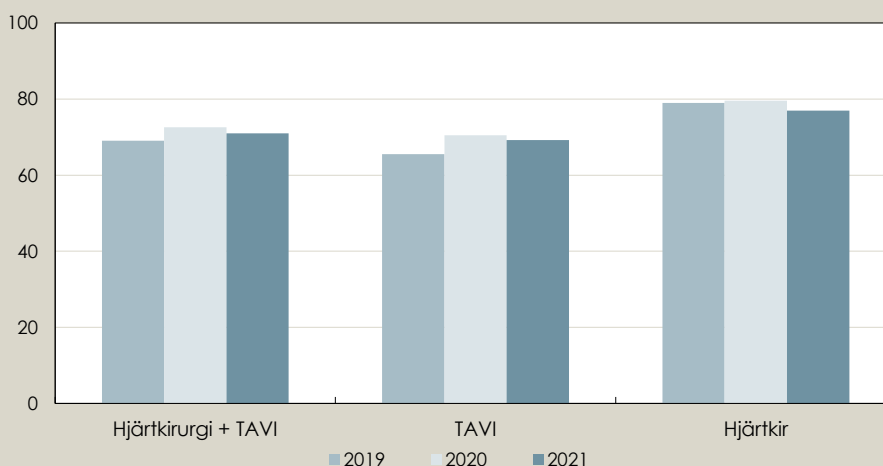


Källa: SWEDHEART (Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY och SCAAR).

Diagram 44. Väntetid till klaffkirurgi

Andel kirurgiska ingrepp vid aortastenos som utfördes inom 90 dagar från preoperativ utredning, uppdelat på hjärtkirurgi och TAVI-vård.

Procent

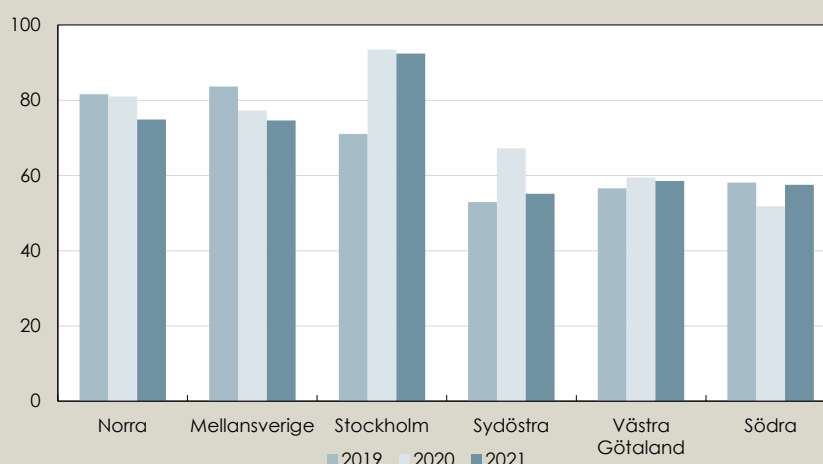


Källa: SWEDHEART (Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY och SCAAR).

Diagram 45. Väntetid till klaffkirurgi för aortastenosis

Andel kirurgiska ingrepp vid aortastenosis (både hjärtkirurgi och TAVI-vård) som utfördes inom 90 dagar från preoperativ utredning.

Procent



Källa: SWEDHEART (Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY och SCAAR).



Sammanfattning hjärtsjukvård

Under pandemins första våg registrerades färre fall av hjärtinfarkt, och det totala antalet 2020 var lägre än förväntat med hänsyn till den minskade incidens-trenden under de senaste åren. Detta kan delvis förklara varför ett större antal hjärtinfarkter registrerades 2021 jämfört med 2020. Orsakerna till ett minskat antal hjärtinfarkter 2020 är fortfarande okända. Ett skäl kan vara att personer avstått från att söka vård för hjärtinfarkt när antalet fall av covid-19 var som högst. Men för patienter med lindriga symtom på potentiellt allvarliga tillstånd såsom stroke och hjärtinfarkt, kan en väntan att uppsöka vård inte sällan leda till allvarliga plötsliga effekter, funktionsnedsättning eller död. Covid-19-pandemin kan också ha orsakat en minskad incidens av hjärtinfarkt på grund av den sociala distanseringen, vilken minimerat förekomsten av influensa och andra riskfaktorer som ökar risken för hjärtinfarkt [39]. Hitills kan man konstatera att pandemin inte har påverkat dödligheten efter hjärtinfarkt.

År 2020 orsakade pandemin en kraftig minskning i andelen som fått insatsen fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt, särskilt under andra kvartalet. Därefter har andelen börjat öka långsamt men ligger fortfarande på låg nivå jämfört med före pandemin och jämfört med den eftersträvarsvärda nivån på minst 60 procent¹. Enligt Swedehearts årsrapport 2021 minskade andelen hjärtinfarktpatienter som följdes upp i det nationella kvalitetsregistret för sekundärprevention efter hjärtinfarkt (SEPHIA). Minskningen var tydligare när det gäller den första uppföljningen, 6–10 veckor efter hjärtinfarkt [40]. Minskningen i andelen uppföljda kan ha påverkat resultaten för indikatorn *fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt*.

¹ Socialstyrelsens tidigare nationell målnivå och målnivån i SWEDHEART, som är i princip lika.

Resultaten visar också att elektiva kirurgiska ingrepp vid aortastenos i hög utsträckning har utförts inom vårdgarantin. Samtidigt har väntetiden till klaffkirurgi påverkats på olika sätt i sjukvårdsregionerna.

Vård vid missbruk och beroende

Omkring 780 000 personer över 18 år missbrukar alkohol, varav 330 000 har ett beroende [41]. Alla söker dock inte vård för sitt missbruk eller beroende. Cirka 80 000 personer har ett tungt alkoholmissbruk, enligt skattningar av antalet personer med diagnos som har vårdats i slutenvård eller specialiserad öppen vård.

Samsjuklighet och somatiska problem är vanligt hos personer med missbruksdiagnos, och samsjuklighet innebär ökad risk för ett sämre förlopp. Därför är det viktigt att uppmärksamma samsjuklighet och att behandla båda tillstånden samtidigt. Hög dödlighet kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom både den psykiatriska och den somatiska vården.

Covid-19-pandemin kan ha inneburit risk för att patienter med alkoholmissbruk inte kommit i kontakt med vården, vilket kan leda till att de inte får behandling. Den ökade belastningen på den specialiserade vården kan också medföra svårigheter att identifiera de svårast sjuka patienterna.

Så länge covid-19-pandemin pågår är det viktigt att uppmärksamma behoven hos personer med missbruk och beroende. Den pågående pandemin har pressat välfärdssystemet hårt. Det är för tidigt att se de långsiktiga konsekvenserna, men Socialstyrelsen bevakar löpande effekterna. Särskilt viktigt är det att uppmärksamma behoven hos grupper som redan tidigare är utsatta.

Indikatorerna som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende har analyserats för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 [41] (tabellerna 12 och 13).

Tabell 12. Indikator missbruk och beroende – läkemedelsbehandling

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2021	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2020	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2019	Uthämtade läkemedel till och med 2021	Uthämtade läkemedel till och med 2020	Uthämtade läkemedel till och med 2020
Behandling med disulfiram, akamprosot eller naltrexon vid beroende av alkohol	27 397	27 293	27 650	8 291 (30,4%)	8 501 (31,1%)	8 699 (31,3%)

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 13. Indikator missbruk och beroende – dödlighet

Indikator	Antal aktuella för utfall			Antal och andel personer som ingått i populationens utfall		
	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2021	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2020	Antal personer med vårdtillfälle 12 månader före utfall 2019	Dödlighet till och med 2021	Dödlighet till och med 2020	Dödlighet till och med 2020
Dödlighet bland vårdade med alkohol*-respektive narkotikadiagnos**	38 914* 30 748**	39 492 32 370	39 896 31 970	2 144 (5,4%) 756 (1,7 %)	2 092 (5,3 %) 912 (2,1 %)	2 048 (5,2%) 916 (2,0%)

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för missbruk och beroende på Socialstyrelsens webbplats.

Behandling med disulfiram, akamprosats eller naltrexon vid alkoholberoende

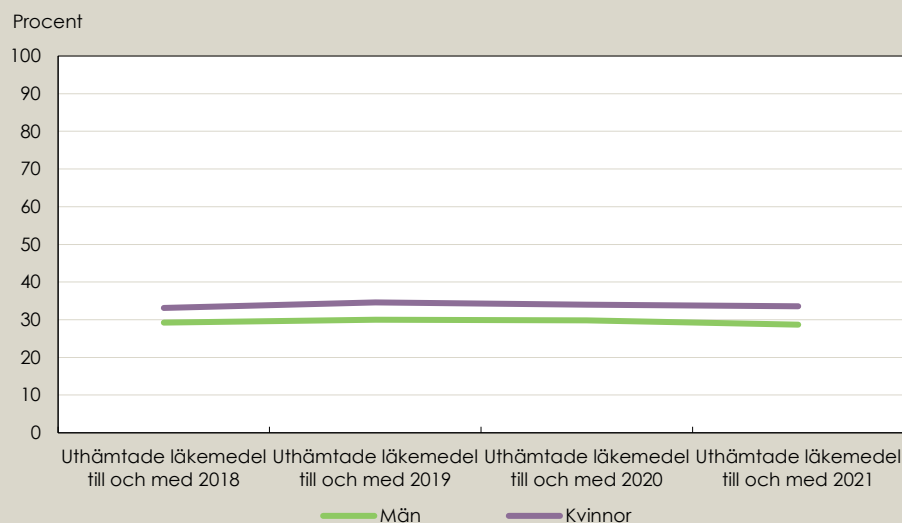
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska för att på så sätt minska de problem och skador som en hög konsumtion medför. Hälso- och sjukvården behandlar personer med alkoholberoende med disulfiram, akamprosats eller naltrexon.

Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [41]. Indikatorn visar *antal personer 18 år och äldre som hämtat ut alkoholläkemedel 12 månader efter vårdtillfälle med diagnosen alkoholberoende*.

Resultaten visar att covid-19-pandemin 2020 och 2021 inte hade någon påverkan på andelen personer med alkoholberoende som hämtade ut läkemedel mot alkoholberoende. Endast en halv procentenhet färre personer hämtade ut läkemedel under andra hälften av pandemin (tabell 13). Det är fortfarande vanligare att kvinnor hämtar ut läkemedel mot beroende än att män gör det (diagram 46).

Diagram 46. Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende

Antal personer 18 år och äldre som hämtat ut alkoholläkemedel 12 månader efter ett vårdtillfälle med diagnosen alkoholberoende.



* Axelrubriken visar året för andel uthämtade läkemedel inom 12 månader efter vårdtillfälle.

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Dödlighet bland vårdade med diagnos kopplad till alkohol- eller narkotika

Indikatorn visar *dödlighet oberoende av dödsorsak 365 dagar efter senaste vårdtillfälle med missbruksdiagnos*. Hög dödlighet kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom både psykiatrisk och somatisk vård.

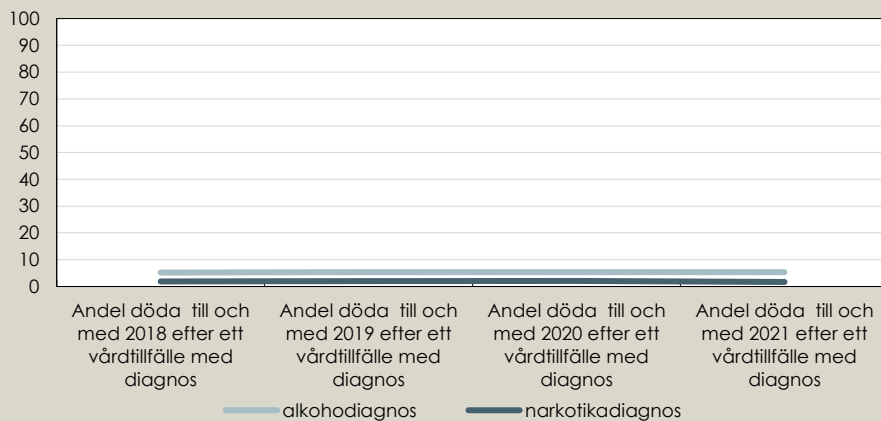
Resultaten visar inga skillnader under covid-19-pandemin. Det är omkring 5 procent av patienterna med missbruksdiagnos kopplat till alkoholbesvär som dör inom 365 dagar efter senaste vårdtillfället i den specialiserade vården för alkoholmissbruk (diagram 47). De regionala skillnaderna är bara 3 procentenheter mellan regionerna och mellan åren.

För personer med narkotikamissbruk är resultaten liknande. Knappt 2 procent dör inom 365 dagar efter sitt senaste vårdtillfälle. Det är en minskning med en halv procentenhet jämfört med början av covid-19-pandemin. Dessa nivåer har varit stabila över tid. Det finns inte heller några regionala skillnader mellan åren. I regionen med störst skillnad mellan åren handlar det om 1,5 procentenheter.

Diagram 47. Dödlighet bland vårdade med alkohol eller narkotikadiagnos

Dödlighet oberoende av dödsorsak inom 365 dagar efter senaste vårdtillfälle med alkohol- eller narkotikadiagnos.

Procent



*Axelrubriken visar året för diagnos och värdet visar död inom 365 dagar.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



Sammanfattning missbruk och beroende

Resultaten visar ingen påverkan av covid-19-pandemin, vare sig i indikatorn eller i antalet personer som är aktuella för de insatser som indikatorerna gäller. Antalet patienter som behandlats i den specialiserade vården med diagnos kopplad till alkoholbesvär var oförändrat 2018 och under covid-19-pandemin 2020 och 2021.

Resultaten för indikatorerna om missbruk och beroende är relativt konstanta över tid. När det gäller läkemedelsbehandling vid alkoholberoende gäller uppföljningen uthämtade läkemedel för patienter som vårdats inom den specialiserade vården med diagnos kopplad till alkoholbesvär. Vi kan dock inte avgöra huruvida dessa personer faktiskt tar sina läkemedel, vilket skulle ha kunnat påverkas av covid-19-pandemin 2020 och 2021.

Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom

Multipel skleros (MS)

Multipel skleros (MS) är en kronisk autoimmun sjukdom som innebär att områden i det centrala nervsystemet (hjärnan och ryggmärgen) påverkas när immunsystemet angriper den egna nervvävnaden. Beroende på var den aktuella inflammationshärden uppstår, kan inflammationen orsaka funktionsnedsättningar. Orsaken till MS är okänd. Sjukdomsförloppet kan variera mellan olika personer, men i början är det vanligt med övergående neurologiska symtom, så kallade skov. Symtomen går spontant helt eller delvis tillbaka mellan skoven. Omkring 10–20 procent av alla patienter får långsamt tilltagande neurologiska symtom utan skovvisa perioder. Denna form kallas primärprogressiv MS. Utan behandling får de allra flesta personer med skovvis MS en gradvis försämring av sina neurologiska besvär, vilket kallas sekundärprogressiv MS.

I Sverige insjuknar närmare 1 000 personer varje år i MS. Ungefär dubbelt så många kvinnor som män drabbas. Sjukdomen kan drabba personer i alla åldrar, men det är ovanligt att den debuterar före 15 års ålder och efter 60 års ålder [42]. De flesta med MS är 45–64 år, men många är också yngre. Endast en liten andel är 75 år eller äldre [43]. Totala antalet personer med MS var cirka 22 200 utifrån Socialstyrelsens täckningsgradsberäkning av kvalitetsregister baserat på 2019 [44]. MS-registret i Svenska neuroregister [45] har en täckningsgrad på cirka 80 procent för 2019 [46]. Baserat på den senaste prevalensbedömningen (2019) beräknar MS-registret att täckningsgraden för kvalitetsregistret är cirka 84 procent för 2021 [46]. Ett urval av indikatorer från de nationella riktlinjerna för MS har analyserats för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 (tabell 14).

Tabell 14. Indikatorer multipel skleros (MS)

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Årligt besök hos läkare inom specialistvården	18 746	18 399	17 843	12 042 (64,2 %)	11 901 (64,7 %)	12 926 (72,4 %)
Regelbundna MR-kontroller	10 664	10 277	9 895	7 509 (70,4 %)	7 494 (73,0 %)	7 301 (74,0 %)

Källa: Patientregistret Socialstyrelsen, Svenska neuroregister / MS-registret.

➔ Läs mer om indikatorerna för MS på Socialstyrelsens webbplats.

Årligt besök hos läkare inom specialiserad vård vid MS

Sjukdomsaktiviteten behöver övervakas kontinuerligt för att kunna bestämma när sjukdomsmodifierande behandling (specifika läkemedel för att förhindra att de skadliga inflammationerna uppstår) ska sättas in eller ändras. Uppfölj-

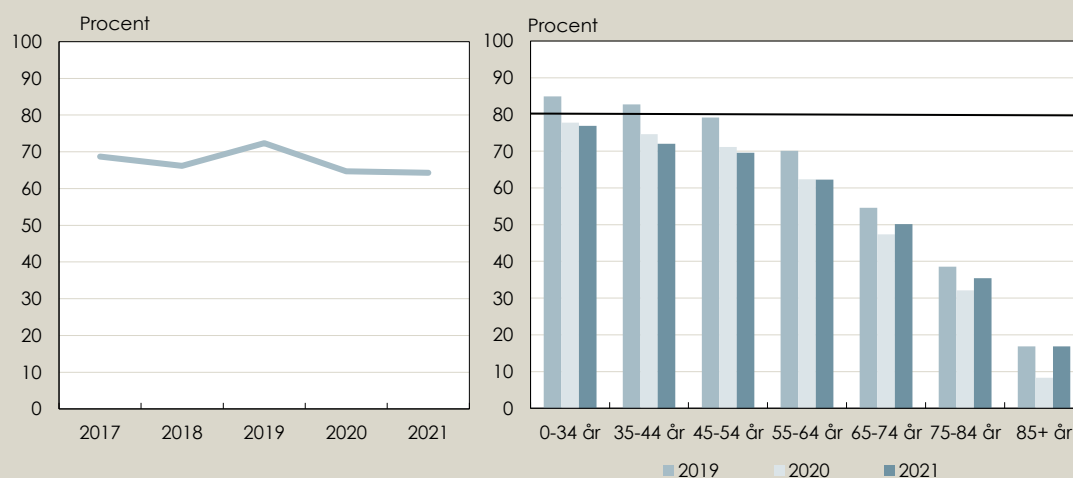
ningen är också nödvändig för att kunna erbjuda bästa möjliga symtomlindrande behandling. Återkommande undersökningar av läkare med betydande erfarenhet av MS är en förutsättning för att patienterna ska få rätt sjukdomsmodifierande och symtomlindrande behandling. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [42]. Indikatorn visar *andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året* [47]. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 80 procent [48].

Resultatet visar att andelen läkarbesök var cirka 64 procent 2020 och även 2021. Andelen läkarbesök har stabiliserats för senaste året, men jämförelse med 2019 visar att andelen läkarbesök minskat totalt med cirka 8 procentenheter (diagram 48 och tabell 14).

Det finns inga tydliga skillnader mellan män och kvinnor. Åren 2020–2021 ökade andelen med minst ett läkarbesök i gruppen 65 år och äldre (diagram 48). Den nationella målnivån på minst 80 procent uppnåddes inte för någon åldersgrupp 2021, men 2019 uppnåddes den för gruppen 44 år och yngre. Det finns en viss variation mellan regionerna, men 2021 var det ingen som uppnådde målnivån (diagram 49).

Diagram 48. Årligt besök hos läkare inom specialistvården

Andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialistvården under det senaste året.

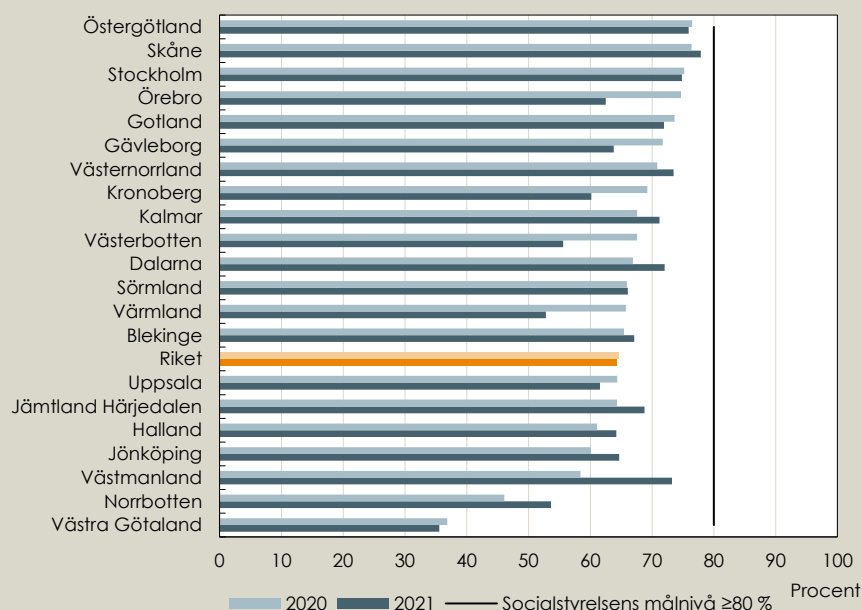


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

* Strecket indikerar Socialstyrelsens målnivå $\geq 80\%$

Diagram 49. Årligt besök hos läkare inom specialistvården

Andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialistvården under det senaste året.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Regelbundna MR-kontroller vid MS

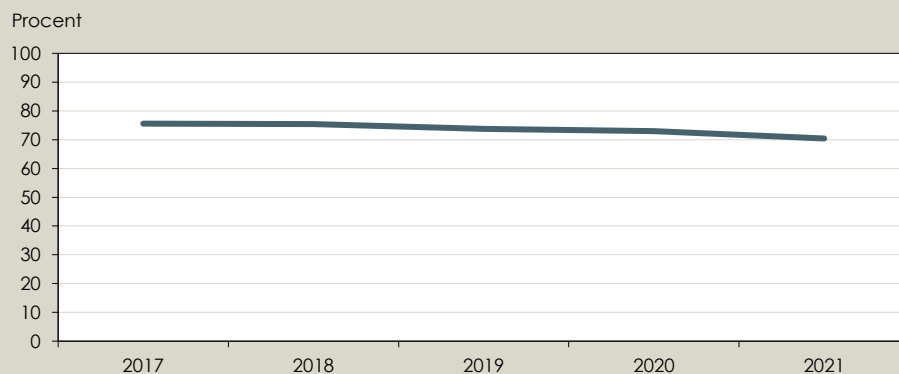
Magnetkameraundersökning (MR) är en viktig del i behandlingsuppföljningen vid MS. Regelbundna MR-undersökningar är en förutsättning för att vården ska kunna följa sjukdomens utveckling och vid behov justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. Uppföljningen behöver dock inte ske varje år för personer vars MR-undersökningar inte visat några förändringar under de senaste 3–5 åren och som fått samma behandling under tiden. Sjukdomsaktiviteten avtar med åren, vilket gör att äldre personer vanligtvis inte har samma behov av regelbundna MR-undersökningar. De flesta personer med skovvis MS som är yngre än 60 år bör dock genomgå regelbundna MR-undersökningar för att följa sjukdomens utveckling och vid behov justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. Eftersom MR-kontroller har hög prioritet i de nationella riktlinjerna [42] valdes denna indikator för att följa om andelen MR-undersökningar förändrats under covid-19-pandemin. Indikatorn visar *andelen personer med skovvist förloppande MS som är yngre än 60 år och som har genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) under de senaste två åren* [47].

Resultatet visar en successiv minskning under tidsperioden 2017–2021 (diagram 50). Vid jämförelse av 2021 var andelen 70,4 procent jämfört med 73,0 procent 2020 (tabell 14). Minskningen gäller oavsett åldersgrupp (diagram 51). Andelen personer i åldersgruppen 45–59 år som genomgår MR-undersökning har minskat vid jämförelse med den yngre åldersgrupper åren 2021 och 2020.

Det finns inga tydliga skillnader när det gäller fördelning mellan män och kvinnor. Socialstyrelsen har för regelbundna MR-kontroller fastställt den nationella målnivån till minst 80 procent [48]. På rikets nivå har inte målnivån uppnåtts varken 2020 eller 2021. Resultaten visar att 5 av 21 regioner når målnivån, men det finns skillnader mellan regionerna (diagram 52).

Diagram 50. Regelbundna MR-kontroller

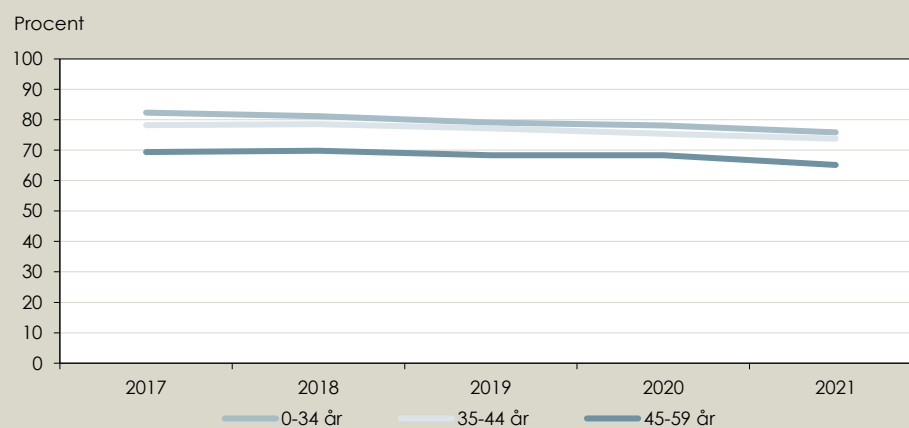
Andelen personer med skovvis MS yngre än 60 år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren.



Källa: Svenska neuroregister, MS-registret.

Diagram 51. Regelbundna MR-kontroller

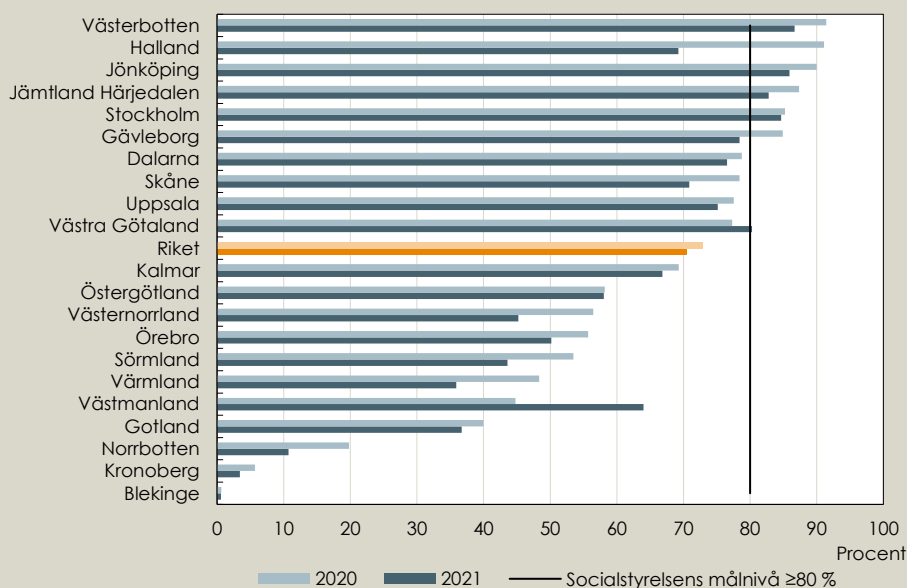
Andelen personer med skovvis MS yngre än 60 år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren, uppdelat på åldergrupper.



Källa: Svenska neuroregister, MS-registret.

Diagram 52. Regelbundna MR-kontroller

Andelen personer med skovvis MS yngre än 60år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren.



Källa: Svenska neuroregister, MS-registret.

Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom är en kronisk neurologisk sjukdom som innebär att nervceller som tillverkar dopamin förstörs. Det leder till att hjärnan får svårare att kontrollera nervsignaler som styr kroppens rörelser, men även icke motoriska symtom kan förekomma. I Sverige finns 18 000–20 000 personer med Parkinsons sjukdom. Fler män än kvinnor insjuknar, men till följd av kvinnors högre medellivslängd är antalet män och kvinnor med sjukdomen ungefär detsamma. De flesta insjuknar i 65-årsåldern, men för 3–5 procent förekommer det även att motoriska symtom uppstår redan före 40 års ålder [42, 43]. Ett urval av indikatorer från de nationella riktlinjerna för Parkinsons sjukdom har analyserats för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 [43,47] (tabell 15).

Tabell 15. Indikatorer Parkinsons sjukdom

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom	16 640*	16 506*	16 102*	666 (4,0 %)	703 (4,3 %)	715 (4,4 %)
Årligt besök hos läkare inom specialistvården	16 640	16 505	16 100	11 576 (70,0 %)	10 842 (65,4 %)	11 393 (70,8 %)

*Det är svårt att bedöma hur många som är aktuella för insatsen därav anges den totala populationen.
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för Parkinsons sjukdom på Socialstyrelsens webbplats.

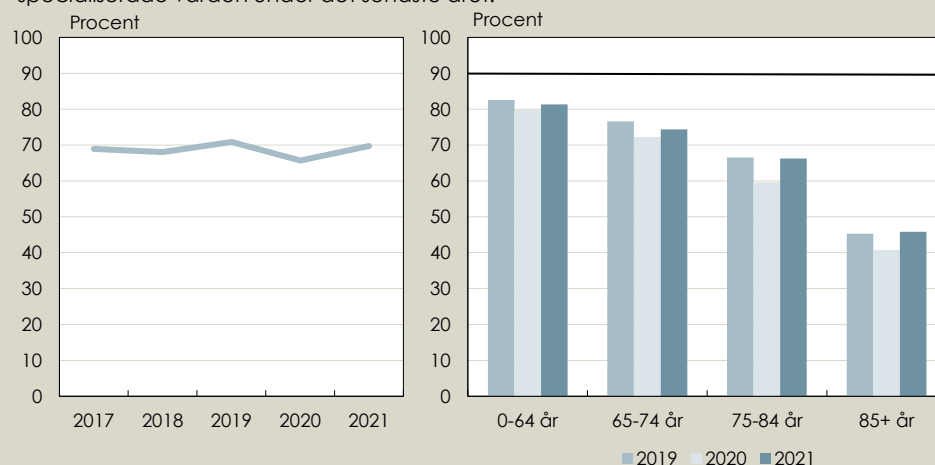
Årligt besök hos läkare inom specialistvården vid Parkinsons sjukdom

Det finns ingen botande behandling för Parkinsons sjukdom. Däremot finns symtomlindrande behandlingar med stor effekt på funktion och välbefinnande. Behandlingen blir alltmer komplex ju längre sjukdomen fortskrider. Grunden för en god vård är ett kontinuerligt och individanpassat omhändertagande med återkommande undersökningar av läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [42,43]. Indikatorn visar *andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året* [47]. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 90 procent [48]. Resultatet visar på rikets nivå att andelen personer som fått minst ett läkarbesök 2021 är cirka 70 procent. Under åren 2017–2019 var andelen relativt jämn på cirka 70 procent, därefter minskade andelen med cirka 5 procentenheter 2020. Resultatet visar att andelen 2021 åter är i linje med 2017–2019 års resultat. Andelen årliga läkarbesök har ökat, det är inte någon skillnad för män och kvinnor utan resultatet innefattar båda grupperna (diagram 53).

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som har haft ett läkarbesök inom den specialiserade öppenvården varierar mellan olika åldersgrupper. Under 2017–2020 minskade besöksfrekvensen successivt med stigande ålder. År 2020–2021 ökade andelen för alla åldersgrupperna, men mest för gruppen 75 år och äldre (diagram 53).

Diagram 53. Årligt besök hos läkare inom specialistvården

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.



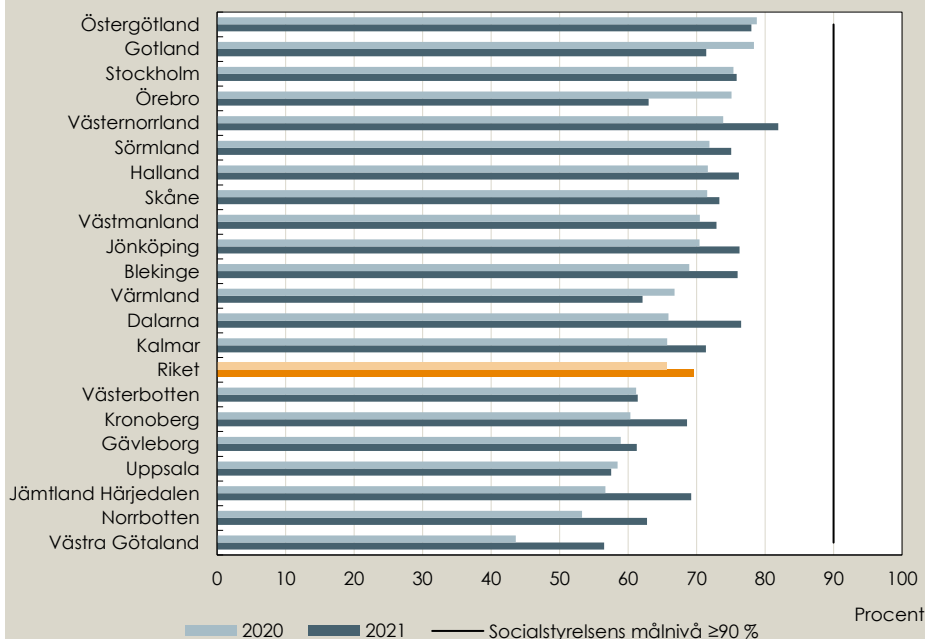
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

* Strecket är Socialstyrelsens målnivå ≥ 90 %.

Andelen personer som gjort ett årligt läkarbesök varierar mellan regionerna – från 57 till 82 procent 2021. Det är ingen region som uppnår den nationella målnivån på minst 90 procent. I de flesta regionerna ökade andelen läkarbesök under 2021, men i ett par regioner minskade andelen läkarbesök under den fortsatt pågående pandemin (diagram 54).

Diagram 54. Årligt besök hos läkare inom specialistvården

Andelen personer med parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom

All behandling vid Parkinsons sjukdom är symtomlindrande. Det finns ännu ingen sjukdomsmodifierande behandling som kan upphäva eller dämpa nervcells bortfallet. Däremot kan tidig insättning av dopaminriktad behandling minska både motoriska och icke-motoriska symtom som kan uppstå som en konsekvens av sjukdomen. Valet av behandling påverkas av sjukdomens skede. I ett tidigt skede går det i många fall att uppnå en god symtomlindrande effekt med hjälp av enbart läkemedel. Om personen har stora variationer i rörelseförmåga – så kallade motoriska fluktuationer – kan det till sist bli aktuellt med avancerad behandling i form av djup hjärnstimulering (Deep Brain Stimulation, DBS) eller pumpbehandling med levodopa-karbidopa eller apomorfin.

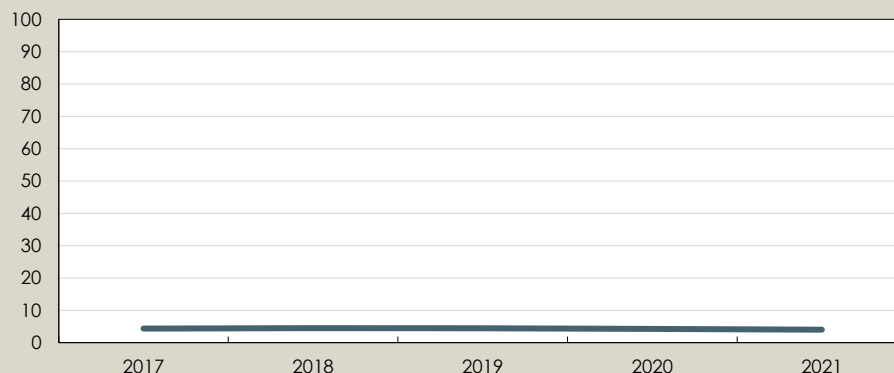
Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [42]. Indikatorn visar *andelen personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med avancerad behandling* [47]. Resultatet visar för riket 2021 att cirka 4 procent av personerna med Parkinsons sjukdom fick avancerad behandling. Trots pandemin finns inte någon nämnvärd skillnad över tidsperioden 2017–2021 (diagram 55) och det är inte heller någon

skillnad vad gäller andelen män och kvinnor. Andelen som får avancerad behandling varierar från 1–10 procent mellan regionerna.

Diagram 55. Avancerad behandling

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som står på avancerad behandling DBS, levodopa-karbidopa eller apomorfinbehandling.

Procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



Sammanfattning MS och Parkinsons sjukdom

Resultaten för 2021 visar en påverkan av covid-19-pandemin för personer med MS eller Parkinsons sjukdom. Den tidigare minskningen av andelen årliga läkarbesök inom specialistvården som uppstod i samband med första året av pandemin 2020, har emellertid avstannat. För MS är andelen på rikets nivå oförändrad i jämförelse med första pandemiåret 2020 och för Parkinsons sjukdom har andelen besök hos specialistläkare återgått till samma nivåer som före pandemin.

Resultatet visar även att andelen läkarbesök har ökat mer i åldersgruppen 65 år och äldre än i övriga åldersgrupper, dvs. en omfördelning mellan åldersgrupperna. En anledning skulle kunna vara att fler äldre personer som vaccinerats i större utsträckning valt att komma på sina årliga besök 2021. Initialt under pandemin fanns rekommendationer kopplat till personer 70 år och äldre, vilket kan ha inverkat på andelen besökare i öppenvården. Det kan även förekomma att exempelvis yngre personer har fått en annan typ av årligt besök i form av telefonsamtal eller digitalt besök, som inte registrerats på samma sätt som vanliga fysiska besök i patientregistret.

Andelen besök hos specialistläkare för MS har dock inte återgått till samma nivåer som före pandemin.

När det gäller avancerad behandling för personer med Parkinsons sjukdom var andelen totalt sett oförändrad på rikets nivå 2021, även om andelen varierar mellan regionerna.

Resultatet för regelbundna MR-kontroller under de senaste två åren för personer med MS visar en marginell minskning 2021 jämfört med 2020 och tidigare år.

I Socialstyrelsens utvärdering framkom att fler personer behöver följas upp av läkare, att fler multidisciplinära team behövs och en sammanhängande rehabilitering [43]. Det är positivt att Svenska neuroregister med kvalitetsre-

gistet för MS [46] har implementerat ett flertal av Socialstyrelsens indikatorer för tillgång till data, eftersom det ökar för möjligheten att kontinuerligt följa att personerna med MS får den vården som rekommenderas. Det pågående utvecklingsarbetet i Svenska neuroregister, är en viktig del i vården för att kunna följa att personer med MS och Parkinsons sjukdom får tillgång till den vård de behöver för att därigenom minska risk för försämring i sjukdomstillstånd och livskvalitet.

Palliativ vård i livets slutskede

I Sverige avlider drygt 90 000 personer årligen, och omkring 80 procent av dessa bedöms ha varit i behov av palliativ vård. Patienter som vårdas i livets slutskede finns inom olika vårdformer, både inom öppen och sluten vård samt inom den kommunala hälso- och sjukvården. De flesta får vård från flera vårdgivare under den sista tiden av sjukdomsförloppet. Den palliativa vården är till för att möta behov hos patienten och de närstående när sjukdom eller ålder gör att livet går mot sitt slut.

Vi har analyserat ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och utvärdering för palliativ vård i livets slutskede, för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 [49,50]. Dessa indikatorer är munhälsobedömning, smärtskattning, brytpunktssamtal, vidbehovsordination av opioid mot smärta och vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel mot oro (tabell 16 och diagram 56).

Tabell 16. Indikatorer palliativ vård i livets slutskede

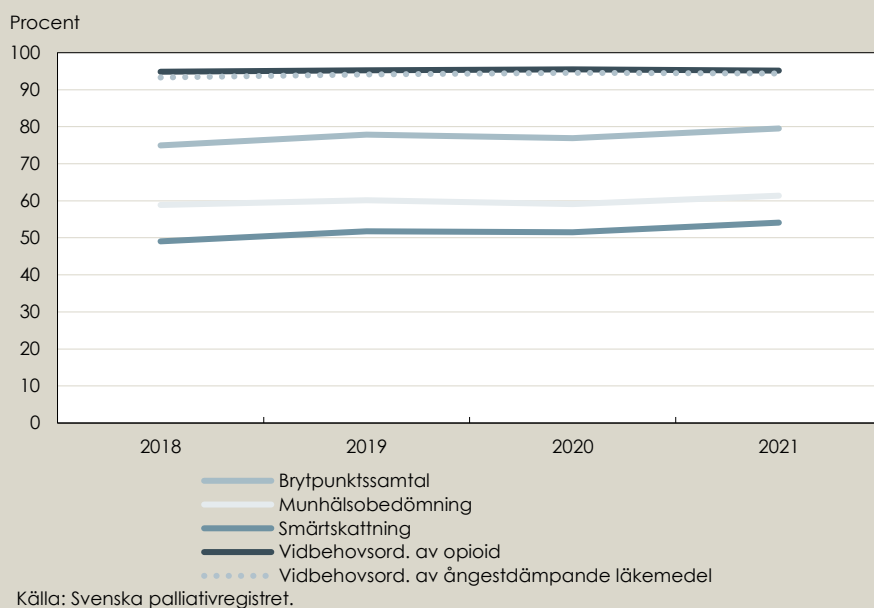
Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	45 202	51 520	46 753	27 748 (61,4 %)	30 291 (59,2 %)	28 126 (60,2 %)
Smärtskattning under sista levnadsveckan	45 202	51 520	46 753	24 459 (54,1 %)	26 412 (51,6 %)	24 202 (51,8 %)
Brytpunktssamtal	45 202	51 520	46 753	35 592 (79,5 %)	39 405 (77,0 %)	36 421 (77,9 %)
Vidbehovsordination av opioid mot smärta före dödsfallet	45 202	51 520	46 753	43 012 (95,2 %)	48 882 (95,5 %)	44 525 (95,2 %)
Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel före dödsfallet	45 202	51 520	46 753	42 647 (94,3 %)	48 392 (94,6 %)	44 014 (94,1 %)

Källa: Svenska palliativregistret.

➔ Läs mer om indikatorerna för palliativ vård i livets slutskede på Socialstyrelsens webbplats.

Diagram 56. Indikatorer palliativ vård i livets slutskede

Andel patienter under sista levnadsveckan som fått åtgärder (indikatorer).

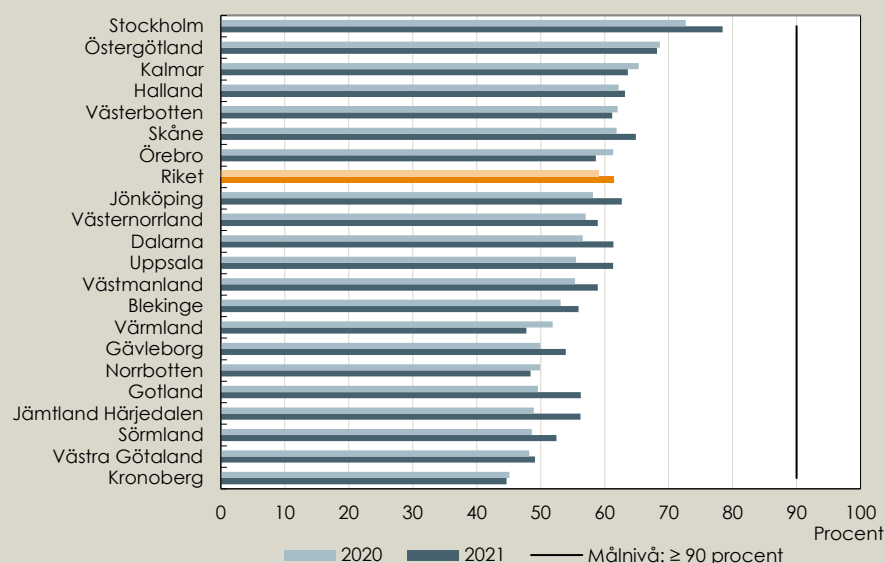


Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Att ha kontroll på munhälsa i livets slutskede är betydelsefullt. Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten. Många patienter i livets slutskede har läkemedel som påverkar munhälsan. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och därför viktig att följa upp [49]. Indikatorn visar *andelen patienter där en dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan*. Resultaten visar ett relativt stabilt värde i riket under 2018–2021 (diagram 57). De regionala skillnaderna var däremot fortfarande stora 2021 – mellan 45 och 78 procent (diagram 57) [1,51]. Socialstyrelsens nationella målnivå är fastställd till minst 90 procent [52], men ingen region nådde upp till den varken 2020 eller 2021. I diagram 58 redovisas fördelningen på diagnosgrupp och vårdform.

Diagram 57. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

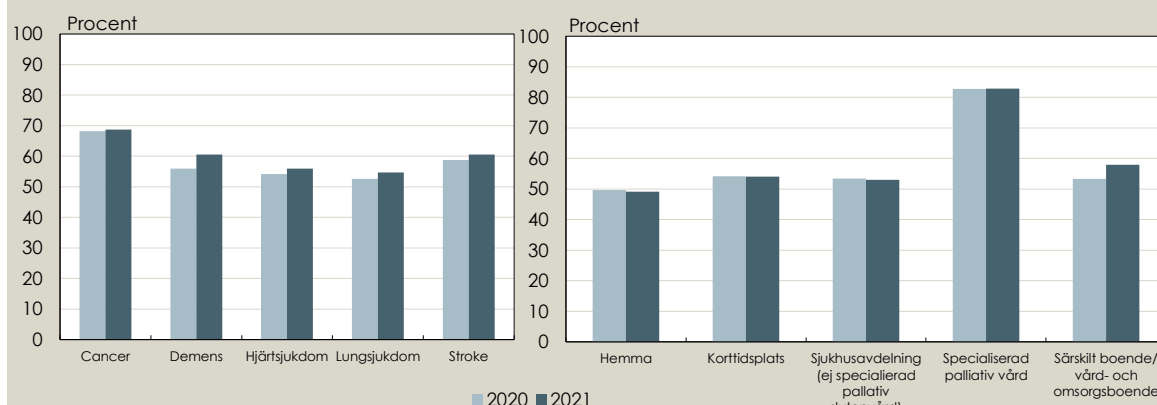
Andel patienter som genomgått en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan.



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 58. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan.

Andel patienter som genomgått en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan,



Källa: Svenska palliativregistret.

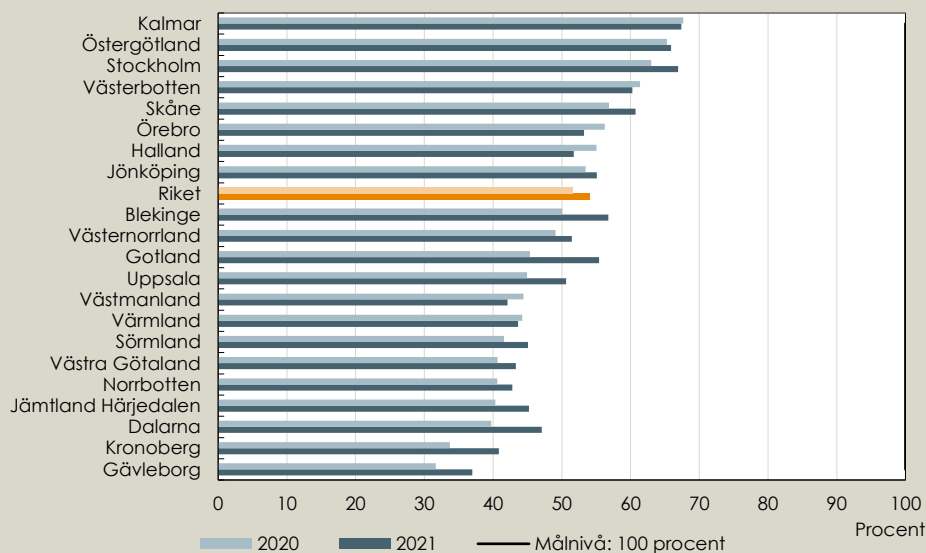
Smärtskattning under sista levnadsveckan

Smärta är ett vanligt förekommande symptom i livets slutskede. Obehandlad smärta ger sämre livskvalitet och ökar också risken för medicinska komplikationer. För att i tid uppmärksamma och därmed minimera smärtupplevelsen för patienten i palliativ vård krävs systematiska smärtskattningar. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [49]. Indikatorn visar *andelen patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan*. Resultaten visar ett relativt stabilt värde under 2018–2021 (diagram 57). De regionala skillnaderna var däremot fortfarande stora 2021 – mellan 37 och 67 procent (diagram 59) [1,51]. Socialstyrelsens nationella målnivå är fastställd till 100

procent [52], men ingen region nådde upp till den varken 2020 eller 2021 (diagram 60). I diagram 61 redovisas fördelning på diagnosgrupp och vårdform.

Diagram 59. Smärtskattning under sista levnadsveckan

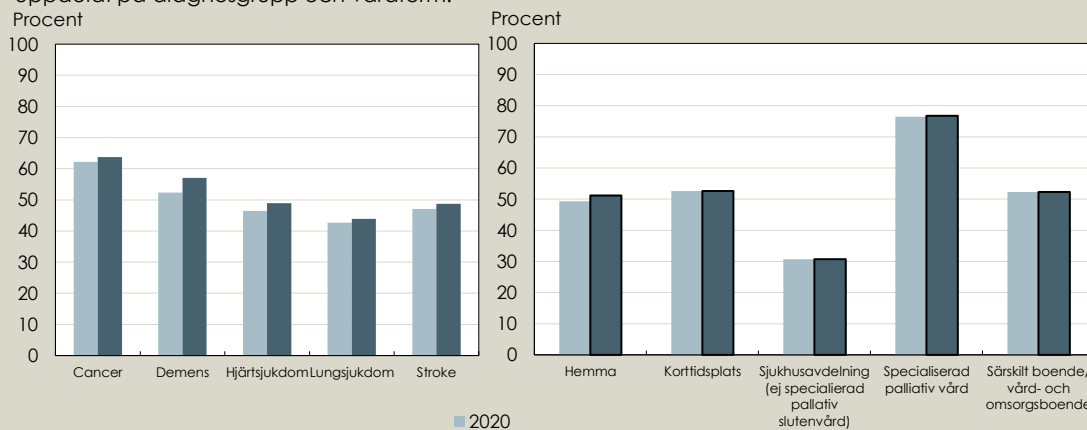
Andel patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan.



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 60. Smärtskattning under sista levnadsveckan

Andel patienter vars smärta skattats med ett smärtskattningsinstrument under sista levnadsveckan, uppdelat på diagnosgrupp och vårdform.



Källa: Svenska palliativregistret.

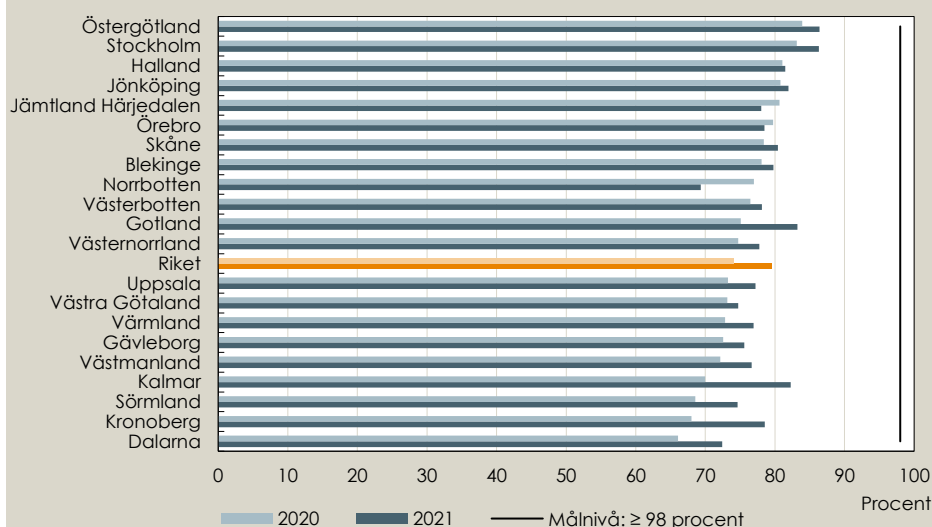
Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal är samtal mellan patienten och ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare i övergången till palliativ vård i livets slutskede. I samtalet diskuteras den fortsatta vården utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [49]. Indikatorn visar *andelen patienter där dödsfallet var väntat av vården och där patienten fått möjlighet till brytpunktssamtal*.

samtal, det vill säga individuellt anpassade läkarledda samtal om vårdens inriktning och mål i livets slutskede. Resultaten visar att andelen var relativt stabil i riket under 2018–2021 (diagram 56). De regionala skillnaderna var däremot fortfarande stora 2021; de varierar mellan – mellan 72 och 86 procent (diagram 61) [1,51]. Socialstyrelsens nationella målnivå är fastställd till minst 98 procent [52], men ingen region nådde upp till den varken 2020 eller 2021 (diagram 62). I diagram 63 redovisas fördelning på diagnosgrupp och vårdform.

Diagram 61. Brytpunktssamtal

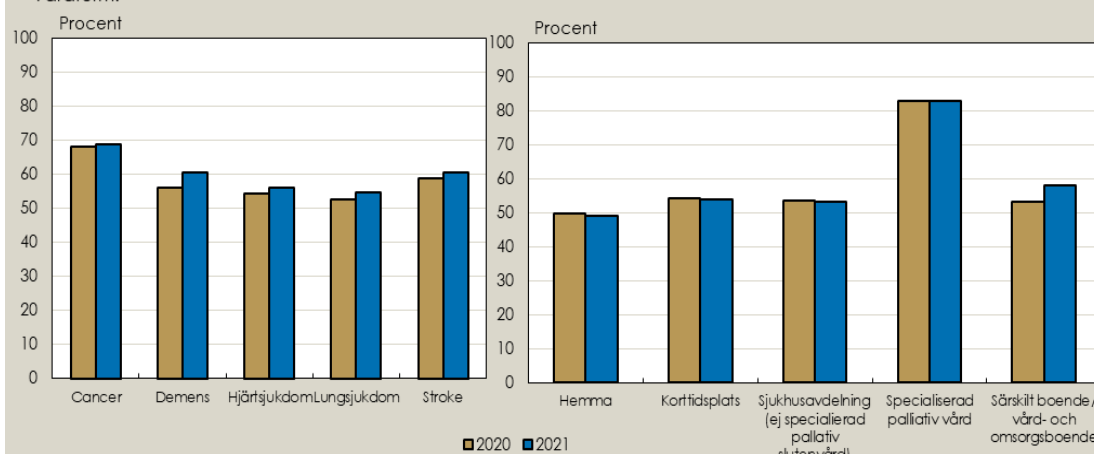
Andel patienter som under sista levnadsveckan fått möjlighet till brytpunktssamtal.



Källa: Svenska palliativregistret.

Diagram 62. Brytpunktssamtal under sista levnadsveckan

Andel patienter som under sista levnadsveckan fått möjlighet till brytpunktssamtal, uppdelat på diagnosgrupp och vårdform.



Källa: Svenska palliativregistret.

Vidbehovsordination av opioid och ångestdämpande läkemedel

När sjukdomen och tillståndet för personer i behov av palliativ vård har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas ska vissa medicinska och omvårdnadsmässiga åtgärder vidtas. Smärta och smärtgenombrott är vanligt förekommande hos patienter i livets slutskede, oavsett diagnos. Det ska därför finnas lämpliga läkemedelsordinationer om patienten får smärtgenombrott. Ordinationen ska vara i injektionsform för att få snabbast möjliga effekt eftersom personer i livets slutskede har försämrad mag- och tarmfunktion. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och därför viktig att följa upp [49]. Indikatorn visar *andelen patienter som haft en vidbehovsordination av injicerbara opioider mot smärta under sista levnadsveckan*.

Ångest är vanligt oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Det finns flera behandlingar, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [49]. Indikatorn visar *andelen patienter som haft en vidbehovsordination av injicerbara ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan*.

Resultaten visar att andelen för vidbehovsordination av både opioider och ångestdämpande läkemedel var stabil i riket under 2018–2021 (diagram 56). I regionerna 2021 var andelen 93–96 procent när det gäller opioider och 93–97 procent när det gäller ångestdämpande läkemedel. Socialstyrelsens nationella målnivåer för vidbehovsordinationer är fastställda till minst 98 procent [52]. Flera regioner närmar sig den nivån.



Sammanfattning palliativ vård i livets slutskede

Under 2021 rapporterades 45 202 personer in till Svenska palliativregistret. År 2020 var det fler personer som avled, vilket förklarar det högre antalet inrapporterade (51 520 personer).

Sett till riket visar resultaten att covid-19-pandemin inte hade någon tydlig påverkan på åtgärderna under 2020 och 2021. Samtliga åtgärder hade ett relativt stabilt värde under 2018–2021. Data visar inga större skillnader mellan kvinnor och män. Det är dock fortfarande en liten andel patienter i behov av palliativ vård i livets slutskede som får åtgärderna munhälsobedömning och smärtskattning samt även i viss mån brytpunktssamtal. Resultaten visar att det fortfarande finns stora regionala skillnader och samtliga regioner ligger långt från Socialstyrelsens nationella målnivåer för dessa åtgärder [52]. Den palliativa vården i livets slutskede är ännu inte jämlig i Sverige och det finns en fortsatt ojämlik tillgång till specialiserad palliativ vård [50,51].

Vård vid psoriasis

Psoriasis är en systemsjukdom som drabbar huden. Psoriasis innebär att kroppens immunsystem reagerar mot och går till angrepp mot den egna vävnaden. Reaktionen blir att vävnaden inflammeras. Formen psoriasisartrit drabbar även lederna.

I Sverige har cirka 200 000 personer psoriasis [53], varav cirka 5 000 är barn och unga (under 18 år). Här ingår dock inte personer som enbart behandlas i primärvården för sin psoriasis och som inte hämtat ut specifika läkemedel mot psoriasis på recept. Detta innebär att hälsodataregistren underskattar det faktiska antalet.

Risken för att utveckla sjukdomen är oberoende av ålder även om de flesta diagnostiseras i vuxen ålder. Psoriasis går i skov, vilket betyder att sjukdomen ”blossar upp” i perioder. Sjukdomen varierar mycket i intensitet och omfattning mellan olika individer. En del har lindriga besvär och kan vara symtomfria under långa perioder, medan andra har mer kontinuerliga och svåra besvär. Behandlingen kan vara både lokal och systemisk, till exempel syntetiska eller biologiska läkemedel. Utvecklingen av systemiska läkemedel har varit framgångsrik under den senaste tiden, framför allt av biologiska läkemedel. Patienter kan behandlas inom antingen den specialiserade vården eller primärvården, beroende på hur svåra besvären är.

Den specialiserade vården har prövats hårt under covid-19-pandemin, dels med anledning av minskad tillgång till personal men också av rädsla hos patienter att besöka vården på grund av smittorisk, vilket kan leda till att patienter inte fått den uppföljning som är central för en god behandling av en sjukdom som obehandlad orsakar mycket lidande.

Indikatorn som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid psoriasis [53] har analyserats för att se hur patienter som behandlas i den specialiserade vården för psoriasis följdes upp under covid-19-pandemin 2020 och 2021 (tabell 17).

Tabell 17. Indikator psoriasis

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Planerade uppföljningsbesök för patienter med svår psoriasis i den specialiserade vården.	29 800	27 822	26 079	19 374 (65 %)	18 239 (66 %)	17 893 (68 %)

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för psoriasis på Socialstyrelsens webbplats.

Planerade uppföljningsbesök för patienter behandlade för psoriasis i den specialiserade vården

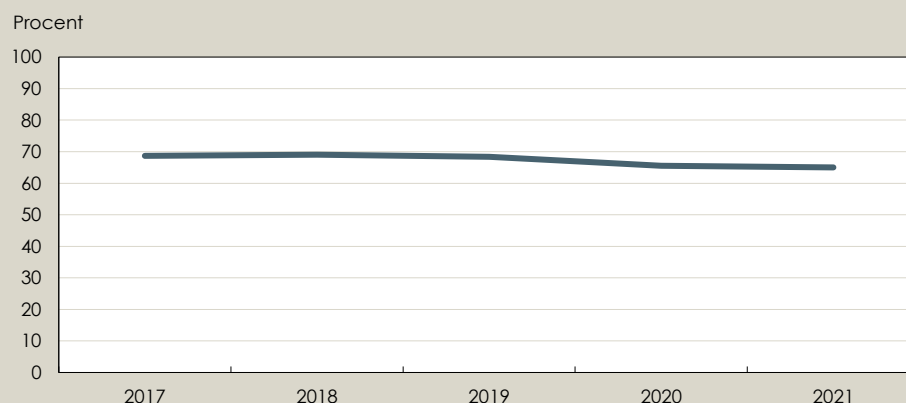
Psoriasis är en kronisk systemsjukdom med hög samsjuklighet. Det gäller särskilt personer med svår psoriasis som behandlas i den specialiserade vården. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och löpande uppföljning

minst en gång per år är en förutsättning för god vård som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet samt minskar behovet av slutenvård. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna [53]. Indikatorn visar *andelen personer behandlade för svår psoriasis som fått ett årligt planerat uppföljningsbesök i den öppna specialiserade vården*.

Bland patienter med svår psoriasis har andelen patienter legat stabilt på 68 procent fram till 2019, men under 2020 har andelen minskat med två procentenheter till 66 procent (diagram 63). Det är en minskning både i antalet patienter med svår psoriasis men framför allt är minskningen större när det gäller uppföljningar. Under pandemin 2020 till 2021 var minskningen knappt en procentenhet. Mellan regionerna är det relativt liten spridning där alla regioner ligger inom 25 procentenheters variation mellan den region med högst respektive lägst andel uppföljningar (diagram 64). Det är totalt 8 av 21 regioner som hade en lägre andel uppföljningar 2021 jämfört med 2020. Ingen region når målnivå på minst 95 procent som fastställdes av Socialstyrelsen 2021 [54].

Diagram 63. Uppföljning av patienter med svår psoriasis i den specialiserade vården

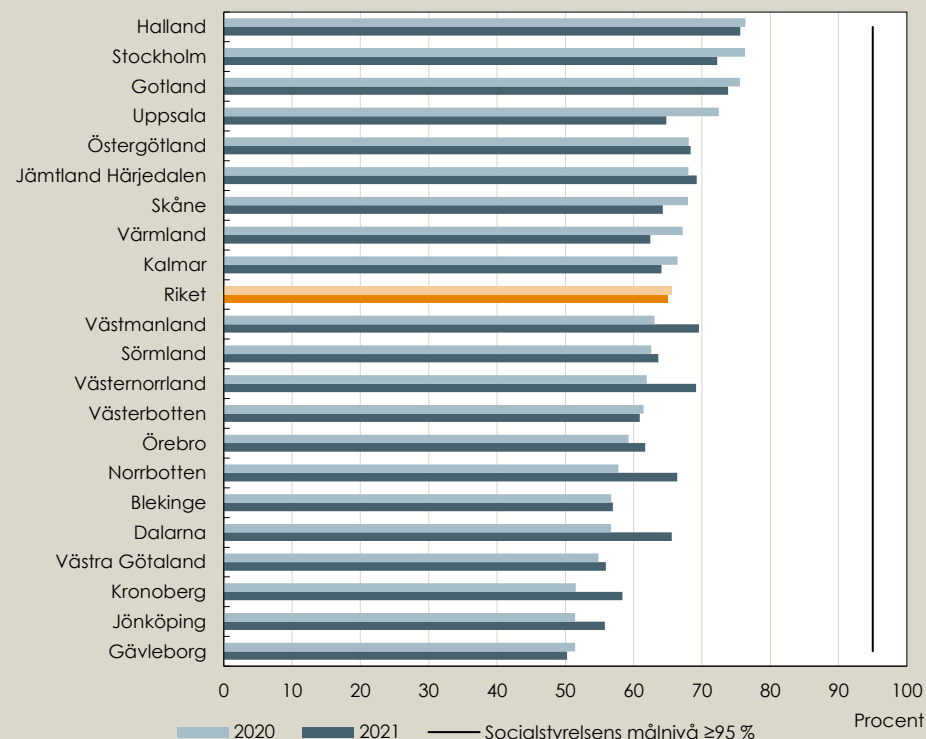
Andel personer behandlade för svår psoriasis som fått ett årligt planerat besök i den öppna specialiserade vården, år 2017 – 2021.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 64. Planerade besök för patienter med svår psoriasis i den specialiserade vården

Andel personer behandlade för svår psoriasis som fått ett årligt planerat besök i den öppna specialiserade vården uppdelat på regioner, år 2020 – 2021.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.



Sammanfattning psoriasis

Uppföljning i den specialiserade vården vid psoriasis är en viktig åtgärd med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [53]. Att uppföljning av patienter med svår psoriasis har fortsatt att minska under covid-19-pandemin efter en stabil nivå av uppföljningar åren före pandemin är ett varningstecken. Patienter med systemisk behandling med bland annat nya biologiska läkemedel kräver regelbunden monitorering. Det är också viktigt att denna patientgrupp erbjuds uppföljning eftersom tillstånd kan förändras. Om dessa patienter inte följs upp kan det skapa ett onödigt lidande. Att det skett en minskning av antalet patienter med svår psoriasis kan bero på att de inte sökt hjälp i samma utsträckning under covid-19-pandemin eller att de inte har erbjudits tid för uppföljning. Omställningen till digital vård kan också förklara en del av minskningen eftersom våra data inte inkluderar denna typ av besök.

Vård vid rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som angriper skelettet, lederna och musklerna. De orsakar cirka 20 procent av alla läkarbesök i primärvården, och många patienter får nedsatt arbetsförmåga och blir långtidssjukskrivna. Sjukdomarna går oftast inte att bota, men med rätt behandling kan patienterna få en god livskvalitet.

Ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar redovisas för att se i vilken utsträckning åtgärder genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 [55,56]. Från området reumatoid artrit ingår indikatorerna väntetid till diagnos och vårdkontakt efter nyinsatt behandling (tabell 18). Från området artros ingår indikatorerna patientutbildning och träning vid artros och uppföljning tre månader efter första besök (tabell 19). Antal ledprotesoperationer med indikation artros ingår också i redovisningen. Från området osteoporos ingår indikatorn tidig operation vid höftfraktur (tabell 20).

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA) är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder och eventuellt leddskada. Sjukdomen är oftast livslång och påverkar hela livssituationen. Många får nedsatt arbetsförmåga efter en kort tid. Personer med reumatoid artrit löper också ökad risk att dö i förtid, ofta på grund av hjärt- och kärlsjukdomar. 0,5–1,0 procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit, och det är vanligast att insjukna mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än hos män.

Tabell 18. Indikatorer reumatoid artrit

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Väntetid från symptomdebut till diagnos (andel <20 veckor) vid reumatoid artrit	1 510	1 491	1 470	818 (54,2 %)	825 (55,3 %)	781 (53,1 %)
Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit	2 008	1 943	1 999	1 458 (72,6 %)	1 162 (59,8 %)	1 290 (64,5 %)

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

➔ Läs mer om indikatorerna för reumatoid artrit på Socialstyrelsens webbplats.

Väntetid till diagnos och vårdkontakter vid reumatoid artrit

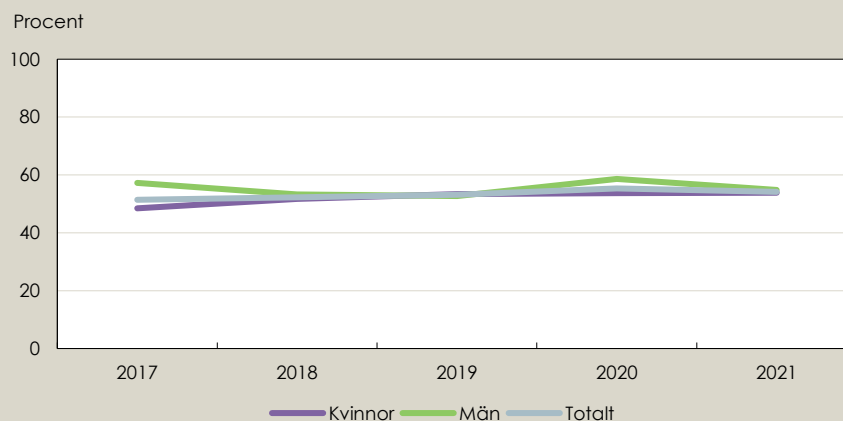
Väntetiden till diagnos är viktig, framför allt ur ett patientperspektiv, eftersom väntetiden innebär förlängd tid med nedsatt funktion och förhöjd smärta. Personer med reumatoid artrit behöver få rätt diagnos så tidigt som möjligt för att snabbt få en effektiv läkemedelsbehandling och därmed färre leddskador. Den som misstänker att en patient har en inflammatorisk reumatisk sjukdom remitterar vanligtvis patienten till en reumatologisk specialistenhet där diagnosen ställs efter utredning.

Indikatorn *väntetid till diagnos* visar andelen personer bland nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit som får sin diagnos fastställd vid en reumatologisk specialistenhet inom 20 veckor från patientrapporterad symtomdebut. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 70 procent [57]. År 2021 rapporterades 1 510 nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit in till det Svenska Reumatologis kvalitetsregister SRQ (tabell 18). Trenden från tidigare år visar att antalet nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit är relativt stabilt och att andelen som får sin diagnos inom 20 veckor från symtomdebut ökar långsamt (tabell 18, diagram 65). Ingen väsentlig skillnad kan ses mellan kvinnor och män. Diagram 66 visar andelen diagnostiserade inom 20 veckor per sjukvårdsregion. Samtliga sjukvårdsregioner ligger under den nationella fastställda målnivån på minst 70 procent [57].

En annan analys av hur covid-19-pandemin har påverkat vården vid reumatoid artrit har genomförts av Reumatikerförbundet. Resultatet från enkätundersökningarna visar att medlemmarna upplever att de inte får den vård de behöver och att deras hälsa har försämrats under covid-19-pandemin. Metod och målgrupp skiljer sig något åt vilket gör att resultaten ska ses som att de kompletterar varandra snarare än att de är jämförbara [58].

Diagram 65. Väntetid till diagnos vid reumatoid artrit

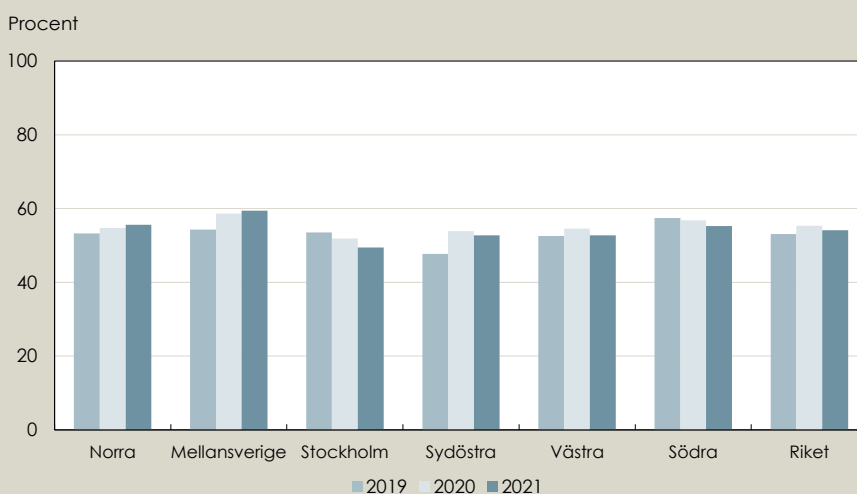
Andel personer med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har < 13 månaders sjukdomsduration.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Diagram 66. Väntetid till diagnos vid reumatoid artrit

Andel personer med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har < 13 månaders sjukdomsduration.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

En effektiv läkemedelsbehandling syftar till att minska inflammationen och därigenom påverka sjukdomsförloppet på lång sikt. Det är av största vikt att insatt behandling utvärderas på ett strukturerat sätt, vid lämpliga tidpunkter, för att bedöma nytta och risker med fortsatt behandling för den enskilde patienten.

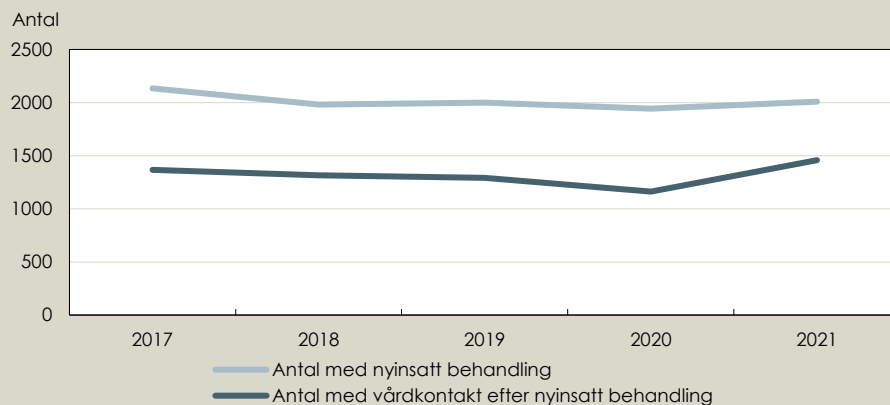
Indikatorn *vårdkontakt efter nyinsatt behandling* visar andelen personer med reumatoid artrit som har en registrerad kontakt med vården som möjliggör utvärdering av tidigare insatt behandling, 2–6 månader efter första behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel). Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån till minst 90 procent [57].

År 2021 fick 2 008 personer med reumatoid artrit nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel enligt SRQ, jämfört med 1 943 personer 2020 och 1 999 personer 2019 (tabell 18). I rapporten för 2020 angavs ett lägre antal personer som aktuella för insatsen, vilket sannolikt berodde på en eftersläpning i registreringen. Både antalet som får nyinsatt behandling och antalet som följs upp efter nyinsatt behandling har minskat sedan 2017, med en mer uppenbar nedgång under 2020 (diagram 67). År 2021 ses däremot en tydlig ökning i antalet uppföljningar (diagram 67).

Andelen som fått uppföljande vårdkontakt efter nyinsatt behandling var relativt stabil 2017–2019, för att därefter minska något 2020. För 2021 har det däremot skett en markant ökning, närmare bestämt 13 procentenheter, i andelen som får uppföljande vårdkontakt efter nyinsatt behandling. Samma procentuella ökning för 2021 jämfört med 2020 ses för båda könen (diagram 68). Diagram 69 visar andelen som hade en vårdkontakt efter nyinsatt behandling per sjukvårdsregion. Även om det i samtliga sjukvårdsregioner ses en ökning jämfört med 2020, ligger samtliga under den nationella målnivån på minst 90 procent.

Diagram 67. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

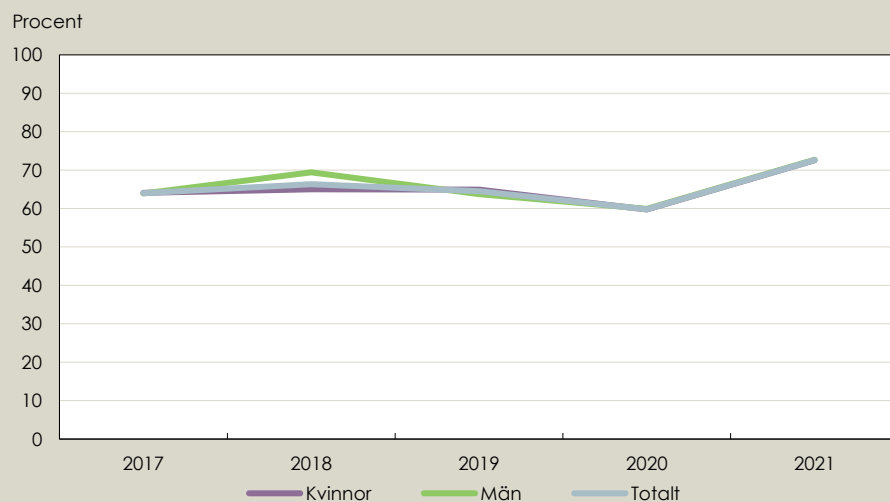
Antal personer med reumatoid artrit och nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel och antal med vårdkontakt 2-6 månader efter nyinsatt behandling. Avser personer med sjukdomsduration upp till 3 år från fastställd diagnos.



Källa: Svenskt Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Diagram 68. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

Andel personer med reumatoid artrit som har en registrerad vårdkontakt 2-6 månader efter första behandling med DMARD-läkemedel. Avser personer med sjukdomsduration upp till 3 år från fastställd diagnos.

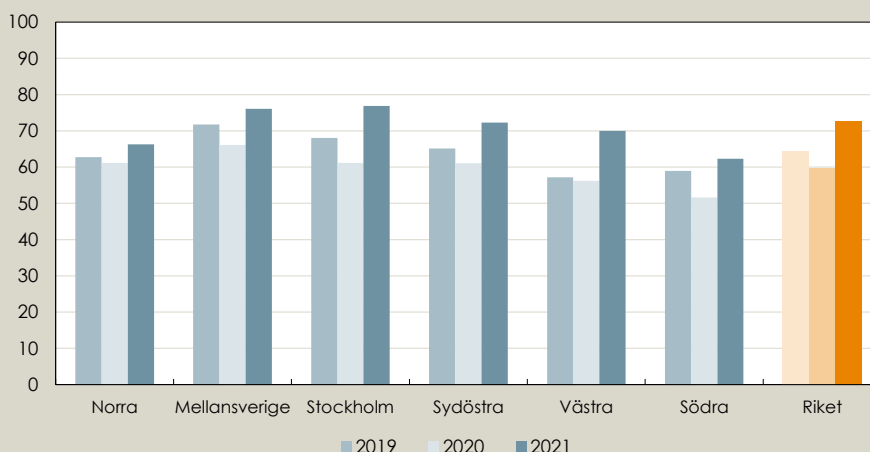


Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Diagram 69. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

Andel personer med RA som har en registrerad vårdkontakt 2-6 månader efter första behandling med DMARD-läkemedel. Avser personer med sjukdomsduration upp till 3 år från fastställd diagnos.

Procent



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar. Sjukdomen har oftast ett långsamt fortskridande sjukdomsförlopp. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsbördan orsakas av artros i knä och höft.

Förekomsten av artros är starkt åldersrelaterad och ökar tydligt efter 50-årsåldern. Höftartros och knäartros kräver särskilt stora resurser i hälso- och sjukvården. De flesta med artros har dessutom minst en ytterligare kronisk sjukdom, såsom en hjärt- och kärlsjukdom [55].

Tabell 19. Indikatorer artros

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Patientutbildning och handledd fysisk träning vid artros*	6 611	6 192	12 224	720 (11 %)	639 (10 %)	2 243 (18 %)
Uppföljning 3 månader efter första besök	6 611	6 192	12 224	4 064 (61 %)	3 364 (54 %)	7 868 (64 %)

* Fysisk träning digitalt ingår inte i jämförelsen.

Källa: BOA-registret (Bättre omhändertagande av patienter med artros).

➔ Läs mer om indikatorerna för artros på Socialstyrelsens webbplats.

Patientutbildning och fysisk träning vid artros

Patientutbildning och handledd fysisk träning utgör grundbehandlingen för personer med artros. Patientutbildning syftar till att öka kunskapen om artros och dess behandlingsmöjligheter, vilket ska bidra till ökad motivation för egeninsats vid behandling och ge ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning

inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Träningen behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan. För att uppnå optimal effekt i form av smärtlindring och funktionsförbättring behövs träning minst två, gärna tre, gånger i veckan. Träningen behöver vara speciellt riktad till artrosgruppen eftersom smärta oftast är en barriär. Därför, och för en bättre följsamhet till behandlingen, är fysioterapeutledd träning att rekommendera för personer med artros.

Indikatorn visar *andelen personer med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning under minst 10 tillfällen*. Socialstyrelsen har fastställt den nationella målnivån för patientutbildning och handledd fysisk träning till minst 80 procent [57].

År 2021 gjorde 6 611 personer med knä- eller höftartros ett första besök hos en fysioterapeut jämfört med 6 192 året innan, enligt BOA-registret. Motsvarande 2019 var 12 224 första besök. Av dessa fick 10,9 procent under 2021 patientutbildning och handledd fysisk träning under minst tio tillfällen. Motsvarande andel 2020 var 10,3 procent och 2019 var det 18,3 procent (tabell 19). Resultaten visar att en betydligt lägre andel fick insatsen under pandemin. Samtidigt kan man konstatera att även före pandemin var andelen som tränat enligt riktlinjerna begränsad, och mycket lägre än Socialstyrelsens nationella målnivå. Diagram 70 visar antalet personer med artros i knä eller höft som från första besöket hos fysioterapeut och fram till den 3-månadersuppföljningen tränat handledt minst 10 gånger. Diagram 71 visar antalet i förhållande till Socialstyrelsens nationella målnivå, dvs. hur många fler behövde få insatsen för att nå målnivån på minst 80 procent.

Diagram 70. Patientutbildning och handledd fysisk träning vid artros

Antal personer med artros i knä eller höft som vid 3-månadersuppföljning har fått patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 ggr eller fler. Fysisk träning digitalt ingår ej i jämförelsen.

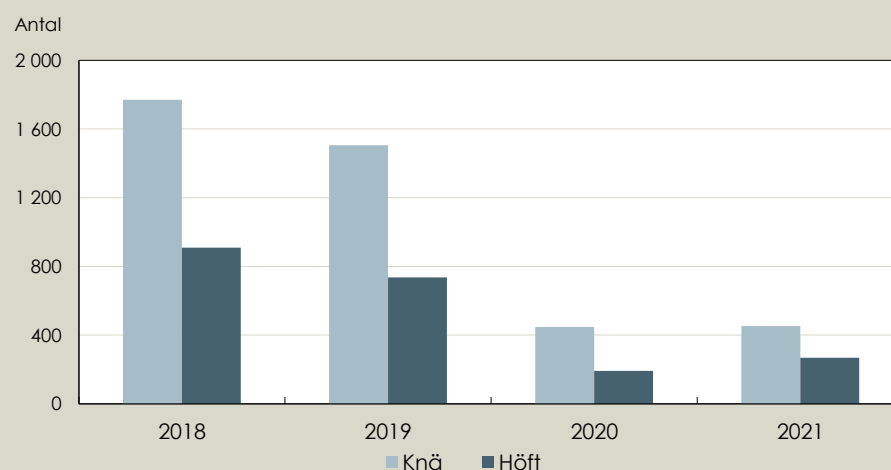
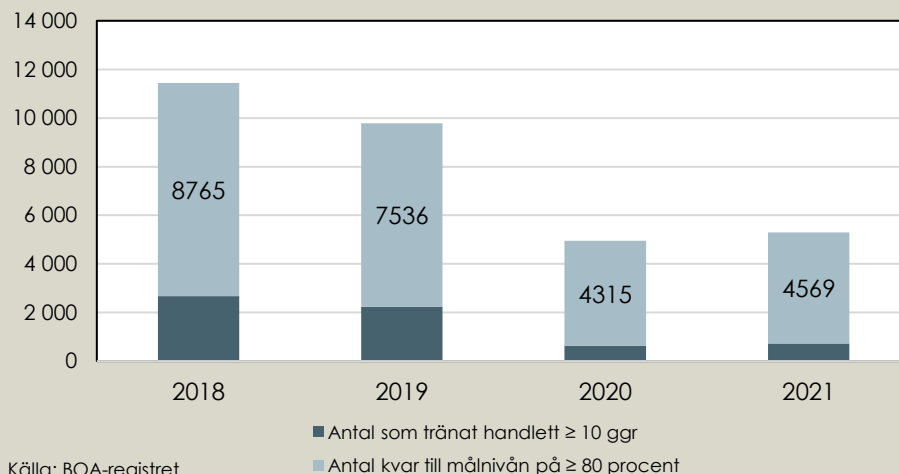


Diagram 71. Patientutbildning och handledd fysisk träning vid artros

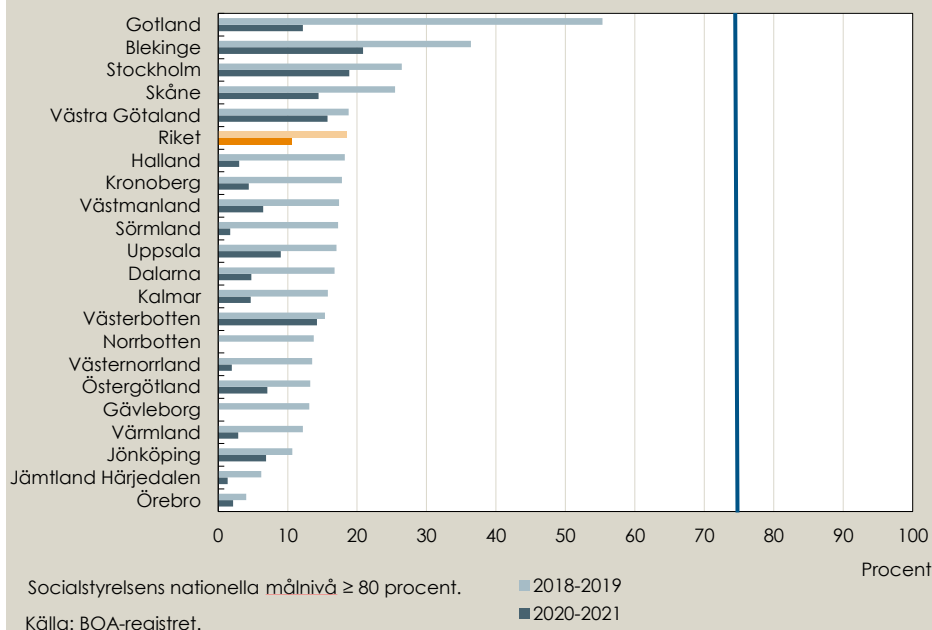
Antal personer med artros i knä eller höft som vid 3-månadersuppföljning har fått patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 ggr eller fler. Fysisk träning digitalt ingår ej i jämförelsen.



Andelen som deltar i patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 tillfällen eller fler är något högre för kvinnor än män. Det finns också stora regionala skillnader (diagram 72). Andelen som fått insatsen under åren 2018–2019 varierat från 4 till 55 procent i landet. Under pandemiåren 2020–2021 har variationen varit mellan 2–21 procent (diagram 72). För tolkningen av resultaten är det viktigt att beakta att registreringsgraden varierar stort mellan regionerna, och att vissa regioner under pandemin har haft väldigt få registreringar.

Diagram 72. Patientutbildning och fysisk träning vid artros

Andel personer med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning för 10 ggr eller fler. Fysisk träning digitalt ingår ej i jämförelsen.



Eftersom handledd fysisk träning oftast ges på plats och även i grupp var det svårt för vården att erbjuda detta när restriktionerna under pandemin gällde. Omprioriteringar har också bidragit till att verksamheterna ute i landet drog ner på artrosvården med 20–50 procent under 2021 [59]. Samtidigt har digitala alternativ för fysisk träning ökat alltmer, inte minst på grund av covid-19-pandemin [1,59]. Trots att det anses som positivt att vården erbjudit det som var möjligt under pandemin är det viktigt att tydliggöra att effekten av fysisk träning som ges digitalt inte har utvärderats i tillräckligt stor omfattning i vetenskapliga studier. Denna redovisning utgår från evidensbaserade metoder som rekommenderas i nationella riktlinjer, och därför har digitala alternativ för fysisk träning exkluderats från jämförelsen.

Uppföljning tre månader efter första besök

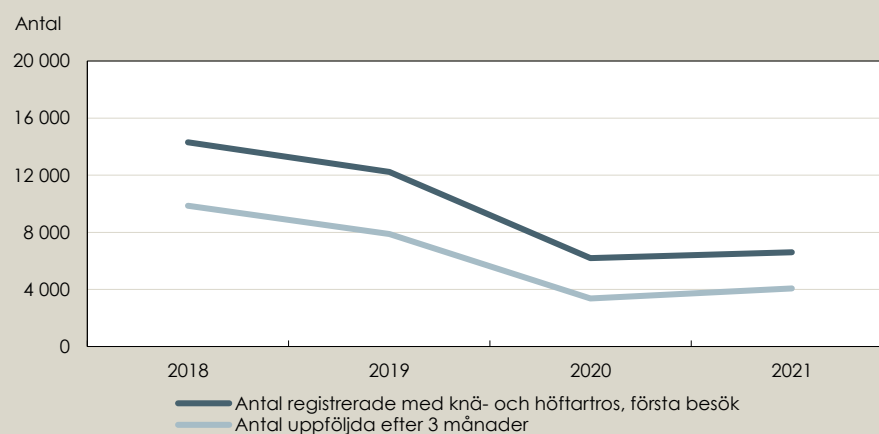
Fysisk träning vid artros är en livslång behandling. Efter en första insats av patientutbildning och minst 10 handledda träningstillfällen kan flera personer med artros behöva mer stöd för att kunna fortsätta träna på egen hand. Det individanpassade träningsprogrammet kan också behöva justeras utifrån de individuella resultaten. Därför är det viktigt att följa upp effekten av behandlingen.

Indikatorn *uppföljning 3 månader efter första besök* mäter andelen personer med artros i knä eller höft som följs upp tre månader efter ett första besök hos fysioterapeut. Både 2020 och 2021 var det hälften så många som haft ett första besök till fysioterapeut eller deltog i uppföljningsbesök efter tre månader jämfört med 2019 (tabell 19, diagram 73). Enligt BOA följs drygt 60 procent av alla första besök upp tre månader efter (diagram 74). Andelen som följs upp skiljer sig inte mellan kvinnor och män (diagram 74). Åren 2018–2019 var andelen som deltagit i uppföljning vid 3 månader 52–87 procent

mellan regionerna, och under pandemiåren 2020–2021 var variationen ännu större, 16–92 procent (diagram 75). Den stora variationen under covid-19-pandemin kan delvis förklaras av att vissa regioner haft väldigt få registreringar jämfört med 2018–2019.

Diagram 73. Uppföljning 3 månader efter första besök

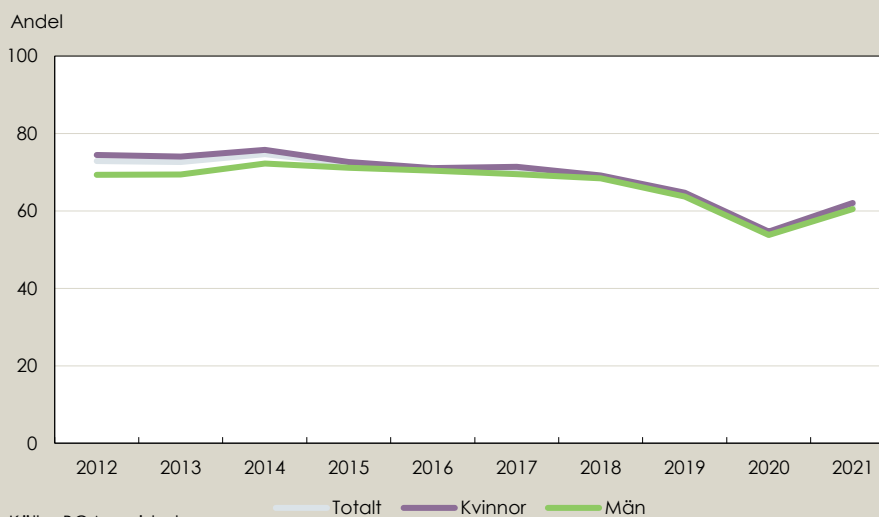
Antal personer med artros i knä- eller höft som haft en första besök till fysioterapeut och antal som deltagit i 3-månadersuppföljning.



Källa: BOA registret.

Diagram 74. Uppföljning 3 månader efter första besök hos fysioterapeut

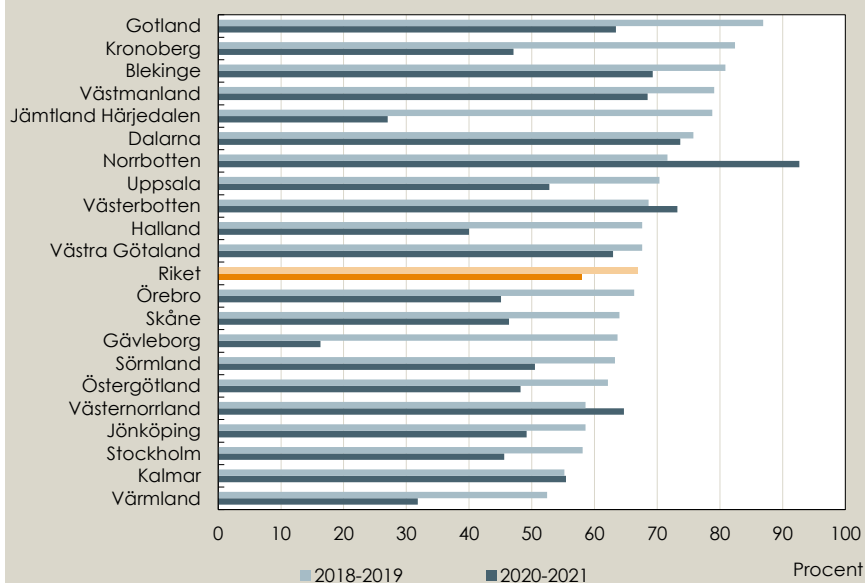
Andel personer med artros i knä- eller höft som 3 månader efter ett första besök hos fysioterapeut deltagit i uppföljning, uppdelat på kön.



Källa: BOA registret.

Diagram 75. Uppföljning 3 månader efter första besök

Andel personer med artros i knä- eller höft som efter ett första besök hos fysioterapeut deltagit i 3-månadersuppföljning.



Källa: BOA registret.

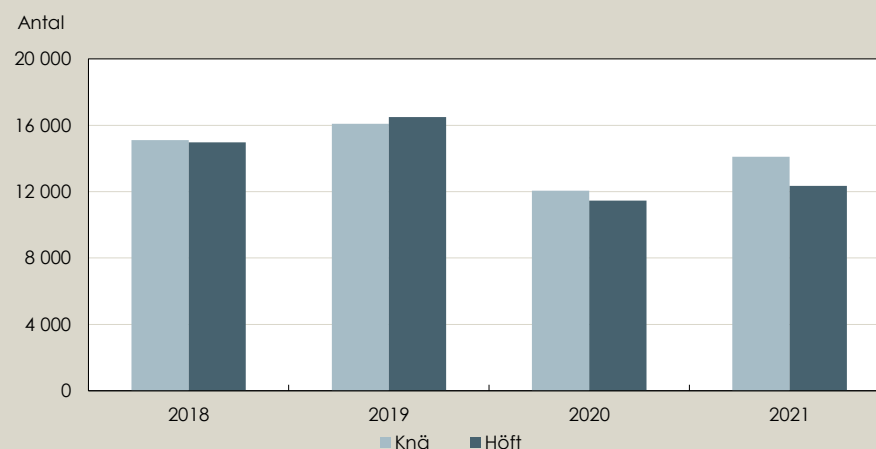
Ledprotesoperation vid artros

För en del personer med artros fortskrider sjukdomen till den grad att en ledprotesoperation blir aktuell. Enligt Svenska Ledprotesregistret minskade antalet ledprotesoperationer på grund av artros med drygt 25 procent under 2020 jämfört med året före. Inrapporterade ledproteser började öka igen under 2021 (diagram 76). Denna ökning kan till viss del förklaras av att fler sjukhus kunde återuppta den planerade verksamheten, från de lägre nivåer som förorsakades av covid-19-pandemins första och andra våg [60].

I samband med Socialstyrelsens pågående utvärdering av vården vid artros som kommer att publiceras i början av 2023 har myndigheten bland annat kartlagt påverkan av covid-19-pandemin på artrosvården. Verksamheterna rapporterar en stor påverkan på arbetssätt för handledd fysisk träning som förväntas ha effekter på patienternas förflyttning mellan olika delar i behandlingspyramiden. Detta kan leda till flera indirekta undanträngningseffekter. Att färre har fått handledd fysisk träning under pandemin kan innebära fler besök i primärvården på grund av smärtproblem. Avsaknaden av adekvat grundbehandling kan också innebära att det blir fler med sjukdom som fortskrider till den grad att ledprotesoperation blir oundvikligt. Detta kommer sannolikt att leda till att fler kan behöva en ledprotesoperation under de kommande åren.

Diagram 76. Ledprotesoperationer vid artros

Totalt antal ledprotesoperationer i knä eller höft på grund av artros.



Källa: Svenska Ledprotesregistret.

Osteoporos

Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare. Det gör att benet bryts lättare, till exempel när man ramlar eller bara gör ett tyngre lyft. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen, som ofta är allvarliga. Benskörhetsfrakturer kräver också mycket resurser av hälso- och sjukvården. Risken för osteoporos ökar med åldern. Varje år uppstår 80 000–90 000 benskörhetsfrakturer, varav cirka 15 000–16 000 i höfter [55].

Tabell 20. Indikatorer osteoporos

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen			
	2021	2020	2019		2021	2020	2019
Tidig operation vid höftfraktur	10 304	10 936	12 263	24 timmar	6 172 (60,0%)	6 961 (64,0%)	8 074 (66,0%)
				48 timmar*	9 534 (93,0%)	10 278 (94,0%)	11 582 (94,4%)

Källa: Rikshöft. *48 timmar inkluderar även de som opererats inom 24 timmar.

➔ Läs mer om indikatorerna för osteoporos på Socialstyrelsens webbplats.

Höftfrakturer

Många som drabbas av höftfrakturer i samband med osteoporos får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Dödligheten inom det första året efter en höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del minska dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård.

Höftfrakturoperationen bör utföras så snart som möjligt, helst inom 24–48 timmar. Dröjer tiden till operation ökar risken för komplikationer. Indikatorn *tidig operation vid höftfraktur* visar andelen fall av höftfraktur som opereras inom a) 24 timmar och b) 48 timmar från ankomst till sjukhus. Andelen som

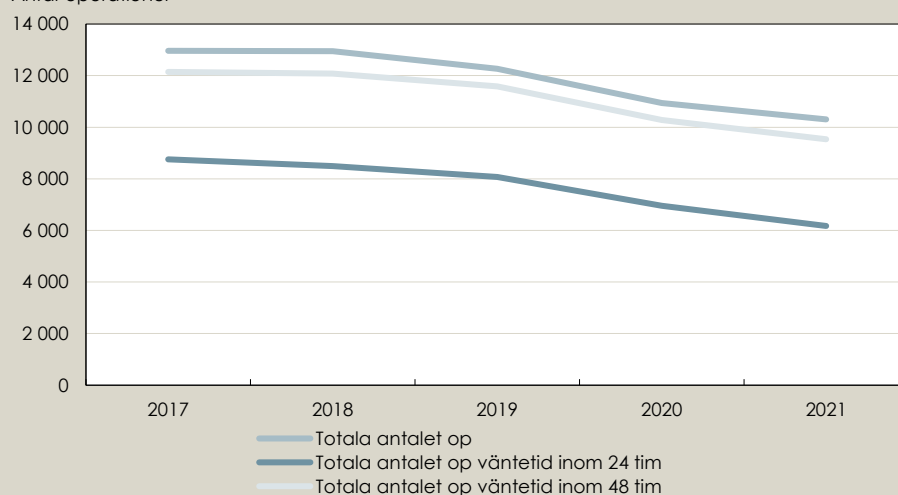
2021 fått en höftfraktuoperation inom 24 timmar var 60 procent, jämfört med 64 procent 2020. Andelen som opererats inom 48 timmar var 93 procent och har minskat med cirka 1 procentenhet i jämförelse med 2020 och 2019 (tabell 20).

Det är nästan dubbel så många kvinnor än män med höftfraktur som opereras, dock skiljer sig andelen som opereras inom 24 respektive 48 timmar marginellt mellan könen. År 2021 registrerades totalt cirka 630 färre höftfraktuoperationer jämfört med året före (diagram 77). Den nedgående trenden från 2018 beror delvis på att fler regioner har slutat registrera åtgärden i Rikshöft. Den regionala variationen 2021 för andelen som opereras inom 24 timmar var 34–78 procent (diagram 78). För andelen som opereras inom 48 timmar var variationen 87–97 procent (diagram 79).

Diagram 77. Tidig operation vid höftfraktur

Antal fall av höftfraktur som opereras inom 24 timmar alternativt 48 timmar från ankomst till sjukhus och totalt som opererats.

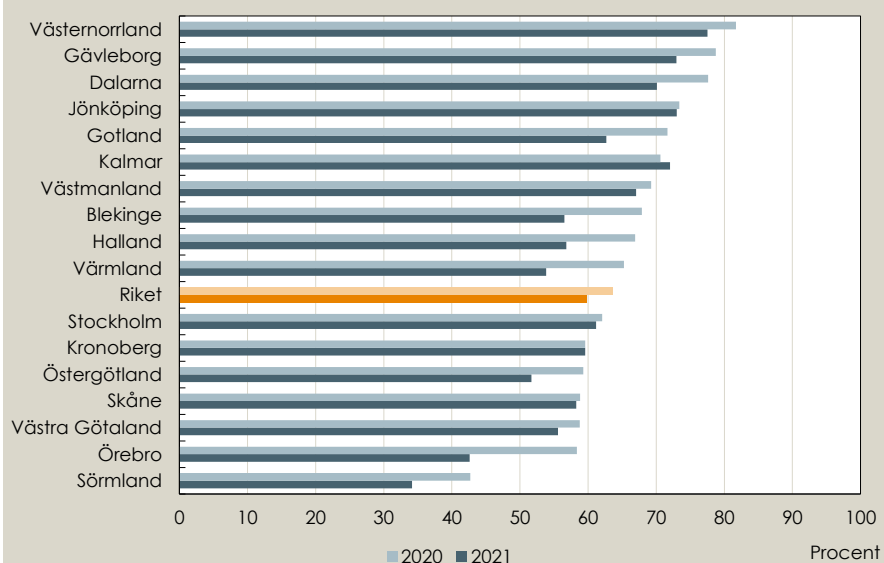
Antal operationer



Källa: Rikshöft.

Diagram 78. Tidig operation vid höftfraktur, 24 timmar

Andelen fall av höftfraktur som opereras inom 24 timmar från ankomst till sjukhus.

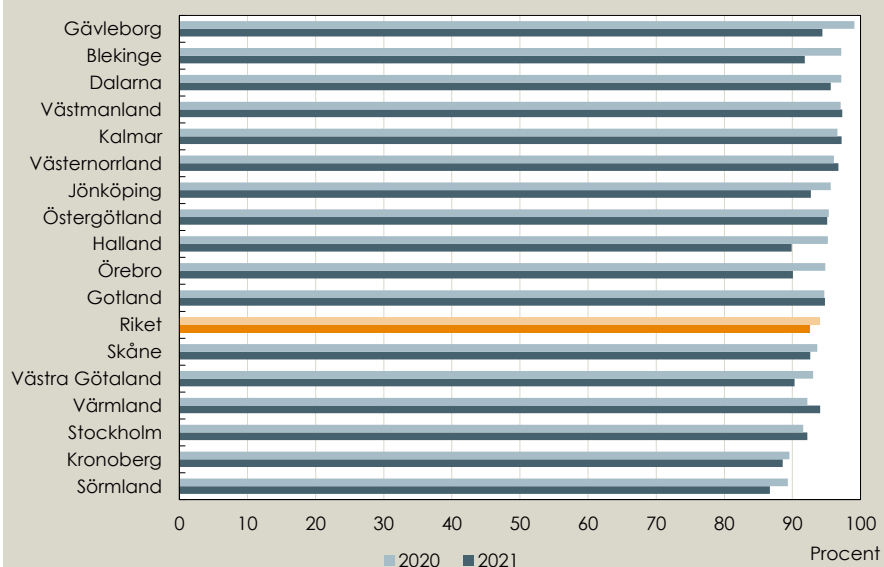


* Jämtland Härjedalen, Norrbotten, Uppsala och Västerbotten saknar registreringar i registret.

Källa: Rikshöft.

Diagram 79. Tidig operation vid höftfraktur, 48 timmar

Andelen fall av höftfraktur som opereras inom 48 timmar från ankomst till sjukhus.



* Jämtland Härjedalen, Norrbotten, Uppsala och Västerbotten saknar registreringar i registret.

Källa: Rikshöft.

Sammanfattning rörelseorganens sjukdomar

För reumatoid artrit visar resultaten för 2021 inga större skillnader jämfört med tidigare år vad gäller antalet nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit eller andelen som får diagnos inom 20 veckor från symtomdebut. Sett över hela pandemiperioden 2020–2021 kan man konstatera att en tidig minskning i inrapporterade nya besök i början på 2020 berodde på en lägre grad av inrapportering. Uppföljande vårdkontakter efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit har minskat något under 2020 men ökat markant under 2021. Detta kan delvis bero på en omställning till digitala besök. Verksamheten inom reumatologi rapporterade en högre andel digitala besök under 2020 och 2021 jämfört med tidigare år [61], vilket kan ha medfört en ökad besökskapacitet under 2021. Fysiska besök ökade också 2021 jämfört med 2020 [61]. Dessutom kan implementeringen av nationella riktlinjer och det nationella vårdförloppet för reumatoid artrit ha bidragit till ökningen i uppföljningar som har skett under 2021.

Vad gäller artros minskade andelen som fått patientutbildning och handledd fysisk träning under pandemiåren 2020–2021 i hela landet. Andelen som fått insatsen enligt riktlinjernas rekommendation var dock långt under Socialstyrelsens nationella målnivå även före pandemin. Den största effekten av pandemin inom området artros är att färre har kommit till vården. Antalet första besök till fysioterapeut halverades 2020 jämfört med 2019, och ett fortsatt lågt antal första besök inrapporterades även 2021. Detta gäller även uppföljningar vid tre månader efter första besök. Eftersom handledd fysisk träning ges oftast på plats och även i grupp var det svårt för vården att erbjuda detta på grund av restriktionerna under pandemin. Omprioriteringar har också bidragit till att verksamheterna ute i landet dragit ner på artrosvården [59]. Det som också uppenbart påverkats negativt var registreringsgraden i BOA registret.

Att artrosvården nedprioriterats under covid-19-pandemin kan leda till undanträngningseffekter i olika delar av behandlingspyramiden och vården. Verksamheterna har nu sämre förutsättningar än före pandemin för att erbjuda handledd fysisk träning enligt riktlinjernas rekommendationer. Ju lägre andel som kommer till fysioterapeut för fysisk träning, desto högre blir belastningen för läkare i primärvården eftersom patienterna återkommer till primärvården på grund av smärteproblem. Detta orsakar undanträngningseffekter inom primärvården för andra patientgrupper. För en del artrospatienter som inte fick grundbehandling under 2020–2021 kan sjukdomen ha fortskridit till den nivå där ledproteskirurgi är oundviklig. Samtidigt kunde färre ledprotesoperationer genomföras under pandemiåren 2020–2021, vilket innebär att vården redan nu har ett mer pressat läge med längre kö till operation än före pandemin.

Vad gäller vården vid osteoporos kan man konstatera att för 2021 är det en minskning av andelen som opererats inom 24 och 48 timmar efter höftfraktur, i jämförelse med 2020. En viss försämring har skett under den pågående covid-19-pandemin. Operationer efter höftfraktur är dock endast en del av vården som ges till personer med osteoporos. Att förebygga nya frakturer är en annan åtgärd med högsta prioritet. Förebyggande insatser såsom systematisk riskvärdering, utredning och behandling har stort värde för att förebygga

nya frakturer, framför allt hos äldre personer med hög risk för fraktur. Det *personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur* godkändes under våren 2021 och har bland annat i syfte att minska antalet patienter som riskerar att få ytterligare frakturer. Det är 17 regioner som har fattat beslut om att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för osteoporos [62]. Generellt uppger de flesta regioner att pandemin påverkat dess arbete med vårdförloppen. De systematiskt förebyggande insatserna är också en viktig del i att utvärdera effekterna av covid-19-pandemin på vården vid osteoporos.

Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Varje år insjuknar cirka 2 000 personer i Sverige i schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar. Schizofreniliknande tillstånd omfattar schizofreniformerna psykos, schizoaffektivt syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom och ospecificerad icke-organisk psykos. Schizofreni är en psykosjukdom som innebär en förändrad verklighetsuppfattning, vilket ofta medför nedsatt funktion på ett eller flera områden. I Sverige har 30 000–40 000 personer den diagnosen.

Enligt Socialstyrelsens rapportering löper personer med schizofreni högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp om de insjuknar i covid-19 [2].

Många personer med schizofreni som innebär omfattande funktionsnedsättningar får insatser från sjukvården och kommunal omsorg, men de insatserna kan på många sätt ha påverkats av covid-19-pandemin. En försvårande omständighet är att den förändrade verklighetsuppfattningen som sjukdomen ofta innebär också medför svårigheter att vara med och fatta beslut om vård och stöd. Det gör att många personer med schizofreni är särskilt utsatta för omvälvande samhällshändelser.

Vi har analyserat ett urval indikatorer som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, för att se om covid-19-pandemin under 2020 och 2021 har påverkat tillgången till tre insatser från regioner och kommuner: boendestöd i eget boende, strukturerad bedömning av suicidrisk och läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning (tabell 21).

Tabell 21. Indikatorer schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar

Indikator	Antal patienter aktuella för insatsen			Antal och andel patienter som fått åtgärden		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Boendestöd i ordinärt boende	39 501	39 236	38 838	6 092 (15,4 %)	6 201 (15,8 %)	6 235 (16,1 %)
Strukturerad suicid-bedömning	4 033	3 747	3 857	2 930 (72,7 %)	2 591 (69,1 %)	2 616 (67,8 %)
Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning	12 436	12 327	12 379	6 492 (52,2 %)	6 249 (50,7 %)	6 272 (50,7 %)

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

➔ Läs mer om indikatorerna för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd på Socialstyrelsens webbplats.

Boendestöd i ordinärt boende

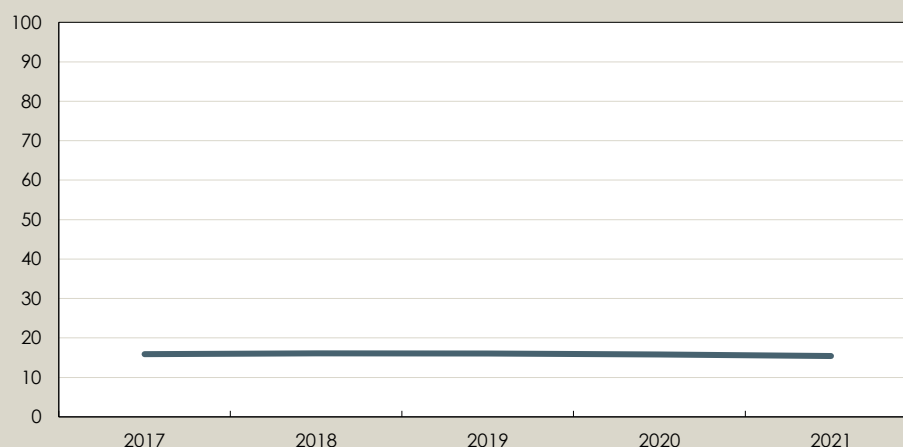
Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har svårt att klara av ett självständigt hushåll och att samspela med grannar. Detta kan leda till problem med att behålla sin bostad. Socialstyrelsen rekommenderar att socialtjänsten erbjuder boendestöd i egen bostad till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som har svårt att själva klara sitt hushåll [63]. Insatsen boendestöd i eget boende kan bland annat ge ökad förmåga att

självständigt klara av sitt hemliv och ökad delaktighet i samhället. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [63]. Indikatorn visar *andelen personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd*. Andelen var 15 procent 2021, vilket var marginellt lägre än 2020 och 2019 (diagram 80).

Diagram 80. Boendestöd i ordinärt boende

Andel av personer med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med boendestöd i ordinärt boende.

Procent



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

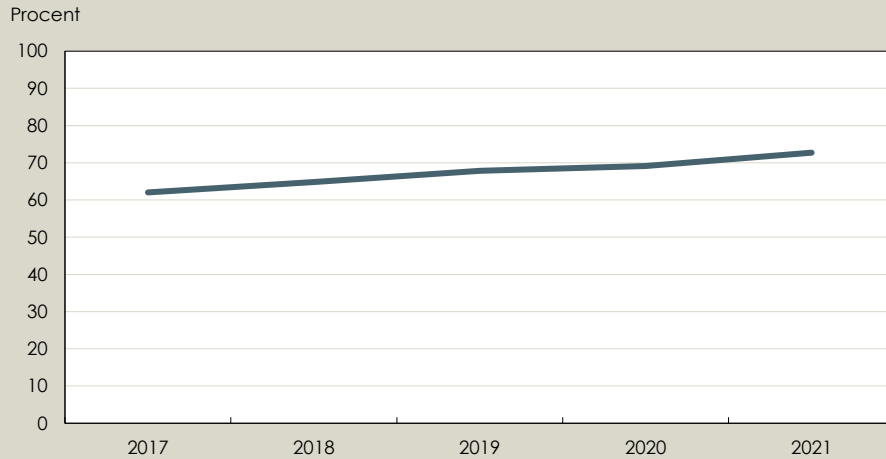
Strukturerad suicidbedömning

Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för suicidbeteende. Erfarenheten visar att en strukturerad bedömning ger goda förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder strukturerad bedömning av suicidrisk till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och misstänkt ökad suicidrisk. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [63].

Indikatorn visar *andelen personer som genomgått strukturerad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är nyinsjuknade*. Åren 2020–2021 ökade andelen med nästan 4 procentenheter, vilket kan jämföras med en ökning med drygt 1 procentenhet 2019–2020. Resultaten visar en årlig ökning 2017–2021, så covid-19-pandemin tycks inte ha påverkat förekomsten av strukturerade bedömningar av suicidrisk (diagram 81).

Diagram 81. Strukturerad bedömning av suicidrisk bland nyinsjuknade

Andel som genomgått strukturerad bedömning av suicidrisk bland personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som är nyinsjuknade.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

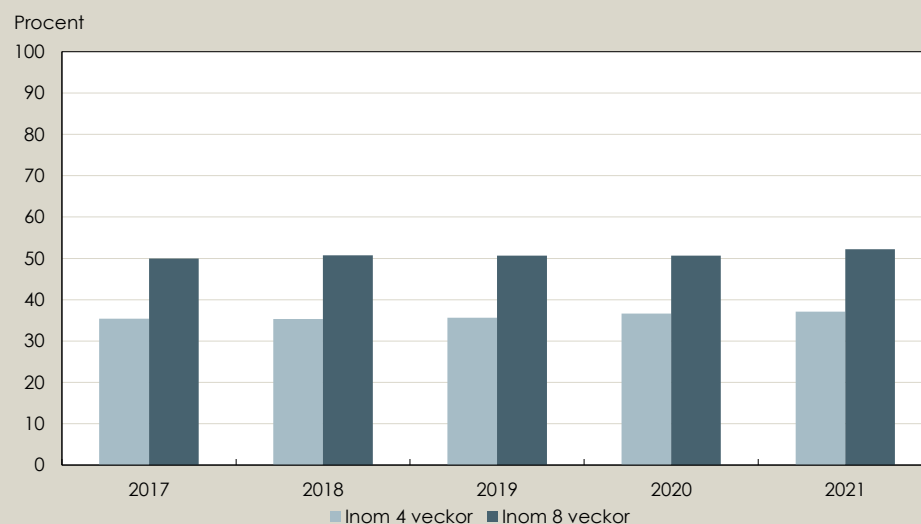
Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

Kontinuitet i vårdkedjan är en förutsättning för god vård. Tidig kontakt med öppenvården efter utskrivning från sluten vård kan vara ett tecken på en väl fungerande samverkan mellan psykiatrisk sluten- och öppenvård. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och uppföljning ska leda till sammanhållna vård- och stödinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av sluten vård. Rekommendationen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är därför viktig att följa upp [63]. Indikatorn visar *andelen vårdtillfällen i sluten vård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som följs av ett läkarbesök i psykiatrisk öppen vård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivning.*

Resultaten visar att andelen med ett läkarbesök inom fyra veckor var 35 procent 2017–2019, och ökade marginellt 2020 och 2021. Motsvarande resultat för åtta veckor var 50 procent 2017–2019, och sedan en marginell ökning 2020 och 2021 (diagram 82). Covid-19-pandemin verkar alltså inte ha påverkat läkarkontakterna i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning.

Diagram 82. Läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning

Andel vårdtillfällen i slutenvård med diagnosen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som följs av ett läkarbesök i psykiatrisk öppen vård inom fyra respektive åtta veckor efter utskrivning.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.



Sammanfattning schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Resultaten visar att covid-19-pandemin inte har haft någon tydlig påverkan på boendestöd i eget boende, strukturerad bedömning av suicidrisk eller läkarkontakter i psykiatrisk öppenvård efter utskrivning. För boendestödet och läkarkontakterna i psykiatrisk öppenvård finns det ingen skillnad mellan män och kvinnor eller olika åldersgrupper. När det gäller strukturerad bedömning av suicidrisk finns ingen skillnad utifrån kön men däremot en viss skillnad mellan åldersgrupper: Bland personer 55 år och äldre får drygt 6 av 10 en sådan strukturerad bedömning, jämfört med drygt 7 av 10 bland de som är yngre. Denna skillnad mellan åldersgrupper fanns även före covid-19 pandemin. I Socialstyrelsens nationella utvärdering vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2022 framkom att det finns ett stort utvecklingsbehov för vård och stöd till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [64].

Vård vid stroke

Stroke är ett samlingsnamn på de symtom som uppstår när hjärnan skadas på grund av hämmad syretillförsel. Syrebristen uppkommer när en blodpropp har bildats i något av hjärnans blodkärl (akut ischemisk stroke eller hjärnfarkt). Stroke kan också orsakas av en hjärnblödning när ett blodkärl brister inne i hjärnan (intracerebral blödning) eller på hjärnans yta (subaraknoidalblödning).

I Sverige insjuknar varje år cirka 25 000 personer i stroke [65]. Ofta är det äldre som drabbas; medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år. I Sverige är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken, och globalt är det den näst vanligaste orsaken till död och funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens rapportering om riskgrupper kopplat till covid-19 löper personer med stroke högre risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19 [2].

Covid-19-pandemin, särskilt den första och andra vågen, har i flera länder orsakat drastiska förändringar av vårdens resursfördelning, vilket påverkat tillgängligheten och kapaciteten inom bl.a. strokevården [66]. En minskning av sjukhusinläggningar vid akut stroke och hjärtinfarkt samt uppskjutna elektiva operationer har rapporterats tidigt under covid-19-pandemin från flera länder [67]. Socialstyrelsen har i ett faktablad som publicerades hösten 2020 också rapporterat om att färre med stroke vårdades på sjukhus under de första pandemimånaderna [36]. I en senare rapport har vi dock konstaterat att denna minskning till stor del berodde på en eftersläpning i registreringen till följd av covid-19-pandemin [1]. Resultaten från tidigare redovisningar visar att akut vård och behandling vid stroke samt elektiv kirurgi vid symtomgivande karotisstenos under pandemin har getts i samma utsträckning som tidigare år [36].

Eftersom akut vård vid stroke i stort sett inte har påverkats av covid-19-pandemin har indikatorerna som är kopplade till akut behandling med reperfusion plockats bort från denna redovisning. Indikatorerna som redovisas omfattar strokeenhet som första vårdnivå vid stroke och rehabiliteringsinsatser i direkt anslutning till insjuknandet i stroke. Samtliga indikatorer ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke [68]. I redovisningen ingår även antalet fall av stroke som vårdats på sjukhus och dödlighet efter sjukhusvård för stroke (tabellerna 22, 23 och 24).

Tabell 22. Indikatorer vård vid stroke – vård i akut skede

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	20 241	20 033	21 103	16 296 (80,5 %)	16 155 (80,6 %)	17 123 (81,1 %)

Källa: Riksstroke.

Tabell 23. Indikatorer vård vid stroke – dödlighet

Indikator		Antal personer med förstagångsstroke			Antal och andel* avlidna		
		2021	2020	2019	2021	2020	2019
Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, 28 dagar	Ischemisk stroke	17 809	17 574	18 068	1 809 (10,2 %)	1 726 (9,8 %)	1 663 (9,2 %)
	Intracerebral blödning	3 122	3 165	3 248	904 (29 %)	919 (29 %)	902 (27,8 %)
Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, 365 dagar**	Ischemisk stroke	17 809	17 574	18 068	3 616 (20,3 %)	3 563 (20,3 %)	3 583 (19,8 %)
	Intracerebral blödning	3 122	3 165	3 248	1 211 (38,8 %)	1 291 (40,8 %)	1 298 (40,0 %)

*Åldersjusterade värden. Strokepopulationen från år 2019 (förstagångsstroke) användes för åldersstandardiseringen.

**Data för 365-dagarsdödlighet för år 2021 är preliminära. I dessa uppgifter ingår avlidna t.o.m. 24 augusti 2022 dvs. förstagångsfall av stroke t.o.m. 25 augusti 2021.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 24. Indikatorer vård vid stroke – rehabilitering

Indikator		Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
		2021	2020	2019	2021	2020	2019
Slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke ¹	All eftervård	17 969	17 819	18 693	2 025 (11,3 %)	2 020 (11,3 %)	2 128 (11,4 %)
	Specialiserad rehabilitering	17 969	17 819	18 693	436 (2,4 %)	450 (2,5 %)	526 (2,8 %)
Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team ²		11 997	12 071	11 336	2 432 (20,3 %)	2 430 (20,1 %)	2 177 (19,2 %)
Multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering på sjukhus		18 100	17 913	18 891	1 146 (6,3 %)	1 259 (7,0 %)	1 518 (8,0 %)

1 Källa: Riksstroke och SveReh.

2 Källa: Riksstroke.

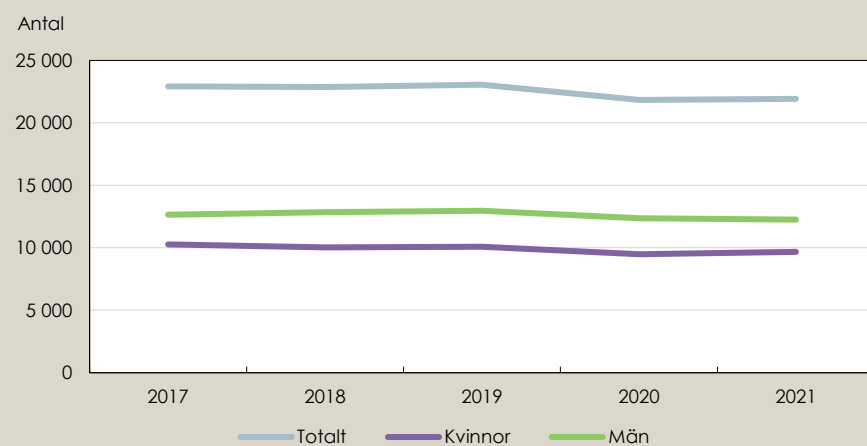
➔ Läs mer om indikatorerna för stroke på Socialstyrelsens webbplats.

Antalet fall av stroke

För hela året 2021 har 21 926 sjukhusvårdade fall av stroke registrerats i Socialstyrelsens patientregister, jämfört med 21 838 fall året före. Motsvarande siffra för 2019 var 23 056 fall (diagram 83, tabell 24). Statistiken från flera år visar att incidensen av stroke minskar för varje år. Det totala antalet sjukhusvårdade fall av stroke per år var lägre 2020 och 2021 jämfört med åren före pandemin. Att 88 fler fall registrerades 2021 jämfört med 2020 kan spegla en viss underregistrering i början av pandemin. Fördelningen av antalet strokefall mellan könen skilde sig inte under pandemiåren jämfört med tidigare. Samtidigt var den procentuella minskningen i antalet strokefall 2020 varit mer uppenbar för kvinnor (diagram 83).

Diagram 83. Antal fall av stroke som vårdats på sjukhus

Totalt antal sjukhusvårdade fall av stroke (I61, I63, I64) som registrerats i patientregistret.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Akut vård vid stroke

Personer som insjuknat i stroke vårdas på en specialiserad strokeenhet. För att de ska kunna dra maximal nytta av den högre vårdkvalitet som en strokeenhet ger, bör personer som insjuknat i stroke läggas in direkt på strokeenhet vid ankomst till sjukhuset utan att först vårdas på annan vårdavdelning. I de nationella riktlinjerna har inläggning på strokeenhet som första vårdenhets högsta prioritet och den nationella målnivån är minst 90 procent.

Strokeenhet som första vårdnivå

Vård på strokeenhet minskar dödligheten, funktionsberoendet och behovet av institutionsvård oavsett ålder vid insjuknandet, kön och sjukdomens allvarlighetsgrad. Indikatorn *strokeenhet som första vårdnivå vid stroke* visar andelen personer med stroke som vid akut insjuknande först vårdas på strokeenhet eller intensivvårdsavdelning² och inte på en annan vårdavdelning.

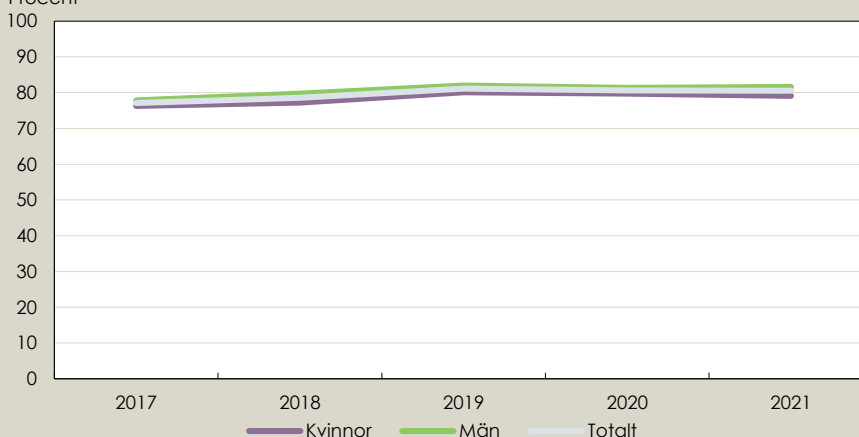
Andelen som vårdats på strokeenhet i riket ökade något mellan 2017 och 2021, från 77 till 81,1 procent (diagram 84). År 2021 var rikets genomsnitt 80,5 procent och den regionala variationen från 42–91 procent (diagram 85). Enbart en region ligger över den nationella målnivån på minst 90 procent trots att riktlinjernas rekommendation haft högsta prioritet sedan 2009. År 2019 var det fem regioner som nådde målnivån på minst 90 procent. Andelen som vårdas på strokeenhet som första vårdnivå skiljer sig marginellt mellan könen.

² Vissa patienter kan, efter individuell läkarbedömning, vara aktuella för intensivvård istället för vård på strokeenhet, därför inkluderas även vård vid intensivvårdsavdelning i jämförelsen.

Diagram 84. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Andelen fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.

Procent

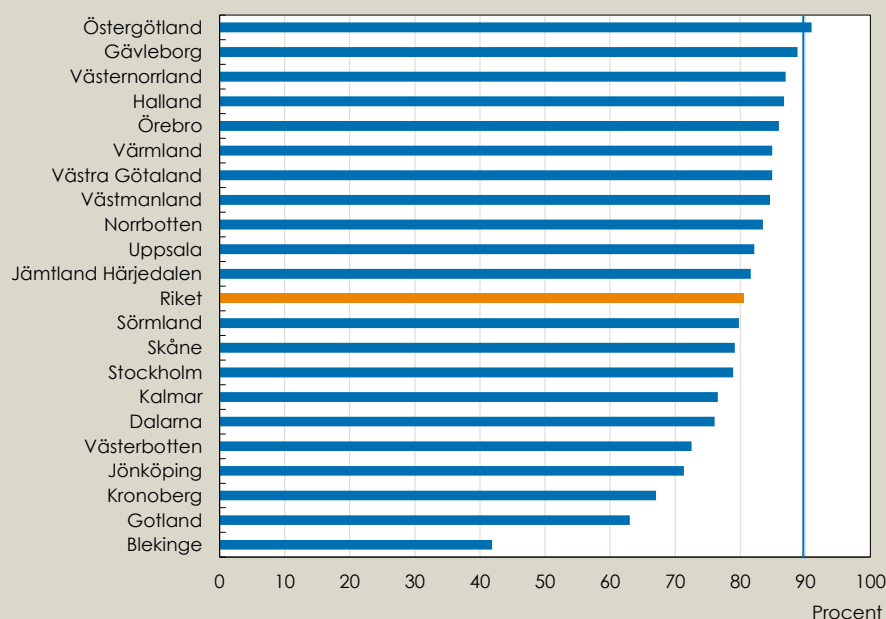


Socialstyrelsens nationella målnivå ≥ 90 procent

Källa: Riksstroke.

Diagram 85. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Andelen fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning, 2021.



Socialstyrelsens nationella målnivå ≥ 90 procent.

Källa: Riksstroke.

Rehabilitering och uppföljning

Rehabilitering efter stroke sker i olika faser. Den akuta fasen startar på strokeenheten och fortsätter därefter i hemmet eller i öppenvården. För svårare strokefall behövs en längre sjukhusvistelse på strokeenhet eller annan slutenvårdsenhet för rehabilitering (eftervård). Rehabiliteringen är framför allt inriktad på att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan. Insatsernas innehåll och intensitet varierar utifrån personens behov. Efter den initiala

rehabiliteringen är det många som behöver återkommande insatser för att behålla sin funktionsförmåga. Spetskompetens behövs framför allt i det akuta skedet (sjukhusbaserad rehabilitering) men personal som är kunnig i stroke-rehabilitering behövs i hela vårdkedjan.

I de nationella riktlinjerna för vård vid stroke lyfts vissa rehabiliteringsinsatser fram, och de är bland de viktigaste åtgärderna med stöd från vetenskaplig evidens och/eller beprövad erfarenhet [69]. I denna utvärdering redovisas följande indikatorer för att se hur rehabilitering efter stroke påverkats under covid-19-pandemin: slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke, tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stökteam och multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering (tabell 24).

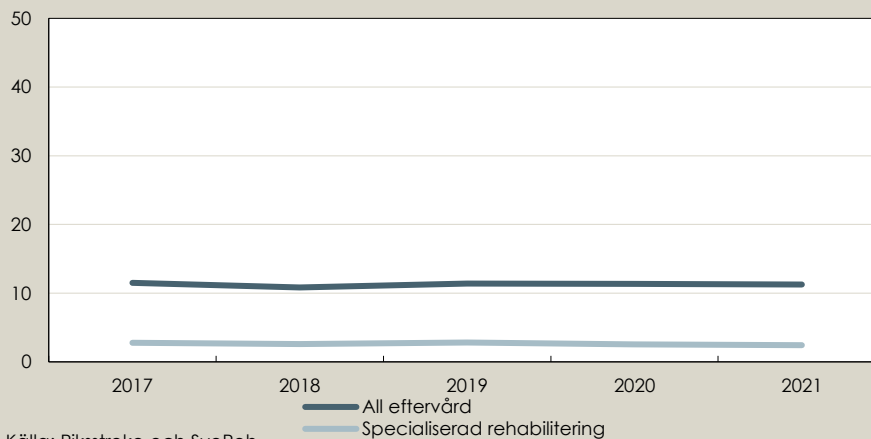
Indikatorn *slutenvårdsrehabilitering i anslutning till insjuknandet i stroke* visar andelen personer som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården. I denna rapport presenteras indikatorn uppdelat på a) alla med eftervård oavsett klinik (Riksstroke) och b) personer som i direkt anslutning till det akuta stöketillfället fick rehabilitering på specialiserad rehabiliteringsenhet (dela av a; enligt uppgift från Riksstroke och det Svenska registret för rehabiliteringsmedicin, SveReh). Andelen som får rehabilitering inom slutenvården i direkt anslutning till det akuta stroke-tillfället har varit relativt stabilt på drygt 10 procent under de senaste åren. Ingen uppenbar påverkan av covid-19 pandemin kan ses (diagram 86). Andelen som får rehabilitering inom slutenvården i anslutning till det akuta stroke-tillfället varierar påtagligt mellan regionerna (diagram 87). Detta kan delvis bero på den lokala strukturen och hur vårdkedjan är organiserad. Samtidigt finns det stora skillnader mellan regionerna i slutenvårdens kapacitet vad gäller rehabilitering.

Cirka en fjärdedel av dem med rehabiliteringsbehov inom slutenvården efter stroke får rehabilitering på en specialiserad rehabiliteringsenhet. Andelen som fått specialiserad rehabilitering i direkt anslutning till det akuta stroke-tillfället minskade något under 2020, särskilt bland män (diagram 88). Generellt får män specialiserad rehabilitering i högre utsträckning än kvinnor, vilket delvis kan bero på att kvinnor insjuknar i högre ålder och äldre får specialiserad rehabilitering i mycket lägre utsträckning än yngre (diagram 89).

Diagram 86. Rehabilitering inom slutenvården i anslutning till insjuknandet i stroke

Andel personer som har insjuknat i stroke och som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården.

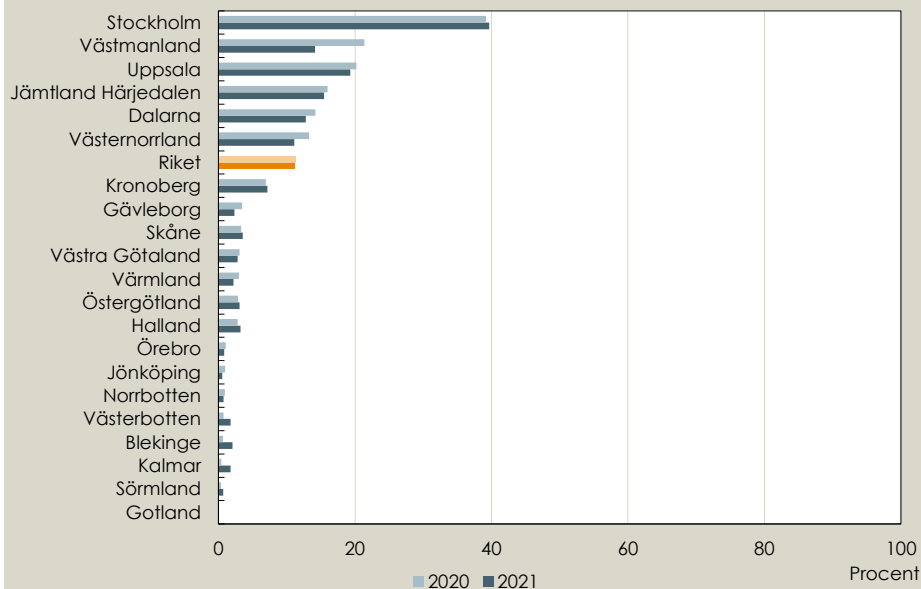
Procent



Källa: Riksstroke och SveReh.

Diagram 87. Rehabilitering inom slutenvården i anslutning till insjuknandet i stroke

Andel personer som har insjuknat i stroke och som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården.



Källa: Riksstroke och SveReh.

Diagram 88. Vård på specialiserad rehabiliteringsenhet i anslutning till insjuknandet i stroke

Andel personer bland de med eftervård i direkt anslutning till insjuknandet i stroke som vårdats på en specialiserad rehabiliteringsenhet inom slutenvården.

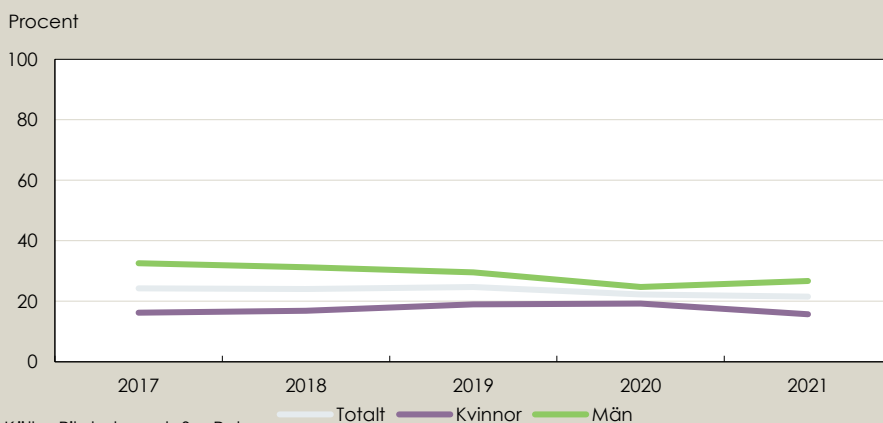
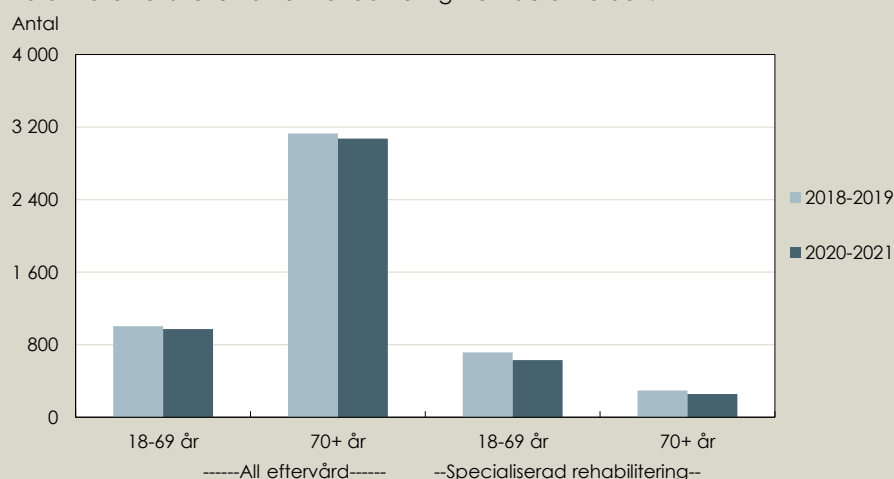


Diagram 89. Rehabilitering inom slutenvården i anslutning till insjuknandet i stroke

Antal personer som har insjuknat i stroke och som i anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke har fått rehabilitering inom slutenvården.

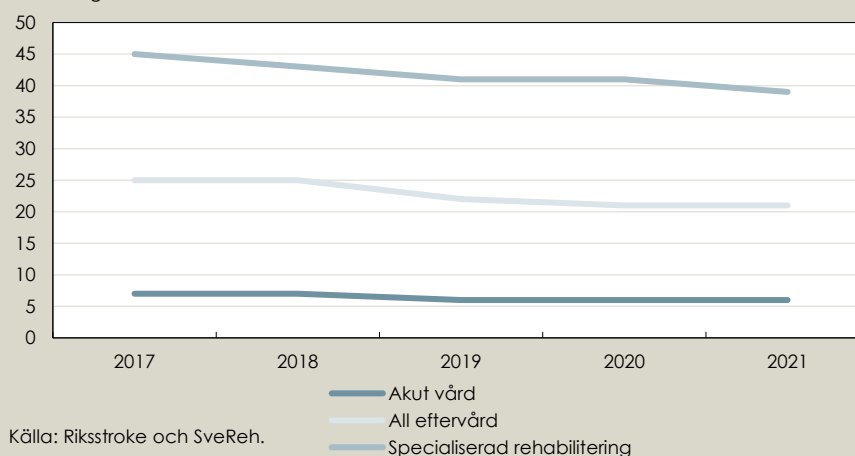


Vårdtidslängden inom slutenvården i direkt anslutning till det akuta vårdtillfället för stroke minskar ständigt (diagram 90). År 2021 var mediantiden för akut vård efter insjuknandet i stroke, dvs. vårdtidslängden för dem som inte haft registrerad eftervård enligt Riksstroke, lika med 6 dagar. För dem som fått eftervård i direkt anslutning till det akuta strotillfället var mediantiden 21 dagar för hela sjukhusvistelsen (akut vård plus eftervård). För dem som får specialiserad rehabilitering var rikets median för hela sjukhusvistelsen 39 dagar (diagram 90). Mediantiden för hela sjukhusvistelsen (akut vård plus eftervård) räknad på samtliga strokefall oavsett eftervård varierar från 5 till 9 dagar mellan regionerna (diagram 91).

Diagram 90. Rehabilitering inom slutenvården i anslutning till insjuknandet i stroke

Vårdtidslängd (median) för hela sjukhusvistelsen, akut vård plus eftervård.

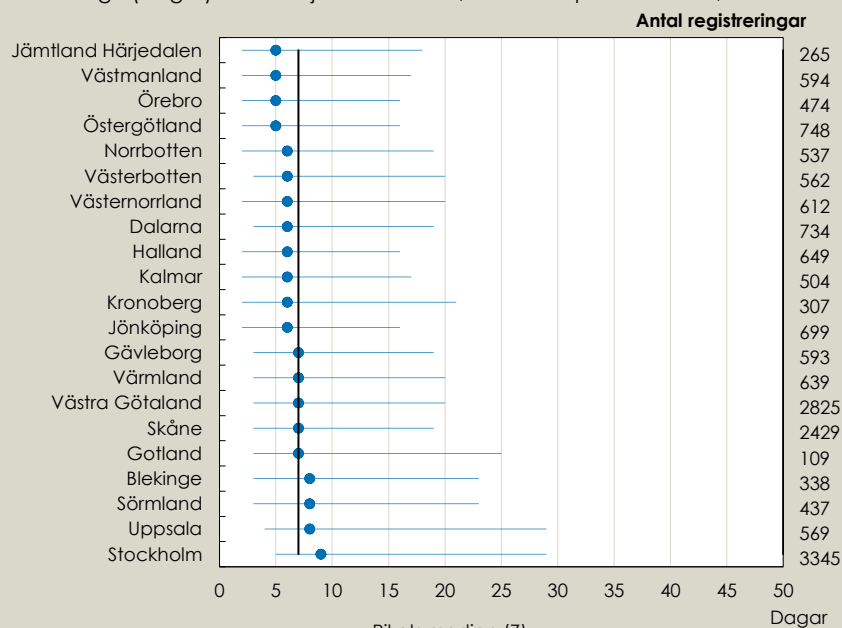
Antal dagar



Källa: Riksstroke och SveReh.

Diagram 91. Rehabilitering inom slutenvården vid stroke - vårdtider

Vårdtidslängd (dagar) för hela sjukhusvistelsen, akut vård plus eftervård, 2021.



Källa: Riksstroke och SveReh.

Indikatorn *tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroketeam* visar andelen personer med lindrig till måttlig stroke som skrivs ut tidigt och rehabiliteras i hemmiljön av samma stroketeam som koordinerar utskrivningen. Denna form av rehabilitering prioriteras högt i strokeriktlinjerna sedan 2018. Sedan dess har rikets genomsnitt för andelen som fått tidig understödd utskrivning med rehabilitering i hemmiljön bland dem som skrivits ut till hemmet efter stroke ökat från 17 till 20 procent (diagram 92). År

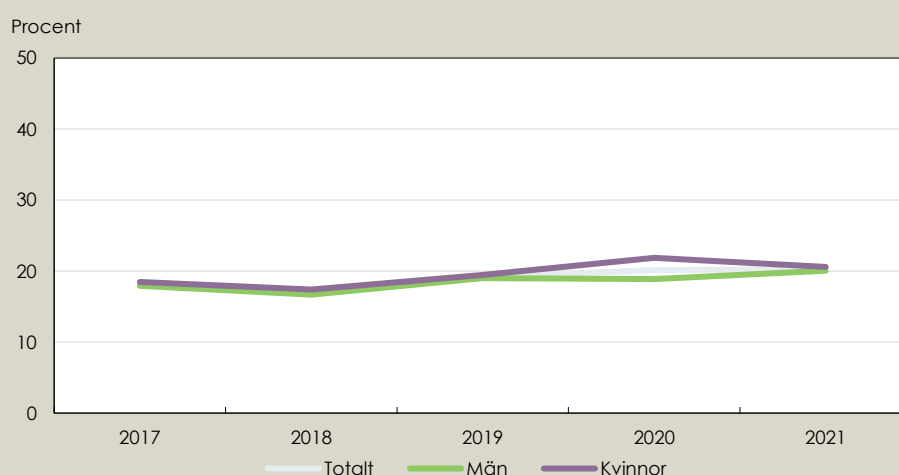
2021 var det sju regioner som låg över eller mycket över den nationella målnivån på minst 25 procent (diagram 93). Generellt kan inga större skillnader ses mellan män och kvinnor. Emellertid kan pandemin ha påverkat andelen som fått insatsen 2020 olika för män och kvinnor (diagram 92). Diagram 93 visar dock att rehabiliteringsformen fortfarande inte är etablerad i delar av landet, variationen i riket ligger mellan 0 till 79 procent.

Indikatorn *multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering* avser sjukhusanslutna teambaserade rehabiliteringsinsatser. Denna rehabiliteringsform är mest lämplig för personer med ett stort rehabiliteringsbehov och som inte kan mötas av rehabilitering i hemmiljö efter tidig understödd utskrivning. Indikatoren visar andelen personer med stroke som vid utskrivning från slutenvården fick planerad rehabilitering inom öppenvården. Trenden de senaste åren visar att andelen med planerad rehabilitering inom den öppna specialiserade vården minskar, skillnaden mellan 2017 och 2021 var 3 procentenheter (diagram 94). Andelen har minskat lika mycket för män som för kvinnor, dock får män planerad öppenvårdsrehabilitering i högre utsträckning än kvinnor. Liksom tidigare år var den regionala variationen 2021 mycket stor, mellan 0,2 till 52 procent (diagram 93). Data bör tolkas med försiktighet eftersom måttet speglar planerad rehabilitering vid utskrivning och inte genomförd rehabilitering.

Resultaten visar också att tillgången till olika rehabiliteringsformer varierar stort beroende på var i landet patienten bor. Variationen kan delvis bero på att de olika rehabiliteringsformerna i vissa regioner används utifrån tillgängligheten; i regioner där en hög andel får tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team får en låg andel multidisciplinär rehabilitering i öppenvård och vice versa (diagram 93).

Diagram 92. Tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stroke-team

Andelen personer med stroke som efter det akuta strokefallfallet skrevs ut till hemmet, och där ett multidisciplinärt stroke-team både koordinerat utskrivningen och utfört fortsatt rehabilitering i hemmiljön.



Socialstyrelsens nationella målnivå ≥ 25 procent.

Källa: Riksstroke.

Diagram 93. Korrelation mellan rehabiliteringsformer S.18 och S.19

Andelen personer med stroke som fick multidisciplinär teamrehabilitering efter tidig understödd utskrivning till hemmet (S.18) jämfört med multidisciplinär teambaserad rehabilitering inom öppenvården (S.19), 2021.

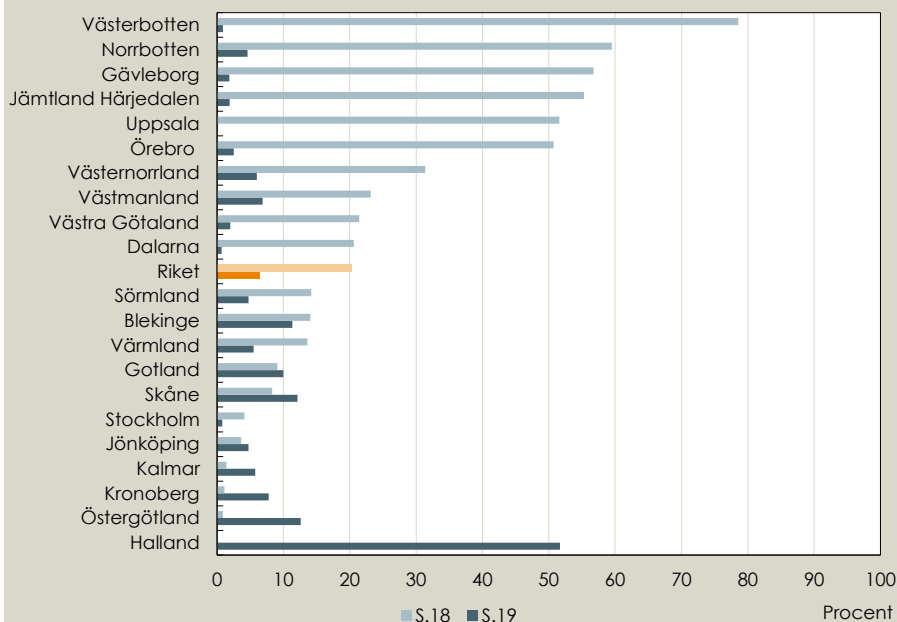
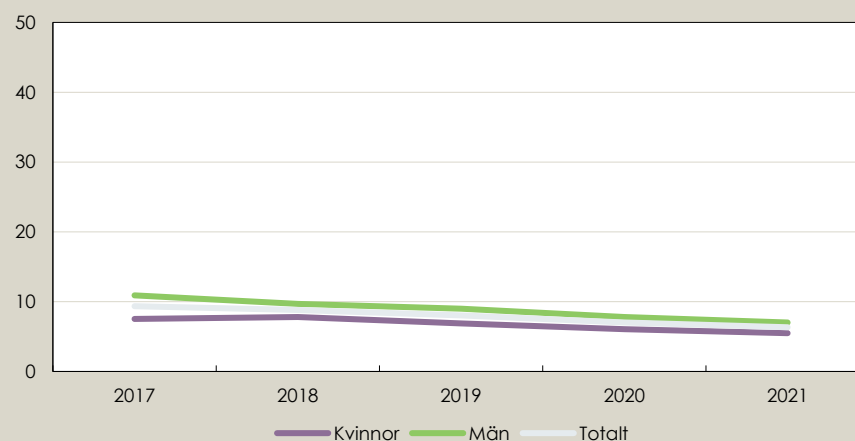


Diagram 94. Multidisciplinär öppenvårdsrehabilitering på sjukhus

Andel personer med stroke som vid utskrivning från slutenvården fick planerad rehabilitering inom öppenvården.

Procent



Vad gäller uppföljning efter stroke har Socialstyrelsen i en tidigare rapport redovisat antalet öppenvårdsbesök hos läkare för personer som haft minst ett fall av stroke under den senaste 6-månadersperiod. År 2020 registrerades färre läkarbesök i den öppna specialiserade vården efter stroke än året före [1]. Antalet läkarbesök 2 – 6 månader efter akut insjuknade i stroke var 2 875 år 2021, jämfört med 2 857 år 2020 och 3 399 läkarbesök 2019. Samtidigt hade enbart 13 procent av personer med stroke haft ett uppföljande besök hos

läkare i den öppna specialiserade vården 2 – 6 månader efter det akuta stroketillfället. Måttet har använts för att visa potentiella effekter av pandemin men speglar inte rekommendationen om strukturerad uppföljning efter stroke enligt nationella riktlinjer.

Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke

Risken för att dö inom 28 dagar efter sjukhusvårdad stroke är ett mått på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet. Dödligheten inom 365 dagar speglar även effekten av övriga insatser, såsom sekundärprevention. Eftersom blödningar förknippas med högre dödlighet än ischemisk stroke visas resultatet uppdelat på diagnoserna ischemisk stroke och intracerebral blödning.

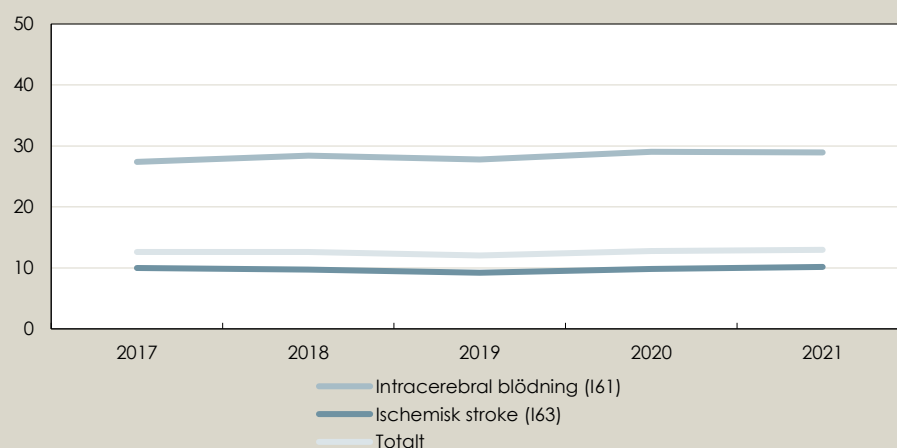
Dödligheten inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke har varit stabil under de senaste tio åren ([70], diagram 95). Dödligheten inom 28 dagar efter ischemisk stroke är relativt låg och var 10,2 procent 2021 jämfört med 9,2 procent 2019. Vad gäller hjärnblödning är dödligheten högre, men i dag finns det ingen vårdåtgärd som kan minska dödligheten. År 2021 avled 29 procent av personer med intracerebral blödning inom 28 dagar, jämfört med 27,8 procent 2019.

Dödligheten inom 365 dagar efter ischemisk stroke är oförändrad 2021 jämfört med tidigare år och ligger på cirka 20 procent (diagram 96). Det samma gäller dödligheten inom 365 dagar efter intracerebral blödning som ligger oförändrad på cirka 40 procent de senaste fem åren (diagram 96). Diagram 97, 98, 99 och 100³ visar 28-dagars- och 365-dagarsdödligheten i regionerna efter intracerebral blödning respektive ischemisk stroke.

Diagram 95. Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, 28 dagar

Andelen som avlidit inom 28 dagar från insjuknandet i stroke, uppdelat på diagnos. Justerat efter ålder.

Procent

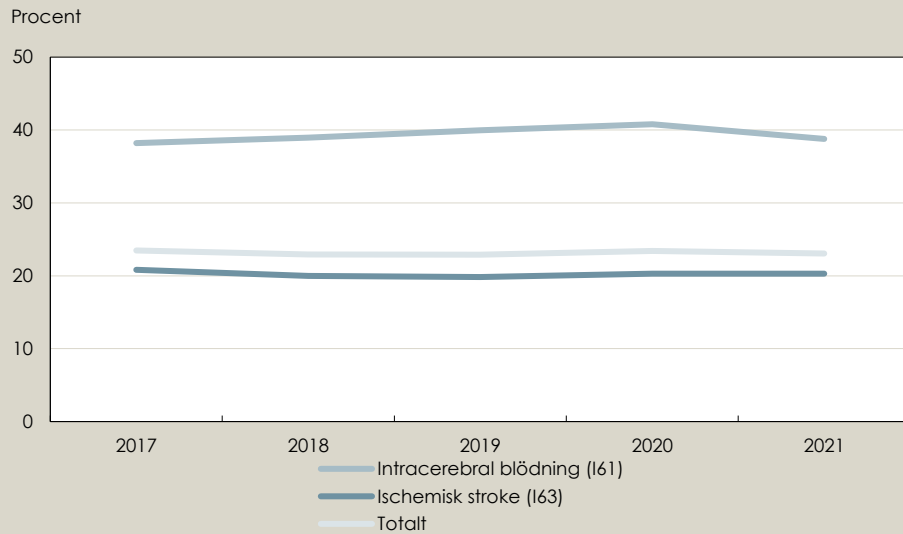


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

³ Diagram 97, 98, 99 och 100 – För resultatindikatorerna anges även det statistiska konfidensintervallet.

Diagram 96. Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, 365 dagar

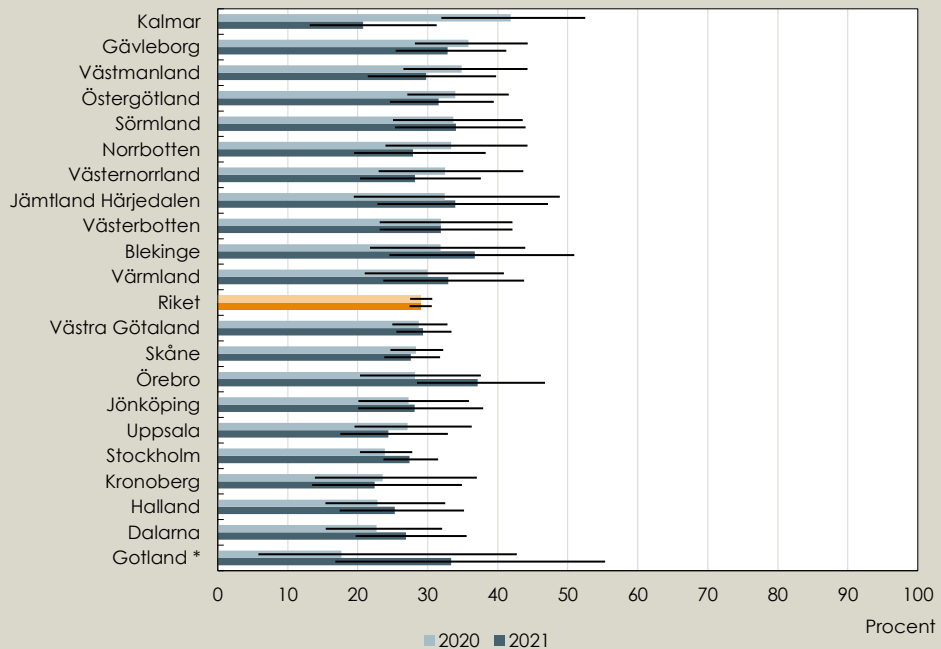
Andelen som avlidit inom 365 dagar från insjuknandet i stroke, uppdelat på diagnos. Justerat efter ålder.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 97. Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, intracerebral blödning 28 dagar

Andelen som avlidit inom 28 dagar från insjuknandet i stroke. Avser diagnos intracerebral blödning, justerat efter ålder.

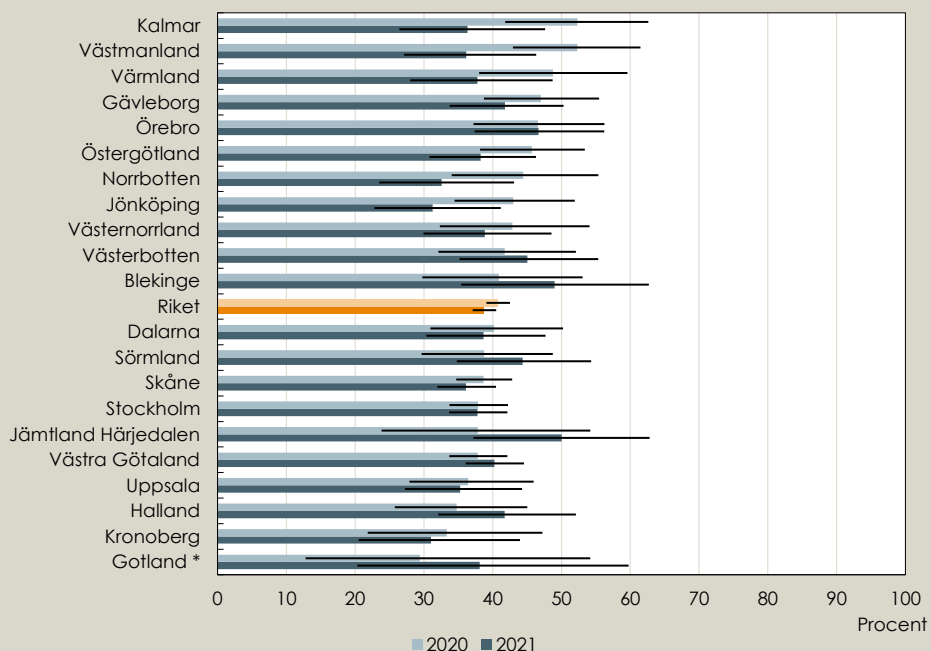


* Färre än 30 tal i nämnaren.

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 98. Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, intracerebral blödning 365 dagar

Andelen som avlidit inom 365 dagar från insjuknandet i stroke. Avser diagnos intracerebral blödning, justerat efter ålder.

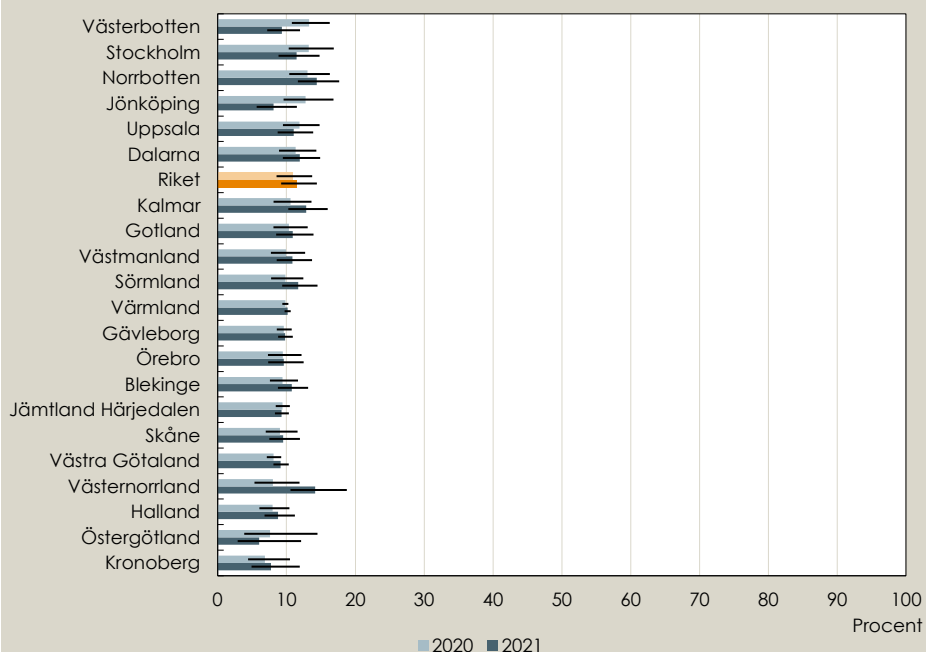


* Färre än 30 tal i nämnaren.

Källa: Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 99. Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, ischemisk stroke 28 dagar

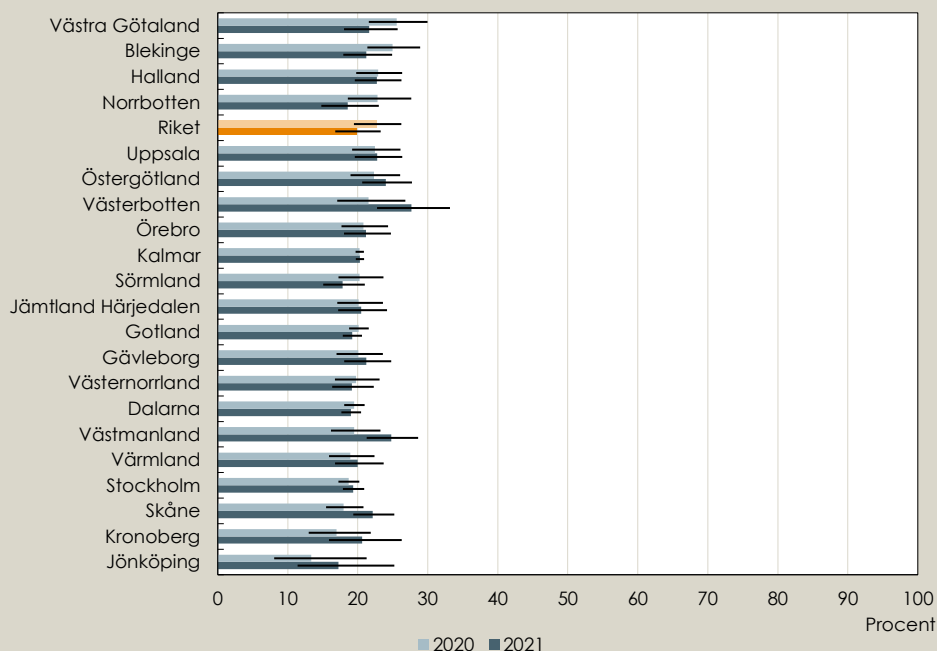
Andelen som avlidit inom 28 dagar från insjuknandet i stroke. Avser diagnos ischemisk stroke, justerat efter ålder.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 100. Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke, ischemisk stroke 365 dagar

Andelen som avlidit inom 365 dagar från insjuknandet i stroke. Avser diagnos ischemisk stroke, justerat efter ålder.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Trots att män drabbas av stroke i högre utsträckning än kvinnor är det en högre andel kvinnor som dör inom 28 och 365 dagar. Denna skillnad mellan könen består över tid och gäller både ischemisk stroke och intracerebral blödning. Skillnaden kan delvis förklaras av att kvinnor får sin stroke i genomsnitt högre ålder än män. År 2021 var skillnaden mellan könen i andelen som avlidit inom 28 dagar 2 procentenheter för ischemisk stroke och 6 procentenheter för intracerebral blödning. Andelen som avlidit inom 365 dagar var 4 procentenheter högre för kvinnor än män för båda diagnoserna. Skillnaden i dödlighet efter intracerebral blödning var mindre mellan könen 2020, dvs. 2020 har fler män och färre kvinnor avlidit jämfört med tidigare åren eller jämfört med 2021 (diagram 102). Detta kan delvis bero på att covid-19 som bidiagnos var vanligare hos män som vårdats för cirkulationssjukdomar under 2020 [71]. Män löper också en högre risk att få allvarlig sjukdom eller dö i covid-19 än kvinnor [72].

Diagram 101. Dödlighet efter sjukhusvård ischenisk stroke

Andelen som avlidit inom 28 respektive 365 dagar från insjuknandet i ischemisk stroke, uppdelat på kön. Justerat efter ålder.

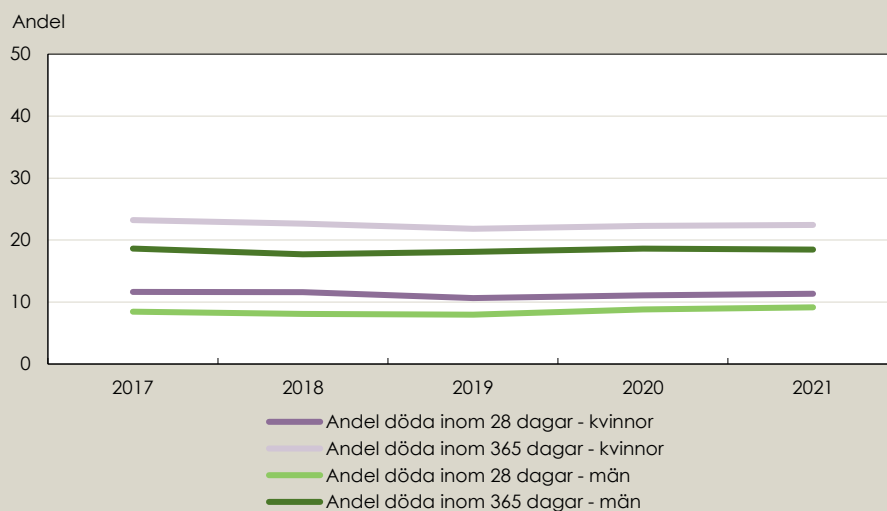
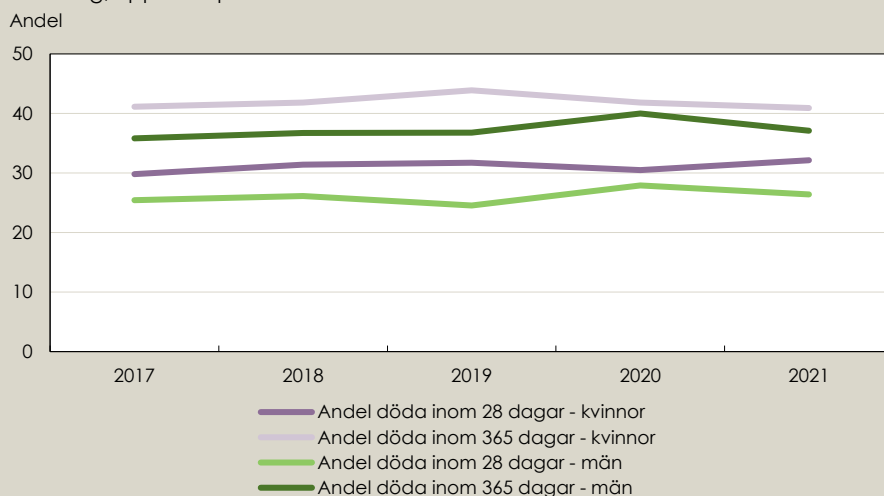


Diagram 102. Dödlighet efter sjukhusvård intracerebral blödning

Andelen som avlidit inom 28 respektive 365 dagar från insjuknandet i intracerebral blödning, uppdelat på kön. Justerat efter ålder.



Sammanfattning strokevård

Som i tidigare rapporter visar resultaten att en fortsatt hög andel, drygt 80 procent, har under pandemiåren 2020 och 2021 vårdats på strokeenhet eller IVA som första vårdenheter. Vi kan dock konstatera att en tidigare långsamt ökande trend har avstannat under 2020 och 2021. Det är svårt att bedöma om detta är en effekt av covid-19-pandemin eller om strokevården behöver öka kapaciteten för att nå den nationella målnivån på minst 90 procent för andelen som vid akut insjuknande vårdas på strokeenhet som första vårdenheter. De regionala skillnaderna är stora, vilket tyder på att strokevården i vissa regioner inte är dimensionerad utifrån behoven.

Tillgången till rehabilitering inom slutenvården efter stroke varierar stort i riket. Variationen kan delvis bero på brist på slutenvårdsplatser för rehabilitering i flera regioner [69]. Andelen som fick rehabilitering på specialiserad rehabiliteringsenhet i direkt anslutning till akut insjuknande i stroke minskade något under 2020, särskilt för män. Sett till all eftervård finns det dock inga skillnader mellan åren i andelen som får slutenvårdsrehabilitering direkt efter det akuta vårdtillfället för stroke. Vårdtiderna för både akut vård och eftervård minskar ständigt. En mer fördjupad analys om vårdtiden efter den akuta sjukhusvistelsen behövs dock för att kunna bedöma om vården under covid-19-pandemin har kunnat erbjuda en längre vårdtid till personer med svår stroke som behövt rehabilitering inom slutenvården.

Resultaten visar också att *multidisciplinär rehabilitering inom öppenvård* vid stroke minskar ständigt, medan *tidig understödd utskrivning till hemmet med multidisciplinärt stökteam* ligger på cirka 20 procent under de senaste tre åren. Resultaten tyder på att dessa två insatser används olika mycket beroende på tillgängligheten och den lokala organisationen i respektive region, trots att de riktar sig till skilda patientgrupper med olika behov efter stroke.

Vad gäller dödligheten efter sjukhusvårdad stroke visar resultaten att dödligheten efter intracerebral blödning har ökat något under pandemiåren. Det var också en uppenbar skillnad mellan könen. Oftast är dödligheten efter stroke högre hos kvinnor men 2020 har skillnaden mellan könen minskat. Dvs. det var fler män och färre kvinnor som avlidit efter intracerebral blödning jämfört med tidigare åren, eller jämfört med 2021. Detta kan delvis bero på att covid-19 som bidiagnos var vanligare hos män som vårdats för cirkulationssjukdomar under 2020 [71]. Män löper också en högre risk att få allvarlig sjukdom eller dö i covid-19 än kvinnor [72]. Dödligheten efter sjukhusvårdad ischemisk stroke skilde sig marginellt från tidigare år.

Statistiken från flera år visar att incidensen av stroke minskar för varje år. Emellertid, året 2021 bryts den minskade trenden, då det rapporterats ett marginellt högre antal fall av stroke jämfört med föregående år. Samtidigt var antalet fall av stroke som vårdats på sjukhus och som rapporterats in till nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister under 2020 något lägre än förväntat. Det större antalet registrerade fall 2021 jämfört med 2020 kan spegla en viss underregistrering under pandemins första år.

Tandvård

Tandvården är viktig för att främja och upprätthålla en god munhälsa i befolkningen. Munhälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Basala behov såsom att kunna äta, dricka, tugga och tala samt vara fri från smärta i munnen främjas av en god munhälsa, vilket framför allt upprätthålls med regelbundna förebyggande munhälsokontroller. Det finns också tydliga kopplingar mellan munhälsa och allmän hälsa, till exempel inom områdena diabetes och psykisk ohälsa, och för äldre multisjuka patienter. Personer i dessa grupper bör därför ha regelbunden kontakt med tandvården.

Majoriteten av befolkningen besöker tandvården regelbundet för planerade basundersökningar och förebyggande tandvård. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium, vilket minskar de framtida behoven av tandvård. Munhälsan i Sverige är generellt sett god men det finns skillnader mellan olika grupper, och utlandsfödda, lågutbildade och personer med låg inkomst har sämre munhälsa än andra. De har även en lägre besöksfrekvens än den övriga befolkningen.

Det finns en farhåga om att covid-19-pandemin har lett till färre förebyggande tandvårdsbesök, vilket i förlängningen kan leda till ett uppdämt vårdbehov. I mars 2020 publicerade Socialstyrelsen på sin hemsida information till tandvården om att rutinundersökningar och viss planerad tandvård till patienter i riskgrupper kunde skjutas upp, med hänsyn till den stora risken för smittspridning i samhället [73]. Detta har sannolikt lett till ännu färre planerade tandvårdsbesök.

Socialstyrelsens tidigare utvärdering av pandemins påverkan på följsamhet till nationella riktlinjer visade också en minskning i andelen som besökte tandvården för basundersökning 2020 jämfört med 2019 [1].

Indikatorn som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård 2011 [74] har analyserats för att se i vilken utsträckning basundersökning genomfördes under covid-19-pandemin 2020 och 2021 (tabell 25). Under 2021 ökade andelen av befolkningen som besökte tandvården för basundersökning igen, men man är ännu inte uppe på nivån före covid-19-pandemin (diagram 103).

Tabell 25. Antal och andel av befolkningen som besökte tandvården för basundersökning 2019–2021

Indikator	Antal personer aktuella för insatsen			Antal och andel personer som fått insatsen		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Personer som besökt tandvården för basundersökning*	10 067 346	10 001 545	9 922 229	4 091 353 (40,6 %)	3 701 166 (37 %)	4 338 603 (44,2 %)

*Personer som har besökt tandvården för en basundersökning 2019, 2020 och 2021. Personer 3 år och äldre.

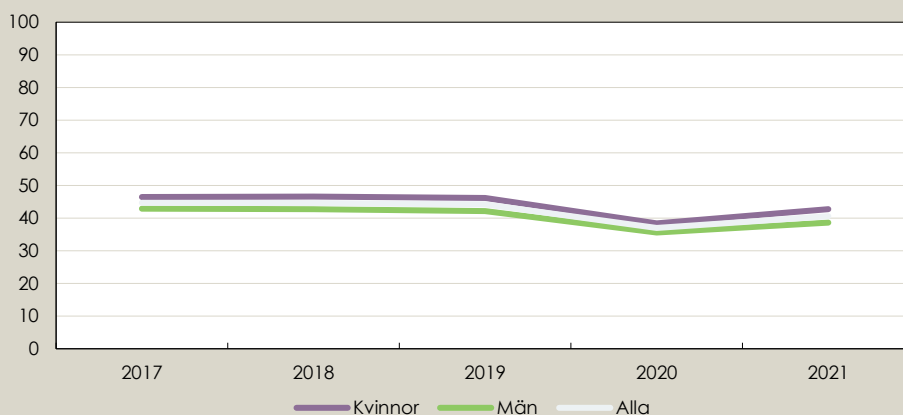
Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister och Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa).

➔ Läs mer om indikatorn för tandvård på Socialstyrelsens webbplats.

Diagram 103. Tandvård basundersökning

Andel av befolkningen som besökt tandvården för en basundersökning 2017-2021.

Procent



Källa: Tandhälsoregistret Socialstyrelsen, Kvalitetsregistret SkaPa.

Besök i tandvården

I de nationella riktlinjerna för vuxentandvård från 2011 finns en indikator som visar personer som har besökt tandvården inom en period på två alternativt tre år för att kunna följa besöksfrekvensen i tandvården [74]. I analysen har indikatorn modifierats något så att den följer skillnaden i besöksfrekvens mellan 2021 och 2020. Vi studerar specifikt antalet personer som har besökt tandvården för en basundersökning, vilket är den typ av förebyggande besök som eftersträvas. Under 2020 var det 37 procent av befolkningen över tre års ålder som besökte tandvården och fick en basundersökning. Under 2021 ökade andelen av befolkningen som besökte tandvården och fick en basundersökning till knappt 41 procent.

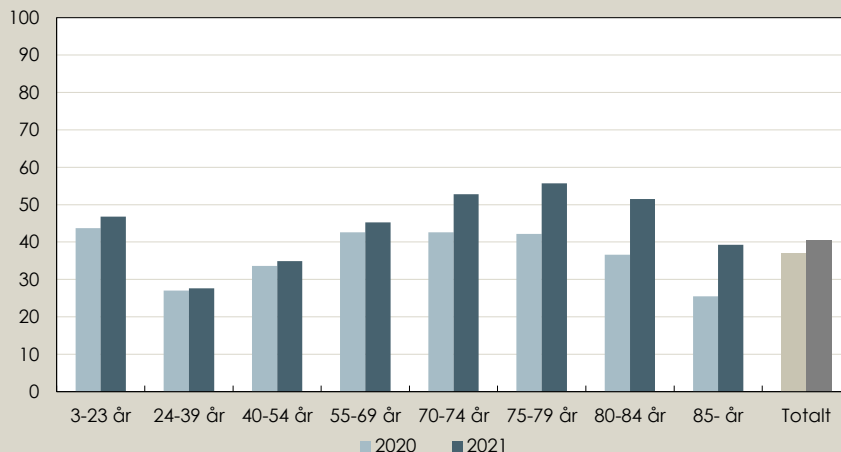
Antalet basundersökningar i tandvården ökade under 2021

En analys av antalet basundersökningar under 2021 jämfört med 2020 visar på en tydlig ökning under 2021 (diagram 104). Den faktor som hade störst inverkan var ålder, eftersom andelen basundersökningar ökade mest i åldersgruppen 70 år och äldre. Det var också i denna grupp som den största minskningen i besöksfrekvens syntes 2020 [1].

Diagram 104. Tandvård basundersökning. Ålder

Andel av befolkningen som besökt tandvården för en basundersökning, efter ålder, ålderstandardiserat.

Procent



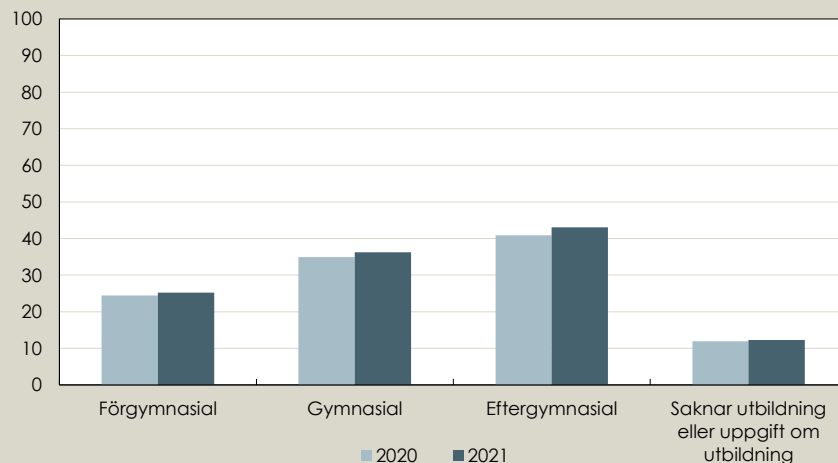
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och kvalitetsregistret SKaPa.

Kön hade inte så stor betydelse, även om andelen kvinnor som besökte tandvården för en basundersökning minskade något mer än andelen män. Utbildningsnivå har däremot en stor påverkan på besöksfrekvensen. Personer med eftergymnasial utbildning är den grupp som normalt besöker tandvården för basundersökning i högst utsträckning. Detta mönster kvarstod även 2021 (och registerdata visar en tydlig ökning jämfört med 2020). Besöken ökade även inom de övriga utbildningskategorierna men från en lägre nivå (diagram 105).

Diagram 105. Tandvård basundersökning. Utbildningsnivå

Andel av befolkningen som besökt tandvården för en basundersökning, efter utbildningsnivå, ålderstandardiserat.

Procent

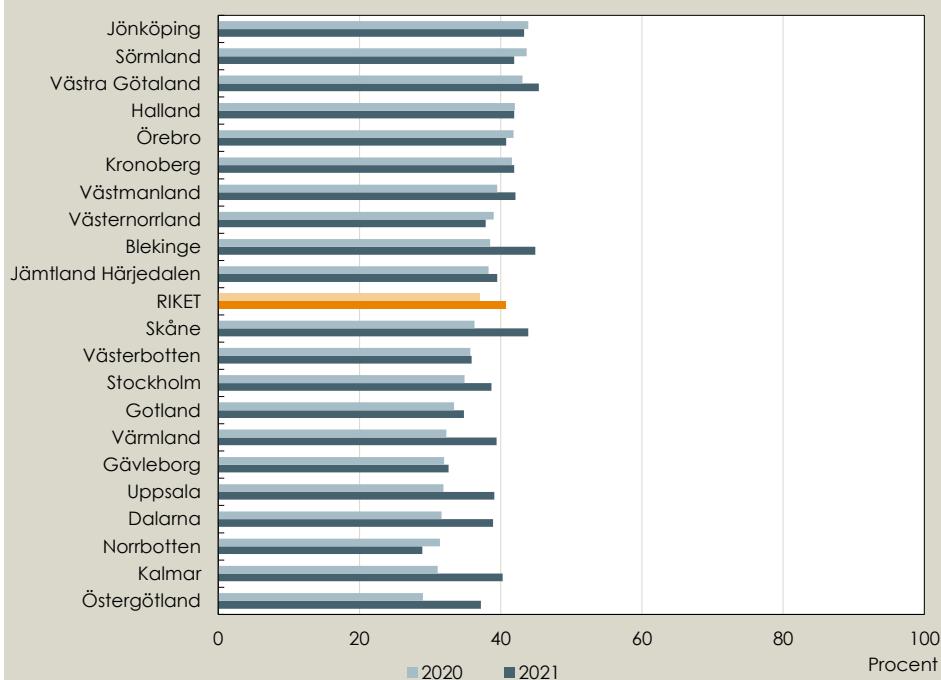


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Kvalitetsregistret SKaPa.

Covid-19-pandemin har spritt sig över landet i olika vågor, vilket betyder att regionerna har påverkats i olika hög grad under olika tidsperioder under pandemin. Andelen genomförda basundersökningar har dock ökat i majoriteten av de 21 regionerna under 2021 jämfört med 2020 (diagram 106).

Diagram 106. Tandvård basundersökning

Andel av befolkningen som besökt tandvården för en basundersökning, ålderstandardiserat.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och Kvalitetsregistret SKaPa.



Sammanfattning tandvård

Covid-19-pandemins effekt på besöken i tandvården har resulterat i ett uppdämt vårdbehov, inte minst i den grupp patienter som omfattas av regionernas tandvårdsstöd.

Den planerade tandvården i form av exempelvis regelbundna undersökningar ställdes i viss grad in under 2020. På våren var det i hög grad tandvården som begränsade sin verksamhet men under hösten var det i stället patienterna själva som avbokade. Under 2021 syns en tydlig ökning av basundersökningarna i de flesta regioner.

Effekterna av covid-19-pandemin på antalet besökare har haft störst påverkan utifrån ålder. Äldres besöksfrekvens minskade kraftigt under 2020, för att sedan stiga under 2021, och det gäller särskilt gruppen 70 år och äldre. Utbildningsbakgrund verkar dock inte ha så stor påverkan på tandvårdsbesöken.

Vilken effekt covid-19-pandemin kommer att ha på munhälsan i det långa loppet återstår att se, inte minst på grund av att den fortfarande pågår.

Avslutande diskussion

Socialstyrelsens utvärdering visar att covid-19-pandemin har inneburit att ett stort antal åtgärder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna har minskat i Sverige. År 2020 var följsamheten till riktlinjernas rekommendationer som lägst, men även under 2021 var det flera nationella riktlinjeområden som inte återhämtat sig. Bilden varierar dock mellan olika vårdområden. I få undantag (ett exempel är uppföljningsbesök vid reumatoid artrit) har vi sett att den vård som gavs 2021 kompenserat för 2020 års minskade volymer. Det kan finnas flera orsaker till att följsamheten till de nationella riktlinjerna försämras under covid-19-pandemin. Det beror delvis på att färre personer besökt hälso- och sjukvården och tandvården eftersom de följt samhällets smittskyddsåtgärder. Det beror även på omprioriteringar i vården på grund av den höga belastningen.

Det finns ett fortsatt uppdämt vårdbehov på grund av covid-19-pandemin. Det varierar dock och det kan ta tid innan vi ser de egentliga effekterna. Den vård som av olika anledningar fått anstå under covid-19-pandemin kan sägas generera ett uppdämt vårdbehov som behöver hanteras inom hälso- och sjukvården och tandvården.

När vården återgår till normalläge är det inte alltid som ett uppskjutet besök/kontroll för en patient med en välbehandlad kronisk sjukdom behöver tas igen. Ett eller flera missade vårdtillfällen rörande en högt prioriterad åtgärd kan dock resultera i flera oplanerade kontakter eller eventuella effekter på längre sikt för individer med kroniska tillstånd. För patienter med lindriga symtom som kan föregå potentiellt allvarliga tillstånd, som stroke och hjärtinfarkt, kan en väntan att uppsöka vård leda till allvarliga effekter, funktionsnedsättning eller död. Det kan även finnas ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och överlevnad.

Under kommande år kan ytterligare uppföljningar göras för att se hur vården på lite längre sikt klarar av att ta igen den vård som rekommenderas i riktlinjerna men som inte utförts under covid-19-pandemin. Genom att utgå från de nationella riktlinjerna skapar vi en bredare bild än att bara se på till exempel inställda operationer.

Covid-19-pandemin fortsatte att påverka vårdområdena i olika omfattning 2021 – men det finns områden där vården återhämtats

Flera nationella riktlinjeområden fortsatte att påverkas av covid-19-pandemin även under 2021, men det finns också riktlinjeområden där vården återhämtade sig eller var på god väg att återhämta sig till nivåerna före pandemin.

Den övergripande bilden är fortsatt att påverkan av covid-19-pandemin beror på vilken typ av insats som analyserats. Exempelvis har akuta tillstånd

oftast prioriterats, och dessa patienter har fått vård i tid och enligt riktlinjerna. För nya besök och uppföljningsbesök är bilden delvis en annan. För vissa kroniska sjukdomar har nya besök prioriterats framför uppföljningsbesök. Störst påverkan ser vi fortfarande för regelbundna uppföljningar.

Analysen i den här rapporten visar på fortsatta lägre vård- och behandlingsvolymerna inom flera områden som täcks av de nationella riktlinjerna, bland annat för vård vid astma och KOL där åtgärderna spirometri och strukturerade frågeformulär fortsatte att minska även under 2021. Vården vid demens visar ett fortsatt stort uppdämt behov av utredningar. Inom diabetesvården har betydligt färre personer med diabetes varit på besök och fått sina kontroller genomförda 2021 jämfört med 2019, men under 2021 kan viss återhämtning ses jämfört med 2020. För vården vid MS och Parkinsons sjukdom minskade andelen läkarbesök inom specialistvården initialt under pandemin, men under 2021 avstannade den negativa trenden. Andelen besök hos specialistläkare för MS har dock inte återgått till samma nivåer som före pandemin. Psoriasisvården visar att uppföljning av patienter med svår psoriasis har fortsatt att minska under 2021. Fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt har minskat kraftigt. Vården vid artros visar att den största effekten av pandemin är att färre har kommit till vården. Antalet första besök till fysioterapeut har halverats under 2020 jämfört med 2019 och ett fortsatt lågt antal första besök inrapporterades även under 2021. Osteoporosvården visar en minskning av andelen som opererats inom 24 och 48 timmar efter höftfraktur 2021 jämförelse med 2020.

En del riktlinjeområden har inte påverkats i samma utsträckning 2021 som under 2020, men det finns skillnader mellan regionerna, även om resultatet på nationell nivå inte visar någon större påverkan. Exempel på sådana riktlinjeområden är epilepsi, missbruk och beroende, palliativ vård i livets slutskede, reumatoid artrit och schizofreni.

För vissa riktlinjeområden har covid-19-pandemin påverkat vården till viss del men inte för alla rekommendationer. Exempel på detta är vården vid depression och ångest där resultaten inte visar på några större effekter på insatser och åtgärder för patienter med diagnos. Andra rapporter från Socialstyrelsen visar dock på en minskning av nya patienter med depression eller ångestdiagnos vilket skulle kunna tyda på att patienter som inte redan har en kontakt med vården för sin ohälsa i mindre utsträckning söker hjälp för sina problem [29].

Ett annat exempel är vården vid endometrios där antalet operationer har minskat medan uppföljningar efter tidigare utförd kirurgi inte har påverkats. Ytterligare ett exempel är strokevården där resultaten visar att akut vård på strokeenhet och rehabiliteringsinsatser i direkt anslutning till akut insjuknandet i stroke gavs i samma utsträckning under 2021 som tidigare år.

För flera av de nationella riktlinjerna finns stora regionala skillnader. För vissa är det en liten andel patienter som får de rekommenderade åtgärderna. De effekter som setts under pandemin visar inte på några större skillnader mellan män och kvinnor, men för vissa riktlinjeområden finns det skillnader mellan olika åldersgrupper. Socialstyrelsens nationella målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer, som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

sträva efter, är fastställda att gälla för ett normalläge. Under covid-19-pandemin har flera regioner haft svårare att uppnå målnivån. Dock ligger flera regioner långt ifrån att nå de nationella målnivåerna, vilket även var fallet för flera diagnosområden före covid-19-pandemin.

I tabell 26 illustrerar vi förändringen mellan 2019 och 2021 genom att fördela de rekommenderade åtgärderna på olika typer av insatser och visar hur de har påverkats under covid-19-pandemin. I bilagan redovisas en sammanfattande tabell – covid-19-pandemins påverkan på indikatorer i nationella riktlinjer. Bilagan finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 26. Rekommenderade åtgärder i nationella riktlinjer och hur de påverkats under covid-19-pandemin

Indikatorerna har grupperats utifrån typ av insats; akut insats vid insjuknandet i akut sjukdom, akut insats vid kronisk sjukdom, uppföljning efter insjuknande i akut sjukdom och uppföljning vid kronisk sjukdom.

Typ av insats	Totalt antal åtgärder	Antal som påverkats 2020 jämfört med 2019	Skillnad 2021 jämfört med 2020		
			Fortsatt negativ trend	Ingen skillnad	Positiv utveckling
Akut insats vid akut sjukdom	3	0	0	2	1
Akut insats vid kronisk sjukdom*	8	3	1	5	2
Uppföljning akut insjuknande	7	1	0	7	0
Uppföljning kronisk sjukdom**	40	22	7	27	6
Alla	58	26	8****	41	9***

* Här ingår även åtgärd vid ny diagnos eller nytt besök.

** Basundersökningar inom tandvården ingår.

***De rekommenderade åtgärderna i nationella riktlinjer – där vissa insatser har en positiv utveckling ses inom riktlinjeområdena, demens, depression och ångest, Parkinsons sjukdom, rörelseorganen (artros och reumatoid artrit), schizofreni och tandvård.

****De rekommenderade åtgärderna i nationella riktlinjer – där vissa insatser fortsatt har en negativ trend ses inom riktlinjeområdena astma och KOL, multipel skleros (MS), psoriasis och osteoporos.

Covid-19-pandemins fortsatta påverkan på tandvård och munhälsa

I början av pandemin ställdes en stor del av den planerade tandvården in och antalet akuta undersökningar ökade. Effekten av pandemin varierade mellan olika regioner och mellan folktandvård och privattandvård. År 2021 var det fortsatt färre personer som besökte tandvården för en basundersökning jämfört med före pandemin även om antalet besök ökade. Framför allt var det personer yngre än 70 år som fortsatte att besöka tandvården i lägre utsträckning.

Socialstyrelsens faktablad redovisar det stora antalet uppskjutna besök och fortsatta analyser visar hur stor påverkan de har haft på olika patientgrupper och på vårdbehoven som uppstått till följd av uppskjutna besök [75].

Vissa grupper som omfattas av det statliga tandvårdsstödet löpte förhöjd risk för att få sin undersökning uppskjuten 2020. Det rör sig om personer som besöker folktandvården, patienter som är 70 år och äldre samt patienter

som har låg inkomst. Patienter som inte undersöktes 2020 har fått fler tänder lagade eller utdragna i samband med nästa undersökning jämfört med de patienter som besökte tandvården 2020. Det tyder på att uppskjutna besök under pandemin kan ha lett till uppskjutna vårdbehov.

Socialstyrelsen har även studerat personer som behandlas inom ramen för regionernas tandvårdsstöd. Målgruppen för stödet Nödvändig tandvård är personer som ofta har förhöjd risk att drabbas av munsjukdomar och stora tandvårdsbehov. De behöver därmed regelbunden kontakt med tandvården. För patienterna som undersöktes och behandlades inom regionernas tandvårdsstöd 2021 har längre tid förflutit jämfört med dem som undersöktes 2019. I denna patientgrupp har fler tänder dragits ut än bland dem som besökte tandvården före covid-19 pandemin. Ett förlängt undersökningsintervall i samband med pandemin verkar alltså ha lett till ett ökat vårdbehov hos dessa patienter.

I gruppen barn och unga som undersöktes 2021 finns dock ingen sådan tendens. Tvärtom hade de bättre munhälsa än de barn och unga som undersöktes 2019. De fick också färre fyllningar och kirurgiska åtgärder jämfört med barn och unga som undersöktes 2019. Effekten av pandemin på barn och unga är alltså mer svårtydd [75].

Regionjämförelse där covid-19-pandemin haft störst påverkan

I rapporten beskrivs hur vården fungerat under covid-19-pandemin utifrån de områden där det finns rekommendationer i nationella riktlinjer. Mot bakgrund av att utvärderingen i huvudsak redovisar varje område för sig har vi i detta avsnitt valt att samla ett antal riktlinjeområden och indikatorer för att beskriva hur varje region sammantaget har påverkats av covid-19-pandemin inom de områden vi analyserat i denna rapport.

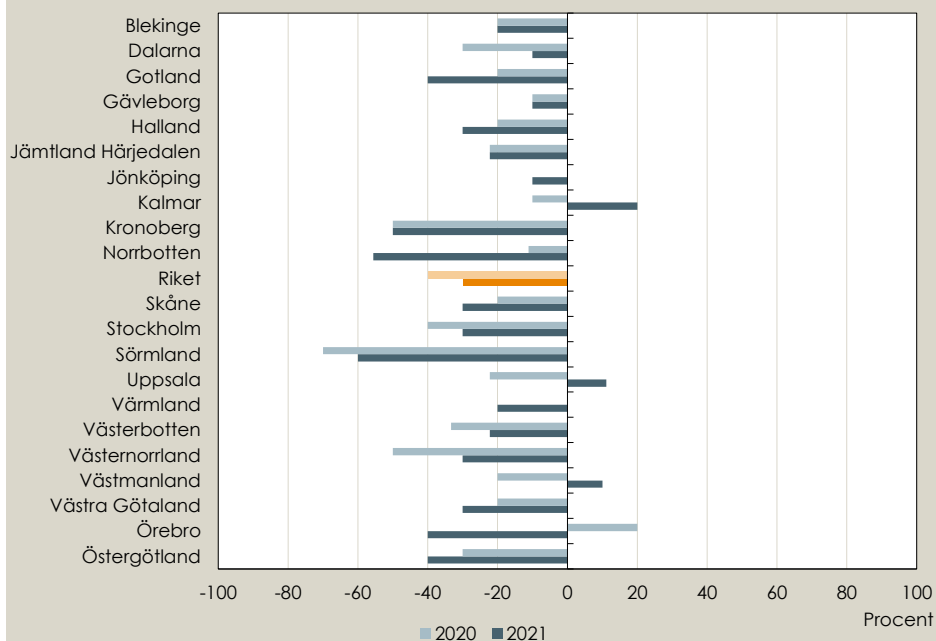
Diagram 107 visar hur regionerna påverkats av covid-19-pandemin relaterat till de indikatorer som är redovisade på regionnivå i rapporten. I diagram 107 sammanställs data där vi undersökt utvecklingen mellan år 2021 och referensperioden för alla indikatorer, uppdelat på de 21 regionerna.

Sorteringen har gjorts på ett övergripande sätt. Indikatorerna och vårdområdena är inte viktade sinsemellan och alla indikatorer har därför fått samma tyngd. Detta kommer så klart inte vara fallet när det uppdämda vårdbehovet behöver hanteras, men den här redovisningen ger en översiktlig bild av vilka regioner som har behövt skjuta upp mest vård. Det har inte varit möjligt i denna undersökning att beräkna statistiskt signifikanta skillnader för indikatorerna. Eftersom vi baserar resultaten på aggregerade data har vi i stället utgått från skillnaden i riket mellan åren och jämfört med skillnaden i varje region. Vi identifierar därefter de regioner där skillnaden för varje indikator avviker mer än i riket. Resultaten visar att några regioner påverkats mer än andra av covid-19-pandemin. Det gäller i stort de regioner som drabbades hårt under covid-19-pandemin under perioden 2020–2021. Sambandet är dock inte helt tydligt, vilket visar att det inte enbart är relaterat till nivåer av

smitta, beläggning och dödlighet. Även beslut om prioriteringar, och nedstängningar samt olika strukturer för att återgå till normalläge kan bidra till utfallet. Tolkningen av resultaten baseras på en normalbild av sjukvården. Under covid-19-pandemin har regionernas vårdplanering påverkats avsevärt. Det innebär att en försämring på ett riktlinjeområde kan vara ett resultat av en korrekt prioritering av insatser i just den regionen.

Diagram 107. Regionjämförelse

Diagrammet visar den procentuella förändringen 2021 och 2020 av antalet indikatorer som förbättrats eller försämrats i varje region i förhållande till 2019 års värde för den regionen. Stapeln till vänster om mittlinjen indikerar ett svagare resultat medan stapeln till höger indikerar ett starkare resultat.



Källa: Socialstyrelsens hälsodataregister och Nationella kvalitetsregister.

Referenser

1. Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till de nationella riktlinjerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
2. Socialstyrelsen. Grupper som riskerar ett allvarligt sjukdomstillstånd om de blir sjuka i covid-19. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Hämtad 2022-10-26 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/slutredovisning-riskgrupper-covid-19.pdf>
3. BOA-registret BOA-registret. Hämtad 2022-10-26 från: <https://boa.registercentrum.se/statistik/statistik/p/HJSjx8Jvx#!overview> <https://boa.registercentrum.se/>
4. Luftvägsregistret. Hämtad 2022-10-26 från: <https://lvr.registercentrum.se/>
5. Nationella diabetesregistret. Hämtad 2022-10-26 från: <https://www.ndr.nu>
6. Rikshöft. Hämtad 2022-10-26 från: <https://www.rikshöft.se//>
7. Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård, Riksstroke. Hämtad 2022-10-26 från: <https://www.riksstroke.org/sve//>
8. Svenska Intensivvårdsregistret. Hämtad 2022-10-26 från: <https://www.icu-regsw.org/>
9. Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) Hämtad 2022-10-06 från: <https://www.ucr.uu.se/svedem//>
10. Svenska Ledprotesregistret. Hämtad 2022-10-06 från: <https://slr.registercentrum.se/>
11. Svenska neuroregister /MS-registret. Hämtad 2022-10-06 från: <https://neuroreg.se>
12. Svenska palliativregistret. Hämtad 2022-10-06 från: <https://palliativregistret.se/>
13. Svenskt Perioperativt Register (SPOR). Hämtad 2022-10-06 från: <https://spor.se/>
14. Svensk reumatologisk kvalitetsregister (SRQ) Hämtad 2022-10-06 från: <https://srq.nu/>
15. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) www.skapareg.se.
16. Svenskt register för rehabiliteringsmedicin– SveReh. Hämtad 2022-10-06 från: <https://svereh.registercentrum.se/>
17. Swedeheart (Inom SWEDEHEART (hjärta): SEPHIA (nationellt kvalitetsregister för sekundärprevention efter hjärtinfarkt), Svenska Hjärtkirurgiregistret, SWENTRY (tidigare även Perkutana klaffregistret, som innehåller information om TAVI-ingrepp), SCAAR (det svenska kvalitetsregistret för koronarangiografi och PCI), RIKS-HIA (det svenska registret för hjärtintensivvård). Hämtad 2022-10-06 från: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/>
18. Worobey, M. et al. (2022). The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. Science, 377, 951–959.
19. Folkhälsomyndigheten. Flera tecken på samhällsspridning av covid-19 i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad 2022-10-26

- från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/>
20. Socialstyrelsen. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
 21. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 22. Luftvägsregistrets årsrapport. Hämtad 2022-10-20 från; <https://registercentrum.blob.core.windows.net/lvr/r/-rsrapport-2021-Luftv-gsregistret-H1gittNOtc.pdf>
 23. Nationella målnivåer för vård vid astma och KOL. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 24. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 25. Nationella målnivåer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 26. Nationella riktlinjer – Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 27. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
 28. Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin. Socialstyrelsen: 2021.
 29. Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021. Socialstyrelsen: 2022.
 30. Nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 31. Nationella riktlinjer för vård vid diabetes. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 32. Nationella diabetesregistret. Årsrapport. Hämtad 2022-10-26 från: https://www.ndr.nu/pdfs/Arsrapport_NDR_2020.pdf.
 33. Nationella målnivåer för vård vid diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 34. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 35. Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 36. Szymanski FM, Smuniewski C, and Platek AE. Will the COVID-19 Pandemic Change National Security and Healthcare in the Spectrum of Cardiovascular Disease? *Curr Probl Cardiol* 2020;45:100645.
 37. Socialstyrelsen. Hur covid-19 har påverkat akut vård av äldre med stroke och hjärtinfarkt – oktober 2020. Socialstyrelsen; 2020.
 38. Socialstyrelsens officiella statistik om hjärtinfarkter 2021-12-7648|Publicerad: 2021-12-08
 39. Mohammad MA, Koul S, Olivercrona GK, et al. Incidence and outcome of myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention during COVID-19 pandemic. *Heart*, dec 2020. doi: 10.1136/heartjnl-2020-317685.
 40. SWEDEHEART Annual Report 2020 RIKS-HIA, issued 2021.

41. Nationella riktlinjer – vård vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
42. Nationella riktlinjer vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom –Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
43. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Sammanfattning med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
44. Socialstyrelsen. Täckningsgrad för Nationella kvalitetsregister 2020. www.socialstyrelsen.se/publikationer/ Art.nr. 2020-12-7049.
45. Hillert J, Stawiarz L. The Swedish MS registry – clinical support tool and scientific resource. *Acta Neurol Scand.* 2015;132(199):11–19.
46. Svenska neuroregister Årsrapport för 2021. Hämtad 2022-10-10 från: www.neuroreg.se
47. Nationella riktlinjer – Indikatorer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
48. Nationella riktlinjer – Målnivåer – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
49. Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
50. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 – Palliativ vård i livets slutskede: Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
51. Svenska palliativregistret årsrapport. Hämtad 2022-11-06 från: <https://palliativregistret.se/media/xstjwqqa/%C3%A5rsrapport-2021.pdf>
52. Nationella målnivåer för palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
53. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
54. Nationella riktlinjer – Målnivåer – Vård vid psoriasis. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
55. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
56. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, Indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
57. Nationella målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
58. Reumatikerförbundet. Hämtad 2022-10-06 från: <https://reumatiker.se/>
59. Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA). Årsrapport 2020. BOA; 2020.
60. Svenska Ledprotesregistret (SLR) årsrapport 2022. Hämtad 2022-10-06 från: https://registercentrum.blob.core.windows.net/slr/r/Svenska-Ledprotesregistret-rsrapport-2022_SE-2--BkxW4idh1s.pdf.
61. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) årsrapport 2021 SRQ. Hämtad 2022-10-06 från: <https://srq.nu/wp-content/uploads/2022/06/Arssrapport-SRQ-2021.pdf>
62. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Verksamhetsrapport 2021.Sveriges regioner och kommuner, skr.se.

63. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
64. Nationella riktlinjer – Utvärdering – vård vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
65. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik. Statistik om stroke, 2021. 2022-11-23.
66. Publicerad Markus HS och Brainin M. COVID-19 and stroke – A global World Stroke Organisation perspective. International Journal of Stroke 2020; 15(4):361–364.
67. Szymanski FM, Smuniewski C, and Platek AE. Will the COVID-19 Pandemic Change National Security and Healthcare in the Spectrum of Cardiovascular Disease? Curr Probl Cardiol 2020; 45:100645.
68. Nationella riktlinjer – Vård vid stroke – Indikationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
69. Nationella riktlinjer för vård vid stroke, 2020. Stöd till styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
70. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid stroke, 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
71. Socialstyrelsens statistik om covid-19. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19>
72. Kön och risk för allvarlig sjukdom och död i covid-19. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; Rapport 2021:05 <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/rapport-2021.5-kon-och-risk-for-allvarlig-sjukdom-och-dod-i-covid-19.pdf>
73. Socialstyrelsen. Stöd till personal inom tandvård. Socialstyrelsen.se
74. Nationella riktlinjer. Övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
75. Effekter av covid-19 på munhälsa och tandvårdsbesök bland barn och vuxna del 4. Socialstyrelsen 2022.

Projektorganisationen

Projektägare

Anders Bengtsson, enhetschef

Projektfledning

Christina Broman, projektfledare

Ann-Sofie Bertilsson, utredare

Tobias Edbom, utredare

Britt Eriksson, utredare

Thomas Malm, utredare

Anders Nordlund, utredare

Mikael Nyman, utredare

Anastasia Simi, utredare

Projektmedarbetare

Natalja Balliu, statistiker

Gudrun Jonasdottir Bergman, statistiker

Sofia Collin, statistiker

Gölin Frank, statistiker

Alistair Hind, statistiker

Frida Lundgren, statistiker

Kajsa Mulder, produktionsledare

Mikaela Svensson, statistiker

Mikael Törnblom, statistiker

Harriet Wennberg, kommunikatör

Samuel Westberg, statistiker

Kvalitetsregister – kontaktpersoner

Joakim Alfredsson, RIKS-HIA

Maria Andersson, Svenska palliativregistret

Maria Bäck, SEPHIA

Annika Edberg UCR (Swedeheart)

Mia von Euler, Riksstroke

Lars Forsberg, Svenska neuroregister/MS-registret

Örjan Friberg, hjärtkirurgiregistret

Lars Gahnberg, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Daniela Di Giuseppe, Svensk reumatologiskt kvalitetsregister

Jan Hillert, Svenska neuroregister/MS-registret

Ami Hommel, Rikshöft

Fredrik J Jonsson, Riksstroke

Lena Jönsson, Rikshöft

Thérèse Jönsson, BOA (Bättre omhändertagande av patienter med artros)
Lotta Ljung, Svensk reumatologiskt kvalitetsregister
Staffan Lundström, Svenska palliativregistret
Per Odin, Svenska neuroregister/Parkinsonregistret
Katarina Eeg-Olofsson, Nationella diabetesregistret
Maria Schelin, Svenska palliativregistret
Katharina Stibrant Sunnerhagen, Svenskt register för rehabiliteringsmedicin
Caroline Stridsman, Luftvägsregistret
Karin Westling, Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar