

Vård vid depression och ångestsyndrom

Nästan en tredjedel av befolkningen får en depression någon gång i livet, och cirka en fjärdedel får ett ångestsyndrom. Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för suicidtankar och suicidförsök, vilket också kräver att vården under hela sjukdomsförloppet är lättillgänglig och har hög kontinuitet. 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. Både depression och ångestsyndrom behandlas i huvudsak med olika former av psykologisk behandling och antidepressiva läkemedel.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom finns sexton åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [11] (tabell 8).

Tabell 8. Tillstånds- och åtgärdslista depression och ångestsyndrom – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
3	Misstänkt depression eller ångestsyndrom, barn och ungdomar	Enbart föräldraversionen av Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare
10a	Depression eller ångestsyndrom, lindrig till medelsvår, vuxna	Bedömning av suicidrisk med enbart instrument
10c	Depression eller ångestsyndrom, ungdomar och vuxna	Bedömning av suicidrisk med instrumentet SAD PERSONS Scale som komplement till klinisk bedömning
16	Vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, barn, ungdomar och vuxna	Screening för depression eller ångestsyndrom
22	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, barn och ungdomar	Systemisk familjeterapi
27c	Egentlig depression, medelsvår till svår, barn och ungdomar	Paroxetin
44	Posttraumatiskt stressyndrom, barn och ungdomar	Alfaadrenerga agonister

Rad	Tillstånd	Åtgärd
47	Akut stressyndrom, barn och ungdomar	Betablockerare eller alfaadrenerga agonister
49	Tvångssyndrom (OCD), barn och ungdomar	Psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)
77a	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, årstidsrelaterad, vuxna	Ljusterapi med vitt morgonljus
77b	Egentlig depression, lindrig till medelsvår, vuxna	Ljusterapi med vitt morgonljus
99	Generaliserat ångestsyndrom, vuxna	Bensodiazepiner
109	Paniksyndrom, vuxna	Bensodiazepiner
120	Social fobi, vuxna	Bensodiazepiner
128	Risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse, vuxna	Förebyggande krisbearbetning (debriefing)
137	Akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom, vuxna	Bensodiazepiner

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

→ Läs mer om rekommendationerna för depression och ångestsyndrom på Socialstyrelsens webbplats.

Åtgärder riktade till barn och ungdomar

Enbart föräldraversionen av Brief child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare vid misstänkt depression eller ångestsyndrom

Resultaten från enkäten visar att de flesta inte utför åtgärden: 61 av 88 verksamheter (69 procent) svarar att den aldrig förekommer. Av övriga svarar 6 av 88 (7 procent) att den utförs i undantagsfall och lika många att den utförs ofta. Dessutom svarar 2 av 88 (2 procent) att den utförs ibland och 13 av 88 (15 procent) att man inte vet (tabell 9). Avgörande för rekommendationen är att BCFPI har låg sensitivitet för att identifiera depression och ångestsyndrom, så om man enbart använder

föräldraversionen av BCFPI finns en uppenbar risk för att många barn och ungdomar med pågående depression eller ångestsyndrom inte identifieras. Det nationella programområdet för psykisk hälsa där depression och ångest ingår uppger att man inte vet huruvida åtgärden utförs.

Tabell 9. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Barn och ungdomar med misstänkt depression eller ångestsyndrom som får enbart föräldraversion av Brief Child and family phone interview (BCFPI) för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare	61 (69%)	6 (7%)	2 (2%)	6 (7%)	13 (15%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Enbart systemisk familjeterapi vid lindrig till medelsvår egentlig depression hos barn och ungdomar

Resultaten från enkätundersökningen visar att 42 av 88 (48 procent) inte tillämpar åtgärden. Bland de övriga svarar 14 av 88 (16 procent) att man gör det i undantagsfall, 13 av 88 (15 procent) att man gör det ibland och 6 av 88 (6 procent) att man utför den ofta, medan 13 verksamheter av 88 (15 procent) inte vet om åtgärden utförs. (tabell 10). I systemisk familjeterapi arbetar man med familjemedlemmarna. Systemisk familjeterapi kan dock ges som tillägg till behandling specifikt mot depression. Det nationella programområdet uppger att man inte vet om åtgärden utförs.

Tabell10. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Barn och ungdomar med lindrig till medelsvår egentlig depression som får systemisk familjeterapi	42 (48%)	14 (16%)	13 (15%)	6 (6%)	13 (15%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Paroxetin vid medelsvår till svår egentlig depression hos barn och ungdomar

Resultaten visar att majoriteten av verksamheterna inte utför åtgärden, 58 av 88 (66 procent). Bland de verksamheter som utför åtgärden svarar 5 av 88 (6 procent) att man gör det i undantagsfall, 2 av 88 (2 procent) att man gör det ibland och 1 av 88 (1 procent) att man utför den ofta. Slutligen är det 22 av 88 (25 procent) som inte vet. Åtgärden ger ingen effekt på depressionssymtom och ökar sannolikt suicidrisken. Det finns alternativa åtgärder som ger effekt. Det nationella programområdet uppger att man inte vet om åtgärden utförs.

Alfaadrenerga agonister vid posttraumatiskt stressyndrom hos barn och ungdomar

Hälften av verksamheterna svarar att man inte utför åtgärden, närmare bestämt 44 av 88 (50 procent), men 13 av 88 (15 procent) utför den i undantagsfall, 5 av 88 (6 procent) ibland och 1 av 88 (1 procent) ofta. Till sist svarar 25 av 88 (28 procent) att man inte vet huruvida åtgärden utförs. Åtgärden innebär också en risk för allvarliga biverkningar, såsom blodtryckssänkning, förändrad hjärtrytm och viktökning. Det nationella programområdet uppger att man inte vet om åtgärden utförs.

Betablockerare eller alfaadrenerga agonister vid akut stressyndrom hos barn och ungdomar

Resultaten visar att en knapp majoritet av verksamheterna inte utför åtgärden, 50 av 88 (57 procent). Av de svarande verksamheterna uppger 13 av 88 (15 procent) att åtgärden utförs i undantagsfall, 1 av 88 (1 procent) att de utför den ibland och lika många att de utför den ofta. Slutligen svarar 24 av 88 (27 procent) att de inte vet om den utförs. Tillståndet akut

stressyndrom beskriver en omedelbar reaktion på allvarliga trauman som innebär att personen reagerar med ett mönster av intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda betablockerare eller alfaadrenerga agonister till barn och ungdomar med akut stressyndrom. Det nationella programområdet uppger att man inte vet om åtgärden utförs.

Tabell 11. Läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande läkemedelsbehandling. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Barn och ungdomar med medelsvår till svår egentlig depression som får Paroxetin	58 (66%)	7 (8%)	1 (1%)	22 (25%)
Barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom som får Alfaadrenerga agonister	44 (50%)	18 (21%)	1 (1%)	25 (28%)
Barn och ungdomar med stressyndrom som får betablockerare eller Alfaadrenerga agonister	50 (57%)	13 (15%)	1 (1%)	24 (27%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Psykodynamisk korttidsterapi (PDT) vid tvångssyndrom (OCD) hos barn och ungdomar

Enkätresultaten visar att 60 av 88 (68 procent) inte utför åtgärden, 7 av 88 (8 procent) svarar att den tillämpas i undantagsfall och 5 av 88 (6 procent) uppger att den utförs ibland. 16 verksamheter av 88 (18 procent) svarar att de inte vet. Tvångssyndrom eller OCD är en psykiatrisk diagnos som kännetecknas av tvångstankar som är obehagliga och påträngande och som ger upphov till ångest, ofta över faror av olika slag. Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda psykodynamisk korttidsterapi till barn och ungdomar med tvångssyndrom eftersom det finns alternativa åtgärder som har effekt. Det nationella programområdet uppger att man inte vet om åtgärden utförs.

Tabell 12. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Barn och ungdomar med tvångssyndrom (OCD) som får psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT)	60 (68%)	7 (8%)	5 (6%)	0 (0%)	16 (18%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Åtgärder riktade till vuxna

Bedömning av suicidrisk enbart med instrument vid lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom hos vuxna

Enkätsvaren visar att åtgärden inte utförs av 65 av 88 verksamheter (74 procent). Av de som fortfarande utför den svarar 4 av 88 (5 procent) att de gör det i undantagsfall och 8 av 88 (9 procent) att de gör det ofta, medan 11 av 88 (12 procent) inte vet. Det kan också finnas en risk för att bedömningen av suicidrisken i alltför hög utsträckning utgår från den information som samlas in med hjälp av instrumentet. Bedömningsinstrument med tillräckligt hög känslighet (sensitivitet) kan dock, om det används korrekt, vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal och användas vid monitorering som hjälpmedel för att kartlägga viktiga riskfaktorer för suicid. Det nationella programområdet uppger att åtgärden inte utförs.

Tabell 13. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Vuxna patienter med lindrig till medelsvår depression eller ångestsyndrom som får bedömning av suicidrisk med enbart instrument	65 (74%)	4 (5%)	0 (0%)	8 (9%)	11 (12%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Bedömningar av suicidrisk med instrumentet SAD PERSONS Scale som komplement till klinisk bedömning vid depression eller ångestsyndrom hos ungdomar och vuxna

Enkätresultaten visar att majoriteten av verksamheterna, 56 av 88 (64 procent) inte utför åtgärden. Sammanlagt 16 verksamheter svarar att man gör det i någon utsträckning: 5 stycken (6 procent) i undantagsfall, 3 stycken (3 procent) ibland och 8 stycken (9 procent) ofta. Totalt 16 verksamheter (18 procent) svarar att man inte vet. Avgörande för rekommendationen är att skattningsskalor instrumentet SAD PERSONS scale har en mycket låg sensitivitet, vilket betyder att det finns en stor risk att missa suicidbenägna personer. Det nationella programområdet uppger att åtgärden utförs i undantagsfall.

Tabell 14. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Ungdomar och vuxna patienter med depression eller ångestsyndrom som får bedömning av suicidrisk med instrument SAD PERSONS scale som komplement till klinisk bedömning	56 (64%)	5 (6%)	3 (3%)	8 (9%)	16 (18%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Screening för depression eller ångestsyndrom hos vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom

Enkätresultaten visar att 30 av 88 verksamheter (34 procent) inte utför åtgärden. Det är alltså en majoritet som utför åtgärden: 4 verksamheter av 88 (5 procent) använder den i undantagsfall, 10 stycken (11 procent) tillämpar den ibland och 30 stycken (34 procent) utför den ofta. Slutligen svarar 14 av 88 (16 procent) att de inte vet.

Tillståndet definierar personer som söker vård för annat än depression eller ångestsyndrom. Åtgärden innebär att använda formulär, skattningsskalor eller bedömningsinstrument enbart för att upptäcka depression eller

ångestsyndrom hos vuxna vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, så kallad väntrumsscreening. Det nationella programområdet uppger att man inte vet om åtgärden utförs.

Tabell 15. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Vårdsökande utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom, barn och ungdomar och vuxna som får screening för depression eller ångestsyndrom	30 (34%)	4 (5%)	10 (11%)	30 (34%)	14 (16%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Behandling med ljusterapi med vitt morgonljus

Åtgärden är ljusterapi med vitt morgonljus som ges i en ljusbox. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt och det finns andra effektiva behandlingsmetoder.

Två diagnoser berörs av rekommendationen, varav den första är årstidsrelaterad egentlig depression, som karakteriseras av återkommande episoder av egentlig depression där det regelbundet finns ett tidssamband mellan debut och årstid. Även fullständig remission brukar inträffa vid en viss tid på året. Bland enkätsvaren uppger en majoritet av verksamheterna, 69 av 88 (78 procent) att man inte utför åtgärden. Men 1 av 88 verksamheter (1 procent) använder den i undantagsfall, och lika många svarar att den utförs ibland respektive ofta. Totalt 16 av 88 (18 procent) svarar att de inte vet.

Den andra diagnosen är lindrig egentlig depression, som enligt definitionen ska ha pågått i minst två veckor. Resultaten visar att en majoritet, 68 av 88 verksamheter (77 procent), inte utför åtgärden. Det är dock 3 verksamheter som utför den, varav 2 stycken (2 procent) i undantagsfall och 1 verksamhet (1 procent) ibland. Totalt 17 av 88 (19 procent) svarar att man inte vet.

Det nationella programområdet för psykisk hälsa uppger att åtgärderna inte utförs.

Tabell 16. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Vuxna patienter med lindrig till medelsvår årstidsrelaterad depression som får ljusterapi med vitt morgonljus	69 (78%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	16 (18%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Tabell 17. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Vuxna patienter med lindrig till medelsvår egentlig depression som får ljusterapi med vitt morgonljus	68 (77%)	2 (2%)	1 (1%)	0 (0%)	17 (19%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Förebyggande krisbearbetning (debriefing) vid risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse hos vuxna

En majoritet av verksamheterna svarar att man inte utför åtgärden, 52 av 88 (59 procent). Men 6 av 88 verksamheter (7 procent) utför den i undantagsfall, 7 av 88 (8 procent) ibland och 2 av 88 (2 procent) gör det ofta. Till sist svarar 21 av 88 (24 procent) att man inte vet huruvida åtgärden utförs.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan drabba en person som varit med om exempelvis misshandel, våldtäkt, olycka, krig eller naturkatastrof. Åtgärden innebär att gå igenom vad som har hänt och vilka lärdomar som kan dras, samt vid gruppbearbetning dela med sig av ångestväckande upplevelser. Åtgärden minskar inte risken för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. Tvärtom har krisbearbetning visat negativa effekter på lång

sikt och kan leda till posttraumatiskt stressyndrom. Det nationella programområdet uppger att åtgärden inte utförs.

Tabell 18. Åtgärder vid depression och ångestsyndrom

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande åtgärd. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Vuxna med risk för posttraumatiskt stressyndrom efter traumatisk händelse får förebyggande krisbearbetning (debriefing)	52 (59%)	6 (7%)	7 (8%)	2 (2%)	21 (24%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner

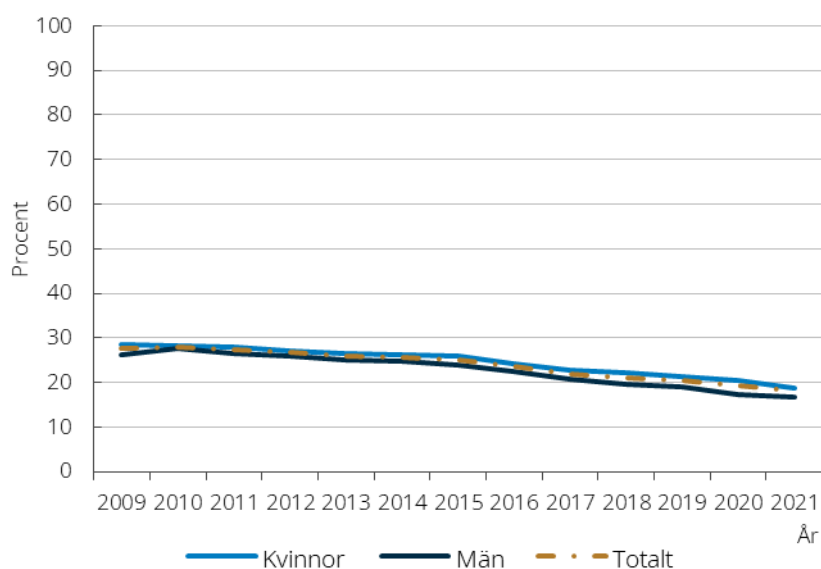
Tillfällig behandling med bensodiazepiner har ofta god effekt på symtom vid ångestsyndrom, men samtidigt finns det risk för betydande biverkningar. Vid längre tids behandling finns en stor risk för allvarliga biverkningar i form av tolerans och beroende. För långvariga ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi, akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom är behandling med bensodiazepiner därför inte motiverad. Vid dessa tillstånd finns annan effektiv behandling, såsom psykologisk behandling eller behandling med antidepressiva läkemedel. Det finns emellertid personer som har behandlats lång tid med bensodiazepiner där det är svårt att sätta ut medicinen. Även vid svåra fall av ångestsyndrom – där väl genomförd sedvanlig behandling inte gett tillräcklig lindring – kan bensodiazepiner ibland vara motiverad, både som huvudsaklig eller enskild behandling.

Rekommendationen icke-göra gäller som sagt långvarig användning av bensodiazepiner och resultaten i diagram 1 gäller därför personer som gjort minst två uttag under ett år. Som diagram 1 visar har trenden varit nedåtgående sedan riktlinjerna kom 2010. Den fastställda målnivån på under 10 procent är dock inte uppnådd [12]. Totalt ligger nivån på 18,1 procent. För män är den något lägre, på 16,8 procent, och något högre för kvinnor med 18,8 procent. Som diagram 2 visar skiljer sig användningen åt mellan regioner.

Registeranalysen visar att det finns omkring 4 200 patienter som får läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom och som inte borde behandlas med dessa läkemedel. Dessa patienter har hämtat ut läkemedlet från apotek minst 2 gånger inom ett år. Om dessa inte skulle skrivas ut, skulle det kunna innebära en kostnadsbesparing på cirka en miljon kronor i total läkemedelskostnad. Dessutom tillkommer en kostnad för vårdinsatser i samband med förskrivningstillfället. I de fall beroendetillstånd utvecklas innebär detta mycket höga följdkostnader såväl för vården som för samhället i stort. Skälet för prioriteringen av att inte ge denna behandling är framförallt patientsäkerhet, och den ekonomiska konsekvensen är underordnad.

Diagram 1. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

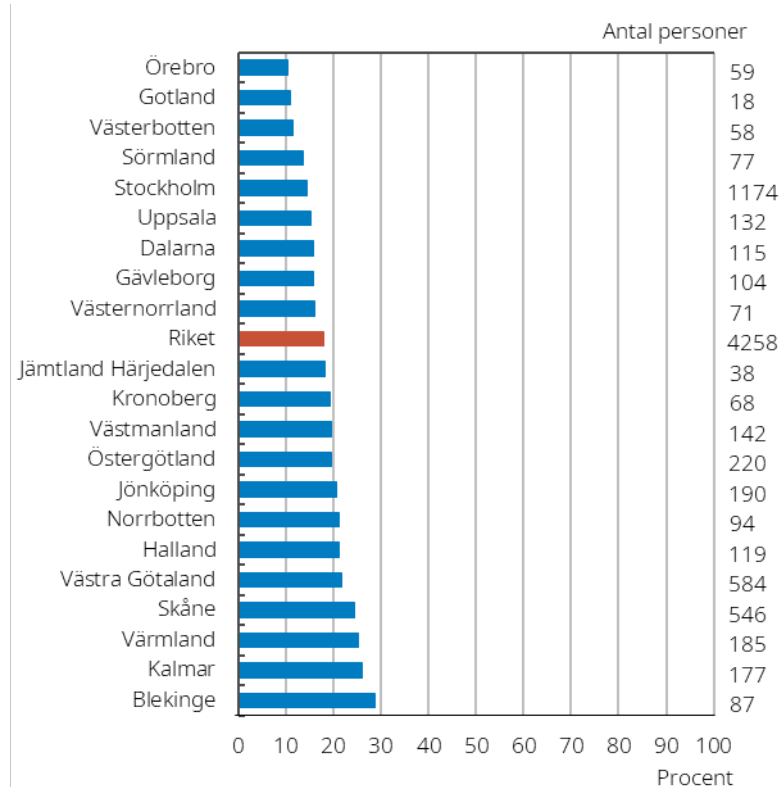
Andel personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling (minst två uttag) med bensodiazepiner, 2009-2021. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 2. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner vid ångestsyndrom

Andel personer med ångestsyndrom som fått läkemedelsbehandling (minst två uttag) med bensodiazepiner, 2021. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I enkäten ställdes frågor till verksamheterna utgående från de fyra diagnoser rekommendationen riktas till. Resultaten visade inte någon större variation. Merparten av verksamheten använder inte åtgärden alls eller enbart i undantagsfall, medan ett mindre antal uppger att man fortfarande använder den och i vissa fall att man gör det ofta.

Vid generaliserat ångestsyndrom hos vuxna, uppger 38 av 88 (43 procent) verksamheter att åtgärden inte utförs. Bland de svarande som uppger att de utför åtgärden svarar majoriteten, 14 av 88 (16 procent) att det gäller undantagsfall. Av de övriga svarar 8 av 88 (9 procent) att den utförs ibland och 4 av 88 (5 procent) att den utförs ofta. 24 av 88 (27 procent) svarar att man inte vet. Det nationella programområdet uppger att åtgärden utförs i undantagsfall.

Vid paniksyndrom hos vuxna visar enkätsvaren att åtgärden inte utförs av 40 av 88 verksamheter (45 procent). Av verksamheter som fortfarande utför den svarar 12 av 88 (14 procent) att de gör det i undantagsfall, 8 av 88

(9 procent) att de gör det ibland och 4 av 88 (5 procent) att de gör det ofta. 24 av 88 (27 procent) svarar att de inte vet. Det nationella programområdet uppger att åtgärden utförs i undantagsfall.

Vid social fobi hos vuxna visar resultaten att knappt hälften av verksamheterna inte utför åtgärden, 41 av 88 (46 procent). Av de svarande verksamheterna uppger 12 av 88 (14 procent) att åtgärden utförs i undantagsfall, 7 av 88 (8 procent) att de utför den ibland och 4 av 88 (5 procent) att de utför den ofta. Slutligen svarar 24 av 88 (27 procent) att de inte vet om den utförs. Det nationella programområdet uppger att åtgärden inte utförs.

Vid akut stressyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom hos vuxna uppger färre än hälften av verksamheterna, 35 av 88 (40 procent) att man inte utför åtgärden. Bland de svarande som uppger att åtgärden utförs svarar 17 av 88 (19 procent) att den utförs i undantagsfall, 9 av 88 (10 procent) att den utförs ibland och 3 av 88 (3 procent) att den utförs ofta. Totalt 24 av 88 (27 procent) svarar att man inte vet huruvida den utförs. Det nationella programområdet uppger att åtgärden utförs i undantagsfall.

Tabell 19. Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner

Andel av verksamheter inom specialiserad psykiatrisk vård efter i vilken utsträckning patienter med depression eller ångestsyndrom får följande läkemedelsbehandling. Antal och procent av de totalt antal svarade 88 verksamheterna.

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Generaliserat ångestsyndrom, vuxna	38 (43%)	22 (25%)	4 (5%)	24 (27%)
Paniksyndrom	40 (45%)	20 (23%)	4 (5%)	24 (27%)
Social fobi	41 (46%)	19 (22%)	4 (5%)	24 (27%)
Akut stressyndrom/PTSD	35 (40%)	26 (29%)	3 (3%)	24 (27%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad psykiatrisk vård 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Majoriteten av verksamheterna, 49 av 88 (56 procent) svarar att de inte har genomfört eller planerar att genomföra några åtgärder för att fasa ut rekommendationerna som fått prioritet icke-göra, medans 23 verksamheter av 88 (26 procent) svarar att de har genomfört eller har planer för att fasa ut

åtgärder med prioritet icke-göra. De återstående 16 av 88 (18 procent) svarar att de inte vet. Det nationella programområdet för psykisk hälsa svarar att det pågår ett kontinuerligt arbete med att minska förskrivning av bensodiazepiner.

Av de 17 regioner som besvarat Socialstyrelsens enkät uppger 7 att de genomfört åtgärder för att fasa ut insatser som fått rekommendationen icke-göra på området depression och ångestsyndrom, sedan rekommendationerna infördes. Insatserna från svarande regioner fördelar sig olika mellan de olika diagnoserna. Flest, 6 av 7, redovisar ett arbete med att fasa ut behandling med bensodiazepiner vid de fyra diagnoser som är aktuella. På övriga områden varierar antalet regioner som aktivt arbetar med utfasning från tre som minst till fem som mest. Det vanligaste svaret är att man arbetar med kunskapsstöd, riktlinjer, processkartor och liknande. I vissa fall beskrivs att det kombineras med utbildningstillfällen. I ett fall nämns också uppsökande verksamhet mot primärvård och geriatrik för att förmedla icke-göra, samt ett samarbete med farmaceut där man kartlagt förskrivningsmönster. Till sist svarar en av regionerna att de arbetar med området som helhet, och ytterligare en att de inte kan bedöma vilka insatser som gjorts.



Sammanfattning depression och ångestsyndrom

Enkäten har riktats till verksamheter som vårdar vuxna men också till verksamheter som vårdar barn och ungdomar. Det kan inte uteslutas att resultat från primärvården skulle kunna påverka resultaten och förklara den eventuella diskrepansen mellan enkätsvar och registeranalys av läkemedelsuthämtning. Det kan konstateras att antalet personer som fortfarande får bensodiazepiner är högt med tanke på att prioriteringen är icke-göra. Förskrivningen har dock minskat sedan riktlinjerna kom, vilket är en positiv utveckling. Ändå är andelen patienter med ångestsyndrom nästan dubbelt så hög som Socialstyrelsens nationella målnivå om max 10 procent [12]. Därför är det angeläget att inte påbörja nya behandlingar till personer som inte har använt bensodiazepiner tidigare eftersom även en kort tids användning kan resultera i tillvänjning. Det finns också skillnader i landet när det gäller förskrivningen, och i vissa regioner är förskrivningen högt över det nationella genomsnittet.

Flera av de svarande verksamheterna har genomfört eller planerar att genomföra insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras, men många har också svarat nekande på frågan. De verksamheter som fortfarande använder åtgärder med prioritet icke-göra behöver se över sina rutiner och

följa rekommendationerna, eftersom dessa behandlingar inte gynnar patienter och dessutom leder till att resurser inte används på ett effektivt sätt.

Vård vid diabetes

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna i Sverige och världen, och den kan orsaka allvarliga följsjukdomar och förtida död. Cirka 5,6 procent av Sveriges vuxna befolkning har diabetes [13]. 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 inverkar. De flesta med typ 1-diabetes kontrolleras och får vård via sjukhusens medicin- eller endokrinkliniker, medan de flesta med typ 2-diabetes kontrolleras och får vård i primärvården.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård har vi studerat fem åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [14] (tabell 20).

Tabell 20. Tillstånds- och åtgärdslista diabetesvård – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
C15	Diabetes	Behandling med acetylsalicylsyra för primärprevention av hjärt- och kärlsjukdom
D01	Diabetes	Motiverande samtal enligt MI-metoderna (MI, AMI och MET) i syfte att förbättra glukoskontrollen
D05	Typ 2-diabetes	Gruppbaseade utbildningsprogram, givna av personer utan pedagogisk kompetens
E09	Diabetes med smärtsam neuropati	Behandling med SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare, (eng. Selective serotonin reuptake inhibitor SSRI)
E21	Diabetes utan känd eller misstänkt cirkulationsrubbing	Testa för cirkulationsrubbingar i foten med mätning av ankeltryck eller tåtryck

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid diabetes.

➔ Läs mer om rekommendationerna för diabetes på Socialstyrelsens webbplats.

Behandling med acetylsalicylsyra för primärprevention av hjärt- och kärlsjukdom

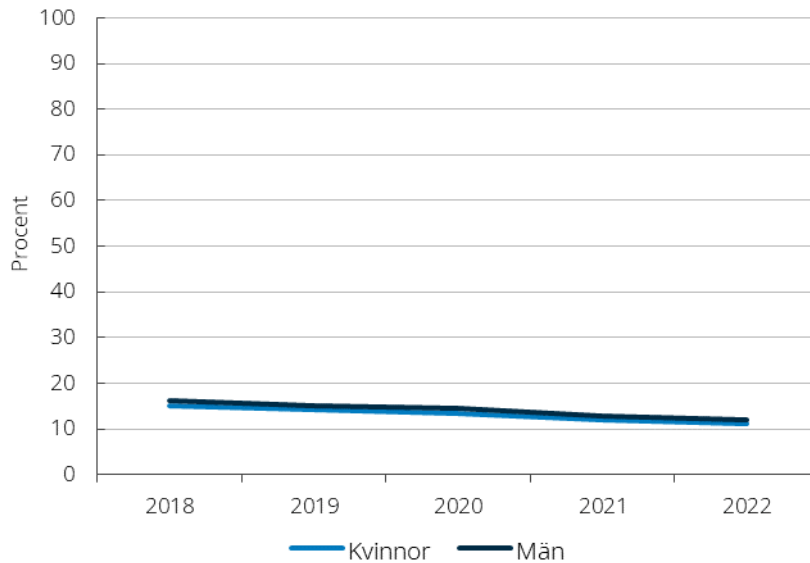
Personer med diabetes har högre risk för att insjukna i kardiovaskulära sjukdomar jämfört med friska. Avgörande för rekommendationen när det gäller primärprevention är att det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden inte har någon effekt på hjärt- och kärlsjukdom och död.

Resultaten från enkätundersökningen visar att i stor sett hälften, 29 av 60 diabetesmottagningar (48 procent), inte använder behandling med acetylsalicylsyra för primärprevention av hjärt- och kärlsjukdom. Men 21 av 60 mottagningar (35 procent) gör det ibland eller i undantagsfall, 3 mottagningar (5 procent) använder behandlingen ofta och 7 mottagningar (12 procent) vet inte. I kommentarer till enkätsvaren nämns exempelvis att några patienter står kvar på denna behandling eftersom de inte har biverkningar. Någon nämner att några patienter började använda acetylsalicylsyra för många år sedan när det rekommenderades. De har oftast fått information att det inte är effektivt, men vill gärna fortsätta eller har en mycket kraftigt ökad kardiovaskulär risk. Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar där diabetes ingår anger att behandlingen förekommer i undantagsfall.

Diagram 3 visar andelen personer med diabetes som fått behandling med acetylsalicylsyra utan att ischemisk hjärtsjukdom eller stroke har rapporterats i Nationella diabetesregistret, vilket kan motsvara primärprevention av hjärt- och kärlsjukdom [3,13]. Enligt data från Nationella diabetesregistret minskade behandlingen under perioden 2018–2022, vilket är i linje med rekommendationen.

Diagram 3. Behandling med acetylsalicylsyra

Andel personer med diabetes som får behandling med acetylsalicylsyra för primärprevention av hjärt- och kärlsjukdom.



Källa: Nationella diabetesregistret.

Motiverande samtal enligt MI-metoderna (MI, AMI och MET) i syfte att förbättra glukoskontrollen

Motivationshöjande samtal (MI) är en specifik samtalsmetod och ett förhållningssätt med syftet att öka personers motivation till beteendeförändring. Det är viktigt att skilja MI från det rådgivande samtalet som är en förutsättning för patientcentrerad vård vid diabetes. Avgörande för rekommendationen är att det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden inte har någon effekt på HbA1c eller kroppsvikt.

Enkätundersökningen visar att åtgärden inte alls utförs av över hälften av diabetesmottagningarna, närmare bestämt 35 av 60 (58 procent). Det är 11 mottagningar (18 procent) som anger att de ofta håller sådana samtal. Övriga 12 mottagningar (20 procent) tillämpar åtgärden i undantagsfall eller ibland, och 2 mottagningar (3 procent) vet inte. I kommentarer nämns att det ingår att ge patienten verktyg för att förändra livsstilsfaktorer och att samtalen då sker utifrån MI-metoder. Ett annat exempel är att motiverande samtal ibland blir en naturlig del av mottagningsbesök hos diabetessköterska och att det då inte är en specifik åtgärd, utan en del av ett besök och ett förhållningssätt. Ytterligare en kommentar är att MI kan ha positiv effekt på glukoskontrollen

i vissa fall. Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar anger att motiverande samtal förekommer ibland.

Gruppbaserade utbildningsprogram vid typ 2-diabetes, givna av personer utan pedagogisk kompetens

Gruppbaserad utbildning för patienter med diabetes typ 2 bygger på strukturerade program och förutsätter att patienten deltar aktivt i gruppens diskussioner. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon klinisk effekt om pedagogisk kompetens inte finns.

Resultaten från enkätundersökningen visar att majoriteten av diabetesmottagningarna, 57 av 60 (95 procent), aldrig utför åtgärden. Men 1 mottagning utför åtgärden i undantagsfall och 2 mottagningar vet inte. Bland kommentarerna nämns att personer med typ 2-diabetes inte finns på mottagningen utan i primärvården, och att mottagningen för tillfället inte har någon sådan grupputbildning. Socialstyrelsens enkätundersökning skickades enbart till sjukhusmottagningar, men de allra flesta personer med typ 2-diabetes behandlas i primärvården. Detta påverkar sannolikt resultaten. Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar anger att de gruppbaserade utbildningsprogrammen förekommer ibland, och har kommenterat att det saknas personer med både diabeteskompetens och pedagogisk kompetens.

Behandling med SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) vid diabetes och smärtsam neuropati

Diabetesneuropati ger bristande känsel i fötterna vilket är en av de viktigaste faktorerna bakom svårläkta sår och amputation vid diabetes. En liten grupp patienter får svåra smärtor på grund av neuropati, och vanliga smärtstillande läkemedel ger inte tillräcklig lindring. Det finns rekommenderade läkemedel som har effekt på neuropatisk smärta, men dit hör inte SSRI. Avgörande för rekommendationen att inte behandla med SSRI vid smärtsam neuropati är att det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden saknar effekt på smärtlindring.

Resultaten visar att åtgärden fortfarande utförs även om närmare hälften av diabetesmottagningarna, 29 av 60 (48 procent), svarar att de aldrig gör det. Totalt 18 mottagningar (30 procent) utför åtgärden i undantagsfall eller ibland, och 3 mottagningar (5 procent) använder åtgärden ofta. Några

kommentarer från enkätundersökningen är exempelvis att SSRI mot smärtsam neuropati används ibland om inget annat hjälper. Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar anger att åtgärden förekommer ofta och har kommenterat att det sannolikt beror på bristande kunskap.

Testa för cirkulationsrubbningar i foten med mätning av ankeltryck eller tåtryck, vid diabetes utan känd eller misstänkt cirkulationsrubbning

Det är svårt att kliniskt värdera förekomst av cirkulationsrubbning i nedre extremiteter hos patienter med diabetes, eftersom sedvanliga ischেমitecken kan vara maskerade. Hos patienter med svårläkta diabetesrelaterade fotsår ingår undersökning av cirkulationen i nedre extremiteterna i ordinarie utredning. Avgörande för rekommendationen att inte göra detta är att det finns alternativa åtgärder med mindre tidsåtgång (enkel palpation av fotpulsar).

Resultaten från enkäten visar att hälften, 32 av 60 mottagningar (53 procent), aldrig utför åtgärden. Den används i undantagsfall eller ibland av 17 mottagningar (28 procent), och ofta av 9 mottagningar (15 procent), medan 2 mottagningar (3 procent) inte vet. Bland kommentarerna nämns att fotterapeuten ibland gör ankeltryck av rutin och att mätning av tå- eller ankeltryck är rutin när man bedömer fotsår på fottronden. Andra nämner att det ibland kan vara svårt att känna fotpulsar, och då mäts i stället ankeltryck. Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar anger att åtgärden ibland förekommer och har kommenterat att tåtryck rekommenderas i vårdförloppet för diabetes vid hög risk för fotsår.

Tabell 21. Åtgärder till patienter med diabetes

Andel av verksamheter inom specialiserad vård efter i vilken utsträckning patienter med diabetes får nedanstående åtgärder. Antal och procent av de totalt antal svarade 60 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Behandling med acetylsalicylsyra för primärprevention av hjärt-kärlsjukdom	29 (48%)	21 (35%)	3 (5%)	7 (12%)
Motiverande samtal enligt MI-metoderna (MI, AMI och	35 (58%)	12 (20%)	11 (18%)	2 (3%)

Rad	Tillstånd	Åtgärd
C32	Personer med kokainberoende	Behandla inte med centralstimulerande
C39a	Personer med opioidberoende	Behandla inte med naltrexon peroralt
C40	Personer med opioidberoende	Erbjud inte övervakat heroinintag
D06	Personer med alkoholmissbruk	Erbjud inte Cue-exposure som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT)

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid missbruk och beroende.

- Läs mer om rekommendationerna för missbruk och beroende på Socialstyrelsens webbplats.

Alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens – behandling med antihistaminer

Alkoholabstinens är ett tillstånd som inträder när en längre tids omfattande alkoholintag upphör och är vanligast hos personer med alkoholberoende.

Tillståndet innebär dels en rad symtom såsom oro, ångest, kraftiga darrningar eller skakningar, hög puls och högt blodtryck och sömnsvårigheter, och dels de två abstinenskomplikationerna abstinensepilepsi och delirium tremens. Alkoholabstinens och delirium tremens är i många fall obehagligt och ett potentiellt livshotande tillstånd.

Abstinensepilepsi, eller epileptiska anfall som beror på abstinens, debuterar i regel 12–36 timmar efter sista alkoholintag och föregås av abstinenssymtom såsom oro, sömnstörning och kraftiga skakningar eller darrningar.

Delirium tremens debuterar i regel 2–3 dygn efter sista alkoholintag hos patienter med omfattande alkoholkonsumtion och svår abstinens i övrigt. Vid delirium tremens tillkommer – utöver befintliga symtom på alkoholabstinens – svår förvirring, ofta hallucinationer och agitation, tillsammans med onormalt hög hjärtfrekvens, högt blodtryck, svettningar och vätskeförlust.

Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av antihistaminer (bland annat hydroxizin) på abstinenssymtom vid alkoholabstinens. I studier beskrivs flera oönskade effekter av allvarligt slag, men det är osäkert om dessa beror

på behandlingen eller på ett abstinenssyndrom som inte behandlas med bättre effekt än placebo. Läkemedlet är förknippat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar att utlösa abstinensepilepsi.

Alkoholabstinens utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens – behandling med antihistaminer

Resultaten från enkätundersökningen visar att 66 av 109 verksamheter (61 procent) följer Socialstyrelsens rekommendationer och aldrig behandlar patienter som har alkoholabstinens med antihistaminer. Men 26 av 109 verksamheter (24 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 8 av 109 verksamheter (7 procent) att det görs ofta och 9 av 109 (8 procent) vet inte.

Flera verksamheter har kommenterat att antihistaminer ibland används som tillägg till annan behandling, för att lindra oro och förbättra sömnen hos patienter med lindriga besvär av alkoholabstinens. Enligt det nationella programområdet för psykisk hälsa, där missbruk och beroende ingår, förekommer det att patienter behandlas med antihistaminer eftersom vårdpersonal ibland tolkar patientens abstinenssymtom som enbart ångest och oro.

Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens – behandling med antihistaminer

Resultaten från enkätundersökningen visar att 77 av 109 verksamheter (71 procent) aldrig behandlar patienter med alkoholabstinens och samtidig risk för abstinensepilepsi och delirium tremens med antihistaminer. Totalt 21 av 109 verksamheter (19 procent) anger dock att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 1 av 109 verksamheter (1 procent) anger att det görs ofta och 10 av 109 (9 procent) vet inte. Det nationella programområdet anger att behandling med antihistaminer inte ges till patienter med alkoholabstinens och risk för abstinensepilepsi och delirium tremens.

Alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens – behandling med neuroleptika

Neuroleptika är en grupp antipsykotiska läkemedel som har stor betydelse för behandlingen av allvarliga psykiatriska tillstånd, men biverkningar är vanliga och ibland svåra. Läkemedlet är behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och ger en högre risk för abstinensepilepsi och delirium tremens än behandling med bensodiazepiner. Avgörande för

rekommendationen är att komplikationer har påvisats i studier där neuroleptika prövats vid alkoholabstinens.

Alkoholabstinens utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens – behandling med neuroleptika

Resultaten från enkätundersökningen visar att 72 av 109 verksamheter (66 procent) aldrig ger neuroleptika till patienter med alkoholabstinens. Men 21 av 109 verksamheter (19 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 6 av 109 verksamheter (6 procent) anger att det görs ofta och 10 av 109 (9 procent) vet inte. Ett par verksamheter har kommenterat att neuroleptika kan användas, dock endast som tillägg till annan abstinensbehandling. Det förekommer också att neuroleptika sätts in i förstadiet till delirium, men man går då över till bensodiazepiner om patientens tillstånd försämras. Det nationella programområdet för psykisk hälsa anger att det förekommer i undantagsfall.

Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens – behandling med neuroleptika

Resultaten från enkätundersökningen visar att 76 av 109 verksamheter (70 procent) aldrig ger neuroleptika till patienter med alkoholabstinens och risk för abstinensepilepsi och delirium tremens. Totalt 22 av 109 verksamheter (20 procent) anger dock att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 2 av 109 verksamheter (2 procent) anger att det görs ofta och 9 av 109 (8 procent) vet inte. Det nationella programområdet för psykisk hälsa anger att det förekommer i undantagsfall när patienten uppvisar inslag av hallucinationer, men inte vid enstaka symtom på alkoholabstinens. En regionledning har kommenterat att patienter med behandlingsresistent delirium tremens i sällsynta fall ordinerar neuroleptika.

Alkoholabstinens (delirium tremens) – behandling med neuroleptika

Avgörande för rekommendationen är att neuroleptika tycks medföra högre dödlighet vid delirium tremens än lugnande läkemedel.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 79 av 109 verksamheter (73 procent) anger att de följer Socialstyrelsens rekommendationer och aldrig behandlar patienter med delirium tremens med neuroleptika. 20 av 109 verksamheter (18 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 1 av 109 verksamheter (1 procent) anger att det görs ofta och 9 av 109 (8 procent) vet inte. En verksamhet kommenterar att neuroleptika används i kombination med korstolerant medicinering vid snabbt tilltagande

delirium tremens. Det nationella programområdet för psykisk hälsa uppger att neuroleptika ges relativt ofta vid behandling av delirium tremens, men då som komplement till behandling av bensodiazepiner. Detta görs när tillståndet i sig är livshotande. En regionledning kommenterar att det händer att man ger neuroleptika till svårt abstinenta patienter innan deras tillstånd utvecklats till delirium tremens, med hopp om att häva ett fortsatt försämrat förlopp. Om detta inte går behandlar man med bensodiazepiner.

Alkoholberoende – behandling med GHB

Gamma-hydroxibutyrat (GHB) är en fettsyra som är naturligt förekommande i kroppen. GHB i höga doser ger effekter som efterliknar alkoholens och kan ge upphov till beroendetillstånd.

GHB har biverkningar i form av sänkt kroppstemperatur, yrsel, illamående, kräkningar, svaghet, synpåverkan, förvirring, agitation, hallucinationer, nedsatt andningsfunktion och medvetslöshet. Några dödsfall har rapporterats som följd av intag av GHB, vanligen då det intagits tillsammans med andra droger. Vid alkoholberoende tycks läkemedelsbehandling med GHB ge en minskning på återgång till drickande jämfört med placebo. GHB intas peroralt som en flytande lösning. Avgörande för att åtgärden fått prioritet icke-göra är att åtgärden är beroendeframkallande.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 85 av 109 verksamheter (77 procent) anger att de följer Socialstyrelsens rekommendationer och aldrig behandlar patienter med alkoholabstinens med GHB. Men 10 av 109 verksamheter (10 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 4 av 109 verksamheter (4 procent) anger att det görs ofta och 10 av 109 (9 procent) vet inte. En verksamhet kommenterar att åtgärden har utförts i undantagsfall med läkemedlet AlcoVer mot alkoholberoende, då behandlingen påbörjats i ett annat europeiskt land och sedan fortsatt i Sverige. Det nationella programområdet för psykisk hälsa uppger att GHB aldrig ges till patienter med alkoholabstinens. Eftersom gammahydroxibutyrat (GHB) kan benämnas på flera olika sätt³ skulle ovanstående resultat kunna bero på ett missförstånd av enkätfrågan. Det har inte funnits möjlighet för Socialstyrelsen att ställa följdfrågor eller säkerställa att rätt läkemedel avses bör resultaten tolkas med stor försiktighet. Vidare visar Socialstyrelsens kartläggning från patientregistret och läkemedelsregistret att andelen som fått behandling med Gamma-

³ Gamma-hydroxibutyrat (GHB) har flera namn och kallas också 4-hydroxismörsyra. I läkemedel brukar natriumoxibat (natriumsaltet av GHB) användas som substansnamn. Läkemedlen har i sin tur olika produktnamn.

hydroxibutyrat (GHB: N07XX04) sedan 2016 är så pass litet att Socialstyrelsen väljer att inte redovisa data på grund av röjningsrisk.

Tabell 23. Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall och ibland	Ofta	Vet ej
Alkoholabstinens /Antihistaminer	66 (61 %)	26 (24 %)	8 (7%)	9 (8%)
Alkoholabstinens /Neuroleptika	72 (66%)	21(19%)	6 (6%)	10 (9%)
Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens /Antihistaminer	77 (71%)	21 (19%)	1 (1%)	10 (9%)
Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens /Neuroleptika	76 (70%)	22 (20%)	2 (2%)	9 (8%)
Svår alkoholabstinens (delirium tremens)/ Neuroleptika	79 (73%)	20 (18%)	1 (1%)	9 (8%)
Alkoholberoende /GHB	85 (78%)	10 (9%)	4 (4%)	10 (9%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till verksamheter 2023.

Kokainberoende – behandling med antiepileptika

Kokain är en centralstimulerande drog och starkt beroendeframkallande. Den ger ökad vakenhet, höjer stämningsläget och ger en upplevelse av ökad energi. Vid abstinens uppstår intensiv nedstämdhet med suicidrisk, psykotiska och aggressiva tendenser. Flera läkemedel mot epilepsi har även en lugnande effekt, vilket hypotetiskt skulle kunna vara till nytta för att behandla kokainberoende. Det vetenskapliga underlag som fanns när riktlinjerna togs fram visar dock att antiepileptika inte har någon effekt på kokainberoende eller andelen som kvarstannar i behandling jämfört med placebo. I enskilda studier av antiepileptiska läkemedel och kokainberoende rapporterades även biverkningar.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 79 av 109 verksamheter (72 procent) aldrig använder antiepileptika för att behandla patienter med

kokainberoende. I 18 av 109 verksamheter (17 procent) förekommer det i undantagsfall eller ibland, och 12 av 109 (11 procent) vet inte. Det nationella programområdet för psykisk hälsa uppger att anti epileptika aldrig ges till patienter med kokainberoende.

Kokainberoende – centralstimulerande

Eftersom långvarigt bruk av kokain leder till en dysfunktion, eller en nedreglering av hjärnans normala dopaminnivåer, skulle behandling med ett centralstimulerande läkemedel hypotetiskt kunna ha en positiv effekt genom att öka dopaminnivåerna. Baserat på befintligt vetenskapligt underlag vid riktlinjernas framtagande tycks behandling med centralstimulerande läkemedel inte ha någon effekt på kokainanvändning, kvarstannande i behandling eller drogfrihet jämfört med placebo.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 79 av 109 verksamheter (72 procent) anger att de aldrig behandlar kokainberoende patienter med centralstimulerande läkemedel. Men 18 av 109 verksamheter (17 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 1 av 109 verksamheter (1 procent) att det görs ofta och 11 av 109 (10 procent) vet inte. Det nationella programområdet för psykisk hälsa uppger att centralstimulerande läkemedel ges i undantagsfall till patienter med kokainberoende. Det nationella programområdet och en verksamhet kommenterar att patienter med samtidig adhd diagnos och kokainberoende behandlas med centralstimulerande läkemedel, men att centralstimulerande inte ges som enskild behandling. Om verksamheterna exkluderar patienter som behandlas med centralstimulerande läkemedel för samtidig Adhd framgår inte av resultaten.

Tabell 24. Läkemedelsbehandling vid kokainberoende

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall och ibland	Ofta	Vet ej
Kokainberoende / Antiepileptika	79 (72 %)	18 (17 %)	(0%)	12(11%)
Kokainberoende / Centralstimulerande	79 (72 %)	18 (17 %)	1(1 %)	11(10%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till verksamheter 2023.

Opioïdberoende – naltrexon peroralt

Opioïdberoende, det vill säga beroende av heroin, opioïdbaserade läkemedel och motsvarande preparat, är ett kroniskt tillstånd som kräver behandling. Syftet med behandlingen är att förebygga återfall, minska dödligheten och förbättra individens funktion på de områden där beroendet kan ha svåra konsekvenser, till exempel psykisk hälsa och social funktion.

Naltrexon är en ren opioïdantagonist, vilket bland annat innebär en kraftig minskad drogeufori om drogen ändå intas. Att naltrexon peroralt är en icke-göra rekommendation beror på att det inte har säkerställd effekt på drogfrihet eller kvarstannande i behandling.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 65 av 109 verksamheter (60 procent) aldrig behandlar opioïdberoende patienter med naltrexon peroralt. Dock är det 22 av 109 verksamheter (20 procent) som gör det i undantagsfall eller ibland, och 9 av 109 verksamheter (8 procent) som gör det ofta, medan 13 av 109 (12 procent) inte vet. Detta kommenteras med att opioïdberoende patienter som för tillfället inte är aktuella för läkemedelsassisterad behandling i vissa fall kan få naltrexon som stöd för att förebygga återfall i opiatmissbruk. Programområdet för psykisk hälsa uppger att åtgärden används ibland.

Opioïdberoende – övervakat heroinintag

Övervakat heroinintag används för att förebygga återfall, förbättra social funktion (inklusive minskad kriminalitet) och minska dödlighet bland personer som inte klarar att vara drogfria genom ordinarie drogprogram eller läkemedelsassisterad behandling vid opioïdberoende. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på dödlighet och ger ökad risk för negativa händelser.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 99 av 109 verksamheter (91 procent) aldrig erbjuder patienter med opioïdberoende övervakat heroinintag. Totalt 4 av 109 verksamheter (4 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 2 av 109 verksamheter (1 procent) att det görs ofta och 4 av 109 (4 procent) att de inte vet. Programområdet för psykisk hälsa uppger att åtgärden aldrig utförs.

Tabell 25. Behandling vid opioidberoende

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall och ibland	Ofta	Vet ej
Opioidberoende / Naltrexon peroralt	65(60%)	22 (20%)	9 (8%)	13 (12%)
Opioidberoende / Övervakat heroinintag	99(91%)	4(4%)	2(1%)	4 (4%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till verksamheter 2023.

Alkoholmissbruk – cue exposure som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT)

Cue exposure bygger på inläringsteori och innefattar exponering för alkohol eller alkoholrelaterade situationer under behandlingssessionen. Det kan innebära att personen konsumerar en mindre mängd alkohol, alternativt exponeras (visuellt eller via luktsinnet) för alkohol eller alkoholrelaterade bilder eller föremål. Detta har visats öka alkoholsug och kroppsliga reaktioner som är förknippade med alkoholkonsumtion hos patienter eller klienter med alkoholberoende. Personen ombeds därefter att inte dricka mer, trots att alkohol finns tillgängligt. Den förväntade effekten är att suget och de kroppsliga reaktionerna avtar under exponeringen och att beteendet därmed släcks ut. Cue exposure används vanligtvis som tillägg till annan behandling men förekommer även som renodlad metod utan andra behandlingsinslag. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks ha någon tilläggs effekt utöver kognitiv beteendeterapi (KBT).

Resultaten från enkätundersökningen visar att 77 av 109 verksamheter (71 procent) aldrig erbjuder cue exposure till patienter med skadligt bruk av alkohol eller alkoholberoende, men 11 av 109 verksamheter (10 procent) anger att det förekommer i undantagsfall eller ibland, 2 av 109 verksamheter (2 procent) anger att det görs ofta och 19 av 109 (17 procent) vet inte. Två regioner kommenterar att de inte använt metoden alls inom verksamheten. Programområdet för psykisk hälsa uppger att åtgärden aldrig utförs.

Tabell 26. Psykologisk behandling vid alkoholberoende

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall och ibland	Ofta	Vet ej
Alkoholmissbruk eller -beroende / Cue-exposure som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT)	77 (71%)	11 (10%)	2 (2%)	19 (17%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till verksamheter 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Totalt 7 av 17 regionledningar (41 procent) anger att de gjort insatser för att fasa ut åtgärder som fått prioritet icke-göra. Flera kommenterar att de håller sig uppdaterade med rådande rekommendationer och riktlinjer, ändrar rutiner och arbetar enligt internt framtagna rekommendationer. Samtidigt menar flera att det inte har behövts några insatser för att fasa ut åtgärder, eftersom de aldrig utförts eller slutade användas för länge sedan.



Sammanfattning vård och stöd vid missbruk och beroende

Resultaten visar att de flesta beroendemottagningar följer Socialstyrelsens rekommendationer om åtgärder som fått prioritet icke-göra. En del använder dock fortfarande de aktuella åtgärderna, till exempel behandling med antihistaminer vid alkoholabstinens. De flesta verksamheter har inte genomfört eller planerar insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras. Flera uppger också att de inte planerar några insatser eftersom det inte är nödvändigt. Sammantaget behöver de beroendemottagningar som fortfarande tillämpar åtgärderna se över sina rutiner och följa rekommendationerna.

Vård vid multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom

Vid MS angriper immunsystemet nervvävnad och områden i centrala nervsystemet drabbas av återkommande inflammationer [18]. Utan behandling förändras sjukdomsförloppet efter 20–30 år och kännetecknas istället av en gradvis försämring, så kallad sekundärprogressiv MS [19]. I Sverige finns drygt 22 000 personer med MS [20, 21, 22]. Kunskapen om att använda sjukdomsmodifierande behandling, och särskilt de nyare och effektivare medlen, redan i tidiga sjukdomsförloppet har ökat. Mellan skovvis MS och sekundärprogressiv MS saknas dock en skarp gräns eftersom effektiv behandling förhindrar nya skov näst intill fullständigt [23]. Ungefär lika många personer finns med Parkinsons sjukdom [24]. Sjukdomen förstör bland annat nervceller som tillverkar dopamin, vilket leder till svårighet att styra kroppens rörelser, även icke motoriska symtom kan förekomma. Botande eller bromsande behandling saknas, men symtomlindrande finns som har stor effekt på funktion och välbefinnande [18].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom finns tre åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [18] (tabell 27).

Tabell 27. Tillstånds- och åtgärdslista MS och Parkinsons sjukdom – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
MS24	MS, obehandlad progressiv utan inflammatorisk aktivitet	Behandling med sjukdomsmodifierande läkemedel
PD2	Misstänkt Parkinsons sjukdom, första symtomet	Akut levodopa- och apomorfintest för korrekt diagnos
PD30b	Parkinsons sjukdom, psykotiska symtom	Behandling med atypiska antipsykotika, olanzapin

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom.

➔ Läs mer om rekommendationerna för multipel skleros och Parkinsons sjukdom på Socialstyrelsens webbplats.

MS, obehandlad progressiv utan inflammatorisk aktivitet – behandling med sjukdomsmodifierande läkemedel

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med sjukdomsmodifierande läkemedel till personer med obehandlad progressiv MS utan inflammatorisk aktivitet. Åtgärden saknar effekt på sjukdomsförloppet och kan innebära biverkningar och risker. Som kommentar till motivering av rekommendationen är att fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren [18]. När det gäller behandling som inte bör användas så är det förnärvarande inte möjligt att retrospektivt utifrån registret avgöra om en patient med MS inte hade inflammatoriskaktivitet. I bedömningen av behandling för patienter med progressiv MS behöver läkaren ta hänsyn till en rad olika faktorer som inte nödvändigtvis återspeglas i registerdata. Resultaten baseras därför enbart på enkätundersökning.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 25 av 35 specialiserade verksamheter inom neurologi (71 procent) inte behandlar med sjukdomsmodifierande läkemedel vid obehandlad progressiv inflammatorisk aktivitet. Det är 9 av 35 (26 procent) som anger att de gör det i undantagsfall, och 1 verksamhet (3 procent) som inte vet hur ofta det förekommer. Några kommentarer från enkätsvaren är exempelvis att sjukdomsmodulerande behandling vid progressiv MS kan förekomma om man är osäker på om det rör sig om en inaktiv progressiv sjukdom.

Det nationella programområdet för nervsystemets sjukdomar där MS och Parkinsons sjukdom ingår anger att behandlingen förekommer i undantagsfall, exempelvis för patienter som länge har behandlats med immunmodulerande läkemedel och det är oklart om risken för inflammatorisk aktivitet kvarstår.

Tabell 28. Behandling med sjukdomsmodifierande läkemedel

Andel av verksamheter inom specialiserad vård efter i vilken utsträckning de behandlar patienter 18 år och äldre med sjukdomsmodifierande läkemedel. Antal och procent av de totalt antal svarade 35 verksamheterna.

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
MS, obehandlad progressiv utan inflammatorisk aktivitet	25 (71%)	9 (26%)	0 (0%)	1 (3%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad vård 2023.

Misstänkt Parkinsons sjukdom, första symtomet akut levodopa- och apomorfintest för korrekt diagnos

Hälso- och sjukvården bör inte genomföra akut levodopa- och apomorfintest för korrekt diagnos till personer med misstänkt Parkinsons sjukdom vid första symtomet. Åtgärden har osäker effekt på att fastställa diagnosen och kan dessutom medföra obehag för patienten.

Det är 33 av 35 (94 procent) specialiserade verksamheter inom neurologi som anger att de följer Socialstyrelsens rekommendation och inte använder testet. Endast 1 av 35 (3 procent) använder det ibland, och 1 verksamhet (3 procent) använder testet ofta. I kommentarer från enkätsvaren anges att testet övervägts i undantagsfall vid speciella omständigheter, såsom väntetiden för den rekommenderade åtgärden. Det nationella programområdet anger att behandlingen aldrig förekommer.

Tabell 29. Akut levodopa- och apomorfintest för korrekt diagnos

Andel av verksamheter inom specialiserad vård efter i vilken utsträckning de behandlar patienter 18 år och äldre med akut levodopa- och apomorfintest. Antal och procent av de totalt antal svarade 35 verksamheterna.

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Misstänkt Parkinsons sjukdom, första symtomet	33 (94%)	1(3%)	1 (3%)	0 (0%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad vård 2023.

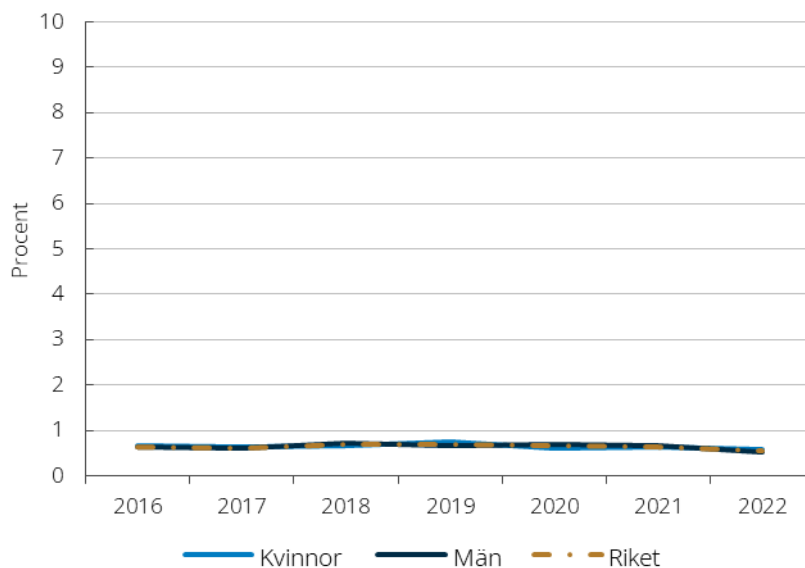
Parkinsons sjukdom, psykotiska symtom – behandling med atypiska antipsykotika, olanzapin

Hälso- och sjukvården bör inte erbjuda behandling med atypiska antipsykotika, såsom olanzapin till personer med Parkinsons sjukdom och psykotiska symtom. Motiveringen är att olanzapin inte har någon effekt på de psykotiska symtomen, och försämrar Parkinson-symtomen [18].

Resultatet från Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister visar att behandlingen med olanzapin till patienter med Parkinsons sjukdom låg konstant under perioden 2016–2022. Andelen patienter som hämtat ut olanzapin 2022 var 0,5 procent (diagram 4).

Diagram 4. Behandling med olanzapin vid Parkinsons sjukdom

Andel patienter med Parkinsons sjukdom som hämtat ut olanzapin.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistrets. Socialstyrelsen.

Resultaten från enkätsvaren till specialiserade verksamheter visar att det är 24 av 35 (69 procent) inte ger behandlingen, medan 11 av 35 (31 procent) gör det i undantagsfall eller ibland. Bland kommentarerna nämns att behandling med olanzapin kan förekomma om patienten exempelvis hamnar på akuten eller på någon annan avdelning där man inte vet att dessa läkemedel inte bör användas vid Parkinsons sjukdom. Det nationella programområdet anger att behandlingen används ibland på grund av okunskap hos icke-neurologer.

Tabell 30. Behandling med atypiska antipsykotika, olanzapin

Andel av verksamheter inom specialiserad vård efter i vilken utsträckning de behandlar patienter 18 år och äldre med atypiska antipsykotika, olanzapin. Antal och procent av de totalt antal svarade 35 verksamheterna.

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Parkinsons sjukdom, psykotiska symtom	24 (69%)	11 (31%)	0 (0%)	0 (0%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad vård 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Det är 15 av 35 (43 procent) specialiserade verksamheter inom neurologi som genomfört eller planerar insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör användas vid MS och Parkinsons sjukdom. Verksamheterna förlitar sig i stor utsträckning på kollegialt utbyte. Andra aspekter som lyfts i kommentarerna är att det är svårt att få tillgång till neurologisk kompetens. Bristen på tillgång till särskilda MS-sjuksköterskor och Parkinson-sjuksköterskor gör att uppföljningen av patienter inte alltid blir så bra som den skulle kunna vara. Det lyfts även att man redan följer riktlinjerna och inte behöver fasa ut eftersom det redan är genomfört. Det nationella programområdet för nervsystemets sjukdomar anger att de inte genomfört eller planerar för att fasa ut åtgärder med prioritet icke göra i riktlinjernas rekommendationer.

I enkäterna till regionledningarna svarade cirka en tredjedel av regionerna att de har utfört insatser för att fasa ut behandling som inte bör göras vid MS och Parkinsons sjukdom. Ett exempel för MS är att kontinuerlig monitorering med magnetröntgen och biomarkörer genomförs för att bedöma inflammatorisk aktivitet vid progressiv MS som stöd för läkemedelsbehandling baserat på Socialstyrelsens riktlinjer. Insatser som anges för Parkinsons sjukdom är förbättring av rutinerna för diagnostik och kvalitetssäkring kring ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Andra insatser som omnämns är att läkemedelskommitténs rekommendationer sänts ut via uppsökande verksamhet i primärvård/geriatrik, ordinationsmallar i journalen och nyhetsbrev till samtliga läkare.



Sammanfattning MS och Parkinsons sjukdom

Det sammantagna resultatet för MS och Parkinsons sjukdom visar att majoriteten av verksamheterna följer rekommendationerna och inte ger behandling som inte ska användas. I undantagsfall förekommer det dock,

exempelvis sjukdomsmodifierande läkemedel till patienter med obehandlad progressiv MS utan inflammatorisk aktivitet, om patienten länge fått immunmodulerande läkemedel och det är oklart om risken för inflammatorisk aktivitet kvarstår. Vården ska bedrivas utifrån individens behov och behandling kan då vara aktuell i det enskilda fallet. I vissa fall anges dock att given behandling kan bero på okunskap, till exempel olanzapin vid Parkinsons sjukdom och psykotiska symtom. Detta kan tyda på att läkare behöver kontinuerlig utbildning för att personer med Parkinsons sjukdom inte ska få felaktig behandling.

Närmare hälften av verksamheterna anger att de har genomfört eller planerar insatser för att fasa ut behandlingar som inte bör användas. Det är viktigt att verksamheterna fortsätter med att se över sina insatser, så att personer med MS och Parkinsons sjukdom får en ännu mer jämlik och effektiv vård.

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 öppen och sluten vård samt 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.

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede finns tre åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [25] (tabell 31).

Tabell 31. Tillstånds- och åtgärdslista palliativ vård i livets slutskede – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
11	Patient i livets slutskede som har förvirringstillstånd där orsaksinriktad diagnostik inte gagnar patienten	Farmakologisk behandling med lorazepam
21	Patient i livets slutskede som har anemi som påverkar allmäntillståndet	Behandling med erytropoietinstimulerande ämnen
29	Patient i livets slutskede som har nedsatt rörlighet	Trycksårsprofylax med nutritionstillägg

Källa: Nationellt kunskapsstöd för palliativ vård i livets slutskede.

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

Farmakologisk behandling med lorazepam

Om patienter i livets slutskede har förvirringstillstånd, och inte gagnar av orsaksinriktad behandling, har farmakologisk behandling med lorazepam ingen effekt på förvirringstillståndet. Behandlingen kan ge allvarliga biverkningar och det finns ett annat läkemedel (haloperidol) som har god effekt.

Resultaten från enkätundersökningen visar att 61 av 99 (62 procent) specialiserade palliativa verksamheterna inte använder behandling med lorazepam. Det är dock 30 procent som gör det ibland eller i undantagsfall, 5 procent som använder den ofta och 3 procent som inte vet.

Några kommentarer från enkätsvaren är att lorazepam eller annan bensodiazepin används och att lorazepam har en längre duration som kan förändra en orolig situation när patienten inte får tillräcklig effekt av andra åtgärder såsom vak, smärtlindring och lägesändringar

Behandling med erythropoietinstimulerande ämnen

För patienter i livets slutskede med anemi som påverkar allmäntillståndet har behandling med erythropoietinstimulerande ämnen inte någon säkerställd effekt.

Totalt 64 av 99 (65 procent) specialiserade palliativa verksamheterna anger att de inte behandlar dessa patienter med erythropoietinstimulerande ämnen. Hos 26 procent förekommer det i undantagsfall eller ibland, och ofta hos 9 procent av verksamheterna. Bland kommentarerna nämns att det kan vara symtomlindrande att ge både lugnande och blod i livets slutskede, och att ansvarig läkare gör individuella bedömningar av patientens tillstånd och mående.

Trycksårsprofylax med nutritionstillägg

För patienter i livets slutskede med nedsatt rörlighet har trycksårsprofylax med nutritionstillägg inte någon säkerställd effekt på förekomsten av trycksår. Tryckavlastande madrasser är åtgärden som rekommenderas och den har bättre effekt.

Enligt enkätundersökningen är det 64 av 99 (65 procent) av verksamheterna inom specialiserad palliativ vård som inte använder trycksårsprofylax med nutritionstillägg. Det förekommer i undantagsfall eller ibland hos 28 procent av verksamheterna, och ofta hos 7 procent. Några verksamheter har kommenterat att en del personer i livets slutskede kan tillgodogöra sig nutritionstillägg och anses gagnas av detta som trycksårsprofylax, och att det är patientens symtombild och mående som styr.

Tabell 32. Vård i livets slutskede

Andel av verksamheter inom specialiserad palliativ vård efter i vilken utsträckning de ger följande åtgärder till sina patienter i livets slutskede. Antal och procent av de totalt antal svarade 99 verksamheterna.

Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Patienter i livets slutskede som har förvirringstillstånd där orsaksinriktad diagnostik inte gagnar patienter får farmakologisk behandling med lorazepam	61 (62%)	30 (30%)	5 (5%)	3 (3%)
Patienter i livets slutskede som har anemi som påverkar allmäntillståndet får behandling med erytropoietstimulerande ämnen	64 (65%)	26 (26%)	9 (9%)	0 (0%)
Patienter i livets slutskede som har nedsatt rörlighet får trycksårsprofylax med nutritionstillägg	64 (65%)	28 (28%)	7 (7%)	0 (0%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad palliativ vård 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Totalt 22 av 99 (22 procent) av verksamheterna har genomfört eller planerar insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras. Exempel på insatser är utbildning och diskussion i personalgruppen, etiska diskussioner och omvärderingar av arbetssätt för att följa generella riktlinjer och rekommendationer. Verksamheterna har även diskussioner om åtgärder med prioritet icke-göra. Ytterligare exempel är att man alltid går igenom patientens insatser när någon skrivs in i verksamheten och sedan utvärderar dessa kontinuerligt, men speciellt inför livets slut

Åtta regioner (Stockholm, Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Skåne, Västra Götaland och Örebro) har genomfört eller planerar insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras. Ett exempel är att de regionala rekommendationerna kopplas till vårdprogram för palliativ vård, som baseras på Socialstyrelsens rekommendationer. Det nationella

programområdet för äldres hälsa och palliativ vård vet inte om åtgärderna förekommer eller om det gjorts eller planeras några utfasningsinsatser.



Sammanfattning palliativ vård i livets slutskede

Resultaten visar att den palliativa vården har en betydande förbättringspotential när det gäller att fasa ut de tre åtgärderna som inte bör göras. Det finns specialiserade palliativa verksamheter som fortfarande använder åtgärder som inte bör göras, till exempel användning av behandling med lorazepam som kan ge allvarliga biverkningar. Dessa verksamheter behöver se över sina rutiner och följa Socialstyrelsens rekommendationer eftersom åtgärderna inte gynnar patienten. De flesta verksamheter har inte genomfört eller planerat några insatser för att fasa ut dessa åtgärder. För att få en ännu mer jämlik palliativ vård i livets slutskede är det viktigt att de regionala rekommendationerna kopplas till vårdprogram och personcentrerat vårdförlopp för palliativ vård och att personalen får stöd och förutsättningar för att utföra sitt arbete på bästa sätt.

Vård vid rörelseorganens sjukdomar

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

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar omfattar rekommendationer för diagnostik, vård och behandling vid artros, reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit och osteoporos.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar från 2021 finns åtta åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [26] (tabell 33, 34 och 37).

Vård vid artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Förekomsten ökar tydligt efter 50-årsåldern men sjukdomen förekommer även hos yngre personer, ofta då i samband med övervikt, obesitas eller en tidigare lefskada. Var tredje person över 65 år har artros. I senaste utvärderingen av vården vid artros konstaterar Socialstyrelsen att registreringen av utförda åtgärder är undermålig, särskilt artrosåtgärder inom primärvården [27]. Regionernas anslutning till Svenska Artrosregistret är en angelägen insats för att möjliggöra uppföljningar och utvärderingar av hög kvalitet. Regionala databaser är också bristfälliga vad gäller primärvårdsdata, och variationen i kodningen är stor mellan och inom regionerna [27]. De rekommendationer inom området artros som har fått prioritet icke-göra i nationella riktlinjer presenteras i tabell 33.

Tabell 33. Tillstånds- och åtgärdslista rörelseorganens sjukdomar, artros – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
A3:1	Artros i höft	Akupunktur med eller utan elstimulering
A3:3	Artros i knä eller höft	Manuell terapi som enskild behandling
A3:12	Artros i knä eller höft	Injektion av hyaluronsyra i leden
A4:0	Artros eller misstänkt degenerativ meniskskada ¹ och smärta i knä	Artroskopisk kirurgi

Rad	Tillstånd	Åtgärd
A4:2	Artros i knä	Broskcellstransplantation

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid artros.

¹Gäller inte artroskopiska ingrepp på grund av trauma i knäled.

- Läs mer om rekommendationerna för vård vid artros på Socialstyrelsens webbplats.

Smärtlindring

Enligt riktlinjerna bör man inte ge injektion av hyaluronsyra i leden och manuell terapi som enskild behandling. Akupunktur med eller utan elstimulering har också fått prioritet icke-göra vid artros i höft. Grunden för rekommendationen är att de flesta av åtgärderna endast har liten till måttlig och kortvarig effekt på smärta vid artros. För manuell terapi saknas kunskap om åtgärdens effekt som enskild behandling.

De aktuella åtgärderna används troligen i ytterst få fall, enligt enkätundersökningen till regionerna och diskussioner med Svenska Artrosregistret och Svenska Ledprotesregistret. De flesta hade svag evidens och låg prioritet redan i de tidigare riktlinjerna från 2012, och regionerna har arbetat med information och riktade insatser till primärvården för att begränsa deras användning. Några regioner kommenterar i enkätsvaren att de har följt upp om hyaluronsyrainjektioner använts av vårdgivare i både offentlig och privat regi, och funnit att åtgärden används i begränsad omfattning. Ett datauttag från Svenska Artrosregistret bekräftar att behandlingen är ovanlig. Sedan 2012, då åtgärden för första gången fick rekommendation icke-göra, har totalt 200 personer fått injektion av hyaluronsyra i leden, av de cirka 167 000 personer med knä- eller höftartros som registrerats i Svenska Artrosregistret. Det motsvarar endast 0,1 procent.

Broskcellstransplantation

Artros i knä behandlas i sällsynta fall också med broskcellstransplantation, Det saknas tillräcklig kunskap om effekten vid artros i knä, och det är inte heller sannolikt att pågående eller planerade studier kan visa någon effekt. Därför är rekommendationen att åtgärden inte bör erbjudas alls och betraktas som experimentell behandling. En sökning i de internationella registren för kliniska prövningar visar att det inte finns någon registrerad pågående klinisk prövning av broskcellstransplantation i Sverige.

Artroskopisk kirurgi

En annan åtgärd vid artros är artroskopisk kirurgi. Enligt riktlinjerna bör hälso- och sjukvården inte utföra artroskopisk kirurgi vid artros eller

misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä, eftersom åtgärden inte har bättre effekt på smärta, funktion och hälsorelaterad livskvalitet än placebobehandling. Dessutom är åtgärden dyr och medför en viss risk för komplikationer [26]. Indikatoren i de nationella riktlinjerna avser att mäta antalet artroskopier som görs vid smärta i knä vid artros eller andra misstänkta degenerativa förändringar i menisken. Artroskopiska ingrepp på grund av trauma i knäled ingår inte i jämförelsen.

Eftersom rekommendationen om att inte utföra artroskopisk kirurgi på indikation artros i knä har funnits mycket länge särredovisas resultaten för knäartros (M17) och degenerativ skada i knä utan artros (diagram 5). Resultaten särredovisas också utifrån patientens ålder, eftersom artros och degenerativa förändringar i knä förekommer mer sällan hos personer under 35 års ålder.

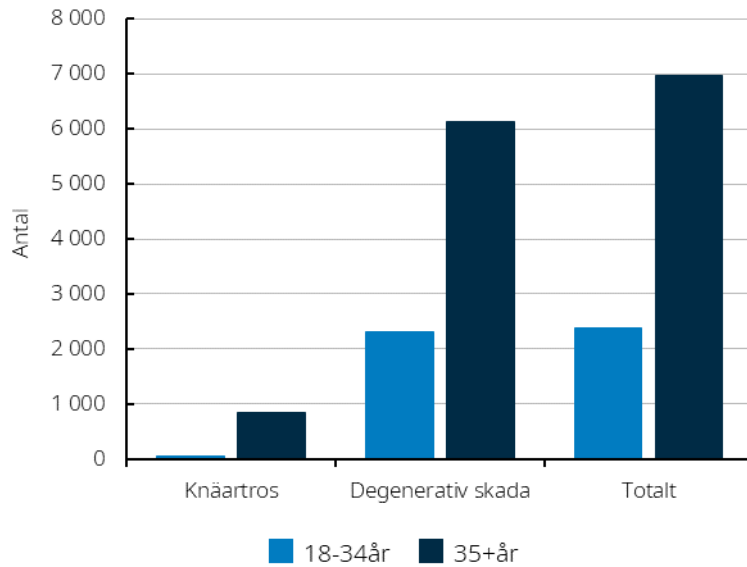
Resultaten visar att 9 519 artroskopiska ingrepp utfördes 2022, varav 920 vid artros (diagram 5). De allra flesta åtgärder vid artros gäller personer 35 år och äldre, men vid degenerativ skada är det en fjärdedel som utförts i den yngre patientgruppen. Antalet ingrepp per 100 000 invånare 18 år och äldre har halverats sedan 2013. Artroskopiska ingrepp vid artros har minskat med 76 procent, medan artroskopier vid övriga degenerativa tillstånd har minskat med 49 procent (diagram 6). Antalet ingrepp vid artros per 100 000 invånare varierar i regionerna, från 5 i Region Örebro till 24 i Region Jämtland Härjedalen (diagram 7). För degenerativ skada är variationen större, från 34 åtgärder i Region Västernorrland till 200 per 100 000 invånare i Region Stockholm (diagram 8). Artroskopisk kirurgi är mer vanligt bland män än kvinnor: 131 respektive 94 åtgärder per 100 000 invånare 2022.

Resultaten är något osäkra eftersom det i patientregistret är diagnosen vid kirurgi som registreras, snarare än den diagnos som är indikation för kirurgi. I mätningen ingår alltså även åtgärder där artros eller annan degenerativ förändring konstaterades vid operationstillfället, trots att kirurgen kan ha varit motiverad enligt den preoperativa bedömningen. Kostnader för artroskopisk kirurgi har redovisats i detalj i Socialstyrelsens utvärdering av vården vid artros från 2023 [27]. Utifrån det genomsnittliga årspriset för en artroskopi⁴ i regionernas databas ”Kostnad per patient” (KPP) uppskattas kostnaden för genomförda artroskopiska ingrepp 2022 till drygt 160 miljoner kronor.

⁴ Pris per vårdtillfälle, 2021 års priser. Ett vårdtillfälle motsvarar i genomsnitt 1,36 artroskopiska åtgärder.

Diagram 5. Artroskopisk kirurgi vid artros eller degenerativ skada i knä

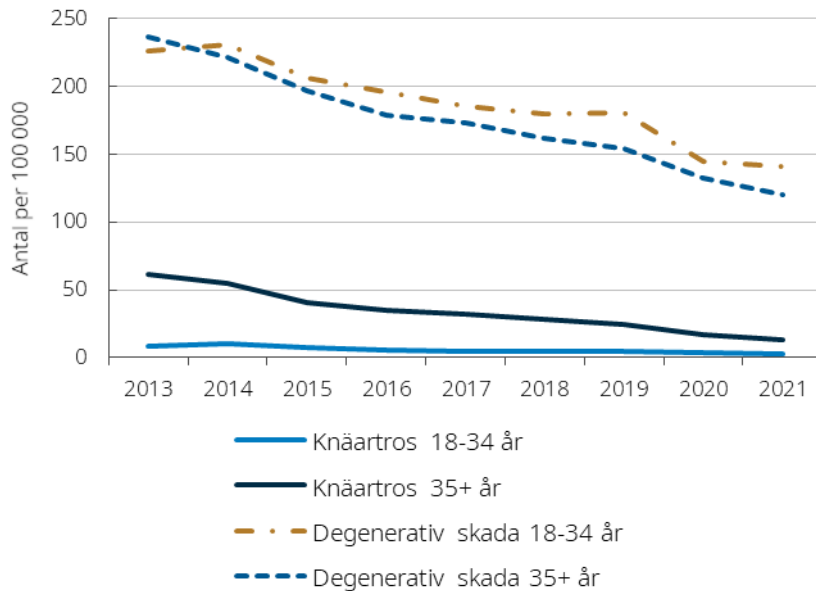
Totalt antal artroskopiska åtgärder vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada i knä med eller utan artros, 2022. Uppdelat på ålder.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 6. Artroskopisk kirurgi vid artros eller degenerativ skada i knä

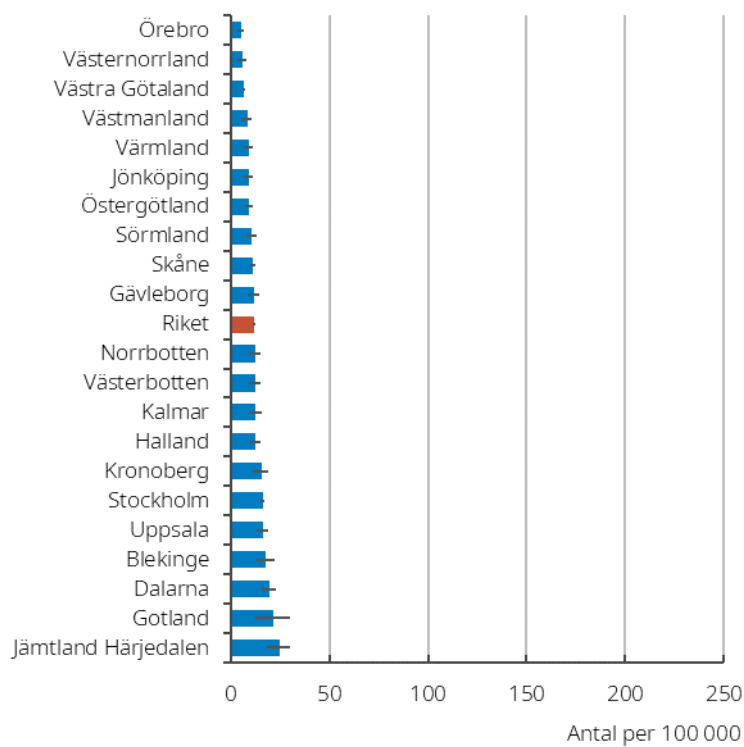
Antal artroskopier i knäled vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada med eller utan artros, per 100 000 invånare. Uppdelat på ålder.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 7. Artroskopisk kirurgi vid artros i knä

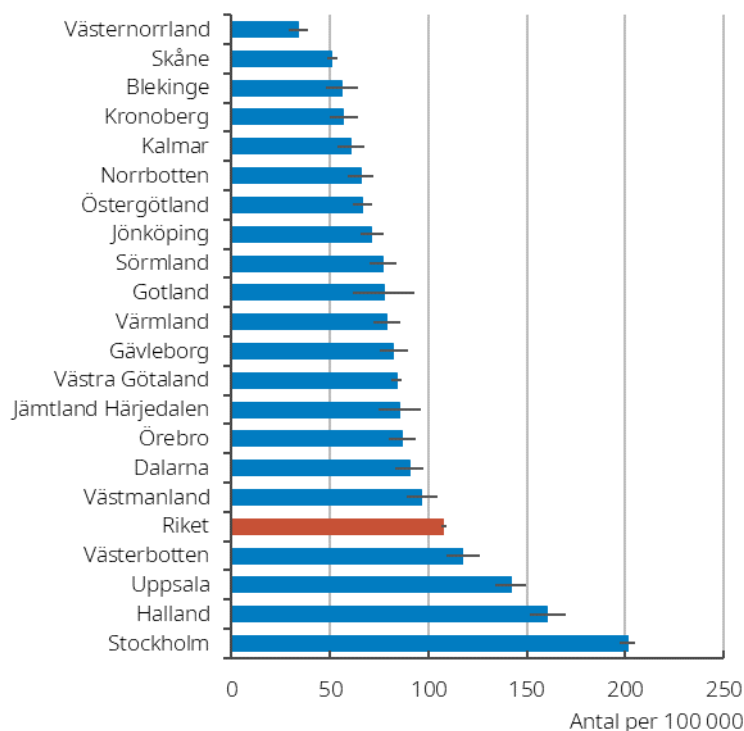
Antal artroskopier i knäled vid artros per 100 000 invånare, genomsnitt för åren 2020-2022. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 8. Artroskopisk kirurgi vid degenerativ skada i knä

Antal artroskopier i knäled vid misstänkt degenerativ meniskskada utan artros per 100 000 invånare, genomsnitt för åren 2020-2022. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Totalt 8 av 17 (47 procent) regioner som svarat på Socialstyrelsens enkät har genomfört insatser för att öka följsamheten till rekommendationer med prioritet icke-göra. Insatserna handlar främst om att uppdatera kliniska kunskapsstöd samt utbildning och uppföljning. Regionerna anger att programområdet arbetar aktivt med att minska onödiga åtgärder, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer, parallellt med att implementera de nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för höft- och knäledsartros. Bland kommentarerna nämns att det är väl förankrat att vissa åtgärder inte ska användas, såsom manuell behandling som enskild behandling eller lokala injektioner vid artros, och att åtgärderna inte används inom specialistvård eller primärvård.



Sammanfattning artros

Trots bristen på registerdata konstaterar Socialstyrelsen att de allra flesta av de aktuella åtgärderna sannolikt används i mycket liten utsträckning inom artrosvården. Undantaget är artroskopisk kirurgi som också är den mest kostsamma åtgärden. Tidigare riktlinjer från 2012 har fått genomslag i de flesta regioner, men vissa gör fortfarande artroskopier vid artros. De allra flesta artroskopiska åtgärder gäller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä utan artros. Till viss del kan detta bero på att rekommendationen icke-göra är relativt ny för denna bredare indikation [26]. Socialstyrelsen har haft dialog med Svensk Ortopedisk förening (SOF) och NPO rörelseorganens sjukdomar kring tolkningen av resultaten. Professionen lyfter att en artroskopi vid degenerativa tillstånd i knä kan vara motiverad vid mekaniska symtom enligt ESSKA:s konsensus [28], och att Socialstyrelsens icke-göra rekommendation omfattar en alltför bred patientgrupp. Samtidigt har det funnits och finns olika tolkningar av termen degenerativ meniskskada. I den vetenskapliga litteraturen betraktas numera denna typ av förändringar i menisk och ledbrosk som en del av artrossjukdomen.

Den regionala variationen i antalet artroskopier per 100 000 invånare är mycket stor, vilket tyder på att det finns omotiverade skillnader. Socialstyrelsens redovisning utgår från hemort, vilket innebär att regioner med många utomlänspatienter, exempelvis Stockholm, sannolikt står för ännu fler artroskopier än vad resultaten visar. I vissa regioner behövs alltså riktade insatser för att utmönstra artroskopisk kirurgi vid artros. Regioner som i hög utsträckning gör artroskopier vid degenerativa tillstånd behöver vidta åtgärder, exempelvis informera sjukhus- och klinikledning om att åtgärden inte är en effektiv behandling av tillståndet. Informationen behöver även riktas till remittenterna. Avsaknad av ekonomiska incitament kan också resultera i utmönstring av artroskopier.

Vård vid reumatoid artrit och axial spondylartrit

Reumatoid artrit (RA) är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder och eventuellt lefskada.

Inflammatorisk ryggsjukdom, spondylartrit, är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit (axSpA).

Tabell 34. Tillstånds- och åtgärdslista inflammatoriska reumatiska sjukdomar – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
R1:10	Tidig reumatoid artrit	Bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR (digital X-ray radiogrammetry) för att bedöma risken för ledsador
S1:5	Axial spondylartrit, otillräcklig effekt av COX-hämmare	Magnetkameraundersökning av sakroiliakaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar.

- ➔ Läs mer om rekommendationerna för vård vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar på Socialstyrelsens webbplats.

Bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR för att bedöma risken för ledsador

Vid reumatoid artrit är tidigt insatt behandling avgörande för att bromsa sjukdomens utveckling. Åtgärden avser bentäthetsmätning i mellanhanden i digitala röntgenbilder med digital x-ray radiogrammetry (DXR), för att upptäcka benförlust som markör för aggressiv sjukdom med dålig prognos. Det finns andra åtgärder som bättre kan bedöma risken för ledsador, och åtgärden bidrar inte till bättre handläggning.

Resultaten från enkätundersökningen visar att merparten av verksamheterna, 23 av 27 (85 procent), aldrig utför åtgärden. Men 2 verksamheter gör det ofta, och 1 ibland och 1 verksamhet i undantagsfall. Enkätsvaren ger ingen tydlig vägledning om skälen till att fortfarande använda åtgärden. Det nationella programområdet för rörelseorganens sjukdomar uppger att åtgärden inte utförs alls.

Tabell 35. Tidig reumatoid artrit

Andel av verksamheter inom specialiserad vård efter i vilken utsträckning de utför bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR (digital X-ray radiogrammetry) för att bedöma risken för ledsador.

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Tidig reumatoid artrit	23 (85%)	1 (4 %)	1 (4 %)	2 (7%)	0 (0%)

Källa: Socialstyrelsens verksamhetsenkät 2023.

Magnetkameraundersökning av sakroillikaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit

Biologiska läkemedel kan användas vid axial spondylartrit när behandling med COX-hämmare inte gett tillräcklig effekt. Åtgärden som inte bör göras gäller MR för att predicera effekten av behandling med ett biologiskt läkemedel. MR-undersökning fyller en funktion vid diagnos, men för att bedöma effekt av behandling krävs klinisk undersökning. Det går inte att bedöma effekten i form av strukturella förändringar med åtgärden och den kan inte förutsäga behandlingens resultat.

Enkätundersökningen visar att åtgärden inte alls utförs av drygt hälften av verksamheterna, närmare bestämt 14 av 27 (52 procent). Övriga svarar att de fortfarande tillämpar åtgärden, och svaren sträcker sig från i undantagsfall till ofta. En respondent svarar att man inte vet. Det nationella programområdet för rörelseorganens sjukdomar svarar däremot att åtgärden inte utförs alls. I kommentarer till verksamheternas svar finns några förklaringar, och de flesta gäller individuella bedömningar. Vid byte av behandling görs ny magnetkameraundersökning, eller för patienter med svåra smärttillstånd. Enligt vissa öppna svar kan det tolkas som ett sätt att ställa ny diagnos för att söka svar på vad som inte fungerar. Svaren visar också att magnetkameraundersökning ibland görs utifrån en egen bedömning eller på patientens önskemål. Bland de öppna svaren finns kommentarer som komplicerar tolkningen ytterligare, nämligen att åtgärden görs för att följa Svensk reumatologisk förenings, (SRF) riktlinjer. Det finns dock ingen motsättning mellan de båda riktlinjerna.

Tabell 36. Axial spondylartrit, otillräcklig effekt av COX-hämmare

Andel av verksamheter inom specialiserad vård efter i vilken utsträckning de utför magnetkameraundersökning av sakroillikaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling.

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Axial spondylartrit, otillräcklig effekt av cox-hämmare	14 (52%)	5 (18%)	4 (15%)	3 (11%)	1 (4%)

Källa: Socialstyrelsens verksamhetsenkät 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Majoriteten av verksamheterna, 19 av 27 (70 procent), beskriver att de inte planerar några åtgärder för att fasa ut åtgärder som inte bör göras. Enligt kommentarerna nämns som förklaring att det är tydligt förankrat bland personalen eller att följsamheten mot rekommendationer i allmänhet bedöms som stor. Det nationella programområdet svarar att man genomfört samordning med Svensk reumatologisk förenings behandlingsriktlinjer i de fall där det varit aktuellt.

Av de 17 regioner som besvarat Socialstyrelsens enkät uppger 13 att de genomfört insatser för att fasa ut de aktuella åtgärderna, varav 3 tar upp rekommendationen om bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR för att bedöma risken för ledsador. Lika många har fasat ut rekommendationen om magnetkameraundersökning av sakroilikaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit. Slutligen svarar 1 region att man inte kan bedöma vilka insatser som gjorts.



Sammanfattning inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Resultaten skiljer sig en del åt mellan de två rekommendationerna. När det gäller åtgärden bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR för att bedöma risken för ledsador följer verksamheterna till stor del Socialstyrelsens rekommendationer, och det är få som fortfarande använder metoden.

Däremot är det närmare hälften som fortfarande använder magnetkameraundersökning av sakroilikaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit. Det verkar också finnas oklarheter i rekommendationens formulering. Sammantaget behöver de verksamheter som fortfarande använder åtgärderna se över sina rutiner och följa rekommendationerna i de fall där MR görs enbart i syfte att enbart bedöma behandlingens effekt. De flesta verksamheter har heller inte genomfört eller planerat några insatser för att fasa ut de aktuella åtgärderna. För att erbjuda en än mer jämlik vård vid reumatiska inflammatoriska sjukdomar är det viktigt att de regionala rekommendationerna kopplas till vårdprogram, som baseras på Socialstyrelsens rekommendationer.

Vård vid osteoporos

Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare än normalt. Många får så kallade benskörhetsfrakturer.

Benskörhetsfrakturer är en fraktur som uppstår redan efter ett mildt trauma.

Särskilt allvarliga är benskörhetsfrakturer i höft och rygg. Risken för osteoporos ökar med åldern. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid. Varje år uppstår 80 000 – 90 000 benskörhetsfrakturer, varav 15 000 – 16 000 i höfter. Diagnosen osteoporos finns sällan dokumenterad när personer med höftfraktur skrivs in eller skrivs ut från sjukhus.

Tabell 37. Tillstånds- och åtgärdslista Rörelseorganens sjukdomar, osteoporos – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
03:3	Förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning, utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin hos personer som inte behandlas med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel mot osteoporos	Kalcium och D-vitamin

Källa: Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.

- ➔ Läs mer om rekommendationen och indikatorns tekniska beskrivning i indikatorrapporten på Socialstyrelsens webbplats.

Kalcium och D-vitamin bör inte ges vid förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin hos personer som inte behandlas med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel

Kalcium och D-vitamin är viktiga för att skelettet ska hålla för påfrestningar. Hälso- och sjukvården bör dock inte ge kalcium och D-vitamin vid förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning, utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin hos personer som inte behandlas med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel. Anledningen är att åtgärden inte har någon effekt och dessutom ger biverkningar.

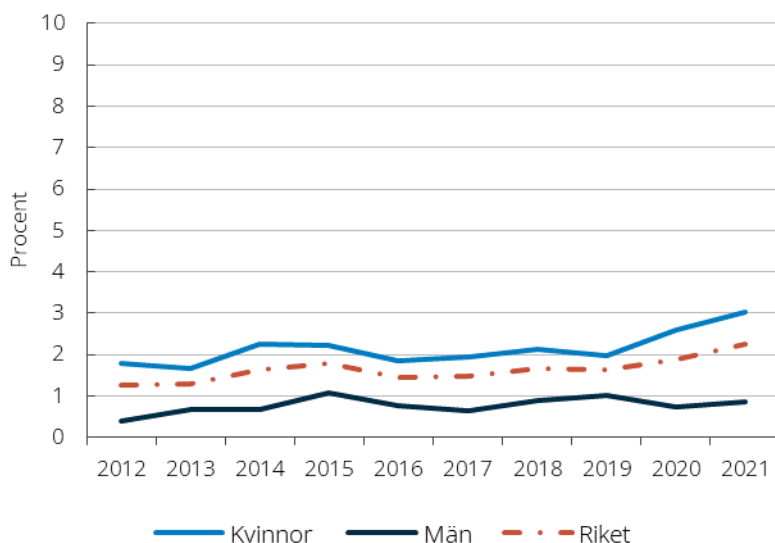
Socialstyrelsens indikator visar andelen personer som för första gången vårdats för benskörhetsfraktur och som 6–12 månader efter frakturen hämtat ut kalcium och D-vitamin men inte kortison eller benspecifika läkemedel från apoteket⁵ [29]. Resultatet för 2021 visar att drygt 2 procent får

⁵ I indikatorn ingår endast läkemedel uthämtade på recept och inte läkemedel som beställts till vårdenhet via rekvisition. Aktuella siffror riskerar att överskatta den faktiska andelen med indikatorn (monoterapi med kalcium och D-vitamin) då patienter kan ha fått läkemedel via läkemedels-rekvisition, vilket inte finns att tillgå på individnivå.

behandling med kalcium och D-vitamin utan att samtidigt ha hämtat ut systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel på recept efter en benskörhetsfraktur. Andelen är större bland kvinnor än män (diagram 9).

Diagram 9. Behandling med kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur

Andel personer som vårdats för förstagångs benskörhetsfraktur, som 6–12 månader efter frakturen hämtat ut kalcium och D-vitamin, ej systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel, från apotek.

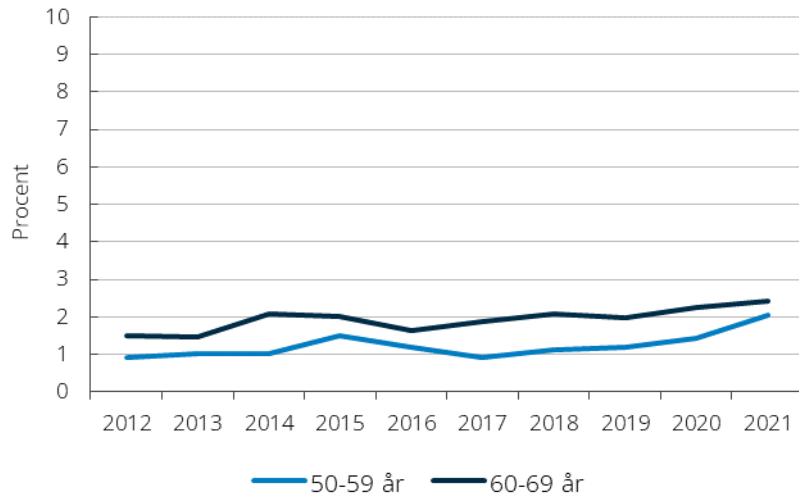


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Under perioden 2012–2021 ökade uthämtningen av kalcium och D-vitamin totalt med cirka 1 procentenhet bland både personer 50–59 år och 60–69 år. Andelen var signifikant lägre för åldersgruppen 50–59 år under perioden 2017–2020, men 2021 fanns ingen signifikant skillnad mellan åldersgrupperna (diagram 10).

Diagram 10. Kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur

Andel personer som vårdats för förstagångsbenskörhetsfraktur som 6-12 månader efter frakturen hämtade ut kalcium och D-vitamin, ej systemiskt kortison eller bensspecifika läkemedel från apotek.

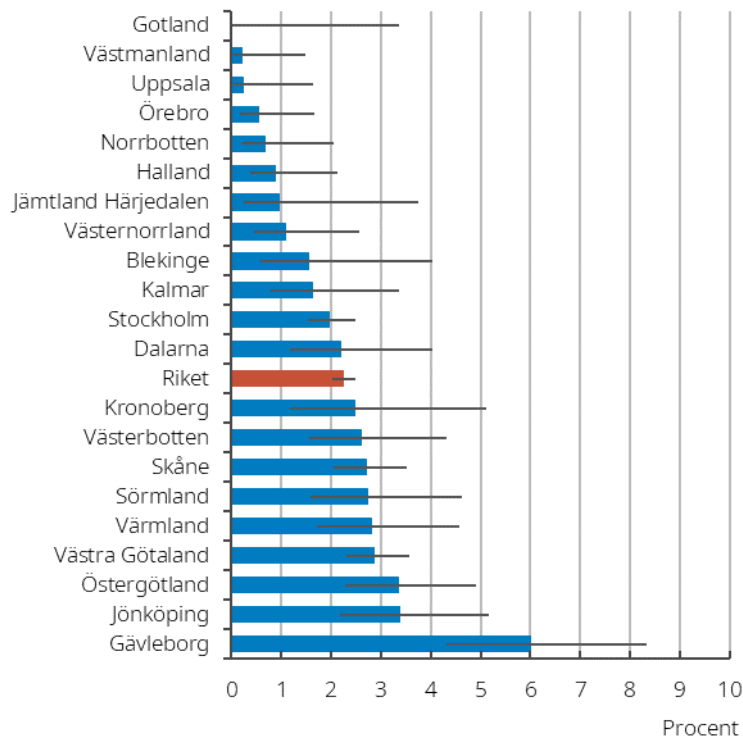


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

År 2021 var det drygt 2 procent som hämtade ut kalcium och D-vitamin, men utan att samtidigt ha hämtat ut systemiskt kortison och bensspecifika läkemedel. Variationen mellan regionerna är 0–6 procent (diagram 11).

Diagram 11. Behandling med kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur

Andel personer som vårdats för förstagångs benskörhetsfraktur och som 6–12 månader efter frakturen hämtade ut kalcium och D-vitamin, ej systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel, från apotek. Avser år 2021.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I enkätundersökningen svarade 40 av 59 verksamheter (68 procent) att de aldrig behandlar med kalcium och D-vitamin utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin hos personer som inte behandlats med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel mot osteoporos. Men 8 av 59 (14 procent) verksamheter gör det i undantagsfall eller ibland, och 5 av 59 (8 procent) gör det ofta, medan 6 av 59 (10 procent) inte vet.

Bland kommentarerna nämns att en del patienter står på denna medicin när de kommer in på remiss eller läggs in. Man tar då ställning till att antingen sätta ut läkemedlen eller komplettera med antiresorptiv behandling om det är indicerat. Det nämns också att en del som får denna behandling är yngre personer eller personer med andra diagnoser såsom hypoparatyroidism eller njursvikt. Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar, där osteoporos ingår, anger att behandlingen förekommer ibland, delvis för att den "hänger kvar sedan tidigare", då alla eller de flesta patienter med osteoporos fick behandling med kalcium och D-vitamin.

Tabell 38. Kalcium och D-vitamin

Diagnos	Aldrig	I undantagsfall/ibland	Ofta	Vet ej
Kalcium och D-vitamin	40 (68%)	8 (14%)	5 (8%)	6 (10%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialiserad vård 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärd som inte bör göras

Resultatet visar att 39 av 59 verksamheter (66 procent) inte har genomfört insatser för att fasa ut den aktuella behandlingen, eller att de inte vet om något sådant gjorts. Det är 20 verksamheter (34 procent) som har genomfört eller planerar att genomföra sådana insatser. Bland insatserna nämns att det sedan flera år tillbaka betonas i vårdprogram för osteoporos att detta är icke-göra. En annan insats som lyfts är interna undervisningstillfällen för läkare.

Det nationella programområdet för endokrina sjukdomar anger att det framgår i vårdprogram att åtgärden inte ska användas, att det genomförts undervisningstillfällen för primärvården och att det finns skriftlig information. Även regionledningarna beskriver insatser för att fasa ut icke-göra, bland annat att de regionala programområdena för endokrina sjukdomar arbetar aktivt med att minska onödiga åtgärder i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. De nämner att Läkemedelskommittén har tydliga rekommendationer för när kalcium och D-vitamin kan användas som monoterapi, och att det finns vårdprogram för osteoporos. Dessutom nämns uppdaterade kunskapsstöd och information i nyhetsbrev till läkare samt uppsökande verksamhet för primärvård.



Sammanfattning osteoporos

Enligt enkätundersökningen visar resultaten att närmare 70 procent av verksamheterna aldrig behandlar med kalcium och D-vitamin utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin hos personer som inte behandlats med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel mot osteoporos. Trots osäkerheten i mätningen talar resultaten för en god följsamhet till riktlinjernas rekommendation, vilket också bekräftats av enkätundersökningen. Man har också genomfört åtgärder för att fasa ut åtgärden, exempelvis undervisning, vårdprogram och osteoporosmottagning. Regionerna och deras verksamheter behöver fortsätta sitt arbete med att fasa ut åtgärder som inte bör göras.

Vård vid stroke

I Sverige insjuknar varje år cirka 25 000 personer i stroke [30]. De flesta som drabbas är äldre; medelåldern vid insjuknandet är cirka 75 år. Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken, och globalt är det den näst vanligaste orsaken till död och funktionsnedsättning. Stroke är också den kroppsliga sjukdom som svarar för flest vård dagar på svenska sjukhus, och dessutom kräver den stora resurser i kommunala särskilda boenden och hemtjänst. En studie från 2014 uppskattade den totala samhällskostnaden för stroke i Sverige till cirka 18,3 miljarder kronor årligen [31]. Den akuta vården ges normalt på strokeenheter på sjukhus. Under vårdtiden på en sådan enhet påbörjas också rehabilitering, som anpassas till individens symtom och funktionsnedsättning. Där bedöms även lämplig form för fortsatt rehabilitering efter vården på strokeenheten.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid stroke finns tre åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [32] (tabell 39).

Tabell 39. Tillstånds- och åtgärdslista för stroke – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
D07	Ischemisk stroke, i akutskedet	Blodtryckssänkande läkemedel
E03	Stroke	Vård på vårdavdelning (som ej är strokeenhet), med eller utan mobilt stroketeam
E10	Benpares eller oförmåga att gå vid stroke i akutskedet	Kompressionsstrumpa, graderad, för att förebygga venös tromboembolism

Källa: Nationella riktlinjer för vård vid stroke 2020.

➔ Läs mer om rekommendationerna för stroke på Socialstyrelsens webbplats.

Blodtryckssänkande läkemedel i akutskedet

Högt blodtryck är en riskfaktor för stroke och de flesta personer som insjuknar har högt blodtryck i akutskedet. Enligt de nationella riktlinjerna bör dock inte blodtryckssänkande behandling ges i akutskedet. Motivering till rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på förekomsten av dödsfall eller beroende av hjälp för att klara aktiviteter i dagliga livet. Rekommendationen gäller inte personer som vid insjuknande redan behandlas med blodtryckssänkande läkemedel, utan dessa patienter bör i regel fortsätta med behandlingen.

Resultaten från enkätundersökningen visar att var tredje strokeenhet ofta använder blodtryckssänkande läkemedel i det akuta skedet (svarsfrekvens 67 procent). Hälften gör det ibland eller i undantagsfall. De flesta verksamheter anger att det i de aktuella fallen finns en särskild indikation, det vill säga mycket höga blodtrycksnivåer, eller att de följer rutinen inför trombolysbehandling. Vissa kommenterar dock att blodtryckssänkande behandling ibland sätts in akut på grund av bristande utbildning hos personalen. Brist på strockeläkare gör att det inte alltid är en strockeläkare som ansvarar för strokeenheten, och det händer också att behandlingen sätts in redan på akutvårdsavdelningen.

Det nationella programområdet för nervsystemets sjukdomar, där stroke ingår, anger att akut blodtrycksbehandling används ibland för att möjliggöra trombolys, enligt riktlinjer.

Vård på avdelning som inte är strokeenhet

Vård på strokeenhet minskar dödligheten och behovet av stöd oavsett patientens kön, ålder vid insjuknandet och sjukdomens allvarlighetsgrad. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör personer som akut insjuknar i stroke vårdas på en strokeenhet. Vid inläggning på sjukhus ska alltså patienten föras direkt till strokeenheten utan att först vårdas på en annan vårdavdelning. Vård på annan avdelning, med eller utan mobilt strocketeam, ökar risken för funktionsnedsättning och död och därför är det en åtgärd som inte bör göras.

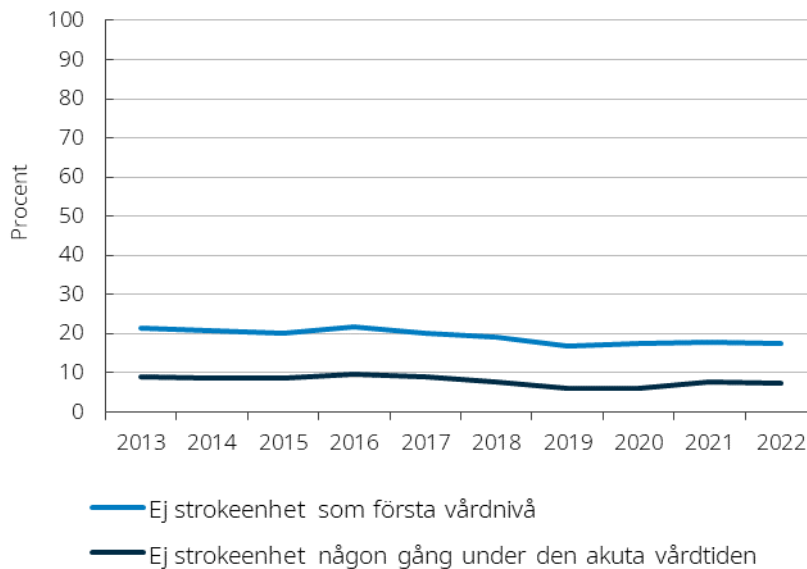
För att bedöma följsamheten till riktlinjernas icke-göra-rekommendation har Socialstyrelsen i denna analys en utökad definition av strokeenhet; i den ingår även avdelningar med högre vårdnivå än sedvanlig avdelning såsom intensivvårdsavdelning (IVA), neurokirurgins intensivvårdsavdelning (NIVA) eller neurokirurgisk klinik (NKK) och thoraxintensivvårdsavdelning (THIVA). Därför kan resultaten skilja sig något från tidigare redovisningar av de nationella riktlinjernas indikatorer om strokeenhet. Resultaten visar att det 2022 var 7 procent som under den akuta vårdtiden aldrig vårdades på en strokeenhet eller högre vårdnivå (diagram 12). Den regionala variationen var 1–18 procent, i Östergötland respektive Västernorrland (diagram 13). Andelen som inte vårdas på strokeenhet (eller högre vårdnivå) som första vårdenheter har minskat från 21 till 17 procent under de senaste tio åren (diagram 12). Det innebär att var sjätte strokepatient inte läggs in på en strokeenhet vid ankomst till sjukhus, trots att åtgärden har varit högst prioriterad i femton år. Den regionala variationen för andelen med vård som inte är en strokeenhet som första vårdnivå är mycket stor, från 7 procent i Östergötland till 58 procent i Blekinge (diagram 14).

Resultaten från enkätundersökningen visar att vård på annan avdelning än strokeenhet förekommer ofta hos 13 procent av strokeenheterna i landet (svarsfrekvens 67 procent), och nästan 70 procent svarar att detta förekommer i undantagsfall eller ibland. Var femte strokeenhet vårdar aldrig dessa patienter på annan avdelning. De allra flesta enheter som kommenterar sitt svar anger att brist på vårdplatser kan göra att patienten inte vårdas på en strokeenhet eller inte direkt läggs in på en sådan. Strokeenheterna på sjukhusen med undermåliga resultat påpekar att ansvariga på strokeenheten har påtalat vikten av vård på strokeenhet för ledningen, men utan resultat.

I de nationella riktlinjernas hälsoekonomiska underlag bedöms vård på strokeenhet som en kostnadseffektiv åtgärd [32], trots att sådan vård är dyrare än vård på sedvanlig avdelning. Åtgärden innebär alltså en besparing på sikt sett till de kostnader som förknippas med ett sämre utfall efter att inte ha vårdats på strokeenhet: högre grad av funktionsnedsättning, ökat behov av vård och sämre livskvalitet. I en studie som ingår i underlaget beräknades kostnaden per vunnet livskvalitetsjusterat levnadsår (quality-adjusted life years, QALY) till cirka 38 000 kronor⁶ [33].

Diagram 12. Vård på avdelning som ej är strokeenhet vid stroke

Vård på vårdavdelning som ej är strokeenhet eller högre vårdnivå (IVA, NIVA/NKK etc) vid akut insjuknande i stroke.

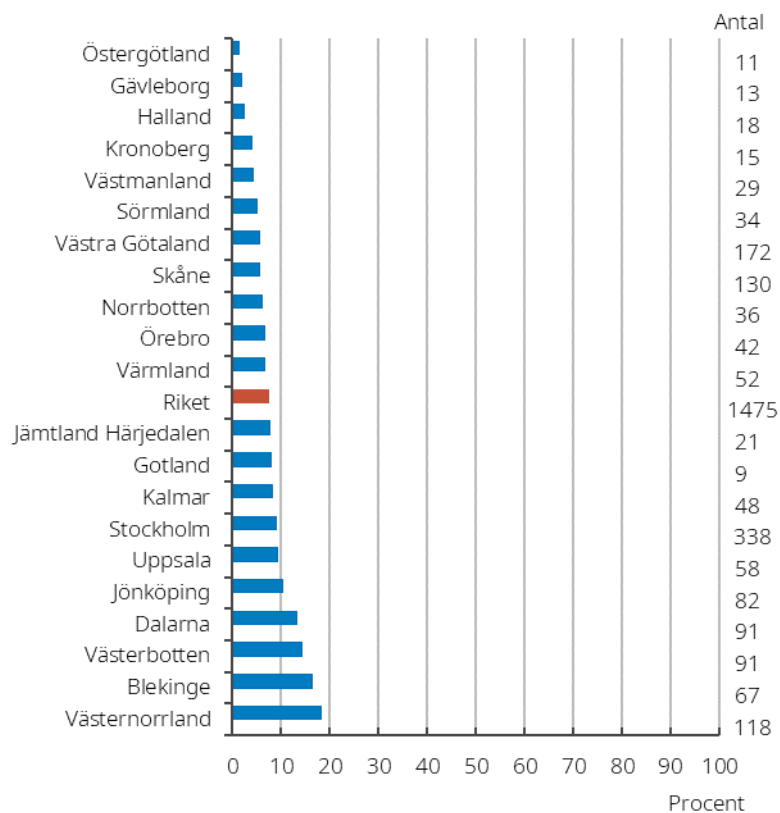


Källa: Riksstroke.

⁶ Detta är en låg kostnad i förhållande till de gränser för kostnadseffektivitet som används för åtgärder vid tillstånd med motsvarande svårighetsgrad.

Diagram 13. Vård på avdelning som ej är strokeenhet vid stroke

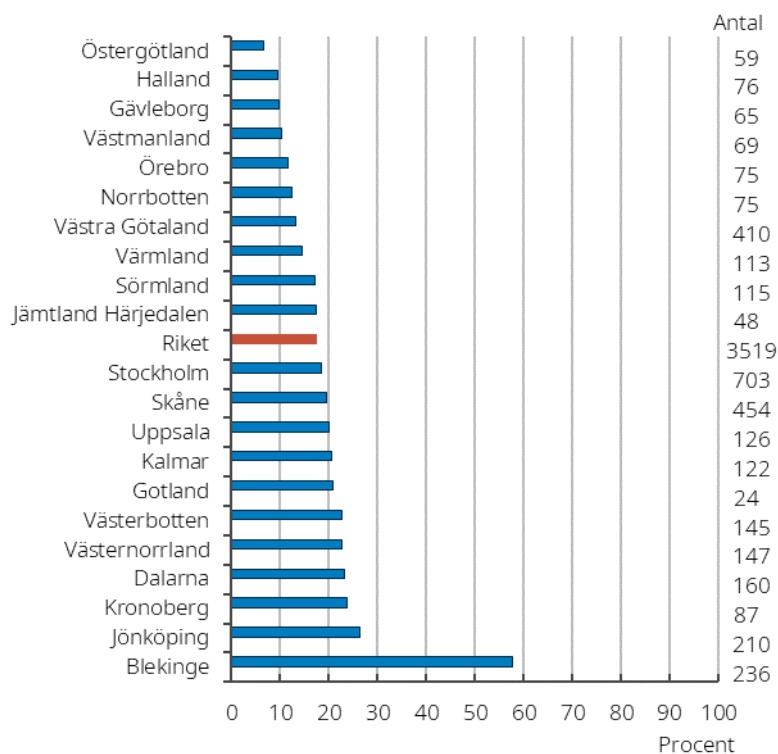
Vård på vårdavdelning som ej är strokeenhet eller högre vårdnivå (IVA, NIVA/NKK etc) vid akut insjuknande i stroke, 2022.



Källa: Riksstroke.

Diagram 14. Vård på avdelning som ej är strokeenhet vid stroke – första vårdnivå

Vård på vårdavdelning som ej är strokeenhet eller högre vårdnivå (IVA, NIVA/NKK etc) som första vårdnivå vid akut insjuknande i stroke, 2022.



Källa: Riksstroke.

Kompressionsstrumpa, graderad, för att förebygga venös tromboembolism

Vid stroke är det mycket vanligt med hemipares, en svår eller fullständig förlust av muskelfunktionerna på halva delen av kroppen. Benpares leder ofta att strokepatienter blir immobiliserade, vilket medför stor risk för att utveckla djup ventrombos. Vid djup ventrombos finns också en uppenbar risk för embolisering med livshotande lungemboli som följd.

En graderad kompressionsstrumpa används för att minska stagnation av venöst blodflöde i paretiskt ben, och på så sätt förebygga risken för djup ventrombos. En sammanställning av kunskapsunderlaget har dock visat att åtgärden inte har någon signifikant effekt på djup ventrombos, lungemboli eller död under behandlingsperioden [32]. Samtidigt medför den ökad risk för hudkomplikationer. Därför rekommenderas att graderad kompressionsstrumpa inte bör användas vid benpares eller oförmåga att gå vid stroke i akutskedet.

Det nationella programområdet för nervsystemets sjukdomar anger att graderad kompressionsstrumpa aldrig används inom strokevården för att förebygga venös tromboembolism. Resultaten från Socialstyrelsens enkätundersökning visar att drygt hälften av strokeenheterna aldrig använder åtgärden vid benpares i akutskedet. Cirka 13 procent använder den ofta, och resterande 30 procent ibland eller i undantagsfall.

Tabell 40. Åtgärder vid stroke

Diagnos/Åtgärd	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Vet ej
Ischemisk stroke, i akutskedet. Blodtryckssänkande läkemedel	6 (13%)	15 (31%)	9 (19%)	17 (35%)	1 (2%)
Stroke. Vård på vårdavdelning (som ej är strokeenhet), med eller utan mobilt stroketeam	9 (19%)	21 (44%)	12 (25%)	6 (13%)	0 (0%)
Benpares eller oförmåga att gå vid stroke i akutskedet Kompressionsstrumpa, graderad, för att förebygga venös tromboembolism	25 (52%)	7 (14%)	8 (17%)	6 (13%)	2 (4%)

Källa: Socialstyrelsens enkät till verksamheter 2023.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

För att öka följsamheten till riktlinjernas rekommendationer, och fasa ut åtgärder som inte bör göras, anger strokeenheterna att de ständigt arbetar med att

- förtydliga strokeprocessen och uppdatera skriftliga rutiner
- utbilda läkare och övrig personal
- koordinera vårdplatser och göra flyttlistor för att frigöra vårdplatser för patienter med akut stroke
- återkommande informera akutmottagning för att få rätt patient på rätt plats
- förbättra schemaläggning och rekrytering av personal
- följa upp enhetens resultat.

Totalt 6 av 17 regioner som svarat på Socialstyrelsens enkät har genomfört insatser för att öka följsamheten till nationella riktlinjer, varav 5 har vidtagit åtgärder som rör icke-göra-rekommendationerna. Detta har skett inom ramen för de regionala programområdenas arbete med gap-analyser och implementering av kliniska kunskapsstöd såsom det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för stroke och TIA. Programområdena inom dessa regioner arbetar även med utbildningar och uppföljningar för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer och vårdförlopp.



Sammanfattning vård vid stroke

Prioriteten icke-göra för de aktuella åtgärderna har funnits under många år och är välgrundade i svensk strokevård. Nationella riktlinjer och nationella kliniska kunskapsstöd med tillhörande stödmaterial har därmed bidragit till högre kvalitet i det akuta omhändertagandet vid stroke. Samtidigt finns det fortfarande geografiska skillnader i tillgänglighet, som också påverkar vårdkvaliteten. Ett fåtal sjukhus har även färre vårdplatser på strokeenhet än för fem år sedan [34]. Resultaten från Riksstrokes strukturenkät visar också att det totala antalet vårdplatser för akut strokevård har fortsatt att minska, vilket försvårar direktinläggning på strokeenhet [35]. Därutöver är det färre sjukhus som helt uppfyller kriterierna för strokeenhet, bland annat personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering [35]. För att personer som insjuknar i stroke ska få en effektiv, kunskapsbaserad och jämlik vård behöver regionerna och sjukhusledningarna ständigt arbeta med att göra vårdplatser tillgängliga på strokeenheter.

Resultaten i denna utvärdering samt Socialstyrelsens tidigare utvärdering av strokevården visar att riktlinjernas rekommendationer följs i högre grad när strokepatienter vårdas på strokeenheter, än på andra avdelningar (icke-göra) [34]. I de nationella riktlinjernas vetenskapliga underlag påvisas högre vårdkvalitet och patientnytta på strokeenheter, när medelvårdtiden på enheten är sju dagar eller mer [32]. För att få maximal nytta av åtgärden bör alltså huvuddelen av vården ges på en strokeenhet. I resultaten redovisas andelen patienter som under sin akuta vårdtid aldrig vårdades på en strokeenhet eller högre vårdnivå, utan hänsyn till vårdtid på strokeenhet. Det kan därför finnas fler strokepatienter som inte får optimal vård än vad resultaten visar, om de bara vårdats på strokeenhet under en kortare tid. Den akuta vårdtiden vid akut insjuknandet i stroke minskar ständigt och medianen ligger i dag på sex dagar [1].

Sammanfattningsvis visar resultaten att flera regioner har brist på vårdplatser, trots en hög medvetenhet om nationella riktlinjer och kliniska kunskapsstöd samt de informationsinsatser som sjukhus och regionerna har

genomfört. Detta är en avvikelse som leder till att en del strokepatienter inte får optimal vård och kan äventyra patientsäkerheten och eventuellt leda till vårdskada. En optimal akutvård vid stroke förutsätter att man ständigt arbetar med kompetensförsörjning och dimensionerar vårdplatserna utifrån behoven, vilket kräver kontinuerliga insatser på både sjukhus- och regionledningsnivå.

Tandvård

Nästan alla barn och vuxna i Sverige besöker tandvården. Karies och parodontit (tandlossningssjukdom) är bland de vanligaste sjukdomarna i världen. De försämrar människors livskvalitet och medför stora kostnader för både samhället och individerna som drabbas. Samtidigt går de till stor del att förebygga.

Munhälsan i Sverige är generellt god, och i en internationell jämförelse är förekomsten av munsjukdomar mycket låg. Samtidigt finns det skillnader i munhälsan utifrån socioekonomiska förutsättningar. Barn till föräldrar som är födda utomlands, har kort utbildning och låg inkomst löper större risk än andra för att få karies. Hos vuxna har personer som är utlandsfödda och personer med kort utbildning och låg inkomst sämre självskattad munhälsa.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård finns nio åtgärder som fått rekommendationen icke-göra [36] (tabell 41).

Tabell 41. Tillstånds- och åtgärdslista tandvård – prioritet icke-göra

Rad	Tillstånd	Åtgärd
C4.3	Parodontit (stadium 1–4)	Mekanisk infektionsbehandling – "full-mouth disinfection" – för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar
C15.5	Periimplantit	Systemisk behandling med antibiotika som enda behandling
C23.3	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand	Rekonstruktiv kirurgi – tillägsbehandling med membran (GTR)
C23.5	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand	Rekonstruktiv kirurgi – fritt mjukvävnadstransplantat (gingiva-transplantat)
D1.3	Pulpa exponerad via friskt dentin	Pulpaöverkappning med bondingmaterial
D9.4	Symtomatisk pulpit där karies uppmjukningszon eller annan mikrobiell invasion nått pulpan	Symtomatisk behandling – systemisk antibiotikabehandling
E7.1	Akut käkledssmärta (artralgi)	Ocklusal korrigerig
E10.1	Akut käkledsarthrit associerad med inflammatorisk sjukdom	Ocklusal korrigerig

Rad	Tillstånd	Åtgärd
E29.2	Dysockklusion som inte kan verifieras kliniskt	Ocklusal korrigerig

Källa: Nationella riktlinjer för tandvård 2021.

→ Läs mer om rekommendationerna för tandvård på Socialstyrelsens webbplats.

Parodontit (stadium 1–4) – mekanisk infektionsbehandling för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserande beläggningar

För de flesta patienter med parodontit räcker en god munhygien och så kallad mekanisk infektionsbehandling. Många tilläggsbehandlingar förbättrar däremot inte behandlingseffekten, till exempel om desinficering av munhålan och tandköttsfickor med klorhexidin, ”full-mouth disinfection”, under och efter mekanisk infektionsbehandling som fått rekommendationen icke-göra.

Resultaten visar att var fjärde tandvårdsklinik ofta använder tilläggsåtgärden ”full mouth disinfection” tillsammans med mekanisk infektionsbehandling vid parodontit. Åtgärden är betydligt vanligare bland privata kliniker. Totalt 40 procent av tandvårdsklinikerna uppger att de aldrig utför denna tilläggsbehandling. Resultaten visar vidare att 14 procent av de privata klinikerna, tre procent av folktandvårdsklinikerna och 45 procent av specialisttandvårdsklinikerna uppger att denna patientgrupp inte är aktuell⁷. Ett exempel på verksamhetskommentar är att åtgärden kan sättas in när det gäller en patient som inte besökt tandvården på många år. Åtgärden ses som ett sätt att ”kickstarta” behandlingen.

Periimplantit – systemisk behandling med antibiotika som enda behandling

Periimplantit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i vävnader runt tandimplantat. Precis som hos parodontit ligger fokus på en god munhygien, och när det gäller periimplantit kombineras denna med regelbunden stödbehandling. Det finns dock tilläggsbehandlingar som inte förbättrar

⁷ Resultaten behöver dock tolkas med viss försiktighet eftersom kommentarerna från verksamheterna antyder att klinikerna kan ha missuppfattat frågan och tolkat som att frågan handlar om mekanisk infektionsbehandling.

effekten, till exempel systemisk behandling med antibiotika som enda behandling. Resultatet visar att 11 procent av verksamheterna ofta eller ibland använder systemisk antibiotikabehandling som enda behandling vid periimplantit.

Totalt är det 61 procent av tandvårdsklinikerna som aldrig använder denna åtgärd, och 18 procent svarar att dessa patienter inte är aktuella på kliniken eller att de remitteras vidare. Bland kommentarerna framkommer exempelvis att antibiotikabehandling kan användas vid akut periimplantit med putstömning, följt av en mekanisk eller kirurgisk åtgärd. Ett annat exempel är att åtgärden kan vara möjlig när det gäller att lindra smärta för en patient i livets slutskede.

Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand – rekonstruktiv kirurgi – tilläggsbehandling med membran (GTR)

Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand bedöms ha en måttlig påverkan på den orala hälsan. Tillståndet innebär en sämre hygienisk åtkomlighet med risk för framtida sjukdomar samt en negativ estetisk påverkan.

Rekonstruktiv kirurgi av en mjukvävnadsskada med ett membran (GTR) har sämre effekt jämfört med enbart en lambå och en lambå med ett bindvävstransplantat och är därför inte kostnadseffektiv.

Resultaten visar att cirka 10 procent av tandvårdsklinikerna ofta eller ibland använder rekonstruktiv kirurgi vid mjukvävnadsskada med ett membran (GTR). Åtgärden är mycket ovanlig i folktandvården. Totalt är det 43 procent av tandvårdsklinikerna som aldrig genomför denna icke-göra-åtgärd, och 38 procent uppger att denna patientgrupp inte är aktuell eller att patienterna remitteras vidare eftersom alla tandvårdskliniker inte utför rekonstruktiv kirurgi.

Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand – rekonstruktiv kirurgi – fritt mjukvävnadstransplantat (gingiva-transplantat)

Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand bedöms ha en måttlig påverkan på den orala hälsan. Tillståndet innebär en försämrad hygienisk åtkomlighet med risk för framtida sjukdomar samt en negativ estetisk påverkan.

Rekonstruktiv kirurgi av mjukvävnadsskador med ett fritt

mjukvävnadstransplantat har sämre effekt jämfört med enbart lambå och lambå med ett bindvävstransplantat och är därför inte kostnadseffektiv.

Var tionde klinik uppger att de ibland använder rekonstruktiv kirurgi med gingiva transplantat vid mjukvävnadsretraktion. Även denna typ av rekonstruktiv kirurgi är ovanlig i folktandvården medan var tionde klinik i privattandvården utför den ibland.

Totalt 43 procent av tandvårdsklinikerna gör aldrig denna åtgärd. Det är också en relativt stor andel som inte har denna patientgrupp eller remitterar patienterna vidare eftersom de inte utför rekonstruktiv kirurgi: 42 procent av folktandvårdsklinikerna och 35 procent av specialisttandvårdsklinikerna. Bland verksamhetskommentarerna nämns exempelvis att gingivatransplantat kan användas då det finns kliniska förutsättningar för att lyckas med ett sådant ingrepp. Ett annat exempel är att åtgärden kan användas om det gäller en tand som står med bara rörlig gingiva. Anses ge ett bättre resultat med renhållning om fast gingiva transplanteras i området. En respondent anser att det finns indikation för att använda fritt gingiva-transplantat, bland annat med syftet att öka mjukvävnadsdimensionen i underkäken vid retraktion.

Pulpa exponerad via friskt dentin – pulpaöverkappning med bondingmaterial

Tandpulpan är mjukvävnaden mitt i tanden. Den innehåller rikligt med nerver och blodkärl, och står i förbindelse med käkbenet. Om tandpulpan skadas måste den behandlas, annars kan tanden behöva tas bort. Det finns olika sätt att behandla en exponerad tandpulpa. Pulpaöverkappning syftar till att återskapa en barriär mot munhålan för att undvika bakterieinfektion, inflammation och vävnadsdöd. Överkappningar med ett bondingmaterial har en sämre effekt avseende pulpaöverlevnad jämfört med kalciumhydroxid och mineraltrioxidaggregat (MTA).

Verksamhetsenkäten visar att 10 procent av tandvårdsklinikerna ofta eller ibland använder pulpaöverkappning med bondingmaterial vid det aktuella tillståndet. Det är marginell skillnad mellan folktandvården och privattandvården i detta. Totalt 60 procent av tandvårdsklinikerna använder aldrig överkappning med bondingmaterial på vuxen patient med exponerad pulpa till friskt dentin, och det svaret är vanligare bland folktandvårdskliniker. Detta kan förklaras av att det är en större andel privata tandvårdskliniker som uppger att de utför åtgärden i undantagsfall. Bland kommentarerna nämns att överkappning med bondingmaterial kan användas vid en mycket liten lesion som försluts med komposit, eller om annat fyllnadsmaterial inte varit applicerbart. En klinik efterlyser mer

forskning och anser inte att pulpaöverkappning med bondingmaterial bör vara icke-göra.

Symtomatisk pulpitis där karies uppmjukningszon eller annan mikrobiell invasion nått pulpan – symtomatisk behandling, systemisk antibiotikabehandling

Inflammation i tandpulpan (pulpitis) är för det mesta en följd av karies, och kan ge en intensiv smärta och infektioner som kräver ett snabbt och effektivt omhändertagande. Systemisk antibiotikabehandling bör inte användas som enda behandling eftersom den endast har effekt på akut infektion och kräver kompletterande rotbehandling för att ge en långsiktig effekt.

Resultaten visar att 14 procent av tandvårdsklinikerna uppger att de ofta eller ibland använder systemisk antibiotikabehandling vid symtomatisk pulpitis där karies eller annan mikrobiell invasion nått pulpan. Detta svar är betydligt vanligare i den privata tandvården, medan folktandvården oftare använder åtgärden i undantagsfall. Åtgärden används aldrig av 63 procent av tandvårdsklinikerna, med marginell skillnad mellan folktandvården och privattandvården. Exempel på kommentarer är att antibiotika kan ges i undantagsfall i några dagar när lokalbedövning inte fungerar, innan man gör ett nytt försök till behandling.

Akut käkledssmärta (artralgi) – ocklusal korrigerings

Käkledssmärta (artralgi) kan till exempel bero på en inflammation i käkleden. Smärtan förstärks oftast när patienten tuggar och gappar. Behandlingen syftar till att minska smärtan och den eventuella inflammationen, och minska belastningen på käkleden. En ocklusal korrigerings eller åtgärd har av Socialstyrelsen bedömts göra mer skada än nytta för tillståndet. Åtgärden innebär oftast en irreversibel påverkan och en skaderisk om inte inflammationen först behandlas med ett bättre behandlingsalternativ.

Resultaten visar att drygt tio procent av tandvårdsklinikerna utför denna åtgärd ofta eller ibland. Åtgärden är vanligare inom privattandvården. Omkring hälften av tandvårdsklinikerna uppger att de aldrig genomför åtgärden. Exempel på verksamhetssvar är att för en patient med artralgi och en hård kontaktpunkt kan en lätt putsning av den hårda kontaktpunkten utföras.

Akut käkledsartrit associerad med inflammatorisk sjukdom – ocklusal korrigerings

Akut käkledsartrit bedöms ha mycket stor påverkan på den orala hälsan genom att orsaka mycket smärta eller obehag, hög grad av sjukdom eller vävnadsskada och mycket nedsatt förmåga att äta, tugga eller tala.

Erfarenheten visar dock att ocklusala korrigeringsåtgärder är skadliga vid ett akut tillstånd och därför inte bör utföras. Socialstyrelsen har bedömt att åtgärden inte är kostnadseffektiv. Den innebär oftast en irreversibel påverkan och en skaderisk om inte inflammationen först behandlas med ett bättre alternativ.

Resultaten visar att 7 procent av tandvårdsklinikerna utför åtgärden ofta eller ibland, och den är mer vanligt förekommande inom den privata tandvården. Omkring hälften av tandvårdsklinikerna uppger att de aldrig genomför åtgärden.

Dysockklusion som inte kan verifieras kliniskt – ocklusal korrigerings

Patienter kan uppleva att bettet inte stämmer och att tänderna inte passar ihop. Upplevelsen kan bero på traumatiserande ocklusion: ett tandpar belastas ogynnsamt när patienten tuggar eller biter ihop, till exempel på grund av en skada i ena sidans käkled. Då kan tandläkaren slipa till bettet. Bettslipning kan dock göra mer skada än nytta om det inte går att se någon orsak till patientens upplevelse vid en klinisk undersökning, så kallad – dysockklusion som inte kan verifieras kliniskt. Åtgärden innebär oftast en irreversibel påverkan och en skaderisk. Tillståndet bör i första hand behandlas med andra behandlingsalternativ.

Resultaten visar att 5 procent av tandvårdsklinikerna ibland utför denna åtgärd, och drygt hälften använder den aldrig. Åtgärden är mycket ovanlig i folktandvården. Exempel på verksamhetskommentar är att bettslipning ibland kan genomföras vid instabil ocklusion.

Tabell 42. Förekomst av icke-göra åtgärder i tandvården

Socialstyrelsen har genomfört en urvalsundersökning för tandvård där vi har viktat och räknat upp svaren. Det innebär att vi endast redovisar andelar i procent i tabellen.

	Aldrig	I undantagsfall	Ibland	Ofta	Patient ej aktuell	Vet ej
Mekanisk infektionsbehandling med full mouth disinfection vid paradontit	40 %	9%	6%	24%	18%	3%
Systemisk behandling antibiotika som enda behandling vid periimplantit	61%	8%	9%	2%	18%	2%
Rekonstruktiv kirurgi tilläggsbehandling med membran vid mjukvävnadsretraktion	43%	8%	8%	1%	38%	2%
Rekonstruktiv kirurgi fritt mjukvävnads-transplantat vid mjukvävnadsretraktion	43%	5%	10%	0%	40%	2%
Pulpaöverkappning med bondingmaterial vid pulpa exponerad via friskt dentin	60%	18%	8%	2%	10%	2%
Systematisk behandling med antibiotika vid symtomatisk pulpit där karies uppmjukningszon nått pulpan	63%	11%	10%	4%	10%	2%
Ocklusal korrigerig vid akut käkledssmärta	47%	10%	9%	3%	28%	3%
Ocklusal korrigerig vid käkledartrit associerad vid inflammatorisk sjukdom	50%	10%	6%	1%	31%	2%
Ocklusal korrigerig vid dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt	53%	9%	5%	0%	29%	4%

Källa: Socialstyrelsens enkät till tandvårdskliniker 2023.

Anm. Vissa av dessa åtgärder är avancerade och kräver specialisttandvård vilket innebär att de inte utförs på alla kliniker. Dessa kliniker kan då ange att patienten inte är aktuell på kliniken.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Knappt hälften av tandvårdsklinikerna har inte genomfört några insatser för att fasa ut icke-göra åtgärder och de planerar heller inte några. Totalt sett svarar 29 procent av klinikerna att de har genomfört eller planerar utfasningsinsatser. Fördelat på kliniktyp är fördelningen 55 procent inom folktandvården, 23 procent inom privattandvården och 25 procent av specialisttandvårdsklinikerna. Exempel på åtgärder är att gå igenom de nationella riktlinjerna för tandvård, uppdatera vårdriktlinjer så att de följer riktlinjerna, utbilda personal och ordna klinikmöten, terapimöten och workshoppar.

Det är 24 procent av tandvårdsklinikerna som uppger att de inte känner till om några sådana åtgärder genomförts eller planerats. Uppdelat efter region är det 12 procent av folktandvårdsklinikerna och 26 procent av privattandvårdsklinikerna som uppger att de inte känner till om några sådana åtgärder genomförts eller planerats.

Majoriteten av de 17 regioner som besvarat Socialstyrelsens enkät uppger att de genomfört åtgärder för att fasa ut åtgärder som fått rekommendationen icke-göra sedan rekommendationerna infördes. Av de 13 regioner som uppger att genomfört utfasningsåtgärder är det 10 stycken som uppger att de genomfört åtgärder för att fasa ut åtgärder inom tandvård.

Några regioner har lämnat generella synpunkter för riktlinjeområdet i sin helhet, där man beskriver hur regionen och det regionala programområdet arbetar med att implementera de nyligen publicerade riktlinjerna för tandvård. Det kan bland annat handla om introduktionsprogram för alla allmäntandvårdskliniker, inklusive gap-analys på kliniknivå. Ett par regioner uppger att inga särskilda åtgärder har genomförts då det bedöms åtgärder som är icke-göra i riktlinjerna inte genomförs. En region kommenterar också att det är svårt att ha överblick över hela området då tandvården består av allmäntandvård, specialisttandvård och den odontologiska fakulteten.

Det nationella programområdet för tandvård uppger att man generellt inte har kommit särskilt långt med att implementera de nationella riktlinjerna. De regioner som har kommit längst har fokuserat på åtgärderna med högst prioritet snarare än icke-göra-åtgärderna. Programområdet bedömer att det bara är enstaka behandlare som använder icke-göra-åtgärderna.

Sammanfattning tandvård

Socialstyrelsen kan konstatera att de flesta tandvårdsrekommendationerna med prioritet icke-göra används i låg utsträckning. Undantaget är mekanisk infektionsbehandling kombinerat med tilläggsbehandlingen ”full mouth disinfection” vid parodontit. Övriga icke-göra rekommendationer används alltså i låg utsträckning, men förekommer fortfarande i ett antal verksamheter – främst inom privattandvården, så det finns ett större behov av utfasningsåtgärder där.

Icke-göra åtgärder är mer vanligt förekommande inom privattandvården vilket betyder att den privata tandvården i lägre utsträckning än folktandvården följer de nationella riktlinjernas rekommendationer avseende dessa åtgärder. Det finns alltså ett större behov av utfasningsinsatser inom privattandvården. Detta kan antyda att den nationella kunskapsstyrningen har större svårigheter att nå ut till den privata tandvården än till folktandvården.

Socialstyrelsen beaktar den risk för resistensutveckling som alltid följer med användning av antibiotika och detta innebär att antibiotika bör övervägas först när det är risk för spridning av infektionen och när patientens allmäntillstånd är påverkat. För att bekämpa risken för antibiotikaresistens är det viktigt att öka följsamheten till rekommendationerna att inte använda systemisk antibiotikabehandling som enda behandling vid periimplantit, och att inte använda systemisk antibiotikabehandling vid symtomatisk pulpit.

Socialstyrelsen noterar också att 24 procent av verksamheterna inte känner till om utfasningsinsatser planeras eller har genomförts. Det kan dock bero på att den aktuella åtgärden inte förekommer i verksamheten.

I tandvården finansierar patienten själv en betydande del av vården, så färre icke-göra-åtgärder innebär en besparing för både patienten och tandvården. Det råder dock fri prissättning i tandvården, vilket gör det svårt att beräkna kostnaden för patienten.

Det är även svårt att beräkna exakt hur stor en besparing blir eftersom tandvården kan behöva utföra en annan åtgärd istället. Detta gäller till exempel pulpaöverkappning med bondingmaterial när pulpan är exponerad via friskt dentin. Denna åtgärd bedöms inte vara kostnadseffektiv och har sämre effekt på pulpaöverlevnad än jämförbara metoder. Ändå utförs den ofta eller ibland av omkring 10 procent av klinikerna i tandvården. Här finns alltså ett tydligt behov av utfasningsåtgärder och en möjlighet att göra vården mer resurseffektiv.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att de verksamheter som fortfarande använder icke-göra-åtgärder behöver se över sina rutiner och följa rekommendationerna, eftersom behandlingarna inte gynnar patienten och dessutom leder till att resurser inte används på ett effektivt sätt. Det är olyckligt ur såväl ett ekonomiskt som ett kompetensförsörjningsperspektiv, inte minst mot bakgrund av tandvårdens aktuella tillgänglighetsproblematik. Större följsamhet till rekommendationerna kan även förväntas leda till lägre kostnader på längre sikt. Regioner och tandvårdskliniker, såväl inom folktandvården som inom privattandvården behöver också arbeta med utfasning av icke-göra åtgärder i högre utsträckning.

Övergripande analys av anledningar och insatser

Som väntat finns flera anledningar till att vården inte alltid följer nationella riktlinjers icke-göra rekommendationer och verksamheterna redovisar förklaringar på flera nivåer, från det övergripande sjukvårdssystemet till den enskilda patienten och behandlingen. Det finns till viss del förklaringar till att en behandling som inte bör göras ändå används, men när det handlar om sjukvårdssystemet i stort bör sjukvården inte erbjuda dessa åtgärder. Frågan om varför en viss åtgärd fortfarande används har ställts i enkäterna till verksamheter och till nationella programområden (NPO) och samtliga riktlinjeområden visar en generell samstämmighet i verksamheternas och NPO:ernas enkätsvar. Även om svaren är samstämmiga, kan konstateras att det finns flera orsaker till varför åtgärderna fortfarande används.

Individuell bedömning

Ibland används de aktuella åtgärderna för att verksamheten har gjort en individuell bedömning och kommit fram till att nyttan för patienten bedöms vara större än riskerna. Detta beskrivs bland annat i samband med diagnoser och tillstånd som kan vara svårbedömda och den enskilde läkarens bedömning är av stor betydelse för patienten. Det förekommer också när patienter har ytterligare diagnoser som behandlas samtidigt, exempelvis inom området missbruk och beroende där man inte bör behandla kokainberoende med centralstimulerande läkemedel. Ändå används sådana läkemedel ibland, för patienter med samtidig adhd-diagnos och kokainberoende, och inte vid enbart kokainberoende. Den individuella bedömningen är ett vanligt skäl inom palliativ vård. Många av verksamheterna poängterar där att syftet med vården är att möta patientens specifika behov, och därför händer det att man värderar individuella bedömningar högre än rekommendationen i riktlinjerna.

Långvariga behandlingar sedan tidigare och svårt att stå emot patientens önskemål

En del patienter står redan på långvariga behandlingar och det bedöms därför som problematiskt att avsluta dessa när nya riktlinjer publiceras. I vissa fall förskrivs också en icke-göra-behandling för att patienten önskar det. Det kan till exempel inträffa när patienten upplever att behandlingen

tidigare har fungerat bra och önskar den, eller när personalen upplever att det skulle innebära ökad oro för patient och anhöriga att inte tillmötesgå deras önskemål om behandling. Det är läkaren som gör en medicinsk bedömning och erbjuder eller föreslår behandling. De nationella riktlinjerna är ett stöd för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Sjukvårdsprofessionen har ett stort ansvar för kommunikationen med patienter vad gäller val av rätt behandling.

Bristande kännedom, otydlighet och risk för misstolkad rekommendation

I några enkätsvar nämndes bristande kunskap, till exempel låg kännedom om riktlinjerna, och delvis otydliga rekommendationer. Det senare gäller till exempel när en åtgärd utförs med ett annat syfte än det som beskrivs i rekommendationen. Ett exempel gäller området diabetes där rekommendationen är att inte använda motivationshöjande samtal för att förbättra glukoskontrollen, men verksamheten förklarar att sådana samtal ibland ingår i mottagningsbesök hos diabetessköterska och att det då inte är en specifik åtgärd, utan en del av ett besök och ett förhållningssätt. Detta skulle kunna tyda på fri och vidare tolkning av riktlinjerna. Här bär regionledningarna ett stort ansvar för att i samband med implementeringen av riktlinjerna även inkludera de åtgärder som bör fasas ut.

Medvetna avsteg från rekommendationer i nationella riktlinjer

I vissa fall verkar man göra mer systematiska ställningstaganden på gruppnivå som resulterar i att verksamheter använder åtgärder som inte bör göras. Det kan handla om specifika patientgrupper eller tillstånd, och verksamheten beskriver det som ett välavvägt beslut att inte följa rekommendationen. En del nämner också att de väljer att följa internationella riktlinjer eller regionala rekommendationer som inte överensstämmer med Socialstyrelsens. Ett exempel är artroskopisk kirurgi vid degenerativ meniskskada, som vid mekaniska symtom utgör indikation för kirurgi enligt ESSKA:s rekommendation [28]. Myndigheten vill i detta fall särskilt framhålla att de svenska nationella riktlinjerna inte är lagstadgade, men framtagna i ett nära samarbete med professionen och anpassade utifrån svenska förhållanden och svensk kontext som ett stöd för styrning och ledning. De kan med fördel ses som ett instrument för

regionerna i framtagande av regionala styrningsverktyg såsom ersättningsmodeller.

Resursbrist

En mindre vanligt förekommande anledning är resursbrist. Det gäller bland annat strokeområdet där den aktuella rekommendationen fastställer att personer med akut stroke endast ska vårdas på en strokeenhet. Flera verksamheter följer inte den rekommendationen på grund av vårdplatsbrist. Det gör att en del strokepatienter inte får optimal vård, och som följd får de ökat behov av stöd.

Insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras

Regionledningar och verksamheter har tillfrågats om man gjort eller planerat några insatser för att fasa ut åtgärder som inte bör göras. I svarsformuläret fanns utrymme för att beskriva specifika insatser som rör enskilda rekommendationer men också generella utfasningsinsatser inom de olika riktlinjeområdena. Av 17 svarande regionledningar uppgav 14 (82 procent) att de har gjort insatser för att fasa ut icke-göra-åtgärder, och 13 gav fördjupad information om insatserna. Spridningen är dock stor när det gäller inom hur många riktlinjeområden man har utfört insatser: 4 regioner har agerat inom alla riktlinjeområden, 4 har indikerat mellan åtta och tolv områden, och 5 regioner har gjort insatser i mellan ett och fem områden. Ser man däremot till de olika riktlinjeområdena är regionernas insatser till synes relativt jämnt fördelade, eftersom 10 regioner svarat att de har gjort insatser inom riktlinjeområdet tandvård, och 6 inom stroke, medan de övriga riktlinjeområdena har nämnts av 7–8 regioner vardera. Verksamheternas svar om insatser inom varje riktlinjeområde, ger lägre andelar: 8–43 procent. En vanlig kommentar från verksamheterna är att insatser inte ansetts som nödvändiga eftersom man inte använder den aktuella åtgärden, och alltså redan har god följsamhet till riktlinjerna.

När det gäller regionernas, programområdenas och verksamheternas arbete med utfasning handlar de flesta enkätsvar om att man inkluderar Socialstyrelsens rekommendationer, inklusive icke-göra, i uppdateringar av regionala riktlinjer, kliniska kunskapsstöd, rutiner, standardiserade vårdprogram och processer. Många ordnar också utbildningar och sprider information för att säkerställa att rekommendationerna följs. Andra insatser som nämns är aktivt arbete med att förbättra diagnostik för att på så sätt undvika omotiverade behandlingar. En del regioner har infört nya arbetssätt,

till exempel teambaserad vård, vilket ökar personalens kunskap och erfarenhetsutbyte om bland annat icke-göra-rekommendationer. Den digitala utvecklingen ger regionerna betydande möjligheter att öka följsamheten, inte minst genom bland annat digitala journalstöd. Ett strukturerat arbete med rekommendationerna beskrivs inom några regioner. När det exempelvis gäller läkemedelsbehandlingar uppger flera regioner att de ingår i en process där icke-göra-rekommendationer förs in i rekommendationslistor för primärvård och specialiserad vård.

Flera regioner har rapporterat utfasningsinsatser inom tandvård, och där beskriver flera också arbeten som innefattar olika delar, såsom gap-analys på kliniknivå, riktade insatser till chefer inom specialisttandvården, konsultstöd och introduktionsprogram för alla kliniker inom allmäntandvården. En del regioner beskriver även ett strukturerat arbete med icke-göra-rekommendationer, till exempel inom strukturen för regionala programområden. Arbetet omfattar en kombination av insatser, såsom att analysera regionala skillnader, sätta upp regionala mål, arbeta aktivt med behandlingsrekommendationer till primärvård och specialiserad vård, utbildning samt uppföljning och förändringsledning.

Uppföljning och utvärdering

Knappt hälften av regionerna har gjort uppföljningar och utvärderingar för att se om utfasningsinsatser har haft önskade effekter. Tre regioner svarade att de inte har gjort det och fyra regioner vet inte. I de öppna svaren förklarar en region att man har påbörjat en regional och strukturerad utvärdering av nationella kunskapsstöd med hjälp av kunskapsstyrningsorganisationen. Någon kommenterar också att varje riktlinje delvis följs upp via kvalitetsregister och indikatorer. I övrigt kommenteras att uppföljning sker på verksamhetsnivå.

Avslutande diskussion

Denna utvärdering är Socialstyrelsens första rapport som uteslutande undersöker åtgärder som den svenska sjukvården inte bör erbjuda. Utvärderingen visar att vården inte längre använder vissa av åtgärderna som inte bör göras enligt de nationella riktlinjerna. Samtidigt har det inom flera riktlinjeområden varit svårt att fasa ut dessa åtgärder trots att rekommendationen har funnits sedan många år.

Det har av tradition varit fokus på att följa vård som ska utföras, till exempel genom nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens register. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tog i rapporten Lång väg till patientnytta från 2015 [37] upp att det var en mycket liten andel av riktlinjerna som gick att följa över tid, på grund av den begränsade datatillgången. Denna utmaning har kvarstått och varit påtaglig även i Socialstyrelsens utvärdering. Inom många riktlinjeområden har det inte funnits tillgängliga registerdata, och när det går att samla registerdata är det vanligt med stora felkällor. Detta har begränsat möjligheterna att dra tydliga slutsatser i utvärderingen.

De åtgärder som av olika anledningar fortfarande görs använder med stor sannolikhet resurser på ett onödigt sätt, vilket kan skapa undanträngningseffekter, komplikationer till följd av långa väntetider, onödigt lidande samt ineffektiv resursanvändning som behöver hanteras inom hälso- och sjukvården och tandvården. Att fasa ut dessa åtgärder kan tyckas vara enkelt, men resultaten från utvärderingen visar att det krävs ett aktivt arbete och i vissa fall till och med särskilda satsningar samt uppföljning. Regionerna har en avgörande roll i detta genom att följa upp utfasningen och genomföra riktade insatser. Genom att fasa ut dessa åtgärder kan patientsäkerheten och tillgängligheten till vården öka. Socialstyrelsen planerar att under kommande år genomföra ytterligare horisontella utvärderingar i syfte att bedöma i vilken utsträckning vården arbetar med att följa de nationella riktlinjerna. Dessa rapporter kan utgöra ett stöd för det regionala systemarbetet.

Vård som inte bör göras påverkar hälso- och sjukvårdens begränsade resurser

Svensk sjukvård står inför flera utmaningar, och brist på resurser är en av dem. Därför är det viktigt att vården håller hög kvalitet och att resurserna

används effektivt. Den svenska sjukvården bygger på en god vård med hög kvalitet och effektiv resursanvändning.

Åtgärder som inte gör nytta, eller till och med kan vara skadliga, är också förknippade med kostnader: dels kostnaden för den aktuella åtgärden, dels kostnaden för behandling och rehabilitering som resultat av den onödiga eller skadliga åtgärden. Dessutom innebär de en undanträngning av annan vård och behandling till andra patienter samt insatser för att öka tillgängligheten till vården. Att patienter vårdas på vårdavdelning där det inte finns tillräckliga resurser och kompetens för den aktuella åtgärden kan vara direkt skadligt. Och om resurs- och kompetensbrister leder till allvarlig vårdskada eller risk för en allvarlig vårdskada ska det anmälas enligt Lex Maria. Att upprätthålla anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria är också viktigt för att undvika att den svenska tillsynsmodellen som bygger på förbättringsåtgärder sätts ur spel.

I arbetet med utvärderingen har det varit en utmaning att uppskatta kostnaderna för de åtgärder som inte bör användas i vården. Uppskattningar har dock gjorts i internationell forskning, till exempel en studie från OECD som visade att lågvärdevård (åtgärder utan effekt eller dålig risk–nytta-balans) står för 20–30 procent av de totala vårdkostnaderna [38]. Det är därför viktigt att öka medvetenheten och kunskapen om den faktiska resursåtgången för de åtgärder som inte bör göras. Det är dock svårt att uppskatta kostnaderna eftersom ett stort antal faktorer behöver ingå i beräkningen, såsom läkemedelskostnader, kostnader för undanträngningseffekt och kostnader för följdåtgärder.

Finns det en acceptabel nivå för åtgärder som inte bör göras?

De nationella riktlinjerna innehåller rekommendationer på gruppnivå som är riktade till beslutsfattare. Det innebär att de svenska nationella riktlinjerna inte är utformade att vara stöd för beslut i mötet med en enskild patient, utan ska ses på gruppnivå. Men vården ska individualiseras och det kan finnas situationer då behandlingen eller undersökningen ändå kan vara aktuell. Om en icke-göra åtgärd ändå är aktuell är det viktigt att det görs systematiskt inom ramen för kliniska prövningar eftersom dessa är en strukturerad väg för att skapa evidens.

Respondenter har i flera fall påtalat att åtgärder som inte bör göras har varit medicinskt motiverade. I andra fall förekom dock användningen på grund av patienters önskemål. Att en åtgärd i de nationella riktlinjerna får prioritet

icke göra innebär att det är vård som inte bör erbjudas överhuvudtaget. De regionala beslutsfattare som beslutar om resurser till sjukvården kan utifrån dessa rekommendationer frigöra resurser till vård som ger större nytta för patienterna, antingen genom att fasa ut dessa åtgärder eller att inte inkludera dessa i vårdutbudet [39]. Svenska Läkaresällskapets rapport Kloka Kliniska Val bekräftar att patienters krav kan vara utmanande för enskilda läkare att stå emot, särskilt i verksamheter med bristande läkarkontinuitet och kollegialt stöd. I deras enkät till specialistföreningar angavs rädsla för att bli anmäld eller få kritik som den vanligaste orsaken till beslut om lågvårdevård [40]. Lärande hälsosystem kan vara ett sätt att stärka läkare i att göra individuella bedömningar på medicinska grunder [41].

Utvärderingen visar också att rekommendationerna inte alltid når ut i verksamheterna på ett effektivt sätt. I vissa situationer upplever verksamheterna att det är otydligt vilka åtgärder som inte bör utföras, och ibland förekommer systematiska ställningstaganden om att inte följa en rekommendation. Detta visar att det behövs strukturer och processer för kommunikation om nationella riktlinjer samt för att förankra, implementera, fasa ut och följa upp riktlinjer, från beslutsfattarnivå till verksamhetsnivå. De regionala kunskapsstyrningsorganisationerna behöver på ett tydligare sätt nå ut till de lokala verksamheterna och stödja dessa i så väl implementering som utfasning

Det behövs förutsättningar för utfasning

Sammantaget rapporterar regionerna att de i stor utsträckning använt ”mjuka” styrningsformer i arbetet med att fasa ut åtgärder, såsom utbildnings- och kommunikationsinsatser som ofta är riktade till personalen. Det är mindre vanligt med formella styrmedel såsom att förändra ersättningsystem eller uppdragsbeskrivningar. Utbildnings- och kommunikationsinsatser har också varit i fokus när det gäller omställningen till en mer nära vård, enligt Socialstyrelsens uppföljning [42]. I många fall räcker det också med sådana insatser, men i andra fall kan man även behöva se över vårdens strukturer eller ersättningsystem för att fasa ut åtgärder. Flera av åtgärderna som ingår i utvärderingen har funnits under lång tid och trots kunskapsstyrning används de fortfarande. I det samhällsekonomiska läget som Sverige befinner sig i just nu är det särskilt angeläget att resurserna används där de gör mest nytta, även om det skulle krävas hårdare styrningsmodeller för att åstadkomma detta.

Utvärderingen visar att det finns en del goda exempel på strukturerat utfasningsarbete, men även utmaningar för regionerna. Detta styrks i Svenska Läkaresällskapets rapport om Kloka Kliniska Val, som även påpekar att det behövs en stabil ledning på samtliga nivåer för att göra en långsiktigt hållbar utmönstring och att det saknas en övergripande organisatorisk infrastruktur för att stödja utfasningar i Sverige [40]. Lågvårdevård är ett välkänt problem inom moderna hälsosystem, och trots kunskap och insatser under de senaste 30 åren finns problemet kvar [41]. För att kunna bemöta utmaningen behöver det finnas förutsättningar för ett lärande hälsosystem på både regionledningsnivå och verksamhetsnivå, det vill säga ett hälsosystem där ständig förändring är en inbyggd egenskap [41, 43]. Ekonomiska incitament spelar också en viktig och effektiv roll i utmönstring av lågvårdevård, även om ekonomiska besparingar inte bör styra prioriteringar.

Sammanfattningsvis, för att fasa ut åtgärder som inte bör göras behöver förutsättningar för förändring finnas på flera områden:

- På nationell, regional och lokal nivå behövs kunskapsspridning och kompetensutveckling. Behov av förändring, evidensläget, och resultat från uppföljningar behöver även kommuniceras och diskuteras.
- Vårdens organisation och strukturer behöver underlätta förändring; det är beslutsfattare inom regionerna som har mandat att påverka exempelvis vårdplatser, ersättningsystem och kompetensförsörjning.
- På verksamhetsnivå, genom lärandeorganisationer som främjar samarbete och kollegialt stöd.

Utvärderingen visar även att fragmenterad vård kan bidra till att patienter får behandlingar som inte bör användas. I många fall behövs därför samverkan mellan vårdnivåer och vårdgivare för att lyckas fasa ut åtgärder, vilket också är en förutsättning för en lyckad omställning till en god nära vård. Det finns goda exempel från regioner som har beskrivit multiprofessionellt och teambaserat arbete där man får ökad tillgång till stöd från specialister. Denna arbetsform har främjat ett naturligt erfarenhetsutbyte som ökat kunskapen generellt hos personalen. I Sverige finns goda förutsättningar för att snabbt kunna fasa ut den vård som inte bör göras vilket kan bidra till en god vård i hela landet.

Referenser

1. Covid-19 pandemins påverkan på följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
2. Svenska artrosregistret. Hämtad 2023-10-12 från: [2https://boa.registercentrum.se/](https://boa.registercentrum.se/)
3. Nationella diabetesregistret. Hämtad 2023-10-12 från: <https://www.ndr.nu>
4. Nationellt kvalitetsregister för strokesjukvård, Riksstroke. Hämtad 2023-10-12 från: <https://www.riksstroke.org/sve/>
5. Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) Hämtad 2023-10-12 från: <https://www.ucr.uu.se/svedem//>
6. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
7. Nationella riktlinjer – indikatorer för vård och stöd vid adhd och autism. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
8. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
9. NAAKA – Nätverk för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare. Hämtad 2023-10-12 från: <https://naaka.se/>.
10. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
11. Nationella riktlinjer –vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
12. Nationella målnivåer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
13. Nationella diabetesregistret. Årsrapport. Hämtad 2023-10-12 från: https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_NDR_2020.pdf.
14. Nationella riktlinjer för vård vid diabetes. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
15. Bättre insatser vid missbruk och beroende. SOU 2011:35
16. Lägesbild 2023 – Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg, Socialstyrelsen.
17. Nationella riktlinjer – vård vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
18. Nationella riktlinjer vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
19. Manouchehrinia A, Beiki O, Hillert J. Clinical course of multiple sclerosis: A nationwide cohort study. Multiple sclerosis 2017 23;11 1488-1495.
20. Socialstyrelsen. Täckningsgrad för Nationella kvalitetsregister 2020.www.socialstyrelsen.se/publikationer/ Art.nr. 2020-12-7049.
21. Hillert J, Stawiarz L. The Swedish MS registry – clinical support tool and scientific resource. Acta Neurol Scand. 2015;132(199):11–19.
22. Svenska neuroregister Årsrapport för 2021. Hämtad 2022-10-10 från:www.neuroreg.se

23. Forsberg L et al. SPMS Research Collaboration Network. Proportion and characteristics of secondary progressive multiple sclerosis in five European registries using objective classifiers. *Multiple sclerosis journal - experimental, translational and clinical* 2023 9;1: 20552173231153557
24. Lökk J, Borg S, Svensson J, Persson U, Ljunggren G. Drug and treatment costs in Parkinson's disease patients in Sweden. *Acta Neurol Scand.* 2012 Feb;125(2):142-7. doi: 10.1111/j.1600-0404.2011.01517.x. Epub 2011 Apr 6. PMID: 21470194.
25. Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
26. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
27. Nationella riktlinjer – Utvärdering av vården vid artros 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
28. ESSKA consensus on degenerative and traumatic meniscus lesions, 2021. <https://www.esska.org/news/555974/ESSKA-consensus-on-degenerative-and-traumatic-meniscus-lesions.htm>. Hämtad: 2023-10-10
29. Nationella riktlinjer Indikatorer – vård vid rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, artros och osteoporos. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
30. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik. Statistik om stroke, 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023-11-20
31. Ghatnekar O, Persson U, Asplund K, Glader EL. Costs for stroke in Sweden 2009 and developments since 1997. *Int J Technol Assess Health Care.* 2014 Apr;30(2):203-9.
32. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
33. Te Ao, BJ, Brown, PM, Feigin, VL, Anderson, CS. Are stroke units cost effective? Evidence from a New Zealand stroke incidence and population-based study. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society.* 2012; 7(8):623-30.
34. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid stroke, 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
35. Strukturdata, rapport från Riksstroke 2022. Sammanställning och jämförelse av strokevårdens struktur i Sverige åren 2013, 2015, 2016, 2018 och 2022. https://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2023/09/Strukturdatarapport-2022-2023-09-21_final.pdf. Hämtad 2023-10-10.
36. Nationella riktlinjer för tandvård. Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2021.
37. Lång väg till patientnytta. En uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system. Hämtad 2022-10-10 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/lang-vag-till-patientnytta/>
38. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. Hämtad 2023-10-12 från <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

39. Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer– vård som inte bör erbjudas. Hämtad 2023-10-26 från;
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-11-7008.pdf>
40. Svenska Läkaresällskapet. Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val [Internet]. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2023. Hämtad 2023-10-12 från: https://www.sls.se/globalassets/sls/halsa--sjukvard/dokument/rapport_sls_kkv-20230823.pdf
41. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. BMC Med. 2020;18(1):102.
42. Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022. Utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
43. Ingvarsson S. Tipping the scale of resources – de-implementation of low-value care from an operant perspective. [avhandling på Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2023. Tillgänglig från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/48459>

Projektorganisation

Projektägare

Maria State, enhetschef

Projektledning

Christina Broman, projektledare

Madelene Barboza, utredare

Ann-Sofie Bertilsson, utredare

Karin Bodell, utredare

Annika Eriksson, utredare

Ehline Larsson, utredare

Thomas Malm, utredare

Anders Nordlund, utredare

Mikael Nyman, utredare

Anastasia Simi, utredare

Projektmedarbetare

Karin Bengts, statistiker

Susanne Bergman, utredare

Jonas Berkow, utredare enkätstöd

Katrin Bjerhag, utredare enkätstöd

Anna Bryngelson, utredare

Martin Claesson, statistiker

Oliver Evén, statistiker

Staffan Khan, statistiker

Therese Lithner, statistiker enkätstöd

Peter Lundholm, sakkunnig tandvård

Maria Nylén, produktionsledare

Oscar Sallander, statistiker

Kontaktpersoner

Maria Andersson, Svenska palliativregistret

Christina Brogårdh, tidigare NR expertgrupp Stroke

Mia von Euler, registerhållare Riksstroke och NAG stroke

Nils Hailer medicinsk rådgivare artroskopisk kirurgi, Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Anders Hammarberg, expertgrupp utvärdering NR missbruk och beroende

Jan Hillert, Svenska neuroregister/MS-registret
Anders C Håkansson, expertgrupp utvärdering NR missbruk och beroende
Fredrik J Jonsson, Riksstroke
Thérèse Jönsson, registerhållare Svenska Artrosregistret och tidigare
expertgrupp för utvärdering NR artros
Olle Lindevall, Q-bup, nationella kvalitetsregistret för Sveriges barn- och
ungdomspsykiatri
Stefan Lohmander, tidigare NR expertgrupp rörelseorganens sjukdomar
Lotta Ljung, Svensk reumatologiskt kvalitetsregister
Staffan Lundström, Svenska palliativregistret
Maziar Mohaddes, vetenskaplig sekreterare Svensk ortopedisk förening
(SOF)
Bo Norrving, styrgrupp Riksstroke och tidigare NR expertgrupp Stroke
Per Odin, Svenska neuroregister/Parkinsonregistret
Katarina Eeg-Olofsson, Nationella diabetesregistret
Ingemar Petersson, prioriteringsordförande NR rörelseorganens sjukdomar
Katharina Stibrant Sunnerhagen, Svenskt register för rehabiliteringsmedicin,
Riksstroke, tidigare NR expertgrupp Stroke
Anna Spångeus, expert i NR utvärdering för osteoporos
Caroline Stridsman, Luftvägsregistret
Per Wester, styrgrupp Riksstroke och tidigare NR expertgrupp
Karin Westling, Svenska registret för kognitiva
sjukdomar/demenssjukdomar
Kristin Wetterling, Svenska Artrosregistret



Socialstyrelsen

Vård som inte bör göras (artikelnr 2023-11-8818) kan laddas ner på vår
webbplats eller beställas från Socialstyrelsens publikationsservice.
www.socialstyrelsen.se/publikationer