

Fallstudier om flickors och kvinnors hälsa

Katarina Gralén, Anna Gustafsson,
Katarina Steen Carlsson, Sara Olofsson





Författare:

Gralén Katarina, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Gustafsson Anna, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Stockholm
Steen Carlsson Katarina, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Olofsson Sara, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Citera rapporten som:

Gralén K, Gustafsson A, Steen Carlsson K, Olofsson S. Fallstudier om flickors och kvinnors hälsa. IHE
RAPPORT 2025:11, IHE: Lund

Studien har finansierats av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys och författarna själva ansvarar för studiens design, genomförande och slutsatser.

e-ISSN:1651-8179
ISSN:1651-7598

© IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida (www.ihe.se)



Förord

Sedan 2015 pågår en regeringssatsning för att stärka kvinnors hälsa. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har ett regeringsuppdrag att följa satsningen och har inom ramen för detta bett IHE att genomföra fallstudier kring diagnoser och tillstånd som skapar stor ohälsa för flickor och kvinnor under olika delar av livet. Studien baseras på en sammanställning och analys av registerdata, enkätdata och intervjuer med patient- och professionsorganisationer. IHE vill rikta ett stort tack till dem som besvarat enkäten som Vård- och omsorgsanalys tog fram i samarbete med IHE för studien samt till representanter för patient- och professionsorganisationer som deltagit i intervjuer.

Studien har finansierats av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys. Författarna själva ansvarar för studiens design, genomförande och slutsatser.

Lund i augusti 2025

Peter Lindgren
Verkställande direktör, IHE

Innehållsförteckning

1	Introduktion	8
1.1	Tidigare analyser av jämställdhet och jämlikhet i vården	14
2	Metod	16
2.1	Centrala begrepp och mätvariabler	16
2.2	Datakällor	16
2.3	Kompletterande litteratur	21
2.4	Intervjuer	23
3	Depression och ångest (10-24 år)	24
3.1	Sjukdomsbörda vid depression och ångest	25
3.1.1	Förekomst	26
3.1.2	Patienter i slutet och/eller specialiserad öppenvård	26
3.1.3	Egenrapporterat mående - kön, utbildningsnivå och födelseland	29
3.1.4	Sjukfrånvaro	33
3.2	Vård och behandling	36
3.2.1	Kunskapsstöd	36
3.2.2	Vårdkonsumtion	38
3.2.3	Intervju med professionsrepresentant	41
3.3	Upplevelser av vården	42
3.3.1	Vård- och omsorgsanalys enkät	42
3.3.2	Intervju med patientrepresentant	45
3.4	Sammanfattning och analys	46
4	Migrän (25-44 år)	49
4.1	Sjukdomsbörda vid migrän	49
4.1.1	Förekomst	50
4.1.2	Patienter i slutet och/eller specialiserad öppenvård	50
4.1.3	Egenrapporterat mående - kön, utbildningsnivå och födelseland	52
4.1.4	Sjukfrånvaro	54
4.1.5	Sjukdomsbördan vid migrän	56

4.2	Vård och behandling vid migrän	58
4.2.1	Kunskapsstöd	58
4.2.2	Vårdkonsumtion	59
4.2.3	Intervju med professionsrepresentant	60
4.3	Upplevelser av vården	62
4.3.1	Vård- och omsorgsanalys enkät	62
4.3.2	Intervju med patientrepresentant	64
4.4	Sammanfattning och analys	65
5	Ländryggssmärter (45-69 år)	68
5.1	Sjukdomsbörda vid ländryggssmärta	68
5.1.1	Förekomst	69
5.1.2	Patienter i slutet och/eller specialiserad öppenvård	70
5.1.3	Egenrapporterat mående - kön, utbildningsnivå, födelseland	70
5.1.4	Sjukfrånvaro	72
5.2	Vård och behandling vid ländryggssmärta	74
5.2.1	Kunskapsstöd	74
5.2.2	Vårdkonsumtion,	76
5.2.3	Intervju med professionsrepresentant	77
5.3	Upplevelser av vården	78
5.3.1	Vård- och omsorgsanalys enkät	78
5.3.2	Intervju med patientrepresentant	81
5.4	Sammanfattning och analys	81
6	Kranskärslsjukdomar (+70 år)	84
6.1	Sjukdomsbörda vid kranskärslsjukdom	84
6.1.1	Förekomst	85
6.1.2	Patienter i slutet och/eller specialiserad öppenvård	85
6.1.3	Antalet dödsfall	86
6.1.4	Hjärtinfarkt - kön, utbildningsnivå, födelseland och region	87
6.1.5	Egenrapporterat mående	89
6.1.6	Sjukfrånvaro	90

6.1.7	Kostnaderna för hjärt-kärlsjukdom i Sverige 2019	92
6.2	Vård och behandling	92
6.2.1	Kunskapsstöd	92
6.2.2	Vårdkonsumtion	94
6.2.3	Intervju med professionsrepresentant	96
6.3	Upplevelser av vården	98
6.3.1	Vård- och omsorgsanalys enkät	98
6.3.2	Intervju med patientrepresentant	101
6.4	Sammanfattning och analys	101
7	KOL (+70 år)	103
7.1	Sjukdomsbörda vid KOL	103
7.1.1	Förekomst	104
7.1.2	Patienter i sluten och/eller specialiserad öppenvård	104
7.1.3	Antalet dödsfall	105
7.1.4	Egenrapporterat mående - kön, utbildningsnivå (och födelseland)	105
7.1.5	Sjukfrånvaro	106
7.2	Vård och behandling vid KOL	108
7.2.1	Kunskapsstöd	108
7.2.2	Vårdkonsumtion	110
7.2.3	Intervju med professionsrepresentant	111
7.3	Upplevelser av vården vid KOL	112
7.3.1	Vård- och omsorgsanalys enkät	112
7.3.2	Intervju med patientrepresentant	115
7.4	Sammanfattning och analys	115
8	Sammanfattande analys och slutsatser	118
	Referenser	129
	Bilaga 1. Intervjupersoner	135
	Bilaga 2. Intervjuguide	136
	Bilaga 3. Depression och ångest	137
	Statistik från Socialstyrelsen	137

Statistik från Folkhälsomyndigheten.....	138
Statistik från Försäkringskassan	139
Flödesschema för vårdförlopp: Depression hos vuxna.....	141
Nuläget - vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos vuxna personer med depression	142
Bilaga 4. Migrän	143
Statistik från Folkhälsomyndigheten.....	143
Statistik från Försäkringskassan	144
Flödesschema för vårdförlopp migrän hos vuxna	145
Flödesschema migränbehandling.....	146
Bilaga 5. Ländryggssmärta	147
Statistik från Global Burden of Disease	147
Statistik från Socialstyrelsen	148
Statistik från Folkhälsomyndigheten.....	149
Statistik från Försäkringskassan	150
Flödesschema för vårdförlopp vid ländsryggsbesvär hos vuxna	151
Bilaga 6. Kranskärslssjukdom	153
Statistik från Global Burden of Disease	153
Statistik från Socialstyrelsen	154
Statistik från Försäkringskassan	155
Flödesschema för vårdförlopp kranskärslssjukdom	156
Bilaga 7. KOL.....	157
Statistik från Global Burden of Disease	157
Statistik från Socialstyrelsen	158
Statistik från Försäkringskassan	159
Flödesschema för vårdförlopp KOL	160
Bilaga 8. Enkät.....	163
Statistik från Vård- och omsorgsanalys enkät	163

Sammanfattning

Sedan 2015 pågår en regeringssatsning för att stärka kvinnors hälsa. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har ett regeringsuppdrag att följa satsningen och har inom ramen för detta bett IHE att genomföra fallstudier kring diagnoser och tillstånd som skapar stor ohälsa för flickor och kvinnor under olika delar av livet.

Fallstudierna baseras på data för disability-adjusted life-years (DALYs) rapporterade av Global Burden of Disease (GBD), specialistsjukvård i Socialstyrelsens patientregister, primärvård i KPP-databasen, sjukskrivningsdata från Försäkringskassan, enkätdata från Folkhälsoenkäten hos Folkhälsomyndigheten samt enkätdata från en enkät specifikt framtagen för projektet av Vård- och omsorgsanalys i samarbete med IHE. Fallstudierna innehåller också intervjuer med representanter för professionsorganisationer och patientorganisationer inom respektive tillstånd/sjukdom.

Vård- och omsorgsanalys har identifierat diagnoser och tillstånd som skapar stor ohälsa för flickor och kvinnor i olika delar av livet och som utgör grund för fallstudierna, se tabell nedan. Urvalet baseras på börda uttryckt i antal för förlorade QALYs.

Diagnos/Tillstånd	Ålderskategori i fokus
Depression och ångest	10-24 år
Migrän	25-44 år
Ländryggssmärta	45-69 år
Kranskärslsjukdom	70+ år
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	70+ år

Med börda i denna studie menas antalet förlorade DALYs enligt GBD och/eller förekomst i enlighet med självrapporterad hälsa enligt folkhälsoenkäten.

Resultat i urval

- **I åldersgruppen 10-24 år är depression och ångest de tillstånd som ger störst sjukdomsbörda för flickor/kvinnor.** Börda mätt som DALYs och förekomst enligt Folkhälsoenkäten är betydligt större (2-3 gånger högre) för flickor/kvinnor jämfört med för pojkar/män och har ökat i större utsträckning under senare tid. I relation till män får kvinnor sjukvård i den utsträckning som motiveras av dess förekomst, men en stor andel av både män och kvinnor anser att de inte fullt ut får den vård de är i behov av. Kvinnor anser också i högre grad än män att de inte alltid får ett bra bemötande i vården. Bemötande och tillgänglighet lyfts som problem inom vården av depression och ångest.
- **I åldersgruppen 25-44 år är migrän den sjukdom som ger störst sjukdomsbörda för kvinnor.** Börda mätt som DALYs och förekomst enligt Folkhälsoenkäten är betydligt större (2,1-2,6 gånger större) för kvinnor än för män. Kvinnor får proportionerligt mer sjukvård jämfört med män, då denna ställs i förhållande till förekomst. Detta kan dock bero på att kvinnor med migrän har en högre svårighetsgrad. Detta stöds av att en större andel i Vård- och omsorgsanalys enkät anser att de har dålig hälsa och svårigheter att klara av vardagen. Identifiering av personer med migrän och kunskap om migrän inom primärvård lyfts som områden med förbättringspotential.
- **I åldersgruppen 45-69 år är ländryggssmärta den sjukdom som ger störst sjukdomsbörda för kvinnor.** Börda är större än för män (1,4 gånger högre baserat på DALYs

respektive 1,8 gånger högre baserat på Folkhälsoenkäten), men sjukvårdskonsumtionen är likartad mellan könen (cirka 8 % får sjukhusvård oavsett kön). Baserat på data från Vårds- och omsorgsanalys enkät som analyserats i denna studie kan detta inte förklaras av svårighetsgrad. Kvinnor anger att de mår lika dåligt som män och har lika svårt att klara av vardagen. Ländryggssmärta kan dock variera stort i svårighetsgrad och en utmaning som nämns är att ge patienter rätt och samordnad vård utifrån deras behov. En väg framåt är en mer konsekvent tillämpning och följsamhet till kunskapsstöd samt fast vårdkontakt som kan följa individens behov och sjukdomsutveckling över tid.

- **I åldersgruppen 70 år och äldre är kranskärslssjukdom och Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), sjukdomar som ger störst sjukdomsbörda enligt DALYs.** För kranskärslssjukdom är bördan för kvinnor lägre än för män. Kvinnor får proportionerligt mindre specialistvård än män men mer primärvård. Detta skulle kunna bero på att kvinnor drabbas av en annorlunda typ av kranskärslssjukdom (kronisk istället för akut). Kvinnor är äldre då de drabbas av kranskärslssjukdom och kan därför vara skörare då de drabbas, vilket bland annat stöds av att fler har en dålig hälsa jämfört med män. Av denna anledning kan det finnas ett större behov för vårdplatser för kvinnor då de kan behöva stanna längre under sin sjukhusvistelse. Det nämns också att det finns ett behov av bättre samordning och uppföljning i register kring prevention, då denna ges i både primärvård och specialist-vård.
- **Sjukdomsbördan vid KOL är större bland kvinnor än bland män i åldersgruppen 70 år och äldre.** Detta speglar ett trendbrott där kvinnor gått om män i både sjuklighet och dödlighet kopplat till KOL. Jämfört med män tycks kvinnor få sjukhusvård i den utsträckning som motiveras av deras sjukdomsbörda. Andelen som anser att de får den vård de har behov av fullt ut är dock lägre för kvinnor och andelen som har dålig hälsa och svårigheter i vardagen är högre bland kvinnor med KOL jämfört med bland män med KOL. Det nämns att kvinnor kan begränsas i vårdsökande till följd av skam. Ett problemområde som lyfts för vården är brister i implementering och följsamhet till riktlinjer och kunskapsstöd, framför allt i preventiva insatser som rökavvänjning. Inom omsorgen efterfrågas ett kunskapslyft för kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst.

Avslutande kommentarer

Denna studie visar på att sjukdomsbördan för flickor och kvinnor tar sig vissa speciella uttryck som inte ses på samma sätt hos män. Exempel på detta är:

- Kraftigt ökad förekomst av depression och ångest
- Svårare hälsopåverkan vid migrän och KOL
- Högre ålder och sämre allmäntillstånd vid insjuknande i kranskärslssjukdom
- Skam som begränsar vårdsökande vid KOL

Då denna studie inte haft möjlighet att kartlägga medicinskt definierad svårighetsgrad/behov (endast självdefinierad svårighetsgrad för mindre urval i enkät kunde kartläggas) och utfall av hälso- och sjukvårdens åtgärder är det svårt att bedöma om vården möter behoven hos kvinnor i samma utsträckning som för män. Kvinnor anger dock att de får diagnos senare än män vid depression/ångest, migrän och ländryggssmärta. Detta är diagnoser som ställs via symtom och därför till stor del är beroende av patientens uppgifter och hur dessa tas emot och tolkas av vårdgivaren. Kvinnor med dessa diagnoser är samtidigt mindre nöjda än män med bemötandet i vården. Kvinnor upplever också att de inte helt och hållet får den vård de är i behov av i större utsträckning än män vid migrän och KOL. Det finns dock inga indikationer på att kvinnor får mindre vård än män i förhållande till sjukdomsbörda vid dessa diagnoser.

Identifierade frågeställningar för framtida forskning

- Får kvinnor senare diagnos om diagnosen ställs via självrapporterade symtom (d.v.s. inga objektiva mätningar)?
- Är det motiverat att män får proportionerligt mindre vård vid migrän och kvinnor mindre vid ländryggssmärta?
- Är det motiverat att kvinnor ska ha mer primärvård och mindre specialistvård vid kranskärslsjukdom?
- Varför mår kvinnor sämre än män vid migrän, kranskärslsjukdom och KOL?
- Varför anser både män och kvinnor i så hög utsträckning att de inte får den vård de är i behov av vid depression/ångest och ländryggssmärta?
- Varför upplever kvinnor genomgående ett sämre bemötande med sjukvården?

Summary

Since 2015, a government initiative has been underway to strengthen women's health. The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vård- och omsorgsanalys) has been tasked by the government with monitoring this initiative. As part of this assignment, Vård- och omsorgsanalys has commissioned IHE to conduct case studies on diagnoses and conditions that cause significant ill health for girls and women during different stages of life.

The case studies are based on data regarding disability-adjusted life years (DALYs) reported by the Global Burden of Disease (GBD), specialist care data from the National Board of Health and Welfare's patient register, primary care data from the KPP database, sick leave data from the Swedish Social Insurance Agency, survey data from the Public Health Survey by the Public Health Agency of Sweden, and survey data from a questionnaire specifically developed for the project by Vård- och omsorgsanalys in collaboration with IHE. The case studies also include interviews with representatives from professional and patient organizations for each respective condition.

Vård- och omsorgsanalys has identified diagnoses and conditions that result in significant ill health for girls and women at different stages of life. These form the basis for the case studies (see table below). The selection is based on the burden expressed as the number of lost QALYs.

Diagnosis/Condition	Age group in focus
Depression and anxiety	10-24 years
Migraine	25-44 years
Low back pain	45-69 years
Coronary heart disease	70+ years
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	70+ years

In this study, "burden" refers to the number of lost DALYs according to GBD and/or prevalence based on self-reported health in the Public Health Survey.

Selected Results

- **In the age group 10-24 years, depression and anxiety are the conditions that cause the greatest disease burden for girls and young women.** Measured as DALYs and self-reported prevalence, the burden is 2-3 times higher for girls/women than boys/men and has increased more rapidly in recent years. Compared to men, women receive healthcare in proportion to prevalence, but many individuals of both sexes report that they do not receive the care they need. Women also report a poorer experience with care compared to men. Poor treatment and accessibility are highlighted as issues in depression and anxiety care.
- **In the age group 25-44 years, migraine is the condition that causes the greatest disease burden for women.** The burden (DALYs and survey-reported prevalence) is 2.1-2.6 times greater for women than men. Women receive proportionally more care, possibly because of higher severity, supported by a larger share in the survey who report poor health and difficulties in daily life. Identification and understanding of migraine in primary care are areas for improvement.

- **In the age group 45-69 years, low back pain is the condition that causes the greatest disease burden for women.** The burden is greater for women than for men (1.4 times higher based on DALYs and 1.8 times higher based on the Public Health Survey), but healthcare utilization is similar between the sexes (around 8% receive hospital care regardless of gender). Based on data from the Health and Social Care Analysis Agency's survey analyzed in this study, this difference cannot be explained by severity. Women report feeling just as unwell as men and having similar difficulties managing daily life. However, low back pain can vary greatly in severity, and one challenge mentioned is providing patients with appropriate and coordinated care based on their individual needs. A way forward is more consistent application and adherence to clinical guidelines, as well as establishing a regular healthcare contact who can follow the individual's needs and disease progression over time.
- **In the age group 70 years and older, coronary heart disease and Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are the conditions that cause the greatest disease burden according to DALYs.** For coronary heart disease, the burden is lower for women than for men. Women receive proportionally less specialist care than men, but more primary care. This may be due to women being affected by a different type of coronary heart disease (chronic rather than acute). Women are older when they develop coronary heart disease and may therefore be frailer at the time of diagnosis, which is also supported by a higher proportion reporting poor health compared to men. For this reason, there may be a greater need for hospital beds for women, as they may require longer hospital stays. It is also noted that there is a need for better coordination and follow-up in preventive care registries, as prevention is provided in both primary and specialist care.
- **The disease burden from COPD is greater among women than men in the age group 70 years and older.** This reflects a shift in trends where women have surpassed men in both morbidity and mortality related to COPD. Compared to men, women appear to receive hospital care in proportion to their disease burden. However, the proportion of women who feel they receive the care they need is lower, and the proportion reporting poor health and difficulties in daily life is higher among women with COPD than among men with the same condition. It is mentioned that women may be limited in seeking care due to feelings of shame. One area of concern raised for the healthcare system is the lack of implementation and adherence to guidelines and clinical knowledge, particularly in preventive measures such as smoking cessation. Within elderly care, there is a call for increased knowledge in municipal healthcare and home care services.

Concluding Remarks

This study shows that disease burden manifests differently in girls and women compared to men. Examples include:

- Sharp increases in depression and anxiety prevalence
- Greater health deterioration from migraine and COPD
- Older age and poorer health at onset of coronary heart disease
- Shame limiting care-seeking in COPD

Since this study could not assess medically defined severity (only self-reported severity for a subset of survey participants), and did not evaluate care outcomes, it is difficult to assess

whether care is equitable between sexes. However, women report receiving a diagnosis later than men for depression/anxiety, migraine, and low back pain—conditions diagnosed based on symptoms and thus reliant on how information is conveyed and interpreted. Women also report poorer treatment experiences than men and less adequate care for migraine and COPD.

Yet, there is no indication that women receive less care than men relative to their disease burden.

Identified Questions for Future Research

- Do women receive diagnoses later when based on self-reported symptoms (i.e., no objective measures)?
- Is it justified that men receive proportionally less care for migraine and women for low back pain?
- Is it justified that women receive more primary and less specialist care for coronary heart disease?
- Why do women report worse health outcomes than men in migraine, coronary heart disease, and COPD?
- Why do both women and men frequently report not receiving adequate care for depression/anxiety and low back pain?
- Why do women consistently experience worse treatment in healthcare?

1. Introduktion

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har ett uppdrag att följa upp en regeringssatsning för att stärka kvinnors hälsa som pågår sedan 2015. I ett delprojekt ska flickor och kvinnors ohälsa analyseras och kartläggas ur ett system- och patientperspektiv med syfte att öka kunskap och belysa utmaningar. Delprojektet ska inkludera vara heltäckande och inkludera mer än traditionell kvinnohälsa, det vill säga reproduktiv hälsa och graviditet.

Vård- och omsorgsanalys har identifierat diagnoser och tillstånd som skapar stor ohälsa för flickor och kvinnor i olika delar av livet, se Tabell 1. IHE har fått uppdraget att genomföra fallstudierna. Målet för uppdraget är att i fem fallstudier gällande diagnoserna/tillstånden i Tabell 1 besvara nedan frågeställningar.

Frågeställningar:

1. Hur tar sig sjukdomsburden uttryck?
2. På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?
3. Hur upplever flickor och kvinnor vården?

Syftet med Uppdraget är att ge fördjupad kunskap om flickors och kvinnors ohälsa, belysa i vilken utsträckning vården möter flickors och kvinnors behov samt få signaler om områden där ytterligare insatser skulle kunna förbättra flickors och kvinnors hälsa.

Tabell 1. Diagnoser/tillstånd som ingår i fallstudierna

Diagnos/Tillstånd	Ålderskategori i fokus
Depression och ångest	10-24 år
Migrän	25-44 år
Ländryggssmärta	45-69 år
Kranskärlssjukdom	70+ år
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	70+ år

1.1 Tidigare analyser av jämställdhet och jämlikhet i vården

Folkhälsan i Sverige är generellt god och vi har en av de längsta medellivslängderna i världen. Samtidigt finns det en ojämlikhet i hälsa och livslängd mellan olika grupper i befolkningen, bland annat kopplat till socioekonomi. Kortare utbildning och lägre inkomst är kopplat till sämre hälsa (1). Vidare kan detta kopplas till begreppet hälsolitteracitet, vilket syftar till en persons "förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor" (2). Olika sjukdomar kan uppfattas ha olika status, vilket i sin tur kan bidra till ojämlik vård mellan grupper. En sjukdom kan ofta uppfattas ha en högre status om den är akut och om behandlingen är dramatisk eller högteknologisk. Socialstyrelsen beskriver att hälso- och sjukvårdens beslutsfattare och profession behöver känna till detta så att det inte uppstår en ojämlikhet och en informell prioritering till nackdel för sjukdomar som är mindre akuta och har odramatiska och mindre teknologiska behandlingar (3).

Socialstyrelsen undersökte år 2019 elva processindikatorer från nationella riktlinjer inom sex sjukdomsområden. Dessa indikatorer undersöktes därefter utifrån kön, ålder, kommungrupp,

födelseland, utbildning, disponibel inkomst och grad av etablering på arbetsmarknaden. Den sociodemografiska faktor som hade störst effekt på om personer får ta del av vård och behandling var om man bodde i storstadskommun, större stad/kommun och mindre stad/tätort/kommun. Personer i storstad fick ta del av vård i och behandling i större utsträckning än i större stad/kommun och mindre stad/tätort/kommun. Den sociodemografiska faktor som hade näst störst effekt på skillnader i vård och behandling var ålder. Därefter beskrevs skillnader till följd av låg inkomst och födelseland. Socialstyrelsen poängterar dock att de inte kan dra slutsatser om skillnaderna i vård och behandling är omotiverade eller systematiska (4).

Socialstyrelsen analyserade i samma rapport den nationella patientenkäten för primärvården och den öppna specialiserade sjukhusvården kopplat till kön, utbildning och sysselsättning. Frågorna gällde exempelvis om vårdbehov blivit tillgodosett och om personen känner sig bemött med respekt och värdighet. Resultatet visade inte några tydliga skillnader mellan grupper kopplade till socioekonomisk bakgrund eller kön (4).

Patientenkäten från 2023 visar liknande siffror, där män är marginellt mer nöjda än kvinnor. För den övergripande parametern "Respekt och bemötande" som beskrivs som *"patientens upplevelser av vårdens förmåga till ett bemötande anpassat till individuella behov och förutsättningar inom specialiserad sjukvård vid fysiska besök"* uppgår det till 91 poäng för män och 89 poäng för kvinnor (max 100). För läkarbesök inom primärvården uppgår samma parameter "Respekt och bemötande" till 87 poäng för män och 85 poäng för kvinnor (max 100) (5).

2. Metod

2.1 Centrala begrepp och mätvariabler

Uppdraget från Vård- och omsorgsanalys omfattar fem fallstudier (diagnoser): depression och ångest, migrän, ländryggssmärta, kranskärslssjukdom och KOL. Frågeställningarna som omfattas är:

1. Hur tar sig sjukdomsbördan uttryck?
2. På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?
3. Hur upplever flickor och kvinnor vården?

Denna rapport använder följande mätvariabler för att med statistik, enkät och intervjuvar fånga aspekter och dimensioner av tre för rapporten centrala begrepp:

- **Sjukdomsbörda** - Förekomst, vårdkonsumtion, sjukfrånvaro och livskvalitet (mätt med så kallade disability-adjusted life-years, DALYs).
- **Hur vården möter behov** - Indikeras genom skillnader i hur vården ges och vilka utfall den leder till.
- **Upplevelse av vård** - Tillgänglig, personcentrerad, kontinuitet och samordning.

Genom att utgå från olika typer av källor: register, enkäter, kompletterande litteratur och intervjuer så belyser vi frågeställningarna från olika perspektiv. Dessa källor beskrivs nedan i detta avsnitt. Analysen görs ur ett system- och patientperspektiv. **Patientperspektivet** definieras som tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, medan **systemperspektivet** kan definieras som ekonomiska resurser, kompetensförsörjning, konsumtion av vård och förtroendet för vården (6). Jämställdhetsaspekter beskrivs genom att jämföra män och kvinnor. Jämlikhetsaspekter beskrivs genom att jämföra grupper med olika utbildningsnivå och födelseland.

2.2 Datakällor

Flera komplementära datakällor används för att bidra till att besvara projektets frågeställningar och för att ge en fördjupad och nyanserad bild av sjukdomsbördan. Underlag från hälsodataregister hos Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Global Burden of Disease, SKR samt Vård- och omsorgsanalys enkätdata har hämtats ut och analyserats. Samma datakälla och mätvariabel kan bidra med underlag för att besvara mer än en av frågeställningarna. Exempelvis kan registerstatistik över vårdkonsumtion ingå i underlag för att beskriva hur sjukdomsbördan tar sig uttryck men även för att beskriva hur vården möter flickor och kvinnors behov. I analys per diagnos jämförs sjukdomsbörda med grad av mötta behov samt med upplevelse av vård. Sjukdomsbörda speglas framför allt i variablerna DALYs per 100 000 invånare, självrapporterad förekomst från Folkhälsomyndigheten, självrapporterad förekomst respektive påverkan i vardagen från Vård- och omsorgsanalys enkät. Grad av mötta behov speglas i sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning, medan upplevelse av vården hämtas från svar i Vård- och omsorgsanalys enkät samt i intervjuer. För att jämföra dessa delar mellan män och kvinnor har vi undersökt kvinnors respektive mäns kvoter för respektive variabel inom samma diagnos, där kvoten beräknas som nivån för kvinnor för en viss variabel dividerat med motsvarande nivå för män. Om kvinnors börda uppgår till 1,5 gånger männens börda för en viss diagnos så skulle kvinnors sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning i snitt vara i storleksordningen 1,5 gånger högre än mäns. Detta är inte en absolut sanning eftersom det kan finnas berättigande förklaringar för att en viss sjukdom till exempel ger svårare konsekvenser på den ena könet av

biologiska orsaker, men det ger en indikation om att detta kan vara något att uppmärksamma och att undersöka vidare om skillnaderna är berättigade eller oberättigade. För vissa variabler som exempelvis upplevelser av bemötande i vården jämförs även resultat *mellan* olika diagnoser om det finns ett återkommande mönster som upprepar sig. Det är särskilt relevant att undersöka om mönstren upprepar sig eftersom vissa svarsgrupper är små.

Statistiken från de olika datakällorna kan skilja sig något åt gällande diagnoskoder (ICD-10) och åldersindelningar. Utgångspunkten har varit den uppdelning av diagnoskoder och åldersgrupper som Global Burden of Disease och därmed det dataset som Vård- och omsorgsanalys tillhand- håller som utgångspunkt för analys av DALYs (7). De källor som därefter har använts för att belysa vården har sällan haft precis samma gruppering avseende diagnoskoder och ålders- grupper i de databaser som använts för att samla in data för denna studie. I rapporten så redovisas löpande vilka diagnoskoder och åldersgrupper som inkluderas. Tabell 2 sammanfattar rapportens primära datakällor och de ICD-koder som använts från respektive källa. Värt att notera är att en stor del av statistiken från Folkhälsomyndigheten baseras på enkätdata, där personer tillfrågats om exempelvis migrän eller ryggont, vilket innebär att det dels är egen- rapporterat av personen, dels saknas ICD-koder.

Tabell 2. Diagnoskoder (ICD-10) efter diagnos och källa

Diagnos	Källa	ICD-kod
Depression	Socialstyrelsen	F32-F34
	Folkhälsomyndigheten	N/A
	KPP-databasen	F32.0-F32.3, F32A
	Försäkringskassan	
	Sjukpenning	F32-F34.1
	Sjuk- & aktivitetsersättning	F32-F34
	Global Burden of Disease	F32-F34
	Vård- och omsorgsanalys enkät	N/A
Ångest	Socialstyrelsen	F40-F44, F93
	Folkhälsomyndigheten	N/A
	KPP-databasen	F40.1-F40.2, F40.2B, F40.2E
	Försäkringskassan	
	Sjukpenning	F40-F44, F93.0-F93.2
	Sjuk- & aktivitetsersättning	F40-F44, F93
	Global Burden of Disease	F40-F44, F93.0-F93.2
	Vård- och omsorgsanalys enkät	N/A
Migrän	Socialstyrelsen	G43
	Folkhälsomyndigheten	-
	KPP-databasen	G43.1-G43.3, G43.8
	Försäkringskassan	G43
	Global Burden of Disease	G43-G43.919
	Vård- och omsorgsanalys enkät	N/A

Diagnos	Källa	ICD-kod
Ländryggssmärta	Socialstyrelsen	M54
	Folkhälsomyndigheten	N/A
	KPP-databasen	-
	Försäkringskassan	
	Sjukpenning	G544, M470, M471, M472, M478, M48, M480, M481, M482, M483, M484, M485, M498, M510, M511, M512, M513, M514, M518, M533, M538, M540, M541, M543, M544, M545, M990, M991, M992, M993, M994, M995, M996, M997, M998
	Sjuk- & aktivitetsersättning	G54, M47, M47, M48, M48, M49, M51, M53, M54, M99
	Global Burden of Disease	G54.4, M47.015-M47.019, M47.15-M47.18, M47.25-M47.28, M47.815-M47.818, M47.896-M47.899, M48.05-M48.08, M48.16-M48.19, M48.25-M48.27, M48.35-M48.38, M48.45-M48.48, M48.55-M48.58, M49.85-M49.88, M51.05-M51.07, M51.15-M51.17, M51.25-M51.27, M51.35-M51.37, M51.45-M51.47, M51.85-M51.87, M53.3, M53.85-M53.88, M54.05-M54.09, M54.15-M54.18, M54.3-M54.5, M99.03-M99.04, M99.13-M99.14, M99.23-M99.24, M99.33-M99.34, M99.43-M99.44, M99.53-M99.54, M99.63-M99.64, M99.73-M99.74, M99.83-M99.84
	Vård- och omsorgsanalys enkät	N/A
Kranskärtsjukdom	Socialstyrelsen	I20-I25
	Folkhälsomyndigheten	I21
	KPP-databasen	I25.0-I25.6
	Försäkringskassan	
	Sjukpenning	I20, I21, I22, I23, I24, I25, Z824
	Sjuk- & aktivitetsersättning	I20, I21, I22, I23, I24, I25
	Global Burden of Disease	I20-I21.6, I21.9-I25.9
	Vård- och omsorgsanalys enkät	N/A
KOL	Socialstyrelsen	J44
	Folkhälsomyndigheten	-
	KPP-databasen	-
	Försäkringskassan	
	Sjukpenning	J41, J43, J44, J42, J42-P
	Sjuk- & aktivitetsersättning	J42, J41, J43, J44
	Global Burden of Disease	J41-J44
	Vård- och omsorgsanalys enkät	N/A

Där det var möjligt presenterades data uppdelad i åldersgrupperna 10-24 år, 25-44 år, 45-69 år och 70+ år. När detta inte var möjligt användes de åldersindelningar som fanns tillgängliga. För att underlätta jämförelser mellan grupper har åldersstandardiserade data använts i den mån de var tillgängliga. Detta gäller flera uppgifter från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Detaljerad information om åldersgrupperingar och åldersstandardisering presenteras i Tabell 3 nedan.

Tabell 3. Åldersgrupper efter källa och grupperingsvariabel

Källa, grupperingsvariabel	Åldersgrupper	Ålders- standardiserade siffror
Socialstyrelsen	10-24 år, 25-44 år, 45-69 år, 70+ år	Ja
Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten		
Ålder	16-29 år, 30-44 år, 45-69 år, 65-84 år, 85+ år	Nej
Utbildningsnivå	25+ år	Ja
Födelseland	16+ år	Nej
Region	16+ år	Nej
Folkhälsan i Sverige, Folkhälsomyndigheten		
Ålder	25-44 år, 45-64 år, 65-84 år, 85+ år	Nej
Utbildningsnivå	25+ år	Ja
Födelseland	25+ år	Ja
Region	25+ år	Ja
Skolbarns hälsovanor, Folkhälsomyndigheten		
Ålder	11 år, 13 år, 15 år	Nej
KPP-databasen, SKR	0-24 år, 25-44 år, 45-64 år, 65-74 år, 75-84 år, 85+ år	Nej
Försäkringskassan	19-24 år, 25-44 år, 45-69 år, 70+ år	Nej
Global Burden of Disease	10-24 år, 25-44 år, 45-69 år, 70+ år	Nej

Socialstyrelsens statistikdatabas över diagnoser och över dödsfall

Statistik över personer i specialistvård och antalet dödsfall hämtas från Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser samt från statistikdatabasen över dödsfall (8, 9). Socialstyrelsens databas för diagnoser sammanställer statistik uppdelat efter huvuddiagnos för läkarbesök i den öppna specialistvården och för inläggningar på sjukhus i slutenvården. Det inkluderar uppgifter om antalet patienter och vårdkontakter, grupperade efter diagnoskapitel, samt information om kön, ålder och hemlän. Sedan 1998 använder alla regioner samma diagnoskodsystem ICD-10-SE. Uppgifterna om läkarbesök i den öppna specialistvården är nationellt täckande från 2004 och framåt. Primärvårdsstatistik ingår inte i databasen.

Folkhälsomyndighetens Folkhälsodatabas

Folkhälsomyndighetens Folkhälsodatabas (10) samlar information från flera olika källor, bland annat "Folkhälsan i Sverige", "Nationella folkhälsoenkäten" och undersökningen "Skolbarns hälsovanor". "Folkhälsan i Sverige" är en del av ett uppföljningssystem för jämlik hälsa och data hämtas från många olika statistikällor, både från register över befolkningen och från urvalsstudier (11). Den "Nationella folkhälsoenkäten", "Hälsa på lika villkor", kartlägger hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Sverige och gör det möjligt att följa förändringar över tid. Det är en årlig urvalsundersökning i befolkning 16-84 år. Den kan delas upp på exempelvis kön, ålder, födelseland, utbildning och region (12). "Skolbarns hälsovanor" är en urvalsundersökning som undersöker livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos 11-, 13- och 15-åringar. Den genomförs vart fjärde år sedan 1985. I den nationella enkäten 2021/2022 deltog totalt 4 567 elever, varav 1 559 elever var 11-år, 1 575 var 13 år och 1 433 var 15 år (13).

Tabell 4. Uppgifter från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika Villkor", år 2022

Fråga	Antal ja-svar	Totalt antal svarande
Fått diagnosen depression av läkare (självrapporterat) efter ålder, kön och år.	556	16 839
Lätt ängslan, oro eller ångest (självrapporterat) efter ålder, kön och år.	5 979	16 842
Svår ängslan, oro eller ångest (självrapporterat) efter ålder, kön och år.	1 246	16 842
Svår huvudvärk (självrapporterat) efter ålder, kön och år.	658	16 874
Svår värk i rygg mm (självrapporterat) efter ålder, kön och år.	1 500	16 858

Sveriges kommuner och regioners KPP-databas

I Sveriges kommuner och regioners, SKR:s KPP-databas (14) finns statistik över antalet vårdbesök i primärvården. För år 2022 innehåller databasen cirka 16,9 miljoner öppenvårds-kontakter, vilket motsvarar ungefär 30 procent av all primärvård (15). Den låga täckningsgraden innebär att uppgifter från databasen bör tolkas med viss försiktighet.

Försäkringskassan

Uppgifter om personer med sjukpenning och med sjuk- och aktivitetsersättning kommer från Försäkringskassan beställd på uppdrag från Vård- och omsorgsanalys (16). Utöver startade sjukfall, antalet personer och sjukfallslängd per person finns uppgifter om kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland och region. Sjukfallslängd mäts i antal nettodagar, dvs. två dagar med halv omfattning ger en nettodag. Data täcker tidsperioden 2019-2023.

Global Burden of Disease

För att fånga sjukdomsburden för respektive diagnos används data över Disability Adjusted Life Years, DALYs, från Global Burden of Disease. DALYs är en förkortning av Disability Adjusted Life Years, vilket på svenska kan översättas till funktionsjusterade levnadsår. DALYS skattas för att kvantifiera den totala sjukdomsburden i en befolkning för olika länder och sjukdomar. DALYs är summan av förlorade år till följd av för tidig död (YLL, Years of Life Lost) och förlorade friska år till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning (YLD, Years Lost to Disability). En DALY är lika med ett förlorat år med full hälsa. (17) Data från Global Burden of Disease för år 2011 och 2021 har inhämtats av Vård- och omsorgsanalys (7).

Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning

Under september 2024 genomförde Vård- och omsorgsanalys en enkätundersökning för att undersöka flickor och kvinnors hälsa och vårdupplevelser (18). Enkäten skickades ut till totalt 7 830 personer under hösten 2024, varav 4 881 svarade, vilket ger en deltagarfrekvens på 62,3 procent. Därutöver fanns 74 påbörjade men ej inskickade svar som granskades. Om större delen av enkäten var besvarad skickades dessa in manuellt. Detta gjordes för 53 svar, vilket ökade det slutgiltiga deltagarantalet till 4 933, motsvarande en deltagarfrekvens på 63 procent. 35 personer gav inte sitt samtycke till att delta i undersökningen. Personer som saknade nödvändiga bakgrundsuppgifter exkluderades, eftersom fullständiga uppgifter krävs för viktning. Efter denna justering kvarstod 4 455 giltiga svar.

I tabellen nedan presenteras antalet svar per diagnosgrupp. Drygt hälften av respondenterna (53 %) hade minst en av fokusdiagnoserna. Av de som svarade var 203 personer (5 %) 24 år eller yngre, 869 personer (20 %) var mellan 25 och 44 år, 2 149 personer (48 %) var mellan 45 och 69

år, och 1 234 personer (28 %) var 70 år eller äldre. I rapporten redovisas uppdelat på kön, men respektive diagnosgrupps svar redovisas dock för alla åldersgrupper tillsammans, eftersom antalet observationer är lågt.

Tabell 5. Uppgifter om Vård- och omsorgsanalys enkät 2024

	Antal kvinnor (n= 2 687)	Antal män (n= 1 768)	Totalt antal svar (N=4 455)
Depression och/eller ångest	536 (20%)	172 (10%)	708 (16%)
Migrän	203 (8%)	63 (4%)	266 (6%)
Ländryggssmärta	768 (29%)	481 (27%)	1 249 (28%)
Kranskärslsjukdomar	24 (1%)	58 (3%)	82 (2%)
KOL	30 (1%)	26 (1%)	56 (1%)
Ingen av fokusdiagnoserna	1 043 (39%)	899 (51%)	1 942 (44%)
Vet inte	37 (1%)	32 (2%)	69 (2%)
Vill inte svara	10 (0%)	4 (0%)	14 (0%)
Okänt/inget svar	36 (1%)	33 (2%)	69 (1%)

Svarsbortfallet i enkäten var 37 %. Bland personer i åldern 18-24 år var svarsbortfallet högst, med 68 % för kvinnor och 60 % för män (se tabell 8.1 i bilaga 8). För personer som var 70 år eller äldre var svarsbortfallet lägst, med 18 % bland kvinnor och 19 % bland män. Beträffande utbildningsnivå var svarsbortfallet störst bland personer med förgymnasial utbildning, där 42 % inte besvarade enkäten, och lägst bland personer med eftergymnasial utbildning (35 %) (se tabell 8.2 i bilaga 8).

Det fanns små skillnader i svarsbortfall mellan olika kommuntyper. I landsbygdskommuner och blandade kommuner var svarsbortfallet 37 %, medan det var 38 % i storstadskommuner (se tabell 8.3 i bilaga 8). Svarsfrekvensen varierade med bakgrund: 49 % av personer med utländsk bakgrund svarade på enkäten, jämfört med 65 % av personer utan utländsk bakgrund (se tabell 8.4 i bilaga 8).

2.3 Kompletterande litteratur

Inom ramen för studien gjordes också en riktad litteraturgenomgång, med fokus på grå litteratur. Detta avsåg framför allt rapporter från svenska myndigheter och kunskapsstyrningsorganisationen i Sverige relaterat till de fem fallstudierna (diagnoserna). Kunskapsstöd tas fram av Socialstyrelsen, regionernas nationella system för kunskapsstyrning, samt även inom respektive region. Kunskapsstöd är olika dokument och texter riktade till olika målgrupper inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänsten. Det finns ingen giltighetstid för kunskapsstöden, utan det skiljer sig stort åt mellan området. Enligt Nationellt system för kunskapsstyrning sker uppdatering på initiativ av den aktör som ansvarar för kunskapsstödet. Nationellt system för kunskapsstyrning skriver i dokumentet "Vägledning kunskapsstöd" följande: *"Kunskapsstöd ska utformas så att de är lätta att använda. Det är dock inte alltid lätt att avgöra utifrån olika kunskapsstöds namn vilka de är avsedda för, hur de förhåller sig till varandra, vilken giltighetstid de har och vem som är avsändare."* (19).

Exempel på kunskapsstöd som tas fram av Socialstyrelsen eller regionernas nationella system för kunskapsstyrning och deras målgrupp beskrivs i Tabell 6. Även andra myndigheter tar fram underlag som har bäring på hälso- och sjukvården: Läkemedelsverket publicerar behandlingsrekommendationer med vägledning till hur olika läkemedel bör användas (20) och Statens

beredning för medicinsk utvärdering, SBU genomför bland annat utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, som i sin tur kan utgöra underlag till andra myndigheters arbeten med exempelvis riktlinjer.

Tabell 6. Urval av kunskapsstöd från Socialstyrelsen och Regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Kunskapsstöd	Målgrupp/mottagare	Syfte	Ägarskap
Nationella riktlinjer	Verksamhetschefer, beslutsfattare	Ger stöd att prioritera	Socialstyrelsen
Kunskapsstöd med nationella rekommendationer	Verksamheter och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård etc.	Bidrar till att hälso- och sjukvården etc. arbetar kunskapsbaserat och ändamålsenligt.	
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, PSVF	Professioner inom hälso- och sjukvården, verksamhetschefer, beslutsfattare inklusive politiker	Syftar till en jämlik och effektiv vård. Anger vad som ska göras, i vilken ordning och när. Det omfattar en hel eller en del av en vårdkedja.	Nationellt programområde
Nationella vårdprogram	Professioner inom hälso- och sjukvården, verksamhetschefer, beslutsfattare inklusive politiker	Ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering, primärprevention etc. Omfattar flera åtgärder relaterat till ett sjukdomsområde.	Nationellt programområde
Riktlinje för hälso- och sjukvård (vårdriktlinje)	Professioner inom hälso- och sjukvården, verksamhetschefer, beslutsfattare inklusive politiker	Beskriver och ger stöd om hur åtgärder ska genomföras. Omfattar en eller ett fåtal åtgärder relaterat till ett sjukdomsområde.	Nationellt programområde
Nationellt kliniskt kunskapsstöd i primärvården	Professioner i primärvården	Nationella rekommendationer och tillägg anpassade för att ge stöd till vårdpersonal inom primärvården, inkl. dokument för PSVF, vårdprogram och vårdriktlinje	Nationellt programområde
Vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa	Vårdpersonal inom specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola	Olika kunskapsunderlag samlade på en gemensam webbplats.	Nationellt programområde Psykisk hälsa

Källa: Anpassat och baserat på Nationellt system för kunskapsstyrning "Vägledning kunskapsstöd" (19)

2.4 Intervjuer

Studien innehåller intervjuer med professionsföreträdare och patientrepresentanter. För professionsföreträdare kontaktades framför allt personer som deltagit i arbetet att ta fram nationell kunskapsstyrning för den aktuella diagnosen/insatsområdet inom nationellt programområde. Några av dessa personer hade även intervjuats av Vård- och omsorgsanalys under våren 2024 i ett förberedande arbete. IHE identifierade patientrepresentanter via hemsidan för de patientorganisationer som arbetar med de olika diagnoserna. Diagnosen ländryggssmärta har ingen egen patientförening, i stället identifierades en patientföreträdare som deltagit i framtagandet av vårdprogrammet. IHE skickade ett e-postmeddelande till de identifierade personerna med en fråga om att delta i en intervju. I meddelandet beskrevs studiens syfte och upplägg, och förslag gavs på tider för intervju. Efter en vecka skickades en påminnelse per e-post till de personer som ännu inte svarat. Alla tillfrågade professionsföreträdare och patientrepresentanter accepterade deltagande, även om det i något fall blev en annan representant från organisationen. Därefter skickade IHE en Microsoft Teams-inbjudan som bekräftade tiden. Majoriteten av intervjuerna genomfördes under oktober 2024 (en genomfördes i november). Bilaga 1 innehåller en förteckning över de professions- och patientrepresentanter som intervjuades.

För projektet utvecklade projektgruppen en semi-strukturerad intervjuguide som diskuterades med Vård- och omsorgsanalys, bilaga 2. För respektive diagnos låg fokus på kvinnor i den åldersgrupp som Vård- och omsorgsanalys tidigare identifierat för fallstudien, även om situationen för övriga åldrar och män också berördes. För professionen handlade intervjun om *hur vården möter kvinnors behov*, vilka utmaningar och vilka lösningar som finns. Kopplingar till kunskapsstyrningen gjordes också. En fråga berörde vad vården skulle kunna göra mer för att minska ojämlikhet avseende kön, socioekonomi, födelseland och geografisk hemvist. För KOL och kranskärlets fanns också en fråga om kopplingen till kommunal sjukvård, och för ångest och depression om kopplingen till elevhälsan. För patientorganisationerna fokuserade intervjuguiden på *hur kvinnor upplever vården*, om vården är anpassad till kvinnor, samt vilka utmaningar och lösningar som finns.

Intervjuerna genomfördes via Microsoft-Teams och tog cirka 60 minuter. Intervjuerna spelades in för att vid behov kunna gå tillbaka och kontrollera vad som sades om något var otydligt i anteckningarna. Därefter raderades inspelningarna. Efter varje intervju sammanställdes minnesanteckningar och skickades till intervjupersonerna för kännedom och möjlighet till komplettering eller korrigering.

3. Depression och ångest (10–24 år)

Socialstyrelsen beskriver att depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Depression och ångest är två separata diagnoser, men både vid ångestsyndrom och vid depression förekommer både ångestsymtom och depressiva symtom. De skiljs åt genom att respektive diagnos har sina kriterier som ska uppfyllas för att en diagnos ska kunna ställas (21). Både nedstämdhet och ångest är naturliga känslor som alla upplever under livet, men betraktas som ett problem när känslorna tar upp en så stor del av en persons liv att denna begränsas i sin vardagliga funktion under en längre period.

Depression, även kallad egentlig depression, kännetecknas enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer av nedstämdhet, sömnstörning, aptitförändring, brist på energi, koncentrationssvårigheter, pessimistiska tankar samt döds- eller suicidtankar. För barn och unga kan det vara en kombination av nedstämdhet eller irritabilitet och mindre lust att hålla på med aktiviteter som personen annars tycker om. Tillståndet ska ha pågått under minst två veckor. För många går depressionen över av sig själv, medan de för andra kan hålla i sig länge och även vara återkommande. Det finns tre nivåer av egentlig depression: lindrig, medelsvår och svår beroende på hur många och hur tydligt kriterierna är uppfyllda, och i vilken grad personens funktion i vardagen är påverkad (22). Vid lindrig egentlig depression är patienten i obalans, men kan ofta genomföra vanliga aktiviteter. Vid måttlig egentlig depression är patienten mer påverkad och har svårt att genomföra vardagsaktiviteter. Vid svår egentlig depression är patienten svårt hindrad att genomföra något, och kan ha självmordstankar (23).

Depression har ofta flera orsaker där både genetik och miljö påverkar. Personer med neuropsykiatriska funktionshinder som ADHD och autism kan ha ökad risk för depression. Personer som får en depression före puberteten har ökad risk för återkommande depressioner och det kan också vara kopplat till bipolärt syndrom (24). Stora förändringar i livet kan vara utlösande för depression (25).

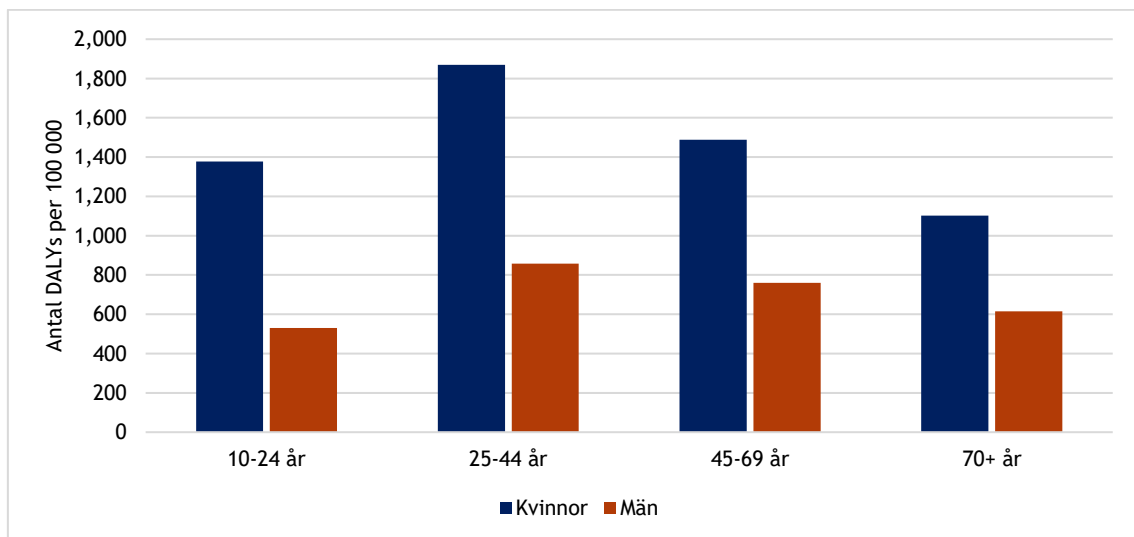
Ångestsyndrom är en samling av psykiska störningar där rädsla och ångest är det tydligaste symtomet. Ofta känns ångesten både psykiskt och fysiskt, och det kan liknas vid känslan av stark stress. För en diagnos ska ångesten ha funnits under en viss tid, vara återkommande och ha en omfattning som påverkar vardagen. Ångesten kan visa sig både fysiskt och psykiskt. Ångesten manifesteras som en känsla av spänning, oro och osäkerhet som tydligt påverkar och inskränker personens vardag. Det finns olika typer av ångestsjukdom, exempelvis akut stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom (GAD), tvångssyndrom (OCD), paniksyndrom, post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), social fobi och separationsångest (22). Ångestsyndrom delas in i lindriga, medelsvåra och svåra ångestsyndrom och den påverkas både av genetik och miljö (26).

På Kunskapsguiden, en webbplats från Socialstyrelsen, beskrivs att faktorer som kan skydda barn och unga mot psykisk ohälsa är god fysisk, kognitiv och social förmåga samt att ha en trygg känslomässig anknytning till föräldrar och andra viktiga vuxna. Faktorer som i stället ökar risken för psykisk ohälsa är sämre socioekonomiska förutsättningar och om ett barn eller ungdom är placerad i exempelvis hbv- eller familjehem. Olika neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar också risken för annan psykisk ohälsa (27).

3.1 Sjukdomsbörda vid depression och ångest

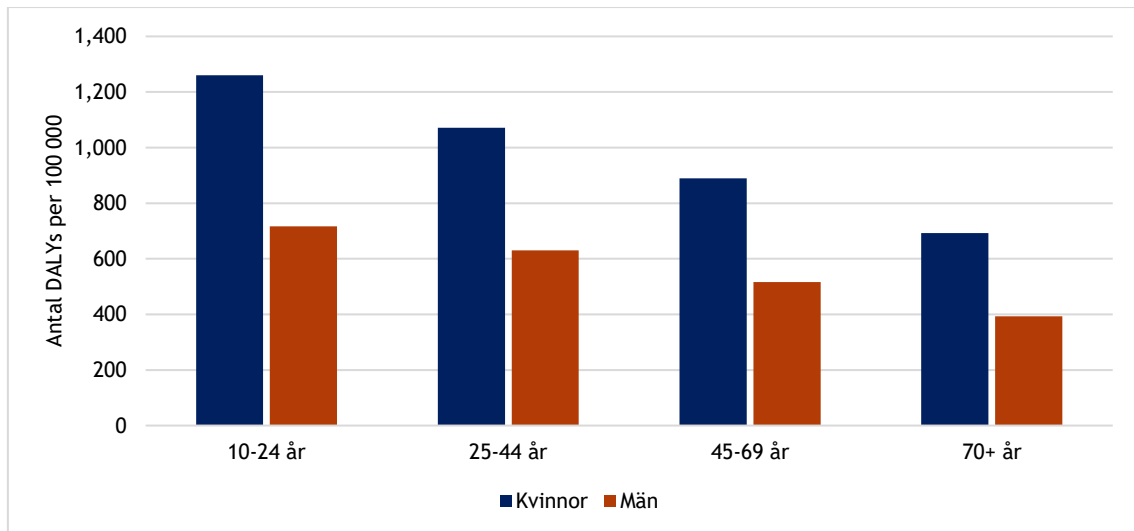
Sjukdomsbördan till följd av depression och ångest mätt inom ramen för det globala sjukdomsbördeprojektet Global Burden of Disease (7), GBD med DALYs visar att antalet DALYs per 100 000 invånare var större för kvinnor än för män i alla åldersgrupper år 2021 (Figur 1). Skillnaden var störst i de yngre åldersgrupperna. Flickor och unga kvinnor i åldersgruppen 10-24 år förlorade 2,6 gånger fler DALYs per 100 000 invånare till följd av depression än pojkar och unga män. De hade också 1,76 gånger fler DALYs kopplat till ångest än pojkar och unga män.

I åldersgruppen 25-44 år hade både kvinnor och män störst sjukdomsbörda mätt som antal DALYs per 100 000 invånare på grund av depression för att sedan sjunka successivt. Samtidigt hade kvinnor mer än dubbelt så många DALYs per 100 000 kopplat till depression som män i både åldersgruppen 25-44 år och 45-69 år. För ångest var antalet DALYs per 100 000 invånare högst i den yngsta åldersgruppen, 10-24 år, för båda könen (Figur 2). Sjukdomsbördan mätt som antalet DALYs var sedan gradvis lägre för de tre äldre åldersgrupperna.



Figur 1. DALYs per 100 000 invånare till följd av depression, efter kön och ålder år 2021.

Not: Depression definieras här som ICD F32-F33.9, F34.1, vilket motsvarar GBD cause-id 567. Källa: Global Burden of Disease (7).



Figur 2. DALYs per 100 000 invånare till följd av ångest, efter kön och ålder år 2021.

Not: Ångest definieras här som ICD F40-F44.9, F93-F93.2, vilket motsvarar GBD cause-id 571. Källa: Global Burden of Disease (7).

Sett till flickor och unga kvinnor i den utvalda åldersgruppen 10-24 år har DALYs per 100 000 invånare ökat både för depression (från 1 215 DALYS per 100 000 invånare till 1 378 DALYs per 100 000 invånare) och för ångest (från 1 063 DALYS per 100 000 invånare till 1 260 DALYs per 100 000 invånare) mellan åren 2011 och 2021 (7).

3.1.1 Förekomst

Besvär med depression och ångest är vanliga i alla åldrar. Hos barn, ungdomar och unga vuxna har de psykiska besvären ökat de senaste decennierna, framför allt under det senaste decenniet (28).

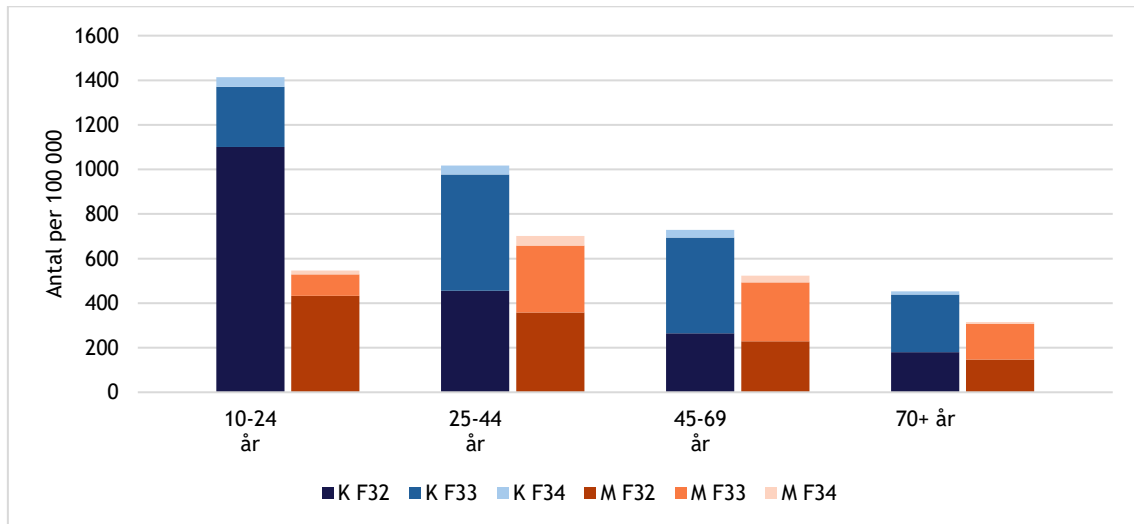
Det är i Sverige idag uppskattningsvis mellan fem och åtta procent av den vuxna befolkningen som har en pågående depression, vilket skulle motsvara mellan 350 000-600 000 vuxna personer (29). Risken att utveckla en depression är betydligt högre för kvinnor, med en risk för kvinnor på cirka 35 procent att insjukna i depression någon gång under livet. För män är motsvarande risk cirka 25 procent. Mellan 20-30 procent av depressionerna har ett förlopp på minst två år (30). Depression hos skolbarn drabbar 1-2 procent (24), medan andelen tonåringar som drabbas uppgår till 5-8 procent (25).

Ångestsyndrom är två till tre gånger vanligare bland vuxna kvinnor jämfört med män. Ungefär en fjärdedel av befolkningen uppskattas någon gång drabbas av ett ångestsyndrom (22). För barn före puberteten är ångestsyndrom lika vanligt hos både pojkar och flickor, med en förekomst på cirka 10 procent (22). Ungefär 15-20 procent av alla barn skulle kunna sägas uppfylla kriterierna för ett ångestsyndrom före 18 års ålder (26).

3.1.2 Patienter i sluten och/eller specialiserad öppenvård

Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare med depression i sluten och/eller specialiserad öppenvård visar i Figur 3 (8) att flickor och kvinnor är fler än pojkar och män i alla åldersgrupper. Socialstyrelsens data innehåller inte information om primärvården. Flickor och kvinnor i åldern 10-24 år utgör 39 procent av alla fall, sett över alla åldrar och kön.

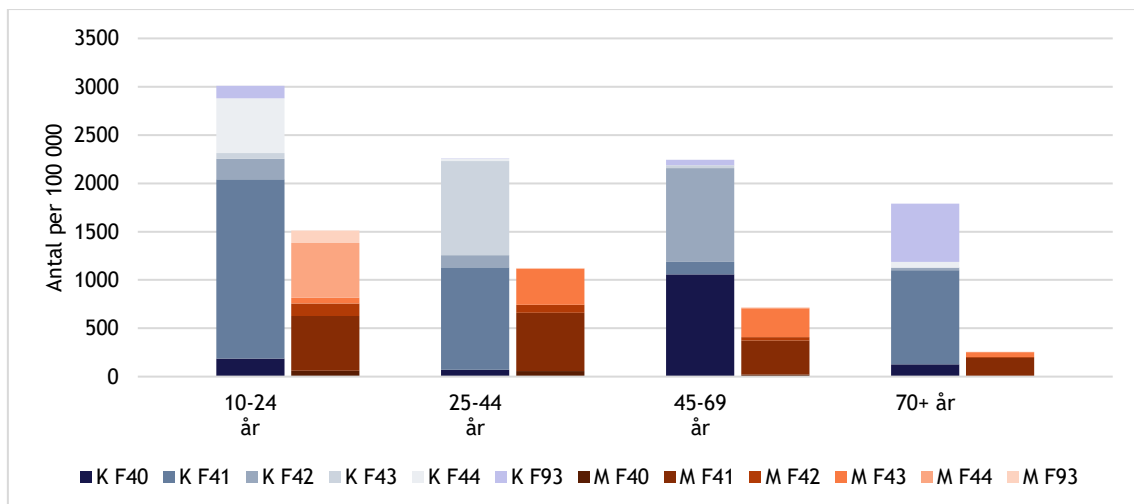
Personens ålder och eventuell läkemedelsbehandling kan påverka var en person behandlas, vilket man bör ha i åtanke när man tolkar statistik över vårdkonsumtion. I det nationella vård- och insatsprogrammet för depression och ångestsyndrom framgår att i de fall första linjen bedömer att barn och unga har behov av medicinering till följd av depression eller ångestsyndrom så ska de remitteras till BUP. På samma sätt rekommenderas att barn och unga med svårare depression, medelsvår till svår ångest och komplicerade fall med psykiatrisk samsjuklighet remitteras från första linjen till BUP. Vuxna med depression eller ångestsyndrom behandlas normalt inom primärvården (31).



Figur 3. Antal patienter med depression per 100 000 invånare i slutna och/eller specialiserad öppenvård, efter kön och ålder år 2022, åldersstandardiserat.

Not: F32: Depressiv episod, F33: Recidiverande depressioner, F34: Kroniska förstämningssyndrom. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Socialstyrelsen (8).

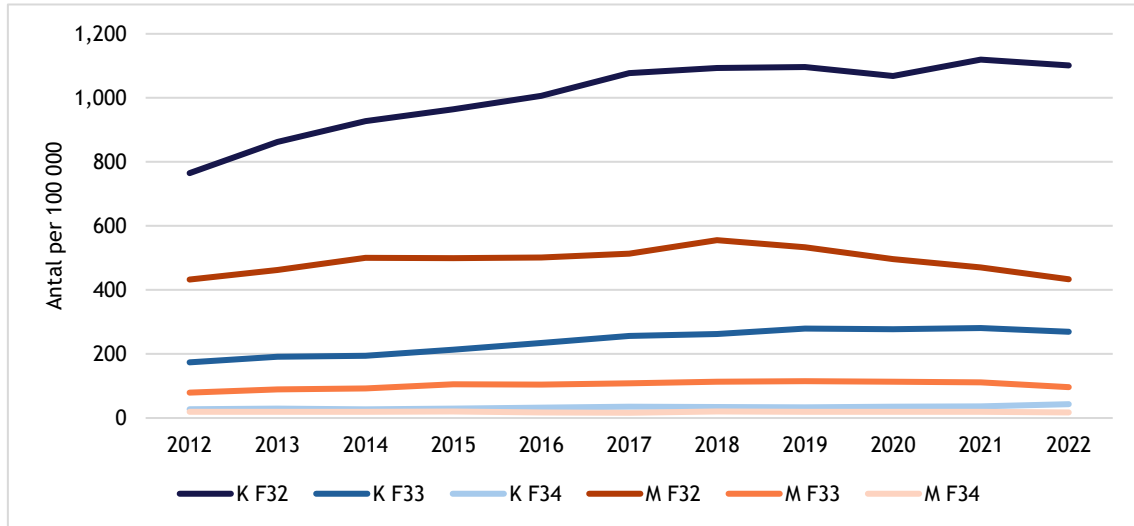
Även för ångest visar Socialstyrelsens statistik att flickor och kvinnor 10-24 år har störst andel patienter per 100 000 invånare i slutna och/eller specialiserad öppenvård (8).



Figur 4. Antal patienter med ångest per 100 000 invånare i slutna och/eller specialiserad öppenvård, efter kön och ålder år 2022, åldersstandardiserat.

Not: F40: Fobiska syndrom, F41: Andra ångestsyndrom, F42: Tvångssyndrom, F43: Anpassningsstörning och reaktion på svår stress, F44: Dissociativa syndrom, F93: Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Socialstyrelsen (8)

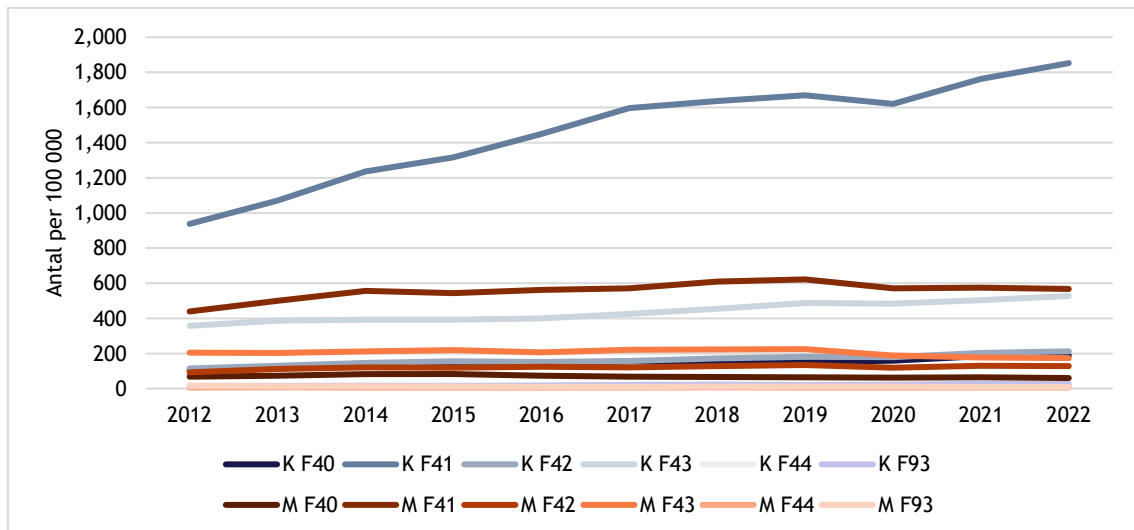
Mellan åren 2012 och 2022 visar Socialstyrelsens statistisk över antalet patienter i åldrarna 10-24 år per 100 000 invånare att både depression och ångest har ökat bland flickor och unga kvinnor. Motsvarande ökning ses inte bland pojkar och unga män. För gruppen "Depressiv episod" har antalet flickor och unga kvinnor ökat med 44 procent, medan pojkar och unga män år 2022 var tillbaka på samma nivå som år 2012 efter en viss temporär ökning.



Figur 5. Antal patienter 10-24 år med depression per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård, efter kön åren 2012 - 2022, åldersstandardiserat.

Not: F32: Depressiv episod, F33: Recidiverande depressioner, F34: Kroniska förstämningssyndrom. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Socialstyrelsen (8).

För gruppen "Andra ångestsyndrom" har antalet flickor och unga kvinnor ökat med 98 procent mellan 2012 och 2022, medan pojkar och unga män ökat med 29 procent.



Figur 6. Antal patienter 10-24 år med ångest per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård, efter kön åren 2012 - 2022, åldersstandardiserat.

Not: F40: Fobiska syndrom, F41: Andra ångestsyndrom, F42: Tvångssyndrom, F43: Anpassningsstörning och reaktion på svår stress, F44: Dissociativa syndrom, F93: Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Socialstyrelsen (8).

Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för depression respektive ångest kan också delas upp på region. Statistiken visar på stora skillnader mellan regionerna för den utvalda gruppen flickor och unga kvinnor 10-24 år för båda diagnoserna, se bilaga 3. Socialstyrelsens statistik sammanställer bara information från slutenvård och/eller specialiserad öppenvård, men inte primärvården. Regionerna kan utforma vården för unga inom psykiatri på olika sätt, exempelvis kan den så kallade första linjen ligga under primärvården, specialistvården eller ibland inom elevhälsan. Färre personer i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård i en viss region skulle alltså kunna bero på att unga i just den regionen generellt mår bättre, eller behandlas inom primärvården eller att de har behov av vård men fortfarande står i kö för det.

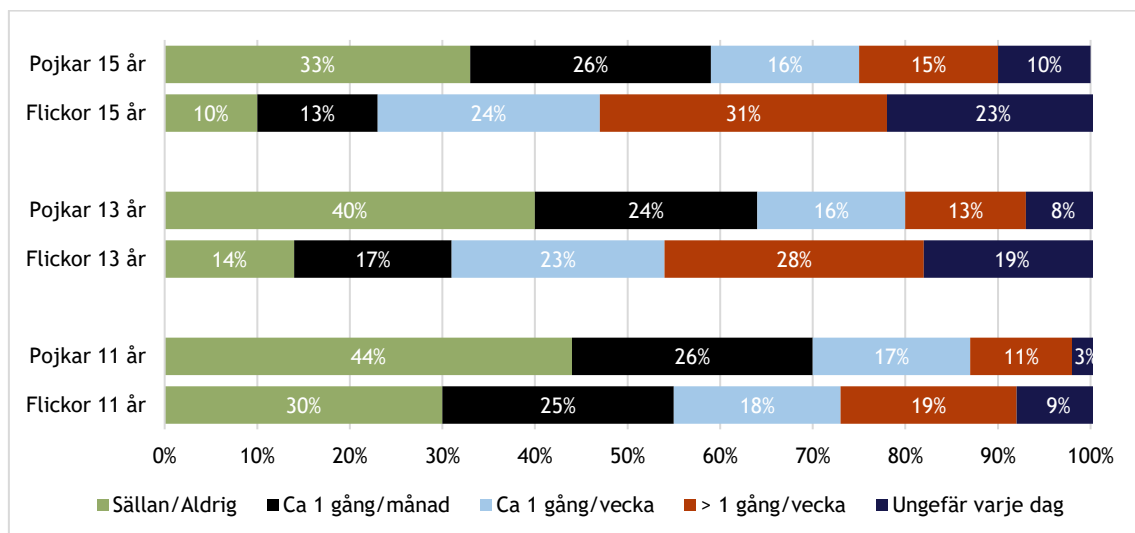
Under de senaste decennierna har antal suicid per 100 000 invånare i Sverige minskat i de flesta åldersgrupper, utom bland unga. Enligt Folkhälsomyndigheten var det dubbelt så många pojkar som flickor som begick självmord i åldern 15-29 år, 138 pojkar jämfört med 69 flickor. År 2023 dog totalt 1 328 personer av säkert fastställda suicid, varav en majoritet var män (943 män jämfört med 385 kvinnor) (32, 33).

3.1.3 Egenrapporterat mående - kön, utbildningsnivå och födelseland

3.1.3.1 Folkhälsomyndigheten

I enkätundersökningen "Skolbarns hälsovanor" undersöker Folkhälsomyndigheten 11-, 13- och 15-åringar (34). Ungefär en fjärdedel av alla barn och unga i Sverige beskriver att de ofta är spända och nervösa. Flickor anger oftare och mer än pojkar att de har psykisk ohälsa. Sett över tid har den också ökat, främst hos flickor men också hos pojkar (13).

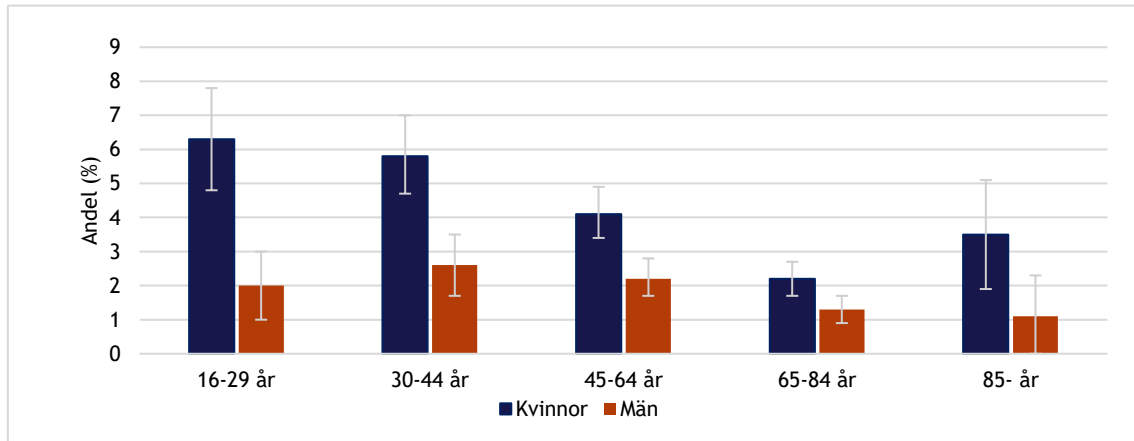
Enligt enkätundersökningen uppgav 10 procent av flickor i åldern 15 år att de sällan eller aldrig känner sig nere. Motsvarande siffra för pojkar var 33 procent (10). Figur 7 visar andel personer i åldern 11, 13 och 15 år som uppgett hur ofta de känt sig nere under de senaste 6 månaderna. Genomgående anger en större andel flickor än pojkar att de känts sig nere, och för både flickor och pojkar så ökar andelen som anger att de känt sig nere med åldern.



Figur 7. Andel (%) elever som känt sig nere efter ålder och förekomst, år 2021-2022..

Not: Tabellen visar personer som i undersökningen Skolbarns hälsovanor år 2021-2022 svarat "känt mig nere" på frågan "Hur ofta har du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär". Källa: Skolbarns hälsovanor, nationella och regionala resultat, Folkhälsodatabasen (Folkhälsomyndigheten) (10)

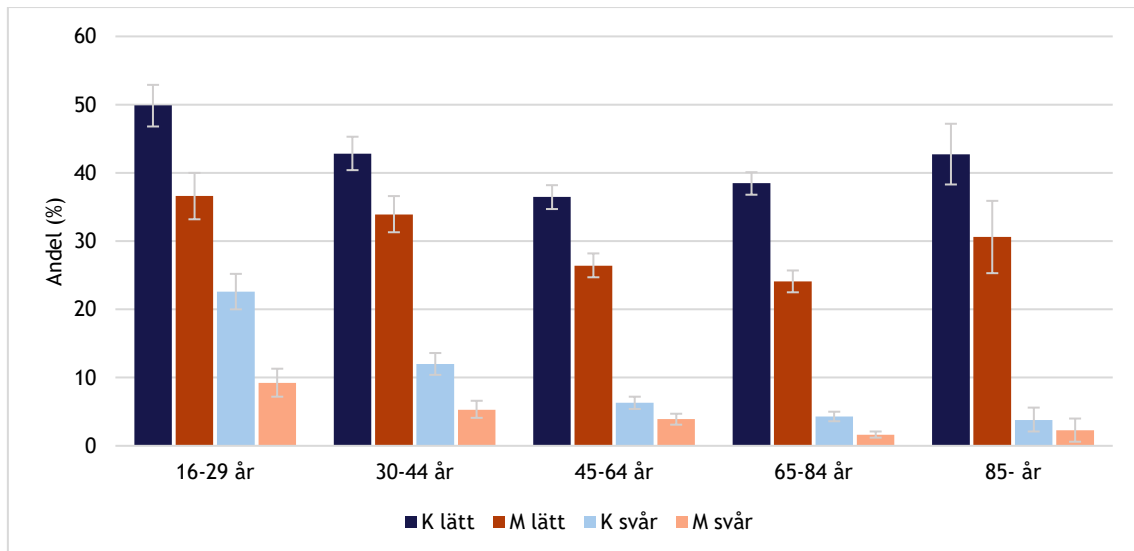
Folkhälsomyndigheten undersöker också hur den svenska befolkningen över 16 år mår i den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?" där 16 971 personer svarade på enkäten (12). Det är en större andel kvinnor än män som angav att de under de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression av läkare, oavsett åldersgrupp. Den största skillnaden mellan könen återfanns i åldersgruppen 16-29 år. Figur 8 illustrerar andelen i procent av personer som fått en depressionsdiagnos av läkare de senaste 12 månaderna, fördelat på kön och ålder.



Figur 8. Andel (%) personer som själva rapporterar att de fått diagnosen depression av läkare under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder.

Not: Figuren visar personer i nationella folkhälsoenkäten år 2022 svarat "Ja, för mer än 12 månader sedan" eller "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan "Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare". Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

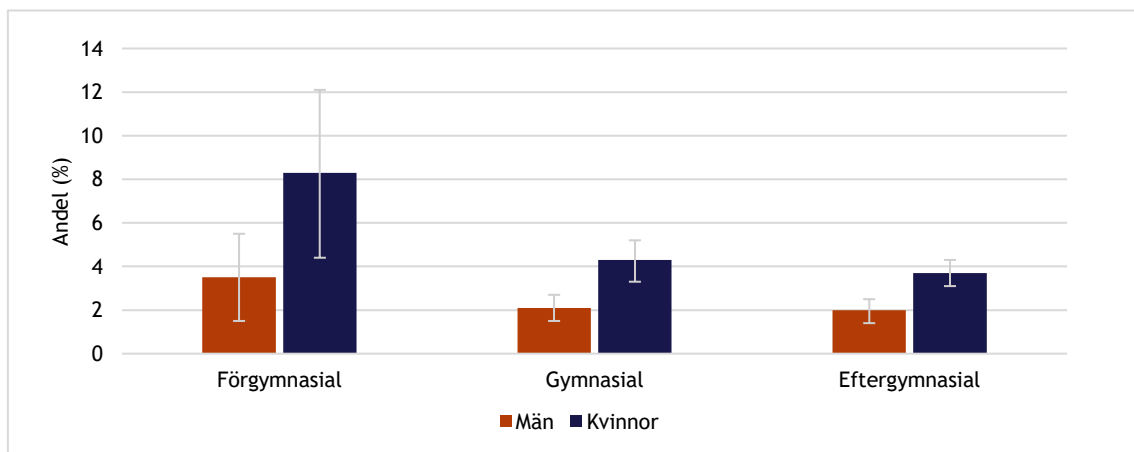
Figur 9 visar andelen personer som i enkäten svarat att de upplever lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest efter ålder. Flickor och kvinnor i åldern 16-29 år hade en högre andel som upplevde antingen lätta eller svåra besvär jämfört med andra åldersgrupper. Hälften av alla i den åldersgruppen hade svarat att de hade lätta besvär av ängslan, oro och ångest, medan 23 procent hade angivit att de hade svåra besvär. I denna åldersgrupp var även skillnaden mellan könen som störst, där ångest och oro var 1,6 gånger vanligare bland kvinnor än bland män.



Figur 9. Andel (%) personer som själva anger att de har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, efter kön och ålder.

Not: Figuren visar personer i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du något eller någon av följande besvär eller symptom: ängslan, oro eller ångest?". Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10)

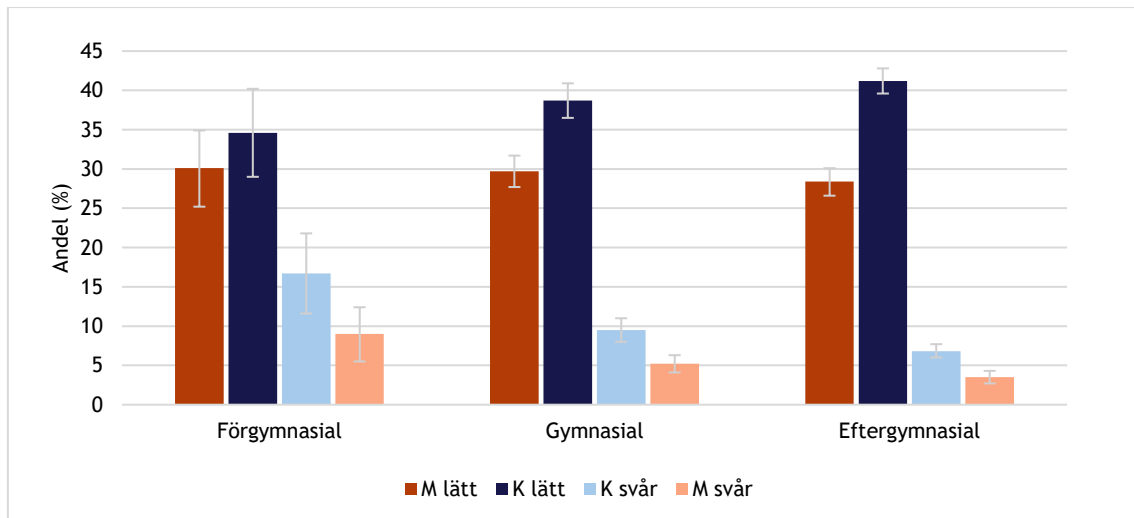
Jämförs olika utbildningsnivåer för personer 25 år och äldre så visar statistiken att det är en större andel av personer med endast förgymnasial utbildning som rapporterar att de under de senaste 12 månaderna fått diagnosen depression av läkare, Figur 10. Däremot är skillnaden marginell mellan personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning.



Figur 10. Andel (%) personer som själva rapporterar att de fått diagnosen depression av läkare under de senaste 12 månaderna, efter kön och utbildningsnivå.

Not: Figuren visar personer (25+ år) i nationella folkhälsoenkäten år 2022 svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan "Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare". Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

För ängslan, oro eller ångest är det drygt hälften av alla kvinnor oavsett utbildningsnivå som angav att de upplevde lätt eller svår ångest. Män har något lägre andel. Det som skiljer kvinnorna åt är att för lätta besvär av ängslan, oro och ångest så ökar det med utbildningsnivå, medan för svåra besvär av ängslan, oro och ångest så minskar det med utbildningsnivå. För män minskar både lätt och svår ångest med högre utbildningsnivå.



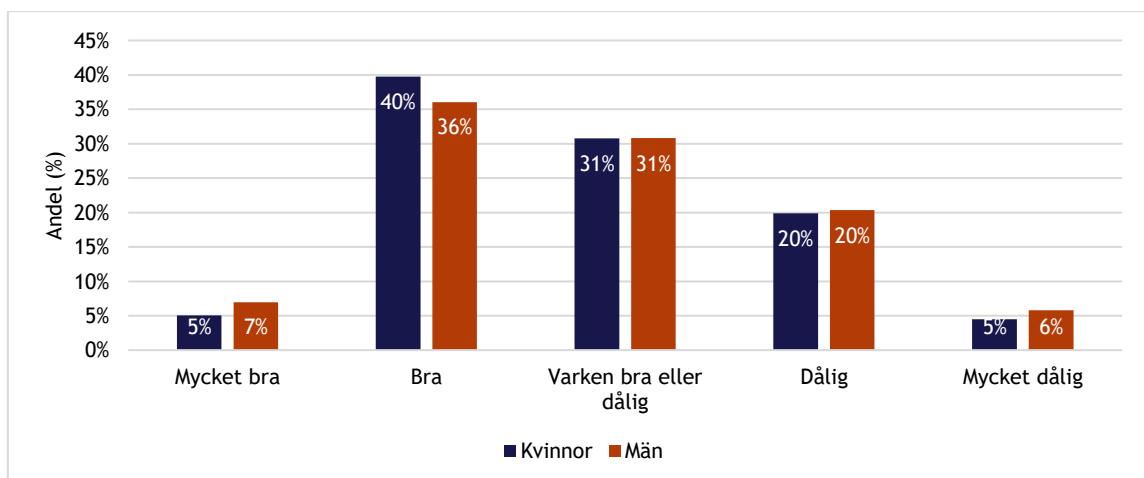
Figur 11. Andel (%) personer som själva anger att de har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, efter kön och utbildningsnivå år 2022.

Not: Figuren visar personer (25+ år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du något eller någon av följande besvär eller symptom: ängslan, oro eller ångest?". Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

Statistiken från Folkhälsoenkäten redovisas också på födelseland (bilaga 3). För grupperna "Sverige", "övrige Europa" och "övrige världen" uppgår andelen kvinnor som själva anger att de fått diagnosen depression av läkare till cirka 4,5 procent, jämfört med cirka 2 procent av männen. Gruppen "övrige Norden" är något högre både för män och kvinnor. I varje geografisk grupp är andelen kvinnor högre än andelen män. Antalet personer i varje grupp kan vara litet vilket innebär att siffrorna ska tolkas med viss försiktighet, vilket också indikeras av konfidsensintervallen.

3.1.3.2 Vård- och omsorgsanalys enkät

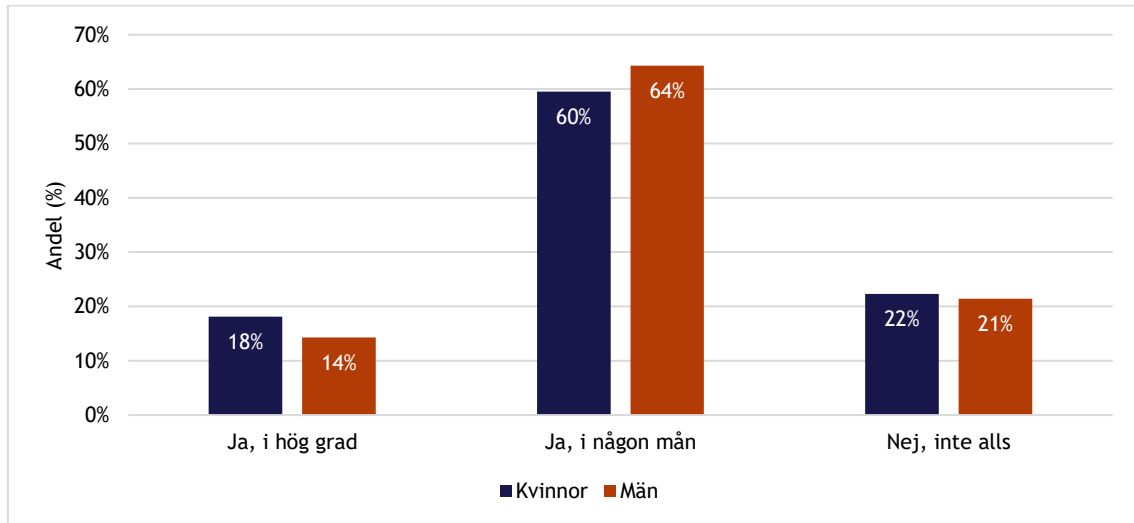
I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes frågan "Hur upplever du din hälsa?". Av de personer som svarat att de haft hälsobesväret eller sjukdomen depression eller ångest under de senaste 12 månaderna, oavsett ålder, är andelen kvinnor respektive män som svarar dåligt eller mycket dåligt ungefär samma.



Figur 12. Upplevd hälsa efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur upplever du din hälsa?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

Som svar på frågan om personen upplevde svårigheter att klara sin vardag på grund av sin depression eller ångest så angav en något högre andel av kvinnorna att de i hög grad hade svårigheter att klara sin vardag (18 procent kvinnor jämfört med 14 procent män). I stället var andelen män som svarat i någon mån något högre.

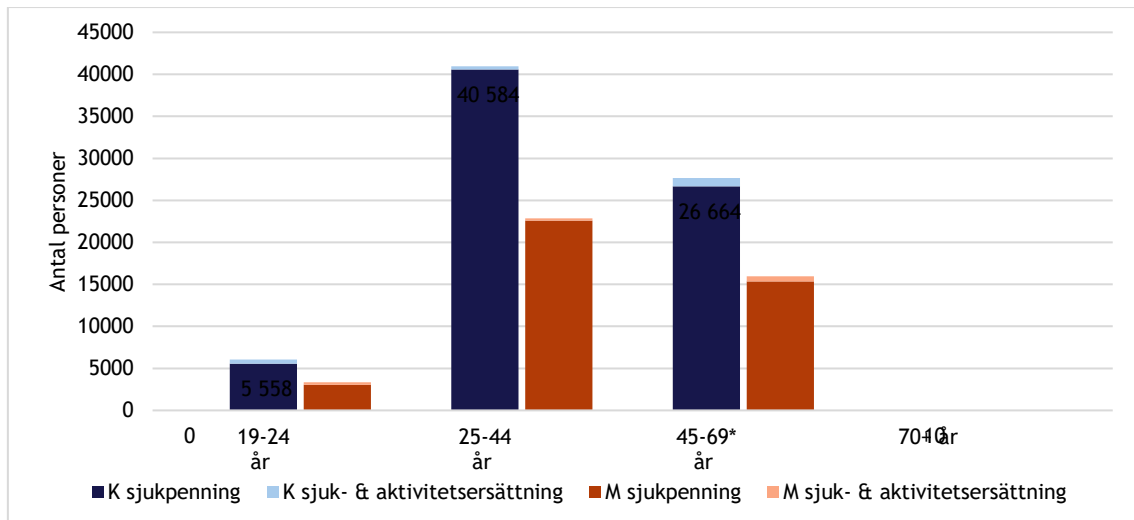


Figur 13. Andel (%) som upplever svårigheter med att klara vardagen, efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Upplever du svårigheter att klara av din vardag på grund av din ångest eller depression?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

3.1.4 Sjukfrånvaro

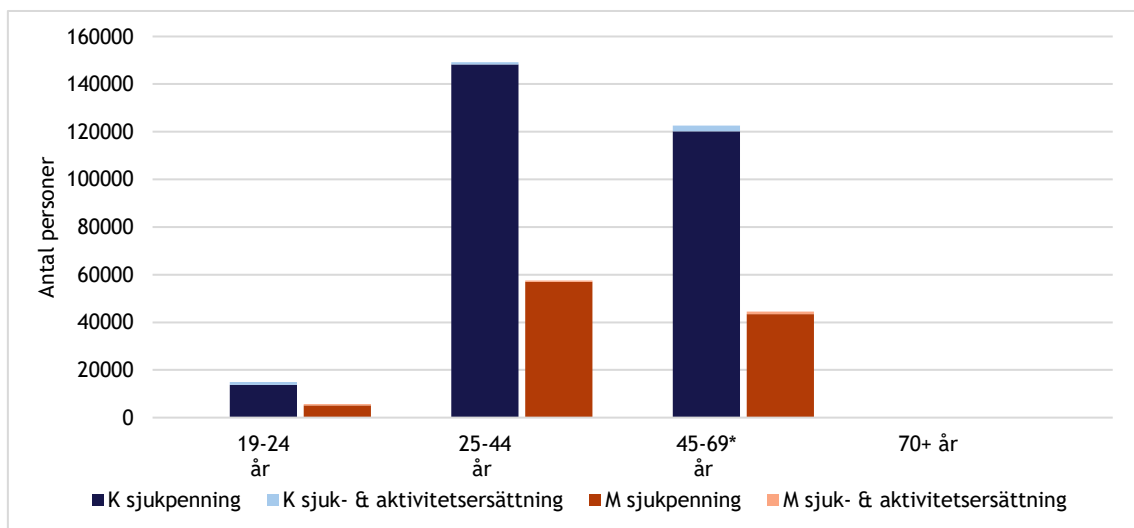
De flesta personer som har ersättning från Försäkringskassan till följd av depression eller ångest får sjukpenning, endast ett mycket litet antal erhåller sjuk- och aktivitetsersättning. Statistik över sjuklön, det vill säga den ersättning som erhålls från arbetsgivaren de första 14 dagarna av en sjukperiod finns inte att tillgå. Försäkringskassans statistik för perioden 2019-2023 (16) visar att fler kvinnor än män är sjukskrivna till följd av depression, i alla åldersgrupper, Figur 14. Den grupp med flest personer sjukskrivna är åldersgruppen 25-44 år, där 40 585 kvinnor har sjukpenning och 361 kvinnor har sjuk- och aktivitetsersättning för perioden 2019-2023. Motsvarande siffror för män i samma åldersgrupp är 22 588 respektive 284 personer. Det ska noteras att åldersgruppen 19-24 år bara täcker sex årskullar, medan de andra omfattar runt 20 årskullar och för den åldersgruppen är det färre som kommit in på arbetsmarknaden.



Figur 14. Antal personer med sjukpenning och med sjuk- och aktivitetsersättning till följd av depression, efter kön och ålder, 2019-2023.

Not: Depression definieras här som ICD F32-F34.1 för sjukpenning och F32-F34 för sjuk- och aktivitetsersättning. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Försäkringskassan (16)

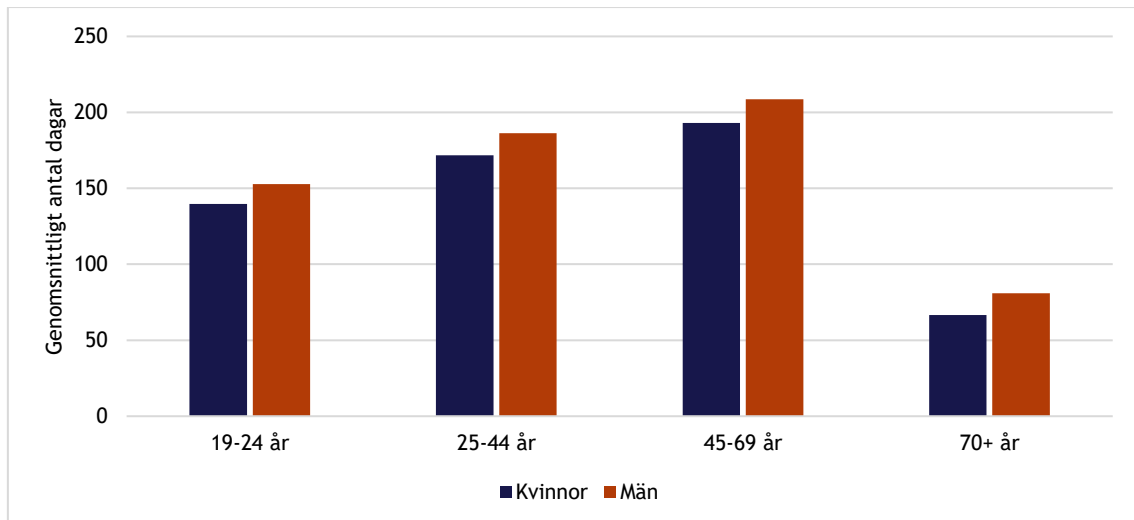
Även för ångest är det flest kvinnor som får ersättning i alla åldersgrupper, och åldersgruppen med störst antal personer med ersättning är 25-44 år. I åldersgruppen har 148 266 kvinnor sjukpenning och 964 kvinnor har sjuk- och aktivitetsersättning. Motsvarande siffror för män i samma åldersgrupp är 56 976 respektive 577 personer. Det ska noteras att åldersgruppen 19-24 år bara täcker sex årskullar, medan de andra omfattar runt 20 årskullar.



Figur 15. Antal personer med sjukpenning och med sjuk- och aktivitetsersättning till följd av ångest, efter kön och ålder, 2019-2023.

Not: Ångest definieras här som F40-F44, F93.0-F93.2 för sjukpenning och F40-F44, F93 för sjuk- och aktivitetsersättning. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Försäkringskassan (16).

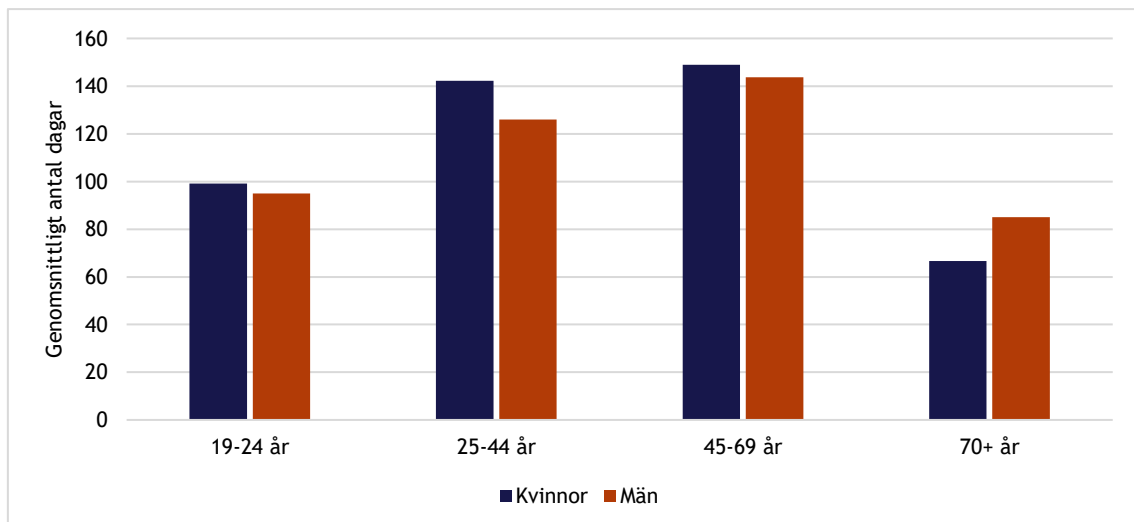
Försäkringskassans data har också beräknats som genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning för åren 2019-2023. För depression ökar antalet genomsnittliga dagar något för varje åldersgrupp, om man bortser från den äldsta (och mycket lilla) åldersgruppen +70 år, Figur 16. Män har något fler dagars sjukpenning i genomsnitt jämfört med kvinnor.



Figur 16. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning till följd av depression, efter kön och ålder, 2019-2023.

Not: Depression definieras här som ICD F32-F34.1. Källa: Försäkringskassan (16).

För ångest ökar antalet genomsnittliga dagar per person något för varje åldersgrupp, om man bortser från den äldsta (och mycket lilla) åldersgruppen +70 år, Figur 17. Kvinnor har något fler dagars sjukpenning i genomsnitt jämfört med män.



Figur 17. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning till följd av ångest, efter kön och ålder, 2019-2023.

Not: Ångest definieras här som F40-F44, F93.0-F93.2. Källa: Försäkringskassan (16).

Försäkringskassans data över genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning har också fördelats på utbildningsnivå och på födelseland, bilaga 3. Både för depression och ångest minskar antalet genomsnittligt antal dagar per person något med utbildningsnivå. Uppdelat på födelseland har män fler genomsnittliga antal sjukpenningdagar än kvinnor för både Sverige, övriga Norden och övriga Europa. För övriga världen så har kvinnorna flest genomsnittligt antal dagar för depression. För ångest är det relativt likartade resultat både mellan kön och födelseland, som mest 147 dagar för kvinnor födda i Sverige och som minst 121 dagar för män födda i övriga världen.

3.2 Vård och behandling

En patients ålder påverkar var i vården man söker vård och behandlas, vid fyllda 18 år anses man som vuxen. För barn och ungdomar finns den så kallade första linjen som är verksamheter som tar emot barn och unga med tidiga tecken på psykiska besvär och psykiatriska, som är lindriga eller måttliga (35). Första linjen får rådgivning av barn- och ungdomspsykiatri, BUP kring exempelvis diagnostik och behandling. Olika regioner utformar första linjen på olika sätt, och kan avse primärvården eller specialistvården (28).

Barn och ungdomar som söker vård för depression eller ångestsyndrom behandlas oftast inom första linjen, medan de unga patienter som bedöms ha en alltför svår problematik för att behandlas i förstalinjen remitteras till barn- och ungdomspsykiatri, BUP (specialistpsykiatri), däribland de barn och ungdomar som behöver behandlas med läkemedel. De flesta vuxna med symtom på depression eller med ångestsyndrom behandlas inom primärvården, och svårare fall inom specialistpsykiatri (23).

Regeringen har uppmärksammat att tillgängligheten till den specialiserade psykiatri är låg och att det finns skillnad i tillgänglighet och produktivitet, både mellan regioner och mellan kliniker inom samma region. Därför lämnade regeringen i augusti 2024 ett uppdrag till Socialstyrelsen att lämna förslag på hur nationella utvecklingsteam skulle kunna utformas och användas för att stötta regioner och verksamheter inom den specialiserade psykiatri. Dessa team skulle ge verksamhetsnära stöd så att barn, unga och vuxna med psykisk ohälsa skulle få vård i tid, och att vården ska bli jämlik i hela Sverige (36).

3.2.1 Kunskapsstöd

För depression och ångest finns dels Socialstyrelsens nationella riktlinjer (22), dels ett nationellt vård- och insatsprogram, VIP (31). Dessutom finns ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för depression hos vuxna (37). Både VIP och vårdförlopp har tagits fram av det nationella programområdet för psykisk hälsa. På 1177 för vårdpersonal finns också kliniskt kunskapsstöd för primärvården dels för depression (38), dels för ångestsyndrom (39).

3.2.1.1 Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen publicerade de första nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom år 2010. År 2017 gjordes en revidering, år 2019 gjordes en utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom och år 2020 en mindre översyn. Nuvarande version av riktlinjerna publicerades år 2021 (22).

I de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom listas ett stort antal rekommendationer riktat till de som beslutar om utbud och resurser inom hälso- och sjukvården. För att ge ett urval av exempel listas här de centrala rekommendationerna för depression och ångest som ges prio 1 i de nationella riktlinjerna under de olika rubrikerna:

Utredning och omhändertagande vid depression eller ångestsyndrom

Eftersom depression och ångestsyndrom är mycket vanliga och de flesta söker vård inom primärvården, elevhälsan o.s.v. är det av stor vikt att dessa vårdinstanser är lätta att nå fram till och att de har möjlighet att bedöma och utreda personerna.

- Hög tillgänglighet till en primärbedömning av vårdbehov
- Aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt

- Somatisk anamnes och undersökning samt relevant utredning
- Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Behandling vid egentlig depression hos vuxna

Beroende på depressionens svårighetsgrad, lindrig, måttlig eller svår, så påverkar det vilken behandling som är mest lämplig för personen. Behandling kan vara psykologisk behandling och/eller olika typer av läkemedel eller elbehandling (ECT) vid svår egentlig depression.

- ECT (elbehandling) till vuxna med svår egentlig depression
- Behandling med antidepressiva till vuxna med svår egentlig depression
- Återfallsförebyggande behandling med antidepressiva till vuxna efter recidiverande episod av egentlig depression som uppnått remission

Behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar

Depression hos barn och unga är vanlig och kan leda till problem i skolan, hemma och med kompisar etc. Det är därför extra viktigt för unga med tidig diagnostik och behandling, så att risken för andra problem i framtiden minskar. För lindrig depression kan psykopedagogisk behandling vara tillräcklig (prio 2). Räcker inte det finns annan psykologisk behandling, till exempel KBT (prio 2) eller antidepressiva läkemedel vid medelsvår till svår egentlig depression (prio 2). För svåra symtom och efter puberteten kan elbehandling vara aktuell (prio 1).

- ECT (elbehandling) till ungdomar efter pubertetsdebut med svår depression och psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens

Behandling vid ångestsyndrom hos vuxna

Behandling mot olika typer av ångest, till exempel generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom och social fobi är viktigt eftersom det annars riskeras att försämrats. Typ av ångest påverkar val av behandling, till exempel KBT eller i vissa fall läkemedel, vilket också ger dem olika prioritering.

- KBT med exponering och responsprevention till vuxna med tvångssyndrom

Behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar

Liksom för vuxna påverkar typ av ångest vilken behandling som väljs. Behandling kan vara KBT eller i vissa fall läkemedel, och dessa ges olika prio vid olika ångesttyper.

- KBT med exponering och responsprevention till barn och ungdomar med tvångssyndrom

3.2.1.2 Nationella vård- och insatsprogram

Det nationella vård- och insatsprogrammet, VIP för Depression och ångestsyndrom, är ett kunskapsstöd som täcker både främjande av psykisk hälsa, primärvård och högspecialiserad vård för barn, unga, vuxna och äldre. VIP riktar sig till de som är verksamma inom psykiatri, primärvård, socialtjänst och skola. Det är en nationell arbetsgrupp, NAG som tagit fram VIP, inom ramen för Nationellt programområde, NPO psykisk hälsa som i sin tur är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning (40).

I programmet för Depression och ångestsyndrom finns samlad kunskap och information uppdelat på tio kapitel: Nivå och process (ex. vem som behandlas av vilken utförare), Om tillståndet, Tidiga tecken och upptäckt, Förebyggande insatser, Kartläggning och utredning (d.v.s.

diagnos), Behandling och stöd, Kommunikation och delaktighet, Uppföljning på individnivå, Uppföljning på verksamhetsnivå, Lagar och regler. Beroende på vilken yrkesroll man har och på var man arbetar så kan man välja de delar som är relevanta.

I avsnittet förebyggande insatser framgår att skolan har en roll att förebygga psykisk ohälsa vilket kan ske genom samverkan, program och systematiskt kvalitetsarbete. Det framhålls att elevhälsan är en resurs i detta arbete, och att all personal och elever bör vara delaktiga i arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser (23).

3.2.1.3 Vårdförloppet för depression hos vuxna

Nationella arbetsgruppen, NAG har tagit fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för depression hos vuxna (d.v.s. från 18 år), inom ramen för Nationellt programområde, NPO psykisk hälsa som i sin tur är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning (30).

I vårdförloppet beskrivs att barn och ungdomar inte inkluderas på grund att de delvis har ett annat vårdbehov och det är även en annan vårdstruktur. Vårdförloppet har fokus på primärvården eftersom flest patienter får sin vård där. Vårdförloppet har som övergripande mål att vuxna med depression snabbt ska få tillgång till en strukturerad bedömning, diagnos och behandling och att de blir återställda. Det beskrivs också att detta ska ske enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Vårdförloppet beskriver hur patienten ska omhändertas i olika steg och startar när en vuxen patient har en misstänkt depression och avslutas när patienten blivit frisk eller övergår till specialiserad psykiatrisk vård. Huvudstegen är klinisk bedömning, behandling och utvärdering. Ett flödesschema med översikt över åtgärderna i vårdprogrammet finns i bilaga 3.

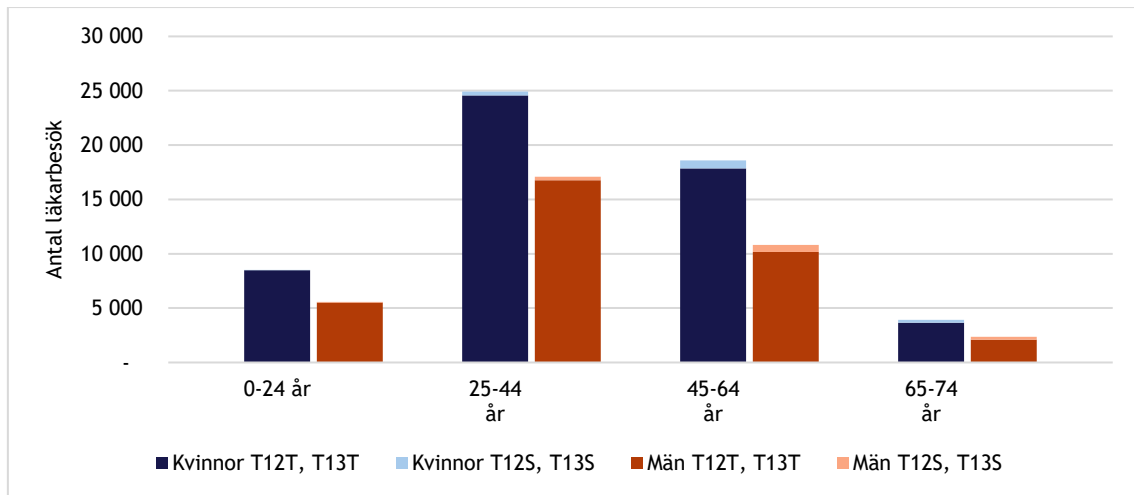
3.2.2 Vårdkonsumtion¹

Antalet barn och unga som har psykiska besvär har ökat över tid. Antalet barn och unga som finns i öppenvården på BUP, oavsett diagnos, har ökat med 39 procent, från 119 454 personer år 2017 till 166 091 personer år 2023. Under samma period ökade antalet besök med 32 procent (41).

Enligt statistik från KPP-databasen (SKR) för år 2022 registrerades totalt 154 142 besök av typen "T12Q: Besök för förstämningssyndrom <60 ej komplicerad öppenvård". Av dessa besök gjordes 66 procent av kvinnor, och medelåldern var 30 år. Totalkostnaden för dessa besök uppgick till 584 miljoner kronor, med en genomsnittlig kostnad på 3 700 kronor per besök (14). För de knappt 9 000 besök som rörde komplicerad öppenvård vid förstämningssymtom hos personer under 60 år (DRG: T12P) var medelåldern något högre, 34 år, och andelen kvinnor något lägre, 61 procent. Totalkostnaden för dessa besök var 34 miljoner kronor, med en genomsnittlig kostnad på 3 800 kronor per besök (14).

Statistik från KPP-databasen över primärvårdsbesök visar att flest besök för övriga förstämningssyndrom görs av kvinnor i åldern 25-44 år. För icke-komplicerad vård av övriga förstämningssyndrom (DRG: T12T och T13T) gjordes fler besök av kvinnor för samtliga åldersgrupper. Figur 18 visar antalet vårdbesök i primärvården år 2022 efter kön och ålder.

¹ Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård, under rubriken "Sjukdomsbörda" kan också ses som en spegling av vårdkonsumtion.

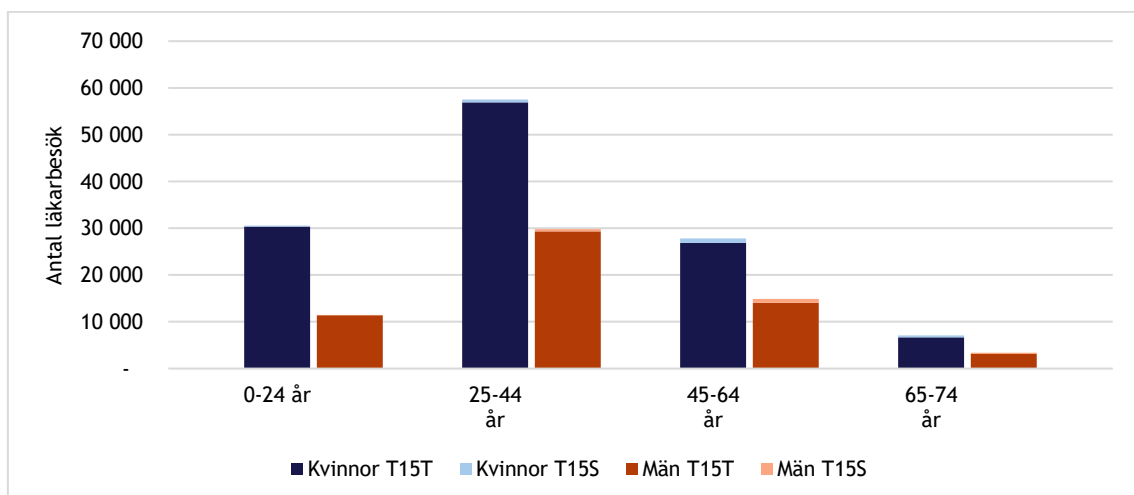


Figur 18. Antal läkarbesök i primärvården för övriga förstämningssyndrom, efter kön och ålder år 2022.

Not: Statistik för åldern 0-44 år kommer från DRG: T12T Övriga förstämningssyndrom, <60 år, ej komplicerad primärvård och T12S Övriga förstämningssyndrom <60år, komplicerad primärvård. Statistik för personer i åldern 65+ år kommer från DRG: T13T: Övriga förstämningssyndrom, >59 år, ej komplicerad primärvård och T13S Övriga förstämningssyndrom <59 år, komplicerad primärvård. Källa: KPP-databasen, SKR (14).

Enligt statistik från KPP-databasen (SKR) år 2022 registrerades 178 514 besök av typen "T15Q: Besök vid ångestsyndrom, ej komplicerat öppenvård". Av dessa besök gjordes 71 procent av kvinnor, och medelåldern bland de besökande var 29 år. Totalkostnaden för dessa besök under 2022 var 668 miljoner kr och snittkostnaden per besök 3 700 kr. Av besöken för komplicerad öppenvård vid ångestsyndrom (DRG: T15B) var snittåldern något högre, 36 år, och andelen kvinnor något lägre (59 procent). Totalkostnaden för dessa besök av 35 miljoner kr 2022 och snittkostnaden 3 600 kr (14).

Statistik från KPP-databasen över primärvården visar att flest besök för ångestsyndrom görs av kvinnor i åldern 25-44 år. I samtliga åldersgrupper gjordes fler besök av kvinnor jämfört med män. Figur 19 visar antalet vårdbesök i primärvården år 2022 efter kön och ålder.

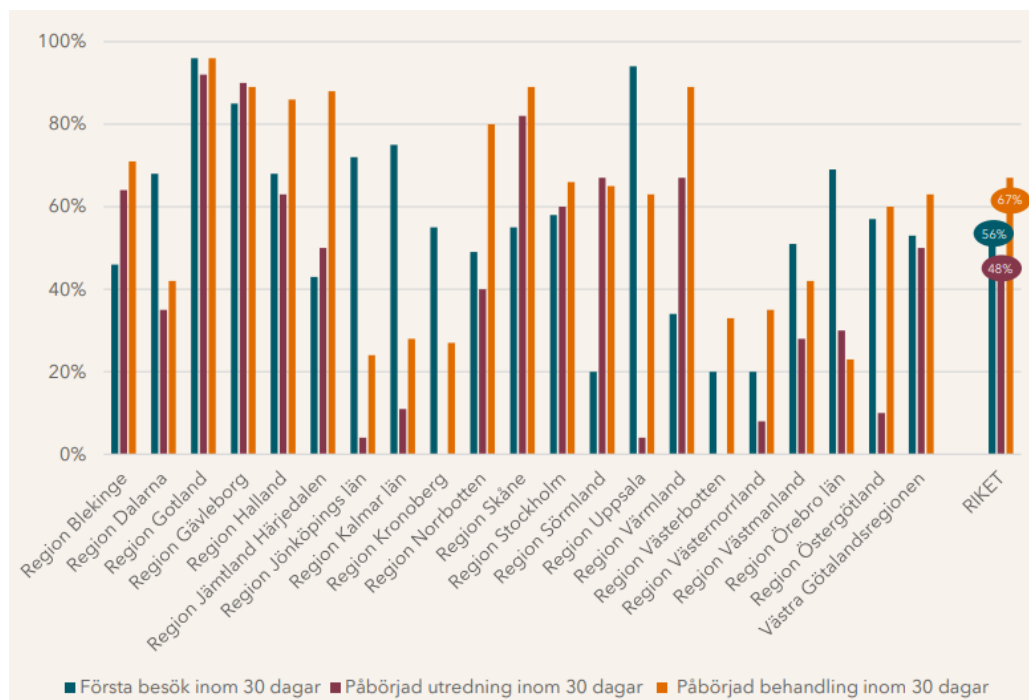


Figur 19. Antal läkarbesök i primärvården för ångestsyndrom, efter kön och ålder år 2022.

Not: DRG: T15T ångestsyndrom, ej komplicerad primärvård. T15S ångestsyndrom, komplicerad primärvård. Källa: KPP-databasen, SKR (14).

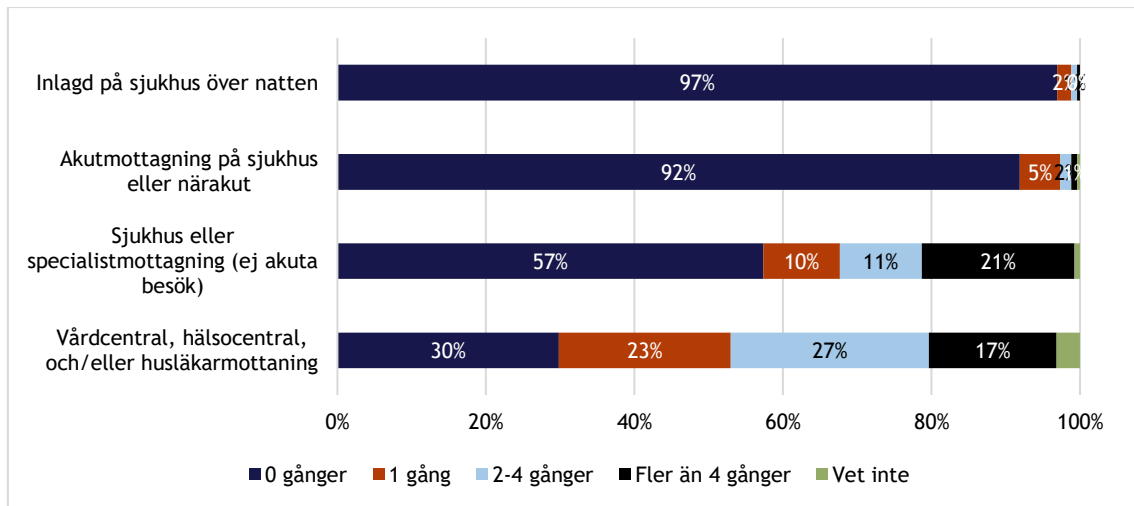
Psykiatri i siffror visar statistik över antalet barn och unga mellan 7-17 år som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri av någon orsak. Runt 10 procent i åldrarna 7 till 17 år besökte BUP:s öppenvård under 2023. Mellan år 2017 och 2023 ökade antalet patienter inom BUP:s öppenvård med 35 procent, mest bland flickor 13-17 år där nära 1 av 6 flickor i åldrarna hade en vårdkontakt på BUP. Enligt vårdgarantin för BUP är målet att få en första bedömning vid BUP inom 30 dagar, och ytterligare 30 dagar för en fördjupad utredning eller behandling. Andelen av regioner som når detta varierar stort, från 20 procent till 96 procent, med ett snitt på 56 procent, Figur 20. Inom 90 dagar hade nästan 90 procent fått ett första besök år 2023. Prioriteringen av vården görs utifrån symptomens allvarlighetsgrad, risk för funktionsnedsättning och socialt sammanhang (42).

I granskningar som gjorts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnderna (PAN) framkommer att konsekvenser av väntetiderna kan leda till att tillståndet för barnen försämras. I värsta fall leder utebliven vård och uppföljning till att barn har utfört försök till självmord eller till och med begått självmord (43). Även för unga vuxna (18-29 år) framkommer svårigheter och missnöje i kontakt med psykiatri, framför allt övergången mellan BUP och vuxenpsykiatri, långa väntetider och vårdpersonalens bemötande (44).



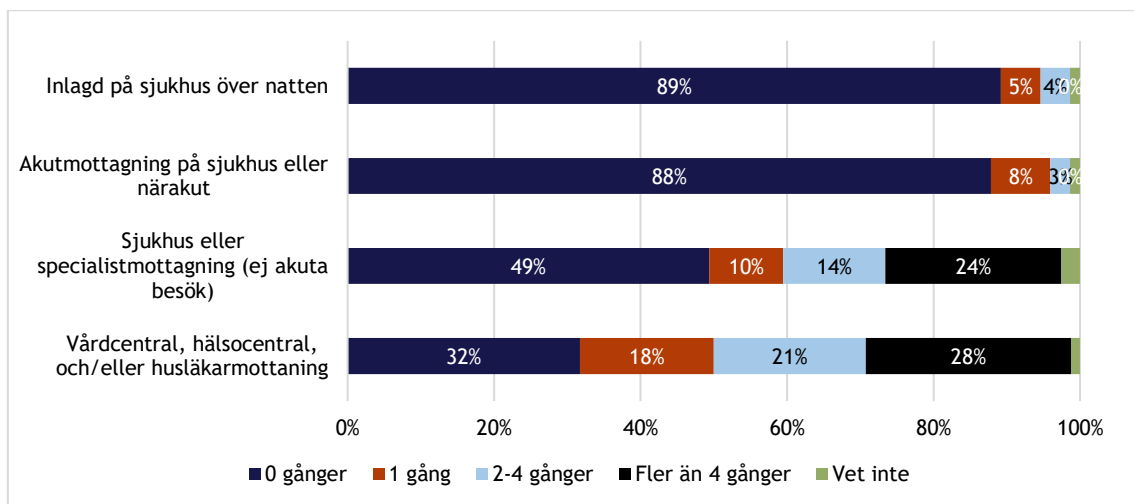
Figur 20. Andel patienter med ett första besök inom BUP:s öppenvård inom 30 dagar från vårdbegäran, år 2023. (42)

I Vård- och omsorgsanalys enkät angav 65 procent av kvinnorna (348 av 536) och 53 procent av männen (92 av 172) att de besökt vården till följd av sin diagnos för depression eller ångest under de senaste 12 månaderna (samtliga svarande, 18 år eller äldre). I enkäten ställdes även frågan om hur många gånger personen för egen del besökt olika typer av vårdinrättningar med anledning av sin ångest eller depression under de senaste 12 månaderna. För alla typer av vårdinrättningar, utom primärvård, angav en större andel män att de besökt dessa se Figur 21 och Figur 22. Bland män svarade 11 procent att de varit inlagda på sjukhus över natten, medan endast 3 procent av kvinnorna svarade att de varit inlagda. För akutbesök svarade 12 procent av män och 8 procent av kvinnor att de hade haft dessa, för sjukhus eller specialistmottagning angav 51 procent av män och 43 procent av kvinnorna att de besökt dessa.



Figur 21. Vårdkonsumtion för kvinnor med ångest och eller depression.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din ångest och eller depression?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 22. Vårdkonsumtion för män med ångest och eller depression.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din ångest och eller depression?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

3.2.3 Intervju med professionsrepresentant

I intervjun med professionsrepresentant lyftes att en utmaning är tillgänglighet och låg produktivitet, och att detta även framgår från bland annat Psykiatri i siffror och socialministerns uttalanden. Inom barn- och ungdomspsykiatri beskrivs att det i vissa fall är årslånga väntetider. Från barnets perspektiv är ett år mycket lång tid. Professionsrepresentanten pekade på att statistiken visar på regionala skillnader kring tillgänglighet. I detta sammanhang nämndes också utmaningen kring tillgänglighet på landsbygden där det kan vara långt till mottagningar, och att det kan finnas vinster med att använda större andel digitala vårdmöten, men det förutsätter, enligt professionsrepresentanten, att det ersätts inom ramen för vårdavtalen.

En annan utmaning som nämndes var att man riskerar att medikalisera normala psykologiska funktioner och ibland sjukdomsförklarar vad som kan vara en normal variation i mående. Professionsrepresentanten ansåg att det är viktigt att det finns en kunskap och förståelse hos unga att både nedstämdhet och oro i viss grad och under kortare perioder är en naturlig reaktion på vissa händelser i livet. Nedstämdhet eller oro ska dock inte vara så påtaglig att den påverkar och inskränker att delta i det vardagliga livet. Representanten beskriver också att flickor söker vård i större utsträckning än pojkar, och att stigmat kring psykiatriska besvär har minskat. Det beskrevs dock att det kan finnas en risk att pojkar söker vård för sent och att vården borde kommit i kontakt med dem tidigare. Under intervjun reflekterade professionsrepresentanten kring att även sociala medier kan vara en utmaning. Genom att de presenterar en orealistisk bild kring vad det är att vara människa kan det skapa en prestationsångest och påverka den psykiska hälsan negativt, framför allt för unga tjejer.

En insats eller lösning på både tillgänglighet och att många unga mår sämre idag, som presenterades av professionsrepresentanten, skulle kunna vara att elevhälsan tar ett större ansvar kring området psykisk hälsa. Elevhälsan har idag inte ett sjukvårdsuppdrag, men det kanske kan finnas ett värde att utveckla. Professionsrepresentanten beskriver att genom en större differentiering av vården med fler ”nivåer”, så skulle elevhälsan eller primärvården/ första linjen kunna ha en större roll i arbetet kring psykisk (o)hälsa och ta hand om de personer som har mindre allvarligt tillstånd. Specialistpsykiatrin, det vill säga barn- och ungdomspsykiatrin kan då fokusera på det mer svårt sjuka.

Alla barn och ungdomar finns i skolan och där finns också elevhälsa. Skolan kan därmed dels fånga upp barn i riskzonen som verkligen behöver hjälp och ge dem ett initialt stöd och vid behov lotsa dem vidare till mer omfattande stöd, dels kanskan fylla en funktion i att utbilda i vad som är ett normalt psykiskt mående och arbeta förebyggande med alla elever kring psykisk hälsa.

Professionsrepresentanten föreslog också att en bidragande lösning på utmaningen kring tillgänglighet är att i större utsträckning följa upp effekten av olika behandlingar. Med uppföljande statistik inom psykiatrin kring förbättrat mående efter behandling, skulle det vara enklare att följa i vilken utsträckning som vården bidrar till att förbättra måendet. Det beskrivs att det inom psykiatrin främst följs upp processmått, exempelvis hur många vårdplaner eller besök som gjorts, men att det vore värdefullt att även mer följa resultatmått kring vad behandlingen lett till för måendet. Detta skulle också kunna användas i samtalet med patienten och därmed involvera patienten mer i sin vård.

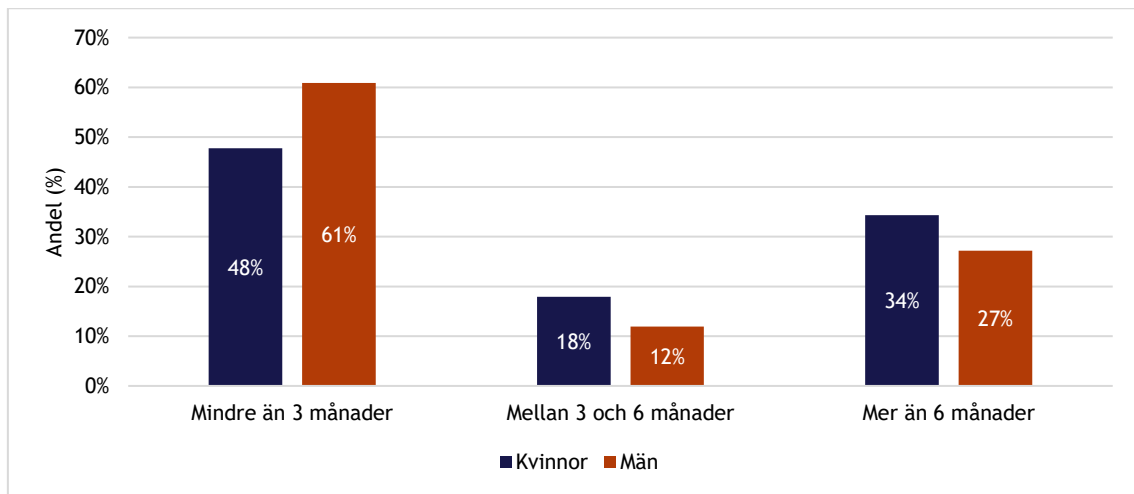
3.3 Upplevelser av vården

I SKR:s vårdförlopp för depression hos vuxna framgår ett antal utmaningar som baseras på patienters och närståendes erfarenheter. Vårdförloppet är utformat för att bidra till att minska dessa utmaningar. Bland utmaningarna som nämns, se bilaga 3, finns bristande tillgänglighet avseende väntetid till första besök och att överhuvudtaget få kontakt med vårdcentralen. En annan utmaning var dåligt bemötande genom att patienten inte kände sig lyssnad till, delaktig eller tagen på allvar, eller att det fattades ett helhetsperspektiv. Även bristfällig utredning, och otillräcklig delaktighet, information, planering, behandling och samordning har lyfts (30).

3.3.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

I Vård- och omsorgsanalys enkät framkommer att en större andel män fick sin diagnos inom tre månader än kvinnor, figur 23. Bland män fick 61 procent sin diagnos på mindre än 3 månader,

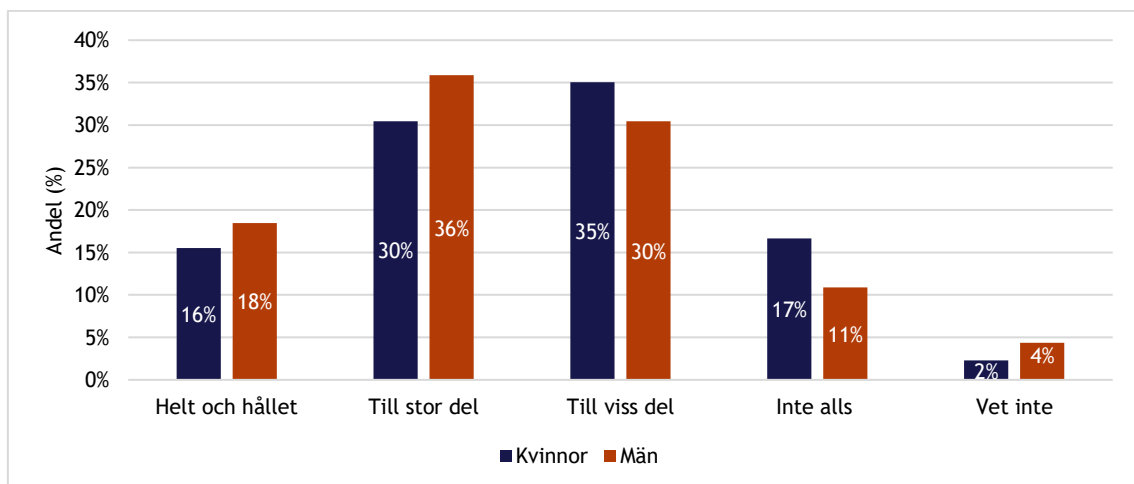
medan motsvarande siffra kvinnor var 48 procent. I enkäten framkom också att en något högre andel kvinnor (39 procent) än män (33 procent) hade avstått från att söka vård bland dem som inte hade fått sjukvård under de senaste 12 månaderna².



Figur 23. Tidsperiod (i månader) från första vårdkontakt till erhållen ångest- och eller depressionsdiagnos.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur lång tid tog det från att du först tog kontakt med vården tills du fick din diagnos?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

En större andel kvinnor än män angav att de "inte alls" fått den vård de behövt för sin ångest eller depression, 17 procent jämfört med 11 procent. Bland de som svarade att de "helt och hållet" fått den vård de behövt var männen något fler (18 procent män respektive 16 procent kvinnor), se Figur 24.

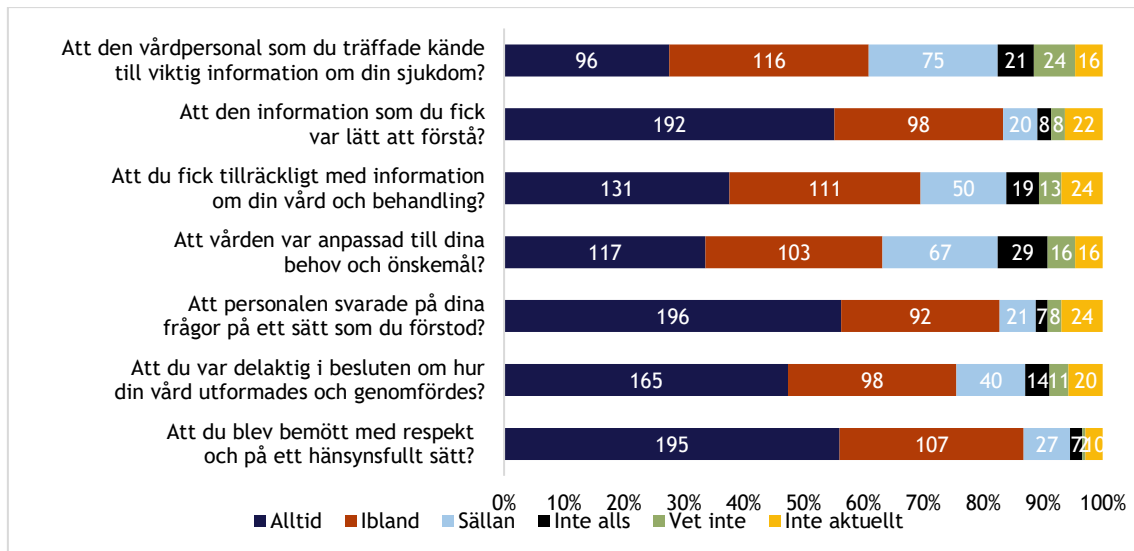


Figur 24. Andel (%) som upplever att de fått den vård de behövt för sin ångest och eller depression.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, tycker du att du har fått den vård du har behövt för din ångest och eller depression?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

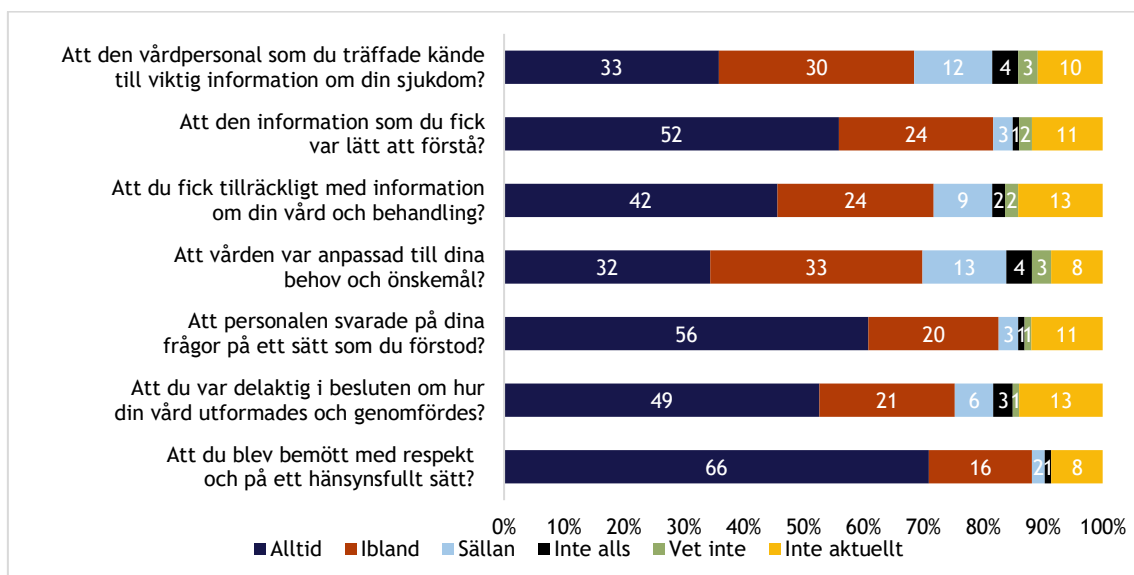
² Programmeringen av enkäten innebär att endast de respondenter som fått sjukvård under de senaste 12 månaderna fick denna fråga.

I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes frågan "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din depression eller ångest?". Från Figur 25 och Figur 26 kan utläsas att bland kvinnorna angav 56 procent att de i kontakt med vården alltid blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, motsvarande siffra för män var 71 procent. Av den information som gavs i kontakt med vården svarade 55 procent av kvinnorna att den alltid var lätt att förstå och 28 procent att den ibland var lätt att förstå. För män svarade 56 procent att den alltid var lätt att förstå och 26 procent att den ibland var lätt att förstå.



Figur 25. Kvinnors upplevelse av vården för ångest och depression.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din ångest och depression?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 26. Mäns upplevelse av vården för ångest och depression-

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din ångest och depression?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

3.3.2 Intervju med patientrepresentant

I intervju med patientrepresentanter beskrevs att en utmaning är att många som söker hjälp för depression och ångest upplever att de får ett dåligt bemötande där de inte känner sig hörda i det de säger. Detta gäller både öppenvård och slutenvård. De beskriver att det inte brister i kunskap utan i bemötande, och att det kan saknas en medmänsklighet. Bemötanden kunde också innebära generaliseringar kring kön, att tjejer och kvinnor är känsliga och känslostyrda och att de beskrivna känslorna och måendet därmed inte tas på fullt allvar. En tjej som gråter är vardag, medan en kille som gråter tas på allvar. I bemötandet ligger att behandlaren lyssnar på patienten och kontrollerar om den har förstått patientens beskrivning korrekt. Patientrepresentanterna beskrev hur de personer som söker hjälp hos Tilia återberättat att de ofta upplevt sig hårt och kallt bemötta inom akutpsykiatri. Patientrepresentanterna betonar att de inte varit med i behandlingsrummet och att det självklart är läkaren som beslutar om vård, men att bemötandet mellan patient och behandlare måste vara kantat av respekt och möjligheten att bli heard.

En annan utmaning som lyftes var tillgänglighet, och att de olika nivåerna skolhälsa, första linjen, BUP och specialistvården var alltför specialiserade i stuprör. I intervjun beskrevs hur elevhälsan tycks fokusera på elever som har svårt att nå skolans måluppfyllelse kring betyg och kunskap, men att de elever som når måluppfyllelsen men ändå mår psykiskt dåligt glöms eller prioriteras bort. På ungdomsmottagningar kan det vara ett hinder att få hjälp om du har en psykiatrisk diagnos, medan på vårdcentralen begränsas ofta samtalsstöd till ett standardupplägg med tio samtal. Patienter som inte passar precis i den formen bollar runt. Patientrepresentanterna beskriver också att patienter kan uppleva att det hela tiden krävs lite mer för att få hjälp, att de behöver vara lite mer deprimerade, ha lite mer ångest eller vid anorexia väga lite mindre. Tröskeln att få komma in upplevs som ett hinder och att personen inte känner att de kan komma över tröskeln och få vård.

Patientrepresentanterna bedömde att det sannolikt fanns vissa skillnader i psykisk ohälsa stad eller landsbygd, och även kultur/födelseland. Det kan finnas mer av tabun kring psykisk ohälsa i vissa grupper. Patientrepresentanterna beskrev hur de vid besök för att prata psykisk ohälsa med ungdomar på landsbygd kom färre frågor från publiken och att ungdomarna inte verkade våga sig visa intresserade av frågorna, jämfört med när man har samma typ av besök i större städer. Vid intervjun beskrevs också att för landsbygd och glesbygd kan finna sen känsla av att känna sig bortvald, det satsas inget där och det blir en otillräcklig tillgång till vård. En lösning och en fördel skulle kunna vara digitala besök eftersom det kan nå hela landet. Men ett uttalat vårdkopplat problem är tillgänglighet.

Det efterlystes en större flexibilitet för att kunna möta patienten, och det skulle vara mindre styrt av sjukvårdens strikta mallar och kriterier i vårdmötet. Det blir mer mallar, manualbaserat, standardisering, centralisering och löpande band, men mindre medmänskligt och mindre av att bygga den tillitsfulla relationen mellan patient och behandlare. Patienten kan uppleva att man måste uppfylla olika stereotypa symtom, men man tappar det mänskliga där en patient kanske överlappar flera symtom och diagnoser. Patientrepresentanterna beskrev att personal tycks hänvisa mer till medicin än samtal, och hur vissa patienter beskrivit hur de känner en stress när de närmar sig de tio stödsamtal som omfattas enligt mallen. Detta beskrevs kunna leda till att patienter kan känna att de behöver göra sig sämre inför sista samtalet. En del patienter verkade också ha svårt att förstå sin vårdplan, varför en viss insats beslutats eller vad som kommer hända i nästa steg. En förklaring och tydlighet hade kunnat ge en ökad trygghet.

Patientrepresentanterna beskrev hur personer som söker stöd hos dem behöver bli sedda, och få ett varmt och medmänskligt bemötande. Under intervjun beskrevs hur en person försökt få hjälp på olika instanser som vårdcentral, skola och slutligen psykakuten, men inte fått stöd. En person på akuten hade lämnat en informationslapp om att hjälpverksamheten Tilia fanns, och bara genom att sedan läsa Tiliyas hemsidas blogginlägg och informationen där så hade personen upplevt en känsla av sammanhang, samhörighet och ett hopp.

I intervjun beskrev patientrepresentanterna ett danskt hjälpcenter för unga mellan 12-25 år, som tillhandahåller gratis samtal med volontärer. Där är ingen väntetid utan man kan ringa, chatta eller gå direkt in på ett av de fysiska centren.³ En önskan vore att det fanns något motsvarande i Sverige, som ett "Psykisk hälsa- hus" med olika nivåer av stöd medbemanning, värme och ett gott bemötandet. Ett Psykisk hälsa-hus beskrevs kunna vara utformat som att man alltid möts av någon, en medmänniska som är en volontär, som fått utbildning i bemötande. För de personer som behöver mer omfattande stöd skulle det i samma byggnad finnas tillgång till professionen, såsom psykolog, läkare etc. Tanken med att volontärer som är där för att lyssna också kan vara ett komplement emellan själva behandlingstillfällena. Patientrepresentanterna betonade i intervjun helheten för personen både före, under och efter behandling. Det upplevdes att det finns ett gap mellan det förebyggande och själva vårdbehandlingen, och att man behöver koppla ihop dessa. Även en utslussning är viktig att ta i beaktande, och att man inte bara släpps ut efter exempelvis de tio föreskrivna stödsamtalen. För de patienter där tio samtal var tillräckligt går det bra, men psykisk ohälsa ser olika ut och patienter har olika behov. Det är viktigt att prata om helheten, och att vården inte sker i stuprör.

3.4 Sammanfattning och analys

Hur tar sig sjukdomsbördan uttryck?

Flickor och unga kvinnor i åldrarna 10-24 år har större sjukdomsbörda kopplad till depression och ångest än män enligt alla de mått som redovisas i rapporten. Flickor och unga kvinnor förlorade 2,6 gånger fler funktionsjusterade levnadsår, DALYs (disability adjusted life years) per 100 000 invånare på grund av depression än pojkar och unga män (1378 kvinnor jämfört med 530 män) år 2021 enligt Global Burden of Disease mätningar. För ångest var skillnaden mellan könen något mindre och flickor och unga kvinnor hade 1,76 gånger fler förlorade DALYs per 100 000 invånare än pojkar och unga männen (1260 kvinnor jämfört med 717 män). Den relativa skillnaden i förlorade DALYs på grund av depression var som störst mellan könen i den yngsta åldersgruppen medan den absoluta skillnaden, det vill säga faktiskt antal DALYs var störst i åldersgruppen 25-44 år där både kvinnor och män hade högst antal förlorade DALYs av alla studerade åldersgrupper.

Dessa resultat stämmer med statistik över självrapporterad hälsa i Folkhälsomyndighetens statistik där 3,15 gånger fler flickor och unga kvinnor angav att de har depression (6,3 jämfört med 2,0 procent) och 2,46 gånger fler angav svår nedstämdhet, oro och ångest (22,6 jämfört med 9,2 procent) än vad män gjorde. Ungefär lika stor andel av båda könen med depression och/eller ångest angav att de i hög grad har svårt att klara sin vardag (18,0 procent jämfört med 14,0 procent). Detta tyder på att det är vanligare med dessa diagnoser hos flickor och

³ <https://headspace.dk/hvad-er-headspace/>

kvinnor, men för de individer som har diagnoserna så är svårighetsgraden liknande mellan könen.

Sjukdomsbörda tycks vara större bland personer med lägre utbildning. Depression och svår ångest i gruppen kvinnor rapporterades av en större andel med bara förgymnasial utbildning än med eftergymnasial utbildning. Däremot angav en större andel med eftergymnasial utbildning besvär av lindrig ångest än de med förgymnasial utbildning. En möjlig bidragande orsak till kopplingen till utbildning (och därmed socioekonomi) är att det påverkar vilken typ av arbete och levnadsvanor en person får. Detta kan i sin tur påverka sannolikheten och symtomen för depression och ångest.

På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?

Vårdkonsumtionen speglar mönstret att flickor och unga kvinnor har en större börda, genom att den gruppen utgör en större andel av vårdbesöken till följd av depression och ångest. För depression var det 2,8 gånger fler kvinnor än män (1,4 procent jämfört med 0,5 procent) inom sluten och/eller specialiserad öppenvård, och för ångest var det 2,0 fler kvinnor än män (3,0 procent jämfört med 1,5 procent). Över de senaste tio åren har det för flickor i åldern 10-24 år skett en ökning av antal patienter per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård, som inte skett för pojkar och unga män. En möjlig delförklaring till ökningen av depression och ångest i gruppen flickor och kvinnor kan vara ökad stress i samhället som i sin tur ökar förekomsten av denna typ av symtom i samhället. För unga har en studie av Karolinska Institutet i samarbete med Nationellt centrum för suicidforskning och prevention även funnit att psykiskt mående för flickor är kopplat till ett mer frekvent användande av social media (45).

Även inom primärvården har flickor och unga kvinnor fler besök än pojkar och unga män, för depression har de 1,53 gånger fler besök än pojkar och unga män (8 533 jämfört med 5 560 besök). Motsvarande siffror för ångest är 2,66 gånger fler besök för kvinnor än män (30 539 jämfört med 11 483 besök). För sjukfrånvaro inom åldersgruppen 19-24 år framkommer att 1,80 gånger fler kvinnor än män har sjukfrånvaro för depression (6 067 jämfört med 3 365). För ångest är det 2,62 gånger fler kvinnor (14 969 jämfört med 5 709) Längden på sjukskrivningen är liknande för män och kvinnor, vilket kan spegla att könen i liknande utsträckning angav att de i hög grad hade svårt att klara vardagen vilket redovisades ovan. Mönstret med att kvoten mellan flickor och unga kvinnor respektive pojkar och unga män är högre för ångest än för depression är liknande för besök inom primärvården och för sjukfrånvaron.

I statistiken framgår också att det finns skillnader i vårdkonsumtion mellan regioner. Forskning och annan uppföljning med data från kvalitetsregister och hälsodataregister kan bidra till att lyfta fram och peka på omotiverade skillnader mellan regioner i vårdkonsumtion. Detta som ett första steg och som underlag för att se över vilka insatser som skulle kunna bidra till minskade skillnader. Från intervjumaterial framkom från både professions- och patientrepresentant att digitala vårdbesök skulle kunna vara ett komplement för glesbygdsområden att öka tillgängligheten.

Hur upplever flickor och kvinnor vården?

I upplevelsen av vård som besvarats i Vård- och omsorgsanalys enkät är det en mindre andel av kvinnorna som grupp, ej åldersuppdelat, som anser att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, 56 procent av kvinnorna jämfört med 71 procent av männen. Det framgår också att en större andel av männen får diagnos inom tre månader från första vårdkontakt, 61 procent av männen jämfört med 48 procent av kvinnorna. Frågan om bemötande betonades också i intervjun där patientrepresentanter beskrev att bemötandet av

patienten är enormt viktig för en framgångsrik vård. De beskrev också att flickor och kvinnor ofta upplevde att deras symtom och besvär förminskades och att de inte kände sig hörda. Det framkom också att det vore önskvärt med en större kontinuitet och sammanhang mellan förebyggande hälsa, behandling och eftervård. En utmaning kan vara att depression och ångest skulle kunna beskrivas som "symtomdiagnoser" där läkaren får sätta diagnos baserat på patientens berättelse, och det saknas diagnostiska test med markörer etcetera.

I både intervjuer och rapporter framkommer att tillgängligheten inte är tillräckligt stor (oberoende av kön), och att tillgänglighet varierar mellan regioner. Detta skulle delvis kunna vara en effekt av att efterfrågan har ökat mycket snabbare än utbudet. Från intervjumaterialet gavs förslag på en ökad roll för elevhälsan där man kan arbeta proaktivt med psykisk hälsa på den plats där barn och unga befinner sig.

Vilka insatser som skulle kunna förbättra vården och flickors och kvinnors hälsa vid depression och ångest?

Kvinnor tycks få sjukvård i samma utsträckning som män men de tycks få diagnos senare och anser att de är mindre nöjda med hur de bemöts. Enkätsvaren gäller för kvinnor allmänt med detta tillstånd och är inte avgränsat till fallstudiens åldersintervall 10-24 år. Här kan det finnas anledning att titta mer på hur man kan arbeta med tillgänglighet och bemötande. För en del av den aktuella åldersgruppen har flera regioner börjat arbeta med första linjen som förbättrar tillgänglighet. Förekomst av ångest/depression bland flickor/kvinnor i ålder 10-24 år har dock ökat mer än för män vilket kan innebära att vården behöver göra mer, samt att det kan behövas mer förebyggande inom elevhälsan.

4. Migrän (25–44 år)

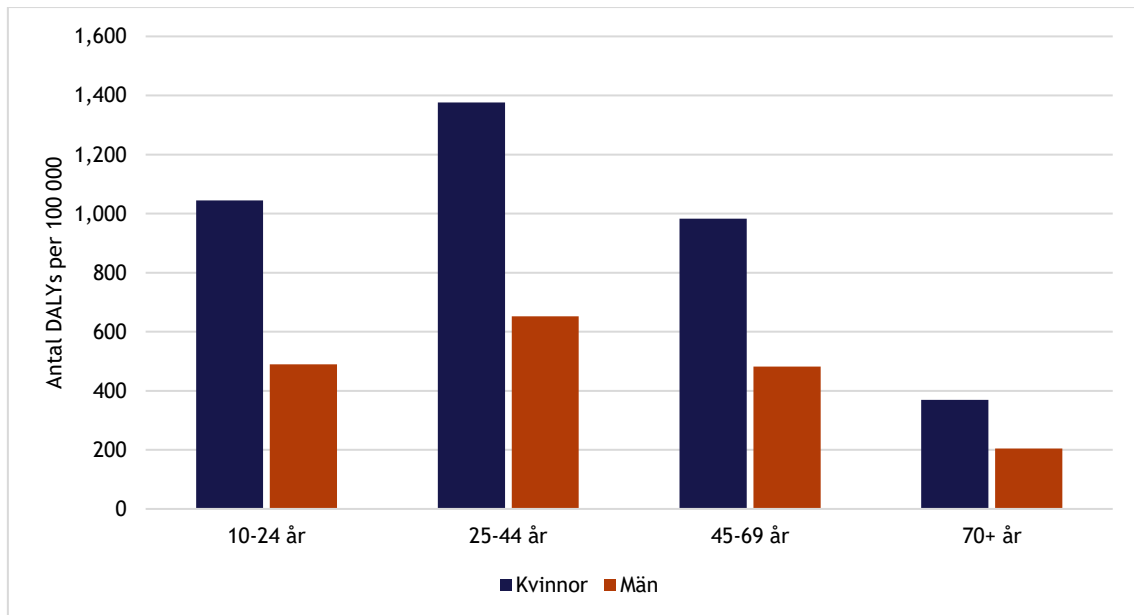
Migrän är en kronisk neurologisk sjukdom som kännetecknas av återkommande episoder av huvudvärk, ofta i kombination med illamående, kräkningar och ökad känslighet för ljus och ljud (46). Migrän räknas, liksom spänningshuvudvärk, som ett primärt huvudvärkssyndrom, det vill säga det finns ingen farlig sekundär orsak som exempelvis tumör (47). Migrän tycks vara kopplat till nerverna, som i sin tur får effekt på huvudets blodkärl. Av patienter med migrän har cirka 80 procent migrän utan aura, medan 20 procent har migrän med aura. Auran kan vara visuell (synfältsbortfall med prickar, blixtrar eller sicksackmönster) eller omfatta till exempel stickningar i en kroppsdel eller påverkat språk eller motorik (47). Ett anfall utan behandling pågår ifrån några timmar och upp till tre dygn (47). Mellan anfallen har personen normalt inga besvär, med undantag för de patienter som har kronisk migrän som definieras av tätare anfallen och att huvudvärken inte går över helt mellan anfallen, utan man har huvudvärk minst 15 dagar per månad.

Sjukdomen har en stark genetisk komponent, där cirka 70 procent av de drabbade uppger att en nära släkting också lider av migrän (46). Migrän debuterar ofta i puberteten, men även mindre barn kan få migrän. Efter 40-årsåldern brukar migrän avta (47). Migränanfallen kan variera från gång till gång och över livet (47). Sjukdomen påverkar kvinnor i betydligt högre grad än män, där hela 65 procent av de drabbade är kvinnor (46). Globalt rankas migrän som den tredje mest invalidiserande sjukdomen bland personer i åldern 25–44 år (48).

Symtomen kan påverkas av livsstilsfaktorer och förvärras av exempelvis oregelbunden sömn och matintag, alkohol, stress eller hormoner. Även överanvändning av läkemedel som har som syfte att hantera migränanfallen kan trigga migränanfall (47).

4.1 Sjukdomsburda vid migrän

Sjukdomsburdan till följd av migrän var större för kvinnor än för män i alla åldersgrupper i Sverige år 2021 enligt måttet funktionsjusterade levnadsår, DALYs (disability adjusted life years) som beräknats inom ramen för det globala sjukdomsburdeprojektet Global Burden of Disease, GBD (Figur 27) (7). Personer i åldersgruppen 25–44 år förlorade flest DALYs per 100 000 invånare och detta gällde både för män och för kvinnor. GBD-studien beräknade att prevalensen av migrän var högst i åldersgruppen 25–44 år, där 37 procent av kvinnorna och 18 procent av männen lider av migrän, se bilaga 4 (7). Kvinnor har dubbelt så hög Sjukdomsburdan mätt i DALYs var mer än dubbelt så stor för kvinnor som för män i den aktuella åldersgruppen. Den relativa skillnaden i DALYs var likartad både i den yngsta och i de två äldre åldersgrupperna. För migrän är det den äldsta åldersgruppen som sticker ut med lägre sjukdomsburda mätt i DALYs för både kvinnor och män. Detta förklaras av att migrän brukar avta med åldern, bland annat på grund av att det kan vara kopplat till hormonsvängningar. Detta kan delvis förklaras av att GBD beräknar en lägre prevalens för personer 70 år och äldre, omkring 10 procent för kvinnor och knappt 6 procent för män. För yngre åldrar ligger motsvarande beräknad prevalens över 20 procent för kvinnor och mellan 10 och 20 procent för män.



Figur 27. DALYs per 100 000 invånare till följd av migrän, efter kön och ålder år 2021.

Not: Migrän definieras här som ICD G43-G43.919, vilket motsvarar GBD cause-id 547. Källa: Global Burden of Disease (7).

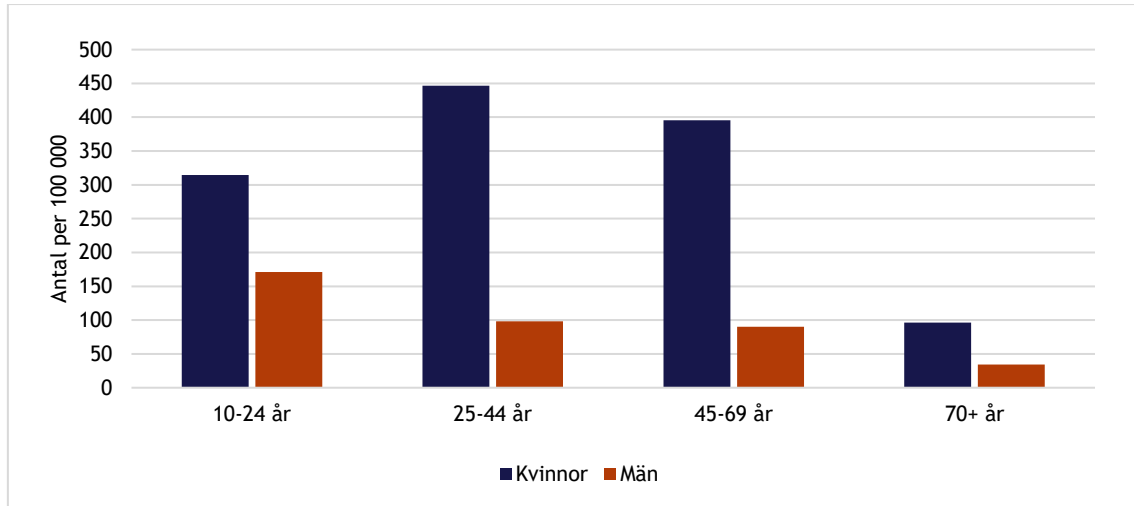
Sett till kvinnor i den utvalda åldersgruppen 25-44 år har DALYs per 100 000 invånare legat ungefär konstant för migrän (från 1 380 DALYs per 100 000 invånare till 1 376 DALYs per 100 000 invånare) mellan åren 2011 och 2021. (7)

4.1.1 Förekomst

Enligt Sveriges kommuner och regioners nationella system för kunskapsstyrning har mellan 12-15 procent av befolkningen migrän, vilket för Sverige motsvarar 1,2-1,5 miljoner personer. Det är den vanligaste neurologiska sjukdomen i Sverige. Ungefär 2 procent uppskattas ha kronisk migrän, vilket motsvarar 200 000 personer (49). Fler kvinnor än män drabbas av migrän där 15-18 procent av de vuxna kvinnorna och 6-9 procent av de vuxna männen har migrän (50). Skillnaden mellan kön kan delvis förklaras av kvinnor har mer fluktuerande hormoner (51). Prevalensen enligt GBD i åldersgruppen 25-44 år är 37 procent för kvinnor och 18 procent för män. Det är oklart vad denna data bygger på och det bör här noteras att migrän är en sjukdom som har ett brett spann av svårighetsgrad, vilket innebär att statistiken ska tolkas med försiktighet.

4.1.2 Patienter i slutet och/eller specialiserad öppenvård

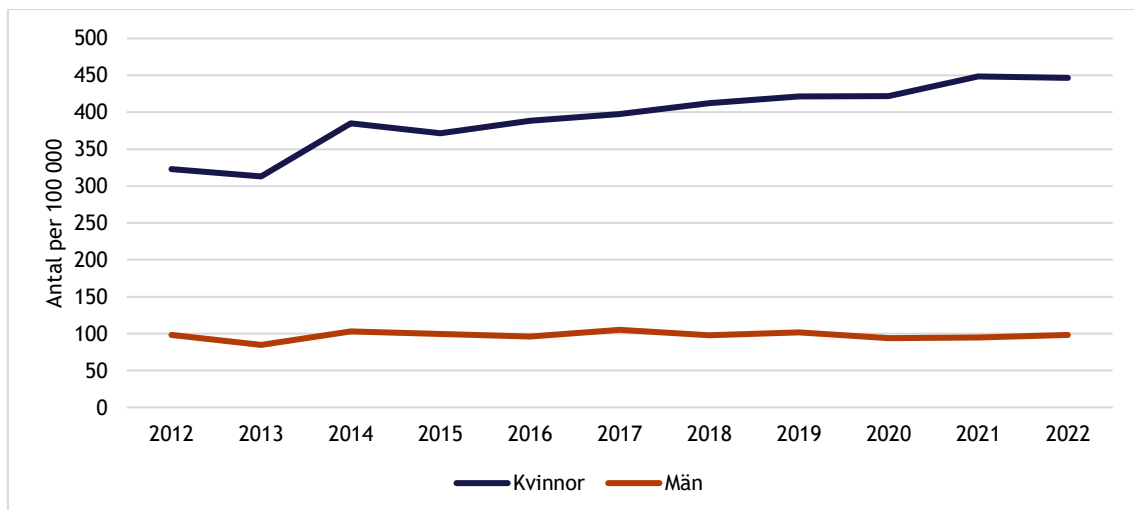
Socialstyrelsens statistik med antal patienter per 100 000 invånare med migrän i slutet och/eller specialiserad öppenvård visar att antalet kvinnor är fler än män i alla åldersgrupper. Den åldersgrupp som är mest drabbad av migrän är gruppen i åldern 25-44, och därefter sjunker det med åldern (8).



Figur 28. Antal patienter per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård med migrän, efter kön och ålder år 2022, åldersstandardiserat

Not: ICD G43: Migrän. Källa: Socialstyrelsen (8).

Utvecklingen över tid mellan åren 2012 och 2022 visar att för män i åldersgruppen 25-44 år har antalet legat relativt konstant med 98 patienter per 100 000 invånare (8). Antalet kvinnor i samma åldersgrupp har ökat med 38 procent från 323 personer till 447 personer per 100 000 invånare. En möjlig förklaring till ökningen kan vara att vissa läkemedel som kommit under senare år endast ska hanteras av neurologspecialist på neurologmottagning enligt riktlinjerna för migrän (47). Innan dessa behandlingar fanns tillgängliga så behövde en del av dessa patienter inte behandlas inom specialiserad öppenvård.

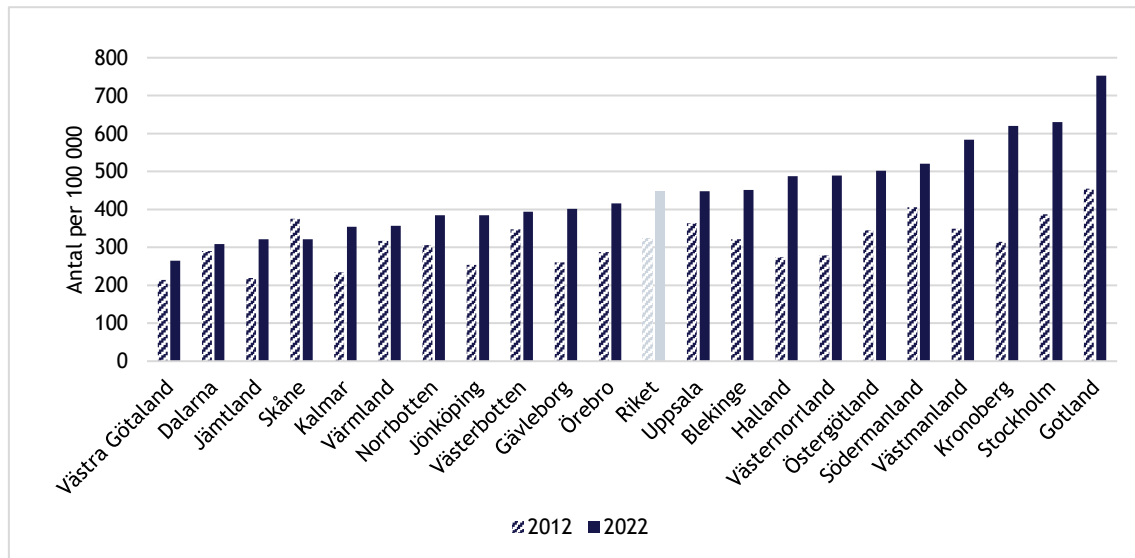


Figur 29. Antal patienter 25-44 år per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård med migrän, efter kön åren 2012-2022, åldersstandardiserat.

Not: ICD G43: Migrän Källa: Socialstyrelsen (8).

Antalet kvinnliga patienter i åldern 25-44 år per 100 000 invånare skiljer sig åt mellan regioner. Lägst ligger Västra Götaland med 265 patienter per 100 000 invånare, och högst ligger Gotland med 753 patienter per 100 000 invånare. Givet att vården mellan regioner skiljer sig i hur det är organiserat, så är det svårt att utan grundligare analys och kompletterande data göra några säkra slutsatser kring vad denna skillnad beror på. Den ökning som synd över tid skulle kunna

förklaras av att vissa nya läkemedel som kommit under senare år endast ska hanteras av neurologspecialist (47).



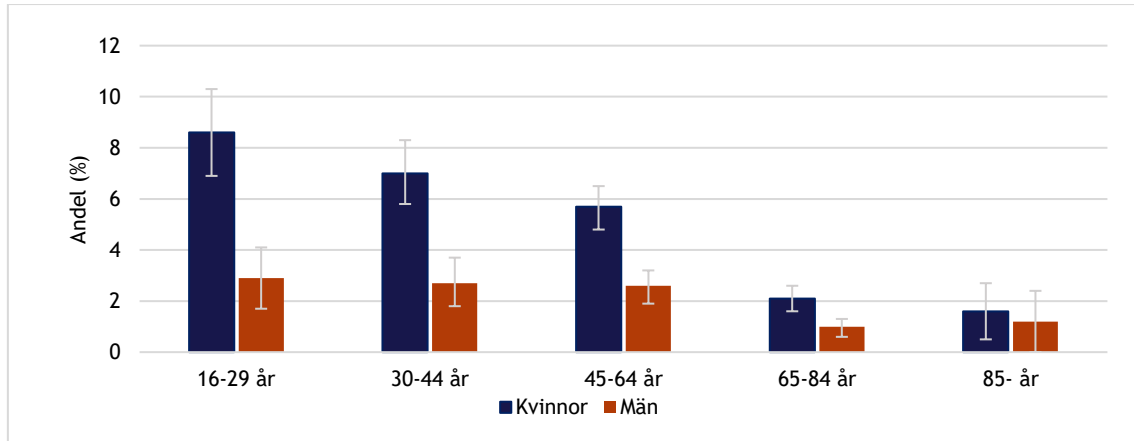
Figur 30. Antal kvinnliga patienter 25-44 år per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård med migrän, efter region år 2012 och 2022, åldersstandardiserat.

Not: ICD G43: Migrän. Region avser hemortslän. Källa: Socialstyrelsen (8).

4.1.3 Egenrapporterat mående - kön, utbildningsnivå och födelseland

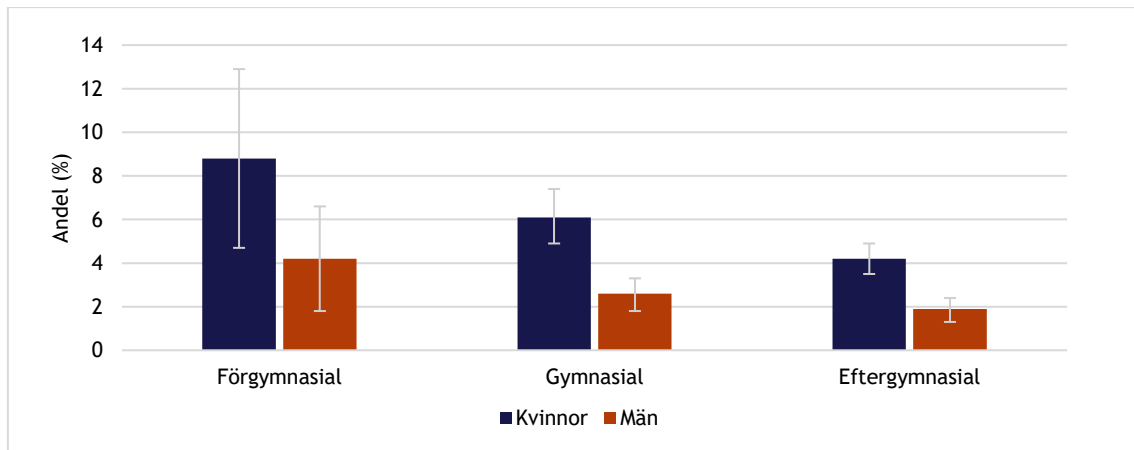
4.1.3.1 Folkhälsomyndigheten

I Folkhälsodatabasen (10) redovisas statistik från den nationella Folkhälsoenkäten, det vill säga egenrapporterat mående. Det kompletterar Socialstyrelsen som endast inkluderar patienter som befunnit sig i slutet och/eller specialiserad öppenvård. Från Folkhälsoenkäten framkommer att av de 16 699 personer som deltar i enkäten har 3,9 procent (ca 651 personer) svarat "Ja, svåra besvär" på frågan om de har huvudvärk eller migrän. I Figur 31 framgår att andelen minskar med åldern och att en större andel kvinnor svarar att de har svåra besvär. Andelen som har svåra besvär är större för gruppen förgymnasial utbildning. För kvinnor med förgymnasial utbildning svarar 8,8 procent att de har svåra besvär, vilket kan jämföras med 4,2 procent av kvinnorna i gruppen som har eftergymnasial utbildning, Figur 32. Personer födda i Sverige har i lägre utsträckning angett att de har svåra besvär jämfört med personer födda i övriga Europa och övriga världen, bilaga 4.



Figur 31. Andel (%) personer med egenrapporterad svår huvudvärk eller migrän, efter kön och ålder år 2022

Not: Figuren visar personer i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du något eller någon av följande besvär eller symtom: huvudvärk eller migrän?". Totalt svarade 16 874 personer på frågan i enkäten, varav 651 personer uppgav att de hade svår huvudvärk eller migrän. Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

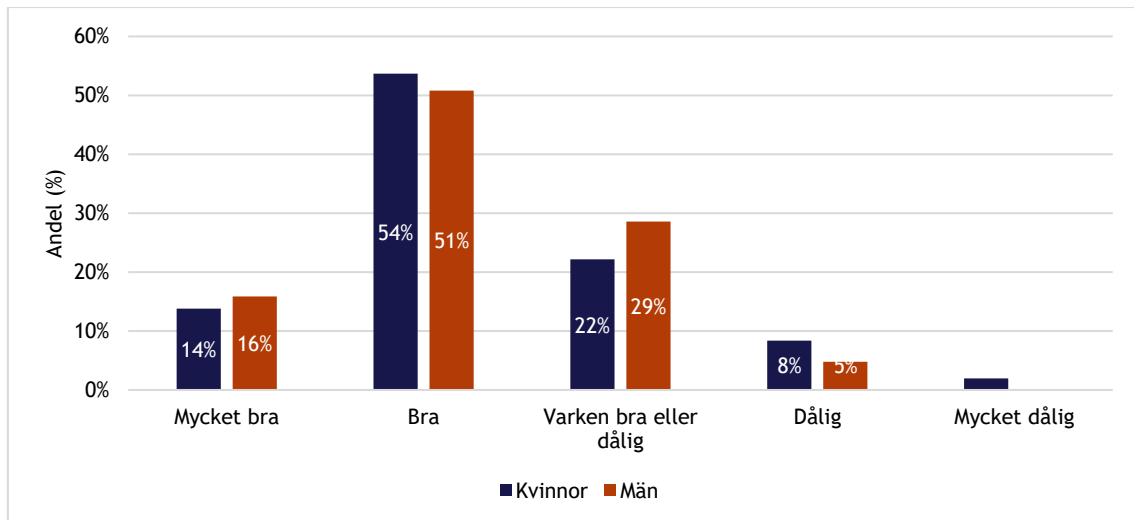


Figur 32. Andel (%) personer med egenrapporterad svår huvudvärk eller migrän, efter kön och utbildningsnivå år 2022.

Not: Figuren visar personer (+25 år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du något eller någon av följande besvär eller symtom: huvudvärk eller migrän?". Totalt svarade 15 754 personer på frågan i enkäten, varav 599 personer uppgav att de hade svår huvudvärk eller migrän. Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

Vård- och omsorgsanalys enkät

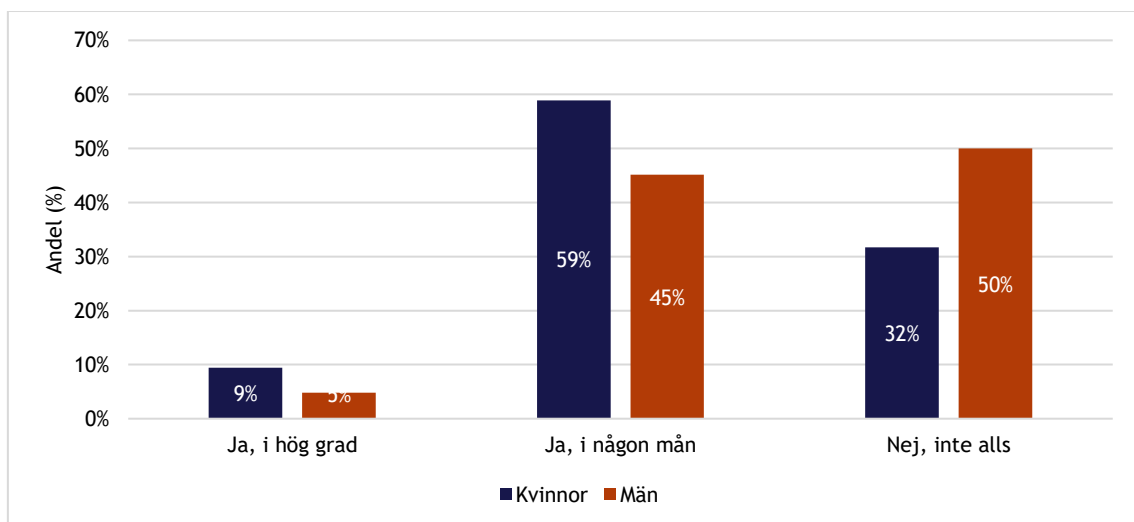
I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes frågan "Hur upplever du din hälsa?". Av de personer som svarat att de haft hälsobesväret eller sjukdomen migrän under de senaste 12 månaderna är andelen kvinnor som svarar dåligt (8 procent) eller mycket dåligt (2 procent) högre än för män, där 5 procent svarade dåligt och 0 procent svarade mycket dåligt.



Figur 33. Upplevd hälsa efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur upplever du din hälsa?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

Som svar på frågan om personen upplevde svårigheter att klara sin vardag på grund av sin migrän så angav en högre andel av kvinnorna att de i hög grad hade svårigheter att klara sin vardag, 9 procent kvinnor jämfört med 5 procent män. Det var också en högre andel kvinnor (59 procent) som svarade att de i någon mån hade svårt att klara vardagen än vad män svarade (45 procent).



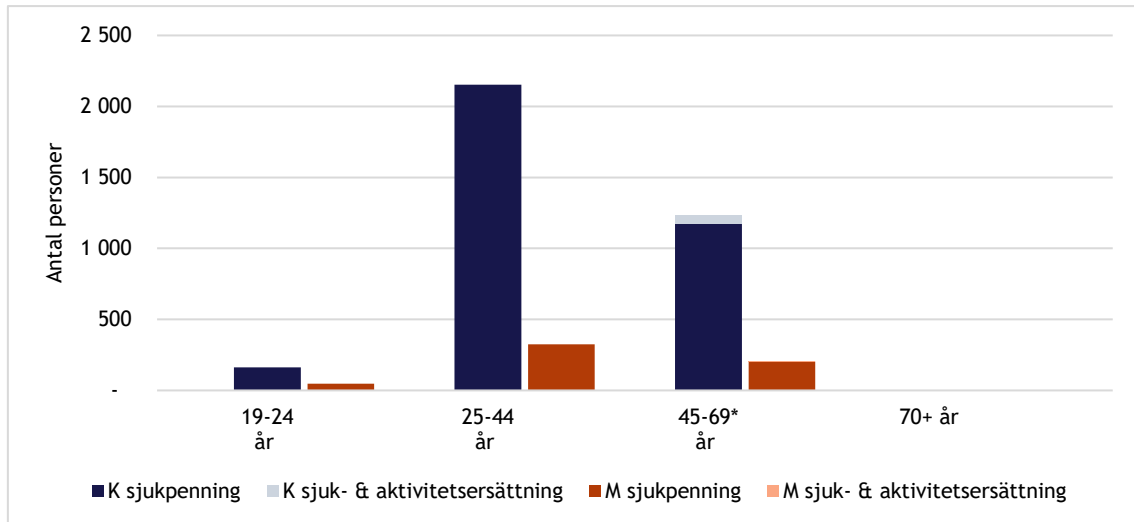
Figur 34. Andel (%) som upplever svårigheter med att klara vardagen, efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Upplever du svårigheter att klara av din vardag på grund av din migrän?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

4-1.4 Sjukfrånvaro

Av de personer som har ersättning från Försäkringskassan till följd av migrän är det endast en liten del som har ersättning i form av sjuk- och aktivitetsersättning. Det finns ingen statistik över sjuklön, det vill säga den ersättning som erhålls från arbetsgivaren under de första 14

dagarna av en sjukperiod.⁴ Enligt statistik från Försäkringskassan var drygt 4 000 personer i åldersgruppen 18-66 år sjukskrivna på grund av migrän, varav 86 procent var kvinnor (16). Åldersgruppen 25-44 år är den som har störst antal personer med ersättning, där kvinnorna utgör den största gruppen med 2 153 personer som får sjukpenning, medan antalet män uppgår till 324 män för åren 2019-2023. Bland personer i åldern 25-44 år var antalet kvinnor med sjukpenning eller sjuk- och aktivitetsersättning under perioden nästan sju gånger högre än antalet män.

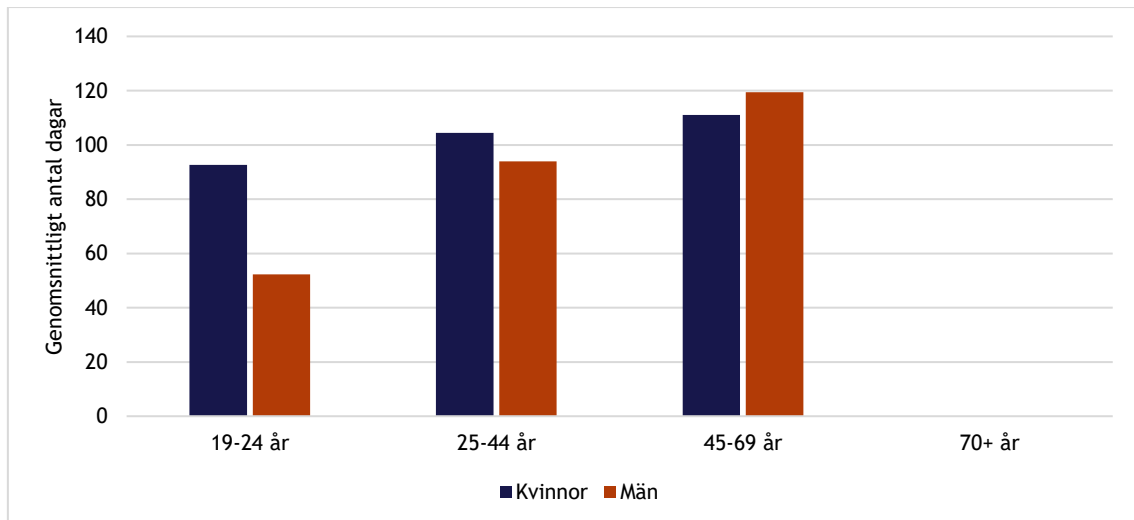


Figur 35. Antalet personer med sjukpenning och med sjuk-och aktivitetsersättning, efter kön och åldersgrupp år 2019-2023.

Not: Migrän definieras här som ICD G43 för sjukpenning och för sjuk- och aktivitetsersättning. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. K = Kvinnor, M = Män. Källa: Försäkringskassan (16).

Sett till genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning framkommer att antalet dagar ökar med åldern för alla åldersgrupper. För de två äldre åldersgrupperna har kvinnor och män ungefär samma genomsnittligt antal dagar för sjukpenning, medan kvinnorna ett högre genomsnittligt antal dagar (93 dagar) än män (52 dagar) i de yngre åldersgrupperna.

⁴ För personer som är sjuka fler än 10 gånger under ett år eller ha långa sjukperioder finns ett särskilt högriskskydd att söka via Försäkringskassan. Patienten slipper då karensdagen och arbetsgivare kan få ersättning från Försäkringskassan sjuklönen. 1177 för vårdpersonal Nationellt kliniskt kunskapsstöd Migrän https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/migran/?selectionCode=profession_primarvard och Försäkringskassan Särskilt högriskskydd <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/funktionsnedsattning/sarskilt-hogriskydd>



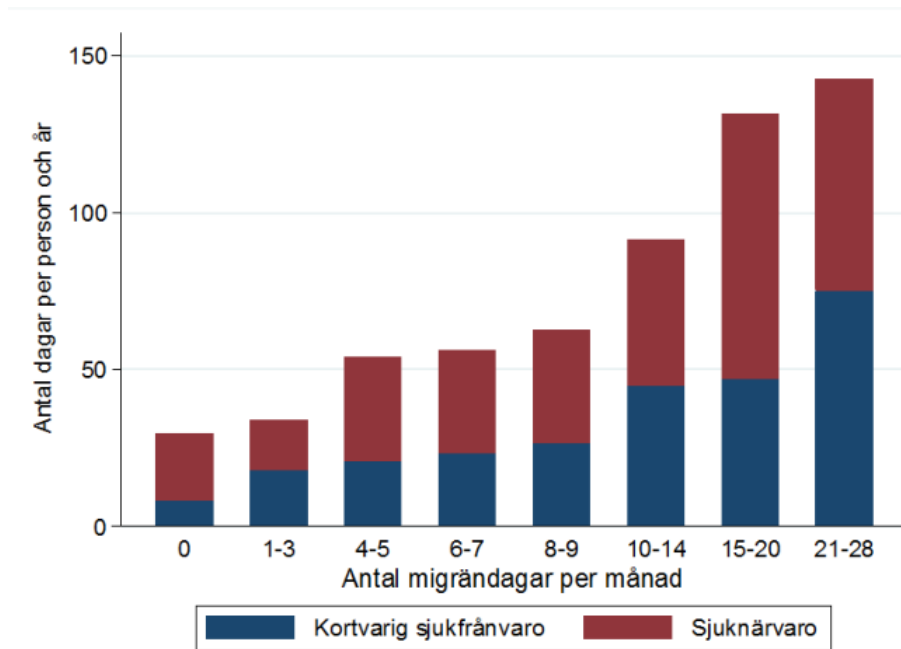
Figur 36. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, efter kön och åldersgrupp år 2019-2023.

Not: Migrän definieras här som ICD G43. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. Källa: Försäkringskassan (16).

Försäkringskassans data över genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning har också fördelats på utbildningsnivå och på födelseland (16), se bilaga 4. För utbildningsnivå syns ingen tydlig koppling. Inte heller med en uppdelning per födelseland syns någon egentlig skillnad, förutom för att för män födda övriga Norden har ett påtagligt högt antal genomsnittligt antal dagar för sjukpenning vilket kan bero på att det är ett litet antal personer och att dessa har långa eller återkommande sjukskrivningar under perioden 2019-2023.

4.1.5 Sjukdomsbördan vid migrän

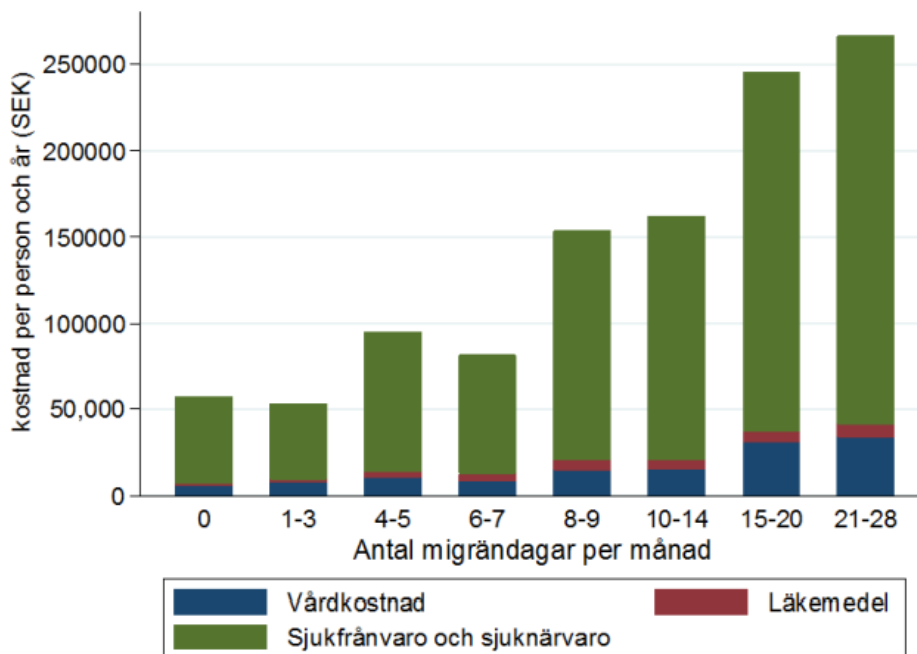
I en studie av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE (52) undersöktes sjukdomsbördan vid migrän i Sverige genom en enkät till medlemmar i Huvudvärksförbundet, där 630 personer deltog. Studien visade egenrapporterad sjukfrånvaro och livskvalitet. Av de som svarade var ungefär 12 procent sjukskrivna och cirka 6 procent hade sjukersättning på grund av migrän. Ungefär 60 procent hade anmält sjukfrånvaro under den senaste månaden, och 86 procent svarade att de arbetat även om de hade migrän, så kallad sjuknärvaro, av de personer som hade anställning eller var egenföretagare. I Figur 37 visas att det genomsnittliga antalet dagar med kortvarig sjukfrånvaro och med sjuknärvaro är positivt korrelerat med antalet migrändagar per månad. Studien visade också att livskvaliteten mätt med EQ-5D en dag med migrän i genomsnitt minskar med 0,36 jämfört med en dag utan migrän, från 0,786 en dag utan migrän till 0,422 en dag med migrän. Värdet 1 motsvarar fullständig hälsa och 0 ett hälsotillstånd lika illa som att vara död.



Figur 37. Genomsnittligt antal dagar med kortvarig sjukfrånvaro och sjuknärvaro per person och år till följd av migrän fördelat efter antal migrändagar per månad.

Källa: IHE (53).

I studien uppskattades också den totala kostnaden för migrän per patient och år. Den genomsnittliga totalkostnaden per patient och år uppgick till cirka 120 000 kronor, där produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro och sjuknärvaro utgör den största delen. Den totala kostnaden per patient och år ökar med antalet migrändagar per månad, Figur 38.



Figur 38. Genomsnittlig kostnad per person och år fördelat efter antal migrändagar per månad under de senaste fyra veckorna.

Källa: IHE (53).

4.2 Vård och behandling vid migrän

De flesta patienter med migrän kan hantera sin migrän med egenvård och receptfria läkemedel utan vårdkontakter eller endast med någon enstaka vårdkontakt. Ungefär 90 procent av patienter med mer handikappande och funktionsnedsättande migrän bedöms kunna hanteras i primärvården, 9 procent hos en specialist inom neurologi och en procent bedöms behöva behandlas av en neurolog med specialisering mot huvudvärk (52).

4.2.1 Kunskapsstöd

Det finns riktlinjer för migrän framtaget av NPO (47) och även ett nationellt kliniskt kunskapsstöd riktat till primärvården på 1177 för vårdpersonal (50).

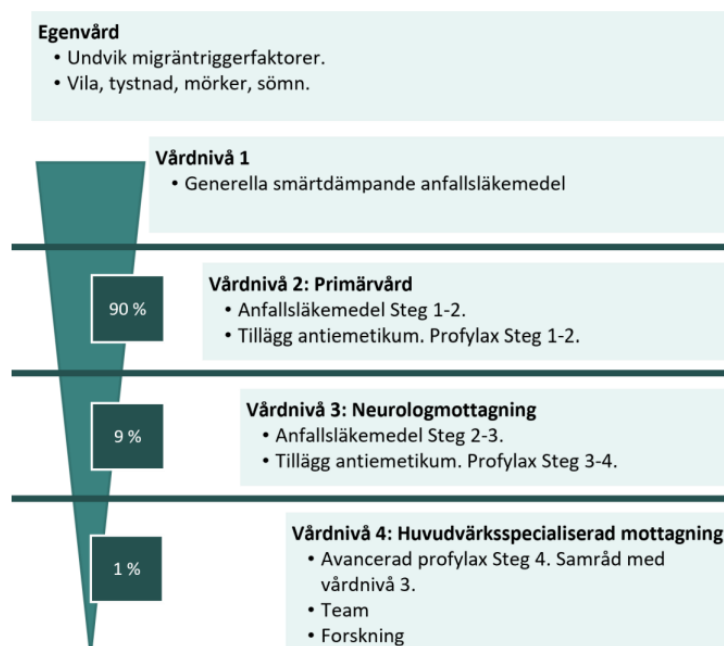
4.2.1.1 Riktlinje för migrän

Riktlinje för migrän publicerades 2022 av NPO Nervsystemets sjukdomar inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning (47).

I riktlinjerna ges diagnoskriterier, råd kring behandling och uppföljning. Diagnos kan sättas inom *primärvården* för personer som är 6 år och äldre, under förutsättning av att ett antal förutgivna kriterier är uppfyllda. Det är också viktigt att vården ger information om diagnosen och ger ordination för behandling. *Akutmottagning* är aktuell för vissa symtom såsom huvudvärk med neurologiska bortfallssymtom som inte förklaras av migränaura, aurasymtom längre än 1 timme eller om migränanfallet varar längre än 72 timmar trots behandling.

I riktlinjerna betonas att om patienter har atypiska symtom eller inte svarar på behandlingen så ska diagnosen omprövas och läkare ska överväga utredning.

En översikt över de olika vårdnivåerna och åtgärder ges i Figur 39. Mer detaljerade flödes-scheman återfinns i bilaga 4.



Figur 39. De olika vårdnivåerna och åtgärderna vid migrän (47).

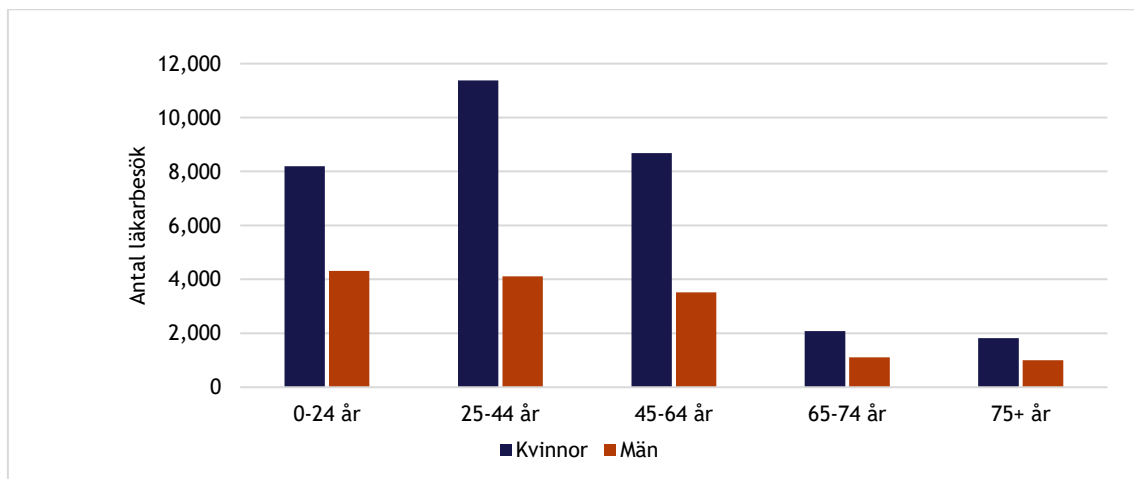
Diagnosen migrän ställs genom anamnes, där ett antal kriterier ska vara uppfyllda för diagnos. Det finns inga kliniska tester som kan påvisa migrän, utan läkaren är beroende av patientens beskrivning av symtom. När patienten söker akut för kraftig huvudvärk är en del av läkarens arbete att utesluta allvarliga diagnoser, vilket belyser vikten av en noggrann anamnes och analys (54).

Kriterierna skiljer sig åt för *migrän utan aura* och *migrän med aura*. Därutöver finns det en grupp med *kronisk migrän* som bland annat kännetecknas av att personen har huvudvärk i minst 15 dagar per månad. Behandlingen vid migrän, med eller utan aura, fokuserar normalt på att behandla det enskilda anfallet, ett så kallat anfallsavbrytande läkemedel. Om en person har migrän mer än 3 dagar per månad kan detta kompletteras med förebyggande behandling som kan minska antalet attacker med hälften. Utöver läkemedel är det viktigt att se över andra faktorer som stress, mat, sömn etc. Detta kan göras i form av en så kallad huvudvärksdagbok som är ett underlag i samtal med vården. En huvudvärksdagbok används för att hitta mönster och se vad som framkallar huvudvärk och migrän.

I riktlinjerna föreslås att behandling sker med ett biopsykosocialt angreppssätt, till exempel med en diagnostisk huvudvärksdagbok. Beroende på patientens behov och svårighetsgrad kan det vara aktuellt med teambaserad behandling (47). Detta kan inkludera fysioterapeut, huvudvärksspecialiserad sjuksköterska, psykolog, kurator och rehabiliteringsmedicinsk expert (49).

4.2.2 Vårdkonsumtion⁵

Statistik från Sveriges kommuner och regioner (SKR) i Figur 40 visar antalet primärvårdsbesök för huvudvärk och migrän uppdelat på ålder och kön. År 2022 gjordes 70 procent av alla läkarbesök för huvudvärk och migrän av kvinnor, och i åldersgruppen 25-44 år var antalet besök 2,8 gånger högre bland kvinnor jämfört med män. För män skiljer sig inte de tre åldersgrupperna mellan 0-64 år åt i större grad.

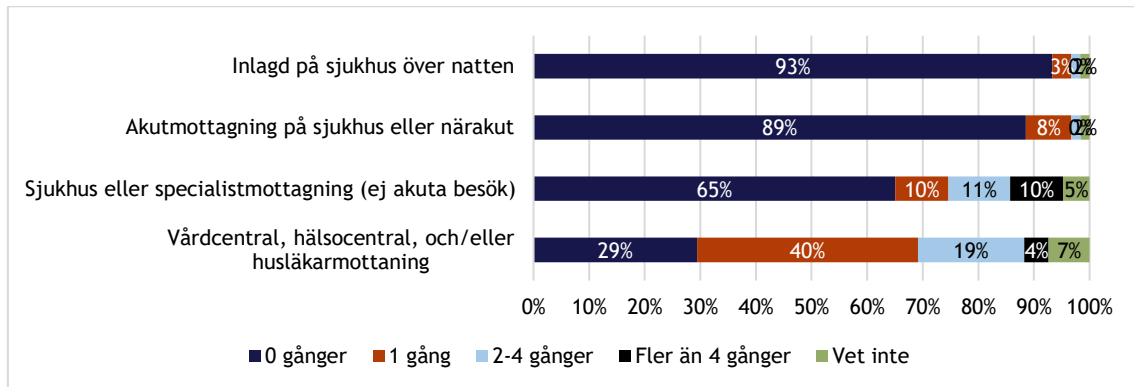


Figur 40. Antal läkarbesök i primärvården för huvudvärk och migrän, efter kön och ålder år 2022 Källa: KPP-databasen, SKR (14).

Not: DRG: A58R Läkarbesök vid huvudvärk och migrän, primärvård.

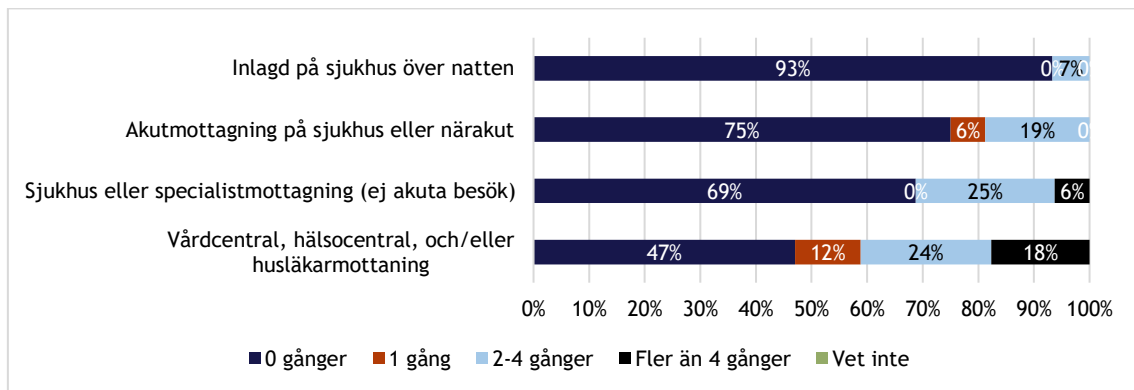
⁵ Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård, under rubriken "Sjukdomsbörda" kan också ses som en spegling av vårdkonsumtion.

I Vård- och omsorgsanalys enkät angav 34 procent av kvinnorna (70 av 203) och 30 procent av männen (19 av 63) att de besökt vården till följd av sin diagnos för migrän under de senaste 12 månaderna (samtliga svarande, 18 år eller äldre). I enkäten ställdes även frågan om hur många gånger personen för egen del besökt olika typer av vårdinrättningar med anledning av sin migrän under de senaste 12 månaderna. Lika stor andel kvinnor som män (7 procent) hade varit inlagda över natten på sjukhus. En fjärdedel (25 procent) av männen hade sökt akutvård, jämfört med 11 procent av kvinnorna. För sjukhus eller specialistmottagning samt för primärvård var det kvinnor som i större utsträckning sökt vård, med 35 procent respektive 71 procent för kvinnor jämfört med 31 procent och 53 procent för männen.



Figur 41. Vårdkonsumtion för kvinnor med migrän

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din migrän?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 42. Vårdkonsumtion för män med migrän.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din migrän?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

4.2.3 Intervju med professionsrepresentant

I intervjun med professionsrepresentanten framkom att en stor utmaning är att det finns för få läkare med utbildning/kunskap om migrän i förhållande till hur många patienter det finns. Det kan också påverka kontinuiteten i vården för dessa patienter och att vården inte hinner följa upp patienterna, något som är viktigt med en livslång sjukdom som fluktuerar över tid. Allmänläkare får ett fåtal timmars utbildning inom huvudvärks-/migränområdet, och det finns många olika typer och orsaker att gå igenom. Detta medför att läkarna kan ha svårt att sätta diagnos,

vilket medför försenad diagnos och det kan även försämra det långsiktiga utfallet. Professionsrepresentanten beskrev i intervjun att läkare inom neurologi inte i tillräcklig utsträckning vill syssla med migrän, och att möjliga orsaker skulle kunna bero på att området är mer ”diffust” än andra genom att det inte finns några kliniska tester eller biomarkörer - Länge fanns det inte heller effektiva verktyg som kunde lindra migrän.

En möjlig förklaring till att gruppen kvinnor i åldersgruppen 25-44 år sticker ut och drabbas mer skulle kunna vara att det är en ”brytpunkt i livet” där de avslutat utbildningen och börjar arbeta, letar efter någon att leva med och skaffa barn med och så vidare vilket kan påverka stressnivån och därmed migrän negativt. I intervjun beskrev professionsrepresentanten att orsaken till att fler kvinnor än män drabbas av migrän kan förklaras av hormonella skillnader där kvinnor har mer fluktuationer till följd av menstruationscykeln.

En annan utmaning är att vården inte är enhetlig mellan regioner, bland annat till följd av brist på neurologer i vissa regioner. Detta kan bland annat påverka tillgången till vissa typer av läkemedel och att det därför skiljer sig åt mellan olika regioner. Vården kan också färgas av om det finns eldsjälar inom vården som driver frågor om migrän.

Professionsrepresentanten bedömde att det finns en underdiagnostisering av migrän hos personer födda i andra länder, vilket skulle kunna förklaras av exempelvis språk eller socioekonomi. Vidare beskrev representanten att i region Stockholm får färre diagnosen migrän i socioekonomiskt utsatta områden, och detta skulle kunna bero på språkbarriär, tillgänglighet till vården eller att det är svårt att ta ledigt från jobbet. Det skulle också kunna bero på att olika människor ser olika på hur man hanterar migrän, och om man behöver söka vård för det. Kliniker beskriver att de som har svårt att ta till sig behandlingsråd är särskilt svåra att behandla. Personer med neuropsykiatrisk funktionsvariation är särskilt utsatta och kan också ha annat sätt att uppleva smärta. Klinikerna beskriver också att migrän är lika vanligt i alla världsdelar, men att det som skiljer sig är hur man hanterar det. Det beskrivs vidare att det finns skillnad i införandet av behandlingen med nya behandlingar vilket skulle kunna förklaras av att det i vissa delar av Sverige finns få neurologer.

En lösning på kunskapsbrist kring primär huvudvärk inom primärvården som lyftes fram av professionsexperten är vidareutbildning av primärvårdsläkarna. Detta skulle kunna vara i mer organiserad form och att läkarna på en vårdcentral gått igenom en sådan utbildning så skulle vårdcentralen kunna bli certifierad som migränvårdscentral. Om läkarna får mer kunskap kan vården bättre ta hand om migränpatienterna och läkarna snabbare kunna sätta diagnos och sätta in rätt behandling.

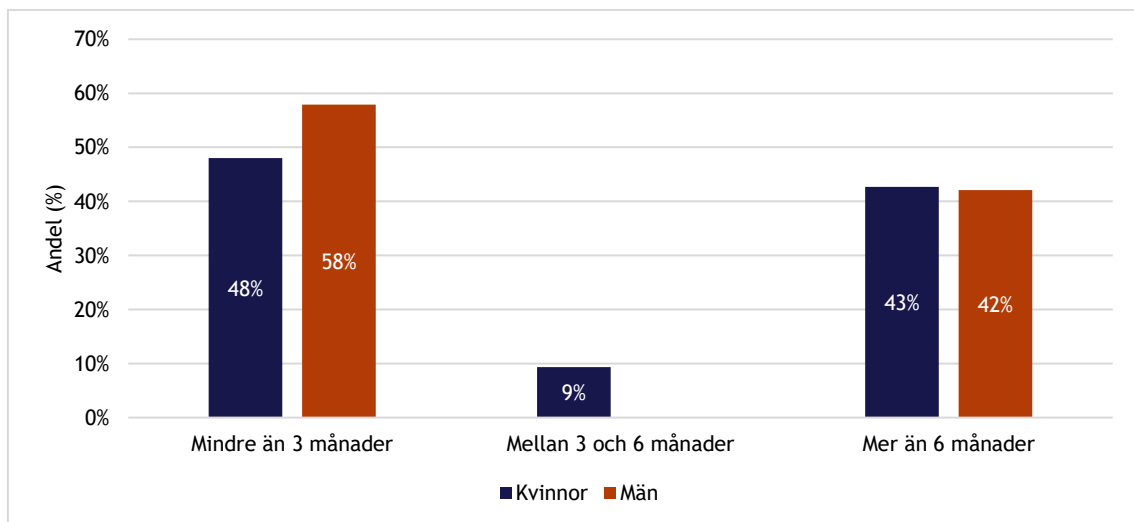
Professionsexperten poängterade också vikten av kontinuitet och uppföljning i vården av migränpatienter, något som kan vara en utmaning på grund av bristen på läkare med kunskap om migrän. Tid för samtal är viktigt bland annat för att gå igenom huvudvärksdagbok, och därmed försöka förstå sjukdomen och vad som triggar den och hur migränen kan variera över tid. En lösning på detta fram skulle kunna vara att införa huvudvärkssjuksköterskor inom både primärvård och specialistvård, på liknande sätt som det finns KOL- och diabetessjuksköterskor. Dessa sjuksköterskor kan avlasta läkarna och bidra till ökad kontinuitet och trygghet för patienterna. Även stödgrupper inom primärvården för patienter med migrän vore värdefullt. Professionsspecialisten framförde också att det fanns fördelar om man kunde bygga upp team bestående av huvudvärkssjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter så att vården kan ta ett helhetsgrepp kring patienten. Denna helhetsvård skulle även hjälpa personen med mer kunskap om sjukdomen och egenvård samt tekniker kring stresshantering.

Professionsrepresentanten bedömer att riktlinjerna innehåller konkreta delar kring vården och att "Man inte behöver hitta på något nytt, utan det handlar om att använda det som finns och förbättra det. Professionsexperten poängterade också vikten av kontinuitet och uppföljning i vården av migränpatienter, något som kan vara en utmaning på grund av bristen på läkare med kunskap om migrän. Tid för samtal är viktigt bland annat för att gå igenom huvudvärksdagbok, och därmed försöka förstå sjukdomen och vad som triggat den och hur migränen kan variera över tid. En lösning på detta fram skulle kunna vara att införa huvudvärkssjuksköterskor inom både primärvård och specialistvård, på liknande sätt som det finns KOL- och diabetessjuksköterskor. Dessa sjuksköterskor kan avlasta läkarna och bidra till ökad kontinuitet och trygghet för patienterna. Även stödgrupper inom primärvården för patienter med migrän vore värdefullt. Professionsspecialisten framförde också att det fanns fördelar om man kunde bygga upp team bestående av huvudvärkssjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter så att vården kan ta ett helhetsgrepp kring patienten. Denna helhetsvård skulle även hjälpa personen med mer kunskap om sjukdomen och egenvård samt tekniker kring stresshantering. Professionsrepresentanten bedömer att riktlinjerna innehåller konkreta delar kring vården och att "Man inte behöver hitta på något nytt, utan det handlar om att använda det som finns och förbättra."

4.3 Upplevelser av vården

4.3.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

I Vård- och omsorgsanalys enkät framkommer att en större andel män fick sin diagnos inom tre månader från första vårdkontakt jämfört med kvinnor, Figur 43. Bland män fick 58 procent sin diagnos på mindre än 3 månader, medan motsvarande siffra för kvinnor var 48 procent. I Vård- och omsorgsanalys enkät syntes också att en större andel kvinnor (21 procent) än män (11 procent) hade avstått från att söka vård.

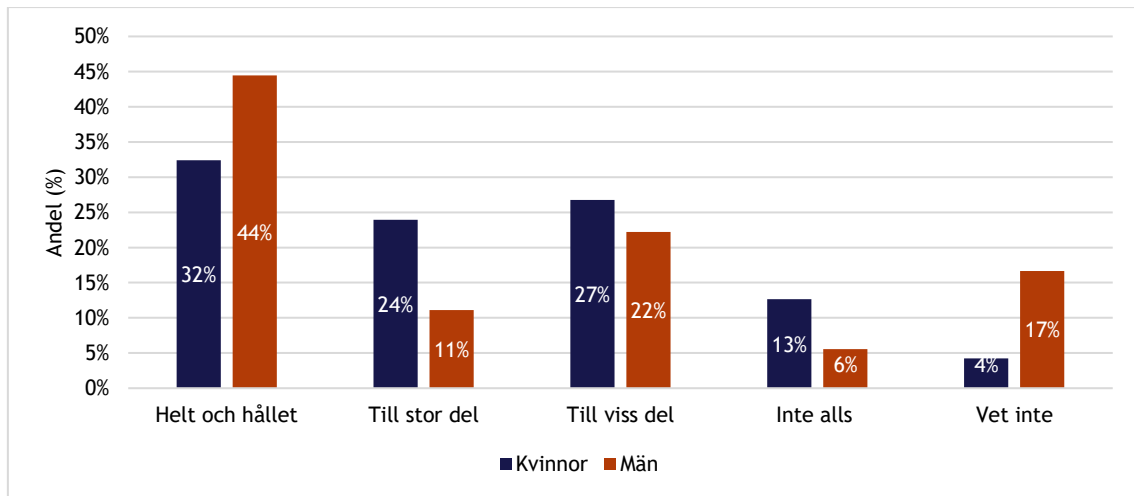


Figur 43. Tidsperiod (i månader) från första vårdkontakt till erhållen migrändiagnos.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur lång tid tog det från att du först tog kontakt med vården tills du fick din migrändiagnos?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

Kring upplevelse av vård angav dubbelt så stor andel kvinnor att de "inte alls" fått den vård de behövt för sin migrän än vad männen angett, 13 procent av kvinnorna jämfört med 6 procent av männen. En större del av männen än kvinnor svarade att de "helt och hållet" fått den vård

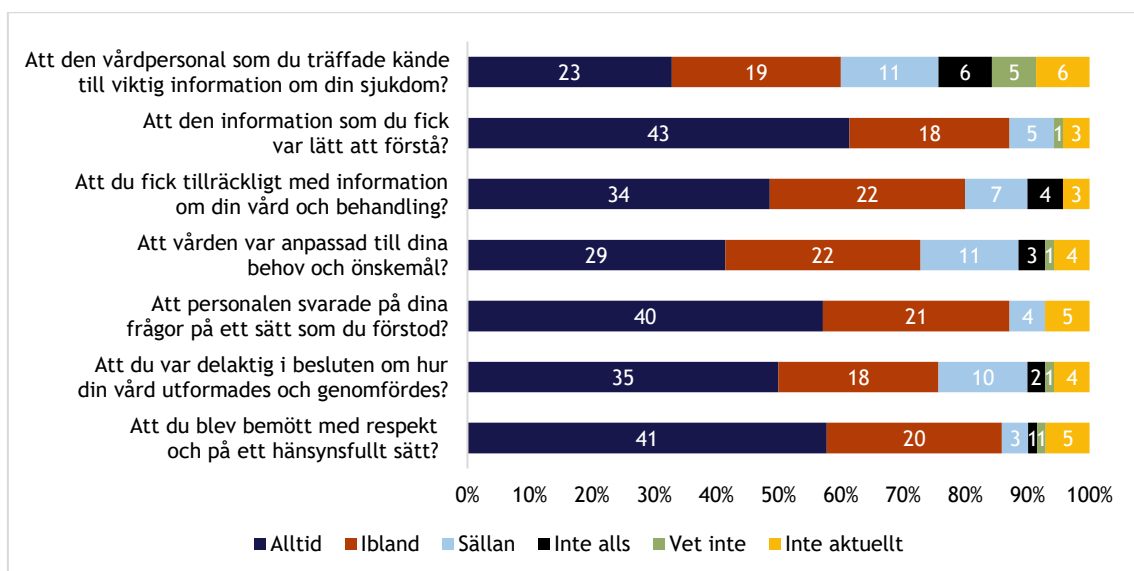
man behövt för sin depression eller ångest under de senaste 12 månaderna, 44 procent av männen jämfört med 32 procent av kvinnorna, se Figur 44.



Figur 44. Andel (%) som upplever att de fått den vård de behövt för sin migrän.

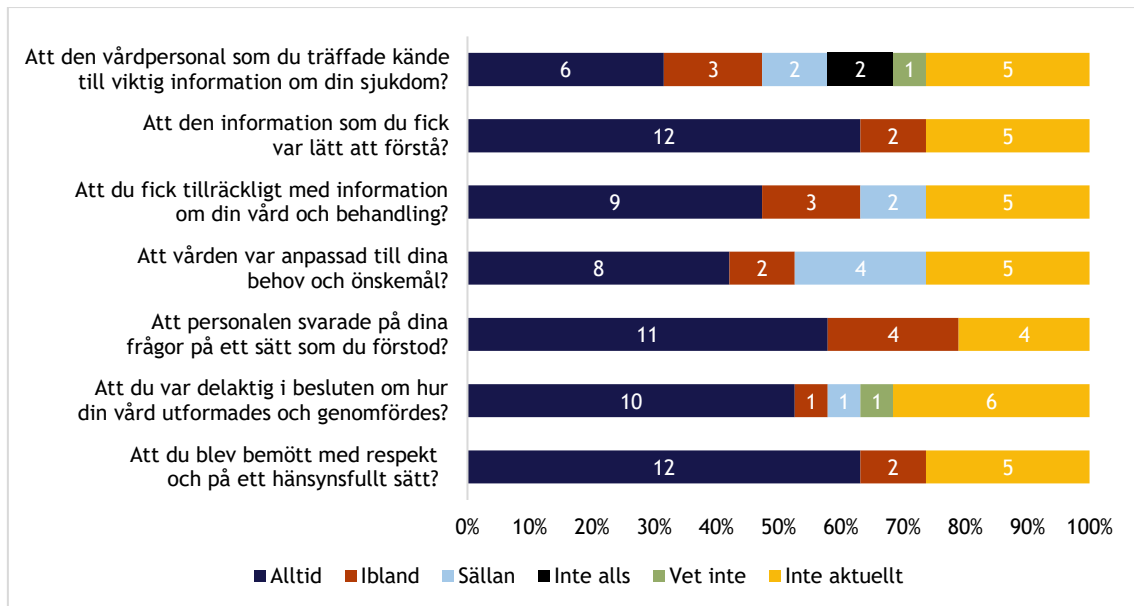
Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, tycker du att du har fått den vård du har behövt för din migrän?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes en fråga med olika påståenden om bemötande i vården: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din migrän?". Från Figur 45 och Figur 46 kan utläsas att bland kvinnorna angav 58 procent av kvinnorna att de i kontakt med vården alltid blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, motsvarande siffra för män var 63 procent. Av den information som gavs i kontakt med vården svarade 61 procent av kvinnorna att den alltid var lätt att förstå och 26 procent att den ibland var lätt att förstå. För män svarade 63 procent att den alltid var lätt att förstå och 11 procent att den ibland var lätt att förstå.



Figur 45. Kvinnors upplevelse av vården för migrän.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din migrän?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 46. Mäns upplevelse av vården för migrän.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din migrän?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

4.3.2 Intervju med patientrepresentant

I intervju med patientrepresentant beskrivs (hur stor) utmaningen med att leva med migrän, där migränsjukdomens oförutsägbarhet och intensitet påverkar patientens hela liv, både privat och arbetsmässigt. Det blir svårt att orka med jobbet, där man gör allt för att dölja symtomen för att behålla arbetet. Det blir en stor press på individen som i sin tur förvärrar migränen, vilket blir en ond cirkel. Känslan av otillräcklighet tillsammans med en oförstående omgivning är stark. Det kan också uppstå en samsjuklighet med ångest och depression.

Även om läkemedel är en del i behandlingen så förklarar patientrepresentanten att egenvård är nummer ett. Personen behöver få stöd till att se över sitt liv och skapa balans och tillräckligt med tid för återhämtning. Om detta inte görs så riskerar migränen att förvärras och det uppstår en ond cirkel. Att kvinnor i åldern 25-44 år är mer drabbade skulle kunna bero på att de är mitt i den intensiva perioden med utbildning, jobb och familjebildning. Samtidigt påverkas ofta migränens symtomintensitet och varaktighet av hormonella fluktuationer till följd av menscykeln.

En annan risk är att man tar medicinen som dämpar smärtan, men man tvingar sig att fortsätta arbeta. Läkemedlet minskar smärtan, men behovet av vila och återhämtande finns kvar. Om personen ignorerar detta så förvärras migränen på sikt. För läkemedlen, exempelvis, triptaner, finns det en max-dos per månad, men patientrepresentanten berättar att personer med migrän i ren desperation kan ta akutbehandling vid fler tillfällen än som rekommenderas, vilket på sikt kan medföra att personen utvecklar läkemedelsinducerad huvudvärk. Patientrepresentanten beskriver att även vanliga värktabletter (analgetika) kan bidra till läkemedelsinducerad huvudvärk.

Patientrepresentanten anser att det är avgörande att personal inom primärvården får mer fortbildning i huvudvärksmedicin för att kunna fånga patienterna i tid och genom att ställa rätt frågor vid mötet. Vårdcentralen skulle också kunna fånga patienter tidigt genom att vid flera

typer av besök fråga kort om huvudvärk och migrän, på samma sätt som de kan fråga om rökning och alkohol. Här finns det en fördel om det finns en kontinuitet i vårdkontakten så att man kan se mönster och känna trygghet, eftersom det handlar om att lägga ett pussel av symtom och komma fram till rätt mix av akut och förebyggande behandling och stöd. I detta sammanhang lyftes också att en vårdsökande gynnas om den kan tala för sig och kan beskriva sina symtom på ett tydligt sätt. Detta kan vara svårare för personer med lägre utbildning eller personer som inte har med sig det svenska språket fullt ut.

En annan önskvärd utveckling som framkom vid intervjun vore att skapa migränskolor där patienter möter andra i samma sits. Detta sker som gruppträffar där man ses vid 10-12 tillfällen. Olika yrkesgrupper, som sjukgymnast, psykolog kan bidra till innehållet. Patientrepresentantens erfarenhet av att delta och även leda sådana var mycket god, men menade att fysiska träffar skapar en djupare kontakt än digitala. Syftet med träffarna är att tillsammans lära sig mer om sjukdomen, tala om egenvård, balans i livet, återhämtning och att förstå sig själv och sin sjukdom. Det finns ett värde i att träffa andra med svår migrän och se att man inte är ensam utan att det finns flera i samma situation. Dessa gruppträffar bör ledas av någon som är intresserad och har kunskap om området, det kan vara läkare, sjuksköterska, undersköterska, psykolog, kurator, fysioterapeut eller en patientrepresentant. Personer med migrän behöver utveckla kunskap om hur man kan hjälpa kroppen. Det viktigaste, enligt patientrepresentanten, är egenbehandling och att "stoppa ekorrhjulet" som bidrar till stress, och i stället bör personen fokusera på vila och återhämtning. Dessa delar är enligt representanten avgörande för att undvika att utveckla kronisk migrän, som i sin tur innebär ökat behandlingsbehov och sjukdoms-börda.

4.4 Sammanfattning och analys

Hur tar sig sjukdomsbördan uttryck?

Kvinnor i åldrarna 25-44 år har med alla mått som redovisas i rapporten en större sjukdoms-börda kopplad till migrän än män i samma ålder. Exempelvis hade kvinnorna ungefär dubbelt så många (2,11) förlorade funktionsjusterade levnadsår, DALYs, per 100 000 invånare år 2021 (1 376 för kvinnor jämfört med 652 för män). Det framgår liknande resultat ur egenrapporterade data från Folkhälsomyndigheten där 2,6 gånger fler kvinnor svarade att de hade svår huvudvärk (7,0 procent kvinnor jämfört med 2,7 procent män). En större andel kvinnor, 1,8 gånger fler än män, angav att de i hög grad har svårt att klara sin vardag. Detta skulle kunna bero på att kvinnor har svårare migrän och/eller att det finns högre krav i vardagen för kvinnor, exempelvis kring att ta hand om hemmet och familjen.

Sjukdoms-börda inom migrän tycks vara högre bland personer med lägre utbildning. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning är det en större andel som har migrän än bland de som har eftergymnasial utbildning (8,8 procent jämfört med 4,2 procent). En möjlig bidragande orsak till denna koppling är att utbildning och därmed socioekonomi påverkar vilken typ av arbete och levnadsvanor man får. Detta kan i sin tur påverka symtomen för migrän.

På vilket sätt möter vården kvinnors behov?

Statistiken över personer i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård pekar på att kvinnor i större utsträckning än män får vård där, vilket är i linje med att en större andel kvinnor har migrän. Andelen kvinnor som får specialiserad vård för migrän är 4,5 gånger högre än andelen män (4,5 procent jämfört med 1,0 procent)

Under de senaste 10 åren har antalet kvinnor som får slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för migrän ökat från 323 per 100 000 invånare år 2012 till 442 per 100 000 invånare år 2022, men någon liknande trend syns inte i männens vårdsökande. Det behövs fördjupade analyser för att kunna dra slutsatser om detta kan beskrivas som en ökad tillgänglighet som främst kvinnor fått nytta av, om det rör sig om en ökad förekomst av migrän bland kvinnor, förbättrade behandlingsmöjligheter som sjukvården kan erbjuda eller en kombination av dessa och andra underliggande faktorer. Skillnaden mellan kön inom specialistvården kan också vara kopplat till att fler kvinnor än män är hjälpta av de nya läkemedel som endast får förskrivs där. Den ökade bördan och mer vård för kvinnor syns också inom besök inom primärvården där kvinnor har 2,76 gånger fler besök till följd av migrän än män (11 376 jämfört med 4 116 besök).

Av de totalt omkring 4 000 personer (alla åldrar) som någon gång under femårsperioden 2019-2023 var sjukskrivna med diagnosen migrän, var merparten (86 procent) kvinnor. Samtidigt är det ett litet antal i relation till att 12-15 procent av befolkningen lider av migrän. En förklaring kan vara att Försäkringskassans registrering av fall förutsätter att sjukskrivningen varar minst 14 dagar. Eftersom migrän många fall kommer i episoder och då kan pågå allt från några timmar till några dagar blir det ändå för kort tid för att sjukfrånvaro registreras hos Försäkringskassan. För åldersgruppen 25-44 år var det 6,65 gånger vanligare att kvinnor har sjukfrånvaro till följd av migrän än män (2 153 jämfört med 324 män). Utöver denna sjukfrånvaro så finns det sjuklönedagarna som inte syns i Försäkringskassans statistik, och för migrän finns även en påtaglig sjuknärvaro som visats i en tidigare IHE-studie om migrän. Denna sjuknärvaro är en påtaglig börda för den drabbade, vilket även intervjupersonerna beskrev.

I intervjumaterialet framkommer att primärvården har en viktig roll inom migränvård dels eftersom de flesta behandlas där, dels för att primärvården har möjlighet att identifiera patienterna tidigt och därmed kan bidra till att minska risken för att migränen blir kronisk och mer svårbehandlad. I intervjuerna lyfte både professionsrepresentanten och patientrepresentanten vikten av att öka kunskapen hos läkare att både identifiera personer med migrän tidigare och för att kunna ge rätt behandling. Andra förslag till förbättringar som framhölls i intervjuerna var ett införande av huvudvärkssjuksköterskor som skulle kunna hålla i en kontinuerlig kontakt med personen med migrän och även vara en dialogpartner kring så kallad migrändagbok.

I intervjuerna beskrivs att information om kunskap och behandling ges i riktlinjerna, men att det är viktigt att implementeringen genomförs och att kunskapen om primär huvudvärk/migrän ökar inom primärvården så att rätt stöd och behandling ges i tid så att migrän inte förvärras och blir kronisk.

Hur upplever kvinnor vården?

Bland de svarande på Vård- och omsorgsanalys enkät angav fler än hälften att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt i vården, 58 procent av kvinnorna jämfört med 63 procent av männen. Det framgår också att en mindre andel av kvinnorna får diagnos inom tre månader från första vårdkontakt, 48 procent för kvinnor jämfört med 58 procent av männen. En svårighet med migrän är att det är en slags "symtomdiagnoser" där läkaren får sätta diagnos baserat på patientens berättelse, och det saknas diagnostiska test med markörer et cetera.

Vilka insatser som skulle kunna förbättra vården och flickors och kvinnors hälsa vid migrän?

Kvinnor får mer sjukvård än vad som motsvarar förekomst och sjukdomsburda enligt DALYs, men det kan också bero på att de har en svårare form av migrän som i större utsträckning påverkar det dagliga livet. Kvinnor är dock mindre nöjda med den vård de får, och här kan det finnas skäl att titta närmare på detta. Intervjupersonerna nämner stora variationer i vård och kunskap mellan regioner (till exempel vilka läkemedel som ges och vilka specialister som finns tillgängliga), vilket är ett generellt problem. Både från profession och patientorganisation nämner man utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal samt införande av huvudvärks-sjuksköterska i primärvården som en möjlighet för att förbättra upptäckt och uppföljning.

5. Ländryggsmärtor (45–69 år)

Ont i ländryggen är en smärta i nedre delen av ryggen, som ibland kallas lumbago. När det samtidigt strålar ut smärta i ett ben kallas det lumbago-ischias (55). Diagnoserna för ländryggsmärta är dock flera.⁶ Ländryggsbesvär kan beskrivas som ”smärta, obehag eller stelhet lokaliserad i lumbosakrala området från de nedersta revbenen till de nedre glutealveckan (precis nedanför skinkorna)”, och/eller relaterade symtom i det ena eller båda benen (56).

Smärta är ett komplext symtom som kan ha flera olika orsaker och den kan manifestera sig på olika sätt: ihållande, återkommande eller akut (57). Den så kallade biopsykosociala modellen utgår från ett helhetsperspektiv och beskriver hälsa, i detta fall, ländryggsmärta, ur ett biologiskt⁷, psykologiskt och socialt perspektiv som alla samverkar. Detta kan påverka både uppkomst, upplevelse och utveckling av ländryggsmärta (56).

För personer med akut lumbago bedöms cirka 60 procent vara besvärsfria inom två veckor, och 80-90 procent inom tre månader. Om ryggsmärtorna varar mer än tre månader så finns det risk att smärtorna blir långvariga eller kroniska (58).

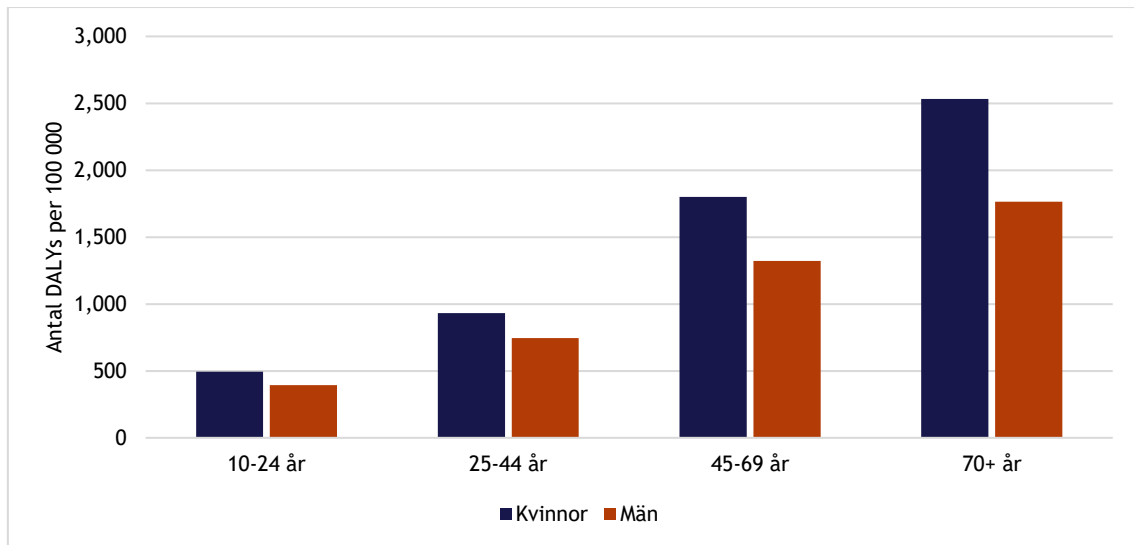
Det finns ofta ingen tydlig orsak till ländryggsmärta, men faktorer som ökar risken för kronisk ländryggsmärta är hög ålder, tidigare ryggproblem, depression, ångest eller att man inte är tillfreds med livet och/eller arbetet (58). Endast cirka 10 procent har en specifik ländryggsmärta som har anatomisk orsak som kan bevisas genom till exempel bilddiagnostik. Exempel på sådana orsaker är verifierat diskbräck, fraktur, inflammatorisk sjukdom eller malign process (57). Eftersom ländryggsmärta ofta är återkommande söker patienter stöd hos primärvården och andra vårdgivare såsom fysioterapeuter, naprapater, massörer och kiropraktorer (57).

5.1 Sjukdomsbörda vid ländryggsmärta

Sjukdomsbördan vid ländryggsmärta var större för kvinnor än män för alla åldersgrupper i Sverige år 2021 mätt som funktionsjusterade levnadsår, DALYs, inom ramen för det globala sjukdomsbördeprojektet Global Burden of Disease Figur 47 (7). Antalet DALYs per 100 000 invånare ökar med åldern. Personer i åldersgruppen 70 år och äldre förlorade flest DALYs per 100 000 invånare, och det gäller både män och kvinnor.

⁶ I bilaga G till vårdförloppet för ländryggsbesvär vuxna listas rekommenderade ICD-10-koder under två separata rubriker: Diagnoskoder utifrån symtom och Diagnoskoder efter utvidgad utredning. Diagnoskoder utifrån symtom är: Lumbago M54.5, Lumbago Ischias M54.4, Ischias M54.3, Ryggvärk ospecificerad M54.9 och Bidiagnos -Annan kronisk smärta eller värk R52.2A, B eller C. Diagnoskoder efter utvidgad utredning uppgår till 23 olika, bland annat Disksjukdom (diskbräck) i lumbalregionen M51.1, Disksjukdom (diskbräck) med radikulit i ländryggen (ischias) M51.1K och Central spinos i ländryggen M48.0W.

⁷ Exempelvis allvarlig patologi eller mer godartade ryggstrukturella förändringar.



Figur 47. DALYs per 100 000 invånare till följd av ländryggsmärta, efter kön och ålder år 2021.

Not: Ländryggsmärta definieras här som ICD G54.4, M47.015-M47.019, M47.15-M47.18, M47.25-M47.28, M47.815-M47.818, M47.896-M47.899, M48.05-M48.08, M48.16-M48.19, M48.25-M48.27, M48.35-M48.38, M48.45-M48.48, M48.55-M48.58, M49.85-M49.88, M51.05-M51.07, M51.15-M51.17, M51.25-M51.27, M51.35-M51.37, M51.45-M51.47, M51.85-M51.87, M53.3, M53.85-M53.88, M54.05-M54.09, M54.15-M54.18, M54.3-M54.5, M99.03-M99.04, M99.13-M99.14, M99.23-M99.24, M99.33-M99.34, M99.43-M99.44, M99.53-M99.54, M99.63-M99.64, M99.73-M99.74, M99.83-M99.84, vilket motsvarar GBD cause-id 630. Källa: Global Burden of Disease (7).

Mellan åren 2011 till 2021 och kvinnor i den utvalda åldersgruppen 45-69 år har DALYs per 100 000 invånare ökat för ländryggsmärtor (från 1 430 DALYs per 100 000 invånare till 1 799 DALYs per 100 000 invånare) mellan åren 2011 och 2021 (7).

5.1.1 Förekomst

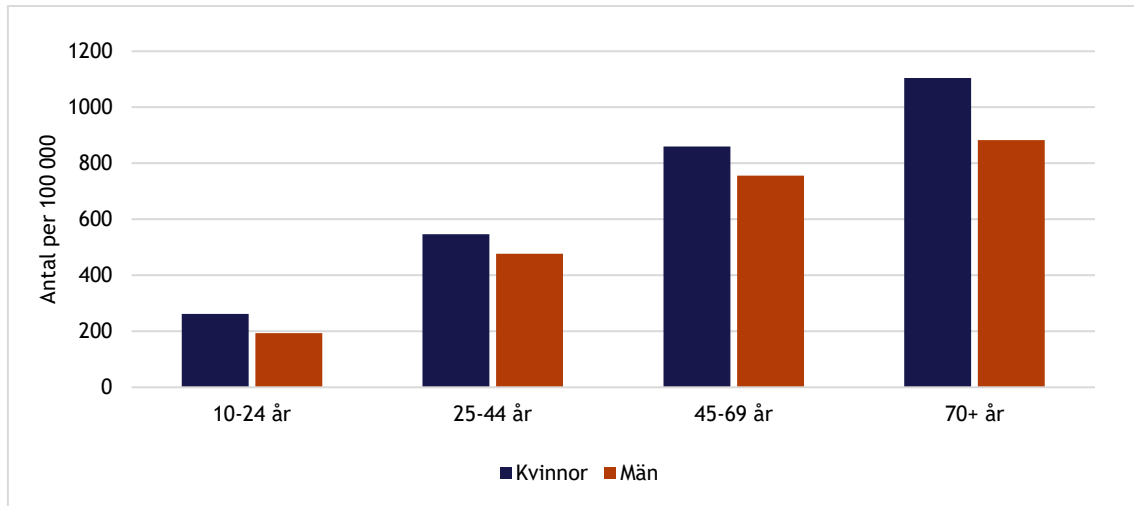
Besvär med ländryggsmärta är vanliga och man uppskattar att cirka 80 procent av en normalbefolkning drabbas någon gång i livet (58). För cirka 30 procent blir ländryggsbesvär periodiskt återkommande, och för cirka 20 procent är förloppet långvarigt med aktivitetsbegränsningar. Prevalensen ökar med åldern (56). En studie från Sverige anger att livsprevalensen uppgår till 69 procent, 12-månadersprevalensen är 47 procent och att de som har besvär just nu ca 18 procent (57).

Bland personer med ländryggsmärta räknar man med att upp emot 85-95 procent har så kallad ospecifik ländryggsmärta. Resterande 5-15 procent benämns ha specifik ländryggsmärta med en anatomisk orsak och en diagnos som är verifierad av till exempel bilddiagnostik eller annan undersökning. Detta kan innebära att man till exempel har ett verifierat diskbråck, en radierande smärta p g a tryck på nervrot, en fraktur, inflammatorisk sjukdom eller en malign process (57).

Kvinnor är i högre grad drabbade av ryggproblem än män, till exempel lumbago-ischias (58). En riskfaktor för att utveckla långvarig ryggsmärta är kvinnligt kön, och även att ha ett tungt fysiskt arbete (59).

5.1.2 Patienter i sluten och/eller specialiserad öppenvård

Socialstyrelsens data visar att antalet personer per 100 000 invånare med ryggvärk (M54) i sluten och/eller specialiserad öppenvård ökar med ålder och att kvinnorna är något fler för respektive åldersgrupp (8).⁸ Sett över tid så har antalet kvinnor i åldern 45-69 år med ryggvärk i sluten och/eller specialiserad öppenvård sjunkit något mellan åren 2012 och 2022, vilket också gäller för män, se bilaga 5. Om man ser till de olika regionerna för gruppen kvinnor 45-69 år så har Stockholm och Gotland något fler patienter per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård, se bilaga 5.



Figur 48. Antal patienter per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård med ryggvärk, efter kön och ålder år 2022, åldersstandardiserat. (8).

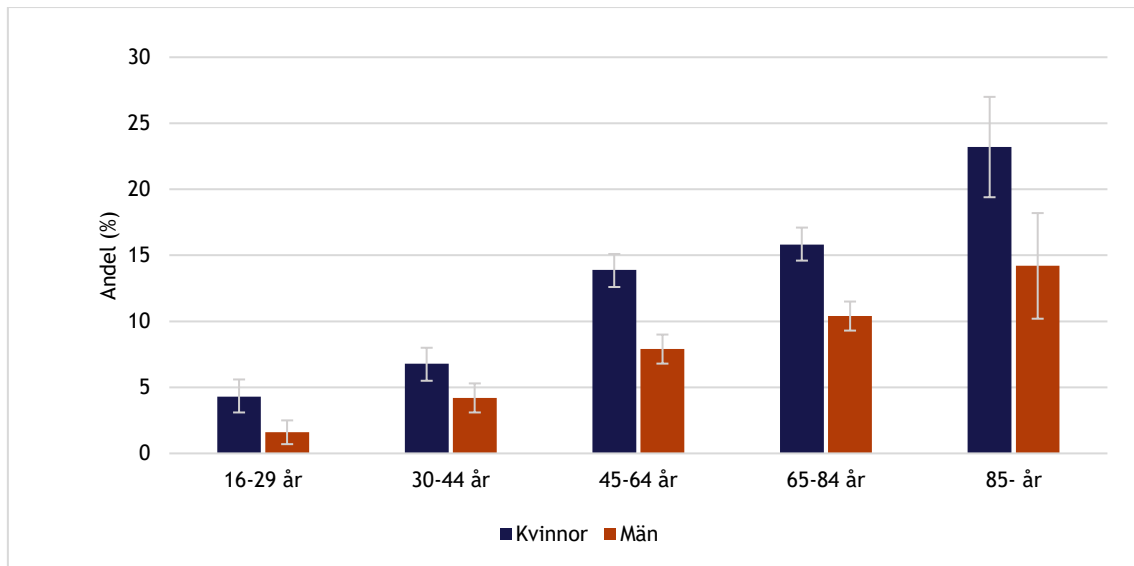
Not: M54: Ryggvärk Källa: Socialstyrelsen

5.1.3 Egenrapporterat mående – kön, utbildningsnivå, födelseland

5.1.3.1 Folkhälsomyndigheten

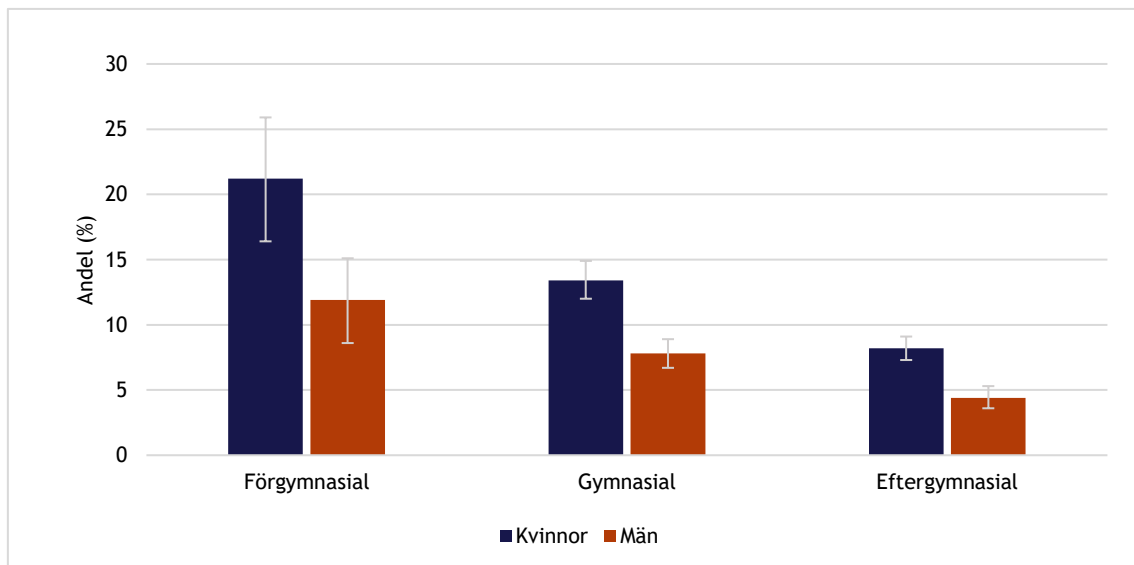
I Folkhälsodatabasen redovisas statistik från den nationella Folkhälsoenkäten, det vill säga egenrapporterad värk och smärta (10). Det kompletterar Socialstyrelsen som endast inkluderar patienter som befunnit sig i sluten och /eller specialiserad öppenvård. Från Folkhälsoenkäten framkommer att 8,9 procent av respondenterna har svarat "Ja, svåra besvär" på frågan om de har ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias, nedan kallat svår värk i rygg m.m. I Figur 49 framgår att andelen ökar med åldern och att en större andel kvinnor svarar att de har svåra besvär. Andelen som har svåra besvär är större för gruppen förgymnasial utbildning. För kvinnor med förgymnasial utbildning svarar 21 procent att de har svåra besvär, vilket kan jämföras med 8 procent av kvinnorna i gruppen som har eftergymnasial utbildning, Figur 50. Personer födda i Sverige har i lägre utsträckning angett att de har svåra besvär av värk i rygg m.m. jämfört med personer födda i övriga Norden, övriga Europa och övriga världen, bilaga 5.

⁸ Diagnoskoden för uttag från Socialstyrelsen är ICD-10 M54 Ryggvärk, vilket är något smalare än motsvarande för DALYs och Försäkringskassan.



Figur 49. Andel (%) personer med egenrapporterad svår värk i rygg m.m., efter kön och ålder år 2022.

Not: Figuren visar personer i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "svår värk i rygg m.m." på frågan "Har du något/några av följande besvär eller symtom?". Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Totalt svarade 16 858 personer på frågan i enkäten, varav 1 500 personer uppgav att de hade svår värk i rygg m.m. Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

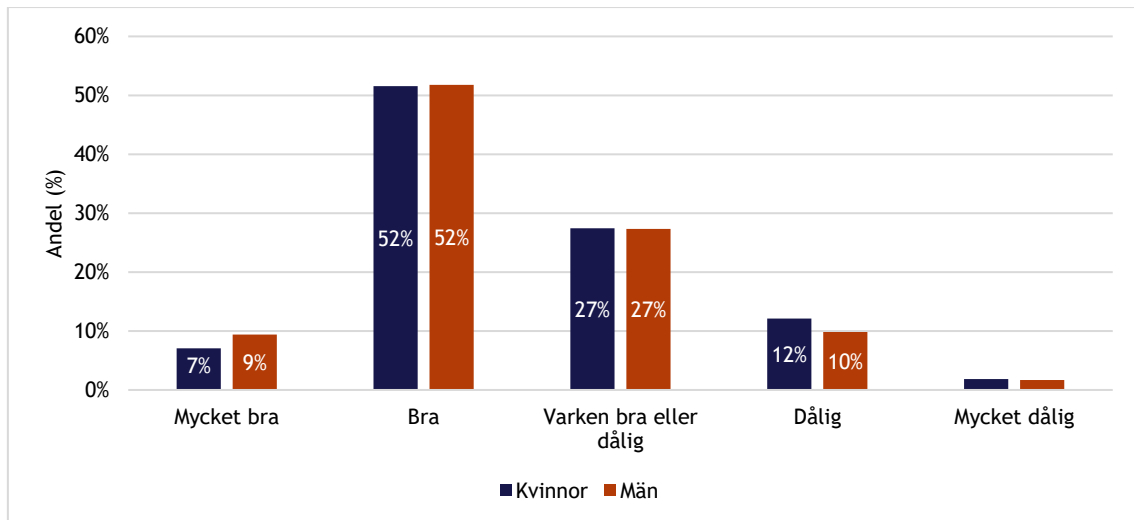


Figur 50. Andel (%) personer med egenrapporterad svår värk i rygg m.m., efter kön och utbildningsnivå år 2022.

Not: Figuren visar personer (+25 år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "svår värk i rygg m.m." på frågan "Har du något/några av följande besvär eller symtom?". Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Totalt svarade 15 737 personer på frågan i enkäten, varav 1 479 personer uppgav att de hade svår värk i rygg m.m. Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

5.1.3.2 Vård- och omsorgsanalys enkät

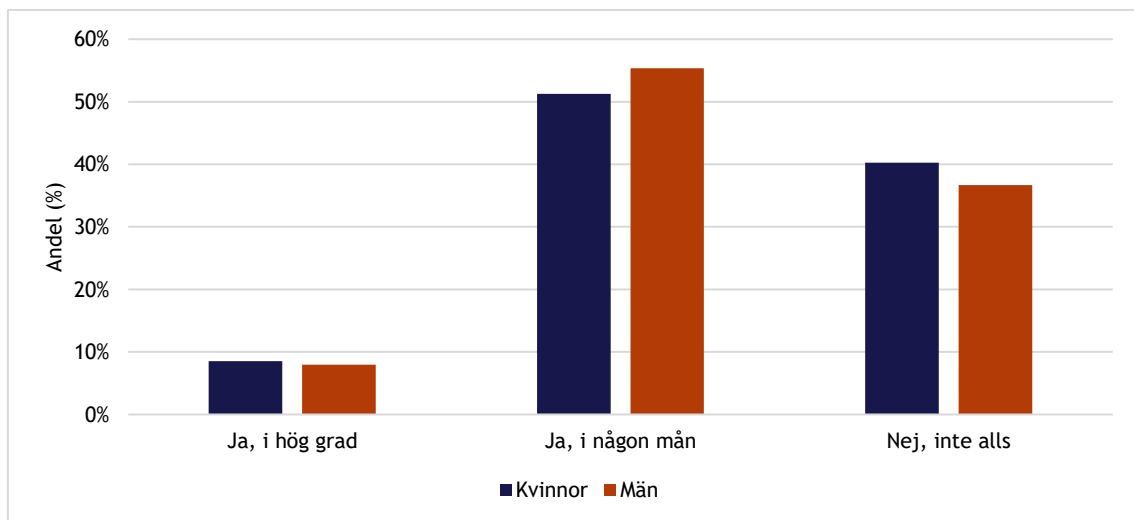
I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes frågan "Hur upplever du din hälsa?". Av de personer som svarat att de haft ländryggsbesvär är andelen kvinnor respektive män som svarar "mycket dåligt", 2 procent för båda könen. Det är något fler kvinnor som svarat "dåligt", 12 procent jämfört med 10 procent av männen.



Figur 51. Upplevd hälsa efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur upplever du din hälsa?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

Som svar på frågan om personen upplevde svårigheter att klara sin vardag på grund av sin ländryggssmärta så angav ungefär samma andel kvinnor som män att de i hög grad hade svårigheter att klara sin vardag (9 procent kvinnor jämfört med 8 procent män). Det var något högre andel av männen män som svarat "i någon mån, 55 procent män jämfört med 51 procent kvinnor.



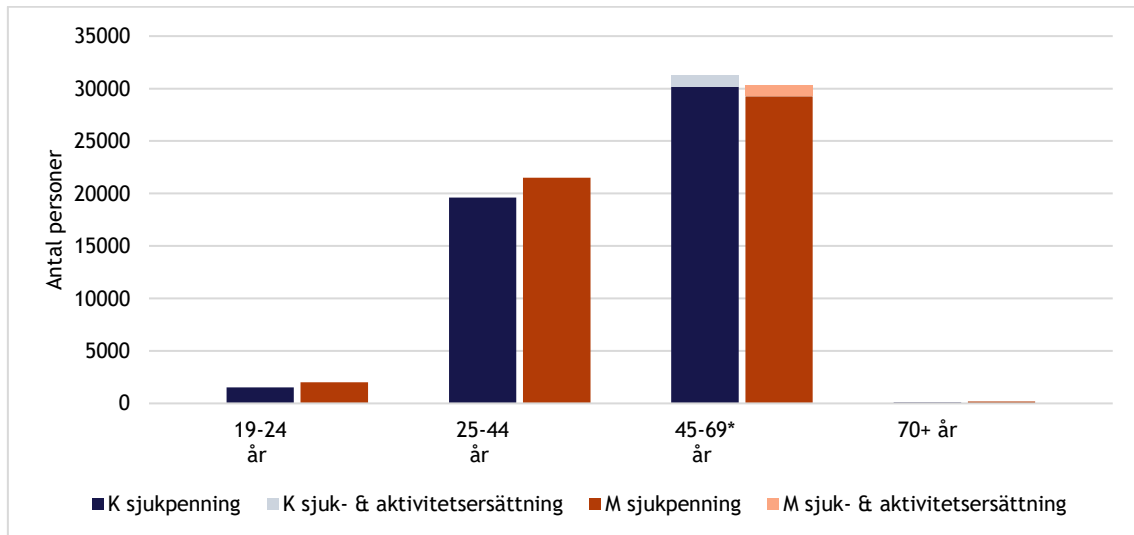
Figur 52. Andel (%) som upplever svårigheter med att klara vardagen, efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Upplever du svårigheter att klara av din vardag på grund av dina ländryggssmärter?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

5.1.4 Sjukfrånvaro

Av de personer som har ersättning från Försäkringskassan till följd av ländryggssmärta är det endast en mycket liten andel som har sjuk- och aktivitetsersättning, medan den absoluta majoriteten har sjukpenning. Det finns ingen statistik över sjuklön, det vill säga den ersättning som erhålls från arbetsgivaren under de första 14 dagarna av en sjukdom.

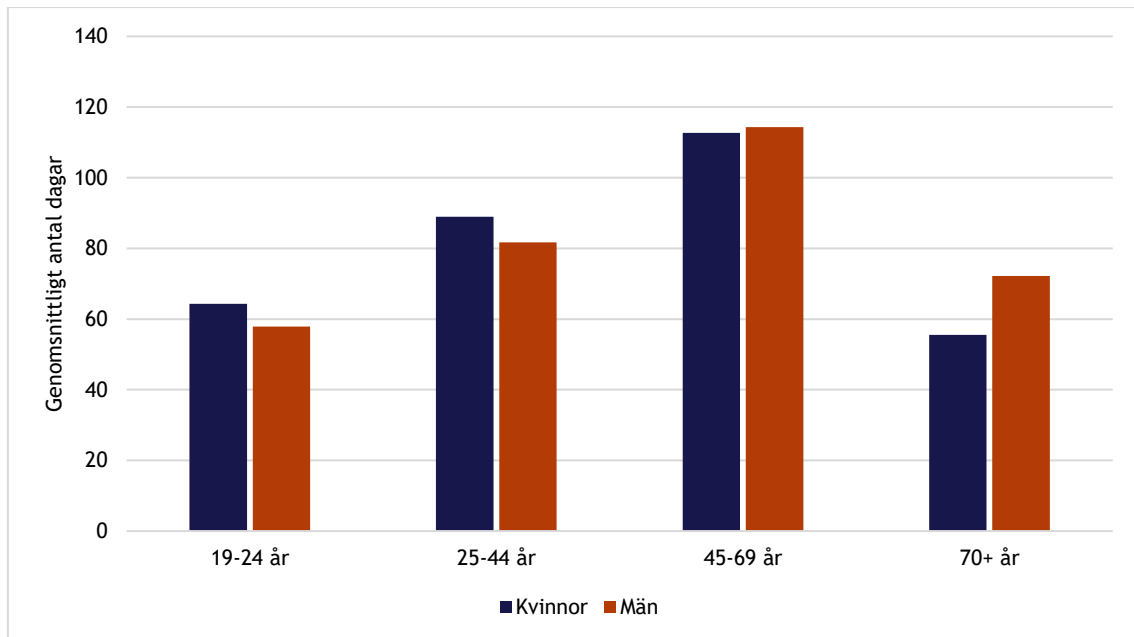
Figur 53 visar antalet personer som beviljats sjukpenning respektive sjuk- och aktivitetsersättning från Försäkringskassan under åren 2019-2023 (16). Ju äldre åldersgrupp desto fler sjukskrivna. I den mellersta åldersgruppen 25-44 år är det något fler män sjukskrivna, medan i den äldre åldersgruppen 45-69 år är det något fler kvinnor. Bland kvinnorna i åldern 45-69 år har 30 207 sjukpenning och 1 074 har sjuk- och aktivitetsersättning, medan bland männen har 29 256 sjukpenning och 1 025 sjuk- och aktivitetsersättning.



Figur 53. Antal personer med sjukpenning och med sjuk- och aktivitetsersättning, efter kön och ålder år 2019-2023.

Not: Ländryggssmärta definieras här som ICD G544, M470, M471, M472, M478, M48, M480, M481, M482, M483, M484, M485, M498, M510, M511, M512, M513, M514, M518, M533, M538, M540, M541, M543, M544, M545, M990, M991, M992, M993, M994, M995, M996, M997, M998 för sjukpenning och ICD G54, M47, M48, M49, M51, M53, M54, M99 för sjuk- och aktivitetsersättning. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. K = Kvinnor, M = Män. Källa: Försäkringskassan (16).

Längden på sjukskrivningsperioderna ökar med åldern, bortsett från åldersgruppen 70 + som endast består av ett fåtal personer, Figur 54. Män och kvinnor har ungefär samma genomsnittliga sjukskrivningslängd, med något fler dagar i genomsnitt för kvinnor i de två yngre åldersgrupperna.



Figur 54. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, efter kön och ålder år 2019-2023.

Not: Ländryggssmärta definieras här som ICD G544, M470, M471, M472, M478, M48, M480, M481, M482, M483, M484, M485, M498, M510, M511, M512, M513, M514, M518, M533, M538, M540, M541, M543, M544, M545, M990, M991, M992, M993, M994, M995, M996, M997, M998. Källa: Försäkringskassan (16).

Personer med förgymnasial utbildning har i genomsnitt fler dagar med sjukpenning än personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning, bilaga 5. I respektive utbildningsgrupp har kvinnor genomgående något högre antal genomsnittligt antal dagar med sjukpenning. Det genomsnittliga antalet dagar med sjukpenning ligger runt 93-107 dagar för både män och kvinnor födda i Sverige, övriga Europa och övriga världen. Gruppen övriga Norden ligger något högre med 118 genomsnittligt antal dagar för kvinnor och 124 dagars genomsnitt för män, bilaga 5.

5.2 Vård och behandling vid ländryggssmärta

5.2.1 Kunskapsstöd

Det finns ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för ländryggssmärta framtaget inom ramen för SKR:s arbete med nationell kunskapsstyrning (56). Det finns också ett nationellt kliniskt kunskapsstöd riktat till primärvården på 1177 för vårdpersonal för lumbago (60). Det finns inga nationella riktlinjer från Socialstyrelsen gällande ländryggssmärta, utan de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar omfattar endast reumatoid artrit, axial spindylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos (61).

För vissa patienter kan det bli aktuellt att komplettera vårdförloppet för ländryggsbesvär med vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna. Vårdförloppet för långvarig smärta inleds vid vårdkontakt för smärta i minst tre månader eller vid risk för långvarig smärta, och förloppet avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder (62).

5.2.1.1 Vårdförloppet för ländryggssmärta

En nationell arbetsgrupp (NAG) inom det nationella programområdet för rörelseorganens sjukdomar och SKR:s Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård tagit fram ett vårdförlopp för ländryggssmärta som publicerades år 2023. Vårdförloppet har som mål att patienten får god kontinuitet och koordinering i vården, är delaktig, får kunskap och därmed ökad funktions-, aktivitets- och/eller arbetsförmåga med ökad livskvalitet (56). Vårdförloppet för diagnos och behandling av ländryggssmärta sker inom primärvården

Vårdförloppet för ländryggssmärta beskriver de olika stegen i primärvården och inleds när en person söker vård för smärtor som man tror kommer från ländryggen. Förloppet avslutas när patienten klarar sig med egenvård eller övergår till akutvård, specialiserad vård eller annat vårdförlopp eller avstår ytterligare vård. Vid lättare eller måttliga besvär som varat mindre än tre veckor ges endast råd om egenvård, och personer där det misstänks allvarlig sjukdom ska omhändertas akut. För de personer som finns kvar i vårdförloppet ländryggssmärta beskrivs de olika åtgärder som görs vid första vårdkontakt, primärvårdsrehabilitering samt specialiserad vård i Figur 55. Där framgår också tydligt att egenvård är en viktig komponent under hela förloppet. Ett mer detaljerat flödesschema med de olika åtgärderna i vårdprogrammet finns i bilaga 5 (56).

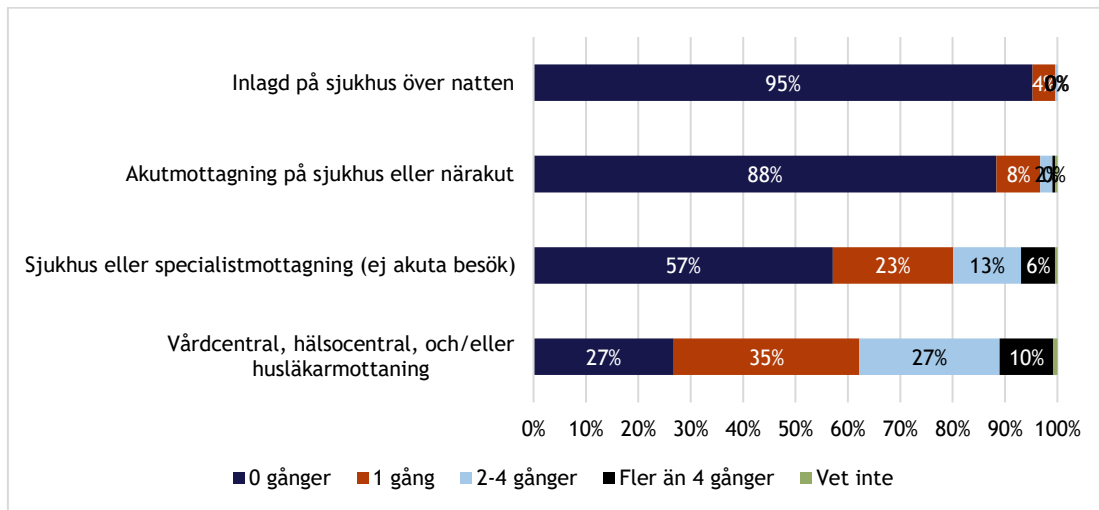


Figur 55. Flödesschema för vårdförlopp vid ländryggsbesvär hos vuxna (63).

Vårdpersonal som möter personer med ländryggssmärta behöver anpassa omhändertagandet beroende på om personen söker för akuta, subakuta eller långvariga och återkommande besvär. I mötet ska patienten få en individuell screening med flaggor i olika färger som stöd för prioritering av utrednings- och behandlingsåtgärder. "Röd flagg" vid risk för allvarlig patologi; "Gul flagg" vid psykosociala faktorer och "blå flagg" för arbetsrelaterade faktorer med risk för långvariga besvär (56).

5.2.2 Vårdkonsumtion^{9,10}

I Vård- och omsorgsanalys enkät angav 35 procent av kvinnorna (269 av 768) och 35 procent av männen (170 av 481) att de besökt vården till följd av sin diagnos för ländryggssmärta under de senaste 12 månaderna (samtliga svarande, 18 år eller äldre). I enkäten ställdes även frågan om hur många gånger personen för egen del besökt olika typer av vårdinrättningar med anledning av sin ländryggssmärta under de senaste 12 månaderna. För alla typer av vårdinrättningar, utom akutmottagning på sjukhus eller närakut som är ungefär samma, angav en större andel män att de besökt dessa se figur 56 och 57. Bland män svarade 8 procent att de varit inlagda på sjukhus över natten, och 5 procent av kvinnorna. För sjukhus eller specialistmottagning svarade 48 procent av män och 43 procent av kvinnor att de hade besökt dessa, för primärvården svarade 79 procent av männen och 73 procent av kvinnorna att de varit på besök där.

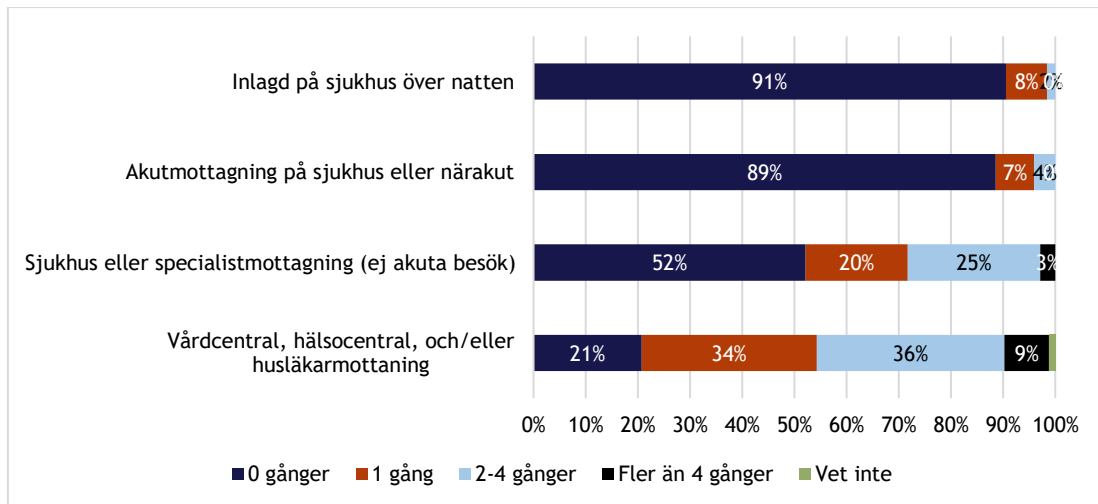


Figur 56. Vårdkonsumtion för kvinnor med ländryggssmärta.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din ländryggssmärta?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

⁹ I Sveriges kommuner och regioners KPP-databas finns ej besök för specifikt ländryggssmärta.

¹⁰ Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård, under rubriken "Sjukdomsburda" kan också ses som en spegling av vårdkonsumtion.



Figur 57. Vårdkonsumtion för män med ländryggssmärta.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din ländryggssmärta?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

5.2.3 Intervju med professionsrepresentant

I intervjun med professionsrepresentanten beskrevs att ländryggsbesvär har en komplex problematik och de som drabbas är en heterogen grupp där orsaken till smärtan skiljer sig åt. Intervjun fokuserade på de personer som har godartade men långvarig smärta och funktionsnedsättning. En utmaning för vården är att utifrån den stora grupp som någon gång drabbas av ländryggssmärta att identifiera dels den lilla grupp där grundorsaken är allvarlig sjukdom som exempelvis tumör, dels den grupp som riskerar att få långvarig smärta och funktionsnedsättning. Dessa personer riskerar att få nedsatt arbetsförmåga och inte fungera på arbete och fritid.

Screening är därmed viktigt för att tidigt upptäcka och utesluta så att personen kan få en tidig och korrekt diagnos. Det finns risk att vården missar dem som behöver det snabba omhändertagandet, men professionsrepresentanten konstaterar att det också finns en risk att man överbehandlar den grupp som har god prognos, det vill säga de som inte kommer få en långvarig problematik. Med ett biopsykosocialt perspektiv så förstår behandlaren personen bättre: Vad är den kroppsliga orsaken, vad är det psykosociala, hur ser det ut med arbete och fritid, finns det en samsjuklighet, vilka tankar om smärta finns? Med hjälp av screeninginstrumentet, patienternas anamnes och undersökning får man ett underlag för beslut att hitta rätt behandling till rätt person.

För de med komplex problematik kring ländryggsbesvär är den multimodala teambehandlingen viktig, och den behöver skraddarsys för respektive persons behov och förutsättningar. Rehabilitering och kunskap om egenvård har en stor roll, så att om smärtan kommer tillbaka så vet den drabbade vad denne ska göra.

Professionsrepresentanten förklarade att patienter ofta upplever att de bollas runt i vården och att det inte finns någon kontinuitet i omhändertagandet. Generellt tycks ländryggssmärta vara en diagnos med lägre status, och det kompliceras också av att patienterna i denna grupp ofta är multisjuka. Professionsrepresentanten återgav också att dessa patienter ibland inte känner sig tagna på allvar utan i stället blir negligerade. För gruppen med ländryggssmärta finns

det också en känd socioekonomisk faktor, kopplad till levnadsvanor och kunskap. I intervjun framkom också att det finns regionala skillnader mellan regioner, exempelvis tillgången till multimodala team, hur rehabiliteringen ser ut och tillgång till teknisk utrustning som magnet-röntgen.

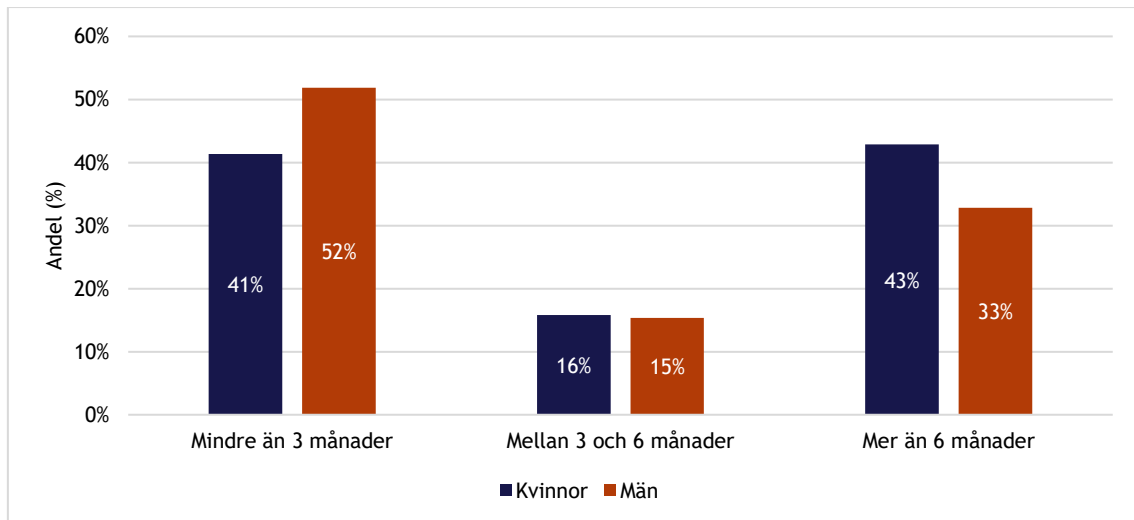
Vårdförloppet beskrivs som bra och innehåller mycket stöd till behandlare, ex. screenings-instrument, råd om egenvård till patienten. Det bidrar till att skapa förutsättningar för en samsyn mellan personalkategorier, vårdgivare och regioner och att alla patienter ska få samma utgångspunkt för att identifiera de personer som har störst behov. En utmaning som angavs var att implementera vårdförloppet i vården. För att vårdförloppet ska kunna följas och implementeras behöver varje region ha tillräckligt många medarbetare med rätt kompetens inom varje yrkeskategori. Regionala och lokala utbildningstillfällen (gärna interprofessionell) kan förbättra förutsättningarna för implementering. Samverkansformer mellan professioner i teamet (fysioterapeut, läkare, psykolog, arbetsterapeut, sjuksköterska med flera) samt mellan primärvård och specialistvård behöver utvecklas och säkerställas. Vidare är det upp till varje region att implementera och anpassa till sina förutsättningar. En orsak till svårigheten att implementera beskrevs vara vårdens tidsbrist, delvis kopplat till att många kunskapsstöd och vårdförlopp införs och uppdateras samtidigt som inflödet av patienter pågår som vanligt. Det beskrevs som att cheferna har svårt att släppa sin personal på utbildning kring kunskapsstöd som vårdförlopp eftersom vården är så tidspressad. Professionsrepresentanten gav exempel på att patient-formulär för screening ofta är fysiska vilket kräver att personalen lägger tid på att skriva ut, distribuera osv. En förbättrad digitalisering och förändrade IT-system kanske skulle kunna underlätta implementeringen om screeninginstrument etc. vore tillgängliga direkt i journalen. Om detta kombineras med att vårdpersonal utbildas i kunskapsstödet så kommer de sedan känna igen sig och se möjligheter tillbättre vård och tidsbesparing, vilket i sin tur sannolikt skulle bidra till ökad implementeringsgrad.

5.3 Upplevelser av vården

I vårdförloppet för ländryggsbesvär beskrivs ett antal patientutmaningar baserat på patienters erfarenheter. Avsikten är att vårdförloppet ska försöka råda bot på dessa patientutmaningar. Det beskrivs tre huvudsakliga utmaningar: (a) patienterna upplever bristande information och kunskap, exempelvis kring egenvård vid ländryggssmärta; (b) bristande tillgänglighet till exempelvis telefonrådgivning, samt (c) brister i kommunikation, delaktighet och kommunikation. I bilaga 5 återfinns en översikt över detta i relation till vårdens aktiviteter (56).

5.3.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

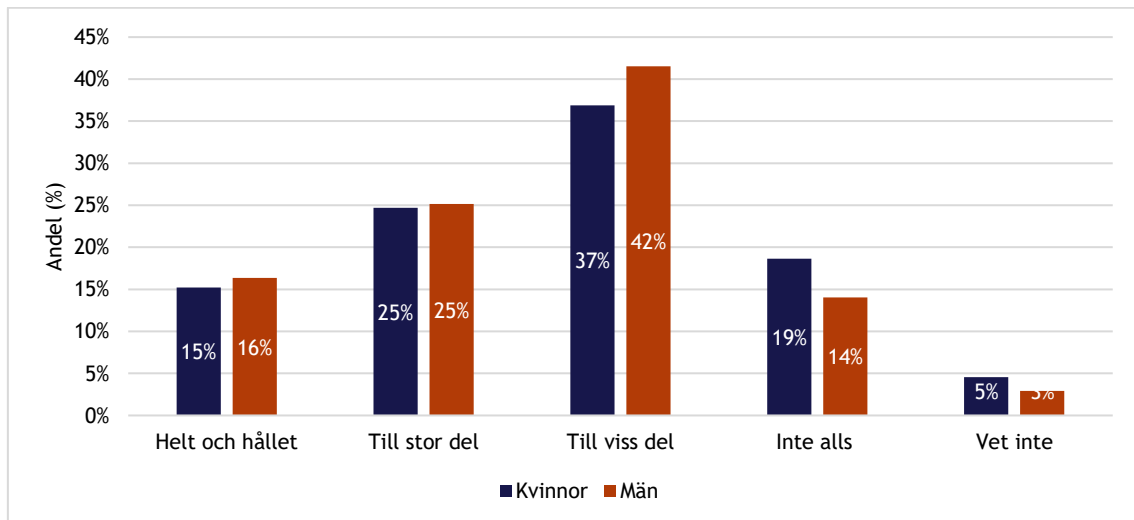
I Vård- och omsorgsanalys enkät framkommer att en större andel män fick sin diagnos inom tre månader än kvinnor, figur 58. Strax över hälften (52 procent) av männen fick sin diagnos på mindre än 3 månader, medan för kvinnor är motsvarande siffra 41 procent. I enkäten framkom också att en större andel av kvinnor (23 procent) än män (8 procent) angav att de hade avstått från att söka vård bland dem som inte haft någon vård för sin diagnos under de senaste 12 månaderna.



Figur 58. Tidsperiod (i månader) från första vårdkontakt till erhållen diagnos för ländryggssmärta.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur lång tid tog det från att du först tog kontakt med vården tills du fick din diagnos?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

Angående upplevelsen av om man fått den vård man behövt för sin ländryggssmärta svarade fler kvinnor än män att de "inte alls" fått den vård de behövt, 19 procent av kvinnorna och 14 procent av männen svarade detta, figur 59. Bland de som svarat att de "helt och hållet" fått den vård de behövt var det ungefär lika många män (16 procent) som kvinnor (15 procent) som svarade det.

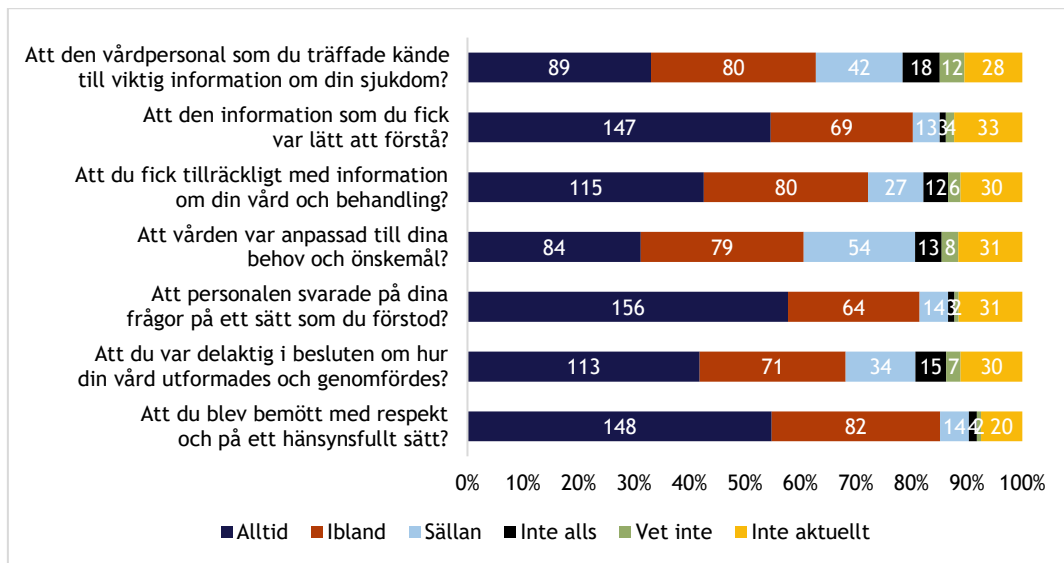


Figur 59. Andel (%) som upplever att de fått den vård de behövt för sina ländryggssmärta.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, tycker du att du har fått den vård du har behövt för dina ländryggssmärta?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

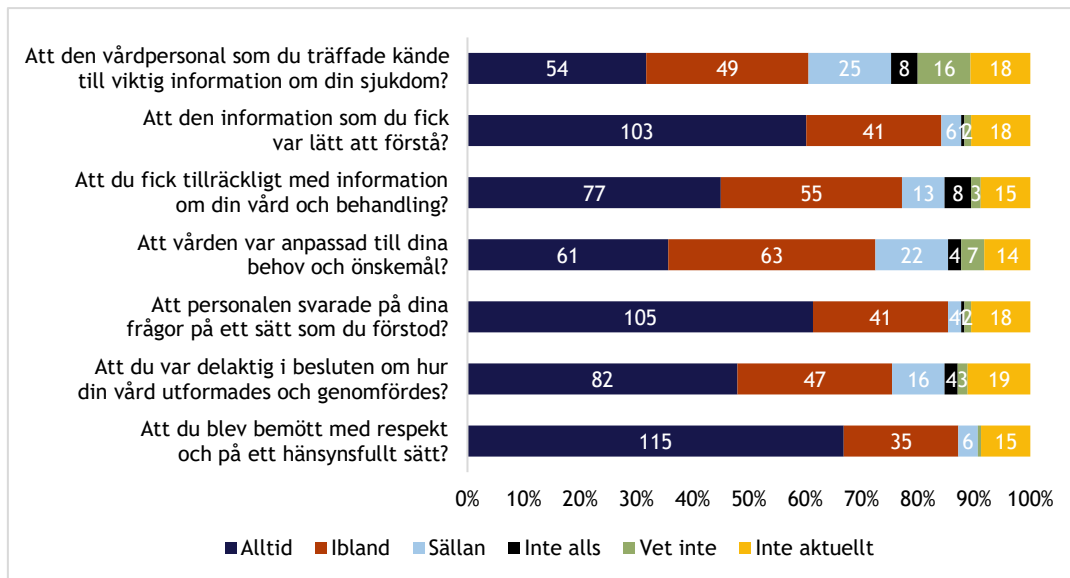
Vård- och omsorgsanalys ställer i sin enkät frågan "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din ländryggssmärta?". Från Figur 60 och Figur 61 kan utläsas att en lägre andel av kvinnorna angav att det alltid blev bemötta med respekt i vården och på ett hänsynsfullt sätt, 55 procent av kvinnorna jämfört med 67 procent

av männen. Av den information som gavs i kontakt med vården svarade 55 procent av kvinnorna att den alltid var lätt att förstå och 26 procent att den ibland var lätt att förstå. För män svarade 60 procent att den alltid var lätt att förstå och 24 procent att den ibland var lätt att förstå.



Figur 60. Kvinnors upplevelse av vården för ländryggsmärta.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din ländryggsmärta?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 61. Mäns upplevelse av vården för ländryggsmärta.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din ländryggsmärta?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

5.3.2 Intervju med patientrepresentant

Patientrepresentanten beskrev att ländryggssmärta kan avse både en lätt, tillfällig smärta som inte återkommer eller en svår, återkommande smärta under livet som påtagligt begränsar livet. Bilden var att detta är en diagnos som sjukvården inte är riktigt överens om är en ”riktig sjukdom”. En utmaning som nämndes i intervjun var bristen på kontinuitet i vården och bristen på fast vårdkontakt för de personer med återkommande, funktionshindrande ländryggssmärta. Denna patientgrupp bör skiljas från de patienter som har ländryggssmärta någon enstaka gång under sitt liv, som kan hända för en majoritet. En sådan vårdkontakt kan gärna vara en fysioterapeut som man får träffa och få råd av när besvären intensifieras, vilket ibland kan vara med något års mellanrum. Samtidigt är läkarens roll viktig för tillfällena då personen behöver stödjande läkemedel mot inflammation och/eller smärta.

Komplexiteten i ländryggssmärta och eventuell kombination av fysiska och psykiska orsaker medför att det är viktigt med kontinuitet i vården. Patientrepresentanten betonade att en fördel med kontinuitet är att den bidrar till att patienten slipper upprepa sin sjukdomshistoria vid varje vårdbesök och att vårdgivaren bättre kan anpassa vården till patientens aktuella behov. Patientrepresentanten lyfte också att det behövs en mer sömlös vård mellan olika delar i vården, där patienten över tid kan glida mellan exempelvis fysioterapeut, kurator, psykolog och läkare och att det behövs ett multidisciplinärt angreppssätt. Relationsskapandet är avgörande där man behöver skapa en trygg relation mellan patient och vårdgivare. Har man en historia tillsammans och vårdgivaren känner till ens problematik så kan man tillsammans lägga pussel kring vad som kan ha triggat besvären och hur man kan arbeta för att minska besvären och förebygga nya. I relationsskapandet finns det också ett förtroende och ökad sannolikhet för att skapa motivation hos patienten. Genom att förstå syftet med en kroppsövning så kan man få motivation till att fortsätta träna förebyggande med hjälp av fysioterapeuten, utan att bli rädd att röra sig till följd av smärta.

Kopplat till detta beskrev patientrepresentanten vikten av utbildning för att få kunskap och förstå sin sjukdom, så att man kan arbeta förebyggande. Med en god hälsolitteracitet och förmåga att förstå och använda hälsoinformation så kan det främja en personens hälsa och fatta välgrundade beslut. Här kan finnas en socioekonomisk aspekt, där vissa grupper kommer ha lättare att ta till sig information och att driva sin sak, vilket vården behöver ha i åtanke.

5.4 Sammanfattning och analys

Hur tar sig sjukdomsbördan uttryck?

Kvinnor i åldrarna 45-69 år har i flera mått som redovisas i rapporten en större sjukdomsbörda kopplad till ländryggssmärta än män i samma ålder. Skillnaderna mellan män och kvinnor är dock inte lika uttalade såsom redovisades i de föregående avsnitten för tillstånden depression, ångest och migrän. Ländryggsbesvär gav kvinnor i alla åldrar fler funktionsnedsatta levnadsår, DALYs (disability adjusted life years) per 100 000 invånare än motsvarande analys för män år 2021, där kvinnor har 1,36 gånger fler DALYs per 100 000 invånare än män (1 799 för kvinnor jämfört med 1 322 för män). Skillnaderna mellan män och kvinnor förefaller också bli större för varje åldersgrupp (Figur 47). Dessa skillnader mellan män och kvinnor återkommer också i egenrapporterade statistik från Folkhälsomyndighetens enkät där 1,76 gånger fler kvinnor än män svarade att man har problem med svår värk i rygg m.m.. (13,9 procent kvinnor jämfört med 7,9 procent män). Ungefär samma andel kvinnor som män angav att de i hög grad har svårt att klara sin vardag (9 procent kvinnor jämfört med 8 procent män). Detta kan indikera att svårighetsgraden är liknande mellan könen.

I gruppen kvinnor med förgymnasial utbildning är det en större andel som har ländryggssmärta (21,2 procent) än bland gruppen med eftergymnasial utbildning (8,2 procent). En bidragande orsak till att lägre utbildning kan öka risken för ländryggssmärta kan vara att utbildning, och därmed socioekonomi, påverkar typ av arbete och levnadsvanor, som i sin tur påverkar symtom och sjukdom.

På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?

Även om kvinnor har en större börda mätt i DALYs och den egenrapporterade förekomsten från Folkhälsomyndighetens enkät så framkommer att antal patienter per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård är lika mellan könen (8 procent kvinnor jämfört med 7,5 procent män). Statistik för primärvårdsbesök till följd av ländryggssmärta har inte identifierats, och inte heller behandling hos fysioterapeut.

Sjukskrivningsstatistiken visar att det är i princip lika många män som kvinnor som är sjukskrivna till följd av ländryggssmärta (31 281 kvinnor jämfört med 30 281 män), på samma sätt som visades för specialistvården. Antalet män och kvinnor som har sjukfrånvaro för ländryggsbesvär är påtagligt högre än för andra diagnoser i denna studie.

Att kvinnor inte har mer vård eller har mer sjukskrivning än män kan antingen bero på att DALYs är överskattat (till exempel att det inte tar hänsyn till svårighetsgrad) eller på att kvinnors börda inte framkommer i sjukvårdskonsumtion och sjukfrånvaro. En annan möjlig orsak skulle kunna vara att en högre svårighetsgrad har liknande förekomst mellan män och kvinnor.

Ländryggssmärta kan vara en utmaning vid diagnossättning eftersom det är en typ av "symtom-diagnos" där läkaren får sätta diagnos baserat på patientens berättelse, och det saknas diagnostiska test med markörer osv. Röntgen visar oftast inget vid denna typ av problematik. I intervjumaterialet framkom att ländryggsbesvär är en komplex diagnos som kan påverkas av både psykiska och fysiska orsaker, och det kan vidare finnas ett värde i att skilja mellan den typ av ländryggssmärta som är av lindrig och tillfällig art och den som är svår och återkommande. Professionsrepresentanten förtydligade att det är en stor utmaning att skilja dessa grupper åt, och även att identifiera den grupp som kan ha en bakomliggande allvarlig sjukdom. Patientrepresentanten beskrev att en stor utmaning som patient var att få kontinuitet i vården och en fast vårdkontakt, vilket är viktigt för de med återkommande funktionsnedsättande besvär. Detta bekräftades av professionsrepresentanten som beskrev att patienter upplever att de "bollas runt" i vården.

Både professionsrepresentant och patientrepresentant betonade vikten av att patienter (inom gruppen med svårare smärta) omhändertas multimodalt av team, och att vården anpassas efter varje person. Vikten av att arbeta med multimodala team medför också ett behov av sömlös vård, så att patienten kan få hjälp av den profession som är bäst lämpad vid ett visst tillfälle, och att det finns ett helhetsgrepp. Båda intervjupersoner poängterade också vikten av kunskap om egenvård. I intervju med professionsrepresentanten framfördes att en ytterligare utmaning inom området ländryggssmärta rörde implementeringen av vårdförloppet. Där framkom att vårdens tidsbrist försvårar möjligheten för personal att delta i utbildningar om kunskapsstöd.

Hur upplever flickor och kvinnor vården?

I upplevelsen av vård så är det en mindre andel av kvinnorna som anser att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, 55 procent av kvinnorna jämfört med 67 procent av männen. Det framgår också att en något större andel av männen får diagnos inom tre månader från första vårdkontakt, 52 procent av männen jämfört med 41 procent av kvinnorna.

Vilka insatser som skulle kunna förbättra vården och flickors och kvinnors hälsa vid ländryggsmärta?

Det finns indikationer på att kvinnor får mindre sjukvård än vad som motiveras av deras sjukdomsburda i relation till män. Detta kan bero på en skillnad i svårighetsgrad men det kan också bero på att kvinnor väljer att inte söka vård (det är för denna diagnos som skillnaden i andelen som avstått vård är som störst mellan män och kvinnor). Det kan också bero på att problemen inte upptäcks eller diagnostiseras i sjukvården. Det kan därför finnas skäl att titta på upptäckt, diagnostisering och bemötande i sjukvården för personer med denna diagnos. Det efterfrågas också en fast vårdkontakt för att säkerställa bra kontinuitet för dem med kroniska besvär.

6. Kranskärslssjukdomar (+70 år)

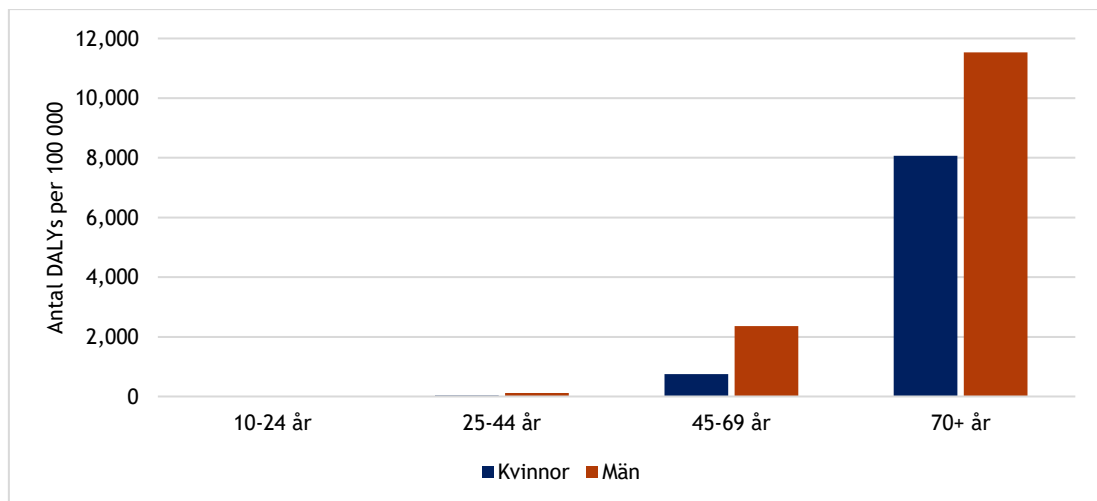
Kranskärslssjukdom, även kallad ischemisk hjärtsjukdom, är sjukdomar som orsakas av otillräcklig blodtillförsel till hjärtmuskeln.¹¹ Kranskärslssjukdom är den vanligaste formen av hjärtsjukdom. Kranskärslssjukdom beror på att hjärtats kranskärl får förträngningar till följd av åderförfattning (även kallat åderförkalkning eller ateroskleros) i blodkärlens väggar i form av plack. När förträngningarna ökar så minskar blodflödet så att det blir tillfällig syrebrist i hjärtmuskeln. Det känns som en övergående bröstsmärta som kallas kärldramp (angina pectoris). Om placket lossnar kan det skapa en blodpropp som kan orsaka en hjärtinfarkt eller en stroke (64).

Faktorer som ökar risken för kranskärslssjukdom är rökning, höga blodfetter, högt blodtryck, diabetes, övervikt speciellt runt buk och stress. Andra faktorer som påverkar risken negativt är ålder, tidigare hjärtinfarkt, manligt kön och ärftlighet (65). Därtill bör man beakta socioekonomiska faktorer, psykisk ohälsa och andra somatiska sjukdomar (66).

Man skiljer på akut och kronisk kranskärslssjukdom, där den tidigare motsvaras av hjärtinfarkt. För att minska risken för att återinsjukna i hjärtinfarkt så är sekundärprevention viktig.

6.1 Sjukdomsburda vid kranskärslssjukdom

Kranssjukdom drabbar framför allt äldre. Sjukdomsburdan vid kranskärslssjukdom mätt inom ramen för det globala sjukdomsburdeprojektet Global Burden of Disease, visar att antalet DALYs per 100 000 invånare som förloras till följd av kranskärslssjukdom ökar kraftigt med åldern, och är högre för män än för kvinnor (7). Män i åldern 70+ år förlorade 11 536 DALYs per 100 000 invånare år 2021, medan kvinnor i samma ålder förlorade 8 066 DALYs per 100 000 invånare.



Figur 62. DALYs per 100 000 invånare till följd av kranskärslssjukdom, efter kön och ålder år 2021.

Not: Kranskärslssjukdom definieras här som ICD I20-I21.6, I21.9-I25.9, vilket motsvarar GBD cause-id 493. Källa: Global Burden of Disease (7).

¹¹ Kranskärslssjukdom/ischemisk hjärtsjukdom har ICD-10 diagnoskod I20-I25, där undergrupperna är I20 anginösa bröstsmärtor (kärldramp i bröstet), I21 akut hjärtinfarkt, I22 reinfarkt (återinsjuknande i akut hjärtinfarkt), I23 vissa komplikationer till akut hjärtinfarkt, I24 andra akuta ischemiska hjärtsjukdomar, I25 kronisk ischemisk hjärtinfarkt.

En svensk studie publicerad 2024 visade att kvinnor förlorar fler levnadsår efter en hjärtinfarkt jämfört med män. Resultatet visade att mycket av livslängdsförkortningen förklarades av faktorer som indirekt är kopplat till ökad risk för hjärtinfarkt, till exempel socioekonomi eller andra sjukdomar som högt blodtryck och diabetes (67, 68).

För kvinnor i den utvalda åldersgruppen 70+ år har DALYs per 100 000 invånare minskat över tid för kranskärslssjukdom (från 14 100 DALYs per 100 000 invånare till 8 066 DALYs per 100 000 invånare) mellan åren 2011 och 2021 (7).

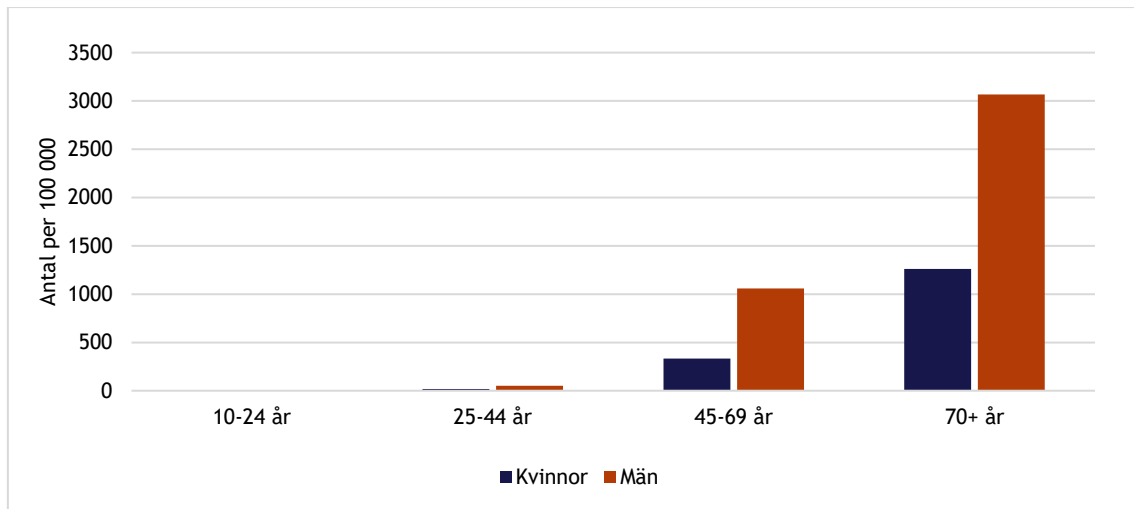
6.1.1 Förekomst

Kranskärslssjukdom är den vanligaste formen av hjärt-kärslsjukdom, med en prevalens i Sverige på cirka 200 000 personer. Incidensen av kranskärslssjukdom ökar med stigande ålder och en knapp tredjedel av alla fall är 80 år eller äldre (66). Totalt finns i Sverige cirka två miljoner människor med någon typ av hjärtekärslsjukdom, vilket motsvarar 20 procent av befolkningen. De senaste decennierna har inneburit en minskad dödlighet i hjärtekärslsjukdom, inte minst bland personer under 80 år (se vidare i avsnitt 0 nedan). Förbättrad diagnostik och behandlingsframsteg samt förbättrade levnadsvanor har också medfört att allt fler personer leva längre med kranskärslssjukdom och andra hjärtekärslsjukdomar (69).

Fler män än kvinnor får kranskärslssjukdom, ungefär sex av tio är män. Däremot insjuknar kvinnor vid senare ålder än män, och är därför oftare skörare vid insjuknandet. Studier visar att när kvinnor kommer i klimakteriet minskar östrogenproduktionen och därmed dess skyddande effekt mot hjärt- och kärslsjukdom. Detta bidrar till att kvinnors risk för hjärt- och kärslsjukdom då ökar (70, 71). Ålder och skörhet kan också bidra till att kvinnor i större utsträckning är multisjuka (64). Incidensen är högre för personer med låg inkomst och låg utbildning samt bland personer som är utlandsfödda (69).

6.1.2 Patienter i slutet och/eller specialiserad öppenvård

Antalet patienter per 100 000 invånare med kranskärslssjukdom i slutet och/eller specialiserad öppenvård ökar med åldern för båda könen enligt Socialstyrelsens statistik (8). Män i åldern 70+ år är den grupp som är störst sett till antal patienter per 100 000 invånare med kranskärslssjukdom (I20-I25) i slutet och/eller specialiserad öppenvård, Figur 63. I den åldersgruppen uppgår antalet män till 3 066 patienter per 100 000 invånare, medan motsvarande antal för kvinnor är 1 261 patienter per 100 000 invånare.

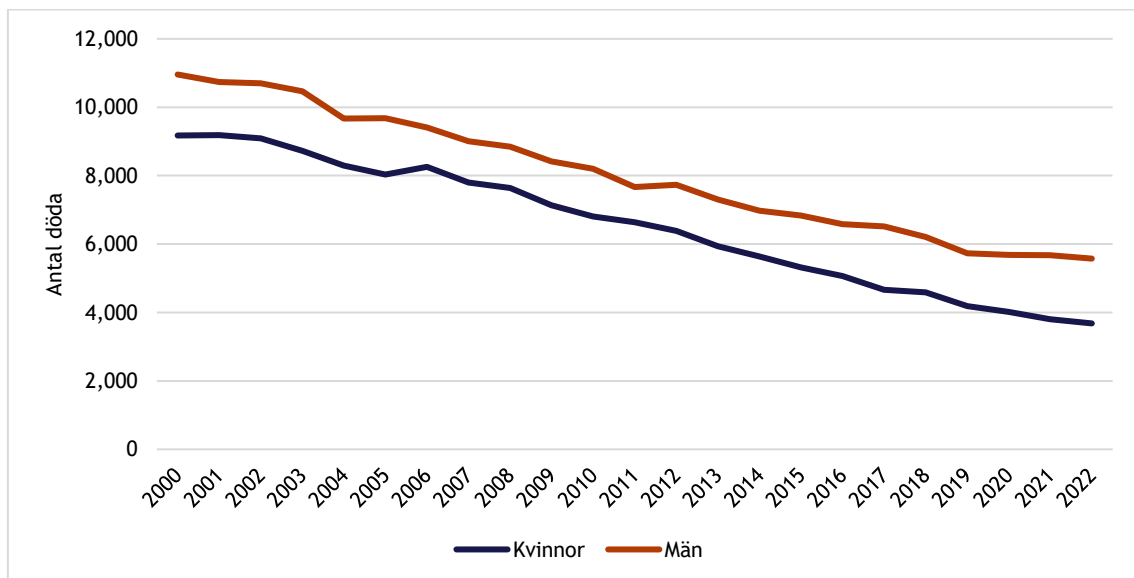


Figur 63. Antal patienter per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård med kranskärslssjukdom, efter kön och ålder år 2022, åldersstandardiserat

Not: ICD I20-I25. I20: Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet), I21: Akut hjärtinfarkt, I22: Reinfarkt (återinsjuknande i akut hjärtinfarkt), I23: Vissa komplikationer till akut hjärtinfarkt, I24: Andra akuta ischemiska hjärtsjukdomar, I25: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom. . Källa: Socialstyrelsen (8).

6.1.3 Antalet dödsfall

Socialstyrelsens statistik (9) visar att antal döda till följd av kranskärslssjukdom har minskat kraftigt mellan år 2000 och 2022 både för män och kvinnor, Figur 64. Det är fler män som dör än kvinnor, och skillnaden mellan könen ligger konstant över tid.

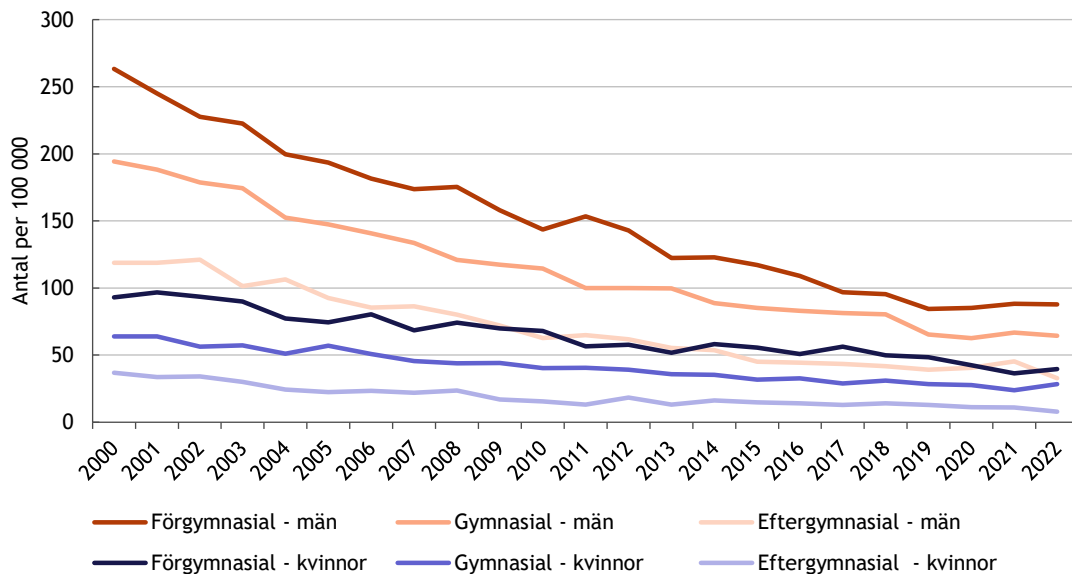


Figur 64. Antal döda i kranskärslssjukdom, alla åldrar, efter kön år 2000-2022.

Not: ICD I20-I25. I20: Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet), I21: Akut hjärtinfarkt, I22: Reinfarkt (återinsjuknande i akut hjärtinfarkt), I23: Vissa komplikationer till akut hjärtinfarkt, I24: Andra akuta ischemiska hjärtsjukdomar, I25: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (9).

Socialstyrelsen har tagit fram statistik som visar hur mortaliteten (mätt som antal döda per 100 000 invånare) vid akut hjärtinfarkt skiljer sig åt mellan män och kvinnor med olika utbildningsnivåer (72), se Figur 65. För alla utbildningsgrupper så har dödligheten sjunkit, och för den förgymnasiala gruppen har den sjunkit kraftigast över tid. Både för kranskärslssjukdom i

Figur 64 och för akut hjärtinfarkt i Figur 65 är dödligheten högre för män än för kvinnor. För båda könen har personer med lägre utbildningsnivå högre antal avlidna per 100 000 invånare i akut hjärtinfarkt jämfört med de med högre utbildningsnivå (72).

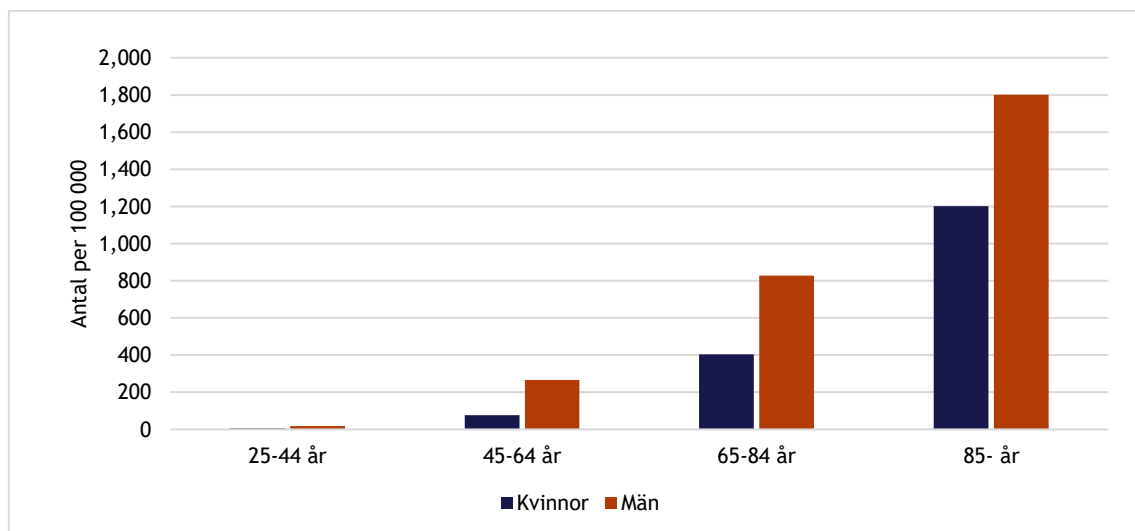


Figur 65. Antal döda (mortalitet) 45-74 år med akut hjärtinfarkt (I21-I22) per 100 000 invånare, efter kön och utbildningsnivå, 2000-2022, åldersstandardiserat.

Källa: Socialstyrelsen (72).

6.1.4 Hjärtinfarkt - kön, utbildningsnivå, födelseland och region

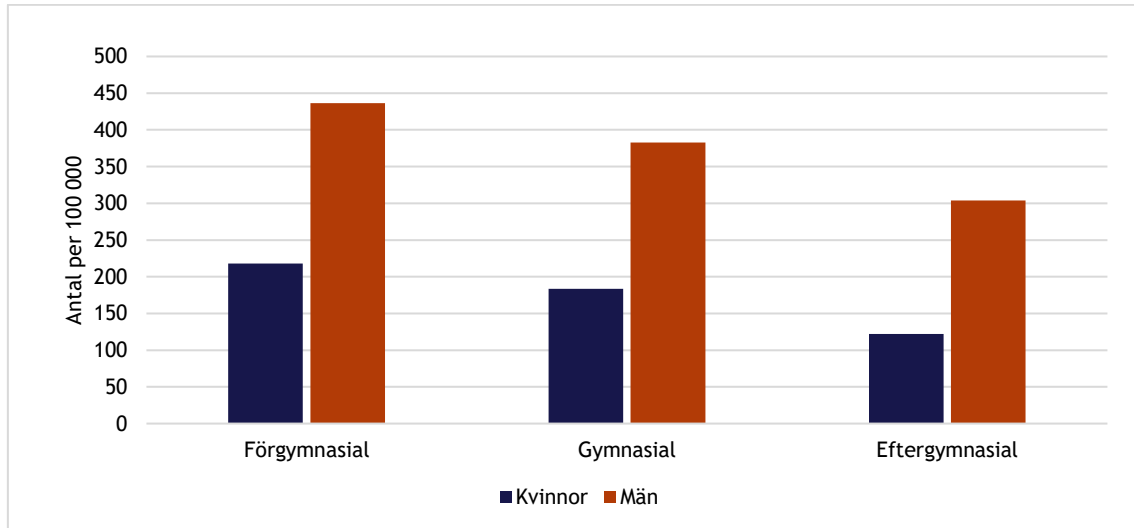
För antalet personer som insjuknar i hjärtinfarkt redovisar Folkhälsomyndigheten (10) med data från Socialstyrelsen över antalet insjuknande i hjärtinfarkt och hur det fördelas mellan kön, ålder, utbildning, födelseland och region. Antalet insjuknande i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare ökar med åldern och är genomgående högre för män än för kvinnor, Figur 66. I åldersgruppen 65-84 år insjuknade 827 män och 405 kvinnor per 100 000 invånare, medan i åldersgruppen +80 år var det 1 800 män och 1 202 kvinnor per 100 000 invånare som insjuknade.



Figur 66. Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, efter kön och ålder år 2022.

Not: Hjärtinfarkt definieras här som ICD I21: Akut hjärtinfarkt. Källa: Folkhälsomyndigheten (10)

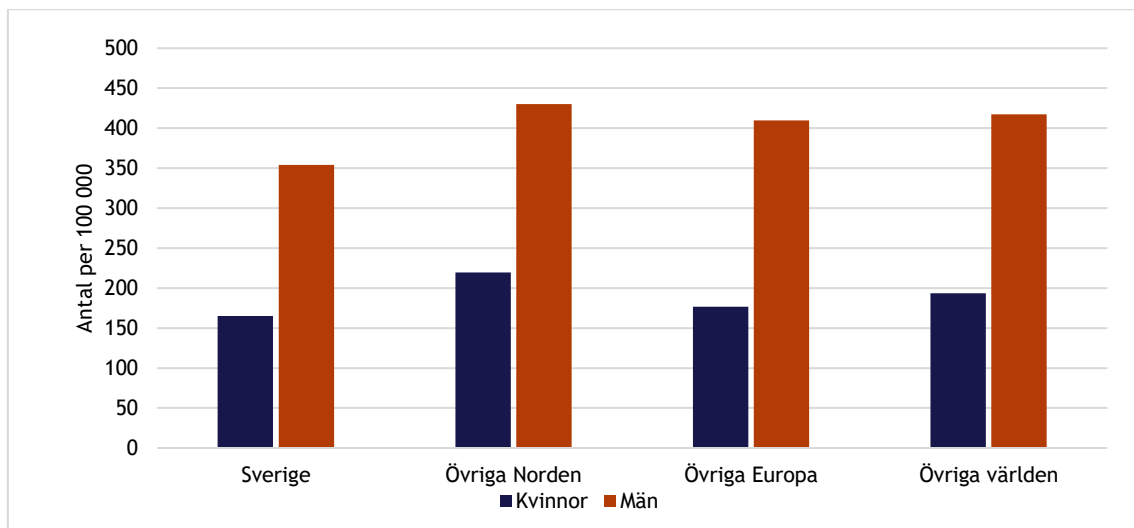
Personer med lägre utbildning har en högre risk att insjukna i hjärtinfarkt där 436 män per 100 000 invånare med förgymnasial utbildning insjuknar jämfört med 304 män per 100 000 invånare med eftergymnasial utbildning. För kvinnor motsvaras det av 218 respektive 122 kvinnor per 100 000 invånare, Figur 67. Socioekonomiska (och regionala) faktorer påverkar levnadsvanor i form av vad man äter och hur man motionerar, vilket beskrivs vara möjliga orsaker till skillnader i risken för insjuknande i hjärtinfarkt (73).



Figur 67. Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, efter kön och utbildningsnivå år 2022.

Not: Hjärtinfarkt definieras här som ICD I21: Akut hjärtinfarkt. Källa: Folkhälsomyndigheten (10)

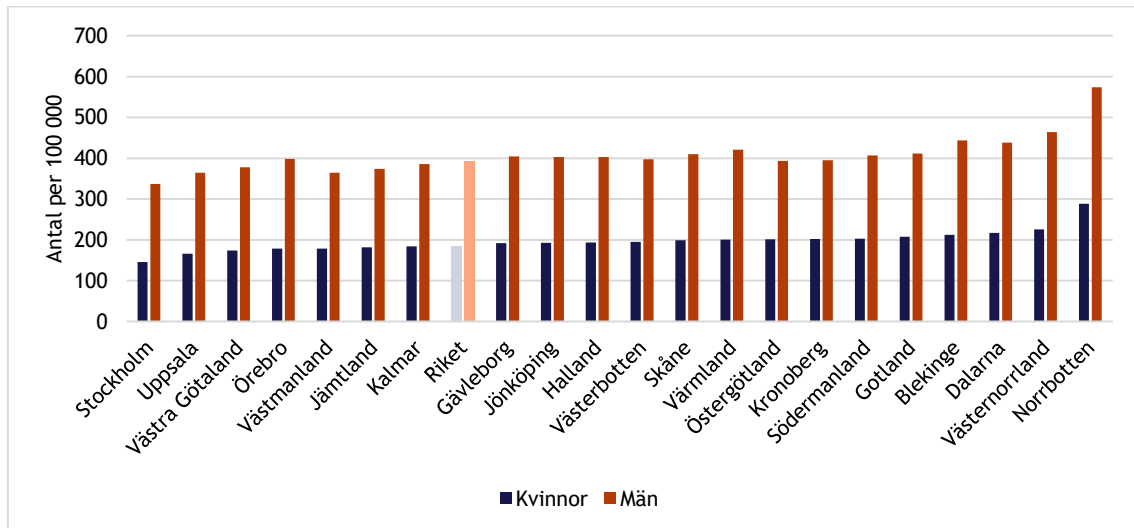
Statistik för antal insjuknade i hjärtinfarkt per 100 000 invånare fördelat per födelseland indikerar att personer födda i Sverige har något lägre risk än personer födda i andra länder, se Figur 68. Genomgående har män högre insjuknandegrad än kvinnor.



Figur 68. Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, efter kön och födelseland år 2022.

Not: Hjärtinfarkt definieras här som ICD I21: Akut hjärtinfarkt. Källa: Folkhälsomyndigheten (10)

Jämför man Sveriges olika regioner framgår att invånare i Norrbotten har den högsta risken att insjukna i hjärtinfarkt i Sverige, bland män i Norrbotten insjuknar 574 personer per 100 000 invånare jämfört med rikssnittet 392 per 100 000. För kvinnor är motsvarande siffror 288 personer per 100 000 invånare för Norrbotten och riksgenomsnittet för kvinnor är 185 personer per 100 000 invånare, Figur 69. Det förklaras att de regionala (och socioekonomiska) skillnaderna sannolikt kan hänföras till skillnader i levnadsvanor som vad man äter och hur man motionerar (73).



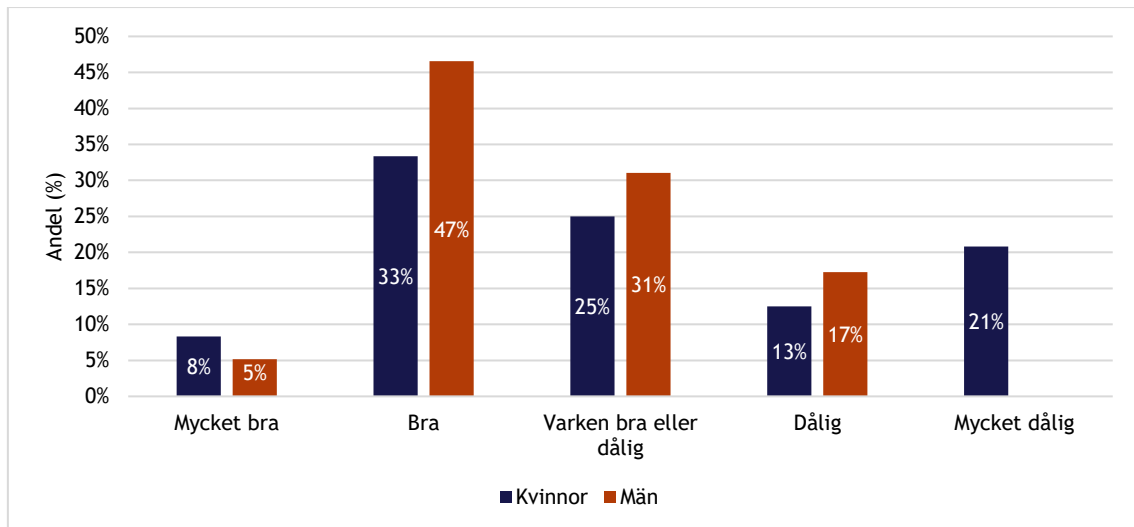
Figur 69. Antal insjuknande i hjärtinfarkt per 100 000 invånare, efter kön och region år 2022.

Not: Hjärtinfarkt definieras här som ICD I21: Akut hjärtinfarkt. Region avser hemortslän. Källa: Folkhälsomyndigheten (10)

6.1.5 Egenrapporterat mående

6.1.5.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

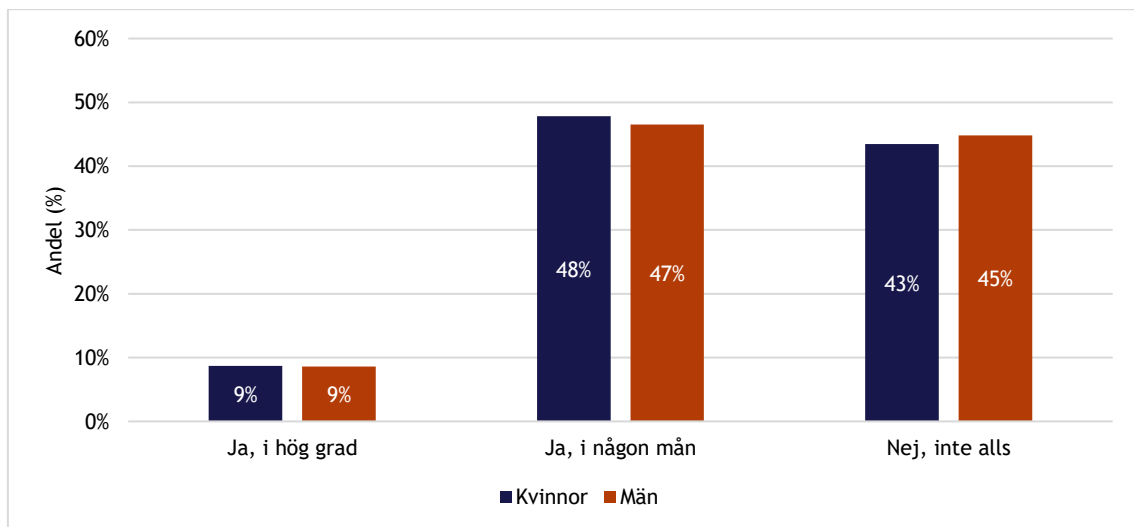
I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes frågan "Hur upplever du din hälsa?". Av de personer som svarat att de haft hälsobesväret eller sjukdomen kranskärslssjukdom under de senaste 12 månaderna är andelen kvinnor "mycket dåligt" 21 procent, medan inga (0 procent) av männen anger motsvarande svar.



Figur 70. Upplevd hälsa efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur upplever du din hälsa?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

Som svar på frågan om personen upplevde svårigheter att klara sin vardag på grund av sin kranskärslssjukdom var det ungefär samma andel bland män och kvinnor som angav respektive svarsalternativ, Figur 71.



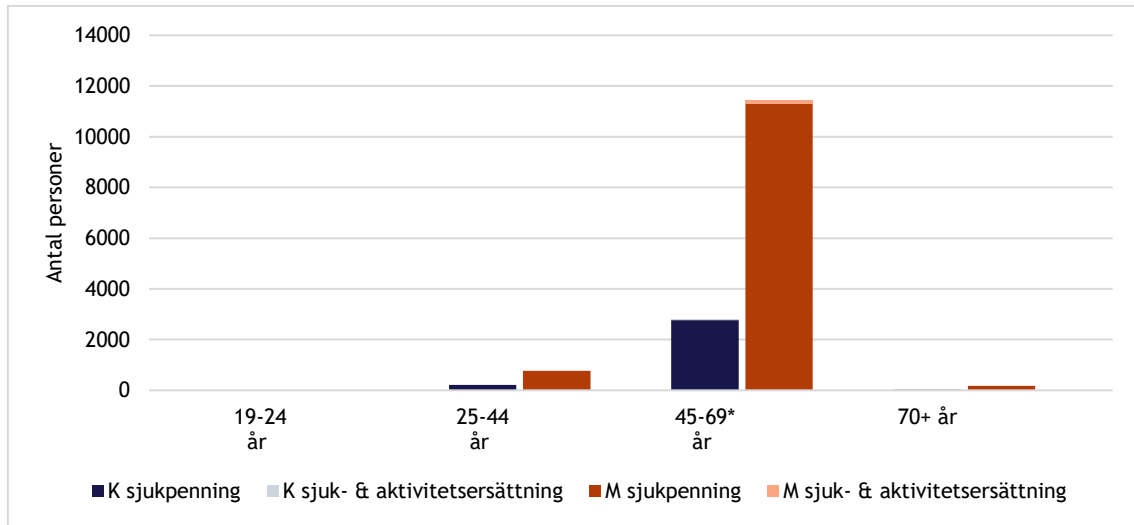
Figur 71. Andel (%) som upplever svårigheter med att klara vardagen, efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Upplever du svårigheter att klara av din vardag på grund av din kranskärslssjukdom?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

6.1.6 Sjukfrånvaro

I Försäkringskassans statistik framgår att majoriteten av de personer som har ersättning får sjukpenning, medan endast ett mycket litet antal får sjuk- och aktivitetsersättning. Man kan inte få ut information om sjuklön, det vill säga den ersättning som erhålls från arbetsgivaren de första 14 dagarna av en sjukperiod. Det största antalet med sjukpenning till följd av kranskärslssjukdom finns i åldersgruppen 45-69 år (16). I den åldersgruppen utgör män den övervägande delen med 11 297 personer med sjukpenning och 155 med sjuk- och aktivitetsersättning.

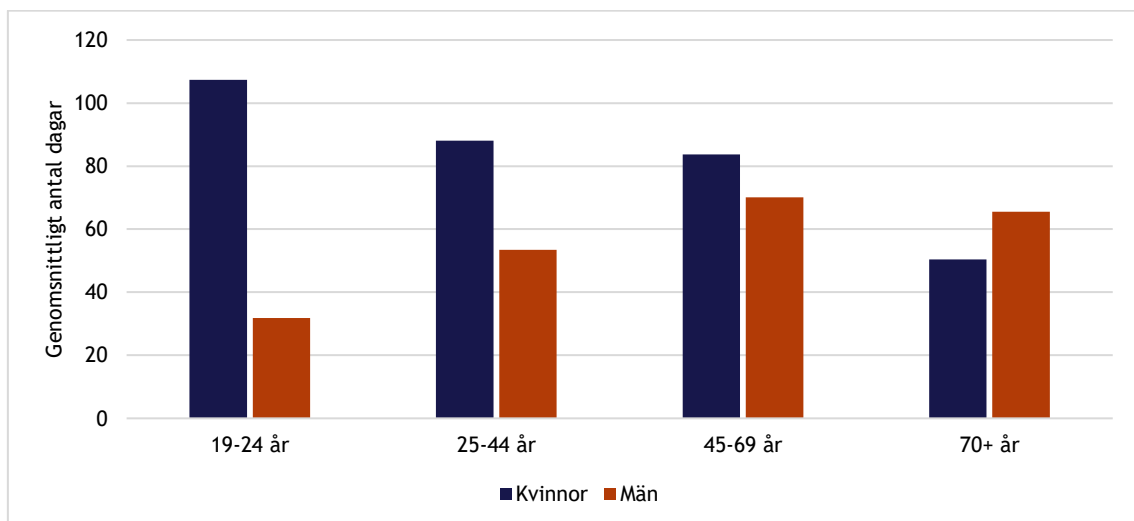
under perioden 2019-2023, medan 2 758 kvinnor som erhåller sjukpenning och 39 som har sjuk- och aktivitetsersättning under åren 2019-2023.



Figur 72. Antal personer med sjukpenning och med sjuk- och aktivitetsersättning till följd av kranskärslssjukdom, efter kön och ålder åren 2019-2023.

Not: Kranskärslssjukdomar definieras här som ICD I20, I21, I22, I23, I24, I25, Z824 för sjukpenning och ICD I20, I21, I22, I23, I24, I25 för sjuk- och aktivitetsersättning. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. K = Kvinnor, M = Män. Källa: Försäkringskassan (16).

Antalet genomsnittligt dagar med sjukpenning visar att kvinnor har fler sjukpenningdagar i genomsnitt än män i alla åldersgrupper utom i den mycket lilla gruppen +70 år, Figur 73. Det är störst skillnad i de yngre åldersgrupperna. För gruppen 45-69 år har kvinnor i genomsnitt 84 dagar med sjukpenning mellan år 2019-2023, medan män i genomsnitt har 70 dagar med sjukpenning.



Figur 73. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, efter kön och ålder år 2019-2023.

Not: Kranskärslssjukdomar definieras här som ICD I20, I21, I22, I23, I24, I25, Z824. Källa: Försäkringskassan (16).

6.1.7 Kostnaderna för hjärt-kärlsjukdom i Sverige 2019

De totala samhällskostnaderna för hjärt-kärlsjukdomar i Sverige har i en studie av IHE uppskattats till 60,2 miljarder kronor år 2019. Strax under hälften av kostnaden, 42 procent (25 506 mkr) utgjordes av sjukvårdskostnader i form av kostnad för slutenvård, specialiserad öppenvård, primärvård och läkemedel. Nästan en tredjedel, 29 procent (17 288 mkr) var produktionsbortfall på grund av sjukdomsfrånvaro och för tidig död. Kommunal omsorg uppskattades till 20 procent (11 752 mkr) och informell vård till 9 procent (5 615 mkr) av de totala kostnaderna. I rapporten konstateras att en ökad överlevnad i sjukdomen tillsammans med en åldrande befolkning kan leda till ökade kostnader, samtidigt som att en ökad överlevnad för personer i arbetsför ålder minskar samhällskostnaderna till följd av minskat produktionsbortfall (74).

6.2 Vård och behandling

Vård och behandling vid kranskärlssjukdom skiljer sig åt beroende på om det är akut eller kronisk kranskärlssjukdom. I det initiala skedet efter en hjärtinfarkt vårdas och behandlas patienten inom specialistvården, medan patienten följs upp och behandlas inom primärvården vid ett okomplicerat förlopp (66). Kranskärlssjukdom kan även behandlas inom kommunal sjukvård.

6.2.1 Kunskapsstöd

För kranskärlssjukdom så finns både Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (75) och Nationella programområdet för vårdriktlinjer för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom (69). Vårdriktlinjerna är framtagna i enlighet med Socialstyrelsens och Europeiska Hjärtförbundets riktlinjer. Därtill finns kliniskt kunskapsstöd för akut (76) respektive kronisk kranskärlssjukdom riktad till primärvården på 1177 för vårdpersonal (66). I kunskapsstödet för kronisk kranskärlssjukdom beskrivs samma handläggning för behandling kring levnadsvanor etc. som i vårdriktlinjerna för sekundärprevention inom primärvård.

Statistik för att följa upp hjärt-kärlsjukdom ges i Swedeheart (64). Swedehearts delregister SEPHIA är ett nationellt kvalitetsregister för sekundärprevention efter hjärtinfarkt där alla uppföljande sjukhusanslutna hjärtrehabiliteringsenheter i landet ingår. Patienterna följs upp efter 6-10 veckor efter hjärtinfarkten och efter 12-14 månader (77).

6.2.1.1 Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen publicerade de första nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård år 2015, med en översyn och uppdatering 2018. Riktlinjerna innehåller rekommendationer för ett antal områden, däribland kranskärlssjukdom.

Bland de centrala rekommendationerna för kranskärlssjukdom som ges prio 1 och 2 i de nationella riktlinjerna är:

- *Stöd att sluta röka*

Genom att sluta röka kan man minska en stor riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och därmed kranskärlssjukdom. Rökstopp minskar risken både för att dö och för att få en ny hjärtinfarkt.

- *Reperfusion med primär PCI eller trombolys vid ST-höjningsinfarkt*

Vid en hjärtinfarkt är det viktigt att återskapa blodcirkulation så snabbt som möjligt. Personer som har ST-höjningsinfarkt bör därför erbjudas trombolys inom 30 minuter, om det inte är möjligt att inom 120 minuter tillhandahålla primär PCI. En orsak till att inte alla kan hinna få en primär PCI inom tidsramarna kan vara att det är för lång transporttid att hinna till sjukhus.

- *Fysisk träning inom hjärtrehabilitering*

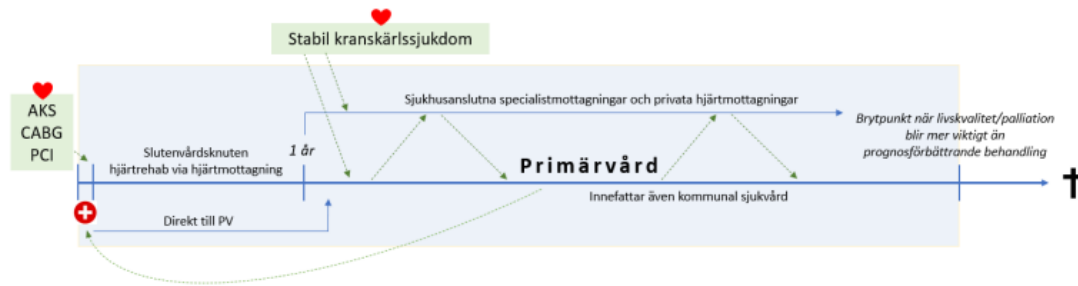
Det är viktigt att komma igång med regelbunden och individanpassad rehabilitering så snart som möjligt efter en hjärthändelse. Det har positiv effekt både på risken för hjärtrelaterad dödlighet och för sjukhusinläggning.

Personer med hjärtsjukdom, exempelvis kranskärslssjukdom, omfattas också av "Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor" där vuxna med särskild risk som har ohälsosamma matvanor eller röker dagligen bör (prio 1) erbjudas kvalificerat rådgivande samtal (78). Även nationella riktlinjerna för strokesjukvård och för diabetes kan vara aktuella. För äldre personer med skörhet och samsjuklighet kan de nationella riktlinjerna behöva anpassas, för vilket det ges vägledning om i dokumentet "Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer" (79).

6.2.1.2 Riktlinjer för sekundärprevention vid kranskärslssjukdom

Den nationella arbetsgruppen (NAG) för sekundärprevention vid kranskärslssjukdom har på uppdrag av Nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar tagit fram riktlinjer för sekundärprevention vid kranskärslssjukdom. Detta sker inom ramen för SKR:s Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Riktlinjerna publicerades år 2021. Sekundärprevention innebär att man riktar in sig på att behandla riskfaktorer som rökning och andra ohälsosamma levnadsvanor. Det övergripande målet är att minska återinsjuknande och död i hjärtsjukdom och hjärtrelaterad ohälsa för patienter med kranskärslssjukdom. Man avser uppnå detta genom att öka andelen sjukhus- och primärvårdsenheter som når de fastställda nationella målnivåerna för sekundärprevention och att minska skillnaderna mellan olika enheter (69).

I Figur 74 beskrivs vårdförloppet för en patient med kranskärslssjukdom från diagnos, till exempel hjärtinfarkt eller instabil angina (AKS, akut koronärt syndrom), kranskärslsoperation (CABG, coronary artery bypass grafting) eller ballongvidgning (PCI, Percutan Coronary Intervention) till livets slutskede. I figuren framgår hur både primärvården och specialistvården samverkar under olika delar av vårdförloppet. Primärvården har en framträdande roll i det sekundärpreventiva arbetet. Cirka hälften remitteras dit för uppföljning direkt efter en hjärtinfarkt, och majoriteten av personer med stabil kranskärslssjukdom har långtidsuppföljning inom primärvården.



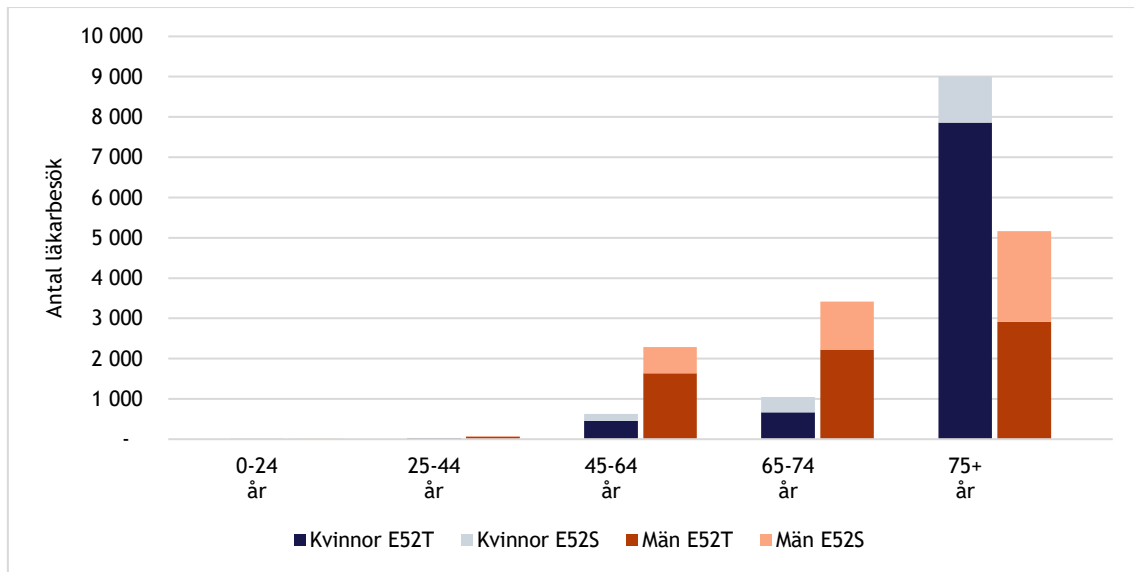
Figur 74. Förlopp inom vården för patient med kranskärslssjukdom, från diagnos till livets slutskede. Den ljusblå rutan avser perioden som täcks av riktlinjen för sekundärprevention (69).

Det finns tre separata riktlinjer för sekundärprevention vid kranskärslssjukdom. Varje riktlinje har fokus på en fas i hjärtrehabiliteringen: vårdavdelning (80), centerbaserad hjärtrehabilitering (81) och primärvård (82). Den centerbaserade hjärtrehabiliteringen sker oftast på eller i anslutning till sjukhus. I bilaga 6 finns en översikt över flödesschema för sekundärpreventionens tre faser. Fas 1 i hjärtrehabiliteringen sker på vårdavdelning och är så kort som några dagar. Vistelsen omfattar flera undersökningar, exempelvis kranskärslsröntgen, ultraljud samt insättning av nya läkemedel. Den centerbaserade hjärtrehabiliteringen, fas 2, sker oftast i anslutning till sjukhus och med hjälp av team med olika yrkesgrupper. En stor del av denna behandling avser patientutbildning och att förändra beteenden kring levnadsvanor. Den långsiktiga sekundärpreventionen hamnar på primärvården, utom för ett mindre antal patienter som finns kvar inom specialistvården. Inom primärvården fortsätter arbetet med patientutbildning och levnadsvanor kombinerat med årliga kontroller.

6.2.2 Vårdkonsumtion¹²

Antalet läkarbesök i primärvården redovisas i SKR:s KPP-databas (14), dock är täckningsgraden endast cirka 30 procent (15). Statistiken i KPP-databasen är uppbyggd kring enskilda diagnoser eller åtgärder. Denna rapport redovisar statistik för en åtgärd, läkarbesök till följd av hjärtsjukdom p.g.a. ateroskleros (åderförkalkning/åderförfettning) som kan kopplas till kranskärslssjukdom. Personer med kranskärslssjukdom kan också ha andra registrerade åtgärder i primärvården exempelvis vid samsjuklighet. Statistiken för år 2022 visar att primärvårdskonsumtionen ökar med ålder, Figur 75. Antalet besök är högre för män i alla åldersgrupper, utom i åldersgruppen 75+ år. För åldersgruppen 65-74 år har män 3 418 läkarbesök inom primärvården till följd av ateroskleros, medan kvinnor har 1 050 läkarbesök. För den äldre gruppen 75+ år har män 5 167 läkarbesök och kvinnor 9 002 läkarbesök.

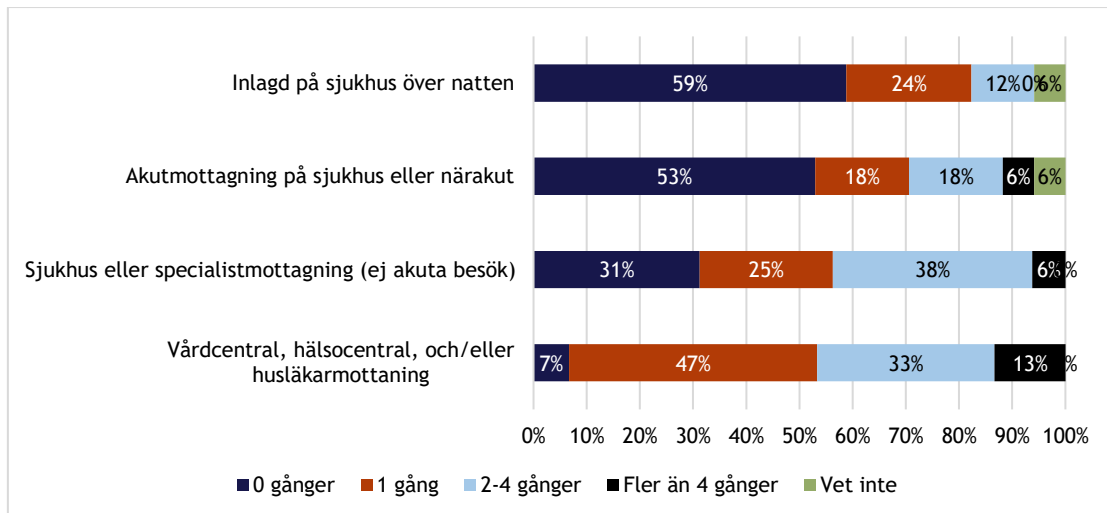
¹² Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård, under rubriken "Sjukdomsburda" kan också ses som en spegling av vårdkonsumtion.



Figur 75. Antal läkarbesök i primärvården vid hjärtsjukdom p.g.a. ateroskleros, efter kön och ålder år 2022.

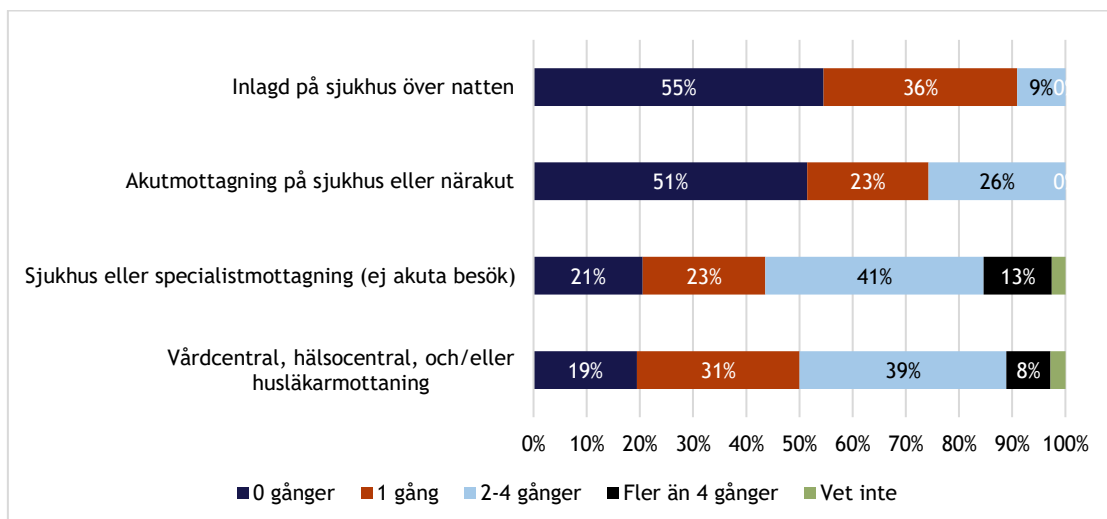
Not: E52T avser läkarbesök i primärvården vid hjärtsjukdom p.g.a. ateroskleros ej komplicerad vård. E52S avser läkarbesök i primärvården vid hjärtsjukdom p.g.a. ateroskleros komplicerad vård. Källa: KPP-databasen, SKR. (14)

I Vård- och omsorgsanalys enkät angav 79 procent av kvinnorna (19 av 24) och 79 procent av männen (46 av 58) att de besökt vården till följd av sin diagnos för kranskärslsjukdom under de senaste 12 månaderna (samtliga svarande, 18 år eller äldre). I enkäten ställdes även frågan om hur många gånger personen för egen del besökt olika typer av vårdinrättningar med anledning av sin kranskärslsjukdom under de senaste 12 månaderna. För alla typer av vård-inrättningar, utom primärvård, angav en något större andel män att de besökt dessa se figur 76 och 77. Bland män svarade 45 procent att de varit inlagda på sjukhus över natten, och 41 procent av kvinnorna. För besök på akutmottagning på sjukhus eller närakut angav 49 procent av män och 47 procent av kvinnor att de hade besökt dessa, medan för sjukhus eller specialistmottagning angav 79 procent av männen och 69 procent av kvinnorna att de varit där. Nästan alla kvinnor (93 procent) angav att de under de senaste 12 månaderna besökt primärvården, medan motsvarande andel för män uppgick till 71 procent.



Figur 76. Vårdkonsumtion för kvinnor med kranskärslssjukdomar.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din kranskärslssjukdom?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 77. Vårdkonsumtion för män med kranskärslssjukdomar.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din kranskärslssjukdom?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

6.2.3 Intervju med professionsrepresentant

En utmaning som professionsrepresentanten lyfte är bristen på vårdplatser som framför allt får effekt på gruppen äldre kvinnor. Representanten beskrev att data från Swedeheart visar att det nu är väldigt korta vårdtider för akut kranskärslssjukdom. Detta fungerar ofta bra, men för de äldsta patienterna, som löper störst risk för komplikationer, kan den behöva förlängas. Vidare förklarades att eftervård efter en intervention inte behöver ske inom hjärtsjukvård, utan skulle kunna ske på geriatrisk klinik för den äldre-äldre gruppen. Det råder dock brist även på geriatriska vårdplatser.

En annan utmaning som professionsrepresentanten beskrev är, och som delvis är kopplat till utmaningen med vårdplatser, omhändertagandet av äldre, multisjuka och sköra med kranskärslsjukdom. Kvinnor tillhör ofta den äldre, sköra gruppen när de får kranskärslsjukdom, eftersom de ofta är äldre när de insjuknar i kranskärslsjukdom. Äldre kvinnor har en ökad blödningsrisk och de har också en ökad risk för biverkningar av mediciner, exempelvis statiner. Det leder i sin tur till att kvinnliga patienter i större utsträckning inte erbjuds behandling, eller att de själva avstår från behandling till följd av rädsla för biverkningar. En lösning skulle kunna vara att öka antalet vårdplatser så kan man förlänga vårdtiden något för äldre, sköra och därmed minska risken för exempelvis blödningskomplikationer och njursvikt som uppstår först när patienten kommit hem.

En tredje utmaning som nämndes var att preventionsbehandlingen behöver följas upp även i primärvården eftersom i dagens kvalitetsregister följs patienter bara inom specialistvården. Eftersom en stor del av patienterna med kranskärslsjukdom behandlas inom primärvården är det viktigt att kunna följa i register hur den vården ser ut, och vad som händer med patienterna när de överförs från specialistvården till primärvården. Patienter med akut kranskärslsjukdom remitteras ut till primärvården efter ett år i specialistvården och då följs de inte längre upp i register. Patienter med kronisk kranskärslsjukdom remitteras oftast ut ännu tidigare. Många patienter med kronisk kranskärslsjukdom, som inte aktualiseras för kranskärslutredning, sköts dessutom enbart i primärvården. Professionsrepresentanten betonar att det finns mycket att hämta med insatser inom prevention kopplat till kranskärslsjukdom.

I intervjun poängterades att kvalitetsregister driver på att det blir mer jämlikt över landet och att kliniker blir mer ambitiösa. Kvalitetsmått följs av chefer och politiker och får ett stort genomslag i media. Baksidan av detta kan samtidigt vara risken av att man så kallat "registervårdar", det vill säga att man fokuserar på den typ av vård insatser som mäts, redovisas och följs upp. Risken blir då att personalen blir styrd av att ta hand om de patientgrupper som registreras, medan andra grupper indirekt inte får samma fokus.

Representanten beskriver att det finns en omfattande dokumentation med nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, riktlinjer kring sekundärprevention samt övriga kliniska kunskapsstöd. Det kan bli lite rörigt för klinikerna, inte minst för primärvården, och de olika dokumenten beskrevs också ha olika status, de där personcentrerade sammanhållna vårdförloppen, som tex finns inom hjärtsvikt men inte inom kranskärslsjukvård, har högst status. Kunskapsstödet behöver också kontinuerligt uppdateras, exempelvis har det nu kommit nya europeiska riktlinjer inom kronisk kranskärslsjukdom som kan ha bäring på de svenska.

I nuläget omfattar inte SEPHIA-registret personer över 80 år, vilket är en brist då man inte kan följa vad som händer med den äldre-äldre åldersgruppen. Det vore önskvärt att kunna inkludera den äldre äldregruppen i registret så att gruppen äldre-äldre synliggörs och kan följas och att man därmed kan säkerställa att vården är jämlik. Ett annat förslag som professionsrepresentanten framförde i intervjun var att även börja registrera de personer som har kronisk kranskärslsjukdom för att följa över tid och utveckla vården. Att kunna följa fler patientgrupper inom specialistvården och även kunna följa vården inom primärvården beskrevs vara önskvärt.

På frågan om kranskärslsjukdom och koppling till kommunal hälso- och sjukvård uppfattade professionsrepresentanten inget större problem för denna diagnos, men påpekade att det bör finnas vårdplaner för de äldre-äldre på särskilt boende där det framgår hur personal ska agera vid symtom på akut hjärtinfarkt, angina och så vidare. Mer generellt nämndes att det är olika journalsystem och praktiska aspekter kring olika organisationer och att det blir byråkratiskt när det går mellan region och kommun.

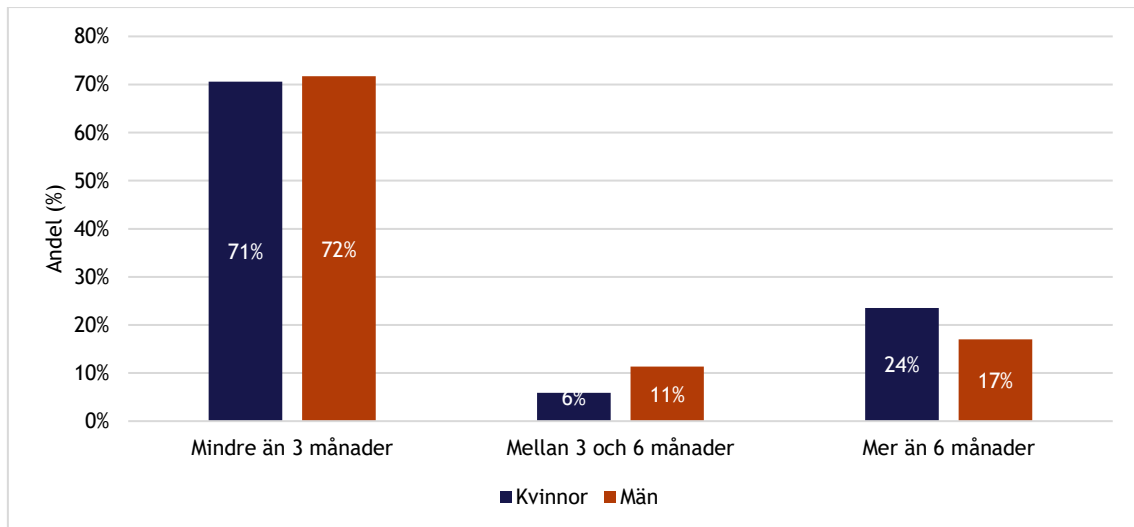
Avseende skillnader mellan män och kvinnor konstaterade professionsrepresentanten att man måste vara försiktig när jämförande analyser görs och hur man ska tolka resultaten. Män och kvinnor får olika typer av symtom där 90 procent av männen, men endast 80 procent av kvinnorna har bröstsmärtor vid stor hjärtinfarkt, enligt tidigare studier. Detta är troligen en delförklaring till att män oftare ringer 112, medan kvinnor i högre utsträckning ringer 1177, vilket i sin tur medför att männen kan få snabbare adekvat vård (83). En annan förklaring till detta kan vara att män i högre utsträckning än kvinnor i gruppen som får hjärtinfarkt lever med en anhörig/partner, som tar kommandot och ringer 112 då den anhöriga/partnern insjuknar. Skillnaderna i symtom mellan könen är dock mer känt i vården nu, så när patienten är på sjukhus så bör vården vara likvärdig. Representanten lyfte att man skulle kunna öka kunskapen hos allmänheten kring kranskärslsjukdom med fokus på kvinnor, så att man därigenom kan minska gapet mellan könen så att kvinnor också söker vård i tid. En annan faktor som beskrevs vara viktig när man jämför statistik mellan könen är att kvinnor insjuknar i kranskärslsjukdom senare än män, vilket medför att de då är äldre, ofta skörare och multisjuka, som i sin tur skapar större risk för komplikationer. Kvinnor får också fler biverkningar av medicinen, vilken minskar följsamheten.

Professionsrepresentanten nämnde att det finns för lite kunskap i vården om spontan kranskälsdissektion (SCAD). Det är en ovanlig kranskärslsjukdom där 90 procent av de drabbade är kvinnor, även om de fortfarande är få (84). Representanten beskrev att det ofta är det unga kvinnor utan tydliga riskfaktorer för kranskärslsjukdom. Runt 10 procent av de drabbade är gravida eller strax efter förlossning. Professionsrepresentanten nämner att ett kunskapsstöd för hur den diagnosen både akut och kroniskt ska behandlas och följas upp kan vara aktuellt på sikt. En ytterligare kvinnoaspekt är att det är okänt bland såväl vårdpersonal som patienter att så kallade reproduktiva faktorer spelar roll för risken för hjärtinsjuknande hos kvinnor. Detta gäller till exempel tillståndet PCOS (polycystiskt ovarialsyndrom) och tidigt klimakterium, men även graviditetskomplikationer så som graviditetsdiabetes, graviditetshypertoni och havandeskapsförgiftning. Det är mycket viktigt att kvinnor som råkat ut för sådana graviditetskomplikationer är medvetna om att de har en högre hjärt-kärl-risk, och behöver kontrollera kardiovaskulära riskfaktorer så som blodtryck, blodfetter och blodsocker regelbundet. Det är då viktigt att sådana kontroller erbjuds dessa kvinnor, och att vårdpersonal på Kvinnokliniker liksom i primärvård runt om i landet har en kunskap om att dessa tillstånd innebär en ökad risk för framtida hjärtsjukdom, och erbjuder kvinnorna ett strukturerat uppföljningsprogram.

6.3 Upplevelser av vården

6.3.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

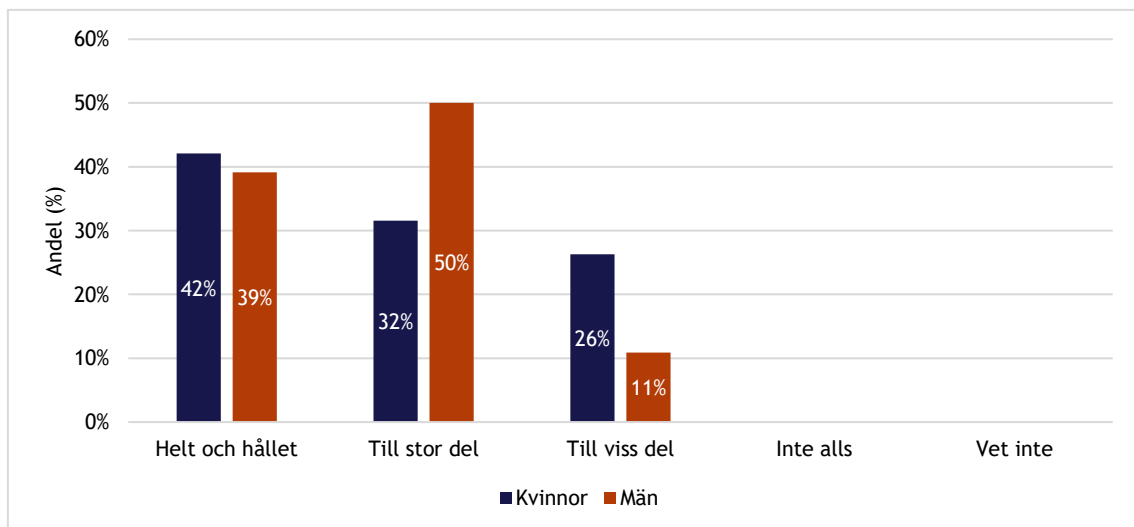
I Vård- och omsorgsanalys enkät framkommer att ungefär lika stor andel av män (72 procent) som kvinnor (71 procent) får sin diagnos mindre än tre månader från första vårdkontakt, figur 78. Däremot dröjde det mer än sex månader på diagnos för 24 procent av kvinnorna, men bara 17 procent av männen.



Figur 78. Tidsperiod (i månader) från första vårdkontakt till erhållen diagnos för kranskärslssjukdomar.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur lång tid tog det från att du först tog kontakt med vården tills du fick din diagnos?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

På svaren på frågan om man upplever sig ha fått den vård man behövt för sin kranskärslssjukdom är det varken män eller kvinnor som har angett "inte alls". Ungefär en fjärdedel av kvinnorna (26 procent) har svarat "till viss del", medan endast 11 procent av männen svarat samma.

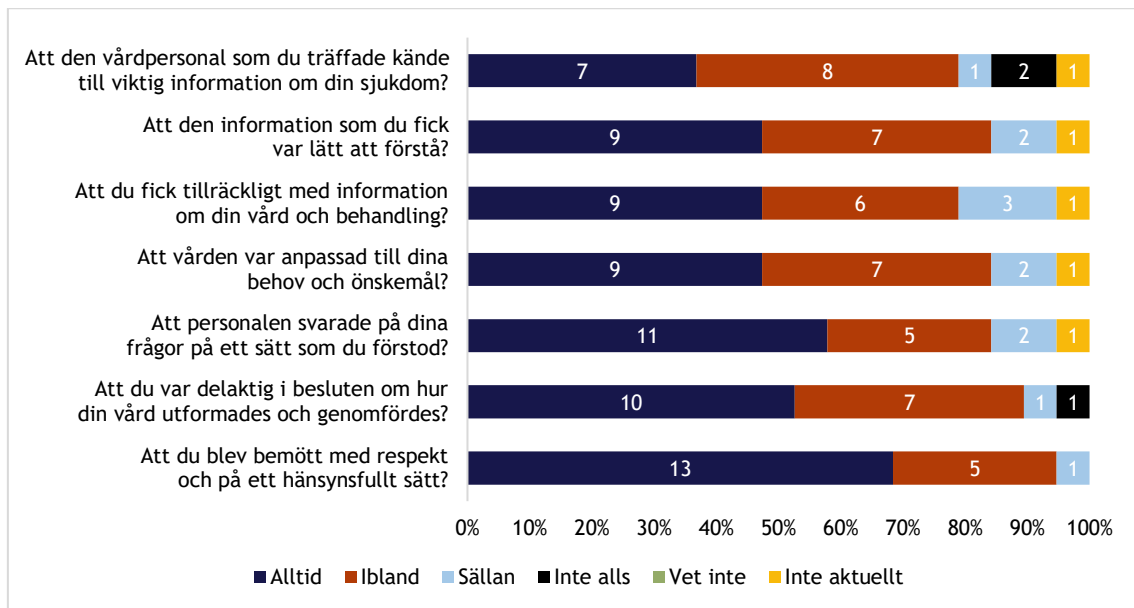


Figur 79. Andel (%) som upplever att de fått den vård de behövt för sin kranskärslssjukdom.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, tycker du att du har fått den vård du har behövt för sin kranskärslssjukdom?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

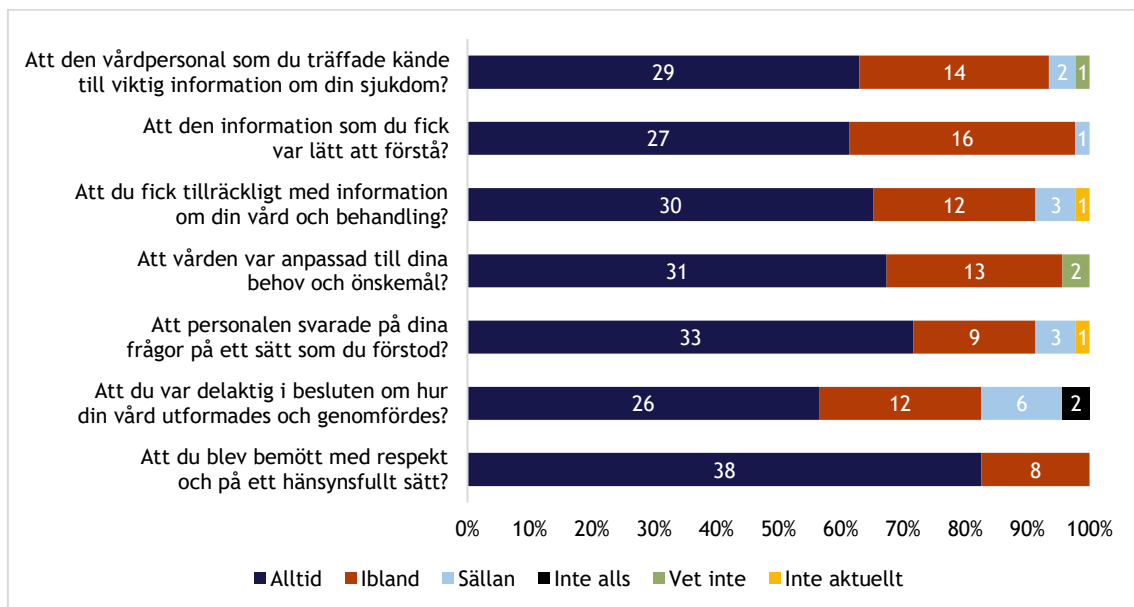
I Vård- och omsorgsanalys enkät fick personerna ange hur de upplevt sina kontakter med vården. "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din kranskärslssjukdom?". Från Figur 80 och Figur 81 kan utläsas att något färre kvinnorna (68 procent) svarade att de i kontakt med vården alltid blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, motsvarande siffra för män var 83 procent. Av den information

som gavs i kontakt med vården svarade 47 procent av kvinnorna att den alltid var lätt att förstå och 37 procent att den ibland var lätt att förstå. För män svarade 61 procent att den alltid var lätt att förstå och 36 procent att den ibland var lätt att förstå.



Figur 80. Kvinnors upplevelse av vården för kranskärlssjukdom.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din kranskärlssjukdom?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 81. Mäns upplevelse av vården för kranskärlssjukdom.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din kranskärlssjukdom?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

6.3.2 Intervju med patientrepresentant

I intervjun med patientrepresentant för kranskärslssjukdom framkom att en utmaning är primärvården. En stor del av vården inom kranskärslssjukdomen sker inom primärvården, där prevention genom både läkemedel och livsstilsförändringar är mycket viktig. Patientrepresentanten noterade att det inte finns något primärvårdsregister för hjärt-kärlsjukdom, och att man därmed inte kan veta vad som händer i primärvården där de flesta av dessa personer behandlas. Uppföljning även i primärvården beskrevs som viktigt för att kunna säkerställa en god vård. Patientrepresentanten beskrev att svensk hjärtsjukvård tycks ha karakteriserats av att personen drabbats av en hjärtinfarkt med ett efterförlopp på sjukhus, men mindre av det sekundärpreventiva åtgärder och hanteringen inom primärvården där många behandlas.

Patientrepresentanten beskrev i intervjun att Sverige i grunden har en god hjärtsjukvård, men att det samtidigt finns skillnader exempelvis att riktlinjer för sekundärprevention efter hjärtinfarkt inte är implementerade över hela landet. Prevention beskrevs vara central, inte minst eftersom den livsstil som många har idag och som riskerar att ge ökade hjärtkärlproblem på sikt. Relaterat till prevention beskrevs också att socioekonomi ökar risken för ohälsa, då vissa livsstilsfaktorer, exempelvis rökning, ökar risken för kranskärslssjukdom. Representanten nämnde också att man vet att personer med sämre socioekonomi söker vård senare. Det lyftes också att man bör vara medveten om att språket på exempelvis 1177 kan vara svårt att förstå, samt att tillgängligheten till tolk är viktig för att både göra sig förstådd och att förstå.

En annan utmaning är samarbetet med och kunskapen hos kommunal hemsjukvård och hemtjänst, eftersom kranskärslssjukdom är en vanlig sjukdom hos äldre som inte klarar sig själva. Vikten av utbildningsinsatser riktad till dessa personalgrupper poängteras, så att personalen vet hur man ser att någon har svårt att andas och kan se att någon har börjat få svullna ben som kan tyda på hjärtproblem, samt att de kan ta blodtryck och temperatur. Genom att tidigt uppmärksamma försämringar i dessa sammanhang kan man förbättra vården för patienten. Patientrepresentanten poängterade samtidigt att det är grundläggande att arbetsmiljön och förutsättningarna för vården är rimlig så att personalen vill stanna, eftersom vården står still utan personal. En lösning på vissa av dessa utmaningar vore samtal exempelvis kring prevention och primärvårdens åtagande kring det. En annan viktig dialog behövs mellan olika delar av vården, exempelvis när patienter med kranskärslssjukdom lämnar specialistvården och förs över till primärvården för sin uppföljning. Här skulle så kallade AKO-läkare, allmänläkarkonsult, som arbetar för samverkan mellan primärvården och specialiserad sjukvård spela en viktig roll. Det vore också önskvärt att man även på primärvårdsmottagningar hade kunnat inrätta "hjärtmottagningar", liknande de som finns inom specialistvården, med fokus på primär- och sekundärprevention. Patientrepresentanten förtydligade att det inte behöver vara en läkare utan kan vara en sjuksköterska eller en specialutbildad undersköterska. En annan möjlighet som nämndes var utvecklandet av digitala tjänster, eftersom man inte kan förvänta sig att det finns samma tillgång till fysiska tjänster i alla delar av landet.

6.4 Sammanfattning och analys

Hur tar sig sjukdomsörödan uttryck?

Kvinnor 70 år och äldre har i de flesta mått som redovisas i rapporten en mindre sjukdomsöröda kopplad till kranskärslssjukdom än män i samma ålder. Enligt DALYs statistik uppgår kvinnors öröda av kranskärslssjukdom till cirka 70 procent av männens (8 066 för kvinnor jämfört med 11 536 för män). Samtidigt utgör förlorad hälsa mätt med DALYs per 100 000 invånare den enskilt största för kvinnor i denna studie. Exempelvis är denna sjukdomsöröda mätt med DALYs

per 100 000 invånare nästan sex gånger större än motsvarande sjukdomsbörda för flickor och unga kvinnor med depression såsom redovisades i avsnitt 0 (8 066 DALYs för kranskärslsjukdom jämfört med 1 378 DALYs för depression). Hos både kvinnor och män angav 9 procent att de i hög grad har svårt att klara sin vardag.

En större andel kvinnor med förgymnasial utbildning än med eftergymnasial utbildning har kranskärslsjukdom (2,2 procent jämfört med 1,2 procent). Detta skulle kunna vara kopplat till att utbildning och socioekonomi påverkar en persons levnadsvanor, vilket i sin tur kan påverka personens risk för sjukdom.

På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?

Kvinnor utgör endast 42 procent av männens vård sett till antal patienter per 100 000 invånare inom sluten och/eller specialiserad öppenvård med kranskärslsjukdom. Inom primärvården utgör kvinnors besök i stället 180 procent av männens antal enligt KPP-databasen, vid hjärtsjukdom på grund av ateroskleros. Detta kan spegla att kvinnor drabbas på ett annat sätt än män av kranskärslsjukdom och speglar olika typer av kranskärslsjukdom, exempelvis akut eller kronisk. Kvinnor är också äldre då de drabbas och får något andra symptom. Eftersom kvinnor ofta insjuknar i kranskärslsjukdom senare i livet än män kan det också innebära det att de blivit både skörare och mer multisjuka. Detta försvårar jämförelsen mellan kön. Däremot tycks socioekonomi ha en tydligare roll, vilket också kan ha en effekt på hur kranskärslsjukdom skiljer sig åt mellan regioner. Statistiken visar också, trots stor sjukdomsbörda för kvinnor, att antalet dödsfall är lägre än hos män. I intervju med professionsrepresentant framkom att det vore önskvärt att öka antalet vårdplatser för att möjliggöra något längre vårdtider. Detta skulle gynna bland annat kvinnor eftersom de är äldre när de drabbas av kranskärslsjukdom. Representeranten lyfte också att det vore önskvärt att SEPHIA-registret skulle utökas till att inkludera även patienter över 80 år, så att man skulle kunna följa specialistvården även för denna åldersgrupp. Både professions- och patientrepresentanten lyfte primärvårdens roll, då de flesta patienter med kranskärslsjukdom behandlas där.

Hur upplever flickor och kvinnor vården?

I upplevelsen av vård så är det en mindre andel av kvinnorna som anser att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, 68 procent av kvinnorna jämfört med 83 procent av männen. Ungefär lika stor andel av män som kvinnor får diagnos inom tre månader från första vårdkontakt, 72 procent av männen jämfört med 71 procent av kvinnorna. Däremot är det en större andel av kvinnorna som får vänta mer än sex månader på sin diagnos, 24 procent av kvinnorna jämfört med 17 procent av männen.

Vilka insatser som skulle kunna förbättra vården och flickors och kvinnors hälsa vid kranskärslsjukdom?

Kvinnor drabbas av detta tillstånd i en högre ålder och kan därför ha ett större vårdbehov då de drabbas. Därför kan det finnas skäl att se över vårdplatser så att kvinnor kan få vård under den tid som de behöver. I intervjun nämndes förslag på att följa upp prevention i primärvård via register för att bättre kunna se vad som görs och vad som inte görs. Kvinnor ges mer primärvård och män mer specialistvård för denna diagnos. Det är svårt att bedöma om detta är motiverat eller ej. Då sekundärprevention endast följs upp i nationella register inom specialistvården kan det dock finnas risk att det uppstår glapp mellan specialistvård och primärvård som skulle kunna vara till nackdel för patienten. Patientrepresentanten lyfte också behovet av utbildning av personal om kommunal hemsjukvård och hemtjänst för att öka kunskapen om kranskärslsjukdom.

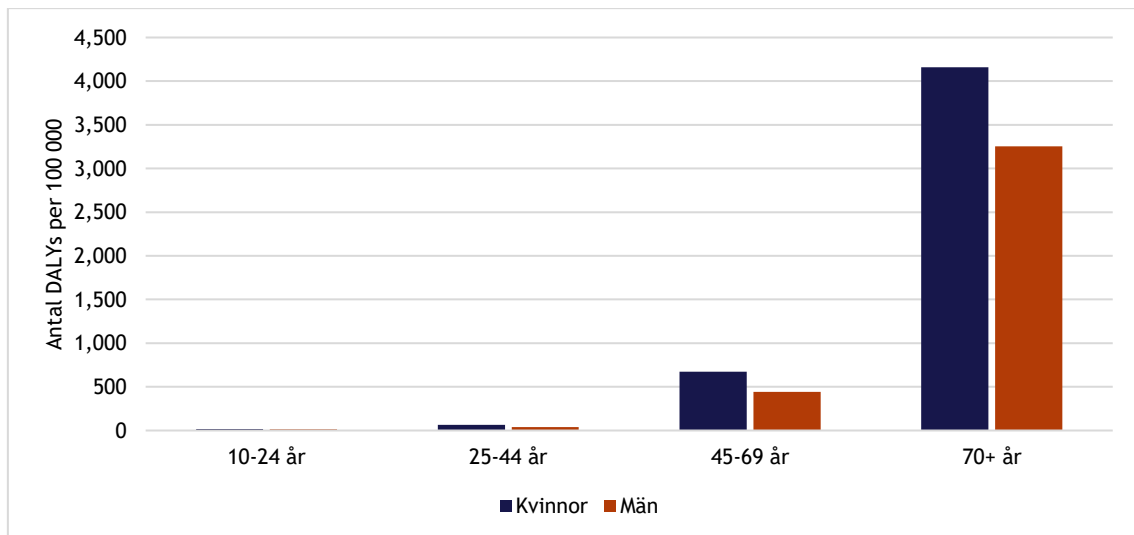
7. KOL (+70 år)

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL är en kronisk inflammation i luftvägar och lungor.¹³ Inflammationen förstör lungvävnaden och lungblåsorna vilket leder till andnöd. KOL är en underdiagnostiserad sjukdom som utvecklas långsamt över flera år och därför ofta diagnosticeras sent i sjukdomsförloppet (85). Sjukdomen är progressiv och utvecklas från lindrig KOL till mycket svår KOL. Den drabbar främst äldre personer som röker eller som har rökt, vilket kan skapa stigma kring sjukdomen. Det finns ofta samsjuklighet, exempelvis med hjärtsjukdomar, vilket innebär att personer med KOL ofta har stora vårdbehov. Sjukdomen innefattar försämringsperioder (exacerbationer) som försämrar och ökar hastigheten på sjukdomsförloppet (86).

Orsaker till KOL är främst rökning som utgör cirka 85 procent, medan cirka 15 procent av KOL beror på yrkesmässig exponering för gas, damm och rök. Det är dock möjligt att få KOL utan att ha rökt. Globalt orsakas också KOL av uppvärmning/vedeldning/matlagning genom öppen eld och biobränsle, vilket kan vara en orsak för personer som flyttat till Sverige från områden där detta görs (87).

7.1 Sjukdomsbörda vid KOL

Eftersom KOL framför allt drabbar äldre så är sjukdomsbördan vid KOL mätt i det globala sjukdomsbördeprojektet Global Burden of Disease, GBD med DALYs per 100 000 invånare högst för åldersgruppen 70 + år (7). Kvinnor har högre förlust än män i samma åldersgrupp, med 4 161 DALYs per 100 000 invånare för kvinnor jämfört med 3 255 DALYs per 100 000 invånare för män (7).



Figur 82. DALYs per 100 000 invånare till följd av KOL, efter kön och ålder år 2021.

Not: KOL definieras här som ICD J41-J42.4, J43-J44.9, vilket motsvarar GBD cause-id 509. Källa: Global Burden of Disease (7).

¹³ Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL har ICD-10 diagnoskod J44.

Mellan åren 2011 till 2021 och kvinnor i den utvalda åldersgruppen 70+ år har DALYs per 100 000 invånare minskat (från 4 440 DALYs per 100 000 invånare till 4 161 DALYs per 100 000 invånare) (7).

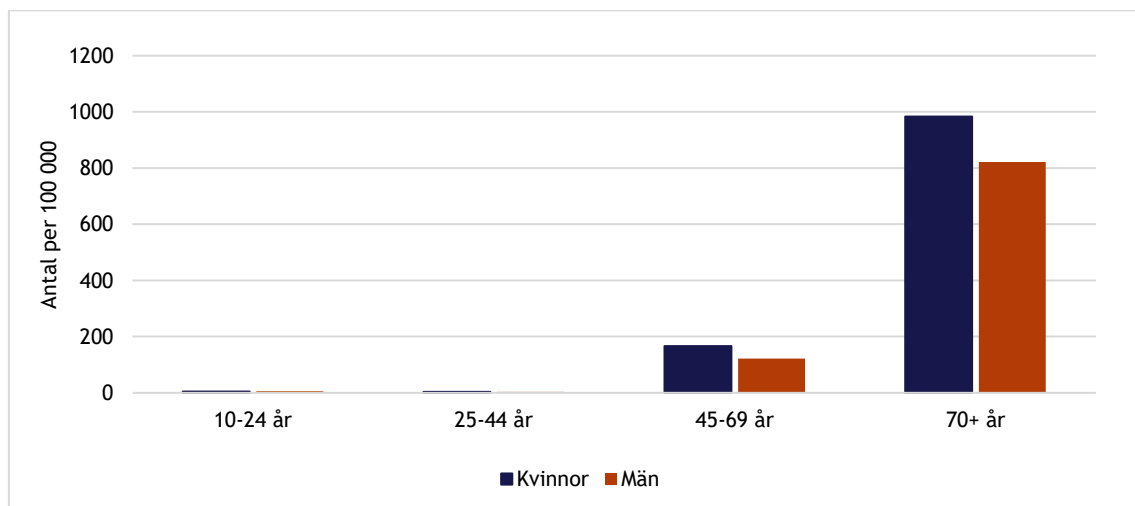
7.1.1 Förekomst

Cirka 400 000-700 000 personer uppskattas ha KOL i Sverige, men andelen av befolkningen ökar (86). En svensk vetenskaplig studie indikerar dock att förekomsten av KOL kan vara på väg att börja sjunka i Sverige, något som kopplats till att allt färre röker (88). Många lever med sjukdomen utan att ha fått en formell diagnos och det bedöms att bara en tredjedel av patienterna med KOL är diagnosticerade (89). En förklaring till den stora underdiagnostiseringen är att symtomen kommer smygande (85). Prevalensen i befolkningen över 40 år uppskattas till mellan 7 procent och 10 procent (89).

Fler kvinnor än män drabbas, och fler personer i socioekonomiskt utsatta grupper. Kvinnor får också ofta en svårare sjukdom med ett snabbare förlopp än män (89) och forskning visar att kvinnors lungfunktion påverkas i större utsträckning beroende på molekylära skillnader mellan män och kvinnor (90). En bidragande orsak till könsskillnaden är rökning, där rökstopp vid KOL är avgörande för sjukdomsutvecklingen (91). Statistik från Folkhälsomyndigheten visar att i åldern 65-84 år röker fler kvinnor (11,1 procent) än män (8,9 procent) dagligen eller ibland (10).

7.1.2 Patienter i sluten och/eller specialiserad öppenvård

Socialstyrelsens data visar att antalet patienter per 100 000 invånare med KOL i sluten och/eller specialiserad öppenvård är flest i åldersgruppen 70+ år, Figur 83 (8). Inom varje åldersgrupp finns det något högre antal kvinnliga patienter per 100 000 invånare än manliga. För gruppen 70+ år finns 983 kvinnliga patienter per 100 000 invånare och 822 manliga patienter per 100 000 invånare.

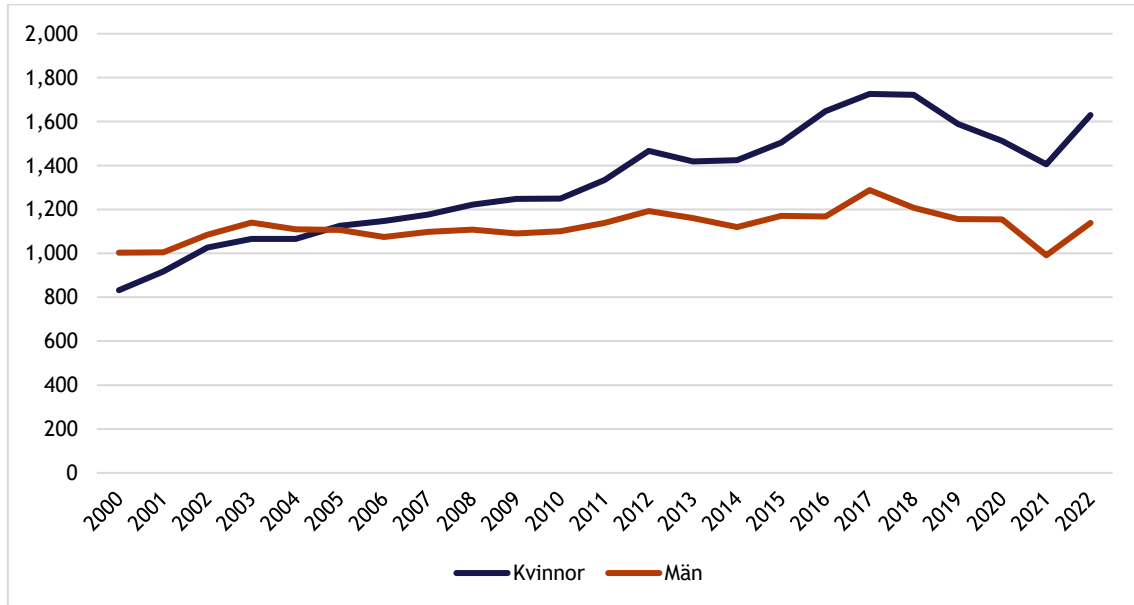


Figur 83. Antal patienter med KOL per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård, efter kön och ålder år 2022, åldersstandardiserat.

Not: ICD J44: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (8).

7.1.3 Antalet dödsfall

I Figur 84 visas utvecklingen av antalet dödsfall i KOL över tid mellan år 2000 och 2022 med statistik från Socialstyrelsen (9). Sett över tid har antalet dödsfall i KOL ökat, men runt 2017-2018 sjönk antalet något för att därefter återigen stiga mellan 2021 och 2022, Figur 84. Från att det tidigare varit flest dödsfall bland män, bröts denna kurva år 2005 och därefter har gapet ökat.



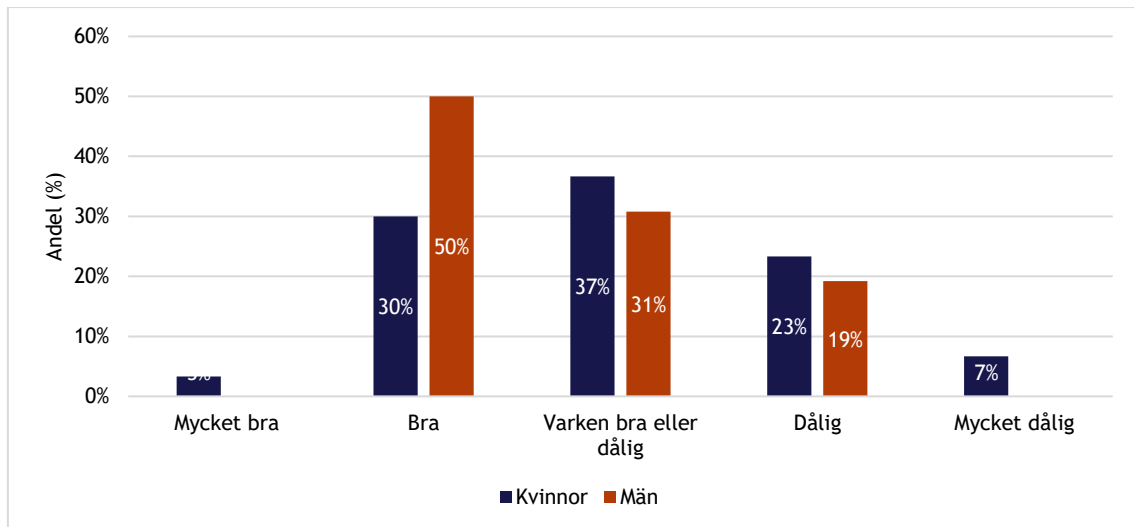
Figur 84. Antal döda i KOL, alla åldrar, efter kön år 2022.

Not: ICD J44: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (9).

7.1.4 Egenrapporterat mående – kön, utbildningsnivå (och födelseland)

7.1.4.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

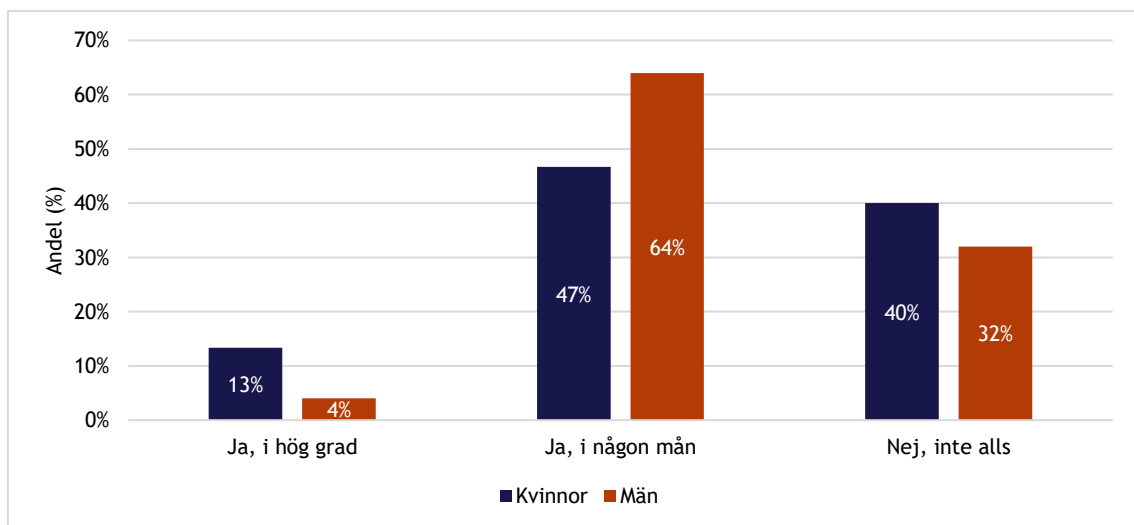
I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes frågan "Hur upplever du din hälsa?". Av de personer som svarat att de haft hälsobesväret eller sjukdomen KOL under de senaste 12 månaderna är andelen kvinnor som svarar "mycket dåligt" 7 procent, medan inga män (0 procent) angett detta svar, se figur 85. Även för svarsalternativet "dåligt" är det en större andel kvinnor, 23 procent jämfört med 19 procent.



Figur 85. Upplevd hälsa efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur upplever du din hälsa?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ.

Detta återspeglas även i frågan om upplevd svårighet att klara sin vardag på grund av KOL så angav en högre andel av kvinnorna att de i hög grad hade svårigheter att klara sin vardag (13 procent kvinnor jämfört med 4% män). Dock var det samtidigt en högre andel kvinnor (40 procent) än män (32 procent) som svarat att KOL "inte alls" påverkade deras vardag.



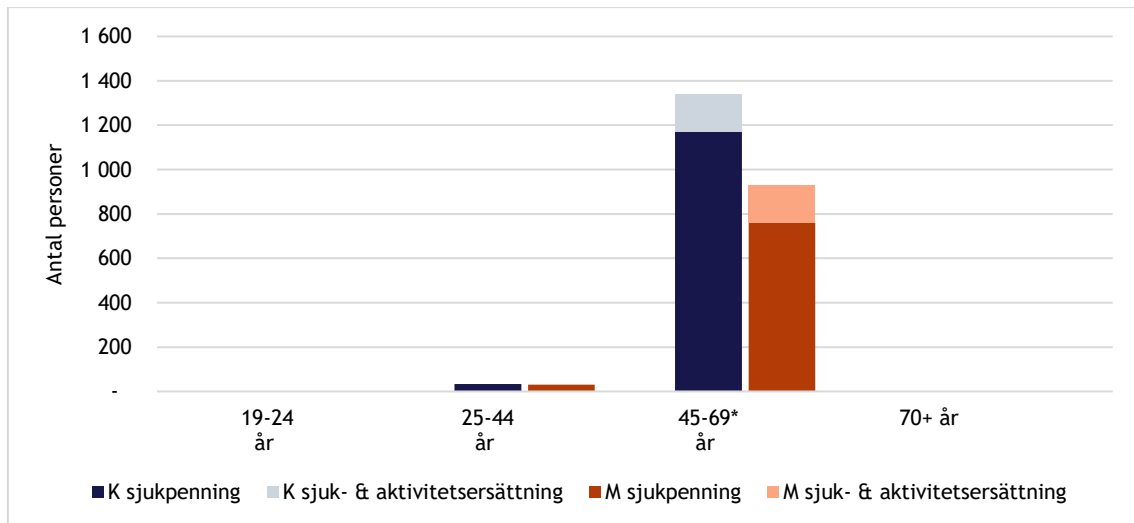
Figur 86. Andel (%) som upplever svårigheter med att klara vardagen, efter kön.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Upplever du svårigheter att klara av din vardag på grund av din KOL?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

7.1.5 Sjukfrånvaro

Antalet personer med KOL som har ersättning från Försäkringskassan till följd av KOL finns nästan uteslutande inom gruppen 45-69 år och det är flest kvinnor, Figur 87. Bland kvinnorna har 1 173 sjukpenning och 167 har sjuk- och aktivitetsersättning, medan bland männen har 759 personer sjukpenning och 167 sjuk- och aktivitetsersättning under perioden 2019-2023 (16). I äldre åldersgrupper är det mycket få som arbetar, och som därmed kan få sjukpenning och/eller

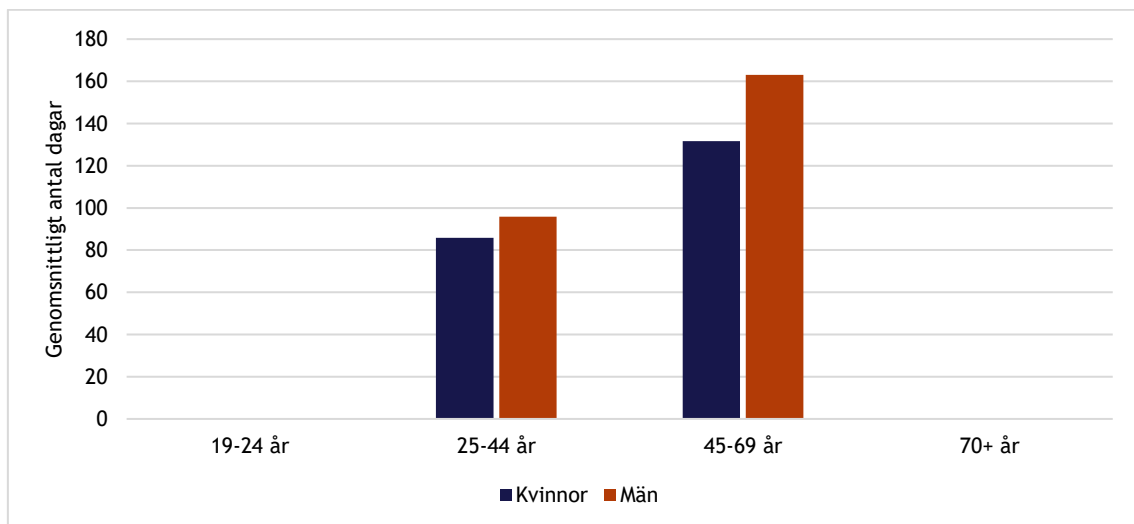
sjuk- och aktivitetsersättning. En majoritet har sjukpenning, medan ett mindre antal har sjuk- och aktivitetsersättning.



Figur 87. Antal personer med sjukpenning och med sjuk- och aktivitetsersättning, efter kön och ålder år 2019-2023.

Not: KOL definieras här som ICD J41, J42, J42-P, J43, J44 för sjukpenning och ICD J41-J44 för sjuk- och aktivitetsersättning. Åldersgruppen 45-69 år för sjukpenning och 45-65 år för sjuk- och aktivitetsersättning. K = Kvinnor, M = Män. Källa: Försäkringskassan (16).

Försäkringskassans data över genomsnittligt antal dagar per person med KOL under åren 2019-2023 är högst för åldersgruppen 45-69 år. Flest dagar i genomsnitt har männen med 161 dagar i genomsnitt jämfört med kvinnornas 132 dagar.



Figur 88. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, efter kön och ålder år 2019-2023.

Not: KOL definieras här som ICD J41, J42, J42-P, J43, J44. Källa: Försäkringskassan (16).

7.2 Vård och behandling vid KOL

Målet vid behandling av KOL är att patienterna ska få så god kontroll som möjligt över sin sjukdom, för att inte försämrast. Det förutsätter en diagnos och god uppföljning (86). De flesta patienter med KOL diagnosticeras och behandlas inom primärvården. Endast de med svårare och mer komplicerad sjukdom behandlas i den specialiserade vården. Det finns också patienter som behandlas inom den kommunala hälso- och sjukvården (89). Vid försämring, så kallad exacerbation, behöver KOL patienter ibland sluten vård (92). Inom primärvården finns ibland speciella astma- och KOL-mottagningar, med specialutbildad personal (86).

7.2.1 Kunskapsstöd

För KOL finns både Socialstyrelsens *nationella riktlinjer* för vård vid astma och KOL (86) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) personcentrerade och sammanhållna *vårdförlopp* för KOL (89). Vårdförloppet är framtaget i enlighet med de nationella riktlinjerna. Det finns också kliniskt kunskapsstöd för KOL som riktar sig till primärvården och som återfinns på 1177 för vårdpersonal (93).

De nationella riktlinjerna riktar sig framför allt till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården på regional och kommunal nivå. Syftet är att ge vägledning för beslut på gruppnivå gällande beslut, styrning och ledning. Riktlinjerna omfattar bara ett urval av åtgärder (86). Vårdförloppet är mer inriktat på patientens resa genom vården och i vilka steg olika åtgärder genomförs.

Det finns även behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket för att stödja primärvården så att alla patienter kan få adekvat behandling oberoende av var i Sverige man bor (94).

7.2.1.1 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen publicerade de första nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL år 2015, med mindre översyner 2017 och 2020. En utvärdering av vården vid astma och KOL publicerades år 2018 som bland annat lyfte fram: fler personer bör undersökas med spirometri och erbjudas patientutbildning, uppföljning och återbesök; fler verksamheter behöver erbjuda rökavvänjning till de patienter som röker; fler verksamheter behöver ha en särskild astma- och KOL-sjuksköterska (91). I Socialstyrelsens utvärdering framkom också att undersköterskor och sjuksköterskor som vårdar patienter inom kommunal hälso- och sjukvård behöver ha en grundläggande kompetens och få fortbildning kring KOL, både för att kunna ge ett korrekt bemötande och vidta rätt åtgärder när patientens behov och situation förändras. Resultatet från 2018 när det gäller kommunal hälso- och sjukvård visade att i stort sett ingen kommun erbjöd fortbildning.

De centrala rekommendationer för KOL som ges prio 1 i de nationella riktlinjerna är: Socialstyrelsen 2020 Nationella riktlinjer Astma och KOL (86).

- *Diagnostik vid misstänkt KOL -fler bör få mäta lungfunktionen*

Det är viktigt att identifiera personer som i dag saknar diagnos och därmed inte vet om att de har KOL. Mätning av lungfunktionen med spirometri är en förutsättning för diagnos och för fortsatt korrekt omhändertagande vid KOL, och har av Socialstyrelsen getts prio 1 efter bronkdilaterande behandling till personer med misstänkt KOL och personer som rökt eller har rökt.

- *Rökstopp - bättre hälsa genom att sluta röka*

Fortsatt rökning ger svårare symtom och snabbare försämring av sjukdomen än hos dem som inte röker. Studier visar att många personer med KOL inte slutar röka och inte heller alltid erbjuds stöd att sluta röka av hälso- och sjukvården, trots att rökstopp är en av de viktigaste åtgärderna vid astma och den viktigaste åtgärden vid KOL. De lokala variationerna för hur stöd till att sluta röka bedrivs är stora och av skiftande kvalitet. Detta beror sannolikt på hur resurser fördelas och på vårdpersonalens kunskapsnivå om hur rökavvänjning kan bedrivas. Socialstyrelsen gett åtgärden prio 1.

Andra centrala rekommendationer som har prio 2-3 är: *Interprofessionell samverkan* i team mellan läkare, fysioterapeuter, dietist, kurator, psykolog, arbetsterapeut som samordnas av en KOL-sjuksköterska; *Mätning* av fysisk kapacitet samt träning och nutrition; *Utbildning och egenvård* i form av exempelvis exacerbations-, ångest- och stresshantering; *Regelbunden uppföljning* av sjukdomsutveckling och behandlingseffekt för att minska symtom och förebygga försämringsperioder (exacerbationer).

Givet att personer med KOL ofta är äldre och multisjuka så ges vårdgivare och beslutsfattare också stöd i dokumentet "Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer" (79). Patienter med KOL som röker omfattas också av rekommendationer i Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor" (78).

Från det nationella kvalitetsregistret och årsrapporten framgår att år 2023 fick 63 procent av patienterna i primärvården och 65 procent patienter vid specialistmottagningar genomfört en spirometriundersökning. Den angivna målnivån är 95 procent. Mellan kön syns i primärvården inga skillnader, men på specialistmottagningar är det fler män (68 procent) än kvinnor (64 procent) som har utfört undersökningen.

Andelen rökande patienter med KOL i primärvården som erbjuds rökavvänjning uppgår till cirka 40 procent, och det är ungefär samma nivå på specialistmottagningar. Socialstyrelsens målnivå är 95 procent (95).

7.2.1.2 Vårdförloppet för KOL

En nationell arbetsgrupp (NAG) inom det nationella programområdet lung- och allergisjukdomar och SKR:s Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård har tagit fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för KOL. Det publicerades första gången 2020, och uppdaterades 2023. Vårdförloppet har som övergripande mål "*att korrekt diagnos ställs tidigt och att alla patienter med KOL erbjuds en effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer*". Vårdförloppet omfattar endast personer som är äldre än 40 år och som röker eller tidigare rökt. Det beskrivs dock att även personer som aldrig rökt kan få KOL (89).

Vårdförloppet för KOL beskriver hur patienten ska omhändertas i olika steg, och startar när vårdpersonal misstänker att en patient har KOL och varar normalt livet ut. Flödesscheman med översikt över åtgärderna i vårdprogrammet återfinns i bilaga 7, där det första avser processen med utredning och initiala insatser, och det andra avser den efterföljande processen för regelbunden uppföljning och utökade insatser. Det poängteras att interprofessionell samverkan är viktig där vården involverar läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, kurator och psykolog, beroende på patientens behov och sjukdomens svårighetsgrad (89).

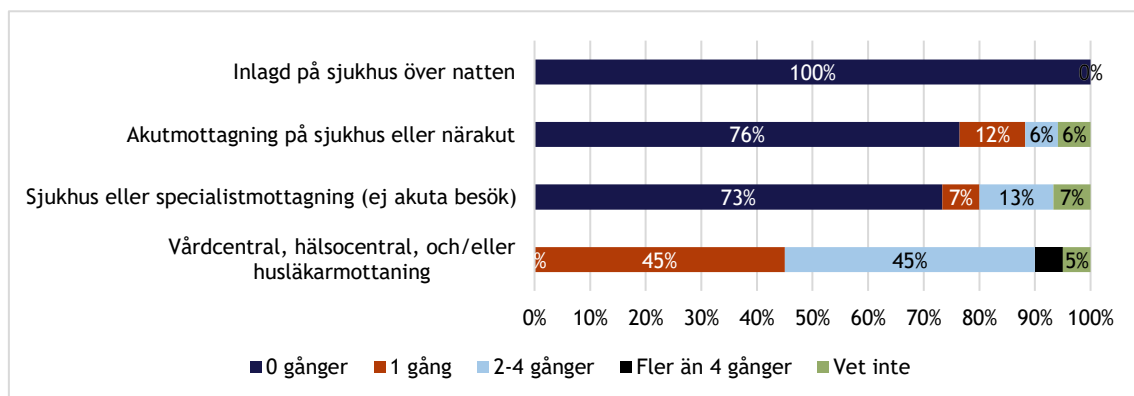
I vårdförloppet beskrivs att de övergripande målen är att minska under- och feldiagnostiken; fler ska få sin sjukdoms svårighetsgrad bedömd; fler ska få regelbunden uppföljning, stärka kunskap om egenvård och patienternas delaktighet i vården. Vårdförloppet innehåller informa-

tion om hur en tidig och korrekt diagnos sätts, beskriver en strukturerad och standardiserad utredning, samt en personcentrerad behandling och uppföljning. I övrigt lyfts rökstopp, lungfunktionsundersökning, professionell samverkan, skriftlig behandlingsplan och uppföljning.

Inom ramen för vårdförloppet finns ett antal indikatorer för kvalitetsuppföljning. De två processmått som av Socialstyrelsen fått prio 1 är andel personer med KOL-diagnos som röker och som har fått erbjudande om rökavvänjning och andel patienter som vid diagnosticering av KOL har genomgått mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation. Båda har en angiven målnivå på 95 procent.

7.2.2 Vårdkonsumtion¹⁴

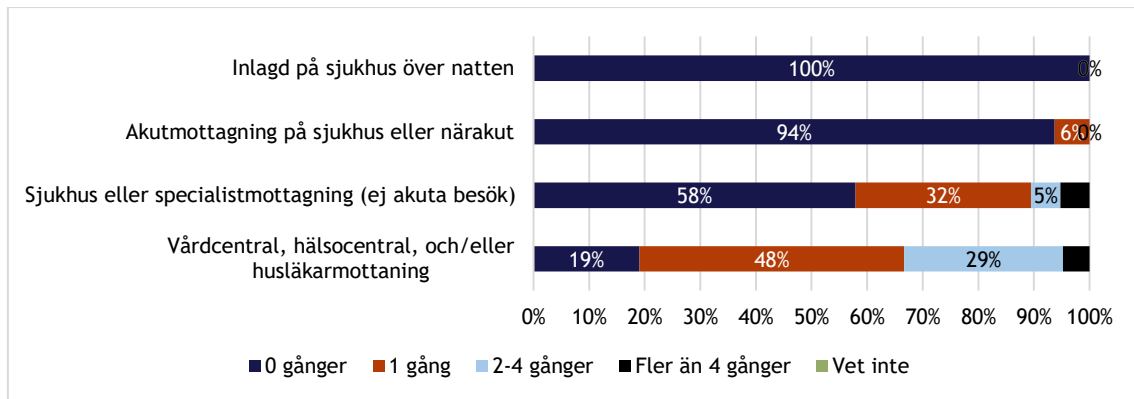
I Vård- och omsorgsanalys enkät angav 67 procent av kvinnorna (20 av 30) och 88 procent av männen (23 av 26) att de besökt vården till följd av sin diagnos för KOL under de senaste 12 månaderna (samtliga svarande, 18 år eller äldre). I enkäten ställdes även frågan om hur många gånger personen för egen del besökt olika typer av vårdinrättningar med anledning av sin KOL under de senaste 12 månaderna, se figurerna 89 och 90. Ingen av grupperna har varit inlagda på sjukhus över natten. För två av vårdinstanserna, akutmottagning på sjukhus eller närakut samt primärvård, har en större andel av kvinnorna haft besök, 24 procent jämfört med 6 procent, samt 100 procent jämfört med 81 procent. En större andel män (42 procent) har besökt sjukhus eller specialistmottagning än kvinnorna (27 procent).



Figur 89. Vårdkonsumtion för kvinnor med KOL.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din KOL?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

¹⁴ Socialstyrelsens statistik över antalet patienter per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård, under rubriken "Sjukdomsburda" kan också ses som en spegling av vårdkonsumtion.



Figur 90. Vårdkonsumtion för män med KOL.

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur många gånger har du besökt följande vårdinrättningar med anledning av din KOL?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Andelen svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

7.2.3 Intervju med professionsrepresentant

En stor utmaning för KOL, som nämndes av professionsrepresentanten, är att det är en stor folksjukdom, men som diagnosticeras sent. Detta beror både på en "doctor's delay" och en "patient's delay". För patienterna kan de handla om en blandning av rädsla och skam som bidrar till att patienten inte söker vård tidigt. Det försvårar också att det tar 20-30 år för sjukdomen att ge sig till känna. När patienten väl börjar söka vård för sina symtom kan det dröja till diagnos. Patienten kan söka vård akut, och det konstateras bronkit, men sedan brister uppföljningen. Det kan också försvåra i vårdkontakten eftersom dessa patienter ofta är multisjuka med till exempel kranskärslsjukdom, och då kan en sjukdom som KOL "glömmas".

Givet att KOL kan förknippas med skam och att den skulle vara "självförvållad" genom rökning så är bemötandet mycket viktigt för att patienten ska våga söka vård och berätta om sina symtom. Känslan av skam verkar vara mer påtaglig bland kvinnor än män.

Bland möjliga åtgärder som klinisk expert lyfte fram är att arbeta ännu mer kring rökavvänjning både med patienter som har fått diagnosen KOL och mer förebyggande. Eftersom KOL tar 20-30 år att utveckla skulle man kunna dra nytta av att Mödravårdscentralen stöttar gravida i att sluta röka och att sedan Barnavårdscentralen följer upp detta aktivt under de åren familjen går där.

Vården kan också arbeta mer strukturerat med att hitta patienter tidigt så att de får vård och kan börja behandla sin KOL-sjukdom. Representanten exemplifierade med primärvården på Orust där man i samband med influensavaccin på hösten talar med de äldre om symtom för KOL. Det beskrivs att man identifierar ett tiotal nya KOL-patienter per år, och då även personer som inte är rökare.

Samtidigt poängterades att primärvården och allmänläkarna inte kan göra allt på alla området. Experten nämnde TNT/"time needed to treat"¹⁵ där studier visar att allmänläkare skulle behöva arbeta mer än dygnet runt för att följa alla riktlinjer och behandlingsrekommendationer

¹⁵ <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/01/forskare-vill-att-lakares-tid-ska-raknas-med-nar-riktlinjer-skrivs/>

fullt ut. Det finns inte tillräckligt med tid att följa alla medicinska riktlinjer under den arbetstid som finns.

Experten ansåg att vårdförloppet innehåller det mesta läkarna ska tänka på. Vården behöver dock arbeta med implementeringen av vårdförloppet av KOL och öka följsamheten. Vidare är samarbetet kring KOL med den kommunala hälso- och sjukvården (kommunal primärvård) och hemtjänsten mycket viktigt. Personalen inom hemtjänsten behöver få mer information och kunskap kring KOL så att äldre med KOL kan få hjälp att inhalera sin medicin och även stöd i att identifiera symtom som indikerar att KOL håller på att försämrats så att man kan söka vård i tid och anpassa behandlingen.

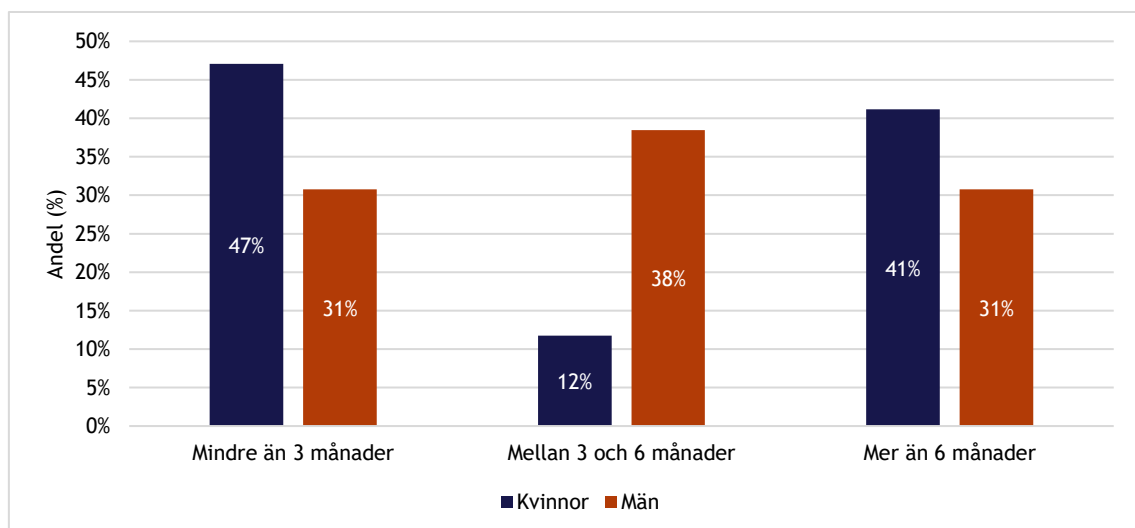
7.3 Upplevelser av vården vid KOL

I vårdförloppet för KOL beskrivs ett antal patientutmaningar som utgår från patienters och närståendes erfarenheter som vårdförloppet ska försöka råda bot på. Bland de utmaningar som framgår är att patienten dröjer med att ta kontakt med vården på grund av rädsla och skam, eller att de inte har kunskap om symtom. Andra exempel på utmaning som ges är att det finns en ojämlig tillgång till utredning och behandling, samt att det inte finns tillräckligt med samordning, patientutbildning och rehabilitering. I bilaga 7 återfinns en översikt över detta i relation till vårdens aktiviteter (89).

I KOL-rapporten 2023 som publicerats av Riksförbundet HjärtLung beskrivs att 62 procent av de som svarat på föreningens enkät inte känner till vilka symtom som man ska hålla koll på vid försämring i sin KOL, medan 38 procent kände till det. I rapporten rapporteras också att 69 procent av patienterna som svarat känner att KOL-sjukdomen begränsar deras vardag (96).

7.3.1 Vård- och omsorgsanalys enkät

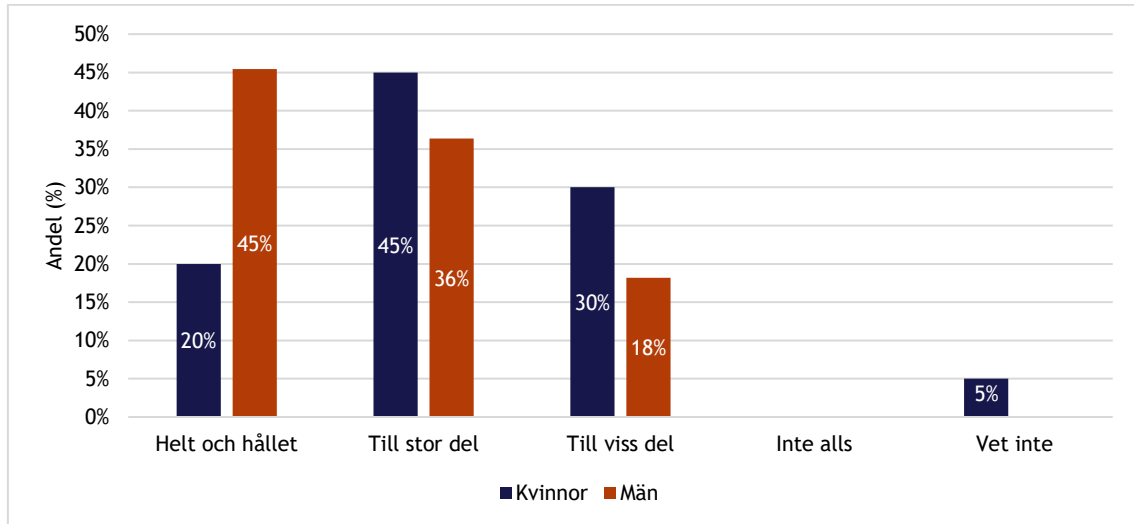
I Vård- och omsorgsanalys enkät framkom att en större andel kvinnor (47 procent) än män (31 procent) fick sin diagnos inom tre månader, Figur 91.



Figur 91. Tidsperiod (i månader) från första vårdkontakt till erhållen KOL-diagnos

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Hur lång tid tog det från att du först tog kontakt med vården tills du fick din diagnos?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. . Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

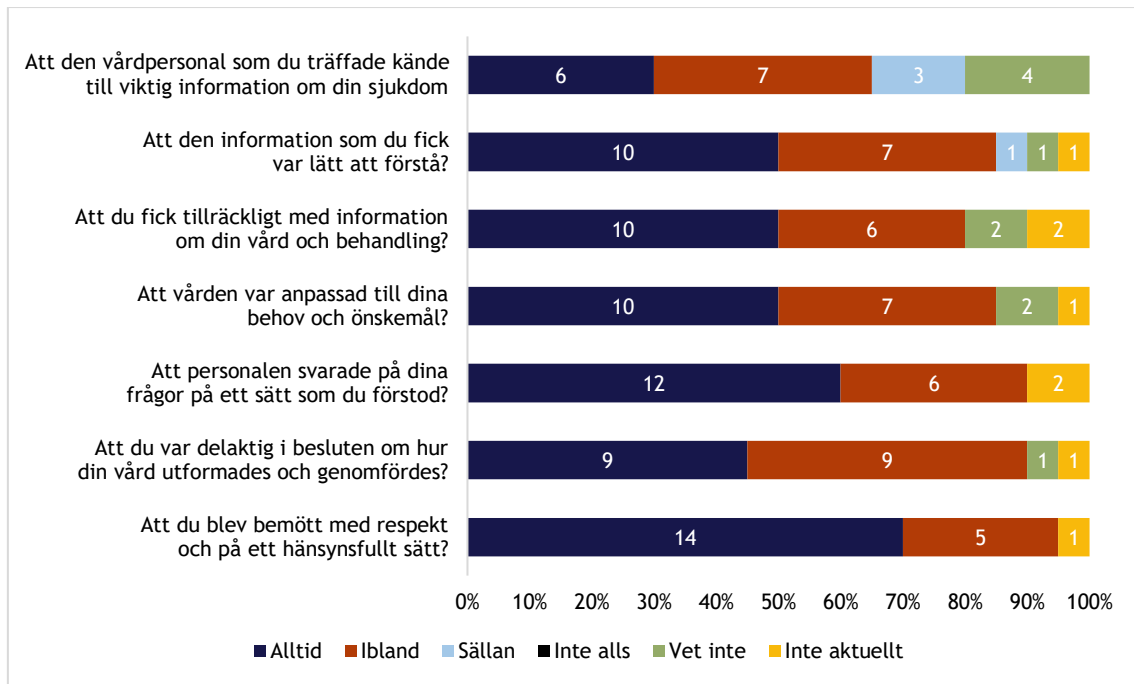
I enkäten ställdes också frågan om man upplevt att man fått den vård man behövt för sin KOL. Varken män eller kvinnor svarade "inte alls", medan 30 procent av kvinnorna och 18 procent av männen svarade "till viss del", se Figur 92. Mest nöjda och svarade "helt och hållet" på frågan om man fått den vård man behövt var männen där 45 procent svarade detta, jämfört med endast 20 procent av kvinnorna.



Figur 92. Andel (%) som upplever att de fått den vård de behövt för sin KOL.

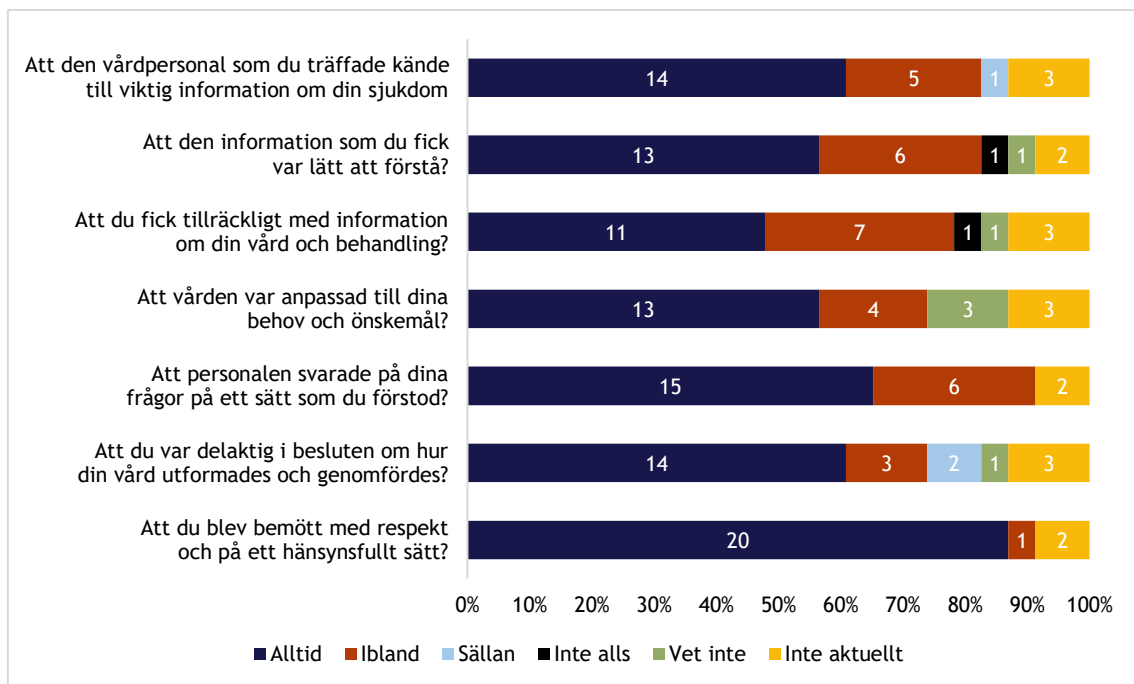
Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, tycker du att du har fått den vård du har behövt för sin KOL?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

I Vård- och omsorgsanalys enkät ställdes också frågan "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din KOL?". Från Figur 93 och Figur 94 kan utläsas att bland kvinnorna angav 70 procent av kvinnorna att de i kontakt med vården alltid blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, motsvarande siffra för män var 87 procent. Av den information som gavs i kontakt med vården svarade 50 procent av kvinnorna att den alltid var lätt att förstå och 35 procent att den ibland var lätt att förstå. För män svarade 57 procent att den alltid var lätt att förstå och 26 procent att den ibland var lätt att förstå.



Figur 93. Kvinnors upplevelse av vården för KOL

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din KOL?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).



Figur 94. Mäns upplevelse av vården för KOL

Not: Figuren visar resultaten från frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du följande i dina kontakter med sjukvården om din KOL?". Staplarna representerar andelen respondenter som valt respektive svarsalternativ. Antalet svarande för varje alternativ anges inom respektive stapel. Källa: Vård- och omsorgsanalys (18).

7.3.2 Intervju med patientrepresentant

I intervjun med patientrepresentant för KOL beskrivs ett antal utmaningar med vården. En av utmaningarna är följsamheten till vårdförloppet och att alla exempelvis ska erbjudas rök-avvänjning vilket inte sker. Detta skulle vara en ganska enkel och billig åtgärd som får stor effekt. En annan utmaning är att kunskapen hos patienterna skulle behöva öka, så att de som fått sin diagnos känner till vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att undvika en försämring i sin sjukdom som kan leda till inläggning.

Ett problem som drabbar patienten som vårdats på sjukhus för exacerbation är att det finns en slags silomentalitet mellan specialistvården och primärvården. När patienten skrivs ut från sjukvården efter en exacerbation så finns det inte tillräckligt ofta en återkoppling mellan primärvård och specialistvård, vilket leder till att uppföljning av patienten inte sker. Patientrepresentanten bedömer att de stora skillnaderna inom KOL-vården inte finns mellan regioner, utan mellan vårdcentraler.

Sjukdomen förknippas med stigma, där patienten kan känna att det är deras eget fel att de blivit sjuka om de är/har varit rökare. Patientrepresentanten beskriver att denna upplevelse verkar vara vanligare hos kvinnor än män. Det finns en koppling mellan rökning och socio-ekonomi, som också påverkar. Vad gäller patienter med utländsk bakgrund uppmärksammar patientrepresentanten att bland patientrepresentanter i olika organisationer och forum tycks det finnas i det närmaste obefintlig representation av personer med utländsk bakgrund. Detta är ett problem om man inte inkluderar dessa grupper som finns i Sverige och tar in detta perspektiv i vården. Här har både patientorganisationer, myndigheter och andra ett ansvar. Samtidigt beskriver patientrepresentanten att det varit svårt att få kontakt med religiösa eller kulturella organisationer för att råda bot på denna brist av representativitet.

Ett önskemål vore att i större utsträckning ha tillgång till KOL-mottagningar inom primärvården, som kan följa och stötta patienten i sin sjukdom. I detta är också en organiserad patientutbildning viktig, som skulle kunna genomföras i samarbete med patientorganisationen. Samtidigt uppmärksammar patientrepresentanten att primärvården har ett stort och komplext åtagande kring alla sjukdomar och den ökade fokuset på nära vård. Detta blir en utmaning att lösa. Eftersom patienter med KOL framför allt finns i de äldre åldersgrupperna är det också viktigt att inkludera kommunal hemsjukvård och hemtjänst. Här är det viktigt med att utbilda personalen så att de har en förståelse och möjlighet att möta brukarna/patienterna. Inhalationsteknik är svårt, och här kan de äldre behöva hjälp för att läkemedelsbehandlingen ska utföras på rätt sätt och ge effekt. Det är också viktigt att personalen har verktyg och kunskap, exempelvis kunna genomföra saturationsmätning och vara vaksam på infektioner som kan förvärra sjukdomen.

7.4 Sammanfattning och analys

Hur tar sig sjukdomsördan uttryck?

Sjukdomen KOL drabbar framför allt äldre, och kvinnor drabbas i något högre utsträckning än män. I de flesta av rapportens mått har kvinnor i åldersgruppen 70 år och äldre större sjukdomsörda än män. Sjukdomsördan mätt med DALYs per 100 000 invånare visar att kvinnor förlorar mer hälsa till följd av KOL än vad män gör, eller 1,28 gånger mer (4 161 för kvinnor och 3 255 för män). Andelen kvinnor som anger att de i hög grad har svårt att klara sin vardag är 3,25 gånger fler än för män (13 procent kvinnor jämfört med 4 procent män). Det kan tyda på

att kvinnor upplever sin KOL svårare än män. En högre andel av kvinnor med endast för-gymnasial utbildning har KOL jämfört med de kvinnor som har eftergymnasial utbildning (2,5 procent jämfört med 0,7 procent), vilket delvis kan förklaras av att levnadsvanor som rökning är vanligare hos personer med lägre utbildning. Registerstatistiken från Socialstyrelsen pekar på ett skifte i mitten av 00-talet då antalet kvinnor med registrerad dödsorsak KOL gick om antalet män och har sedan dess ökat snabbare, en förklaring som anges är kopplat till att fler kvinnor än män röker.

På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?

För KOL är det 1,25 gånger fler kvinnor än män inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård (1,0 procent jämfört med 0,8 procent), vilket är i samma storleksordning som kvinnors högre börda mätt med DALYs per 100 000 invånare. Därmed tycks det som att dessa ligger i paritet med varandra och att kvinnor får vård som är i nivå med deras sjukdomsbörda. Kunskapsstyrningen och övriga verktyg bedöms vara tillräckliga, men professionsrepresentant beskriver att implementeringen kan bli bättre. Skillnaden bedöms dock vara större mellan enskilda vårdcentraler än mellan regioner. Ett annat önskemål som lyftes var uppföljningen av patienter efter att de skrivits ut från slutenvård vid exempelvis en exacerbation, och att denna information når patientens vårdcentral så att de sedan kan följa upp patienten. Både professions- och patientrepresentant poängterade att personal inom kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst ytterligare behöver utbildas inom KOL, något som också Socialstyrelsen hade uppmärksammat i sin utvärdering av hur råden i nationella riktlinjer för astma och KOL följs av kommunerna.

Hur upplever flickor och kvinnor vården?

I litteratur och intervjuer framkommer att skam kan påverka hur personen söker vård med sina symtom, och denna känsla tycks mer framträdande hos kvinnor. Därför är bemötandet i vården av stor vikt så att patienterna känner sig sedda och vågar berätta om sina problem. En utmaning med att minska KOL är att det tar 20-30 år att utveckla sjukdomen, och alla tidiga insatser för att minska rökning exempelvis redan inom mödra- och barnhälsovården skulle kunna påverka den framtida utvecklingen av KOL.

I upplevelsen av vård så är det en lägre andel av kvinnorna som anser att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, 70 procent av kvinnorna jämfört med 87 procent av männen. För KOL är det en större andel av kvinnorna som får diagnos inom tre månader från första vårdkontakt, 31 procent av männen jämfört med 47 procent av kvinnorna. Här skiljer sig KOL från de andra diagnoserna. Däremot är det fler kvinnor än män som får vänta mer än sex månader på diagnos efter sitt första vårdbesök, 41 procent av kvinnorna jämfört med 31 procent av männen.

Vilka insatser som skulle kunna förbättra vården och flickors och kvinnors hälsa vid KOL?

KOL har blivit vanligare bland kvinnor och idag dör det fler kvinnor än män till följd av sjukdomen. Det tycks dock som om kvinnor får sjukvård som är i nivå med deras sjukdomsbörda. Kvinnor är dock mindre nöjda med den sjukvård de får och det finns några indikationer på att kvinnor söker och får diagnos senare än män. Detta kan behöva tittas närmare på. En av de starkaste rekommendationerna i nationella riktlinjer är rökavvänjning. Det tycks dock finnas brister i implementeringen av denna rekommendation vilket också skulle kunna vara av värde att se över. Det verkar också som om testning med spirometri inte sker i den utsträckning som

riktlinjer rekommenderar. Både professionsrepresentant och patientrepresentant tar upp behovet av en bättre följsamhet till vårdförlopp och att personal inom kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst behöver utbildas om KOL.

8. Sammanfattande analys och slutsatser

Rapportens slutsatser redovisas uppdelat på projektets tre delfrågor: Hur tar sig sjukdomsbördan uttryck hos flickor och kvinnor? På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov? Hur upplever flickor och kvinnor vården? Avslutningsvis dras slutsatser om i vilken utsträckning som vården möter flickors och kvinnors behov för de fem diagnoserna. Detta baseras på den statistik och analys som finns i respektive diagnoskapitel.¹⁶

Delfråga 1: Hur tar sig sjukdomsbördan uttryck hos flickor och kvinnor?

Vård- och omsorgsanalys valde ut fem diagnoser/tillstånd för att utifrån dessa fallstudier belysa sjukdomsbörda hos flickor och kvinnor. Denna beskrivs i analyserna jämfört med män i samma åldersgrupp med specifika urval för de olika diagnoserna: depression och ångest (10-24 år), migrän (25-44 år), ländryggsbesvär (45-69 år), kranskärslssjukdom (+70 år) och KOL (+70 år).

Det första måttet på sjukdomsbörda är antal funktionsjusterade levnadsår, DALYs, per 100 000 invånare i åldersgruppen. Rapporten visar att i alla fallstudier, utom en, förlorar flickor och kvinnor mer hälsa än pojkar och män. Kvinnor över 70 år förlorar mindre hälsa än män på grund av kranskärslssjukdom. Den största skillnaden mellan könen återfinns inom depression där bördan mätt som DALYs per 100 000 invånare är 2,6 gånger större för kvinnor och inom migrän där bördan är 2,1 gånger större för kvinnor. Kvinnor hade 76 procent fler DALYs per 100 000 invånare än män.

En liknande bild som stödjer att *kvinnor har större sjukdomsbörda jämfört med män* syns också från Folkhälsoenkäten för den självrapporterade förekomsten av depression är 3,2 gånger högre hos kvinnor än för män, och 2,6 gånger fler kvinnor anger att de besvärar av migrän (svår huvudvärk). Avseende ångest anger 2,5 gånger fler kvinnor än män att de har svår ångslan, oro eller ångest. Folkhälsomyndighetens enkät ställer inte frågor om KOL och kranskärslssjukdom och därför saknas motsvarande självrapporterad information för dessa diagnoser. I Vård- och omsorgsanalys enkät kan man spegla bördan i frågan om svårigheter att klara vardagen till följd av diagnosen. Den diagnos där störst andel kvinnor anger att de i hög grad har svårt att klara av vardagen är för depression och ångest, 18 procent jämfört med männens 14 procent, medan övriga diagnoser har andelar som för kvinnorna varierar mellan 9 och 13 procent. Störst skillnad mellan könen finns för migrän där 1,8 gånger fler kvinnor anger att de i hög grad upplever svårigheter att klara vardagen.

Under de senaste tio åren har fler flickor och kvinnor per 100 000 invånare varit i sluten och/eller specialiserad öppenvård för både depression och för migrän. Denna kan bero på flera faktorer såsom exempelvis en ökad uppmärksamhet kring dessa behov och resursförstärkning i vården, ökat vårdsökande, att fler drabbas av ohälsa eller en samverkan mellan två och flera faktorer. Motsvarande ökning syns inte för pojkar och män under samma tidsperiod. En möjlig delförklaring till kvinnornas ökning för depression och ångest samt migrän kan vara en ökad stress i samhället, vilket i sin tur kan förklara ökningen av dessa symtom. För ländryggssmärta (ryggvärk) har det för både män och kvinnor skett en viss minskning, medan kranskärslssjukdom har haft en tydlig minskning för båda könen sedan år 2012. För diagnosen KOL syns också en

¹⁶ Resonemang om samt vilka insatser som skulle kunna förbättra vården och flickors och kvinnors hälsa för respektive diagnos återfinns i respektive diagnoskapitel.

minskning över tid för båda könen, däremot utgjorde män det största andelen patienter fram till år 2015 när kvinnor gick förbi. Denna förändring förklaras av att kvinnor röker i större utsträckning jämfört med män.

Med fokus på kvinnor och ur ett jämlikhetsperspektiv så framgår att *lägre utbildning tycks ge en högre förekomst av sjukdom*, och tydligast för ländryggssmärta (svår ryggvärk m.m.), KOL och svår ångest (svår ångslan, oro eller ångest). Däremot för "lindrig ångslan, oro eller ångest" så går relationen i motsatt riktning.

Folkhälsomyndighetens enkät visar att mer än dubbelt så stor andel kvinnor med endast förgymnasial utbildning som kvinnor med eftergymnasial utbildning angav att de haft svår ryggvärk m.m (21 procent jämfört med 8 procent), "svår ångslan, oro eller ångest" (17 procent jämfört med 7 procent), diagnosen depression (8 procent jämfört med 4 procent), svår huvudvärk (9 procent jämfört med 4 procent). Liknande resultat framkommer för kranskärlets-sjukdom (antal insjuknande i hjärtinfarkt) per 100 000 invånare där de förgymnasialt utbildade utgör nära 2 gånger större andel än de med eftergymnasial utbildning (218 per 100 000 invånare jämfört med 122 per 100 000 invånare). En möjlig bidragande orsak till dessa mönster är att utbildning (och därmed socioekonomi) påverkar vilken typ av arbete och levnadsvanor man har som kan vara skyddande faktorer för sjukdom. Statistiken för diagnoser kopplat till födelseland ger inget entydigt mönster, vilket skulle kunna förklaras av att dataunderlaget för vissa grupper är litet och enskilda individer får ett oproportionerligt stort genomslag.

Delfråga 2: På vilket sätt möter vården flickors och kvinnors behov?

Vilka insatser ges vid tillståndet? Utmaningar i vården? Hälso- och vårdutfall med fokus på skillnader mellan könen?

En skillnad mellan de fem diagnoserna är att depression, ångest, migrän och ländryggssmärta till stor del är egenupplevda symtom där diagnos sätts baserat på patientens berättelse. Vid kranskärlets-sjukdom och KOL spelar också patientens berättelse viss roll, men den kombineras med objektivt mätbara aspekter som exempelvis EKG och spirometri. Det finns också en skillnad mellan vilka behandlingsalternativ som finns där depression, ångest, migrän och ländryggssmärta till stor del baseras på egenvård och delvis läkemedel. För depression och ångest kan också psykologisk behandling spela en roll. För KOL är egenvård i kombination med läkemedel viktiga insatser. Av rapportens fallstudier är det endast kranskärlets-sjukdom som också kopplas till kirurgisk behandling såsom exempelvis kranskärletsoperation. Därmed finns det olika behandlingsarsenaler för de olika diagnoserna. För diagnoser där personen är mer utlämnad till egenvård kan detta upplevas som en utmaning i sig men även tidvis kopplas till känslor av inte få hjälp av vården. En persons möjlighet att tala för sin sak blir också viktigare för de diagnoser som inte baseras på objektiva mätinstrument, vilket i sin tur kan påverkas av personens utbildning och socioekonomi.

En ojämlikhet mellan könen som framkommer i Vård- och omsorgsanalys enkät är att en större andel av kvinnorna får vänta mer än sex månader på sin diagnos från första vårdkontakt, vilket gäller alla diagnoserna. På motsvarande sätt får en större andel av männen sin diagnos inom tre månader från första vårdkontakt. Detta gäller med små variationer för alla diagnoserna och det är även värt att notera att det för både män och kvinnor är mellan en fjärdedel och en tredjedel av de svarande som fått vänta länge på diagnos.

För att undersöka i vilken utsträckning vården möter flickors och kvinnors behov jämfördes sjukdomsbördan mätt med *DALYs per 100 000 invånare* med information om vårdkonsumtion både i form av antal patienter inom slutet och/eller specialiserad öppenvård och inom primär-

vården för respektive diagnos. Även statistik om antal personer med sjukpenning användes för att kunna jämföra hur dessa överensstämde på diagnosnivå. Sjukdomsbördan mätt i DALYs per 100 000 invånare stämmer någorlunda med vårdkonsumtion och sjukfrånvaro för depression och ångest, migrän och KOL. Kvinnor har därmed större vårdkonsumtion än män i både *sluten och/eller specialiserad öppenvård* samt *primärvård* för depression/ångest och migrän. Primärvård saknas för ländryggssmärta och KOL. Däremot verkar kvinnor ha en högre börda i DALYs än vad de har i sjukvårdskonsumtion och sjukfrånvaro för ländryggssmärta och kranskärslsjukdom, relativt män. Detta kan antingen bero på att DALYs är överskattat (t ex tar inte hänsyn till svårighetsgrad) eller på att kvinnors börda inte framkommer i sjukvårds-konsumtion och sjukfrånvaro. Det syns därmed inte för ländryggssmärta någon direkt skillnad mellan könen med avseende på specialistvård, trots högre förekomst hos kvinnor. Möjligen kan detta avspegla att högre svårighetsgrad har liknande förekomst mellan män och kvinnor. För kranskärslsjukdom har män 70 år och äldre mer specialistvård medan kvinnor 70 år och äldre har mer primärvård, vilket kan spegla olika typer av kranskärslsjukdom, exempelvis akut eller kronisk och därmed olika fokus i vårdförloppet.

Statistik om sjukskrivning kan ge ytterligare information om eventuella skillnader mellan män och kvinnor. Vid depression/ångest och migrän har kvinnor högre andel med *sjukfrånvaro* men längden på sjukskrivning är densamma som för män. Detta kan tyda på att svårighetsgraden för de som får sjukskrivning för dessa tillstånd är ungefär densamma för kvinnor som för män. För migrän är det dock viktigt att poängtera att en stor del av sjukfrånvaron är kortvarig och därför inte ingår i Försäkringskassans statistik. Vid ländryggssmärta finns inga direkta skillnader mellan könen avseende sjukfrånvaro. Liksom angående vårdkonsumtion väcker detta frågetecken eftersom förekomst och börda är högre för kvinnor. För kranskärslsjukdom är andelen med sjukfrånvaro högre bland män men sjukskrivningen är längre för kvinnor. Detta skulle kunna spegla att kvinnor eventuellt drabbas svårare av detta tillstånd (vilket också stöds i andra källor) och/eller tar längre tid för att kunna återgå i arbete. För KOL är det tvärtom så att andelen med sjukfrånvaro är högre bland kvinnor men sjukskrivningen är längre för män. Detta stämmer inte överens med andra uppgifter som antyder att kvinnor drabbas värre av KOL än män. Det bör dock noteras att sjukfrånvaro främst är aktuell i arbetsför ålder och KOL drabbar i huvudsak dem som är i högre åldersgrupper. För att dra säkrare slutsatser kring vilka nivåer av sjukskrivning som skulle anses vara uppnådda för att anses möta behoven hos en viss grupp så hade dock analyserna behövt vidareutvecklats. Man kan också konstatera att det i vissa fall skulle kunna vara motiverat med skillnader i vård och sjukskrivning, om det är så att olika kön får olika svårighetsgrad av en sjukdom.

För depression och ångest har elevhälsan en roll, vilket lyftes fram i både det nationella vård och insatsprogrammet och i intervjuer med professions- och patientrepresentanter. Data över i vilken utsträckning elevhälsan är involverad i omhändertagande av ungas depression och ångest har ej kunnat identifieras, däremot framkom i intervjuerna att de ansåg att skolans roll kunde öka eftersom det är en naturlig mötesplats för de unga. För KOL och kranskärslsjukdom som är vanligast bland äldre personer är det viktigt att det finns ett samarbete mellan den kommunal och den regionala hälso- och sjukvården. Detta nämndes i några av kunskapsstöden, men det saknas hittills publicerad statistik kopplat till specifika diagnoskoder såsom hade behövts för att kunna belysa de dimensionerna i denna rapport. Det pågår ett utvecklingsarbete för i det nationella registret för kommunal hälso- och sjukvård och numer ska även åtgärds-koder registreras. I intervju med patientrepresentanter betonades vikten av att personal inom kommunal äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård har god utbildning kring både KOL och kranskärslsjukdom så att de tidigt kan identifiera försämringar hos patienten som då kan behandlas i ett tidigt skede.

För alla diagnoser finns kunskapsstöd där det framgår vilka insatser som ska erbjudas vid de olika tillstånden, dock skiljer det sig åt vilken typ av dokument och hur många dokument som finns för respektive diagnos. Graden av styrning kan därför skilja sig åt mellan de olika diagnoserna i de fem fallstudierna. Man kan då notera att det kan finnas en viss otydlighet, vilket också beskrevs i kunskapsstyrningens egna dokument "Vägledning kunskapsstöd" där de skrev att det inte är lätt att avgöra "vilka de är avsedda för, hur de förhåller sig till varandra, vilken giltighetstid de har och vem som är avsändare". (19) Motsvarande reflektioner lyftes i några intervjuer.

Det framkom i intervjuer att kunskapsstöd var bra, men att implementeringen kan behöva förbättras. Detta eftersom det kvarstår skillnader mellan regioner, men även inom regioner mellan olika sjukhus och vårdenheter. I intervjuer med olika representanter framkom att det fanns en stor nytta med registerna som ökade jämlikheten mellan regioner och mellan kliniker. Samtidigt nämndes två utmaningar i några intervjuer, dels risken att vården blir fokuserad på att "registervårda", dels att primärvårdens uppdrag blir större än vad det finns resurser till i nuläget vilket innebär att man inte mår med. Med "registervårda" avses att vården direkt eller indirekt fokuserar på den typ av vård som kommer att mätas och följas upp, vilket i förlängningen tränger ut annan vård som kanske borde vara lika eller mer prioriterad men inte har ett register och indikatorer. Primärvårdens uppdrag växer kontinuerligt i koppling till bland annat nära vård. Samtidigt kan konstateras att om primärvården inte har tillräckligt med personal och tillräcklig budget så är det sannolikt inte möjligt att uppfylla alla krav som finns kring kunskapsstyrning och vårdförlopp. Detta skulle kunna vara en bidragande förklaring till att implementeringen inte skett fullt ut.

För KOL och kranskärslsjukdom poängterades både från patientrepresentant och kliniska experter att övergången mellan vård inom specialistvården och inom primärvården behöver vara mer sömlös och att information kring patienten behöver kunna följas upp bättre när patienten skrivs ut från slutet och/eller specialiserad öppenvård till primärvården. Till detta kan kopplas ett önskemål om att kunna fortsätta följa patienterna i register även i primärvården. Detta lyftes både från profession- och patientrepresentanter för KOL, kranskärsl och migrän.

För i princip alla diagnoserna framkom hur avgörande patientens kunskap om sin sjukdom var för att kunna hantera den. Därigenom lyftes patientutbildning som viktig och det kan också skapa ett sammanhang och en trygghet för patienten. Genom att möta andra i samma situation så kan man också skapa en större acceptans och kanske öka motivationen att ta hand om sin sjukdom i de delar som är egenvård. Det lyftes förslag för flera av diagnoserna att detta kunde göras i samarbete med patientorganisationer, och att en sådan utbildning på sikt skulle kunna minska vårdbehovet för flera diagnoser.

Delfråga 3: Hur upplever flickor och kvinnor vården?

Om vården är anpassad till kvinnors behov? Om vården upplevs vara tillgänglig av kvinnor? Om vården upplevs personcentrerad av kvinnor?

Bemötandet framkommer i flera intervjuer som viktigt och att det bidrar till en god vård. Både i den bredare Nationella Patientenkäten och i det utskick som Vård- och omsorgsanalys gjorde för denna studie framgår att män generellt upplever ett något bättre bemötande. I Vård- och omsorgsanalys enkät var det en större andel män, oavsett diagnos, som angav att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Störst skillnad fanns gällande depression och ångest där 71 procent av männen svarade att de alltid blir bemötta med respekt och på ett

hänsynsfullt sätt, medan endast 56 procent av kvinnorna upplevde det samma. I intervjuer nämndes att kvinnor upplever vårdsökande annorlunda än män, framförallt vid depression/ångest som exemplifierades med att de inte tas på allvar och vid KOL där kvinnor kunde känna skam för att det var "deras fel" att de drabbats av KOL.

Ur Vård- och omsorgsanalys enkät framkommer att en större andel av männen anser att de helt och hållet har fått den vård de behövt, medan på motsvarande sätt är det en större andel kvinnor som anger att de inte alls fått den vård de behövt.

Orsaken till dessa skillnader i upplevelser är svår att klargöra om det faktiskt uppstår ett annorlunda bemötande eller om män och kvinnor på aggregerad nivå bedömer ett bemötande olika. Skillnaden kan dock indikera att här finns något att undersöka vidare. Det kan också tyda på att det inom vården behöver göras en större personcentrering i mötet mellan patient och behandlare.

Framför allt i samtal med patient-och professionsrepresentanter för depression och ångest lyftes behovet av ökad tillgänglighet, både att veta vilken sjukvårdsinstans man kan söka hjälp hos när (elevhälsan, primärvård, första linjen, barn- och ungdomspsykiatri) och hur snabbt man kan få hjälp (väntetid).

I vilken utsträckning möter vården flickors och kvinnors behov för de aktuella diagnoserna/tillstånden?

Denna fråga kan inte direkt besvaras baserat på resultaten som presenteras i denna rapport. Resultatet kan dock finnas indikationer på att vården inte möter flickor och kvinnors behov i samma utsträckning som män. En sammanställning över data gör tillstånd och diagnoser ges i Tabell 7. Nedan anges fyra antaganden som här antas gälla i det fall att flickor och kvinnors behov möts av vården i samma utsträckning som för män. En sammanfattning av dessa antaganden för de olika diagnoserna ges i Tabell 8.

Antagande: Kvinnor får diagnos lika snabbt som män

Vid depression/ångest, migrän och ländryggssmärta har en högre andel kvinnor jämfört med män angett att de avstått från att söka vård trots att de ansett sig ha behov av vård. Dessvärre var denna fråga endast ställd till de som inte haft behov av sjukvård för sin diagnos under det senaste året och är därför av mindre värde för en slutsats. Det är dock också en lägre andel av kvinnorna vid dessa diagnoser som får en diagnos inom 3 månader från att de haft sin första vårdkontakt. Detta ger en indikation på att det kan finnas något som försvårar för en del kvinnor vid vårdsökande i samband med dessa tillstånd. Diagnos för dessa tillstånd ställs via symptom, vilket gör att subjektiva parametrar såsom hur patienten själv kan beskriva sin sjukdom och hur läkaren tolkar denna kan få stor betydelse. I intervjuer framkom det att kvinnor tycker att det kan vara svårt att bli tagna på allvar vid vårdsökande i samband med depression och ångest. Det framkom också att kvinnor känner skam och dröjer med att söka vård i samband med KOL, men enligt enkäten är andelen som får diagnos inom tre månader från första vårdkontakt högre för kvinnor. Det kan dock vara så att detta beror på att kvinnor söker senare i sjukdomsprogressionen och att det därför är lättare att ställa diagnos för dem.

Antagande: Sjukvårdskonsumtionen bland kvinnor motsvarar sjukdomsburden

Detta tycks gälla för depression/ångest och KOL, men inte för övriga. För migrän har kvinnor en högre sjukvårdskonsumtion inom specialistvården, men det skulle kunna förklaras av att vissa läkemedel endast får förskrivas där. För ländryggssmärta är det tvärtom så att kvinnor får

mindre sjukvård än vad som tycks vara motiverat av deras sjukdomsbörda. Enligt uppgifter från enkäten tycks det som om kvinnor drabbas lika svårt av ländryggssmärta som män, vilket möjligen kan utesluta skillnad i svårighetsgrad som förklaring till skillnad i sjukvårdskonsumtion. Det framkommer dock även i enkäten att andelen som haft kontakt med sjukvården under de senaste 12 månaderna är lika stor för män och kvinnor. Vad gäller kranskärslssjukdom har kvinnor en mindre andel specialistvård än vad som skulle kunna vara motiverat av sjukdomsbördan, men en högre andel primärvård än vad som skulle kunna vara motiverat av sjukdomsbörda. Det framkommer dock i intervjuer att kvinnor drabbas annorlunda av kranskärslssjukdom och att det därför kan finnas medicinska motiveringar till olika vårdförlopp för kvinnor och män.

Antagande: Sjukdomen påverkar kvinnor på ungefär samma sätt som män

Detta tycks gälla vid depression och ångest samt vid ländryggssmärta. Här är andelen som mår dåligt och som påverkas i sin vardag ungefär lika stor bland kvinnor och män. Vid migrän, kranskärslssjukdom och KOL är andelen dock högre bland kvinnor. Det är dock svårt att koppla detta till sjukvården. Det kan också bero på andra faktorer, såsom att sjukdomarna drabbar könen på olika sätt. Vid migrän påverkar hormoner utvecklingen hos kvinnor. Vid kranskärslssjukdom drabbas kvinnor senare i livet och det finns forskning som visar att kvinnor drabbas värre av KOL.

Antagande: Kvinnor upplever vården på samma sätt som män

Från Vård- och omsorgsanalys enkät framgår att en lägre andel av kvinnorna anser att de alltid blir bemötta med respekt. Skillnaden fanns för samtliga diagnoser och var förhållandevis påtaglig (mer än 10 procents skillnad) förutom vid migrän. Detta resultat är i linje med tidigare rapporter som visar att kvinnor upplever ett sämre bemötande i sjukvården.

Vad gäller andelen som anser att de fått den vård de behövt så var denna ungefär densamma för män och kvinnor vid depression och ångest, ländryggssmärta och kranskärslssjukdom. Vid migrän och KOL var dock andelen som ansåg sig alltid ha fått den vård de behövt lägre bland kvinnor och skillnaderna var förhållandevis påtagliga.

Tabell 7. Sammanfattning av hur väl antaganden kring jämställd vård uppfylls

Kvinnor får jämfört med män	Depression	Migrän	Ländryggs- smärta	Kranskärls- sjukdom	KOL
Lika snabbt diagnos ¹⁷	X	X	X	✓	?
Lika mycket sjukvård (givet börda) ¹⁸	✓	Mer	X	Mer primär- vård och mindre specialist	✓
Lika stor påverkan av sjukdom ¹⁹ (givet diagnos)	✓	X	✓	X	X
Likadan upp- levelse av vård ²⁰	X	X	X	X	X

Not: X = indikation på att det inte uppfylls, ✓ = indikation på att det uppfylls

Vid granskningen av de olika diagnoserna kan man skilja mellan (a) diagnoser som sätts av läkare baserat endast på patientens beskrivning av symtom och (b) diagnoser som sätts av läkare baserat på en kombination av patientens beskrivning och mer objektiva diagnostiska test, röntgen och liknande. "Symtomdiagnoser" omfattar depression, ångest, migrän och ländryggssmärta, medan diagnoserna kranskärlssjukdom och KOL är mer objektivt mätbara. Detta medför att vården kan ha svårare att identifiera vilka personer som har störst behov av vård inom "symtomdiagnoser", eftersom det är patientens berättelse som är vägledande.

En diagnos som kan beskrivas som en symtomdiagnos är ländryggssmärta. I genomgången av denna diagnos framkommer att den leder till stor börda för båda könen mätt som DALYs per 100 000 invånare, och det är en diagnos med stor sjukfrånvaro. Därmed finns en stor påverkan både på individ- och samhällsnivå, och det är en diagnos som i stor utsträckning tycks påverkas av socioekonomiska faktorer som utbildning. För denna diagnos finns det flera frågetecken som skulle vara värdefulla att undersöka vidare i en kombinerad register- och enkätstudie, ex. hur mycket vård får dessa patienter inom primärvården och privat via fysioterapeuter, naprapater, hur stor korttidsfrånvaro respektive sjuknärvaro har de, hur bedömer personerna att deras livskvalitet är vid olika svårighetsgrader etc.

¹⁷ Baserat på andel som fått sin diagnos inom tre månader från första vårdkontakt enligt Vård- och omsorgsanalys enkät.

¹⁸ Baserat andel som fått slutet och/eller specialiserad öppenvård enligt Socialstyrelsen diagnosdatabas, samt besök i primärvården enligt SKR:s KPP-databas.

¹⁹ Baserat på andel som anser att de upplever hög grad av svårigheter att klara av vardagen till följd av diagnosen samt som anger dålig eller mycket dålig hälsa bland dem med diagnosen, enligt Vård- och omsorgsanalys enkät.

²⁰ Baserat på andel som anser att de helt och hållet fått den vård de behövt samt som anger att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt vårdkontakt enligt Vård- och omsorgsanalys enkät.

Begränsningar med data

Det bör beaktas att det finns vissa begränsningar i den data som presenteras i denna rapport. Några av de mest centrala listas nedan:

- Svårighetsgrad anges inte i register och enkät vilket försvårar en bedömning av behov.
- Diagnoskoder skiljer sig åt mellan register vilket försvårar jämförelse mellan källor.
- Enkätdata (Folkhälsoenkäten och Vård- och omsorgsanalys enkät) är i vissa fall baserade på mycket små grupper vilket gör det svårt att generalisera dem.
- De som svarat på enkäterna är inte fullt ut representativa för befolkningen (t ex fler äldre, fler utbildade).
- Intervjumaterialet är baserat på en representant för profession och en representant för patient, men båda antogs ha en sådan roll att de har kunskap om de centrala frågorna.

Tabell 8. Sammanställning över data för tillstånd och diagnoser

	Depression och ångest (10-24 år)	Migrän (25-44)	Ländryggssmärta (45-69 år)	Kranskärls-sjukdom (70+)	KOL (70+)
REGISTER					
- Självrapporterad förekomst enligt Folkhälsoenkäten	16-29 år: Depression: 6,3% kvinnor (2,0 % män) Ångest (svår): 22,6% kvinnor (9,2% män)	7,0% (män 2,7%)	13,9 % (män 7,9%)	-	-
- Andel med sjukhusvård enligt Socialstyrelsen	Depression: 1,4% (0,5% män) Ångest: 3% (1,5% män)	4,5% (män 1%)	8% (män 7,5%)	1,25% (män 3%)	1% (män 0,8%)
- Antal besök i primärvård enligt KPP (SKR)	Förstämningssyndrom: 8 533 (män 5 560) Ångestsyndrom: 30539(män 11 483)	11 376 (män 4116)	-	9002 (män 5167)	-
- Antal personer med sjukfrånvaro 2019-2023	Ej aktuellt	2153 (324 män)	31281 (30281 män)	Ej aktuellt	Ej aktuellt
- Antal DALYs enligt GBD	Depression: 1 378 (530 män) Ångest: 1 260 ångest (717 män)	1376 (män 652)	1799 (män 1322)	8066 (män 11 536)	4161 (män 3255)
- Socioekonomi: Förekomst efter utbildningsnivå för alla åldrar (förgymnasial - gymnasial - eftergymnasial) enligt Folkhälsoenkäten	Depression: 8,3% - 4,3 % - 3,7 % Svår ångest: 16,7 % - 9,5 % - 6,8 % Lätt ångest: 34,6 % - 38,7 % - 41,2 %	8,8% - 6,1 % - 4,2 %	21,2 % - 13,4 % - 8,2 %	2,2 % - 1,8 % - 1,2 %	2,5 % - 1,5 % - 0,7 % (97)

	Depression och ångest (10-24 år)	Migrän (25-44)	Ländryggssmärta (45-69 år)	Kranskärls-sjukdom (70+)	KOL (70+)
ENKÄT (alla åldrar, 18 år +)					
- Andel med dålig eller mycket dålig hälsa bland dem med diagnos enligt Vård- och omsorgsanalys enkät	25 % (män 26%)	10% (män 5%)	14 % (12% män)	34 % (17% män)	30% (män 19%)
- Andel som anser att de upplever hög grad av svårigheter att klara av vardagen till följd av diagnosen enligt Vård- och omsorgsanalys enkät	18 % (män 14 %)	9 % (män 5 %)	9 % (män 8 %)	9 % (män 9 %)	13 % (4 %)
- Andel som avstått från att söka vård enligt Vård- och omsorgsanalys enkät bland dem som inte haft kontakt med sjukvård under de senaste 12 månaderna	39% (män 33%)	21% (män 11%)	23 % (män 8%)	33 %* (män 0%) *1 av 3	0 % (33 %*) *1 av 3
- Andel som varit i kontakt med sjukvården för sin diagnos under de senaste 12 månaderna	65 % (män 53 %)	34 % (män 30%)	35 % (män 35 %)	79 % (män 79%)	35 % (män 35 %)
- Andel som får diagnos inom 3 månader från första vårdkontakt enligt Vård- och omsorgsanalys enkät	46 % (män 54 %)	48 % (män 58 %)	41% (män 52%)	71 % (män 72%)	47 % (31 %)
- Andel som anser att de helt och hållet har fått den vård de behövt enligt Vård- och omsorgsanalys enkät	16 % (män 18 %)	32 % (män 44 %)	15 % (män 16 %)	42 % (män 39 %)	20 % (män 45 %)
- Andel som anser att de alltid blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt enligt Vård- och omsorgsanalys enkät	56 % (män 71 %)	58 % (män 63 %)	55 % (män 67 %)	68 % (män 83 %)	70 % (män 87 %)

	Depression och ångest (10-24 år)	Migrän (25-44)	Ländryggssmärta (45-69 år)	Kranskärls-sjukdom (70+)	KOL (70+)
INTERVJU					
Professionsrepresentant	Elevhälsan skulle kunna bidra för att förbättra tillgänglighet. Uppföljning av resultatmått skulle kunna bidra till en mer välriktad och anpassad vård.	Vidareutbildning av primärvårdsläkare för att öka antalet med tillräcklig kunskap. Införa huvudvärks-sjuksköterskor för att förbättra uppföljning.	Tillhandahåll multidisciplinära team. Öka implementering genom att utbilda personal, och öka därigenom screening för att identifiera de patienter med behov av vård.	Öka antalet vårdplatser för att möjliggöra längre vistelser för kvinnor som är äldre då de drabbas. Följ upp prevention i primärvården via register.	Mer rökavvänjning och förebyggande. Frågor till patienter för att hitta diagnoser tidigare. Jobba på implementering av vårdförloppet. Mer utbildning för hemtjänst och hemsjukvård.
Patientrepresentant	Ett hjälpcenter (se modell i Danmark) skulle kunna bidra till ett bättre bemötande och förenkla vårdsökande.	Mer utbildning av personal inom vården för att tidigare upptäcka diagnos. Migränskolor för att förbättra egenvården bland patienter.	En fast vårdkontakt för mer kontinuitet vid kroniska besvär. Patientutbildning för förbättrade möjligheter till egenvård.	Uppföljning av prevention i primärvården via register. Öka kunskap inom kommunal hemsjukvård och hemtjänst. Hantera glappet mellan primärvård och specialistvård.	Förbättra följsamhet till vårdförlopp, t ex rökavvänjning. Minska glapp mellan primärvård och specialistvård. Öka antalet KOL-mottagningar i primärvård med organiserad patient-utbildning.

Referenser

1. Statens offentliga utredningar SOU 2017:47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa 2017.
2. Karolinska Institutet. Svensk Mesh Hälsolitteracitet [Available from: <https://mesh.kib.ki.se/term/d057220/health-literacy>].
3. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården och tandvård- Lägesrapport 2023 2023.
4. Socialstyrelsen. Arbetssätt för jämlik vård - Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen 2019.
5. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nationell patientenkät [Available from: <https://resultat.patientenkät.se/>].
6. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nära vård i sikte? ; 2021.
7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dataset för Global Burden of Disease, tillhandahålllet av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2024.
8. Statistikdatabas för diagnoser [Internet]. [cited 2024-09-09]. Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx.
9. Statistikdatabas för dödsorsaker [Internet]. [cited 2024-10-25]. Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/val.aspx.
10. Folkhälsodatabasen [Internet]. 2022 [cited 2024-09-04]. Available from: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata/.
11. Folkhälsomyndigheten. Så här jobbar vi med folkhälsorapportering [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/sa-har-jobbar-vi-med-folkhalsorapportering/>].
12. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?" [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>].
13. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/22 - Nationella resultat. 2022.
14. KPP primärvård avseende öppenvård. Databas [Internet]. 2022 [cited 2024-09-03]. Available from: https://statva.skr.se/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F26cd5d50-cdb4-4add-b3d6-c4eab8823f0b§ionIndex=0&ssso_guest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false.
15. KPP Databas [Internet]. Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html>
16. Försäkringskassan. Dataset om sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Beställt av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2024.
17. Institute for Health Metrics and Evaluation IHME. Global burden of disease (GBD) About GBD [Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd>].

18. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Enkätdata om flickors och kvinnors hälsa och vårdupplevelser. 2024.
19. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Vägledning kunskapsstöd. 2021.
20. Läkemedelsverket. Behandlingsrekommendationer [Available from: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer>].
21. Socialstyrelsen. Vård vid depression och ångestsyndrom - Huvudrapport med förbättringsområden. 2019.
22. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. 2021.
23. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Vård- och insatsprogram Depression och ångestsyndrom [Available from: <https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/>].
24. Santesson A. Depression hos barn före puberteten 2024 [Available from: <https://www.internetmedicin.se/barn-och-ungdomspsykiatri/depression-hos-barn-fore-puberteten>].
25. Santesson A. Depression hos tonåringar 2024 [2024-10-25]. Available from: <https://www.internetmedicin.se/barn-och-ungdomspsykiatri/depression-hos-tonaringar>.
26. Bäckström B. Ångestsyndrom hos barn och ungdomar 2023 [Available from: <https://www.internetmedicin.se/barn-och-ungdomspsykiatri/angestsyndrom-hos-barn-och-ungdomar>].
27. Kunskapsguiden. Om psykisk ohälsa hos barn och unga 2024 [Available from: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/psykisk-ohalsa-hos-barn-och-unga/vad-ar-psykisk-ohalsa/>].
28. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22. 2022.
29. Nationellt programområde psykisk hälsa. Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp - Depression hos vuxna. 2023.
30. Nationellt programområde psykisk hälsa. Depression hos vuxna 2023 [Available from: <https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/depression-hos-vuxna/>].
31. Nationella programområdet psykisk hälsa. Nationella vård och insatsprogram för Depression och ångestsyndrom Sveriges regioner i samverkan.
32. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid 2024 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/suicidprevention/statistik-om-suicid/>].
33. Folkhälsomyndigheten. Ökning av suicid bland unga vuxna mellan 20-29 år - Fördjupad analys 2022 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/oe/okning-av-suicid-bland-unga-vuxna-20-29-ar/>].
34. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor 2022 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/>].
35. Kunskapsguiden. Förstärkt första linje - psykisk ohälsa 2023 [Available from: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/tidiga-och-samordnade-insatser-tsi/forstarkt-forsta-linje/>].

36. Socialdepartementet. Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade vården. Pressmeddelande 2024 [Available from: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/08/nationella-utvecklingsteam-ska-stotta-den-specialiserade-psykiatrin/>]
37. Nationellt programområde psykisk hälsa. Vårdförlopp depression vuxna. 2023.
38. Nationellt programområde psykisk hälsa. Depression 2020 [Available from: https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/depression/?selectionCode=profession_primarvard].
39. Nationellt programområde psykisk hälsa. Ångestsyndrom 2021 [Available from: https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/angestsyndrom/?selectionCode=profession_primarvard].
40. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso och sjukvård. Vård- och insatsprogram Om programmen 2020 [Available from: <https://www.vardochinsats.se/om-programmen/>].
41. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Psykiatrin i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2023. 2024.
42. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Psykiatrin i siffror - Barn- och ungdomspsykiatrin 2023. 2024.
43. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Barn som mår psykiskt dåligt får vänta länge på hjälp. 2022.
44. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vård vid psykisk ohälsa - vad klagar unga vuxna på? ; 2023.
45. suicidforskning Ncf, och prevention. Sociala medier kan öka flickors ångest genom försämrad självkänsla 2024 [Available from: <https://nyheter.ki.se/media/144746/download>]
46. Sundholm A, Linde M. Migrän: Internetmedicin; [updated 2024-05-22. Available from: <https://www.internetmedicin.se/neurologi/migran>].
47. Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Riktlinje för migrän. 2022.
48. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545-602.
49. Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Konsekvensbeskrivning för riktlinje för migrän. 2022.
50. Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Kliniskt kunskapsstöd Migrän 2022 [Available from: https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/migran/?selectionCode=profession_primarvard]
51. Edvinsson L. Könshormon och migrän. Neurologi i Sverige,. 2022;2(22).
52. Hjalte F, Olofsson S, Persson U, Linde M. Burden and costs of migraine in a Swedish defined patient population - a questionnaire-based study. The Journal of Headache and Pain. 2019;20(1):65.
53. Hjalte F, Olofsson S, Persson U. Sjukdomsbördan vid migrän i Sverige - en enkätstudie av resurskonsumtion och livskvalitet. IHE-RAPPORT 2018:4.
54. Linde M. Huvudvärk, primär utredning 2024 [Available from: <https://www.internetmedicin.se/neurologi/huvudvar-k-primar-utredning>].

55. 1177. Ont i ryggen 2023 [Available from: <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/skelett-leder-och-muskler/rygg-och-nacke/ont-i-ryggen/>].
56. Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar. Ländryggsbesvär hos vuxna 2023 [Available from: <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/skelett-leder-och-muskler/rygg-och-nacke/ont-i-ryggen/>].
57. Rasmussen Barr E. Ryggsmärta/besvär och träning av bålkontroll: Internetmedicin; [updated 2023-03-19. Available from: <https://www.internetmedicin.se/ortopedi/ryggsmartabesvar-och-traning-av-balkontroll>].
58. Lindholm P. Lumbago 2024 [Available from: <https://www.internetmedicin.se/ortopedi/lumbago>].
59. Lund A. Även friska ryggar värker. Medicinsk Vetenskap 2021;3.
60. Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar. Kliniskt kunskapsstöd Lumbago. 2023.
61. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: rörelseorganens sjukdomar 2021 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/rorelseorganens-sjukdomar/>].
62. Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Smärta - långvarig, hos vuxna 2023 [Available from: <https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/smarta---langvarig-hos-vuxna>].
63. Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar. Vårdförlopp Ländryggsbesvär för vuxna 2023 [Available from: <https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/landryggsbesvar-hos-vuxna>].
64. Swedeheart. Årsrapport 2023. 2024.
65. Karolinska Universitetssjukhuset Medicinsk Enhet Kardiologi. Råd till dig som har kranskärslsjukdom - Hur hanterar jag min sjukdom och hur gör jag för att må så bra som möjligt? ; 2023.
66. Nationellt programområde hjärt- och kärlsjukdomar. Kliniskt kunskapsstöd Kranskärslsjukdom, kronisk 2021 [Available from: https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/kranskarlssjukdom-kronisk/?selectionCode=profession_primarvard].
67. Ny forskning: Kvinnor förlorar fler levnadsår efter en hjärtinfarkt jämfört med män [press release]. 2024.
68. Reitan C, Andell P, Alfredsson J, Erlinge D, Hofmann R, Lindahl B, et al. Excess Mortality and Loss of Life Expectancy After Myocardial Infarction: A Registry-Based Matched Cohort Study. Circulation. 2024;150(11):826-35.
69. Nationella programområdet hjärt- och kärlssjukdomar. Sekundärprevention vid kranskärslsjukdom - Stöd för styrning och ledning. 2021.
70. Gliemann LaH, Y. The exercise timing hypothesis: can exercise training compensate for the reduction in blood vessel function after menopause if timed right? J Physiol. 2019(597):4915-25.
71. Tamariz-Ellemann A WK, Nørregaard LB, Gliemann L, Hellsten Y. . The time is now: regular exercise maintains vascular health in ageing women. J Physiol. 2023;601(11):2085-98.

72. Socialstyrelsen. Statistik om hjärtinfarkter - Bilaga Tabeller - Statistik om hjärtinfarkter 2022 2022 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/hjartinfarkter/>].
73. Hjärt-Lungfonden. Dubbelt så hög risk för män att dö av hjärtinfarkt 2023 [Available from: <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/mer-lasning/dubbelt-sa-hog-risk-for-man-att-do-i-hjartinfarkt/>].
74. Andersson E, Lindgren P, Brådvik G, Ramdén V, Steen Carlsson K. Kostnader för hjärt-kärlsjukdom i Sverige 2019. IHE-RAPPORT 2021:4
75. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. 2018.
76. Nationellt programområde hjärt- och kärlsjukdomar. Kliniskt kunskapsstöd Kranskärlssjukdom, akut 2021 [Available from: <https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/kranskarlssjukdom-akut/?selectionCode=profession>].
77. SEPHIA. Bakgrund och historia [Available from: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/om-sephia/bakgrund-och-historia-sephia>].
78. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning. 2018.
79. Socialstyrelsen. Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer - Hur riktlinjerna kan anpassas till mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov. 2021.
80. Nationella programområdet hjärt- och kärlssjukdomar. Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom - på vårdavdelning Fas 1 hjärtrehabilitering. 2022.
81. Nationella programområdet hjärt- och kärlssjukdomar. Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom - centerbaserad hjärtrehabilitering Fas 2 hjärtrehabilitering. 2022.
82. Nationella programområdet hjärt- och kärlssjukdomar. Riktlinje för sekundärprevention vid kranskärlssjukdom - långsiktig uppföljning inom primärvård Fas 3 hjärtrehabilitering. 2022.
83. Sederholm Lawesson S, Isaksson RM, Ericsson M, Ängerud K, Thylén I. Gender disparities in first medical contact and delay in ST-elevation myocardial infarction: a prospective multicentre Swedish survey study. BMJ Open. 2018;8(5):e020211.
84. Yang C, Alfadhel M, Saw J. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Latest Developments and New Frontiers. Curr Atheroscler Rep. 2020;22(9):49.
85. Tunsäter A. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) 2024 [Available from: <https://www.internetmedicin.se/lungsjukdomar/kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom-kol>].
86. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. 2020.
87. Tunsäter A. Kroniskt Obstruktiv Lungsjukdom (KOL), emfysem och exacerbation 2023 [Available from: <https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/kol-emfysem-kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom/>].
88. Backman H, Vanfleteren L, Lindberg A, Ekerljung L, Stridsman C, Axelsson M, et al. Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. Respiratory Research. 2020;21(1):283.
89. Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar. Vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) 2023 [Available from: <https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/vardforlopp/kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom-kol>].

90. Hjärt- Lungfonden. Kvinnor drabbas hårdare av KOL [Available from: <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/lungsjukdomar/kol/mer-lasning/kvinnor-drabbas-hardare-av-kol/>]
91. Socialstyrelsen. Utvärdering av vård vid astma och KOL - Huvudrapport med förbättringsområden 2018.
92. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) - Nationellt programområde för lung-och allergisjukdomar. 2023.
93. Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar. Kliniskt kunskapsstöd Kroniskt obstruktiv lungsjukdom. 2020.
94. Läkemedelsverket. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) - behandlings-rekommendation 2023 [Available from: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom-kol-behandlingsrekommendation#hmainbody3>].
95. Stridsman C., Konradsen J. R., L. V. Luftvägsregistret - Årsrapport 2022. 2023.
96. HjärtLung R. KOL-rapporten 2023 - En bortglömd folksjukdom. 2023.
97. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES). KOL [Available from: <https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapporten2/sjukdomar-och-skador/kol/>]

Bilaga 1. Intervjupersoner

Professionsrepresentanter

Carl-Peter Anderberg, specialistläkare i allmänmedicin, Senior Medical Advisor Medtanken Group (KOL)

Ingela Nilsson Remahl, docent, överläkare, Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset (migrän)

Sofia Sederholm-Lawesson, docent, överläkare i internmedicin och kardiologi, Kardiologiska kliniken, Hjärt- och Medicincentrum, Linköpings universitetssjukhus (kranskärslsjukdom)

Johan Skånberg, specialistläkare i psykiatri, medicinsk chef och chefläkare, WeMind (depression och ångest)

Anonym, professionsrepresentant ländrygg

Patientrepresentanter

Anso Blixt, grundare och generalsekreterare, Tilia (depression och ångest)

Teresa Linnarsson, språkrör och föreläsare, Tilia (depression och ångest)

Marie Lundberg, patientrepresentant, Huvudvärksförbundet (migrän)

Anders Åkesson, förbundsordförande, Riksförbundet HjärtLung (KOL och kranskärslsjukdom)

Annelie Jonsson, patientrepresentant (ländrygg)

Bilaga 2. Intervjuguide

Intervju med professionsrepresentant

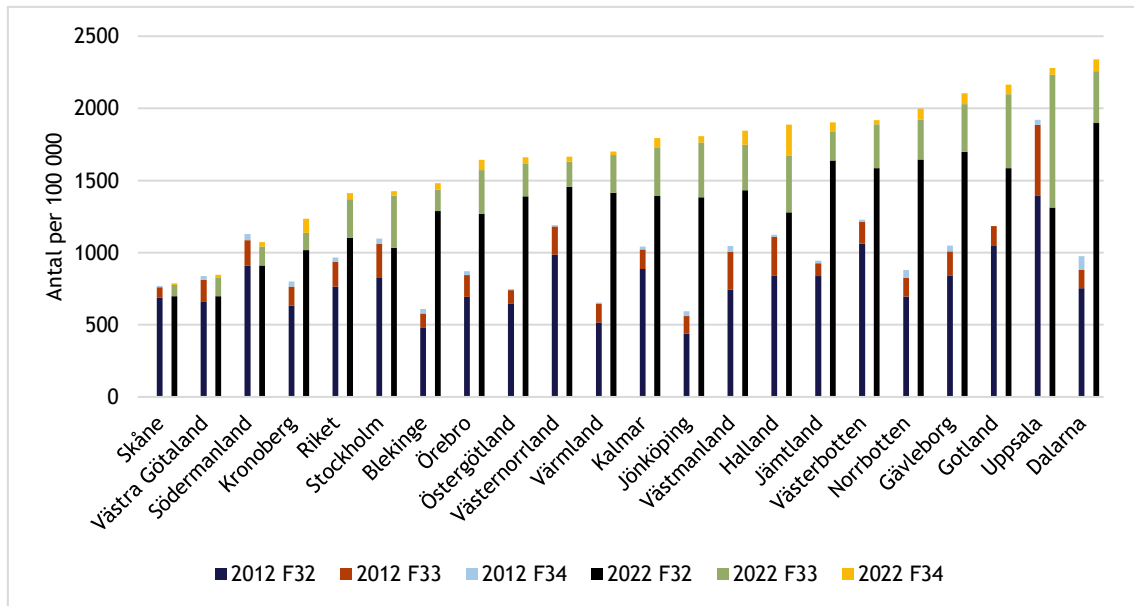
1. Vilka är de 2-3 största **utmaningar** inom x-vården idag? *Ser du något som utmärker sig speciellt för kvinnor? För kvinnor i åldern +70 år? Ser du något som utmärker sig speciellt för män i motsvarande ålder?*
2. Utifrån de utmaningar som du nämnde, vilka **insatser/åtgärder** skulle du vilja se för att utveckla och förbättra x-vården (för kvinnor)?
3. Hur förhåller sig utmaningarna och lösningarna till **dagens nationella riktlinjer och/eller vårdförlopp**? Finns det behov att **utveckla** riktlinjer/vårdförlopp (för att bättre ta hänsyn till kvinnor)?
- 4a) **För KOL och kranskärl**: Givet att patienter med diagnos x ofta är äldre, finns det något samarbete eller något du vill lyfta om hur man arbetar med diagnos x inom **kommunal hälso- och sjukvård/äldreomsorgen**?
- 4b) **För depression och ångest** hos unga, finns det något samarbete eller något du vill lyfta om hur man arbetar med depression och ångest inom **skolhälsovården/elevhälsan**?
5. Finns det något mer som du anser att vården skulle kunna göra för att **överbrygga ojämlikhet** inom x-vården avseende kön, socioekonomi, födelseland, geografisk hemvist (region respektive stad/landsbygd). Vad i så fall?
6. Vård- och omsorgsanalys har särskilt önskat att titta på **gruppen kvinnor med x-diagnos i åldersgruppen y-z år**. Enligt din erfarenhet på vilket sätt utmärker sig den patientgruppen? Stöttar vården den gruppen i samma utsträckning som övriga åldersgrupper? Ser du att den åldersgruppen skulle behöva en annan typ av stöd? I så fall vilken?

Intervju med patientrepresentant

1. Från ett patientperspektiv hur ser er organisation på **vården och vårdprogram för diagnos x**? Vilka är de största **utmaningar**? *Vilka utmaningar är generella och gäller för båda könen? Vilka är de största utmaningarna inom x-vården som avser specifikt kvinnor? För kvinnor i åldersgruppen? Vilka är de största utmaningarna inom x-vården som avser specifikt män i motsvarande ålder? Vilka utmaningar med x-vård ser ni avseende socioekonomi, födelseland, geografisk hemvist (region respektive stad/landsbygd)?*
2. Vilka **lösningar/insatser/åtgärder** kan det finnas på dessa utmaningar?
3. Hur **upplever** patienter vården?
4. Är er erfarenhet att patienter att vården är **anpassad** till kvinnors behov? På vilket sätt? Varför/varför inte?
5. Vård- och omsorgsanalys har särskilt önskat att titta på **gruppen kvinnor med x-diagnos i åldersgruppen y-z år**. Enligt din erfarenhet på vilket sätt utmärker sig den patientgruppen? Stöttar vården den gruppen i samma utsträckning som övriga åldersgrupper? Ser du att den åldersgruppen skulle behöva en annan typ av stöd? I så fall vilken?
- 6a) **För KOL och kranskärl**: Givet att patienter med diagnos x ofta är äldre, finns det något samarbete eller något du vill lyfta om hur man arbetar med diagnos x inom **kommunal hälso- och sjukvård/äldreomsorgen**?
- 6b) **För depression och ångest** hos unga, finns det något samarbete eller något du vill lyfta om hur man arbetar med depression och ångest inom **skolhälsovården/elevhälsan**?

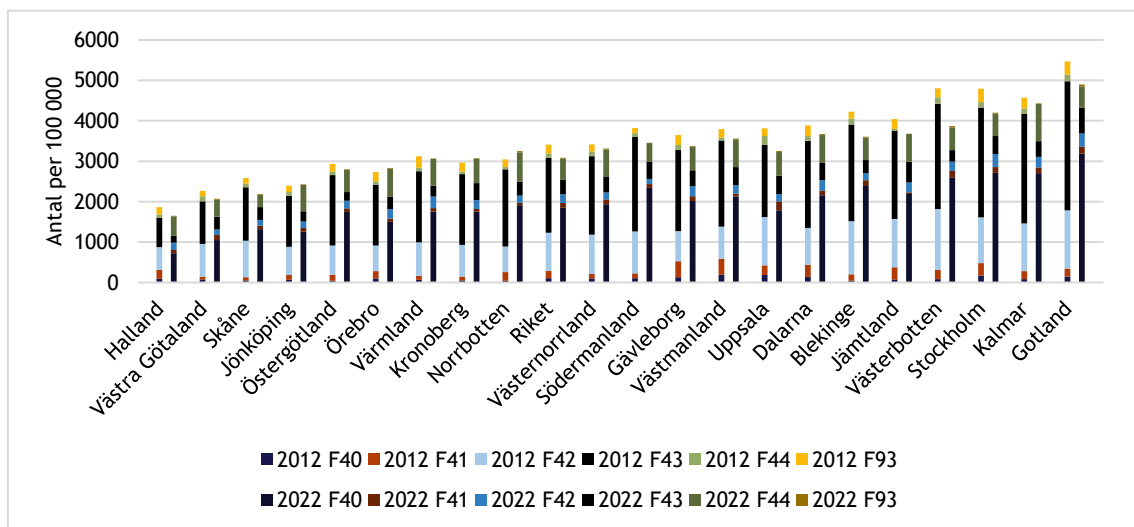
Bilaga 3. Depression och ångest

Statistik från Socialstyrelsen



Figur 3. 1. Antal flickor och kvinnor 10-24 år med depression per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård år 2012 och 2022, åldersstandardiserat.

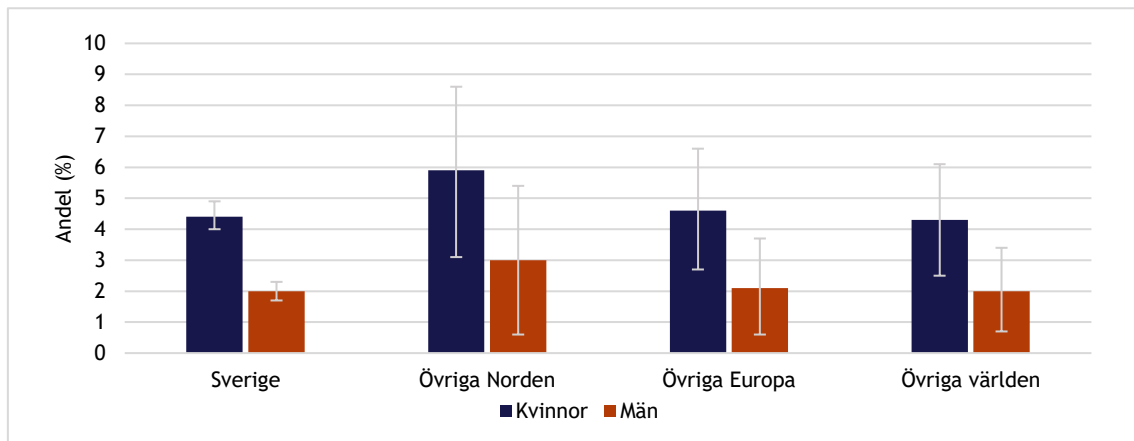
Not: F32: Depressiv episod, F33: Recidiverande depressioner, F34: Kroniska förstämningssyndrom. Källa: Socialstyrelsen (8).



Figur 3. 2. Antal flickor och kvinnor 10-24 år med ångest per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård år 2012 och 2022, åldersstandardiserat.

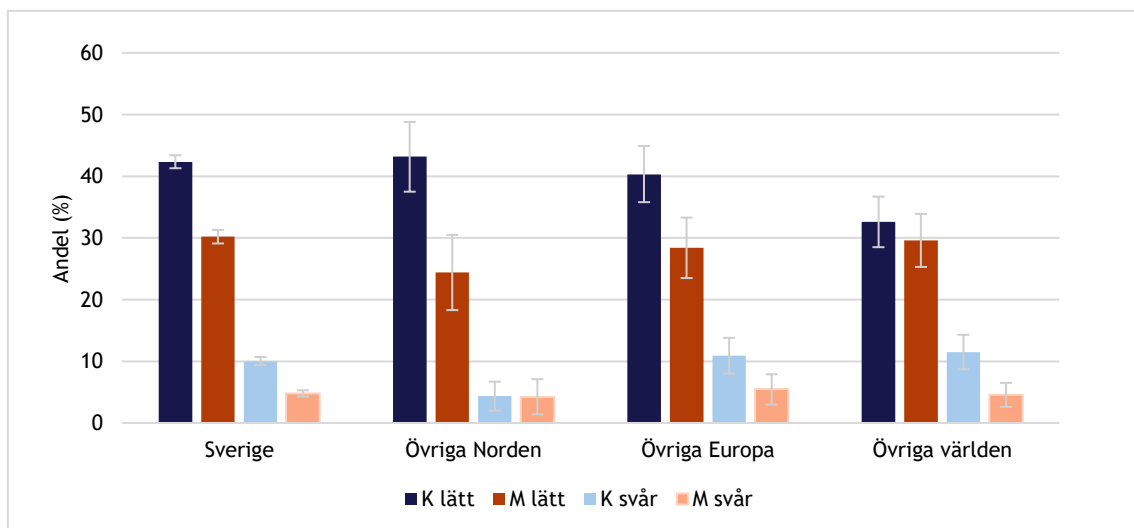
Not: F40: Fobiska syndrom, F41: Andra ångestsyndrom, F42: Tvångssyndrom, F43: Anpassningsstörning och reaktion på svår stress, F44: Dissociativa syndrom, F93: Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen. Källa: Socialstyrelsen (8).

Statistik från Folkhälsomyndigheten



Figur 3. 3. Andel (%) personer som själva rapporterar att de fått diagnosen depression av läkare under de senaste 12 månaderna, efter kön och födelseland år 2022.

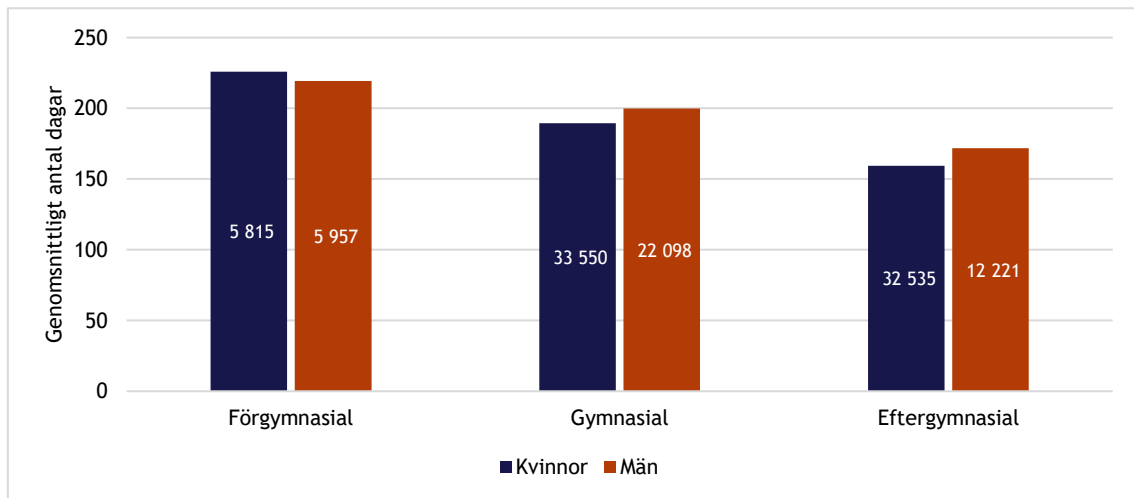
Not: Figuren visar personer (+16 år) i Nationella folkhälsoenkäten år 2022 svarat "Ja, under de senaste 12 månaderna" på frågan "Har du någon gång fått diagnosen depression av läkare". Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).



Figur 3. 4. Andel (%) personer som själva anger att de har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, efter kön och födelseland år 2022.

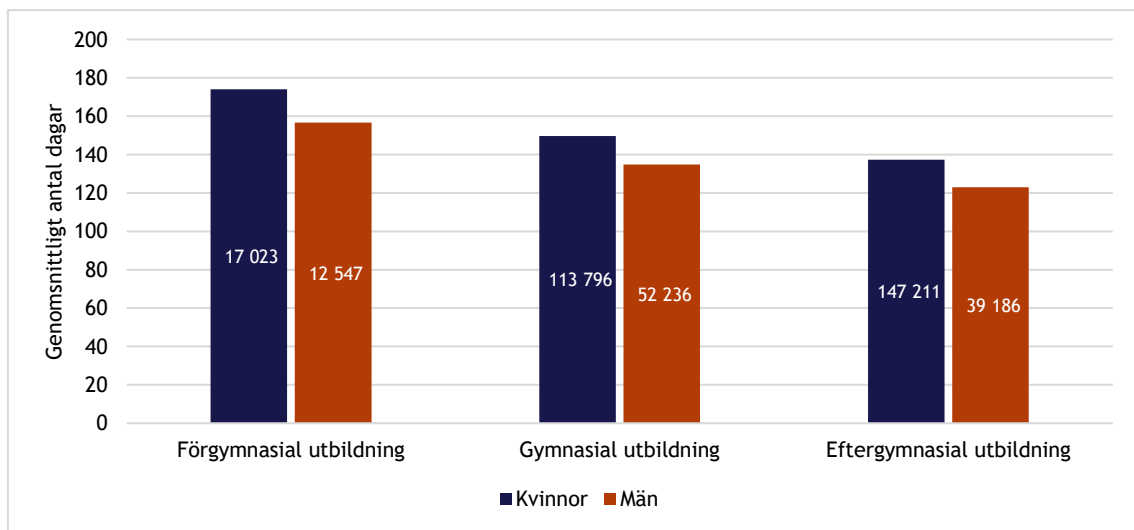
Not: Figuren visar personer (16+ år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "Ja, lätta besvär" eller "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du något eller någon av följande besvär eller symtom: ängslan, oro eller ångest?". Konfidensintervall för skattning markerat i grått. K=Kvinnor, M=Män. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

Statistik från Försäkringskassan



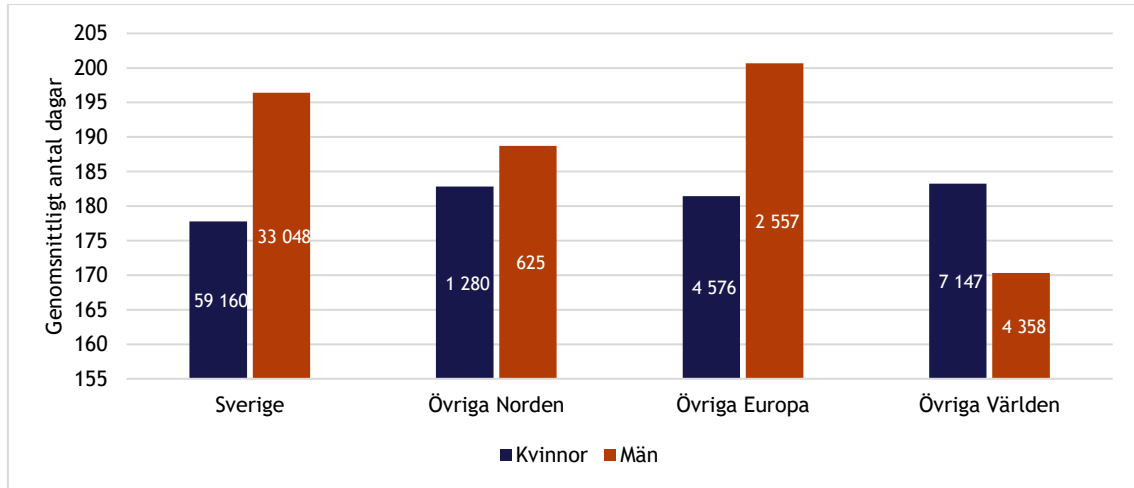
Figur 3. 5. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning till följd av depression, efter kön och utbildningsnivå, 2019-2023.

Not: Depression definieras här som ICD F32-F34.1. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel.
Källa: Försäkringskassan (16)



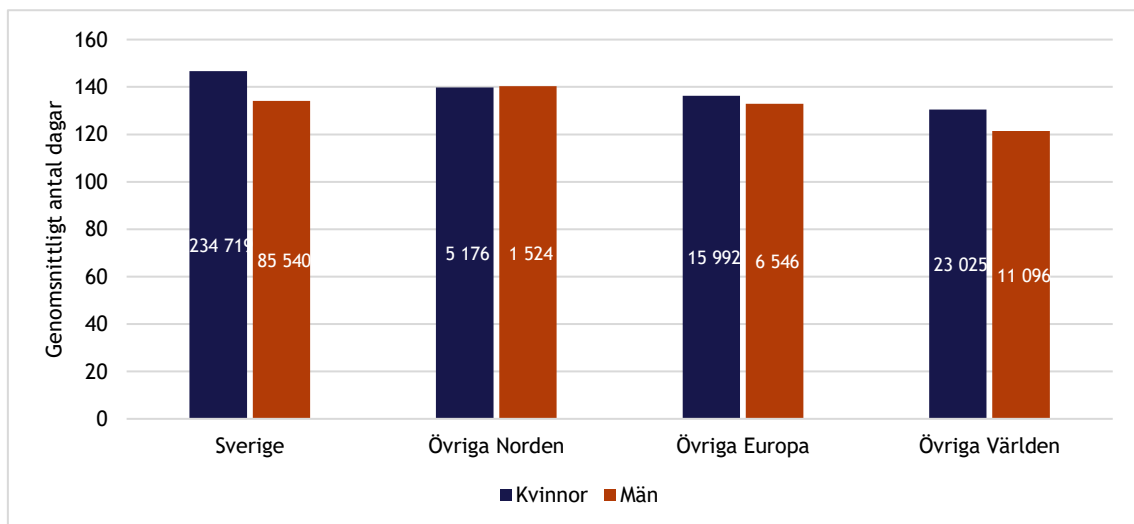
Figur 3. 6. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning till följd av ångest, efter kön och utbildningsnivå, 2019-2023.

Not: Ångest definieras här som F40-F44, F93.0-F93.2. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel.
Källa: Försäkringskassan (16)



Figur 3. 7. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning till följd av depression, efter kön och födelseland, 2019-2023.

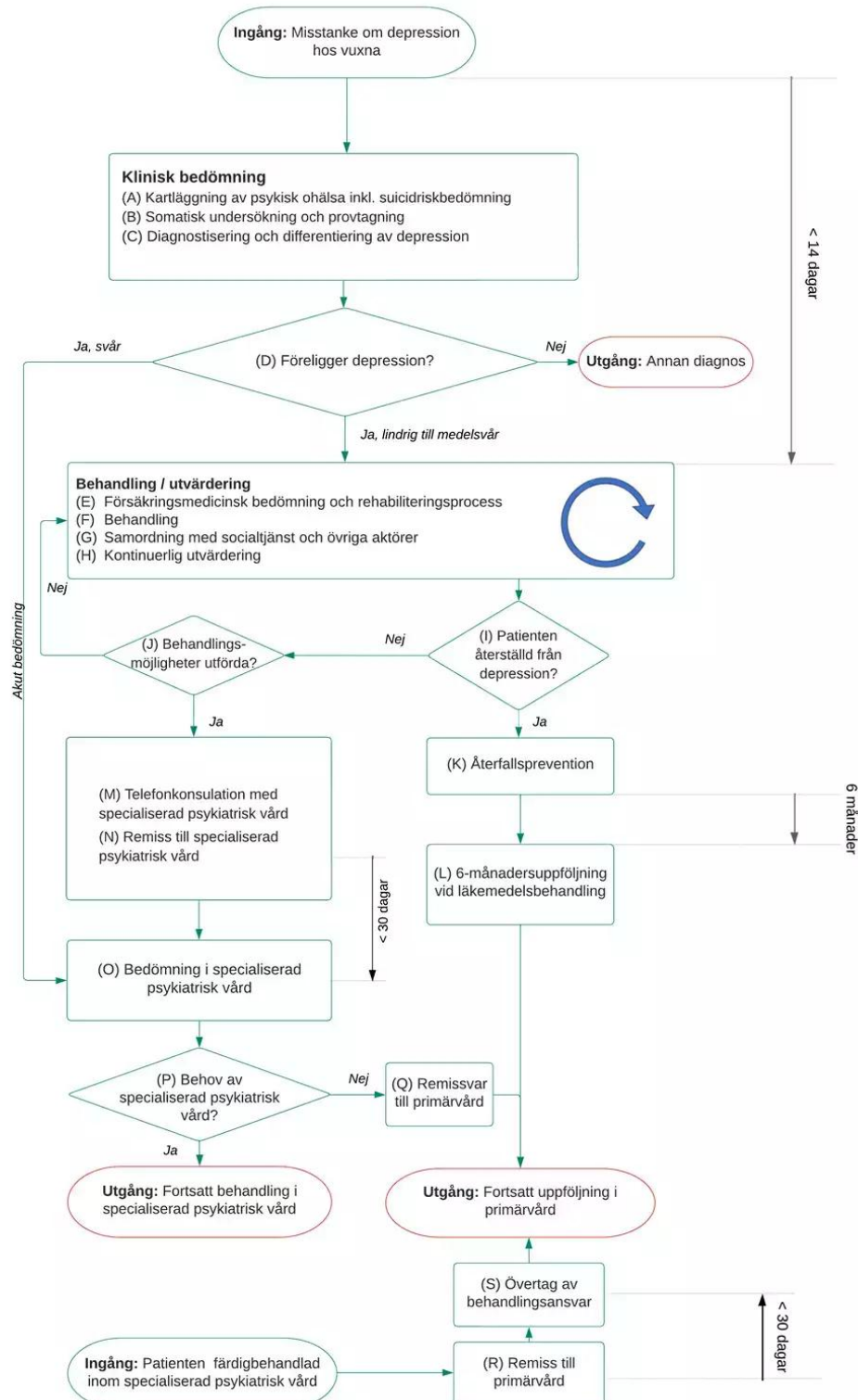
Not: Depression definieras här som ICD F32-F34.1. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel.
Källa: Försäkringskassan (16)



Figur 3. 8. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning till följd av ångest, efter kön och födelseland, 2019-2023.

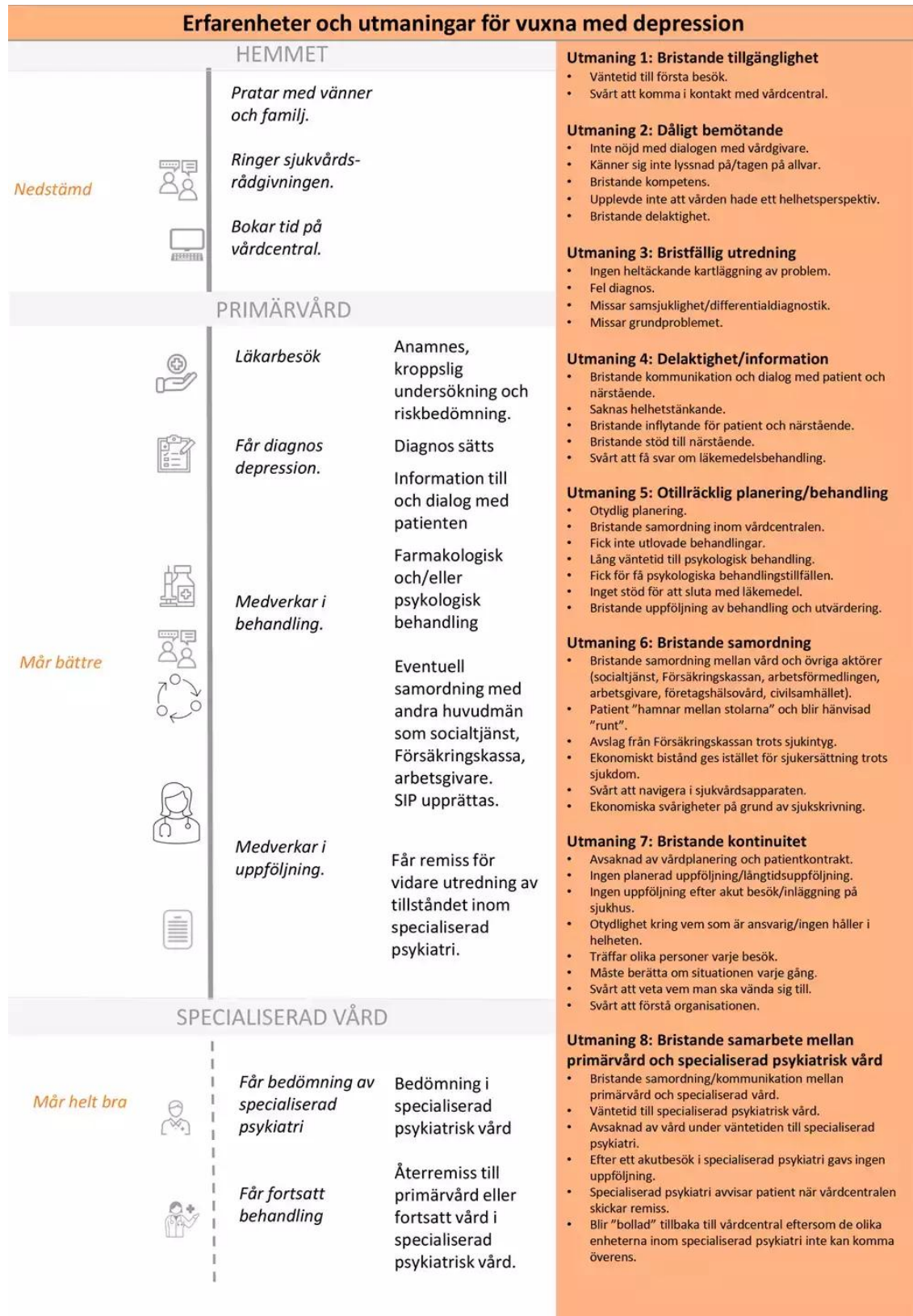
Not: Ångest definieras här som F40-F44, F93.0-F93.2. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel.
Källa: Försäkringskassan (16)

Flödesschema för vårdförlopp: Depression hos vuxna



Källa: (37)

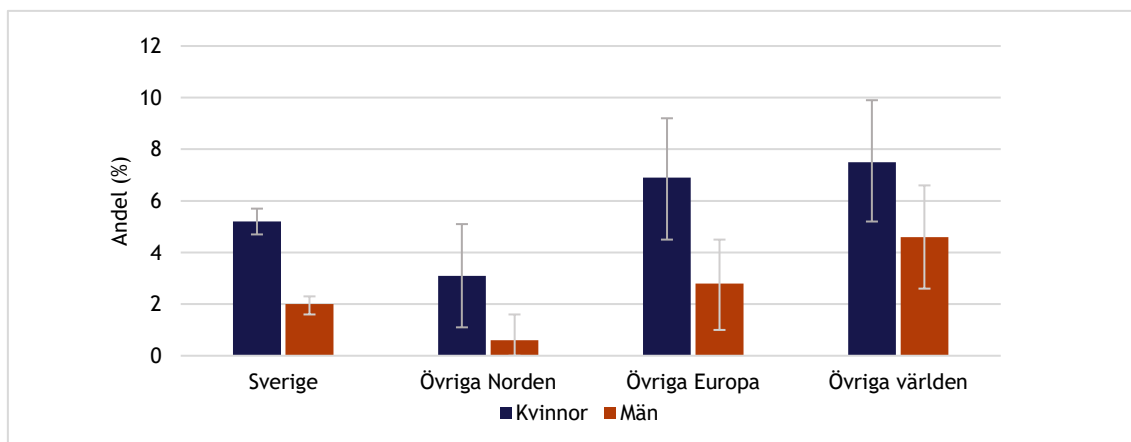
Nuläget - vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos vuxna personer med depression



Källa: (37)

Bilaga 4. Migrän

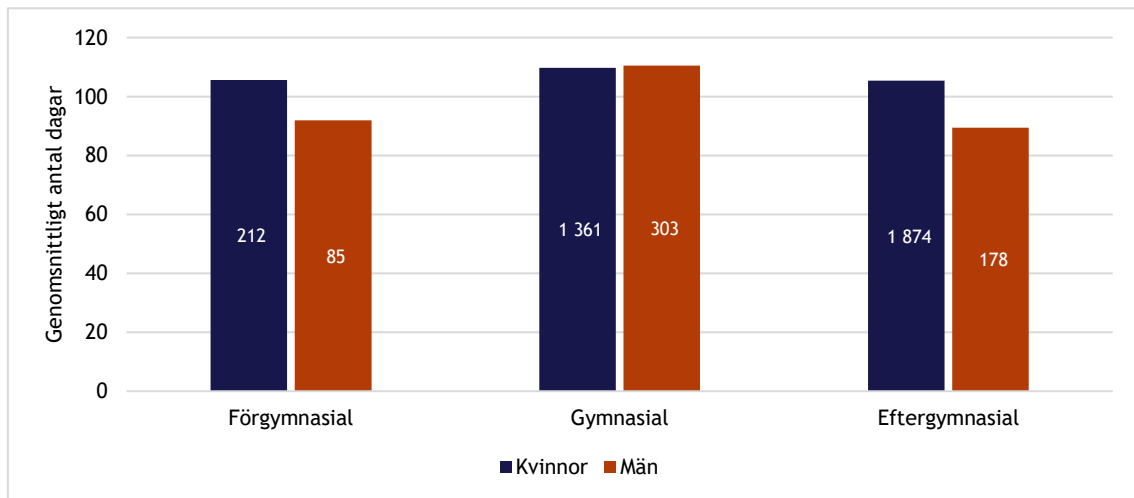
Statistik från Folkhälsomyndigheten



Figur 4. 1. Andel (%) personer med egenrapporterad svår huvudvärk eller migrän, efter kön och födelseland år 2022.

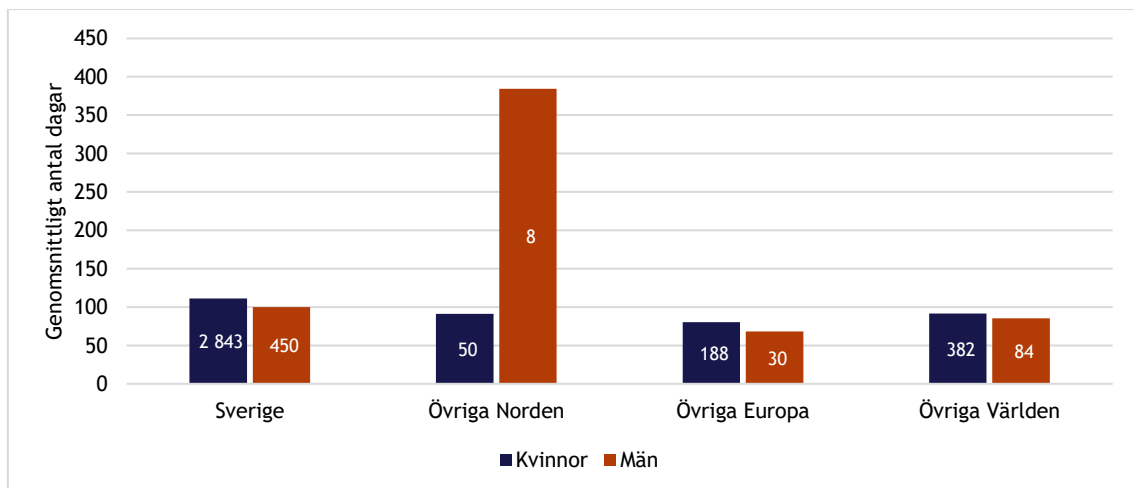
Not: Tabellen visar personer (+16 år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du något eller någon av följande besvär eller symtom: huvudvärk eller migrän?". Totalt svarade 16 874 personer på frågan i enkäten, varav 651 personer uppgav att de hade svår huvudvärk eller migrän. Konfidensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

Statistik från Försäkringskassan



Figur 4. 2. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, efter kön och utbildningsnivå år 2019-2023.

Not: Migrän definieras här som ICD G43. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).



Figur 4. 3. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, efter kön och födelseland år 2019-2023.

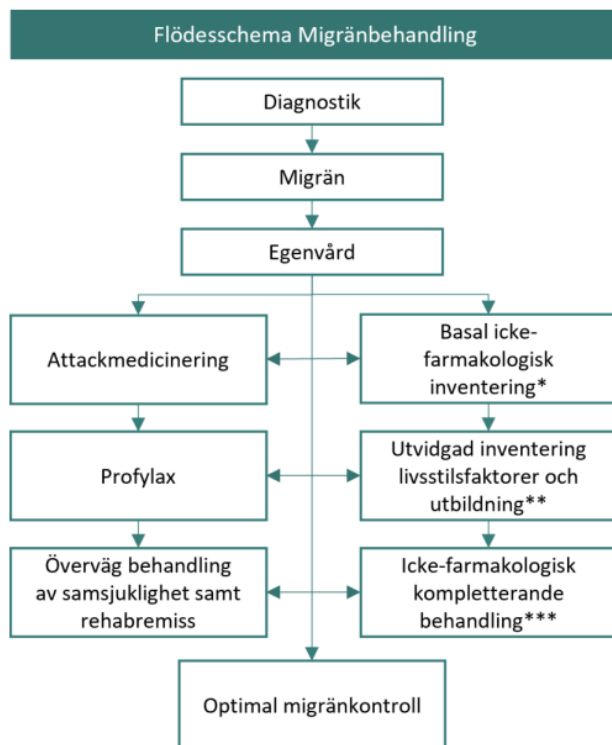
Not: Migrän definieras här som ICD G43. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).

Flödesschema för vårdförlopp migrän hos vuxna

Vårdnivå vuxna	Uppdrag	Skattad andel av patienter med svår migrän
Primärvård	• Utesluta sekundär huvudvärk. • Säkerställ migrändiagnos enligt IHS. • Utprovning av lämplig akut och förebyggande behandling enligt första och andra linjens rekommendationer. • Icke-farmakologisk behandling via sjuksköterska/fysioterapeut. • Utbildning för undvikande av läkemedelsöveranvändningshuvudvärk via sjuksköterska/fysioterapeut/kurator. • Avgiftning med stöd. (läkare/sjuksköterska/fysioterapeut/kurator eller psykolog). • Forskningsprojektdeltagande.	90 %
Specialistnivå	• Oklar huvudvärksdiagnos – utred och fastställ diagnos. • Otillfredsställande effekt av första och andra linjens akut- och förebyggande behandling. • Misstanke om MOH som inte svarat på avgiftning. • Samsjuklighet som begränsar den farmakologiska behandlingen. • Avancerade behandlingsalternativ. • Uttalad funktionsnedsättning. • Forskningsprojektdeltagande.	9 %
Specialiserad huvudvärksmottagning	• Specialformer av migrän. • Behov av behandling utanför det ordinarie rekommendationerna. • Behandlingssvikt. • Behov av teambaserad behandling. • Forskningsprojektdeltagande.	1 %

Källa: (47)

Flödesschema migränbehandling

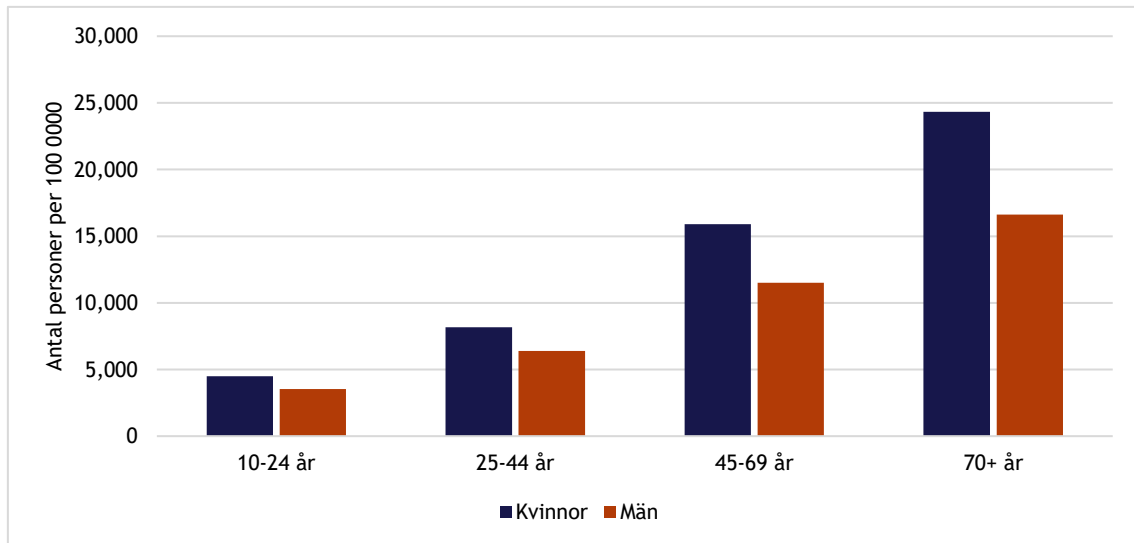


I Nilsson Remahl 2021

Källa: (47)

Bilaga 5. Ländryggssmärta

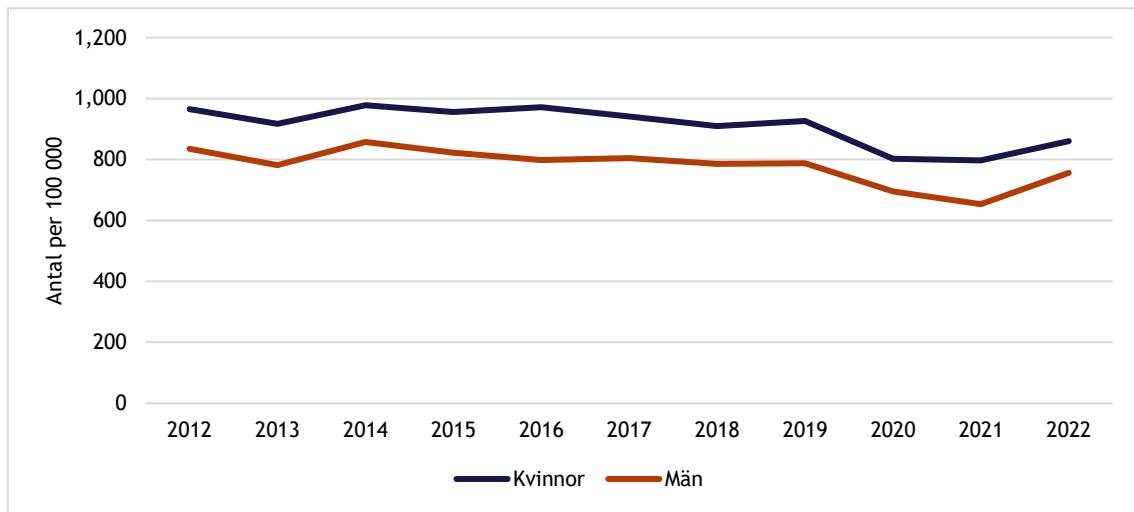
Statistik från Global Burden of Disease



Figur 5. 1. GBD-Prevalens antal personer per 100 000 invånare.

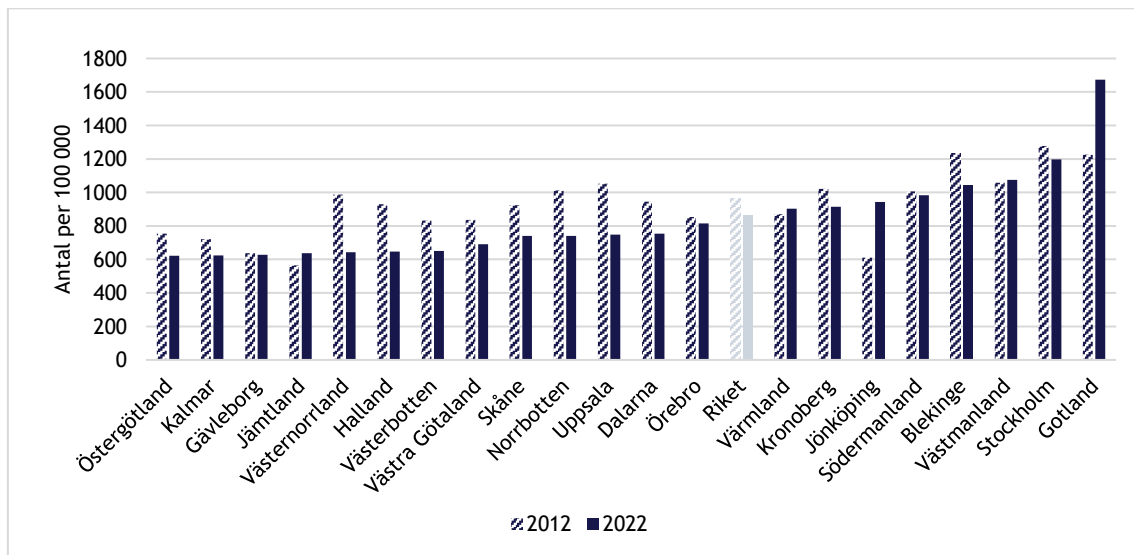
Not: Ländryggssmärta definieras här som ICD G54.4, M47.015-M47.019, M47.15-M47.18, M47.25-M47.28, M47.815-M47.818, M47.896-M47.899, M48.05-M48.08, M48.16-M48.19, M48.25-M48.27, M48.35-M48.38, M48.45-M48.48, M48.55-M48.58, M49.85-M49.88, M51.05-M51.07, M51.15-M51.17, M51.25-M51.27, M51.35-M51.37, M51.45-M51.47, M51.85-M51.87, M53.3, M53.85-M53.88, M54.05-M54.09, M54.15-M54.18, M54.3-M54.5, M99.03-M99.04, M99.13-M99.14, M99.23-M99.24, M99.33-M99.34, M99.43-M99.44, M99.53-M99.54, M99.63-M99.64, M99.73-M99.74, M99.83-M99.84, vilket motsvarar GBD cause-id 630. Källa: Global Burden of Disease (7).

Statistik från Socialstyrelsen



Figur 5. 2. Antal patienter 45-69 år per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård med ryggvärk, efter kön åren 2012 - 2022, åldersstandardiserat.

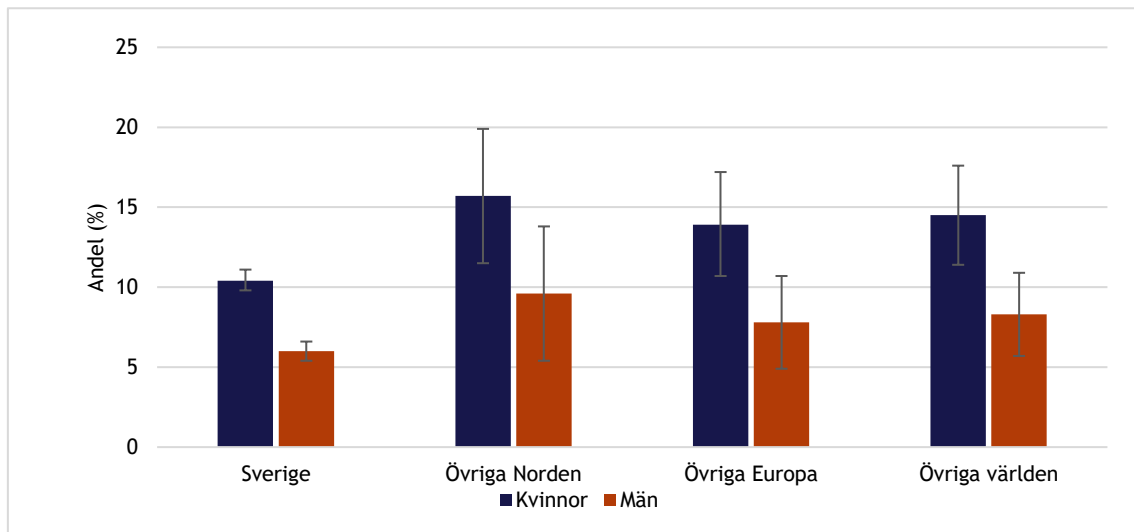
Not: M54: Ryggvärk. Källa: Socialstyrelsen (8).



Figur 5. 3. Antal kvinnliga patienter 45-69 år per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård med ryggvärk per län/region år 2012 och 2022, åldersstandardiserat.

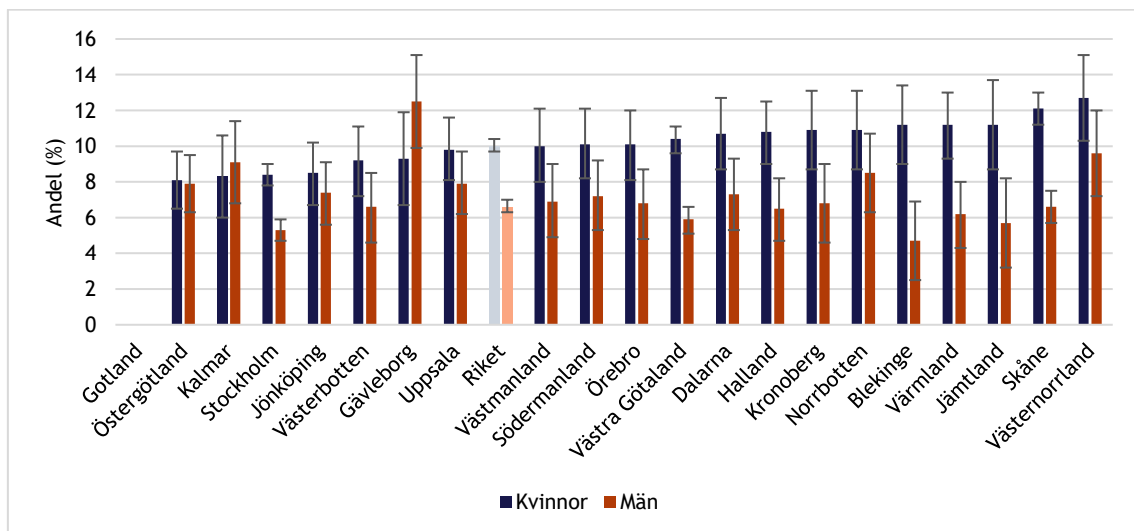
Not: M54: Ryggvärk Källa: Socialstyrelsen (8).

Statistik från Folkhälsomyndigheten



Figur 5. 4. Andel personer med egenrapporterad svår värk i rygg m.m. per kön och födelseland år 2022.

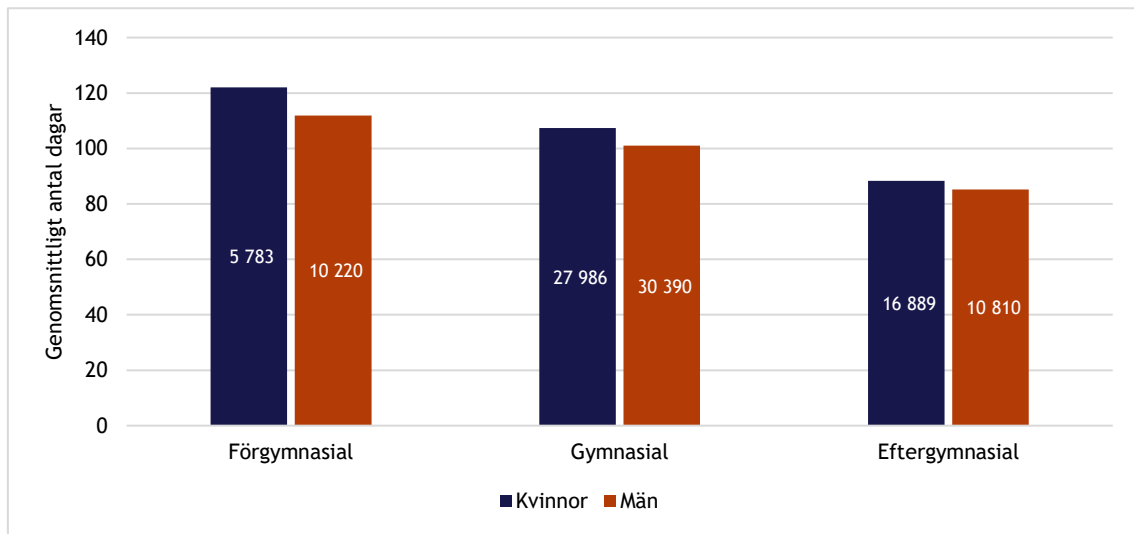
Not: Tabellen visar personer (+16 år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "svår värk i rygg m.m." på frågan "Har du något/några av följande besvär eller symtom?". Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Totalt svarade 16 858 personer på frågan i enkäten, varav 1 500 personer uppgav att de hade svår värk i rygg m.m. Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).



Figur 5. 5. Andel (%) personer med egenrapporterad svår värk i rygg m.m. per kön och län/region 2019-2022.

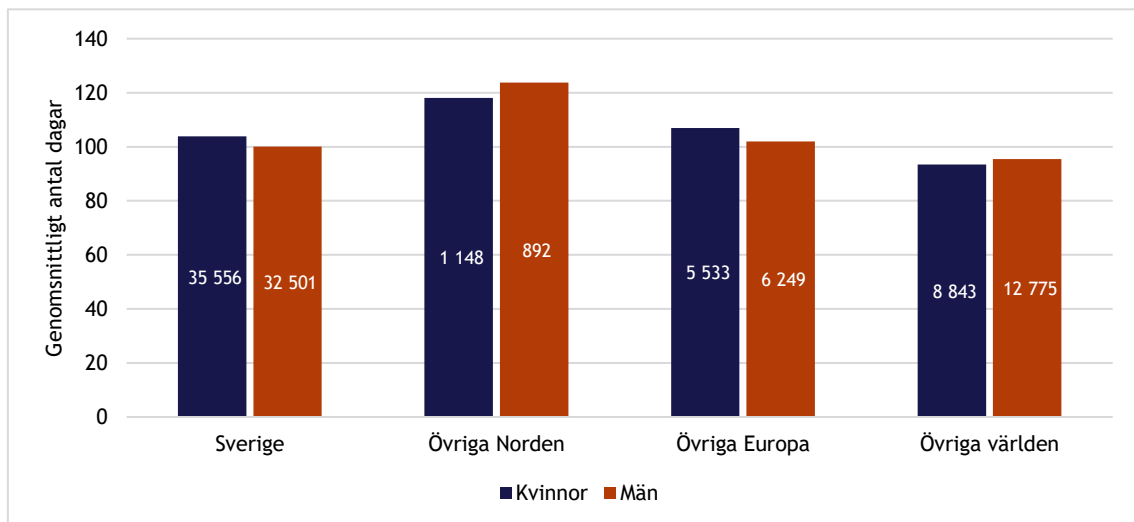
Not: Tabellen visar personer (+16 år) i Nationella folkhälsoenkäten som svarat "svår värk i rygg m.m." på frågan "Har du något/några av följande besvär eller symtom?". Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Totalt svarade 50 299 personer på frågan i enkäten, varav 4 175 personer uppgav att de hade svår värk i rygg m.m. Konfidsensintervall för skattning markerat i grått. Källa: Folkhälsomyndigheten (10).

Statistik från Försäkringskassan



Figur 5. 6. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, uppdelat på kön och utbildningsnivå, 2019-2023.

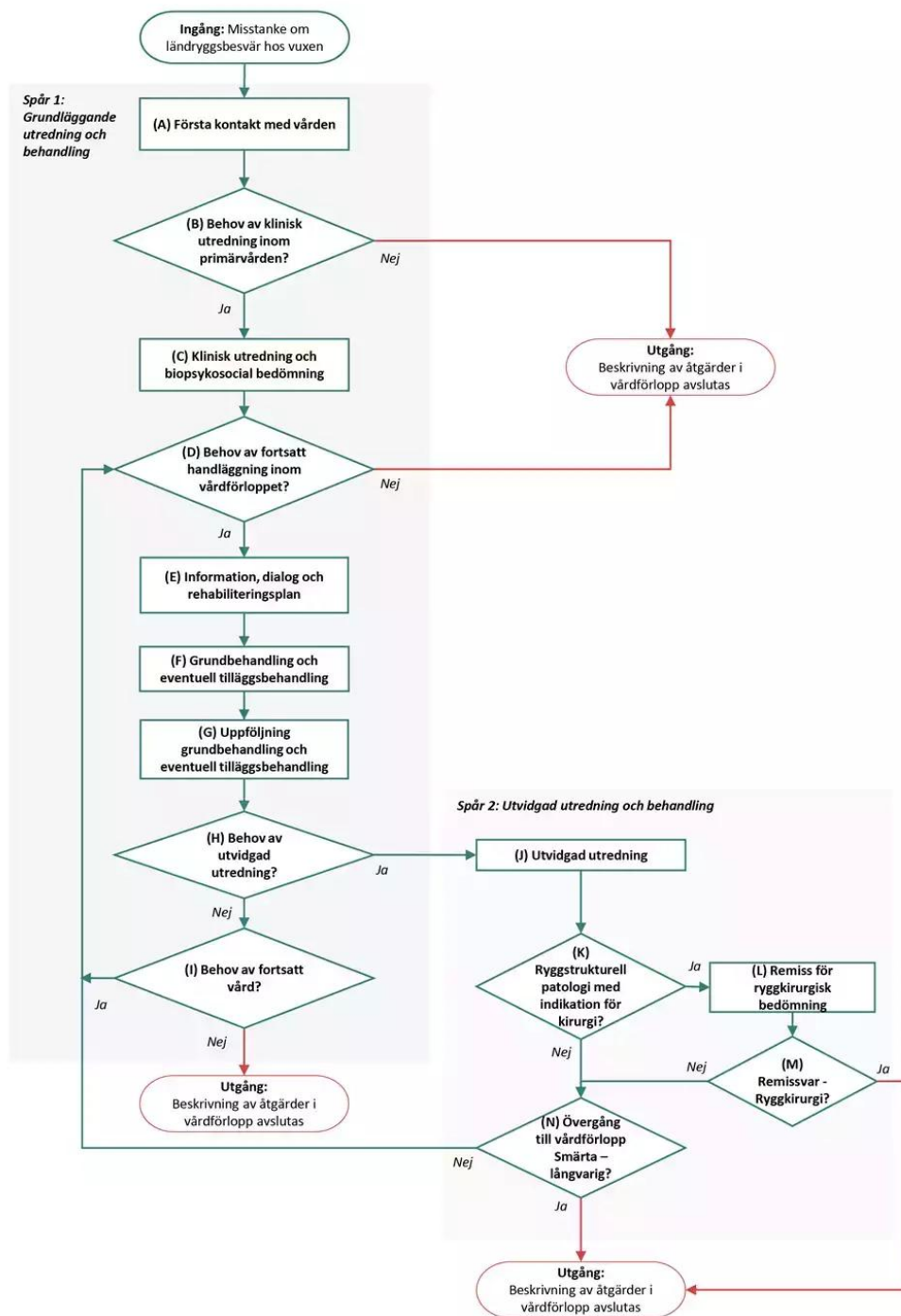
Not: Ländryggssmärta definieras här som ICD G544, M470, M471, M472, M478, M48, M480, M481, M482, M483, M484, M485, M498, M510, M511, M512, M513, M514, M518, M533, M538, M540, M541, M543, M544, M545, M990, M991, M992, M993, M994, M995, M996, M997, M998. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).



Figur 5. 7. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, uppdelat på kön och födelseort, 2019-2023.

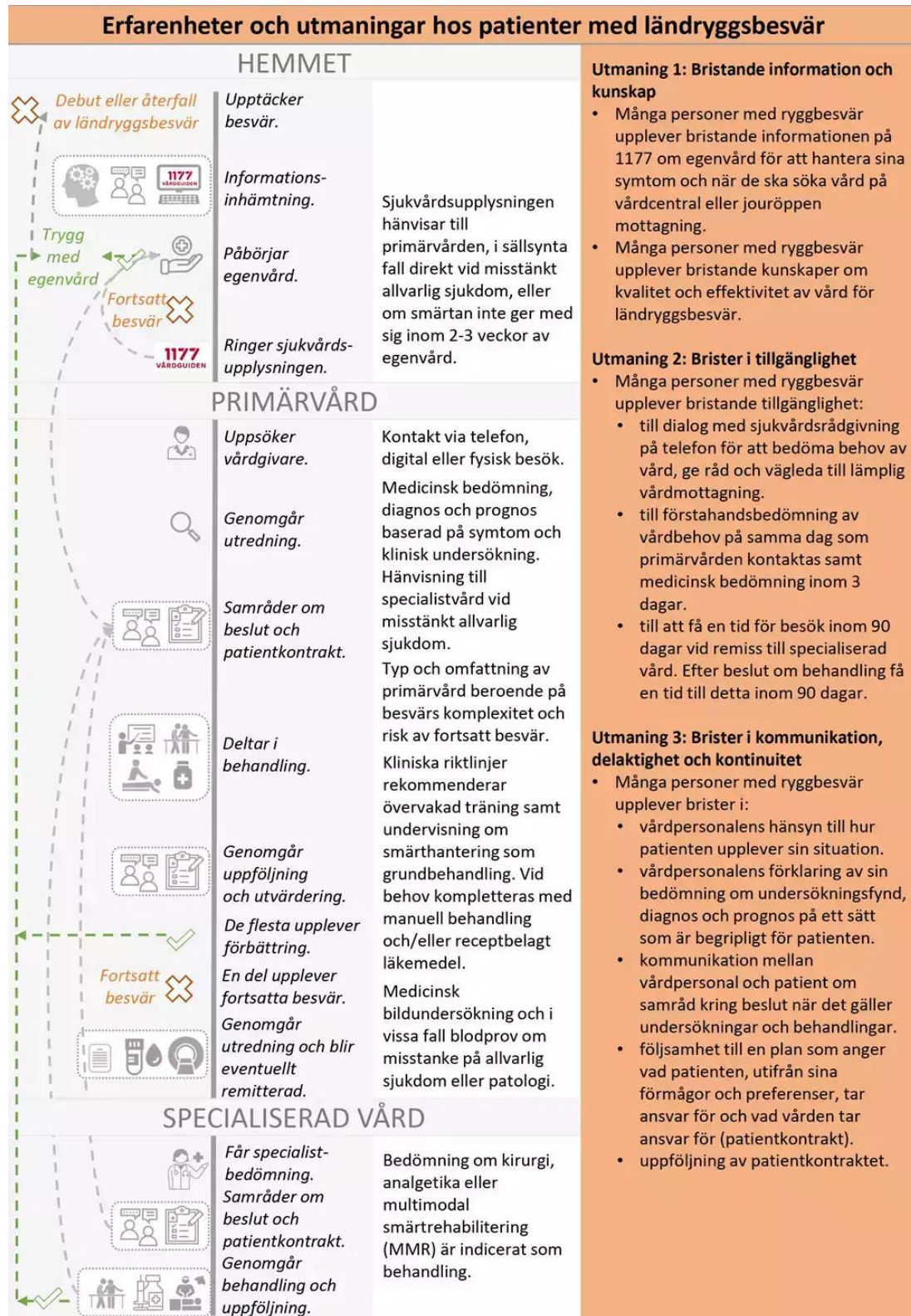
Not: Ländryggssmärta definieras här som ICD G544, M470, M471, M472, M478, M48, M480, M481, M482, M483, M484, M485, M498, M510, M511, M512, M513, M514, M518, M533, M538, M540, M541, M543, M544, M545, M990, M991, M992, M993, M994, M995, M996, M997, M998. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).

Flödesschema för vårdförlopp vid ländsryggsbesvär hos vuxna



Källa: (63)

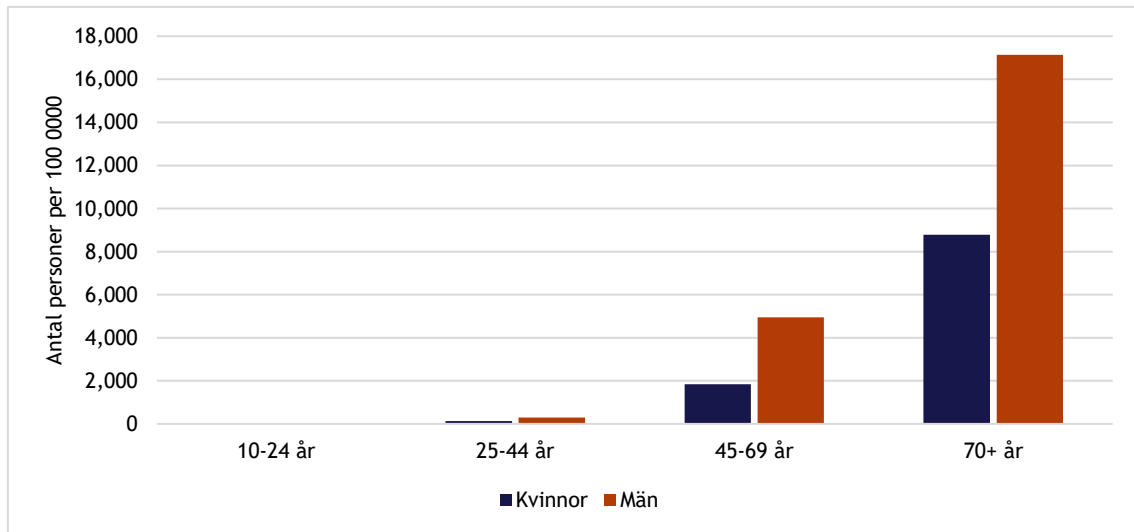
Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos vuxna med ländryggsbesvär



Källa: (63)

Bilaga 6. Kranskärslssjukdom

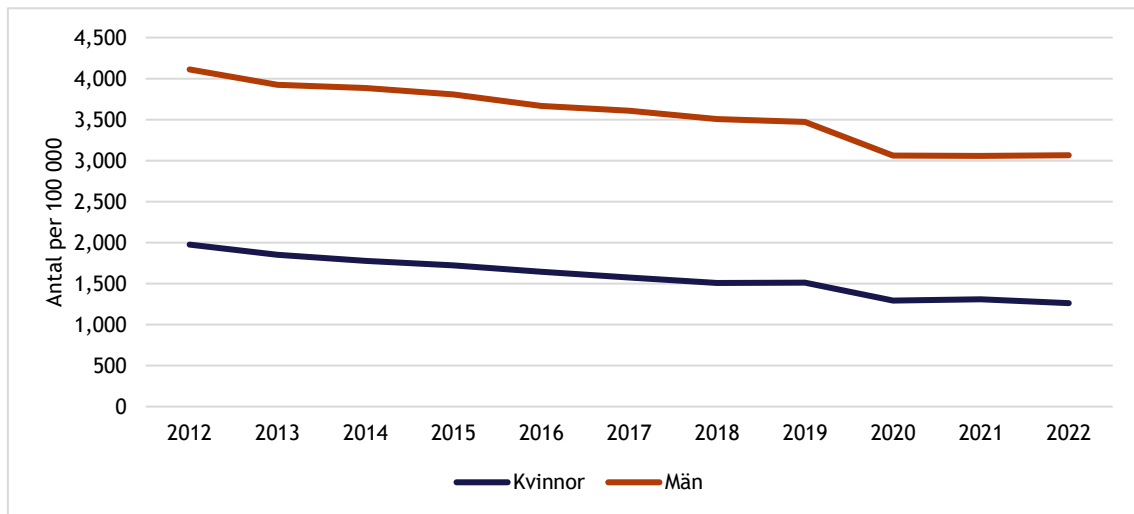
Statistik från Global Burden of Disease



Figur 6. 1. GBD-prevalens antal personer per 100 000 invånare med kranskärslssjukdom.

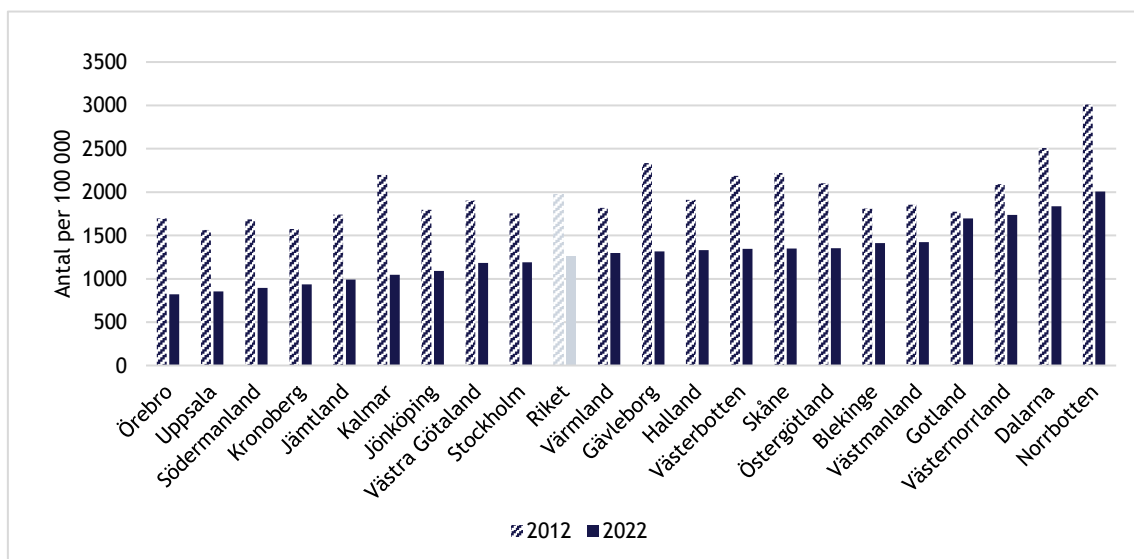
Not: Kranskärslssjukdom definieras här som ICD I20-I21.6, I21.9-I25.9, vilket motsvarar GBD cause-id 493. Källa: Global Burden of Disease (7).

Statistik från Socialstyrelsen



Figur 6. 2. Antal patienter +70 år per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård med kranskärslsjukdom åren 2012-2022, åldersstandardiserat.

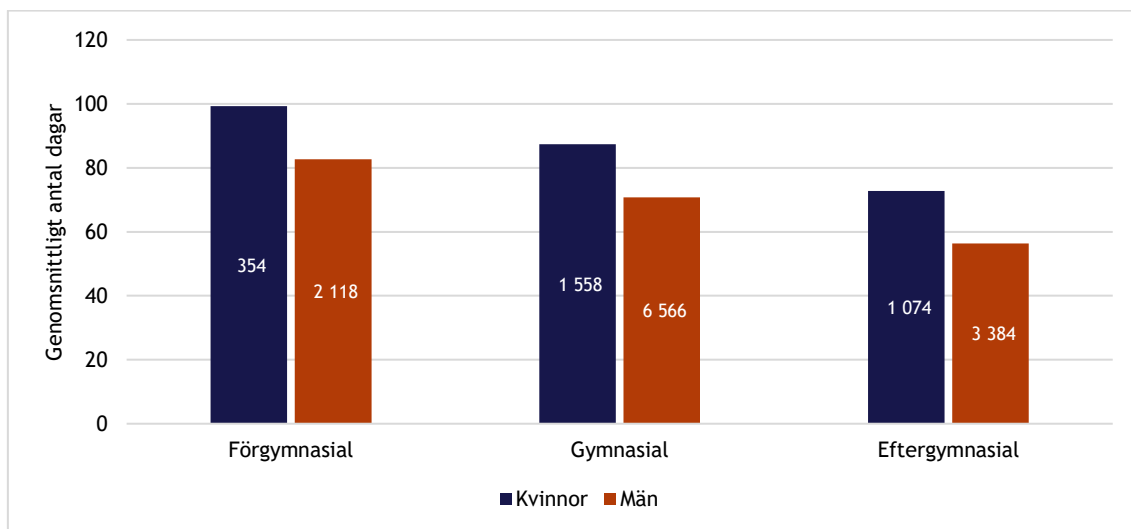
Not: ICD I20-I25. I20: Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet), I21: Akut hjärtinfarkt, I22: Reinfarkt (återinsjuknande i akut hjärtinfarkt), I23: Vissa komplikationer till akut hjärtinfarkt, I24: Andra akuta ischemiska hjärtsjukdomar, I25: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (8).



Figur 6. 3. Antal kvinnliga patienter +70 år per 100 000 invånare i slutet och/eller specialiserad öppenvård med kranskärslsjukdom år 2012 och 2022, åldersstandardiserat.

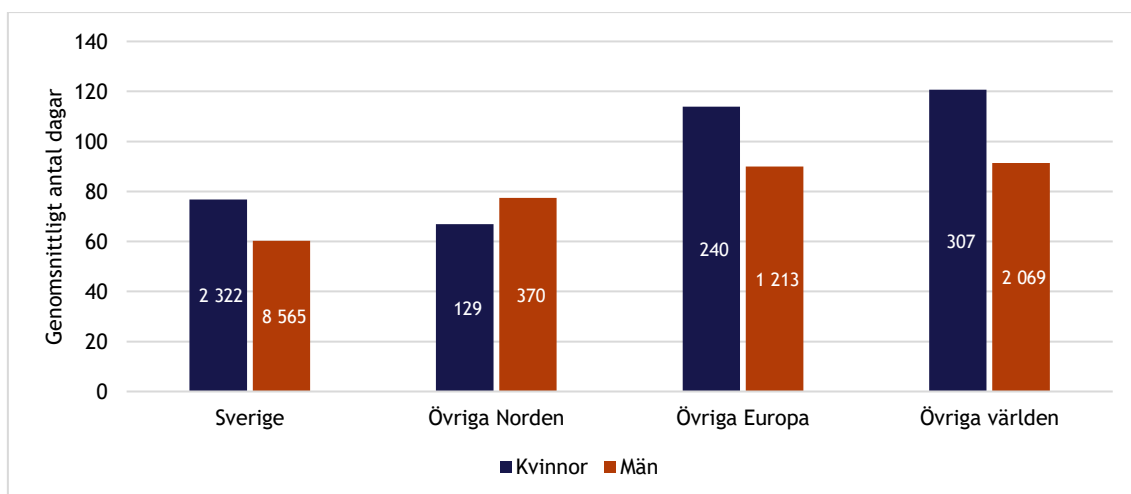
Not: ICD I20-I25. I20: Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet), I21: Akut hjärtinfarkt, I22: Reinfarkt (återinsjuknande i akut hjärtinfarkt), I23: Vissa komplikationer till akut hjärtinfarkt, I24: Andra akuta ischemiska hjärtsjukdomar, I25: Kronisk ischemisk hjärtsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (8).

Statistik från Försäkringskassan



Figur 6. 4. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, uppdelat på kön och utbildningsnivå, 2019-2023.

Not: Kronsjukdomar definieras här som ICD I20, I21, I22, I23, I24, I25, Z824. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).

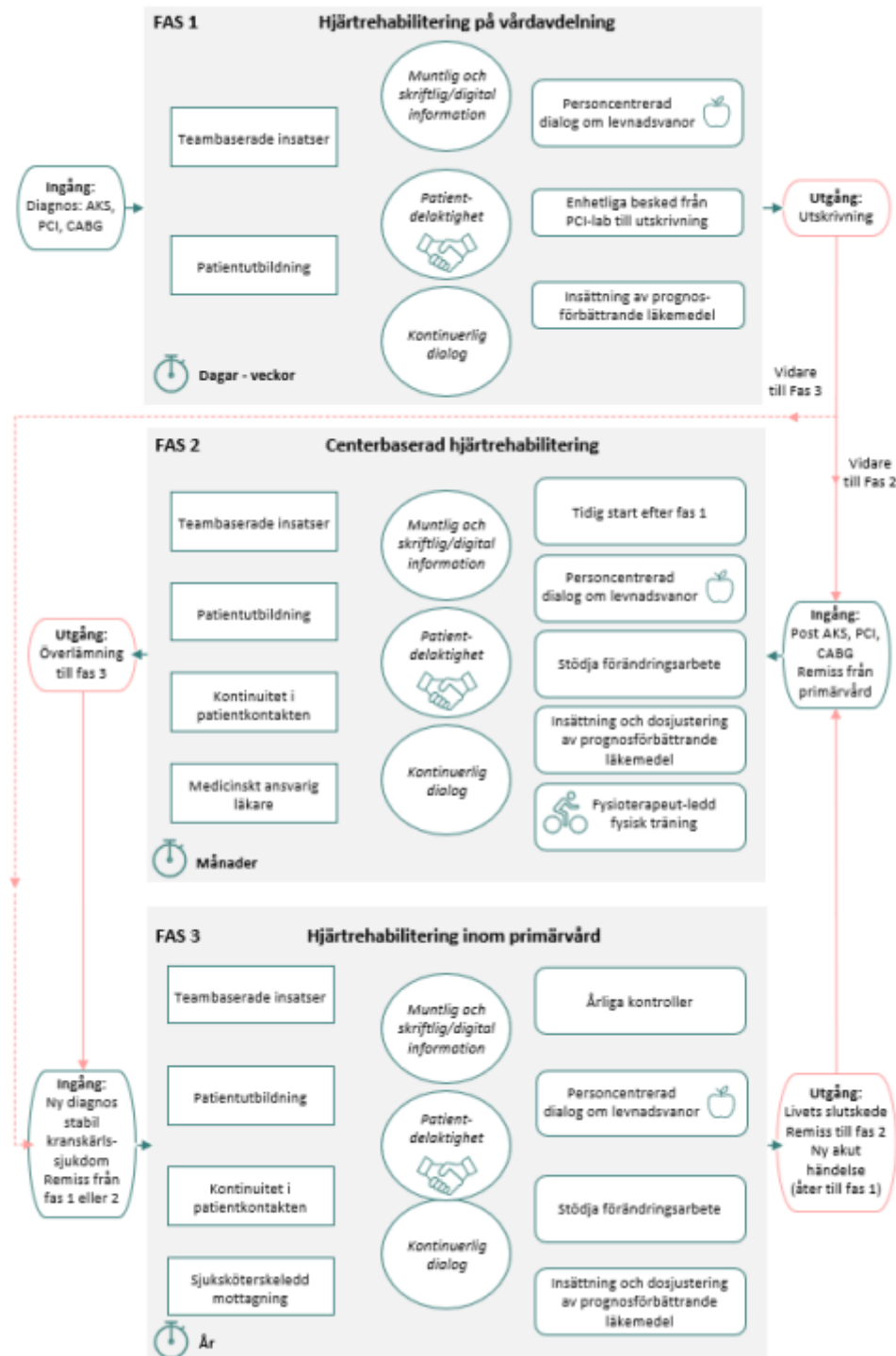


Figur 6. 5. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, uppdelat på kön och födelseland, 2019-2023.

Not: Kronsjukdomar definieras här som ICD I20, I21, I22, I23, I24, I25, Z824. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).

Flödesschema för vårdförlopp kranskärslsjukdom

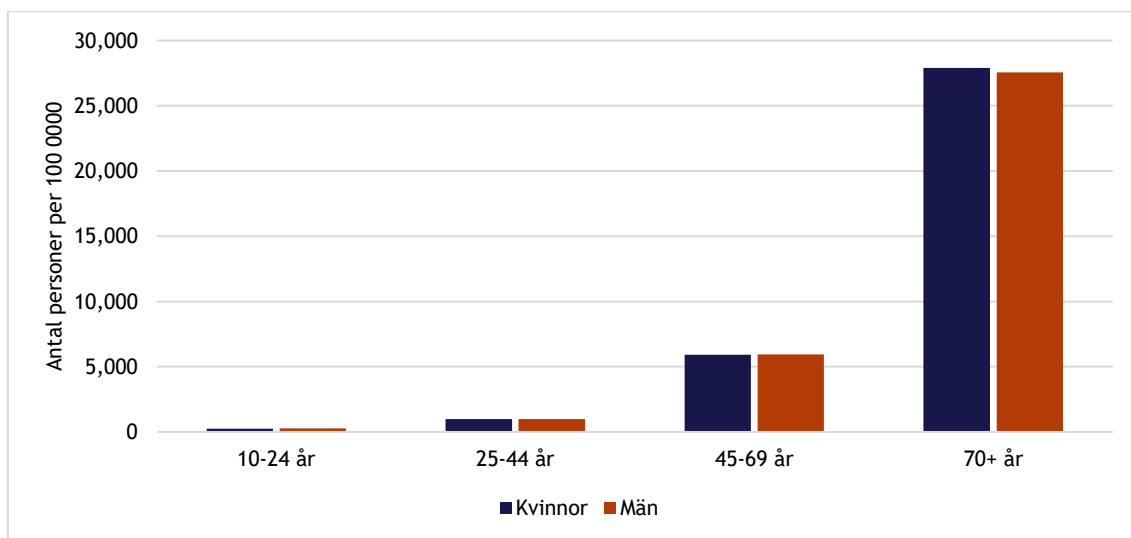
Översiktligt flödesschema för sekundärpreventionens centrala delar i fas 1 (hjärtrehabilitering på vårdavdelning), fas 2 (centerbaserad hjärtrehabilitering) och fas 3 (hjärtrehabilitering inom primärvård).



Källa: (80)

Bilaga 7. KOL

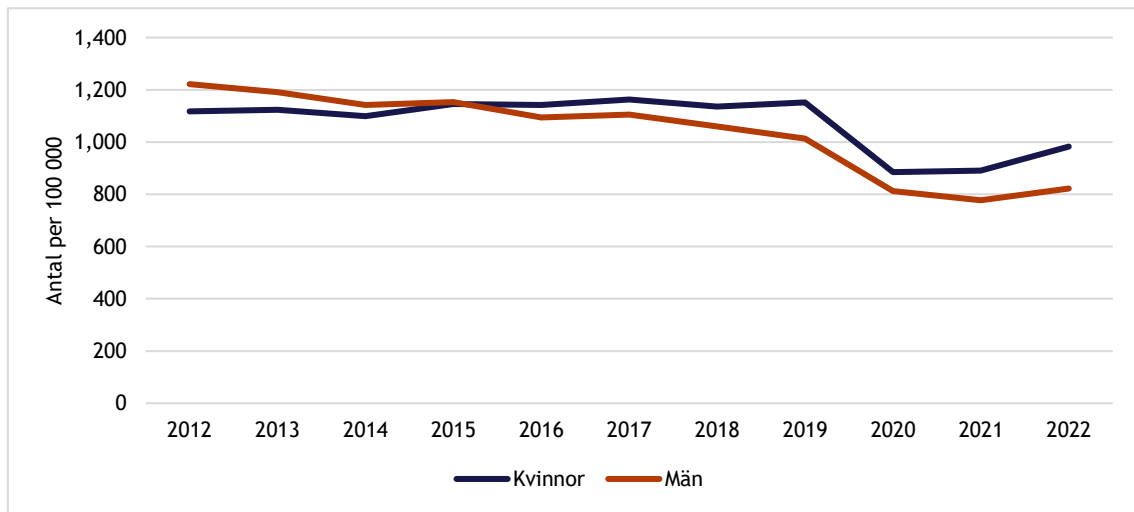
Statistik från Global Burden of Disease



Figur 7. 1. GBD-Prevalens antal personer per 100 000 invånare.

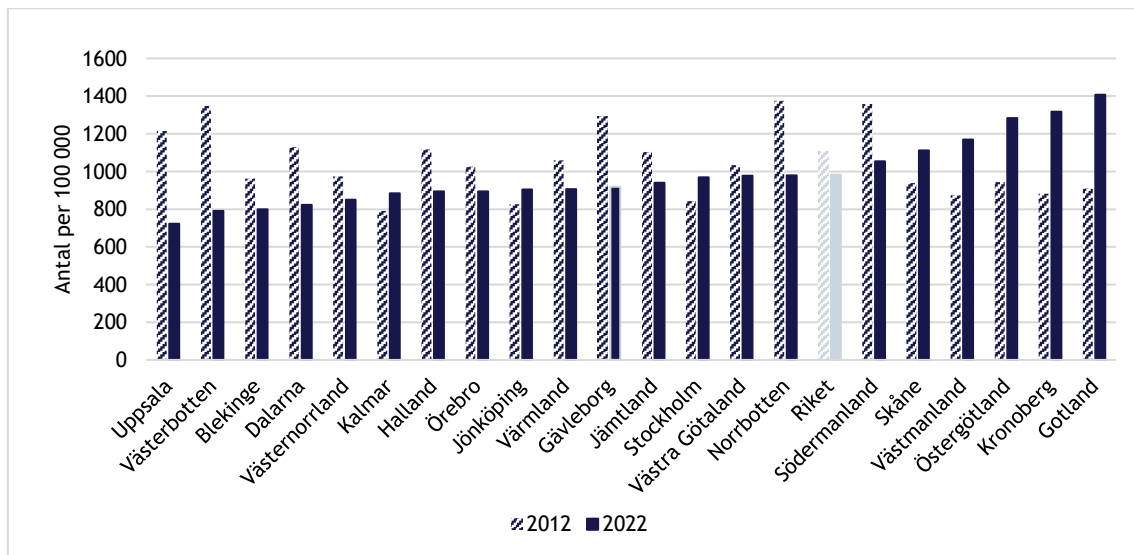
Not: KOL definieras här som ICD J41-J42.4, J43-J44.9, vilket motsvarar GBD cause-id 509. Källa: Global Burden of Disease (7).

Statistik från Socialstyrelsen



Figur 7. 2. Antal patienter med KOL per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård, åren 2012-2022, åldersstandardiserat.

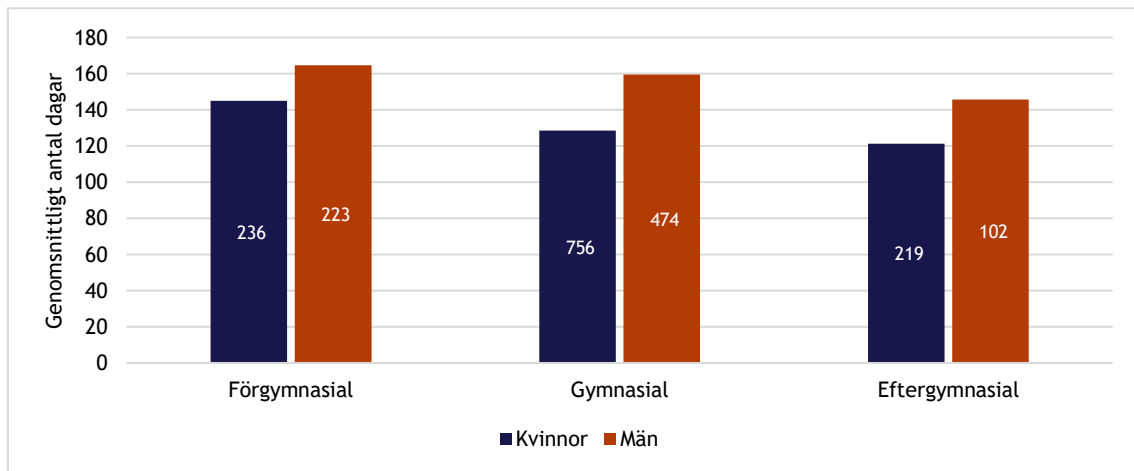
Not: ICD J44: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (8).



Figur 7. 3. Antal kvinnliga patienter +70 år med KOL per 100 000 invånare i sluten och/eller specialiserad öppenvård per län/region år 2012 och 2022, åldersstandardiserat.

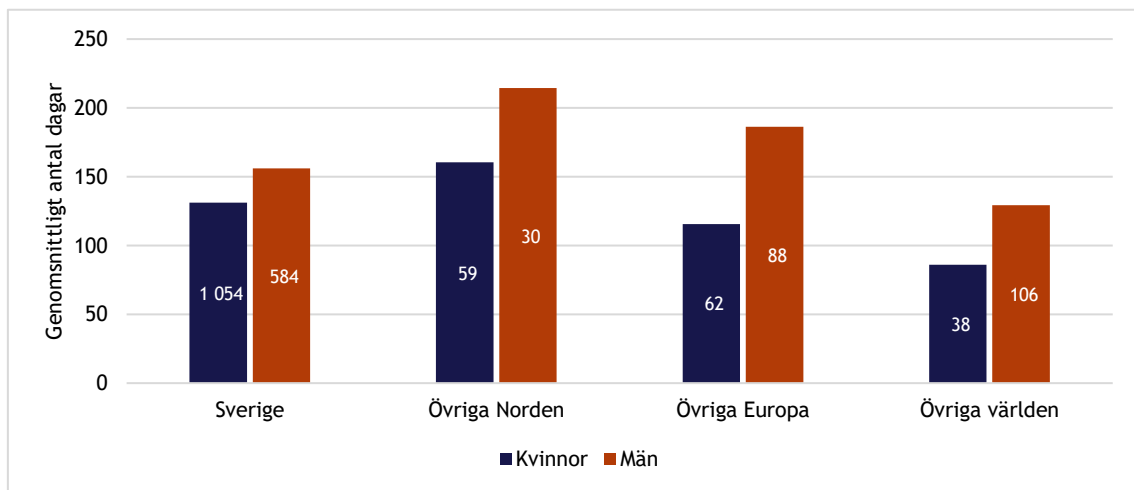
Not: ICD J44: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Källa: Socialstyrelsen (8).

Statistik från Försäkringskassan



Figur 7. 4. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, uppdelat på kön och utbildningsnivå, 2019-2023.

Not: KOL definieras här som ICD J41, J42, J42-P, J43, J44. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).

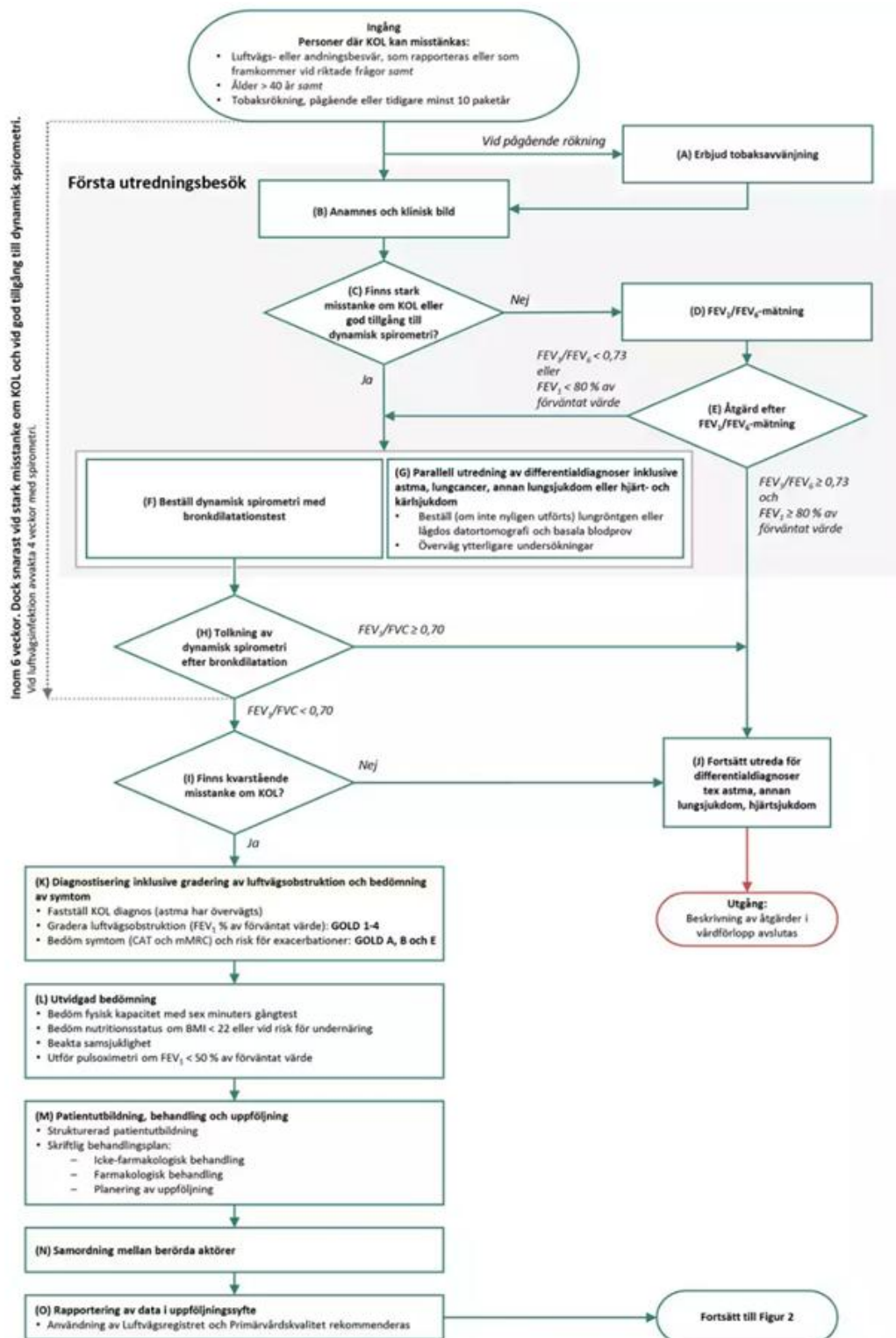


Figur 7. 5. Genomsnittligt antal dagar per person med sjukpenning, uppdelat på kön och födelseland, 2019-2023.

Not: KOL definieras här som ICD J41, J42, J42-P, J43, J44. Antalet personer i respektive grupp anges inom respektive stapel. Källa: Försäkringskassan (16).

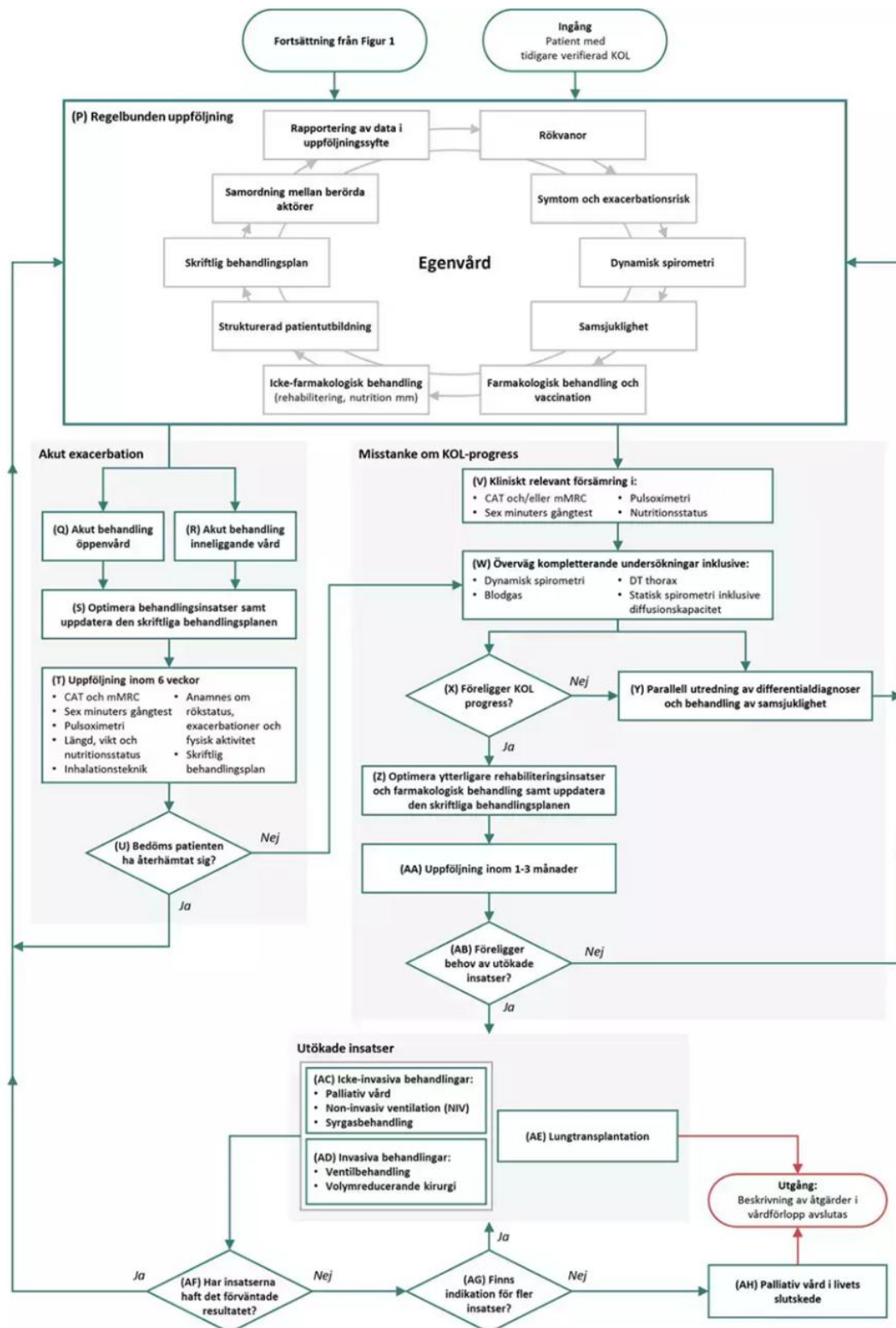
Flödesschema för vårdförlopp KOL

Flödesschema för vårdförlopp KOL: Utredning och initiala insatser



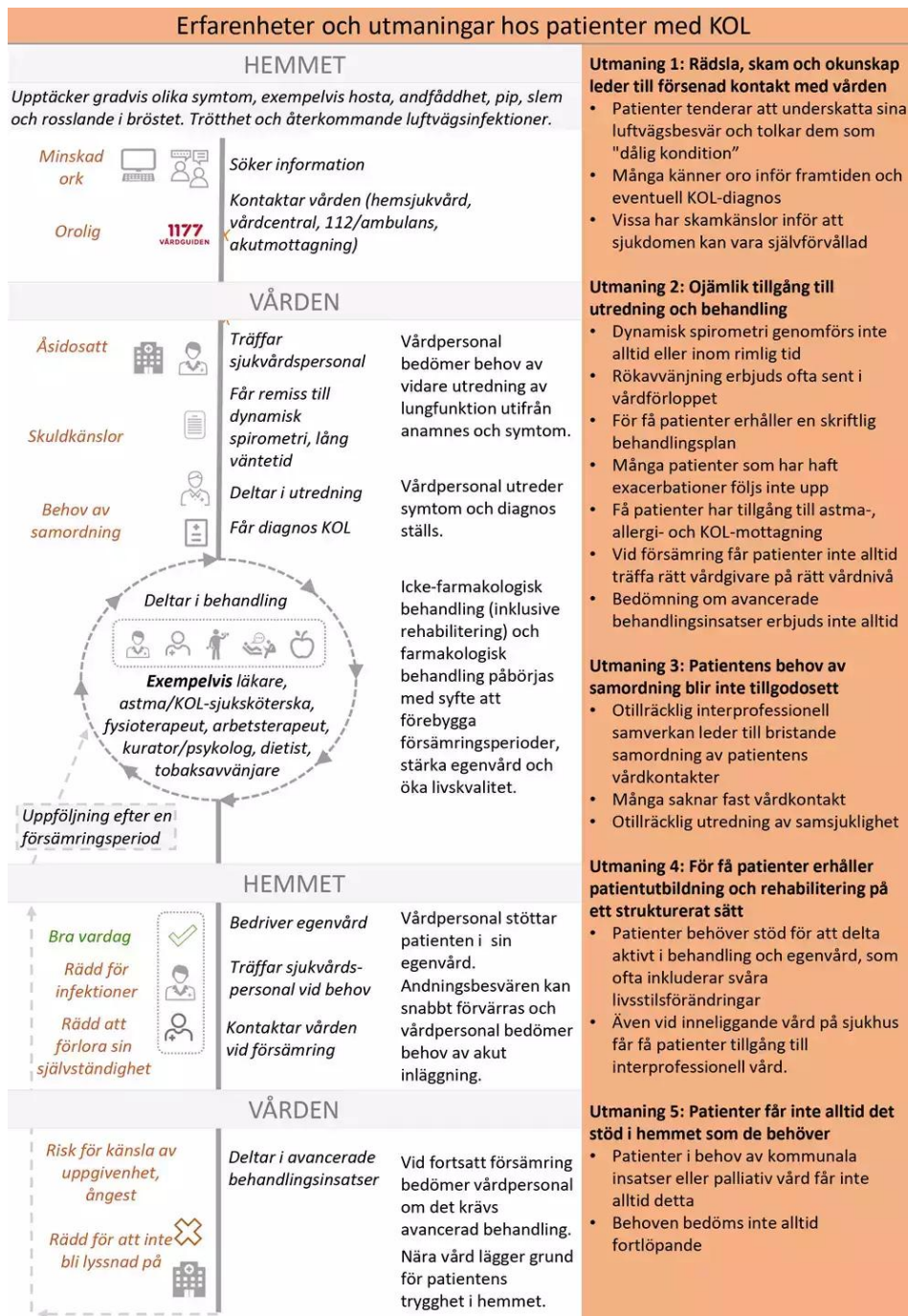
Källa: (89)

Flödesschema för vårdförlopp KOL: Regelbunden uppföljning och utökade insatser



Källa: (89)

Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter av KOL



I kolumn 1 beskrivs identifierade positiva och negativa patientupplevelser. I kolumn 2 anges för patienten vanligt förekommande aktiviteter och åtgärder. I kolumn 3 beskrivs vårdens vanligt förekommande aktiviteter och åtgärder. I kolumn 4 beskrivs huvudsakliga utmaningar som patienterna möter. Vårdförloppet är utformat för att adressera dessa utmaningar som även avspeglas i vårdförloppets mål och indikatorer.

Källa: (89)

Bilaga 8. Enkät

Statistik från Vård- och omsorgsanalys enkät

Tabell 8. 1. Svartsbortfall efter kön och ålder

Åldersgrupp	Kvinna				Man				Total
	18-24	25-44	45-69	70+	18-24	25-44	45-69	70+	
Svarade inte på enkäten	312	677	492	131	168	362	366	153	2661
Svarade på enkäten	148	625	1318	597	55	244	831	637	4455
Befolkningspanelen (total)	460	1302	1810	728	223	606	1197	790	7116

Källa: (18)

Tabell 8. 2 Svartsbortfall efter utbildningsnivå

Utbildningsnivå	Förgymnasial	Gymnasienivå	Eftergymnasial	Total
Svarade inte på enkäten	137	860	1664	2661
Svarade på enkäten	191	1140	3124	4455
Befolkningspanelen (total)	328	2000	4788	7116

Källa: (18)

Tabell 8. 3. Svartsbortfall efter kommuntyp

Kommuntyp	Landsbygds-kommuner	Blandade kommuner	Storstads-kommuner	Total
Svarade inte på enkäten	466	1207	988	2661
Svarade på enkäten	794	2077	1584	4455
Befolkningspanelen (total)	1260	3284	2572	7116

Källa: (18)

Tabell 8. 4. Svartsbortfall efter bakgrund

Utländsk bakgrund	Ja	Nej	Total
Svarade inte på enkäten	477	2184	2661
Svarade på enkäten	467	3988	4455
Befolkningspanelen (total)	944	6172	7116

Källa: (18)

IHE RAPPORT 2025:11