

Pliktverket fortsätter ta EKG vid värnpliktsmönstring

Utredning har visat på nytta – dilemma hantera patologiska EKG-fynd



AASE WISTEN, med dr, överläkare, medicinkliniken, Sunderby sjukhus, Luleå

LEIF JERNELÖV, överläkare, Pliktverket, Regionkontor Stockholm

BJÖRN BÄCKSTRAND, chefsläkare

THOMAS LÖVGREN, processordnare, avdelningen för planering och urval; de båda sistnämnda Pliktverket, Karlstad

RURIK LÖFMARK, docent, överläkare, Centrum för bioetik, Karolinska institutet, Stockholm

EVA NYLANDER, professor, överläkare, klinisk fysiologi/avdelningen för kardiovaskulär medicin, Hälsouniversitetet, Linköping eva.nylander@lio.se

Mönstring inför militär- och civilpliktsjänstgöring görs för att pröva individens tjänstbarhet för sådan tjänstgöring och innehåller olika komponenter. Den medicinska prövningen syftar till att »så långt möjligt är, upptäcka och/eller bedöma sjukdom och/eller funktionsnedsättning samt bedöma prognosen så att den som skrivs in till grundutbildning kan fullfölja denna och därefter krigsplaceras« (Handbok mönstring, Pliktverket). Det är lika viktigt att man tar ställning till om den enskilde riskerar att ta skada av tjänstgöringen.

I den medicinska bedömningen ingår ställningstagande till att den mönstrande inte har någon hjärtsjukdom av betydelse och har tillräcklig fysisk prestationsförmåga, vilket innefattar viss kardiovaskulär kapacitet. Detta testas vid mönstringen genom det frågeformulär den mönstrande fyller i, med efterföljande anamneskomplettering. För högre tjänstbarheter innebär uttagning till fysiskt krävande befattningar görs även EKG och fysiskt konditionstest.

Pliktverket har nyligen initierat och genomfört en utredning av indikationerna för och berättigandet av EKG som del i den medicinska prövningen vid värnpliktsmönstring.

Eftersom många sjukvårdsinstanser kommer i kontakt med unga personer som fått avvikelser påvisade vid mönstrings-EKG, har vi bedömt att det är av intresse att sprida information om Pliktverkets nya utredning och ställningstagande.

Vi vill också lyfta fram den speciella situation som kan uppkomma för sjukvården och för individen genom att EKG kontrolleras mot bakgrund av myndighetsutövning och inte på grund av individens eget val, men som kan få konsekvenser utöver tjänstbarhet för militär och civil grundutbildning.

Det är framför allt risken för plötslig hjärtdöd i samband med hård fysisk ansträngning man har att ta hänsyn till, i likhet med problematiken med plötslig död bland unga idrottare som varit aktuell på senare år. Man vet att plötslig hjärtdöd vid ansträng-

»Det är framför allt risken för plötslig hjärtdöd i samband med hård fysisk ansträngning man har att ta hänsyn till ...«

ning hos unga, till synes friska personer orsakas av någon av ett flertal sällsynta hjärtsjukdomar som i många fall är ärftliga, relativt ofta är förknippade med EKG-avvikelse och ibland ger symtom. Detta utgör grunden för principerna för spårning av personer med ökad risk för plötslig hjärtdöd.

Hjärtsjukdomar, plötslig hjärtdöd och EKG

Plötslig hjärtdöd definieras som dödsfall till följd av hjärtsjukdom, som inträffar inom 1 timme efter debut av de akuta symtomen eller, om dödsfallet är obevittnat, inom 24 timmar efter det att personen senast sågs vid god hälsa [1]. Incidensen är 50–100/100 000/år i hela befolkningen [2–4] jämfört med 0,4–4,3/100 000/år bland unga (<35 år) [5–10].

Förutom kranskärslssjukdom, som dominerar bland medelålders och äldre, finns ett 20-tal andra orsaker till plötslig hjärtdöd. Även om det ofta handlar om medfödda tillstånd, är det vanligt att man lever ovetande om sin sjukdom. Man kan dela in dessa hjärtsjukdomar i tre grupper:

- Obduktion visar sjukliga förändringar av hjärtmuskulaturen såsom kardiomyopati, myokardit eller ischemiska skador. EKG-avvikelse är vanliga vid vissa kardiomyopati och vid myokardit, men vilo-EKG vid kranskärslssjukdom utan genomgången infarkt är ofta normalt.
- Primära arytmisjukdomar eller jonkanalssjukdomar (t ex långt och kort QT-syndrom, Brugada syndrom, Wolff-Parkinson-Whites syndrom [WPW-syndrom]) har förändringar på molekylär nivå, vilka ofta avspeglas i EKG men inte syns vid obduktionen.
- Sjukdomar i hjärtklaffarna eller artärerna nära hjärtat, t ex aortastenosen, kranskärslsanomali eller Marfans syndrom. Dessa sjukdomar ger ofta inga EKG-förändringar.

Patologiskt EKG hos unga avlidna i plötslig hjärtdöd

I en studie från 1980 av 2 268 mönstrande svenska män hade 2,5 procent patologiska EKG och hos 11 procent fanns någon form av EKG-avvikelse. T-vågsförändringar var vanligast [11]. Bland 120 000 pilotaspiranter i USA hade ca 1,5 procent T-vågsavvikelse [12].

Det är vanligt med EKG-förändringar bland unga som avlidit i plötslig hjärtdöd. I en svensk studie av plötslig hjärtdöd med totalt 162 personer i åldersgruppen 15–35 år var hälften av till-

SAMMANFATTAT

Mot bakgrund av en genomgång av aktuellt kunskapsläge avser Pliktverket att fortsätta ta EKG på mönstrande värnpliktiga.

De värnpliktiga kommer i många fall att utsättas för fysiskt ansträngande övningar, ofta med prestationsinslag.

Om ett patologiskt EKG påvisas, remitteras den mönstrande till sjukvårdsinstans på hemorten. Beskedet

om en avvikelse, och ibland lång väntetid för kompletterande utredning, har såväl praktiska som psykosociala konsekvenser för en ung person.

Vi bedömer att det vore värdefullt med såväl ökad samsyn i sjukvården när det gäller remisshantering, logistik och väntetider som val och utförande av kontrollundersökningar för denna grupp.

gängliga EKG (33 av 66) patologiska [13]. Någon form av EKG-avvikelse förekom hos 82 procent.

I en italiensk studie av plötslig hjärtdöd hos idrottare i åldersgruppen 12–35 år där EKG fanns tillgängliga på samtliga var 40 procent av dem patologiska [5]. Bland icke-idrottare där EKG var tillgängliga i en tredjedel av fallen var 57 procent patologiska.

Studier bland värnpliktiga

I USA samlas statistik över dödsfall och dödsorsaker i det militära Department of defense medical mortality registry (DoD-MMR) [14]. I Sverige saknas liknande statistik.

Icke-traumatisk död i militärpopulationer i USA [15–17] och Israel [18] varierar i frekvens mellan 1,2 och 4,3/100 000 individer. Av dessa är 35–100 procent hjärtrelaterade, och frekvensen av plötsliga hjärtdödsfall varierar mellan 0,9 och 2,1/100 000 individer. Plötslig hjärtdöd i samband med fysisk aktivitet inträffade i mellan 50 och 95 procent av fallen. De vanligaste obduktionsfynden i dessa studier var koronararterioskleros, hypertrofisk kardiomyopati, myokardit och strukturellt normalt hjärta. Mönstringscreening innefattade vanligen släktanamnes, personlig sjukhistoria och fysikalisk undersökning. EKG togs om man fann något avvikande vid undersökningen eller i sjukhistorien.

EKG har använts i screening av militär personal i Italien [19]. Från 1992 till 1996 undersöktes 35 000 värnpliktiga med sjuk- och släkthistoria, fysikalisk undersökning och EKG. Hos 8 procent föranledde avvikande fynd vidare utredning med ultraljud av hjärtat, varvid man fann 19 fall av hypertrofisk kardiomyopati (HCM), 6 tidigare kända och 13 nyupptäckta. I 93 procent av fallen med EKG-avvikelse var fyndet falskt positivt avseende HCM. Alla med HCM diskvalificerades från militärtjänst och var i livet efter 6 år. Man konkluderar att majoriteten av HCM-fallen inte skulle ha upptäckts utan EKG men att den höga frekvensen falskt positiva EKG är ett problem.

Studier av screening för risk för plötslig hjärtdöd hos unga

I Italien finns sedan 1970-talet en lag, Medical protection of athletic activities law, som avser att ge individer som deltar i organiserad tävlingsidrott en årlig medicinsk kontroll före deltagandet [20]. Kontrollen innefattar klinisk undersökning, screeningprotokoll, hjärtundersökning med EKG och submaximalt arbetsprov. Venedigregionen med 4,4 miljoner invånare har ett register över plötsliga hjärtdödsfall bland unga. Kliniska data och omständigheter kring dödsfallet insamlas, och efter rutinobduktion för att utesluta extrakardiell orsak görs en centraliserad, detaljerad morfologisk undersökning av hjärtat. Det uppges att 94 procent av befolkningen i den studerade regionen omfattas av registret. Tävlingsidrottare registreras i en databas, och andelen tävlingsidrottare i åldersgruppen 12–35 år uppgår till ca 8 procent.

Corrado et al redovisade 2006 det italienska screeningmaterialet från åren 1979 till 2004 [21]. Syftet var att studera om screeningen av idrottare hade påverkat mortaliteten över tiden; icke-screenade personer som inte idrottade tjänade som kontrollgrupp. Under hela perioden dog 55 idrottare av plötslig hjärtdöd och 265 icke-idrottare. Antal och frekvens av plötsliga hjärtdödsfall bland idrottarna minskade under studieperioden

»Liksom för elitidrottarna ingår den fysiska aktiviteten för de värn- och civilpliktiga som en del i ett uppdrag som har anställningskaraktär ...«

»Studien visade att EKG var ett mer känsligt screeninginstrument än sjukdomshistoria och auskultation/inspektion ...«

så att incidensen var 4,2 per 100 000/år före screening (1979–1981), 2,4 under mellanperioden (1982–1992) och 0,9 per 100 000/år under sen screeningperiod (1993–2004). Under de sista observationsåren, 2001–2004, var incidensen 0,4 per 100 000 personår.

Därmed var mortaliteten bland idrottarna lägre än bland de icke-idrottande, som hade en stabil incidens över perioden 1979–2004 på ca 0,8/100 000 personår. Att dödsfallen inträffade i samband med fysisk aktivitet var vanligt bland idrottarna (89 procent) jämfört med de icke-idrottande (11 procent).

Totalt screenades 42 000 idrottare, 3 900 (9 procent) utredes vidare, och 880 (2 procent) blev slutligen avstängda från tävlingsidrott. Det faktum att inte någon av de icke-idrottande som avlidit var en före detta, avstängd tävlingsidrottare tas som visst stöd för att åtgärden att upphöra med tävlingsidrott förhindrar dödsfall och inte bara medför att personen avlider i annat sammanhang i stället.

Studien fick stor uppmärksamhet när den publicerades, eftersom den för första gången visade att screeningen reducerade incidensen plötslig hjärtdöd bland unga idrottare. Frågan ställdes, inte minst i medierna, varför inte samma strategi infördes överallt. Författarna underströk själva att studien inte är en kontrollerad studie som jämför screening med icke-screening. Andra faktorer än själva åtgärden kan ha påverkat resultaten, t ex socioekonomiska skillnader och skillnader i medicinskt omhändertagande. Man kan notera att under åren 2000–2004 inträffade endast 4 fall av plötslig hjärtdöd bland idrottarna och att även ett fåtal missade fall kan förändra bilden.

I en prospektiv amerikansk studie har Fuller et al screenat 5 615 tävlingsidrottande ungdomar i åldern 13–19 år och jämfört olika screeningmetoder [22]. Studien visade att EKG var ett mer känsligt screeninginstrument än sjukdomshistoria och auskultation/inspektion när det gällde att hitta avvikelser som krävde vidare utredning. Fuller har även studerat kostnadseffektiviteten av olika typer av screening av idrottande ungdomar i åldern 13–19 år i USA. Han fann att EKG var den mest kostnadseffektiva metoden för att upptäcka ett potentiellt livshotande tillstånd hos idrottande ungdomar i denna åldersgrupp [23].

Sammanfattning av tillgänglig evidens

Wingfield et al publicerade 2004 en litteraturgenomgång av 310 artiklar inom området screening av tävlingsidrottare (pre-participation evaluation, PPE), varav 25 innehöll originaldata [24]. Alla betraktas som typ II-evidens, dvs data från tvärsnitts- och populationsstudier. För de studier som undersökt sensitivitet och specificitet för olika metoder för screening konkluderar Wingfield et al att det finns bristande evidens och motsägelsefulla resultat, och detta innefattar inklusion av EKG eller inte i screeningproceduren. De undersökningar som kartlagt utförandet av PPE i USA finner mycket stora skillnader i utförande och kompetens hos utföraren, trots förekomsten av riktlinjer.

Europeiska riktlinjer för screening av idrottare

The European Society of Cardiology (ESC) presenterade 2005 ett förslag till gemensamt europeiskt standardprotokoll för

»Personer med EKG-avvikelse vid mönstringen bör följas upp ... vilket skulle betyda mellan 1 000 och 2 000 fall årligen ...«

screening av tävlingsidrottare [25], som bygger på erfarenheterna från den italienska screeningen [21]. Man rekommenderar ett protokoll som omfattar 12-avlednings-EKG, person- och familjeanamnes och klinisk undersökning. Om inga relevanta fynd hittas vid denna screening bedöms personen vara lämplig för tävlingsidrott. Vid avvikande fynd föreslås komplettering med t ex ekokardiografi, arbetsprov, 24-timmars EKG och MR-hjärta.

I Sverige utkom relativt nyligen rekommendationer från Riksidrottsförbundet (2005), <<http://www.rf.se>>, och Socialstyrelsen (2006), <<http://www.socialstyrelsen.se>>. Baserat på den låga prevalensen av plötslig hjärtdöd, diagnosmetodernas ofullkomlighet och problematiken med falskt positiva fynd förespråkar dessa rekommendationer samstämmigt screening av elitidrottare men inte av alla unga som utövar idrott.

De amerikanska riktlinjerna

American Heart Association (AHA) rekommenderar en klinisk undersökning och en noggrann kardiovaskulär hälsohistoria vid screening av tävlingsidrottare [26]. Vid avvikande fynd bör individen remitteras till kardiolog för utredning. Man rekommenderar inte rutinmässig EKG-tagning på grund av det stora antalet tävlingsidrottare i USA, den låga frekvensen av hjärtkärlsjukdom i denna grupp och den låga incidensen av plötslig hjärtdöd i den tävlingsidrottande populationen. Man framhåller även problemet med falskt positiva EKG, som skulle skapa oro och avhålla många i onödan från idrott.

Slutsatser

Värn- och civilpliktiga utgör liksom idrottare en till synes frisk del av den unga populationen. Militära populationsstudier och studier av plötslig hjärtdöd bland tävlingsidrottare visar att frekvensen av plötslig hjärtdöd är ungefär densamma, liksom de vanligaste bakomliggande sjukdomarna. För båda grupperna är dödsfall i samband med fysisk aktivitet vanligast.

Liksom för elitidrottarna ingår den fysiska aktiviteten för de värn- och civilpliktiga som en del i ett uppdrag som har anställningskaraktär, och därmed finns en form av arbetsgivaransvar. I Italien, där EKG ingått i screening av idrottare sedan mer än 30 år, minskade incidensen av plötslig hjärtdöd bland idrottare under screeningperioden [21].

En prospektiv militär populationsstudie visade nyttan av EKG för att finna individer med HCM, som är en vanlig dödsorsak i samband med fysisk ansträngning [19]. Massundersökningar med EKG i den allmänna populationen är dock osäkra, eftersom dels de bakomliggande hjärtsjukdomar som kan orsaka plötslig hjärtdöd är mycket ovanliga, dels frekvensen av plötslig hjärtdöd är mycket låg bland unga människor.

Undersökningar med EKG är heller ingen garanti för att alla som lever ovetande om en hjärtsjukdom diagnostiseras; dessutom ger undersökningarna ett antal falskt positiva EKG.

Däremot kan EKG vara ett värdefullt komplement till en kli-

»Detta väcker frågan om en översyn och ökad samsyn är motiverad i sjukvården ...«

nisk undersökning för individer som kommer att utsättas för fysiskt ansträngande uppgifter på en hög prestationsnivå. Om EKG används för att spåra individer med dold hjärtsjukdom, bör man sträva efter en enhetlig bedömning av alla avvikelser. Ett förslag är att använda europeiska kardiologföreningens sammanställning över de vanligaste patologiska EKG-fynden i en ung population [25]. Även om idrottande unga personer normalt kan ha en EKG-bild som skiljer sig från otränades, bör aldrig ett patologiskt EKG avfärdas som »idrottshjärta« utan ytterligare undersökning.

Konsekvenser

Mot bakgrund av den gjorda utredningen avser Pliktverket att fortsätta att ta EKG på mönstrande värnpliktiga, som ska skrivas in till en befattning med pliktjänstgöring.

Pliktverket har helt nyligen infört en webbaserad lämplighetsundersökning med ett frågebatteri innefattande bl a hälsa, som går ut till landets samtliga ca 125 000 17-åriga män och kvinnor. Utifrån resultatet av denna kallas därefter ca 25 000 till mönstring.

De värnpliktiga kommer att utsättas för fysiskt ansträngande övningar, ofta med prestationsinslag. Vissa av de värnpliktiga kan ha oupptäckta hjärtsjukdomar, och en hjärtundersökning med EKG inför deras militärtjänstgöring kan ha betydelse för att förhindra plötsliga dödsfall i samband med hård fysisk aktivitet.

Å andra sidan är konsekvenserna av ett avvikande EKG-fynd för den enskilde, på kort eller lång sikt, ofullständigt kända. Det kan innebära problem för den undersökta senare i livet med arbete och fritidsaktiviteter och i det sociala livet i övrigt – i likhet med gamla tiders »befrielse från gymnastik« sedan en läkare hört ett blåsljud på hjärtat.

Man kan ifrågasätta det rimliga i att screening av denna typ erbjuds en population med en stor dominans för det ena könet. Samtidigt är en tydlig majoritet av unga som drabbas av plötslig hjärtdöd män, i både internationella [5] och svenska material [7]. Analogt med elitidrotten riktar sig mönstringsscreeningen till dem som exponeras, dvs de som planerar göra värnplikt med fysiskt ansträngande tjänstgöring. Därmed kan inget jämlikhets- eller rättviseproblem anses föreligga, varken för kvinnor eller för de män (som i dagsläget är många), som inte kommer till värnpliktsmönstring.

Alla undersökningar och behandlingar kräver i vanliga fall informerat samtycke av den berörde. Även om det är fråga om »obligatoriska undersökningar«, kan etiska krav ställas på god information till den berörde så att självbestämmande och integritet kan upprätthållas. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna informera på ett förståeligt sätt och att individen inte utsätts för beslut som tas utan dennes medverkan. Här kan man tänka sig att konflikter kan uppstå om den värnpliktiga vägrar genomgå undersökningar av olika slag för att inte hindras i sin framtida karriär eller om den värnpliktige inte rapporterar eventuella besvär och på så sätt undviker relevant diagnostik.

Det kan behöva tydliggöras vilket ansvar Pliktverket har för information och uppföljning och var den vanliga offentliga sjukvården tar vid.

Personer med EKG-avvikelse vid mönstringen bör följas upp. Erfarenheter från studier av såväl unga värnpliktiga som idrottare talar för att detta gäller ca 8–9 procent av den undersökta populationen, vilket skulle betyda mellan 1 000 och 2 000 fall årligen av de mönstrande i Sverige [11, 19]. Utveck-

ling och tillämpning av mer precisa EKG-kriterier skulle kunna nedbringa det antalet.

I dag varierar uppföljningen av EKG-fynd vid mönstring, och det ter sig för oss rimligt att uppföljningen görs i enlighet med nationella och internationella rekommendationer [25, 27]. I praktiken innebär det oftast, förutom utvidgad anamnes och kroppsundersökning, komplettering med ekokardiografi och ibland långtids-EKG eller kliniskt arbetsprov. Alla individer med samma förutsättningar ska enligt hälso- och sjukvårdslagen behandlas lika var de än befinner sig i landet. Detta väcker

frågan om en översyn och ökad samsyn är motiverad i sjukvården när det gäller såväl remisshantering, logistik och väntetider som val och utförande av kontrollundersökningar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på lakartidningen.se

REFERENSER

- Myerburg R, Kessler K, Bassett A, Castellanos A. A biological approach to sudden cardiac death: Structure, function and cause. *Am J Cardiol.* 1989;63:1512-6.
- Becker L, Smith D, Rhodes K. Incidence of cardiac arrest: a neglected factor in evaluating survival rates. *Ann Emerg Med.* 1993;22:86-91.
- Straus S, Bleumink G, Dieleman J, Van der Lei J, Stricker B, Sturkenboom M. The incidence of sudden cardiac death in the general population. *J Clin Epidemiol.* 2004;57:98-102.
- Corrado D, Basso C, Rizzoli G, Schiavon M, Thiene G. Does sports activity enhance the risk of sudden death in adolescents and young adults? *J Am Coll Cardiol.* 2003;42:1959-63.
- Morentin B, Suarez-Mier M, Audicana C, Aguilera B, Garamendi PM, Elexpe X. Incidencia y causas de muerte subita en menores de 36 años. *Med Clin (Barc).* 2001;116:281-5.
- Driscoll DJ, Edwards WD. Sudden unexpected death in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol.* 1985;5:118B-121B.
- Shen WK, Edwards W, Hammill S, Bailey K, Ballard D, Gersh B. Sudden unexpected nontraumatic death in 54 young adults: A 30-year population-based study. *Am J Cardiol.* 1995;76:148-52.
- Molander N. Sudden natural death in later childhood and adolescence. *Arch Dis Child.* 1982;57:572-6.
- Atterhög JH, Furberg B, Malmfors V, Kaijser L. Prevalence of ECG findings in 18-19 year old Swedish men. *Scand J Clin Lab Invest.* 1980;40:675-81.
- Wisten A, Andersson S, Forsberg H, Krantz P, Messner T. Sudden cardiac death in the young in Sweden – electrocardiogram in relation to forensic diagnosis. *J Intern Med.* 2004;255:213-20.
- Gardner J, Cozzini C, Kelley P, Kark J, Peterson M, Gackstetter G, et al. The Department of Defense Medical Mortality Registry. *Mil Med.* 2000;165:57-61.
- Nistri S, Thiene G, Basso C, Corrado D, Vitolo A, Maron BJ. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in a young male military population. *Am J Cardiol.* 2003;91:1021-3.
- Pelliccia A, Maron BJ. Preparticipation cardiovascular evaluation of the competitive athlete: Perspectives from the 30-year Italian experience. *Am J Cardiol.* 1995;75:827-9.
- Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a screening program. *JAMA.* 2006;296:1593-1601.
- Fuller CM, McNulty C, Spring D, Arger K, Bruce S, Chryssos B, et al. Prospective screening of 5,615 high school athletes for risk of sudden cardiac death. *Med Sci Sports Exerc.* 1997;29:1131-8.
- Fuller CM. Cost effectiveness analysis of screening of high school athletes for risk of sudden cardiac death. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32(5):887-90.
- Wingfield K, Matheson G, Meeuwisse W. Preparticipation evaluation. *Clin J Sport Med.* 2004;14:109-22.
- Corrado D, Pelliccia A, Björnstad H, Vanhees L, Biffi A, Borjesson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. *Eur Heart J.* 2005;26:516-24.
- Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, Balady G, Berger S, Cohen D, et al. Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation.* 2007;115(12):1643-455.
- Socialstyrelsen. Plötslig hjärtdöd bland barn, ungdomar och unga vuxna vid idrott och fysisk ansträngning. Komplettering av Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se>