

Lägesrapport för hälso- och sjukvården

En statistikbaserad rapport utifrån personalens perspektiv

Lägesrapport för hälso- och sjukvården
© Vårdförbundet, november 2026
Artikel nummer: VFW-1049
Foto omslag: Maksym Rovenko
Grafisk form: Typisk Form designbyrå

Innehåll

Förord 5
Hur står det till med svensk hälso- och sjukvård? 5

Sammanfattning 7
Hälso- och sjukvårdspersonalen är vårdens främsta resurs 7
Den psykiska ohälsan ökar 7
Skillnaderna mellan olika delar av landet är stora 7
Personalens förutsättningar avgör vårdens tillgänglighet och kvalitet 8
Framtidens utmaning kräver hållbar finansiering 8
Vårdförbundets bedömningar 9

Rapportstruktur 11
Förankring inom Vårdförbundet 11

Hälso- och sjukvårdens prestationer 12
Gällande regelverk – Hälso- och sjukvårdens prestationer 13
Beskrivande statistik – Hälso- och sjukvårdens prestationer 13
Hjärt-kärlsjukdomar och kroniska metabola sjukdomar 14
Akut hjärtinfarkt 14
Dödlighet i stroke 16
Blodtryck vid primärvårdsbesök hos personer med diabetes 18
Cancer 20
Dödlighet i bröstcancer 20
Dödlighet i prostatacancer 22
Äldres vård och omsorg 24
Trycksår hos personer i palliativ vård 24
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 26
Äldre med läkemedel som bör undvikas 28
Anhörigstöd vid nydiagnostiserad demenssjukdom 30
Tillgänglighet 32
Väntetider till behandling i specialiserad vård 32
Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrin 34
Graviditet och förlossning 36
Tidig inskrivning i mödrahälsovård 36
Bristningar vid icke instrumentell förlossning 38
Iakttagelser avseende Hälso- och sjukvårdens prestationer 40

Hälsoläget i befolkningen 42
Gällande regelverk – Hälsoläget i befolkningen 43
Beskrivande statistik – Hälsoläget i befolkningen 44
Demografi och framtida vårdbehov 45
Befolkningens medelålder 44
Andel 80 år och äldre i befolkningen 47
Förväntad återstående livslängd 49
Vård och omsorgsbehov 51
Fallskador bland personer 80 år och äldre 52
Psykisk hälsa och allmänt hälsotillstånd 54
Suicid 54
Självskattad psykisk hälsa 56
Självskattat allmänt hälsotillstånd 58

Dödlighet 60
Dödlighet i tumörsjukdomar samt i cirkulationsorganens sjukdomar 60
Alkoholrelaterad dödlighet 60
Avlidna i läkemedels- och narkotikaförgiftningar 62
Iakttagelser avseende Hälsoläget i befolkningen 63

Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården 65

Gällande regelverk – Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården 65

Beskrivande statistik – Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården 66

Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen 67
Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver 69
Förtroende för hälso- och vårdcentraler i befolkningen 71
Positivt helhetsintryck från patienter inlagda på sjukhus 73

Iakttagelser avseende Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården 75

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö 77

Gällande regelverk – Kompetensförsörjning och arbetsmiljö 77

Beskrivande statistik – Kompetensförsörjning och arbetsmiljö 78

Kompetensförsörjning 79
Barnmorskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården 79
Biomedicinska analytiker yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården 81
Sjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården 83
Röntgesjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården 85
Utfärdade legitimationer för barnmorskor, biomedicinska analytiker, sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 87
Sjukfrånvaro i regioner och i kommuner 89
Sjukfrånvaro i regioner 90
Sjukfrånvaro i kommuner 90

Hälso- och sjukvårdens finansiering 95

Gällande regelverk – Hälso- och sjukvårdens finansiering 95

Beskrivande statistik – Hälso- och sjukvårdens finansiering 97

Hälso- och sjukvårdens finansiering 97
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP 98
Skattesatser i regionerna 100
Skattesatser i kommunerna 102
Kostnadsutjämning för regioner 104
Kostnadsutjämning för kommuner 105
Regionernas hälso- och sjukvårdsutgifter 106
Primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter 108
Kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter 110
Iakttagelser avseende Hälso- och sjukvårdens finansiering 113

Sammanfattande iakttagelser 116

Referenser 119

Förord

Vårdförbundet är ett yrkesförbund som tillvaratar medlemmarnas fackliga intressen och utvecklingen av professionerna. Vi organiserar 118 000 legitimerade barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor samt studenter inom respektive utbildning.

Hur står det till med svensk hälso- och sjukvård?

Det är en enkel fråga som inte har ett enkelt svar. Hälso- och sjukvårdens tillstånd kan inte beskrivas genom ett enskilt mått. Medicinska resultat och befolkningens hälsa behöver ses tillsammans med människors förtroende för vården, vårdens ekonomiska förutsättningar, tillgången till rätt kompetens och arbetsmiljön för dem som varje dag bär verksamheten. Det är utgångspunkten för den här rapporten.

Det finns redan omfattande kunskap om svensk hälso- och sjukvård. Myndigheter, regioner, forskare och andra aktörer följer och analyserar olika delar av vårdens utveckling. Många av de utmaningar som beskrivs i den här rapporten är därför inte nya. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd under lång tid. Arbetsmiljön är på många håll pressad. De ekonomiska förutsättningarna är en återkommande fråga, liksom tillgänglighet, jämlikhet och befolkningens förtroende för vården. Men kunskapen finns ofta på olika håll och beskriver olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

Med Lägesrapport för hälso- och sjukvården vill Vårdförbundet därför göra något annat: vi vill samla centrala indikatorer och statistiska mått för att skapa en sammanhållen bild av hälso- och sjukvårdens tillstånd och utveckling. Vi beskriver också de grundläggande rättsliga och ekonomiska förutsättningarna inom vilka vården bedrivs.

Syftet är inte att ersätta myndigheternas uppföljning, forskning eller annan kunskapsproduktion. Syftet är att föra samman kunskapen och ställa frågan om vad helheten säger om svensk hälso- och sjukvård och dess förutsättningar framåt. Det är viktigt. För vårdens olika delar går inte att förstå isolerade från varandra.

Vårdens medicinska resultat påverkas av vilka förutsättningar verksamheterna har. Kompetensförsörjningen hänger samman med arbetsmiljö och möjligheten att utvecklas och stanna kvar i yrket. De ekonomiska förutsättningarna påverkar verksamheternas handlingsutrymme och ytterst handlar allt detta om hälso- och sjukvårdens förmåga att möta befolkningens behov och upprätthålla en god, säker och jämlik vård.
När dessa perspektiv läggs bredvid varandra framträder därför en större bild än den som varje enskilt mått kan ge vilket leder vidare till en viktig fråga. Om många av hälso- och sjukvårdens utmaningar har varit kända under lång tid – varför består de?

Den här rapporten är Vårdförbundets faktamässiga utgångspunkt för den diskussionen. Utifrån den samlade lägesbilden gör vi våra bedömningar av utvecklingen och av vilka frågor som behöver stå i centrum för det fortsatta arbetet med svensk hälso- och sjukvård. Vår ambition är att bidra till ett samtal som inte stannar vid enskilda problem eller kortsiktiga lösningar, utan som tar sin utgångspunkt i hur vårdens olika förutsättningar hänger samman. För att kunna förändra utvecklingen behöver vi först se helheten.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdspersonalen är vårdens främsta resurs

Den svenska hälso- och sjukvården står inför betydande utmaningar och i debatten beskrivs vården inte sällan som ett system i kris. Samtidigt visar Vårdförbundets genomgång av tillgänglig hälso- och sjukvårdsstatistik en mer nyanserad bild. Genom personalens insatser inom flera centrala områden levererar svensk hälso- och sjukvård mycket goda resultat. Det visar sig till exempel i att flera kvalitetsindikatorer utvecklas positivt. Vi lever allt längre och dödligheten i hjärtinfarkt, bröstcancer och prostatacancer har minskat. Därutöver har fler primärvårdspatienter med diabetes ett blodtryck som ligger inom ett rekommenderat målområde. Mot denna bakgrund är det inte konstigt att förtroendet för vården är högt och majoriteten av befolkningen upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Bakom förbättrade cancerresultat, säkrare läkemedelsanvändning, utvecklad diabetesvård, ökade överlevnadstal och positiva patientupplevelser finns professionens insatser. Det är sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och andra professioner som omsätter resurser, kunskap och teknik till personcentrerad vård som gör skillnad för patienter och anhöriga.

Men det finns signaler som inte kan ignoreras. Samtidigt som hälso- och sjukvården uppvisar goda resultat framträder områden som kräver ökade insatser.

Den psykiska ohälsan ökar

Rapporten visar dessvärre att allt fler uppger besvär av oro, ångest och ängslan. Utvecklingen är särskilt tydlig bland unga i befolkningen mellan 16–29 år. Dessutom minskar inte antalet suicid i befolkningen utan ligger kvar på samma höga nivå sedan 2015. Därutöver har antalet äldre som får vård på grund av alkoholrelaterade diagnoser ökat kontinuerligt sedan 2008.

Problematiken är emellertid inte okänd. Trots stora ekonomiska satsningar inom området syns tyvärr ingen förbättring över tid. Psykisk ohälsa är fortsatt ett område som kräver ytterligare insatser både från staten, regioner och kommuner.

Skillnaderna mellan olika delar av landet är stora

Oavsett vart i landet vi bor ska hälso- och sjukvården vara jämlik och ges efter behov. Trots detta ser vi att skillnaderna är oskäliga mellan olika delar av landet. Nästan samtliga områden som analyseras uppvisar betydande regionala skillnader. Exempelvis avlider dubbelt så många kvinnor i bröstcancer som bor på Gotland jämfört med kvinnor i Norrbotten. Ett annat mått som avser första incidens i akut hjärtinfarkt visar en nära nog dubbel förekomst i Norrbotten jämfört med i Stockholm. Även i fråga om fallskador bland äldre ser vi stora regionala skillnader. I Stockholm vårdades nära 6 800 patienter

per 100 000 invånare år 2024, jämfört med i Uppsala där drygt 3 700 patienter per 100 000 invånare. Som tidigare nämnts har befolkningen ett högt förtroende för hälso- och sjukvården men det finns stora skillnader beroende av landet vi bor. I Jönköping har nära 78 procent förtroende för hälso- och sjukvården medan endast 45 procent av invånarna i Västernorrland anser sig ha förtroende för vården.

Personalens förutsättningar avgör vårdens tillgänglighet och kvalitet

Vi har inledningsvis konstaterat att personalens arbete genererar mycket fina vårdresultat och bidrar till att befolkningens hälsoläge förbättrats och förtroende för vården är alltjämt högt. Detta till trots finns stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjning, bemanning och arbetsmiljö. Många verksamheter har svårt att rekrytera och kan inte behålla rätt kompetens. Därutöver ser vi en fortsatt hög sjukfrånvaro och stora variationer mellan regionerna. Exempelvis uppgick sjukfrånvaron i Västerbotten till 5,2 procent, jämfört med Dalarna där den uppgick till 7,2 procent. Vården blir alltmer avancerad för att kunna ta hand ökat antal personer med komplexa sjukdoms- och hälsotillstånd. Detta medför ett ökat behov av specialistkompetens samtidigt som konkurrensen om arbetskraften hårdnar. Statistiken visar även på stora variationer mellan regionerna i antal anställda för barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor per 100 000 invånare. Exempelvis varierar antalet anställda barnmorskor stort mellan regionerna. Högst antal per 100 000 invånare har Gotland med 97. Lägst antal finns i Kronoberg med endast 61 per 100 000 invånare. Flest sjuksköterskor finns i Västerbotten med 1 411 och lägst har Stockholm med 998 stycken. I fråga om utfärdade legitimationer för perioden 2015–2024 ser vi dessvärre en oroväckande trend. Antalet utfärdade legitimationer minskade för biomedicinska analytiker och för röntgensjuksköterskor.

Framtidens utmaning kräver hållbar finansiering

Rapporten visar även att belastningen på hälso- och sjukvården ökar i form av ökade vårdbehov i befolkningen, fortsatt höga sjuktal och undermålig arbetsmiljö samt bristande kompetensförsörjning. För att komma till rätta med nyss nämnda faktorer krävs ökade finansiella resurser. Den beskrivande statistiken visar att de finansiella resurserna till svensk hälso- och sjukvård över tid legat på samma nivå. Vilket exempelvis visar sig genom att hälso- och sjukvårdens andel av BNP[1] har under det senaste decenniet legat på en förhållandevis oförändrad nivå.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har behandling och insatser ökat kraftigt sedan 2019. Det handlar bland annat om att 50 procent fler patienter med komplexa behov får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Trots detta ser vi inte en motsvarande ökning i antalet anställd personal, som endast ökat med nära nio procent.

1 Bruttonationalprodukt (BNP) är ett mått på den totala ekonomiska aktiviteten i ett land under en tidsperiod, vanligen ett år.

Statistiken visar att det finns skillnader mellan regionernas och kommunernas skattesatser. Skillnaderna handlar inte enbart om skattesatsernas nivå utan också om skattekraften, det vill säga storleken på det skatteunderlag som varje skattekrona kan tas ut på. Kommuner och regioner med hög skattekraft får större intäkter från varje skattebetalare än i kommuner och regioner med lägre skattekraft. Detta förklarar varför vissa kommuner och regioner kan ha relativt låga skattesatser samtidigt som de har starka ekonomiska förutsättningar.

Högst skattesats 2026 har Dorotea kommun med 23,8 procent jämfört med Österåkers kommun som har lägst skattesats 2026 som har 16,6 procent. Trots att Dorotea kommun har en högre skattesats betyder inte det att skatteintäkterna i kronor blir högre. Detta eftersom skattekraften per invånare skiljer sig åt mellan kommunerna. Skattekraften beräknas som skatteunderlag i kronor per invånare. Som exempel är skattekraften per invånare i Dorotea 227 078 kronor, jämfört med 315 539 kronor per invånare i Österåker. Det innebär att de båda kommunerna får ungefär samma skatteintäkt per invånare. Baserat på invånarnas skattekraft får Dorotea 54 000 kronor i skatteintäkt per invånare. Österåkers skatteintäkt är drygt 52 000 kronor per invånare. Mot bakgrund av Doroteas höga skattesats och deras låga skattekraft per invånare blir det svårt för kommunen att få in mer resurser för att finansiera ökade vård- och omsorgsbehov.

Vårdförbundets bedömningar

Bedömning 1: Svensk hälso- och sjukvård levererar i huvudsak goda resultat och hälsoläget i befolkningen förbättras

Dödligheten i flera stora sjukdomsgrupper har minskat över tid och flera kvalitetsindikatorer utvecklas positivt. Patienternas förtroende för vården är fortsatt högt och en stor majoritet av befolkningen uppger att de har tillgång till den vård de behöver.

Bedömning 2: Resultaten är inte jämlikt fördelade över landet

Det finns betydande regionala skillnader avseende medicinska resultat, tillgänglighet, patientupplevelser, personaltillgång och befolkningens hälsa. Skillnadernas omfattning indikerar att förutsättningarna att erbjuda vård på lika villkor varierar mellan olika delar av landet, vilket även får negativa konsekvenser för personalen i form av stort ansvar men små resurser.

Bedömning 3: Den demografiska utvecklingen kommer att medföra ökade och mer komplexa vårdbehov

En ökande medellivslängd och en växande andel äldre innebär att fler personer lever med kroniska sjukdomar och långvariga vårdbehov. Utvecklingen ökar kraven på samverkan mellan regioner och kommuner samt på vårdens förmåga att erbjuda sammanhållna och personcentrerade insatser.

Bedömning 4: Utvecklingen inom psykisk hälsa avviker negativt från övriga hälsoutfall

Till skillnad från flera somatiska sjukdomsområden finns en tydlig ökning av psykisk ohälsa. Utvecklingen är särskilt tydlig bland unga. Trots omfattande satsningar under senare år är förbättringarna begränsade, vilket talar för behovet av fortsatt utveckling och uppföljning av insatserna. Ett förstärkt omvårdnadsfokus inom alla delar av hälso- och sjukvården skulle sannolikt kunna vara en åtgärd för att vända utvecklingen.

Bedömning 5: Kompetensförsörjningen är en av vårdens mest strategiska framtidsfrågor

Tillgången till rätt kompetens och att det råder balans mellan hälso- och sjukvårdens uppdrag och dess personal som finns att tillgå, är en grundläggande förutsättning för kvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet och kontinuitet. Utmaningar inom kompetensförsörjning riskerar att påverka vårdens möjligheter att möta framtida vårdbehov.

Bedömning 6: Vårdens resultat är beroende av personalens kompetens och insatser

Resultaten visar på positiva hälsoutfall och kvalitetsresultat vilka ytterst skapas av vårdens professioner. Personalen utgör därmed vårdens viktigaste resurs och är en avgörande förutsättning för systemets funktion och utveckling. Personalen behöver vara delaktiga i alla beslut och professionerna ska finnas i de beslutande rummen.

Bedömning 7: Omställningen till nära och personcentrerad vård behöver fortsätta med ökat fokus på förbyggande insatser

För att möta framtidens vårdbehov krävs att man optimerar resurserna i hela systemet och har ett ökat fokus på förebyggande arbete, kontinuitet, personcentrering och samverkan mellan vårdens olika aktörer. Omställningen till nära vård bedöms vara en central del av arbetet för att skapa ett mer hållbart vårdsystem. Kopplat till omställningen behövs ett ökat fokus på förebyggande insatser.

Bedömning 8: Framtidens avgörande fråga handlar om hållbar kapacitet i fråga om personella och ekonomiska resurser

Den samlade bilden pekar mot att vårdens långsiktiga utmaning inte främst handlar om vårdens kvalitet i dag, utan om förmågan att upprätthålla och vidareutveckla dagens resultat när vårdbehoven ökar. Hållbar kapacitet i form av kompetens, organisation, arbetsmiljö och resurser framstår som avgörande för vårdens fortsatta utveckling.

Rapportstruktur

Rapporten är indelad i följande kapitel:

- Hälso- och sjukvårdens prestationer
- Hälsoläget i befolkningen
- Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården
- Kompetensförsörjning och arbetsmiljö
- Hälso- och sjukvårdens finansiering
- Sammanfattande iakttagelser

Den statistik som presenteras i rapporten utgörs av Sveriges officiella statistik som samordnas av Statistiska centralbyrån (SCB). I Sverige finns det 29 statistikförande myndigheter som har regeringens uppdrag att ansvara för den officiella statistiken inom sina specifika områden så som till exempel Socialstyrelsen. Källan framgår i respektive figur och tabell. I vissa fall utgörs statistiken även av egna beräkningar, vilket framgår av källan.

Där det är möjligt presenteras statistik som en tidsserie för riket samt uppdelat på län/region för det senaste statistikåret.

Indikatorer[2] och mått i rapporten ska som helhet vara överskådligt men samtidigt täckande vad gäller hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsdelar och större sjukdomsgrupper. Därutöver ska val av indikatorer och mått vara balanserat så att en så stor del av hälso- och sjukvården som möjligt beskrivs. Det medför dock att rapporten inte tillräckligt speglar primärvården eftersom det i dagsläget saknas heltäckande data från den. När rapporten nämner och belyser personalen i hälso- och sjukvården avses i första hand de fyra yrken som ingår i Vårdförbundet. Men det statistiska underlaget inkluderar samtlig personal inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Förankring inom Vårdförbundet

Den 4 september 2026 hölls ett dialogsamtal om läget i hälso- och sjukvården utifrån innehållet i föreliggande rapport. Avdelning Blekinge, Avdelning Capio, Avdelning Jämtland, Avdelning Jönköping, Avdelning Norrbotten, Avdelning Stockholm och Avdelning Västra Götaland deltog i samtalet med två representanter vardera vilka företrädde professionerna.

2 Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer För god vård och omsorg (2020). Definition av begreppet ”Indikator”: Indikatorn ska ange riktning, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet. Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verk-samheten att förbättra eller följa utvecklingen för och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet. Indikatorn ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år. Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren). Indikatorn ska vara påverkbar så att en huvudman eller utförare ska kunna påverka indikatorns utfall. Indikatorn ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data. Indikatorer skiljer sig från andra typer av bakgrundsmått eller nyckeltal på grund av de krav eller kriterier som ställs på en indikator. Mått eller nyckeltal har oftast inte någon angiven riktning men kan vara viktiga för huvudmän eller utförare att följa upp och bevaka över tid. Befolkningsstruktur och geografiska förutsättningar kan vara sådana mått eller nyckeltal. Bakgrundsmått och nyckeltal kan användas för att ge ytterligare förklaring till en indikators utfall och variationer som uppvisas vid jämförelse med andra verksamheter.

Hälso- och sjukvårdens prestationer

I detta kapitel redovisas hälso- och sjukvårdens prestationer, resultat och måluppfyllelse på systemnivå[3]. Resultat och måluppfyllelse utgörs av strukturer, processer och personella prestationer inom hälso- och sjukvården. Resultaten påverkas både av kvaliteteten på hälso- och sjukvårdssystemets prestationer och av bakgrundsfaktorer så som till exempel de ekonomiska och personella resurser som finns i systemet. Hälso- och sjukvårdens kvalitet är avgörande för vår hälsa och för vårt lands välstånd. Det är även viktigt att belysa området för att säkerställa att hälso- och sjukvården når upp till de mål som är fastställda i lag.

De indikatorer och mått som presenteras i detta kapitel är valda för att de speglar stora patientgrupper och för att åskådliggöra systemets prestation. Exempelvis speglar indikatorn Andel personer 65 år och äldre med olämpliga läkemedel en stor del av befolkningen samtidigt som verksamheter i både regioner och kommuner påverkar utfallet.

I kapitlet Prestationer presenteras följande indikatorer/mått:

- Akut hjärtinfarkt
- Dödlighet i stroke
- Dödlighet i bröstcancer
- Dödlighet i prostatacancer
- Blodtryck vid primärvårdsbesök hos personer med diabetes
- Anhörigstöd vid nydiagnostiserad demenssjukdom
- Trycksår hos personer i palliativ vård
- Väntetider till behandling i specialiserad vård
- Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrin
- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar
- Tidig inskrivning i mödrahälsovård
- Bristningar vid icke instrumentell förlossning
- Äldre med läkemedel som bör undvikas

3 WHOKnowledge, Fact Sheet. Ett hälso- och sjukvårdssystem består av alla organisationer, människor, resurser och aktiviteter vars primära syfte är att främja, återställa eller upprätthålla hälsa. Det omfattar såväl vårdens utförare som styrning, finansiering, kompetensförsörjning, information, reglering och andra insatser som påverkar befolkningens hälsa (2022).

Gällande regelverk – Hälso- och sjukvårdens prestationer

Hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, (HSL 2017:30) fastslår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagen ger regionerna ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården så att vården kan ges nära befolkningen. Därutöver fastslås att regionerna ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som har insats i form av särskilt boende samt erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten. Kommunen får även tillhandahålla hälso- och sjukvård till personer som har insatser i ordinärt boende.

I Budgetpropositionen för 2026[4] fastslås att målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig[5]. I budgetpropositionen föreslog regeringen att drygt 8,1 miljarder kronor skulle avsättas för initiativ inom hälso- och sjukvårdspolitiken (utgiftsområde 9). Totalt för utgiftsområde 9 förslog regeringen att drygt 12,7 miljarder skulle avsättas 2026. Förutom hälso- och sjukvårdspolitik ingår exempelvis folkhälsopolitik och politik för sociala tjänster i utgiftsområdet.

Beskrivande statistik – Hälso- och sjukvårdens prestationer

I följande avsnitt presenteras mått som beskriver hälso- och sjukvårdssystemets prestationer. Måtten åskådliggör resultaten som i sin tur kan ligga till grund för styrning av vårdens måluppfyllnad.

4 Prop. 2025/26:1. Budgetpropositionen för 2026 (2025). Vid denna rapports publicering har riksdagen inte beslutat om budgetpropositionen för 2027.

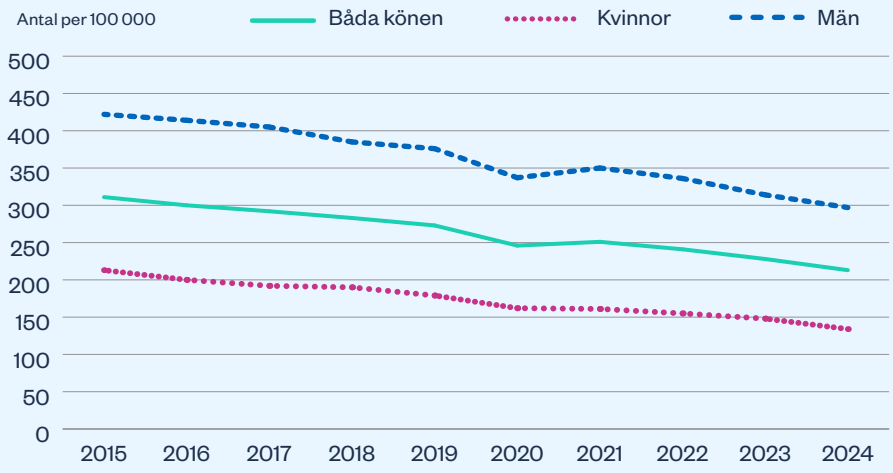
5 Prop. 2025/26:1. Utgiftsområde 9.

Akut hjärtinfarkt

Årligen inträffar närmare drygt 23 000 fall av hjärtinfarkt. Män drabbas oftare av hjärtinfarkt jämfört med kvinnor. Det är även vanligare hos personer med låg utbildningsnivå jämfört med personer med hög utbildningsnivå. Antalet hjärtinfarkter har minskat över tid. Orsaken till det kan både härledas till hälsosammare livsvillkor, levnadsvanor samt till läkemedelsbehandling.

Sedan 2015 har antalet första incidens i akut hjärtinfarkt efter sju infarktfria år per 100 000 invånare bland personer 20 år och äldre kontinuerligt minskat. Dessutom har skillnaderna mellan kvinnor och män minskat, vilket framgår av figur 1. År 2024 var antalet män per 100 000 invånare 297, jämfört med 134 bland kvinnor.

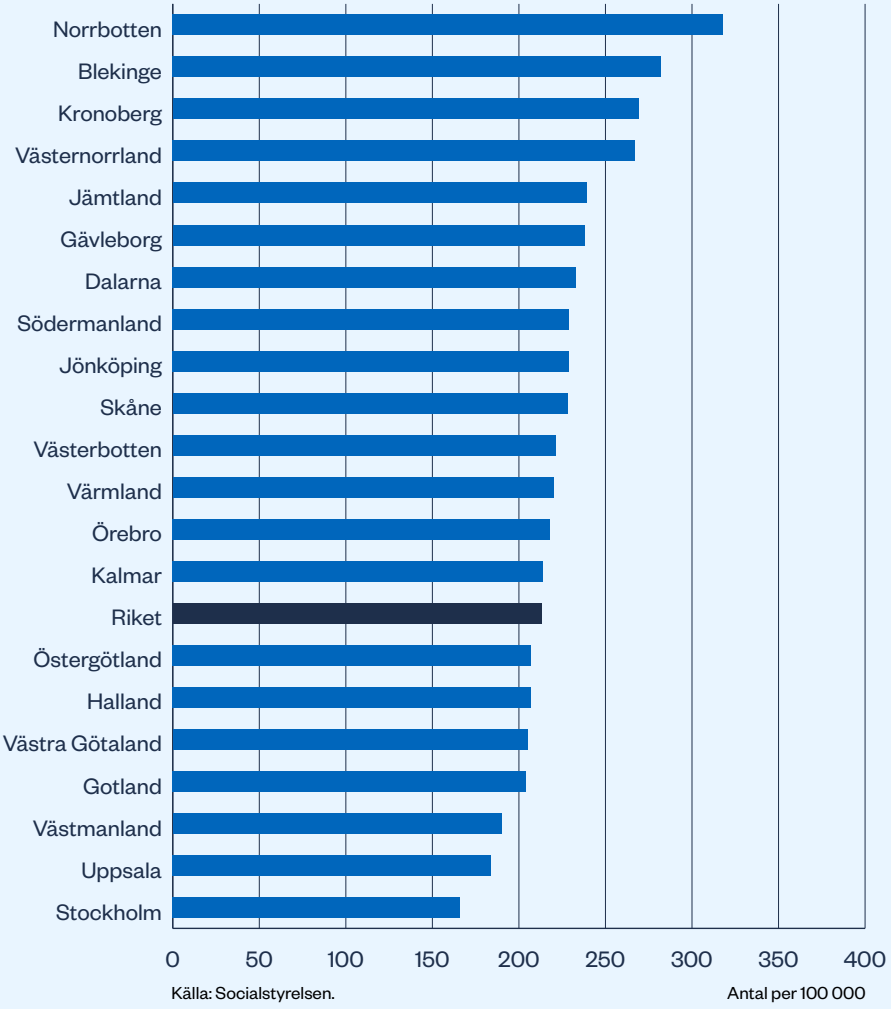
Figur 1. Riket. Akut hjärtinfarkt
Åldersstandardiserad första incidens i akut hjärtinfarkt efter sju infarktfria år per 100 000 invånare bland personer 20 år och äldre. Uppdelat på kvinnor, män och totalt. Redovisat för åren 2015 till 2024.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 2 visar att det är en stor skillnad mellan län gällande första incidens i akut hjärtinfarkt efter sju infarktfria år per 100 000 invånare bland personer 20 år och äldre. Stockholm har 166 och har klart lägst jämfört med övriga län. Högst antal har Norrbotten med 318 år 2024.

Figur 2. Län. Akut hjärtinfarkt
Åldersstandardiserad första incidens i akut hjärtinfarkt efter sju infarktfria år per 100 000 invånare bland personer 20 år och äldre. Uppdelat per län och för riket. Redovisat för 2024.

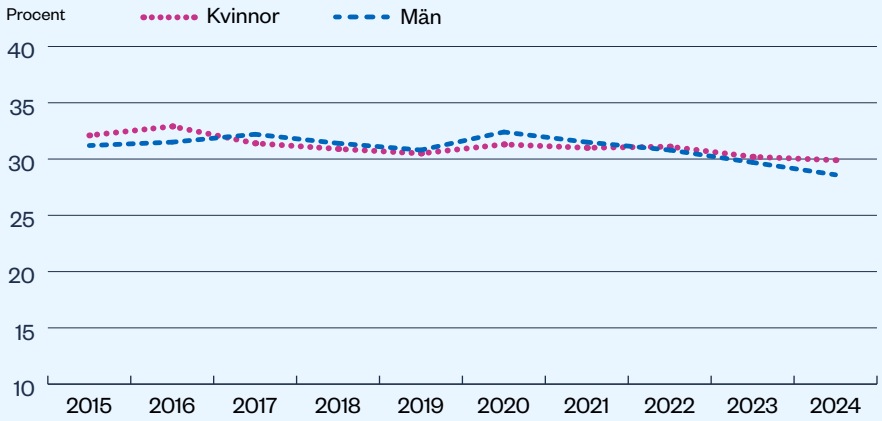


Källa: Socialstyrelsen.

Dödlighet i stroke

Andel döda av stroke bland förstagångsfall inom 365 dagar har minskat något för kvinnor och för män sedan 2015, vilket framgår av figur 3. För män har andelen minskat från 31,2 procent år 2015 till 28,6 procent år 2014. För kvinnor låg andelen på 32,1 procent år 2015 jämfört med 29,9 procent år 2024.

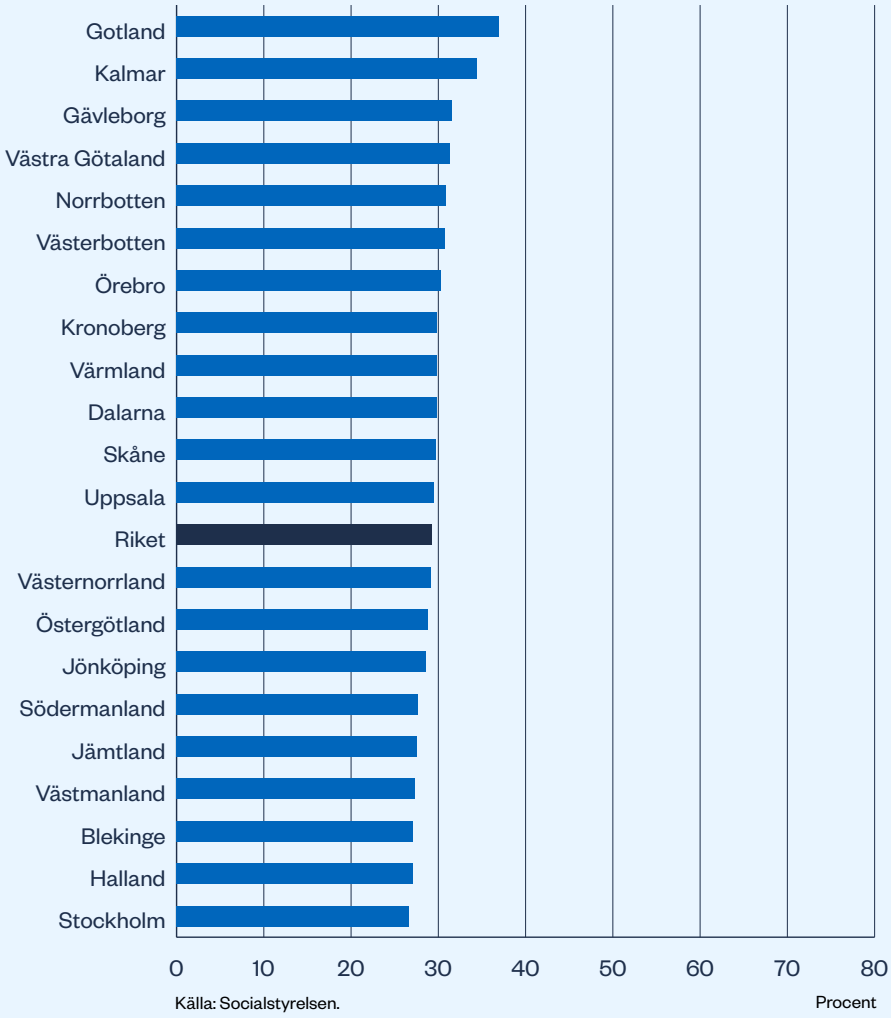
Figur 3. Riket. Dödlighet i stroke inom 365 dagar
Åldersstandardiserad letalitet bland förstagångsfall. Döda inom ett år (döda dag 0–365) i procent. Uppdelat på kvinnor, män och totalt. Redovisat för åren 2015 till 2024.



Källa: Socialstyrelsen.

I en relativ jämförelse mellan län visar på små skillnader i andelen döda av stroke bland förstagångsfall inom 365 dagar, vilket framgår i figur 4. Lägst andel, 26,6 procent, hade Stockholms län. Gotland hade högst andel, 37 procent. Det ska dock betonas att Gotlands låga invånarantal innebär en statistik osäkerhet.

Figur 4. Län. Dödlighet i stroke inom 365 dagar
Åldersstandardiserad letalitet bland förstagångsfall. Döda inom ett år (döda dag 0–365) i procent. Uppdelat per län och för riket. Redovisat för 2024.



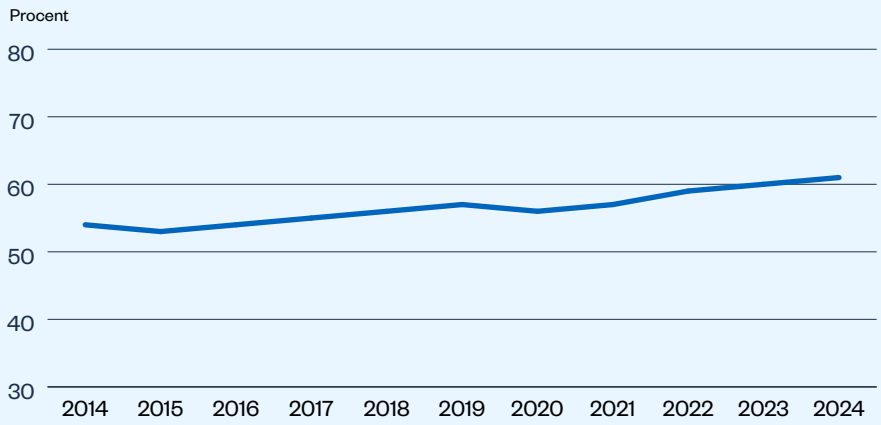
Källa: Socialstyrelsen.

Blodtryck vid primärvårdsbesök hos personer med diabetes

Det är viktigt med en effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes för att minska risken för makro- och mikrovaskulära komplikationer. De makrovaskulära komplikationerna, det vill säga stroke, hjärtinfarkt och perifer kärlsjukdom, står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid både typ 1- och typ 2-diabetes. Indikatorn visar andel personer med diabetes, 18 år och äldre i primärvård som har ett blodtryck under 140/85 mmHg, bland dem med uppgift om blodtryck under mätperioden. Socialstyrelsen har som målnivå för denna indikator angett en andel på lägst 65 procent.

Andelen primärvårdspatienter med diabetes som har ett blodtryck under 140/85 mmHg har ökat från 2014 till och med 2025, vilket framgår av figur 5. 2014 var andelen 54 procent. 2025 hade andelen stigit till 62 procent, vilket är nära Socialstyrelsens målnivå.

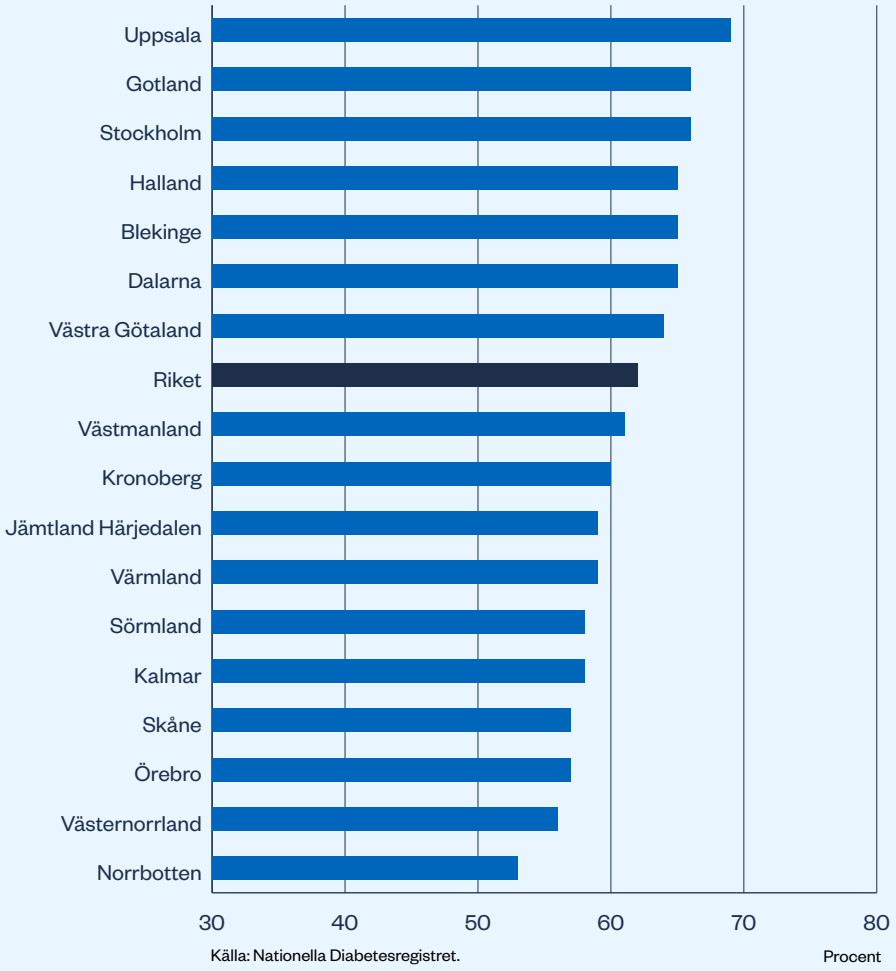
Figur 5. Riket. Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård
Andel personer med diabetes, 18 år och äldre i primärvård som har ett blodtryck under 140/85 mmHg. Redovisat för riket 2016 till och med 2025.



Källa: Nationella diabetesregistret.

Sex regionen uppnådde 2025 målnivån på 65 procent för andel personer med diabetes, 18 år och äldre i primärvård som har ett blodtryck under 140/85 mmHg, vilket framgår av figur 6. I Region Uppsala var andelen 69 procent, vilket var den högsta andelen bland regionerna. Region Stockholm och Region Gotland hade 66 procent av patienterna ett blodtryck under 140/85 mmHg. Region Dalarna, Region Blekinge och Region Halland hade en andel på 65 procent. Lägst andel hade Norrbotten där 53 procent av primärvårdspatienterna med diabetes hade ett blodtryck under 140/85 mmHg.

Figur 6. Region. Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes – primärvård
Andel personer med diabetes, 18 år och äldre i primärvård som har ett blodtryck under 140/85 mmHg. Redovisat per region år 2025.

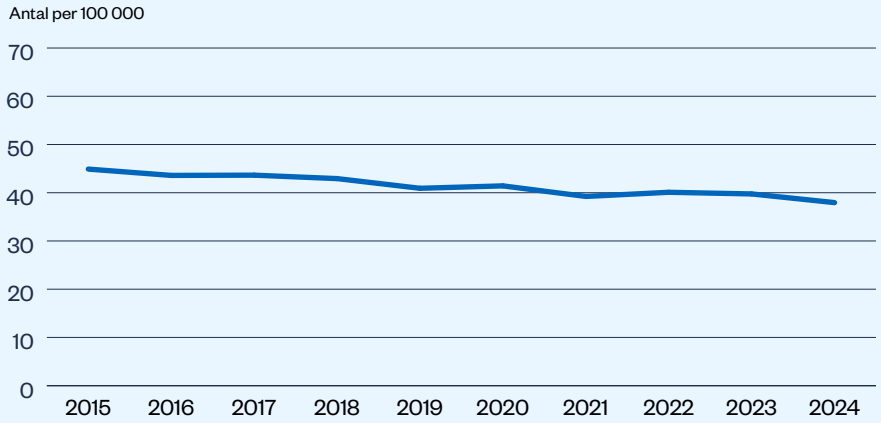


Källa: Nationella Diabetesregistret.

Dödlighet i bröstcancer

Dödlighet i bröstcancer hos kvinnor 30 år och äldre har minskat sedan 2015. 2015 avled 44,9 kvinnor, 30 år och äldre, per 100 000 invånare i bröstcancer. Antalet har minskat till 37,95 år 2024, vilket framgår av figur 7.

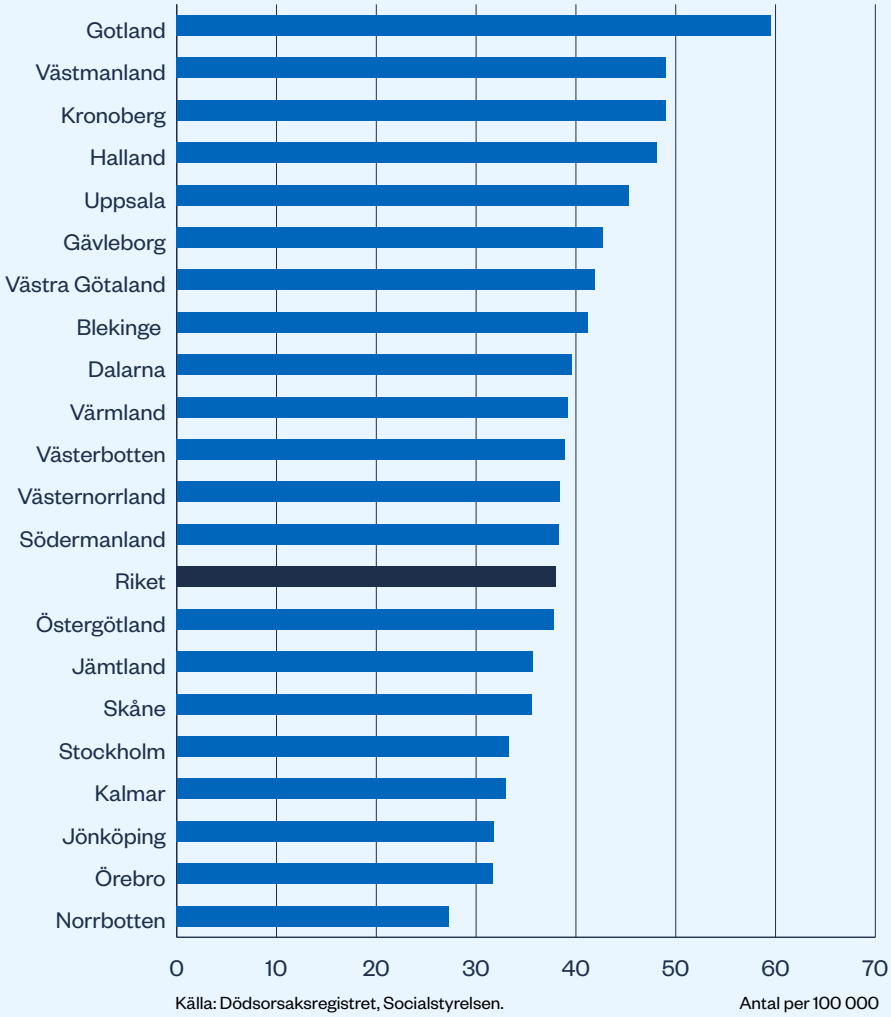
Figur 7. Riket. Avlidna kvinnor i bröstcancer
Antal avlidna kvinnor i bröstcancer, 30 år och äldre, per 100 000 invånare. Redovisat för åren 2015 till 2024.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Antal avlidna kvinnor, 30 år eller äldre, som avlider i bröstcancer variera mellan länen. Norrbotten hade lägst antal avlidna per 100 000 invånare. I länet avled 27,3 kvinnor per 100 000 invånare år 2024, vilket framgår av figur 8. Högst antal fanns på Gotland. Där avled 59,56 kvinnor, 30 år eller äldre, per 100 000 invånare i bröstcancer. På grund av Gotlands låga befolkningsmängd kan länets resultat variera stort mellan enskilda år.

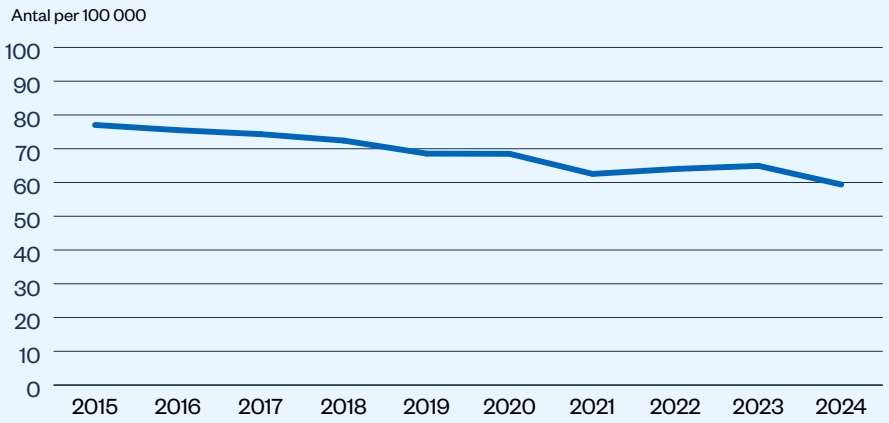
Figur 8. Region. Avlidna kvinnor i bröstcancer
Antal avlidna kvinnor i bröstcancer, 30 år och äldre, per 100 000 invånare. Redovisas uppdelat per region och för riket. Avser 2024.



Dödlighet i prostatacancer

Dödligheten i prostatacancer har minskat bland män, 30 år eller äldre, per 100 000 invånare sedan 2015, vilket framgår av figur 9. 2024 avled 59,4 män per 100 000 invånare, vilket är en minskning med nära 25 procentenheter jämfört med 2015. 2015 var antalet avlidna män per 100 000 invånare 77,04. Ungefär hälften av de män som avlider av prostatacancer är 80 år eller äldre. Minskningen beror på att allt fler lågrisktumörer upptäcks på grund av PSA-testning och tidig diagnostik. Minskningen beror också på förbättrad utredning och behandling.[6]

Figur 9. Riket. Avlidna män i prostatacancer
Antal avlidna män i prostatacancer, 30 år och äldre, per 100 000 invånare. Redovisat för åren 2015 till 2024.

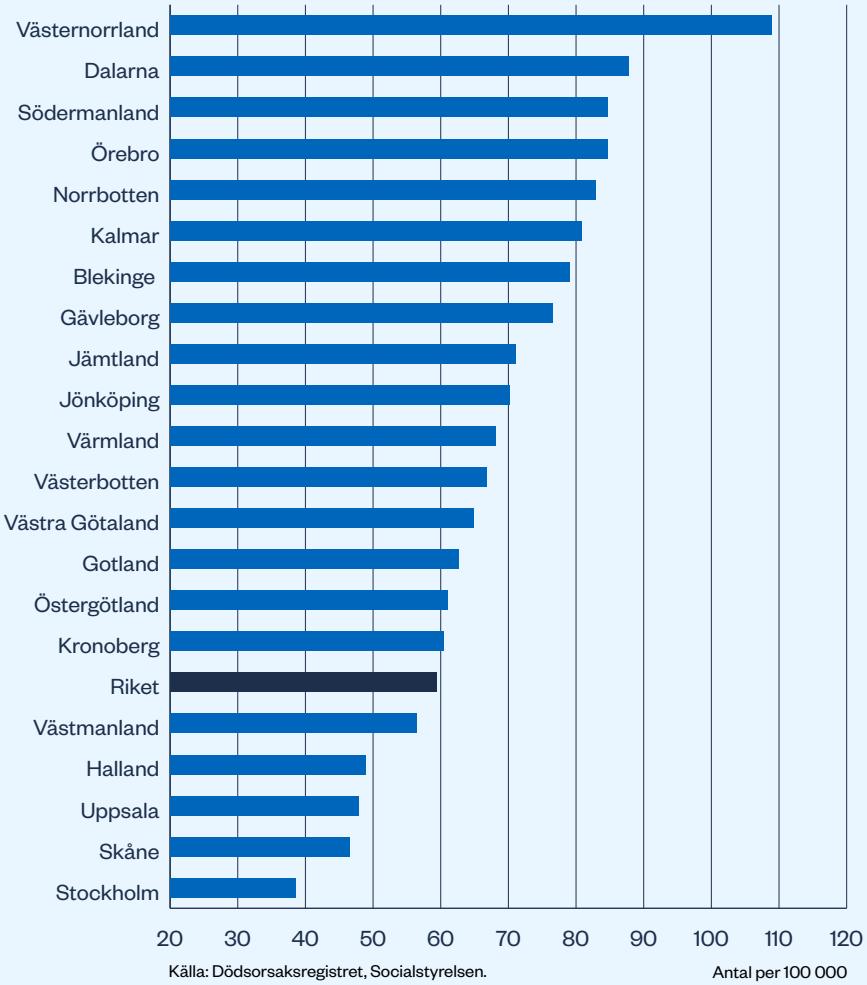


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

6 https://www.onkologiisverige.se/prostatacancerdod-bland-aldre-ofta-baserad-pa-svag-evidens/ (hämtat 2026-08-22).

Antal män som avlider i prostatacancer varierar stort mellan regionerna, vilket framgår av figur 10. Lägst antal avlidna män, 30 år eller äldre, per 100 000 invånare år 2024 hade Stockholm med ett antal på 38,51. Högst antal hade Västernorrland. Där avled 108,93 män, 30 år eller äldre, per 100 000 invånare i prostatacancer. Variationerna kan delvis bero på skillnader i medelålder och Stockholms har lägst medelålder av Sveriges län.

Figur 10. Region. Avlidna män i prostatacancer
Antal avlidna män i prostatacancer, 30 år och äldre, per 100 000 invånare. Redovisat för åren 2015 till 2024.

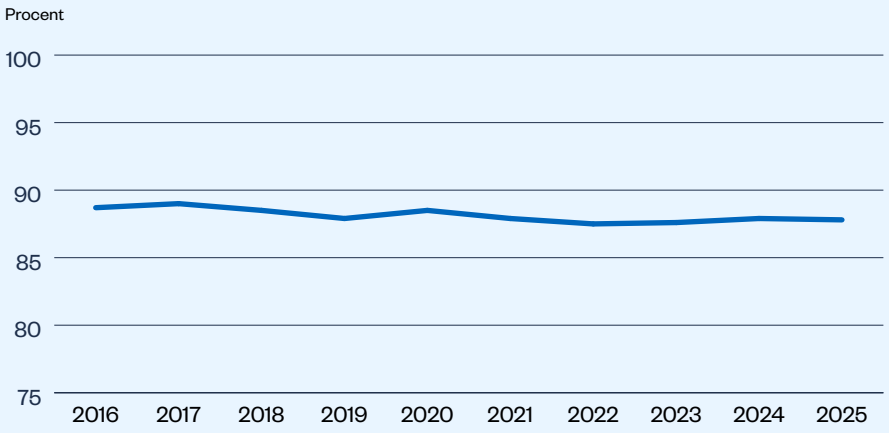


Trycksår hos personer i palliativ vård

Trycksår kan orsaka smärta och försämra livskvaliteten för personer i livets slutskede. Att förebygga trycksår är därför en viktig del av en god palliativ vård. Indikatorn visar andelen patienter som inte hade trycksår av grad 2 till 4 när de avled. Trycksår graderas på en fyrgradig skala, och i indikatorn ingår de mer allvarliga trycksåren av grad 2, 3 och 4. Socialstyrelsens målnivå är att minst 90 procent av patienterna ska vara fria från sådana trycksår vid dödsfallet.

I riket har andelen patienter som inte hade trycksår av grad 2 till 4 när de avled minskat något mellan 2016 och 2025, vilket framgår av figur 11. Andelen minskade från 89 procent år 2016 till 88 procent år 2025.

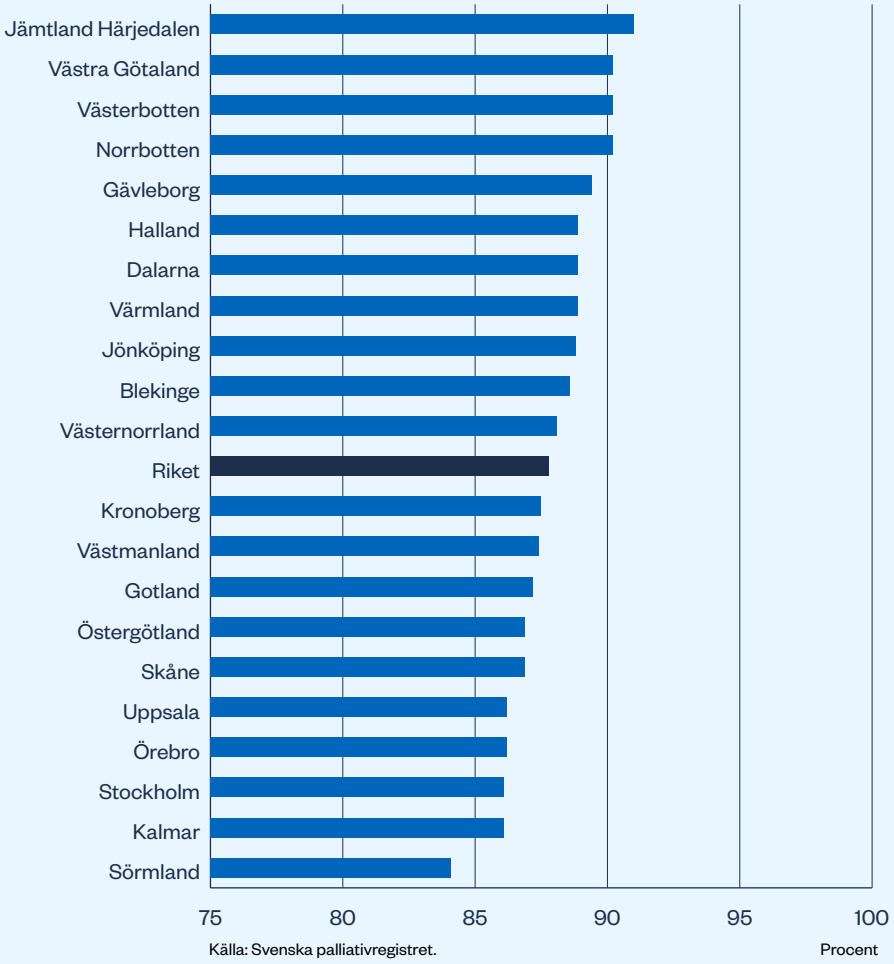
Figur 11. Riket. Frånvaro av trycksår hos avlidna
Andel patienter som inte hade trycksår av grad 2-4 när de avled. Redovisat för riket 2016 till och med 2025.



Källa: Svenska palliativregistret.

Fyra regioner uppnådde målnivån på 90 procent gällande andel av patienterna som inte hade trycksår av grad 2–4 när de avled. Jämtland Härjedalen hade högst andel bland regionerna. I regionen låg andelen på 91 procent år 2025, vilket framgår av figur 12. Lägst andel hade Region Sörmland. Där hade 84,1 procent av patienterna inte ett trycksår av grad 2–4 när de avled.

Figur 12. Region. Frånvaro av trycksår hos avlidna
Andel patienter som inte hade trycksår av grad 2-4 när de avled. Redovisat uppdelat per region år 2025.

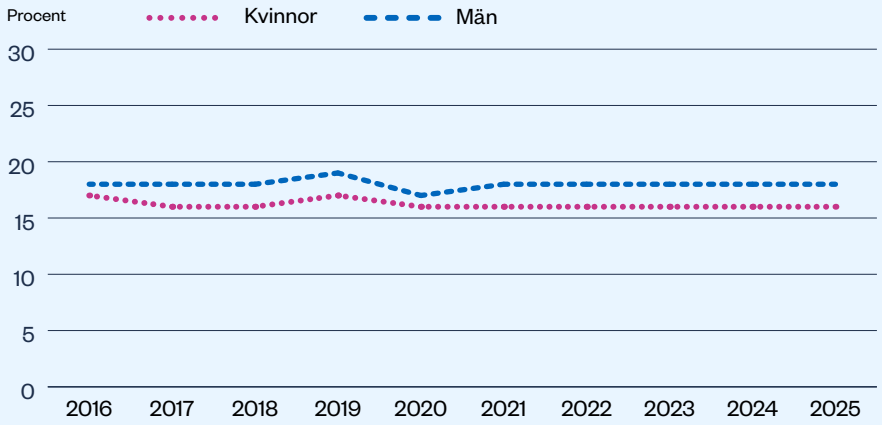


Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar

Indikatorn ska belysa alltför tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via regionernas öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräckligt samordnad. Därtill kan tillgängliga resurser och medicinsk kvalitet i såväl slutenvården som det fortsatta omhändertagandet påverka utfallet. Indikatorns diagnoser vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.[7]

Andelen oplanerade återinskrivningar har under tidsperioden 2016 till och med 2024, i stort sett, legat på samma nivå, vilket framgår av figur 13. Andelen vårdtillfällen för män 65 år och äldre där en oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar låg på 18 procent 2016 och andelen var samma år 2025. För kvinnor har andelen minskat från 17 procent 2016 till 16 procent 2025.

Figur 13. Riket. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar
Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar. Uppdelat på kvinnor och män. Redovisat för 2016 till 2025.

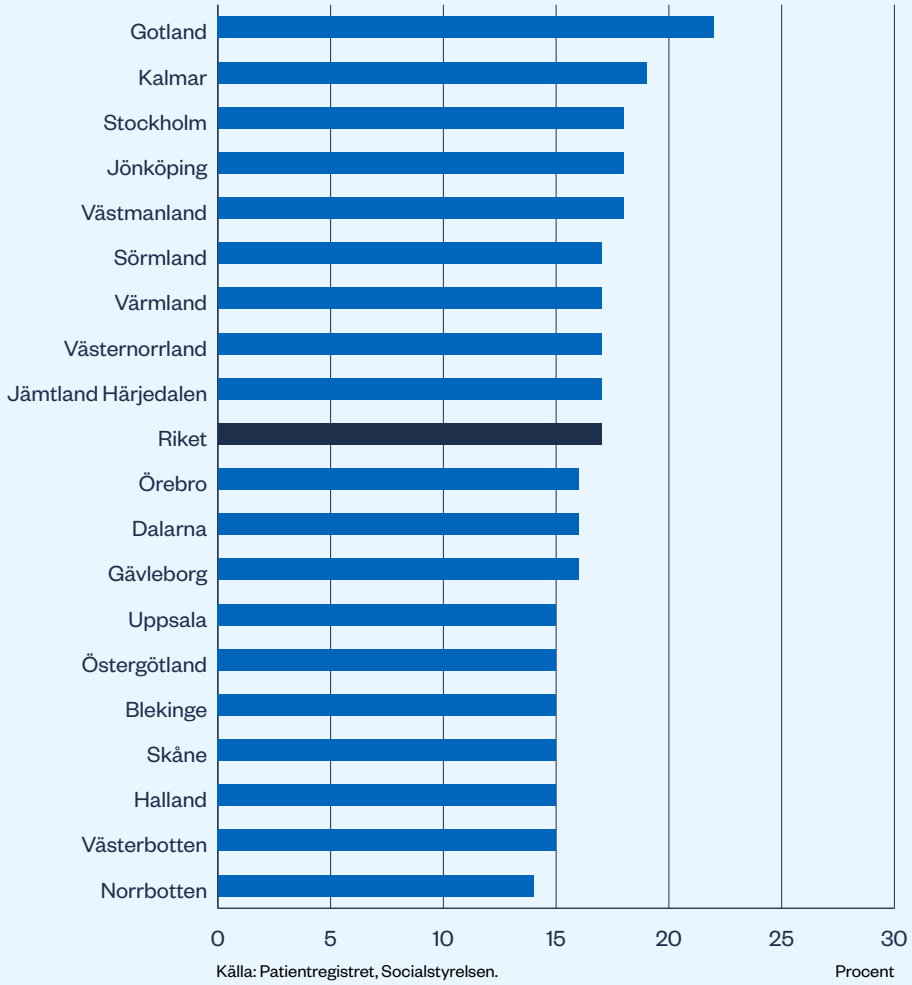


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

7 Socialstyrelsen. Oplanerade återinskrivningar bland äldre (hämtat 2026-08-23).

Andelen vårdtillfällen för kvinnor och män 65 år och äldre där en oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar var för riket 17 procent 2025, vilket framgår av figur 14. Det är förhållandevis små variationer mellan länen. Lägst andel hade Norrbotten där andelen oplanerade återinskrivningar låg på 14 procent. Gotland, med en andel på 22 procent, hade högst andel. På grund av Gotlands låga befolkningsantal kan regionens resultat variera mellan olika år.

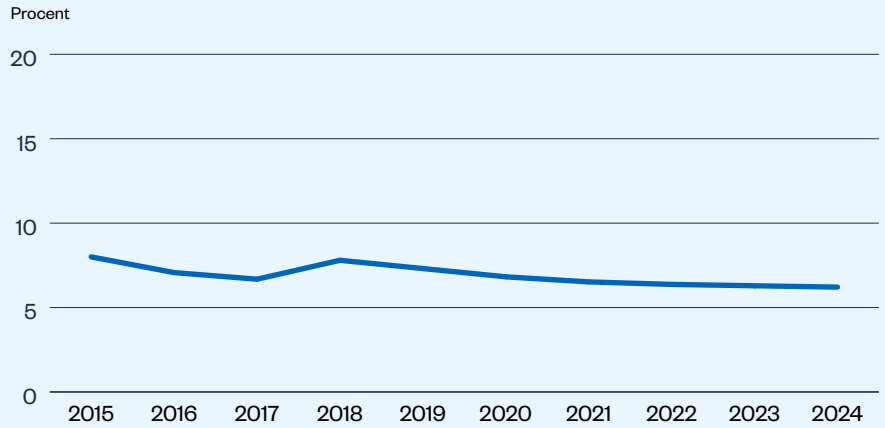
Figur 14. Län. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar
Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar. Uppdelat på region och riket. Redovisat för 2025.



Äldre med läkemedel som bör undvikas

Med stigande ålder påverkas kroppens upptagning av läkemedel. Läkemedel elimineras långsammare från kroppen vilken kan medföra höga nivåer och ökad risk för biverkningar. Läkemedelsbehandlingen av äldre kompliceras ytterligare av det faktum att de ofta har många olika preparat förskrivna.[8] Sedan 2015 har andelen äldre med läkemedel som bör undvikas minskat från 8 procent till 6,2 procent 2024, vilket framgår av figur 15.

Figur 15. Riket. Äldre med läkemedel som bör undvikas
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december. Redovisat för december 2015 till 2024.

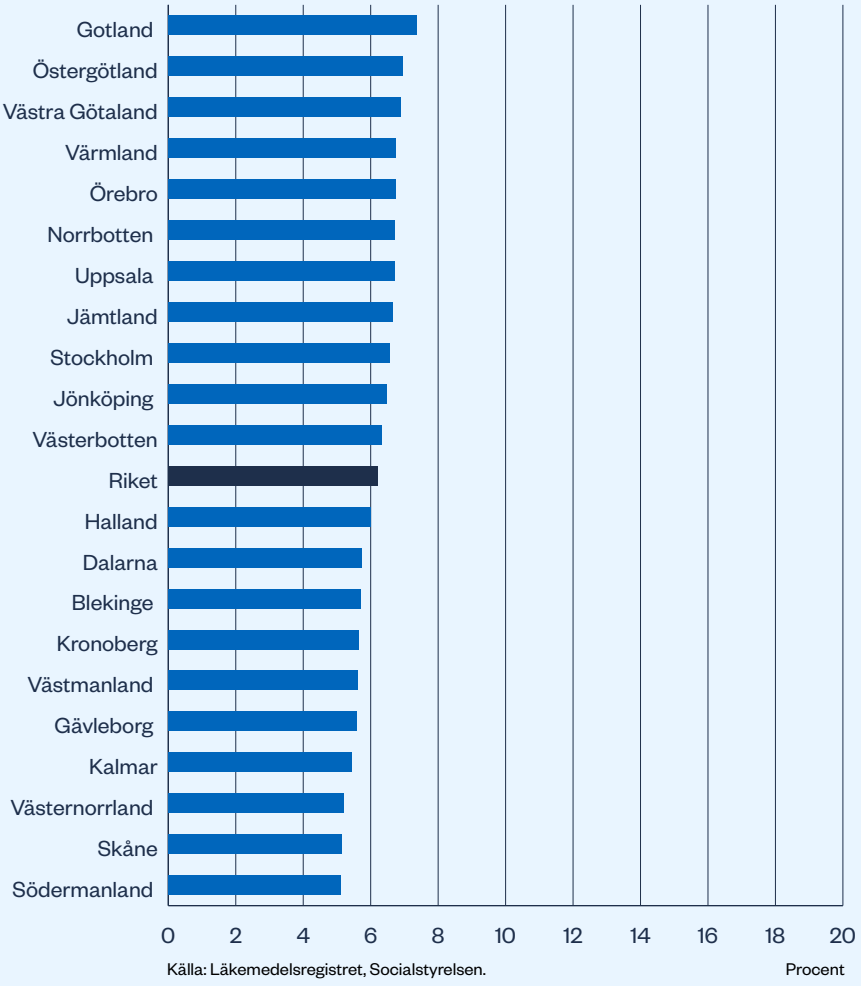


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

8 Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

I figur 16 framgår det att Södermanland har lägst andel äldre med läkemedel som bör undvikas. I länen hade 5,1 procent av personer 75 år och äldre sådana läkemedel. Det är när 2,3 procentenheter lägre jämfört med Gotland där nära 7,4 procent av de äldre hade läkemedel som bör undvikas.

Figur 16. Län. Äldre med läkemedel som bör undvikas
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december. Uppdelat på region och för riket. Redovisat för december 2024.

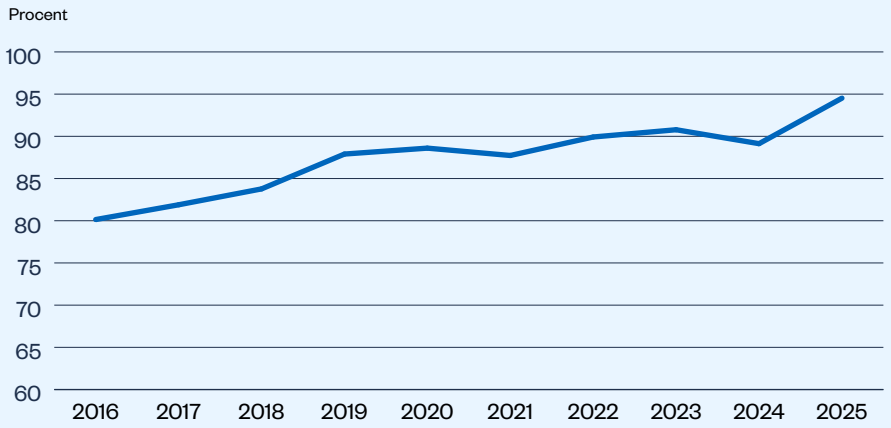


Anhörigstöd vid nydiagnostiserad demenssjukdom

Indikatorn visar andelen personer med demenssjukdom där anhöriga erbjudits stöd. Syftet med stödet är att uppmärksamma anhörigas behov. Stödet kan ges av den verksamhet som har ställt diagnosen eller av kommunerna. Stödet till anhöriga kan utgöras av stödsamtal, utbildning eller skriftlig information. Socialstyrelsen har satt målnivån till 95 procent.

Andelen anhöriga som erbjudits stöd har ökat från drygt 80 procent 2016 till 94,5 procent 2025, vilket framgår av figur 17. Det innebär att målnivån nära på är nådd.

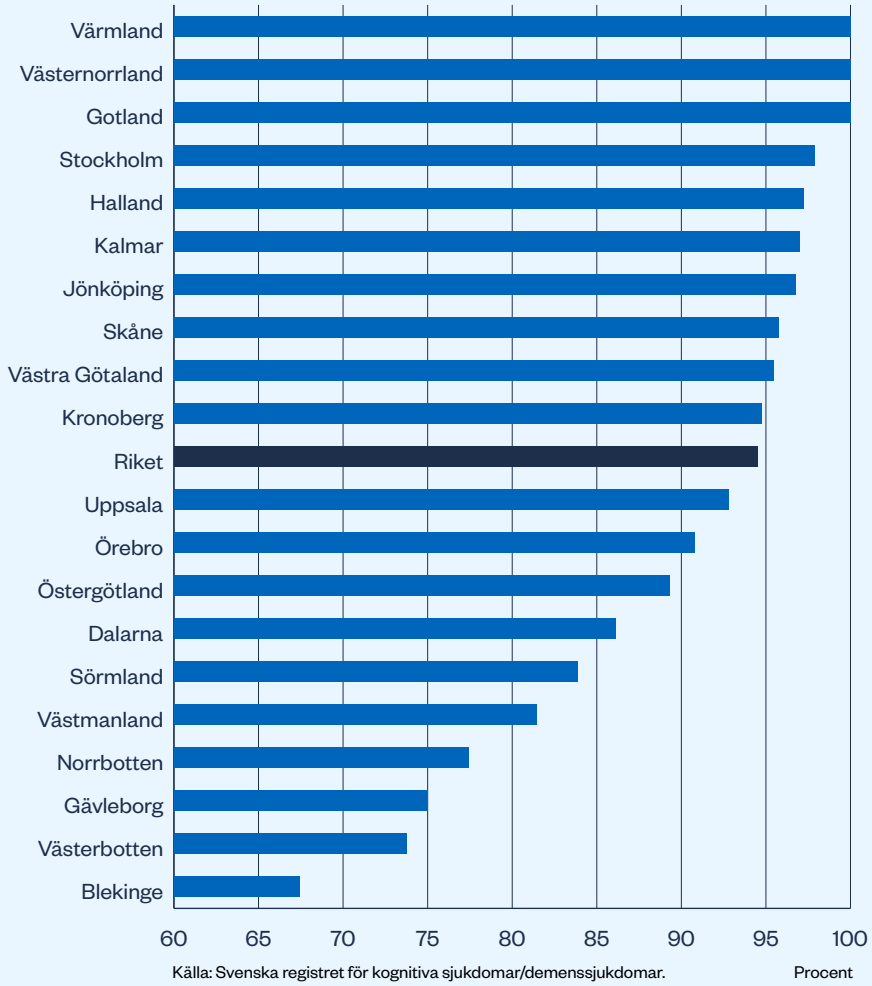
Figur 17. Riket. Anhörigstöd i samband med nydiagnostiserad demenssjukdom
Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom där anhörigstöd erbjudits/initierats inom specialiserad vård. Redovisat för riket 2016 till och med 2025.



Källa: Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar.

Nio regioner uppnådde målnivå 2025, vilket framgår av figur 18. I Region Gotland, Region Västernorrland och Region Värmland låg andelen på 100 procent. Region Blekinge hade lägst och drygt 67 procent av anhöriga till personer med nydiagnostiserad demens erbjöds stöd.

Figur 18. Anhörigstöd i samband med nydiagnostiserad demenssjukdom
Andelen personer med nydiagnostiserad demenssjukdom där anhörigstöd erbjudits/initierats inom specialiserad vård. Redovisat per region år 2026.



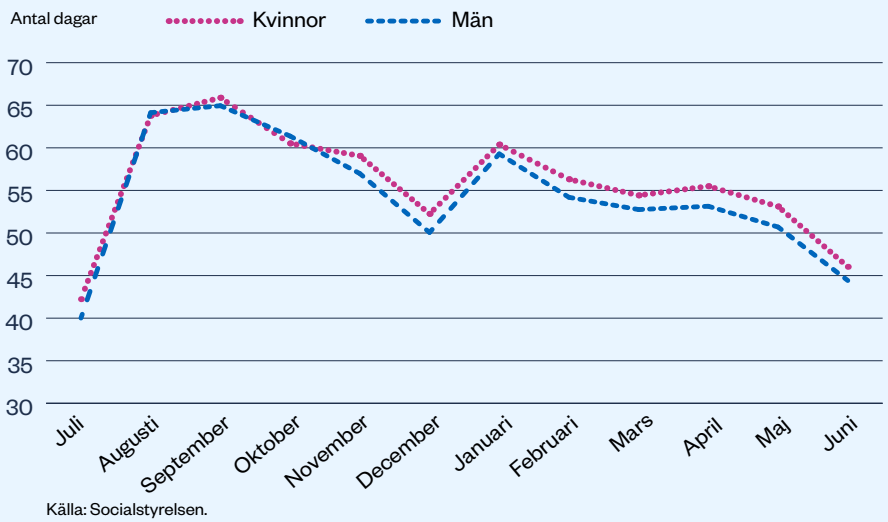
Källa: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar.

Väntetider till behandling i specialiserad vård

Den data över väntetider som finns tillgänglig har brister. Det eftersom ansvaret för statistiken gått över från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) till Socialstyrelsen. Det påverkar statistiken genom att längre tidsserier inte finns tillgängliga. Därutöver arbetar Socialstyrelsen fortfarande med att utveckla statistiken och det medför att statistikinnehåll fortfarande kan tillkomma eller tas bort innehåll under en tid framöver.[9]

Medelväntetiden i antal dagar till behandling i specialiserad vård fluktuerar över året månader, vilket framgår av figur 19. Variationen för väntetiden kan bero på personalens semesterperioder, vilket ökar väntetiderna. Därutöver påverkas väntetiderna av storhelger som jul och nyår eftersom färre söker sig till vården, vilket ses genom att antalet besök minskar. Det är ingen nämnvärd skillnad i väntetid mellan kvinnor och män. Medelväntetiden i antal dagar var i juni för män 44,42 dagar. För kvinnor låg väntetiden i antal dagar för samma månad 46,03.

Figur 19. Riket. Väntetider till behandling i specialiserad vård
Väntetider till behandling i specialiserad vård. Medelvärde för väntetiden i antal dagar. Redovisat för juli 2025 till och med juni 2026. Uppdelat för kvinnor och män.

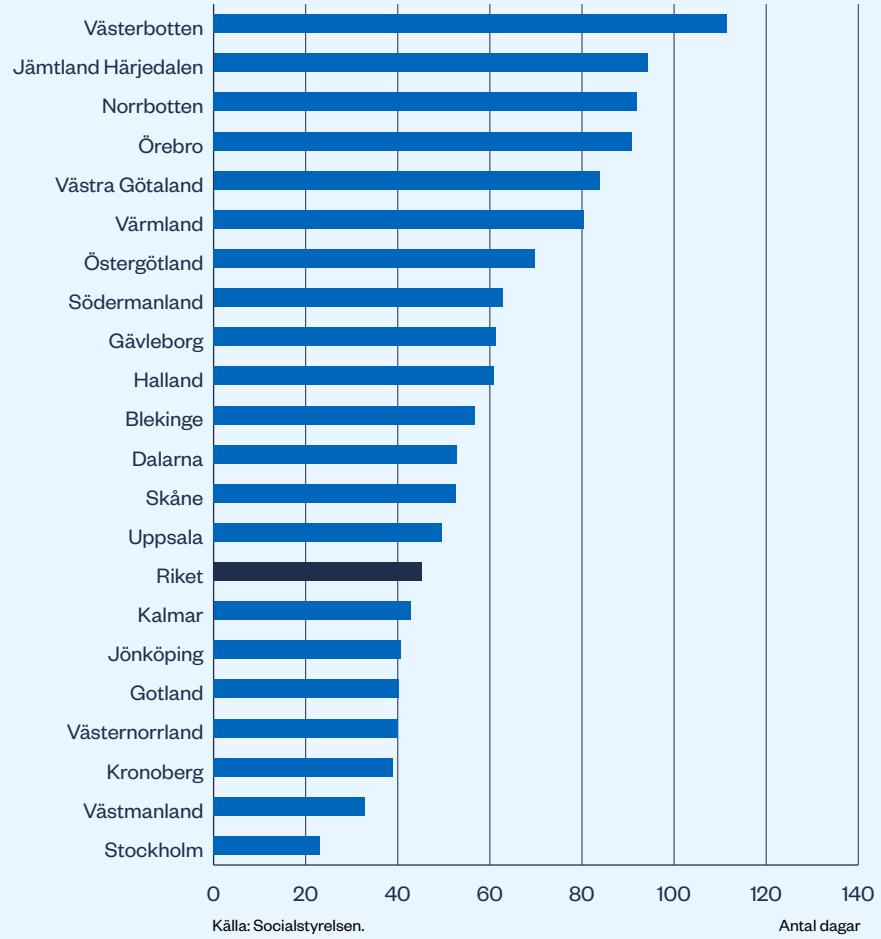


Källa: Socialstyrelsen.

9 Socialstyrelsen. https://sdb.socialstyrelsen.se/vantetider-specialiserad-vard/ (hämtat 2026-08-23).

Väntetiden till behandling i specialiserad slutenvård varierade stort mellan regionerna juni 2026, vilket framgår av figur 20. Väntetiden var i Västerbotten 111,57 dagar, vilket var den längsta väntetiden bland regionerna. Kortast väntetid hade Stockholm. Väntetiden i den regionen låg på 23,2 dagar. Väntetiderna kan påverkas genom skillnader i kompetensförsörjningen samt genom nivån av sjukfrånvaron.

Figur 20. Region. Väntetider till behandling i specialiserad vård
Väntetider till behandling i specialiserad vård. Medelvärde för väntetiden i antal dagar. Redovisat för juni 2026. Uppdelat per region och för riket.

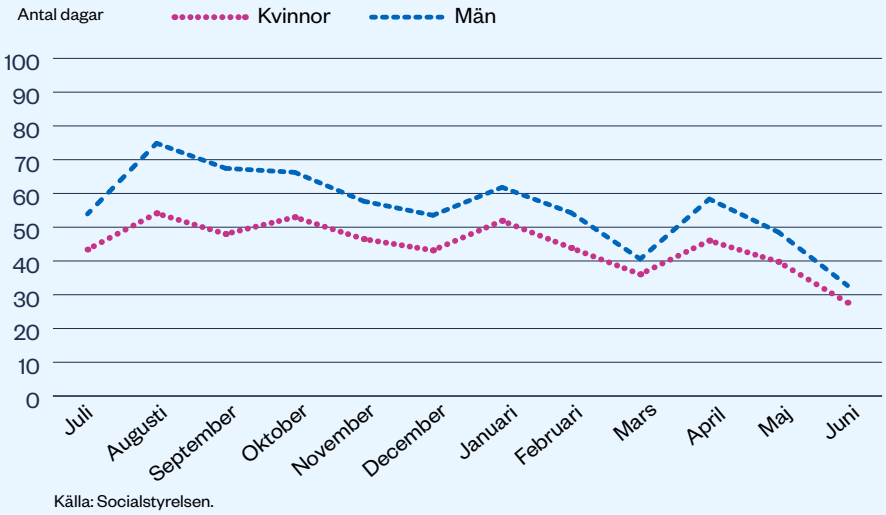


Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrin

Indikatorn visar väntetid till första besök till barn- och ungdomspsykiatrin i medelvärde i antal dagar. Från år 2011 finns en målsättning som är överenskommen mellan regeringen och SKR om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatrin. Den innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling.

Väntetid i dagar avseende första besök till barn- och ungdomspsykiatrin har minskat över hela landet mellan juli 2025 och juni 2026, vilket framgår av figur 21. Väntetiden för pojkar har minskat från 53,91 dagar till 32,72 dagar. Väntetiden för flickor har minskat från 43,38 dagar till 27,63 dagar.

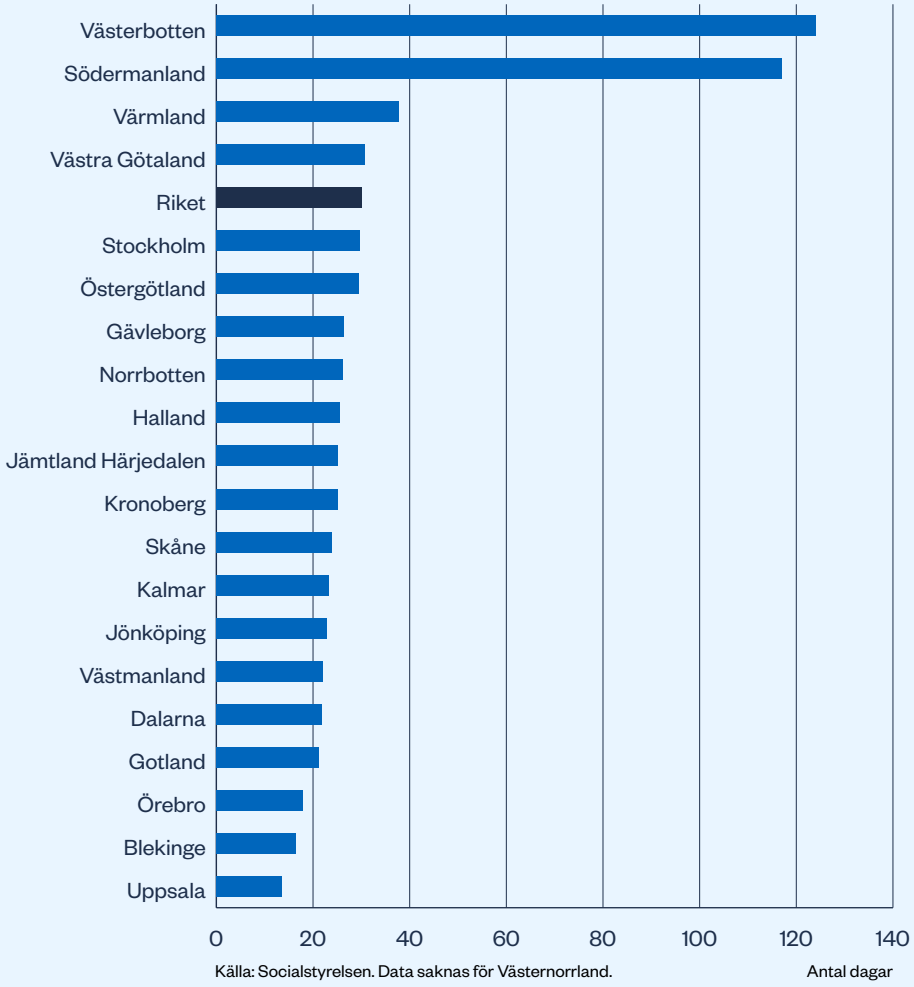
Figur 21. Riket. Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrin
Väntetid avseende första besök till barn- och ungdomspsykiatrin. Medelvärde i antal dagar för väntetiden. Redovisas juli 2025 till och med juni 2026. Uppdelat för kvinnor och män.



Källa: Socialstyrelsen.

Väntetiden till ett första besök inom barn- och ungdomspsykiatrin varierar mellan regionerna, vilket framgår av figur 22. Måttet visar det genomsnittliga antalet dagar som patienter får vänta från remiss eller kontakt till sitt första besök. Skillnaderna kan till exempel bero på kompetensförsörjningen och personalens sjukfrånvaro. Skillnaderna mellan regionerna med längst väntetid, Västerbotten och Sörmland, och övriga regioner är dock så stora att det går att misstänka att det finns avvikelser i statistiken, exempelvis att regionerna tillämpar definitioner och registreringsrutiner på olika sätt. I juni 2026 var väntetiden längst i Västerbotten (124 dagar) och Sörmland (117 dagar). Kortast väntetid hade Region Uppsala med 13 dagar.

Figur 22. Region. Väntetider till barn- och ungdomspsykiatrin
Väntetid avseende första besök till barn- och ungdomspsykiatrin. Medelvärde i antal dagar för väntetiden. Redovisas per region och riket för juni 2026.

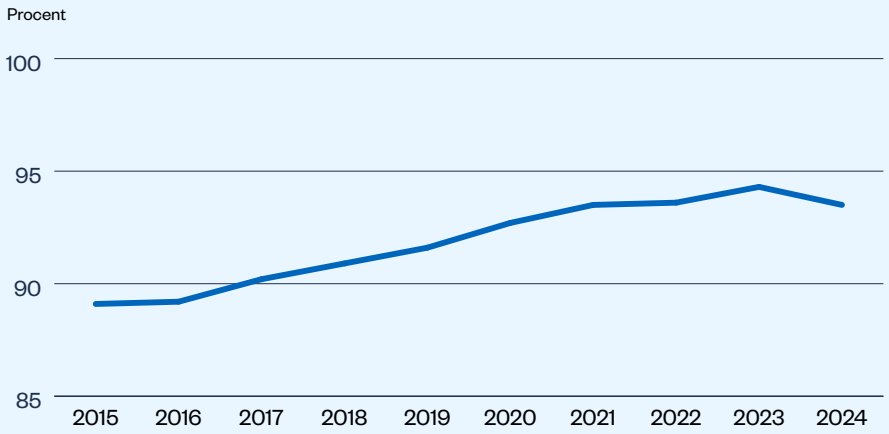


Källa: Socialstyrelsen. Data saknas för Västernorrland.

Tidig inskrivning i mödrahälsovård

Det är positivt med en hög andel som tidig inskrivning i mödrahälsovården. För riket har andelen med tidig inskrivning i mödrahälsovården ökat från 89,1 procent 2015 till 93,5 procent 2024, vilket framgår av figur 23.

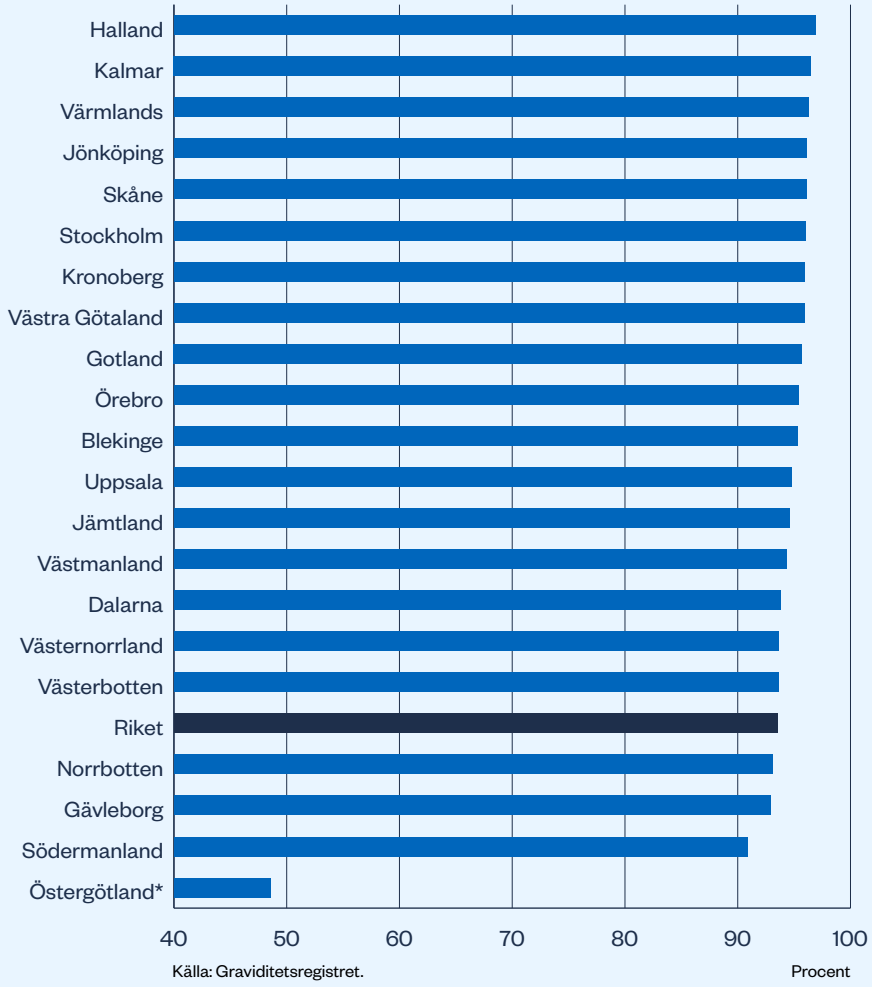
Figur 23. Riket. Tidig inskrivning i mödrahälsovård
Andel med tidig inskrivning vid mödrahälsovården. Redovisat för åren 2015 till 2024.



Källa: Graviditetsregistret.

Figur 24 visar att Östergötland har en betydligt lägre andel än övriga. Det bör bero på lägre registreringsgrad i den aktuella regionen. Samtliga övriga regioner har en andel på över 90 procent. Halland har högst andel med 96,9 procent medan Södermanland har lägst andel med 90,9 procent.

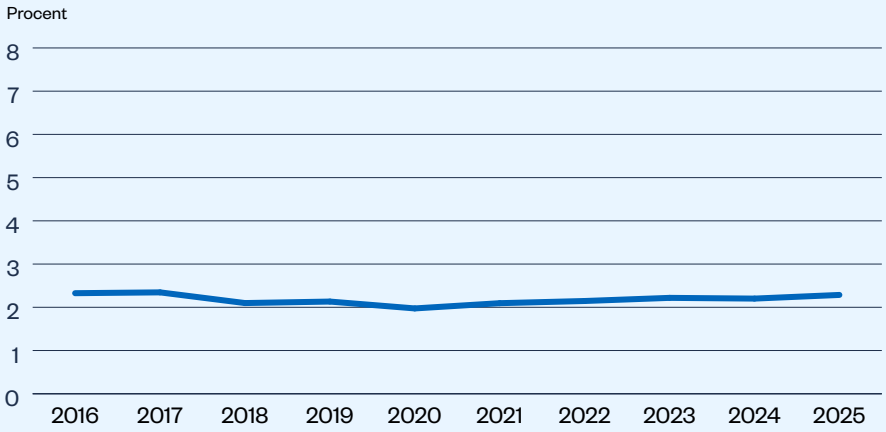
Figur 24. Län. Tidig inskrivning i mödrahälsovård
Andel med tidig inskrivning vid mödrahälsovården. Uppdelat på län och för riket. Redovisat för 2024.



Bristningar vid icke instrumentell förlossning

Tredje gradens bristning omfattar muskler i bäckenbotten och i ändtarmens slutmuskel. Fjärde gradens bristning involverar även tarmens slemhinna. Andel kvinnor som fått tredje eller fjärde gradens bristning vid vaginal icke-instrumentell förlossning har legat relativt konstant under perioden 2016 till 2025, vilket framgår av figur 25. 2016 var andelen drygt 2,3 procent jämfört med nära 2,3 procent 2025.

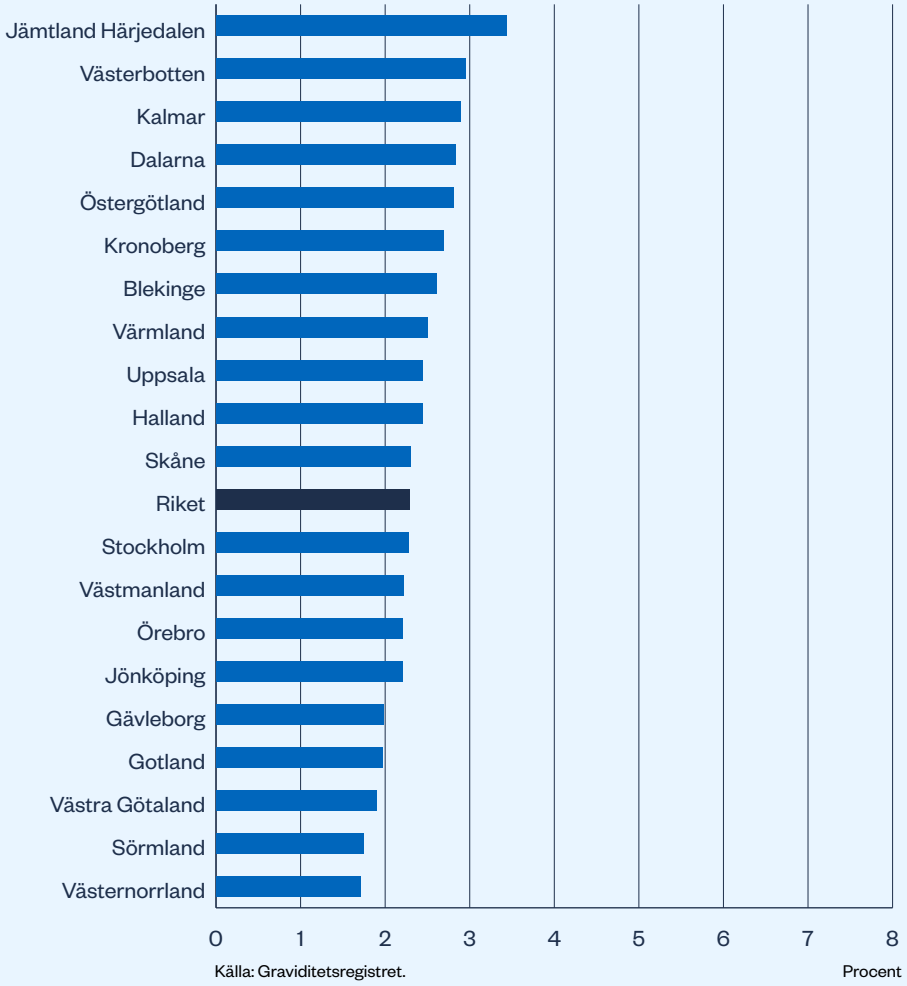
Figur 25. Riket. Bristningar vid icke-instrumentell förlossning
Andel kvinnor som fått tredje eller fjärde gradens bristning vid vaginal icke- instrumentell förlossning . Redovisat för 2016 till 2025.



Källa: Graviditetsregistret.

Det finns stora variationer mellan länen i andel kvinnor som fått tredje eller fjärde gradens bristningar vid vaginal icke-instrumentell förlossning, vilket framgår av figur 26. Lägst andel 2025 hade Västerkorrland med drygt 1,7 procent kvinnor som fått tredje eller fjärde gradens bristningar. Även Sörmland har en låg andel, 1,74 procent. Andelen för riket var nära 2,3 procent och högst andel hade Jämtland-Härjedalen med drygt 3,4 procent. Det är mer än dubbel så stor andel som Västernorrland.

Figur 26. Län. Bristningar vid icke instrumentell förlossning
Andel kvinnor som fått tredje eller fjärde gradens bristning vid vaginal icke instrumentell förlossning. Uppdelat på region och riket. Redovisat för 2025.



Källa: Graviditetsregistret.

Iakttagelser avseende Hälso- och sjukvårdens prestationer

Som tidigare beskrivits fastslås det i Budgetpropositionen för 2026[10] att målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.[11] Därutöver fastställs enligt hälso- och sjukvårdslagen[12] att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Av lagen framgår även att regioner har det övergripande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla som är bosatta inom regionen.

Ovanstående avsnitt visar att prestationerna i hälso- och sjukvården på systemnivå generellt sett är bra. Dessutom har prestationen generellt förbättrats över tid. Det visar sig bland annat genom att färre män avlider på grund av prostatacancer och genom att andelen primärvårdspatienter med diabetes som har ett blodtryck under 140/85 mmHg ökat och ligger nära Socialstyrelsens målnivå. Det är även positivt att andelen äldre med läkemedel som bör undvikas kontinuerligt har minskat över tid. Samtliga presenterade resultat speglar breda medicinska åtgärder och omvårdnadsinsatser där en rad olika personalkategorier bidrar.

Dessvärre framgår det även att det finns stora skillnader i prestationer kring de olika måtten mellan regioner och län, vilket även indikerar att hälso- och sjukvården inte är jämlik och att kvaliteten påverkas av vart i landet man bor. En mer jämlik hälso- och sjukvård är avgörande för att lagens intentioner ska uppfyllas och för att medborgarna fortsatt ska känna tilltro till den skattefinansierade vården.

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och patienternas väntetider har varit ett prioriterat politiskt område. Exempelvis genom statliga satsningar till regionerna i form av så kallade kömiljarder och prestationsbaserade statsbidrag. Givet den politiska prioriteringen borde den statistik som används för att följa upp vårdtider och vårdens tillgänglighet ha förbättrats avsevärt. I betänkandet Behovsstyrd vård SOU 2026:38 framgår att det välkänt att rapporteringen till databasen varierar mellan regioner och att det finns brister som påverkar kvaliteten och tillförlitligheten. Därutöver har Riksrevisionen rekommenderat regeringen att säkerställa att det finns nationell väntetidsstatistik av god kvalitet och täckningsgrad, vilken går att använda till analys och uppföljning[13]. Vårdförbundet delar bilden av att väntetidsstatistikens behöver förbättras. Därutöver anser Vårdförbundet att regeringen behöver följa upp och analysera väntetidsstatistikens kvalitet i samband med att Socialstyrelsen avslutat sitt arbete med att utveckla statistiken. Vårdförbundet vill även lyfta behovet av en generellt förbättrad kvalitet avseende nationella hälsodataregister. Förbundet vill även påtala att statistikansvariga myndigheter borde kunna redovisa

10 Prop. 2025/26:1. Budgetpropositionen för 2026 (2025).

11 Prop. 2025/26:1. Budgetpropositionen för 2026 (2025).

12 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

13 Riksrevisionen. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (2023).

och presentera statistiken på ett bättre och mer användarvänligt sätt. Exempelvis är uppgifterna från det senaste statistikåret 2018 i Socialstyrelsens jämförelseverktyg och för de indikatorer i verktyget som benämns ”indikatorer med regelbundna uppdateringar”.

Det kan konstateras att det är personalen som i huvudsak bedriver hälso- och sjukvård och som därmed står för de mycket goda resultaten i hälso- och sjukvården. Det krävs även ett ökat fokus på den personcentrerade vården och det förbyggande arbetet som är till gagn för patienten och som kan bidra till att minska belastningen på systemet i stort. Det krävs även tydliga prioriteringar som ska resurssättas utifrån rätt kompetens hos personalen.

Hälsoläget i befolkningen

Folkhälsa och prevention är två olika områden som påverkar hälsoläget i befolkningen och därigenom behovet av hälso- och sjukvård.

Flera faktorer påverkar folkhälsan, exempelvis miljögifter, inkomst- och utbildningsnivåer. En rad aktörer, såsom kommuner och regioner, har ansvar för att bidra till förbättrad folkhälsa, till exempel genom att erbjuda en förebyggande hälso- och sjukvård och omsorg. Området är därmed tvärsektoriellt, vilket innebär att det krävs samarbete mellan regioner och kommuner samt privata vårdgivare inom olika områden för att folkhälsan ska kunna förbättras. För att förbättra folkhälsan behöver även insatser ske som kan minska skillnader mellan olika grupper i samhället i fråga om sociala, ekonomiska och geografiska faktorer. På strukturell nivå påverkas folkhälsan av hälsans bestämningsfaktorer[14]. En del bestämningsfaktorer kan även påverkas genom politiska beslut. Det gäller exempelvis utbildning, sysselsättning och insatser som underlättar för individer att göra hälsosamma val. Hälsan påverkas även av faktorer som arv, kön och ålder.

Prevention består av olika insatser som avser förebygga ohälsa och sjukdomar i befolkningen. Begreppet kan delas upp i två delar. Primärprevention, som utgör förebyggande åtgärder vilka syftar till att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Ett exempel är åldersgränsen på tobaksinköp samt punktskatten på tobaksprodukter. Sekundärprevention är en förebyggande åtgärd för att förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska eller sociala problem. Sekundärprevention kan även vara en åtgärd som förhindrar återinsjuknande i tidigare sjukdom eller en åtgärd som förhindrar att latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställd sjukdom.[15]

De statistiska indikatorerna/måtten som redovisas i detta kapitel redovisar inrapporterade mått från vårdens verksamheter. Måtten åskådliggör resultat kan ligga till grund för beslutsfattares beslut och styrning av hälso- och sjukvården. Vidare anger måtten även till viss del hur hälso- och sjukvårdens resultat och måluppfyllnad ser ut.

I kapitlet Hälsoläget i befolkningen presenteras följande indikatorer/mått:

- Befolkningens medelålder
- Andel 80 år och äldre i befolkningen
- Fallskador bland personer 80 år och äldre
- Förväntad återstående livslängd
- Suicid
- Självskattat allmänt hälsotillstånd
- Självskattad psykisk hälsa

14 Dahlgren och Whitehead (1991).

15 Socialstyrelsen. Termbank, sökord "Prevention".

- Andel nyfödda 2024 i relation till 2015
- Alkoholrelaterad dödlighet
- Läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Gällande regelverk – Hälsoläget i befolkningen

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) ger ett tydligt stöd för ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt inom vården. Enligt 3 kap. 2 § HSL, är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare anges i 3 kap. 2 c § HSL att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Det förebyggande arbetet är därmed en grundläggande och integrerad del av hälso- och sjukvårdens uppdrag och inte enbart ett komplement till diagnostik, behandling och rehabilitering.

Omställningen till en god och nära vård är en reform av hela hälso- och sjukvårdssystemet som inleddes 2017 och som beslutades av riksdagen 2019 inom ramen för primärvårdsreformen[16]. Syftet är att skapa ett mer personcentrerat, samordnat och hållbart hälso- och sjukvårdssystem som bättre kan möta befolkningens behov. Omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården, men primärvården ska vara navet i systemet och utgöra den första vårdnivån för de flesta patienter. En grundläggande utgångspunkt för omställningen till god och nära vård är personcentrering. Regeringen beskriver omställningen som en förändring där vården i högre grad ska organiseras utifrån patientens behov och förutsättningar. Målet är en mer sammanhållen, samordnad och tillgänglig vård där patienten ges förutsättningar att vara delaktig och där kontinuitet och långsiktiga vårdrelationer stärks[17]. Som ett led i omställningen till god och nära vård förtydligas från den 1 juli 2026 primärvårdens grunduppdrag i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Lagändringen innebär att det uttryckligen framgår att primärvården ska tillgodose såväl fysiska som psykiska vårdbehov. Regeringen betonar därmed att psykisk hälsa är en integrerad del av hälso- och sjukvårdens uppdrag och att patienter ska kunna få stöd, bedömning och behandling för både fysisk och psykisk ohälsa inom primärvården.

Regeringen konstaterar i propositionen Nästa steg för en god och nära vård (prop. 2025/26:19) att omställningens mål inte kan uppnås utan en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård. Mot denna bakgrund införs en ny bestämmelse i HSL om att en medicinsk bedömning av sjuksköterska[18] vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet, vilken trädde i kraft den 1 juli 2026. Förslaget syftar till att stärka patientens tillgång till vård, öka kontinuiteten och säkerställa att vårdbehov kan bedömas och hanteras nära patienten, även utanför sjukhusen. Enligt nyssnämnda proposition är samverkan mellan kommuner och regioner en central förutsättning för att nå målen med omställningen till

16 Prop. 2019:20/164. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.

17 Prop. 2025/26:19. Nästa steg för en god och nära vård.

18 12 kap. 1 eller 2 §§ HSL.

god och nära vård. Regeringen bedömer att en nära, samordnad och personcentrerad vård förutsätter att huvudmännen samverkar i såväl planering som utveckling av verksamheterna. Mot denna bakgrund införs från den 1 juli 2026 ett förtydligat krav i HSL om samverkan mellan regioner och kommuner.

Beskrivande statistik – Hälsoläget i befolkningen

I avsnittet presenteras mått och indikatorer vilka syftar till att övergripande beskriva hälsoläget i befolkningen. Det innebär att statistiken beskriver områden, diagnoser eller yttre orsaker vilka inkluderar stora befolkningsgrupper eller vanliga diagnoser. Indikatorerna och måtten kan även beskriva resurskrävande områden, diagnoser eller tillstånd.

Befolkningens medelålder

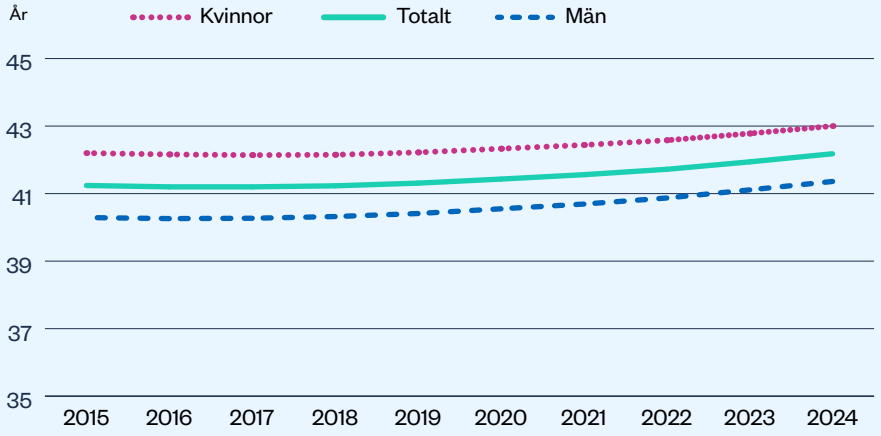
Befolkningens medelålder påverkar såväl folkhälsan som efterfrågan på hälso- och sjukvård. En ökad medellivslängd och en växande andel äldre medför ofta ett större behov av vård- och omsorgsinsatser. Samtidigt innebär lägre födelsetal att färre personer förväntas befinna sig i arbetsför ålder i relation till antalet äldre, vilket på sikt kan leda till både minskade skatteintäkter och ökade utmaningar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvård och omsorg. Medellivslängd är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Den kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdsstater lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och sjukvården bidrar till en ökad livslängd för befolkningen genom förebyggande arbete och behandling.

Den medicinska utvecklingen har avsevärt förbättrat möjligheterna att behandla och bota många medicinska tillstånd. Tillsammans med den demografiska utvecklingen att människor lever längre har detta förändrat människors behov av hälso- och sjukvård. Allt fler människor lever i dag med kroniska sjukdomar och har behov av vårdinsatser som sträcker sig över lång tid och med stöd av många olika kompetenser inom hälso- och sjukvården. Rehabilitering och habilitering, som tidigare rörde mindre grupper, är nu en del av många patienters vårdprocesser. Psykisk ohälsa i befolkningen är ytterligare ett exempel som tidigare var mindre beskrivet eller mindre vanligt förekommande.[19]

19 Prop. 2025/26:19.

Av figur 27 framgår att medelåldern i Sverige kontinuerligt har ökat mellan åren 2015–2024. Kvinnors medelålder har ökat från 42,2 år till 43 år. Mäns ökning har varit större men deras medelålder är fortfarande längre än kvinnors. Mäns medelålder har ökat från nära 40,29 år till 41,36 år.

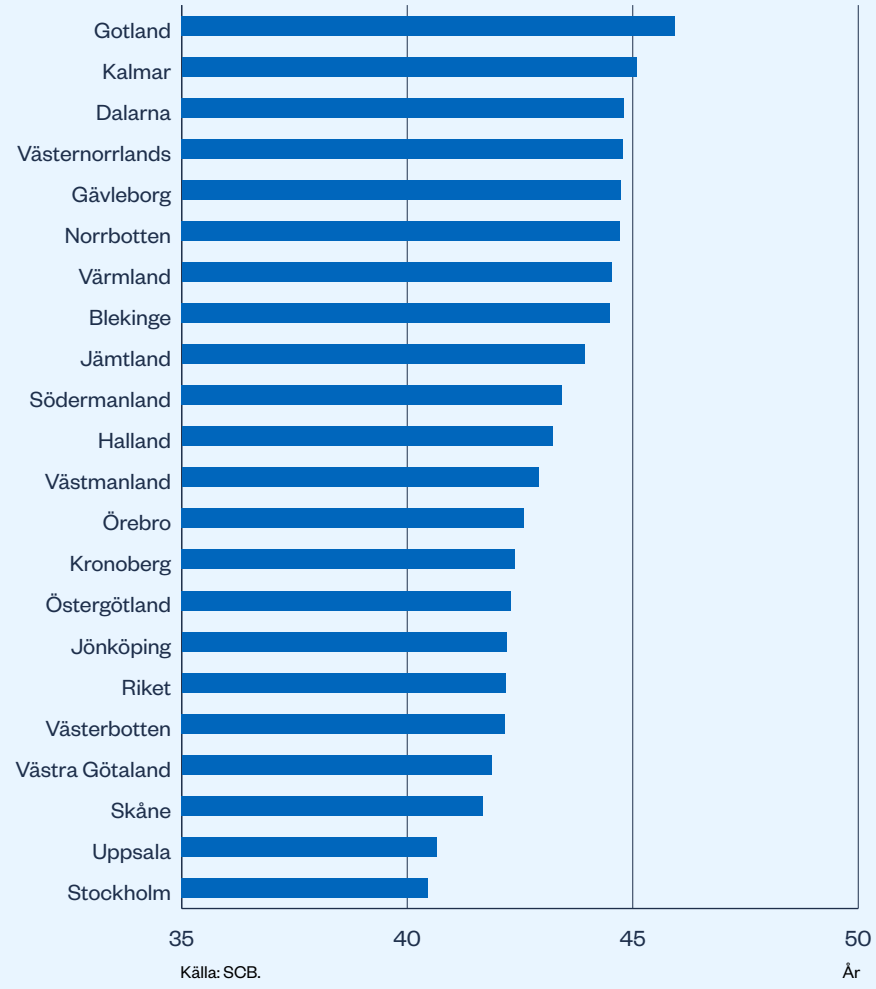
Figur 27. Riket. Befolkningens medelålder
Befolkningens medelålder. Redovisat för kvinnor, män och totalt för åren 2015 t.o.m. 2024.



Källa: SCB.

Det är stora skillnader mellan befolkningens medelålder fördelat på län, vilket framgår av figur 28. För riket är den generella medelåldern (2024) 42,18 år. Stockholms län har lägst medelålder, 40,46 år. Gotland har högst medelålder, 45,94 år. Det är en skillnad i medelålder på nära 5,5 år. Figur 28 visar även att de tre största länen samt Uppsala och Västerbotten har lägst medelålder. Skillnaderna i medelålder påverkar förutsättningarna för hälso- och sjukvården. Län med en äldre befolkning har generellt större behov av vård- och omsorgsinsatser, samtidigt som en mindre andel av befolkningen befinner sig i arbetsför ålder. Det kan påverka både skatteunderlaget och möjligheterna till en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.

Figur 28. Län. Befolkningens medelålder
Befolkningens medelålder. Redovisat per län för år 2024.

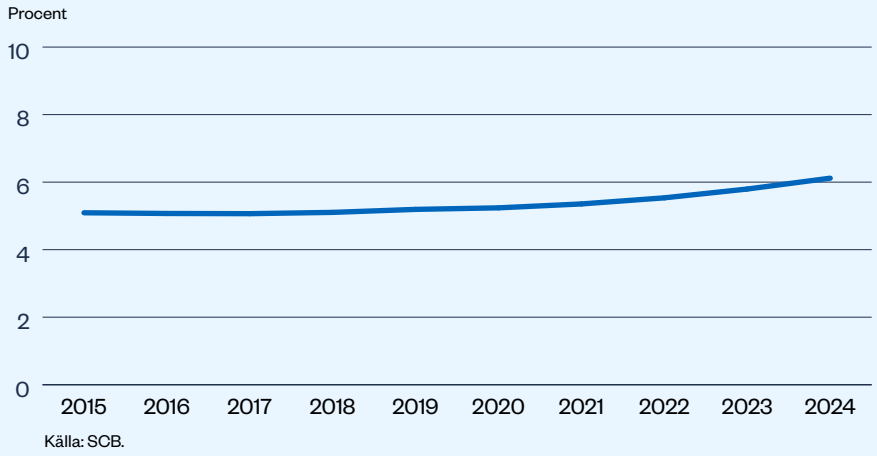


Andel 80 år och äldre i befolkningen

Andel äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet genom att denna grupp ofta har större hälso- och sjukvårdsbehov än yngre personer. Exempelvis genom att en större andel av de äldre har två eller fler kroniska sjukdomar. Hos personer 85 år och äldre har 80 procent minst två kroniska sjukdomar.[20] Andelen 80 år och äldre i befolkningen antas börja öka i snabb takt redan från år 2025 och år 2110 beräknas andelen kvinnor 80 år och äldre vara mer än dubbelt så stor som idag och för män tre gånger så stor.

Andelen 80 år och äldre i Sverige har mellan åren 2015 och 2024 ökat från 5,1 procent till 6,1 procent, vilket framgår av figur 29.

Figur 29. Riket. Andel 80 år och äldre
Andel personer i riket 80 år och äldre. Avser perioden 2015 till 2024.

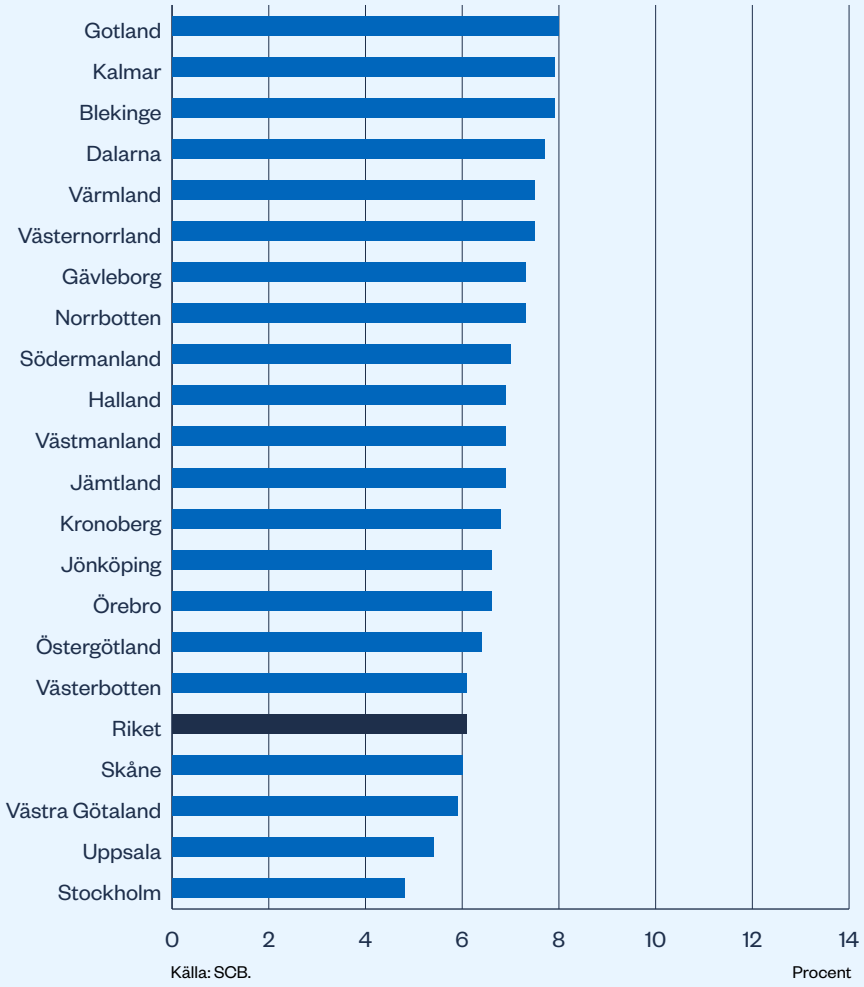


Källa: SCB.

20 SOU 2016:2. Effektiv vård.

I figur 30 framgår att andelen 80 år och äldre i länen är densamma som länens medelålder. Det är samma län som har lägst andel åttioåringar och äldre medan Gotland har högst andel. Stockholm har lägst andel, 4,8 procent. Det kan jämföras med Gotland där andelen 80 år och äldre är 8 procent. Skillnaden mellan Stockholm och Gotland är 3,2 procentenheter. I län med hög andel 80 år och äldre är behoven av hälso- och sjukvård sannolikt större än i län med en mindre andel. Län med en hög andel 80 år och äldre har färre som förvärvsarbetar vilket påverkar skatteintäkter och kompetensförsörjning. Många i gruppen 80 år och äldre har också insatser från äldreomsorgen.

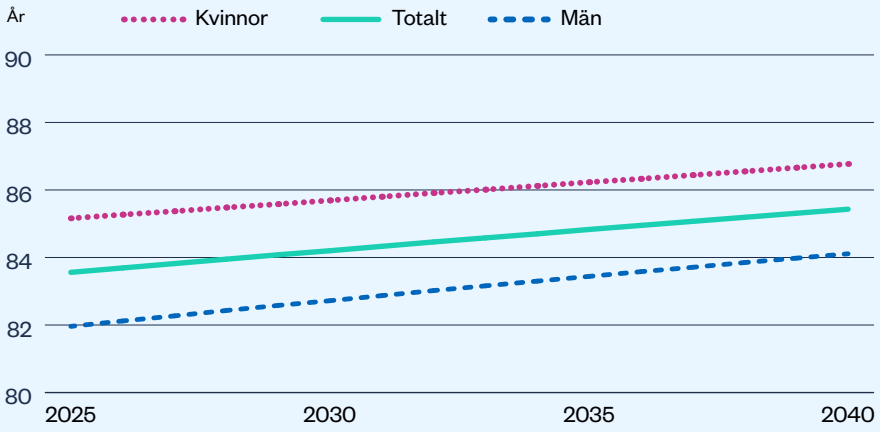
Figur 30. Län. Andel av befolkningen 80 år eller äldre
Andel av befolkningen som är 80 år eller äldre. Redovisat per län och för riket. Avser år 2024.



Förväntad återstående livslängd

Indikatorn visar återstående medellivslängd vid födelsen. Medellivslängd är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Den kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdsstater lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och sjukvården bidrar till en ökad livslängd för befolkningen genom förebyggande arbete och behandling. De senaste decennierna har den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (främst hjärtinfarkt och stroke) bidragit mest till ökningen. Förbättrade levnadsvanor (minskad rökning samt lägre blodfetter och längre blodtryck) samt bättre behandlings- och läkemedelsmetoder bidrar också till att färre insjuknar och dör i dessa sjukdomar. Sveriges befolkning beräknas över tid bli allt äldre. I figur 31 presenteras förväntad medellivslängd för 0-åringar 2025 till 2040. För män beräknas ökningen till 2,15 år och för kvinnor 1,61 år. För riket beräknas ökningen till 1,87 år.

Figur 31. Riket. Återstående livslängd för 0-åringar
Förväntad återstående livslängd för 0-åringar. Redvisat för riket, uppdelat på kvinnor, män och totalt. Redovisat för 2025 till och med 2040.

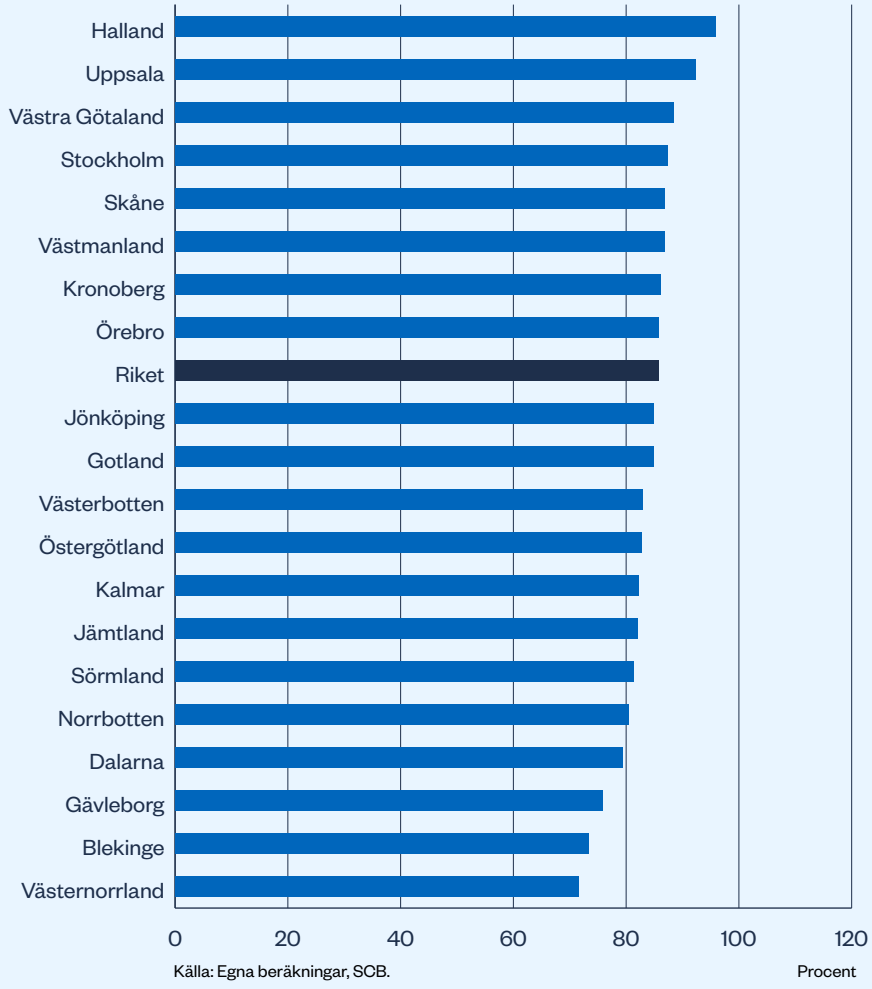


Källa: SCB.

Minskade födelsetal

Födelsetalen har minskat i samtliga län sedan 2015, vilket framgår av figur 32. Störst minskning återfinns i Västernorrland, där antalet nyfödda år 2024 var nära 28,5 procent lägre än 2015. Lägre födelsetal innebär att färre personer på sikt kommer att finnas i arbetsför ålder i relation till antalet äldre i befolkningen. Det kan påverka både kompetensförsörjningen och förutsättningarna att finansiera vård och omsorg. I figur 32 redovisas andel nyfödda på län år 2024 jämfört med år 2015. I alla län har födelsetalen minskat jämfört med 2015. Störst skillnad finns i Västernorrland med en minskning för året 2024 jämfört med 2025 på nära 28,5 procentenheter.

Figur 32. Län. Antal nyfödda 2024 i relation till 2015
Födelsetalen 2024 i andel av födelsetalen för 2015. Redovisat uppdelat på län.



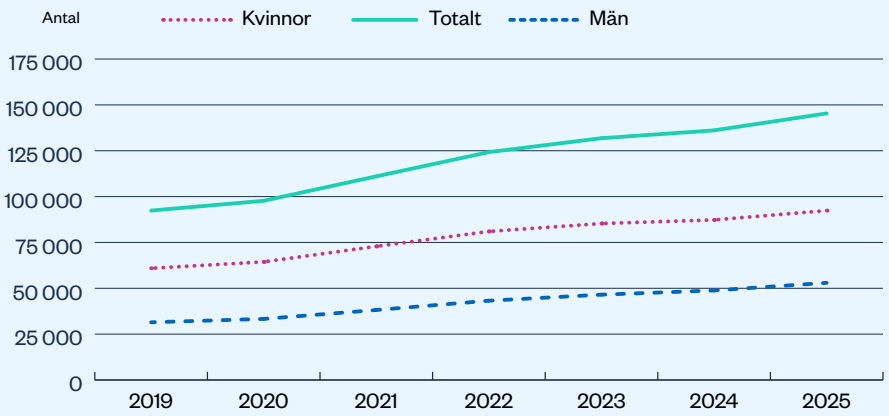
Källa: Egna beräkningar, SCB.

Vård och omsorgsbehov

Ökat antal personer med insatser från kommunal hälso- och sjukvård

Antal personer som har fått insatser från kommunal hälso- och sjukvård har ökat kontinuerligt sedan 2019, vilket framgår av figur 33. Totalt hade drygt 145 000 personer kommunal hälso- och sjukvård 2024, jämfört med nära 98 000 personer 2019. Detta innebär nästan en fördubbling av insatserna för den aktuella tiden.

Figur 33. Riket. Kommunal hälso- och sjukvård
Antal personer med minst en KVÅ-kod i kommunal hälso- och sjukvård 80 år eller äldre. Redovisat för kvinnor, män och totalt. Avser perioden september till december åren 2019 till 2025.



Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Uppskattningsvis lever 150 000 personer med en demensdiagnos i Sverige. Många av dessa personer har behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Trots detta får endast 45 procent av patienterna i primärvården en diagnos inom vårdgarantins 90 dagar.[21] Givet att befolkningens medelålder ökar samtidigt som andelen av befolkningen som är 80 år eller äldre ökar, är det troligt att antalet personer som lever med en demensdiagnos kommer att öka, vilket i sig även medför behov av ökade vårdinsatser för nämnda grupp.

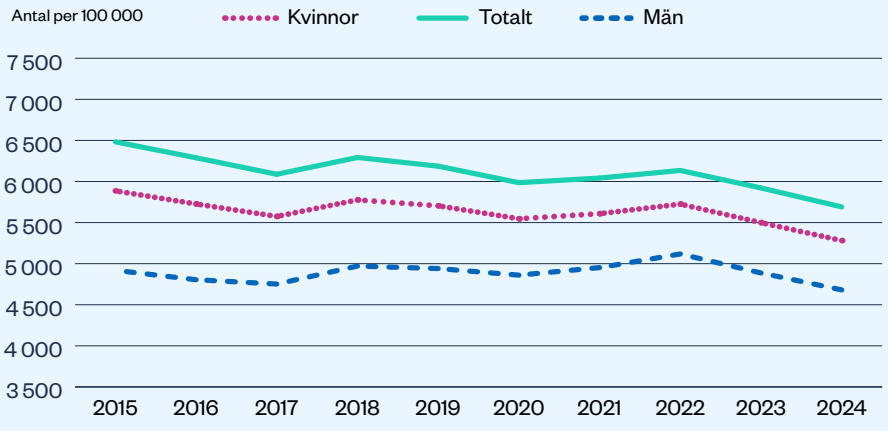
21 Socialstyrelsen. Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar (2025).

Fallskador bland personer 80 år och äldre

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, långvariga sjukdomstillstånd, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Socialstyrelsen gjorde sin senaste uppskattning av vad fallskador kostar kommuner och regioner 2020. Socialstyrelsen uppskattade då de totala kostnaderna för fallolyckor år till 11,6 miljarder kronor. Där ingår bland annat kostnader för slutenvård, öppenvård, rehabilitering, transport, omsorg (hemtjänst och särskilt boende) samt läkemedel och hjälpmedel. Dessutom ingår den vård som utförs av anhöriga.[22] Enligt Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) är fallskador den näst vanligast orsaken till död och funktionsnedsättning.[23]

Fler äldre kvinnor än män behöver slutenvård på grund av fallskador. Antal kvinnor och män per 100 000 invånare som vårdats i slutenvården p.g.a. fallskador har minskat under redovisningsperioden. Minskningen har varit större bland kvinnor. För kvinnor har antalet fallskador minskat från 6 482,5 år 2015 till 5 690,7 år 2024. 2015 slutenvårdades 4 918,9 män för en fallskada jämfört med 4 680,5 år 2024, vilket framgår av figur 34.

Figur 34. Riket. Fallskador
Antal patienter per 100 000 invånare som vårdats i slutevården p.g.a. fallskador (W00–W19).
Avser personer 80 år och äldre, redovisat uppdalet på kvinnor, män och totalt.
Avser perioden 2015 till 2024. Åldersstandardiserat.



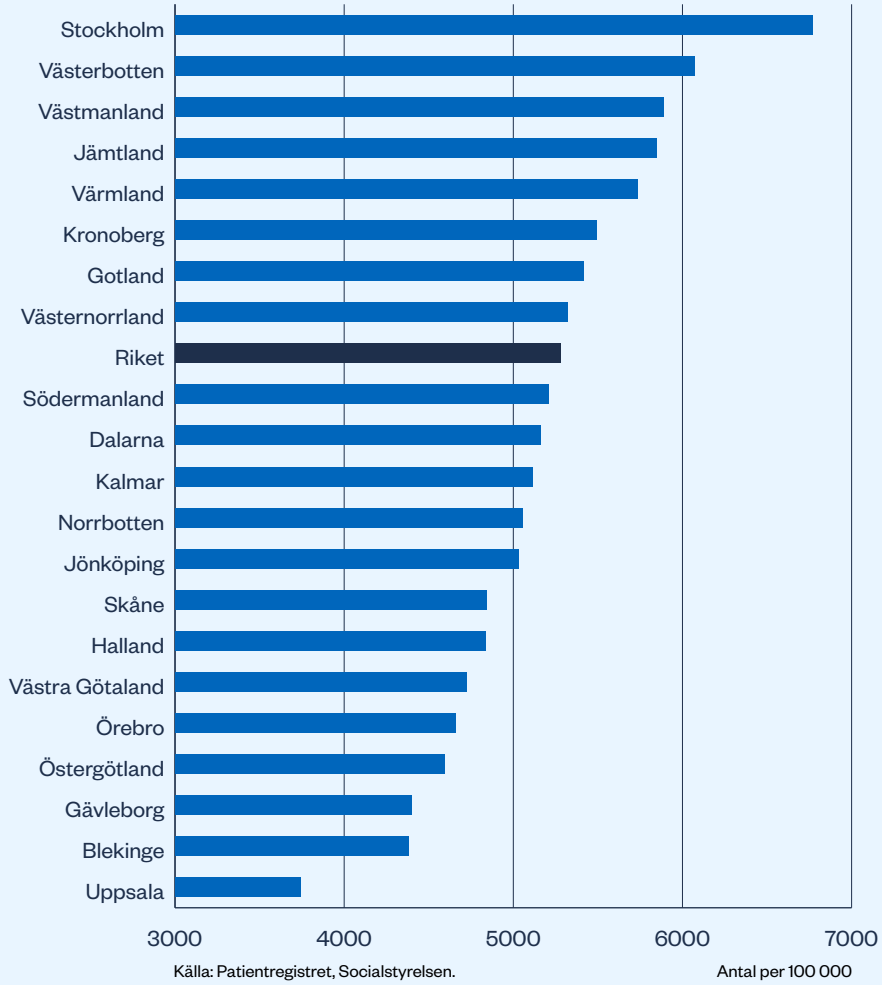
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

22 Socialstyrelsen. Fallprevention en kostnadseffektiv åtgärd? (2022)

23 . Institute for Health Metrics and Evaluation Sweden (hämtat 2026-04-15).

Mellan länen varierar antalet personer 80 år och äldre som slutenvårdats pga. fallskada stort, vilket framgår av figur 35. Uppsala var det län som hade lägst antal slutenvårdade med 3743,2 personer 80 år och äldre 2024. Det kan jämföras med Stockholm med ett antal på 6768,2 personer. Skillnaderna mellan länen i antalet fallskador påverkar belastningen på respektive läns hälso- och sjukvård och ökar även behoven av insatser vilket påverkar även personalen.

Figur 35. Län. Fallskador
Antal patienter per 100 000 som vårdats för fallskador (W00-W19). Avser personer 80 år och äldre. Redovisat uppdelat på län och riket för år 2024. Åldersstandardiserat.

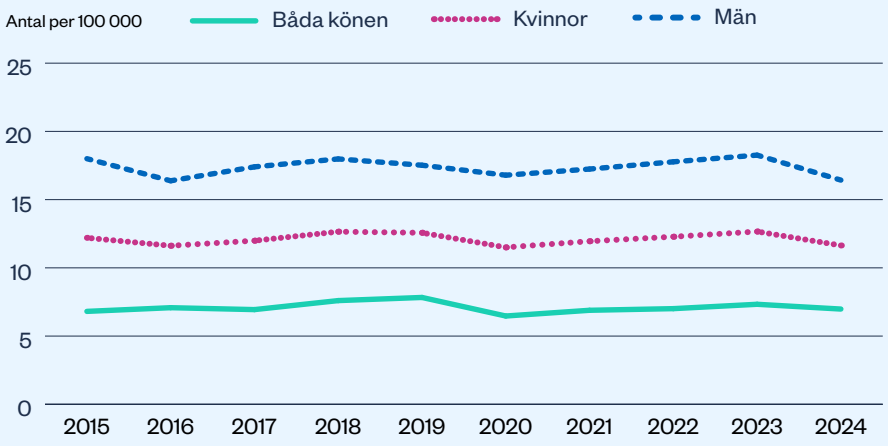


Suicid

Suicid behöver inte orsakas av psykisk ohälsa. Däremot kan det finnas ett samband mellan suicid och psykisk ohälsa eftersom psykisk sjukdom är en riskfaktor. Även samsjuklighet, det vill säga en kombination av beroendesjukdom och andra psykiatriska diagnoser, ökar risken för suicid. Därutöver kan felaktig behandling, bristande följsamhet till behandling eller överdos av läkemedel för psykisk ohälsa också öka risken för suicid. För att förebygga suicid behövs insatser som främjar psykisk hälsa. Därutöver behöver insatserna sättas in tidigt och vara individuellt anpassade.[24]

Av figur 36 framgår att antalet avlidna av suicid per 100 000 invånare ungefär ligger på samma antal under perioden 2015–2024. För män låg antalet suicid för år 2024 på 16,43, jämfört med 6,98 bland kvinnor.

Figur 36. Riket. Suicid
Antal avlidna per 100 000 invånare genom avsiktlig självdestruktiv handling (X60-X84). Åldersstandardiserat enligt medelbefolkning 2024. Redovisat för kvinnor, män och totalt för åren 2015 t.o.m. 2024.

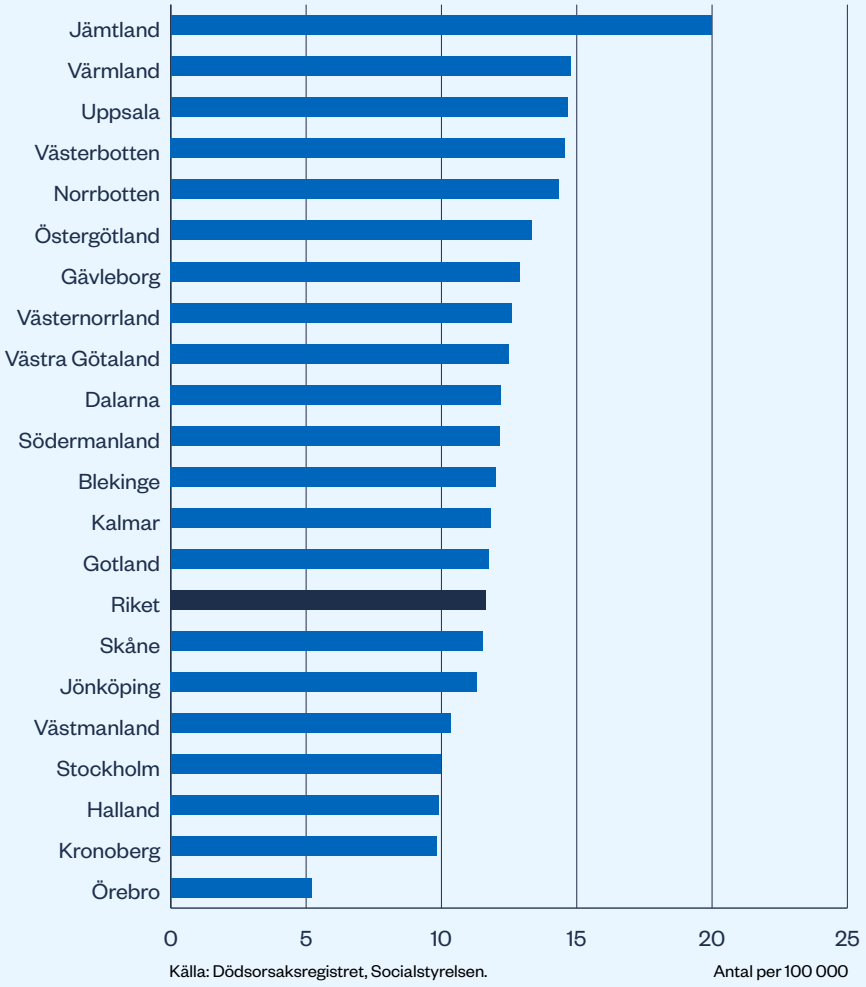


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

24 Folkhälsomyndigheten. Om suicid (hämtat 2026-04-25).

Det är stora skillnader i antal suicid per 100 000 invånare mellan länen, vilket framgår av figur 37. Lägst antal har Örebro, 5,19 suicid per 100 000 invånare. Det kan jämföras med Jämtland med 19,97 suicid per 100 000 invånare.

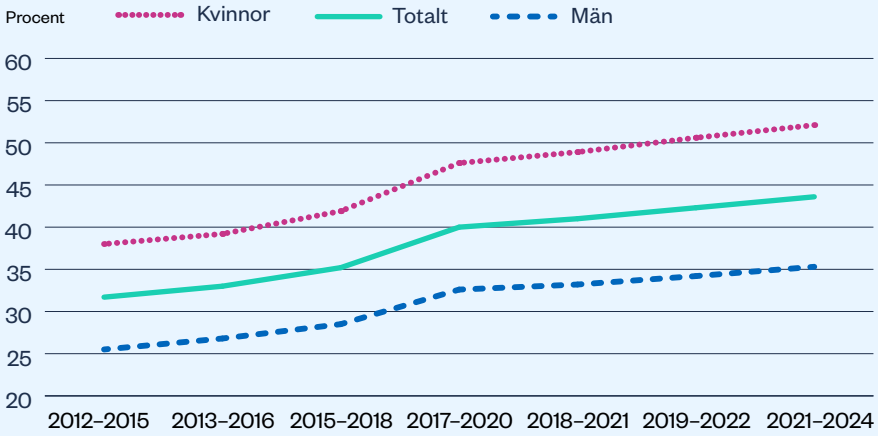
Figur 37. Län. Suicid
Antal avlidna per 100 000 invånare genom avsiktlig självdestruktiv handling (X60-X84). Åldersstandardiserat enligt medelbefolkning 2024. Redovisat uppdelat på län och riket för år 2024.



Självskattad psykisk hälsa

Andelen kvinnor och män som uppger sig ha besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat under redovisningsperioden, vilket framgår av figur 38. En större andel kvinnor uppger sig ha besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med män. 2012–2015 uppgav 38 procent av kvinnorna att de hade besvär, vilket kan jämföras med 52,1 procent för åren 2021–2024. Det innebär att ökning på 14,1 procentenheter under redovisningsperioden, vilket måste ses som en oroande förändring. Det har även skett en ökning under perioden bland män på 9,8 procentenheter. 2012–2015 uppgav 25,5 procent av männen att de hade besvär, jämfört med 52,1 år 2021–2024, vilket är nära en fördubbling.

Figur 38. Riket. Psykisk hälsa
Andel personer som uppger sig ha besvär av ängslan, oro eller ångest. Redovisat uppdelat på kvinnor, män och totalt. Glidande treårsmedelvärden.

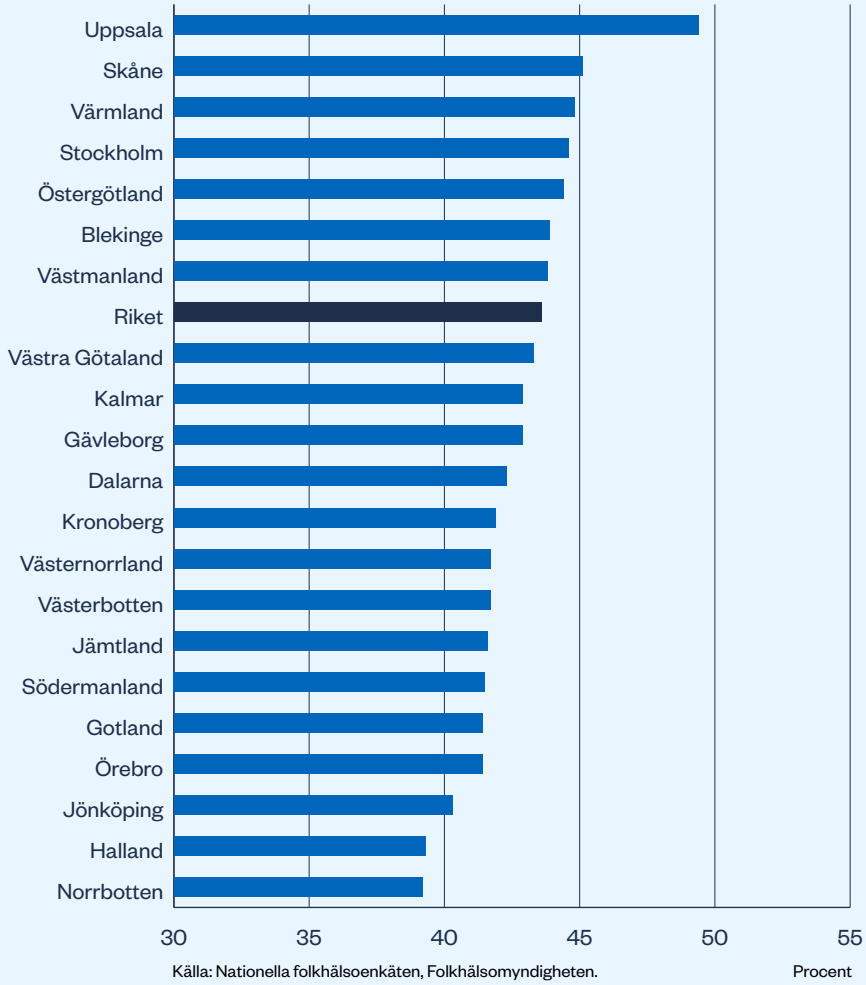


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

För riket uppgav 43,6 procent att de hade besvär av ängslan, oro eller ångest 2021–2024. Jämförelsen mellan länen visar på stora skillnader. Lägst andel har Norrbotten, 39,2 procent. Det kan jämföras med en andel på 49,4 i Uppsala samma period, vilket framgår av figur 39 på sidan 56.

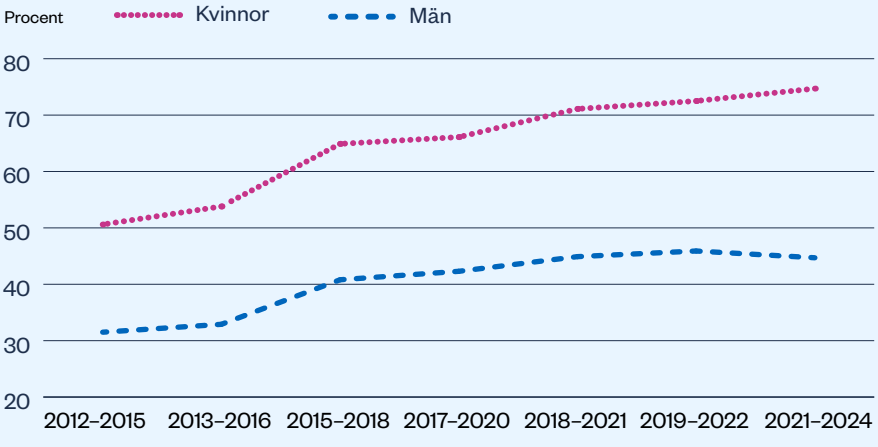
Bland kvinnor och män 16 till och med 29 år uppger i större utsträckning besvär av ängslan, oro och ångest. 2021–2024 uppgav 74,7 procent av unga kvinnor att de har besvär av ängslan, oro och ångest, vilket framgår av figur 40 på sidan 56. Jämfört med 2012–2015, då 50,6 procent uppgav att de hade besvär, har andelen ökat med nära 48 procentenheter. 2012–2015 uppgav 44,7 procent av unga män sig ha besvär av ängslan, oro och ångest. 2021–2024 hade andelen ökat till 44,7 procent, vilket är en ökning på nära 42 procentenheter.

Figur 39. Län. Psykisk hälsa
Andel personer som uppger sig ha besvär av ängslan, oro eller ångest. Redovisat uppdelat per län och för riket. Avser åren 2021-2024.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Figur 40. Riket. Psykisk hälsa – 16-29 år
Andel kvinnor och män 16-29 år som uppger sig ha besvär av ängslan, oro eller ångest. Glidande treårsmedelvärden 2012-15 till 2021-2024.



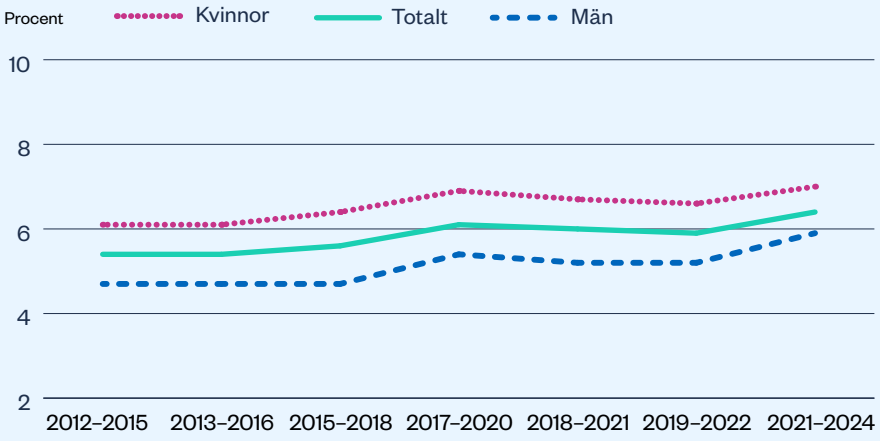
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Självskattat allmänt hälsotillstånd

Hälsoutvecklingen i befolkningen har stor betydelse för ett land och bidrar till att människor kan leva längre och friskare liv, delta i arbetslivet under fler år och i högre utsträckning vara självständiga. Det stärker såväl livskvaliteten som samhällets produktivitet och ekonomiska utveckling. Självskattat allmänt hälsotillstånd används ofta för att beskriva hälsa övergripande, och ger en bild av hälsoutvecklingen. Den självskattade hälsan har försämrats i Sverige, speciellt bland kvinnor med kort utbildning.

Sedan mätperiodens startår, 2012–2015, till och med 2021–2024, har andelen som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt ökat från 5,4 till 6,4, vilket framgår av figur 41. Andelen män som skattar hälsan som dålig eller mycket dålig uppgår till 5,9 procent, vilket är lägre än för kvinnor vars motsvarande siffra ligger på 7 procent. Däremot har ökningstakten för män under mätperioden varit högre än för kvinnor. För män har andelen ökat med 1,2 procentenheter och för kvinnor är ökningen 0,9 procentenheter.

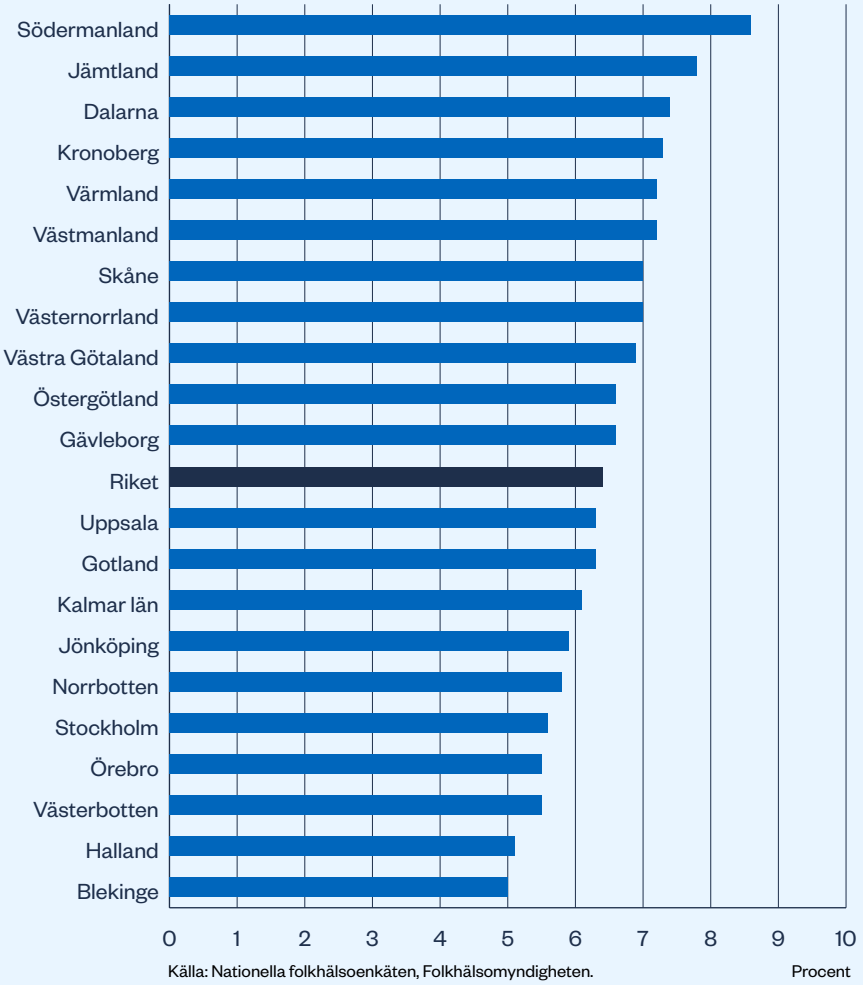
Figur 41. Riket. Allmänt hälsotillstånd
Andel personer som skattar sitt allmäna hälsortillstånd som dåligt eller mycket dåligt. Redovisat uppdelat på kvinnor, män och totalt. Glidande treårsmedelvärden.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Det är stora skillnader mellan länen i andelen av befolkningen som skattar den egna hälsan som dålig eller mycket dålig, vilket framgår av figur 42. Lägst andel, 5 procent, finns i Blekinge. Högst andel, 8,6 procent, finns i Södermanland. Södermanland sticker ut jämfört med övriga län vilket skulle kunna tyda på ett mätproblem för länen.

Figur 42. Län. Allmänt hälsotillstånd
Andel personer som skattar sitt allmäna hälsortillstånd som dåligt eller mycket dåligt. Redovisat uppdelat för län och för riket. Avser åren 2021–2024.



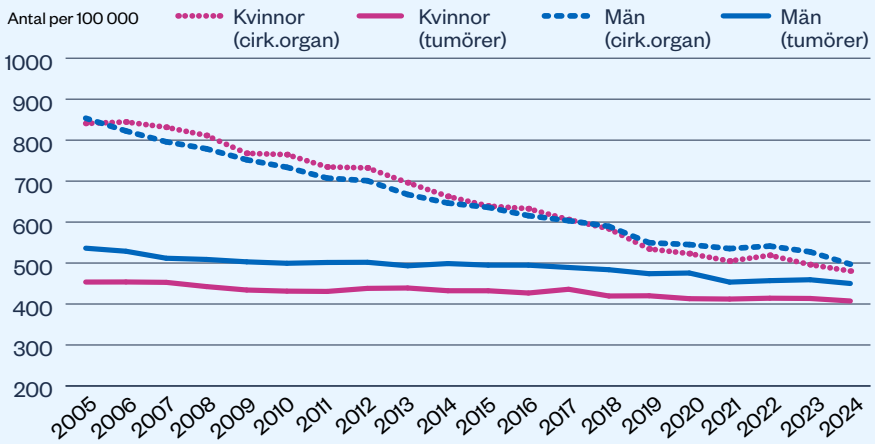
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Dödlighet i tumörsjukdomar samt i cirkulationsorganens sjukdomar

I figur 43 redovisas dödlighet i tumörsjukdomar samt i cirkulationsorganens sjukdomar, exempelvis stroke och hjärtinfarkt, genom antal avlidna personer 40 år och äldre, vilka är de vanligast dödsorsakerna. 2024 avled drygt 853 män och nära 841 kvinnor per 100 000 invånare av cirkulationsorganens sjukdomar. Bland män har antalet minskat med drygt 356 avlidna per 100 000 invånare till 2024 då drygt 497 män per 100 000 invånare avled av cirkulationsorganens sjukdomar. Det har även skett en avsevärd minskning i antalet avlidna kvinnor för samma diagnoser. 2024 avled 480 kvinnor per 100 000 invånare av cirkulationsorganens sjukdomar. Det är en minskning på drygt 360 kvinnor per 100 000 invånare. Dödlighet i tumörsjukdomar, antal avlidna per 100 000 invånare, har hos män minskat från 536 per 100 000 per invånare 2005 till 450 år 2024. Antal kvinnor, per 100 000 invånare, som avlidit till följd av tumörsjukdomar har under samma tidsperiod minskat från 454 till 407. För män har antal avlidna, i procent, minskat med 16 procentenheter. Minskningen i procent bland kvinnor var 10 procentenheter.

Figur 43. Riket. Dödlighet i tumörsjukdomar samt i cirkulationsorganens sjukdomar personer 40 år och äldre

Antal döda kvinnor respektive män 40 år och äldre per 100 000 invånare i tumörer (C00–D48) och i cirkulationsorganens sjukdomar (I00–I99). Avser tidsperioden 2005 till 2024.

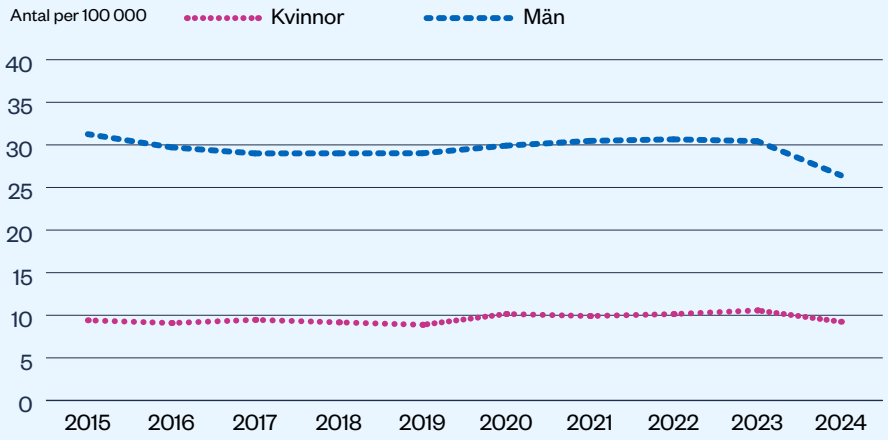


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Alkoholrelaterad dödlighet

I figur 44 redovisas avlidna i alkoholrelaterade orsaker samt avlidna i läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Av figur 44 framgår att antalet avlidna kvinnor per 100 000 invånare i alkoholrelaterad dödlighet var relativt oförändrad mellan 2015 och 2024, 9,41 jämfört med 9,24. Den alkoholrelaterade dödligheten har däremot tydligt minskat bland män, 31,26 år 2015 jämfört med 26,42 år 2024.

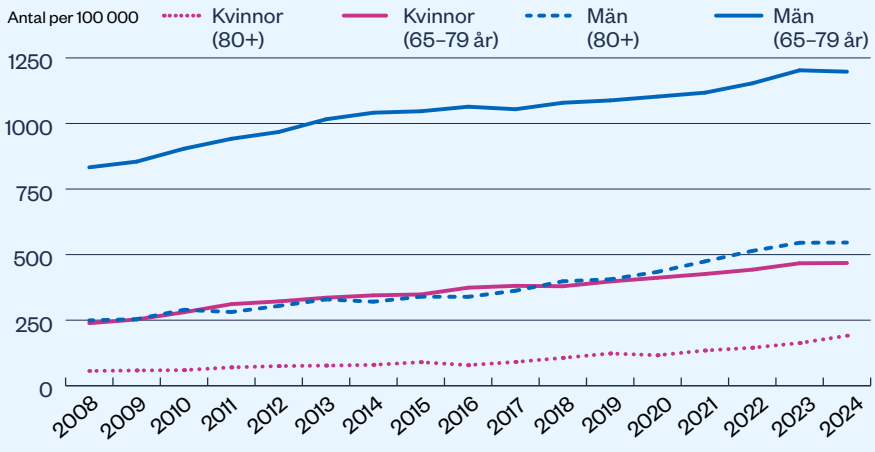
Figur 44. Riket. Alkoholrelaterad dödlighet
Antal avlidna per 100 000 invånare i alkoholrelaterad dödlighet. Redovisat för riket uppdelat på kvinnor och män. Avser perioden 2015 till 2024.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Den minskade alkoholrelaterade dödligheten beror på att färre avlidna bland personer i förvärvsarbetande ålder. Dödligheten bland personer 70 år och äldre har däremot ökat de senaste tio åren. Personer som avlider av alkoholrelaterade diagnoser har dessförinnan ofta vårdats på grund av alkoholrelaterade diagnoser. I figur 45 framgår att antal äldre kvinnor och män som vårdats på grund av alkoholrelaterade diagnoser per 100 000 invånare ökat sedan 2008. För män, 80 år och äldre, har antalet per 100 000 invånare ökat från 249 år 2008 till 546 år 2024. Högst procentuell ökning finns hos kvinnor 80 år eller äldre där antalet patienter per 100 000 invånare mer än fördubblats under tidsperioden. 2024 vårdades 190 kvinnor per 100 000 invånare på grund av alkoholrelaterade diagnoser. 2008 vårdades 56 kvinnor per 100 000 i åldersgruppen.

Figur 45. Riket. Vård på grund av alkoholrelaterade diagnoser
Antal patienter, vårdade på grund av alkoholrelaterade diagnoser, i slutenvård eller specialicerad öppenvård per 100 000 invånare. Redovisat för kvinnor och män uppdelat i åldersgrupperna 65-79 år samt 80 år och äldre. Presenteras för åren 2008 till och med 2024.

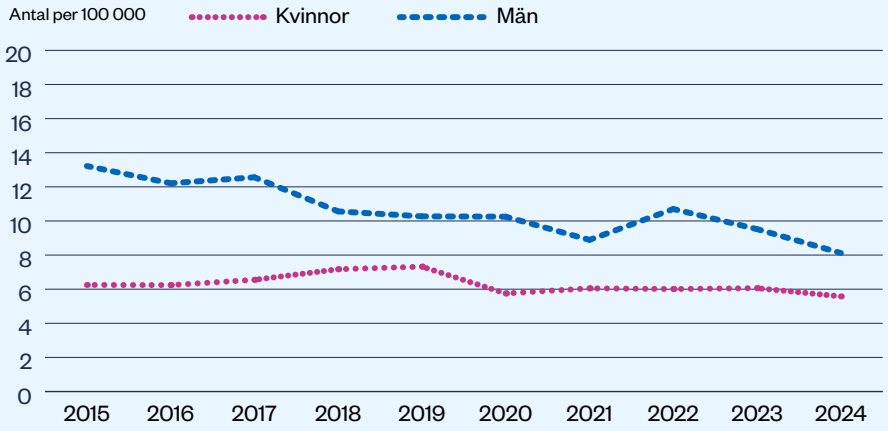


Källa: Patientregistrer, Socialstyrelsen.

Avlidna i läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Läkemedels- och narkotikaförgiftningarna följer samma mönster som den alkoholrelaterade dödligheten gällande utvecklingen för kvinnor respektive män, vilket framgår av figur 46. Antal avlidna kvinnor per 100 000 invånare i läkemedels- och narkotikaförgiftningar låg 2015 på 6,25 och år 2024 var antalet 5,58. Antalet för män har kraftigt minskat. 2015 var antalet 13,22 per 100 000, jämfört med 8,12 år 2024. 2016 blev godkändes Naloxon av Läkemedelsverket och blev tillgängligt i Sverige. 2017 blev läkemedlet, som är ett motgift mot opioider, tillgängligt som nässpray.[25] Tillgängliggörandet av Naloxon kan vara en förklaring till att dödligheten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar minskat. 2024 godkändes Naloxon nässpray som receptfritt läkemedel.[26]

Figur 46. Riket. Avlidna i läkemedels- och narkotikaförgiftningar
Antal avlidna per 100 000 invånare i läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Redovisat för riket uppdelat på kvinnor och män. Avser perioden 2015 till 2024.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

25 https://www.praktiskmedicin.se/2019/02/10/naloxon-och-utbildningsinsats-om-opioidoverdos-till-personer-med-opioidberoende-samt-deras-anhoriga/ (hämtat 2026-09-15).

26 https://www.lakemedelsverket.se/sv/handel-med-lakemedel/apotek/att-driva-apotek/receptfritt-naloxon-pa-oppenvardsapotek#hmainbody1 (hämtat 2026-09-15).

Iakttagelser avseende Hälsoläget i befolkningen

I kapitlets inledande avsnitt lyftes faktumet att lagstiftningen stipulerar att hälso- och sjukvården ska stödja hälsofrämjande och förebyggande perspektiv. I samma avsnitt beskrivs omställningen mot en nära vård med primärvården som navet i hälso- och sjukvården. Syftet med omställningen är att vården ska bli personcentrerad och samordnad samtidigt som systemet blir hållbart och möter befolkningens vårdbehov.

Den statistik som redovisas i kapitlet visar att hälsoläget i befolkningen över tid har förbättrats. Ökad hälsomedvetenhet och bättre hälsoslitteracitet hos befolkningen har troligtvis bidragit. Men även förbättrade hälso- och sjukvårdsåtgärder och socialtjänstinsatser har bidragit till förbättringen. Dessutom medför minskad alkoholrelaterad dödlighet och minskad dödlighet i narkotika- och läkemedelsförgiftningar att medellivslängden ökat. Den minskade dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar har också bidragit.

Ökad livslängd och det faktumet att den förväntade livslängden väntas öka ytterligare är givetvis något positivt. Dock innebär ökad livslängd och en högre andel äldre i befolkningen att vårdbehoven fortsatt kommer att öka. Exempelvis drabbas en större andel äldre av allvarliga fallskador vilket ytterligare kan öka kostnaderna för vård och rehabilitering. För att systemet fortsatt ska klara av befolkningens vårdbehov behövs ökat fokus på förebyggande insatser. En stor andel av vårdbehovet kan förebyggas eller minska i allvarhetsgrad och det är nödvändigt om systemet fortsatt ska prestera bra. Därför behöver vården utgå från ett personcentrerat arbetssätt eftersom det bygger på att åtgärder anpassas utifrån individens behov. Ett sådant arbetssätt kan även bidra till att förebygga och minska sjukdom och ohälsa i befolkningen.

Dessvärre visar inrapporterade data som vi utgår från att systemet inte verkar kunna tillgodose befolkningens behov av insatser inom området psykisk ohälsa.. Detta trots att bland annat staten i olika omgångar tillsatt utredningar och tillfört ekonomiska resurser i syfte att förbättra psykiatrin och den psykiska hälsan. Statistiken visar snarare tvärtom en försämring av den psykiska hälsan. Därutöver uppger en större andel att de har besvär av ängslan, oro eller ångest. I åldersgruppen 16–29 år är ökningen särskilt kraftig. Antalet som avlider till följd av suicid har heller inte minskat. Förutom den enskildes lidande medför psykisk ohälsa ett ökat generellt vårdbehov och påverkar belastningen på systemet negativt.

Mot denna bakgrund krävs ytterligare insatser för att förbättra den psykiska hälsan. Insatserna behöver följas och utvärderas systematiskt och på nationell nivå för att säkerställa att åtgärder utan eller med låg effekt inte används och tar resurser i anspråk. Dessutom behöver staten följa upp att hälso- och sjukvården uppfyller de intentioner som finns i den lagstiftningen som reglerar sektorn.

För att säkerställa en jämlik vård behövs initiativ för att minska skillnaderna mellan län och regioner. Exempelvis det faktum att antalet fallskador varierar

stort mellan länen. De stora skillnaderna i resultat för de mått och indikatorer som beskriver hälsoläget i befolkningen visar tydligt att vårdens kvalitet och individens hälsa påverkas av vart i Sverige man bor.

En lösning på problemet skulle vara ett ökat fokus på förebyggande insatser som utgår från ett personcentrerat arbets- och förhållningssätt. I detta arbete har vårdens professioner en avgörande betydelse. Särskilt omvårdnaden har en central roll eftersom dess grundläggande uppdrag är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Omvårdnadens personcentrerade arbetssätt skapar förutsättningar för tidig upptäckt av psykisk ohälsa, kontinuerlig uppföljning, stöd till egenvård och insatser som stärker individens delaktighet och förmåga att hantera sin situation. Socialstyrelsen och Kunskapsguiden framhåller att personer med psykisk ohälsa ofta är i behov av personcentrerade, samordnade och relationellt präglade insatser där vårdpersonal bygger förtroende, lyssnar till individens berättelse och utgår från personens resurser och behov. Vårdhandboken beskriver på motsvarande sätt att respekt, empati, lyhördhet och personcentrering är grundläggande i mötet med personer som upplever psykisk ohälsa. Ett stärkt fokus på omvårdnadskompetens, hälsofrämjande arbete och långsiktiga vårdrelationer bör därför ses som en strategisk del av arbetet för att förebygga psykisk ohälsa, minska lidande och skapa ett mer hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården

Kapitlet utgörs av befolknings- och patientrapporterade mått och indikatorer som mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med hälso- och sjukvården.

Genom att mäta befolkningen och patientens upplevelse av vården går det att få en uppfattning om förtroende för hälso- och sjukvården och dess prestationer. Den svenska hälso- och sjukvården finansieras av skattebetalare som även är patienter och anhöriga i olika situationer under livet. Patienternas perspektiv belyses genom två mått. Ett av dessa mått belyser primärvårdsmottagningar och ett mått speglar sjukhusvård. I innevarande kapitel redovisas följande indikatorer/mått:

- Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen
- Befolkningens förtroende för vård- eller hälsocentral
- Positivt helhetsintryck hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning
- Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus

Gällande regelverk – Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården

Enligt gällande bestämmelser ska patienten få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de undersöknings-, vård- och behandlingsmetoder som finns, vård- och behandlingsförloppet samt väsentliga risker och eftervård. Patienten ska också informeras om bland annat vårdgarantin, möjligheten att välja vårdgivare och möjligheten att få en fast vårdkontakt. Informationen ska anpassas till patientens individuella förutsättningar och lämnas på ett sådant sätt att mottagaren så långt som möjligt kan tillgodogöra sig innehållet.[27]

Vidare ska patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om patienten begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt. Bestämmelsen syftar till att stärka kontinuiteten och skapa en tydlig ingång till vården för patienten.[28]

Tillgänglighet är en grundläggande förutsättning för befolkningens förtroende

27 3 kap. patientlag, PL (2014:821).

28 6 kap. 2 § PL, (2014:821).

för hälso- och sjukvården. Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) ska regionerna erbjuda vårdgaranti. Vårdgarantin innebär att den enskilde inom viss tid ska få kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besök i den specialiserade vården samt planerad vård. Om regionen inte kan uppfylla garantin för specialistvård eller planerad vård ska regionen säkerställa att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad.[29]

Regeringens mål för den regionala utvecklingspolitiken är utvecklingskraft med stärkt lokal och regional konkurrenskraft för en hållbar utveckling i alla delar av landet[30].

Beskrivande statistik – Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården

I följande avsnitt presenteras mått som beskriver befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården. För att ett hälso- och sjukvårdssystem ska ha legitimitet hos befolkningen är det viktigt att de som bidrar till dess finansiering och använder sig av dess tjänster har förtroende för systemet, dess prestationer och dess personal. Om patienternas och skattebetalarnas förtroende för systemet urholkas kan även finansieringsviljan minska och behovet av till exempel privat finansierade lösningar så som försäkringar öka. Sveriges befolkning har dock över tid haft stort förtroende för hälso- och sjukvården. Enligt SOM-institutets förtroendemätningar har 70 procent av befolkningen mycket eller ganska högt förtroende för hälso- och sjukvården.[31]

29 I SOU 2026:38 – Behovsstyrd vård, föreslås en ny reglering av vårdgarantin men vid publicering av denna rapport har inget beslut i ärendet fattats.

30 Prop. 2019/20:1 utg.omr. 19, bet. 2019/20:NU2, rskr. (2019/20:113).

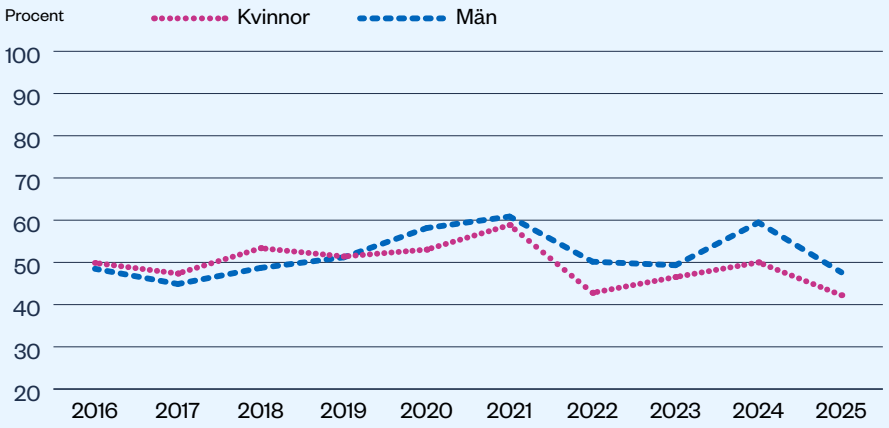
31 SOM-institutet. Svenska förtroendetrender 1986–2025 (2026).

Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen

Indikatorn visar andelen invånare som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården. Den nationella undersökningen, Hälso- och sjukvårdsbarometern, avser att fånga befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvården är ett viktigt perspektiv och behöver inkluderas i uppföljningar bland annat i relation till förändringar som genomförs i verksamheten eller avseende ny eller förändrad lagstiftning.[32]

Män har högre förtroende för hälso- och sjukvården i stort, 47,6 procent, vilket framgår av figur 47. Det kan jämföras med att 42,2 procent av kvinnorna har förtroende för hälso- och sjukvården i stort. Förtroendet har vissa variationer över åren 2016 till 2025. Men förtroendet ökade hos både kvinnor och män under början av covid-19-pandemin och under 2024.

Figur 47. Riket. Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen
Andel med förtroende för hälso- och sjukvården i stort. Uppdelat på kvinnor och män. Redovisat för åren 2016 till 2025.

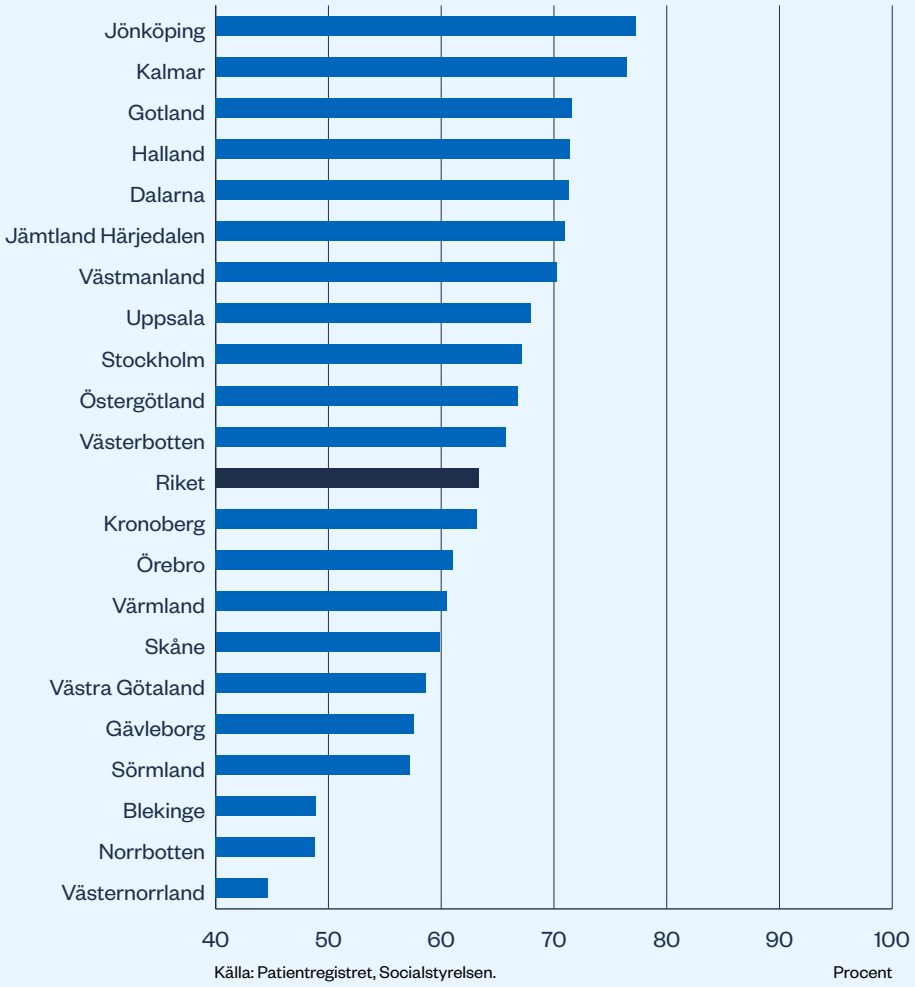


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern.

32 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Hälso- och sjukvårdsbarometern 2025 (2026).

Figur 48 visar att det finns stora variationer mellan regionerna i fråga om andelen i befolkningen som har förtroende för hälso- och sjukvården. Skillnaderna kan bland annat bero på flera olika saker. Exempelvis tillgången till hälso- och sjukvård och om personalen har rätt kompetens och att vårdgivaren har en hållbar kompetensförsörjning. Skillnaden mellan den region med högst andel och den med lägst andel av befolkningen med förtroende för hälso- och sjukvården är 32,6 procentenheter, vilket är nära en tredjedel av befolkningen. I Jönköping, regionen med högst andel, uppger 77,2 procent av befolkningen att de i stort har förtroende för hälso- och sjukvården. I Västernorrland har lägst andel av befolkningen förtroende för hälso- och sjukvården, 44,7 procent. Värdet för riket är 63,4 procent.

Figur 48. Län. Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen
Andel med förtroende för hälso- och sjukvården i stort. Uppdelat på region och för riket. Redovisat för 2025.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

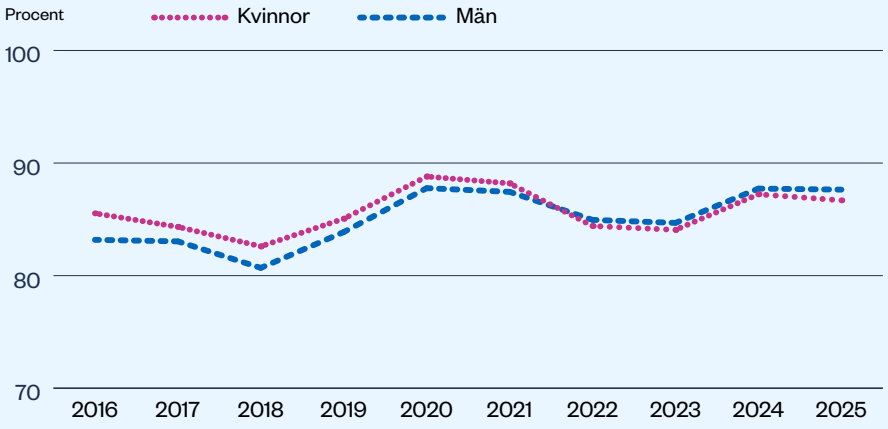
Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är inte entydigt definierat. I Sverige har debatten om tillgänglighet ofta handlat om väntetider. Men tillgänglighet kan också vara adekvata resurser, täckningsgrad i befolkningen, geografiska avstånd, information, kontinuitet och/eller delaktighet.

Tillgång till vård när människor behöver betyder inte enbart rätt vård i rimlig tid när en person aktivt efterfrågar det. Ibland är man inte medveten om sina egna behov eller underskattar dem, vilket i sin tur kan bero antingen på att individen själv eller vården misslyckas med att korrekt och tidigt identifiera behovet eller att individen inte har tillräcklig information och kunskap om systemet och vilken hjälp som finns att efterfråga.[33] Nedan presenteras befolkningens syn på hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

I figur 49 framgår andel män, respektive kvinnor, som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver för åren 2016 till och med 2025. 2025 ansåg 87,6 procent av männen och 86,7 procent av kvinnorna att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Jämfört med 2016 har andelen kvinnor som anser sig ha tillgång till hälso- och sjukvård ökat med drygt en procentenhet. Bland män är ökningen nära 4,5 procentenheter.

Figur 49. Riket. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver
Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Uppdelat på kvinnor och män. Redovisat för åren 2016 till 2025.

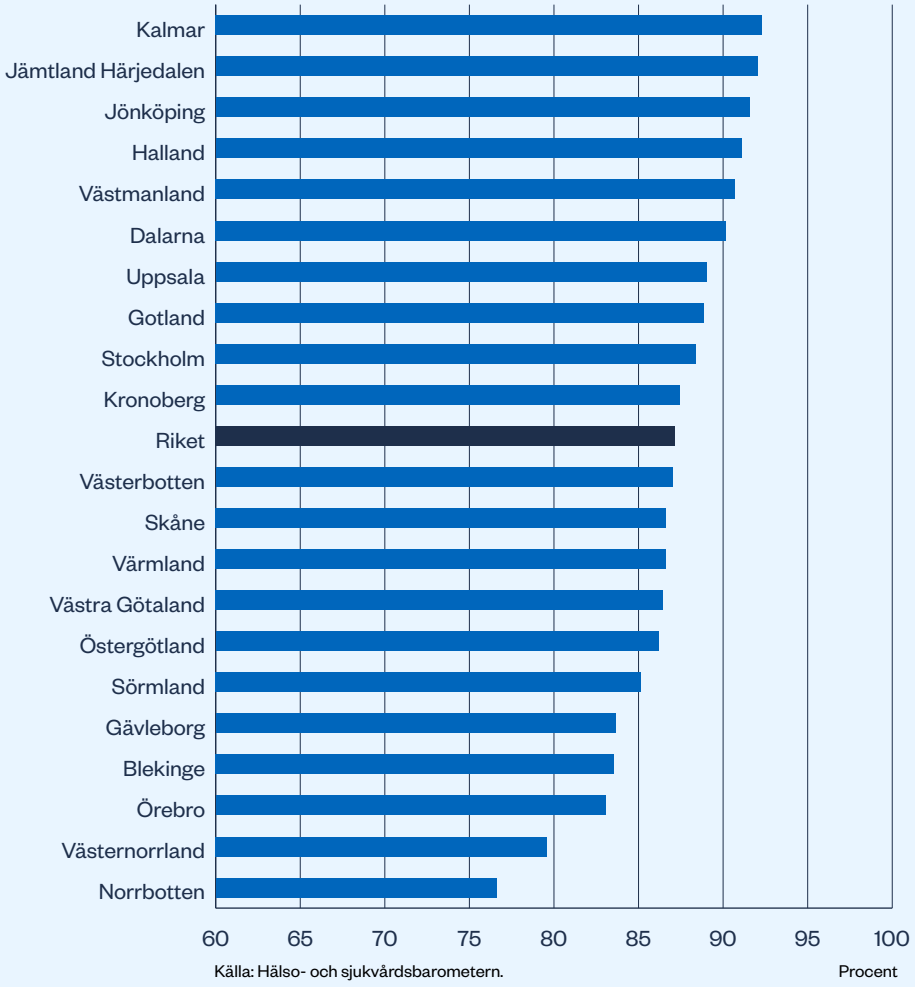


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern.

33 Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017 - En god vård? (2017).

I figur 50 redovisas andel i befolkningen 2025 som anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver uppdelat per region och för riket. Kalmar har högst andel, 92,3 procent. Näst högst andel har Jämtland-Härjedalen, 92 procent. Det är stora skillnader i andel som anser sig ha tillgång till den sjukvård de behöver mellan regionerna. Lägst andel finns i Norrbotten. I regionen anser 76,6 procent av befolkningen att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Skillnaden mellan Kalmar och Norrbotten är nära 15,7 procentenheter. Norrbotten hade 248 927 invånare 2025. Om Norrbotten hade haft samma resultat som Kalmar hade drygt 39 000 invånare ytterligare uppgett att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Figur 50. Län. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver
Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Uppdelat på region och för riket. Redovisat för 2025.



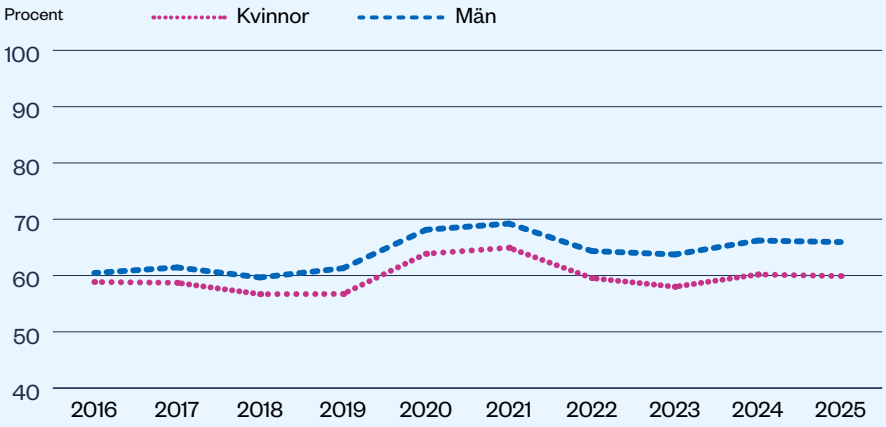
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern.

Förtroende för hälso- och vårdcentraler i befolkningen

Befolkningen har generellt högre förtroende för hälso- och vårdcentraler jämfört med hälso- och sjukvården i stort. Jämfört med 2016 har andelen män med förtroende för hälso- vårdcentraler ökat med 5,5 procentenheter, vilket framgår av figur 51. 2026 uppgav nära 66 procent att de hade förtroende för hälso- vårdcentraler, jämfört med 60,5 procent 2016. Andel kvinnor med förtroende för hälso- och vårdcentraler har legat stabilt över redovisningsåren. 2025 var andelen nära 60 procent.

Enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern skiljer sig förtroendet åt bland invånare med olika födelseland. Invånare födda i Sverige eller övriga Norden har högre förtroende jämfört med de som är födda i övriga Europa eller övriga världen.[34]

Figur 51. Riket. Förtroende för hälso-/vårdcentraler i befolkningen
Andel med förtroende för hälso-/vårdcentraler i stort. Uppdelat på kvinnor och män. Redovisat för åren 2016 till 2025.

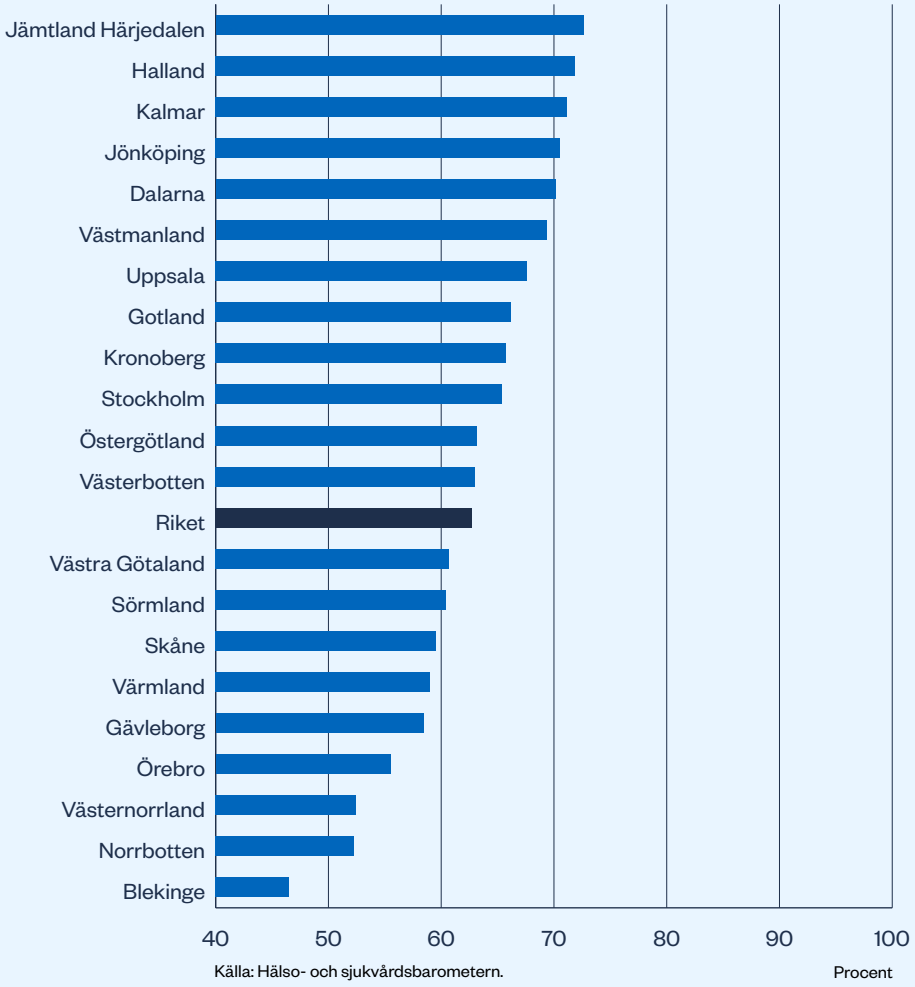


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern.

34 SKR. Hälso- och Sjukvårdsbarometern (2025).

Förtroendet i befolkningen för hälso- och vårdcentraler varierar stort mellan regionerna, vilket framgår i figur 52. För riket uppgav 62,7 procent att de har förtroendet för hälso- och vårdcentral 2025. Lägst andel fanns i Blekinge. I regionen uppgav 46,5 procent att de har förtroende för hälso- och vårdcentral. Det kan jämföras med Jämtland Härkedalen där andelen var 72,6 procent. Skillnaden mellan Jämtland Härjedalen och Blekinge är 26,1 procentenheter.

Figur 52. Län. Förtroende för hälso-/vårdcentraler i befolkningen
Andel med förtroende för hälso-/vårdcentraler i stort. Uppdelat på kvinnor och män. Redovisat uppdelat per region för år 2025.



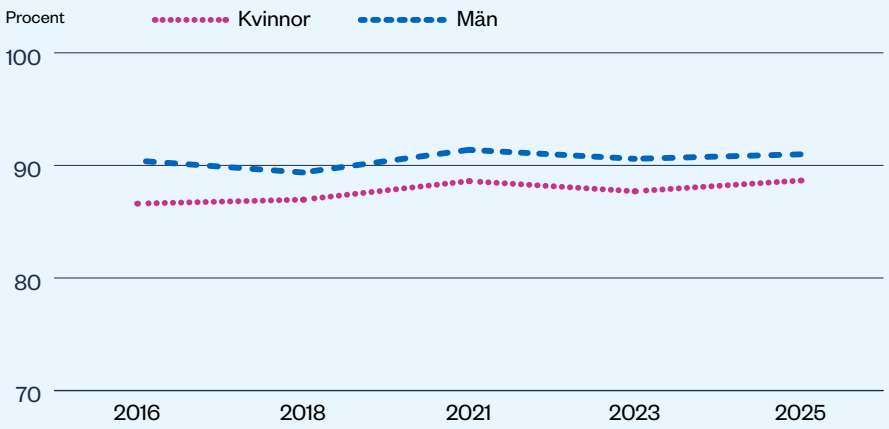
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern.

Positivt helhetsintryck från patienter inlagda på sjukhus

Helhetsintryck handlar om patientens upplevelse av vården, att den som helhet har fungerat bra, effektivitet och utfall samt omhändertagande och trygghet. Indikatorn belyser patientens helhetsintryck och upplevelse av vården, det vill säga om allt fungerade bra under sjukhusvistelsen samt att omhändertagandet var tillräckligt.

Merparten av män och kvinnor som varit inlagda på sjukhus har ett positivt helhetsintryck, vilket framgår av figur 53. Män har under mätperioden legat på en relativt konstant nivå. 2025 var indexsiffran för män 91, vilket visar att merparten ansåg att deras helhetsintryck som inlagda på sjukhus var positivt. Indexsiffran för kvinnor har ökat med nära 2 procent enheter sedan 2016. 2025 låg indexsiffran för kvinnor på nära 91, vilket visar att merparten av dem att har ett positivt helhetsintryck som inlagda på sjukhus.

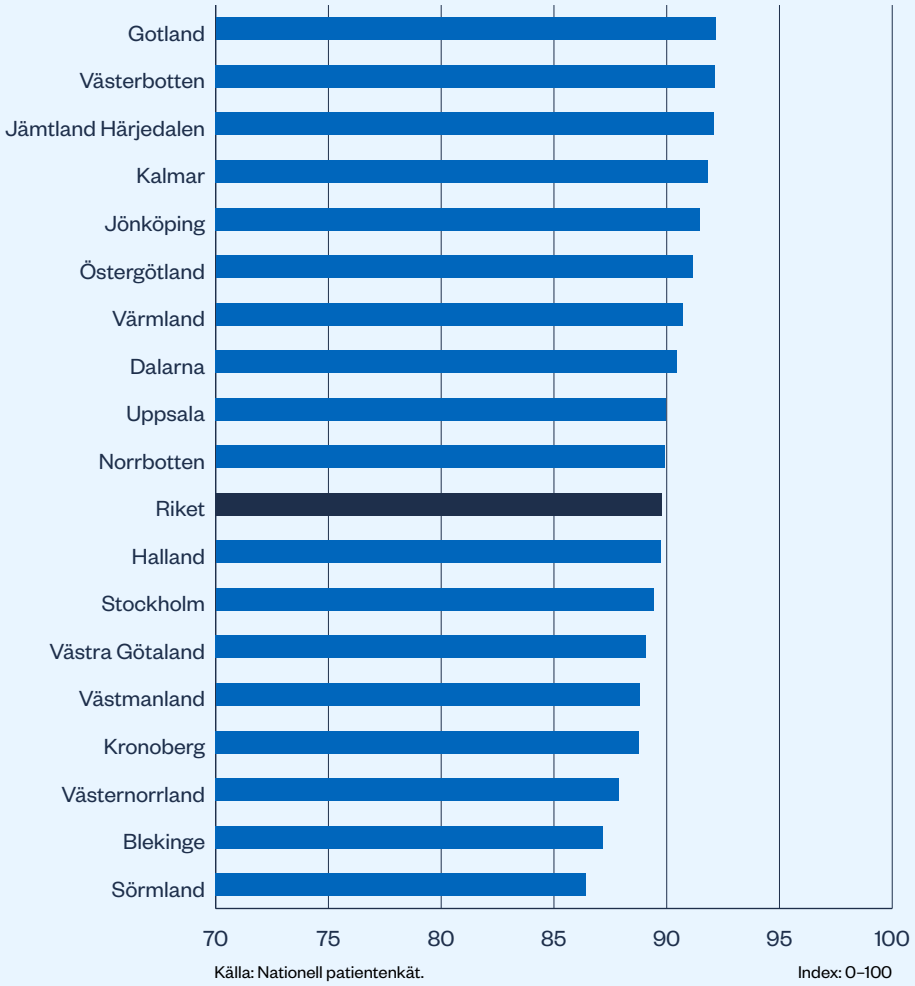
Figur 53. Riket. Positivt helhetsintryck från patienter inlagda på sjukhus
Index 0-100 avseende positiva svar från patienter inlagda på sjukhus.
Uppdelat på kvinnor och män. Redovisat för åren 2016, 2018, 2021, 2023 och 2025.



Källa: Nationell patientenkät.

Indexsiffran avseende positiva svar från patienter inlagda på sjukhus varierar något mellan regionerna 2025. Värdet för riket är nära 90, vilket framgår av figur 54. Gotland, Västerbotten och Jämtland-Härjedalen har samtliga ett värde på omkring 92. Det kan jämföras med Sörmland där värdet ligger på drygt 86. Det är viktigt att belysa att det bara skiljer cirka 6 i indexvärde mellan regionen med högst respektive lägst värde.

Figur 54. Län. Positivt helhetsintryck från patienter inlagda på sjukhus
Index 0–100 avseende positiva svar från patienter inlagda på sjukhus. Uppdelat på region och för riket. Redovisat för 2025.



Iakttagelser avseende Befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården

Resultaten i detta kapitel visar sammantaget att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet presterar väl. Förtroendet för hälso- och sjukvården är högt, en stor majoritet av befolkningen anser att de har tillgång till den vård de behöver och patienter som varit i kontakt med vården rapporterar genomgående positiva erfarenheter. Särskilt tydligt är detta bland personer som har varit inlagda på sjukhus, där helhetsintrycken är mycket positiva.

Även om befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvården är högt för riket så är det stora variationer mellan län och regioner. I Jönköping har 77 procent av befolkningen förtroende för hälso- och sjukvården, vilket kan jämföras med Västernorrland där andelen ligger på nära 45 procent. Variationerna behöver adresseras för att säkerställa en mer jämlik vård och för att bibehålla en finansieringsvilja hos befolkningen.

Det är samtidigt viktigt att komma ihåg att hälso- och sjukvårdssystemet inte är ett tomt kärl som själv producerar dessa resultat. Bakom varje positiv patientupplevelse, varje framgångsrik vårdinsats och varje förtroendeskapande möte finns hälso- och sjukvårdens medarbetare. Resultaten är därför ytterst ett uttryck för personalens kompetens, engagemang och förmåga att omsätta lagstiftning, kunskap och organisatoriska resurser i konkret vård för patienter och befolkning. När patienter upplever vården som tillgänglig, trygg och kvalitativ är det i praktiken vårdens professioner som skapar dessa värden. Resultaten kan därför ses som ett kvitto på att medarbetarna, trots betydande utmaningar, i stor utsträckning lyckas möta patienternas behov och förväntningar.

Resultaten visar att en stor majoritet av befolkningen anser att de har tillgång till den vård de behöver, vilket tyder på att hälso- och sjukvårdssystemet i stor utsträckning förmår möta befolkningens behov. Tillgänglighet handlar dock om mer än väntetider. För att vården ska upplevas som tillgänglig behöver patienter också kunna komma i kontakt med vården, få information om sina rättigheter och ges stöd att orientera sig i systemet. När patienter vet vart de ska vända sig, får vård i rimlig tid och upplever att vården tar ansvar för att lotsa dem genom vårdprocessen stärks tilliten till såväl verksamheten, hälso- och sjukvårdssystemet och samhället i stort.

Patienternas upplevelser av kontinuitet, samordning och delaktighet är också centrala för förtroendet. Om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov eller om patienten begär det, ska en fast vårdkontakt utses. Genom en fast vårdkontakt får patienten en tydlig ingång till vården och möjlighet att bygga en relation över tid med en namngiven profession. Det stärker tryggheten, förbättrar samordningen och bidrar till ökat förtroende för vården som helhet. Även patientens tillgång till information är av stor betydelse för förtroendet. Informationen ska anpassas till patientens förutsättningar och ges på ett sätt som gör den begriplig. När patienter får tydlig och relevant information stärks deras möjligheter att vara delaktiga i beslut om den egna vården.

Förtroende skapas därmed inte enbart genom vad vården gör utan också genom hur vården kommunicerar och involverar patienten i vårdprocessen.

Samtidigt illustrerar resultaten en paradox. Trots att befolkningens förtroende är högt och patienterna i stor utsträckning rapporterar positiva erfarenheter finns betydande utmaningar kopplade till arbetsmiljö, arbetsbelastning och kompetensförsörjning. De goda resultaten innebär inte nödvändigtvis att förutsättningarna för medarbetarna är goda. Tvärtom riskerar långvarig personalbrist, hög arbetsbelastning och svårigheter att rekrytera och behålla kompetens att på sikt påverka kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet negativt. Eftersom förtroendet i hög grad skapas i mötet mellan patienter och vårdens professioner kan investeringar i arbetsmiljö, kompetensutveckling och kompetensförsörjning inte enbart ses som personalpolitiska frågor. De är också nödvändiga för att upprätthålla vårdens kvalitet och befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården.

Sammantaget talar resultaten för att befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ytterst är nära kopplat till de människor som arbetar i den. God tillgänglighet, kontinuitet genom fasta vårdkontakter och patientens möjlighet att få relevant information och vara delaktig i sin vård utgör viktiga förklaringar till de positiva resultaten. Det är dock vårdens medarbetare som omsätter dessa förutsättningar i praktisk handling. Personalen är därmed inte bara en resurs i hälso- och sjukvårdssystemet utan själva grunden för de resultat och det förtroende som redovisas i detta kapitel.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning innebär både strategiska och operativa aktiviteter med syftet att säkerställa att verksamheterna har personal med rätt kompetens för den vård som ska bedrivas. Arbetsmiljön i hälso- och sjukvården utgörs av de fysiska, organisatoriska och sociala förhållanden som påverkar personalen i arbetet.

Vårdens kompetensförsörjning och arbetsmiljö är nära sammanlänkade. När det finns brist på rätt utbildad personal får färre medarbetare ta ansvar för samma eller ökande mängd arbete. Det leder ofta till högre arbetsbelastning, ökad stress, svårare schemaläggning, mer övertid och mindre tid för återhämtning. Samtidigt påverkar arbetsmiljön möjligheten att behålla och rekrytera personal. En arbetsplats med hög stress, brist på stöd och begränsade utvecklingsmöjligheter riskerar högre personalomsättning, fler sjukskrivningar och större svårigheter att attrahera nya medarbetare.

Det uppstår därmed en negativ spiral: Personalbrist > ökad arbetsbelastning > högre stress och sämre arbetsmiljö > fler som lämnar eller blir sjukskrivna > ännu större personalbrist.

Omvänt kan god kompetensförsörjning med tillräcklig bemanning, bra introduktion, kompetensutveckling och hållbara arbetsvillkor bidra till lägre stress, bättre arbetsmiljö och ökad möjlighet att behålla erfaren personal. Detta är en viktig förutsättning för både patientsäkerhet och vårdens långsiktiga kvalitet.

Gällande regelverk – Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30), är verksamhetschefen den som har ansvaret för verksamheten och för hur vården bedrivs. Det innebär att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. För att kunna ge en god hälso- och sjukvård ska verksamheten ha tillgång till den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den utrustning som behövs.

Vem som gör vad i vården, det vill säga kravet på den kompetens som krävs för att utföra en viss insats för en patient är inte reglerat med mindre än ett fåtal undantag[35]. I stället avgörs arbetsfördelningen främst av kompetens, medan vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och endast får utföras av vissa yrkesgrupper och det är verksamhetschefen som ansvarar för att organisera verksamheten och fördela arbetsuppgifter så att patientsäkerheten upprätthålls.

35 Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? (Hämtat 2026-09-14).

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det betyder bl. a. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. I förarbetena till patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659), framgår att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på korrekt sätt. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Samtidigt ska hälso- och sjukvårdspersonalen enligt PSL utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Vårdgivaren ansvarar också för att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva regleras närmare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.[36]

Arbetsmiljölagen (AML, 1977:1160), syftar till att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att uppnå en god arbetsmiljö. Utöver AML finns Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) som reglerar kunskapskrav, mål, arbetsbelastning, arbetstid och hur kränkande särbehandling ska hanteras.

Beskrivande statistik – Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

I följande avsnitt presenteras mått som beskriver hur många yrkesverksamma legitimerade från Vårdförbundets fyra yrken samt sjukfrånvaron för vissa grupper i hälso- och sjukvården.

Barnmorskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor och sjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården

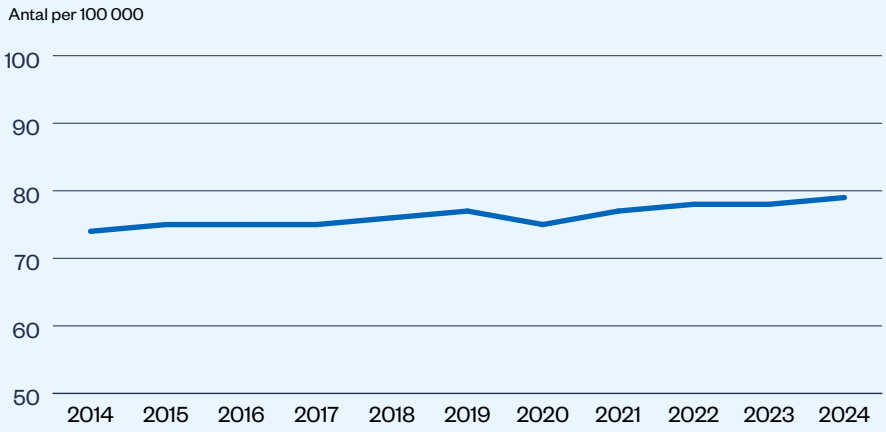
I statistiken nedan ingår endast de legitimerade barnmorskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor och sjuksköterskor som är yrkesverksamma i ett yrke som överensstämmer med legitimationen.

36 Nationella vårdkompetensrådet. Slutredovisning - Nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. (2024:2).

Barnmorskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården

Antal barnmorskor, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare har ökat något sedan 2015, vilket framgår av figur 55. 2015 var antalet 75 per 100 000 invånare jämfört med 79 år 2024.

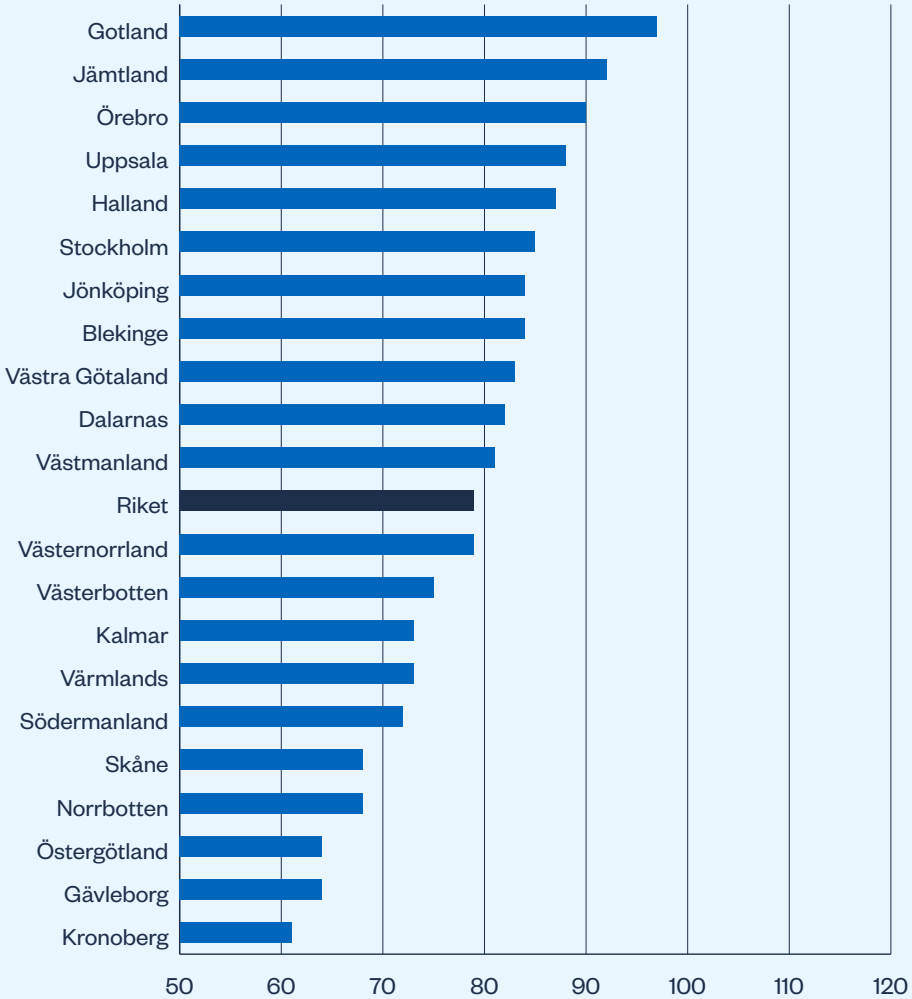
Figur 55. Riket. Yrkesverkamma barnmorskor
Antal barnmorskor, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare. Redovisas för åren 2015 till 2024.



Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.
.

Antal barnmorskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare varierar stort mellan länen, vilket framgår av figur 56. Lägst antal finns i Kronoberg med 61 barnmorskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Högst antal, 97 stycken, finns på Gotland. Genomsnittet för riket är 79 barnmorskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. Förutom de barnmorskor som redovisas i figur 56 så finns även yrkesverksamma barnmorskor som inte arbetar inom hälso- och sjukvården.

Figur 56. Län. Antal barnmorskor inom hälso- och sjukvården
Antal yrkesaktiva, övernsstämmelse med legitimation eller yrkesbevisbarnmorskor, barnmorskor per 100 000 invånare. Redovisat per län för år 2024.

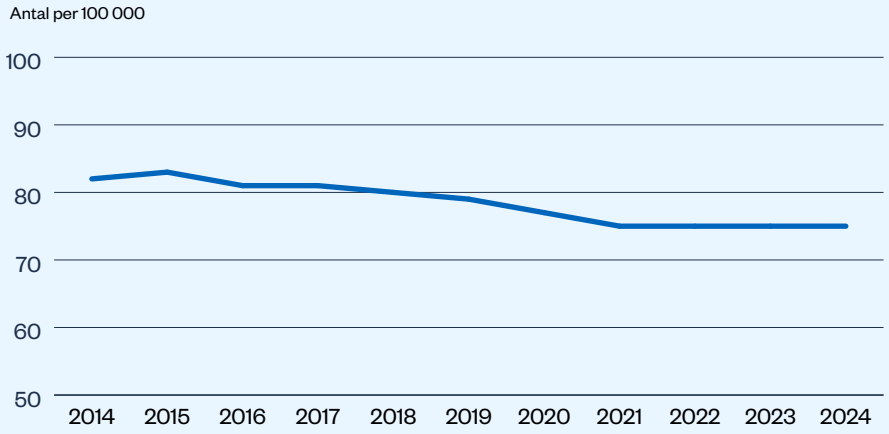


Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Biomedicinska analytiker yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården

Antal biomedicinska analytiker, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare var 83 år 2015. Det innebär en viss minskning under mätperioden eftersom antalet var 75 per 100 000 invånare 2024, vilket framgår av figur 57.

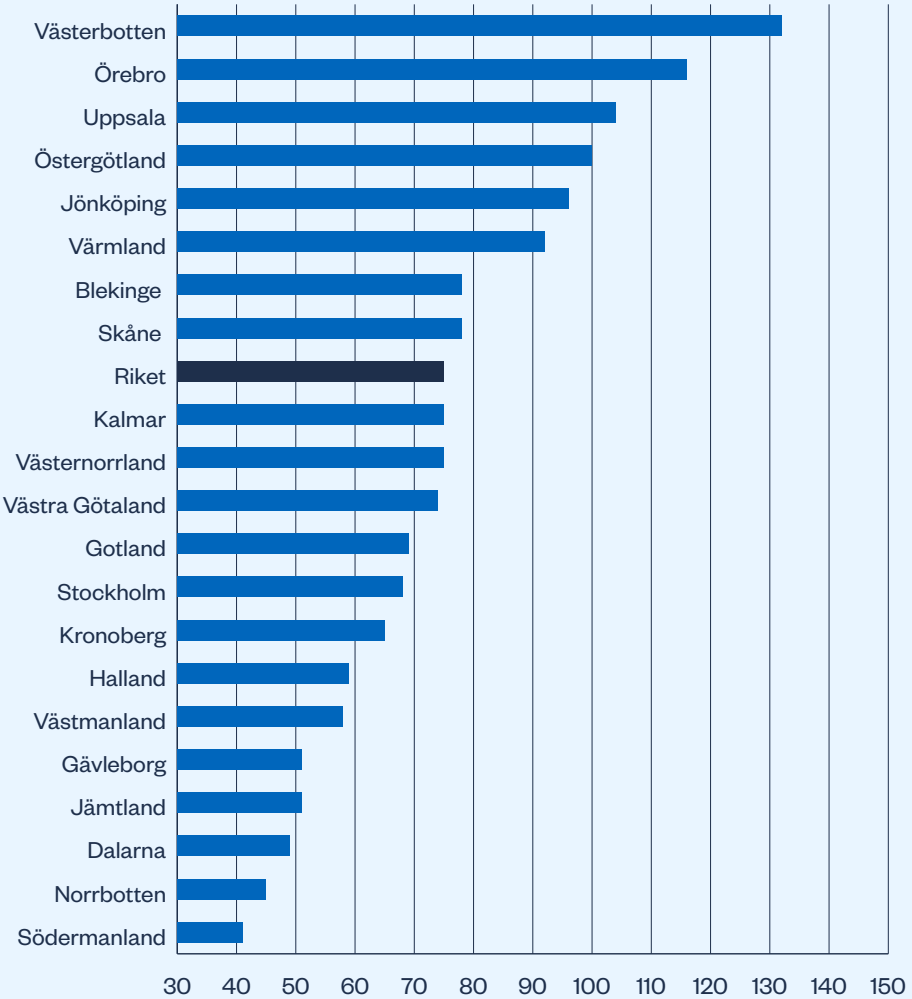
Figur 57. Riket. Yrkesverkamma biomedicinska analytiker
Antal biomedicinska analytiker, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare. Redovisas för åren 2015 till 2024.



Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.
.

Högst antal biomedicinska analytiker som är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare finns i Västerbotten, vilket framgår av figur 58. I Västerbotten fanns 2024 132 biomedicinska analytiker yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Lägst antal, 41 per 100 000 invånare, fanns i Södermanland. Genomsnittet för riket var 75 biomedicinska analytiker yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare.

Figur 58. Län. Antal biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården
Antal yrkesaktiva, övernsstämmelse med legitimation eller yrkesbevisbarnmorskor, biomedicinska analytiker per 100 000 invånare. Redovisat per län för år 2024.

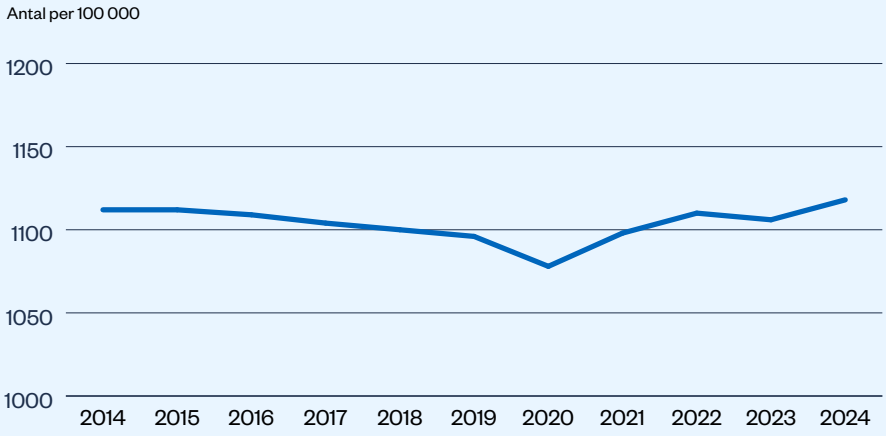


Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Sjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården

Antal sjuksköterskor, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare har ökat något under mätperioden, vilket framgår av figur 59. 2024 var det 1 118 sjuksköterskor per 100 000 invånare, jämfört med 1 112 år 2015.

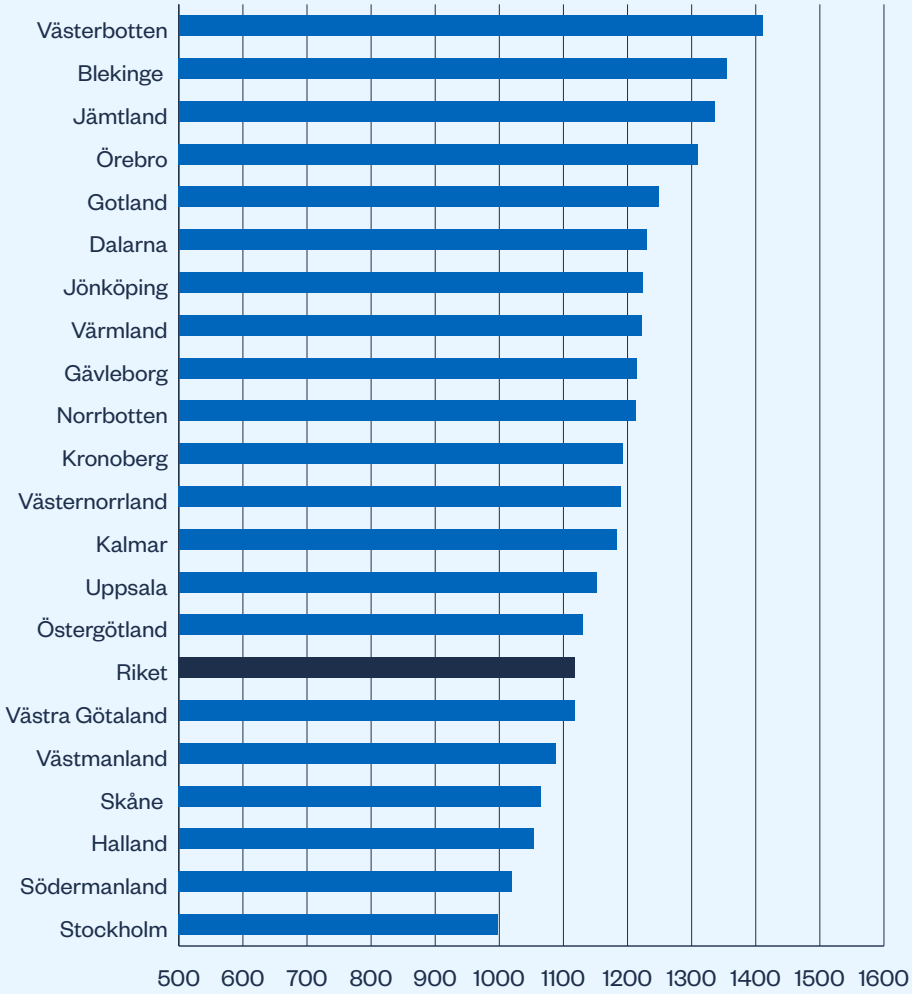
Figur 59. Riket. Yrkesverkamma sjuksköterskor
Antal sjuksköterskor, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare. Redovisas för åren 2015 till 2024.



Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.
.

Antal sjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare varierar mellan länen, vilket framgår av figur 60. Lägst antal finns i Stockholm med 998 sjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Högst antal, 1 411 stycken, finns i Västerbotten. Genomsnittet för riket är 1 118 sjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. Förutom de sjuksköterskor som redovisas i figur 60 så finns även yrkesverksamma sjuksköterskor som inte arbetar inom hälso- och sjukvården.

Figur 60. Län. Antal sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården
Antal yrkesaktiva, övernsstämmelse med legitimation eller yrkesbevisbarnmorskor, sjuksköterskorper 100 000 invånare. Redovisat per län för år 2024.

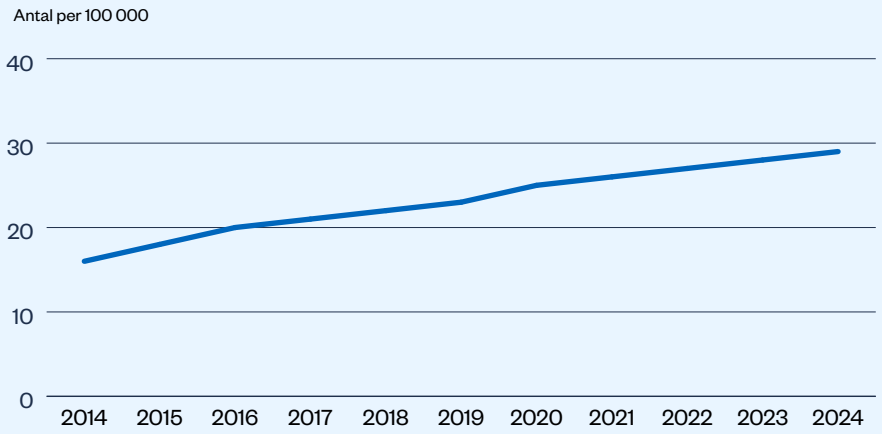


Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Röntgesjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården

Antalet röntgensjuksköterskor, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare har ökat från 2015 till och med 2024. År 2015 var antalet 18, vilket kan jämföras med 29 år 2024, vilket framgår av figur 61.

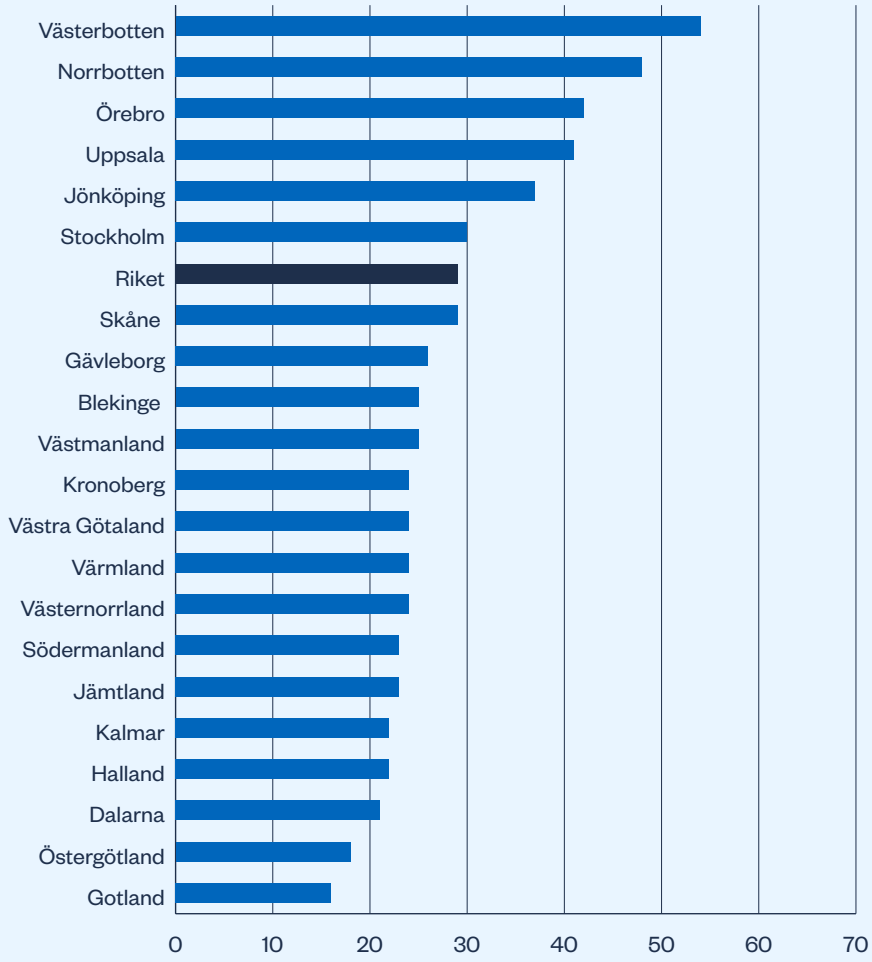
Figur 61. Riket. Yrkesverkamma röntgensjuksköterskor
Antal röntgensjuksköterskor, yrkesverksamma i enlighet med legitimation, per 100 000 invånare. Redovisas för åren 2015 till 2024.



Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Högst antal röntgensjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare finns i Västerbotten, vilket framgår av figur 62. I Västerbotten fanns 2024 54 röntgensjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Lägst antal, 16 per 100 000 invånare, fanns på Gotland. Genomsnittet för riket var 29 röntgensjuksköterskor yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare.

Figur 62. Län. Antal röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården
Antal yrkesaktiva, övernsstämmelse med legitimation eller yrkesbevisbarnmorskor, röntgensjuksköterskore per 100 000 invånare. Redovisat per län för år 2024.



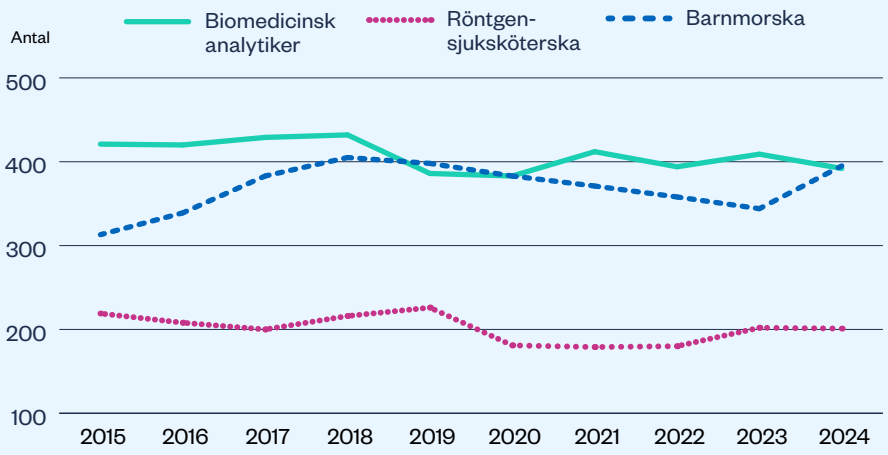
Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Utfärdade legitimationer för barnmorskor, biomedicinska analytiker, sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor

Utfärdade legitimationer för barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor

Antalet utfärdade legitimationer har ökat för barnmorskor från 313 år 2015 till 392 år 2024, vilket framgår av figur 63. För biomedicinska analytiker har antalet utfärdade legitimationer minskat något. Under tidsperioden har antalet minskat från 421 ner till 392. Antalet utfärdade legitimationer har minskat något för röntgensjuksköterskor från 219 år 2015 till 201 år 2024

Figur 63. Riket. Utfärdade legtimationer – barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor
Antal utfärdade legitimationer, oavsett utbildningsland. Redovisat för barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor för åren 2015 till 2024.

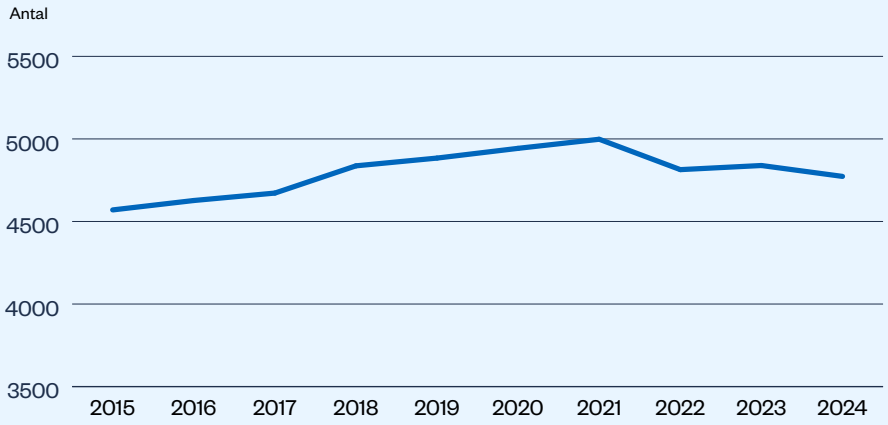


Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Utfärdade legitimationer för sjuksköterskor

För sjuksköterskor har antalet utfärdade legitimationer ökat under tidsperioden. År 2015 utfärdades 4570 legitimationer, vilket framgår av figur 64. År 2024 utfärdades 4773 sjuksköterskelegitimationer.

Figur 64. Riket. Utfärdade legtimationer – sjuksköterskor
Antal utfärdade legitimationer, oavsett utbildningsland. Redovisat för sjuksköterskor för åren 2015 till 2024.



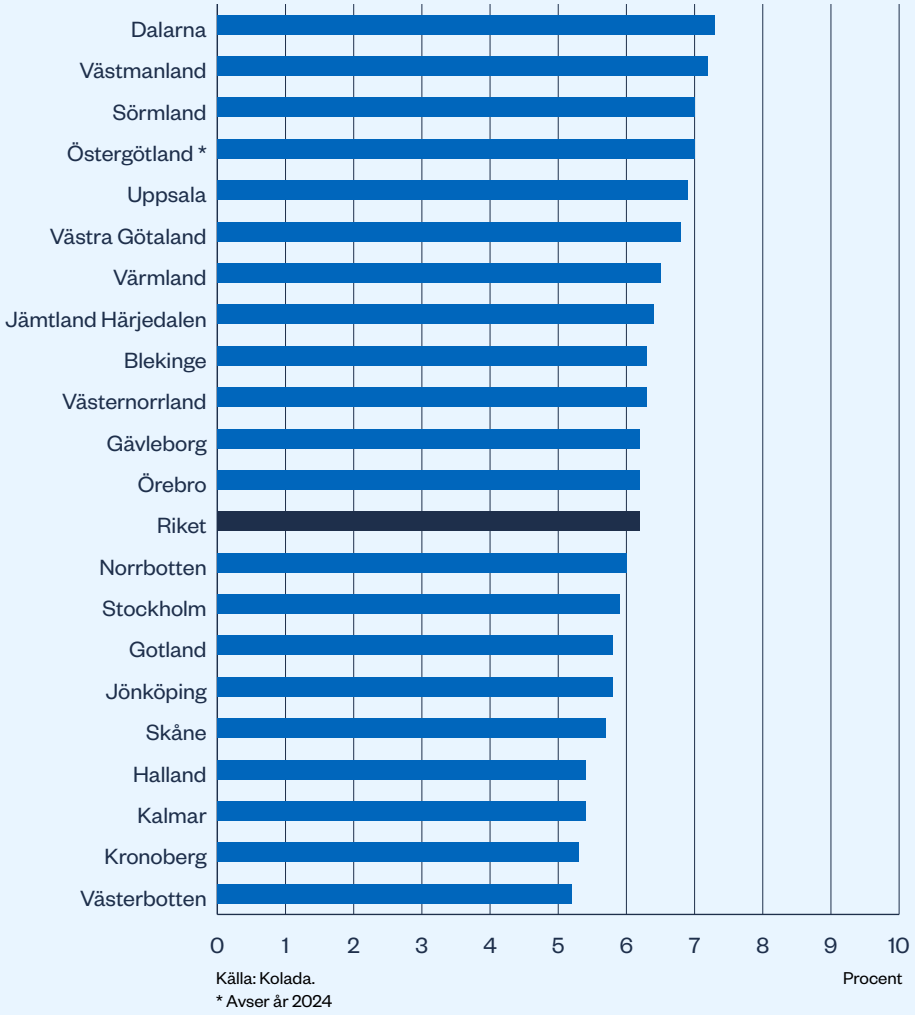
Källa: Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, Socialstyrelsen.

Sjukfrånvaro i regioner och i kommuner

Enligt Försäkringskassan ligger de stressrelaterade sjukskrivningarna fortfarande på en hög nivå. Arbetsmiljöutmaningar inom välfärdsarbeten som hälso- och sjukvård gör att sjukfrånvaron är högst i den sektorn. Stressrelaterad psykisk ohälsa står för den största delen av dessa sjukskrivningar och enligt Försäkringskassan uppger nio av tio långtidssjukskrivna att deras arbete har bidragit till sjukskrivningen. Hög arbetsbelastning och obalans mellan krav och resurser är den vanligaste orsaken.[37]

I statistiken kring sjukfrånvaro ingår samtlig personal inom regioner och kommuner. Det inkluderar även personal utanför hälso- och sjukvården eller välfärdssektorn, t ex busschaufförer och bibliotekarier.

Figur 65. Region. Sjukfrånvaro bland anställda
Andel sjukfrånvaro hos regionanställd personal, ovägt medel. Redovisat för år 2025, förutom för Östergötland* där år 2024 redovisas.



Källa: Kolada.
* Avser år 2024

37 Försäkringskassan. Lägesrapport 2026 (2026).

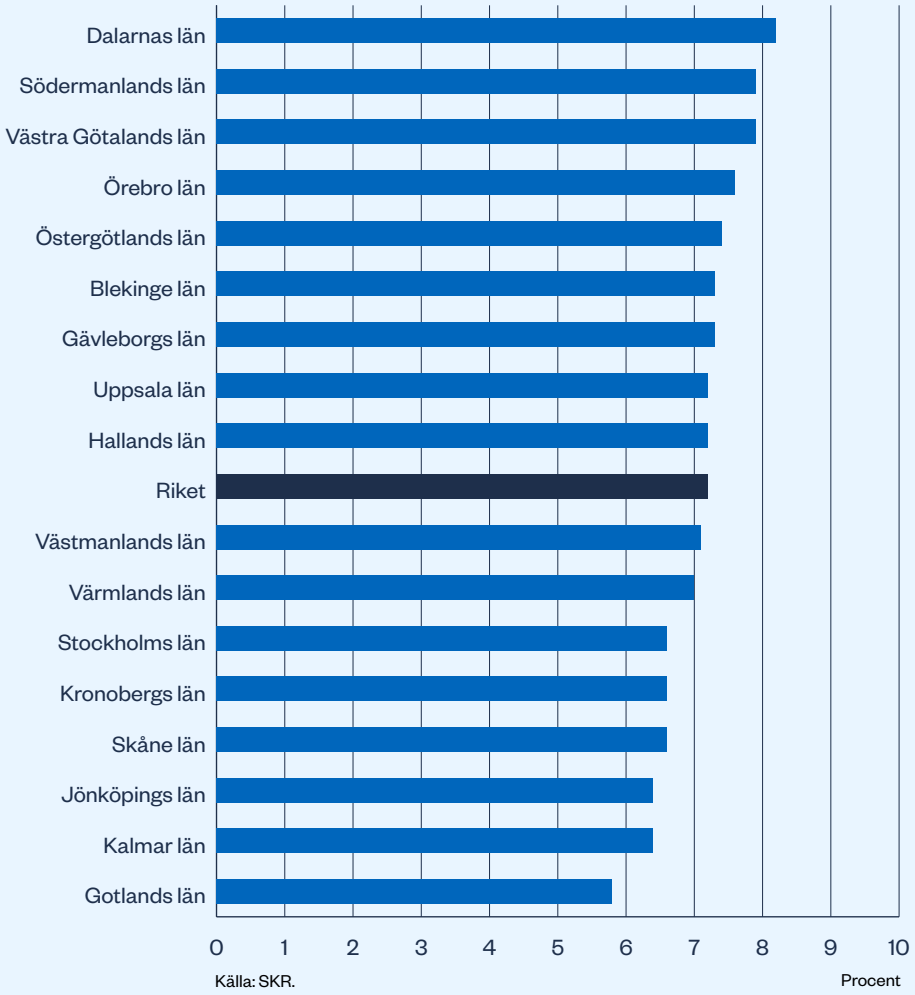
Sjukfrånvaro i regioner

Andel sjukfrånvaro hos regionanställd personal är för riket 6,2 procent, vilket framgår av figur 65. Lägst andel sjukfrånvaro hos regionanställd personal har Västerbotten med 5,2 procent. Det kan jämföras med Dalarna med en sjukfrånvaro på 7,3 procent, vilket är en skillnad på 2,1 procentenheter. Om Dalarna hade haft samma andel sjukfrånvaro som Västerbotten hade antalet icke-sjukfrånvarande ökat med nära 200 personer. Dalarna har ungefär 9 300 anställda.[38]

Sjukfrånvaro i kommuner

Högst andel sjukfrånvaro hos kommunanställd personal finns i kommunerna i Dalarnas län. För länets kommuner är 8,2 procent av personalen sjukfrånvarande. För riket ligger andelen på 7,2 procent, vilket framgår av figur 66. Lägst andel sjukfrånvaro hos kommunanställd personal har Gotland med en andel på 5,8 procent.

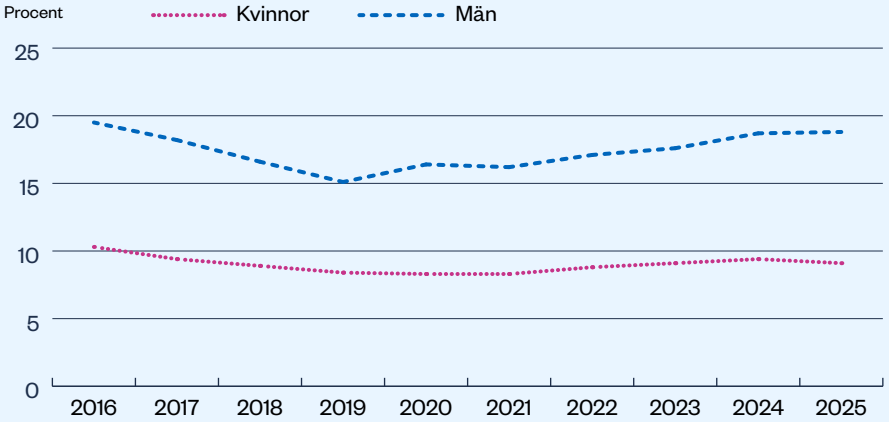
Figur 66. Kommun. Sjukfrånvaro bland anställda
Andel sjukfrånvaro hos kommunanställd personal. Presenteras per län och för riket. Redovisat för år 2025.



38 https://www.regiondalarna.se/om-oss/ (hämtat 2026-06-11).

Högst medelantal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande finns inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer, vilket framgår av figur 67. Förvärvsarbetande inom denna verksamhet hade i genomsnitt 18,8 sjukskrivningsdagar år 2024. Det kan jämföras med genomsnittet för samtliga förvärvsarbetande, som uppgick till 9,1 dagar.

Figur 67. Riket. Sjukskrivningsdagar i särskilda boendeformer och i samtliga branscher
Medelantal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer (Säbo) och för samtliga branscher (Samtliga). Redovisat för åren 2016 till och med 2025.



Källa: Försäkringskassan.

I tabell 1 redovisas kommuner med högst respektive lägst sjukfrånvaro. Vansbro kommun har högst sjukfrånvaro. 11,6 procent av personalen är i genomsnitt frånvarande på grund av sjukdom. Lägst andel sjukfrånvaro hade Höganäs kommun där 4,7 procent i genomsnitt var frånvarande på grund av sjukdom.

Tabell 1. Kommuner med högst respektive lägst andel sjukfrånvaro 2025

Högst andel		Lägst andel	
Vansbro	11,6	Höganäs	4,7
Krokom	10	Vaxholm	4,9
Överkalix	10	Torsås	4,9
Ånge	9,8	Vellinge	5
Ale	9,5	Emmaboda	5,2
Ludvika	9,5	Danderyd	5,3
Nordanstig	9,5	Täby	5,4
Lysekil	9,4	Sollentuna	5,5
Uddevalla	9,4	Nacka	5,5
Svenljunga	9,2	Grästorps	5,5

Iakttagelser avseende Kompetens-försörjning och arbetsmiljö

Det finns idag ingen vedertagen modell för hur en god och hållbar kompetens-försörjning i vården ska se ut. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. I dag saknas nationellt fastställda mått för när det råder balans mellan vårdens personella resurser och patienternas behov av vård. På en övergripande nivå kan vi mäta hur många som arbetar i vården, hur många som utbildas eller hur många som har en viss legitimation, men dessa siffror säger i sig mycket lite om verksamheten har de resurser som krävs för att uppfylla lagens krav på en god, säker och tillgänglig vård. Personalplaneringen inom respektive verksamhet på lokal nivå ansvarar verksamhetschefen för och det finns arbetsplatser där kompetensförsörjningen fungerar fint men det blir samtidigt skört när varje egen verksamhet ska planera sina resurser och inte tar hänsyn till uppdraget i sin helhet i regionen eller kommunen.

Enligt gällande bestämmelser är utgångspunkten att vården ska ha rätt kompetens på rätt plats. Regelverket styr i stor utsträckning hur arbetsuppgifter ska utföras snarare än vem som ska utföra dem. De flesta arbetsuppgifter kan utföras av den som har tillräcklig utbildning, erfarenhet och kompetens, medan vissa uppgifter är särskilt reglerade och kräver legitimation eller specifik behörighet. Det innebär att kompetensförsörjningen inte kan reduceras till en fråga om antal anställda. Det handlar om att säkerställa att rätt ompetenser finns tillgängliga när de behövs. Brist på exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor eller biomedicinska analytiker kan därför inte fullt ut kompenseras med fler medarbetare i andra yrkesgrupper.

Samtidigt ställer hälso- och sjukvårdslagen höga krav på vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. För att kunna leva upp till dessa krav krävs att det finns tillräckliga personella resurser och rätt kompetens i verksamheterna. Trots detta, saknas i praktiken nationella mått för hur mycket personal eller vilka kompetenser som behövs för att uppfylla lagens intentioner.

Avsaknaden av sådana mått har sannolikt sin grund i en strävan efter flexibilitet. Vården är komplex och behoven varierar mellan verksamheter, specialiteter och geografiska områden. Men frågan är om denna flexibilitet i vissa fall har kommit att ersätta långsiktig planering. När det år efter år rapporteras om personalbrist, hög arbetsbelastning, rekryteringssvårigheter och ökande sjukfrånvaro är det rimligt att fråga sig om det verkligen görs tillräckliga analyser av vilka resurser som krävs för att verksamheterna ska kunna utföra sitt uppdrag.

Det är samtidigt viktigt att konstatera att problemen inte är okända. Tvärtom har staten under lång tid uppmärksammat kompetensförsörjningsfrågorna. Socialstyrelsen har i uppdrag att stödja hälso- och sjukvårdens kompetens-försörjning genom nationella analyser, planeringsstöd och arbetet inom Nationella vårdkompetensrådet. Syftet är bland annat att stärka planeringen

av vårdens framtida kompetensbehov. Under 2026 gav regeringen dessutom flera nya uppdrag med koppling till arbetsmiljö och kompetensförsörjning. Bland annat fick Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i uppdrag att analysera sambanden mellan arbetsmiljö, kompetensförsörjning och patientsäkerhet. I uppdraget konstaterar regeringen att hälso- och sjukvården står inför betydande utmaningar med kompetensbrist, höga sjukskrivningstal och en återkommande obalans mellan krav och resurser. Regeringen pekar också på att flera tidigare myndighetsrapporter visat långvariga problem inom dessa områden.

Frågan är därför inte om problemen är kända. Frågan är varför samma problem fortsätter att återkomma. Trots återkommande rapporter, analyser, tillsynsinsatser och regeringsuppdrag ser vi fortsatt höga sjukskrivningstal, stora rekryteringsutmaningar och bestående arbetsmiljöproblem. Det väcker frågan om vården i alltför liten utsträckning arbetar utifrån analyser av faktiska kompetensbehov och i alltför hög grad utifrån ekonomiska ramar och historiska bemanningsnivåer.

Det blir särskilt tydligt när personalstatistik presenteras. Antalet anställda kan öka eller minska över tid, men utan en tydlig referenspunkt är det svårt att dra några slutsatser om vad siffrorna faktiskt innebär. Fler anställda behöver inte innebära att vården är rätt bemannad. Färre anställda behöver inte heller innebära att vården är underbemannad. Så länge det saknas mått för vilket kompetensbehov som verksamheten faktiskt har går det inte att avgöra om utvecklingen är tillräcklig, otillräcklig eller optimal.

Samtidigt visar svensk hälso- och sjukvård i många avseenden goda resultat. Fler patienter överlever svåra sjukdomar, avancerade behandlingar genomförs framgångsrikt och vårdens kvalitet står sig väl i internationella jämförelser. Det är positiva resultat som vårdens personal kan vara stolta över.

Men de goda resultaten väcker också en viktig fråga: vad är det som möjliggör dem? Om vården under lång tid uppvisar goda medicinska resultat samtidigt som personalen beskriver hög arbetsbelastning, ökande stress och bristande möjlighet till återhämtning måste vi våga diskutera sambandet mellan resultaten och arbetsvillkoren. Goda resultat uppstår inte av sig själva. De skapas av medarbetarna i vården.

Våra medlemmar vittnar om en vardag där verksamheten ofta fungerar tack vare deras flexibilitet, engagemang och vilja att ta ett stort ansvar. Många beskriver att de ständigt prioriterar om, täcker upp för vakanser och arbetar under förutsättningar som inte upplevs hållbara över tid. Det går inte att säga att de goda resultaten orsakas av detta, men det går heller inte att bortse från att personalens insatser sannolikt är en avgörande förklaring till att vården fortsätter leverera på en hög nivå.

Här blir arbetsmiljöperspektivet centralt. Kompetensförsörjning är i grunden också en arbetsmiljöfråga. När bemanningen inte motsvarar verksamhetens behov ökar risken för att kraven överstiger de resurser som finns tillgängliga. Då ökar också risken för stress, ohälsosam arbetsbelastning och sjukskrivningar.

Arbetsmiljöverket har lyft fram ett hållbart arbetsliv inom vården som en prioriterad fråga. Av de 437 arbetsplatser inom hälso- och sjukvården som myndigheten inspekterade under perioden 2022 till 2024 hade 320 sådana arbetsmiljöbrister att krav på åtgärder ställdes. Bristerna handlade främst om organisatorisk arbetsmiljö och ohälsosam arbetsbelastning. När detta kombineras med hög sjukfrånvaro, återkommande rapporter om stressrelaterad ohälsa och minskad tillgång till vissa nyckelkompetenser, exempelvis biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor, uppstår en oroande utveckling. Särskilt allvarligt blir det när utbildningar pausas eller läggs ned samtidigt som behovet av kompetensen kvarstår eller ökar.

Det är också värt att ställa frågan varför exempelvis Region Dalarna under flera år har haft mycket höga sjukfrånvarotal jämfört med många andra delar av landet. Finns det strukturella skillnader i arbetsbelastning, bemanning eller förutsättningar att bedriva verksamheten? Sådana frågor kräver djupare analys än vad dagens statistik ofta möjliggör.

Den kanske viktigaste slutsatsen är därför att vi idag vet betydligt mer om hur många som arbetar i vården än om hur många som faktiskt behövs. Vi saknar fortfarande tillräckliga verktyg för att koppla samman vårdens uppdrag, kompetensbehov, arbetsmiljö och bemanning.

Den verkliga frågan är därför inte om vården levererar goda resultat idag. Den verkliga frågan är om vi skapar förutsättningar för att den ska kunna fortsätta göra det i framtiden. Om personalen är den viktigaste förklaringen till vårdens framgångar måste också personalens arbetsmiljö, kompetensutveckling och långsiktiga hållbarhet betraktas som vårdens viktigaste framtidsfråga. Utan dem riskerar både resultaten och patientsäkerheten att försämras över tid.

Hälso- och sjukvårdens finansiering

Hälso- och sjukvården finansieras till största delen av regioner och kommuner, vilka också är ansvariga för att tillhandahålla en god och jämlik hälso- och sjukvård över hela landet. Regioner och kommuner finansieras i sin tur till övervägande del via inkomstskatt. En mindre del av hälso- och sjukvården finansieras också direkt av dem som konsumerar den, exempelvis genom avgifter vid besök och vid köp av läkemedel, samt av staten i form av statsbidrag.
För att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara långsiktigt hållbart behöver resurserna användas så att medicinskt bedömda vårdbehov kan tillgodoses. Samtidigt förväntar sig befolkningen en jämlik och tillgänglig vård av god kvalitet. Om skillnaden mellan vårdens förmåga att möta befolkningens vårdbehov riskerar förtroendet för hälso- och sjukvården att minska. De indikatorer och mått som presenteras i kapitlet belyser i huvudsak hälso- och sjukvårdens resurstilldelning. Måttet, primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter, belyser primärvårdens resurstilldelning i relation till övrig hälso- och sjukvård.

I kapitlet Hälso- och sjukvårdens finansiering presenteras följande indikatorer/mått:

- Hälso- och sjukvårdens andel av BNP
- Skattesatser i regionerna
- Skattesatser i kommunerna
- Kostnadsutjämning för regioner
- Kostnadsutjämning för kommuner
- Regionernas hälso- och sjukvårdsutgifter
- Primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter
- Kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter

Gällande regelverk – Hälso- och sjukvårdens finansiering

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) reglerar regionernas och kommunernas ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård, men saknar bestämmelser om nivån på de resurser som ska avsättas för att kunna bedriva en patientsäker hälso- och sjukvård. Finansieringen bygger i stället på den kommunala beskattningsrätten, som följer av regeringsformen[39]. Kommuner och regioner har därmed ett långtgående ansvar att själva finansiera verksamheten genom skatteintäkter samtidigt som de enligt kommunallagen[40] ska upprätthålla god

39 Regeringsformen (RF, 1974:152).

40 Kommunallag (2017:725).

ekonomisk hushållning. Den rättsliga regleringen ställer således krav på att vård ska erbjudas efter befolkningens behov, men lämnar i stor utsträckning åt de folkvalda att avgöra hur verksamheten ska finansieras och hur resurserna ska fördelas mellan olika verksamhetsområden. Dock finns förslag som kan påverka finansieringen i betänkandet Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser (SOU 2026:20). Bland annat förslås att en kommun eller region som sänker sin skattesats jämfört med det föregående året ska få ett årligt bidrag i tre år och att en kommun eller region som höjer sin skattesats jämfört med det föregående året ska betala en årlig avgift i tre år.

En viktig utgångspunkt för finansieringen av hälso- och sjukvården är den kommunala finansieringsprincipen. Principen innebär att kommuner och regioner inte bör åläggas nya obligatoriska uppgifter eller höjda ambitionsnivåer utan att samtidigt ges möjlighet att finansiera dessa. När staten beslutar om reformer som medför ökade kostnader för kommuner eller regioner bör därför de ekonomiska konsekvenserna beaktas och huvudmännen kompenseras. Syftet är att värna den kommunala självstyrelsen och motverka att nya statliga krav behöver finansieras genom omprioriteringar, skattehöjningar eller besparingar i annan verksamhet.[41]

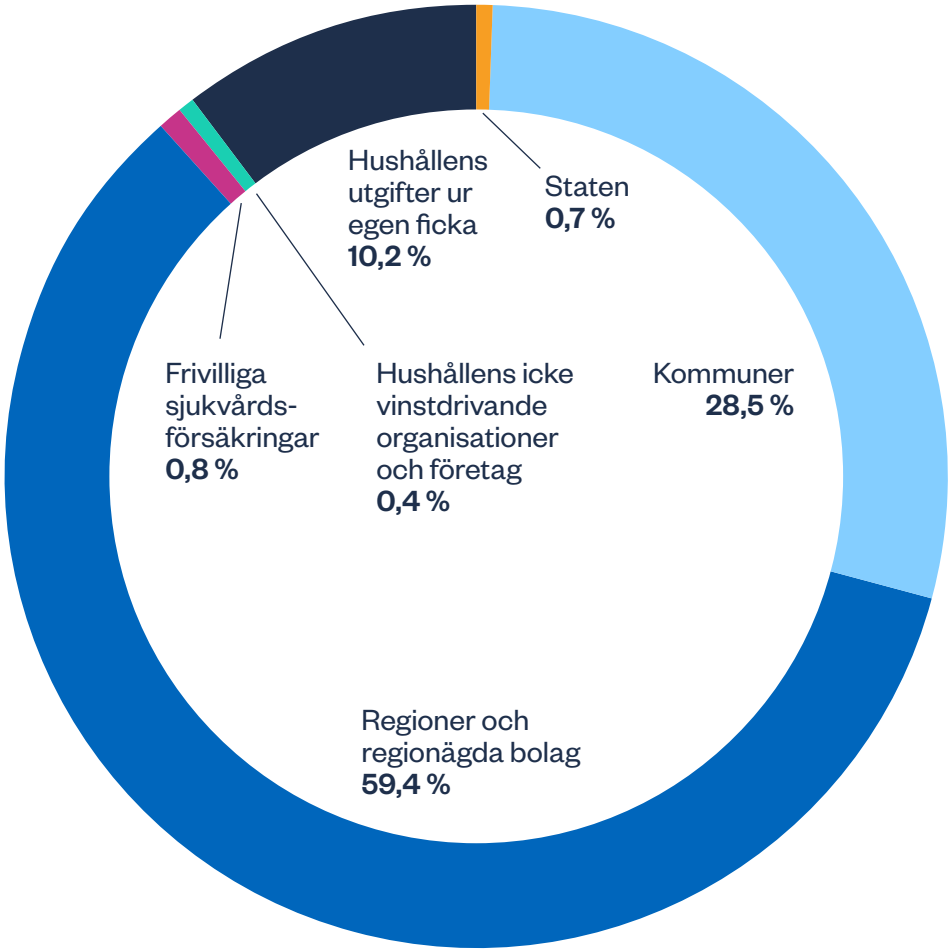
41 Prop. 1993/94:188. Lokal demokrati och kommunal självstyrelse.

Beskrivande statistik – Hälso- och sjukvårdens finansiering

I följande avsnitt presenteras mått som beskriver hälso- och sjukvårdens finansiering.

Sveriges hälso- och sjukvård finansieras primärt genom de skatter som regioner och kommuner tar in från skattebetalarna. I figur 68 framgår hälso- och sjukvårdens finansiärer år 2024. Regionerna stod för nära 60 procent av de löpande utgifterna och kommunernas andel var nära 29 procent. Hushållen stod själva för drygt 10 procent av utgifterna. Hushållens utgifter består primärt av receptfria och receptbelagda läkemedel samt patientavgifter.

Figur 68. Riket. Finansiärer totala hälso- och sjukvårdsutgifter
Finansiärer av totala löpande hälso- och sjukvårdutgifter exklusive tandvårdsutgifter. Avser 2024. Andel per finansiär framgår inom parantesen i förklaringen.

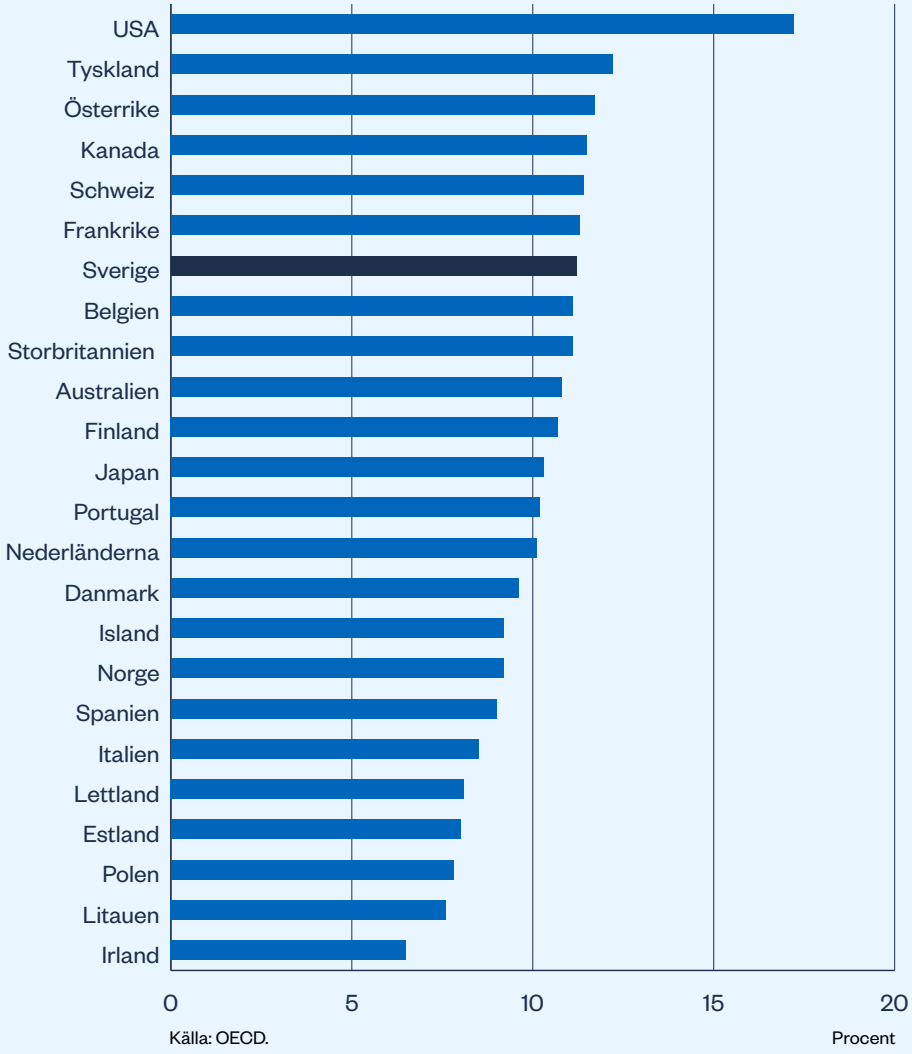


Källa: SCB och egna beräkningar.

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

I figur 69 presenteras hälso- och sjukvårdens andel av BNP år 2024 för ett urval av länder medlemmar i OECD. Det är viktigt att det kan finnas flera olika anledningar till att ett lands hälso- och sjukvårdsutgifter utgör en större eller en mindre andel av BNP. Det kan exempelvis beror på höga ambitionsnivåer, alternativt att sjukvårdssystemet primärt finansieras av enskildas privata sjukförsäkringar. För Sverige ligger andelen på 11,2 procent 2024. I merparten av länderna utgör hälso- och sjukvården en andel mellan 10 och 12 procent av BNP. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP är högst i USA. 2024 utgjorde hälso- och sjukvården 17,2 procent av BNP.

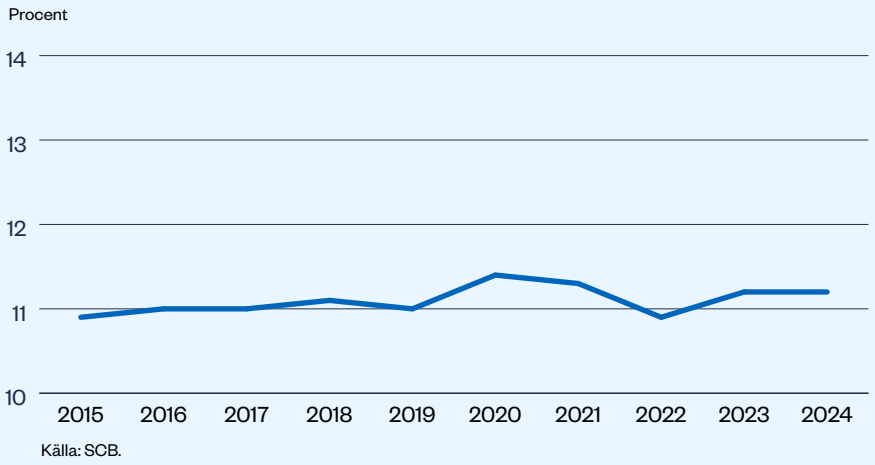
Figur 69. Länder. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP för ett urval av länder i OECD. Avser år 2024.



Källa: OECD.

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP har legat relativt konstant de senaste tio åren, vilket framgår av figur 70. Det trots att hälso- och sjukvården är den fråga som oftast flest väljare anser vara viktigast. Som exempel ansåg 64 procent av deltagarna i SVT:s och Verians väljarundersökning augusti 2026 att frågan var den viktigaste.[42] 2024 låg andelen på 11,2 jämfört med en andel på 10,9 procent 2015. Under covid-19-pandemin ökade andelen med några tiondelar för att sedan återigen minska.

Figur 70. Riket. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP. Avser hela riket oavsett huvudman eller utförare. Redovisas för åren 2015 till 2024.



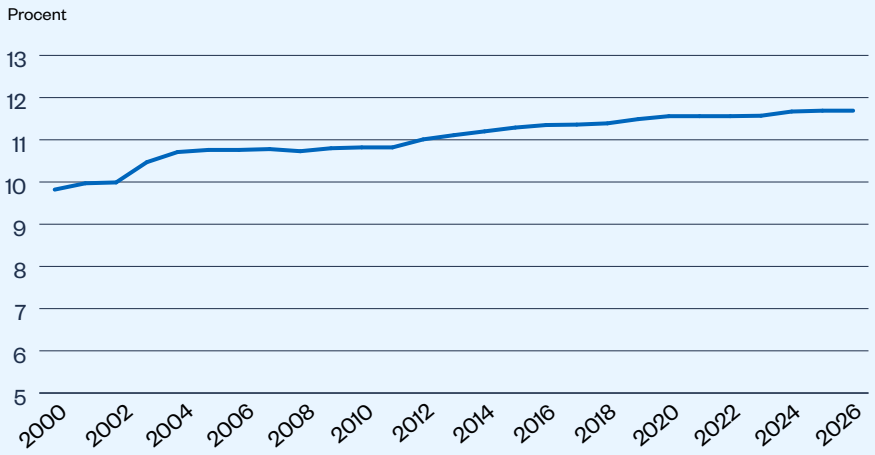
Källa: SCB.

42 https://www.svt.se/nyheter/inrikes/har-ar-valjarnas-viktigaste-fragor (hämtat 2026-09-07).

Skattesatser i regionerna

Den genomsnittliga skattesatsen till region för riket har ökat något sedan år 2000. Då var den genomsnittliga skattesatsen 9,82 procent. För 2026 ligger den genomsnittliga skattesatsen på 11,69 procent, vilket framgår av figur 71. Ökningen för tidsperioden är 1,87 procentenheter. 2025 hade regionerna tillsammans skatteintäkter på 349,3 miljarder kronor.[43] Hade regionernas genomsnittliga skattesats legat på samma nivå som år 2000 hade intäkterna varit drygt 6,5 miljarder kronor lägre.

Figur 71. Riket. Genomsnittlig skattesats till region
Genomsnittlig skattesats till region i procent. Redovisat för åren 2000 till och med 2026.



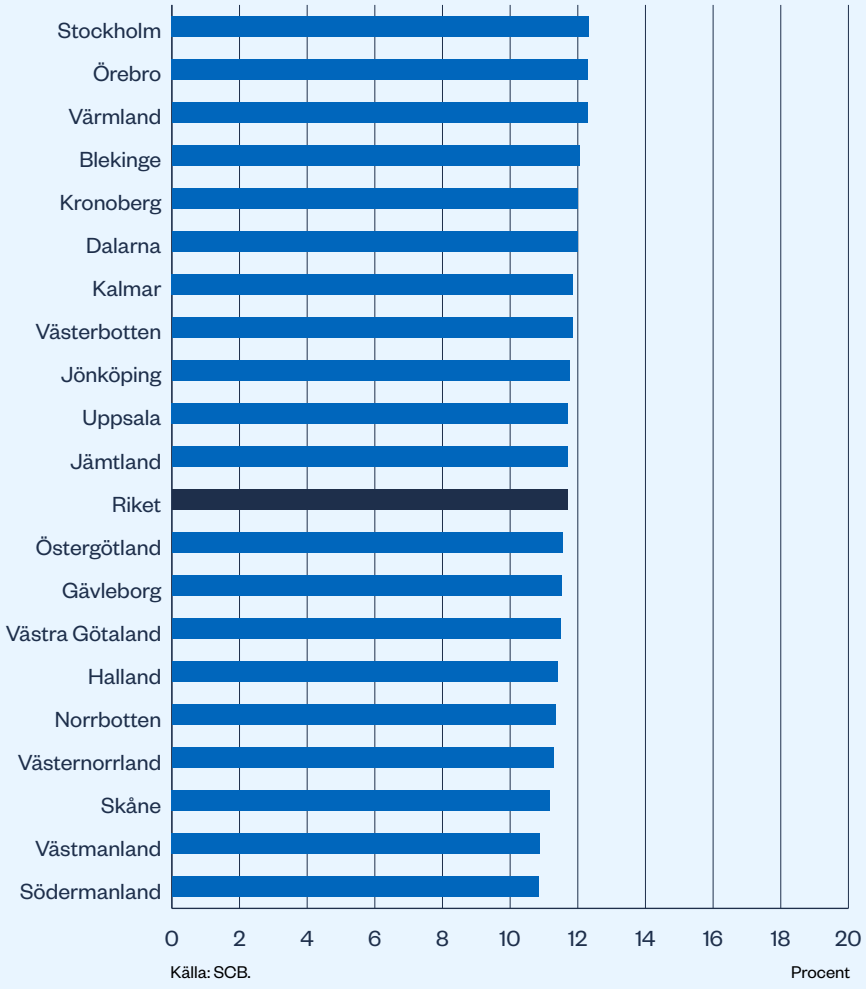
Källa: SCB.

43 https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskaps-sammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/statistiknyhet/kommunernas-och-regionernas-preliminara-bokslut-for-2025/ (hämtat 2026-08-22).

Region Stockholm och Region Örebro har högst skattesatser år 2026. Region Stockholms skattesats är 12,33 procent. Region Örebros skattesats är i år 12,3 procent. Lägst skattesats har Region Sörmland med en skattesats på 10,83 procent. Näst lägst skattesats, 10,88 procent, har Region Västmanland, vilket framgår av figur 72.

Den generella skattesatsen till kommuner och regioner är dock lägst för invånarna i Stockholms län. 2026 ligger skattesatsen till kommuner och regioner för invånare i Stockholms län på 30,82 procent. Den generella låga skattesatsen för invånarna beror på de låga skattesatserna i kommunerna i Stockholms län. Det medför att Region Stockholm kan öka sina ambitioner inom hälso- och sjukvården utan att invånarna relativt sätt lägger större andel av sina inkomster i skatt.

Figur 72. Region. Skattesats per region
Skattesats per region i procent. Gotland redovisas inte eftersom både är en region och en kommun. Redovisat för 2025.

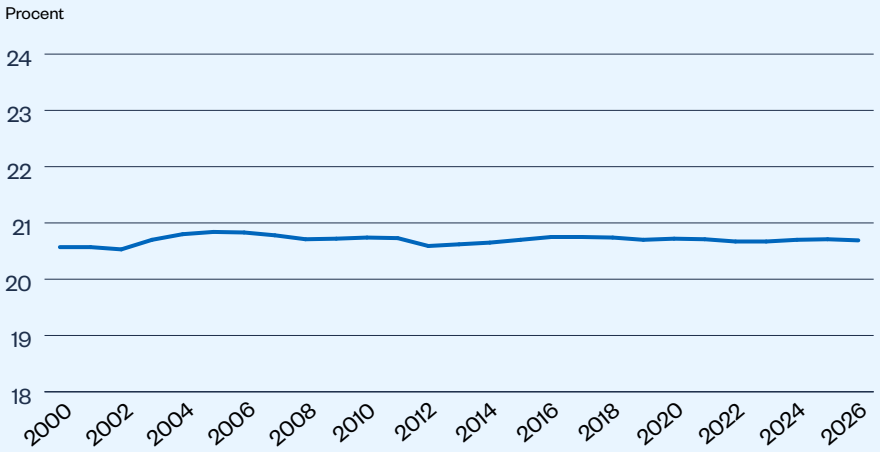


Källa: SCB.

Skattesatser i kommunerna

Den genomsnittliga skattesatsen till kommun i procent har i stort sett legat still sedan år 2000, vilket framgår av figur 73. År 2000 var den genomsnittliga skattesatsen 20,57 procent. År 2026 har den ökat något och ligger på 20,69 procent.

Figur 73. Riket. Genomsnittlig skattesats till kommun
Genomsnittlig skattesats till kommun i procent. Redovisat för åren 2000 till och med 2026.



Källa: SCB.

I tabell 2 redovisas kommunerna med högst och lägst skattesats år 2026. Skattesatserna skiljer stort mellan Sveriges kommuner. Högst skattesats 2026 har Dorotea kommun. Kommunens skattesats ligger på 23,8 procent. Åtta av de tio kommuner med lägst skattesats finns i Stockholms län. Österåkers kommun har lägst skattesats 2026. Kommunens skattesats ligger på 16,6 procent. Trots att Dorotea kommun har en högre skattesats betyder inte det att skatteintäkterna i kronor blir högre. Detta eftersom skattekraften per invånare skiljer sig åt mellan kommunerna. Skattekraften beräknas som skatteunderlag i kronor per invånare. Som exempel är skattekraften per invånare i Dorotea 227 078 kronor, jämfört med 315 539 kronor per invånare i Österåker. Det innebär att de båda kommunerna får ungefär samma skatteintäkt per invånare. Baserat på invånarnas skattekraft får Dorotea 54 000 kronor i skatteintäkt per invånare. Österåkers skatteintäkt är drygt 52 000 kronor per invånare. För att bl.a. kompensera för skillnaderna mellan olika kommuners invånares skattekraft finns ett system för kostnadsutjämning. Systemet innebär att kommuner med strukturellt gynnsamma förutsättningar betalar en avgift vilken fördelas till kommuner med sämre strukturella förutsättningar.

Tabell 2. Kommunerna med högst och lägst skattesats år 2026

Högst skattesats	Procent	Lägst skattesats	Procent
Dorotea	23,80	Österåker	16,60
Vilhelmina	23,65	Lidingö	17,34
Sorsele	23,60	Solna	17,37
Åsele	23,60	Täby	17,55
Arjeplog	23,50	Nacka	17,78
Pajala	23,40	Sollentuna	18,12
Sollefteå	23,39	Stockholm	18,22
Bräcke	23,39	Danderyd	18,25
Munkedal	23,38	Kävlinge	18,41
Vindeln	23,35	Vellinge	18,50

Kostnadsutjämning för regioner

Kostnadsutjämningssystemet ska bidra till likvärdiga ekonomiska förutsättningar för kommuner och regioner. Utjämning görs inom ramen för ett delsystem för kommuner och ett för regioner. Delsystemen som är likartat uppbyggda består vardera av fem olika delar; inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag/-avgift.[44]

Högst bidrag per invånare erhåller Gotland 2026. Regionen får 3 766 kronor per invånare, vilket framgår av tabell 3. Näst högst bidrag per invånare får Norrbotten med 3 505 kronor per invånare. Högst avgift per invånare har Stockholm. Regionen betalar in 1 349 kronor per invånare.

Tabell 3. Kostnadsutjämning för regioner i kronor per invånare 2026

Region	År 2026
Gotland	3 766
Norrbotten	3 505
Dalarna	3 023
Kalmar	2 756
Jämtland Härjedalen	2 702
Värmland	2 295
Gävleborg	2 270
Västernorrland	2 248
Blekinge	1 694
Sörmland	1 233
Västerbotten	349
Västmanland	315
Örebro	301
Kronoberg	181
Jönköpings län	-11
Halland	-66
Östergötland	-391
Skåne	-561
Västra Götaland	-633
Uppsala	-802
Stockholm	-1 349

44 Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunalekonomisk utjämning - Utjämningsåret 2026 (2026).

Kostnadsutjämning för kommuner

Precis som för regioner ska kostnadsutjämningssystemet bidra till likvärdiga ekonomiska förutsättningar för kommuner och regioner. Utjämning görs inom ramen för ett delsystem för kommuner och ett för regioner. Delsystemen som är likartat uppbyggda består vardera av fem olika delar; inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag/-avgift.[45]

Inom ramen för kostnadsutjämningen för kommuner får 224 kommuner bidrag 2026. I genomsnitt ligger bidraget på 3 353 kronor per invånare. Det är 66 kommuner som 2026 betalar en avgift inom ramen för utjämningssystemet. Avgiften ligger i genomsnitt på 1 738 kronor per invånare.
Merparten av de kommuner som erhåller bidrag ligger i norra Sverige. Högst bidrag per invånare 2026 erhåller Dorotea. Kommuner får 17 305 kronor per invånare. Högst avgift betalar Solna. Kommunens avgifter ligger på 7 941 kronor per invånare 2026, vilket framgår av tabell 4.

Tabell 4. Kommuner med högst kostnadsutjämningsbidrag respektive högst kostnadsutjämnings-avgift i kronor per invånare 2026

Kommun	Högst bidrag	Lägst bidrag	Högst avgift
Dorotea	17 305	Solna	-7 941
Pajala	14 524	Umeå	-6 743
Ragunda	13 577	Lund	-6 171
Sorsele	13 423	Sundbyberg	-6 043
Övertorneå	13 278	Uppsala	-4 833
Bjurholm	12 940	Luleå	-4 817
Åsele	12 412	Sotenäs	-4 538
Arjeplog	11 823	Karlstad	-4 460
Malå	10 709	Linköping	-4 098
Storuman	10 672	Mölndal	-3 288

45 Ibid.

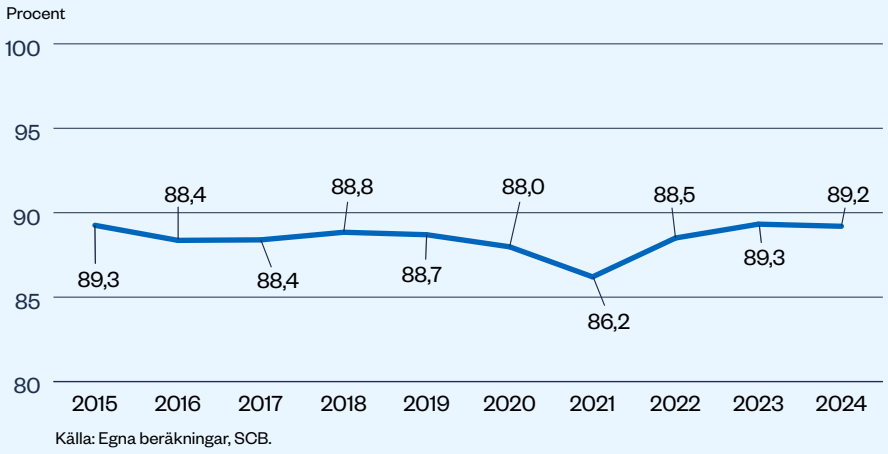
Regionernas hälso- och sjukvårdsutgifter

Figur 74 visar regionernas sammanlagda utgifter för hälso- och sjukvård i andel av regionernas totala utgifter. Utgifterna har i relation till andra utgifter för regionerna inte förändrats sedan 2015. Detta trots att befolkningsstrukturen förändrats med fler äldre och med en större andel som skattar sin allmänna och psykiska hälsa som sämre. 2024 låg andelen på 89,2 procent. Jämfört med 89,3 procent 2015.

För att tillgodose befolkningens ökade hälso- och sjukvårdsbehov behöver ökade resurser, effektiviseringar eller en kombination av båda åtgärderna. Enligt Vård- och omsorgsanalys förväntar sig befolkningen att hälso- och sjukvården fortsätter att utvecklas genom ytterligare ambitionshöjningar som att introducera nya behandlingar och ny medicinsk teknik. Myndigheten konstaterar att regionerna bedömer att dagens omfattning av åtagandet i hälso- och sjukvården kan behållas genom att använda resurserna effektivare.[46]

Svensk Näringsliv menar att det som bland annat förknippas med de mest effektiva regionerna är att de i genomsnitt har en högre andel hälso- och sjukvårdspersonal bland sina anställda.[47]

Figur 74. Riket. Regionernas hälso- och sjukvårdsutgifter
Regionernas sammanslagna utgifter för hälso- och sjukvård i andel av regionernas totala utgifter. Redovisas för riket för åren 2015 till och med 2024.



Källa: Egna beräkningar, SCB.

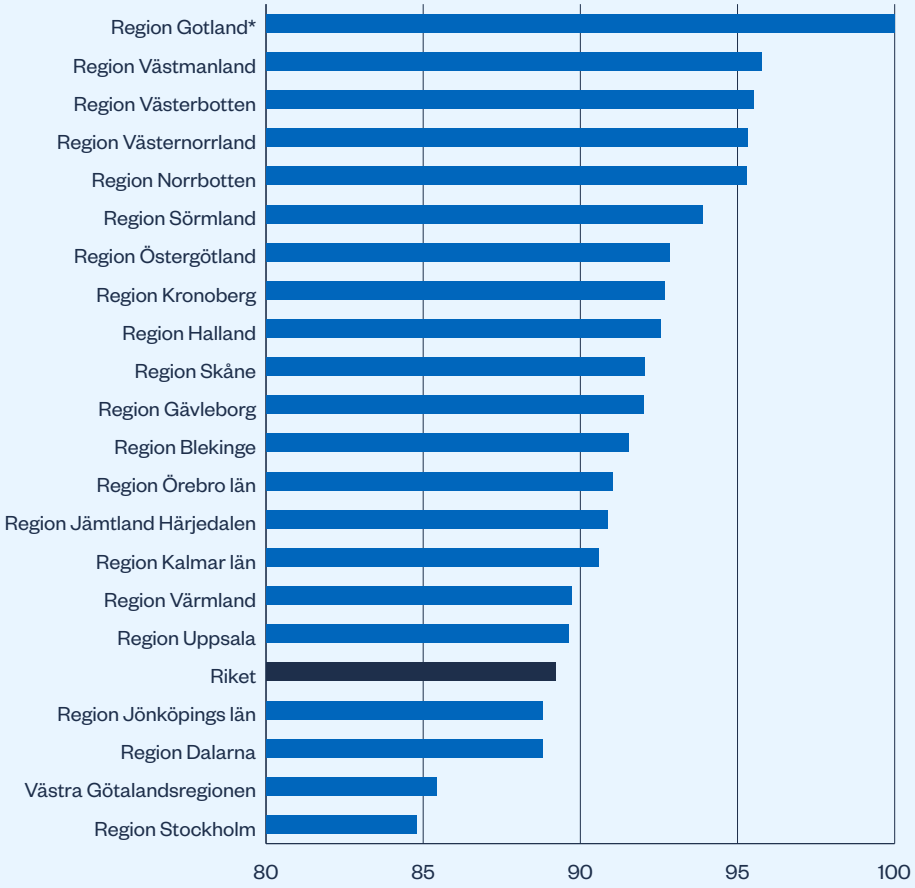
För regionerna varierar utgifter för hälso- och sjukvård i andel av regionernas totala utgifter mellan 84,8 procent i Region Stockholm upp till 95,8 i Region Västmanland, vilket framgår i figur 75. Region Gotland har endast ansvar för hälso- och sjukvård och därför kan regionen inte jämföras med övriga regioner. Regioner som lägger en stor andel av utgifterna på hälso- och sjukvården kommer att få svårt att omlokalisera ytterligare medel till området vid exempelvis ambitionshöjningar. Därför är det viktigt att när staten beslutar

46 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Redo för framtiden (2024).

47 Svenskt Näringsliv. Mest vård för pengarna? (2025).

om förändringar inklusive ambitionshöjningar säkerställer att tillräckligt medel fördelas till regionerna via statsbidrag. Detta eftersom det kan vara svårt för vissa regioner att själva finansiera ambitionshöjningar utan att höra skattesatsen. För att genomföra ambitionshöjningar utan att höja skattesatsen behöver exempelvis hälso- och sjukvården effektiviseras. I december 2024 inrättade regeringen en effektivitetsdelegation för hälso- och sjukvården. Delegationens uppgift är att stödja strukturella förändringar, stärka effektiviteten och därmed förbättra situationen inom hälso- och sjukvården. Därutöver ska delegationen ansvara för ett tillfälligt statsbidrag. Enligt regeringen är ska regioner kunna ansöka om statsbidrag och delegationen ska prioritera ansökningar som bedöms ge störst effektivitet genom omstrukturerings- eller effektiviseringsåtgärder i verksamheten och dess administration.[48] Det är avgörande att de initiativ som beviljats statsbidrag följs upp och utvärderas både utifrån effektivisering och utifrån personalens perspektiv.

Figur 75. Region. Regionernas hälso- och sjukvårdsutgifter
Regionernas utgifter för hälso- och sjukvård i andel av regionernas totala utgifter. Redovisas uppdelat per region och för riket. Avser 2024.



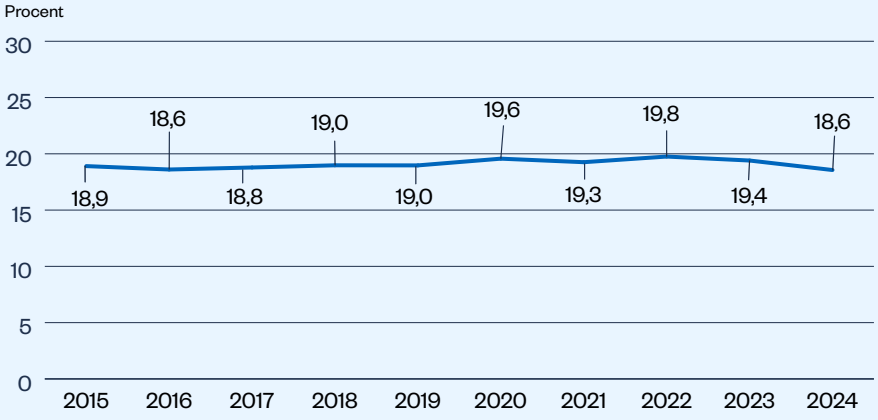
Källa: Källa: Egna beräkningar, SCB.
*Region Gotland ansvarar endast för hälso- och sjukvård.

48 https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/12/regeringen-inrattar-effektivitetsdelegation-for-halso--och-sjukvarden/ (hämtad 2026-09-07).

Primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter

Regionernas sammanslagna utgifter för primärvård i andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter har minskat marginellt sedan 2015, vilket framgår av figur 76. Andelen 2015 var 18,9 procent jämfört med 18,6 procent 2024. Detta faktum visar att omställningen till en god och nära vård primärt finansierats av statliga medel. Mot den bakgrunden är det viktigt att mer statliga medel avsätts alternativt att regionerna omlokaliserar interna medel om denna omställning ska fortsätta. Primärvårdens andel av de totala utgifterna kan påverkats av att hälso- och sjukvården effektiviserats. Enligt SKR är digitalisering ett kraftfullt verktyg för att effektivisera vården, arbeta mer preventivt och möta ett ökat vårdbehov utan att kostnaderna ökar i motsvarande grad.[49] För att säkerställa att så är fallet är det avgörande att de initiativ som syftar till att effektivisera hälso- och sjukvården följs upp.

Figur 76. Riket. Primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter
Regionernas sammanslagna utgifter för primärvård i andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdsutgifter. Redovisas för riket för åren 2015 till och med 2024.

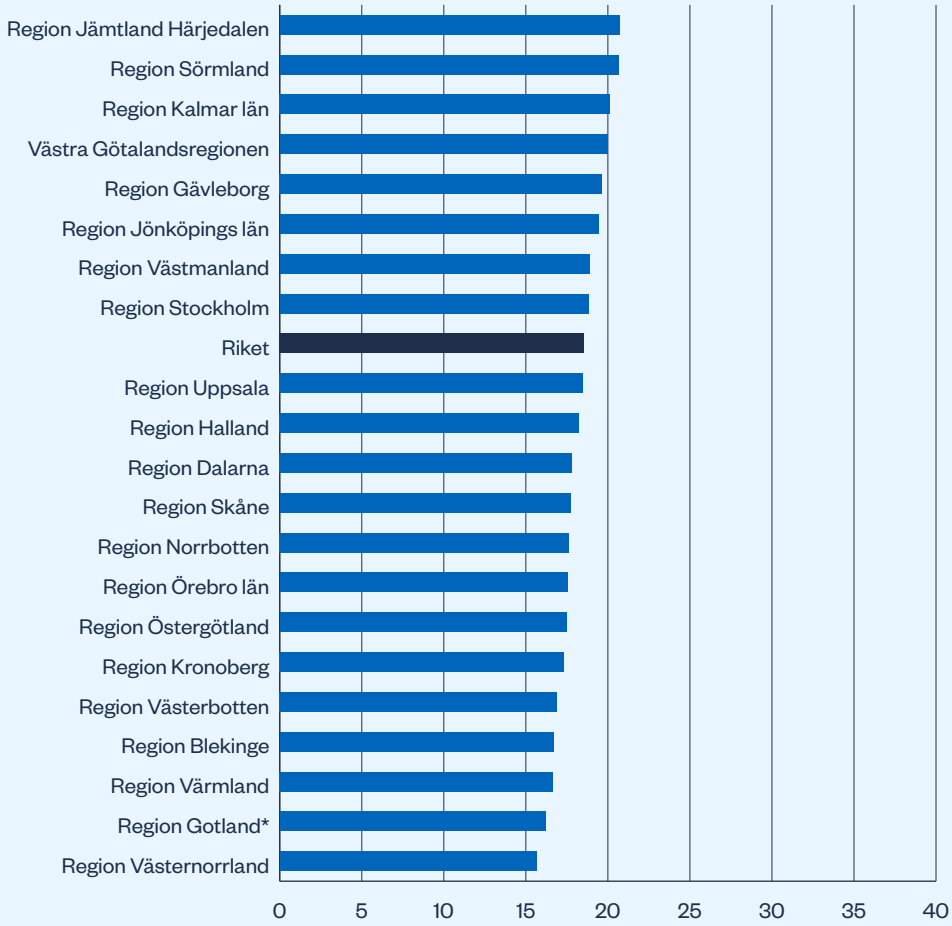


Källa: Egna beräkningar, SCB.

49 https://skr.se/digitaliseringivalfarden/digitaliseringinomhalsoochsjukvarden/digitalavardtjanster.9086.html (hämtat 2026-09-07).

Regionernas utgifter för primärvården i andel av regionernas totala utgifter för hälso- och sjukvård är förhållandes likartade, vilket figur 77 visar. Högst andel lägger Region Jämtland Härjedalen. Där låg andelen på 20,7 procent 2024. Region Västernorrland lokaliserade lägst andel och den var 15,7 procent samma år. Figur 77 visar att oavsett hur stor andel de enskilda regionerna lägger på hälso- och sjukvården i relation till andra ansvarsområden finns det utrymme att omlokalisera medel från slutenvård till primärvård.

Figur 77. Region. Primärvårdens andel av regionernas hälso- och sjukvårdskostnader
Regionernas utgifter för primärvården i andel av regionernas totala utgifter för hälso- och sjukvård. Redovisas uppdelat per region och för riket. Avser 2024.

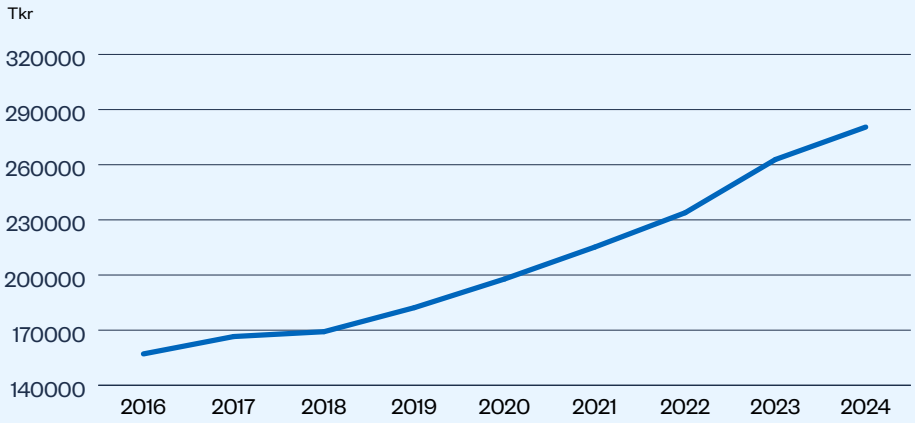


Källa: Egna beräkningar, SCB.
Region Gotland ansvarar enbart för hälso- och sjukvård.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter

Kommunernas nettokostnader för primärvård har ökat avsevärt sedan 2016, vilket framgår av figur 78. 2016 var kommunernas nettoutgifter 157 083 000 kronor. Nettokostnaderna 2024 låg på 280 492 000 kronor vilket är en ökning på 123 409 000 kronor. Ökningen kan kopplas till ökade behov och till omställningen till god och nära vård.

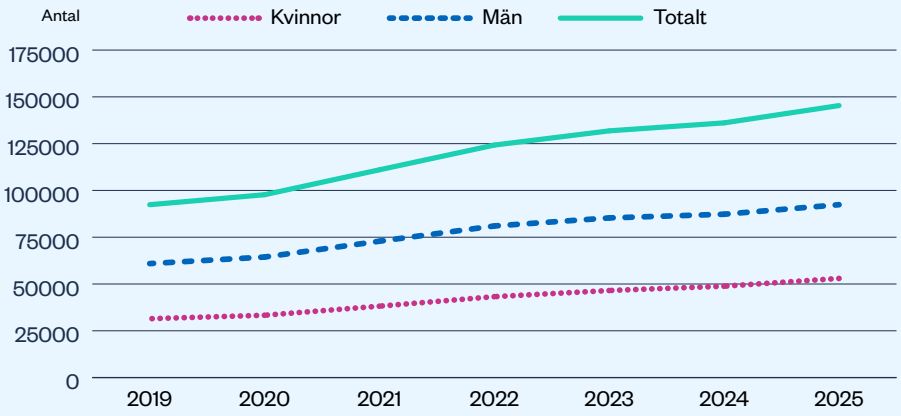
Figur 78. Riket. Kommunernas nettokostnader för primärvård
Kommunernas sammanslagna utgifter för primärvård i tkr. Redovisas för riket för åren 2016 till och med 2024.



Källa: Egna beräkningar, SCB.

Kopplat till kommunernas ökade nettokostnader för primärvård så har behovet av kommunal hälso- och sjukvård ökat, vilket framgår av figur 79. 2019 hade drygt 92 000 personer, 80 år eller äldre, en kommunal hälso- och sjukvårdsinsats. Antalet hade stigit till drygt 145 000 år 2025, vilken är en ökning på när 53 procentenheter.

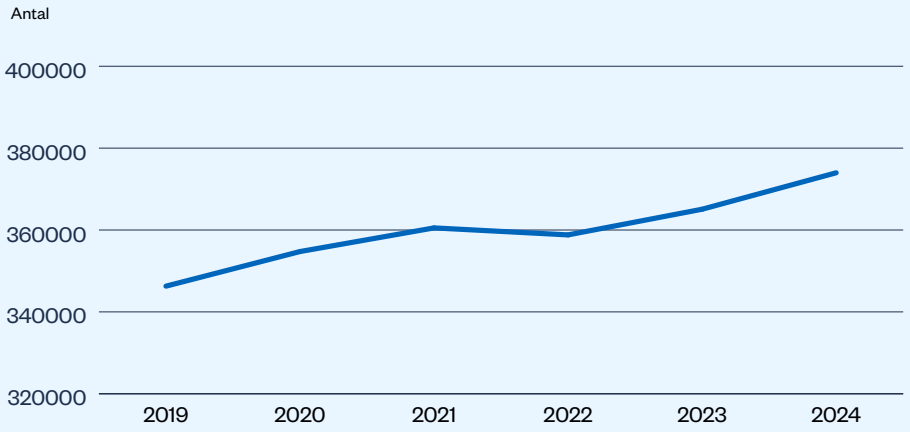
Figur 79. Riket. Kommunal hälso- och sjukvård
Antal personer med minst en KVÅ-kod i kommunal hälso- och sjukvård 80 år eller äldre. Redovisat för kvinnor, män och totalt. Avser perioden september till december åren 2019 till 2025.



Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Figur 80 visar utvecklingen över antalet anställda inom kommunal hälso- och sjukvård 2019 till och med 2024. 2019 var antalet anställda 346 282 jämfört med 373 978 år 2024. Det är en ökning av antalet anställda med nära 8 procent. Det behöver dock relateras till att andelen personer 80 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård ökat med drygt 47 procentenheter under samma tidsperiod. Av det totala antalet anställda 2024 var 18 181 sjuksköterskor. Antalet anställda sjuksköterskor har ökat med 9 procent sedan 2019.

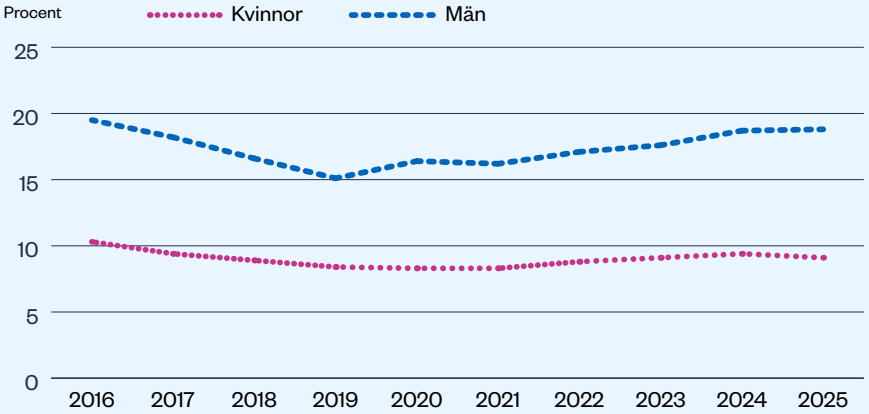
Figur 80. Riket. Personal i kommunal hälso- och sjukvård
Antal anställda i offentlig eller privat regi inom kommunal hälso- och sjukvård. Redovisas för åren 2019 till och med 2024.



Källa: Registret över hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen.
.

Särskilt boende är en vanlig insats för personer som behöver hälso- och sjukvårdsåtgärder från kommuner. Det är också inom särskilda boendeformer som en stor andel av personalen i kommunal hälso- och sjukvård är anställda. Figur 81 visar medelantalet sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer och för samtliga branscher. Förvärvsarbetande inom särskilda boendeformer har haft betydligt fler sjukskrivningsdagar jämfört med samtliga branscher. Samtliga branscher, d.v.s. genomsnittet för hela arbetsmarknaden, hade 2025 ett medelantal på 9,1 dagar. Inom särskilda boendeformer var medelantalet samma år 18,8 dagar.

Figur 81. Riket. Sjukskrivningsdagar i särskilda boendeformer och i samtliga branscher
Medelantal sjukskrivningsdagar per förvärvsarbetande inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer (Säbo) och för samtliga branscher (Samtliga). Redovisat för åren 2016 till och med 2025.



Källa: Försäkringskassan.

Iakttagelser avseende Hälso- och sjukvårdens finansiering

Den beskrivande statistiken som redovisats i föregående avsnitt, visar att de samlade resurserna till svensk hälso- och sjukvård har varit relativt stabila över tid, samtidigt som behoven av vård och omsorg har ökat. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP har under det senaste decenniet legat på en förhållandevis oförändrad nivå. Detta innebär dock inte att vårdens utgifter stått stilla i kronor räknat. Tvärtom har kostnaderna ökat, men i ungefär samma takt som samhällsekonomin i övrigt. En stabil BNP-andel kan därför tolkas som att samhället över tid avsatt ungefär samma andel av sina samlade resurser till hälso- och sjukvården.

Samtidigt har vårdens uppdrag gradvis förändrats. Befolkningen har blivit äldre, fler personer lever länge med kroniska sjukdomar till följd av medicinska framsteg. Nya behandlingsmetoder, läkemedel och medicintekniska innovationer innebär att vården i dag kan behandla tillstånd som tidigare inte var möjliga att behandla. Även befolkningens förväntningar på tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet har ökat. Att hälso- och sjukvårdens andel av BNP varit relativt stabil samtidigt som vårdens uppdrag successivt utvidgats innebär därför att vården har behövt leverera mer inom i stort sett samma relativa resursram.

Att Sverige samtidigt uppvisar goda medicinska resultat kan tolkas som att hälso- och sjukvårdssystemet i många avseenden blivit mer produktivt. Utvecklingen kan delvis förklaras av digitalisering, medicinteknisk utveckling, effektivare behandlingsmetoder och förändrade arbetssätt. Samtidigt väcker statistiken frågan om en del av effektiviseringen också har möjliggjorts genom en ökad arbetsinsats från personalen.

Regionernas utgifter för hälso- och sjukvård som andel av deras totala verksamhet ligger redan på en hög nivå. Nästan nio av tio regionkronor används för hälso- och sjukvård. I flera regioner överstiger andelen 90 procent. Detta begränsar möjligheterna att finansiera framtida ambitionshöjningar genom omprioriteringar inom regionernas egna budgetar. När en verksamhet redan upptar en så stor del av den samlade ekonomin blir det svårt att frigöra ytterligare resurser utan effektiviseringar, höjda skatter eller ökade statsbidrag.

Samtidigt måste budgetutvecklingen analyseras med försiktighet. Även om budgeten ökar kan resurserna i praktiken vara oförändrade om kostnaderna ökar i samma takt eller snabbare. Om regionernas och kommunernas budgetar räknas upp med pris- och löneindex eller motsvarande, som inte fullt ut motsvarar verksamheternas faktiska kostnadsutveckling sker en successiv urholkning av resursernas köpkraft. Detta kan exempelvis inträffa under perioder med hög inflation eller när kostnaderna för löner, läkemedel, medicinteknik och andra insatsvaror ökar snabbare än budgetuppräkningen. I sådana situationer uppstår ett effektiviseringskrav där verksamheterna förväntas leverera samma eller högre produktion med oförändrade reala resurser.

Skillnaderna mellan regionerna illustrerar också att de ekonomiska förutsättningarna skiljer sig åt. Skillnaderna handlar inte enbart om skattesatsernas nivå utan också om skattekraften, det vill säga storleken på det skatteunderlag som varje skattekrona kan tas ut på. Kommuner och regioner med hög skattekraft får större intäkter från varje skattebetalare än i kommuner och regioner med lägre skattekraft. Detta förklarar varför vissa kommuner och regioner kan ha relativt låga skattesatser samtidigt som de har starka ekonomiska förutsättningar. Kostnadsutjämningssystemet fyller därför en viktig funktion för att skapa mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva vård och omsorg i hela landet. Emellertid kompenserar inte system i tillräckligt stor utsträckning för ojämlikheterna.

Statistiken visar vidare att omställningen till god och nära vård ännu inte fått ett tydligt genomslag i regionernas resursfördelning. Primärvårdens andel av regionernas samlade hälso- och sjukvårdsutgifter har varit i stort sett oförändrad sedan 2015. Trots omfattande nationella reformer och statliga satsningar har det inte skett någon större och varaktig omfördelning av resurser från sjukhusvård till primärvård. Detta talar för att omställningen i stor utsträckning hittills finansierats genom riktade statsbidrag och tillfälliga satsningar snarare än genom permanenta förändringar av regionernas egna budgetprioriteringar.

Parallellt med detta syns en tydlig förskjutning av vårdinsatser till kommunal verksamhet. Kommunernas nettokostnader för hälso- och sjukvård har ökat under senare år samtidigt som antalet äldre personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser ökat betydligt. Utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården illustrerar också den personalmässiga dimensionen av resursfrågan. Antalet personer 80 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser har ökat betydligt snabbare än antalet anställda. Samtidigt har antalet sjuksköterskor endast ökat marginellt i relation till behovsutvecklingen i den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att personalökningen inte motsvarat behoven.

Sjukskrivningstalen inom vård och omsorg i särskilda boendeformer ger ytterligare perspektiv på utvecklingen. Under lång tid har sjukfrånvaron varit betydligt högre än genomsnittet på arbetsmarknaden. Även om sjukskrivningstal påverkas av flera faktorer kan de ses som en indikation på att arbetsmiljö och arbetsbelastning är tillräckligt viktiga frågor för verksamheternas långsiktiga hållbarhet.

Mot denna bakgrund är det rimligt att ställa frågan om en del av vårdens produktivitetsökning under senare år i praktiken har finansierats genom personalens arbetsinsatser. Om vården har kunnat möta växande behov utan motsvarande ökning av resurser eller bemanning kan en del av förklaringen vara att medarbetarna tagit ett större ansvar, arbetat mer intensivt eller hanterat fler patienter per anställd. Även om detta kan bidra till goda resultat på kort sikt finns det osäkerheter kring hur hållbar en sådan utveckling är över tid.

Förutsättningarna att upprätthålla dagens vårdresultat bygger ytterst på att det finns tillräckligt många medarbetare med rätt kompetens som vill arbeta kvar i verksamheterna. Om obalansen mellan uppdrag, resurser och beman-

ning blir alltför stor riskerar konsekvenserna att bli ökad sjukfrånvaro, ökade svårigheter att rekrytera och behålla personal samt försämrade möjligheter att upprätthålla kontinuitet och kvalitet i vården.

Samtidigt pekar utvecklingen på en växande spänning mellan befolkningens behov, vårdens ambitioner och de ekonomiska förutsättningarna. De senaste årens utveckling kan delvis förklaras av effektiviseringar, medicinska framsteg och teknisk utveckling. Samtidigt finns det indikationer på att personalen har varit en avgörande förutsättning för att upprätthålla goda resultat när behoven vuxit snabbare än resurserna. Om Sverige även framöver ska kunna upprätthålla hög kvalitet, god patientsäkerhet och goda medicinska resultat behöver därför resursutvecklingen bedömas inte bara utifrån ekonomisk effektivitet utan också utifrån personalens förutsättningar att långsiktigt utföra sitt uppdrag. Effektiviseringar som bygger på bättre arbetssätt, organisation och teknik kan vara hållbara över tid. Effektiviseringar som huvudsakligen tas ut genom ett ökat arbetsuttag från personalen riskerar däremot att på sikt undergräva både arbetsmiljö, kompetensförsörjning och verksamhetens resultat. Därför är tillräcklig finansiering inte enbart en ekonomisk fråga utan också en förutsättning för att personalen ska kunna upprätthålla de resultat som hälso- och sjukvården uppvisar idag.

Sammanfattande iakttagelser

Svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda resultat vilka även har förbättrats över tid. Befolkningens hälsa har utvecklats positivt inom flera områden och förtroendet för vården är fortsatt högt. Bakom dessa resultat finns dock inte ett system som verkar av sig självt. Det är hälso- och sjukvårdens medarbetare som genom sin kompetens, sitt engagemang och sina dagliga insatser omsätter lagstiftning, kunskap och resurser till konkret hälso- och sjukvård för patienter och befolkning.

Även om resultaten är goda finns betydande skillnader mellan regioner och län. Detta innebär att vårdens kvalitet, tillgänglighet och resultat fortfarande påverkas av var i landet som invånarna bor. För att uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen om en god vård på lika villkor krävs därför åtgärder som stärker både kompetensförsörjningen och förutsättningarna att bedriva vård i hela landet. De geografiska skillnaderna påverkar inte enbart patienterna utan även vårdens medarbetare. I glesbygdsområden ska samma krav på tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet uppfyllas trots mindre befolkningsunderlag, längre avstånd och större svårigheter att rekrytera och behålla personal. För medarbetarna innebär detta ofta bredare uppdrag, större geografiska ansvarsområden och begränsade möjligheter att ersätta vakanta tjänster eller frånvarande kollegor. Därmed blir verksamheterna mer sårbara och konsekvenserna av personalbrist ofta större än i större städer. För patienterna kan långa avstånd till vårdcentraler, sjukhus och specialistvård påverka både tillgänglighet och kontinuitet. Möjligheterna till uppföljning, förebyggande insatser och regelbunden kontakt med vården riskerar att försämras när vården finns långt från patientens vardag.

Omställningen till god och nära vård innebär inte enbart en organisationsförändring utan också en kompetensreform. Ambitionen om personcentrering, kontinuitet och ökad tillgänglighet förutsätter att det finns legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens nära patienten. Den nya lagstiftningen om tillgång till sjuksköterskebedömning dygnet runt i kommunal hälso- och sjukvård illustrerar detta tydligt. Samtidigt väcker reformen frågor om hur målsättningarna ska kunna uppnås i en situation där många verksamheter redan idag har svårt att rekrytera och behålla personal. En hållbar kompetensförsörjning är därför avgörande för att omställningen ska kunna genomföras. Personcentrerad vård och ett stärkt fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser framstår som särskilt viktiga i takt med att befolkningen blir äldre och vårdbehoven ökar. Omvårdnadens grundläggande uppdrag att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande får därmed en allt större betydelse. Särskilt inom området psykisk ohälsa, där utvecklingen i flera avseenden går åt fel håll, behövs långsiktiga och kunskapsbaserade insatser. Här har sjuksköterskor och andra omvårdnadsprofessioner en central roll genom tidig upptäckt, kontinuerlig uppföljning, stöd till egenvård och personcentrerade vårdrelationer.

Trots att vården uppvisar goda resultat kvarstår betydande utmaningar inom arbetsmiljö och kompetensförsörjning. Hälso- och sjukvårdslagen anger att det ska finnas den personal som behövs för att ge god vård, men det saknas nationella mått för vilka personella resurser och kompetenser som faktiskt krävs för att uppfylla lagens intentioner. Därmed blir det svårt att bedöma om dagens bemanning motsvarar verksamheternas behov. Under lång tid har staten, myndigheter och utredningar uppmärksammat problem med kompetensbrist, hög arbetsbelastning och svårigheter att rekrytera och behålla personal. Trots detta återkommer problemen år efter år. Arbetsmiljöverkets inspektioner visar omfattande brister kopplade till organisatorisk arbetsmiljö och ohälsosam arbetsbelastning, samtidigt som flera nyckelkompetenser är svåra att rekrytera. Utvecklingen inom den kommunala hälso- och sjukvården illustrerar särskilt utmaningen. Antalet äldre med vårdinsatser ökar snabbare än tillgången till exempelvis sjuksköterskor, vilket innebär att personalökningen inte har motsvarat behovsutvecklingen. Mot denna bakgrund finns skäl att fråga sig om en del av vårdens produktivitetsökning och effektivisering under senare år har möjliggjorts genom en ökad arbetsinsats från personalen. Personalens egna beskrivningar pekar ofta på en vardag där verksamheten fungerar tack vare flexibilitet, ansvarstagande och en vilja att hantera ett växande uppdrag trots begränsade resurser. De goda resultaten kan därför inte enbart ses som ett uttryck för organisatorisk effektivitet eller teknisk utveckling, utan också som ett resultat av vårdens professioners insatser.

I takt med att allt fler patienter har komplexa och långvariga vårdbehov ökar också betydelsen av samverkan mellan kommuner och regioner. För patienten är huvudmannaskapet ofta av underordnad betydelse. Det avgörande är att vården upplevs som sammanhållen, trygg och samordnad. Bristande samverkan riskerar att leda till otydliga ansvarsförhållanden, onödiga vårdövergångar och ökad administrativ belastning för både patienter och medarbetare. En väl fungerande samverkan kan däremot bidra till bättre kontinuitet, mer effektiv användning av tillgängliga kompetenser och bättre förutsättningar för personalen att fokusera på patientens behov. Sammantaget visar resultaten att personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs och den främsta förklaringen till de goda resultat som systemet uppvisar. Samtidigt finns betydande utmaningar kopplade till kompetensförsörjning, arbetsmiljö, geografiska skillnader och växande vårdbehov. Om Sverige även framöver ska kunna upprätthålla hög kvalitet, god patientsäkerhet och ett starkt förtroende för vården krävs långsiktiga investeringar i vårdens medarbetare. Frågan handlar ytterst inte om huruvida vården levererar goda resultat idag, utan om vi skapar förutsättningar för att den ska kunna fortsätta göra det i framtiden. Utan tillräcklig bemanning, rätt kompetens och hållbara arbetsvillkor riskerar både vårdens kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet att försämras över tid.

Utvecklingen väcker också frågor om relationen mellan vårdens resurser och de behov som hälso- och sjukvården förväntas möta, exempelvis kopplat till en allt äldre befolkning. Samtidigt har ambitionerna om tillgänglighet, kontinuitet, personcentrering och förebyggande arbete successivt höjts. Vårdens uppdrag har därmed blivit mer omfattande och mer komplext. Trots detta talar mycket för att resursutvecklingen inte fullt ut har motsvarat utvecklingen av vårdbehoven. När efterfrågan på vård ökar snabbare än tillgången till per-

sonal och andra resurser uppstår ett tryck på verksamheterna att producera mer inom i stort sett samma ramar. På kort sikt kan detta förhållningssätt bidra till att upprätthålla goda resultat. På längre sikt riskerar det däremot att få konsekvenser för både verksamheterna och samhället i stort. Hög arbetsbelastning och bristande återhämtningsmöjligheter kan leda till ökad sjukfrånvaro, personalomsättning och svårigheter att rekrytera och behålla medarbetare. När erfarna medarbetare lämnar verksamheten förloras kunskap och kontinuitet samtidigt som kostnaderna för rekrytering, introduktion och inhyrd personal ökar. Brist på rätt kompetens kan också påverka produktiviteten och försvåra möjligheterna att bedriva ett effektivt förebyggande arbete. Det finns även en risk att otillräckliga resurser leder till att förebyggande och hälsofrämjande insatser får stå tillbaka för att hantera mer akuta behov. På kort sikt kan detta framstå som nödvändigt, men på längre sikt riskerar det att öka vårdbehovet och därmed kostnaderna. Förebyggande arbete, tidiga insatser och kontinuerliga vårdrelationer är ofta resurseffektiva investeringar som kan minska behovet av mer omfattande och kostsamma vårdinsatser längre fram. Om gapet mellan resurser och vårdbehov fortsätter att öka finns också en risk att skillnaderna mellan olika delar av landet förstärks. Regioner och kommuner med svagare ekonomiska eller personella förutsättningar kan få svårare att upprätthålla tillgänglighet, kontinuitet och kompetensförsörjning. Detta riskerar i sin tur att påverka såväl jämlikheten som möjligheterna att ge vård på lika villkor.

Sammantaget talar utvecklingen för att finansieringen av hälso- och sjukvården inte enbart bör bedömas utifrån systemets förmåga att leverera goda resultat idag. Den behöver även bedömas utifrån om resurserna är tillräckliga för att långsiktigt upprätthålla kvalitet, patientsäkerhet och en hållbar arbetsmiljö. Om en alltför stor del av vårdens effektiviseringar bygger på personalens ökade arbetsinsatser finns en risk att dagens goda resultat sker på bekostnad av morgondagens förutsättningar. Att säkerställa en tillräcklig och långsiktigt hållbar resursutveckling är därför inte endast en ekonomisk fråga utan en investering i vårdens kvalitet, kompetensförsörjning och framtida förmåga att möta befolkningens behov.

Referenser

Lagar

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Patientlag (2014:821)

Propositioner och skrivelser

Prop. 1993/94:188 Lokal demokrati och kommunal självstyrelse

Prop. 2025/26:1 Budgetpropositionen

Prop. 2025/26:19 Nästa steg för en god och nära vård

Statens offentliga utrednings- och kommittébetänkanden

SOU 2016:2 Effektiv vård

SOU 2026:38 – Behovsstyrd vård

Rapporter

Försäkringskassan. Lägesrapport 2026 (2026)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Redo för framtiden (2024)

Riksrevisionen. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (2023)

SCB. Kommunalekonomisk utjämning - Utjämningsåret 2026 (2026).

SKR. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2025 (2026).

Socialstyrelsen. Fallprevention en kostnadseffektiv åtgärd? (2022).

Socialstyrelsen. Nationell utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdomar (2025).

Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017 - En god vård? (2017).

Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (2020).

SOM-institutet. Svenska förtroendetrender 1986–2025 (2026).

Svenskt Näringsliv. Mest vård för pengarna? (2025).

Övrigt

Dahlgren och Whitehead (1991)

Folkhälsomyndigheten. Om suicid (hämtat 2026-04-25).
https://sdb.socialstyrelsen.se/vantetider-specialiserad-vard/ (hämtat 2026-08-23).

https://skr.se/digitaliseringivalfarden/digitaliseringinomhalsoochsjukvarden/digitalavardtjanster.9086.html (hämtat 2026-09-07).

https://www.lakemedelsverket.se/sv/handel-med-lakemedel/apotek/att-driva-apotek/receptfritt-naloxon-pa-oppenvardsapotek#hmainbody1 (hämtat 2026-09-15).

https://www.onkologiisverige.se/prostatacancerdod-bland-aldre-ofta-baserad-pa-svag-evidens/ (hämtat 2026-08-22).

https://www.praktiskmedicin.se/2019/02/10/naloxon-och-utbildningsinsats-om-opioidoverdos-till-personer-med-opioidberoende-samt-deras-anhoriga/ (hämtat 2026-09-15).

https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/12/regeringen-inrattar-effektivitetsdelegation-for-halso--och-sjukvarden/ (hämtad 2026-09-07).

https://www.regiondalarna.se/om-oss/ (hämtat 2026-06-11).

https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/statistiknyhet/kommunernas-och-regionernas-preliminara-bokslut-for-2025/ (hämtat 2026-08-22).

https://www.svt.se/nyheter/inrikes/har-ar-valjarnas-viktigaste-fragor (hämtat 2026-09-07).

Institute for Health Metrics and Evaluation Sweden (2026-04-15).

Nationella vårdkompetensrådet (2024:2). Slutredovisning – Nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (2024).

Socialstyrelsen. Oplanerade återinskrivningar bland äldre (hämtat 2026-08-23).

Socialstyrelsen termbank sökord ”Prevention”.

Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? (hämtad 2026-09-14).

WHOKnowledge, Fact Sheet (2022).