Socialstyrelsen

Socialstyrelsens stöd till hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet

Delredovisning oktober 2026

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-10-10452

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2026

Förord

God vård ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, tillgänglig, jämlik och effektiv. Planering, och stöd till planering, är viktigt för att kunna möta patienterna i rätt tid, på rätt plats och med rätt insats. Utbudet av vård behöver med andra ord vara rätt dimensionerat och utgå från befolkningens behov. Databaserad analys, lärande genom dialog samt stöd till strukturerade arbetssätt utgör därför en grund för Socialstyrelsens arbete.

Här presenterar Socialstyrelsen sitt arbete med att bidra till att stärka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet. I uppdraget ingår också att följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet, bland annat avseende väntetider, antalet disponibla vårdplatser samt beläggningsgrad. Rapporten utgör den tredje delredovisningen av uppdraget sedan starten i maj 2024.

Rapporten har tagits fram av Anna Dahlin i samarbete med många medarbetare verksamma inom områdena hälso- och sjukvård på systemnivå, terminologi, statistik, analys, hälsodataregister och statsbidrag. Ansvarig enhetschef är Anna Bennet Bark.

Socialstyrelsen vill rikta ett stort tack till alla chefer och medarbetare i regionerna som aktivt bidrar till det här arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **5**

Uppdraget **7**

En tillgänglig hälso- och sjukvård **8**

Socialstyrelsens stöd och uppföljning **9**

Nya uppgifter för myndigheten **10**

Andra statliga insatser på tillgänglighetsområdet **11**

Disposition för rapportens följande avsnitt **12**

Utvecklingen av vårdens tillgänglighet **13**

Väntetider inom vårdgarantin 13

Väntan på vårdplats i sluten vård 14

Tillgång till vårdplatser i den slutna vården 14

Kontinuitet i primärvården 15

Andra faktorer som påverkar väntetider och vårdplatser 16

Lägesbilder, uppföljning, statistik och data **17**

Uppföljning inom närliggande områden 17

Insamling och bearbetning av data 19

Utveckling av teknisk plattform 21

Nya tillgänglighetsbegrepp i termbanken 22

Socialstyrelsens stödjande arbete för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet **23**

Riktvärden för vårdplatser 23

Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning 25

Socialstyrelsen erbjuder verksamhetsnära stöd i form av platsbesök 27

Att bidra till utveckling och dela erfarenheter genom dialog 29

Statsbidrag för tillgänglighet och vårdkapacitet **32**

Ett nytt sätt att arbeta med statsbidrag inom tillgänglighet 32

Myndigheten breddar sin ansats **36**

Referenser **38**

Sammanfattning

Hälso- och sjukvård i Sverige ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig.[1] Det förutsätter en balans mellan invånarnas behov av vård och vårdens tillgängliga kapacitet. En del i detta är att man inte ska behöva vänta för länge på vård. För vissa typer av vårdkontakter regleras väntetider i vårdgarantin. Socialstyrelsen följer upp väntetider inom såväl primärvård som specialiserad vård, samt antalet disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

Sammanfattningsvis visar delar av uppföljningen på viss förbättring jämfört med 2024 och 2025. Det gäller väntetider till specialiserad vård inom vårdgarantin. Bristen på disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård har också minskat på nationell nivå. Systemet är samtidigt fortsatt ansträngt och ett långsiktigt arbete behövs för att åstadkomma en ökad tillgänglighet på en rad områden. God tillgänglighet är mer än väntetider och tillgången till vårdplatser. Kontinuitet och delaktighet, en hållbar kompetensförsörjning och arbetsmiljö, omställningen till en god och nära vård, samt ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, är centrala delar för att åstadkomma balans mellan behovet av vård och vårdens kapacitet.

Socialstyrelsen stödjer regionerna i arbetet för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet i den specialiserade vården genom olika riktade stöd, analys och statistik, dialog och statsbidrag. Myndigheten tar kontinuerligt fram stödmaterial inom produktions- och kapacitetsstyrning samt riktvärden för vårdplatser i somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) och somatisk intensivvård. Även ett verksamhetsnära stöd, som inkluderar platsbesök av myndigheten i regionernas verksamheter, har utvecklats sedan ett par år tillbaka. Vid platsbesöken stödjer myndigheten införandet och utvecklingen av produktions- och kapacitetsstyrning i verksamheterna. Samverkan med huvudmännen genom dialoger, workshops, nätverksträffar och konferenser är en central del i arbetet, liksom att analysera om myndighetens stöd är i linje med de behov som efterfrågas och vidareutveckla därefter. Myndigheten fördelar också statsbidrag årligen inom tillgänglighet och vårdkapacitet och arbetar på nya sätt med detta.

För att visa på utvecklingen inom området tillgänglighet och vårdkapacitet publicerar Socialstyrelsen också statistik, lägesbilder och allt fler typer av visualiseringar på webbsidan. Socialstyrelsen bedriver också ett omfattande utvecklingsarbete av datamängder och teknisk plattform, för att förbättra förutsättningarna för databaserade analyser på regional och nationell nivå.

[1] 5 kap. 1 § 5 p. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Myndigheten har under 2026 bland annat övertagit insamlingen av väntetidsdata, och arbetar med utökad uppgiftsinsamling till Patientregistret.

Socialstyrelsen fortsätter att stödja regionerna, utveckla stödet i dialog över tid samt följa utvecklingen. Eftersom de olika delarna av hälso- och sjukvårdssystemet i stor utsträckning påverkar varandra och tillsammans bildar den helhet som utgör svensk hälso- och sjukvård, bedömer Socialstyrelsen att myndigheten behöver anta en bredare, mer samordnad ansats på området tillgänglighet och vårdkapacitet, utöver den specialiserade hälso- och sjukvården som varit huvudfokus i arbetet hittills. Detta stöds även av nya uppgifter i myndighetens instruktion och av redovisningar från två statliga utredningar på området.[2]

[2] Behovsstyrd vård (S 2024:05), Nationell samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (S2026:01).

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i maj 2024 ett större samlat uppdrag (S2024/01058) att bidra till att stärka samt följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet, bland annat i fråga om väntetider, antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad. I uppdraget ingår att följa upp väntetider och vårdköer, presentera statistik och uppföljning på myndighetens webbplats, samt kontinuerligt utveckla uppföljningen. Uppdragets fokus är den specialiserade vården.

I november 2024 redovisade Socialstyrelsen en plan för hur myndigheten skulle arbeta med uppdraget och vad myndigheten planerade att åstadkomma på kortare respektive längre sikt [1]. I planen beskrev Socialstyrelsen hur myndigheten skulle kunna stödja huvudmännen med att balansera invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet genom aktivt och nära samarbete utifrån ett helhetsperspektiv. Myndigheten beskrev också sitt planerade arbete med att följa upp den nationella utvecklingen av tillgängligheten och vårdkapaciteten samt behovet av vidareutveckling på området.

Valet av myndighetens insatser för att stödja huvudmännen gjordes i dialog med regionerna och lärdomar och erfarenheter från tidigare uppdrag användes för att utforma det fortsatta stödjande arbetet. Myndigheten hade påbörjat ett verksamhetsnära stöd och fört dialoger med regionerna på flera nivåer, med verksamhetsföreträdare och med professioner. Detta skedde inom produktions- och kapacitetsstyrning, inom planen med förslag till insatser för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården – *Plats för vård*, samt genom de strategiska dialoger myndigheten genomfört med respektive region. Sammantaget bedömde Socialstyrelsen att utgångspunkten för det stödjande arbetet är att det behöver vara utformat och anpassat utifrån huvudmännens behov och utmaningar och att myndigheten behöver utveckla och justera sitt stöd över tid.

Socialstyrelsens fortsatta arbete bygger på en nära, kontinuerlig dialog och ett samskapande med regionerna. Regelbundna avstämningar om arbetets inriktning sker också med hälso- och sjukvårddirektörsnätverket. Myndigheten har också en väl etablerad samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bland annat angående frågor som rör data och uppgiftsinsamling.

En delrapport redovisades i oktober 2025 [2]. Nuvarande rapport utgör 2026 års delredovisning av hur uppdraget fortskrider. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget i oktober 2027.

En tillgänglig hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården i Sverige ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig.[3] Väntetider till vissa typer av vårdkontakter regleras i vårdgarantin i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Av 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, framgår hur länge man som patient längst ska behöva vänta på vård. Det gäller dels i kontakterna med primärvården, dels i den planerade specialiserade vården, när vården bedömt att det föreligger ett behov av sådan vård.

En god tillgänglighet förutsätter att det råder balans mellan invånarnas behov av vård och vårdens tillgängliga kapacitet.[4] En adekvat vårdkapacitet är också avgörande för Sveriges beredskap vid kriser och krig. Tillgången till kompetens och möjligheten att rekrytera personal i vården har också betydelse för tillgängligheten. Tillgången till kompetens och möjligheten att rekrytera personal är en utmaning för många regioner.

Samtidigt handlar en god tillgänglighet även bland annat om kontinuitet, delaktighet, jämlik tillgång till vård samt trygghet för patienten, vilket Socialstyrelsen har skrivit om i flera tidigare rapporter [3, 4]. Tillgänglighet är en aspekt av ett större system. Många aspekter behöver vara välfungerande för att hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna säkerställa en effektiv resursanvändning och ge god vård efter behov. Regioner och kommuner har huvudansvaret för merparten av hälso- och sjukvården, medan flera andra aktörer ansvarar för delar som påverkar tillgängligheten i hälso- och sjukvården på olika sätt.

[3] 5 kap. 1 § 5 p. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[4] Betydelsen av begreppet kapacitet varierar något i olika sammanhang och går att beskriva från olika perspektiv. Se vidare Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning - Socialstyrelsen

Socialstyrelsens stöd och uppföljning

Socialstyrelsen genomför olika insatser inom uppdraget för att stödja regionerna. Myndigheten utvecklar stödmaterial inom exempelvis produktions- och kapacitetsstyrning, samt riktvärden för vårdplatser i somatisk sluten vård och somatisk intensivvård. Myndigheten har även, i samarbete med regionerna, utvecklat ett verksamhetsnära stöd som inkluderar platsbesök anpassat utifrån verksamheternas behov i respektive region. Det är ett pågående långsiktigt arbete som vidareutvecklas kontinuerligt.

Myndigheten utvecklar sitt stödjande arbete för att det ska göra störst nytta, till exempel genom att bjuda in till metoddiskussioner, nätverksträffar, workshops, strategiska dialoger och samtal på ledningsnivå. Socialstyrelsen skapar också arenor för samverkan mellan huvudmännen, för att få dela erfarenheter om vad som fungerat i en lokal kontext och därmed bidra till att öka den sammantagna tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

I dag följer Socialstyrelsen upp tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom redovisning av väntetider, vårdplatser i somatisk sluten vård och somatisk intensivvård, samt beläggningsgrad. Myndigheten publicerar statistik, lägesbilder och allt fler typer av visualiseringar på webbsidan. För att ge regionerna stöd i att åstadkomma ett ökat antal eller ett minskat behov av vårdplatser i den slutna vården följer Socialstyrelsen även fortsatt utvecklingen för ett antal mått ur den tidigare redovisade rapporten *Plats för vård* [5].

Tillgången till tillförlitliga uppgifter från regionerna är en förutsättning för att kunna utveckla uppföljningen över tid. För att uppgifterna ska ha så hög tillförlitlighet som möjligt behöver de uppfylla flera kvalitetsdimensioner som finns kring data, till exempel minimering av systematiska skillnader och hög täckning med mera. Myndigheten genomför därför ett omfattande utvecklingsarbete, som bland annat innefattar tekniska uppgraderingar, automatisering av statistikframställningen samt en utökad informationsinsamling. Bland de större insatserna kan nämnas insamlingen av väntetidsdata[5] och en kraftigt utökad uppgiftsinsamling till Patientregistret.

[5] I april 2025 beslutade regeringen om en förändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) som gör att regionerna från och med 1 juli 2025 samlar in och rapporterar väntetider inom vården direkt till Socialstyrelsen, i stället för till SKR.

Nya uppgifter för myndigheten

I mars 2026 trädde en ändring (2026:63) i kraft i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen (5 a §). Ändringen innebär att myndigheten ska följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller tillgänglighet, väntetider och vårdkapacitet.

Motsvarande uppgifter infördes även för god och nära vård, patientsäkerhet och kompetensförsörjning. Tillsammans utgör dessa fyra områden viktiga grundförutsättningar för det system som ska tillhandahålla en god vård för patienterna. De utgör kommunicerande kärl som alla är viktiga i sig men tillsammans också påverkar balansen mellan behov och kapacitet.

Ett av målen med omställningen till en god och nära vård är att patienternas vårdbehov tas om hand på rätt vårdnivå. Detta kan också leda till en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Hållbar kompetensförsörjning är en av flera avgörande faktorer för en god tillgänglighet. En patientsäker vård förebygger vårdskador[6] och bidrar till minskad belastning på hälso- och sjukvårdssystemet.

Från och med 2025 har de tidigare överenskommelserna *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* mellan regeringen och SKR ersatts med förordningen (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården där Socialstyrelsen fördelar medel.[7] En liknande ordning gäller även för statsbidrag inom kompetensförsörjning och god och nära vård. Målet med statsbidraget om tillgänglighet är att bidra till ett systematiskt arbete för en ökad tillgänglighet, vårdkapacitet, kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö.

[6] En vårdskada är en skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder hade vidtagits när en patient var i kontakt med hälso- och sjukvården.
[7] Under förutsättning att riksdagen beviljar medel.

Andra statliga insatser på tillgänglighetsområdet

Socialstyrelsen följer omvärldshändelser för att kunna anpassa myndighetens stöd och uppföljning. Statliga utredningar som omfattar översyn av vårdgarantin och vårdköer pågår eller har nyligen slutredovisats och förslagen kan komma att påverka myndighetens arbete i flera delar.

Slutbetänkandet från utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05) [6] som lämnades i juni 2026, innehåller bland annat förslag till en ny vårdgaranti för specialiserad vård, med bland annat kortare tidsgränser och utökad information till patienten. Om förslagen genomförs kommer bland annat väntetidsdatabasen och myndighetens lägesbilder att behöva anpassas utifrån eventuella förändringar i vårdgarantin. Betänkandet har remitterats.

Utredningen Nationell samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (S2026:01) tillsattes i januari 2026. I utredningens uppdrag ingår bland annat att analysera och lämna förslag på hur den statliga styrningen kan förbättras. Samordnaren uttrycker i sin delredovisning i juni 2026 [7] att det finns behov av att förbättra uppföljningen på ett sätt som har större förmåga att beskriva väntetider ur ett patientperspektiv och främja effektivitetsutvecklingen i regionerna. Utredningen har aviserat att man återkommer med förslag i slutbetänkandet.

Myndigheten följer utvecklingen och kommer att anpassa sitt fortsatta arbete utifrån vad som beslutas framgent.

Disposition för rapportens följande avsnitt

I nästa kapitel *Utvecklingen av vårdens tillgänglighet* görs ett kort nedslag i hur tillgängligheten i hälso- och sjukvården har utvecklats sedan 2024. Det baseras på befintliga datakällor, bland annat Väntetidsdatabasen[8] och insamling av information om vårdplatser.

Därefter följer kapitlet *Lägesbilder, uppföljning, statistik och data* där Socialstyrelsens arbete på området beskrivs. Även insamling och bearbetning av data berörs, samt pågående utvecklingsinsatser och behovet av ytterligare utveckling för att kunna följa tillgänglighet, väntetider och vårdplatser över tid.

I kapitlet *Socialstyrelsens stödjande arbete för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet* ger myndigheten en översiktlig beskrivning av det stödjande arbete som genomförts under året, samt myndighetens fortsatta stödjande arbete för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet.

Avslutningsvis beskriver myndigheten behovet av en bredare ansats.

[8] Data fram till juni 2025: källa SKR. Data from juli 2025 framåt: källa Socialstyrelsen

Utvecklingen av vårdens tillgänglighet

Myndigheten gör här ett nedslag i uppföljningen av väntetider och vårdplatser, för att ge en övergripande bild av hur tillgängligheten i hälso- och sjukvården utvecklats sedan uppdraget inleddes. Sammanfattningsvis visar uppföljningen på viss förbättring när det gäller väntetider till specialiserad vård och en minskad brist på disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård på nationell nivå. Det finns fortsatt regionala skillnader. Uppföljning av utvalda målsatta mått från *Plats för vård* visar samtidigt att det fortsatt behövs insatser för att balansera invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet [8].

Som tidigare beskrivits bedömer Socialstyrelsen att ett systemperspektiv i arbetet för en stärkt tillgänglighet och vårdkapacitet är nödvändigt för att kunna ge en bredare bild av utvecklingen. Kontinuitet, delaktighet, jämlik tillgång till vård samt trygghet för patienten är viktiga delar i en tillgänglig vård. Såväl en hållbar kompetensförsörjning som hög patientsäkerhet och omställningen till en god och nära vård har betydelse för en effektiv resursanvändning och för att hälso- och sjukvården ska kunna tillgodose invånarnas behov av vård.

Väntetider inom vårdgarantin

Många patienter väntar längre tid på att få vård än de tidsgränser vårdgarantin[9] anger. Sedan 2024 ser myndigheten samtidigt vissa förbättringar, såväl när det gäller väntande till första besök som väntande till behandling eller operation i den planerade specialiserade vården. Andelen patienter som har väntat längre än 90 dagar på första besök i specialiserad vård har minskat från 29 procent (juni 2024) till 19 procent (juni 2026) [9], vilket motsvarar en minskning från drygt 94 000 till knappt 58 000 patienter [9]. Därtill har andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på behandling eller operation minskat från 40 procent (juni 2024) till 29 procent (juni 2026) [9], vilket motsvarar en minskning från drygt 49 000 till knappt 31 000 patienter [9]. Fortsatt ses stora regionala skillnader.

Inom primärvården har det skett en viss förbättring under samma period, i juni 2026 fick 93 procent av patienterna i riket [10] kontakt med primärvården samma dag, att jämföra med 90 procent i juni 2024 [10]. Andelen patienter som fick en medicinsk bedömning inom tre dagar var

[9] De fyra tidsgränser som gäller för vårdgarantin är: *kontakt* med primärvården samma dag; *medicinsk bedömning* inom tre dagar inom primärvården, av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal; *besök inom den planerade specialiserade vården* inom 90 dagar efter att en remiss eller vårdbegäran har skickats; *behandling eller operation* inom 90 dagar efter ordination av specialistläkare.

dock i det närmaste oförändrat, en förbättring med knappt en procentenhet under samma period, till 90 procent i juni 2026 [10].

Flera regioner genomför byten av system för vårdinformation och det kan påverka rapportering och datakvalitet. I framräknandet av riket är ett antal regioner därför exkluderade.[10]

Väntan på vårdplats i sluten vård

Under såväl 2024 som 2025 genomfördes drygt 1,8 miljoner besök på Sveriges akutmottagningar. Andelen besök som leder till inskrivning i sluten vård har varit relativt stabil över tid, och omkring vart tredje besök leder till inskrivning [11]. Längre vistelsetider på akutmottagning, innan patienten också skrivs in i sluten vård, kan vara ett tecken på att det råder brist på vårdplatser. Socialstyrelsens uppföljning visar att mer än hälften av alla som blir inskrivna efter att ha besökt en akutmottagning hade en vistelsetid som översteg fyra timmar. Sedan uppdraget gavs ses viss försämring: andelen personer som skrevs in *inom* fyra timmar var lägre i maj 2026 (37 procent), jämfört med i maj 2024 (40 procent) [12].

Socialstyrelsens uppföljning visar samtidigt att andelen vårdplatser som är belagda av utskrivningsklara patienter var närmare 5 procent såväl 2024 som 2025 [8]. Det indikerar att vårdplatskapacitet hade kunnat frigöras om färre utskrivningsklara patienter vårdades kvar på sjukhus. Långa vistelsetider på akuten innebär därmed inte enbart att det behövs fler vårdplatser inom sluten vård, utan även att det är viktigt att vårdplatser enbart är belagda av de patienter som är i behov av sjukhusens resurser. Att stärka samverkan inom hälso- och sjukvårdssystemet och med den kommunala omsorgen skulle både kunna minska väntetiden för utskrivningsklara patienter och frigöra vårdplatser för patienter med behov av sjukhusets resurser.

Tillgång till vårdplatser i den slutna vården

Socialstyrelsens redovisning i juni 2026 visar att den nationella vårdplatsbristen som tidigare har beskrivits har minskat sedan 2025 års uppföljning [8]. I förra årets rapport konstaterade myndigheten att det i genomsnitt saknades 1 864 disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) varje dag under året. I årets rapport har motsvarande siffra minskat till 1 191 vårdplatser. Riktvärdet på kort sikt, det vill säga det aktuella behovet av disponibla vårdplatser varje dag under året, har minskat från 17 631 i 2023 års publicering till 16 937 i 2026 års

[10] Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

publicering. Mer information om riktvärdet, se avsnittet *Riktvärden för vårdplatser*.

En orsak till att bristen på vårdplatser har minskat är att behovet av vårdplatser i somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) har minskat samtidigt som det totala antalet disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) har ökat. Ökningen är ojämnt fördelad regionerna emellan, där störst ökning av antalet disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) har skett i Region Stockholm följt av Region Skåne. Även de regioner som uppfyller riktvärdet kan ha vårdplatsbrist under vissa perioder eller i vissa patientflöden.

Trots tydliga förbättringar råder det fortsatt en betydande vårdplatsbrist inom somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) på nationell nivå. Socialstyrelsen ser att det är fortsatt utmanande för regionerna att hålla vårdplatser tillgängliga just när och där de behövs.

Inom den somatiska intensivvården visar det nationella riktvärdet att det i genomsnitt finns tillräckligt många disponibla vårdplatser per dag under året [8]. De regionala variationerna innebär samtidigt att vissa regioner har ett mindre överskott av intensivvårdsplatser, medan andra har en brist. Årets uppföljning av målsatta mått visar också att det finns tecken på en stundtals ansträngd kapacitet i de regioner som i genomsnitt uppnår riktvärdet. Resultaten tyder på att det finns ett fortsatt behov av att arbeta med systematisk produktions- och kapacitetsstyrning.

Kontinuitet i primärvården

God och kontinuerlig läkarkontakt i primärvården kan minska onödiga sjukhusinläggningar. Kontinuitet i relationen till såväl läkare som sjuksköterskor kan stärka patientsäkerheten samt öka nöjdhet och trygghet för patienterna [13-15]. Det visar på primärvårdens centrala roll i arbetet för att skapa balans i vårdplatskapaciteten i den slutna vården. Kontinuiteten i patienters kontakt med läkare och sjuksköterska inom primärvården följs med måttet kontinuitetsindex, som omfattar alla patienter som genomfört minst tre vårdbesök under de senaste 18 månaderna.[11] Indexvärdet blir 100 procent (1,0) om alla besök gjorts hos samma läkare/sjuksköterska, och sedan lägre ju fler olika läkare/sjuksköterskor patienten träffat. I Socialstyrelsens uppföljning från juni 2026 [8] var riksgenomsnittet för kontinuitetsindex för besök hos sjuksköterska 28 procent, och motsvarande siffra för besök hos läkare var 35 procent. Resultaten är närmast oförändrade jämfört med två år tidigare (2024), vilket indikerar att arbetet

[11] Kontinuitetindex/Continuity of care index (COC) är ett internationellt använt sätt att mäta kontinuitet. Det är ett kombinerat mått som väger samman både antal besök till varje person i vården och spridningen av besök till olika personer. Se vidare: https://kvalitetsindikatorkatalog.se/#/measure/837a6250-290c-430f-b7bd-11631488e0b2/?version=25

för ökad kontinuitet behöver fortsätta. Om fler patienter upplever en ökad relationskontinuitet i kontakt med primärvården, kan det inverka positivt på hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kapacitet.

Andra faktorer som påverkar väntetider och vårdplatser

*Plats för vår*d [5] innehåller målsatta mått som syftar till att belysa vårdplatsbristen ur ett systemperspektiv. Två mått med bäring på den aktuella vårdplatssituationen som samtidigt relaterar till patientsäkerhet och medarbetarnas arbetsmiljö [16], är antalet överbeläggningar[12] respektive utlokaliseringar[13] per 100 disponibla vårdplatser. En överbeläggning alternativt utlokalisering signalerar att vårdplatskapaciteteten är otillräcklig. Antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom somatisk sluten vård har minskat från 5,6 till 4,9 mellan juni 2024 och juni 2026 [17]. Antalet utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser är samtidigt närmast oförändrade under perioden, och låg i juni 2026 på 1,7 [17]. Endast fem regioner hade förbättrade utfall för båda måtten jämfört med föregående år [8]. Utlokaliseringar av patienter ger en ökad risk för vårdskador. Det beror på att det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov. Sannolikheten för vårdskada är 60 procent högre för en patient som vårdas på en utlokaliserad plats. Det i jämförelse med om patienten vårdas där det finns kompetens och medicinskt ansvar för den typ av sjukdomstillstånd som patienten har [18].

God tillgänglighet är bland annat avhängigt en god kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården. Andelen personal med långtidssjukfrånvaro och andelen avgångar från hälso- och sjukvårdssektorn kan ge indikationer på hur medarbetarna upplever sin arbetsmiljö. Uppföljningen år 2026 visar att andelen långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor var fyra procent i riket under 2025, vilket är närmast oförändrat gentemot uppföljningen baserad på 2023 års helårsdata [8]. Uppföljningen av andelen avgångar från sektorn för sjuksköterskor har samtidigt minskat till 8 procent under samma period, en minskning på knappt två procentenheter [8]. Strukturerade insatser för en god arbetsmiljö samt förebyggande och rehabiliterande insatser skulle kunna ha stor inverkan på tillgången till kompetens och på vårdkapaciteten.

[12] Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats.
[13] En utlokaliserad patient är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Lägesbilder, uppföljning, statistik och data

I dag följer Socialstyrelsen upp tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom redovisning av väntetider, vårdgaranti samt antalet vårdplatser och beläggningsgrad i den slutna vården och primärvården. På Socialstyrelsens webbplats för statistik och analys finns en statistikdatabas med möjlighet för användaren att själv söka fram uppgifter på detaljerad nivå med många skärningar, bland annat möjlighet till jämförelser såväl inom som mellan regioner.

På webbplatsen [19] visar myndigheten också visualiseringar av bland annat väntetider och vårdplatser. Sidan utvecklas kontinuerligt med ny statistik och nya diagram. Visualiseringarna omfattar såväl den nationella nivån som uppdelat per region. Webbplatsen har kompletterats med särskilda lägesbilder i Excel och PowerPoint med regeringen och nationella myndigheter som målgrupp. Uppdatering av lägesbilder och statistik på webbplatsen sker som regel en gång per månad.

Aktuella visualiseringar på Socialstyrelsens webb är:

- Akutmottagningar: väntetider.
- Primärvård: väntetider och vårdgaranti.
- Specialiserad vård: väntetider och vårdgaranti.
- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP): väntetider.
- Riktvärden per månad för antalet disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård (exklusive intensivvård), uppdelat på riket och regioner, samt motsvarande riktvärde för somatisk intensivvård.
- Antal överbeläggningar och antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser.
- Visualiseringar kopplade till regeringens särskilda kökortningssatsningar [20].

Uppföljning inom närliggande områden

Kompetensförsörjningen är en av flera avgörande faktorer för hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Socialstyrelsen tillgängliggör och visualiserar statistik om legitimerad personal, samt tar fram nationella planeringsstöd, analyser och rapporter om tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården. Detta arbete samlas under webbplatsen Nationella stödet för kompetensförsörjning [21]. I maj 2026 publicerades exempelvis slutredovisningen av uppdraget att utreda och lämna förslag på riktvärden

för vissa yrkesgrupper i primärvården. Berörda yrkesgrupper är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, distriktssköterskor, psykologer samt ST-läkare i allmänmedicin [21].

Det har tidigare konstaterats i *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – En primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) att en tillgänglig primärvård bör vara navet i ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Socialstyrelsens uppföljning av tillgängligheten i primärvården sker bland annat inom uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen bedömer i den senaste uppföljningen från augusti 2026 [22] exempelvis att det är viktigt att tilliten och tillgängligheten till primärvården stärks så att personer inte avstår från att söka vård inom primärvården när det är den lämpligaste vårdnivån. Inom uppföljningen följs också bland annat möjligheten att vid behov träffa läkare och sjuksköterska i särskilt boende, samt möjligheten för barn och unga att få besök i hälso- och sjukvården inom tre dagar vid psykisk ohälsa.

I Socialstyrelsens rapport *Plats för vård* var ett av förslagen för att minska vårdplatsbristen inom sluten vård att regioner och kommuner överväger att etablera gemensamt bedrivna vårdplatser på primärvårdsnivå. Socialstyrelsen har genomfört ett arbete med att identifiera vilket behov av stöd regioner och kommuner behöver för att kunna etablera och utveckla gemensamt drivna närvårdsplatser [23].[14] Rapporten omfattar bland annat en analys av nuvarande lagstiftning och identifierar behov av förändringar. Rapporten innehåller också en översiktlig bild av förekomsten av närvårdsplatser i Sverige.

I rapporten lämnar Socialstyrelsen tre förslag. Myndigheten föreslår en översyn av relevant lagstiftning. Myndigheten föreslår också att det inom ramen för försöksverksamhet införs ett tillfälligt undantag från regler som hindrar att kommuner och regioner gemensamt driver närvårdsplatser. I dag begränsas exempelvis möjligheten till avtalssamverkan mellan huvudmännen av att samverkan endast kan avse uppgifter som ankommer på båda huvudmännen. Slutligen föreslår Socialstyrelsen att myndigheten ger verksamhetsnära stöd till regioner och kommuner om närvårdsplatser. Socialstyrelsen har skickat ett förslag till Statskontoret om försöksverksamhet för gemensamt drivna närvårdsplatser genom avtalssamverkan.[15]

Många patienter drabbas av vårdskador. Tidigare uppföljning visar att 30 000 patienter med vårdskada årligen får förlängd sjukhusvistelse och att 460 vårdplatser skulle kunna användas till annat än att vårda patienter med

[14] I Socialstyrelsens rapport, *Plats för vård* (2024), benämndes platserna ”vårdplatser på primärvårdsnivå”. I rapporten *Närvårdsplatser - Översikt och förslag på utveckling* används begreppet ”närvårdsplatser” eftersom det var mer vanligt förekommande i de verksamheter man haft dialoger med.
[15] Dnr 63563/2026

vårdskador [5, 24-25]. Handlingsplanen *Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030* ska stärka kommuner, regioner och vårdgivare i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador [25]. Det förebyggande arbetet är centralt för att minska förekomsten av vårdskador och därmed belastningen på sjukvården. Socialstyrelsen följer kontinuerligt utvecklingen inom patientsäkerhet kopplat till handlingsplanen genom exempelvis enkätundersökningar och indikatorbaserade uppföljningar, som publiceras på myndighetens webbplats [26].

Insamling och bearbetning av data

Den data som ligger till grund för Socialstyrelsens statistikdatabas och de visualiseringar som finns på webbplatsen kommer från Väntetidsdatabasen[16] och Patientregistret. Sedan den 1 juli 2025 ansvarar Socialstyrelsen för insamling av väntetidsdata från regionerna, enligt en ändring i HSF. Det medförde en stor förändring i inrapporteringssätt för regionerna, även om innehållet i insamlingen inte ändrades. På grund av detta har SKR under en övergångsperiod fortsatt insamlingen parallellt.

I Väntetidsdatabasen finns också uppgifter om standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården, samt statistik om disponibla vårdplatser, utlokaliseringar och överbeläggningar i sluten vård. Även dessa insamlingar har Socialstyrelsen tagit över.

Från och med maj 2026 har samtliga figurer på myndighetens webbplats som omfattar väntetider, publicerats med Socialstyrelsen som källa. Det gäller för data från och med juli 2025 och framåt. För perioder innan juli 2025 används insamlade data från SKR. Socialstyrelsen har exempelvis tagit emot historiska data från SKR för 2019–2025 för primärvården och ledtider inom SVF, samt för 2021–2025 för den specialiserade vården. Socialstyrelsen ser fortsatt över om andra datamängder och tidigare årgångar från Väntetidsdatabasen hos SKR ska flyttas över.

Flera regioner har under 2024 och 2025 bytt system för vårdinformation, vilket har påverkat både inrapportering och datakvalitet såväl till SKR:s som till Socialstyrelsens insamlingar. Regionerna arbetar med att komma till rätta med de problem som detta medfört och rapporterar in månader för 2025 och 2026 på nytt.

[16] Data fram till juni 2025: källa SKR. Data from juli 2025 framåt: källa: Socialstyrelsen

Socialstyrelsens utvecklingsarbete gällande insamling av tillgänglighetsdata

Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt för att automatisera och effektivisera sin datahantering. Syftet är att öka resurseffektiviteten inom myndigheten och säkerställa en god kvalitet på data. Särskilda kvalitetskartläggningar samt arbete för god kvalitet, gemensamma begrepp och större jämförbarhet kommer att genomföras.

I februari 2026 fick myndigheten ett uppdrag att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling [27]. Den utökade insamlingen omfattar särskilt uppgifter från den öppna vården och uppgifter om rekvisitionsläkemedel till ett hälsodataregister. I uppdraget ingår att prioritera datamängder som möjliggör för uppföljning av väntetider och andra datamängder som myndigheten bedömer behövs för uppföljningen av regeringens satsningar inom primärvård. Uppdraget ska slutredovisas i april 2027.

Utvecklingsprojekt för utökad insamling av vårdplatsdata

För att vårdplatsdata ska kunna användas som ett tillförlitligt underlag för styrning, planering, uppföljning och analys behöver den nationella insamlingen utvecklas och bli mer enhetlig. Socialstyrelsen har därför, tillsammans med regionerna, inlett ett arbete för att se över inrapporteringen av vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar.

Tillförlitliga och aktuella uppgifter om vårdplatser behövs för att följa hälso- och sjukvårdens kapacitet, identifiera brister och sårbarheter samt ta fram och följa upp riktvärden för vårdplatser. Mer detaljerade och frekventa uppgifter, särskilt om intensiv- och intermediärvård, stärker också underlagen för resursfördelning, uppföljning av vårdgarantin och vårdköer samt beredskapen vid kriser eller höjd beredskap.

Målet är att öka täckningsgraden, datakvaliteten och jämförbarheten i vårdplatsdata. Insamlingen ska i möjligaste mån bygga på uppgifter som redan finns i regionernas system, minska behovet av manuella sammanställningar och samordnas med andra nationella uppföljningar för att undvika dubbelrapportering. Detta ska ge regionerna och den nationella nivån ett bättre underlag för beslut om vårdkapacitet, till nytta för patienter och personal.

Övrig samordning av datautvecklingsinsatser

Myndigheten samordnar även utvecklingsinsatser för väntetidsdata med andra regeringsuppdrag, såsom uppdraget om nationella utvecklingsteam

inom den specialiserade psykiatriska vården [28] och uppdraget om nationell vårdförmedling [29], eftersom uppdragen har flera gemensamma beröringspunkter.

Ytterligare utveckling av datainhämtning

För närvarande finns vissa nödvändiga data som behövs för att följa vårdkapacitet och tillgänglighet endast tillgängliga i nationella kvalitetsregister. Två av registren är Svenskt Perioperativt Register (SPOR) och Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) där viktig information om operationskapacitet och intensivvårdskapacitet finns. Socialstyrelsen har tidigare påpekat [30] att nödvändiga data för Sveriges krishantering enbart finns i nationella kvalitetsregister och kan nu konstatera att de uppgifterna även är nödvändiga för att i ett normalläge följa vårdkapaciteten. Socialstyrelsen är beroende av löpande tillgång till data från SIR, för att kunna fortsätta att genomföra uppföljning av både det säsongsanpassade riktvärdet för somatisk sluten vård (exklusive intensivvård), och till det säsongsanpassade riktvärdet för somatisk intensivvård. Uppgiften är därmed central för att myndigheten ska kunna fortsätta beräkna riktvärden för vårdplatser och Socialstyrelsen för dialog med registerhållarna i frågan för att utreda myndighetens möjligheter att få tillgång till dessa nödvändiga data för uppföljning.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten fick nyligen ett uppdrag att utreda hur staten kan skapa bättre förutsättningar för ett mer effektivt system för nationella kvalitetsregister [31]. Inom ramen för uppdraget kommer det utredas hur tillgången till nödvändiga uppgifter som idag samlas in via nationella kvalitetsregister kan säkerställas.

Utveckling av teknisk plattform

Parallellt med övertagandet av Väntetidsdatabasen från SKR utvecklar Socialstyrelsen en ny heltäckande plattform för hantering av dataleveranser till och från myndigheten. Projektet syftar till att skapa en framtidssäkrad, effektiv, säker och skalbar plattform för hantering av dataflöden som stödjer hälso- och sjukvårdens framtida behov. Lösningen etableras i samverkan med Försäkringskassan, som kommer att tillhandahålla den tekniska infrastrukturen.

Arbetet omfattar hela kedjan av datahantering, från insamling och bearbetning till lagring, visualisering och tillgängliggörande. En central del är utvecklingen av moderna API:er[17] som underlättar regionernas och kommunernas inrapportering. Vidare kommer de API:er för

[17] Ett API *(Application Program Interface)* fungerar som en bro mellan exempelvis två system och är ett kontrollerat sätt att överföra information på.

tillgängliggörande av uppgifter modernisera möjligheterna för myndighetens intressenter.

Den första produktionssättningen av ett dataflöde, avseende vårdplatser och väntetider, planeras till första kvartalet 2028. Det bör dock noteras att det finns externa faktorer som kan komma att påverka leveranstiden. Därefter kommer övriga flöden successivt att implementeras och migreras till den nya plattformen, vilket innebär minskad manuell hantering genom ökad automatisering och förenklad filhanering. Den tekniska förflyttningen medför även andra möjligheter, som till exempel utveckling av API:er, enhetlig hantering av data, bättre versionshantering av kod och snabbare utvecklingscykler.

Nya tillgänglighetsbegrepp i termbanken

För att kunna ha gemensamma definitioner har Socialstyrelsen tagit fram nya och reviderade begrepp kopplade till vårdplatser i Socialstyrelsens termbank. Enhetlig terminologi och tydliga definitioner ökar möjligheten för regioner att registrera uppgifter på jämförbara sätt och underlättar kommunikation om målnivåer. Utgångspunkten är att begreppen behöver vara praktiskt användbara i planering, uppföljning och styrning av hälso- och sjukvården. Förslagen har remitterats till regioner och kommuner i enlighet med myndighetens rutiner.

Nya eller reviderade definitioner har tagits fram för dessa begrepp:

- disponibel vårdplats (revideras),
- ledig vårdplats (ny),
- belagd vårdplats (ny),
- överbeläggning (revideras),
- utlokaliserad patient (revideras),
- inlokaliserad patient (ny),
- beläggningsgrad (ny).

Följande termer avpubliceras i termbanken:

- teknisk vårdplats,
- fastställd vårdplats.

Socialstyrelsen bedömer att analysen sammantaget visar ett högt stöd för flera av förslagen, men att begreppen *utlokaliserad patient* och *inlokaliserad patient* behöver utredas mer och remitteras i en ny remissrunda. Myndigheten planerar att publicera de nya och reviderade begreppen i januari 2027.

Socialstyrelsens stödjande arbete för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet

Socialstyrelsens fortsätter sitt stödjande arbete för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet i nära samverkan med regionerna. Arbetet med stöd och uppföljning som skett det senaste året bygger vidare på det arbete som redovisats i tidigare rapporter [1, 2]. Fördjupad information finns på Socialstyrelsens webbplats [32].

Riktvärden för vårdplatser

Socialstyrelsen tar fram och uppdaterar riktvärden för antalet disponibla vårdplatser[18] inom somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) och somatisk intensivvård såväl nationellt som för respektive region. Riktvärdena beräknar behovet av disponibla vårdplatser och ger en lägesbild över vårdplatsbehovet och tillgänglig vårdplatskapacitet.

Riktvärdet uttrycks som ett genomsnittligt årligt antal vårdplatser per dag och det innebär att det inte tar hänsyn till säsongsvariationer eller till specifika patientflöden. Riktvärdet finns både på kort sikt (här och nu) och på medellång sikt, här avses om ca fem år. För att på medellång sikt närma sig riktvärdet för vårdplatser behöver regionerna arbeta med flera utvecklingsområden som beskrivs mer utförligt i *Plats för vård* [5]. Det handlar bland annat om att ställa om till en god och nära vård, att korta vårdtiderna samt att förebygga och minska vårdrelaterade skador och infektioner. Insatserna kan bidra till att minska behovet av slutenvård, minska återinskrivningar och frigöra vårdplatser genom ett mer effektivt patientflöde.

Socialstyrelsen tog under 2023 fram den första metoden för att beräkna regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser inom somatisk sluten vård, inklusive somatisk intensivvård. Sedan dess publicerar myndigheten riktvärden årligen, såväl specifikt för varje region som på nationell nivå. Metoden har utvecklats kontinuerligt och finns beskriven på Socialstyrelsens webbplats [33].

Under 2026 har Socialstyrelsen inlett ett undersökande arbete för att om möjligt ta fram riktvärden för antalet disponibla vårdplatser och

[18] Enligt Socialstyrelsens termbank är en disponibel vårdplats en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vårdplats som bemannas genom övertid är en disponibel vårdplats, för även om övertid i sig är ett möjligt arbetsmiljöproblem för individen, är arbetsmiljön i teamet på plats säkerställd.

beläggningsgrad inom psykiatrisk heldygnsvård på sikt. Denna aktivitet kopplar tydligt till ett av flera prioriterade områden i den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention [34]. Myndigheten undersöker även möjligheterna att förenkla processen med att beräkna de målsatta mått som följs upp samtidigt som riktvärdena.

Riktvärden för vårdplatser har följts upp årligen under fyra års tid. Socialstyrelsen avser att fortsätta följa utvecklingen och stödja arbetet för en vårdplatskapacitet i balans. Efter den årliga uppdateringen arbetar Socialstyrelsen aktivt med att sprida resultatet genom att bjuda in regionsföreträdare till digitala informationstillfällen där resultatet presenteras och diskuteras. Resultatet används även på planerade regionsbesök. Adekvat datatillgång är en förutsättning för kommande uppdateringar och beskrivs närmare i avsnittet *Ytterligare utveckling av datainhämtning*.

Riktvärdet för somatisk intensivvård

Efter en genomlysning av data för intensivvården reviderade Socialstyrelsen metoden för att beräkna riktvärdet för somatisk intensivvård 2026. Som en del i arbetet reviderades även beläggningsgrad. Skälet till revideringen är att regioner och verksamheter återkommande har uppmärksammat myndigheten på att riktvärdet för IVA kan vara högt räknat och därmed även gapet mellan befintligt och önskat läge. Beläggningsgraden är ett avgörande ingångsvärde i beräkningen av riktvärdet, därav översynen av beläggningsgrad.

Inför revideringen erbjöd myndigheten alla regioner en inledande dialog och på uppföljande dialoger diskuterades myndighetens förslag. Arbetet har genomförts i dialog med representanter för 19 av 21 regioner. Den nya metoden användes i årets beräkningar av riktvärdet.

Revideringen av metoden omfattar två delar, den ena delen innebär att rekommendationen för beläggningsgrad och storlek reviderades något, medan den andra delen gällde tillämpningen av Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds (SFAI) [35] riktlinjer om minst fyra vårdplatser per avdelning, i beräkningen. Tidigare har riktvärdet justerats upp till fyra vårdplatser på de enheter där det beräknade behovet understigit detta. I den reviderade metoden 2026 tillämpas inte den principen längre i beräkningen. Observera att myndigheten även fortsättningsvis betonar vikten av att följa SFAI:s rekommendation om att medarbetare behöver få strukturerad erfarenhet av större patientvolymer, om organisationen har intensivvårdsenheter med färre än fyra vårdplatser.

Riktvärdet för somatisk intensivvård som publicerades i juni 2026 (med det nya sättet att beräkna) visar att det inte råder brist på intensivvårdsplatser på nationell nivå, antalet disponibla intensivvårdsplatser i riket överskrider i stället årets riktvärde med 5,6 vårdplatser. Överskottet på nationell nivå

innebär att flera regioner har ett tillräckligt antal intensivvårdsplatser i genomsnitt per dag under året. Samtidigt finns fortsatt flera regioner som har brist.

Socialstyrelsen har inför 2026 års publicering även reviderat den genomsnittliga rekommendationen för beläggningsgrad för IVA.

Det är viktigt att poängtera att varje region behöver göra en egen rimlighetsbedömning av beläggningsgrad utifrån Socialstyrelsens rekommendation och ta hänsyn till egna förutsättningar kopplat till exempelvis geografiska avstånd och tillgång till övrig intensivvård eller intermediärvård.

Myndigheten har även fört dialog med regionerna om möjligheten att ta fram en rekommendation för beläggningsgrad för intermediärvården (IMA). Förfrågan till regionerna gällde exempelvis antalet intermediärvårdsplatser som uppfyller den nationella vägledningen för intermediärvård [36] och hur många vårdplatser regionerna har som benämnts intermediärvård men inte uppfyller vägledningen. Myndighetens slutsats är att data behöver utvecklas. Det gäller såväl i regionerna, för att kunna följa denna vårdnivå separat, som i den nationella datainsamlingen över vårdplatser. Ett analysarbete på liknande sätt som gjordes tidigare för rekommenderad beläggningsgrad för IVA, kan göras först när förbättrade data finns tillgängliga.

Säsongsanpassat riktvärde

Från och med juni 2026 publicerar Socialstyrelsen ett nytt säsongsanpassat riktvärde på webbplatsen för antalet disponibla vårdplatser inom somatisk sluten vård (exklusive intensivvård) och för somatisk intensivvård. Det säsongsanpassade riktvärdet utgår från historiska data om säsongsvariationer i vårdproduktion, är anpassat per månad och ger ytterligare stöd till målgrupper som vill ha verktyg för planering och resursfördelning inom hälso- och sjukvården.

Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning

Socialstyrelsen stödjer regionerna i deras arbete med att utveckla en effektiv produktions- och kapacitetsstyrning**.** Ett effektivt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning innefattar hela hälso- och sjukvården och kan bidra till balans mellan invånarnas vårdbehov och hälso- och sjukvårdens tillgängliga kapacitet. Det omfattar inte bara vårdplatser, utan även öppen specialiserad vård, primärvård och hälso- och sjukvård i hemmet. Alla regioner och vårdorganisationer arbetar redan med produktions- och

kapacitetsstyrning i någon form, men graden av struktur, systematik och användning av data varierar.

Socialstyrelsen har utvecklat ett ramverk som visar hur en effektiv produktions- och kapacitetsstyrning kan genomföras systematiskt och strukturerat i hälso- och sjukvården utifrån olika nivåer; strategisk, taktisk och operativ nivå. Socialstyrelsen har också publicerat övergripande stöd inom produktions- och kapacitetsstyrning för att stärka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att planera, följa upp och utveckla verksamheten utifrån patienternas behov. Stöden är avsedda att fungera som inspiration och vägledning, samt främja lärande mellan regionerna. Stöden innehåller även metodexempel från regionerna som kan användas som inspiration i deras fortsatta utvecklingsarbete och anpassas utifrån lokala behov och förutsättningar. Publicerade stöd finns tillgängliga på webbplatsen och uppdateras löpande.

Enligt delredovisningen från juni 2026 från utredningen Nationell samordnare för kortare vårdköer (S2026:01) [7] efterfrågar de flesta regioner det systematiserade stöd i arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning som Socialstyrelsen har i uppdrag att ge, men att det är stor variation i hur regionerna tar sig an arbetet både vad gäller implementering och ambitionsnivå. Den nationella samordnaren beskriver vidare att när arbetet har varit framgångsrikt och uthålligt har den politiska ledningen i regionen varit delaktig med strategier, mål och efterfrågat uppföljning.

Den nationella samordnaren har vidare noterat att det fåtal regioner som arbetat systematiskt och uthålligt med produktions- och kapacitetsstyrning har uppnått långsiktigt goda resultat för väntetiderna på systemnivå. Regionerna beskriver dessutom att arbetssättet medfört positiva effekter för såväl ekonomi som arbetsmiljö.

Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning genomsyrar hela hälso- och sjukvårdssystemet. Efterfrågan på stöd från myndigheten ökar och fler uppdrag till myndigheten omfattar också stöd till produktions- och kapacitetsstyrning. Myndighetens stöd inom produktions- och kapacitetsstyrning kommer att breddas till fler specifika verksamhetsgrenar, exempelvis inom psykiatrin.

Inom ramen för det förordningsstyrda statsbidraget om tillgänglighet, se vidare avsnittet *Statsbidrag för tillgänglighet och vårdkapacitet* skulle alla regioner ta fram övergripande produktionsplaner för den specialiserade vården. Detta var dock inte ett krav för att få del av medlen. Efter uppföljningen av statsbidraget för 2025 har Socialstyrelsen begärt in produktionsplaner från tre regioner, för ett lärande och för att kunna utveckla det nationella stödet för regionernas fortsatta arbete med produktionsplaner. Samtliga tre regioner kommer att erbjudas dialog efter att planerna gåtts igenom.

Dialoger och nätverksträffar

Socialstyrelsen har etablerat ett nätverk om produktions- och kapacitetsstyrning, som i dag omfattar omkring 500 deltagare i regionerna. Myndigheten bjuder regelbundet in till nätverksträffar för att främja ett gemensamt lärande mellan regionerna genom dialog och diskussion. Vid nätverksträffarna delar representanter från regionerna med sig till varandra av exempel på fungerande arbete i sin respektive kontext. Det är också ett informationstillfälle för myndigheten och en möjlighet för regionerna att lyfta frågor.

Under perioden oktober 2025 – oktober 2026 har myndigheten genomfört 11 nätverksträffar. Socialstyrelsen föreläser också på olika konferenser. Exempelvis *Vitalis 2026*, *Vårdarenan 2026*, *IT i vården 2025*, *KOMMEK26*[19] och *Röntgenveckan 2026.*[20] Under oktober 2026 har Socialstyrelsen även medverkat på *Vårdavdelningsforum*[21] för att sprida årets resultat av riktvärden, målsatta mått och det säsongsanpassade riktvärdet per månad.

Socialstyrelsen erbjuder verksamhetsnära stöd i form av platsbesök

Sedan 2024 erbjuder Socialstyrelsen verksamhetsnära stöd inom produktions- och kapacitetsstyrning genom platsbesök och digitala träffar. En del av stödet är riktvärdena för vårdplatser och de målsatta måtten i *Plats för vård*, med målsättningen att stödet ska bidra till regionens utveckling och vårdplatsarbete för att nå vårdplatskapacitet i balans.

Stödet utgår från 9-modellen[22] och syftar till att stödja införande och utveckling av produktions- och kapacitetsstyrning i verksamheterna. Stödet erbjuds i olika format utifrån efterfrågan och möjligheten att tillgodose behoven. Myndigheten har utvecklat ett startkoncept med endagsbesök respektive tvådagarsbesök.

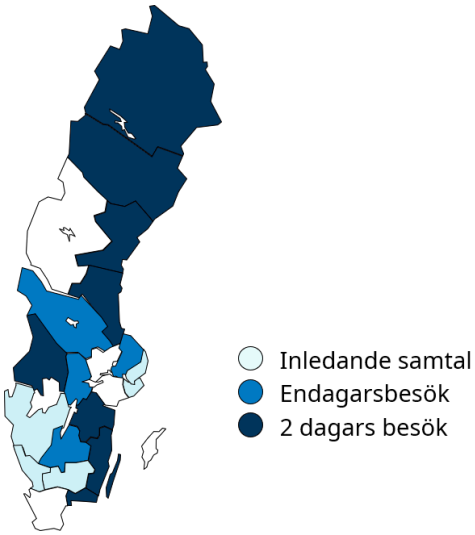
[19] Mötesplats/mässa inom ekonomi och styrning i kommuner och regioner. KOMMEK26 arrangerades av Kommunalekonomernas Förening (KEF), SKR, Region Skåne och Malmö stad.
[20] Röntgenveckan 2026
[21] Vårdavdelningsforum 2026: Bygg hållbara vårdavdelningar
[22] En etablerad metod inom förändringsledning som fokuserar på att hjälpa individer att navigera genom förändringsprocesser. Modellen, som är en akronym för *Awareness, Desire, Knowledge, Ability,* och *Reinforcement* (Medvetenhet, Önskan, Kunskap, Förmåga och Förstärkning), beskriver de steg som individer behöver genomgå för att framgångsrikt anta en förändring.

Figur 1. Verksamhetsnära stöd för produktions- och kapacitetsstyrning och *Plats för vård* tillhandahålls i tre steg



Sedan starten 2024 har 13 regioner genomfört eller planerar inom kort ett endagsbesök. Åtta regioner har hittills genomfört ett uppföljande tvådagarsbesök, medan en ytterligare region är inbokad inför kommande år för ett två dagarsbesök. Ytterligare regioner efterfrågar både en- och tvådagarsbesök. Flera regioner har utöver dessa besök fått ytterligare stöd, både digitalt och på plats. Det handlar exempelvis om stöd till den politiska nivån, till vissa verksamheter, men även de regioner som fick stöd redan 2024 har sett ett behov av uppdatering och efterfrågat dialog och presentation på nytt.

Figur 2. Socialstyrelsens platsbesök inom Verksamhetsnära stöd för produktions- och kapacitetsstyrning och *Plats för vård* mellan maj 2024 och oktober 2026.



Verksamhetsnära stöd bidrar till och påskyndar arbetet

Som exempel kan nämnas att Region Östergötland, med stöd av Socialstyrelsen, har preciserat sitt vårdplatsbehov och påbörjat ett omfattande arbete med utgångspunkt i *Plats för vård*. En viktig del i arbetet är att stärka regionens produktions- och kapacitetsstyrning. Regionen har tagit del av både en- och tvådagarsbesök inom ramen för Socialstyrelsens verksamhetsnära stöd. Sedan det första besöket har vårdplatsbristen i regionen minskat med 3,1 procentenheter inom somatisk sluten vård (exklusive intensivvård).

Även Region Norrbotten har tagit del av både en- och tvådagarsbesök. Regionen har strukturerat programmet *Tillgängliga för norrbottningen* utifrån fokusområdena i *Plats för vård*. Sedan Socialstyrelsens första besök har vårdplatsbristen i regionen minskat med 7,4 procentenheter inom somatisk sluten vård (exklusive intensivvård).

Alla regioner som önskar stöd i form av ett tvådagarsbesök har genomfört ett endagarsbesök först. Inför tvådagarsbesöken erbjuds behovsplaneringsdialoger för regionens somatiska slutenvårdsavdelningar och intensivvården. Då används Socialstyrelsens mallar och data tas fram av regionen för att räkna fram behovet av disponibla vårdplatser på enskilda avdelningar. Syftet är både att beräkna vårdplatsbehovet för varje slutenvårdsavdelning och samlat för hela regionen, men också att bidra till ett lärande. Underlaget och sammanställningen för hela regionens disponibla vårdplatser och behov av antal vårdplatser per avdelning används sedan under tvådagarsbesöket. Genom att analysera data mer på djupet, diskutera definitioner och hur uppgifter registreras i verksamhetens system, kan regionerna utveckla ett mer enhetligt och datadrivet arbetssätt.

Kvaliteten i det verksamhetsnära stödet utvärderas genom skriftliga digitala enkäter efter varje fysiskt besök. Återkopplingen visar att stödet upplevs som värdefullt och inspirerande samt bidrar till nytta och nya insikter. Samtidigt framkommer också synpunkter på vad som kan förbättras. Myndigheten utvecklar löpande det verksamhetsnära stödets utformning utifrån återkopplingen.

Att bidra till utveckling och dela erfarenheter genom dialog

Det finns värdefulla erfarenheter att dela mellan regionerna för att lättare kunna utveckla vårdens arbetssätt. Socialstyrelsen bedömer att erfarenhetsutbyte, lärande och utökad spridning av arbetssätt mellan aktörer

kan leda till en mer effektiv användning av vårdens resurser och öka den sammantagna tillgängligheten över tid.

Att säkerställa att medarbetarnas kompetens nyttjas och används på bästa sätt är en del i att kunna möta de ökade vårdbehoven som bedöms kunna bli en följd av en ökad andel åldrande befolkning. Detta lyfts också i Socialstyrelsens nationella stöd för kompetensförsörjning [21].

Myndigheten har sedan uppdraget att bidra till att stärka samt följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet inleddes arbetat med att ordna workshops och skapa arenor för att samlas och underlätta för regionerna att dela med sig av erfarenheter och stödja varandra i arbetet med ändrade arbetssätt för en ökad tillgänglighet och vårdkapacitet.

Konferens om tillgänglighet och nära vård

I februari 2026 anordnade Socialstyrelsen en konferens tillsammans med regionerna på temat framgångsrikt arbete för bättre tillgänglighet, kortare vårdköer och samarbetslösningar för en mer nära och mer effektiv vård. Samtliga regioner var representerade, inklusive hälso- och sjukvårdsdirektörer eller deras ställföreträdare, och delade med sig av erfarenheter, utmaningar och framgångsfaktorer. Deltagarna diskuterade också hur erfarenheterna kan bidra även inom andra verksamheter. Omkring 40 kommuner deltog. Konferensen innebar en arena för gemensamt erfarenhetsutbyte om tillgänglighet och nära vård.

Varje region tog fram en poster med konkreta exempel på regionens förbättrings- och utvecklingsarbete inom tillgänglighet och omställningen till god och nära vård. Postrarna finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats [32]. De utgör, utöver att de fungerade som diskussionsunderlag vid konferensen, en omfattande samling goda exempel.

2026 års konferens var uppskattad av besökarna, särskilt de erfarenhetsutbyten mellan regioner som skedde. På frågan om Socialstyrelsen borde arrangera en liknande konferens igen svarade 91 procent av de svarande ja och konceptet kommer därför att upprepas i februari 2027. Rubriken på konferensen kommer att vara *Konferens om vårdens utveckling och nära vård*. Socialstyrelsen kommer att arbeta fram detaljer och teman under hösten 2026 i dialog med målgrupperna.

Dialoger och samtal för gemensamma vägar framåt

För att diskutera hur Socialstyrelsen kan stödja respektive region och hitta gemensamma vägar framåt, har Socialstyrelsens generaldirektör mellan augusti 2025 och mars 2026 bjudit in samtliga regioner på ledningsnivå till enskilda strategiska samtal om hälso- och sjukvårdens utveckling. Samtalen

var en fortsättning på de strategiska dialoger med varje region om tillgänglighet som genomfördes under 2023 och 2024. Samtalen utgör även en övergripande form av uppföljning av regionernas arbete. Det samlade temat var tillgänglighet, vårdkapacitet, kompetensförsörjning samt god och nära vård. Detta breddar frågan om tillgänglighet till andra områden som har betydelse för tillgängligheten, såsom kompetensförsörjning och god och nära vård, vilket också lyftes som utvecklingsområde i föregående delredovisning inom uppdraget [2].

Vid samtalen har regionerna också lämnat medskick till Socialstyrelsen om hur myndigheten bäst kan stödja regionernas arbete. Som exempel kan lyftas behovet av systemperspektiv på kompetensförsörjning och uppföljning, behovet av stöd till prioriteringar och fortsatt stöd i omställningen till en god och nära vård. Övriga typer av dialoger med regionerna beskrivs i avsnitten ovan, såsom nätverksträffar, platsbesök och fokusgrupper.

Statsbidrag för tillgänglighet och vårdkapacitet

Den 1 januari 2025 trädde förordningen (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården i kraft. Förordningen ersatte de tidigare överenskommelserna på tillgänglighetsområdet, som regeringen och SKR årligen tecknat under en längre tid.

Förordningen syftar till att korta vårdköerna genom insatser som bidrar till en stärkt tillgänglighet, ökad vårdkapacitet samt förbättrad kompetensförsörjning och arbetsmiljö.

Socialstyrelsen fick såväl 2025 som 2026 i uppdrag att fördela medel kopplat till förordningen [37, 38] och att följa upp resultatet av statsbidragen. Inom ramen för förordningen för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet fördelade Socialstyrelsen knappt 5,9 mdkr år 2025 och 5 mdkr år 2026 till regionerna. Mellan åren 2020–2024 fördelades medel till regionerna i stället genom överenskommelserna *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Överenskommelserna omfattade närmare 3 mdkr årligen.

Även på området god och nära vård trädde en förordning (2024:1253) om statsbidrag i kraft den 1 januari 2025. Denna riktar sig till såväl kommuner som regioner. Regeringen har under 2026 gett Socialstyrelsen ett uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel till kommunerna och regionerna på området kompetensförsörjning [39].

Ett nytt sätt att arbeta med statsbidrag inom tillgänglighet

Förordningen (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården trädde i kraft 2025, och innebar en ändring jämfört med de tidigare årliga överenskommelserna. Varje region tog fram en förteckning över planerade insatser för 2025. Regionerna hade möjligheten att, utifrån sina enskilda förutsättningar och identifierade utmaningar, själva bedöma vilka insatser som var mest ändamålsenliga för att åstadkomma förordningens syfte. Samtidigt fanns ett behov av dialog med regionerna om den nya regleringen. Regionerna träffade Socialstyrelsen vid varsin dialog, som syftade till att ge stöd i tillämpningen av förordningens villkor, samt identifiera eventuella överlappningar med andra statsbidrag för att minska risken för dubbelfinansiering. Slutligen formulerades skriftliga överenskommelser mellan Socialstyrelsen och respektive region, utifrån

förordningens breda syfte. Överenskommelserna utgjorde underlaget för den fortsatta uppföljningen av statsbidraget.

Inför dialogerna sammanställde Socialstyrelsen en vägledning kring vad regionerna kan arbeta med inom ramen för statsbidraget och vilka stöd som finns tillgängliga från myndigheten [40]. Såväl strategiska långsiktiga insatser som insatser på kortare sikt kunde omfattas. Det var till exempel möjligt att anlita externa vårdgivare för att korta specifika operationsköer, införa ändrade arbetssätt, öppna närvårdsplatser eller påbörja ett långsiktigt arbete för att förbättra datainsamlingen och inrapporteringsgraden till olika register.

Socialstyrelsen bedömer att dialogerna, genom att möjliggöra en diskussion om användningen tillsammans, var ett ändamålsenligt komplement till de skriftliga anvisningarna i samband med övergången till ett förordningsstyrt statsbidrag, Dialogerna gav regionerna möjlighet att ställa frågor och gav också Socialstyrelsen möjlighet att identifiera exempel som kan tas till vara i myndighetens stöd- och utvecklingsarbete.

Myndigheten bedömer att dialoger som komplement till statsbidrag är en god arbetsmetod. Metoden bör dock inte regleras i förordningar eller uppdrag utan användas som ett verktyg när nyttan är som störst. Genom att samordna flera delar av myndighetens uppdrag kan effekten maximeras till stöd för tillämpning och kunskapsspridning.

Överenskommelse med varje region om hur statsbidraget kan användas utifrån just deras utgångsläge kan skapa bra förutsättningar för att göra mesta möjliga nytta. Genom detta sker en förflyttning från fokus på vilka insatser som genomförts till ett samlat uppnått resultat. Det är ännu för tidigt att fullt ut utvärdera effekterna.

Utredningen Nationell samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (S2026:01) lyfter samtidigt i sin delredovisning i juni 2026 [7] att regionerna upplevde uppföljningen kopplad till detta statsbidrag som detaljerad och administrativt betungande. Socialstyrelsen förenklade processen inför 2026 års utlysning och ser över möjligheten till ytterligare förenkling inför 2027 års utlysning av samma statsbidrag.[23]

Samordnaren bedömer vidare i sin delredovisning att det finns en förbättringspotential i den statliga styrningen genom statsbidrag inom tillgänglighetsområdet. Utredningen avser återkomma till hur statsbidragen kan utformas för att i högre utsträckning stimulera en långsiktig effektivitetsutveckling, och därmed kortare väntetider, i regionerna. Socialstyrelsen emotser utredningens kommande redovisning.

[23] Under förutsättning att riksdagen beviljar medel.

Den 30 september 2026 redovisade myndigheten sin uppföljning av detta statsbidrag för 2025 till regeringen [41]. Uppföljningen visar att regionerna har genomfört såväl kortsiktiga åtgärder som insatser med mer långsiktigt fokus för medlen. Merparten av medlen har använts till köpt vård och personalkostnader. Regionernas självskattningar i uppföljningen visar att insatserna bedöms ha bidragit positivt inom alla tre målområden, med störst inverkan när det gäller tillgänglighet, därefter vårdkapacitet följt av kompetensförsörjning och arbetsmiljö. Samtidigt är många insatser fleråriga och befinner sig i uppstarts- eller pilotfas, vilket innebär att resultaten i uppföljningen bör ses som en första bild av statsbidragets påverkan under 2025. Ytterligare information finns i nämnda rapport.

Exempel på områden i fokus under 2026

Nya statsbidrag har utlysts för 2026 och regionerna har rekvirerat samtliga medel, vilket innebär omkring 5 mdkr 2026. Många regioner planerar att under 2026 införa eller bredda produktions- och kapacitetsstyrningen, till exempel genom utbildnings- förvaltnings-, uppföljning- eller implementeringsinsatser. Flera regioner arbetar också med att effektivisera flöden och att arbeta med vårdnivåer.

Det framgår att regionerna under 2026 exempelvis planerar ökad vårdproduktion, antingen genom att finansiera egen personal eller genom att anlita externa vårdgivare. Detta för att stärka kapaciteten inom olika vårdområden. Dessutom planerar regionerna att använda medlen till IT-utvecklingsinsatser och insatser för förbättrad datakvalitet och inrapporteringsgrad till register, till exempel uppdaterad och användbar väntetidsstatistik. Alla regioner planerar att under 2026 även ta fram en produktionsplan för den specialiserade vården, precis som under 2025.

Särskilda medel för att korta specifika köer

I tillägg till ovanstående har myndigheten under 2025 och 2026 fått i uppdrag att fördela prestationsbaserade medel till regionerna för att öka vårdproduktionen och på så sätt korta köerna inom specifika vårdområden [42-45]. Under 2025 handlade det om följande operationer: höftledsprotes, framfall och grå starr. Samma operationer omfattas även 2026 med tillägg av koloskopiundersökningar samt operationer av knäledsprotes och ljumskbråck. Det handlar totalt om 1 mdkr 2025 och 750 mnkr 2026.

I slutredovisningen av 2025 års uppdrag konstaterar myndigheten sammanfattningsvis att nästan alla regioner anser att satsningen har bidragit till kortare väntetider, främst genom att flera patienter har kunnat hänvisas till andra vårdgivare. Även inrapporterade data i Patientregistret visar att genomsnittet för antalet genomförda operationer mellan juni-oktober ökade

under 2025, jämfört med snittet för dessa månader 2022–2024, enligt vad som framgår av rapporten [46].

Regionerna har, å andra sidan, framfört att de riktade statsbidragen medför risk för undanträngningseffekter, indikationsglidningar och risk för att de svårast sjuka som behöver sluten vård inte blir prioriterade och får vänta.

Socialstyrelsen ska regelbundet redovisa utvecklingen av antalet genomförda operationer för respektive kategori, i respektive region samt på nationell nivå, jämfört med föregående år. Myndigheten slutredovisar uppdraget i mars 2027 [45].

Myndigheten breddar sin ansats

Uppdraget till Socialstyrelsen inkluderar i huvudsak den specialiserade hälso- och sjukvården. Samtidigt är de olika delarna av hälso- och sjukvårdssystemet beroende av varandra för att skapa ett balanserat system. Tillgängligheten i specialiserad vård påverkas bland annat av omhändertagandet i kommunal vård och omsorg och av samverkan mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

I juli 2026 trädde förtydligande och nya bestämmelser i HSL och HSF i kraft, som tydliggör primärvårdens uppdrag och ansvar, samt stärker tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. I *Nästa steg för en god och nära vård* (prop. 2025/2026:19) uttrycks att målen för omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Samverkan mellan kommuner och regioner är avgörande för att systemet som helhet ska fungera. Det gäller såväl i vardagen som under kriser och krig. Den kommunala hälso- och sjukvården kommer i händelse av kris eller krig exempelvis att behöva hantera andra patientgrupper än under normala tillstånd. Myndigheten har även fått allt fler uppdrag som berör tillgänglighet och vårdkapacitet på olika sätt, bland annat inom beredskapsområdet. I september 2026 fick Socialstyrelsen exempelvis i uppdrag att i nära dialog med regionerna analysera vårdens kapacitet vid kriser och höjd beredskap, samt ta fram nationella riktvärden för vårdens förmåga i hela landet [47]. Riktvärden för vårdplatser inom psykiatrin har också nämnts i flera regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, bland annat uppdraget att genomföra nationella utvecklingsinsatser för att stärka den specialiserade psykiatriska vården för vuxna med särskilt fokus på ökad vårdkapacitet.

Andra exempel på Socialstyrelsens arbete på tillgänglighetsområdet är uppdragen om nationell vårdförmedling [29], stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta [48], nationella utvecklingsteam [28], samt uppdraget att utveckla primärvården till navet i hälso- och sjukvården genom verksamhetsnära stöd [49].

Den nationella uppföljningen av tillgänglighet mäter i dag främst uppfyllnadsgraden av vårdgarantin och använder väntande patienter som ett centralt mått. Som bland annat beskrivs i slutbetänkandet från utredningen *Behovsstyrd vård* (S 2024:05) [6] omfattar vårdgarantin dock endast vissa delar av patientens kontakter med hälso- och sjukvården. Uppföljningen fångar därför inte patientens hela väg genom vården, exempelvis tiden fram till en första bedömning, väntan mellan utredning, behandling och uppföljning eller övergångar mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

Socialstyrelsen bedömer att väntande patienter är ett trubbigt mått på tillgänglighet ur ett bredare perspektiv. Det utgör enskilda nedslag i vårdprocessen och säger inte i sig om patienten har fått vård i rätt tid utifrån sitt behov, om vägen att nå vården har varit enkel, eller om vården har varit sammanhållen och samordnad. Det säger inte heller hur länge patienterna får vänta på vård. Med den utökade insamlingen till Patientregistret kommer detta delvis att åtgärdas eftersom det då blir möjligt att beräkna tiden mellan olika händelser, det vill säga följa patientens samlade ledtider.

En mer heltäckande uppföljning av tillgänglighet kan behöva komplettera måtten på vårdgarantins uppfyllelse. Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt med att analysera de stöd som myndigheten tar fram för att vidareutveckla arbetet.

Referenser

1. Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet. Socialstyrelsen; 2024.
2. Socialstyrelsens bidrag till att stärka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet. Socialstyrelsen; 2025.
3. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Socialstyrelsen; 2016.
4. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården - Februari 2018. Socialstyrelsen; 2018.
5. Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2024.
6. Behovsstyrd vård. Slutbetänkande från utredningen Behovsstyrd vård (SOU 2026:38).
7. Delredovisning / PM från utredningen Nationell samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (2026:107).
8. Vårdplatskapacitet i balans - Årets uppdatering av riktvärdet för disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård och intensivvård, samt uppföljning av målsatta mått ur *Plats för vård*. Socialstyrelsen; 2026.
9. Socialstyrelsen. Specialiserad vård - väntetider och vårdgaranti. Datakälla: Väntetidsdatabasen, Socialstyrelsen och Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner. 2026. Hämtad 2026-09-08 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/specialiserad-vard-vantetider-och-vardgaranti/
10. Socialstyrelsen. Primärvård - väntetider och vårdgaranti. Datakälla: Väntetidsdatabasen, Socialstyrelsen och Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner. 2026. Hämtad 2026-09-08 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/primarvard-vantetider-och-vardgaranti/
11. Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2025 Socialstyrelsen; 2026.
12. Socialstyrelsen. Akuten - väntetider. Datakälla: Patientregistret, Socialstyrelsen. 2026. Hämtad 2026-09-08 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/akuten-vantetider/
13. Kontinuitet och fast läkarkontakt - Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2023. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2023.

14. Stöd för utveckling av fast läkarkontakt - Dialoger och besök i regionerna. Socialstyrelsen; 2025.
15. Kontinuitet i vården: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2021.
16. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet - Arbetsmiljö. 2026. Hämtad 2026-09-23 från: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/riskomraden/arbetsmiljo/
17. Socialstyrelsen. Vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar i hälso- och sjukvård. Datakälla: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner. 2026. Hämtad 2026-09-07 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/vardplatser-overbelaggningar-och-utlokaliseringar-i-halso-och-sjukvard/
18. Socialstyrelsen. Överbeläggningar och utlokalisering av patienter. 2026. Hämtad 2026-09-28 från: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/riskomraden/overbelaggningar-och-utlokalisering-av-patienter/
19. Socialstyrelsen. Lägesbild och statistik – Tillgänglighet, väntetider och vårdgaranti i hälso- och sjukvård. 2026. Hämtad 2026-09-22 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/
20. Socialstyrelsen. Riktade insatser i hälso- och sjukvård. 2026. Hämtad 2026-09-22 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/riktade-insatser-i-halso-och-sjukvard/
21. Socialstyrelsen. Nationella stödet för kompetensförsörjning. 2026. Hämtad 2026-09-22 från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning-i-varden/nationella-stodet-for-kompetensforsorjning/
22. Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2026.
23. Närvårdsplatser - Översikt och förslag på utveckling. Socialstyrelsen; 2026.
24. Skador i somatisk vård - Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023. SKR; 2024.
25. Socialstyrelsen. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030. 2025. Hämtad 2026-09-24 från:

https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/

26. Socialstyrelsen. Uppföljning av patientsäkerhet. 2026. Hämtad 2026-09-24 från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/uppfoljning-inom-patientsakerhet/
27. Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling (S2026/00384) Regeringen (Socialdepartementet); 2026.
28. Socialstyrelsen. Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatrin. 2026. Hämtad 2026-10-12 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/psykisk-halsa-hos-barn-och-unga/nationellt-utvecklingsteam-bup/
29. Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling (S2025/00971). Regeringen (Socialdepartementet); 2025.
30. Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport Socialstyrelsen; 2022.
31. Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att analysera hur staten kan skapa bättre förutsättningar för ett mer effektivt system för nationella kvalitetsregister (S2026/00008). Regeringen (Socialdepartementet); 2026.
32. Socialstyrelsen. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. 2026. Hämtad 2026-09-22 från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/
33. Socialstyrelsen. Riktvärden för vårdplatser. 2025. Hämtad 2025-09-26 från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/vardplatser/
34. Socialstyrelsen. Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention: Det handlar om livet. 2025. Hämtad 2025-09-26 från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/nationell-strategi/
35. Riktlinje för svensk intensivvård. Svenska Intensivvårdssällskapet; 2026.
36. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Intermediärvård - En vägledning med rekommendationer för organisation och kompetens inom intermediärvård är framtagen. 2023. Hämtad 2026-09-22 från: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomraden ochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npoperioperativvard intensivvardochtransplantation/intermediarvard.91994.html
37. Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende anslag 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna (S2025/02147). Regeringen (Socialdepartementet); 2025.

38. Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2025 avseende anslag 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna (S2025/00105). Regeringen (Socialdepartementet); 2025.
39. Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (2026/00092. Regeringen (Socialdepartementet); 2026.
40. Socialstyrelsen. Statsbidrag - Tillgänglighet och vårdkapacitet. 2026. Hämtad 2026-09-24 från: https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/regioner/tillganglighet-och-vardkapacitet/
41. Redovisning av 2025 års statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252, S2025/00908 delvis). Socialstyrelsen; 2026.
42. Uppdrag till Socialstyrelsen att betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna (S2025/00401). Regeringen (Socialdepartementet); 2025.
43. Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta vårdköerna (S2025/01233). 2025.
44. Uppdrag att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna (S2025/01757); 2025.
45. Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna (S2026/00052). Regeringen (Socialdepartementet); 2026.
46. Slutredovisning av uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna (S2025/00401 (delvis)) och uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta vårdköerna (S2025/01233 (delvis)). Socialstyrelsen; 2026.
47. Uppdrag till Socialstyrelsen att stärka samt följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet vid fredstida krissituationer och höjd beredskap (S2026/01655). Regeringen (Socialdepartementet); 2026.
48. Uppdrag att stärka implementeringen av Socialstyrelsens stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta (S2026/00948). Regeringen (Socialdepartementet); 2026.
49. Uppdrag att utveckla primärvården till navet i hälso- och sjukvården genom verksamhetsnära stöd (S2026/00985). Regeringen (Socialdepartementet); 2026.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsens stöd till hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet –
Delredovisning oktober 2026 (artikelnr 2026-10-10452)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.