

Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården

Lägesrapport 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: 2026-3-10107

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026

Förord

Socialstyrelsen har sedan 1994 haft regeringens uppdrag att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården. Den första analytiska rapporten publicerades 1995. Denna rapport beskriver tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården, och utgår ifrån ett systemperspektiv, vilket innebär att vi belyser långsiktiga mål för hälso-, sjuk- och tandvården.

I rapporten kommenteras tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård utifrån ett jämlikhetsperspektiv, med fokus på ojämlik vård och hälsa mellan exempelvis regioner, kön, åldersgrupper och områden med olika stor grad av socioekonomisk utsatthet. Detta gör vi genom att belysa systemnivån, horisontella perspektiven patientsäkerhet, läkemedel och kroniska sjukdomar, samt genom fördjupningsområdena cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa.

Rapporten riktar sig främst till Socialdepartementet och beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i regioner och kommuner. Rapporten kan även vara av intresse för dem som arbetar inom hälso-, sjuk- och tandvård samt för patient- och brukarföreträdare och alla andra som vill veta hur tillståndet och utvecklingen inom området ser ut.

Rapporten har tagits fram av Anna Bredin och Malin Lindström (projektledare och redaktörer) tillsammans med en projektgrupp bestående av Samuel Westberg (statistiker) och Andreas Johansson (utredare). I framtagandet av rapporten har ett stort antal medarbetare vid myndigheten medverkat. Maria State och Jakob Hellman har varit ansvariga enhetschefer.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Kärnindikatorer ger en samlad bild av hälso-, sjuk- och tandvården	7
Hälso-, sjuk- och tandvården blir bättre genom åtgärder på systemnivå ..	9
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation rymmer både utmaningar och möjligheter	10
Tre perspektiv som löper genom hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet ..	10
Tre fördjupningsområden: cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa ...	12
Cancervården är effektiv, men inte alltid jämlik	12
Munhälsan i Sverige förbättras, men inte för alla	12
Psykisk ohälsa är en allt större utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet	13
Läsanvisning	14
Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen	15
En jämlik och hälsofrämjande hälso-, sjuk- och tandvård påverkas av systemfaktorer	15
Ojämlikheter är väldokumenterade	16
Kärnindikatorer ger en samlad bild av hälso-, sjuk- och tandvården	18
Att beskriva hälso-, sjuk- och tandvårdens samlade utveckling	19
Kärnindikator 1: Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare	24
Kärnindikator 2: Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet	25
Kärnindikator 3: Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvården	27
Kärnindikator 4: Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården	33
Kärnindikator 5: Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri	34
Kärnindikator 6: Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	36
Kärnindikator 7: Tandvårdsundersökning de senaste tre åren	38
Kärnindikator 8: Hälсотillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)	42
Kärnindikator 9: Dödlighet efter hjärtinfarkt	46
Kärnindikator 10: Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)	48
Kärnindikator 11: Femårsöverlevnad vid cancer – flera cancerformer	51
Kärnindikator 12: Själv mord i befolkningen	55

Kärnindikator 13: Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL	57
Kärnindikator 14: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	60
Hälso-, sjuk- och tandvården blir bättre genom åtgärder på systemnivå.....	63
Effektivt nyttjande av personalresurser är en utmaning	63
Systematisk produktions- och kapacitetstyrning skapar förutsättningar för jämlik vård.....	64
Svårare att få jämlik vård för personer med funktionsnedsättning.....	72
Var fjärde person avstår vård på grund av krångliga e-tjänster.....	73
Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation rymmer både utmaningar och möjligheter	75
Tre perspektiv som löper genom hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet.....	97
Säker vård är en hygienfaktor för effektiv resurshantering	97
Användningen av läkemedel skiljer sig åt mellan grupper i samhället .	104
Många personer med kroniska sjukdomar får bristande uppföljning och vård.....	114
Tre fördjupningsområden: cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa	122
Cancervården är effektiv, men inte alltid jämlik.....	123
Munhälsan i Sverige förbättras, men inte för alla.....	133
Psykisk ohälsa är en allt större utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet	147
Bilaga 1. Indikatorer och ramverk som stöd för analys	162
Kärnindikatorerna belyser prioriterade områden	162
Ramverk för beskrivning av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen	165
Bilaga 2. Metodbeskrivning kärnindikatorernas samlade utveckling	169

Sammanfattning

Rapporten ger en övergripande lägesbild av tillståndet och utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården, utifrån ett systemperspektiv. En röd tråd genom rapporten är jämlikhetsperspektivet, och huruvida hälsan i befolkningen och den vård vi får, är jämlik. Med hjälp av 14 kärnindikatorer och ett urval av annan statistik, beskrivs och analyseras läget i svensk hälso-, sjuk- och tandvård.

Figur 1. Sammanfattande bild av de 14 kärnindikatorerna



Källa: Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Regioner

Kärnindikatorer ger en samlad bild av hälso-, sjuk- och tandvården

Kärnindikatorerna ger en blandad bild av läget i svensk hälso-, sjuk- och tandvård, även om de flesta utvecklas i positiv riktning. På många områden syns tydliga förbättringar över tid, samtidigt som det också finns indikatorer vars utveckling går åt fel håll och det finns områden med stora utmaningar. I den senaste mätperioden utvecklas sex av kärnindikatorerna i positiv riktning, två i negativ riktning och för fem har det inte skett någon, eller bara mycket liten, förändring.

Den andel av befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården sjönk under 2025, från 2024 års nivå på 67 procent till 63 procent. Det är dock stora variationer mellan regionerna.

Under perioden 2022–2024 hämtades 255 antibiotikarecept ut per 1 000 invånare, vilket ligger över det nationella målet om max 250 recept per 1 000 invånare. Spridningen mellan regionerna är förhållandevis stor när det gäller antibiotikaförskrivning av läkare, medan spridningen mellan olika socioekonomiska områdestyper är liten. När det gäller antibiotika förskriven av tandläkare är spridningen mellan olika socioekonomiska områdestyper desto större, med högst andel uthämtade recept per 1 000 invånare i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Antal uthämtade recept per 1 000 invånare av antibiotika förskriven av tandläkare har dock minskat i samtliga områdestyper sedan 2011.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård har trots variation sjunkit de senaste åren. Under 2025 var siffran för riket 6,8 överbeläggningar eller utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser. Spridningen mellan regionerna är dock fortsatt stor.

Andelen personer som besökt vuxentandvården för en basundersökning någon gång under de senaste tre åren har haft en nedåtgående trend under flera år. Under den senaste mätperioden besökte 64 procent av befolkningen tandvården någon gång för en basundersökning, en marginell försämring från föregående mätperiod. Skillnaderna mellan regioner och mellan kön är dock fortsatt stora. Kvinnor i region Jönköping hade i högst utsträckning, 75 procent, besökt tandvården för en basundersökning någon gång under åren 2022–2024. Män i region Norrbotten besökte samma period tandvården för basundersökning i lägst utsträckning, 41 procent. Andelen av befolkningen som endast besökt tandvården vid akuta besvär uppvisar en tydlig socioekonomisk gradient, där högst andel personer som enbart besökt tandvården vid akuta besvär finns i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Andelen fullgångna nyfödda med låg Apgar-poäng fem minuter efter födseln har ökat under de senaste 15 åren. Under samma period har dock risken för perinatal död signifikant minskat i Sverige, från omkring 5 barn per 1 000 födda år 2010 till drygt 4 per 1 000 födda år 2024. Att andelen barn med låg Apgar-poäng gradvis har ökat under ett antal år, samtidigt som andelen perinatalt döda barn minskat är en oväntad utveckling, där orsaker eller förklaringar diskuteras inom professionerna.

Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt har länge sjunkit i Sverige och utvecklingen under den senaste treårsperioden 2022–2024 visar att den positiva trenden håller i sig. Andelen avlidna inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt uppgick till 22 procent under treårsperioden, och för det senaste året i perioden, 2024, låg andelen på 21 procent. Skillnaden i dödlighet mellan könen är numera mycket liten, men tyvärr ses en ökning i spridningen mellan regionerna. Även dödlighet inom 90 dagar efter en förstagångsstroke fortsatte den långsiktigt sjunkande trenden under treårsperioden 2022–2024. Bland de som drabbades av stroke under perioden 2022–2024 avled 24 procent inom 90 dagar, en minskning med en procentenhet från perioden 2019–2021. Likaså här är skillnaden mellan könen mindre än den mellan regionerna.

Femårsöverlevnaden vid cancer, för de cancerformer som inkluderas i indikatorn, har ökat påtagligt över tid. Detta gäller för både kvinnor och män och trots att flera vanliga cancerformer med hög överlevnad inte inkluderas. Under perioden 2020–2024 låg femårsöverlevnaden på 65 procent, en ökning med tre procentenheter från föregående mätperiod. Ökningen över tid beror exempelvis på att möjligheten att bli botad väsentligt har förbättrats de senaste decennierna, tack vare förfinad diagnostik och nya behandlingsmöjligheter.

Under treårsperioden 2022–2024 registrerades 15 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, vilket är oförändrat i jämförelse med perioden innan. Sett till det sista året i mätperioden, 2024, sjönk dock antalet något, till 14 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Det är fortsatt vanligare att män begår självmord än kvinnor. För den senaste treårsperioden registrerades 21 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare bland män, medan motsvarande siffra för kvinnor var 9.

Den påverkbara slutenvården, mätt som antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, har utvecklats i positiv riktning under en längre tid. Under den senaste treårsperioden, 2022–2024, uppgick antalet slutenvårdstillfällen till 578 per 100 000 invånare som är 20 år eller äldre. Män vårdas alltjämt oftare i slutenvården för de inkluderade diagnoserna, men skillnaderna mellan könen minskar. Det är dock fortsatt stora skillnader mellan regionerna och det finns en tydlig socioekonomisk gradient där sannolikheten att vårdas i slutenvård för de

inkluderade diagnoserna ökar ju större grad av socioekonomisk utsatthet ett område har.

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har sjunkit under lång tid, en utveckling som fortsatte under treårsperioden 2022–2024. Under denna period låg den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten på 47 dödsfall per 100 000 invånare. Dödligheten är lägre bland kvinnor än män. För den senaste treårsperioden uppgick den för kvinnor till 43 dödsfall per 100 000 invånare och för män till 51 dödsfall. Ju bättre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto lägre är den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten per 100 000 invånare, och bland män är den socioekonomiska gradienten särskilt tydlig. Under 2024 inträffade 74 sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare bland män boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar, medan motsvarande siffra för män i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var 29.

Om man lägger samman utvecklingen för kärnindikatorerna 2–14 visar den genomsnittliga procentuella utvecklingen för hela riket, mellan startåret 2010 och det senaste året i mätserien, 2024, en förbättring om 8 procent. Detta innebär att tillståndet inom hälso-, sjuk- och tandvården, definierat som utvecklingen för de valda kärnindikatorerna, har förbättrats mellan dessa år. Vissa kärnindikatorer, som startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri, överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) har dock sett en försämring över mätperioden. Den samlade utvecklingen visar också på klara regionala skillnader för hur indikatorerna har utvecklats över åren.

Hälso-, sjuk- och tandvården blir bättre genom åtgärder på systemnivå

Sveriges hälso-, sjuk- och tandvård står inför växande kompetensförsörjningsutmaningar. Behoven ökar i både omfattning och komplexitet, samtidigt som tillgången på personal inte bedöms kunna växa i samma takt, vilket kan leda till ojämlik vård och hälsa. Det gör det nödvändigt att använda och utveckla befintlig kompetens mer ändamålsenligt, och att systematiskt ta till vara den kunskap som finns i verksamheterna. Brister i kompetensförsörjning påverkar både produktion, ekonomi och vårdkvalitet.

Det finns ett nationellt underskott av vårdplatser, både inom somatisk slutenvård (12 procent) och intensivvård (10 procent), vilket innebär att kapaciteten inte möter vårdbehovet fullt ut. Detta kan leda till både ineffektivitet och tillgänglighetsbrister och kan medföra patientsäkerhetsrisker.

Bristen på vårdplatser kan också påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser från såväl samhällets som individens sida, i syfte att minska behovet. Begränsad hälsolitteracitet kan exempelvis innebära att individen fattar beslut utifrån fel information, under- eller överutnyttjar vården eller uppsöker akutsjukvården i större utsträckning än andra. Nästan 25 procent av invånarna i Sverige har avstått från att boka ett läkarbesök för att hälso- och sjukvårdens e-tjänster upplevs vara för svårhanterbara.

Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation rymmer både utmaningar och möjligheter

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2023 till 693 miljarder kronor, en ökning med 0,9 procent. Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården per invånare uppgick 2023 till 65 600 kronor, en ökning med 0,4 procent.

Räknat som andel av BNP uppgick Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader till 11,2 procent under 2023. Det är fortfarande relativt högt jämfört med genomsnittet i EU. Lite mer än hälften av utgifterna gäller botande och rehabiliterande vård. Cirka 13 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader finansieras direkt av patienterna själva.

Primärvårdens kostnader ökar, men räknat som andel av de totala kostnaderna har den minskat i nästan alla regioner mellan 2019 och 2024. Variationen mellan regionerna har dock minskat under 2024 och är den minsta variationen för hela perioden 2011–2024. Sammanfattningsvis tyder utvecklingen på att omställningen till en god och nära vård ännu inte fullt ut återspeglas i en stärkt primärvård.

Utvecklingen av regionernas primärvårdskostnader per invånare och antal primärvårdsbesök per 1000 invånare tyder på en förändrad relation mellan resursinsats och faktisk vårdproduktion mätt i antalet besök till primärvården. Sammantaget visar analysen att primärvårdens kostnader per invånare mätt i fasta priser ligger kvar på en väsentligt högre nivå än före pandemin, samtidigt som antalet besök per invånare fortfarande är lägre än före pandemin.

Tre perspektiv som löper genom hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet

Vissa perspektiv berör stora delar av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet, och på så sätt också stora grupper i befolkningen. Vad som sker i hälso-,

sjuk- och tandvårdssystemet i stort får konsekvenser för exempelvis patientsäkerheten, och kan både direkt och indirekt påverka huruvida vården är jämlik. I den här rapporten belyser vi patientsäkerhetsfrågor, läkemedel och vård för personer med kroniska sjukdomar närmare.

Vårdskador inträffar vid mer än var tjugonde vårdtillfälle i den somatiska sjukhusvården. Den vanligaste skadetyper har varit vårdrelaterad infektion (VRI) som utgjort drygt en tredjedel av alla skador. Äldre patienter drabbas i större utsträckning än yngre av skador och vårdskador. Vårdskador förlänger vårdtiderna. Undersökningar visar att vårdtillfällena i sjukhusvård för vuxna, där vårdskador förekommer, är dubbelt så långa som vårdtillfällena utan förekomst av skador.

Läkemedel är användbara och vanligt förekommande verktyg för behandling i stora delar av hälso-, sjuk- och tandvården. Under 2025 hämtade drygt 7 miljoner svenskar ut minst ett receptbelagt läkemedel. Under de senaste åren har frågan om läkemedel utanför förmånssystemet blivit alltmer aktuell, då skillnader i förskrivning, subventionering och kostnader för den enskilde patienten riskerar att förstärka såväl regionala som socioekonomiska skillnader i vården. Både antalet personer som har hämtat ut läkemedel utanför förmånerna och kostnaderna för läkemedel utanför förmånen har legat relativt stabilt men ökat något över tid. Ökningen beror bland annat på större uthämtning av nya läkemedel för viktkontroll med relativt hög årskostnad per patient.

För grupperna preventivmedel, potensmedel, melatonin och viktkontroll syns tydligt att patienter med bättre socioekonomi i högre grad hämtar ut läkemedel utanför förmånerna. Trots att årsgenomsnittskostnaden för läkemedel vid viktkontroll är nästan tio gånger högre än för de andra nämnda grupperna, är skillnaden mellan de olika socioekonomiska grupperna för dessa läkemedel inte större.

Vissa personer med kroniska sjukdomar saknar både uppföljningsbesök hos läkare och tandvårdsbesök, trots rekommendationer. Frånvaron av uppföljning och tandvårdsbesök innebär betydande risker, både medicinskt och socialt. Det finns skillnader mellan regioner, mellan kvinnor och män samt mellan personer boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar. I områden med stora socioekonomiska utmaningar har drygt hälften av alla personer med KOL inte besökt tandvården under hela uppföljningsperioden.

Alltför få personer med Parkinsons sjukdom erbjuds avancerad behandling. Bristande uppföljning kan leda till komplikationer och att behandling sätts in för sent eller till och med missas. Tillgängligheten till avancerad behandling är mycket ojämnt fördelad utifrån patientens bostadsort.

Tre fördjupningsområden: cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa

Trots olikheter i sjukdomsbild, vårdbehov och organisation delar flera vårdområden gemensamma utmaningar, särskilt när det gäller jämlikhet och tillgång till vård. I den här rapporten fördjupar vi oss i områdena cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa.

Cancervården är effektiv, men inte alltid jämlik

Mellan 1970 och 2024 har insjuknandet i cancer ökat, medan dödligheten har minskat. Bröst- och prostatacancer, tillsammans med lungcancer, utgör de cancerformer som står för den största cancerrelaterade dödligheten per 100 000 i befolkningen. Andelen kvinnor som deltar i screeningprogram för livmoderhalscancer ökar och Sverige är på god väg att utrota livmoderhalscancer.

Det finns regionala och socioekonomiska skillnader både i cancerinsjuknande och överlevnad. Skillnaderna varierar mellan cancerformer, och beror exempelvis på både olika exponering för riskfaktorer och varierande tillgång till tidig upptäckt och behandling. För personer som bor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar upptäcks cancer oftare senare i sjukdomsförloppet och de avlider oftare till följd av sin cancer.

Munhälsan i Sverige förbättras, men inte för alla

Munhälsan hos både barn och vuxna är generellt god och förbättras kontinuerligt, men ur ett jämlikhetsperspektiv går utvecklingen åt fel håll. Under 2024 ökade andelen kariesfria barn i alla undersökta åldersgrupper, men det finns grupper av barn som har sämre munhälsa – det gäller exempelvis barn i samhälls- eller institutionsvård. De socioekonomiska skillnaderna i munhälsa och tillgång till tandvård kvarstår och äldre personer har i högre grad än tidigare avstått tandvård på grund av kostnader, trots behov. Det är stora skillnader i bristen på tandvårdspersonal mellan regionerna, och kompetensförsörjningen är alltjämt en knäckfråga för tandvården.

Psykisk ohälsa är en allt större utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet

Majoriteten av befolkningen uppger att de har god allmänhälsa och gott psykiskt välbefinnande, men det är samtidigt vanligt att ha psykiska besvär och patienter med psykiska besvär är en av de största målgrupperna på vårdcentralerna. Ungefär tio procent av kvinnorna och sex procent av männen som är listade vid en vårdcentral har under de senaste fem åren fått diagnosen depression. Tillgången till bland annat psykologisk behandling och tidiga insatser vid psykisk ohälsa varierar stort inom primärvården, vilket kan leda till ojämlik vård och hälsa. Psykisk hälsa hör dock till ett av de områden inom vilket vård på distans tillämpats tidigt och utvecklingen har kommit relativt långt. Digitala verktyg kan göra det enklare för en person att bibehålla psykiskt välbefinnande och förebygga psykiska besvär.

Uttagen av antidepressiva läkemedel har ökat under en längre tid och ökade i samtliga områdestyper mellan 2023 och 2024. Kvinnor tar i högre utsträckning ut antidepressiva läkemedel än män. Barn och unga är den grupp där adhd-läkemedel förskrivs mest, men även förskrivningen till vuxna har ökat. Andelen kvinnor som hämtat ut adhd-läkemedel har nästan fördubblats på fem år, från 1,2 procent 2020 till 2,3 procent 2024.

Läsanvisning

Med den här rapporten har vi som ambition att beskriva tillståndet och utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården utifrån ett systemperspektiv.

Fokus för årets rapport är jämlik vård och jämlik hälsa, och för att beskriva detta tar vi vår utgångspunkt i tidigare rapporter om ojämlikheter – framför allt *Ojämna villkor för hälsa och vård* från 2011.

I rapporten ger vi först en inflygning över området jämlik vård och jämlik hälsa. Därefter följer en redovisning av de fjorton kärnindikatorerna samt en redogörelse för kärnindikatorernas samlade utveckling, som är ny för i år.

Rapporten lyfter därefter ett par områden där vi ser att olika typer av insatser kan minska ojämlikheter på systemnivå, följt av tre utvalda perspektiv som löper genom stora delar av hälso-, sjuk- och tandvården.

Avslutningsvis redovisas fördjupningar i tre utvalda områden: cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa.

Vi vet sedan tidigare att många läsare enbart fokuserar på vissa avsnitt i rapporten. Det har vi tagit hänsyn till genom att ibland upprepa oss. Vi hänvisar även mellan rapportens olika delar när vi tar upp samma ämne på flera ställen, men ur olika synvinklar.

I anslutning till rapporten publiceras även kärnindikatorerna och ett urval av den övriga statistiken i rapporten i Socialstyrelsens Analysverktyg. Det gör det möjligt att ta fram andra skärningar än de som presenteras i huvudrapporten. Där är det också lätt att vidarebearbeta data och skapa egna visualiseringar, till exempel för den egna regionen. I och med publiceringen i Analysverktyget kompletteras inte längre rapporten av en statistikbilaga.

Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet¹. Att vården ska vara jämlik betyder inte att den ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt, utan att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett faktorer som bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning eller socioekonomisk status^{2 3}.

Av HSL framgår även att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa⁴. Sverige har ett folkhälsopolitiskt ramverk med det övergripande målet att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Hälso-, sjuk- och tandvården har ett tungt ansvar för att det ska uppnås – och ett av de åtta underliggande målområdena är följaktligen *en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Hälso-, sjuk- och tandvården kan dock inte på egen hand uppnå det målet, vilket förtydligas av ramverkets övriga sju målområden⁵.

En jämlik och hälsofrämjande hälso-, sjuk- och tandvård påverkas av systemfaktorer

Kravet på jämlikhet har sin grund i de mänskliga rättigheterna och inkluderas i flera av de lagar som styr verksamheter inom hälso-, sjuk- och tandvård, som HSL och tandvårdslagen (TL 1985:125). Samtidigt är hälso-, sjuk- och tandvården ett komplext område som bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan flera parter och samtidigt ett kommunalt självstyre. Möjligheterna till jämlik vård och hälsa påverkas också av andra faktorer, som demografi och geografi. Ett sätt att justera för skillnader i

¹ 3 kap. 1 § HSL (2017:30)

² Arbetssätt för jämlik vård. Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2019.

³ Utgiftsområde 9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Prop. 2025/26:1 Utgiftsområde 9. Regeringskansliet; 2025.

⁴ 3 kap. 2 § HSL (2017:30)

⁵ Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken. Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser (SOU 2026:7).

befolkningens sammansättning över landet är genom utjämning av både intäkter och kostnader⁶.

Ojämligheter är väldokumenterade

Förekomsten av skillnader i hälsa, sjuklighet, dödlighet och vårdutnyttjande i olika befolkningsgrupper efter exempelvis ålder, kön och socioekonomi är sedan 1980-talet väldokumenterat i den nationella folkhälsorapporteringen och i nationella utvärderingar av hälso-, sjuk- och tandvården, bland annat från Socialstyrelsen^{7 8 9}.

Inom stora delar av hälso-, sjuk- och tandvården har det skett en mycket positiv utveckling, där både behandlingar och vårdresultat har blivit bättre, vårdtider kortare, ingrepp mer skonsamma mot patienten och diagnostik mer träffsäker. Nya medicinska landvinningar har gjort vården bättre för nästan alla, men kan samtidigt ha bibehållit eller till och med ökat skillnaderna mellan vissa grupper, genom att de som redan hade en förhållandevis bättre situation fått det ännu bättre. När systematiska skillnader i hälsa bedöms vara åtgärdbara genom rimliga interventioner, globalt eller inom samhället, anses de vara orättvisa.

Ojämna villkor för hälsa och vård – läget 2011

I en rapport från 2011 konstaterade Socialstyrelsen att myndighetens utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige länge hade visat på relativt betydande regionala skillnader, så väl som olika typer av sociala skillnader, i både hälsa och vård. Rapporten sammanfattade även kunskapsläget inom några centrala vårdområden, exempelvis cancervård, vård vid psykisk ohälsa, och tandvård¹⁰.

Rapporten belyste områden med stora behov av fortsatt harmonisering för att minska regionala skillnader i vård och behandling, exempelvis olika avgiftssystem och högkostnadsskydd inom vården, tillgången till specialistkompetens och variationer inom läkemedelsförskrivning. Vidare belystes områden där det fanns stora sociala skillnader i hälsa och vård, exempelvis att undvikbar slutenvård var mer än dubbelt så vanligt bland lågutbildade som bland högutbildade samt att tillgången till vårdinsatser, som läkemedelsbehandling eller remittering till specialist, missgynnade lågutbildade och utlandsfödda.

⁶ [Kommunala utjämningssystemet](#). Ekonomifakta; 2026. Hämtad 2026-02-05.

⁷ Arbetssätt för jämlik vård – Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2020.

⁸ Lövttrup, M. Trycket ökar på vården att minska hälsoklyftan. Läkartidningen, nr 46 2009 vol 106.

⁹ Folkhälsorapport, en rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län Stockholms läns landsting 1987.

¹⁰ Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

Regionala skillnader inom psykiatrin förefall vara särskilt betydande. Det gällde både olika typer av strukturella skillnader som variation i tillgången till specialister och vårdplatser, som möjligheten att få adekvat behandling. För cancer föreföll skillnaderna mellan landstingen (idag regionerna) successivt minska, men betydande sociala skillnader i förtida död i dessa sjukdomar kvarstod. När det gäller munhälsa har det länge funnits stora skillnader utifrån socioekonomisk situation, då så stor del av tandvården finansieras av patienterna själva.

I den här rapporten har vi tagit avstamp i rapporten från 2011 och återvänder till beskrivningar av ojämlikheter som belyses där. Denna rapport är dock ingen direkt uppföljning eller vidareutveckling av rapporten från 2011. Jämförelsen med 2011 är ett sätt att beskriva tillståndet och utvecklingen i hälso-, sjuk- och tandvården idag, genom att blicka bakåt i tiden och sätta dagens läge i perspektiv.

Kärnindikatorer ger en samlad bild av hälso-, sjuk- och tandvården

Socialstyrelsen redovisar i varje lägesrapport för hälso-, sjuk- och tandvården resultaten för 14 nationella kärnindikatorer¹¹. Tillsammans speglar de hälso-, sjuk- och tandvårdens resultat på en övergripande nivå.

Kärnindikatorerna syftar till att ge en indikation av läget inom svensk hälso-, sjuk- och tandvård. Indikatorer i sig kan inte ge en fullständig bild, men ger ändå information om den övergripande utvecklingen inom olika områden. För att förklara anledningarna till utvecklingen krävs dock att indikatorerna kompletteras med annan information.

I *Bilaga 1. Indikatorer och ramverk som stöd för analys* ges en fördjupad beskrivning av kärnindikatorerna och det ramverk för analys av hälso-, sjuk- och tandvårdssystem som ligger till grund för denna rapport.

Nytt i årets rapport är att Socialstyrelsen även inkluderat ett mått där kärnindikatorernas¹² samlade utveckling redovisas. Syftet med det är att tydligare illustrera hur den sammanvägda utvecklingen sett ut över tid, samt att kunna visa på skillnaderna mellan enskilda regioner och en mer generell utveckling av sektorn. Tillsammans med redovisningen av respektive kärnindikator fungerar det som en samlad beskrivning av tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården.

I *Bilaga 2. Metodbeskrivning kärnindikatorernas samlade utveckling* ges en fördjupad genomgång av metoden bakom det samlade utvecklingsmålet.

Nytt i år är också att Kärnindikatorerna finns på Socialstyrelsens Analysverktyg¹³, där de i vissa fall även presenteras med fler bakgrundsfaktorer än i huvudrapporten. Redovisningen i Analysverktyget ersätter den tidigare statistikbilagan.

¹¹ De 14 måtten är egentligen 13 indikatorer och ett nyckeltal/bakgrundsmått som saknar uttalad önskvärd riktning (utgifter för hälso- och sjukvården per invånare). I rapporten inkluderas samtliga 14 mått under benämningen "kärnindikatorerna".

¹² I kärnindikatorernas samlade utveckling ingår bara de 13 indikatorerna som har en uttalad önskvärd riktning, det vill säga kärnindikator 2–14.

¹³ Se [Analysverktyget](#).

Att beskriva hälso-, sjuk- och tandvårdens samlade utveckling

För att undersöka utveckling i hälso-, sjuk- och tandvården kan man följa hur kärnindikatorerna utvecklas över tid. I denna rapport har Socialstyrelsen lagt samman resultatet av kärnindikatorerna i en gemensam redovisning i syfte att illustrera indikatoruppsättningens genomsnittliga procentuella utveckling över tid¹⁴. I figur 2 visas hur den genomsnittliga procentuella utvecklingen av kärnindikatorerna^{15 16} sett ut från och med startåret, som har värdet 0 (noll), fram till och med 2024. Värdet som anges för respektive år efter startåret och framåt illustrerar hur utvecklingen sett ut i förhållande till värdet för basåret. Startåret för redovisningen är 2010. De enskilda indikatorerna har dock olika basår beroende på tillgången på data¹⁷.

Indikatorerna är justerade så att ett högre värde betyder ett mer positivt utfall. Varje region och varje indikator mäts enbart mot sig själv. Att region A har ett högre värde för ett visst år än region B innebär således att A har sett en större förbättring av den indikatorn än region B, men region B kan fortfarande ha jämförelsevis bättre resultat, men med en procentuellt mindre förbättring.

Indikatorer som baseras på ett litet antal händelser har generellt högre volatilitet, vilket innebär att även mindre absoluta förändringar kan ge upphov till större procentuella variationer. Redovisningen används för att möjliggöra en samlad och överskådlig bild av kärnindikatorernas utveckling. Tolkningar av utvecklingen bör kompletteras med en analys av kärnindikatorernas faktiska värden. På regional nivå kan utvecklingen för de mindre regionerna uppvisa större variation mellan enskilda år medan utvecklingen över hela tidsperioden ger en mer stabil bild över utvecklingen.

Om kärnindikatorerna i sig visar på *tillståndet* i hälso-, sjuk- och tandvården, så visar denna redovisning på den samlade *utvecklingen* för sektorn.

Samlad utveckling för kärnindikatorerna

Bilden som framträder av den samlade utvecklingen är intressant av flera skäl. Den genomsnittliga procentuella utvecklingen för hela riket av kärnindikatorerna, mellan startåret 2010 och det senaste året i mätserien, 2024, ligger på 8 procent. Detta innebär att tillståndet inom hälso-, sjuk- och

¹⁴ Se Bilaga 2. Metodbeskrivning för kärnindikatorernas samlade utveckling, för en fördjupad beskrivning av metoden. Metoden beskrivs också i närmare detalj i Socialstyrelsens [Analysverktyg](#).

¹⁵ Kärnindikator 2–14, då kärnindikator 1 är ett beskrivande mått.

¹⁶ Kärnindikatorerna 8. Hälсотillstånd hos nyfödda och 12. Självmod i befolkningen baseras på treårsvärden på grund av ett förhållandevis lågt antal händelser per år. Kärnindikatorn 11.

Femårsöverlevnad i cancer baseras på femårsvärden på grund av hur indikatorn är utformad.

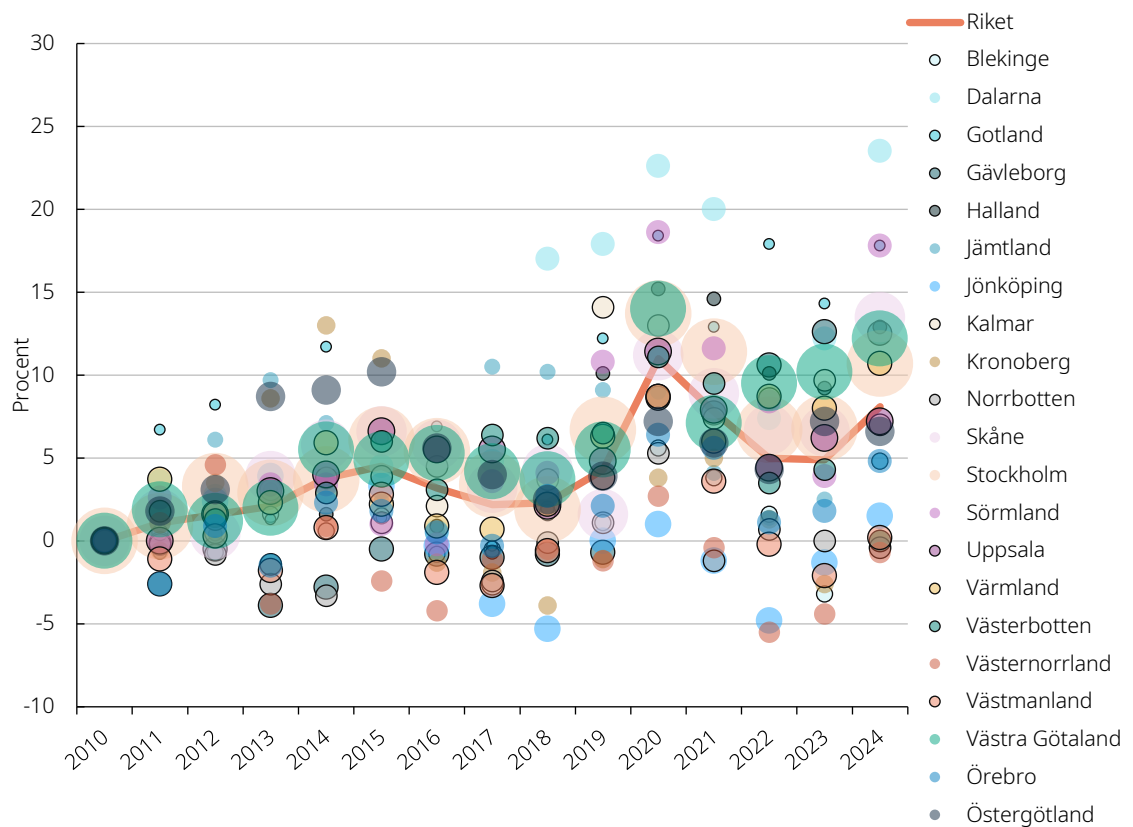
¹⁷ Vissa kärnindikatorer har andra basår. Se Bilaga 2. för detaljerad beskrivning av basår för respektive indikator.

tandvården, definierat som utvecklingen för de valda kärnindikatorerna, har förbättrats mellan dessa år.

För ett enskilt år var utvecklingen som mest positiv år 2020, då indikatorerna i genomsnitt ökade med 11 procent i förhållande till basåret, varpå utvecklingen föll tillbaka något under 2021. Här ser vi exempelvis coronapandemins påverkan på hälso-, sjuk- och tandvården, som för denna indikatoruppsättning bland annat innebar att antibiotikaförskrivningen var mycket låg och att överbeläggningar och utlokaliseringar minskade under 2020. Under 2023 planade utvecklingen ut och från och med 2024 syns återigen en positiv utveckling för den sammanlagda utvecklingen.

Den samlade utvecklingen visar också på klara regionala skillnader för hur indikatorerna har utvecklats över åren. Se figur 2 samt figur 3 nedan.

Figur 2. Genomsnittlig procentuell utveckling av kärnindikatorerna, 2010–2024, hela riket samt för respektive region¹⁸. Basår 2010 = 0



Källa: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner

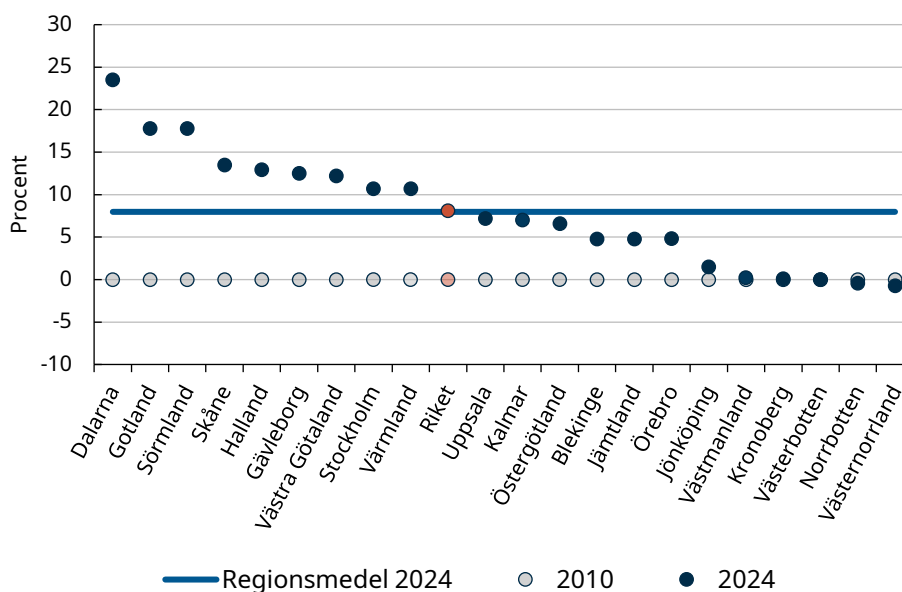
År 2024 var den genomsnittliga procentuella utvecklingen av kärnindikatorerna, i jämförelse med basåret, mest positiv i region Dalarna

¹⁸ År 2010 innehåller kärnindikatorerna 3 och 8–14. År 2011 tillkommer indikator 7. År 2014 tillkommer indikator 6. År 2015 tillkommer indikator 5. År 2016 tillkommer indikator 2 och år 2020 tillkommer indikator 4.

där den låg på 24 procent, vilket framgår av figur 3. Svagast utveckling syns i regionerna Västernorrland och Norrbotten, vilka båda haft en negativ totalutveckling. För regionerna Västerbotten, Kronoberg och Västmanland har utvecklingen i princip varit statisk. Att utvecklingen varit mer positiv i en region än i en annan kan bero på att utgångsläget var olika, och en region med lägre procentuell utveckling kan alltså ändå ha jämförelsevis bättre resultat, men ha haft en långsammare utvecklingstakt, än en region med högre procentuell utveckling.

Figur 3. Regionjämförelse, genomsnittlig procentuell utveckling av kärnindikatorerna, 2010 och 2024

Genomsnittlig procentuell utveckling av kärnindikatorerna mellan 2024 och 2010¹⁹. Basår 2010 = 0



Källa: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner

När statistiken bryts ner utifrån hur den genomsnittliga procentuella utvecklingen sett ut för var och en av kärnindikatorerna framgår det att den generellt positiva bilden av de samlade kärnindikatorerna inte alltid gäller för var och en av indikatorerna enskilt, se figur 4.

Även om flertalet kärnindikatorer utvecklats positivt så finns det indikatorer vars procentuella utveckling år 2024 jämfört med basåret låg under 0 (noll). Som exempel låg indikatorn *Överbeläggningar och utlokaliserade patienter* på minus 43 procent, och *Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri* låg på minus 35 procent. Även *Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)* har sett en negativ utveckling och låg 2024 på minus 33 procent. *Tandvårdsundersökning de senaste tre*

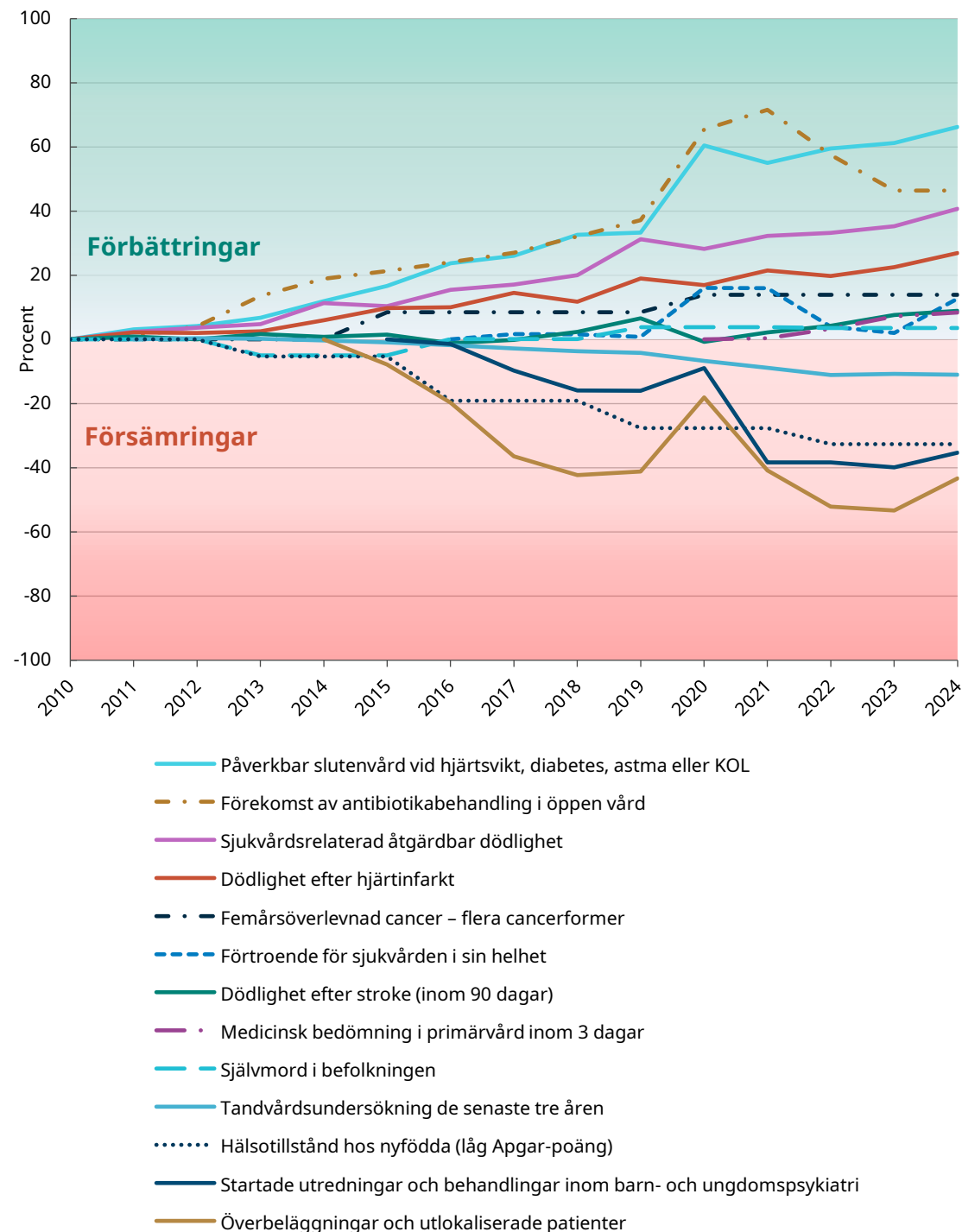
¹⁹ År 2010 innehåller kärnindikatorerna 3 och 8–14. År 2024 innehåller kärnindikatorerna 2–14.

åren har också haft en negativ utveckling, och låg på minus 11 procent för 2024.

De indikatorer år 2024 som utvecklats i mest positiv riktning är *Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL*, som har förbättrats med 66 procent, *Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård* som har förbättrats med 46 procent, samt *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* som förbättrats med 41 procent.

Figur 4. Genomsnittlig procentuell utveckling av kärnindikatorerna

Genomsnittlig procentuell utveckling av respektive kärnindikator²⁰, för hela riket



Källa: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner

²⁰ År 2010 innehåller kärnindikatorerna 3 och 8–14. År 2011 tillkommer indikator 7. År 2014 tillkommer indikator 6. År 2015 tillkommer indikator 5. År 2016 tillkommer indikator 2 och år 2020 tillkommer indikator 4.

I Socialstyrelsens Analysverktyg finns den samlade utvecklingen för kärnindikatorerna redovisad. Där finns den även nedbruten per indikator och per region, och för varje region finns figurer som beskriver regionens utveckling, motsvarande den illustration av rikets utveckling som ges i figur 4.

Kärnindikator 1: Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare

Måttet visar kostnader per invånare i fast pris för hälso-, sjuk- och tandvården över tid. Måttet hämtas från Hälsoräkenskaperna, SCB.

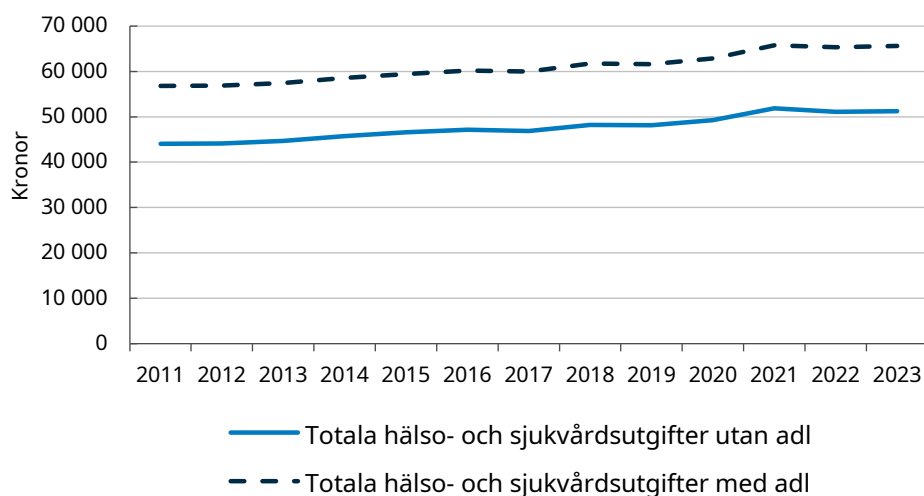
Önskvärd riktning för måttet: saknas, beskrivande mått.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården uppgick 2023 till 65 600 kronor per invånare. Exklusive kostnaden för tjänster som gäller personlig omvårdnad inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning (ADL) uppgick kostnaden till 51 200 kronor per invånare.

Figur 5 visar utvecklingen av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare mellan 2011 och 2023, uttryckt i 2023 års prisnivå. Utgifterna har ökat mer än vanligt under coronapandemin (5 procent ökning mellan 2021 och 2022) och har legat på ungefär samma nivå sedan dess. Kostnadsökningen mellan 2022 och 2023 motsvarade 0,4 procent räknat i 2023 års prisnivå, vilket kan jämföras med den genomsnittliga årliga ökningstakten på 1,1 procent mellan 2011 och 2020.

Figur 5. Totala utgifter för hälso- och sjukvården per invånare, med och utan adl, 2023 års prisnivå

Adl motsvarar personliga omvårdnadstjänster som exempelvis hjälp med att äta, påklädning samt personlig hygien. Dessa tjänster finansieras huvudsakligen av kommunerna.



Källa: Hälsoräkenskaper och befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

Läs mer om hälso-, sjuk- och tandvårdens kostnader och ekonomiska läge i avsnitt *Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation rymmer både utmaningar och möjligheter*.

Kärnindikator 2: Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

Indikatorn belyser förtroendet för hälso- och sjukvården i befolkningen, oavsett om de tillfrågade nyligen haft kontakt med vården eller inte. Indikatorn är hämtad från Hälso- och sjukvårdsbarometern och visar andelen av befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i den egna regionen. De personer som inte har kunnat besvara frågan har inte tagits med.

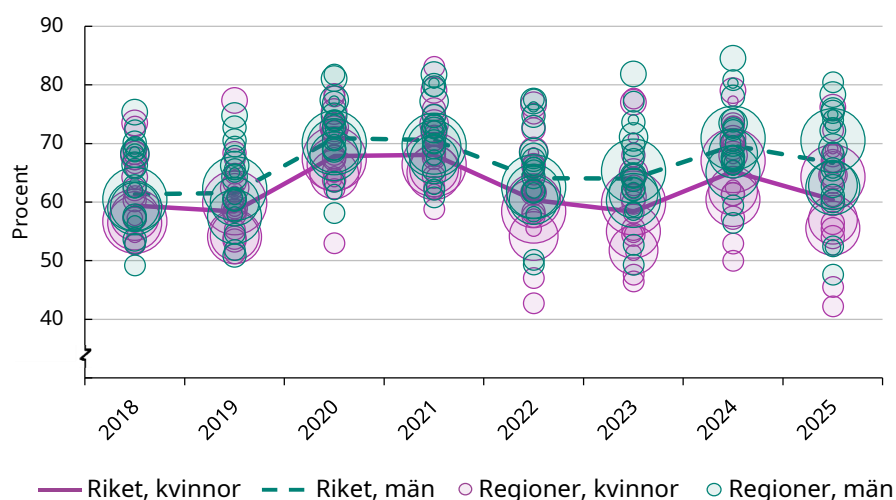
Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Den andel av befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården sjönk under 2025, från 2024 års nivå på 67 procent till en ny nivå på 63 procent. Det minskade förtroendet ses bland båda könen. Bland kvinnor sjönk det från 65 procent till 60 procent och bland män sjönk det från en nivå på 70 procent till 67 procent. Förtroendet minskade således mer bland kvinnor än bland män, något som förstärker bilden av att förtroendet för hälso- och sjukvården generellt är lägre bland kvinnor än bland män.

Som visas i figur 6 finns det betydande skillnader i förtroende beroende på var i landet man bor. Högst förtroende för hälso- och sjukvården har män boende i Region Kalmar, 80 procent. Bland kvinnor hittas det högsta förtroendet i Region Jönköping, där det uppgår till 76 procent. Lägst förtroende bland såväl kvinnor som män finns bland boende i Region Västernorrland. För männens del ligger andelen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården på 48 procent, och motsvarande siffra bland kvinnor är 42 procent.

Figur 6. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region

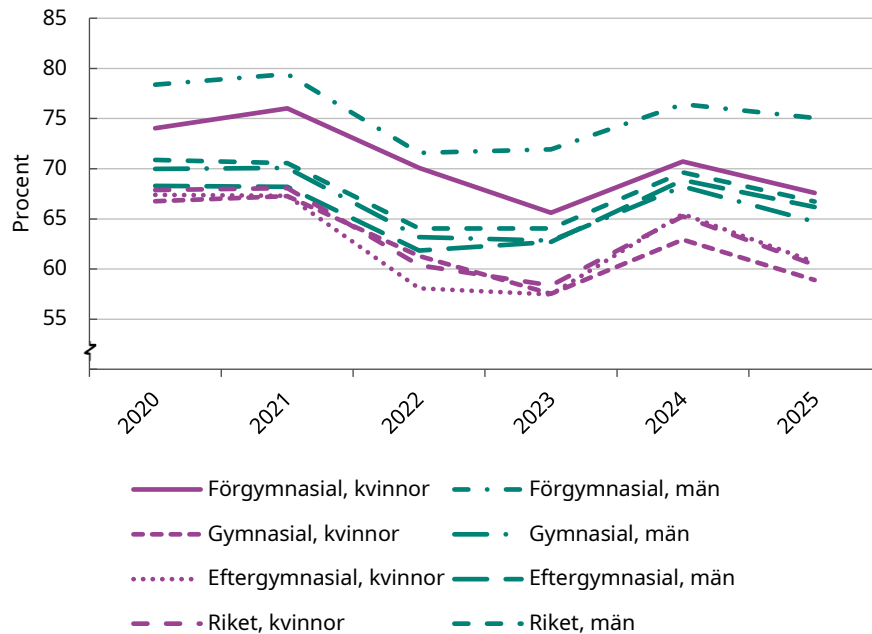


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Förtroendet för hälso- och sjukvården har sjunkit i samtliga utbildningsgrupper. Det finns således ingen grupp som avviker från den generella nedgången av förtroende i befolkningen, men förtroendet har minskat olika mycket i de olika grupperna. Högst förtroende finns, precis som tidigare, bland män med förgymnasial utbildning. Hos dem sjönk förtroendet endast med en procentenhet och uppgick under 2025 till 75 procent. Förtroendet hos kvinnor med motsvarande utbildning uppgick till 68 procent, en minskning med tre procentenheter från 2024. Lägst förtroende för hälso- och sjukvården har kvinnor med gymnasial utbildning, något som var fallet också under 2024. Inom denna grupp sjönk förtroendet med fyra procentenheter och landade på 59 procent. Även bland män återfinns det lägsta förtroendet hos personer med gymnasial utbildning och uppgick under 2025 till 65 procent, vilket var en minskning med tre procentenheter från 2024.

Figur 7. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet, uppdelat på utbildningsnivå och kön



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Kärnindikator 3: Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvården

Indikatorn visar antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Användningen av antibiotika, mätt som antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, minskade länge i Sverige. Under pandemin minskade förskrivningen påtagligt. Under den senaste treårsperioden, 2022–2024, syns emellertid en viss uppgång. Under perioden hämtades 255 antibiotikarecept ut per 1 000 invånare, vilket är en ökning med 11 recept per 1 000 invånare från perioden 2019–2021. År 2024 planade emellertid försäljningen ut, den låg då på 261 recept per 1 000 invånare, och år 2025 började den återigen minska, se mer om uppgifter från 2025 i avsnittet som bygger på data från E-hälsomyndigheten nedan.

Kvinnor tar ut fler antibiotikarecept per 1 000 invånare än vad män gör. Under 2022–2024 hämtade kvinnor ut 304 recept och män 207 per 1 000 invånare, vilket kan jämföras med 292 recept för kvinnor och 197 recept för

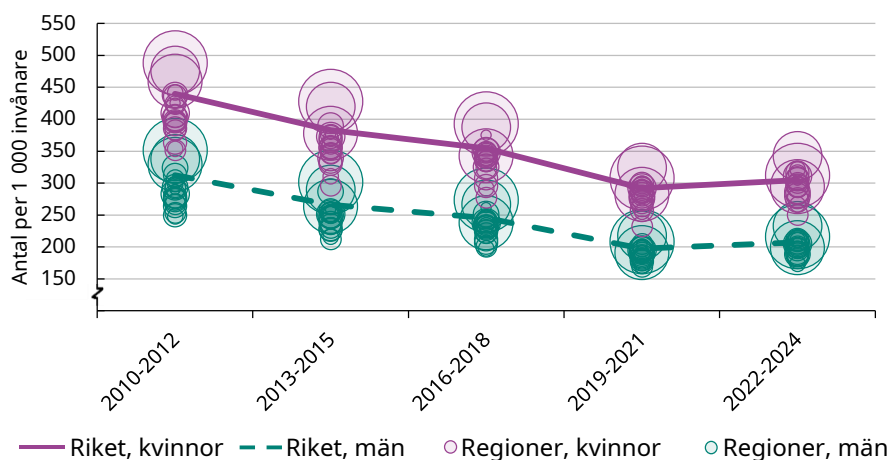
män per 1 000 invånare under 2019–2021. Skillnaden mellan könen beror bland annat på kvinnors och mäns olika typ av sjuklighet.

Det finns en betydande regional spridning i uthämtning av antibiotikarecept, vilket framgår av figur 8. Bland kvinnor togs flest recept ut per 1 000 invånare under 2022–2024 i Region Skåne, 342 stycken, medan minst antal recept per 1 000 invånare togs ut av kvinnor i Region Västerbotten, 250 stycken. Även bland män togs flest recept ut i Region Skåne, 233 stycken per 1 000 invånare, och minst antal togs ut av män i Region Jämtland Härjedalen, 174 stycken.

I slutet av 2025 beslutade regeringen om en ny nationell strategi mot antimikrobiell resistens. Strategin ska gälla för åren 2026–2035 och innehåller ett antal övergripande mål, målområden och delmål. Ett av de övergripande målen är att antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare och år i öppenvården i alla regioner inte ska överstiga 250 stycken fram till och med 2035²¹.

Figur 8. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Antal expedieringar av antibiotika i öppenvård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden



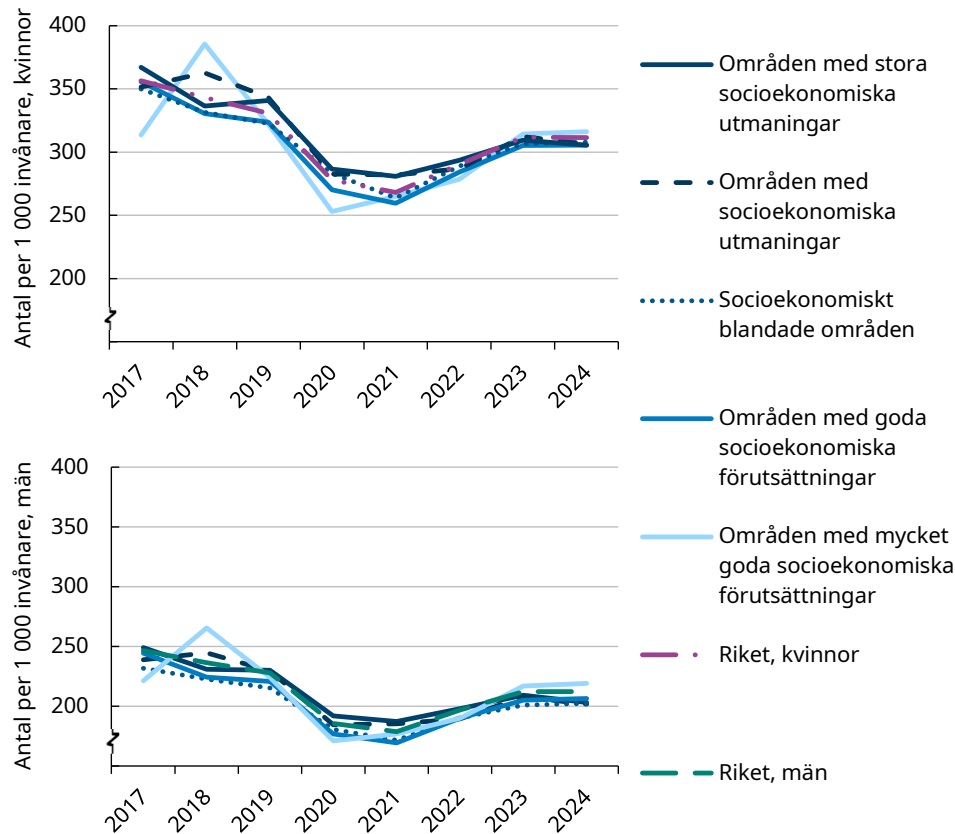
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det finns en viss skillnad mellan områden med olika socioekonomisk status, men skillnaderna är på det hela taget små. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar skiljde under 2024 ut sig något från de fyra andra områdestyperna genom att det per 1 000 invånare hämtades ut fler recept i dessa områden än i övriga. Detta gäller för båda könen. Över åren har områdestypernas inbördes ordning skiftat från år till år.

²¹ Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035. Regeringskansliet; 2025.

Figur 9. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Antal expedieringar av antibiotika i öppenvård per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Siffror från E-hälsomyndigheten²² visar att försäljningen av antibiotika på recept minskade med 6 procent under 2025 jämfört med 2024. Minskningen syns i alla åldersgrupper. Jämfört med 2019, det vill säga före coronapandemin, har försäljningen minskat med 10 procent²³. Under 2025 minskade försäljningen av antibiotika inom öppenvård i samtliga åldersgrupper. Försäljningen minskade mest i åldersgruppen 7–19 år, med 18 procent jämfört med 2024. Försäljningen minskade med 13 procent i åldersgruppen 0–6 år, för åldersgrupperna 20–64 år med 6 procent, för åldersgruppen 65–79 år med 1 procent och i åldersgruppen 80+ år med 0,4 procent jämfört med året innan. Jämfört med 2019 minskade försäljningen i samtliga åldersgrupper. I *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2026* kan du läsa mer om antibiotikabehandling inom särskilt boende och antibiotikaförskrivning för äldre inom tandvården.

²² E-hälsomyndighetens Concise är ett heltäckande läkemedelsregister för statistik och uppföljning på aggregerad nivå, medan Socialstyrelsens Läkemedelsregistret innehåller individbaserade uppgifter om uthämtade receptläkemedel och används för detaljerade analyser på personnivå.

²³ [Försäljning av antibiotika minskade under 2025](#). Folkhälsomyndigheten; 2026. Hämtad 2026-02-23.

Försäljningen av antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner, mot urinvägsinfektioner till kvinnor (18–79 år) samt mot hud- och mjukdelsinfektioner låg nivåerna för 2025 lägre än för 2024. Samtliga grupper minskade jämfört med 2019.

Antibiotikarekvisition inom slutenvård i DDD (Defined Daily Doses) per tusen invånare och dag ökade med 2 procent under 2025 jämfört med 2024. Antibiotikarekvisition inom slutenvården under 2025 var 4 procent högre jämfört med 2019.

Sverige har under längre tid haft en låg antibiotikaförbrukning jämfört med andra EU-länder. Särskilt inom öppenvården har den totala antibiotikaförsäljning och andelen bredspektrumantibiotika varit lägre än genomsnittet för EU/EEA. Även inom slutenvården har Sverige legat under genomsnittet när det gäller andelen bredspektrumantibiotika i relation till total antibiotikaförbrukning, även om andelen har varit hög i jämförelse med övriga nordiska länder²⁴.

Förekomst av antibiotikabehandling i tandvården

Antal antibiotikaförskrivningar av tandläkare per 1 000 invånare har mellan åren 2009 och 2024 minskat med 32 procent. Cirka 6 procent av all antibiotika i öppenvården förskrevs av tandläkare under 2024²⁵.

Det finns stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivning i tandvården. Antibiotikaförskrivningen överstiger den nationella målnivån om max två expedieringar per 1 000 invånare i variation mellan regionerna. De regionala skillnaderna kan bero på tillgången till tandvård, lokala behandlingsrutiner och utbildningsinsatser samt patienternas hälsostatus²⁶.

2024 förskrevs mest antibiotika per 1 000 invånare av tandläkare i region Skåne, följt av Stockholm, Östergötland och Västmanland. Sedan 2009 ses för båda antibiotikatyperna en tydligt nedåtgående trend, även om den för smalspektrumantibiotika har planat ut de senaste mätperioderna.

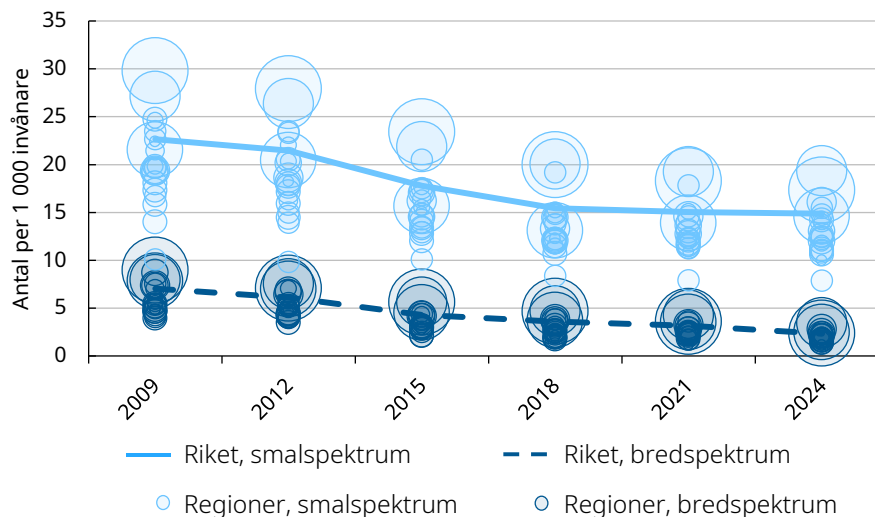
²⁴ I dialog med Folkhälsomyndigheten.

²⁵ Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

²⁶ Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

Figur 10. Antal antibiotikaförskrivningar av tandläkare mellan 2009 och 2024, uppdelat på smal- respektive bredspektrumantibiotika samt regional spridning

Jämförelse mellan regioner, förskrivning av smal- respektive bredspektrumantibiotika från 2009 till 2024

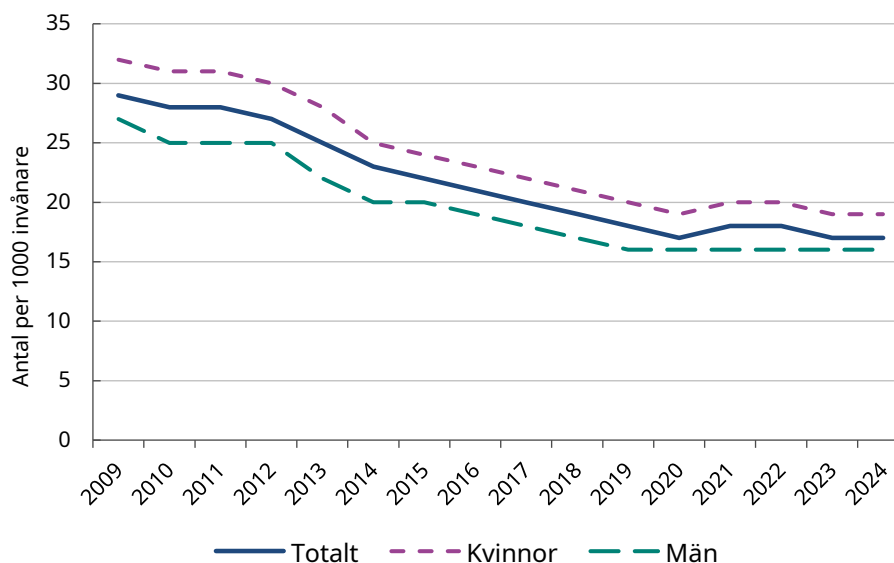


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Fler kvinnor än män per 1 000 invånare fick antibiotika förskrivet av såväl tandläkare som övriga förskrivare. Skillnaden mellan könen var mindre när antibiotika förskrevs av tandläkare jämfört med andra förskrivare, vilket beror på att infektioner i munnen inte varierar på samma sätt mellan könen som andra infektioner som kan behöva antibiotika, till exempel urinvägsinfektioner (figur 11). Att fler kvinnor besöker tandvården kan dock vara en av förklaringarna till de skillnader mellan könen som ändå ses.

Figur 11. Antal uthämtade antibiotikarecept, utskrivet av en tandläkare

Uppdelat på kön, åldersstandardiserade siffror, per 1 000 invånare



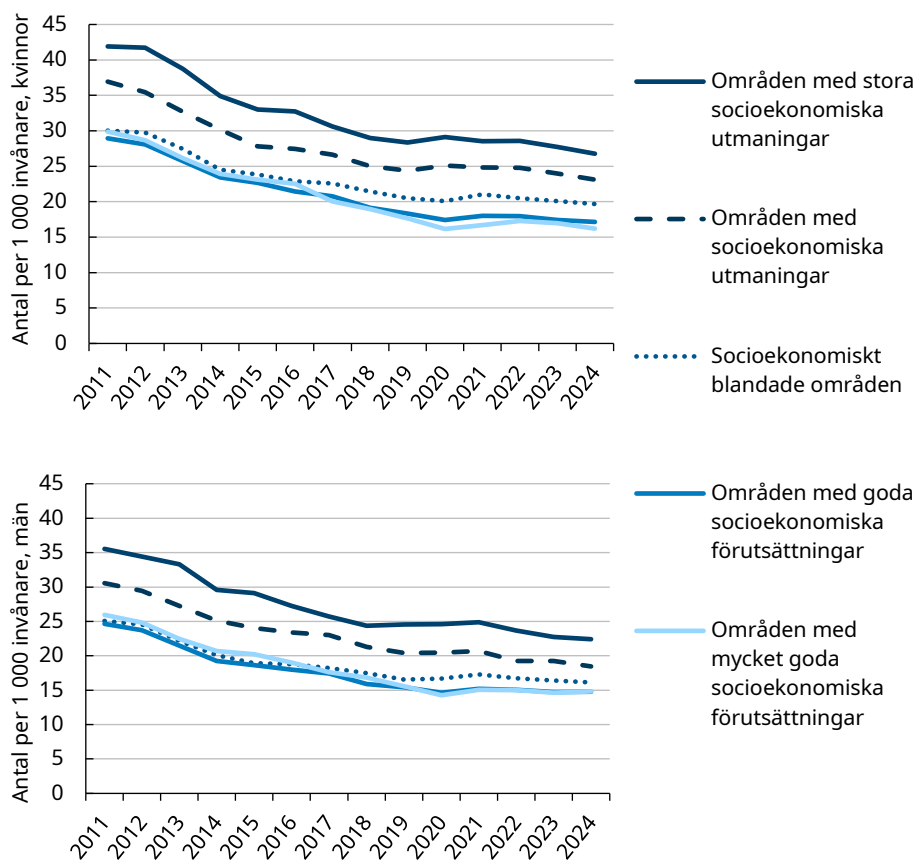
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Till skillnad från antibiotikaförskrivning av läkare finns det skillnader i antibiotikaförskrivning i tandvården utifrån områdestyp, även om det har skett en minskning i antibiotikaförskrivning inom alla områdestyper sedan 2011. Personer bosatta i områden med stora socioekonomiska utmaningar får antibiotika förskrivet av tandläkare i störst utsträckning, medan personer bosatta i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar får antibiotika utskrivet i minst utsträckning (figur 12). Samma mönster ses för både kvinnor och män, samt för såväl smal- som bredspektrumantibiotika. Mönstret ses även när det gäller akutbesök i tandvården²⁷.

Personer med goda socioekonomiska förutsättningar har ofta bättre tillgång till regelbunden och förebyggande tandvård, hälsosammare levnadsvanor och större möjligheter att förebygga sjukdom²⁸.

Figur 12. Förekomst av antibiotikabehandling förskriven av tandläkare 2011–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Antal expedieringar av antibiotika förskriven av tandläkare, alla preparat, per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Statistiska centralbyrån

²⁷ Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

²⁸ [Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2025](#). Folkhälsomyndigheten; 2025. Hämtad 2025-11-27.

Kärnindikator 4: Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården

Indikatorn speglar andelen patienter som fått en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom 3 dagar. Indikatorn är hämtad från Väntetider i vården (SKR), och baseras på uppgifter som regionerna varje månad rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. Patienter som blivit erbjudna en kontakt inom vårdgarantins tidsgräns, men som själva valt att vänta längre tid, är inte inkluderade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Den nationella vårdgarantin innebär att en region ska erbjuda en person som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid. Olika vårdinsatser har olika tidsgränser, när ett beslut om vård är fattat. I de fall en person bedöms behöva få en medicinsk bedömning så ska hen få det av legitimerad personal i primärvården inom tre dagar²⁹.

Andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar har ökat stadigt under flera år, men data för hela riket 2025 visar på en något sjunkande andel i jämförelse med 2024. År 2025 fick 86 procent av patienterna en medicinsk bedömning inom tre dagar. Det gäller för både kvinnor och män, att jämföra med 2024 då 88 procent av patienterna fick det.

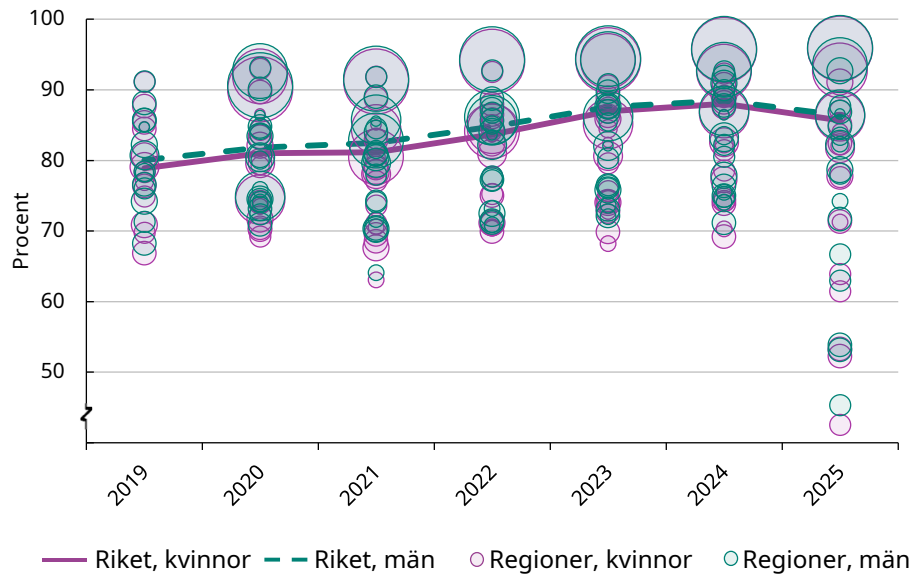
Skillnaderna mellan landets regioner tycks ha ökat påtagligt, som visas i figur 13. Bilden är emellertid inte helt lätt att tolka, då flera regioner genomgår byten av vårdinformationssystem³⁰. Detta påverkar såväl rapportering som datakvalitet, och berör för närvarande regionerna Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro. Flera av dessa regioner återfinns i de lägre delarna av figur 13 för 2025, varför den till synes stora regionala spridningen sannolikt bör tolkas med betydande försiktighet. Om de regionerna exkluderas visar statistiken för riket i stället på ett i stort sett oförändrat läge jämfört med 2024.

²⁹ För mer information om vårdgarantin, se till exempel [Vårdgaranti - 1177](#).

³⁰ [Medicinsk bedömning i primärvården](#). Väntetider i vården. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2026-02-06.

Figur 13. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar³¹

Andel patienter som fått medicinsk bedömning i primärvård (samtliga leg. yrken) inom 3 dagar



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner

Givet osäkerheten i inrapporterade data kan det noteras att högst andel män och kvinnor som under 2025 fick en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården fanns i region Stockholm, med 96 procent för båda könen. Därefter följer region Västra Götaland med 94 procent för män och 93 procent för kvinnor. Även i region Jönköping låg andelen män och kvinnor som fick en medicinsk bedömning över 90 procent (93 respektive 91 procent). Ingen av de regionerna påverkas av vårdinformationssystembyte under den senaste mätperioden.

Kärnindikator 5: Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri

Indikatorn speglar andelen barn och unga som väntat i högst 30 dagar när de får utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Indikatorn är hämtad från Väntetider i vården (SKR), och baseras på uppgifter som regionerna varje månad

³¹ För år 2019 saknas värden för kvinnor för regionerna Gävleborg, Jämtland-Härjedalen, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västmanland, Västra Götaland och för män för regionerna Blekinge, Gävleborg, Jämtland-Härjedalen, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västmanland och Västra Götaland. För 2025 saknas värden för kvinnor och män för region Halland. Fler saknade värden kan finnas. Se mer info på [Vården i siffror](#).

rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. Patienter som blivit erbjudna en kontakt, men som själva valt att vänta längre tid, är inte inkluderade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Sedan 2011 finns det en nationell målsättning om en förstärkt vårdgaranti. 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. Hur utvecklingen sett ut inom barn- och ungdomspsykiatri under de senaste åren redovisas i figur 14³². Precis som för indikatorn om medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården behöver man vid en tolkning av denna kärnindikator ha i åtanke att flera regioner genomgår byten av vårdinformationssystem³³. Detta påverkar rapportering och datakvalitet, varför statistiken behöver tolkas med försiktighet.

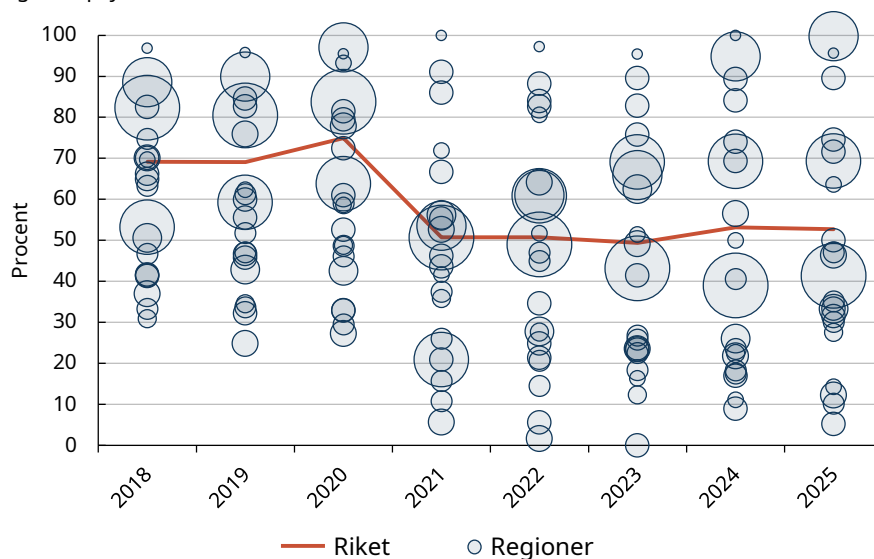
Andelen barn som påbörjade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri ökade mellan 2023 och 2024, men under 2025 syns inte någon fortsatt ökning. Andelen har snarare minskat marginellt, ungefär en halv procentenhet, och uppgick under 2025 till 53 procent. De mycket stora regionala skillnader som förelegat under flera år har också ökat ytterligare. Under 2024 skiljde det 91 procentenheter mellan den region som då hade högst andel och den region som hade lägst andel. Under 2025 skiljde det 95 procentenheter. Högst andel påbörjade utredningar och behandlingar inom 30 dagar under 2025 hade region Skåne, med 100 procent, medan region Örebro låg på 5 procent. Örebro är dock en av de regioner som byter vårdinformationssystem, vilket kan ha påverkat rapportering och datakvalitet.

³² Sättet på vilket tillgängligheten följs upp förändrades 2021, då en ny och mer detaljerad modell för uppföljning infördes. Data från tidigare år är inte lika strukturerad och saknar ibland värden. Det bör också noteras att det kan finnas skillnader i nivåstrukturer och/eller arbetssätt som återspeglas i hur data presenteras. Regionerna kan till exempel organisera sin verksamhet på olika sätt, eller om flera insatser görs vid samma kontakttillfälle. Se [Väntetider i vården - Barn- och ungdomspsykiatri](#).

³³ För närvarande berör detta regionerna Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro. [Väntetider i vården - Barn- och ungdomspsykiatri](#). Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2026-02-06.

Figur 14. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri



Not: Region Jämtland-Härjedalen saknar värden för 2018 och 2019 och Region Sörmland för 2024.
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner

Socialstyrelsen har tidigare, bland annat i förra årets lägesrapport, konstaterat att utvecklingen av tillgängligheten till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri behöver ställas i relation till hur inflödet och vårdproduktionen sett ut under perioden. Det har skett en konstant och årlig ökning både av det totala antalet barn och det totala antalet vårdbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri under perioden 2018–2024³⁴. Upphandlade utredningar kan avlasta vården, men kan samtidigt innebära ökad fragmentisering och bidra till ett ökat inflöde till den regiondrivna vården, om behandling inte ingår i utredningsuppdraget.

Kärnindikator 6: Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Indikatorn visar antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per 100 disponibla vårdplatser. Med överbeläggning avses att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska

³⁴ Psykiatri i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri. Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.

ansvaret för patienten. Uppgifterna kommer från Vården i siffror (SKR).

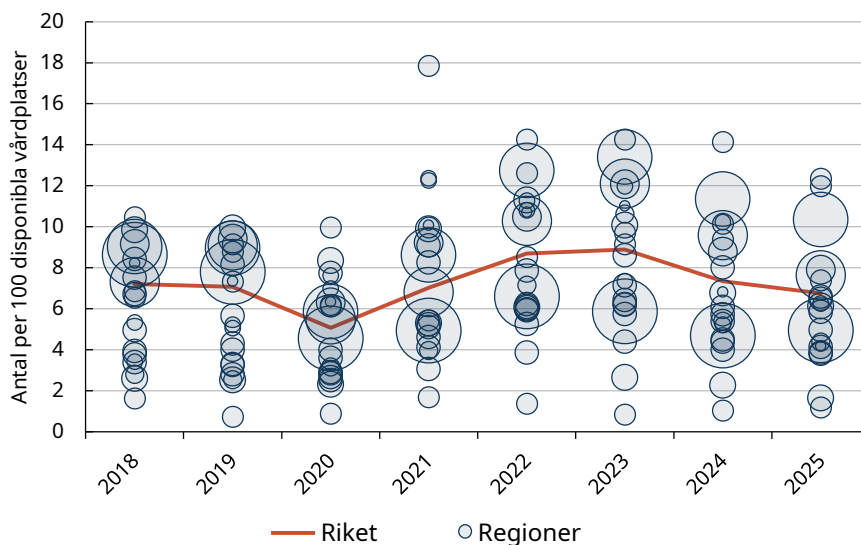
Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård har fluktuerat över åren, men de senaste åren har antalet sjunkit. År 2023 låg antalet på 8,9 per 100 vårdplatser, varefter det sjönk till 7,3 under 2024, och 2025 uppgick det till 6,8 per 100 disponibla vårdplatser. Vid mätseriens början, år 2018, uppgick antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter till 7,2 per 100 disponibla vårdplatser.

Den regionala spridningen har varit stor genom åren. Även om den har minskat något, är den fortfarande betydande. 2025 fanns högst antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter i region Västernorrland, med 12,3 överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser, medan region Kalmar endast hade 1,2. Hur utvecklingen sett ut sedan 2018 redovisas i figur 15.

Figur 15. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner

Kärnindikator 7: Tandvårdsundersökning de senaste tre åren

Indikatorn visar andelen personer per 100 invånare, 24 år och äldre, som genomgått en basundersökning i tandvården någon gång under de senaste tre åren. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

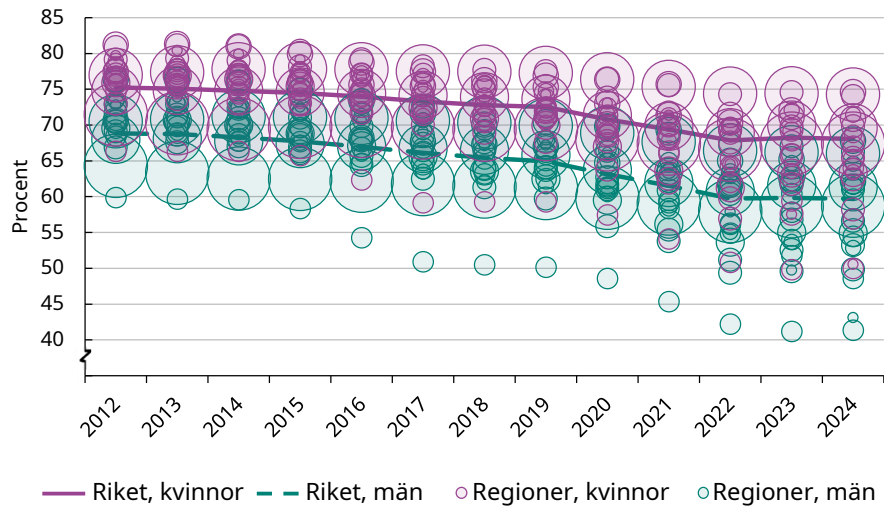
Andelen personer som besökt vuxentandvården för en basundersökning någon gång under de senaste tre åren har haft en nedåtgående trend under flera år, men de senaste åren har nedgången stabiliserats och uppvisar endast obetydliga förändringar. I detta avsnitt redovisas intervallen utifrån varje treårsperiods slutår. För 2024 innebär det att statistiken avser den andel av befolkningen 2024 som fått en basundersökning genomförd 2024 eller upp till två år tidigare. Andra årtal ska läsas på motsvarande vis. Sett till befolkningen som helhet besökte 64 procent tandvården för en basundersökning någon gång under mätperioden med slutår 2024.

Som figur 16 visar var det fortsatt betydligt vanligare att kvinnor besöker tandvården för basundersökning än att män gör det; så har det varit under hela den undersökta tidsperioden. För riket som helhet besökte 68 procent av kvinnorna och 60 procent av männen tandvården för denna typ av undersökning under mätperioden med slutår 2024.

Figuren visar också att det fortsätter finnas relativt stora regionala skillnader. Kvinnor i region Jönköping besökte i högst utsträckning tandvården för en basundersökning under mätperioden med slutår 2024; 75 procent gjorde ett sådant besök. Män i region Norrbotten besökte tandvården i lägst utsträckning, 41 procent.

Figur 16. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, 2012–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Andel av befolkningen respektive år, som fått en basundersökning utförd någon gång under de senaste tre åren, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden

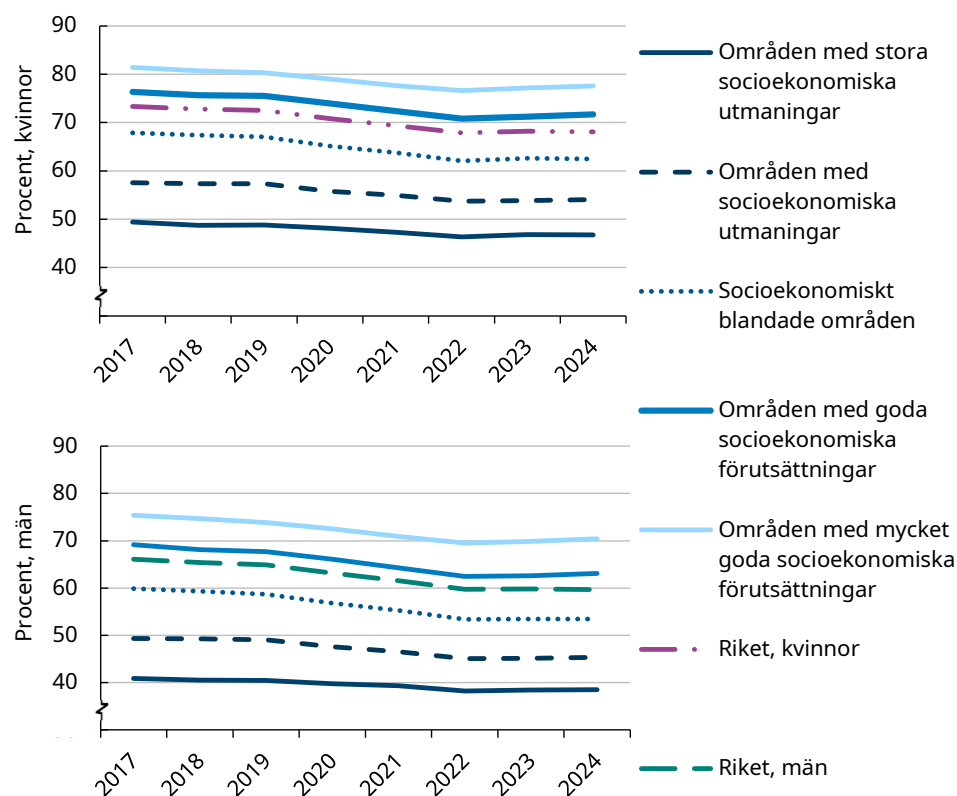


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Hur stor andel av befolkningen som besöker tandvården för en basundersökning skiljer sig fortsatt kraftigt åt beroende på de socioekonomiska förutsättningarna i boendeområdet. Det gäller för både kvinnor och män. Ju sämre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto lägre andel av både kvinnor och män besöker tandvården för basundersökning. Det är ett mönster som är stabilt över tid. Statistiken visar att bland kvinnor boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar besökte 78 procent tandvården för en basundersökning under 2024 eller upp till två år tidigare. Samtidigt besökte inte fler än 39 procent av män i områden med stora socioekonomiska utmaningar tandvården för en basundersökning under samma tidsperiod.

Figur 17. Tandvårdsundersökning de senaste tre åren, 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Andel av befolkningen respektive år, som fått en basundersökning utförd någon gång under de senaste tre åren, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden

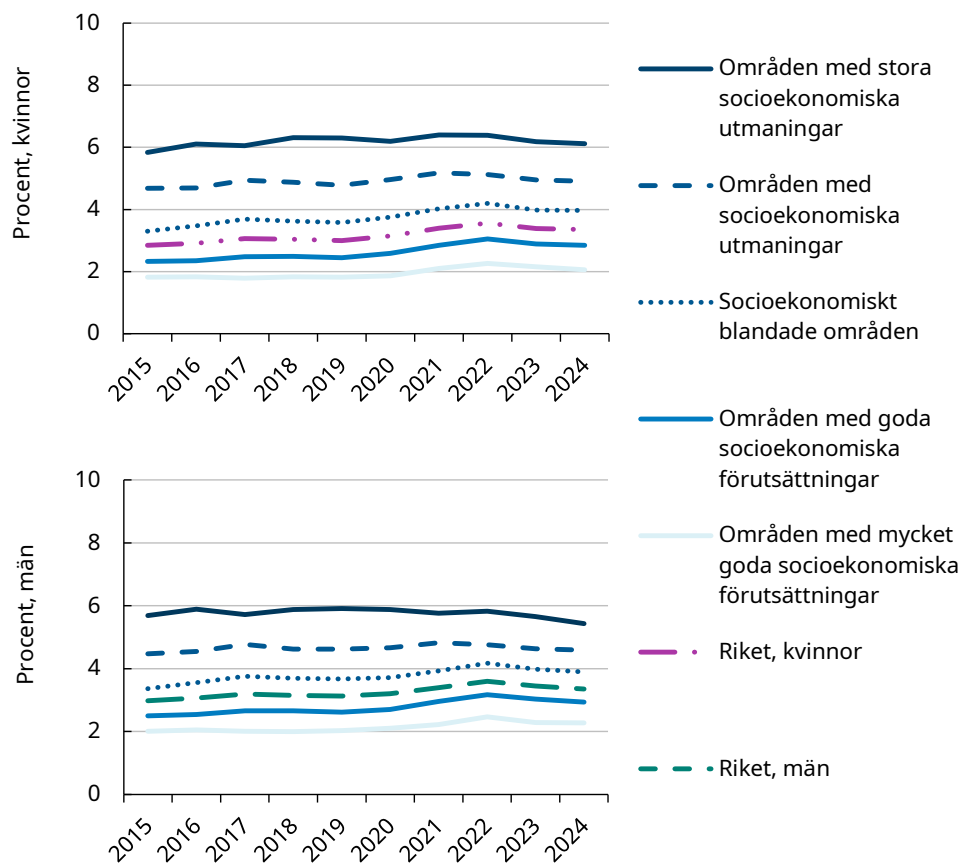


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Ett annat sätt att belysa de socioekonomiska skillnaderna är att redovisa statistik utifrån hur stor andel av befolkningen i de olika områdestyperna som endast besökt tandvården akut under en treårsperiod, det vill säga som inte har gjort någon basundersökningsåtgärd eller behandling som kräver planering och flera besök. Det socioekonomiska mönstret är tydligt även här, ju sämre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto högre andel av befolkningen besöker endast tandvården för akuta besvär. Det gäller för såväl kvinnor som män, se figur 18.

Figur 18. Andel av befolkningen som endast besökt tandvården vid akuta besvär, 2015–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Andel av befolkningen som endast gjort en akutundersökning de senaste tre åren, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

Sammantaget kan det konstateras att ju bättre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto högre andelar av befolkningen besöker tandvården för basundersökningar, och desto lägre andelar går endast till tandvården för akuta besvär. Och omvänt, ju sämre de socioekonomiska förutsättningarna är, desto lägre andel besöker tandvården för basundersökning, samtidigt som det är relativt sett vanligare att besöka tandvården först när besvären kräver akut omhändertagande.

Kärnindikator 8: Hälсотillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Indikatorn visar andelen levandefödda barn födda vid 37 fullbordade veckor eller senare³⁵, och som efter födelsen har låg Apgar-poäng. Apgar är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvansvärt att ha höga poäng. I indikatorn definieras låg Apgar-poäng som lägre än 7 poäng vid fem minuters ålder. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens medicinska födeleregister.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

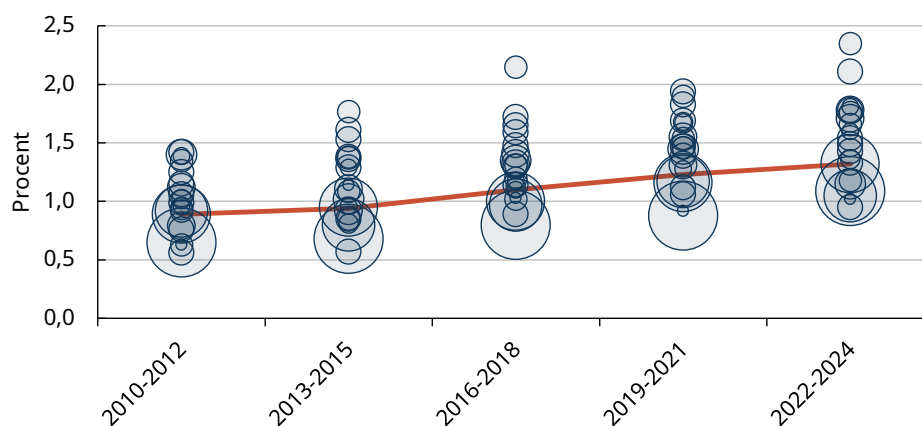
Andelen med låg Apgar-poäng fem minuter efter födseln har ökat under de senaste 15 åren, se figur 19. Ökningen är statistiskt signifikant. Under treårsperioden 2022–2024 hade 1,3 procent av alla levandefödda barn lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder, vilket var en marginell uppgång från åren 2019–2021 då motsvarande siffra var 1,2 procent. Vid en jämförelse med tidsperioden 2010–2012 framträder den långsiktiga uppgången ännu tydligare då 0,9 procent av de levandefödda barnen hade lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder under den perioden.

För denna indikator är variationerna stora mellan regionerna. Lägst andel levandefödda med låga Apgar-poäng fanns under perioden 2022–2024 i region Halland, 0,95 procent, och högst andel fanns i region Västerbotten, 2,35 procent.

³⁵ I tidigare lägesrapporter inkluderades alla levandefödda barn, vilket innebär att årets data inte är jämförbar med tidigare rapporter.

Figur 19. Hälсотillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) riket och regional spridning

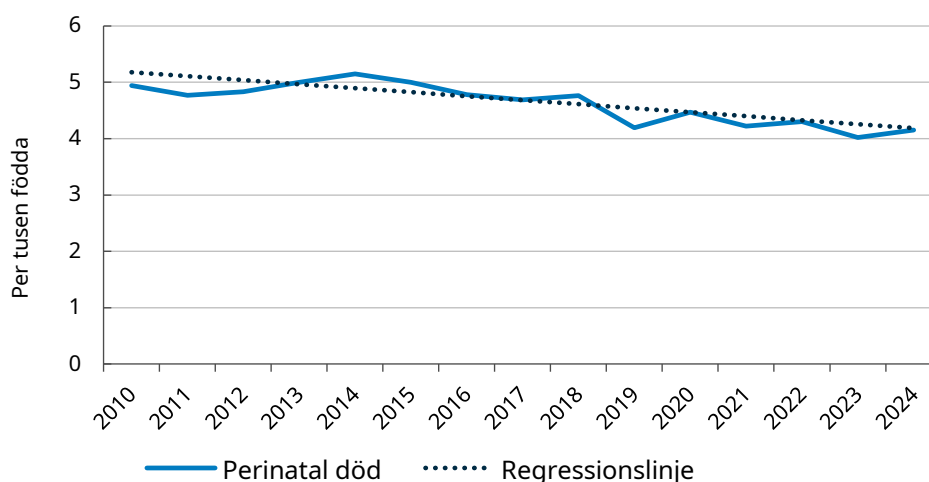
Andel fullgångna³⁶ nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Samtidigt som andelen nyfödda med låga Apgar-poäng ökat över tid har risken för perinatal död (risken för att barnet ska dö i magen eller dö under den första levnadsveckan) signifikant minskat i Sverige under den senaste 15-årsperioden. Från omkring 5 barn per 1 000 födda år 2010 till drygt 4 per 1 000 födda år 2024, se figur 20.

Figur 20. Risk för dödföddhet eller död under första levnadsveckan (perinatal död) i Sverige 2010–2024



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

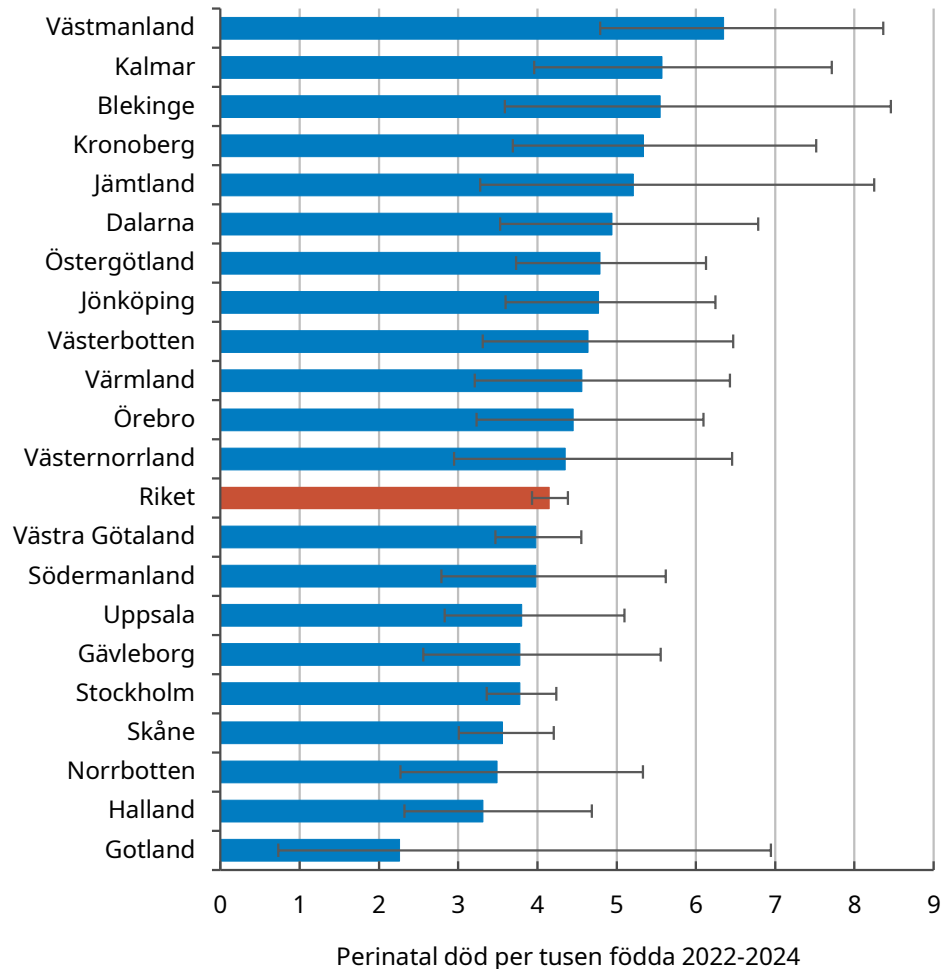
Hur hög risken för perinatal död är varierar mellan regionerna. Figur 21 illustrerar situationen för barn födda 2022–2024. Perinatal död är en ovanlig händelse vilket innebär att skattningarna kan vara osäkra, speciellt för mindre regioner. För att visa osäkerheten i skattningarna visas

³⁶ Födda vid 37 fullbordade veckor eller senare.

konfidsensintervall som horisontella linjer. Trots att en del skattningar är osäkra, visar figuren att det finns skillnader mellan regionerna.

Figur 21. Risk för dödföddhet eller död under första levnadsveckan (perinatal död) per region 2022-2024

95 procent konfidsensintervall är indikerade med horisontella linjer



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Med en sjunkande andel perinatalt döda barn hade man förväntat sig att andelen barn som inte mår bra efter förlossningen skulle sjunka. Att andelen barn med låg Apgar-poäng i stället gradvis har ökat under ett antal år diskuteras inom professionerna utan att man enats om någon förklaring. Faktorer som till exempel ökande frekvenser av kejsarsnitt, eller ökande medelålder hos både förstföderskor och omföderskor, kan bara förklara en ytterst liten del av ökningen av låg Apgar-poäng. Apgar-poängsystemet är dock inte helt objektivt. Det är därför möjligt att ökningen delvis beror på att det skett en ofrivillig glidning i praxis.

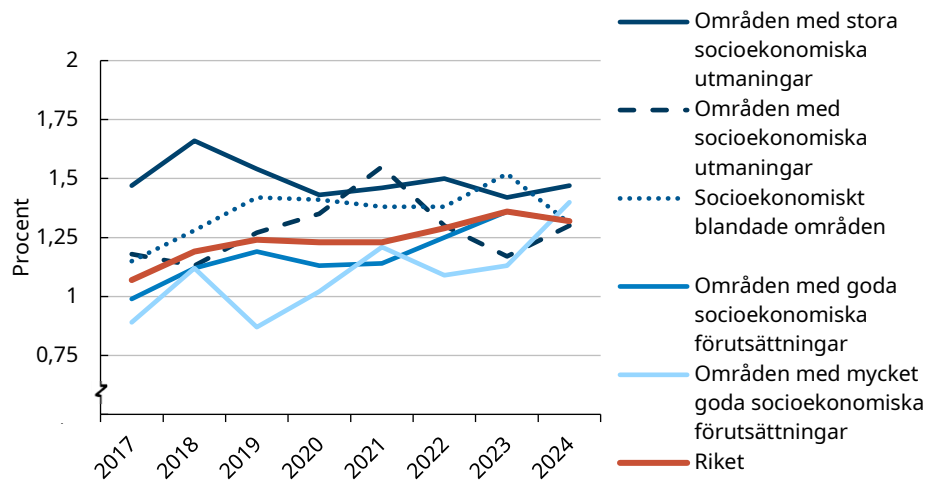
Samtidigt är Apgar-poängsystemet, vid sidan om perinatal överlevnad, den bästa existerande indikatorn för att följa förlossningsvårdkedjans kvalitet ur ett barnhälsoperspektiv. Observationen att andelen barn med låg Apgar-

poäng har ökat ska därför tas på allvar. Eftersom måttet är subjektivt bör dock skillnader mellan regioner och sjukhus tolkas försiktigt. I områden med stora socioekonomiska utmaningar föds en högre andel barn med låga Apgar-poäng jämfört med övriga områdestyper, se figur 22. Detta är ett samband som har uppmärksammats i andra rapporter från Socialstyrelsen³⁷.

För 2024 kan noteras att andelen levandefödda med låga Apgar-poäng ökat påtagligt i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Figur 22. Hälсотillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) 2017–2023, uppdelat på områdestyp

Andel nyfödda med låg (lägre än 7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen



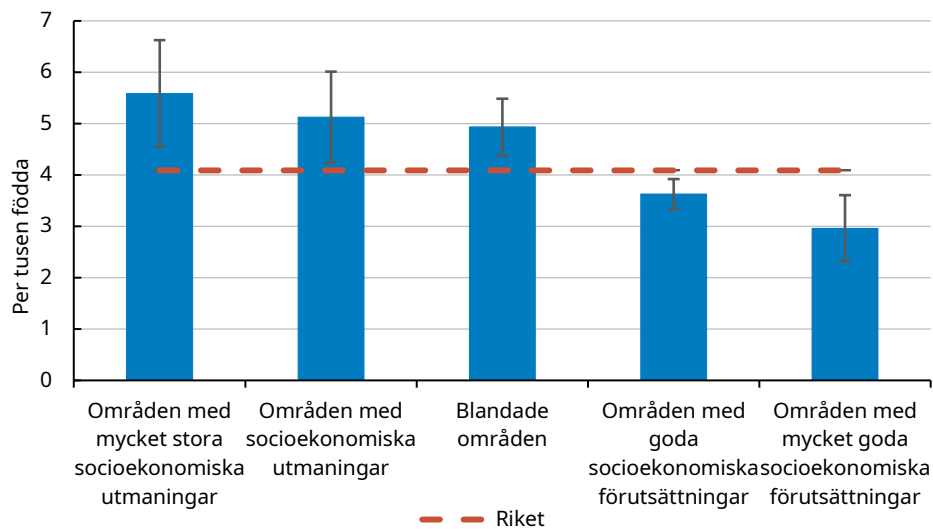
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

I figur 23 visas hur risken för perinatal död ser ut i olika områdestyper. Där framkommer att risken under 2022–2024 var högst bland barn till mödrar som bodde i områden med mycket stora utmaningar. Lägst risk förelåg bland barn till mödrar som bodde i områden med mycket goda förutsättningar. Faktorer som till exempel utbildningsnivå, inkomst, levnadsvanor, och språkkunskaper bidrar sannolikt till skillnader mellan områdestyperna. De noterade sambanden visar dock att det torde finnas utrymme att ytterligare sänka den perinatale dödligheten i Sverige om vi kunde åstadkomma en mer jämlik förlossningsvård.

³⁷ Se exempelvis [Boendets områdestyp och andra socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning](#). Socialstyrelsen; 2025.

Figur 23. Risk för dödföddhet eller död under första levnadsveckan (perinatal död) per boendetyp områdestyp 2022–2024

95 procent konfidensintervall är indikerade med vertikala linjer



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Kärnindikator 9: Dödlighet efter hjärtinfarkt

Indikatorn visar andelen personer som avlidit inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mäter kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Uppgifterna är hämtade från dödsorsaksregistret eller från patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som avled utan att ha hunnit vårdats på sjukhus ingår. Värdena är åldersstandardiserade.

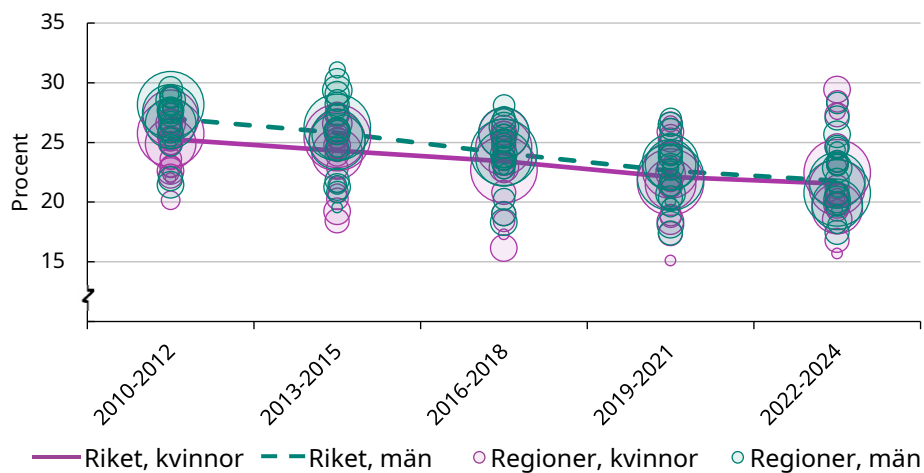
Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt har länge sjunkit i Sverige. Utvecklingen under den senaste treårsperioden 2022–2024 visar att denna positiva trend håller i sig. Andelen avlidna inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt uppgick till 22 procent under perioden, och för det senaste året i perioden, 2024, låg andelen på 21 procent. Skillnaden i dödlighet mellan könen är numera mycket liten.

Det förekommer fortsatt stora regionala skillnader i dödlighet. Bland kvinnor i region Jönköping dog 29 procent inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt under åren 2022–2024, samtidigt som motsvarande siffra var 16 procent bland kvinnor på Gotland följt av 17 procent i region Dalarna. För männens del hade boende i region Kalmar högst dödlighet, 28 procent, medan dödligheten bland män i region Dalarna uppgick till 17 procent. Figur 24 visar hur dödligheten efter hjärtinfarkt utvecklats i treårsperioder, med start 2010–2012.

Figur 24. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar) från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

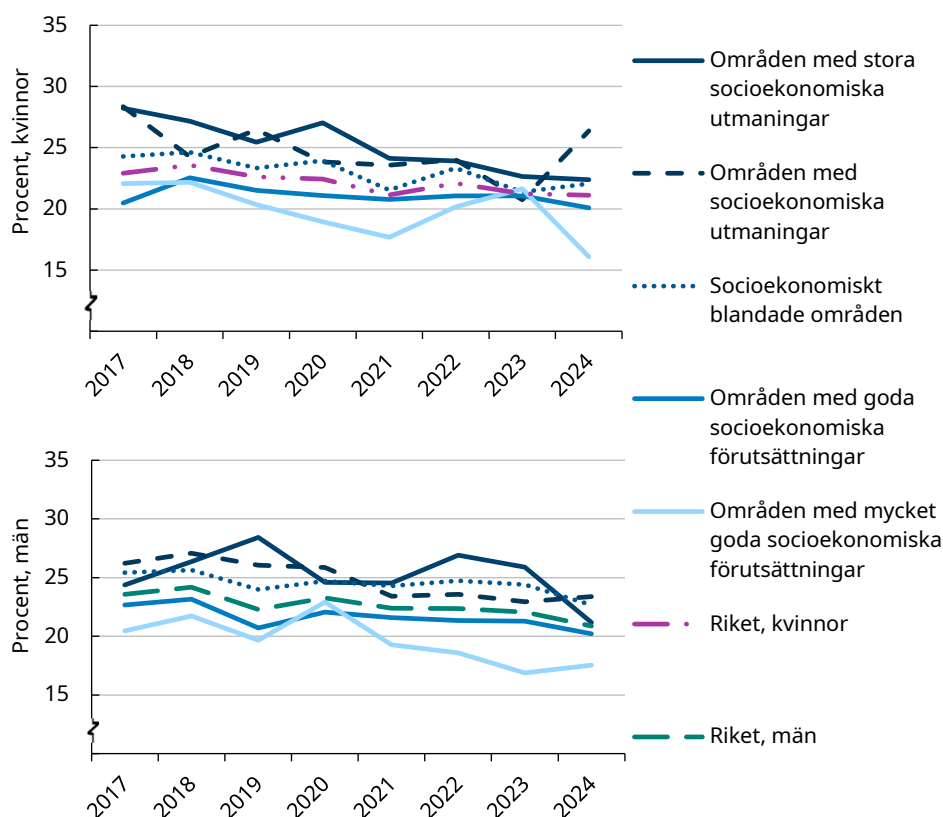
Från att dödligheten bland kvinnor boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar minskade mellan 2022 och 2023 så ökade skillnaderna mellan områdena igen under 2024, och det ganska mycket. Lägst dödlighet efter hjärtinfarkt hade kvinnor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, något som gällt för de flesta år i mätserien. Mellan 2023 och 2024 föll dödligheten för den gruppen stort, från 22 till 16 procent. Samtidigt ökade dödligheten från 21 till 26 procent i områden med socioekonomiska utmaningar, vilken är den områdestyp som hade högst dödlighet under 2024. Skillnaderna mellan de båda områdestyperna uppgick till 10 procentenheter under 2024.

Bland männen ses en annorlunda utveckling, med minskade skillnader i dödlighet mellan områdestyperna. Under 2024 återfanns lägst dödlighet bland män boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, på samma sätt som för kvinnor. Det har varit fallet för merparten av mätseriens år. Till skillnad från läget bland kvinnor syns emellertid en viss ökning av dödligheten bland män boende i denna områdestyp mellan 2023 och 2024, från 17 till 18 procent. Högst dödlighet fanns under 2024 bland män boende i områden med socioekonomiska

utmaningar, 23 procent. Skillnaden i dödlighet bland män i de olika områdestyperna uppgick till 5 procentenheter. Det är glädjande att dödligheten bland män boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar sjönk med 5 procentenheter, från 26 till 21 procent.

Figur 25. Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar) 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Kärnindikator 10: Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Indikatorn visar andelen personer som dött inom 90 dagar efter en förstagångsstroke. Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Indikatorn syftar till att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Uppgifterna är hämtade från dödsorsaksregistret eller från patientregistrets slutenvårdsdel. Både de patienter som avled under eller efter sjukhusvård och de som

avled utan att ha hunnit vårdas på sjukhus ingår. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Dödligheten inom 90 dagar efter en förstagångsstroke sjönk under treårsperioden 2022–2024 i jämförelse med perioden 2019–2021. Utvecklingen bekräftar en långsiktig generell trend med minskande dödlighet efter stroke, även om dödligheten bland män var relativt oförändrad under ett tiotal år, för att sedan återigen sjunka under den senaste treårsperioden. Bland de som drabbades av stroke under perioden 2022–2024 avled 24 procent inom 90 dagar, en minskning med en procentenhet från perioden 2019–2021.

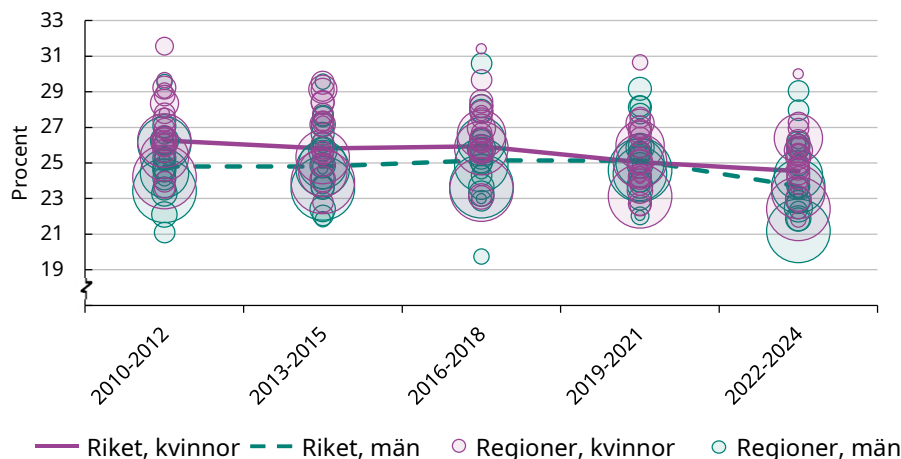
Skillnaderna mellan könen har igen ökat något efter att ha minskat och i princip försvunnit under treårsperioden 2019–2021. Under treårsperioden 2022–2024 dog 25 procent av kvinnorna och 24 procent av männen inom 90 dagar efter en förstagångsstroke.

Att skillnaderna nu ökat något beror på att dödligheten minskat mer hos män än hos kvinnor. I ett längre tidsperspektiv har dödligheten efter stroke vanligen varit högre hos kvinnor än män, vilket framgår av figur 26.

Som också framgår av figuren finns det betydande regionala skillnader. Högst dödlighet fanns bland kvinnor som drabbas av stroke på Gotland, 30 procent, följt av män i region Kalmar, 29 procent. Lägst dödlighet fanns bland män i region Stockholm, där den uppgick till 21 procent under 2022–2024.

Figur 26. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

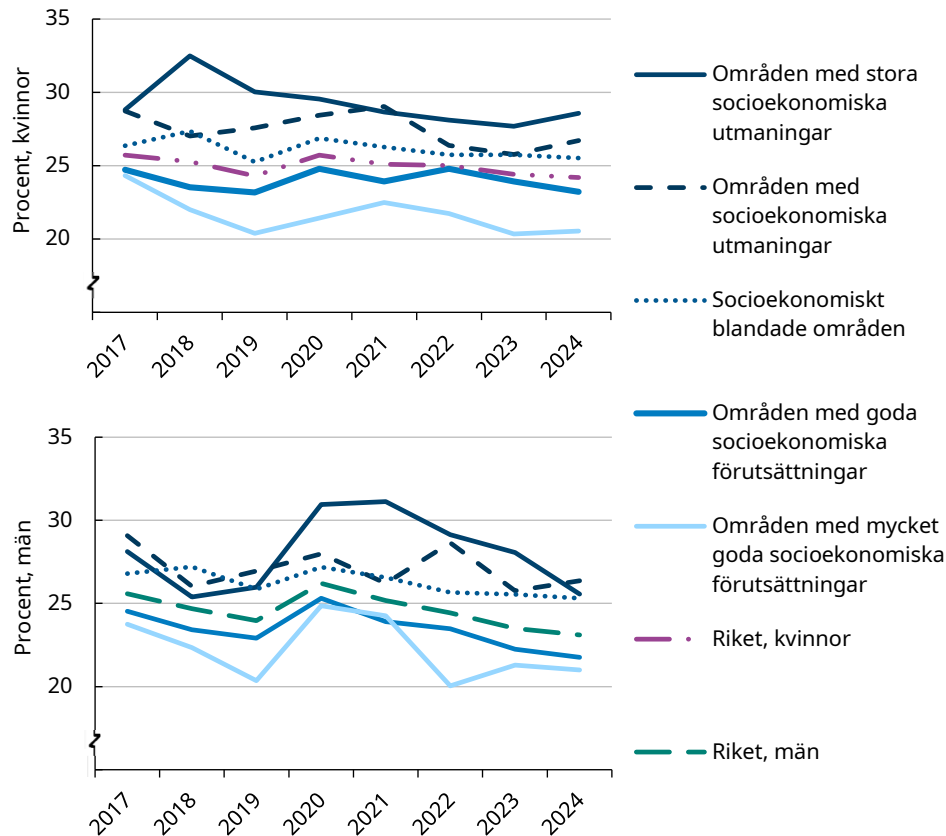
Det finns relativt stora skillnader i dödlighet efter stroke mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Detta gällde under 2024 särskilt för kvinnor, med en tydlig gradient där områden med stora socioekonomiska utmaningar hade sämst utfall, medan områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar hade bäst utfall. Det går att skönja en liten försämring i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, liksom i områden med socioekonomiska utmaningar.

Bland männen var gradienten inte riktigt lika tydlig under 2024 då områdena med socioekonomiska utmaningar samt socioekonomiskt blandade områden låg relativt nära varandra vad gäller dödlighet efter stroke. Även bland männen gällde emellertid att områdena med bäst socioekonomiska förutsättningar hade lägst dödlighet.

När man tittar på de olika områdestyperna i ett lite längre tidsperspektiv kan områdena närma sig eller byta plats med varandra olika år, särskilt bland männen. En fortsatt generell iakttagelse är emellertid att boende i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar genomgående har en lägre risk att dö efter att ha insjuknat i stroke, än vad boende i de andra områdestyperna har. Utfallet kan hänga samman med att det i dessa områden finns fler patienter med fler friskfaktorer, vilket förbättrar patienternas förutsättningar för ett gott utfall. Högst andel avlidna efter stroke finns vanligen bland boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar, även om det kan finnas viss variation enstaka år.

Figur 27. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Kärnindikator 11: Femårsöverlevnad vid cancer – flera cancerformer

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom för personer som var 20–89 år när sjukdomen upptäcktes. Bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom³⁸ ingår inte. Relativ överlevnad beskriver överlevnaden hos personer med cancer i procent av den förväntade överlevnaden om de inte haft cancer. Måttet beskriver alltså hur cancersjukdomen påverkar överlevnaden. Värdet 100 innebär att överlevnaden är densamma som i befolkningen, medan värden under 100 betyder att

³⁸ Melanom (malignt melanom) är en allvarlig form av hudcancer som kan sprida sig till andra organ. Icke-melanom hudcancer är vanligare, växer oftast långsammare och sprids sällan, vilket innebär en mycket god prognos.

överlevnaden är lägre hos personer med cancer än i befolkningen. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: höga värden.

Överlevnaden fem år efter diagnostiserad cancersjukdom har ökat påtagligt över tid. Detta gäller för både kvinnor och män, och trots att flera vanliga cancerformer med hög överlevnad inte inkluderas i indikatorn. Under perioden 2020–2024 låg femårsöverlevnaden på 65 procent, en ökning med tre procentenheter från perioden 2015–2019. Ökningen beror på att möjligheten att bli botad förbättrats väsentligt de senaste decennierna, tack vare förfinad diagnostik och nya behandlingsmöjligheter³⁹. Vid barncancer, bröstcancer och prostatacancer lever nio av tio patienter efter fem år. Vid cancerformer som lungcancer och cancer i bukspottkörteln är överlevnaden dock avsevärt lägre, vilket till stor del förklaras av att dessa sjukdomar ofta diagnostiseras i avancerade stadier⁴⁰.

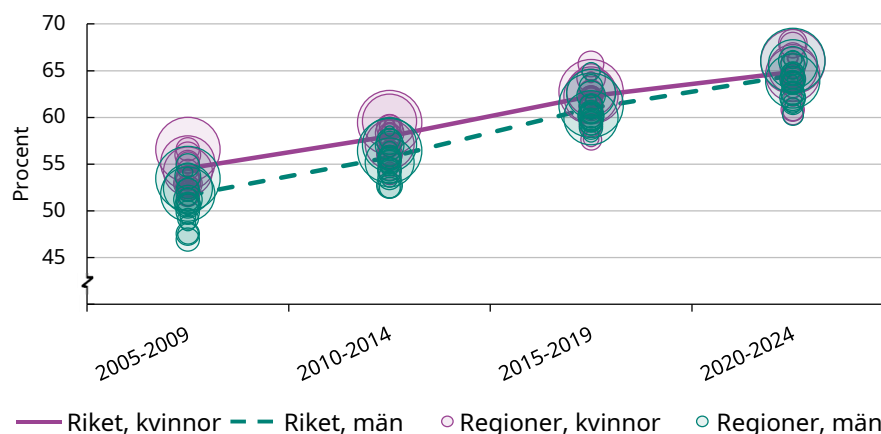
Femårsöverlevnaden har historiskt varit något högre bland kvinnor än bland män, men skillnaderna mellan könen minskar kontinuerligt och under perioden 2020–2024 uppgick skillnaden till mindre än en halv procentenhet. Se figur 28. Figuren visar även på den regionala spridningen. Högst femårsöverlevnad fanns bland kvinnor i region Östergötland och region Uppsala, där överlevnaden uppgick till 68 procent. Lägst femårsöverlevnad fanns bland kvinnor i region Norrbotten, där 60 procent överlevde fem år efter diagnostiserad cancersjukdom. För männens del var femårsöverlevnaden högst i regionerna Kronoberg, Stockholm, Östergötland, Örebro och Skåne. I dessa regioner uppgick överlevnaden till 66 procent. Lägst överlevnad för män fanns i region Norrbotten, 60 procent, samma som för kvinnor. Överlevnaden beror delvis på fördelningen mellan olika cancerformer, vilken i sin tur kan skilja sig mellan regionerna.

³⁹ Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0. Regeringskansliet; 2026.

⁴⁰ Bättre tillsammans. Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Sammanfattning. Regeringskansliet; 2024.

Figur 28. Femårsöverlevnad – flera cancerformer från 2005–2009 till 2020–2024, uppdelat på kön och region

Relativ överlevnad, all cancer utom bröst-, prostata- och icke-melanom hudcancer. Avser patienter 20–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden



Källa: Socialstyrelsen

Det är väl känt att det finns socioekonomiska skillnader i överlevnad efter en cancerdiagnos, precis som vid en mängd andra hälsotillstånd⁴¹. Det beror troligen på flera orsaker, och omfattar faktorer som hälsolitteracitet, skillnader i kunskap, vårdsökande mönster vid misstänkt cancer, deltagande i screening, samsjuklighet och ojäm tillgång till de senaste behandlingsmetoderna. Ett stort antal studier visar också att socioekonomiska skillnader i överlevnad minskar eller försvinner när hänsyn tas till stadium vid diagnos och samsjuklighetsbörda som påverkar möjligheterna till effektiv behandling⁴².

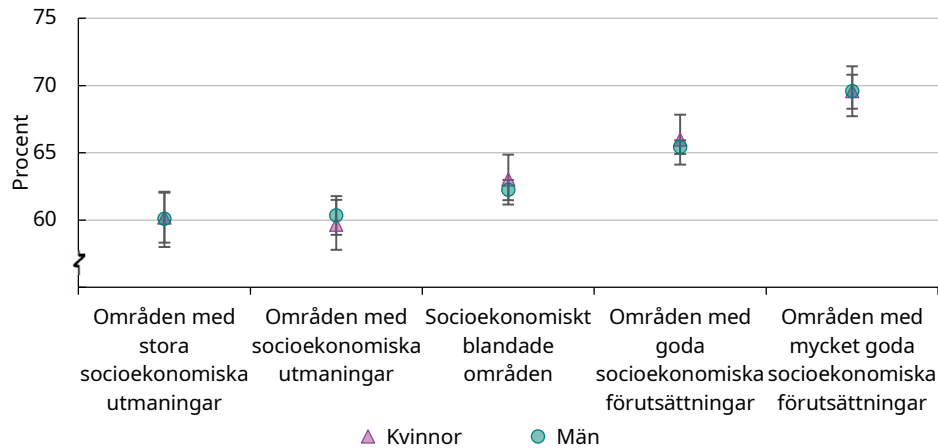
Figur 29 visar stora skillnader i femårsöverlevnaden för all cancer utom bröst-, prostata- och icke-melanom hudcancer mellan olika socioekonomiska områdestyper. Högst femårsöverlevnad 2020–2024 återfanns fortsatt bland boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Lägst överlevnad hade boende i områden med socioekonomiska utmaningar respektive stora socioekonomiska utmaningar. Detta gäller för både kvinnor och män.

⁴¹ Cancer i Sverige 2025. Relativ överlevnad 1974–2023. Socialstyrelsen; 2025.

⁴² Afshar, N., English, D.R., Milne, R.L. Factors Explaining Socio-Economic Inequalities in Cancer Survival: A Systematic Review. Cancer Control. 2021;28. DOI: [10.1177/10732748211011956](https://doi.org/10.1177/10732748211011956)
Publicerad online: 2021-04-30.

Figur 29. Femårsöverlevnad cancer för femårsperioden 2020–2024, uppdelat på områdestyp

Relativ överlevnad, all cancer utom bröst-, prostata- och icke-melanom hudcancer. Avser patienter 20–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden



Källa: Socialstyrelsen

Troliga orsaker bakom dessa skillnader är olika fördelning av cancerformer, stadium vid diagnos och allmänhälsa.

Till exempel är lungcancer vanligare i områden med socioekonomiska utmaningar på grund av en högre andel rökare. Under perioden 2020–2024 var skillnaden i femårsöverlevnad efter lungcancer mellan kvinnor som bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar och kvinnor som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar 12 procentenheter. Bland män med lungcancer är kopplingen mellan socioekonomi och överlevnad mindre tydlig, men överlevnaden var högst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar även bland män⁴³.

Ett annat exempel är den relativa femårsöverlevnaden i bukspottkörtelcancer, som under perioden 2020–2024 var lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar, och låg på 8 procent bland både män och kvinnor. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var femårsöverlevnaden 17 procent bland män och 14 procent bland kvinnor. En möjlig förklaring till den något högre överlevnaden i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar kan vara i vilket stadium canceren är vid diagnos. En högre vårdkonsumtion i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar ökar sannolikheten att bukspottkörtelcancer upptäcks i tidigt stadium som bifynd.

Livmoderhalscancer är ett annat exempel där femårsöverlevnaden skiljer sig mellan områden med olika grad av socioekonomiska utmaningar, med generellt bättre överlevnad ju bättre de socioekonomiska förutsättningarna

⁴³ Se Cancer i Sverige i Socialstyrelsens Analysverktyg [Cancer i Sverige: Relativ överlevnad](#).

är. Under 2020–2024 låg överlevnaden på 90 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, och på 77 procent i områden med socioekonomiska utmaningar. I de socioekonomiskt mest utsatta områden var överlevnaden dock högre, 80 procent. Den bättre överlevnaden i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar kan kopplas till tidigare upptäckt, något som troligen delvis beror på högre deltagande i screeningprogrammet liksom generellt mer vårdsökande beteende i dessa områden.

Mer data kring cancerinsjuknande och -dödlighet samt överlevnad finns att tillgå på Socialstyrelsens webbplats *Cancer i Sverige*⁴⁴. Där beskrivs utvecklingen för 20 cancerformer med fokus på bland annat regionala och socioekonomiska skillnader. Flera temarapporter som belyser och tolkar en del av statistiken har också publicerats. Se också avsnittet *Cancervården är effektiv, men inte alltid jämlik*.

Kärnindikator 12: Självmord i befolkningen

Indikatorn visar antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Dödsfall med oklar avsikt betyder att det finns en osäkerhet om uppsåtet bakom dödsfallet, det vill säga om det var en avsiktlig handling eller ett olycksfall. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

Under perioden 2022–2024 registrerades 15 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, vilket är oförändrat i jämförelse med perioden innan. Det har historiskt varit stor skillnad på hur vanligt det är att män respektive kvinnor begår självmord (inklusive dödsfall med oklar avsikt), något som fortfarande stämmer. Under 2022–2024 registrerades 21 självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare bland män, medan motsvarande siffra var 9 hos kvinnor. Läget är i stort sett oförändrat i jämförelse med närmast föregående tidsperiod, 2019–2021. Ur ett längre tidsperspektiv har antalet varit relativt stabilt bland kvinnor, med en viss uppgång 2013–2015 för att sedan minska igen, medan skillnaderna över åren varit något större bland män, vilket framgår av figur 30.

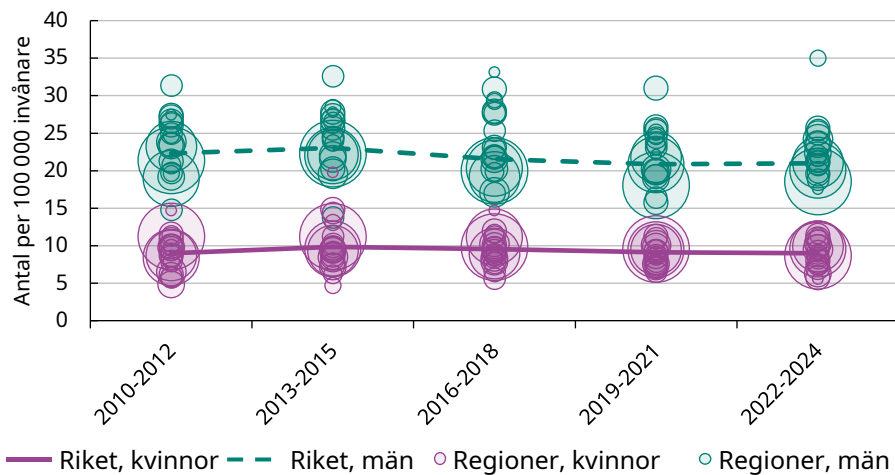
Det finns en regional spridning vad gäller indikatorns utfall, och spridningen är större bland män än bland kvinnor. Det högsta antalet självmord och

⁴⁴ Temarapporter med resultat samt analysverktyg finns att ta del av på [Socialstyrelsens](https://www.socialstyrelsen.se) hemsida.

dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare fanns under 2022–2024 bland män i region Jämtland Härjedalen; antalet uppgick till 35 per 100 000 invånare under perioden. Lägst antal självmord och dödsfall med oklar avsikt bland män fanns i region Gotland, 18 per 100 000 invånare, följt av region Stockholm och region Västerbotten, med 19 per 100 000 invånare. Lägst antal självmord och dödsfall med oklar avsikt i landet återfanns bland kvinnor i region Gotland, region Örebro län och region Jönköping, 6 per 100 000 invånare. Bland kvinnor var det i region Gävleborg, region Blekinge, region Värmland och region Västmanland som det högsta antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt fanns. I dessa regioner låg antalet på 11 per 100 000 invånare.

Figur 30. Självmord och dödsfall med oklar avsikt från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden

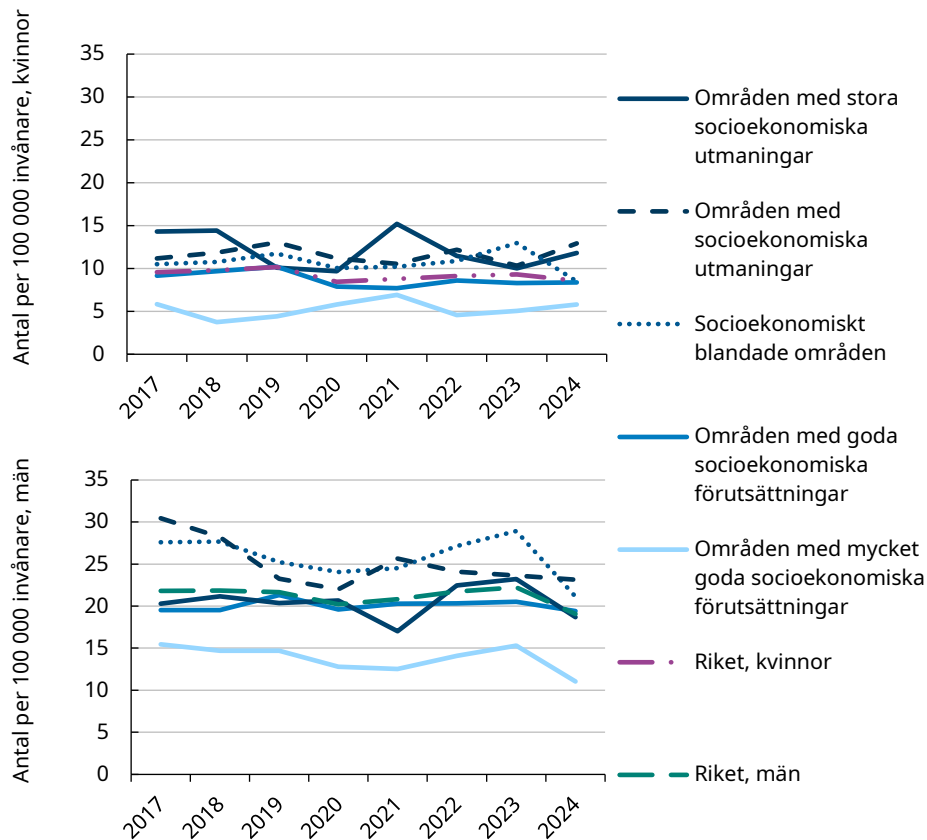


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

När statistiken redovisas utifrån förekomsten av självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare fördelat på områden med olika socioekonomiska förutsättningar går det att konstatera att bilden inte är lika tydlig som den är för många av de andra indikatorerna i rapporten. Den inbördes ordningen mellan flera av de olika områdestyperna ändrar sig från år till år. För samtliga år i tidsserien, och för både män och kvinnor, är dock antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt lägst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. En positiv utveckling under 2024 är att antalet självmord och dödsfall med oklar avsikt bland män tydligt sjunkit i flera av områdestyperna.

Figur 31. Själv mord och dödsfall med oklar avsikt 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Kärnindikator 13: Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Indikatorn visar antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare som är 20 år eller äldre. Dessa kroniska sjukdomstillstånd kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård, och behovet av slutenvård kan minska med optimalt omhändertagande och stöd. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens patientregister. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

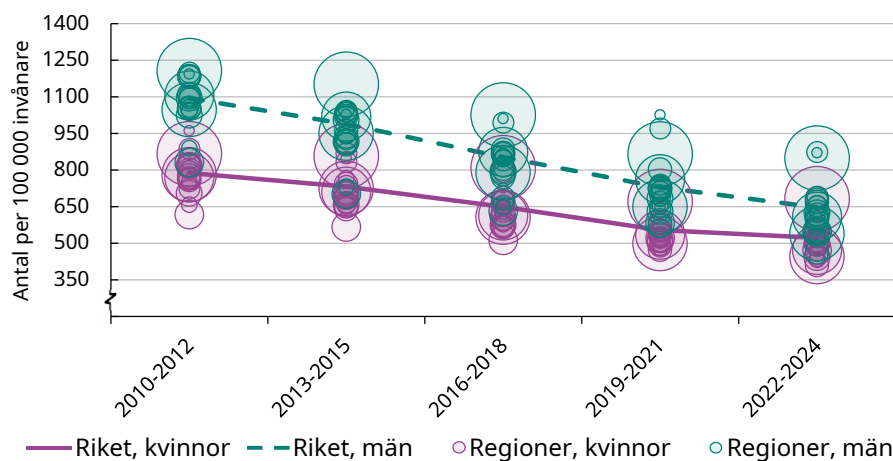
Den påverkbara slutenvården, mätt som antalet slutenvårdstillfällen vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, har utvecklats i positiv riktning under en längre tid. Under den senaste treårsperioden, 2022–2024, uppgick antalet slutenvårdstillfällen till 578 per 100 000 invånare som är 20 år eller äldre. Det var en minskning jämfört med perioden innan, 2019–2021, då 631 slutenvårdstillfällen registrerades per 100 000 invånare. Under 2024 låg antalet påverkbara slutenvårdstillfällen på 564 per 100 000 invånare.

Män vårdas i högre utsträckning än kvinnor inom slutenvården för de diagnoser som inkluderas i indikatorn. Detta illustreras i figur 32, där också den långsiktiga trenden syns. Bland män uppgick antalet slutenvårdstillfällen under perioden 2022–2024 till 647 per 100 000 invånare, medan motsvarande siffra för kvinnor var 522. Skillnaderna mellan könen har emellertid minskat över tid. Under perioden 2019–2021 hade män 176 fler slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare än kvinnor, men för 2022–2024 hade skillnaden sjunkit till 125 fler.

Som figur 32 visar finns det betydande regionala skillnader. Flest antal slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, för både kvinnor och män, återfanns i region Västmanland, 691 respektive 874. Minst antal slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, även denna gång för både kvinnor och män, återfanns i region Örebro, 409 respektive 462.

Figur 32. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden



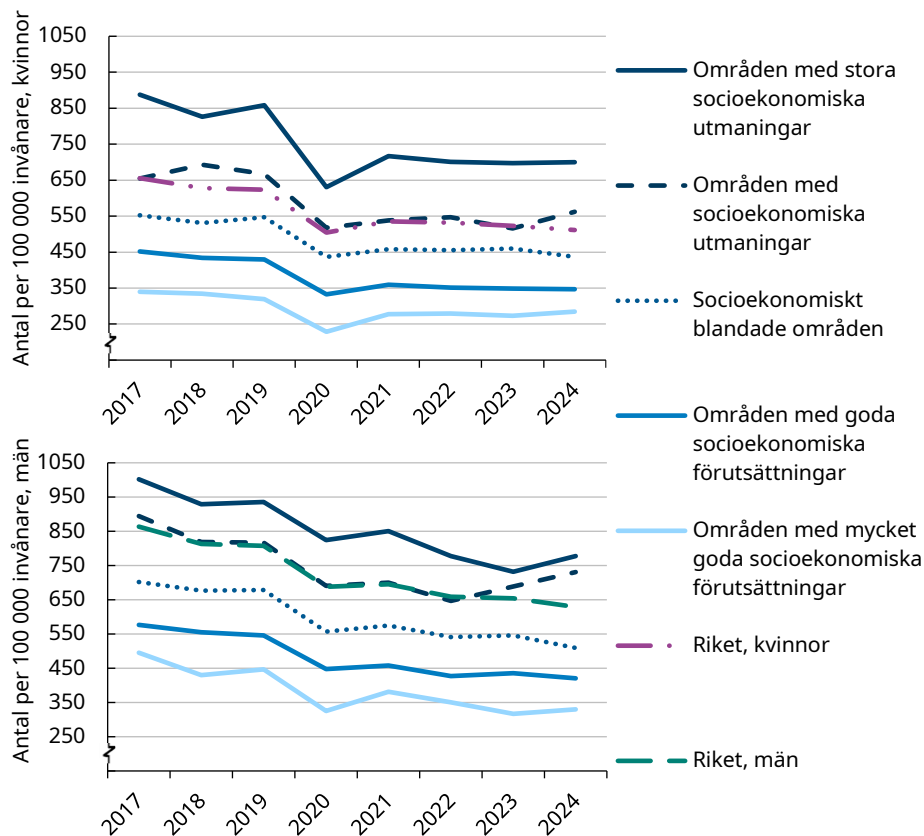
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Det finns betydande regionala skillnader för denna indikator. Även när indikatorn redovisas nedbruten på områdestyp syns betydande skillnader. Utfallet för indikatorn är påtagligt bättre i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar än vad det är i de områden som har sämst

förutsättningar, och det gäller för både män och kvinnor. Under 2024 uppgick antalet slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland män till 777 i områden med stora socioekonomiska utmaningar, medan motsvarande siffra bland män i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar låg på 329. Detta ger en skillnad på hela 448 slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare mellan dessa områdestyper. För kvinnor uppgick antalet slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare i områden med stora socioekonomiska utmaningar till 700. Detta kan jämföras med kvinnor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, där 285 per 100 000 invånare slutenvårdades vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, en skillnad på 415 slutenvårdstillfällen.

Figur 33. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Kärnindikator 14: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn speglar dödlighet i ett antal dödsorsaker med koppling till diagnoser som bedöms vara särskilt möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av en rad sjukdomar, till exempel ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och olika cancersjukdomar. OECD och Eurostat har enats om utformningen av måttet. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och visar antal dödsfall per 100 000 invånare. Värdena är åldersstandardiserade.

Önskvärd riktning för indikatorn: låga värden.

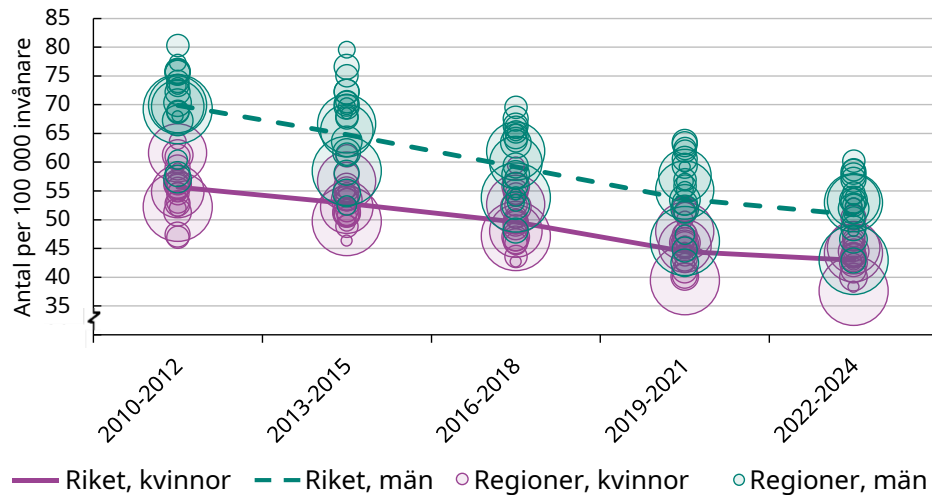
Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har sjunkit under lång tid, en utveckling som fortsatte under treårsperioden 2022–2024. Under denna period låg den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten på 47 dödsfall per 100 000 invånare, en nedgång från perioden innan då den låg på 49 dödsfall. Under det senaste året i mätserien, 2024, låg dödligheten på 45 dödsfall per 100 000 invånare.

Dödligheten är lägre bland kvinnor än bland män. 2022–2024 uppgick den bland kvinnor till 43 dödsfall per 100 000 invånare, bland män var motsvarande antal 51 dödsfall.

Figur 34 visar hur utvecklingen har sett ut sedan tidsperioden 2010–2012. Det finns regionala skillnader i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, för kvinnor såväl som för män. Kvinnor i region Stockholm och region Gotland har den lägsta sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, med 38 dödsfall per 100 000 invånare under 2022–2024. Högst antal dödsfall per 100 000 invånare bland kvinnor fanns under perioden i region Blekinge, 52 stycken. Bland män var situationen mest fördelaktig i region Halland och region Stockholm, med 43 sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall, medan högst antal dödsfall per 100 000 invånare, 60 stycken, fanns i region Västernorrland.

Figur 34. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning



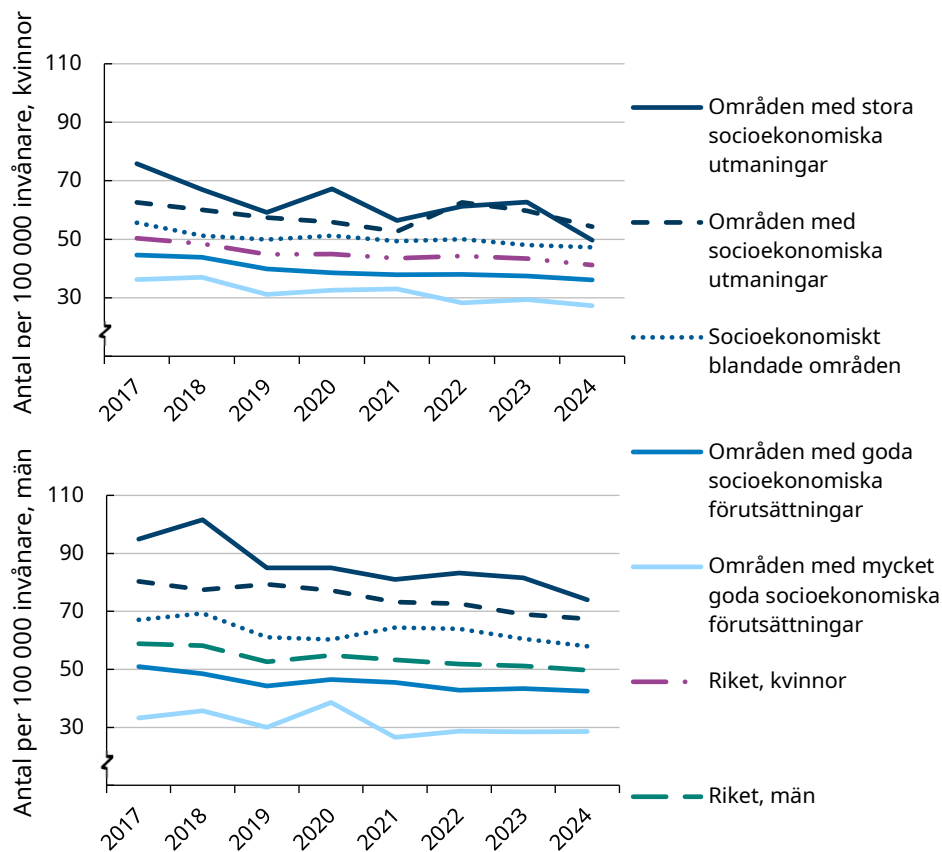
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

På samma sätt som för flera av de andra kärnindikatorerna råder det stora skillnader i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar, särskilt bland män, se figur 35. Ju bättre socioekonomiska förutsättningar ett område har, desto lägre är den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten per 100 000 invånare. Bland män är denna socioekonomiska gradient särskilt tydlig. 74 sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare inträffade under 2024 bland män boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Bland män i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var motsvarande siffra 29. Skillnaden uppgick alltså till 45 dödsfall per 100 000 invånare.

För kvinnors del var skillnaderna inte lika stora mellan områdestyperna, och under 2024 sågs den högsta åtgärdbara dödligheten per 100 000 invånare inte i de områden som har sämst socioekonomiska förutsättningar, utan i områden med socioekonomiska utmaningar. Den åtgärdbara dödligheten bland kvinnor låg på 54 dödsfall per 100 000 invånare i denna områdestyp, medan kvinnor boende i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar hade lägst antal dödsfall, 27 per 100 000 invånare. Skillnaden i dödlighet bland kvinnor boende i dessa områden var alltså 27 dödsfall per 100 000 invånare.

Figur 35. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Hälso-, sjuk- och tandvården blir bättre genom åtgärder på systemnivå

I dagens hälso-, sjuk- och tandvård finns många utmaningar som påverkar verksamheterna på lokal nivå, men där lösningarna eller åtgärderna kan finnas på systemnivå. Många av dessa berör möjligheten att bedriva en jämlik vård och främja en jämlik hälsa.

Kompetensförsörjning är en utmaning som genomsyrar stora delar av systemet, och där lösningarna kan finnas i att tänka nytt på systemnivå. Andra utmaningar som kan och bör hanteras på systemnivå är exempelvis väntetider och vårdplatser, som påverkas av produktions- och kapacitetsstyrning liksom åtgärder som på bred front minskar behovet av stöd från hälso-, sjuk- och tandvården.

En annan viktig aspekt för att öka jämlikheten i hälsa är att särskilt förbättra hälsan för de grupper som har jämförelsevis sämre hälsa eller sämre förutsättningar i hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet. En sådan faktor är att höja hälsolitteraciteten, framför allt i grupper där den är låg. I detta kapitel belyser vi dessa frågor närmare. Avslutningsvis ges en genomlysning av hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation.

Effektivt nyttjande av personalresurser är en utmaning

Sveriges hälso-, sjuk- och tandvård står inför växande kompetensförsörjningsutmaningar. Behoven ökar i både omfattning och komplexitet, samtidigt som tillgången på personal inte bedöms kunna växa i samma takt. Det gör det nödvändigt att använda och utveckla befintlig kompetens mer ändamålsenligt, och att systematiskt ta till vara den kunskap som finns i verksamheterna.

Iakttagelser i korthet

- Hälso- och sjukvårdens "stuprör" med olika mål, ersättningsmodeller och uppföljningskrav leder till problem som dubbeldokumentation och ineffektivitet.
- Patienter som inte får sina behov omhändertagna vid första vårdtillfället söker ofta upprepade gånger.
- Att skapa förutsättningar för lärande och undanröja hinder kan leda till minskad ineffektivitet, färre återbesök för samma problematik och förbättrad arbetsmiljö.

- Genom att ta del av internationella erfarenheter kan Sverige hitta lösningar på vårdens komplexa problem, till exempel att hitta balans mellan behov och tillgängliga personalresurser.

Hälso-, sjuk- och tandvården organiseras ofta i separata funktioner med olika mål, ersättningsmodeller och uppföljningskrav. I mötet med patienter kan detta leda till fragmentering, dubbeldokumentation och återkommande kontakter, när behov inte möts vid första tillfället. Komplexa behov och begränsade personalresurser gör det nödvändigt att använda befintlig kompetens på ett sätt som både är långsiktigt hållbart och som främjar effektivitet.

Ett exempel är arbetsmetoden Integrated Care Systems (ICS) som prövats i Storbritannien⁴⁵. Utifrån kartläggningar av vård- och omsorgsflöden har personalens tid och arbetsuppgifter kartlagts och analyserats för att undersöka hur resurser skulle kunna nyttjas bättre. En stor del av personalens tid gick åt till att ta emot patienter som kom tillbaka därför att deras behov inte uppmärksammats eller tillgodosetts vid den första kontakten. Det innebar att mycket resurser lades på insatser som inte gav människor det stöd de behövde, i stället för att användas till åtgärder som bättre mötte deras faktiska behov. Syftet är att gå från stark central styrning och omfattande rapporteringskrav till strukturer som i större utsträckning stödjer lokalt beslutsfattande och arbetssätt som utgår från människors samlade behov.

Resultaten visade på minskad ineffektivitet, färre återbesök för samma problematik och förbättrad arbetsmiljö. Den avgörande förändringen handlade inte om fler rutiner, utan om att ledarskapet gick från fokus på kontroll till att skapa förutsättningar för lärande och undanröja hinder^{46 47}. I Sverige genomförs nu en liknande pilot i exempelvis Region Kronoberg, där regionen och Ljungby kommun arbetar tillsammans⁴⁸.

Systematisk produktions- och kapacitetstyrning skapar förutsättningar för jämlik vård

I hela hälso-, sjuk- och tandvårdssektorn är det centralt att utveckla ett mer systematiskt arbete med att planera, följa upp och styra vården efter

⁴⁵ [The journey to integrated care systems](#). NHS England. Hämtad 2026-02-17.

⁴⁶ [Find the pioneers](#). Human Learning Systems. Hämtad 2026-02-17.

⁴⁷ [Integrated neighbourhood health and social care](#). Impro Consult. Hämtad 2025-11-25.

⁴⁸ Metoder för att arbeta med lärande för ett effektivt nyttjande av personalresurser utifrån ett nationellt perspektiv. Ett nationellt lärandesystem för att införa en patient- och personalcentrerad planering. Socialstyrelsen; 2025.

invånarnas behov – oavsett vårdnivå. Det är också nödvändigt att arbeta för balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet – att vårdens resurser finns på rätt plats, vid rätt tidpunkt och med rätt omfattning för att möta invånarnas vårdbehov⁴⁹.

Produktions- och kapacitetsstyrning har en direkt koppling till jämlik vård. Hur resurser planeras, prioriteras och fördelas påverkar möjligheterna för invånare att få vård på lika villkor, oavsett bostadsort, kön, ålder eller socioekonomiska förutsättningar. Skillnader i tillgång till personal, vårdplatser eller kompetens kan leda till ojämlikheter i väntetider, vårdkvalitet och behandlingsresultat. Genom att arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning kan vården bättre identifiera dessa skillnader, förstå deras orsaker och vidta åtgärder för att utjämna dem.

Iakttagelser i korthet

- Det finns ett nationellt underskott av vårdplatser, både inom somatisk slutenvård (12 procent) och intensivvård (10 procent), vilket innebär att kapaciteten inte möter vårdbehovet fullt ut.
- Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser är fortsatt en utmaning i flera regioner, vilket visar på kapacitetsbrist i dessa regioner.
- Bristen på vårdplatser kan också påverkas genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser från såväl samhällets som individens sida, i syfte att minska behovet.
- Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på första besök till den specialiserade vården varierar mellan 5 och 69 procent i regionerna.
- För 2025 syns en försiktigt positiv trend med färre antal väntande över 90 dagar på första besök i specialiserad vård jämfört med tidigare år under nästan alla månader.

För att vården ska uppnå det som krävs för god vård, att den är jämlik, tillgänglig, effektiv, säker, patientcentrerad och kunskapsbaserad, krävs att kapacitetsstyrningen tar hänsyn till variationer i vårdbehov exempelvis mellan olika grupper, geografiska områden och socioekonomiska förutsättningar. Om kapacitet planeras och fördelas utan hänsyn till dessa skillnader riskerar vården att bli ojämlik – exempelvis genom längre väntetider eller sämre tillgång till vård för vissa grupper eller i olika delar av landet. Genom att arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning kan vården bättre identifiera dessa skillnader, förstå deras orsaker och vidta åtgärder för att utjämna dem. För att uppnå balans behöver

⁴⁹ [Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning](#). Socialstyrelsen; 2025.

organisationen också kontinuerligt anpassa och utveckla sin produktionsförmåga, då vårdbehov och förutsättningar förändras över tid. Ett välfungerande systematiskt produktions- och kapacitetsstyrningsarbete gör det möjligt att identifiera och hantera förändringar i tid, och att prioritera resurser på ett sätt som gynnar både effektivitet och jämlikhet i vården.

När situationen förändras, till exempel vid kriser, behöver mål och prioriteringar omprövas, vilket påverkar hur arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning genomförs. Ett systemperspektiv gör det då möjligt att se hur beslut på en nivå påverkar helheten – och att säkerställa att vårdens resurser används på ett sätt som stödjer en tillgänglig, effektiv och jämlik vård i hela landet.

I alla regioner sker planering redan idag, men systematiken varierar. Det vill säga huruvida planeringen utgår från vad resurserna räcker till, eller om planeringen utgår från behovet. Hur beslut tas när balans inte finns mellan produktionsbehov och tillgänglig kapacitet varierar också.

Regionala skillnader i vårdplatskapacitet – ett hinder för vård på lika villkor

Tillgången till vårdplatser i slutenvården är en central fråga för att vården ska kunna vara säker, tillgänglig, effektiv och jämlik. Antalet vårdplatser behöver vara i balans med det faktiska vårdbehovet – annars uppstår risker för såväl patienter som systemet i stort.

I majoriteten av regionerna är det idag vårdplatsbrist – det vill säga att det inte finns tillräcklig kapacitet för att möta behovet. Bristen kan leda till utebliven vård, längre väntetider, patientsäkerhetsrisker, överbeläggningar, utlokaliseringar och arbetsmiljöproblem för personalen. I huvudsak består vårdplatsbristen av brist på personal.

Det nationella riktvärdet⁵⁰ på kort sikt för somatisk slutenvård visar på ett behov av ytterligare 1 864⁵¹ disponibla vårdplatser⁵² i genomsnitt under året per dag. Detta motsvarar en vårdplatsbrist på 12 procent för somatisk slutenvård. Bristen på vårdplatser skiljer sig mellan regioner, inom olika verksamhetsområden men också över året och dygnets timmar.

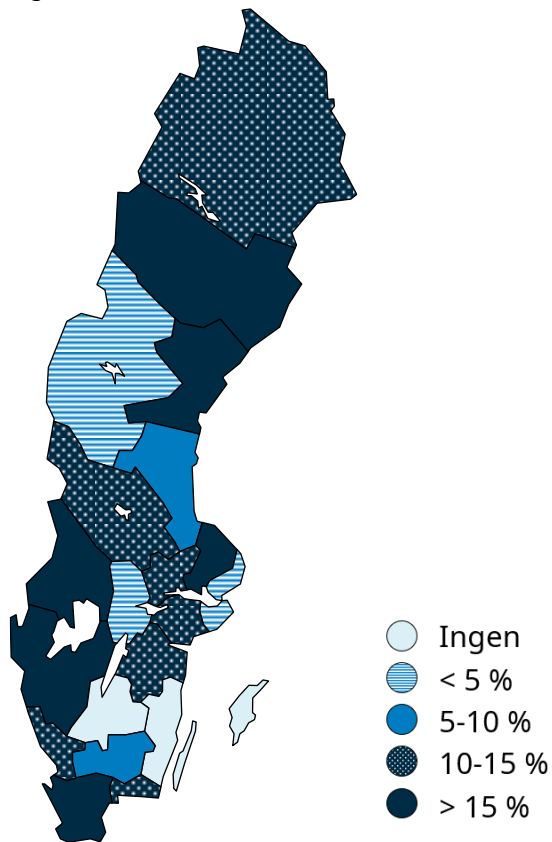
⁵⁰ Riktvärden för belägningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering. Socialstyrelsen; 2023.

⁵¹ Se nationell analys av riktvärde och målsatta mått under rubriken riktvärde för vårdplatser på [Vårdplatser](#). Socialstyrelsen; 2025.

⁵² Disponibel vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Figur 36. Brist på vårdplatskapacitet, per region 2024

Vårdplatsbristen angiven i procent inom sluten somatisk vård exklusive intensivvård per region år 2024



Källa: Socialstyrelsen

Brist på vårdplatser påverkar tillgången till jämlik vård. Invånare i regioner med vårdplatsbrist riskerar längre väntetider och högre belägningsgrad, vilket kan medföra överbeläggningar och utlokaliseringar och i och med det även ökad risk för vårdskador.

Arbetet med att tillhandahålla rätt typ av vårdplats för varje patient är en grundläggande del av kapacitets- och produktionsstyrningen i hälso- och sjukvården. Två markörer på obalans mellan kapacitet och behov är antalet patienter som vårdas på vårdenheter som inte är kompetensmässigt rustade för dessa patientgruppers vårdbehov, så kallade utlokaliserade patienter, eller på avdelningar som inte är dimensionerade för det aktuella antalet patienter, det vill säga överbeläggningar. Förekomsten av utlokaliserade patienter och överbeläggningar varierar mellan regionerna, och beskrivs även i *Kärnindikator 6. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter*.

Behovet av vårdplatser påverkas av flera andra delar av vård- och omsorgssystemet, till exempel primärvårdens och öppenvårdens förmåga att förebygga eller följa upp vård, kommunens vård- och omsorgsinsatser, kompetensförsörjning samt hur vårdflöden är organiserade. Kapacitetsbrist påverkar i sin tur många dimensioner av vården. Tillgängligheten minskar

när patienter inte kan erbjudas vård i tid, effektiviteten påverkas både genom ökade vistelsetider på akutmottagningar för patienter som läggs in i slutenvård och utlokaliserade patienter, överbeläggningar och belastade personalresurser. Patientsäkerheten kan hotas när vårdplatser inte räcker. Även patientcentrering och individanpassning begränsas, eftersom platsval och vårdtid ibland måste styras av kapacitetsbegränsningar snarare än patientens behov. Läs mer om patientsäkerhet och vårdskador i avsnitt *Säker vård är en hygienfaktor för effektiv resursanvändning*.

Att minska behoven är ett annat sätt att åtgärda vårdplatsbristen

Ett annat sätt att komma till rätta med vårdplatsbrist, parallellt med produktionshöjande insatser, är att minska behovet av vårdplatser genom förbättrad hälsa⁵³. Hälso- och sjukvårdslagen fastslår tydligt att alla vårdgivare och hälso- och sjukvårdshuvudmän har ett lagstadgat uppdrag att bedriva hälsofrämjande och förebyggande vård⁵⁴. Genom åren har lagändringar, policydokument och folkhälsoprogram ytterligare förstärkt denna inriktning – från betoningen av primärvårdens nyckelroll på 1980-talet till dagens fokus på nära vård och prevention av livsstilssjukdomar. Lagstiftarens intention är tydlig att hälso- och sjukvården, i samspel med andra sektorer, aktivt ska bidra till att höja hälsan i befolkningen och minska hälsoklyftor⁵⁵.

Det finns många exempel på hur hälso- och sjukvården kan förhindra och fördröja sjukdom eller försämring genom att arbeta förebyggande och genom att bromsa och mildra effekterna av sjukdom och ohälsa. Exempelvis sker cirka 90 000 osteoporosfrakturer årligen. 19 000 av dem är höftfrakturer som ofta drabbar redan sköra personer. Dödligheten inom ett år är 10–15 procent högre än för motsvarande grupp som inte drabbas av höftledsfraktur. Höftledsfrakturerna är mycket kostsamma och står för mer än hälften av alla frakturelaterade direkta hälso- och sjukvårdskostnader⁵⁶. Med rätt behandling som exempelvis kan bestå av kost, läkemedel, fallprevention eller fysisk aktivitet minskar risken för nya frakturer med cirka 40 procent⁵⁷. Ungefär 35 000 personer läggs in på sjukhus varje år på grund av läkemedelsbiverkningar. Ungefär 60 procent av dessa går att förebygga⁵⁸.

⁵³ [Hälsosamt åldrande](#). Folkhälsomyndigheten; 2022.

⁵⁴ Kap 3 § 2 HSL

⁵⁵ Införandet av 2 b § HSL 1985, Folkhälsopropositionen 2002/03:35, Folkhälsopolitiken 2018 betonades ett aktivt förebyggande arbete för att uppnå målet ”god och jämlik hälsa”.

⁵⁶ Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Socialstyrelsen; 2021.

⁵⁷ [Behandling](#). Osteoporosförbundet. Hämtad 2025-11-17.

⁵⁸ Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen; 2014.

Goda levnadsvanor kan till stor del förebygga vissa av våra vanligast förekommande sjukdomar som diabetes typ 2 som utgör 95 procent av alla diabetesfall⁵⁹, 80 procent av hjärt-kärlsjukdom⁶⁰ och 30–50 procent av cancersjukdom⁶¹. Forskning visar att nyckelfaktorer till hälsa och välmående hos äldre innefattar upptäckt och behandling av hjärt-kärlsjukdom, upprätthållande av sociala kontakter och meningsfulla sammanhang, goda levnadsvanor (fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor, lågt alkoholintag, tobaksstopp).

Långa väntetider tyder på obalans mellan vårdbehov och -kapacitet

Svensk hälso- och sjukvård har under lång tid arbetat med att förbättra tillgängligheten, men väntetider för patienter skiljer sig fortfarande mycket mellan olika regioner⁶². Långa väntetider är ett tydligt tecken på obalans mellan vårdkapacitet och vårdbehov, och har i årtionden varit en källa till debatt. I Socialstyrelsens rapport från 2011 beskrivs både skillnader i väntetider mellan regioner och mellan exempelvis olika former av cancerbehandlingar.

Sedan 2010 finns det en lagstadgad vårdgaranti, vars syfte är att patienter ska få vård inom rimlig tid. Den nuvarande garantin reglerar bland annat första kontakt med primärvården, medicinsk bedömning i primärvården, första besök hos specialist samt till start på behandling.

Inom primärvården får allt fler patienter en medicinsk bedömning inom tre dagar. Även om uppfyllnadsgraden inte är 100 procent går utvecklingen åt rätt håll. Detta beskrivs i detalj i *Kärnindikator 4. Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården*.

Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på första besök till den specialiserade vården varierar mellan 5 och 69 procent i regionerna. Detta innebär stora skillnader för patienterna beroende på var i landet de bor, och därmed deras tillgång till vård efter behov.

⁵⁹ [Diabetes](#). World Health Organization; 2024.

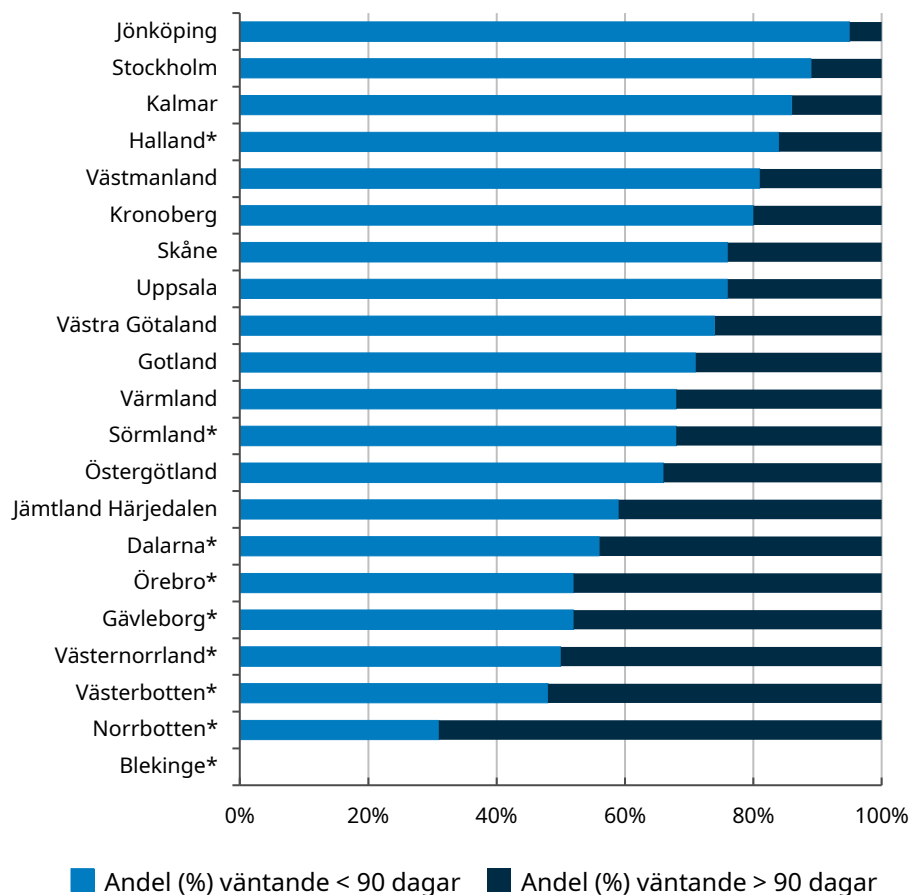
⁶⁰ [Prevention](#). World Heart Federation. Hämtad 2025-11-17.

⁶¹ [Cancer](#). World Health Organization.

⁶² [Lägesbild och statistik – tillgänglighet, väntetider och vårdgaranti i hälso- och sjukvård](#). Socialstyrelsen; 2023. Hämtad 2026-02-02.

Figur 37. Väntande på första besök per region, november 2025

Andel väntande i procent över och under 90 dagar på första besök, av totalt antal väntande inom vårdgarantin. Regioner markerade med * genomför byte av system för vårdinformation⁶³.



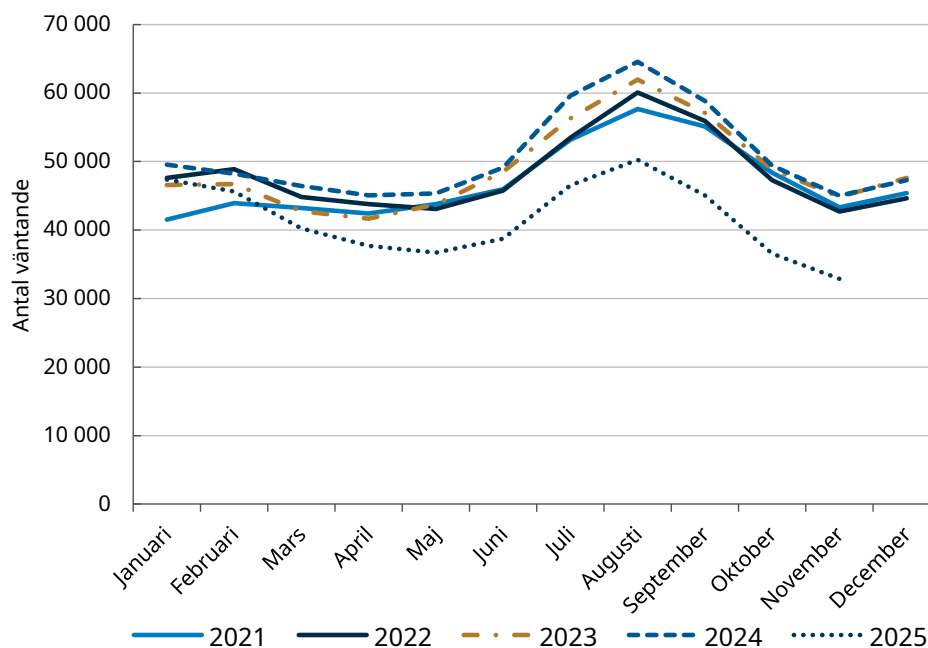
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Antalet patienter som har väntat över 90 dagar på första besök i specialiserad vård ser över året lika ut från år till år, med ett tydligt mönster där säsongsvariationer påverkar vårdproduktionen. För 2025 ser vi dock en försiktigt positiv trend med färre antal väntande jämfört med tidigare år under nästan alla månader.

⁶³ Flera regioner genomför byten av system för vårdinformation. Det påverkar rapportering och datakvalitet. Därför har data för de regionerna tagits bort ur figuren för rikets resultat. I och med det representerar statistiken inte bilden för hela riket. Följande regioner är borttagna: Blekinge, Dalarna, Halland, Gävleborg, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

Figur 38. Väntande över 90 dagar på första besök i specialiserad vård⁶⁴

Antal väntande över 90 dagar på första besök i specialiserad vård från 2021 och framåt.
Exkluderar patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan



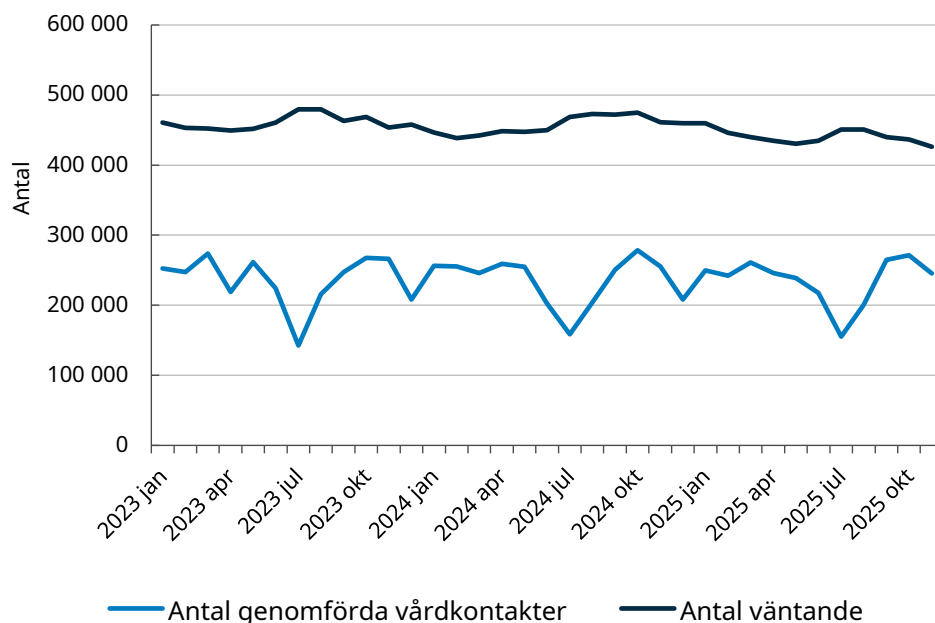
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

I figur 39 ser vi hur vårdproduktionen förhåller sig till antalet väntande – där den övre kurvan representerar antalet patienter som väntar på specialiserad vård, och den undre, mer ojämna kurvan representerar antalet genomförda vårdkontakter.

⁶⁴ Flera regioner genomför byten av system för vårdinformation. Det påverkar rapportering och datakvalitet. Därför har data för de regionerna tagits bort ur figuren för rikets resultat. I och med det representerar statistiken inte bilden för hela riket. Följande regioner är borttagna: Blekinge, Dalarna, Halland, Gävleborg, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

Figur 39. Antal genomförda vårdkontakter och antal väntande på specialiserad vård

Utvecklingen över tid av totalt antal genomförda första besök och operationer/åtgärder samt antal patienter som väntar på vård inom vårdgarantin



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Svårare att få jämlik vård för personer med funktionsnedsättning

Iakttagelser i korthet

- Personer med funktionsnedsättningar har lägre tillgång till PCI vid akut hjärtinfarkt än bland övriga hjärtinfarktpatienter.
- Riskfylld läkemedelsanvändning är vanligt inom LSS. Inom LSS har mellan 10–34 procent av personerna 40 år eller äldre 10 eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci.

Tillgången till hälso-, sjuk- och tandvård på lika villkor för personer med funktionsnedsättning beror på många aspekter. Resultaten tyder på att vissa hälso- och sjukvårdsområden har kommit längre när det gäller att erbjuda vård på lika villkor. Två sådana exempel är vård vid obesitas samt vid demens, där en hög prevalens åtföljs av en relativt hög tillgång till behandlingar. I andra fall återstår en hel del att göra. Det handlar till exempel om vården vid akut hjärtinfarkt, där tillgången till PCI⁶⁵ är lägre

⁶⁵ Percutan Coronar Intervention.

bland personer med funktionsnedsättning än bland övriga hjärtinfarktpatienter.

Det är också vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning inom LSS. I åldersgruppen 40 år eller äldre hade 10–34 procent tio eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci⁶⁶. Detta kan jämföras med att äldre utgör majoriteten av de som använder många läkemedel, där nära tolv procent av personer i åldersgruppen 75 år och äldre använder tio eller fler läkemedel⁶⁷.

Det är också vanligt att personer med funktionshinder får antipsykotika förskrivna för andra ändamål än psykos och bipolaritet, till exempel för beteendesymtom som utagerande beteende. Likaså är behandlingstider längre än de rekommenderade vanligt förekommande. Allt detta ställer sammantaget höga krav på kvalitet, både när det gäller förskrivning och uppföljning. Vidare har personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller psykisk funktionsnedsättning många gånger lägre hälsolitteracitet än övriga befolkningen⁶⁸. Samtidigt ställer dagens hälso-, sjuk- och tandvård höga krav på en persons hälsolitteracitet och är ibland inte anpassad efter personer som har en psykisk funktionsnedsättning.

Jämlig hälso-, sjuk- och tandvård för personer med funktionsnedsättning lyfts särskilt i lägesrapporten om funktionshinderområdet. I årets rapport ingår bland annat analyser om dödlighet vid bröstcancer samt behandling vid diabetes och akut hjärtinfarkt. Analyserna är en vidareutveckling av tidigare års analyser och finns att läsa i *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2026*.

Var fjärde person avstår vård på grund av krångliga e-tjänster

Hälsolitteracitet handlar om individens förmåga att ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information samt att förhålla sig kritiskt till den information som kommuniceras⁶⁹. Det är inte enbart individer som behöver vara hälsolitterata, även organisationer⁷⁰.

Iakttagelser i korthet

- Nästan 25 procent av invånarna i Sverige har avstått från att boka ett läkarbesök för att hälso- och sjukvårdens e-tjänster upplevs vara för svårhanterade.

⁶⁶ Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2025. Socialstyrelsen; 2025.

⁶⁷ Forskning i korthet. Äldre och läkemedel – kunskap och utmaningar. Forte; 2023.

⁶⁸ Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2025. Socialstyrelsen; 2025.

⁶⁹ Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. Läkartidningen 2011;108:51-52.

⁷⁰ [Hälsolitteracitet](#). Nätverket främjande hälsolitteracitet. Hämtad 2025-11-06.

- Personer som i högst utsträckning avstått att boka vårdbesök är personer med funktionsnedsättning samt personer födda utanför Sverige.
- Hur föräldrar som migrerat till Sverige förstår och använder munhälsoinformation har visat sig ha direkt betydelse för barns munhälsa och är en förklaringsfaktor till kända socioekonomiska skillnader.

Nivån av hälsolitteracitet anses ofta bero på individens kognitiva och sociala färdigheter och på sammanhanget där individen möter hälsoinformation^{71 72}. Med en begränsad hälsolitteracitet kan individen exempelvis fatta beslut utifrån fel information, under- eller överutnyttjar vården eller uppsöka akutsjukvården i större utsträckning än andra⁷³.

Organisatorisk hälsolitteracitet handlar om i vilken utsträckning en hälso-, sjuk- och tandvårdsorganisation gör det enkelt för patienten att navigera, förstå och använda information och tjänster för att kunna ta hand om sin hälsa och bli medskapare i sin egen vård^{74 75}. Ett exempel på det är ett pågående arbete med att säkerställa barn- och ungas rätt till information och e-tjänster på 1177⁷⁶.

Idag är tillgång till internet och digitala resurser väsentlig för att hantera sin hälsa och söka vård. Digitalisering av hälso-, sjuk- och tandvården har förenklat processen att söka vård och möjliggjort snabbare tillgång till den. Digitaliseringen kan dock exkludera vissa samhällsgrupper varför en digital hälsolitteracitet är en grundläggande faktor som kan påverka hälsoutfall⁷⁷. Nästan 25 procent av invånarna i Sverige har avstått från att boka ett läkarbesök för att hälso- och sjukvårdens e-tjänster upplevs vara för svåransända. De som avstått i högst utsträckning är personer med funktionsnedsättning samt personer födda utanför Sverige⁷⁸. Även äldre kan uppleva att digital tidsbokning är krångligt. Läs mer om digital delaktighet bland äldre i *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2026*.

Svensk forskning har undersökt hur föräldrar som migrerat till Sverige förstår och använder munhälsoinformation. Forskningen har visat att detta har direkt betydelse för barns munhälsa och skulle kunna fungera som en

⁷¹ Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13:249-64.

⁷² Mårtensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon. A literature review. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2011;26:151–60.

⁷³ [Introduktion till hälsolitteracitet](#). För dig som arbetar med folkhälsa och sjukvård i Jönköpings län. Region Jönköpings Län; 2025. Hämtad 2025-11-05.

⁷⁴ Brega A, Hamer M, Albright K, Brach C, Saliba D, Abbey D, Gritz M. Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures Expert Consensus. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2019;3:2:127–146.

⁷⁵ [Hälsolitteracitet](#). Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hämtad 2025-11-06.

⁷⁶ [Säkerställa barns och ungas rätt till information](#). Inera; 2025. Hämtad 2025-11-07.

⁷⁷ [Är digitaliserad vård en jämlik vård?](#) Mälardalens Universitet; 2023. Hämtad 2025-11-05.

⁷⁸ Svenskarna och internet 2025. Internetstiftelsen; 2025.

förklaringsfaktor till kända socioekonomiska skillnader^{79 80}. Även forskning på norska unga vuxna visar hur hälsolitteracitet samspelar med munhälsobeteenden⁸¹.

Hälso-, sjuk- och tandvårdens ekonomiska situation rymmer både utmaningar och möjligheter

I detta kapitel redogör vi för hälso-, sjuk- och tandvårdens kostnadsutveckling och sätter de svenska kostnaderna för hälso-, sjuk- och tandvård i en internationell kontext. Vi redovisar även den aktuella prognosen för läkemedelsförsäljningen och avslutningsvis gör vi en fördjupning i riktade statsbidrag för mer jämlik vård samt i välfärdsbrottslighet inom hälso-, sjuk- och tandvården.

Iakttagelser i korthet

- De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2023 till 693 miljarder kronor, en ökning med 0,9 procent. Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården per invånare uppgick 2023 till 65 600 kronor, en ökning med 0,4 procent.
- Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP uppgick till 11,2 procent under 2023. Det är fortfarande relativt högt jämfört med genomsnittet i EU.
- Cirka 13 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader finansieras direkt av patienterna själva.
- Primärvårdens andel av kostnaderna har minskat i nästan alla regioner mellan 2019 och 2024 med undantag för Uppsala, Sörmland och Östergötland. Variationen mellan regionerna har minskat under 2024.
- Regionernas kostnader per invånare för primärvård ökade under pandemin, men har nu stabiliserats och till och med minskat en aning.
- Antal primärvårdsbesök per tusen invånare har ökat efter pandemin, men är fortfarande inte på samma nivå som innan. Återhämtningen har avstannat under 2024.

⁷⁹ Shmarina, E., Stensson, M., & Jacobsson, B. (2024). Oral health literacy among migrant mothers in Sweden: A qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*.

⁸⁰ Shmarina, E., Stensson, M., & Jacobsson, B. (2024). Exploring migrant mothers' utilisation of oral health-related information. *International Journal of Dental Hygiene*.

⁸¹ Steinvik, L.M. et al. (2025). Health literacy and oral health-related behaviors among young adults in Norway. *Acta Odontologica Scandinavica*.

- För 2023 och 2024 ökade regionernas egna kostnader med 2,0 respektive 2,4 procent per år, vilket är i linje den genomsnittliga årliga ökningstakten precis innan coronapandemin.

I kärnindikator 1: *Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare* beskrivs de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare mellan 2011 och 2023, och i detta kapitel ges en fördjupad beskrivning och analys av bland annat utgifterna för hälso- och sjukvården för åren 2020–2023. Uppgifterna kommer framför allt från Statistiska Centralbyrån (SCB). De data som presenteras, huvudsakligen från Hälso- och sjukvårdens räkenskaper, baseras i sin tur på uppgifter från bland annat kommunernas och regionernas räkenskapssammandrag⁸². Dessa data har en viss eftersläpning, vilket är i enlighet med tidigare års lägesrapporter.

För att uppgifter om kostnader ska vara jämförbara mellan åren har de fastprisberäknats till 2023 års prisnivå, om inget annat anges. Det innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett prisindex⁸³. I det fall regionernas kostnader för hälso- och sjukvård särredovisas används kostnadsbegreppet kostnad för det egna åtagandet. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård finns tillgängliga till och med 2024 och därför presenteras dessa kostnader inklusive 2024 och omräknade i 2024 års prisnivå.

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen av regionerna och kommunerna samt genom statliga bidrag och stimulansmedel i olika former (figur 40).

År 2023 stod regioner och regionägda bolag för cirka 58 procent av hälso- och sjukvårdskostnaden, medan kommunernas andel uppgick till cirka 27 procent. I dessa andelar ingår även riktade statsbidrag och statliga kostnadsersättningar till kommunsektorn. Läs mer om statsbidrag i avsnitt *Riktade statsbidrag syftar till ökad jämlikhet*.

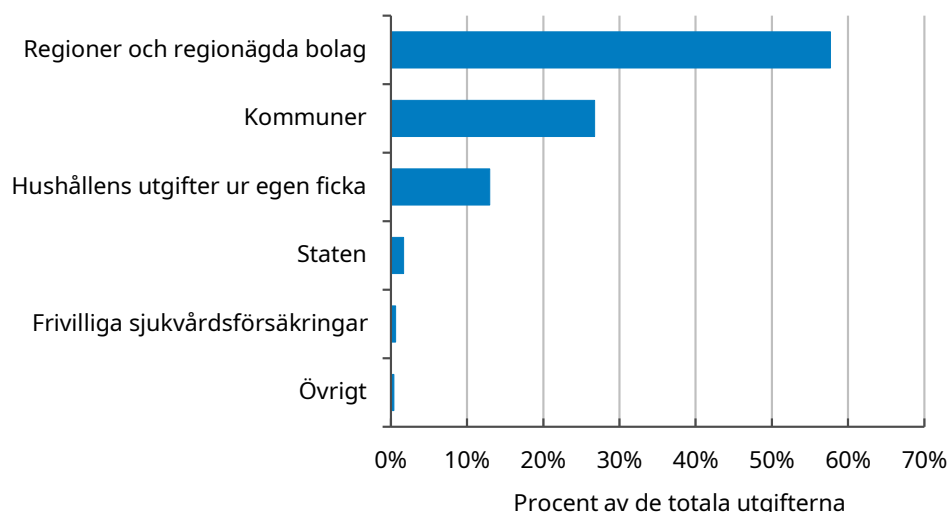
Statens utgifter motsvarade 1,7 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden 2023 och avser framför allt statens kostnader för tandvård samt administration av hälso- och sjukvård och tandvård. Därutöver finansieras en betydande del av hälso- och sjukvården direkt av de som använder vården (cirka 13 procent), genom så kallade ”hushållens utgifter ur egen ficka”. Detta inkluderar exempelvis patientavgifter vid

⁸² Observera att det inte går att jämföra uppgifterna i denna rapport med förra årets rapport eftersom uppdateringar i räkenskapssammandraget har lett till reviderade uppgifter även i hälso- och sjukvårdens räkenskaper.

⁸³ I beräkningarna används ett konsumtionsprisindex för hälso- och sjukvård samt ett index för äldre och personer med funktionsnedsättning som tas fram av SCB. Användning av prisindex skulle kunna få viss påverkan på resultaten.

besök i hälso- och sjukvården och tandvården samt patientens egen kostnad för läkemedel. Utöver detta tillkommer frivilliga sjukvårdsförsäkringar där premien betalas av individen eller arbetsgivaren, cirka 0,6 procent. Enligt statistiken från Svensk Försäkring hade drygt 15 procent⁸⁴ av alla sysselsatta en vårdförsäkring 2023, vilket kan jämföras med 12 procent 2015. Mer än hälften var grupp-försäkringar som betalas av arbetsgivaren⁸⁵.

Figur 40. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansiär, i procent 2023



Källa: Hälsoräkenskaperna, Statistiska centralbyrån

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården inklusive läkemedel uppgick 2023 till cirka 693 miljarder kronor. I figur 41 redovisas fördelningen av hälso- och sjukvårdskostnaderna per typ av vård. Efter den ovanlig höga kostnadsökningen under 2021 som följd av coronapandemin har kostnadsökningen i stort sett avstannat 2022 och ökat något under 2023 (figur 41). Den totala kostnadsökningen, beräknat i fasta priser, uppgick till 6,2 procent mellan 2020 och 2023. Under samma period ökade regionernas konsumtionsprisindex för hälso- och sjukvård med 13,7 procent vilket kan jämföras med 20 procent ökning i konsumentprisindex (KPI).

Räknat i 2023 års prisnivå har den totala kostnaden ökat med 0,9 procent mellan 2022 och 2023. Kostnadsökningen avser främst utgifterna för botande och rehabiliterande sjukvård, som utgör drygt hälften av den totala kostanden (ökning med 1,9 procent), samt utgifterna för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning (ökning med 1,4 procent). Ingen märkbar förändring har skett i kostnaden för

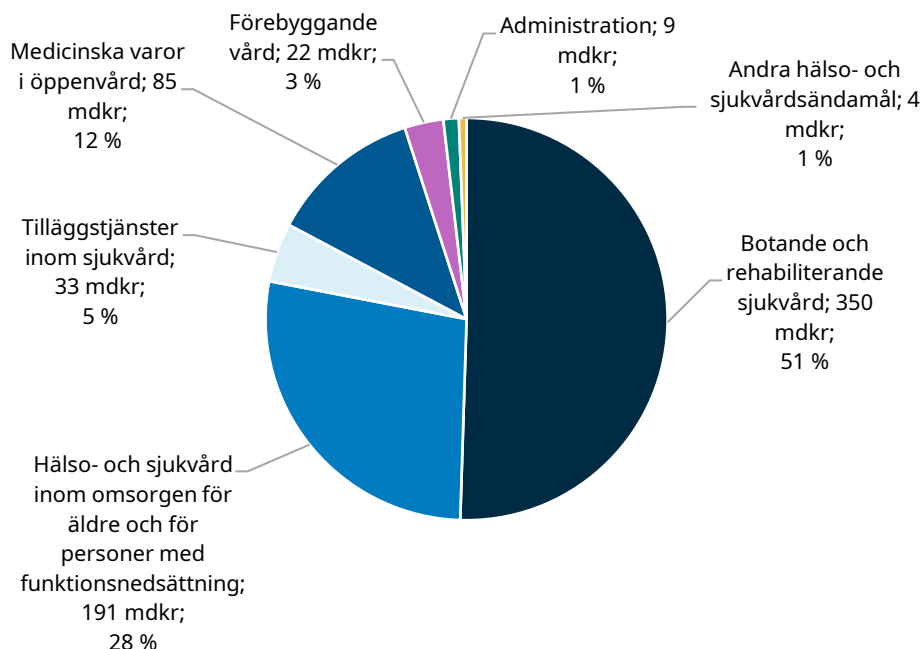
⁸⁴ Drygt 780 000 personer.

⁸⁵ [Vårdförsäkring](#). Svensk Försäkring; 2025. Hämtad 2025-12-15.

medicinska varor i öppenvård, där läkemedel, förbruksartiklar samt andra hjälpmedel ingår. Kostnaderna för tilläggstjänster samt förebyggande vård har däremot minskat med 5 respektive 6 procent under samma period.

Figur 41. Hälso- och sjukvårdsutgifter per typ av vård, 2023

Fördelning av totalt 693 miljarder kronor



Källa: Hälso- och sjukvårdens utgifter, Statistiska centralbyrån

Största kostnadsposten för botande och rehabiliterande vård

Den största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna utgörs av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster, 51 procent, eller 350 miljarder kronor, figur 41. Här ingår botande och rehabiliterande slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hemsjukvård. Öppenvården utgjorde mer än hälften av kostnaderna för botande och rehabiliterande vård under 2023 (193 miljarder kronor).

Jämfört med året innan har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård ökat med 1,9 procent under 2023. Kostnadsökningen beror framför allt på ökade uppgifter för specialiserad öppenvård (5 procent). Övriga kostnadsposter inom öppenvård har legat på ungefär samma nivå, med en viss minskning för allmän botande öppenvård (minskning med 1,4 procent). Utöver det visar tabell 1 att kostnaderna ökade ovanligt mycket för dagsjukvård (17 procent), medan ingen märkbar förändring noterades för slutenvård. Sedan 2020 har kostnaderna för botande och rehabiliterande vård ökat med 18,5 miljarder kronor (5,6 procent), trots minskningen under 2022 som följde av den stora ökningen under pandemiåret.

Kostnaden för tandvård samt övrig specialiserad öppenvård utgjorde den största delen av kostnadsökningen i öppenvården under den perioden: 3,4

miljarder kronor (9,9 procent) respektive 6,2 miljarder kronor (7,2 procent). Den stora kostnadsförändringen för tandvård kan till stor del förklaras av det minskade antalet tandvårdsbesök under 2020 till följd av coronapandemin. Kostnadsökningen inom den specialiserade öppenvården under framför allt 2023 hänger sannolikt samman med att planerade operationer och behandlingar som sköts upp under pandemin återupptogs. Även de betydande kostnadsökningarna inom dagsjukvården och den botande och rehabiliterande hemsjukvården – cirka 28 respektive 10 procent – kan delvis bero på återgången till en mer normal vårdproduktion efter pandemin.

Kostnader för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning ökade också

Den näst största delen av hälso- och sjukvårdskostnaderna utgörs av hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre samt för personer med funktionsnedsättning, inklusive funktionsnedsättningar kopplade till psykisk ohälsa. Denna del motsvarar cirka 28 procent av de totala kostnaderna, eller 191 miljarder kronor, och finansieras till stor del av kommunerna.

Jämfört med året innan ökade dessa kostnader med 1,4 procent under 2023, beräknat i 2023 års prisnivå⁸⁶. Den totala kostnadsökningen var 13,8 miljarder kronor (7,8 procent) sedan 2020. Ökningstakten var i stort sett liknande mellan olika boendeformer, med undantag för särskilda boenden som uppvisade något högre ökningstakt på 8,2 procent.

Kostnader för medicinska varor i öppenvård ökar marginellt

Kostnader för medicinska varor, liksom läkemedel, förbrukningsartiklar samt andra hjälpmedel som lämnats ut till öppenvårdspatienter uppgick 2023 till 85 miljarder kronor, vilket motsvarar cirka 12 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Totalt ökade dessa kostnader med 0,6 procent jämfört med året innan, mätt i fasta priser. Ökningen beror främst på högre kostnader för receptfria läkemedel, medan kostnaderna för receptförskrivna läkemedel, räknat i fasta priser, låg kvar på i stort sett samma nivå.

Sedan 2020 har kostnaderna för medicinska varor, beräknat i fasta priser, stigit med 6,8 miljarder kronor, eller 8,8 procent. Den största ökningen skedde under pandemiåret 2021.

Det är särskilt anmärkningsvärt att kostnaderna för receptfria läkemedel, som betalas av patienten, har ökat med cirka 24 procent sedan 2020. Den kraftiga ökningen kan åtminstone delvis förklaras av ett bredare utbud av receptfria produkter. Som jämförelse var kostnadsökningen 5,4 procent för receptförskrivna läkemedel under samma period, beräknat i fasta priser. År

⁸⁶ I dessa beräkningar har ett konsumtionsprisindex för äldre och personer med funktionsnedsättning använts, framtaget av SCB.

2023 finansierade regionerna och regionägda bolag cirka 75 procent av kostnaderna för receptförskrivna läkemedel. Denna andel kommer att minska i framtiden efter att det ändrade högkostnadsskyddet för läkemedel inom läkemedelsförmånerna trädde i kraft i juli 2025.

Övriga kostnader

Övriga kostnader består av tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård, administration och övriga vårdkostnader. Kostnaderna för tilläggstjänster och förebyggande vård, beräknat i fasta priser, ökade under pandemiåret 2021, och trots att de har börjat minska något ligger de fortfarande på en högre nivå än före pandemin. Kostnadsförändringen för administration och andra hälso- och sjukvårdsändamål var relativt liten i absoluta tal mellan 2020 och 2023.

Som framgår av Tabell 1 har kostnaderna för tilläggstjänster inom sjukvården, förebyggande vård, administration och övriga vårdkostnader minskat med cirka 4–6 procent under 2023 jämfört med det föregående året. Minskningen i kostnaderna för förebyggande vård, vilket motsvarar cirka 3 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, förklaras av minskade kostnader för smittskyddsarbete (epidemiologisk övervakning och smittskyddsarbete) och immuniseringsprogram efter coronapandemin. Det bör dock noteras att kostnaden för förebyggande vård som redovisas i det här sammanhanget är en mycket liten del av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden.

Tabell 1. Hälso- och sjukvårdsutgifter 2020–2023

Miljarder kronor, fasta priser, 2023 års prisnivå

Kostnader, miljarder kronor, per år:	2020	2021	2022	2023	2023 Andel	Förändring 2020–2023 Miljarder kronor (%)
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	652,2	686,4	687,0	692,8	100%	40,7 (6,2 %)
Årlig förändring	2,5%	5,2%	0,1%	0,9%		
Botande och rehabiliterande sjukvård	331	347	343	350	50,5%	18,5 (5,6 %)
Dagsjukvård	12	13	13	16	2,3%	3,4 (27,8 %)
Öppenvård	181	191	189	193	27,9%	12,1 (6,7 %)
-Allmän botande öppenvård	37	40	40	39	5,6%	1,7 (4,5 %)
-Tandvård	34	38	38	38	5,5%	3,4 (9,9 %)
-Övrig specialiserad öppenvård	86	89	88	92	13,3%	6,2 (7,2 %)
-Övrig botande öppenvård	23	24	24	24	3,5%	0,8 (3,5 %)

Kostnader, miljarder kronor, per år:	2020	2021	2022	2023	2023 Andel	Förändring 2020-2023 Miljarder kronor (%)
Slutenvård	135	140	137	137	19,8%	2,7 (2,0 %)
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	3	4	4	4	0,5%	0,3 (9,6 %)
Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning	177	182	188	191	27,5%	13,8 (7,8 %)
Särskilda boendeformer	113	116	121	122	17,7%	9,3 (8,2 %)
Ordinärt boende	56	57	59	59	8,6%	3,9 (7,0 %)
Dagverksamhet och korttidsvård	8	8	8	9	1,3%	0,6 (7,4 %)
Medicinska varor i öppenvård	78	82	84	85	12,3%	6,8 (8,8 %)
Läkemedel och förbrukningsartiklar	61	63	66	67	9,7%	5,7 (9,3 %)
- <i>Receptförskrivna läkemedel</i>	41	41	43	43	6,2%	2,4 (5,9 %)
- <i>Receptfria läkemedel</i>	14	15	17	18	2,6%	3,5 (24,3 %)
- <i>Dagligvaror och förbrukningsartiklar</i>	6	7	6	6	0,8%	-0,2 (-3,7 %)
Hjälpmedel och andra varaktiga varor	17	19	19	18	2,6%	1,1 (6,9 %)
Tilläggstjänster inom sjukvård	32	35	35	33	4,7%	0,8 (2,6 %)
Förebyggande vård	21	29	23	22	3,1%	0,4 (1,9 %)
Information, utbildning och rådgivning	8	9	9	9	1,3%	0,8 (9,8 %)
Allmänna hälsokontroller	8	9	8	8	1,1%	0,0 (0,0 %)
Immuniseringsprogram	3	6	5	4	0,6%	1,0 (36,8 %)
Smittskyddsarbete	2,3	5	1	1	0,1%	-1,4 (-62,6 %)
Administration	8	8	9	9	1,2%	0,1 (1,1 %)
Andra hälso- och sjukvårdsändamål	4	4	4	4	0,6%	0,2 (5,0 %)

Källa: Hälso- och sjukvårdens utvärdering, Statistiska centralbyrån

Förändringar i det statliga tandvårdsstödet

Från och med den 1 januari 2026 har statens tandvårdsstöd kompletterats med en ny ersättningstyp, förstärkt högkostnadsskydd, som ska täcka 90 procent av kostnaden för sjukdomsrelaterade tandvårdsbehov för personer som är 67 år eller äldre. För äldre med stora tandvårdsbehov och som omfattas av reformen förväntas en kraftig sänkning av kostnaderna för tandvård. Genom att endast betala 10 procent görs många åtgärder mycket mer ekonomiskt tillgängliga⁸⁷.

Enligt Försäkringskassans senaste statistik över tandvård inom det statliga tandvårdsstödet var 30 procent av patienterna som besökte tandvården under en tvåårsperiod i åldersgruppen 67 år och äldre. Samtidigt utgjorde personer i samma åldersgrupp 43 procent av mottagarna av högkostnadsskyddet, vilket visar på att äldre konsumerar mer tandvård än yngre.

Reformen innebär dessutom en statlig reglering av priser för tandvård, där vårdgivarens pris inte får överstiga referenspriset för tandvård som utförs inom ramen för reformen. Referenspriserna beräknas av Tandvårds och läkemedelsförmånsverket och ska motsvara ett normalpris för en behandling inklusive tandtekniskt arbete och material. År 2024 betalade cirka 89 procent av patienterna ett vårdgivarpris som var högre än referenspriset. Två av fem patienter betalade ett vårdgivarpris som låg mer än 20 procent över referenspriset^{88 89}.

Riksrevisionen har granskat det statliga tandvårdsstödet, och konstaterar att patienterna har låg kunskap om priser, behandlingar, information och tandvårdsstöden. Många patienterna behåller sin tandläkare utan att utforska prisjämförelser. Riksrevisionen anser att tandvårdsstödet behöver ses över för att säkerställa att det kommer patienterna till del, samt för att bättre nå dem med störst behov av förebyggande tandvård. De anser också att det behövs flera åtgärder för att effektivisera besluten i tandvårdsstödssystemet⁹⁰.

I avsnitt *Munhälsan i Sverige förbättras, men inte för alla* finns mer att läsa om tillståndet och utvecklingen inom tandvården och munhälsan i Sverige.

⁸⁷ Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård. Prop 2025/26:27. Regeringskansliet; 2025.

⁸⁸ [Tandvårdsmarknaden i Sverige](#) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2025 Hämtad 2025-12-09.

⁸⁹ Enligt budgetpropositionen för 2025 har regeringen avsatt cirka 3,4 miljarder kronor per år från 2026 för att finansiera reformen. Utöver detta tillkommer ytterligare 379 miljoner till följd av höjda referenspriser för tandvårdsbehandlingar.

⁹⁰ Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål. Riksrevisionen; 2025.

Hälso- och sjukvårdens omställning till god och nära vård är en pågående process

I Sveriges regioner och kommuner fortsätter arbetet med omställning av hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås⁹¹.

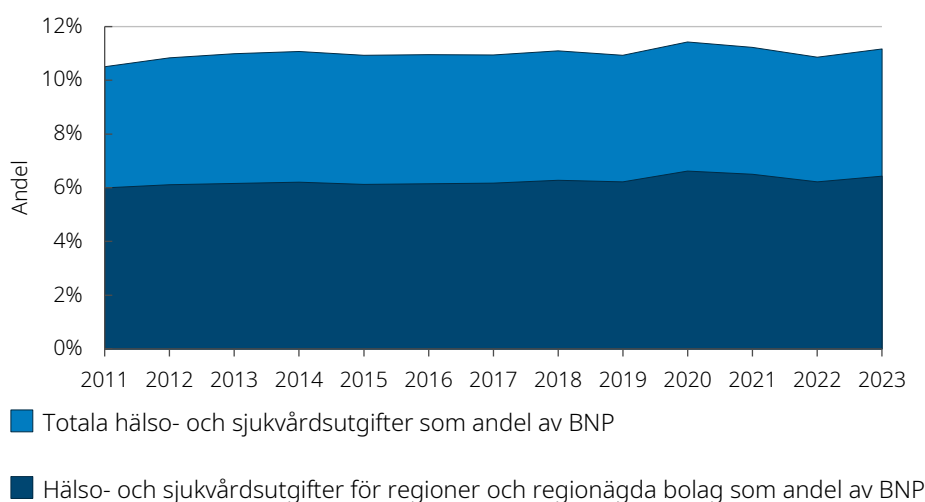
För att följa den pågående utvecklingen presenteras hälso- och sjukvårdsavgifterna i denna rapport som andel av bruttonationalprodukten (BNP) samt regionernas kostnader för primärvård som andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård (figur 42 respektive 43).

Figur 42 visar hur hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP har utvecklats under perioden 2011–2023, uppdelat på regioner och regionägda bolag samt för riket som helhet. Sammantaget visar figuren att hälso- och sjukvårdens andel av BNP totalt, liksom regionernas andelar, har ökat något över tid och att pandemin gav en tillfällig höjning av kostnaderna i relation till BNP. Utvecklingen efter 2021 antyder att utgifterna börjat återvända till normala nivåer, men på en nivå som fortsatt ligger något högre än före pandemin.

Hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP uppgick till 11,2 procent 2023, medan regionernas och de regionägda bolagens andel motsvarade 6,4 procent. Det är en ökning jämfört med 2022, där andelarna låg på 10,9 respektive 6,2 procent.

Figur 42. Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP

Uppdelat på regioner och regionägda bolag samt riket totalt



Källa: Hälsoräkenskaperna, Statistiska centralbyrån

⁹¹ Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2025.

Variationer i regionernas kostnader för primärvård har minskat

Regionernas totala kostnader för primärvård, som andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård visas i figur 43. Beräkningarna baseras på uppgifter från regionernas räkenskapssammandrag och avser kostnaden för det egna åtagandet.

Sammanfattningsvis tyder utvecklingen på att omställningen till god och nära vård ännu inte fullt ut återspeglas i en stärkt primärvård. Flera rapporter och uppföljningar har också visat att primärvårdens andel av kostnaderna inte ökar trots satsningarna^{92 93}.

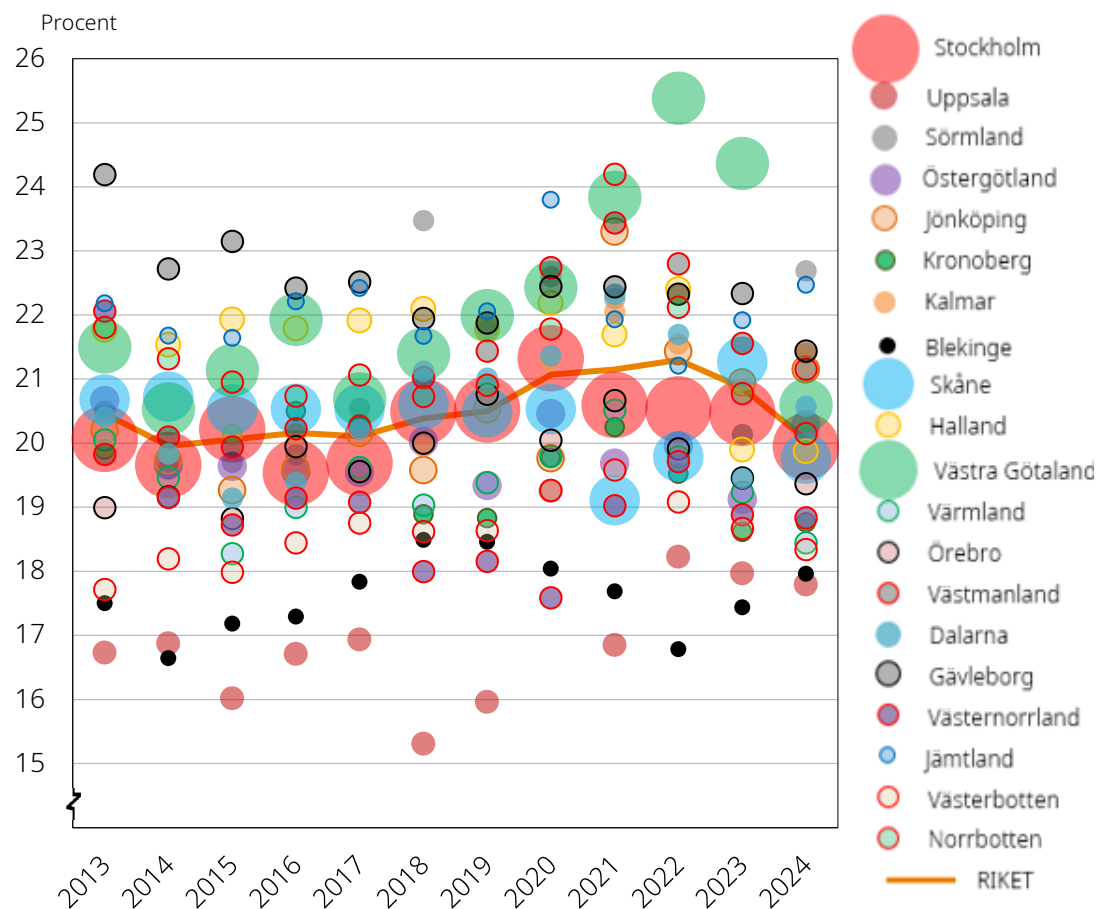
Över tid framträder en relativt stabil nivå för riket som helhet, med en svag uppgående trend mellan 2019 och 2022. Den bröts 2023, då andelen minskade något från 21,3 procent 2022 till 20,1 procent 2024. Trots den relativt stabila utvecklingen på riksnivå finns det en viss variation mellan regionerna. Vissa regioner avsätter en högre andel av sina totala kostnader till primärvård⁹⁴, medan andra ligger lägre och uppvisar en mer begränsad förstärkning över tid. Variationen har dock minskat under 2024 och låg mellan 17,8 och 22,7 procent 2024, vilket är den minsta variationen för hela perioden 2011–2024. Primärvårdens andel av kostnaderna har minskat i nästan alla regioner mellan 2019 och 2024 med undantag för Uppsala, Sörmland och Östergötland. I två av tre stora regioner var andelen relativt stabil. Mellan 2021 och 2023 ökade andelen markant i region Västra Götaland men har gått ner igen från 25 procent 2022 till 21 procent 2024. Region Sörmland och Östergötland var de enda regionerna där andelen ökat mellan 2023 och 2024.

⁹² Omtag för omställning – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport. Rapport 2025:1. Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys; 2025.

⁹³ Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2025.

⁹⁴ Vad som räknas in i primärvårdens uppdrag skiljer sig också mellan regionerna, vilket försvårar jämförelser. Detta gäller både avgränsningar mot kommunal hälso- och sjukvård och mot den specialiserade vården.

Figur 43. Regionernas totala kostnader⁹⁵ för primärvård, som andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård i procent⁹⁶



Källa: Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner, Statistiska centralbyrån

För att få en tydligare bild av utvecklingen har effekterna av prisförändringar och demografiska förändringar från kostnadsutvecklingen rensats bort. Vi har även undersökt i vilken utsträckning kostnadsutvecklingen hänger samman med förändringar i antalet besök till primärvården. Figur 44 visar utvecklingen av regionernas kostnader för primärvård per invånare i 2024 års prisnivå^{97 98} samt antal besök per 1 000 invånare. Primärvårdens kostnader per invånare ökade med omkring 13 procent mellan 2015 och 2024 (den heldragna blåa linjen). Den största kostnadsuppgången skedde under pandemiåren, då primärvården fick ett utökat ansvar för testning, vaccinationer och uppföljning av patienter. Under 2022 och 2023 avtog denna ökningstakt och mellan 2023 och 2024 kan en minskning på cirka 2 procent observeras. Trots att kostnadsutvecklingen

⁹⁵ Baserat på kostnadsmåttet "Kostnad för det egna åtagandet".

⁹⁶ Region Gotland exkluderas då enbart regionala huvudmän ingår i denna redovisning.

⁹⁷ I beräkningen används konsumtionsprisindex för hälso- och sjukvård som tas fram av SCB.

⁹⁸ Baserat på kostnadsmåttet "Kostnad för det egna åtagandet".

inom primärvården har bromsats ligger samtidigt kostnadsnivån kvar på en betydligt högre nivå än före pandemin.

Utvecklingen av vårdproduktionen inom primärvård mätt som antal hälso- och sjukvårdsbesök per 1000 invånare, har följt ett motsatt mönster under samma period. Som framgår av figur 44 har antalet besök per 1000 invånare återhämtat sig något efter pandemin, men har ännu inte nått upp till nivåerna före pandemin. Återhämtningen har dessutom avstannat under 2024.

Sammantaget visar analysen att primärvårdens kostnader per invånare mätt i fasta priser ligger kvar på en väsentligt högre nivå än före pandemin, samtidigt som antalet besök per invånare fortfarande är lägre än före pandemin. Eftersom de procentuella förändringarna är ungefär lika stora tar de i stort sett ut varandra, vilket innebär att primärvårdens andel av regionernas totala kostnader förblir i princip oförändrad (figur 44). Samtidigt tyder analysen på en förändrad relation mellan resursinsats och faktisk vårdproduktion mätt i antalet besök till primärvården.

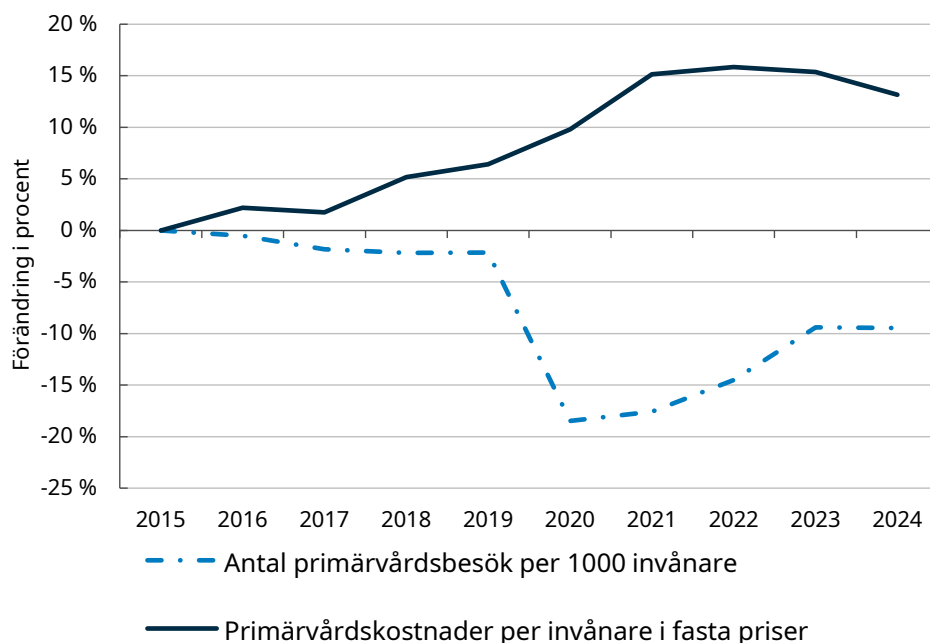
En möjlig förklaring till denna förändrade relation är förändringar i primärvårdens innehåll och arbetssätt och i nuläget är det svårt att bedöma i vilken utsträckning denna utveckling kan kopplas till omställningen till god och nära vård. För att bättre förstå dessa samband krävs mer omfattande analyser, inklusive studier av förändringar i vårdens innehåll, arbetssätt och patientmix.

För att stödja omställningen till god och nära vård har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, haft årliga överenskommelser sedan 2019⁹⁹. Uppföljningar av överenskommelserna visar att samverkan mellan kommuner och regioner har utvecklats, men att ytterligare insatser behövs för att omställningen bland annat ska bli jämlik och för att nå målen med primärvårdsreformen om att primärvården ska vara tillgänglig, ges med kontinuitet och att patienter och invånare ska vara delaktiga i sin hälso- och sjukvård.

⁹⁹ Överenskommelsen har sedan 2025 övergått i ett riktat statsbidrag, förordning (2024:1253).

Figur 44. Utveckling av regionernas primärvårdskostnader per invånare¹⁰⁰, samt antal primärvårdsbesök per 1 000 invånare

2024 års prisnivå, förändring från 2015



Källa: Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner, Statistiska centralbyrån. Sveriges Kommuner och Regioners verksamhetsstatistik

Regionernas egna kostnader för hälso- och sjukvård försätter öka enligt den historiska trenden

Tabell 2 visar hur regionernas kostnader för hälso- och sjukvård utvecklats sedan 2020. Dessa kostnader redovisas även för 2024, till skillnad från de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna, där data endast finns till och med 2023¹⁰¹ (tabell 1). En viktig skillnad mot hälsoräkenskaperna (tabell 1) är att enbart regionernas kostnader inkluderas¹⁰². Därutöver inkluderas inte kostnader för politisk verksamhet samt serviceverksamheter¹⁰³. Dessa uppgifter bör därför tolkas med försiktighet.

Regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård ökade med drygt 10 procent under perioden 2020–2024. Kostnaderna ökade mest under 2021 när coronapandemins påverkan var störst. Ingen påtaglig ändring skedde mellan

¹⁰⁰ Baserat på kostnads måttet ”Kostnad för det egna åtagandet”.

¹⁰¹ Observera att uppgifterna i tabell 2 har fastprisberäknats till 2024 års prisnivå till skillnad från tabell 1, där 2023 använts som basår.

¹⁰² Kostnads måttet ”Kostnad för eget åtagande” används. Detta kostnads mått skiljer sig något från övriga kostnader som presenteras i denna rapport, vilka huvudsakligen baseras på uppgifter från Hälsoräkenskaperna.

¹⁰³ Inkluderar medicinsk service (som verksamheter vid laboratorier, operations- och röntgenavdelningar), allmän service (all serviceverksamhet som inte innefattas av medicinsk service eller fastighetsförvaltning) och fastighetsförvaltning.

2021 och 2022. År 2023 och 2024 ökade kostnaderna med 2,0 respektive 2,4 procent vilket är i linje den genomsnittliga årliga ökningstakten mellan 2015 och 2019 (2,2 procent¹⁰⁴).

Kostnadsökningen var störst inom specialiserad somatisk (13,7 procent) och psykiatrisk vård (8 procent). Denna ökning¹⁰⁵ kan till stor del kopplas till demografiska förändringar, där en växande andel äldre och personer med kroniska sjukdomar driver upp behovet av vårdinsatser. Samtidigt innebär den medicinska utvecklingen att fler behandlingar blir möjliga och tillgängliga, vilket ökar både antalet vårdinsatser och de samlade kostnaderna. Även återgången till normal vårdproduktion efter pandemiåren hänger sannolikt samman med ökade kostnader inom specialiserad vård. Den ökade medvetenheten om psykisk ohälsa har troligen lett till att fler söker och får psykiatrisk vård, vilket bidrar till att kostnaderna inom denna vårdgren fortsätter att stiga. Antalet patienter som diagnostiserades med psykiska sjukdomar inom slutenvården och eller specialiserad öppenvård har ökat med 16 procent mellan 2020 och 2024. Läs mer om psykisk ohälsa i avsnitt *Psykisk ohälsa är en allt större utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet*.

Kostnadsförändringen för tandvård förklaras av minskat antal tandvårdbesök under 2020 som följd av coronapandemin; kostnaderna har nu gått tillbaka till 2019 års nivå.

Tabell 2. Regionernas kostnader för det egna åtagandet uppdelat på verksamhet

Miljarder kronor, 2024 års prisnivå

Verksamhet Kostnader, miljarder kronor:	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024 (%)
Primärvård	79,7	84,2	85,3	85,2	83,8	5,1%
Specialiserad somatisk vård	214,4	224,3	227,3	234,2	243,7	13,7%
Specialiserad psykiatrisk vård	33,6	35,2	34,5	35,9	36,3	8,0%
Tandvård	12,5	12,9	12,6	12,9	13,2	5,4%
Övrig hälso- och sjukvård	36,6	39,8	39,0	38,3	39,0	6,6%
Summa hälso- och sjukvård*	377	396	399	406	416	10,4%
Årlig förändring	1,0%	5,2%	0,5%	2,0%	2,4%	

*Exklusive kostnader för politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvården samt serviceverksamheter.

Även exklusive kostnadsuppgifter för region Gotland.

Källa: Räkenskapsammandrag för kommuner och regioner, Statistiska centralbyrån

¹⁰⁴ Beräknas på samma sett för motsvarande period.

¹⁰⁵ Ekonomirapporten oktober 2025. Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.

Flera riktade statsbidrag, som bland annat inrättades i samband med coronapandemin, upphävde inom utgiftsområdet hälso- och sjukvård under senaste åren. Som jämförelse kan det nämnas att riktade bidrag uppgick till cirka 60 miljarder kronor 2020 jämfört med 17 miljarder 2024. Exempelvis har regeringen, år 2024, avsatt nästan tre miljarder kronor mindre till regionerna än under 2023 när det gäller det riktade statsbidraget för att stödja hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård¹⁰⁶. Under 2023 utgjorde statsbidragen cirka 21 procent av regionernas intäkter vilket kan jämföras med 26 procent under 2020 då flera riktade uppdrag inrättades på grund av pandemin.

För 2024 redovisade regionerna ett sammanlagt underskott på 17 miljarder kronor och endast en region uppvisade ett positivt resultat. Nio regioner använde resultatutjämningsreserven och det sammanlagda resultatet efter balanskravsjusteringar låg kvar på ungefär samma nivå som 2023. År 2025 väntas regionerna sammantaget nå ett svagt positivt resultat. Pressen från pensionskostnaderna minskar, men samtidigt fortsätter den medicintekniska utvecklingen att driva upp kostnaderna och skapa ett mer sårbart ekonomiskt läge. Trots de lättnader som nu syns räknar hälften av regionerna fortfarande med underskott under 2025. Resultaten bedöms förbättras något under 2026 och 2027, främst tack vare fortsatt sjunkande pensionskostnader till följd av lägre inflation. Regionernas kostnader väntas även minska genom det nya högkostnadsskyddet för läkemedel inom förmåner, vilket innebär att hushållen tar en större del av kostnaden¹⁰⁷.

Regionernas kostnader för läkemedel förväntas öka i något mindre takt

Prognoser över kostnaderna för förmånsläkemedel, smittskyddsläkemedel och rekvisitionsläkemedel publiceras årligen¹⁰⁸. År 2025 uppgick de totala kostnaderna för förmånsläkemedel, exklusive handelsvaror, till cirka 45,5 miljarder kronor, varav 37,1 miljarder kronor var förmånskostnader som bekostas av regionerna¹⁰⁹. Resterande var de egenavgifter och merkostnader för förmånsläkemedel som patienterna betalade. Regionernas kostnader för förmånsläkemedel, exklusive handelsvaror, ökade med cirka 5 procent 2024–2025, vilket kan jämföras med 11 procent ökningstakt 2023–2024. Denna avmattning förklaras framför allt av det ändrade högkostnadsskyddet för läkemedelsförmåner. Trots den lägre ökningstakten förväntas kostnaderna inom förmåner att öka under de kommande åren. Enligt den

¹⁰⁶ Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024. Antal, omfattning och innehåll. Statskontoret; 2025.

¹⁰⁷ Ekonomirapporten oktober 2025. Om kommunernas och regionernas ekonomi. Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.

¹⁰⁸ Läkemedelskostnadsprognosen publiceras årligen i april och revideras i slutet av oktober samma år.

¹⁰⁹ Regionerna får årligen ett bidrag från staten för bland annat läkemedel och handelsvaror inom förmånen.

senaste prognosen förväntas förmånskostnaderna för läkemedel, exklusive egenavgifter och handelsvaror, uppgå till 40,0 miljarder kronor 2026 och 41,0 miljarder kronor 2027. Kostnadsökningen för förmånsläkemedel beror främst på ökad användning av vissa kostnadsdrivande diabetesläkemedel, biologiska läkemedel för inflammatoriska sjukdomar, läkemedel vid ovanliga sjukdomar och hjärt- och kärl läkemedel. Kostnaderna för läkemedel som används inom slutenvården (rekvisitionsläkemedel) förväntas öka med cirka 3–4 procent per år under prognosperioden, från cirka 13,4 miljarder kronor 2025 till 14,4 miljarder kronor 2026 och 14,9 miljarder 2027. Kostnaderna för smittskyddsläkemedel (hepatit C och hiv) uppgick 2025 till 1,1 miljarder kronor och förväntas att ligga relativt stabilt till 2027^{110 111}.

Hälso- och sjukvårdens kostnader i ett internationellt perspektiv

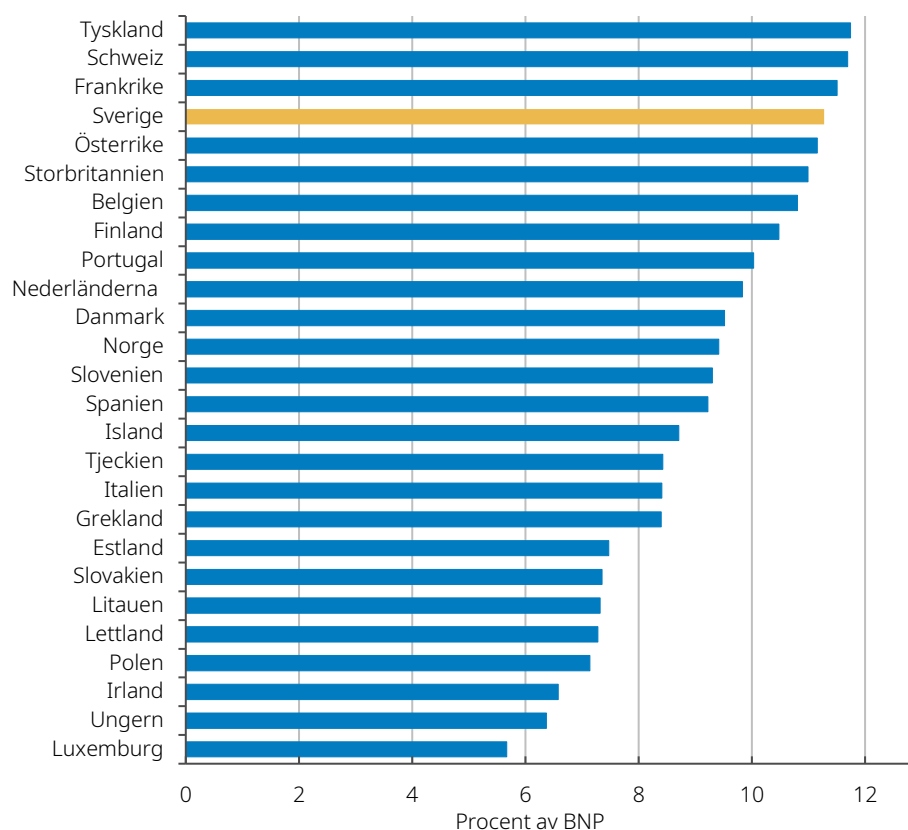
Enligt OECD:s preliminära statistik har hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP minskat något i de flesta länderna under både 2022 och 2023, jämfört med den relativt höga nivån under pandemin. Samtidigt är andelen fortfarande högre än före pandemin i de flesta länderna. Under 2023 spenderade de europeiska OECD-länderna i genomsnitt cirka 9,1 procent av BNP på hälso- och sjukvård, vilket kan jämföras med 8,8 procent under 2019.

Sverige fortsätter att avsätta en relativt stor andel av BNP till hälso- och sjukvård jämfört med många andra OECD-länder, alla finansieringskällor inräknade. I Europa var det endast Tyskland, Schweiz och Frankrike som 2023 spenderade en större andel av BNP på hälso- och sjukvård än Sverige, se figur 45. En förklaring till Sveriges höga andel är att det i viss mån skiljer sig åt mellan länderna vilket åtagande som ingår i beräkningen, exempelvis när det gäller kostnader för vård och omsorg av äldre där Sveriges kostnader är högre.

¹¹⁰ Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2025–2028. Socialstyrelsen; 2025.

¹¹¹ För en mer detaljerad beskrivning av prognosen för läkemedelskostnaderna, se Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2025–2028. Socialstyrelsen; 2025 samt Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2025–2028. Socialstyrelsen; 2025.

Figur 45. Hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP 2023

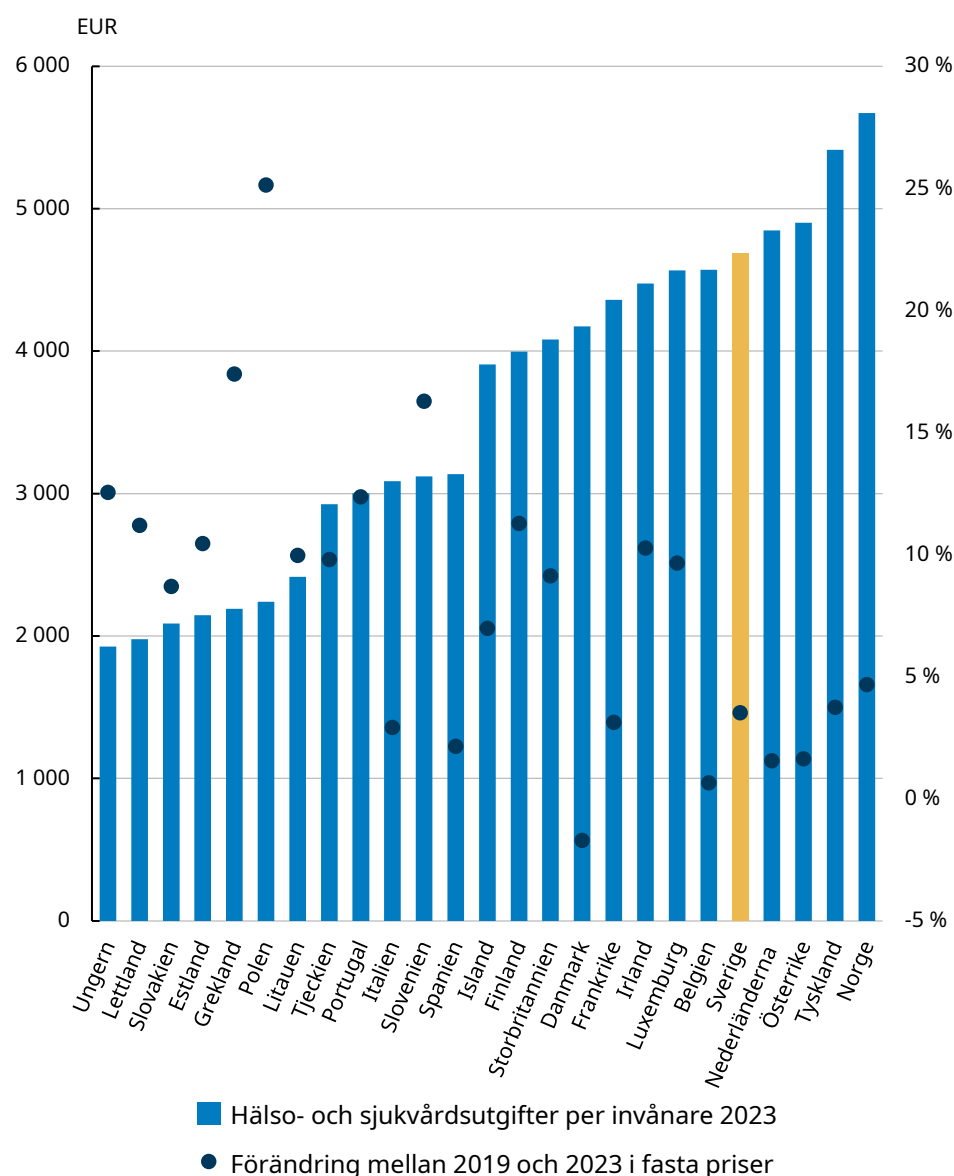


Källa: OECD statistics

Även sett till kostnader per invånare är Sverige bland de länder som spenderar mest på hälso- och sjukvård i Europa. De länder som lägger mer pengar per invånare än Sverige, mätt i köpkraftsjusterade euro, är Schweiz, Norge, Tyskland, Österrike och Nederländerna, se figur 46.

Figur 46. Hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare 2023 samt procentuell förändring mellan 2019 och 2023 i fasta priser

Utgifter per invånare mätt som köpkraftsjusterade EUR, löpande priser



Källa: OECD statistics

Hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare, mätt i fasta priser, ökade i alla europeiska OECD-länder utom Danmark och Belgien mellan 2019 och 2023. Bland de länder som har högre kostnader per invånare än Sverige var det endast Norge och Schweiz som uppvisade en större kostnadsökning än Sverige under denna period, se figur 46.

Sambandet mellan hälso- och sjukvårdskostnader och hälsoutfall är komplext. Generellt sett kan mer resurser till hälso-, sjuk- och tandvård bidra till förbättrade utfall i form av längre livslängd, förbättrad sjukdomskontroll med mera. Men effektiviteten är avgörande – resurser

behöver fördelas strategiskt för att förbättra tillgänglighet, kvalitet och förebyggande insatser.

En nyligen publicerad rapport från OECD¹¹² analyserar sambandet mellan ett lands hälsosystem, och dess organisatoriska egenskaper, och vårdens effektivitet.

Effektivitet mäts genom att jämföra hur effektivt olika enheter omvandlar resurser (input) till resultat (output) och identifierar vilka som presterar bäst givet sina resurser, så kallad DEA-analys¹¹³. Hälso- och sjukvårdsuppgifter har använts som input och åldersstandardiserad mortalitet som output. Trots att dessa indikatorer inte fångar alla dimensioner av vårdens kvalitet och produktion ger rapporten en viktig slutsats: högre utgifter leder inte automatiskt till högre effektivitet.

Effektivitet beror i stället på hur resurser och styrmodeller används för att skapa förutsättningar för kvalitet, kontinuitet och god patienthantering. Länder där vårdgivare möter tydliga kvalitetsincitament – till exempel ersättningsmodeller som gynnar god vårdkvalitet, förebyggande insatser och kontinuitet – tenderar att ha lägre nivåer av åtgärdbar dödlighet.

Även en stark och välorganiserad primärvård utmärker sig som betydelsefull: länder med god kontinuitet, tydlig första linjens vård och incitament som stödjer primärvårdens roll har färre undvikbara sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar. Dessa samband tyder på att system som förmår styra vården mot tidiga insatser, samordning och kvalitet ofta uppnår bättre resultat, även om den övergripande organisationsmodellen varierar.

Sammanfattningsvis är det inte huvudsakligen summan pengar som satsas som avgör effektiviteten i systemet, utan hur resurserna används. Styrning och ledning måste främja effektivitet och kvalitet, och att satsa på en utbyggd primärvård med god kontinuitet är ett effektivt sätt att påverka behovet av vårdplatser och andra slutenvårdsresurser.

Riktade statsbidrag syftar till ökad jämlikhet

Riktade statsbidrag har potential att göra vården mer jämlik genom att statliga medel fokuseras på specifika, nationellt prioriterade ändamål. Det kan vara vård till särskilda samhälls- eller patientgrupper eller områden där ojämlikheter är mest uttalade¹¹⁴.

¹¹² How Do Health System Features Influence Health System Performance? OECD, The Health Foundation; 2025.

¹¹³ DEA (Data Envelopment Analysis) är en metod som jämför hur effektivt olika enheter omvandlar resurser (input) till resultat (output) och identifierar vilka som presterar bäst givet sina resurser.

¹¹⁴ Totalt betalade Socialstyrelsen under 2024 ut cirka 10,1 miljarder kronor i olika statsbidrag till kommuner och 3,5 miljarder kronor till regioner.

Flera bidrag som tidigare fördelades via överenskommelser mellan SKR och regeringen har nyligen omvandlats till statsbidrag. Två exempel på detta är bidraget till arbetet med att ställa om hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringen har sedan 2019 haft årliga överenskommelser med SKR, men från och med 2025 har överenskommelsen ersatts av en ny statsbidragsförordning¹¹⁵. Ett annat exempel är arbetet med tillgänglighet i vården och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Detta arbete finansieras från 2025 av statsbidraget för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården^{116 117}.

Utsatta grupper stärks genom barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram

Utökade hembesök är en metod för att säkerställa att barn i områden där utanförskapet är stort får tillgång till alla aspekter av barnhälsovårdens program utifrån deras individuella behov. De utökade hembesöksprogrammen ska öka samhällets kontaktyta till barn och deras vårdnadshavare i områden med socioekonomiska utmaningar.

I Socialstyrelsens rapport om ojämlik vård från 2011 beskrevs mödravården och barnhälsovården som väl fungerade verksamheter, men där det under det senaste decenniet finns indikationer på att dessa verksamheter har blivit svagare och att det finns betydande variationer över landet. Rapporten hänvisade till en då nyligen publicerad svensk studie om att antalet hembesök till riktade grupper minskade, trots att BVC-sjuksköterskor anser att hembesök är en av barnhälsovårdens främsta hälsofrämjande metoder.

Sedan 2023 fördelas statsbidrag till regioner och kommuner för att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med utökade hembesöksprogram. Syftet med bidraget är att stärka och vidareutveckla utökade hembesöksprogram, skapa en god och jämlik hälsa hos barn och unga och att främja deras utveckling i det svenska språket. Sedan 2025 regleras villkoren för statsbidraget i en förordning och under samma år fördelas 145 000 000 kronor till kommunerna och regionerna. En av förutsättningarna för bidrag är att hembesöksprogrammen ska prioritera barn

¹¹⁵ År 2025 var första året som statsbidraget fördelades och totalt delades 3 674 000 000 kronor ut till samtliga kommuner och regioner.

¹¹⁶ [Regeringen fortsätter satsningen på god och nära vård med ny statsbidragsförordning.](#)

Regeringskansliet; 2025. Hämtad 2025-11-18

¹¹⁷ Anvisningar för att rekvidrera statsbidrag för 2025 för utveckling av en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2025.

som utifrån kända riskfaktorer löper en förhöjd risk att utvecklas ogynnsamt¹¹⁸.

Under 2024 rekviderade 19 regioner 80 av totalt 82 miljoner kronor, och totalt användes 78 procent av statsbidraget. Fem regioner har dock inte använt något av statsbidraget, där tids- och personalbrist uppges vara anledningen till att det inte har skett. Några regioner beskriver även att bristande vilja från nyckelverksamheter att delta i de utökade hembesöksprogrammen har varit ett hinder. Det kan exempelvis vara på ledningsnivå eller lokalt hos BVC.

Regioner som använt statsbidraget uppger att de har haft fokus på områden med socioekonomiska utmaningar antingen utifrån SCB:s indelning i socioekonomiska områdestyper eller med hjälp av Care Need Index (CNI). Regionerna fokuserar exempelvis på BVC-mottagningar där barnen har ett gemensamt CNI-index över en viss nivå¹¹⁹. Det är vanligt att regionerna fokuserar på familjer i särskilda målgrupper, framför allt förstagångsföräldrar och familjer med kända riskfaktorer. Många regioner lyfter positiva resultat av de utökade hembesöken. De ser att vårdnadshavare blir stärkta i sin föräldraroll och mer positiva till hembesöken. De ser också att fler besöker andra aktiviteter på familjecentralerna. BVC blir också bättre på att identifiera och nå ut till familjer med riskfaktorer.

Välfärdsbrottslighet påverkar hälso-, sjuk- och tandvårdssektorn

Välfärdsbrottslighet är ett allvarligt samhällsproblem även inom hälso-, sjuk- och tandvården. Problemen med oseriösa och kriminella aktörer ökar och brottsuppläggen blir mer avancerade och har i vissa fall kopplingar till den organiserade brottsligheten^{120 121}. Det finns exempelvis fall med läkare som misstänks ha samarbetat med apotek och där det funnits koppling till kriminella nätverk¹²².

Välfärdsbrottslighet utgör risker för patientsäkerheten och vårdkvaliteten, exempelvis genom att vårdgivare låter bli att genomföra arbetsuppgifter, medarbetare saknar rätt kompetens för att genomföra behandlingar, att lokaler och utrustning är undermåliga eller att hygienrutiner inte efterlevs. Det finns även exempel där företag används som brottsverktyg inom hälso-

¹¹⁸ Förordning (2025:74) om statsbidrag till kommuner och regioner för utökade hembesöksprogram via barnhälsovården.

¹¹⁹ SCB sammanställer Care Need Index (CNI) som stöd till exempelvis regioner. Det använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. De socioekonomiska variablerna är bland annat andelen utlandsfödda, arbetslösa eller i åtgärd, ensamstående föräldrar, lågutbildade och barn yngre än fem år.

¹²⁰ Välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen; 2024.

¹²¹ Myndighetsgemensam lägesbild organiserad brottslighet 2025. Polismyndigheten, Nationella operativa avdelningen; 2025.

¹²² Uppdrag att kartlägga välfärdsbrottslighet inom apoteksverksamhet. Läke-medelsverket; 2025.

och sjukvård. Det sker bland annat i form av felaktig debitering eller dubbelfakturerings gentemot regionen.

Brottsförebyggande rådet, Brå, har undersökt hur företag används som brottsverktyg av aktörer i den kriminella miljön och hur dessa aktörer genom bolagen tillförsäkras sig offentliga medel. Studien visar att 150 nätverkskriminella hade officiella företagsengagemang i totalt 153 företag som hade anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, under perioden 2020–2023. Av de nätverkskriminella med företag som finns registrerade hos IVO mellan 2020–2023 var det en majoritet (57 procent) av individerna som också var registrerade som misstänkta för brott under samma period. Fördelningen av företag efter verksamhetstyp visar att nätverkskriminellas företag främst återfinns inom opererande verksamheter, tandvård, primärvård, kliniska laboratorier och övriga verksamheter. Den största kategorin är opererande verksamheter, som utgör 31 procent av nätverkskriminellas företag. Därefter följer tandvård (18 procent) och primärvård (14 procent)¹²³.

¹²³ Företag som brottsverktyg. Upplägg, systemsårbarheter och kopplingar till den kriminella miljön. Brottsförebyggande rådet; 2025.

Tre perspektiv som löper genom hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet

I detta kapitel beskrivs tillståndet och utvecklingen för tre utvalda aspekter som löper tvärs igenom hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet: patientsäkerhet, läkemedel och vård för personer med kroniska sjukdomar. Ambitionen har varit att lyfta fram områden som berör stora delar av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet och på så sätt också berör stora grupper i befolkningen.

Trots att Sverige har en lång tradition av patientsäkerhetsarbete och uppvisar goda resultat i internationell jämförelse drabbas 80 000 patienter årligen av en vårdskada inom slutenvården¹²⁴. Läkemedelsbehandling är en av de vanligaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården och allt fler sjukdomar kan framgångsrikt behandlas med läkemedel. Inte minst den utvecklingen har medfört att allt fler människor lever längre med olika kroniska sjukdomar och långvariga vårdkontakter. Ungefär hälften av befolkningen har en kronisk sjukdom.

Inom dessa tre områden förekommer ibland ojämlikheter som direkt eller indirekt påverkar patienter. Vad som sker i hälso- och sjukvårdssystemet i stort får konsekvenser för patientsäkerheten och kan i värsta fall leda till en ökad risk för vårdskador. Vidare har stora variationer i läkemedelsuthämtningen, exempelvis mellan regioner, påvisats under många år. Personer med kroniska sjukdomar tillhör patientgrupper där jämlikhetsperspektivet har en viktig och stor betydelse. Trots detta får dessa patientgrupper inte alltid den vård de behöver, vilket nya utvärderingar under året lyft fram.

Säker vård är en hygienfaktor för effektiv resurshantering

Patientsäkerhet handlar om en god och säker vård där ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada, det vill säga en skada som är undvikbar. Svensk hälso-, sjuk- och tandvård har i många avseenden goda resultat i internationella jämförelser, men fortfarande drabbas många patienter av vårdskador och arbetet för en säker vård måste fortsätta. Vårdskadorna orsakar stort lidande och kostar samhället miljarder kronor varje år. Det är pengar som skulle kunna användas till annat, till exempel för att bättre möta

¹²⁴ Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030. Socialstyrelsen; 2025.

patienternas behov, förbättra arbetsmiljön och satsa på kompetensutveckling.

Iakttagelser i korthet

- Vårdskador inträffar vid mer än var tjugonde vårdtillfälle i den somatiska sjukhusvården. Den vanligaste skadetyper har varit vårdrelaterad infektion (VRI) som utgjort drygt en tredjedel av alla skador.
- Äldre patienter drabbas i större utsträckning av skador och vårdskador.
- Vårdtillfällen i sjukhusvård för vuxna, där vårdskador förekommer, är dubbelt så långa som vårdtillfällen utan förekomst av skador. I ett nationellt perspektiv beräknades de till cirka 500 000 extra vårddygn till en kostnad av drygt 8 miljarder kronor per år för sjukhusvård.
- Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter öka, även om läget i Sverige är mer gynnsamt än i många andra länder tack vare det förebyggande arbete som bedrivs.

Vårdskador förlänger vårdtiden, men nationell lägesbild saknas

Metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) används inom flera olika vårdområden (bland annat inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxen- och rättspsykiatri och somatisk sjukhusvård) för att systematiskt identifiera vårdskador. Även om metoden fortfarande används i flera regioner finns det inte längre någon nationell lägesbild för vuxenpsykiatri och somatisk sjukhusvård efter att den nationella databasen vid SKR stängts ned år 2024. De senast publicerade nationella data avser tiden till och med år 2023^{125 126}. Andelen vårdtillfällen där vårdskador inträffat har successivt minskat under de år som vårdskador identifierats genom journalgranskning, och det finns inget som talar för att förekomsten av vårdskador nu skiljer sig dramatiskt från resultaten fram till 2023¹²⁷. Vårdskador inträffar vid mer än var tjugonde vårdtillfälle i den somatiska sjukhusvården, något som har negativ påverkan på patienter, resursbehov och vårdkapacitet.

¹²⁵ Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.

¹²⁶ Skador inom psykiatrisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2019–2023. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.

¹²⁷ Sedan 2024 finns det inte längre någon nationell lägesbild för vuxenpsykiatri och somatisk sjukhusvård efter att den nationella databasen vid SKR stängts ned. De senast publicerade nationella data avser tiden till och med år 2023.

2023 års resultat visade att medelvårdtiden för patienter som fått minst en vårdskada var mer än dubbelt så lång som för patienter utan skada¹²⁸. Den vanligaste skadetyper under hela perioden har varit vårdrelaterad infektion (VRI) som utgjort drygt en tredjedel av alla skador. Det finns en tydlig koppling mellan förekomst av vårdskador och kapacitetsbehov inom slutenvård. Vårdtillfällen med förekomst av vårdskada var drygt sju dygn längre än vårdtillfällen utan skada. I ett nationellt perspektiv beräknades det innebära över 500 000 extra vård dygn till en kostnad av drygt 8 miljarder kronor per år för sjukhusvård. Den totala samhällskostnaden för vårdskador är dock större eftersom vårdskador även leder till kostnader utanför sjukhusvården.

Mellan 2011 och 2022 har vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygienrutiner och klädregler baserats på nationella mätningar som har varit en del i överenskommelser mellan SKR och regeringen med syfte att stärka patientsäkerheten i regionerna. Trots att nationella mätningar saknas uppger 19 av 21 regioner att de fortsatt mäter följsamheten till basala hygienrutiner, och majoriteten använder resultatet i patientsäkerhetsarbetet¹²⁹.

Vanligare med skador bland äldre

Äldre patienter drabbas i större utsträckning av skador och vårdskador. Andelen vårdtillfällen där skada inträffat i åldersgruppen 18–64 år var 8,0 procent medan motsvarande siffra i åldersgruppen 65–79 år var 12,2 procent. I båda åldersgrupperna var siffran högre för kvinnor än män. I den äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre, var andelen vårdtillfällen med skada något lägre, 11,6 procent. I denna åldersgrupp var andelen något högre för män. Skillnader mellan åldersgrupper finns även för vårdskador. I åldersgruppen 18–64 år hade 3,9 procent minst en vårdskada, medan motsvarande siffra för åldersgruppen 65–79 år var strax under det dubbla, 7,0 procent. I åldersgruppen 80 år eller äldre utgjorde andelen vårdtillfällen med vårdskada 6,2 procent¹³⁰. Vill du läsa mer om vårdskador och patientsäkerhetsarbete för äldre, se *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2026*.

¹²⁸ Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård 2013–2022 på nationell nivå. Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.

¹²⁹ Socialstyrelsen har genomfört en enkätuppföljning om nationella handlingsplanens genomförande till regioner och kommuner 2021–2025. Enkätuppföljningen redovisas på [Uppföljning inom patientsäkerhet](#).

¹³⁰ Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.

Klagomål och anmälningar är viktiga verktyg för hälso-, sjuk- och tandvårdens kvalitetsarbete

I detta avsnitt beskrivs patienters och närståendes klagomål till patientnämnderna¹³¹, klagomål till Inspektionen för vård och omsorg, IVO¹³², vårdgivares lex Maria-anmälningar¹³³ samt anmälningar till Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Löf.

Antalet registrerade patientärenden till patientnämnderna ökade 2025 jämfört med föregående år. Under året tog patientnämnderna emot 46 506 ärenden jämfört med 42 208 ärenden 2024. De mest frekventa ärendetyperna under 2025 var vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet¹³⁴.

Under 2025 inkom 6141 klagomål från patienter och närstående till IVO, vilket är något fler än år 2024 (5611 klagomål). IVO beslutade i 5757 ärenden och utredde 1044 i sak¹³⁵. 486 ärenden utmynnade i kritik, jämfört med 675 ärenden året före. Av klagomål utredda i sak var det flest inom verksamhetsområdena kirurgisk specialistsjukvård, primärvård (utom hemsjukvård) och invärtesmedicinsk specialistsjukvård. I kritiken från IVO var kategorierna vård och behandling, och diagnostisering vanligast.

Antalet lex Maria-anmälningar minskade något under 2025, från 2482 (år 2024) till 2429 (se tabell 3). Ungefär hälften av alla lex Maria anmälningar (1206 anmälningar) rörde åldersgruppen 65 år och äldre¹³⁶. IVO fattade beslut i 2362 ärenden; de flesta av dessa gällde verksamhetsområdena kirurgisk specialistsjukvård och primärvård (utom hemsjukvård). De största kategorierna var vård och behandling, diagnostisering och läkemedelshantering.

Tabell 3. Antal inkomna respektive beslutade anmälningar enligt lex Maria 2019–2025

Lex Maria	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antal inkomna ärenden	2269	2166	2258	2072	2325	2482	2429
Antal beslutade ärenden	2113	2102	2265	2034	2293	2561	2362

Källa: Inspektionen för vård och omsorg¹³⁷

¹³¹ Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

¹³² IVO ska utreda vissa klagomål enligt 7 kap. 11 § PSL om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter.

¹³³ Enligt 3 kap. 5 § PSL ska vårdgivaren anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

¹³⁴ Uppgift från Patientnämndernas kansli, Region Jönköpings län, 2026-01-27.

¹³⁵ Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg 2026-02-05 (e-post).

¹³⁶ Ett ärende kan gälla flera individer och därför en eller flera åldersgrupper. Det finns även ärenden där ålder inte specificeras.

¹³⁷ Uppgifter från Inspektionen för vård och omsorg 2026-02-05 (e-post). Antal beslutade ärenden kan skilja sig från antal inkomna ärenden på grund av handläggningstider.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Lof, tog emot 22 800 anmälningar under 2025. Det är en ökning med knappt fyra procent (850 anmälningar) jämfört med 2024. De senaste åren ses en kontinuerlig ökning av anmälningar i åldersgruppen 20–79 år, och främst i åldern 20–39. Den successiva ökningen av antal anmälningar bedöms bero på att befolkningen ökar och mer sjuk- och tandvård genomförs. Det finns också en ökad kunskap och medvetenhet om möjligheterna att anmäla en inträffad skada. Skador inom ortopedi, distriktsvård, tandvård och kirurgi är fortsatt de som anmäls oftast. Det är vanligast med skador som inträffar i samband med operation eller behandling. En vanlig skadetyper är också merskador på grund av försenad eller utebliven diagnos.

I cirka 42 procent av de ärenden som beslutades under 2025 erhöLL patienten ersättning. Under 2025 betalades ut knappt 740 miljoner kronor i ersättning till patienter och efterlevande för undvikbara skador. Det ökade antalet anmälningar har ingen påvisbar motsvarighet i ett ökat antal undvikbara skador. Tvärtom kan det för flera områden noteras en konstant eller sjunkande förekomst av undvikbara skador. Minskad förekomst av undvikbara skador och mindre allvarliga konsekvenser av skadan kan sannolikt tillskrivas att det inom flera områden, exempelvis förlossningsvård och ledproteskirurgi, har bedrivits ett systematiskt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete¹³⁸.

Resistensutveckling och förekomst av antibiotikaresistenta bakterier

Antibiotikaresistens är en form av antimikrobiell resistens och avser specifikt bakteriers motståndskraft mot antibiotika¹³⁹. På global nivå är antibiotikaresistens ett av de allvarligaste hälsohoten. Resistensen riskerar att begränsa både grundläggande sjukvård och avancerade medicinska behandlingar. För den moderna sjukvården, inklusive kirurgi, intensivvård och cancerbehandling, är fungerande antibiotika avgörande. Nya beräkningar visar att antibiotikaresistenta infektioner redan idag leder till över en miljon dödsfall globalt varje år. Siffran förväntas stiga till nästan två miljoner årligen fram till 2050. En central utgångspunkt i arbetet för att motverka resistensutveckling är ansvarsfull användning av antibiotika. För hälso-, sjuk- och tandvården innebär det att antibiotika endast förskrivs när det behövs och enligt gällande behandlingsrekommendationer.

Sverige har under lång tid varit ett föregångsland i arbetet mot antibiotikaresistens. Detta tack vare ett systematiskt och tvärsektoriellt arbete som omfattar flera samhällssektorer. Den nya strategin mot

¹³⁸ Skadestatistik. Lof. Hämtad 2026-02-09.

¹³⁹ Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

antimikrobiell resistens¹⁴⁰ spänner över åren 2026–2035 och syftar till att minska uppkomsten och spridningen av resistenta mikroorganismer genom ett omfattande helhetsgrepp. Strategin omfattar tio centrala målområden som samverkar för att på ett strukturerat sätt tackla resistensutvecklingen från flera olika perspektiv.

I Sverige finns sedan 1995 nätverket Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens), vilket samverkar kring arbetet mot antibiotikaresistens¹⁴¹. Strama är en viktig del i Sveriges framgång i arbetet mot antibiotikaresistens. Det finns 21 regionala Stramagrupper som arbetar med lokalt förbättringsarbete och tillsammans utgör Stramanätverket. Det strategiska arbetet med att minska och förbättra antibiotikaförskrivningen inom svensk tandvård inleddes 2007, då Nationella Tandvårds-Strama grundades.

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka. Läget i Sverige är dock gynnsammare än i många andra länder i Europa tack vare det förebyggande arbete som bedrivs. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är centrala för att minska infektionstrycket i samhället – och därmed även behovet av antibiotika och andra antimikrobiella medel¹⁴².

Utvecklingen inom vissa områden är dock oroande. Ett stort problem är den ökande förekomsten av ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) hos tarmbakterier. Bakterier med ESBL bär på enzymer som gör dem resistenta mot antibiotikagrupperna betalaktamer. ESBL fanns hos 9 procent av *Escherichia coli* från blododlingar¹⁴³. I Europa rapporterades ett viktat värde på 16 procent. Ett ännu större problem är tarmbakterier som är resistenta mot karbapenemer (ESBL-CARBA). I Sverige var resistensen under 1 procent vid allvarliga infektioner, men antalet anmälda fall har ökat kraftigt de senaste åren och flera sjukhus i olika regioner har rapporterat smittspridning^{144 145}. Vidare kan det konstateras att antalet anmälda fall av tarmbakterien vankomycinresistenta enterokocker (VRE), likt ESBL-CARBA, ökat de senaste åren (2024)¹⁴⁶. Antibiotika som förskrivs av tandläkare har ofta låg risk för resistensutveckling¹⁴⁷.

¹⁴⁰ Sveriges strategi mot antimikrobiell resistens 2026–2035. Regeringskansliet; 2025.

¹⁴¹ Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

¹⁴² Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

¹⁴³ Sales of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden. Swedres-Svarm; 2024.

¹⁴⁴ Sales of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden. Swedres-Svarm; 2024.

¹⁴⁵ [Smittsamma sjukdomar – statistik](#). Folkhälsomyndigheten; 2025. Hämtad 2025-11-10.

¹⁴⁶ Sales of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Sweden. Swedres-Svarm; 2024.

¹⁴⁷ Uppdrag att analysera tandvårdens roll för att minska antimikrobiell resistens. Socialstyrelsen; 2026.

Den nationella handlingsplanen ger stöd i patientsäkerhetsarbetet

Våren 2025 uppdaterades den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet¹⁴⁸. I och med det har målgrupperna utökats från huvudmän till att även omfatta vårdgivare. År 2025 hade 20 regioner tagit fram egna handlingsplaner eller hade ett annat styrdokument för patientsäkerhet. Antalet kommuner som har handlingsplan eller motsvarande styrdokument, som har ett beslut om att ta fram en handlingsplan eller arbetar med att fram en handlingsplan ökar stadigt och var 161 kommuner¹⁴⁹.

Även om huvudmännens och vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete har kommit olika långt så finns det övergripande områden som behöver stärkas. Det är grundläggande förutsättningar för en säker vård som exempelvis ledning och styrning, kunskap och kompetens, säkerhetskulturen och involveringen av patienter och närstående.

Dialog och möten med huvudmän visar att det systematiska patientsäkerhetsarbetet utvecklas, men att fortsatt stöd och vägledning är viktigt för att vårdskadorna ska minska. Det handlar exempelvis om utbildningsinsatser, forum för dialog och erfarenhetsutbyte samt olika former av uppföljning. För att kunna koppla uppföljningen till den nationella handlingsplanen behöver redovisningen även spegla ett systemperspektiv och visa på strukturer, processer och resultat som inte enbart är relaterade till specifika diagnoser. Indikatorer¹⁵⁰ på systemnivå behövs för att vidga perspektivet på organisation genom att till exempel spegla ledning för patientsäkerhet och riskmedvetenhet¹⁵¹.

Otydlig delegering av läkemedelshantering medför risker

Även om läkemedelsbehandling är en av de vanligaste åtgärderna inom hälso- och sjukvården innebär läkemedelsbehandling ändå risk för skador och en betydande andel av dessa bedöms som undvikbara. Delegering av läkemedelshantering medför risker som beror på hur vården är organiserad, tillgängliga resurser och personalens kompetens i förhållande till komplexiteten i uppdraget¹⁵². Tidigare reglering har varit otydlig, och därför har reglerna för delegering av läkemedelshantering ändrats från och med 1

¹⁴⁸ Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁴⁹ Socialstyrelsen har genomfört en enkätuppföljning om nationella handlingsplanens genomförande till regioner och kommuner 2021–2025. Enkätuppföljningen redovisas på [Uppföljning inom patientsäkerhet](#).

¹⁵⁰ Se bland annat indikatorer för patientsäkerhet i [Analysverktyget](#).

¹⁵¹ [Uppföljning inom patientsäkerhet](#). Socialstyrelsen; 2025.

¹⁵² Säker läkemedelshantering – med fokus på delegering inom kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2023.

januari 2026¹⁵³. Ändringen syftar till att göra det enklare att förstå och tillämpa reglerna kring delegering med målet att reglerna ska vara lätta att överblicka och bidra till god och säker vård. De nya bestämmelserna syftar till att skapa ett tydligare vårdgivansvar för delegering av läkemedelshantering, och att delegering av läkemedelshantering ska vara en del av vårdgivarens systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbete.

Användningen av läkemedel skiljer sig åt mellan grupper i samhället

Läkemedel är ett användbart verktyg för behandling i stora delar av hälso-, sjuk- och tandvården. Det första moderna läkemedlet framställdes redan i slutet av 1800-talet och nuförtiden används läkemedel regelbundet av många människor i olika åldrar, med olika typer av bakgrund och sjukdomsbild. Under 2025 hämtade drygt 7 miljoner svenskar ut minst ett receptbelagt läkemedel, vilket motsvarar 68 procent av befolkningen¹⁵⁴. De offentliga kostnaderna för läkemedel är stora och användningen skiljer sig ibland åt mellan kön, åldersgrupper och personer från områden med olika grad av socioekonomiska utmaningar¹⁵⁵. Vill du läsa om omfattningen och kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning, se *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2026*.

Iakttagelser i korthet

- 75 procent av kvinnorna och 61 procent av männen hämtade ut minst ett läkemedel på recept under 2024.
- Uthämtningen av smärtstillande läkemedel följer en tydlig socioekonomisk gradient i alla åldersgrupper, med högre andel i områden med socioekonomiska utmaningar.
- Antalet personer som har hämtat ut läkemedel utanför förmånerna har legat relativt stabilt men ökat något över tid.
- Fler kvinnor än män hämtar ut läkemedel utanför förmånen, vilket till del förklaras av läkemedel för gynekologiskt bruk som inte omfattas av läkemedelsförmånerna.

¹⁵³ Delegering av läkemedelshantering regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård upphörde att gälla vid utgången av 2025. Vid samma tidpunkt upphörde Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården att gälla och ersattes av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:51) om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter inom tandvården.

¹⁵⁴ Statistik om läkemedel 2024. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁵⁵ Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i de vanligaste läkemedelsgrupperna – En fördjupning av den officiella statistiken om läkemedel. Socialstyrelsen; 2025.

- De totala kostnaderna för läkemedel utanför förmånerna var stabila fram till 2021, för att sedan öka. Det förklaras främst av en ökande uthämtning av nya läkemedel för viktkontroll med relativt hög årskostnad per patient.
- För grupperna preventivmedel, potensmedel, melatonin och viktkontroll syns tydligt att patienter med bättre socioekonomi i högre grad hämtar ut läkemedel utanför förmånerna. Trots att årsgenomsnittskostnaden för läkemedel vid viktkontroll är nästan tio gånger högre än för de andra nämnda grupperna, är skillnaden mellan de olika socioekonomiska grupperna för dessa läkemedel inte större.

Variationer i läkemedelsuthämtning tyder på att det kan finnas omotiverade skillnader

Läkemedelsanvändningen är högre bland kvinnor än män – 75 procent av kvinnorna och 61 procent av männen hämtade ut minst ett läkemedel på recept under 2024¹⁵⁶. Kvinnor hämtar exempelvis ut smärtstillande läkemedel i högre utsträckning än män och uthämtningen ökar generellt med stigande ålder. Flera rapporter¹⁵⁷ visar på mönster där män förskrivs dyrare läkemedel än kvinnor, och att det finns skillnader i läkemedelsbehandling av kvinnor och män som är svåra att förklara medicinskt och kan tyda på ojämlik vård¹⁵⁸. Dyrare innebär dock inte alltid bättre, och det kan vara svårt att avgöra om, och när, skillnaderna är medicinskt motiverade. Socialstyrelsen har dock sedan länge konstaterat att skillnaderna motiverar frågor om orsakerna, de ekonomiska konsekvenserna, samt betydelsen av kön för det kliniska beslutsfattandet¹⁵⁹.

Uthämtningen av smärtstillande läkemedel följer också en tydlig socioekonomisk gradient i alla åldersgrupper, med högre andel i områden med socioekonomiska utmaningar. Bland kvinnor i åldersgrupperna 25–44 och 45–64 år är det nästan dubbelt så vanligt att hämta ut denna typ av läkemedel i områden med stora socioekonomiska utmaningar, jämfört med områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. De socioekonomiska skillnaderna är även tydliga bland män¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Inklusive preventivmedel.

¹⁵⁷ Se exempelvis [Kartläggning av könsskillnader i hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen](#). Västra Götalandsregionen; 2023. [\(O\)jämsättldhet i hälsa och vård](#). Sveriges Kommuner och Landsting, SKL; 2019. [Detaljhandel med läkemedel 2024](#). E-hälsomyndigheten; 2025.

¹⁵⁸ Loikas D, Wettermark B, von Euler M, et al. Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden BMJ Open 2013;3:e 002378. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002378.

¹⁵⁹ Se exempelvis [Jämsättld vård? Könspektiv på hälso- och sjukvården](#). Socialstyrelsen; 2004.

¹⁶⁰ Socioekonomiska skillnader på områdesnivå i de vanligaste läkemedelsgrupperna – En fördjupning av den officiella statistiken om läkemedel. Socialstyrelsen; 2025.

Socialstyrelsen har under åren visat att det finns variationer i uthämtningen av en del läkemedel. Vissa skillnader är större än vad som rimligtvis kan förklaras av variationer i förekomsten av sjukdomar, något som även Socialstyrelsens rapport om ojämlika villkor för hälsa och vård belyste för 15 år sedan. En förklaring till de regionala skillnaderna då var att landstingen (idag regionerna) hade bildat egna grupper för medicinsk utvärdering (Health Technology Assessment, HTA). En annan anledning beskrevs vara regionernas beslut om tillfälliga eller mer permanenta ekonomiska begränsningar inom läkemedelsområdet. Olika typer av ekonomiska överväganden kan leda till variationer som inte är medicinskt motiverade¹⁶¹. Sedan dess har dock flera initiativ skett för att minska de regionala skillnaderna, till exempel genom ordnat införande av nya och ofta mycket kostsamma läkemedel över hela landet genom NT-rådets arbete (Rådet för nya terapier inom SKR)¹⁶².

Nya läkemedel utanför förmånssystemet förändrar kostnadsbilden

Under de senaste åren har frågan om läkemedel utanför förmånssystemet blivit alltmer aktuell, då skillnader i förskrivning, subventionering och kostnader för den enskilde patienten riskerar att förstärka såväl regionala som socioekonomiska skillnader i vården. Det finns flera olika skäl till att patienter betalar fullt pris för läkemedel i Sverige, exempelvis att läkemedlet inte omfattas av läkemedelsförmånerna¹⁶³, eller att det omfattas men att uttaget görs utan förmånerna¹⁶⁴. I den nationella statistiken över läkemedel som är uthämtade på recept (Socialstyrelsens läkemedelsregister) syns alla dessa alternativ som att läkemedlet har hämtats ut utanför förmånerna¹⁶⁵.

Fåtal läkemedel driver en långsam ökning av antalet personer som hämtar ut läkemedel utanför förmånerna

Under 2025 hämtade drygt 3,5 miljoner personer i Sverige ut minst ett läkemedel utanför förmånerna¹⁶⁶, vilket kan jämföras med att totalt

¹⁶¹ Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

¹⁶² Läs mer om NT-rådets arbete här: [NT-rådet](#).

¹⁶³ Exempelvis för att företaget inte har ansökt om förmån, att förmånsbeslut ännu inte fattats, att förmånsansökan avslagits eller att företaget begärt utträde ur läkemedelsförmånerna för läkemedlet.

¹⁶⁴ Exempelvis om förskrivaren bedömer att förskrivningen inte omfattas av villkoren för förmånerna, om patienten hämtar ut läkemedel för nära inpå senaste uttaget eller av annat skäl väljer att hämta ut läkemedlet utanför förmånerna. Vidare är gränsen för uttag inom läkemedelsförmånerna normalt 3 månader och överskridande mängd bekostas av patienten.

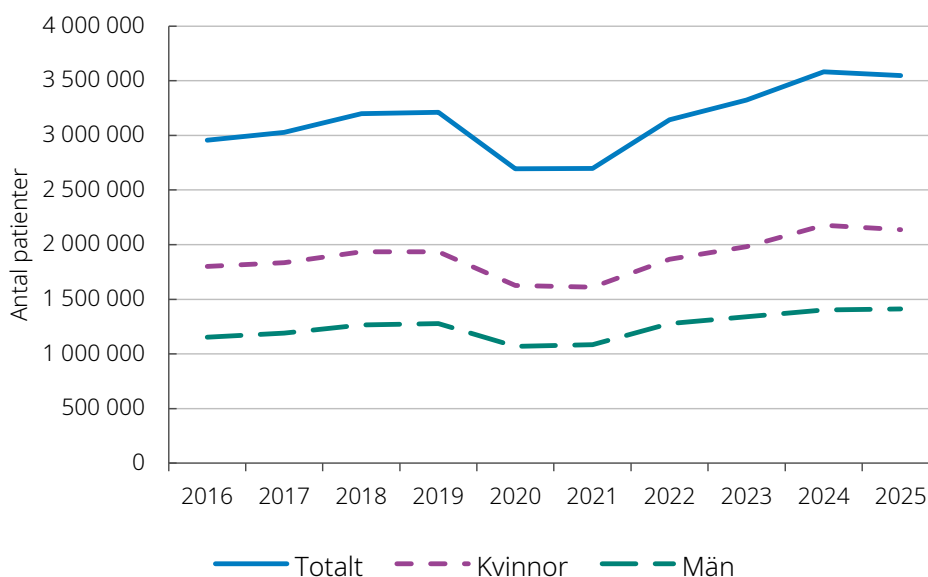
¹⁶⁵ I denna statistik finns också läkemedel utanför förmånerna som bekostas av regionerna genom så kallad undantagshantering och läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagstiftningen, samt läkemedel som hämtats ut av patienter som inte har rätt till läkemedelsförmånerna, exempelvis personer som inte är bosatta i Sverige och inte arbetar i landet.

¹⁶⁶ Analysen inkluderar alla läkemedel som hämtades ut på svenska apotek 2016–2025 med förmånsstatus U (utan förmån) i Läkemedelsregistret och inkluderar endast patienter med svenska

7,2 miljoner personer hämtade ut minst ett läkemedel under samma år. Antalet personer som har hämtat ut läkemedel utanför förmånerna har legat relativt stabilt men ökat något över tid (figur 47).

Figur 47. Antal personer som har hämtat ut läkemedel utanför förmånerna, per år 2016–2025

Antal personer med svenska personnummer som har hämtat ut minst ett läkemedel utanför förmånerna, per år. ATC-koderna G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB till patienter under 26 år, N05A och J05 har exkluderats



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Fler kvinnor än män hämtar ut läkemedel utanför förmånen, vilket till del förklaras av läkemedel för gynekologiskt bruk som används för antikonception, fertilitet, graviditet och andra gynekologiska besvär som ofta inte omfattas av läkemedelsförmånerna. Det är också en större andel kvinnor än män som hämtar ut hostmedicin och läkemedel för viktkontroll. Bland vanliga läkemedel som i stället främst hämtas ut av män återfinns potensmedel, andra urologiska läkemedel och läkemedel mot håravfall.

I figur 47 syns en tydlig nedgång under pandemiåren 2020–2021 för både kvinnor och män, då uthämtningen av läkemedel mot framför allt luftvägssjukdomar tillfälligt gick ner. Mot slutet av tidsperioden ökar antalet patienter som hämtat ut läkemedel utanför förmånerna bland både kvinnor och män, vilket till del förklaras av ökad uthämtning av nya läkemedel för

personnummer (ej personer på tillfälligt besök i Sverige). Vissa preventivmedel och smittskyddsläkemedel har också exkluderats. Preventivmedel till personer under 26 år (ATC-kod: G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB) och neuroleptika (ATC-kod N05A) är ofta kostnadsfria för patienten och bekostas genom regionernas undantagshantering, varför dessa uthämtningar utanför förmånerna också har exkluderats. Läkemedel inom ATC-kod J05 har exkluderats, då den till stor del utgörs av smittskyddsläkemedel som är kostnadsfria för patienten. Övrig undantagshantering i regionerna och övrigt smittskydd har inte kunnat exkluderas i analysen och utgör således en felkälla. Analysen omfattar heller inte läkemedel som inte finns med i Läkemedelsregistret.

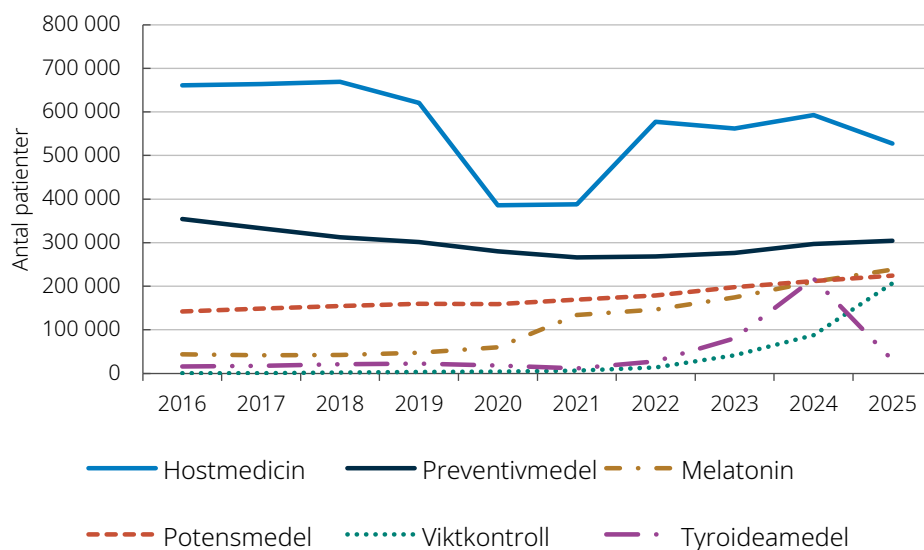
viktkontroll. För kvinnor syns en kraftigare ökning som också förklaras av ökad uthämtning av läkemedel för sköldkörtelsjukdomar, så kallade tyroidealäkemedel, utanför förmånerna, och som beskrivs närmare i figur 48.

Uthämtningsmönstren varierar för olika typer av läkemedel och över tid. Figur 48 visar uthämtningen av utvalda läkemedelsgrupper som hämtas ut av relativt många personer och/eller till en relativt hög kostnad.

De analyserade läkemedelsgrupperna är: hostmedicin, preventivmedel, potensmedel, melatonin (sömnmedel), viktkontroll samt tyroideamedel.

Figur 48. Antal personer som har hämtat ut utvalda läkemedelsgrupper utanför förmånerna, per år 2016–2025

Antal personer med svenska personnummer som har hämtat ut minst ett läkemedel utanför förmånerna, per år. Följande ATC-koder ingår: Hostmedicin (R05), Preventivmedel (G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB till personer 26 år och äldre), Potensmedel (G04BE), Melatonin (N05CH), Viktkontroll (A08AA51, A08AA62, A08AB01, A10BJ02, A10BJ06, A10BX16), Tyroidealäkemedel (H03AA)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Hostmedicin hade en tydlig nedgång under pandemiåren 2020–2021, då samhällets åtgärder för att minska smittspridningen av covid-19 även ledde till minskad smittspridning av andra luftvägssjukdomar. Efter pandemin har antalet patienter åter blivit fler, men på en lägre nivå än tidigare. Det är sedan länge känt att evidensen för hostmedicinens effekt är bristande och det är därför dessa läkemedel inte finns inom läkemedelsförmånerna¹⁶⁷.

Antalet personer över 26 år som hämtade ut preventivmedel utanför förmånerna minskade under tidsperioden. Ett exempel på förändring inom gruppen är en hormonspiral, som tidigare var godkänd för användning i upp

¹⁶⁷ [Läkemedelsboken – Hosta](#). Läkemedelsverket; 2025. Hämtad 2026-01-25.

till fem år men som sedan 2022 är godkänd för användning upp till åtta år. En sådan förändring ger minskad uthämtning av läkemedlet på sikt, även om antalet patienter skulle vara detsamma.

För melatonin syns tydligt den tidpunkt då läkemedlet övergick från att till stor del ha hämtats ut inom förmånerna, i form av så kallade lagerberedningar, till att i större utsträckning hämtas ut utanför förmånerna. När melatonin började säljas som godkänt läkemedel 2021 begränsades förmånen till att bara gälla för barn med sömnsvärigheter, då läkemedlen inte är godkända för sömnbesvär hos vuxna. Uthämtningen ökar i alla åldersgrupper.

Antalet patienter som hämtar ut potensläkemedel ökar stabilt över tid. Ökningen finns i alla åldersgrupper, från de yngsta till de äldsta. Genomsnittskostnaden per patient och år har sjunkit över tid, på grund av sjunkande priser efter patentutgångar, vilket kan ha bidragit till att fler patienter kan hämta ut läkemedlen. Att det har varit brist potensläkemedel inom förmånerna de senaste åren kan också ha bidragit till en ökad användning av alternativen utanför förmånerna.

De senaste åren har uthämtningen av läkemedel för viktkontroll utanför förmånerna ökat kraftigt från låga nivåer, efter att nya läkemedel har introducerats. Användning har varit omskriven i media, då den innebär en stor kostnad för patienten. Den potentiella patientpopulationen är stor. Folkhälsomyndigheten uppskattar att cirka 1 av 5 har obesitas¹⁶⁸, och en fortsatt ökning kan därför förväntas.

Tyroidealäkemedel, som används för att behandla sjukdomar i sköldkörteln, används av många patienter och hämtas vanligen ut inom förmånerna. Vissa tyroidealäkemedel utträdde dock ur förmånssystemet i slutet av 2023, för att under andra halvan av 2024 återinträda. Under den perioden skedde många uthämtningar utanför förmånerna. I början av 2025 var uthämtningen utanför förmånerna åter på nivåer som innan. Så kan tillfälliga förändringar i ett läkemedels förmånsstatus få stor påverkan på uthämtning utanför förmånerna, något som också kan ses vid restsituationer för förmånsläkemedel, i de fall en ersättningsvara inte omfattas av förmånerna.

Kostnaderna för läkemedel utanför förmånen har ökat de senaste åren

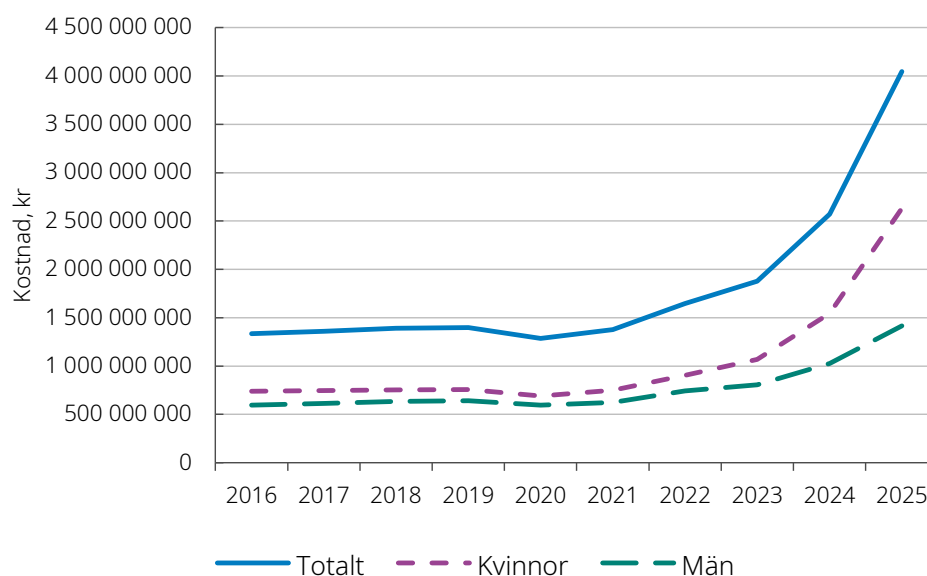
De totala kostnaderna för läkemedel utanför förmånerna var stabila fram till 2021, för att sedan öka (figur 49). Det förklaras främst av en ökande uthämtning av nya läkemedel för viktkontroll med relativt hög årskostnad per patient. Kostnaderna för läkemedel utanför förmånerna till patienter som har rätt till läkemedelsförmånerna uppgick 2025 till drygt 4 miljarder

¹⁶⁸ [Övervikt och obesitas hos vuxna](#). Folkhälsomyndigheten; 2025. Hämtad 2026-01-25.

kronor, vilket kan jämföras med de totala kostnaderna för alla uthämtade läkemedel i Sverige som under samma år uppgick till 52,9 miljarder¹⁶⁹.

Figur 49. Kostnader för läkemedel utanför förmånerna, per år 2016–2025, uppdelat på kön

Läkemedelskostnader för läkemedel utanför förmånerna för personer med svenska personnummer som har hämtat ut minst ett läkemedel utanför förmånerna, per år. ATC-koderna G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB till patienter under 26 år, N05A och J05 har exkluderats



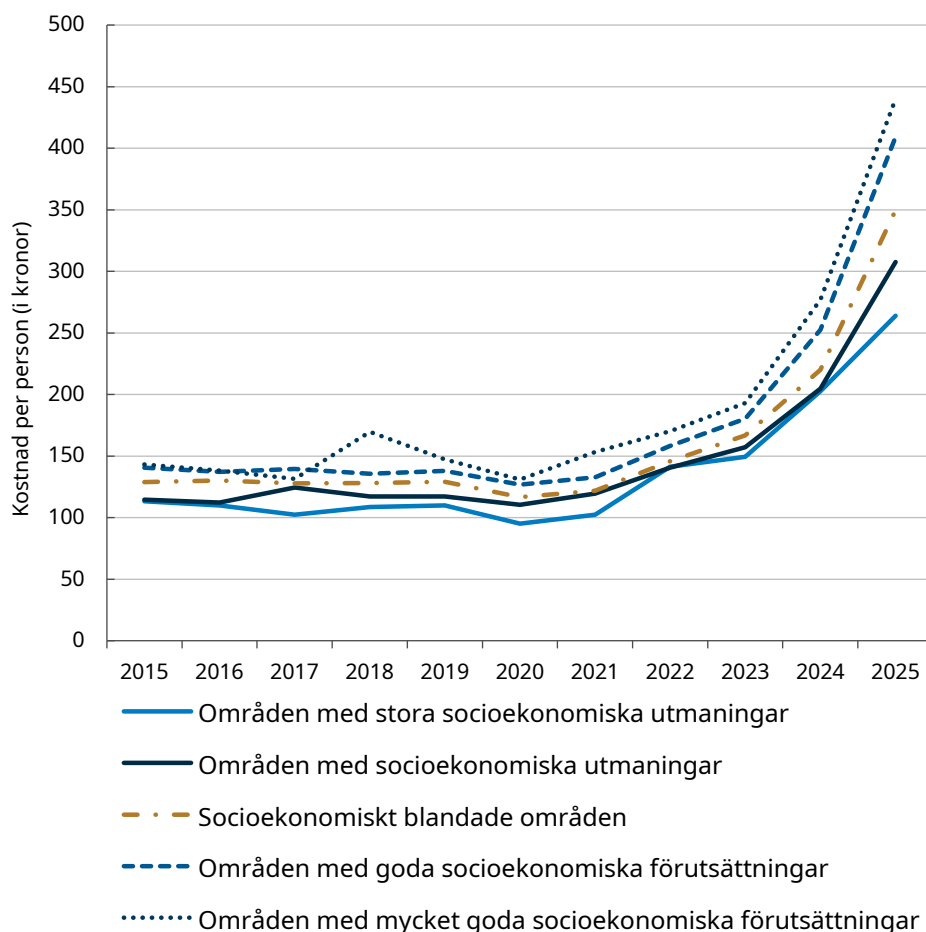
Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret

När man bryter ned kostnaderna på områdestyp syns en liknande utveckling. För samtliga områdestyper har kostnaderna ökat över tid. Kostnaderna har ökat mer ju bättre socioekonomiska förutsättningar ett område har, och skillnaderna mellan områdestyperna har ökat de senaste åren. I figur 50 visas kostnaden per person för respektive områdestyp, fördelat på hela befolkningen i den områdestypen.

¹⁶⁹ Total kostnad i apotekens utförsäljningspris (AUP) för receptbelagda läkemedel till människa enligt E-hälsomyndigheten (Concise).

Figur 50. Kostnader per person för läkemedel utanför förmånerna, för år 2016–2025, uppdelat på hela befolkningen per områdestyp

Läkemedelskostnader för läkemedel utanför förmånerna för personer med svenska personnummer som har hämtat ut minst ett läkemedel utanför förmånerna, per år. ATC-koderna G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB till patienter under 26 år, N05A och J05 har exkluderats.



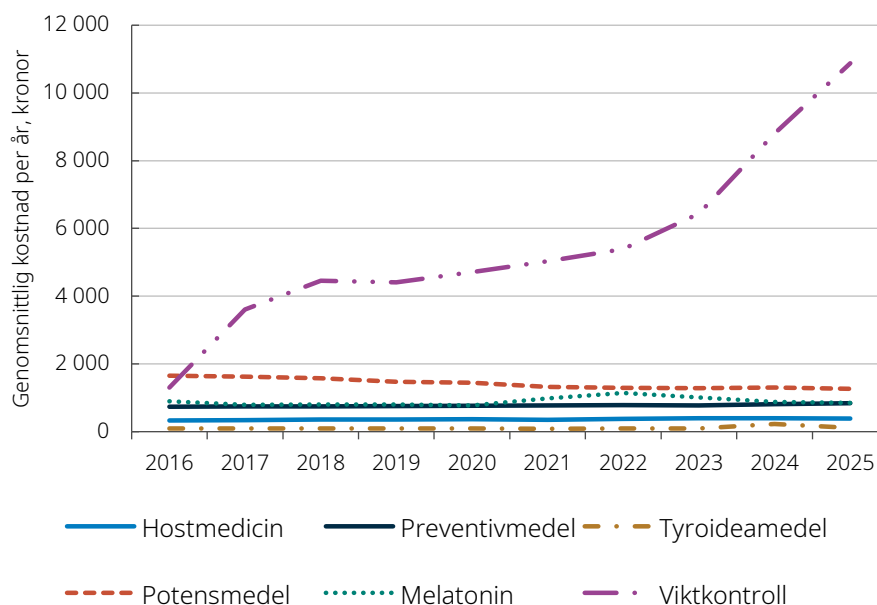
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kostnaden per patient varierar stort mellan olika läkemedel

För majoriteten av de utvalda läkemedelsgrupperna med hög användning utanför förmånerna är den genomsnittliga årskostnaden under 1 000 kr per patient, se figur 51.

Figur 51. Genomsnittlig årskostnad per patient och läkemedelsgrupp utanför förmånerna, per år 2016–2025

Genomsnittlig årskostnad per patient för läkemedel utanför förmånerna för personer med svenska personnummer som har hämtat ut minst ett läkemedel utanför förmånerna, per år. Följande ATC-koder ingår: Hostmedicin (R05), Preventivmedel (G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB), Potensmedel (G04BE), Melatonin (N05CH), Viktkontroll (A08AA51, A08AA62, A08AB01, A10BJ02, A10BJ06, A10BX16), Tyroidealäkemedel (H03AA)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Patienter som hämtar ut läkemedel för sammanlagt mindre än 2 000 kr om året betalar fullt pris oavsett om läkemedlen omfattas av läkemedelsförmånerna eller inte. Mer än hälften av de patienter som hämtar ut läkemedel inom förmånerna når inte upp till det första rabattsteget¹⁷⁰. Patienter med högre läkemedelskostnader inom förmånssystemet får rabatt och betalar upp till 3 800 kr per år för dessa, men betalar samtidigt fullt pris för läkemedel utanför förmånerna.

Den genomsnittliga årskostnaden per patient för läkemedel för viktkontroll utanför förmånerna har sedan 2018 varit högre än dagens maxbelopp i högkostnadsskyddet. Att det genomsnittliga priset har gått upp stegvis för dessa beror på att flera nya läkemedel med högre kostnad per patient har introducerats under åren. Läkemedel med höga kostnader utanför förmånerna riskerar att i större utsträckning än läkemedel med lägre kostnader att få en ojämn användning eftersom det inte finns något högkostnadsskydd utanför förmånen.

¹⁷⁰ Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel. S2024/02135. Regeringskansliet; 2024.

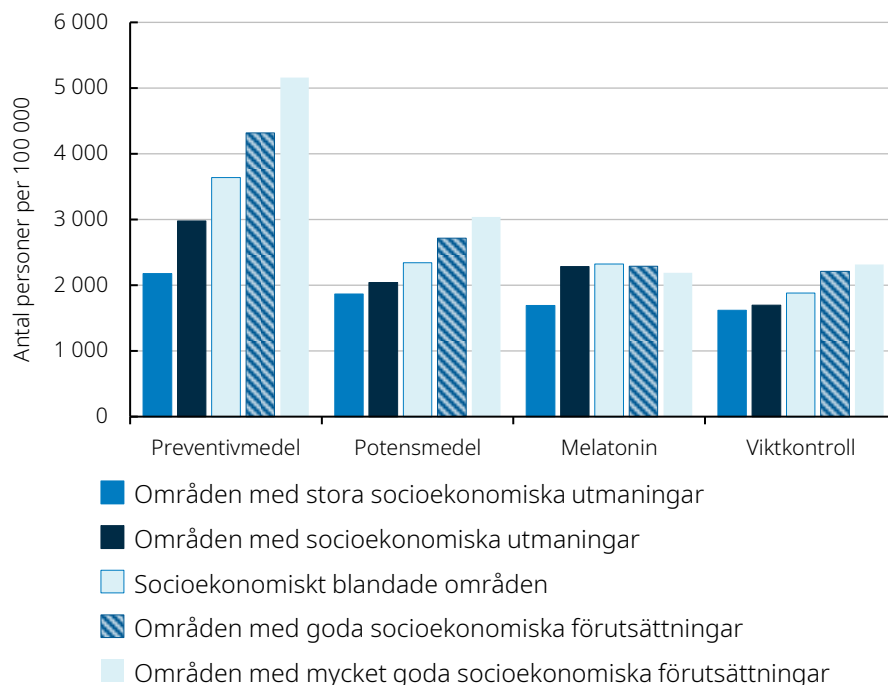
Socioekonomiska skillnader i uthämtning beror inte bara på kostnader

Antalet personer som hämtar ut läkemedel kan variera mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar¹⁷¹. För de utvalda läkemedelsgrupperna med lägst genomsnittlig årskostnad, tyroidealäkemedel och hostmediciner, ses en jämn fördelning mellan områden med olika socioekonomi. I exemplet tyroidealäkemedel, som i normalfallet hämtas ut inom förmånerna, kan vi anta att användningen är jämnt fördelad mellan olika socioekonomiska grupper.

För grupperna preventivmedel, potensmedel, melatonin och viktkontroll syns tydligt att patienter med bättre socioekonomi i högre grad hämtar ut läkemedel utanför förmånerna (figur 52). Trots att årsgenomsnittskostnaden för läkemedel vid viktkontroll är nästan tio gånger högre än för de andra nämnda grupperna, är skillnaden mellan de olika socioekonomiska grupperna för dessa läkemedel inte större.

Figur 52. Utvalda läkemedelsgrupper fördelade på områdestyp, år 2025

Antal personer per 100 000 med svenska personnummer som har hämtat ut minst ett läkemedel utanför förmånerna, fördelade efter socioekonomisk områdestyp och ålderstandardiserat. Följande ATC-koder ingår: Preventivmedel (G03A exkl. G03AD, G03CA, G02BA, G02BB), Potensmedel (G04BE), Melatonin (N05CH), Viktkontroll (A08AA51, A08AA62, A08AB01, A10BJ02, A10BJ06, A10BX16)



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

¹⁷¹ Prevalensen av ett sjukdomstillstånd kan också variera mellan regionala statistikområden, vilket vi i denna analys inte har kunnat ta hänsyn till.

I analysen ser vi bara de läkemedel som har hämtats ut på apotek. Det kan också finnas förskrivna läkemedel som patienten av olika skäl inte har hämtat ut, eller som inte ens har förskrivits till exempel för att de inte omfattas av förmånerna eller för att patienten inte har råd. Vi kan anta att skillnaden mellan hur mycket som har förskrivits och hur mycket som har hämtats ut utanför förmånerna är störst i socioekonomiskt svaga grupper, vilket skulle förstärka den redan ojämlika fördelningen för flera läkemedel.

Många personer med kroniska sjukdomar får bristande uppföljning och vård

Allt fler människor lever länge med olika kroniska sjukdomar, och allt fler patienter är äldre. Det gör att vårdens uppdrag i ökad utsträckning handlar om att stärka patienters förutsättningar att leva ett aktivt och värdigt liv med sina symptom eller sjukdom. År 2011 konstaterade Socialstyrelsen att steg tagits i rätt riktning för att göra vården mer patientfokuserad och organiserad utifrån patientens behov, men att stora utmaningar kvarstår exempelvis hos flera grupper med stora och kontinuerliga vårdbehov¹⁷².

Iakttagelser i korthet

- Frånvaron av årlig uppföljning och tandvårdsbesök för personer med kroniska sjukdomar är generellt utbredd och innebär betydande risker, både medicinskt och socialt. Det finns även skillnader mellan regioner, mellan kvinnor och män samt mellan personer boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Vissa personer med kroniska sjukdomar saknar helt uppföljningsbesök hos läkare eller tandvårdsbesök under en undersökt femårsperiod.
- I områden med stora socioekonomiska utmaningar har drygt hälften av alla personer med KOL inte besökt tandvården under hela uppföljningsperioden.
- Alltför få personer med Parkinsons sjukdom erbjuds avancerad behandling, tillgängligheten är mycket ojämnt fördelad utifrån patientens bostadsort.
- Tillgång till rehabilitering och rehabiliteringsplaner vid sjukskrivning för personer med multipel skleros och Parkinsons sjukdom är bristfällig i flera regioner.

¹⁷² Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

Nationell högspecialiserad vård ger mer jämlika förutsättningar för personer med kroniska sjukdomar

Nationell högspecialiserad vård bidrar till att skapa mer jämlika förutsättningar i vård och behandling hos personer med särskilt komplexa och sällsynta kroniska sjukdomar. Med hjälp av högspecialiserad vård ges patienterna tillgång till multidisciplinära team med samlad expertkunskap, vilket möjliggör en heltäckande bedömning och individanpassad vårdplan. Efter besöket kan uppföljning och fortsatt vård dock ofta ske i patientens hemregion. Under 2025 trädde tillstånden i kraft för att bedriva nationell högspecialiserad vård för de kroniska sjukdomarna skelettdysplasier, dysmeli och koagulationssjukdomar.

Bristande uppföljning och tandvård för personer med kroniska sjukdomar

Årlig uppföljning prioriteras högt i nationella riktlinjer, men trots det får inte alla patienter med vissa kroniska tillstånd den rekommenderade uppföljningen¹⁷³. Det finns exempelvis stora brister i årlig uppföljning i specialiserad vård och tandvård för personer diagnostiserade med någon av de kroniska sjukdomarna epilepsi, KOL, MS, Parkinsons sjukdom och psoriasis.

Resultaten av en uppföljning^{174 175} av personer med dessa fem sjukdomar visar att vissa personer med kroniska sjukdomar helt saknar uppföljningsbesök hos läkare eller tandvårdsbesök under den aktuella femårsperioden. Även om det finns skillnader mellan de olika sjukdomarna när det gäller årlig uppföljning är frånvaron av uppföljningsbesök och tandvårdsbesök ändå generellt utbredd och att detta innebär betydande risker, både medicinskt och socialt. Det finns även skillnader mellan regioner, mellan kvinnor och män och mellan personer boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar. För att förebygga onödigt lidande och komplikationer behöver vården prioritera att nå dessa patienter och säkerställa att de får kontinuerlig uppföljning och tillgång till tandvård, i enlighet med nationella riktlinjer.

¹⁷³ Personer med kronisk sjukdom behöver uppföljningar. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

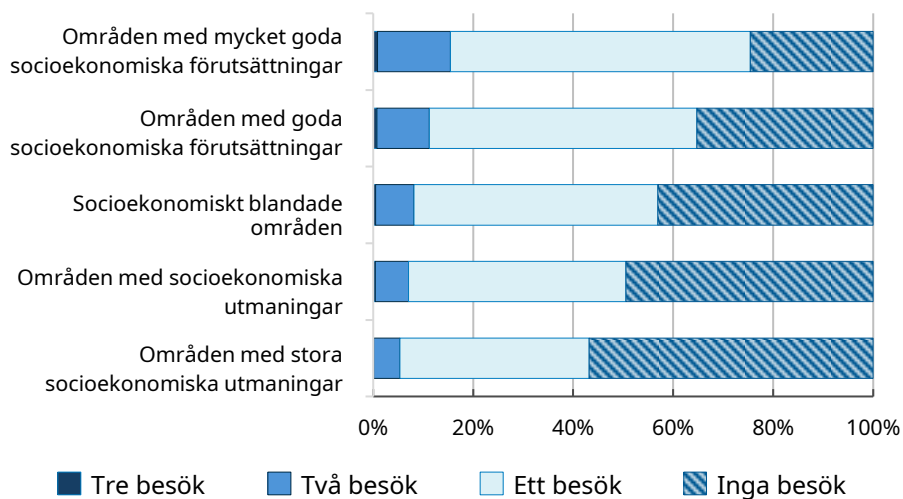
¹⁷⁴ Uppföljningen rörde personer som diagnostiserats med någon av dessa fem sjukdomar under åren 2010–2014, och huruvida de fått kontinuerlig årlig uppföljning hos läkare i specialiserad vård samt besök i tandvården under en femårsperiod som startar fem år efter diagnos, mellan 2016 och 2024.

¹⁷⁵ Analysen bygger på data från Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister, tandhälsoregister samt vissa nationella kvalitetsregister, till exempel Luftvägsregistret.

För personer med epilepsi framkommer att nästan 30 procent inte har fått något uppföljningsbesök alls hos läkare under perioden. Detta kan leda till att kontinuerlig uppföljning, vilket är särskilt viktigt för att säkerställa att behandlingen är effektiv, att eventuella biverkningar inte upptäcks och att patienten inte får stöd vid förändringar i sjukdomsbilden. Att så många helt saknar kontakt med vården kan innebära att försämringar eller behov av justeringar i behandlingen inte uppmärksammas. Dessutom har cirka 30 procent av epilepsipatienterna inte besökt tandvården alls. Det kan vilket öka risken för karies, tandköttsinflammation och andra orala problem, särskilt eftersom vissa läkemedel kan påverka munhälsan negativt.

Bland patienter med KOL visar resultaten att ungefär 20 procent inte har haft något uppföljningsbesök i specialiserad vård, och nästan 40 procent har helt avstått från tandvårdsbesök. Resultaten visar även att i områden med stora socioekonomiska utmaningar är det drygt hälften av personer med KOL som inte besökt tandvården under hela uppföljningsperioden (Figur 53). Eftersom KOL är en sjukdom där tillståndet kan försämrans gradvis och där risken för akuta försämringar är stor, innebär utebliven uppföljning att viktiga förändringar i hälsa och behandling kan gå obemärkt förbi. Detta kan leda till ökad risk för akut sjukhusvård och försämrad livskvalitet. Bristen på tandvårdsbesök är särskilt problematisk, då dålig munhälsa kan förvärra luftvägsinflammationer och öka infektionsrisken.

Figur 53. Andel personer med KOL; antal tandvårdsbesök under fem år, fördelat på regionala statistikområden



Källa: Patientregistret och Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen. Luftvägsregistret

För personer med MS är det främst den äldre åldersgruppen (45–74 år) som är drabbad. Här har nästan 10 procent inte haft något läkarbesök och omkring 20 procent har inte besökt tandvården under femårsperioden. MS är en sjukdom med varierande förlopp, och regelbundna kontroller är avgörande för att tidigt kunna identifiera försämringar och optimera

behandlingen. Utan uppföljning riskerar patienten att stå utan stöd och information, vilket kan bidra till ökad isolering och psykisk ohälsa.

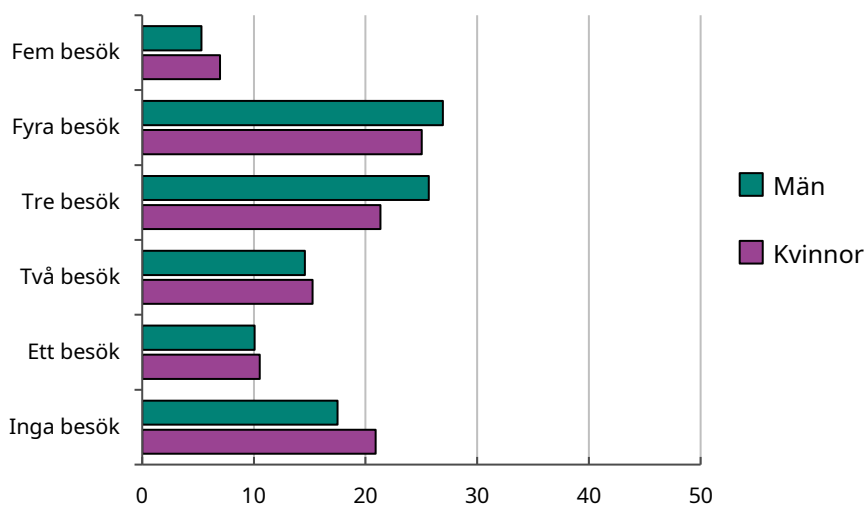
Parkinsons sjukdom är en progressiv neurologisk sjukdom där behovet av kontinuerlig uppföljning också är stort. Trots detta visar rapporten att cirka fyra procent av patienterna inte har haft något läkarbesök alls under femårsperioden, och omkring 15 procent inte alls har besökt tandvården. Bristande uppföljning kan leda till att symtomfluktuationer och biverkningar av läkemedel inte upptäcks, vilket kan försämra patientens möjlighet till självständighet och livskvalitet. Dessutom är risken för försämrad munhälsa stor, då sjukdomen påverkar både motorik och munfunktion.

När det gäller personer med psoriasis som får systemisk behandling är situationen liknande. Cirka 20 procent har inte haft något läkarbesök och ungefär 22 procent har inte besökt tandvården under femårsperioden (Figur 54). Även för denna patientgrupp är regelbundna uppföljningar särskilt viktiga, både för att följa sjukdomsförloppet och för att upptäcka eventuella biverkningar av läkemedel.

Patienter som bor i områden med stora socioekonomiska utmaningar är återkommande överrepresenterade bland dem som helt saknar uppföljningsbesök och/eller tandvårdsbesök. I vissa grupper, exempelvis personer med psoriasis, är det upp till 45 procent som inte besökt tandvården alls. Detta förstärker ojämlikheten i hälsa och riskerar att leda till både försämrad livskvalitet och ökade vårdkostnader i dessa grupper.

Det finns även skillnader mellan antalet uppföljningsbesök och kön. Bland de som inte haft något uppföljningsbesök alls under femårsperioden är majoriteten kvinnor.

Figur 54. Antal uppföljningsbesök hos läkare för patienter diagnostiserade med psoriasis 2010–2014, mätt under fem år med start fem år efter diagnos, uppdelat på kön



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Patienter med Multipel skleros och Parkinsons sjukdom får inte vård enligt riktlinjerna

En stor avvikelse i uppföljande besök finns för patienter med Parkinsons sjukdom där endast sex procent av patienterna hade fått en årlig uppföljning hos läkare under den undersökta femårsperioden, samt för MS där det endast var en av tio patienter som fick ett årligt besök hos läkare.

Sjukvården har blivit bättre på att diagnosticera MS och Parkinsons sjukdom i tid och snabbt sätta in läkemedelsbehandling. Den absoluta merparten av personer med MS eller Parkinsons sjukdom får någon form av sjukdomsspecifik läkemedelsbehandling och samtliga regioner följer nationella rekommendationer för vilka läkemedel som ska användas¹⁷⁶. Samtidigt verkar kontinuerlig uppföljning och återkommande rehabilitering som personer med kroniska sjukdomar behöver för att bibehålla livskvalitet prioriteras lågt i många regioner.

För få patienter följs upp i specialistvården, vilket kan leda till försämrad hälsa

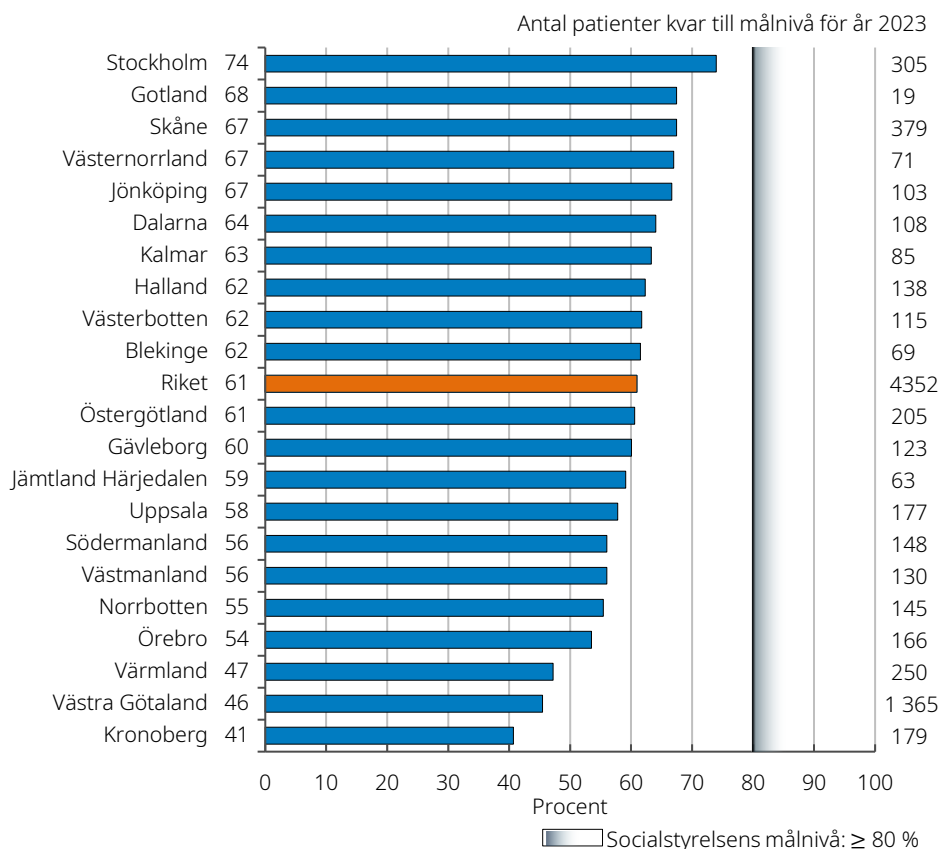
Det finns idag cirka 46 000 personer som lever med MS eller Parkinsons sjukdom i Sverige. Ingen region når målnivån om att minst 80 procent av patienterna med MS eller Parkinson årligen ska träffa en läkare specialiserad på dessa sjukdomar, men skillnaderna i andel patienter som fått ett uppföljande besök varierar mellan 41 procent och 74 procent. Såväl bostadsort (figur 55), socioekonomisk status och ålder spelar roll för hur många som följs upp. Hög ålder och boende i områden med socioekonomiska utmaningar samvarierar med en lägre andel som följs upp. Kontinuiteten i årlig uppföljning är mycket bristfällig för de som levt med Parkinsons sjukdom eller MS i mer än fem år; bland dessa fick mindre än 10 procent årlig uppföljning de fem påföljande åren.

Bristande uppföljning kan leda till att komplikationer till följd av sjukdomarna inte upptäcks och att det kan förvärra sjukdomstillståndet. Återkommande uppföljning av personer med exempelvis Parkinsons sjukdom är en nyckelfaktor för att tidigt identifiera personer i behov av avancerad behandling. Om uppföljning genomförs alltför sällan kan avancerad behandling erbjudas senare än nödvändigt eller till och med missas, vilket kan leda till både lidande och försämring för patienten.

¹⁷⁶ Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros (MS). Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag (Bilaga). Socialstyrelsen; 2022.

Figur 55. Årligt besök i specialistvård vid MS per region

Andelen personer med MS som under 2023 haft minst ett läkarbesök i specialistvården, uppdelat per region. Ålderstandardiserade data



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bostadsort spelar roll för sannolikheten att få avancerad behandling

En alltför liten andel personer med Parkinsons sjukdom får avancerad behandling, runt sex procent av de 13 procent som uppskattas vara aktuella¹⁷⁷. Utvärderingar visar att patientens bostadsort spelar stor roll för tillgängligheten till avancerad behandling. I region Jönköping, Kalmar och Östergötland behandlas mer än en tiondel av patienterna, medan endast runt fyra procent får avancerad behandling i region Halland, Skåne och Västernorrland (figur 56).

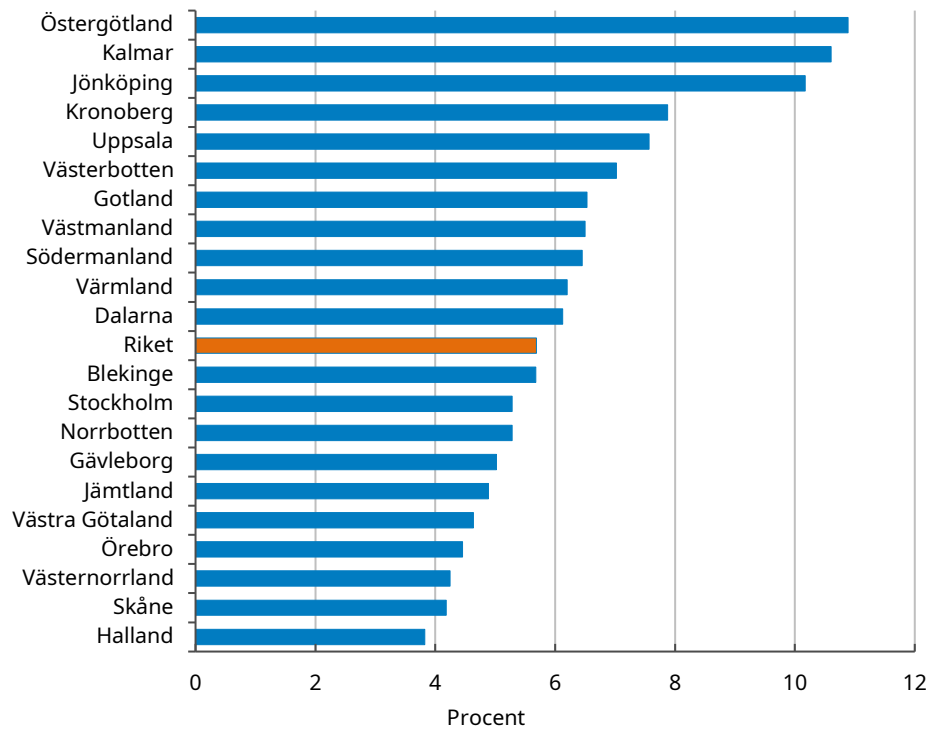
För att uppnå jämlik vård måste regionerna säkerställa att fler personer med Parkinsons sjukdom får tillgång till avancerad behandling. Förbättrad kontinuitet i uppföljning och ökad kompetens kring avancerad behandling för att i tid identifiera de personer som kan vara aktuella är en väg framåt.

¹⁷⁷ Norlin JM, Willis M, Persson U, Andersson E, S EP, Odin P. Swedish guidelines for device-aided therapies in Parkinson's disease -Economic evaluation and implementation. Acta Neurol Scand. 2021; 144(2):170–8.

Under hösten 2025 har en nationell arbetsgrupp tillsatts inom kunskapsstyrningsorganisationen som ska ta fram stöd till sjukvården med fokus på utredning och behandling av Parkinsons sjukdom och relaterade tillstånd¹⁷⁸.

Figur 56. Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom per region

Andelen personer med Parkinsons sjukdom som under 2023 fått avancerad behandling uppdelat på personens hemregion



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tillgång till rehabilitering saknas i flera regioner

Personer med MS eller Parkinsons sjukdom lever allt längre. Funktionsförmågan hos personer med MS har förbättrats för populationen som helhet de senaste tio åren. För att dessa personer ska bibehålla och återfå funktioner, vara delaktiga och uppnå en god livskvalitet krävs kontinuerlig tillgång till rehabiliteringsinsatser för att motverka de komplikationer sjukdomarna för med sig. I flera regioner saknas möjlighet att få sammanhängande teamrehabilitering, vilket är en viktig resurs vid såväl Parkinsons sjukdom som MS. Inte heller alla regioner kan erbjuda styrke- och konditionsträning vid MS eller kurser för att hantera trötthet vid MS. Ytterligare en brist är den låga tillgången till, och kunskapen om, kognitiv beteendeterapi (KBT) som behandlingsmetod vid depression för personer med Parkinsons sjukdom. I tio av 21 regioner kan

¹⁷⁸ [Insatsområde Parkinsons sjukdom](#). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.

specialistvårdsenheterna inte erbjuda patienter med Parkinsons sjukdom och depression behandling med KBT.

Personer med MS eller Parkinsons sjukdom är sjukskrivna i större utsträckning än övriga befolkningen. Försäkringskassan visar att ju längre tid en person haft MS, i desto större grad har personen återkommande sjukfrånvaro¹⁷⁹. Detta visar på utsattheten och behovet av stöd för personer med kroniska sjukdomar. Mindre än fyra av tio specialistvårdsenheter upprättar en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan i samband med att patienter sjukskrivs till följd av nedsatt arbetsförmåga relaterad till MS eller Parkinsons sjukdom och även att många saknar resurser för att koordinera de olika rehabiliteringsinsatserna en patient behöver.

¹⁷⁹ Multipel skleros, förvärvsarbete och sjukfrånvaro. Forskarrapport 2024:3. Försäkringskassan; 2023.

Tre fördjupningsområden: cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa

I Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård* från 2011 analyserades ett antal vårdområden utifrån ett jämlikhetsperspektiv. I denna rapport återvänder vi till tre av dessa: cancer, munhälsa och psykisk ohälsa.

Sverige har i decennier haft som mål att erbjuda vård på lika villkor, men ändå visar rapporten från 2011 att skillnaderna inom cancervård, munhälsa och psykisk ohälsa var stora. Trots olikheter i sjukdomsbild, vårdbehov och organisation delar dessa vårdområden flera gemensamma utmaningar, särskilt när det gäller jämlikhet och tillgång till vård. Rapporten pekade då på att faktorer som utbildningsnivå, kön, ursprung och bostadsort påverkade både hälsan och tillgången till vård – och därmed också hur jämlik vården, och hälsan, var.

I rapporten från 2011 konstateras också att det för alla dessa vårdverksamheter är helt centralt med tidiga insatser och ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för att utjämna skillnader mellan socioekonomiska grupper, något som fortfarande är sant.

I en jämförelse med nuläget visar uppföljande rapporter och aktuell statistik att mycket av ojämlikheten tyvärr består, även om förbättringar har skett inom många områden. Inom vissa områden har hälso-, sjuk- och tandvårdens framsteg lett till att skillnaderna har ökat mellan de med bäst och sämst hälsa – även i fall där samtliga grupper fått det bättre än 2011.

Inom cancervården har till exempel satsningar på tidig upptäckt och standardiserade vårdförlopp lett till förbättrade resultat för många grupper. Samtidigt ser vi att personer bosatta i områden med socioekonomiska utmaningar får sin cancer diagnostiserad senare och generellt har sämre överlevnad än personer bosatta i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Inom psykisk ohälsa har tillgången till vård ökat, men det finns fortsatt stora skillnader beroende på geografi och socioekonomisk status, och utmaningarna med att möta patienterna på rätt vårdnivå kvarstår. Munhälsan har generellt förbättrats, men det finns fortfarande exempel på grupper i samhället som oftare avstår tandvård på grund av kostnaden, vilket är en tydlig ojämlikhet som kvarstår sedan 2011.

Cancervården är effektiv, men inte alltid jämlik

Cancer är näst efter hjärt- och kärlsjukdom den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Dödligheten skiljer sig dock stort mellan olika typer av cancersjukdomar – men också mellan regioner, kön och olika socioekonomiska grupper.

2011 kunde Socialstyrelsen konstatera att det fanns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper i insjuknande och dödlighet i cancer, något som stämmer även idag. För all cancer sammantaget är risken idag att insjukna ungefär lika stor i olika socioekonomiska grupper, men dödligheten i cancer är högre bland personer med kort utbildning. Samtidigt som det fortfarande finns skillnader mellan grupper har det skett en stor utveckling i cancervården som helhet sedan 2011, och behandlingsformer och överlevnad har förbättrats under åren.

Sedan 1970-talet har dödligheten i cancer fortsatt att minska i befolkningen som helhet. *Kärnindikator 11: Femårsöverlevnad vid cancer – flera cancerformer* visar att överlevnaden fem år efter cancerdiagnos har ökat påtagligt över tid.

Iakttagelser i korthet

- Mellan 1970 och 2024 har insjuknandet i cancer ökat, medan dödligheten har minskat.
- Bröst- och prostatacancer, tillsammans med lungcancer, utgör de cancerformer som står för den största cancerrelaterade dödligheten per 100 000 i befolkningen.
- Det finns regionala och socioekonomiska skillnader både i cancerinsjuknande och överlevnad. Skillnaderna varierar mellan cancerformer, och beror exempelvis på både olika exponering för riskfaktorer och varierande tillgång till i tidig upptäckt och behandling.
- För personer som bor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar upptäcks cancer oftare senare i sjukdomsförloppet och de avlider oftare till följd av sin cancer.
- Andelen kvinnor som deltar i screeningprogram för livmoderhalscancer ökar och Sverige är på god väg att utrota livmoderhalscancer som folkhälsoproblem.
- De regionala cancercentrumen bidrar till en större jämlikhet i cancervården för barn och unga. Det finns dock områden inom cancervården för barn och unga med geografiska skillnader, exempelvis tillgång till uppföljningsmottagningar för vuxna efter barncancer.

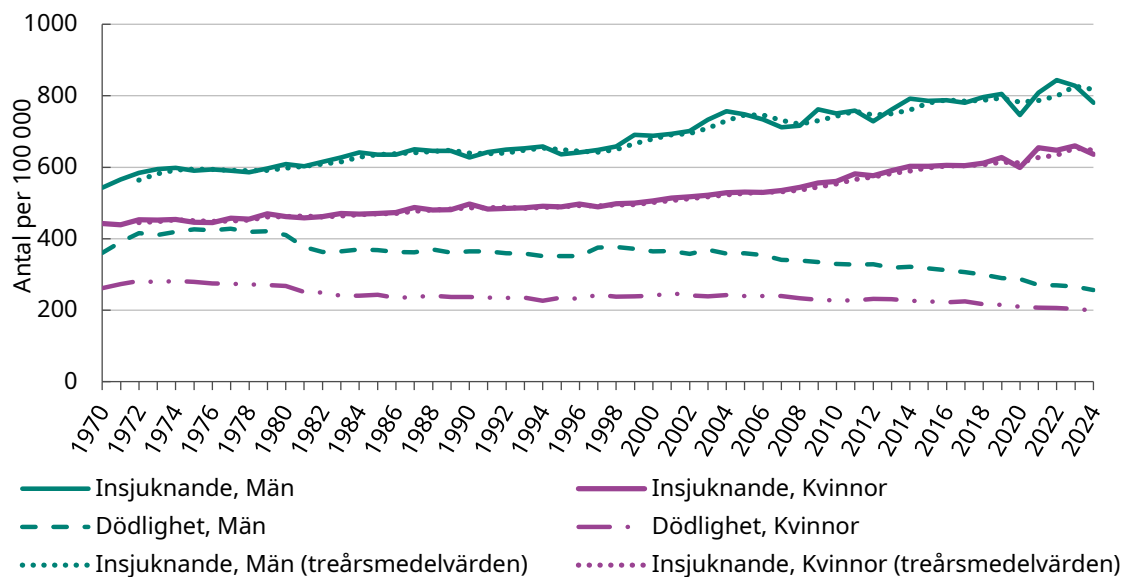
Insjuknande och dödlighet i cancer förändras över tid

Under år 2024 fick 34 996 kvinnor och 38 865 män en cancerdiagnos i Sverige. Samma år avled 11 372 kvinnor och 12 142 män av cancersjukdom¹⁸⁰. Samtidigt är det mer än 600 000 personer som lever i Sverige idag som har eller har haft cancer¹⁸¹. Under perioden 1970–2024 har insjuknandet i cancer ökat medan dödligheten minskat¹⁸², se figur 57. Överlevnaden har förbättrats i alla cancerformer men förbättringen i överlevnad varierar och utgår från olika nivåer i överlevnad mellan cancerformerna¹⁸³.

Det är vanligare att män både insjuknar i och avlider av cancersjukdomar. För cancerdödligheten totalt kan man emellertid framför allt se en minskning bland män över tid, och idag är könsskillnaderna i cancerrelaterad dödlighet mindre än de var 1970.

Figur 57. Cancerinsjuknande och dödlighet, kvinnor och män, 1970–2024

Antal insjuknade och avlidna i cancer per 100 000 i befolkningen, åldersstandardiserade tal



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Bröstcancer fortsätter att vara den vanligaste cancerdiagnosen bland kvinnor. Så såg det ut 2011 och så gör det även år 2024. Bland män var prostatacancer den vanligaste cancerdiagnosen att både insjukna i och avlida av år 2024. Den näst vanligaste diagnosen hos både kvinnor och män var

¹⁸⁰ Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁸¹ Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁸² Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁸³ Cancer i Sverige 2025. Relativ överlevnad 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

icke-melanom hudcancer¹⁸⁴. Cancerformen är dock betydligt vanligare bland män. Den tredje vanligaste cancerdiagnosen var tjocktarmscancer bland kvinnor och malignt melanom bland män. Samtidigt är det bröst- och prostatacancer som tillsammans med lungcancer utgör de cancerformer som står för den största cancerrelaterade dödligheten per 100 000 i befolkningen (åldersstandardiserade värden)¹⁸⁵.

För flera cancersjukdomar har insjuknandet ökat eller legat relativt konstant de senaste tjugo åren. Samtidigt har insjuknandet i vissa cancerformer minskat, exempelvis lungcancer, magsäckscancer och äggstockscancer. Under de senaste tjugo åren har, oavsett kön, framför allt insjuknande i hudcancer ökat, både för icke-melanom hudcancer och malignt melanom. Insjuknandet i olika typer av cancersjukdomar påverkas av olika faktorer. Bland annat kan insjuknandet i cancer öka när dödligheten i hjärt-kärlsjukdom går ned, vilket innebär att vi lever längre. Andra faktorer som kan påverka i både positiv och negativ riktning är levnadsvanor, regelverk kring exempelvis kemikalier, samt effektivt preventionsarbete som till exempel för livmoderhalscancer¹⁸⁶. Läs mer om livmoderhalscancer i avsnittet *Stora framsteg i utrotning av livmoderhalscancer*.

Det finns regionala skillnader inom flera cancerdiagnoser

Det finns regionala skillnader i risken att insjukna för en del cancerformer, bland annat malignt melanom. Sedan början av 1970-talet, då mellan sju och 12 personer per 100 000 invånare insjuknade i malignt melanom, har insjuknandet ökat kraftigt i samtliga sjukvårdsregioner och bland både män och kvinnor. Ökningen har varit störst i sydöstra och södra sjukvårdsregionerna. Den huvudsakliga orsaken till de regionala skillnaderna är att solens strålning är starkare längre söderut i landet. En ytterligare orsak till regionala variationer är skillnader i tillgänglighet till tidig diagnostik¹⁸⁷.

Tjocktarmscancer är en annan cancerform där det finns regionala skillnader i insjuknande, men där skillnaderna har minskat över tid. Bland män i Stockholm och Södra sjukvårdsregionen har insjuknandet varit i stort sett oförändrat mellan 1970 och 2023. I båda dessa regioner låg insjuknandet under 1970-talet högre än riksgenomsnittet. Övriga sjukvårdsregioner har emellertid sett en svag ökning i insjuknande sedan dess och närmat sig eller gått om en eller båda av de nämnda regionerna, något som lett till mindre

¹⁸⁴ Melanom (malignt melanom) är en allvarlig form av hudcancer som kan sprida sig till andra organ. Icke-melanom hudcancer är vanligare, växer oftast långsammare och sprids sällan, vilket innebär en mycket god prognos.

¹⁸⁵ Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁸⁶ Cancer i Sverige 2026. Förekomst och prognos av insjuknande och dödlighet i cancer. Socialstyrelsen; 2026.

¹⁸⁷ Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

regionala skillnader. Bland kvinnor har insjuknandet i tjocktarmscancer ökat i samtliga sjukvårdsregioner sedan mitten av 1990-talet.

För de flesta cancerformerna är skillnaden i femårsöverlevnad mellan sjukvårdsregionerna liten¹⁸⁸. Malignt melanom är exempel på en cancerform där det finns skillnader, även om de har minskat över tid. Bland män har överlevnaden gått från att variera mellan 47 och 67 procent bland sjukvårdsregionerna under perioden 1974–1978 till att variera mellan 92 och 97 procent perioden 2019–2023. Motsvarande siffror bland kvinnor är 71–88 procent perioden 1974–1978 och 92–97 procent perioden 2019–2023.

Socioekonomiska skillnader påverkar både insjuknande och dödlighet

Skillnader i både cancerinsjuknande och dödlighet kan ses mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar, något som kan avspegla såväl skillnader i exponering för riskfaktorer som skillnader i tidig upptäckt och behandling. I områden med mycket goda förutsättningar är det vanligare att diagnosticeras med cancer jämfört med områden med sämre förutsättningar, se figur 58. Det här mönstret drivs till stor del av en högre förekomst och upptäckt av de vanligaste cancerformerna (prostata-, bröst- och hudcancer) bland individer i områden med bättre förutsättningar, och är samma mönster som beskrevs i Socialstyrelsens rapport från 2011. Dödligheten i cancer förhåller sig omvänt, där en större andel i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar exempelvis upptäcks senare i sjukdomsförloppet och därmed avlider till följd av sin cancer¹⁸⁹. Vidare är fördelningen av olika cancerformer inte lika över områdestyperna, och en del av förklaringen är att vissa cancerformer med högre dödlighet, som lungcancer, är vanligare i områden med större grad av socioekonomiska utmaningar¹⁹⁰.

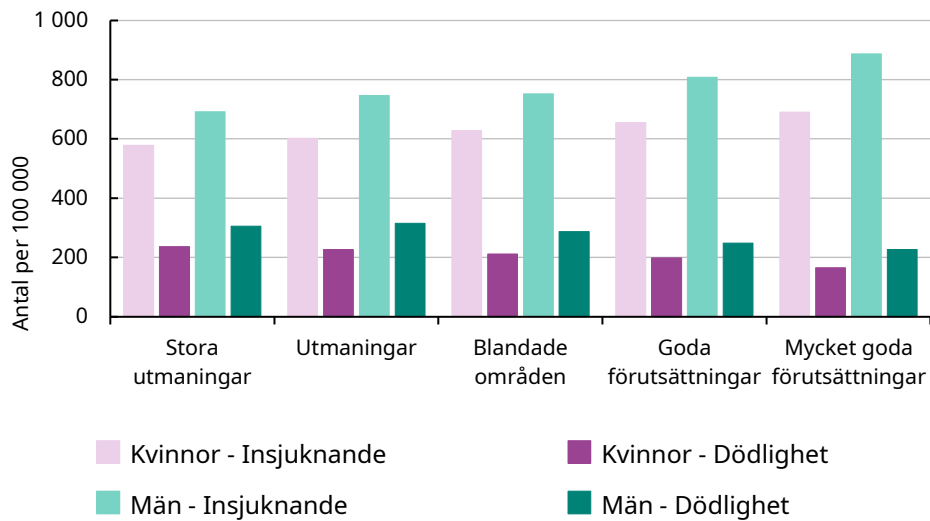
¹⁸⁸ Cancer i Sverige 2025. Relativ överlevnad 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁸⁹ Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁹⁰ Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

Figur 58. Cancerinsjuknande och dödlighet (alla cancerformer) fördelat på socioekonomisk områdestyp och kön, 2024

Antal insjuknade och avlidna i cancer per 100 000 i befolkningen, åldersstandardiserade tal



Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen. Statistiska centralbyrån

Malignt melanom och lungcancer är två exempel på cancerformer med olika socioekonomiska mönster i insjuknande. Malignt melanom var under 2023 mer än dubbelt så vanligt i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar jämfört med områden med stora socioekonomiska utmaningar, och det gällde för både bland män och kvinnor. Mönstret beror troligen på skillnader i befolkningens solvanor, där socioekonomiskt starkare grupper solar mer, men även på skillnader i benägenheten att söka vård för hudförändringar¹⁹¹.

Även 2011 var det vanligare med malignt melanom bland de med högst utbildning¹⁹². Dödligheten i malignt melanom var låg i samtliga områdestyper, mellan 4 och 8 personer per 100 000 invånare år 2023. Skillnaderna mellan områdestyp var mindre för dödlighet än för insjuknande. Dödligheten för melanom var alltså något högre i relation till insjuknande i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. För lungcancer var insjuknandet högre i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. Insjuknande i lungcancer var högst bland män boende i områden med stora socioekonomiska utmaningar, 81 män per 100 000 invånare. Skillnaderna avspeglar troligen befolkningens rökvanor. Tobaksrökning är vanligare i grupper med kort utbildning och lägre inkomst¹⁹³. 2011 var lungcancer också vanligare bland lågutbildade än högutbildade¹⁹⁴.

¹⁹¹ Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁹² Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

¹⁹³ Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁹⁴ Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

Dödligheten i lungcancer följde mönstret för insjuknande, men med något större socioekonomiska skillnader. Lungcancer diagnosticeras oftare i senare stadium i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar, vilket påverkar dödligheten. I områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar var dödligheten 34 per 100 000 män och 36 per 100 000 kvinnor. I områden med stora socioekonomiska utmaningar var dödligheten nästan dubbelt så hög. Siffrorna uppgick i dessa områden till 72 per 100 000 män och 58 per 100 000 kvinnor¹⁹⁵.

Stora framsteg i utrotning av livmoderhalscancer

Incidensen för livmoderhalscancer (cervixcancer) är 12 nya fall per 100 000 kvinnor inom EU¹⁹⁶ och 8,8 nya fall per 100 000 kvinnor i Sverige¹⁹⁷. Globalt är livmoderhalscancer den fjärde vanligaste cancerformen hos kvinnor¹⁹⁸. Totalt 98 procent av alla fall av livmoderhalscancer orsakas av humant papillomvirus (HPV)¹⁹⁹ och kan därmed förebyggas genom HPV-vaccination. År 2020 tog Världshälsoorganisationen (WHO) fram den första globala strategin för eliminering av en cancerform som ett folkhälsoproblem, med fokus på livmoderhalscancer²⁰⁰.

Livmoderhalscancer är en av de cancerformer där dödligheten²⁰¹ har minskat mest de senaste årtionden, med 17 procent inom EU. Den minskade dödligheten beror till stor del på tidig upptäckt genom olika screeningprogram²⁰². Kvinnor som regelbundet deltar i screeningprogrammet med gynekologisk cellprovtagning och självprov för HPV har cirka 90 procent lägre risk att drabbas av livmoderhalscancer²⁰³ då screeningen gör att cellförändringar kan upptäckas och behandlas innan de utvecklats till cancer. Sedan gynekologiskt cellprov infördes i mitten på 1960-talet i Sverige har antalet fall av livmoderhalscancer mer än halverats²⁰⁴.

Våren 2021 beslutade Sveriges riksdag att skynda på utrotningen av livmoderhalscancer som ett folkhälsoproblem i Sverige²⁰⁵. För att uppnå målet har regionerna erbjudit kvinnor födda 1994–1999 kostnadsfri

¹⁹⁵ Cancer i Sverige 2025. Insjuknande och dödlighet 1970–2023. Socialstyrelsen; 2025.

¹⁹⁶ Health at a Glance: Europe 2024. OECD/European Commission; 2024.

¹⁹⁷ I Sverige var incidensen 8,8 nya fall år 2023. [Statistik livmoderhalscancer](#). Cancerfonden. Hämtad 2025-10-21.

¹⁹⁸ Milerad H. Evaluation of new and current preventive strategies for cervical and vaginal cancer. Karolinska institutet; 2024.

¹⁹⁹ [Livmoderhalscancer \(cervixcancer\)](#). Cancerfonden. Hämtad 2025-10-18.

²⁰⁰ Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. World Health Organization; 2020.

²⁰¹ Ålderstandardiserad dödlighet.

²⁰² Health at a Glance: Europe 2024. OECD/European Commission; 2024.

²⁰³ [Gynekologisk cellprovtagning och självprov för HPV](#). Regionala cancercentrum i samverkan. Hämtad 2025-10-23.

²⁰⁴ [HPV-test \(gynekologiskt cellprov\)](#). Cancerfonden; 2025. Hämtad 2025-10-23.

²⁰⁵ [Regeringen vill att livmoderhalscancer ska utrotas](#). Regeringskansliet; 2024. Hämtad 2025-10-22.

vaccinering mot HPV med målsättningen att uppnå en vaccinationstäckningsgrad på 70 procent i målgruppen²⁰⁶.

Andelen kvinnor födda 1994–1999 som fram till den 1 juni 2025 vaccinerat sig mot HPV uppgår i riket till 64,7 procent²⁰⁷, med en variation mellan regionerna från 55,3 till 76,9 procent. Högst andel kvinnor som vaccinerat sig mot HPV fanns i Region Värmland och lägst andel kvinnor fanns i Region Skåne²⁰⁸. Totalt sju regioner²⁰⁹ hade den 30 juni 2025 nått målet om en vaccinationstäckningsgrad på 70 procent. Regionerna började erbjuda vaccin till kvinnor i målgruppen vid olika tidpunkter vilket kan vara en bidragande orsak till skillnader i andel vaccinerade. I många regioner erbjuds även pojkar kostnadsfri vaccination mot HPV²¹⁰.

Under 2025–2027 fokuserar regionerna på att erbjuda deltagarna en andra kostnadsfri vaccination för de som vaccinerats inom målgruppen samt att säkerställa att alla kvinnor i åldersgruppen 23–70 år får erbjudande om HPV-screening. I exempelvis Region Stockholm har flertalet kvinnor redan tagit sin andra dos²¹¹. Genomförande av dessa åtgärder gör att Sverige är på god väg att utrota livmoderhalscancer inom några få år²¹².

Flera regioner arbetar aktivt för att öka täckningsgraden screening via både cytologi- och HPV-prov genom exempelvis nya rutiner och ökad tillgång till självprovtagning för HPV²¹³. Andel kvinnor i åldern 23–70 år som tagit gynekologiskt cellprov är 82,9 procent för riket med en variation från 72,7 till 92,2 procent mellan regionerna under 2024²¹⁴. Det innebär en ökning med 5,2 procentenheter jämfört med 2023; täckningsgraden har särskilt ökat bland kvinnor i åldrarna 23–30 år²¹⁵. Högst andel kvinnor som tagit cellprov fanns i Region Värmland och lägst andel kvinnor fanns i Region Kronoberg.

²⁰⁶ Vissa regioner erbjuder kvinnor i målgruppen gratis HPV-vaccination även efter den 30 juni 2025.

²⁰⁷ Antalet vaccinerade kvinnor i målgruppen uppgår till 264 700.

²⁰⁸ Regionala Cancercentrum i Samverkan. Data t.o.m. 2025-07-01. Data redovisas samlat för regionerna Stockholm och Gotland.

²⁰⁹ Blekinge, Halland, Jämtland-Härjedalen, Kalmar, Värmland, Västerbotten och Västernorrland.

²¹⁰ [Sverige på god väg att utrota livmoderhalscancer](#). Regionala cancercentrum i samverkan; 2025. Hämtad 2025-10-23.

²¹¹ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2025 med data till och med 2024. Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska universitetssjukhuset; 2025.

²¹² [Vaccinera dig mot HPV](#). Cancerfonden. Hämtad 2025-10-23.

²¹³ Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024. Socialstyrelsen; 2025.

²¹⁴ Data hämtat från Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx).

²¹⁵ Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige. Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2025 med data till och med 2024. Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention (NKCx), Center för Cervixcancereliminering, Patologi & Cancerdiagnostik, Medicinsk Diagnostik Karolinska, Karolinska universitetssjukhuset; 2025.

Tillgången till vård och insatser varierar

Inom flera delar av cancervården ser vi att det finns variationer i tillgängligheten över landet. Detta gäller inte minst specialistverksamheter, och här beskriver vi kortfattat tre olika exempel på ojämlik tillgång: uppföljningsmottagningar efter barncancer, palliativ vård för barn samt tillgången till behandling med protonstrålning.

Tillgång till uppföljningsmottagning för vuxna efter barncancer är ojämlik

I Sverige finns cirka 12 000 vuxna som haft cancer som barn²¹⁶. En tredjedel av dem har inte fått några sena komplikationer efter sin sjukdom och behandling, men en tredjedel har måttliga komplikationer och en tredjedel har allvarliga komplikationer. Dessa allvarliga komplikationer kan ge sämre livskvalitet och kräva stora insatser från sjukvården²¹⁷.

Vårdprogrammet Långtidsuppföljning efter barncancer inkluderar alla som fått cancerbehandling fram till 18 års ålder och har fokus på risker för sena komplikationer både för barn och unga och för de som nu är vuxna. Vårdprogrammet redovisar potentiella komplikationer av cancerbehandling (till exempel cytostatika- och strålbehandling) per organ, samt en basnivå för uppföljning²¹⁸.

Uppföljningsmottagningar för vuxna efter barncancer (UFM) vänder sig till personer som fyllt 18 år och som behandlats för cancer som barn. I var och en av landets sex sjukvårdsregioner finns en sådan mottagning, men trots det får inte patienter från samtliga regioner i respektive sjukvårdsregion likvärdig tillgång till uppföljningsmottagningens insatser. I vissa fall krävs aktiva insatser från uppföljningsmottagningens sida för att patientens hemregion ska bekosta besöket. Detta beror på vilka förutsättningar som skapats för patienter att få specialiserad vård i en annan region än hemregionen. Det kan innebära att patientens hemregion antingen föredrar att tillgodose patientens behov med den kompetens som finns i den egna regionen, eller att patienten, om hen vill besöka uppföljningsmottagningen fysiskt, själv behöver bekosta resa och eventuellt uppehälle.

Sämre tillgång till palliativ vård av barn i glesbygd

Det finns skillnader i tillgången till palliativ vård i hemmet för barn, både inom och mellan regionerna. 13 av 36 sjukhus (36 procent) i RCC:s

²¹⁶ Långtidsuppföljning efter barncancer. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i Samverkan; 2025.

²¹⁷ Sandström P-E. Cancer hos barn. I: Johansson M, Henriksson, R och Nilbert, M., red. Cancersjukdomar; 2023.

²¹⁸ Långtidsuppföljning efter barncancer. Nationellt vårdprogram. Regionala Cancercentrum i Samverkan; 2025.

uppföljning upplevde att de har begränsad eller mycket begränsad tillgång till palliativ vård i hemmet. Dessa sjukhus är framför belägna inom de sjukvårdsregioner där RCC Norr, RCC Mellansverige och RCC Väst är verksamma²¹⁹. Palliativ vård av barn är en sällanhändelse och i flera fall saknas rutiner för samarbetet mellan den specialiserade vården och hemsjukvården. Framför allt i glesbygdsområden kan det vara en utmaning att upprätthålla hög kompetens i något så ovanligt som palliativ vård av barn i hemmet. Det kan innebära ad hoc-lösningar som inte alltid är tillräckliga för barnet, och inte heller för vårdpersonalen, eftersom de kan sakna både erfarenhet och tillgång till handledning²²⁰.

Tillgången till hemsjukvård för barn är också ojämlig över landet. Organisation, struktur, avtal, kompetens och avgifter skiljer sig åt. För barn i södra Sverige, i storstäder och i tätbefolkade områden är möjligheterna bättre att få hemsjukvård än för barn i norra Sverige, i mindre städer och i glesbygd (både i norra och södra Sverige). Barn i glesbygd riskerar att ha sämst möjlighet till hemsjukvård²²¹.

Tillgång till behandling med protonstrålning beror på regionernas regelverk

Regeringen och SKR ingick 2011 en överenskommelse om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Syftet var att regionerna skulle påbörja en nationell nivåstrukturering för sällsynta eller särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Några cancerområden är idag koncentrerade genom nationell högspecialiserad vård, exempelvis viss kirurgi för peniscancer där region Skåne och Örebro län är tillståndsinnehavare, och viss vård vid vulvacancer där region Skåne, Stockholm, Östergötland och Västra Götalandsregionen är tillståndsinnehavare. Socialstyrelsen har ett fåtal cancerområden kvar på den så kallade bruttolistan för framtida genomlysning och Socialstyrelsens sammanställning av inkomna förslag på vårdområden för vidare genomlysning inom NHV-systemet uppdateras årligen²²².

Skandionkliniken i Uppsala är inte en del av NHV-systemet, men är Sveriges nationella centrum för behandling med protonstrålning. Kliniken tar emot cancerpatienter från hela landet. Skandionkliniken har funnits sedan 2015, och behandlar tumörer genom protonstrålning²²³. Kliniken samägs av de regioner som har universitetssjukhus, och universitetsklinikerna och

²¹⁹ Palliativ vård av barn och ungdomar. Nationell kartläggning av barn och ungdomars tillgång till palliativ vård. Regionala Cancercentrum i Samverkan; 2022.

²²⁰ Analys av verksamheten vid regionala cancercentrum 2025. Med fokus på en stärkt cancervård för barn och unga samt uppföljning av utvecklingsförslagen i 2023 års analys. Socialstyrelsen; 2025.

²²¹ Hemsjukvård för barn. Analys och behov av utveckling. Socialstyrelsen; 2025.

²²² Bruttolistan 2025. Socialstyrelsen; 2025.

²²³ Protonstrålning har effekt som är likartad den som traditionell strålning med fotoner ger, men en protonstråle går att styra mer precist. Stråldosen till frisk vävnad, som ligger nära tumören, blir då lägre. Det kan minska risken för strålskador.

Skandionkliniken bedömer tillsammans om protonstrålning eller traditionell strålning är mest lämpligt för patienten²²⁴. Behandlingen varar i 3–6 veckor. Regionerna ersätter olika stor del av patienternas uppehålle och resekostnader under behandlingens gång, vilket innebär att patienternas förutsättningar under behandlingstiden skiljer sig åt. Med olika villkor finns risk för att vissa behandlingar bli mer tillgängliga för personer med goda ekonomiska förutsättningar.

Nationell screening för cancer kräver samverkan

På cancerområdet finns det idag rekommendationer om nationella screeningprogram som regionerna rekommenderas erbjuda sin befolkning för tre olika sorters cancer: livmoderhalscancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer.

I Sverige nås i stort sett hela målpopulationen av erbjudande om screening, även om det varierar något mellan screeningprogrammen. Sverige anses generellt ha en högt deltagande i screeningprogrammen, men det finns exempelvis skillnader i deltagande mellan socioekonomiska grupper. Till exempel var deltagandet i bröstcancerscreening mellan 2019 och 2020 64 procent bland kvinnor med lägre utbildningsnivå jämfört med 82 procent bland kvinnor med högre utbildningsnivå²²⁵. Utvärderingar som gjorts för bröst- och livmoderhalscancer visar att regionerna gör insatser för att öka möjligheterna för ett jämlikare deltagande, som att skicka påminnelser, göra riktade informationsinsatser, erbjuda självprov eller använda sig av mobila screeningenheter^{226 227}.

Det finns även skillnader i regionernas införande och implementering av screeningprogrammen och nationella rekommendationer.

Kompetensförsörjning är en återkommande utmaning för alla pågående screeningprogram inom cancerområdet. Det finns brister på flera områden, som radiologer, koloskopister och patologer. Det här påverkar kapaciteten och tillgången till uppföljande undersökningar och får konsekvenser för den nationella jämlikheten. Exempelvis kan ojämlikheten i införande av screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer i regionerna i stort knytas till den varierande tillgången till resurser för koloskopi. Screening för tjock- och ändtarmscancer har rekommenderats av EU sedan 2003, och sedan 2015 finns det också svenska rekommendationer²²⁸. Arbete med att införa programmet pågår fortfarande, och regionerna uppskattar att

²²⁴ [Vår verksamhet. Skandionkliniken](#). Hämtad 2025-11-28.

²²⁵ EU Country Cancer Profile: Sweden 2025. OECD/European Commission; 2025.

²²⁶ Nationell utvärdering livmoderhalsscreening. Socialstyrelsen; 2020.

²²⁷ Nationell utvärdering – bröstcancerscreening med mammografi. Socialstyrelsen; 2022.

²²⁸ Screening för tjock- och ändtarmscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Socialstyrelsen; 2014.

screeningprogrammet når full nationell implementering först under 2026. I övriga nordiska länder finns motsvarande screeningprogram på plats eller under införande, med bredare målgrupp än i Sverige^{229 230}.

Nationell samordning och samsyn kring screening är viktigt för att skapa en jämlik vård. Dels handlar det om att befolkningen i hela landet ska erbjudas likvärdig möjlighet att delta i screeningprogram. Dels handlar det om att screening, liksom andra åtgärder inom hälso- och sjukvården, ska prioriteras med hänsyn till samhällets begränsade resurser. För att öka förutsättningarna för implementering av de nationella rekommendationerna och för att omhänderta de förbättringsområden som identifieras i utvärderingar är det viktigt med en kontinuerlig dialog mellan alla aktörer inom screeningen. Det är också viktigt att identifiera hinder för genomförande samt ta tillvara förbättringsområden från uppföljningar och utvärderingar²³¹.

En möjlig väg framåt för mer jämlika screeningprogram är nationella kallelsekanslier som syftar till att centralisera delar av screeningkedjan. RCC i samverkan har idag ett pågående arbete där de ser över etableringen av nationella kallelsekanslier som ett sätt att främja jämlikhet inom nationella screeningprogram²³².

Munhälsan i Sverige förbättras, men inte för alla

I en internationell jämförelse håller tandvården i Sverige en hög kvalitet och munhälsan är god hos både vuxna och barn²³³, men trots att tandvård är en del av välfärden i Sverige finns systematiska och påverkbara skillnader i såväl tillgång till tandvård som munhälsa. Knappt två tredjedelar av befolkningen har besökt tandvården för en basundersökning någon gång under de senaste tre åren, men tandvården är ojämnt fördelad över landet och tillgången till tandvård varierar mellan bland annat glesbygd och storstad, som beskrivs i *Kärnindikator 7: Tandvårdsundersökning de senaste tre åren*.

Bland vuxna finns, trots en generellt god utveckling, tydliga och växande skillnader i munhälsa mellan olika grupper. Inkomst, utbildning, boendeområde och etnicitet är faktorer som på gruppnivå påverkar både

²²⁹ EU-rekommendationen gäller 50–74 år, vilket screeningprogrammen i Danmark och på Island omfattar. I Finland är gränserna 56–74 år, i Norge 55–65 år och i Sverige inkluderas 60–74-åringar.

²³⁰ S Fogh Jørgensen, S H Njor, A Nevala, B Pålsson, K Ranheim Randel, Á Ingi Ágústsson, T Sarkeala, A L Schult, R Svernlöv, H Birgisson. Nordic colorectal cancer screening programmes: A comparison of organization, operation, and quality indicators, *European Journal of Cancer*, Vol 222, 115444, 2025. [DOI.org/10.1016/j.ejca.2025.115444](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2025.115444).

²³¹ Mot en mer samordnad Cancerscreening. Att följa och utveckla screeningprogram för tidig upptäckt av cancer. Socialstyrelsen; 2022.

²³² Förstudie nationella kallelsekanslier. Regionala cancercentrum i samverkan; 2024.

²³³ Analysplan 2026. Myndighetens för vård- och omsorgsanalys; 2026.

munhälsa och tillgång till tandvård. Det finns också starka samband mellan munhälsa och allmänhälsa.

I stora delar överensstämmer detta med beskrivningen av tandvården och munhälsan i Socialstyrelsens rapport om jämlik hälsa från 2011. För 15 år sedan var barns tandhälsa generellt god, men stora skillnader fanns. Inte minst sågs skillnader mellan barn och ungdomar med olika socioekonomisk bakgrund. Denna skillnad fanns även bland den vuxna befolkningen, där socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda hade sämre tandhälsa än andra. Ekonomiska skäl var den i särklass vanligaste orsaken till att avstå från tandvård trots behov och det var främst arbetslösa, studerande, låginkomsttagare, personer utan kontantmarginal och personer födda utanför Europa som avstod tandvård av ekonomiska skäl. Sedan 2011 har munhälsan förbättrats över lag, men att det finns skillnader, exempelvis mellan personer med olika socioekonomisk bakgrund, är fortfarande sant.

Iakttagelser i korthet

- Munhälsan hos både barn och vuxna är generellt god och förbättras kontinuerligt, men skillnaderna mellan de med bäst och sämst munhälsa ökar. Vissa grupper av barn har sämre munhälsa – exempelvis barn i samhälls- eller institutionsvård.
- Under 2024 ökade andelen kariesfria barn i alla undersökta åldersgrupper.
- Det är stora skillnader i bristen på tandvårdspersonal mellan regionerna, men kompetensförsörjningen är alltjämt en knäckfråga för tandvården.
- År 2024 hade 19,6 procent av männen och 17,6 procent av kvinnorna avstått tandvård trots behov. Det är vanligare bland utlandsfödda att ha avstått tandvård trots behov.
- De socioekonomiska skillnaderna i munhälsa och tillgång till tandvård kvarstår och äldre personer har i högre grad än tidigare avstått tandvård på grund av kostnader, trots behov.

I allt högre grad betraktas munhälsa som en del av den allmänna hälsan och insatser för munhälsa integreras i ett vidare hälsoarbete som tar utgångspunkt i gemensamma riskfaktorer mellan munhälsa och andra icke-smittsamma sjukdomar. Det medför att samverkan mellan tandvård, övrig vård och omsorg blir allt viktigare för att ge en personcentrerad vård, baserad på behov. Detta förstärks ytterligare i och med att behovs- och solidaritetsprincipen, som funnits i hälso- och sjukvården sedan 1997, nu även införts i tandvårdslagen.

Tandvården är också en av de samhällsfunktioner som är nödvändig för samhällets grundläggande behov även vid kris och krig^{234 235}. Med detta avses förmågan att tillhandahålla tandvård till hela befolkningen. I funktionen ingår att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Erfarenheter från bland annat Ukraina visar på vikten av att säkerställa en grundläggande munhälsa i befolkningen för att upprätthålla försvarsviljan och motståndskraften i samhället^{236 237 238}.

Sämre munhälsa hos barn kan förklaras med socioekonomiska faktorer

Barn i Sverige omfattas av avgiftsfri tandvård och har generellt sett god munhälsa, men vissa grupper har sämre munhälsa. Det gäller exempelvis barn i samhällsvård, barn i socialt utsatta områden och unga placerade i institutionsvård. Dessa barn får dessutom i mindre utsträckning ta del av tandvård och förebyggande insatser jämfört med andra.

Kariessjukdom är fortfarande en vanlig folksjukdom och är en av de vanligaste icke-smittsamma sjukdomarna bland barn. Sjukdomen påverkas av biologiska faktorer, levnadsvanor samt sociala och strukturella bestämningsfaktorer som socioekonomi, och tillgång till tandvård. Tidig kariessjukdom har starka samband med en ökad risk för dålig munhälsa som vuxen. Ett barn som får karies tidigt i livet riskerar således inte bara sämre hälsa och livskvalitet i barndomen utan löper även större risk för att även fortsättningsvis ha problem med dålig munhälsa²³⁹. De barn som är värst drabbade riskerar därför ett livslångt omfattande behov av tandvård.

Under 2024 ökade andelen kariesfria barn i alla undersökta åldersgrupper och 3-åringarna ligger kvar på en fortsatt på hög nivå. Andelen kariesfria 6-åringar ökar mellan 2021 och 2024 med fem procentenheter till 83 procent, och andelen kariesfria 12-åringar ökar med fyra procentenheter till 73 procent. För 23-åringar ses en liten ökning av andelen helt kariesfria personer och bland 19-åringarna ses en minskning av det genomsnittliga antalet kariesade eller fyllda tänder i den senaste undersökta perioden. Skillnaderna mellan åren 2021 och 2024 är små, men visar sig både i något

²³⁴ Utgångspunkter för totalförsvaret 2025–2030. Försvarsmakten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2025.

²³⁵ Lista med viktiga samhällsfunktioner. Utgångspunkt för att stärka samhällets beredskap. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2023.

²³⁶ Yanishevskaya Y, Litvinova, Cherniak S, Ivashchenko A. Oral health of young people during the Ukrainian war. *Int Dental J* 2024;74 Suppl 1:S163. [DOI:org/10.1016/j.identj.2024.07.1073](https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.07.1073).

²³⁷ Kaskova L, Yanko N, Tovma V, Vashchenko I, Andriyanova O, Novikova S, et al. Analysis of the provision of dental care to children in a state-owned medical institution in wartime conditions. *Med Perspekt* 2025;30(3):252–9. [DOI:org/10.26641/2307-0404.2025.3.340814](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.3.340814).

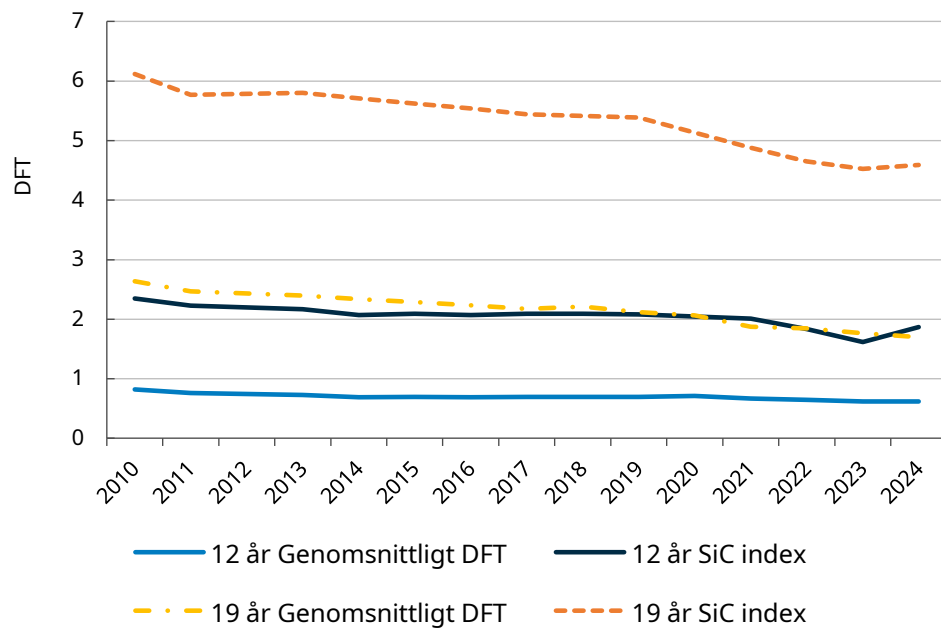
²³⁸ Mendoza A M, Simecek J W, Colthirst P M, Mitchener T A. A Description of the Dental Health and Treatment of Ukraine Military at U.S. Army Clinics in Germany. *Military Medicine* 2025;190(7-8):e1543–e1548. [DOI:org/10.1093/milmed/usae480](https://doi.org/10.1093/milmed/usae480).

²³⁹ Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Socialstyrelsen; 2013.

större andel kariesfria personer i de flesta åldersgrupperna samt i minskat genomsnittligt antal tänder som har skador av kariessjukdom. Bland den tredjedel av individerna som är värst drabbade av karies har sjukdomen dock ökat de senaste åren. Detta gäller exempelvis både för 12-åringar och 19-åringar och visar att skillnaderna mellan dem med bäst och sämst kariesstatus ökar²⁴⁰.

Figur 59. Skadade tänder hos 12- och 19-åringar: hela befolkningen samt den tredjedel som är värst drabbad av kariessjukdom, SiC-index²⁴¹

Genomsnittligt antal tänder som har skador av kariessjukdom (DFT²⁴²), 12-åringar och 19-åringar, från 2010 till 2024



Källa: Socialstyrelsen

I Folkhälsomyndighetens rapport från 2024, redovisas data som bekräftar att det även finns regionala skillnader i munhälsans fördelning²⁴³. Även regionernas egna rapporter visar, trots en generell förbättring, på fortsatta skillnader i barns munhälsa som speglar socioekonomiska villkor,

²⁴⁰ Karies bland barn och ungdomar – 2024. Socialstyrelsen; 2025.

²⁴¹ SiC-index (Significant Caries Index) = Redovisar medelvärde av DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) för den tredjedel med mest sjukdom. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. Int Dent J. 2000;50:378-84.

²⁴² Decayed and Filled Teeth, det vill säga tänder som är lagade eller har kariesskador. I denna uträkning har M, missing, utelämnats då man inte alltid kan veta om tanden är saknad på grund av karies.

²⁴³ Hur mår små barn i Sverige? Hälsa och hälsans förutsättningar bland barn i åldern 0–5 år. Folkhälsomyndigheten; 2024.

tandvårdsstrukturer, samverkansmodeller och en ojämlikhet i hur barn nås av förebyggande insatser^{244 245 246 247 248 249 250}.

Socioekonomiska skillnader ses i förekomst av karies, förebyggande åtgärder samt behandling

Förekomsten av karies bland 3-åringar varierar med socioekonomiska faktorer. Kariessjukdom bland 3-åringar har samband med mammans ålder, föräldrarnas födelseland och utbildning samt hushållsinkomst, oberoende av varandra. Störst är skillnaderna i kariesförekomst beroende på födelseland och inkomst. Barn till föräldrar som båda är födda utanför Sverige har fyra gånger så hög risk för att ha karies vid tre års ålder, och barn med en utlandsfödd förälder har dubbelt så hög risk, jämfört med barn till föräldrar som båda är födda i Sverige. Det finns även regionala skillnader i hur munhälsan är fördelad²⁵¹.

Skillnader i munhälsa mellan barn och unga från bostadsområden med olika socioekonomiska förutsättningar blir också tydliga när man undersöker vilka som fått basundersökning, förebyggande åtgärder samt behandling. Barn boende i områden med högre grad av socioekonomiska utmaningar får i lägre omfattning förebyggande åtgärder och omfattas i högre utsträckning av behandlande åtgärder, se figur 60.

²⁴⁴ Karies bland barn och ungdomar i Stockholms län 2024. Region Stockholm; 2025.

²⁴⁵ Folktandvården. Folkhälsorapport 2024. Folktandvården Västra Götalandsregionen; 2025.

²⁴⁶ Årsuppföljning av Vårdval allmäntandvård barn och unga Dalarna 2024. Region Dalarna; 2025.

²⁴⁷ Socioekonomi och tandhälsa hos barn och unga i Östergötland 2021. Region Östergötland.

²⁴⁸ Munhälsa hos barn och unga i Örebro län år 2021. Region Örebro län; 2022.

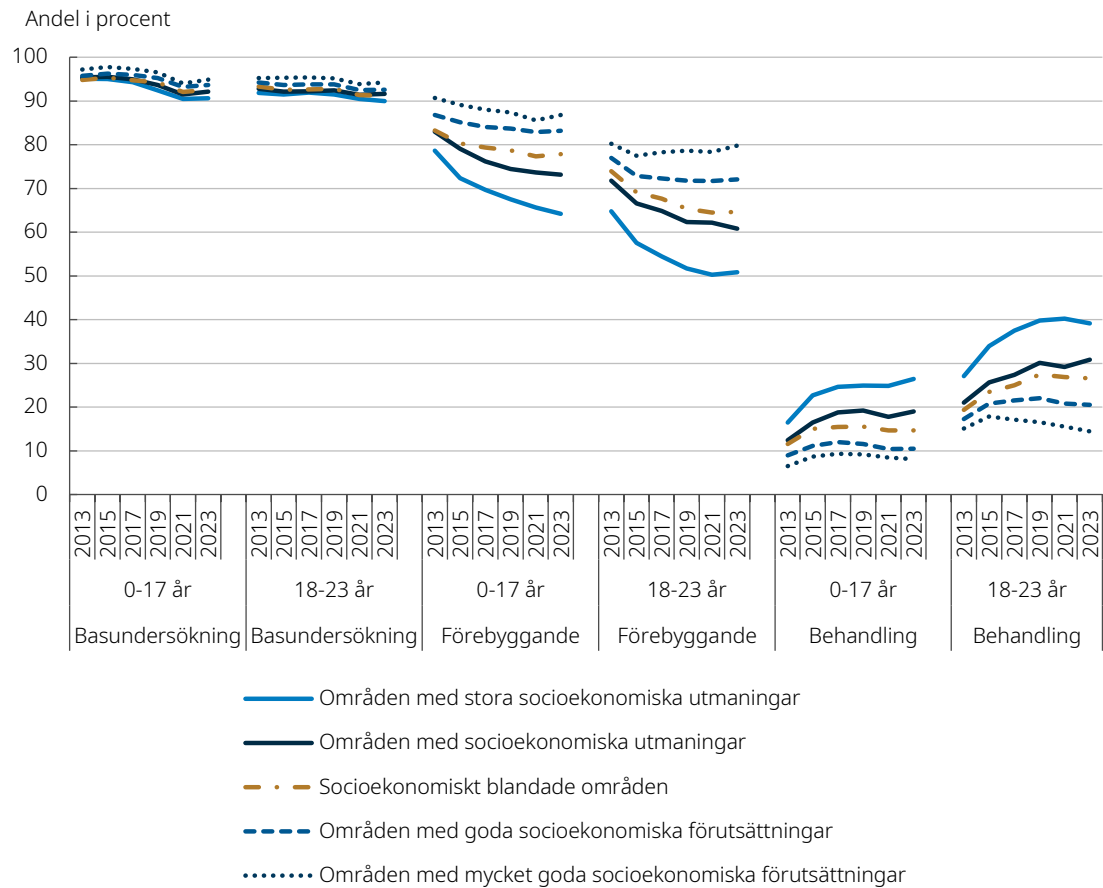
²⁴⁹ Uppföljning av tandhälsan hos barn och unga i Östergötland 1994–2022. Region Östergötland.

²⁵⁰ Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse 2024, Region Skåne; 2025.

²⁵¹ Hur mår små barn i Sverige? Hälsa och hälsans förutsättningar bland barn i åldern 0–5 år. Folkhälsomyndigheten; 2024.

Figur 60. Andel barn respektive unga vuxna som bara gjort undersökning, som gjort undersökning samt förebyggande åtgärd samt som fått behandling

Data från respektive två närmaste föregående år, fördelat på år samt områdestyp



Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa). Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen

Vanligt med karies hos barn och unga i samhällets vård

Barn och unga i samhällets vård har sämre munhälsa och får i mindre utsträckning tandvård och förebyggande insatser. Placerade barn har sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än barn som inte är placerade i familjehem²⁵². Detta gäller främst barn som är placerade under kortare tid.

Statens institutionsstyrelse, SiS, konstaterar i en rapport²⁵³ att nästan samtliga undersökta unga hade munhälsoproblem. Munhygien var dålig och de unga hade sämre förutsättningar att sköta sin munhälsa. Antalet karieskadade tänder var mer än det dubbla jämfört med unga i allmänhet

²⁵² Munhälsa och tandvård för placerade barn. Socialstyrelsen; 2020.

²⁵³ Häl i samhällsvården. Behov av och uppfattningar om tandvård och munhälsa hos unga på särskilda ungdomshem. Institutionsvård i fokus, nr 12 2025. Statens institutionsstyrelse; 2025.

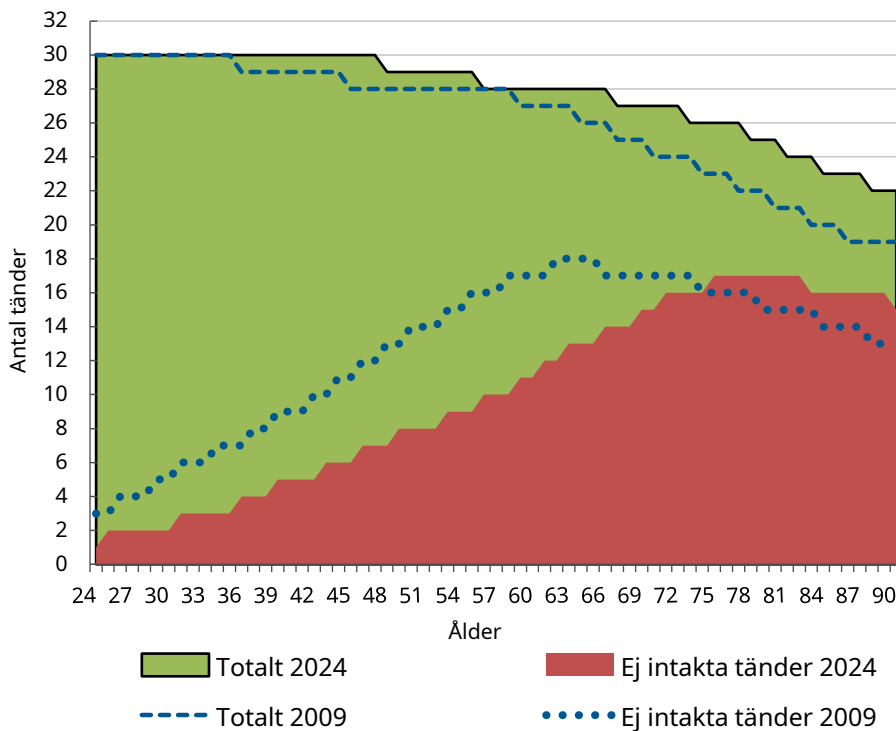
och färre än var femte som undersöktes var fria från karies som behövde åtgärdas genom lagning²⁵⁴. Inte ens var tionde ung person var helt fri från kariesskador. Över 80 procent av de unga var i behov av vidare tandvård, men av dessa var det färre än hälften som genomgick den behandling de remitterats för. Genomgående uppfattade de unga att de saknade stöd från ungdomshemmen och socialtjänsten för att kunna sköta sin munhälsa, skapa rutiner och få hjälp med att komma till tandvården.

Även hos vuxna är munhälsan ojämlik

Munhälsan hos vuxna blir generellt bättre. Antalet kvarvarande tänder ökar i högre åldrar. Munhälsan, mätt som antalet kvarvarande och ej intakta tänder, har totalt sett förbättrats 2024 jämfört med tidigare²⁵⁵. Det är främst bland äldre som antalet kvarvarande tänder har ökat, samtidigt har antalet ej intakta tänder minskat bland yngre. I figur 61 visas att den gröna ytan – andelen kvarvarande tänder – har ökat från 2009 till 2024, samtidigt som den röda ytan – andelen ej intakta tänder – ökar hos äldre, som en konsekvens av att de totalt sett har fler tänder kvar.

Figur 61. Antal kvarvarande och antal ej intakta tänder bland personer som besökte tandvården 2009 respektive 2024

Medianantal tänder, fördelat efter ålder



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen

²⁵⁴ Så kallad manifest karies.

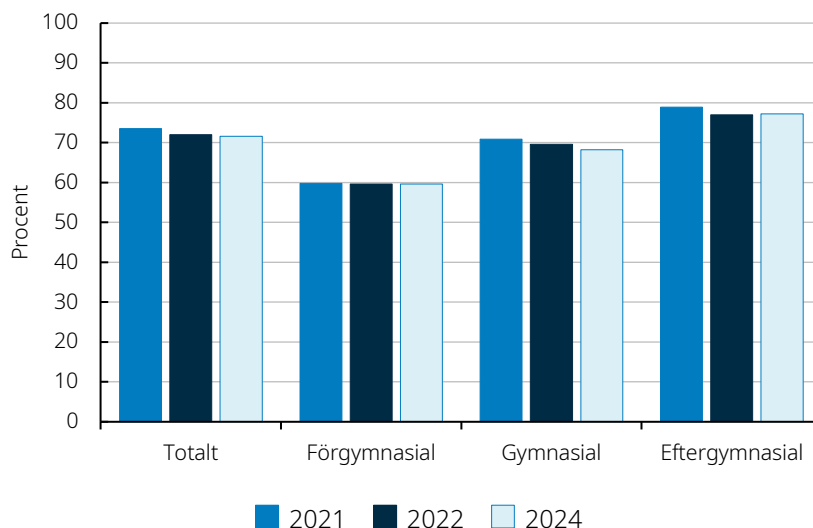
²⁵⁵ Statistik om tandhälsa 2024. Socialstyrelsen; 2025.

Munhälsan bland vuxna i Sverige skiljer sig generellt åt mellan olika grupper. Dålig munhälsa ofta har samband med låg inkomst, kort utbildning och olika funktionsnedsättningar. Det är samma mönster som för den allmänna hälsan och det finns också tydliga kopplingar mellan allmän hälsa och munhälsa. Detta kan delvis bero på att vuxna patienter i tandvården får stå för en stor del av kostnaden själva, men samtidigt ses dessa skillnader även inom övrig hälso- och sjukvård där ekonomin inte är en lika viktig faktor²⁵⁶. Skillnaderna är störst bland personer födda på 80-, 70-, och 60-talet, och minst bland personer födda på 50- och 40-talet²⁵⁷.

Även Folkhälsomyndighetens rapportering av munhälsa visar på skillnader, exempelvis i självskattad munhälsa, där utbildningsnivå är en faktor som tydligt spelar in. Högutbildade uppger att de har god munhälsa i betydligt högre grad än personer med kortare utbildning (figur 62). Det går också att se en svagt sjunkande trend när det gäller andelen som generellt skattar sin munhälsa som god²⁵⁸.

Figur 62. Andelen personer med god självskattad munhälsa

Andelen personer 25 år och äldre, fördelat på utbildningsnivå²⁵⁹



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Det finns grupper i samhället som avstår tandvård trots behov

Många människor avstår från tandvård trots att de upplever ett behov. I en undersökning av privatpersoners resonemang kring konsumtion av tandvård

²⁵⁶ Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

²⁵⁷ Statistik om tandhälsa 2024. Socialstyrelsen; 2025.

²⁵⁸ Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

²⁵⁹ Statistiken är hämtad från Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten. Figuren finns i Utvärdering av tandvården. Följsamhet till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025. Detta gäller för samtliga figurer med källa Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

2011 uppgav 21 procent att de hade avstått tandvård trots behov under en 12-månadersperiod. Många uppgav att de var oroliga inför ett tandvårdsbesök eftersom de upplevde att de inte hade kontroll över kostnaderna och därför ibland prioriterade bort tandvårdsbesök av ekonomiska skäl. Socioekonomiska faktorer och födelseland hade mycket stor betydelse i denna fråga. Resultaten visade att det var vanligare att avstå tandvård trots behov bland socioekonomiskt utsatta personer samt personer födda utanför Norden. Män födda utanför Europa avstod tandvård trots behov i högre utsträckning än personer som var födda i Sverige och övriga Norden. Samma gällde även för kvinnor födda i övriga Europa och övriga världen. Ekonomiska skäl var den i särklass vanligaste orsaken till att avstå tandvård trots behov²⁶⁰.

Mätningar för 2024 visar att män avstår tandvård trots behov – oavsett orsak – i högre utsträckning än kvinnor. År 2024 var det 19,6 procent av männen och 17,6 procent av kvinnorna som avstått tandvård trots behov. Resultatet för 2024 visar även att födelseland är en faktor som påverkar sannolikheten att ha avstått tandvård trots behov. Svenskfödda avstår tandvård trots behov i betydligt lägre utsträckning än personer födda utomlands. I övriga Norden ses en positiv trend där det över tid är en lägre andel som avstår tandvård trots behov²⁶¹.

12 procent av befolkningen i åldern 16–84 år har på grund av ekonomiska skäl avstått tandvård, trots att det har funnits ett behov. Den största andelen finns bland personer som är mellan 30 och 44 år. Män och kvinnor avstår tandvård av ekonomiska skäl i samma utsträckning, och det går att se en negativ trend där andelen personer som avstår tandvård av ekonomiska skäl ökar något²⁶².

Även om det är ovanligt att äldre i Sverige avstår hälso- och sjukvård på grund av kostnader avstår fler äldre i Sverige tandvård på grund av kostnader än tidigare²⁶³. Det är viktigt att tandvården är tillgänglig för äldre personer så att tandvårdskontakten kan behållas och munhälsas bevaras, framför allt för sköra personer med särskilda behov²⁶⁴. Den ökande andelen äldre som avstår tandvård är därför utmanande och mot den bakgrunden infördes den 1 januari ett nytt förstärkt högkostnadsskydd, *Särskild tandvårdersättning*, till personer från 67 år. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgs analys är det samtidigt vanligare bland befolkningen i stort att

²⁶⁰ Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

²⁶¹ Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

²⁶² En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård – Resultat för uppföljning av folkhälsopolitikens målområde 8. Folkhälsomyndigheten; 2025.

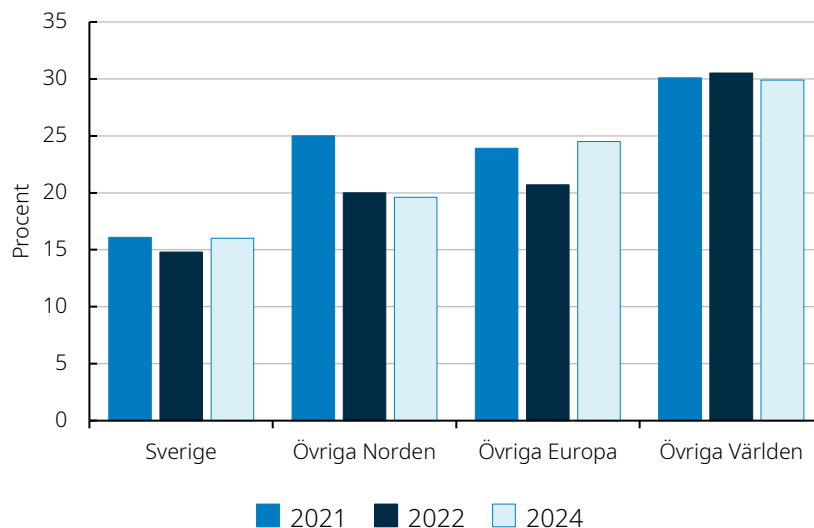
²⁶³ Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2024. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2024.

²⁶⁴ Nationella riktlinjer för tandvård. Socialstyrelsen; 2022.

ha avstått tandvård på grund av kostnaden, än det är bland de äldre i Sverige^{265 266}.

Figur 63. Andelen personer som avstått tandvård trots behov

Personer 16 år och äldre som avstått tandvård, efter år och födelseland



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Vidare uppger personer med lägre utbildningsnivå samt arbetslösa och personer med sjukersättning eller sjukpenning i högre grad än personer med högre utbildningsnivå respektive personer som yrkesarbetar att de har avstått tandvård trots behov²⁶⁷.

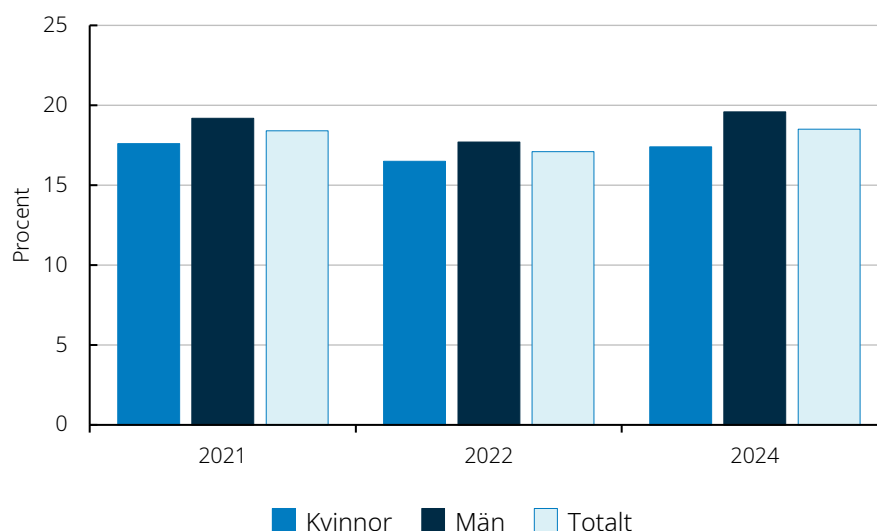
²⁶⁵ Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.

²⁶⁶ Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2024.

²⁶⁷ Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

Figur 64. Personer som uppger att de har avstått tandvård av ekonomiska skäl

Personer 25 år och äldre som avstått tandvård, efter år och kön



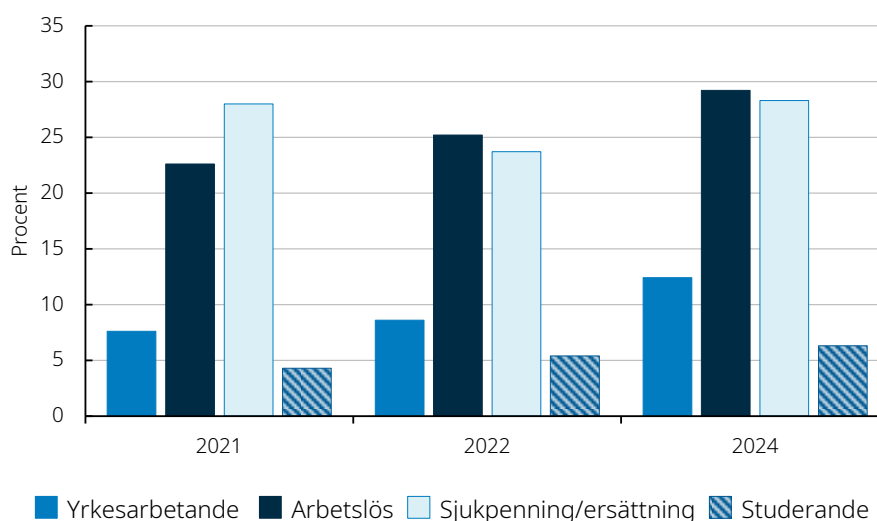
Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att personer med flera kroniska sjukdomar i högre utsträckning avstått tandvård på grund av kostnaden än de med ingen eller en kronisk sjukdom. Även personer med psykisk ohälsa avstår tandvård i större utsträckning än personer utan psykisk ohälsa²⁶⁸. Utbildningsnivå och sysselsättning har också stor påverkan på om man avstått tandvård av ekonomiska skäl. Högutbildade och yrkesarbetande avstår tandvård av ekonomiska skäl i lägre grad. År 2024 var det 12,4 procent av de yrkesarbetande som avstod tandvård av ekonomiska skäl vilket kan jämföras med 29,2 procent av de arbetslösa (figur 65). Den negativa trenden över tid är synlig även här.

²⁶⁸ Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2024. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2024.

Figur 65. Personer som uppger att de har avstått tandvård av ekonomiska skäl

Personer 25 år och äldre som avstått tandvård, efter år och sysselsättning



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten

Skillnaderna i andelen personer som avstår tandvård trots behov är precis som skillnaderna i självskattad munhälsa en tydlig indikation på att munhälsan och tandvården i Sverige inte är jämlik. En annan aspekt som kan påverka huruvida man söker vård eller inte är om man kan bli bemött på sitt språk. I en undersökning riktad till folktandvårdsorganisationer var det endast en knapp fjärdedel av respondenterna som svarade att de har personal som kan bemöta patienter på finska, och det var endast ett fåtal som uppgav att de kan bemöta patienter på de övriga nationella minoritetsspråken²⁶⁹.

Socioekonomi påverkar risken för tandförlust

Tandförlust efter sjukdom är ett mått på eftersatt tandvård eller ett behov av tandvård som inte tillgodosetts. Graden av socioekonomiska utmaningar i det områden en person bor i påverkar sannolikheten att drabbas av tandförlust på grund av karies eller parodontit. Individer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar (område 1 och 2) förlorar en eller flera tänder på grund av karies och/eller parodontit i högre utsträckning jämfört med områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

I områden med stora socioekonomiska utmaningar är det drygt nio procent som förlorat en eller flera tänder på grund av karies 2021–2023, vilket kan jämföras med knappt 5 procent i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Samma bild framträder när man studerar utbildning;

²⁶⁹ Nationella minoriteter i Folktandvården. Socialstyrelsen; 2025.

personer med lägre utbildning förlorar tänder på grund av karies i högre grad än personer med högre utbildning.

Tandförlust på grund av parodontit är också vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar. I område 1 (stora socioekonomiska utmaningar) är det 11,5 procent som förlorat en eller flera tänder på grund av parodontit 2021–2023 vilken kan jämföras med knappt 4 procent i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (område 5). Här går det dock att se en positiv utveckling med en sjunkande andel patienter som förlorat tand på grund av parodontit.

Personer som inte har förlorat någon tand på grund av karies eller parodontit har en högre besöksfrekvens och en mer regelbunden kontakt med tandvården jämfört med de patienter som har förlorat minst en tand.

Förutsättningarna att arbeta för jämlik munhälsa påverkas av tandvårdssystemets utmaningar

Dagens tandvårdssystem står inför ett antal utmaningar som på olika sätt påverkar möjligheterna att arbeta för mer jämlik munhälsa och jämlik tillgång till tandvård, exempelvis tandvårdens finansieringsstruktur, kompetensförsörjning och tillgång till nya verktyg.

Finansieringsmodellen kan påverka vilken tandvård som utförs samt patienternas val

Tandvård för vuxna utan särskilda behov finansieras i stor utsträckning av patienten själv. Det innebär att det kan vara svårt att motivera patienten till vissa typer av hälsofrämjande åtgärder. Det kan handla om beteendeförändringar som kvalificerat rådgivande samtal, men även andra behandlingar och åtgärder som patienten upplever vara alltför kostsamma. Åtgärden kvalificerat rådgivande samtal är en viktig del i tandvårdens utveckling mot mer hälsofrämjande och förebyggande verksamhet, men endast en mycket låg andel patienter får denna åtgärd som en del av behandlingen av munsjukdomar och besvär²⁷⁰. Finansieringen kan även påverka val av behandling där vårdgivare eller patient kan göra prioriteringar baserade på ekonomi eller lönsamhet i stället för medicinska hänseenden.

Riksrevisionen har under 2025 utfört en granskning av det statliga tandvårdsstödet. De konstaterar att patienterna har låg kunskap om priser, behandlingar, och tandvårdsstöd. Många av patienterna avstår från att

²⁷⁰ Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

utforska prisjämförelser, och behåller sin tandläkare oavsett prissättning. Riksrevisionen lyfter att tandvårdsstödet behöver ses över för att bättre komma patienterna till del, inklusive att bättre nå dem med störst behov av förebyggande tandvård. De anser också att det behövs flera åtgärder för att effektivisera besluten i tandvårdsstödsystemet²⁷¹.

Kompetensförsörjning är en utmaning, särskilt i delar av landet

Det är stora skillnader i tillgången till tandvårdspersonal i regionerna och bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedöms bestå till 2035²⁷² ²⁷³. Kompetensförsörjningsproblematiken har stor påverkan på vilken tandvård som bedrivs i stora delar av landet, inte minst i glesbygd och i norra Sverige. Resursbristen beskrivs vara större inom folktandvården än för de privata vårdgivarna. Flera regioner beskriver att det råder brist på tandhygienister och erfarna tandläkare. Prioriterade patientgrupper, som barn med dålig munhälsa eller risk för dålig munhälsa, samt tandvårdsstödspatienter kan erbjudas behandling inom folktandvården, men endast hälften av patienterna som tackat ja till uppsökande verksamhet kan få denna insats. Betalande vuxna hänvisas till privata vårdgivare för behandling. Ett par regioner beskriver hur resursbristen påverkar möjligheterna att följa de nationella riktlinjerna²⁷⁴.

Sjukskrivningar medför kompetensförluster som skulle kunna undvikas. Uppgifter från Försäkringskassan för 2024 visar att tandhygienister var den yrkeskategori inom tandvården som hade högst sjukfrånvaro, följt av tandsköterskor. De flesta sjukskrivningar beror på psykiatriska diagnoser, som ofta är stressrelaterade²⁷⁵. För att undvika onödiga sjukskrivningar krävs sammanhållna personalkedjor som inte bara säkerställer att fler medarbetare rekryteras, utan också att det finns kontinuerlig tillgång till personal. Det i sin tur kräver lärare och handledare samt en blandning av personal med olika erfarenhet och kompetens²⁷⁶.

Digitala tjänster i tandvården kan öka jämlikheten

Många tandvårdsorganisationer erbjuder idag digitala tandvårdsbesök. Sedan 2024 finns det i det statliga tandvårdsstödet sju tandvårdsåtgärder

²⁷¹ Tandvårdsstödet – en konstruktion med hål. Riksrevisionen; 2025.

²⁷² Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Sammanställning och analys av den tillgängliga personalen 2024. Nationella planeringsstödet 2025. Delrapport 2. Bilaga 1. Socialstyrelsen; 2025.

²⁷³ Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024. Delrapport 3. Socialstyrelsen; 2024.

²⁷⁴ Utvärdering av tandvården. Följsamheten till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2025.

²⁷⁵ [Jobben med störst sjukfrånvaro – statistik för alla yrken](#). Försäkringskassan; 2025. Hämtad 2025-10-23.

²⁷⁶ Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning. Nationella planeringsstödet 2024. Delrapport 3. Socialstyrelsen; 2024.

som rör distanskontakt. Åtgärderna kan användas som ett uppföljande möte via videolänk, till exempel för att följa upp en specifik behandling.

Åtgärderna kan däremot inte användas som ett alternativ till ett inledande besök, exempelvis basundersökning. Under 2024 utfördes åtgärderna 436 gånger varav cirka 64 procent utfördes i offentlig tandvård; under 2025 var motsvarande siffra 606 gånger varav cirka 59 procent utfördes i offentlig tandvård.

Då åtgärden är så pass ny i det statliga stödet är effekten av distanskontakter inom tandvården ännu inte kartlagd. Att erbjuda distanskontakt via videolänk kan dock vara ett sätt att erbjuda kontakt för de som har svårt att besöka tandvårdskliniker fysiskt, till exempel vid funktionsnedsättning, eller som ett sätt att förbättra föräldrars kunskap om oral hälsa. Distanskontakter kan också fungera som ett viktigt verktyg i tandvårdens hälsofrämjande arbete, inklusive som stöd till beteendeförändring.

Psykisk ohälsa är en allt större utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet

Psykisk ohälsa är en av de främsta samhällsutmaningarna i Sverige idag, med konsekvenser för såväl individen som för hälso- och sjukvårdssystemet och samhället i stort. År 2011 utgjorde psykiska sjukdomar 25 procent av den totala sjukdomsbelastningen i Sverige²⁷⁷. I Socialstyrelsens rapport från 2011 lyftes delvis samma utmaningar inom psykisk ohälsa som de vi ser idag, till exempel primärvårdens roll i omhändertagandet av psykisk ohälsa. Samtidigt är vissa utmaningar annorlunda idag, där exempelvis minskat stigma och större kunskap om neuropsykiatriska problem ändrat sökmönster till vården.

Psykisk ohälsa spänner över ett brett spektrum – från lindriga, övergående tillstånd till komplexa, långvariga och ofta samsjukliga problem. Patienter rör sig inte alltid linjärt från primärvård till specialistpsykiatri. I stället är flödena mellan vårdnivåerna ofta cirkulära och överlappande, där patientens individuella behov, tillgängligheten i systemet och vårdens förmåga att möta behoven avgör vilken vård eller stöd som ges och var.

Hälso- och sjukvårdens förmåga att – på lämplig vårdnivå – erbjuda relevant vård och stöd till personer med psykisk ohälsa är av avgörande betydelse för att säkerställa hälsa, välbefinnande och delaktighet för dessa individer. Hur väl vård- och omsorgssystemet sammantaget förmår ta hand om personer

²⁷⁷ Ojämna villkor för hälsa och vård. Socialstyrelsen; 2011.

med psykisk ohälsa är beroende av så väl tydlig ansvarsfördelning som samverkan mellan olika vårdnivåer och aktörer.

Andelen personer med psykiska besvär har ökat bland både vuxna och barn under de senaste decennierna²⁷⁸ och antalet personer som får vård för psykiatriska diagnoser har ökat med cirka 60 procent mellan 2008 och 2022. För merparten av ökningen står neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, främst adhd och autism²⁷⁹.

Iakttagelser i korthet

- Majoriteten av befolkningen uppger att de har god allmänhälsa och gott psykiskt välbefinnande, men det är samtidigt vanligt att ha psykiska besvär.
- Patienter med psykiska besvär är en av de största patientgrupperna på vårdcentralerna. Ungefär tio procent av kvinnorna och sex procent av männen har under de senaste fem åren fått diagnosen depression.
- Uttagen av antidepressiva läkemedel har ökat under en längre tid och ökade i samtliga områdestyper mellan 2023 och 2024. Kvinnor tar i högre utsträckning ut antidepressiva läkemedel än män.
- Tillgången till bland annat psykologisk behandling och tidiga insatser vid psykisk ohälsa varierar stort inom primärvården.
- Psykisk hälsa hör till ett av de områden inom vilket vård på distans tillämpats tidigt och utvecklingen har kommit relativt långt. Ungefär en fjärdedel av alla besök i den öppna psykiatriska vården sker genom distanskontakt.
- Barn och unga är den grupp där adhd-läkemedel förskrivs mest, men även förskrivningen till vuxna har ökat. Andelen kvinnor som hämtat ut adhd-läkemedel har nästan fördubblats på fem år, från 1,2 procent 2020 till 2,3 procent 2024.

Psykisk ohälsa är en fråga för hela samhället

Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar att behandla psykisk ohälsa, men kan inte ensamt ansvara för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Arbetet för psykisk hälsa behöver ske gemensamt tillsammans med många andra aktörer i samhället. Sedan januari 2025 arbetar 28 myndigheter med att samordna, stödja och följa genomförandet av den nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention, *Det handlar om livet*.

²⁷⁸ Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten; 2023.

²⁷⁹ Psykisk hälsa och suicidprevention. Regeringens handlingsplan för genomförandet av den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention för perioden 2025–2026. Regeringskansliet; 2025.

Arbetet syftar till att skapa en mer effektiv och samordnad styrning inom området så att visionen om en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen kan uppnås. I *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2026* kan du läsa mer om vård och behandling vid psykisk ohälsa hos äldre.

De flesta har en god hälsa men det är ändå vanligt med psykiska besvär

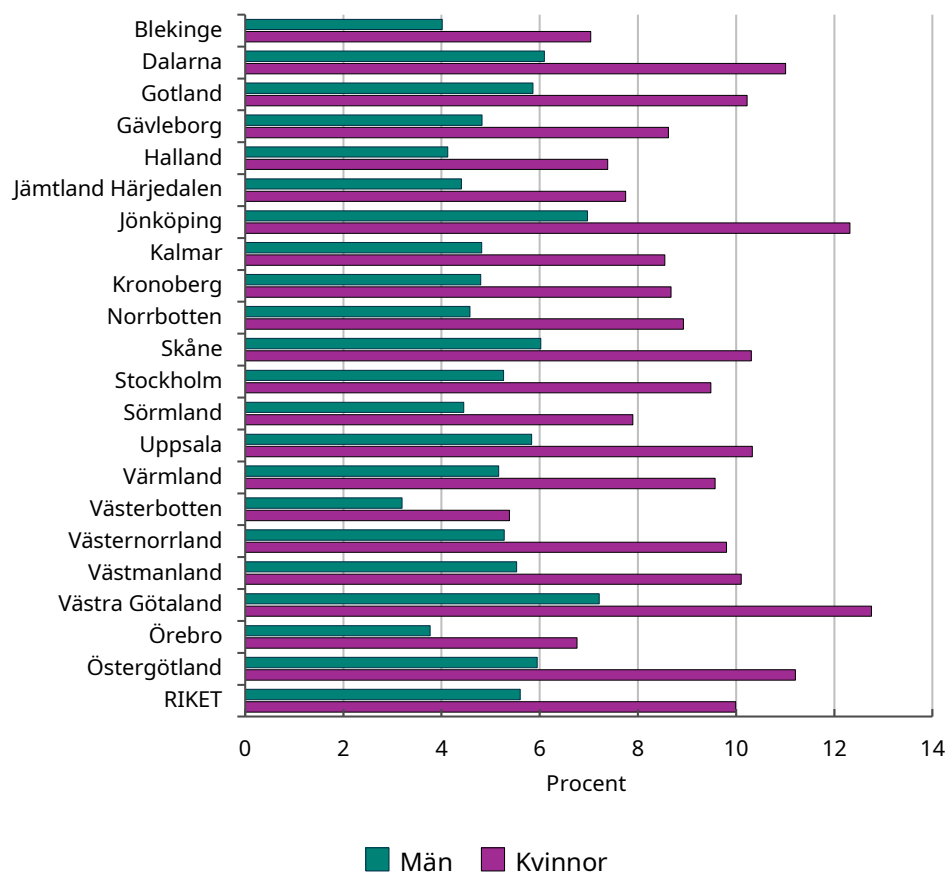
Flertalet barn och vuxna i Sverige uppger att de har en god allmän hälsa och ett gott psykiskt välbefinnande. Samtidigt är det vanligt att ha olika typer av psykiska besvär, som oro, stress och sömnbesvär^{280 281}. Patienter med psykiska besvär är en av de största målgrupperna på vårdcentralerna. Inom primärvården är det vanligt att patienter diagnostiseras med depression. Ungefär tio procent av kvinnorna och drygt sex procent av männen, som är listade vid en vårdcentral, har under de senaste fem åren fått diagnosen depression. Andelen som diagnostiserats varierar något mellan regioner.

²⁸⁰ [Statistik om psykisk hälsa i Sverige](#). Folkhälsomyndigheten; 2025. Hämtad 2025-12-01.

²⁸¹ Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen; 2025.

Figur 66. Förekomst av diagnosen depression på vårdcentral, efter region och kön

Andel av listade befolkning som har fått diagnos depression någon gång under de senaste 5 åren. December 2025. PVQ Depression Dep01

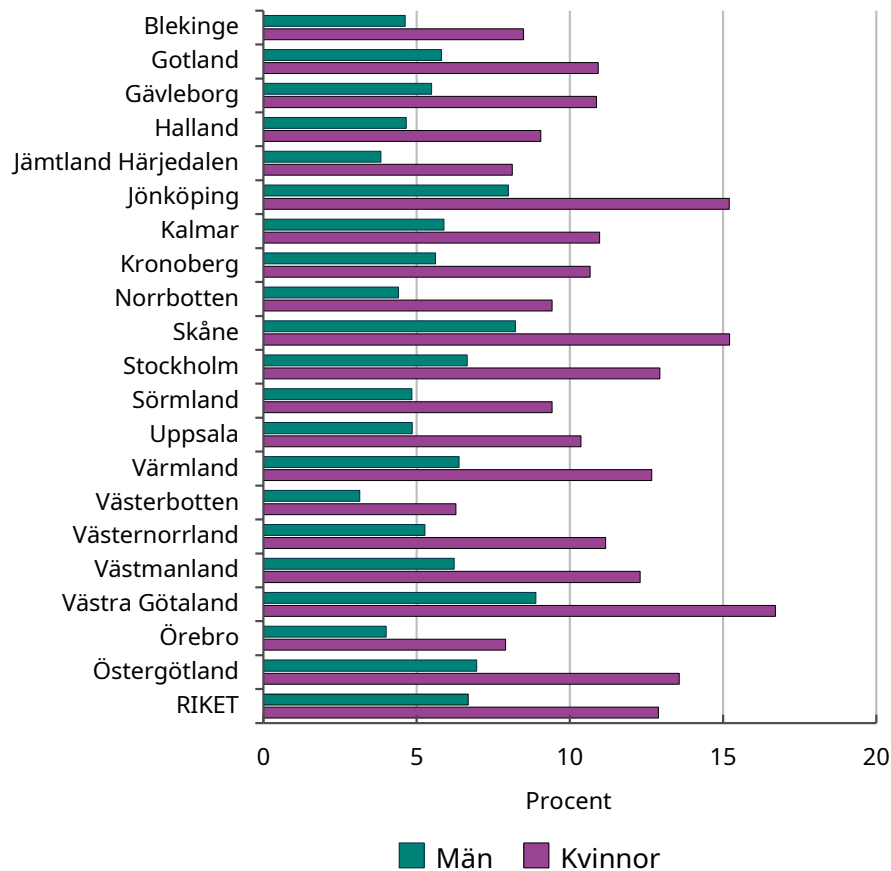


Källa: Vården i siffror, Primärvårdskvalitet (PVQ), Sveriges Kommuner och Regioner

Det är också vanligt att patienter listade vid en vårdcentral diagnostiseras med ångest. Andelen som fått en ångestdiagnos de senaste fem åren är tretton procent bland kvinnorna och drygt sju procent bland männen, men även här finns en variation mellan regionerna.

Figur 67. Förekomst av diagnos ångest i primärvården

Andel av listade befolkning som har fått diagnos ångest någon gång under de senaste 5 åren. December 2025. Ångest Ån01²⁸²



Källa: Vården i siffror, Primärvårdskvalitet (PVQ), Sveriges Kommuner och Regioner

Uttag av antidepressiva läkemedel ökar

Uttaget av antidepressiva läkemedel uppgick under treårsperioden 2022–2024 till 115 expedieringar per 1 000 invånare i alla åldrar. Uttagen har ökat under en längre tid. Mellan 2019 och 2021 låg uttagen till exempel på 106 recept per 1 000 invånare. Under perioden 2022–2024 gjorde kvinnor 148 uttag av antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare, att jämföra med perioden innan, 2019–2021, då motsvarande siffra var 136 uttag per 1 000 invånare. Män hämtar ut antidepressiva läkemedel i lägre utsträckning än kvinnor, men även bland männen syns en ökning vid en jämförelse av de båda senaste tidsperioderna. Bland män ökade antalet från 2019–2021 års nivå på 75 uttag av antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare till 2022–2024 års siffra på 81 uttag.

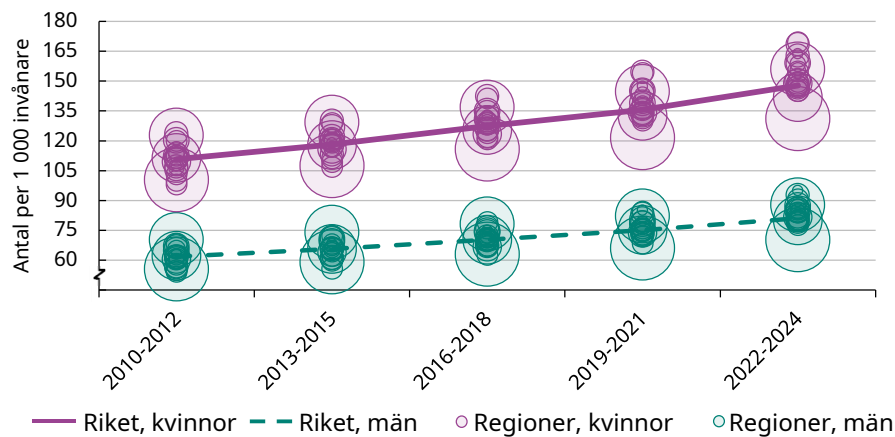
Som framgår av figur 68 finns det en regional spridning vad gäller uttag av antidepressiva läkemedel, bland såväl kvinnor som män. Lägst uttag av

²⁸² Data för Region Dalarna saknas.

antidepressiva läkemedel finns bland män i region Stockholm, 70 per 1 000 invånare. Bland män sker de högsta uttagen på Gotland, 95 per 1 000 invånare, följt av region Värmland med 93 uttag per 1 000 invånare. Även bland kvinnor återfinns de lägsta uttagen i region Stockholm, där de uppgår till 131 uttag per 1 000 invånare. Relativt sett flest uttag av antidepressiva läkemedel i Sverige gör kvinnor i Västerbotten, 170 per 1 000 invånare.

Figur 68. Uttag av antidepressiva läkemedel från treårsperioden 2010–2012 till treårsperioden 2022–2024, uppdelat på kön och regional spridning

Antal uthämtade antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare, alla åldrar



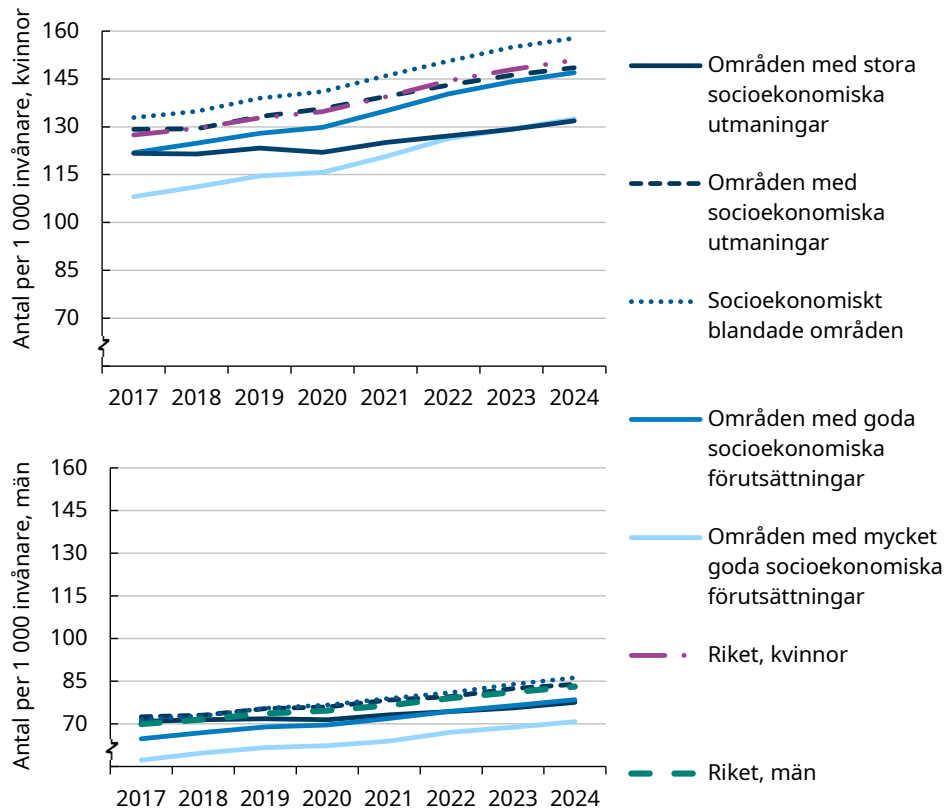
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det finns skillnader i hur många uttag av antidepressiva läkemedel boende i områden med olika socioekonomiska förutsättningar gör, vilket åskådliggörs i figur 69. Den socioekonomiska gradient som kan ses för några av de kärnindikatorer som redovisas i denna rapport är dock inte lika tydlig här. Bland kvinnor var uttagen under 2024 till exempel i stort sett lika stora bland boende i områden med bäst respektive sämst socioekonomiska förutsättningar, 132 uttag per 1 000 invånare, vilket också var den lägsta nivån på uttag i jämförelse med övriga områdestyper. Högst uttag fanns bland kvinnor boende i socioekonomiskt blandade områden, 158 per 1 000 invånare. Bland män togs minst antal antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare ut i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, 71 stycken, och relativt sett flest uttag bland män gjordes av boende i socioekonomiskt blandade områden, 86 per 1 000 invånare.

Uttagen ökade i samtliga områdestyper mellan 2023 och 2024, och det gäller för både kvinnor och män.

Figur 69. Uttag av antidepressiva läkemedel 2017–2024, uppdelat på kön och områdestyp.

Antal uthämtade antidepressiva läkemedel per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det saknas i dagsläget specificerade rekommendationer för utsättning av antidepressiva läkemedel. Läkemedelsverkets rekommendationer anger att ”[g]radvis utsättning rekommenderas, men kunskapsunderlaget är otillräckligt för att förespråka en specifik regim”²⁸³. En nyligen publicerad studie visar att långsam nedtrappning kombinerat med psykologiskt stöd minskade risken för återfall jämfört med både omedelbart avslut och långsam nedtrappning utan psykologiskt stöd. Minst risk för återfall i den aktuella studien var fortsatt läkemedelsbehandling kombinerat med psykologiskt stöd²⁸⁴.

²⁸³ [Avslutande av behandling](#). Depression, ångest och tvångssyndrom. Läkemedelsverket; 2025. Hämtad 2026-02-07.

²⁸⁴ Zaccoletti, Debora et al. Comparison of antidepressant deprescribing strategies in individuals with clinically remitted depression: a systematic review and network meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*, Volume 13, Issue 1, 24-36.

Högre förskrivning av antidepressiva läkemedel i Sverige

En komparativ analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel mellan de nordiska länderna visar att Sverige har en högre förskrivning än Danmark och Norge. Skillnaderna beskrivs av Läkemedelsverket som anmärkningsvärda. Förskrivningsdata från 2021 visar på att prevalens och incidens av antidepressiva läkemedel bland barn och unga var mellan 2–5 gånger högre i Sverige jämfört med i Danmark och Norge. Prevalensen bland vuxna var mellan 1,3–2 gånger högre i Sverige jämfört med Danmark och Norge. Behandlingsrekommendationerna mellan de nordiska länderna har inga betydande skillnader. Att Sveriges förskrivning är högre än Danmark och Norges beror därmed mindre sannolikt på skillnader i nationella behandlingsrekommendationer²⁸⁵.

Skillnader i primärvårdens arbete med psykisk ohälsa

Antalet invånare som söker vårdkontakt för vissa typer av psykisk ohälsa har ökat de senaste åren, framför allt inom primärvården. Primärvården har därmed en central roll i att möta dessa individer och behöver vara väl förberedd för att hantera en bredd av patienter med allt från mild till måttlig psykisk ohälsa²⁸⁶.

I många regioner har primärvården fått ett större ansvar för psykisk ohälsa, men det saknas fortfarande enhetlighet mellan regionerna. Det finns både variationer kring åldersmässiga avgränsningar och hur ansvaret tolkas och praktiseras. I de flesta regioner ingår vård vid psykisk ohälsa för vuxna i primärvårdens grunduppdrag, medan ansvaret för barn och unga ofta är otydligt och fragmenterat med särskilda mottagningar eller vårdformer utanför vårdcentralerna. Vidare varierar tillgången till psykologisk behandling, strukturerade bedömningar och tidiga insatser vid psykisk ohälsa stort inom primärvården. Både mellan och inom regioner finns skillnader i organisering och tillgången till insatser för psykisk ohälsa varierar. Det innebär att patienters möjlighet att få kunskapsbaserad psykologisk behandling, förebyggande insatser och stöd i återhämtning i hög grad avgörs av bostadsort. Vissa skillnader är motiverade av exempelvis geografiska hänsyn, men även de skillnaderna kan leda till otydlig

²⁸⁵ Komparativ analys av förskrivning av antidepressiva läkemedel mellan de nordiska länderna. Läkemedelsverket; 2025.

²⁸⁶ Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen; 2025.

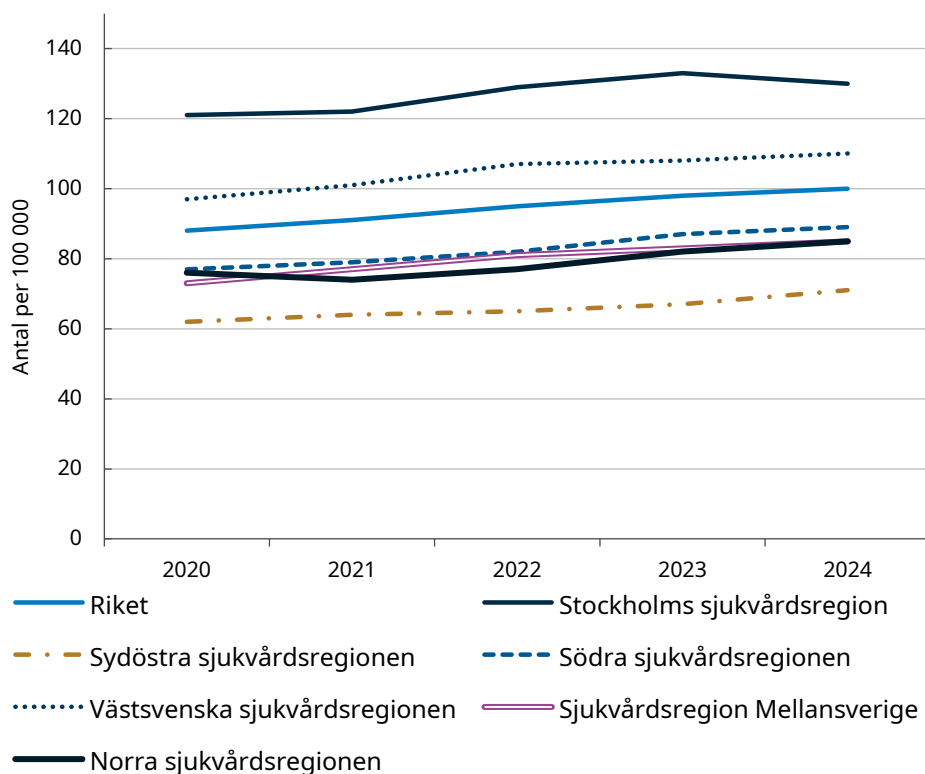
ansvarsfördelning och att patienter hamnar på fel vårdnivå eller hos fel aktör²⁸⁷.

Varierande tillgång till psykologer och bristande samsyn kring omhändertagandet försvårar arbetet

Mellan 2020 och 2024 ökade antalet sysselsatta psykologer per 100 000 från 88 till 100, men det är stor variation mellan de olika sjukvårdsregionerna (se figur 70). I Sydöstra sjukvårdsregionen fanns det 71 sysselsatta psykologer per 100 000 invånare år 2024. Motsvarande antal i Stockholms sjukvårdsregion var 130. Grundutbildningen för psykologer är i begränsad utsträckning anpassad för arbete i primärvård, vilket försvårar rekrytering och introduktion²⁸⁸.

Figur 70. Antal sysselsatta psykologer

Offentlig och privat regi. Yrkesaktiv i överensstämmelse med legitimation eller yrkesbevis, alla näringsgrenar



Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen

Ett välfungerande tvärprofessionellt teamarbete är centralt i primärvården men försvåras både av brist på rätt kompetens och av otydlig

²⁸⁷ Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2025.

²⁸⁸ Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen; 2025.

ansvarsfördelning mellan professioner som psykologer, kuratorer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och läkare²⁸⁹. Antalet sysselsatta psykologer per 100 000 inom både primärvården och den specialiserade vården har ökat mellan 2020 och 2022. Inom primärvården har antalet sysselsatta psykologer ökat med nio procent och inom den specialiserade vården med fem procent²⁹⁰.

Det saknas idag en nationell samsyn kring hur primärvården bäst ska omhänderta patientgrupper med psykiska besvär, och i många fall finns inte heller underlag för hur bedömningar och behandlingar kan utformas som stegvisa insatser i primärvården. Vårdcentralerna tolkar det förebyggande och hälsofrämjande uppdraget kopplat till psykisk ohälsa och vilka symtom som ska behandlas inom primärvården respektive specialistpsykiatri olika. Detta försvårar organiseringen av omhändertagandet för patienter med psykiska besvär och bidrar till att patienter ibland hamnar på fel vårdnivå²⁹¹. Vidare finns utmaningar när det gäller samverkan med den vuxenpsykiatriska specialistvården, där kriterier för remittering till specialistsjukvården varierar mellan och inom regioner. Resultatet kan bli att remisser avslås och att patienter skickas fram och tillbaka²⁹².

Primärvården och specialistvården är beroende av varandra

Patientens individuella behov, tillgängligheten i vårdsystemet och samhällets förmåga att möta behoven avgör vilken vård eller stöd som ges och på vilken vårdnivå. Efterfrågan på vård för psykiska besvär och mildare psykisk ohälsa påverkar möjligheterna att ge vård till de med större behov eller de som har sämre förutsättningar. Primärvårdens kapacitet påverkar specialistpsykiatriens belastning – om primärvården saknar resurser eller kunskap att hantera psykisk ohälsa sker en ökning av remisser till specialistpsykiatri, varav många avslås eller skickas tillbaka. Omvänt gäller att när tillgången till specialistpsykiatri är begränsad, tvingas primärvården ta ett större ansvar, ibland utöver sin kompetens eller sitt uppdrag.

Patienters vårdbehov kan också skifta och därmed innebära en flytt över vårdnivåer. För att uppnå kontinuitet är därför samverkan mellan vårdnivåerna av stor betydelse. Att löpande följa upp patienter ger

²⁸⁹ Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen; 2025.

²⁹⁰ Personalstatistik inom primärvården, delrapport 3. Socialstyrelsen; 2025.

²⁹¹ Primärvårdens arbete med psykisk ohälsa. Slutredovisning av uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen; 2025.

²⁹² Tillsyn som bidrar i omställningen till en god och nära vård. Med särskilt fokus på vårdcentraler och den regionala styrningen av primärvården. Inspektionen för vård och omsorg; 2025.

förutsättningar för att vid behov kunna växla till en högre eller lägre vårdnivå²⁹³.

Ökad efterfrågan leder till långa väntetider

Den ökande efterfrågan på vård inom barn- och ungdomspsykiatri, framför allt gällande neuropsykiatriska funktionsnedsättningar överstiger de befintliga resurserna. Det handlar främst om vård till barn med adhd, som exempelvis utgjorde ungefär 70 procent av läkarbesöken för gruppen barn mellan 10 och 17 år 2023. En stor andel av resurserna går till att genomföra neuropsykiatriska utredningar. Att antalet patienter inom barn- och ungdomspsykiatri ökar, riskerar att minska tillgången till vård för andra patientgrupper, till exempel barn med komplex barn- och ungdomspsykiatrisk problematik²⁹⁴.

Till följd av den ökade efterfrågan är väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri ofta långa^{295 296}. Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri kan få allvarliga konsekvenser för de drabbade barnen eftersom obehandlade depressioner och ångestsyndrom kan förvärra suicidala tendenser och självskadebeteenden. Tidiga insatser kan samtidigt vara avgörande för att förhindra ytterligare negativ utveckling²⁹⁷. Läs mer om väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri i *Kärnindikator 5: Startade utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri*.

Digitalisering ger nya möjligheter

Psykisk hälsa hör till ett av de områden inom vilket vård på distans tillämpats tidigt och utvecklingen har kommit förhållandevis långt. Utredning och behandling av psykisk ohälsa kräver inte alltid fysisk undersökning eller provtagning²⁹⁸ och digitala verktyg har förbättrat tillgängligheten och flexibiliteten²⁹⁹. Verktyg för vård och stöd på distans ökar förutsättningarna att möta olika behov samt att överbrygga geografiska hinder för en mer jämlik vård³⁰⁰. Digitala verktyg kan göra det enklare för en

²⁹³ [Depression och ångestsyndrom](#). Nationella vård- och insatsprogram, Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2025-12-08.

²⁹⁴ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen; 2025.

²⁹⁵ Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2024.

²⁹⁶ [Väntetidsstatistik Barn- och ungdomspsykiatri](#). Väntetider i vården. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2025-04-01.

²⁹⁷ Iakttagelser i korthet. Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri riskerar patientsäkerheten. Inspektionen för vård och omsorg; 2025.

²⁹⁸ Digitalt stöd för psykisk hälsa. Möjligheter och hinder. E-hälsomyndigheten; 2021.

²⁹⁹ A new Benchmark for Mental Health Systems. Tackling the social and Economic Costs of Mental Ill-Health. OECD; 2021.

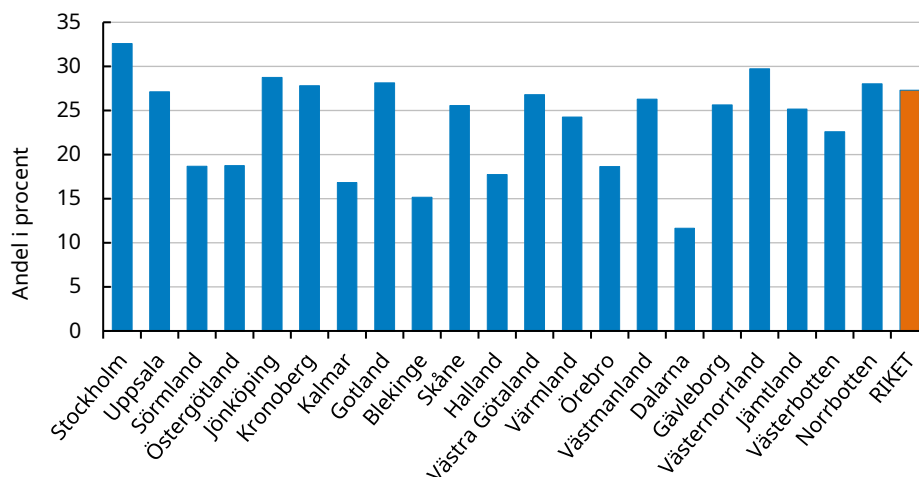
³⁰⁰ Psykiatri i siffror – Vuxenpsykiatri, kartläggning 2024. Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.

person att bibehålla psykiskt välbefinnande och förebygga psykiska besvär, exempelvis genom stöd i form av information och egenvård³⁰¹.

I figur 71 framgår att andelen distanskontakter i den öppna psykiatriska vården är cirka 27 procent med en variation om cirka 12–33 procent mellan regionerna.

Figur 71. Andel besök i den öppna psykiatriska vården som skett via distanskontakt under 2025

Andelen distanskontakter³⁰² i den öppna psykiatriska vården för barn- och unga samt vuxna.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I flera regioner pågår en omställning och utveckling till digitala arbetssätt. Inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri erbjuder regionerna bland annat videobesök, digitala formulärtjänster, distansmonitorering samt olika behandlingsprogram genom 1177 stöd och behandling. Genom 1177 stöd och behandling kan individen kommunicera med sin behandlare via text eller videomöten. I exempelvis Region Västerbotten ses digitala vårdmöten som centralt givet regionens geografiska utmaningar samt ett sätt att lösa bristen på läkare inom vuxenpsykiatri. I Region Skåne har utvecklingen inom e-hälsoområdet bidragit till ökad tillgänglighet och ett bredare vårdutbud genom digitala behandlingar och distansmöten inom barn- och ungdomspsykiatri³⁰³.

³⁰¹ Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten; 2023.

³⁰² Distanskontakter för samtliga yrkesgrupper registrerade i den psykiatriska vården för barn- och unga samt vuxna. Data för vissa regioner saknas för enstaka månader.

³⁰³ Kartläggning av digitala verktyg och tjänster i den specialiserade psykiatriska vården. Delredovisning – plan för genomförande. Dnr: 6016/2025. Socialstyrelsen; 2025.

Antalet barn som har diagnosen adhd ökar

Under det senaste decenniet ses en kraftig ökning av antalet barn med diagnosen adhd. Samtidigt visar flera studier att diagnosen idag ställs på lindrigare symtom och högre grad av funktion^{304 305}.

Medicinering vid adhd kräver i de allra flesta fall att förskrivaren är specialist i psykiatri. Barn och unga är den grupp där adhd-läkemedel förskrivs mest. Under 2024 hämtade 9,1 procent av pojkarna i åldern 10–14 år ut adhd-läkemedel, jämfört med 6,6 procent år 2020. Bland flickor var förskrivningen vanligast i åldern 15–19 år – 8,3 procent 2024, jämfört med 4,7 procent 2020. Även förskrivningen till vuxna har ökat, där andelen kvinnor som hämtat ut adhd-läkemedel nästan fördubblats på fem år, från 1,2 procent 2020 till 2,3 procent 2024. Bland män har andelen ökat från 1,6 till 2,4 procent. Den största ökningen bland kvinnor ses i åldersgruppen 20–24 år, där användningen har ökat med närmare 95 procent³⁰⁶.

Personer med adhd kan ha olika behov av vård och stöd, och flera verksamheter och yrkesgrupper behöver samverka. Vuxna utreds ofta på en psykiatrisk mottagning och kan sedan få fortsatt stöd och behandling från till exempel primärvården³⁰⁷. En granskning från IVO visar att efterfrågan på vård relaterad till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har ökat kraftigt, och att en marknad har vuxit fram där privata aktörer erbjuder neuropsykiatrisk vård som finansieras av den enskilde³⁰⁸.

Ojämlig tillgång till specialiserad barn- och ungdomspsykiatri

Den ökade efterfrågan på vård inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien har lett till en ökad vårdproduktion, men kapaciteten motsvarar ändå inte behovet av vård. Efterfrågan har också bidragit till en ökad ojämlikhet i tillgång till vård. Både diagnoser och insatser är överrepresenterade i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Barn- och ungdomspsykiatrien når inte barn i socioekonomiskt utsatta

³⁰⁴ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatrien. Socialstyrelsen; 2025

³⁰⁵ Uppdaterad analys publiceras av Socialstyrelsen under våren 2026.

³⁰⁶ Statistik om läkemedel 2024. Socialstyrelsen; 2025.

³⁰⁷ Nationella riktlinjer 2024: Adhd och autism. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2024.

³⁰⁸ Tillsyn av privat finansierad neuropsykiatrisk vård. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Inspektionen för vård och omsorg; 2026.

områden i samma utsträckning, trots att förekomsten av adhd och andra barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd kan förväntas vara större där^{309 310}.

Systembrister påverkar personer med omfattande psykiatrisk problematik

Komplex psykiatrisk problematik kännetecknas av svåra, ofta långvariga tillstånd, ibland i kombination med samsjuklighet och sociala problem. Personer med svåra psykiatriska diagnoser som till exempel schizofreni och andra psykossjukdomar eller bipolär sjukdom kan vara i stora behov av hjälp och stöd från flera samhällsaktörer. Behov av insatser och stöd kan därför behöva komma från många olika aktörer, exempelvis psykiatrisk öppenvård, beroendevård, psykiatrisk heldygnsvård, habilitering, somatisk specialistvård samt primärvård. Men trots att hälso- och sjukvårdens resurser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska satsas på de patienter som har störst behov, är det ofta gruppen med komplexa behov som drabbas hårdast av systemsvagheter.

För dessa grupper är det särskilt viktigt att det finns en fungerande samordning mellan primärvård, specialistpsykiatri, socialtjänst och andra samhällsaktörer. Behovet av personcentrering för dessa grupper är särskilt stort. I många verksamheter finns kunskap och engagemang hos personalen³¹¹. Däremot fungerar samordningen mellan primärvård, specialistpsykiatri och socialtjänst ofta bristfälligt, vilket medför att patienten riskerar att inte få rätt insatser i tid. Gemensamma utmaningar för verksamheterna är svårigheter att möta målgruppens behov, samverka och samordna insatser som individen behöver, samt tolkning av central lagstiftning³¹².

Skillnader i tillgång till integrerade verksamheter

Regioner och kommuner har ett gemensamt ansvar för god vård och omsorg till personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov. Insatserna kan behöva ges integrerat, och för att det ska vara möjligt krävs samverkan och samordning mellan de olika aktörerna. Förekomsten av integrerade verksamheter skiljer sig dock åt mellan regionerna. I vissa regioner finns flera integrerade verksamheter och i andra ingen. För att patienterna ska få

³⁰⁹ Sett till de förväntade andelarna av förekomst bland skolbarn om epidemiologiska studier av prevalens utgör måttstock. Se exempelvis Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd – Förekomst, trend och könsskillnader. Socialstyrelsen; 2023.

³¹⁰ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen; 2025.

³¹¹ Utveckla en personcentrerad vård och omsorg vid komplex psykiatrisk problematik. Vidtagna åtgärder och fortsatta utvecklingsbehov – slutredovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2025.

³¹² Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov. Kartläggning och intervjustudie av integrerade verksamheter som erbjuder samordnad vård och omsorg till personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov av samordnade insatser. Socialstyrelsen; 2025.

en personcentrerad vård och omsorg finns ett behov av att öka tillgången till integrerade verksamheter, och Socialdepartementet har efter samsjuklighetsutredningen tillsatt en delegation med uppdrag att skapa en mer samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet³¹³.

För tre komplexa och sällsynta psykiatriska tillstånd finns nationell högspecialiserad vård

Tre vårdområden har koncentrerats inom nationell högspecialiserad vård för psykisk hälsa: svårbehandlade ätstörningar (2023), könsdysfori (2024), och svårbehandlat självskadebeteende (2023). Syftet med koncentrationen är att säkerställa jämlik, likvärdig och tillgänglig vård i hela landet för patientgrupper med komplexa och sällsynta psykiatriska tillstånd, som kräver multidisciplinära team med hög och samlad kompetens.

Inför besluten konstaterades stora regionala skillnader i både tillgänglighet och behandlingsalternativ. Nationell nivåstrukturering skapar förutsättningar för att minska de tidigare påtagliga regionala skillnaderna och öka tillgången till individanpassade behandlingar. Genom att samla de mest komplexa delarna av vården till ett mindre antal enheter kan erfarenhet och kvalitet upprätthållas, patientsäkerheten stärkas samt strukturerad uppföljning, kunskapsutveckling och forskning utvecklas. Exempelvis för svårbehandlade ätstörningar var forskning påtagligt eftersatt i relation till sjukdomens mycket allvarliga konsekvenser.

³¹³ Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov. Kartläggning och intervjustudie av integrerade verksamheter som erbjuder samordnad vård och omsorg till personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov av samordnade insatser. Socialstyrelsen; 2025.

Bilaga 1. Indikatorer och ramverk som stöd för analys

Kärnindikatorerna belyser prioriterade områden

Sedan 2022 redovisar Socialstyrelsen resultaten för 14 nationella kärnindikatorer³¹⁴ i varje lägesrapport för hälso-, sjuk- och tandvården. Tillsammans speglar de hälso-, sjuk- och tandvårdens resultat på en övergripande nivå.

De 14 kärnindikatorerna är ett urval från den mer omfattande uppsättning indikatorer som Socialstyrelsen tidigare presenterade i rapporten *Sex frågor om vården – övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*³¹⁵. Urvalet har gjorts i syfte att belysa ett antal av de områden som är prioriterade inom hälso-, sjuk- och tandvården. Kärnindikatorerna är viktiga resultatmått som berör olika aspekter av hälso-, sjuk- och tandvården, exempelvis inom områdena medicinsk kvalitet, kostnader och tillgänglighet.

Kärnindikatorerna syftar till att ge en indikation av läget inom svensk hälso-, sjuk- och tandvård. Indikatorer i sig kan inte ge en fullständig bild, men ger ändå information om den övergripande utvecklingen inom olika områden. För att förklara anledningarna till utvecklingen krävs dock att indikatorerna kompletteras med annan information.

Nytt i årets rapport är att Socialstyrelsen även inkluderat ett mått där kärnindikatorernas³¹⁶ samlade utveckling redovisas. Syftet med det är att tydligare illustrera hur den sammanvägda utvecklingen sett ut över tid, samt att kunna visa på skillnaderna mellan enskilda regioner och en mer generell utveckling av sektorn. Detta fungerar som en samlad beskrivning av tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården.

³¹⁴ De 14 måtten är egentligen 13 indikatorer och ett nyckeltal/bakgrundsmått som saknar uttalad önskvärd riktning (utgifter för hälso- och sjukvården per invånare). I rapporten inkluderas samtliga 14 mått under benämningen ”kärnindikatorerna”.

³¹⁵ Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.

³¹⁶ I kärnindikatorernas samlade utveckling ingår bara de 13 indikatorerna som har en uttalad önskvärd riktning, det vill säga kärnindikator 2–14.

Kärnindikatorerna redovisas utifrån socioekonomiska förutsättningar

Liksom i de senaste årens lägesrapporter redovisas kärnindikatorerna utifrån kön och region samt utifrån områdestyp, baserat på Statistiska centralbyråns, SCB:s, regionala statistikområden, RegSO. Syftet är att kunna besvara frågor som huruvida självmord, dödlighet efter stroke eller besök i tandvården är vanligare i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med goda eller mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Områdestyperna togs fram 2020 av Delegationen mot segregation, Delmos, och SCB och beskriver de socioekonomiska förutsättningarna i respektive RegSO³¹⁷.

Det finns fem områdestyper:

Områdestyp 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Områdestyp 2 – områden med socioekonomiska utmaningar.

Områdestyp 3 – socioekonomiskt blandade områden.

Områdestyp 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

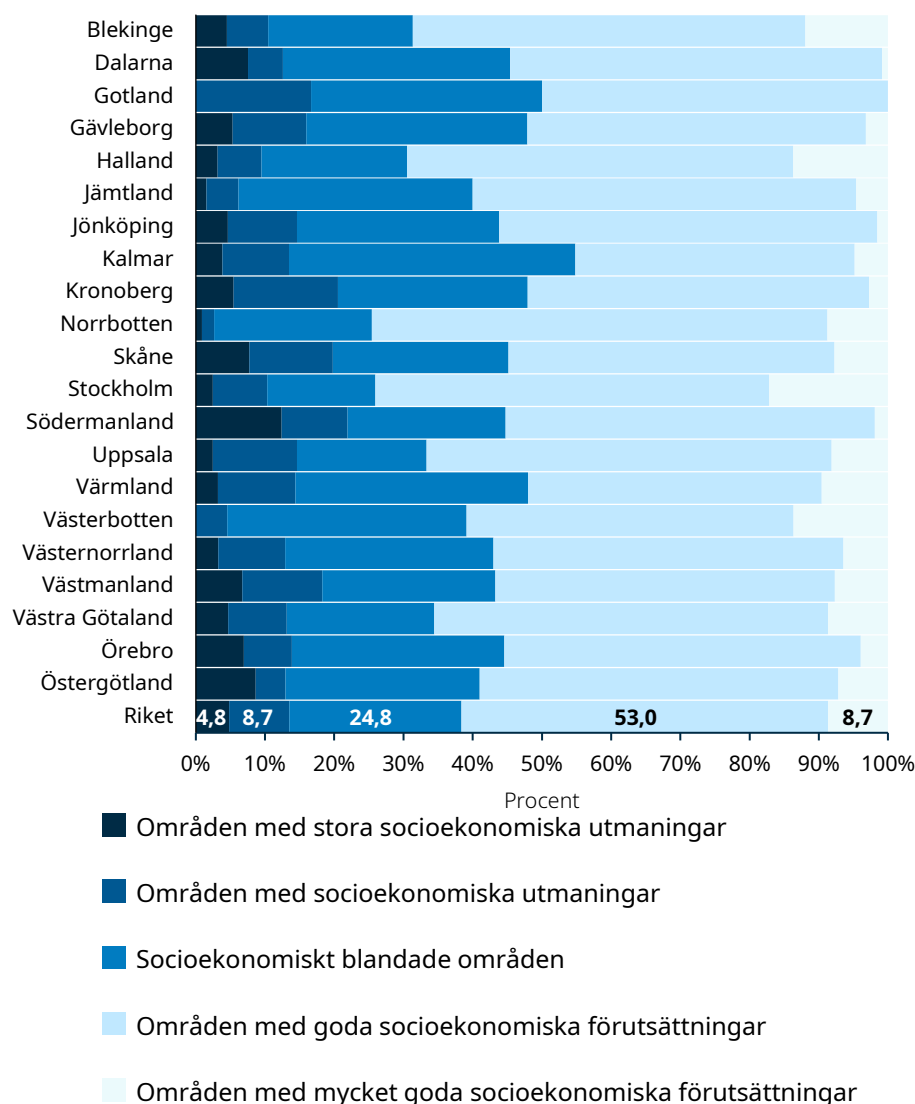
Områdestyp 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Områdestyp 1 och 2 går under samlingsbegreppet områden med socioekonomiska utmaningar³¹⁸. I figur 72 visar vi hur områdestyperna fördelas över respektive län.

³¹⁷ Uppdelningen bygger på ett index som innehåller följande faktorer: andel personer med låg ekonomisk standard (avser personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är lägre än 60 procent av medianvärdet i befolkningen), andel personer med förgymnasial utbildning samt andel personer som har haft ekonomiskt bistånd längre än tio månader, har varit arbetslösa längre än sex månader eller båda delarna.

³¹⁸ Läs mer om boendesegregation på Boverkets webbplats: [Jämlika livsvillkor och utanförskap](#).

Figur 72. Fördelning av områdestyper 2023 uppdelat på län



Källa: Statistiska centralbyrån

För ett urval av indikatorerna i rapporten redovisas andra socioekonomiska mått, exempelvis utbildningsnivå. Se även Socialstyrelsens Analysverktyg³¹⁹, där kärnindikatorerna presenteras med fler bakgrundsfaktorer än i huvudrapporten^{320 321}.

³¹⁹ Se [Analysverktyget](#).

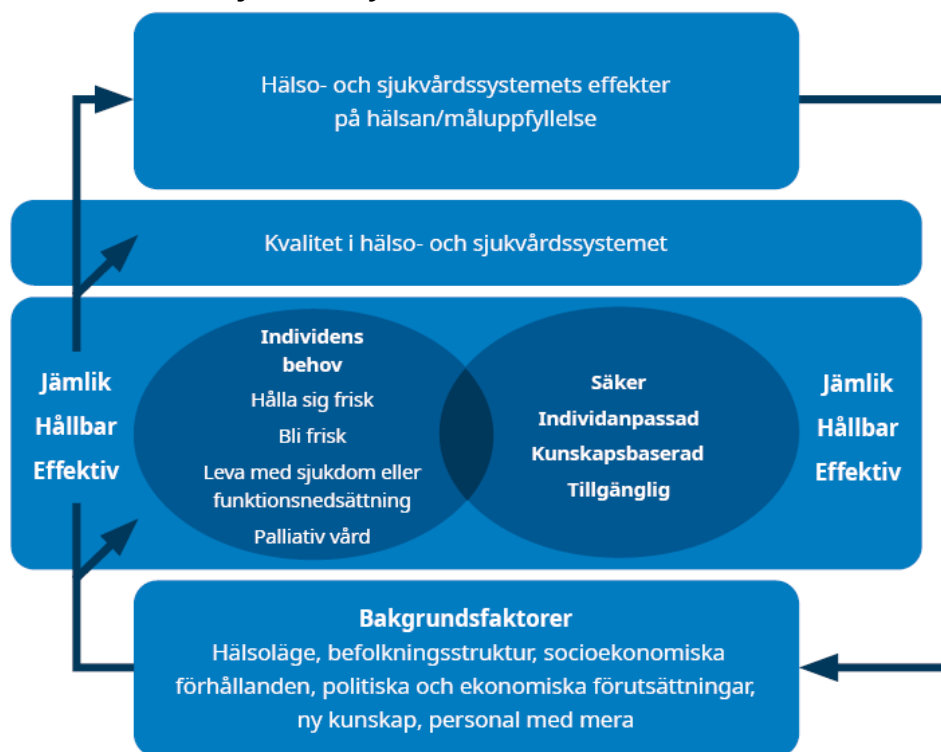
³²⁰ I kärnindikatorerna redovisas i förekommande fall länsmedel samt riket. Länsmedel är genomsnittet av alla läns indikatorvärden, medan riket är indikatorvärdet för hela riket.

³²¹ För vissa figurer redovisas konfidensintervall. Variationen i konfidensintervallen beror till stor del av underlagets storlek och variationen i data. I [Analysverktyget](#) redovisas konfidensintervall i tabellerna.

Ramverk för beskrivning av hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen

Socialstyrelsens övergripande analyser av tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård har tidigare utgått från myndighetens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Det är i sin tur baserat på internationella erfarenheter och har koppling till Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling, OECD:s ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet.

Figur 73. Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet



Källa: Sex frågor om vården, Socialstyrelsen

Ramverket visar samband inom och runt hälso- och sjukvårdssystemet, likväl som tandvårdssystemet. Dess centrala delar illustrerar dimensioner som är viktiga att följa upp när man vill belysa kvalitet i hälso- och sjukvården och tandvården, inklusive Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg, men också med dimensionen "hållbar" tydligt uttalad och med en särskild betoning på individens skiftande behov. Ramverket knyter också an till hälsoläget i befolkningen och andra bakgrundsfaktorer samt till hälso- och sjukvårdssystemets egna effekter på de ingående faktorerna.

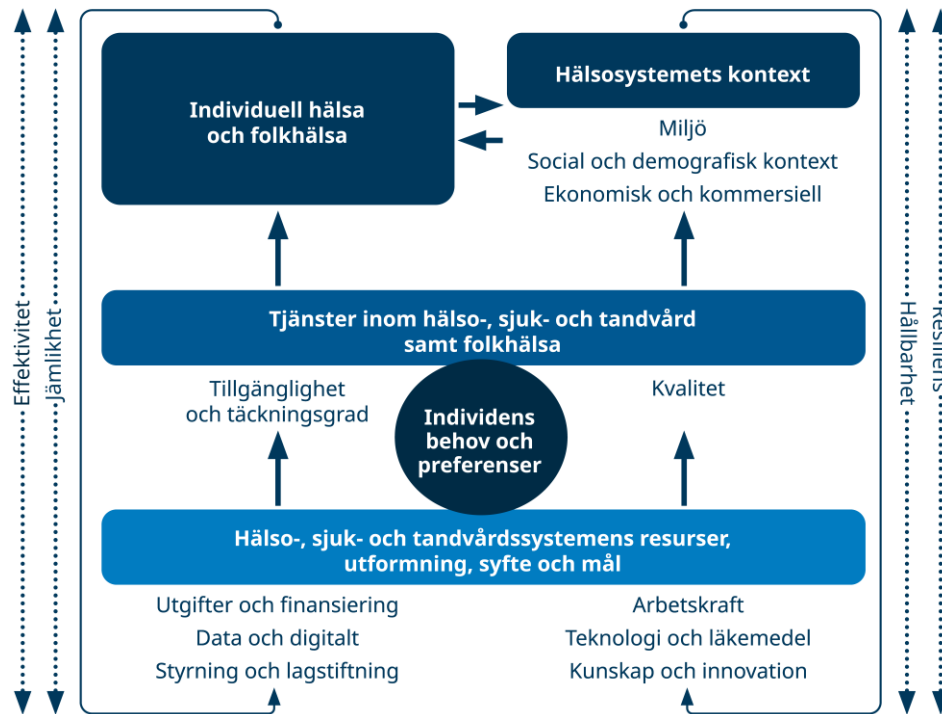
Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg:

- **Säker:** Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad:** Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Kunskapsbaserad:** Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Jämlik:** Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- **Tillgänglig:** Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.
- **Effektiv:** Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

OECD har under lång tid arbetat med olika verktyg för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdssystem. De lanserade under 2024 en ny version av sitt ramverk³²², där större hänsyn tas till faktorer som den socioekonomiska och demografiska kontexten, miljöaspekter, personcentrerad vård, samt de fyra dimensionerna effektivitet, jämlikhet, hållbarhet och resiliens. Där Socialstyrelsens tidigare ramverk beskriver *hälso- och sjukvårdssystemet*, placerar i stället OECD hälso-, sjuk- och tandvårdssystemen i en hälsosystemskontext, som inkluderar alla institutioner, organisationer och resurser som har som främsta mål att främja hälsan.

³²² Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2024.

Figur 74. OECD:s ramverk för "Health System Performance Assessment" (HSPA)



Källa: OECD (Socialstyrelsens översättning)

Den övre vänstra delen i figur 74 beskriver hälsosystemets resultat, där det framgår att hälsosystemet samtidigt påverkar både individuell hälsa och folkhälsa. Systemet påverkar också den kontext som det befinner sig i, i form av miljö, demografi med mera. Dessa kontextuella faktorer påverkar i sin tur såklart även hälsan och folkhälsan. I den övre högra delen, hälsosystemets kontext, inkluderar OECD även hälsans bestämningsfaktorer utanför den rena hälso-, sjuk- och tandvårdskontexten.

Kärnan i OECD:s ramverk är, precis som i Socialstyrelsens ramverk, individens behov och preferenser. De kan samtidigt ses som både ett mål och en resurs för systemet att uppnå målen på både individnivå och befolkningsnivå.

Grundtanken för systemet är att leverera tjänster med hög kvalitet och tillgänglighet, oavsett om det är hälso- och sjukvård, tandvård eller folkhälsa. Hit räknar OECD också flera olika verksamheter som hjälp vid psykisk ohälsa, rehabilitering och omvårdnad, samt hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Längs med långsidorna i figur 74 illustreras de fyra övergripande dimensionerna som löper genom samtliga delar av hälsosystemet: Effektivitet, jämlikhet, hållbarhet och resiliens. Dessa dimensioner påverkar, och påverkas, av faktorer genom hela kedjan av händelser.

Längst ned i figuren återfinns de strukturella element med vilka hälsosystemen är uppbyggda: resurser samt systemets utformning, syfte och mål³²³.

I arbetet med denna rapport har vi tagit fasta på jämlikhet som en tvärgående dimension genom hela hälsosystemet. Det innebär att jämlikhetsfrågan inte bara ses som en del av hälso-, sjuk- och tandvården utan att även omkringliggande faktorer som innovation, kompetensförsörjning, policyer och styrning påverkar, liksom att jämlikheten mäts i hälsoutfall både individuellt och på gruppnivå. I denna rapport är hälso-, sjuk- och tandvårdssystemet i fokus, men det är samtidigt tydligt att det är ett system i en bredare kontext.

³²³ Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. OECD; 2024.

Bilaga 2. Metodbeskrivning kärnindikatorernas samlade utveckling

Måttet på den samlade utvecklingen baseras på 13 av de 14 kärnindikatorerna som redovisas i lägesrapporten. Kärnindikator 1 (Utgifter för hälso- och sjukvården per invånare) ingår inte i den samlade utvecklingen eftersom kärnindikatorn saknar entydig normativ riktning – det är inte uppenbart om en ökning eller minskning av kostnader per invånare ska tolkas som en förbättring eller försämring.

För varje indikator beräknas den procentuella förändringen i förhållande till indikatorns basår. År 2010 används som startår för majoriteten av indikatorerna, men enskilda indikatorer kan ha olika basår beroende på tillgången till data. Indikatorerna är justerade så att ett högre värde betyder ett mer positivt utfall.

Tabell 4. Basår för respektive kärnindikator

Kärnindikator	Basår
Kärnindikator 2	2016
Kärnindikator 3	2010
Kärnindikator 4	2020
Kärnindikator 5	2015
Kärnindikator 6	2014
Kärnindikator 7	2011
Kärnindikator 8	2010
Kärnindikator 9	2010
Kärnindikator 10	2010
Kärnindikator 11	2010
Kärnindikator 12	2010
Kärnindikator 13	2010
Kärnindikator 14	2010

Den samlade utvecklingen beräknas som det oviktade genomsnittet av indikatorernas procentuella förändring för respektive år. Beräkningen görs separat för riket och för varje region. Varje region och varje indikator mäts enbart mot sig själv. Att region A har ett högre värde för ett visst år än region B innebär således att A har sett en större förbättring av den indikatorn

än region B, men region B kan fortfarande ha jämförelsevis bättre faktiskt resultat, men med en procentuellt mindre förbättring.

Indikatorer som baseras på ett litet antal händelser har generellt högre volatilitet, vilket innebär att även mindre absoluta förändringar kan ge upphov till större procentuella variationer. Exempelvis innebär en förändring från 2 till 4 procent en ökning med 100 procent, medan en förändring från 98 till 96 procent motsvarar en minskning med cirka 2 procent, trots att den absoluta förändringen är lika stor (2 procentenheter). Redovisningen används för att möjliggöra en samlad och överskådlig bild av kärnindikatorernas utveckling. Tolkningar av utvecklingen bör kompletteras med en analys av kärnindikatorernas faktiska värden och deras absoluta förändringar. På regional nivå kan utvecklingen för de mindre regionerna uppvisa större variation mellan enskilda år medan utvecklingen över hela tidsperioden ger en mer stabil bild över utvecklingen.

Valet av basår har stor betydelse för utvecklingen efter basåret. Om basåret har ett ovanligt högt eller lågt värde kan utvecklingen relativt basåret bli oproportionerligt stor eller liten.

För varje kärnindikator i , geografisk indelning (riket eller regioner) r och år t beräknas två värden beroende på kärnindikatorns önskade värde:

Kärnindikator med ett **högt** önskat värde:

$$I_{i,r,t} = \frac{X_{i,r,t}}{X_{i,r,b_i}} \times 100$$

Kärnindikator med ett **lågt** önskat värde:

$$I_{i,r,t} = \frac{X_{i,r,b_i}}{X_{i,r,t}} \times 100$$

Utvecklingen relativt basår beskrivs sedan enligt:

$$U_{i,r,t} = I_{i,r,t} - 100$$

där basåret alltid har värdet 0.

Den samlade utvecklingen beskrivs då enligt:

$$S_{r,t} = \frac{1}{n_t} \sum_{i=1}^{n_t} U_{i,r,t}$$

där n_t är antalet kärnindikatorer som ingår i beräkningen det aktuella året.



Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården (artikelnr 2026-3-10107)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.