

5 – 69 %^{*}

Så varierar andelen patienter som väntar över 90 dagar på ett första specialistbesök mellan Sveriges regioner.

Jämlik vård

Om ojämlikheten i svensk sjukvård och vägen till en mer jämlik vård

Jämlik vård – Om ojämlikheten i svensk sjukvård och vägen till en mer jämlik vård.

Författare: Christoffer Nilsson och Björn Arnek

Layout: Vendela Björck

Kontakt: christoffer.nilsson@vardforetagarna.se
bjorn.arnek@vardforetagarna.se

Oktober, 2026

Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård bygger på principen att vård ska ges på lika villkor och efter behov. Men i praktiken möter patienter i dag olika vårdvägar beroende på var de bor, vilka förutsättningar de har att navigera systemet och vilken kapacitet som finns tillgänglig i den egna regionen. Två patienter med liknande medicinska behov kan därför få helt olika väntetider, trots att vårdresurser och kompetens finns i andra delar av systemet.

Rapporten visar att ojämlikhet i svensk vård tar sig uttryck på flera sätt. Socialstyrelsens lägesrapport för 2026 pekar på att skillnader i hälsa, sjuklighet, dödlighet och vårdutnyttjande är väldokumenterade, bland annat kopplat till ålder, kön och socioekonomi. Samtidigt påverkas patientens faktiska tillgång till vård av bostadsort, demografi och hur väl patienten kan navigera i systemet.

De geografiska skillnaderna är särskilt tydliga i väntetiderna. Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på första besök i specialiserad vård varierar mellan 5 och 69 procent mellan regionerna. Även socioekonomiska skillnader syns i vårdens resultat och i behovet av slutenvård. Sammantaget visar detta att jämlik vård inte bara handlar om upplevd tillgänglighet, utan också om patientsäkerhet, hälsa och livskvalitet.

Ett särskilt fokus i rapporten är väntetiderna i den planerade specialistvården. Jämförelser av gynekologi och ögonsjukvård visar stora regionala skillnader. Inom gynekologi varierande andelen operationer och åtgärder som genomfördes inom 30 dagar från 0 procent i Region Jämtland Härjedalen till 82 procent i Region Stockholm. Inom ögonsjukvården fick 20 procent behandling inom 30 dagar i Region Jämtland Härjedalen, jämfört med 81 procent i Region Östergötland och nästan 80 procent i Region Stockholm.

För att förstå var ojämlikheten uppstår analyserar rapporten patientens väg genom vården i sju steg: symptom och vårdbehov, kontakt med vården, medicinsk bedömning, remiss och hänvisning, specialistbedömning, behandling och uppföljning samt resultat för patienten. En brist i ett steg påverkar hela kedjan. God tillgänglighet i början av vårdkedjan förlorar sitt värde om patienten senare fastnar i köer eller om övergångarna mellan vårdnivåer inte fungerar.

Innehållsförteckning

Vårdföretagarnas förslag.....	5
Inledning.....	6
Lagstiftning och grundläggande principer.....	9
Nationell överblick: omfattning och principer.....	9
Ett stort vårdssystem men med ojämn tillgång.....	9
Ojämligheter syns i geografi, socioekonomi och demografi.....	10
Kapaciteten används inte där behoven är störst.....	11
Skillnader i väntetider i specialistvården.....	13
Gynekologi.....	14
Ögon.....	16
Sammanfattning.....	18
Jämlik vård börjar i patientens möjligheter och väg genom systemet.....	19
Patientens väg till vård – sju steg där jämlikheten avgörs.....	20
Steg 1: Symtom om vårdbehov – ojämlikheten börjar innan vården.....	20
Steg 2: Kontakt med vården – första tröskeln.....	21
Steg 3: Medicinsk bedömning – rätt kompetens i rätt tid.....	22
Steg 4: Remiss och hänvisning – att hitta rätt i systemet.....	22
Steg 5: Specialistbedömning – där behovsprincipen möter kapacitetsbristen	23
Steg 6: Behandling och uppföljning – när vården ska leverera.....	24
Steg 7: Resultat för patienten – det yttersta måttet på jämlikhet.....	24
En kedja är bara så stark som sin svagaste länk.....	25
Vårdföretagarnas inspel.....	27
Förstärkt vård- och patientinformation till medborgare.....	27
Sammanhållen patientinformation ger ökad innovation.....	28
Nationell grund i primärvården.....	29
Bättre nyttjande av Lagen om valfrihet i specialist- och primärvården..	30
Fri patientrörlighet i slutenvården.....	32
Slutsatser.....	33

Vårdföretagarnas förslag

Vårdföretagarna föreslår fem reformer för att stärka vårdkedjan:

- En förstärkt vård- och informationsgaranti
- Sammanhållen patientinformation ger ökad innovation
- En nationell grund i primärvården
- Bättre nyttjande av LOV i primärvården och specialistvården
- Fri patientrörlighet i slutenvården

Inledning

Svensk hälso- och sjukvård bygger på ett löfte som de flesta ställer sig bakom: den som behöver vård ska få den i tid, oavsett bostadsort, bakgrund eller kunskap om hur systemet fungerar. Vården ska ges efter behov – inte postnummer, utbildningsnivå eller förmågan att själv hitta rätt väg genom vårdens olika ingångar.

Men verkligheten ser annorlunda ut.

Två patienter med liknande medicinska behov kan i dag möta helt olika vårdvägar. Den ena får snabbt kontakt, bedömning och behandling. Den andra fastnar i telefonköer, väntar på remiss, får knapphändig information eller blir kvar i en operationskö trots att kapacitet finns någon annanstans. För patienten är skillnaden konkret: veckor eller månader av väntan, försämrad livskvalitet och i vissa fall ökade medicinska risker.

Ojämligheten i svensk vård är inte ny. Skillnader i hälsa, vårdutnyttjande och tillgång till vård har varit väldokumenterade i decennier. Det syns mellan regioner, mellan socioekonomiska grupper, mellan kvinnor och män och mellan patienter med olika förutsättningar att förstå och använda vårdsystemet. Det innebär att vårdens höga ambitioner inte alltid motsvaras av patientens faktiska erfarenhet.

Samtidigt är Sverige inte ett land utan vårdresurser. Tvärtom har hälso- och sjukvården stora offentliga resurser, hög medicinsk kompetens och kvalitet och en mångfald av vårdgivare som varje dag utför vård på uppdrag av det offentliga. I både offentlig och privat regi finns verksamheter som lyckas korta väntetider, utveckla nya arbetssätt och möta patienter på mer tillgängliga sätt. Det visar att problemen går att lösa och att det inte nödvändigtvis kräver ytterligare finansiella resurser.

Därför behöver diskussionen om jämlik vård handla mindre om systemets gränser och mer om patientens väg genom vården. Frågan är inte bara hur mycket resurser som eventuellt måste tillföras, utan hur den kapacitet som redan finns planeras, fördelas och används. När patienter väntar i en del av systemet samtidigt som kompetens och ledig kapacitet finns i en annan, är det inte ett uttryck för jämlik vård. Det är ett tecken på att vårdkedjan inte hänger ihop tillräckligt väl.

Den här rapporten tar sin utgångspunkt i just detta. Jämlik vård avgörs i första hand inte av hur vården är organiserad på pappret, utan av om patienten faktiskt kommer fram, får en medicinsk bedömning, lotsas vidare till rätt vårdnivå och får behandling i rimlig tid. En kedja är som bekant inte starkare än den svagaste länken.

Rapporten visar hur ojämlikhet uppstår i patientens väg genom vården och hur den kan minska genom reformer som stärker patientens ställning, förbättrar informationen, gör vårdgarantin mer användbar och tar vara på hela systemets kapacitet. Det handlar inte om att ställa offentligt mot privat, utan om att använda alla delar av den offentligt finansierade vården bättre.



Lagstiftning och grundläggande principer

Den svenska hälso- och sjukvården styrs av flera lagar, men den mest centrala för jämlik vård är Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30): Målet med hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagen slår fast att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Patientlagen (2014:821): Denna lag syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Den reglerar bland annat rätten till information, möjlighet att välja behandlingsalternativ och vårdgivare samt rätten till en ny medicinsk bedömning.

Riksdagen har även beslutat om en etisk plattform för prioriteringar i vården som bygger på tre principer:

- 1. Människovärdesprincipen:** alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- 2. Behovs- och solidaritetsprincipen:** resurserna ska fördelas efter behov. De med störst behov ska ges företräde.
- 3. Kostnadseffektivitetsprincipen:** en rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas, men denna princip är underordnad de andra två. Det är dock viktigt att notera att HSL är en ramlag och skyldighetslagstiftning, inte en rättighetslagstiftning som ger enskilda en direkt utkrävbar rätt till en specifik vårdinsats.

Det är dock viktigt att notera att HSL är en ramlag och skyldighetslagstiftning, inte en rättighetslagstiftning som ger enskilda en direkt utkrävbar rätt till en specifik vårdinsats.

Nationell överblick: omfattning och problembild

Ett stort vårdssystem men med ojämn tillgång

Regionerna ansvarar för den största delen av hälso- och sjukvården. Uppdraget omfattar akutsjukvård, primärvård, specialiserad vård och psykiatrisk vård, men också att arbeta hälsofrämjande, förebygga ohälsa, utreda sjukdomar och behandla skador. Det är ett av välfärdens mest omfattande samhällsuppdrag och regionernas största kostnadspost.

Samtidigt utförs vården inte enbart i regionernas egen regi. Privata vårdgivare är i dag en integrerad del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Under 2025 uppgick regionernas totala kostnad för primärvård, specialistvård och psykiatrisk vård till cirka 364 miljarder kronor. Här ingår även akutsjukvård och sjukhusvård. Av detta var cirka 46 miljarder kronor, motsvarande 13 procent, köp från privata utförare. Det innebär att den absolut övervägande delen av vården bedrivs i regionernas egen regi, samtidigt som privata vårdgivare står för en viktig del av den vård som patienter möter i vardagen.

Detta är en central utgångspunkt. Diskussionen om jämlik vård handlar inte om två separata system, det vill säga ett offentligt och ett privat utan om hur hela den offentligt finansierade vårdens kapacitet används. Om patienter väntar länge i en del av systemet samtidigt som kapacitet finns i en annan, är det ett problem oavsett vem som driver verksamheten.

Socialstyrelsens lägesrapport för 2026 visar att svensk hälso- och sjukvård på många sätt utvecklas positivt. Flera medicinska resultat förbättras över tid och flera indikatorer går i rätt riktning. Men rapporten visar samtidigt att utvecklingen inte kommer alla patienter till del på samma sätt. Socialstyrelsen konstaterar att ojämlikheter i hälsa, sjuklighet, dödlighet och vårdutnyttjande mellan olika grupper, till exempel kopplat till ålder, kön och socioekonomi, är väldokumenterade sedan lång tid tillbaka.

Den övergripande bilden är därför mångfacetterad. Sverige har en sjukvård med hög kvalitet och kompetens, stora resurser och goda resultat på många områden. Men patientens faktiska tillgång till vård påverkas av bostadsort, socioekonomiska förutsättningar, demografi och hur väl patienten kan navigera i systemet.

Ojämligheter syns i geografi, socioekonomi och demografi

En av de tydligaste formerna av ojämlikhet är geografisk variation. Patienternas tillgång till vård påverkas i hög grad av var i landet de bor. Socialstyrelsen pekar bland annat på stora skillnader i väntetider till specialiserad vård. Andelen patienter som väntar mer än 90 dagar på första besök i specialiserad vård varierar mellan 5 och 69 procent i regionerna. Det innebär att två patienter med liknande vårdbehov kan få helt olika väntetid beroende på bostadsort.

Ojämligheten är samtidigt inte bara geografisk. Den följer också socioekonomiska mönster. Socialstyrelsen visar att påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL är betydligt vanligare i områden med svaga socioekonomiska förutsättningar än i områden med starka socioekonomiska förutsättningar. Under 2024 uppgick slutenvårdstillfällena per 100 000 invånare bland män till 777 i områden med svaga socioekonomiska förutsättningar, jämfört med 329 i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. För kvinnor var motsvarande siffra 700 respektive 285.

Detta är viktigt eftersom påverkbar slutenvård i många fall speglar hur väl vården lyckas med tidigare insatser, uppföljning samt öppenvård. När skillnaderna är så stora tyder det på att patienterna inte får samma förutsättningar att få rätt vård i tid, trots att behoven i många fall är större i utsatta områden.

Samma mönster syns i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Den har sjunkit över tid, vilket är positivt, men skillnaderna mellan grupper är fortsatt stora. Bland män i områden med svaga socioekonomiska förutsättningar inträffade 74 sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare under 2024. Bland män i områden med starka socioekonomiska förutsättningar var motsvarande siffra 29.

Även kön och demografi påverkar hur människor möter vården. Socialstyrelsen redovisar skillnader mellan kvinnor och män i flera indikatorer. En åldrande befolkning innebär att fler patienter kommer att leva med kroniska sjukdomar och sammansatta vårdbehov. Det ställer ökade krav på primärvård, uppföljning, samordning och tillgång till rätt kompetens i rätt tid.

Sammantaget visar detta att ojämlik vård inte bara handlar om upplevelser av tillgänglighet. Den tar sig uttryck i väntetider, slutenvårdsbehov, vårdresultat och i yttersta fall dödlighet. Det innebär att frågan om jämlik vård också är en fråga om patientsäkerhet, hälsa och livskvalitet.

Kapaciteten används inte där behoven är störst

En central slutsats i Socialstyrelsens lägesrapport är att ojämlikhet inte enbart är en fråga om resurser, utan också om hur resurser används. Socialstyrelsen framhåller att vården behöver arbeta mer systematiskt med att planera, följa upp och styra vården efter invånarnas behov. Det handlar om att skapa balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet för att skapa förutsättningar att vårdens resurser finns på rätt plats vid rätt tidpunkt.

Kapacitetsstyrning har därför en direkt koppling till jämlik vård. Hur resurser planeras, prioriteras och fördelas påverkar möjligheterna för invånare att få vård på lika villkor. Skillnader i tillgång till personal, vårdplatser eller kompetens kan leda till ojämlikheter i väntetider, vårdkvalitet och behandlingsresultat.

Läkarförbundet har i rapporten En ojämlik väntan på vård visat att väntetiderna inte bara skiljer sig mellan regioner, utan även mellan patientgrupper. För flera vanliga planerade operationer får patienter med större sjuklighet vänta längre än patienter som i övrigt är friskare. Det visar att köer inte är neutrala: när kapaciteten inte styrs efter behov riskerar de medicinskt mest sårbara patienterna att drabbas hårdast.

Samtidigt visar Socialstyrelsens uppdaterade analys av riktvärden för vårdplatser att lösningen inte enbart handlar om fler vårdplatser. Det finns fortfarande en betydande brist i somatisk slutenvård, men bristen har minskat från 12,3 till 7,6 procent. Socialstyrelsen bedömer dessutom att 16 regioner på medellång sikt kan möta vårdplatsbehovet med samma antal eller färre vårdplatser än i dag, om de genomför omställningar som minskat behovet av slutenvård. Det pekar på behovet av bättre flöden, mer nära vård, vård i hemmet och mer systematisk kapacitetsstyrning.

När kapacitet inte används där den behövs som mest uppstår en situation där patienter väntar på vård samtidigt som tillgängliga resurser inte utnyttjas fullt ut i andra delar av systemet. Det förstärker både geografiska och socioekonomiska skillnader och innebär att vården inte fungerar som en sammanhållen nationell resurs för patienten.

Den samlade problembilden är därför tydlig. Svensk hälso- och sjukvård har hög kompetens, stora resurser och goda resultat på många områden. Men systemet förmår inte alltid göra kapaciteten tillgänglig för patienten när och där den behövs. Därför behöver lösningarna inte bara handla om mer resurser, utan om att använda hela vårdssystemet bättre, det vill säga över regiongränser, mellan vårdnivåer och oavsett om vården utförs i offentlig eller privat regi.



Skillnader i väntetider i specialistvården

Väntetiderna i den planerade specialistvården skiljer sig markant mellan landets regioner. I det följande jämförs väntetider för utförda operationer och åtgärder inom två övergripande specialiteter: gynekologi och ögonsjukvård. Jämförelsen omfattar elva regioner. Tio regioner har exkluderats eftersom pågående byten av vårdinformationssystem påverkar rapportering och datakvalitet, vilket innebär att jämförbarheten inte kan säkerställas. Regionerna som utesluts från jämförelsen är: Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland, Örebro och Gotland. För att förstå ett problems omfattning behövs adekvat data vilket saknas i nästan hälften av regionerna. Att data saknas för många av landets regioner är ett problem ur många synvinklar, inte minst ur ett demokratiskt perspektiv.

Analysen avser utförda operationer och åtgärder under mars 2026. Det som jämförs är dels hur stor andel av patienterna som fick sin operation eller åtgärd inom 30 dagar från medicinskt beslut, dels hur stor andel som väntade längre än 90 dagar, det vill säga längre än den lagstadgade vårdgarantin.

Redan på övergripande nivå framträder ett tydligt mönster: skillnaderna mellan regionerna är genomgående mycket stora. Variationen handlar inte om några få procentenheter utan i flera fall om skillnader på 60–80 procentenheter mellan bäst och sämst presterande region. Det är tydligt att tillgängligheten till specialistvård i praktiken varierar kraftigt beroende på bostadsort.

Gynekologi

Den första specialiteten som jämförs är gynekologi. Resultaten visar mycket stora regionala skillnader i hur snabbt patienter får tillgång till operation eller annan åtgärd efter fattat beslut, se diagram 1.

Andelen operationer som genomfördes inom 30 dagar varierade i mars 2026 från så lågt som noll procent till så högt som 82 procent. Den lägsta andelen återfanns i Region Jämtland/Härjedalen medan den högsta noterades i Region Stockholm. Fyra regioner låg inom intervallet 50–60 procent, medan fem regioner hade lägre nivåer, mellan 27 och 44 procent.

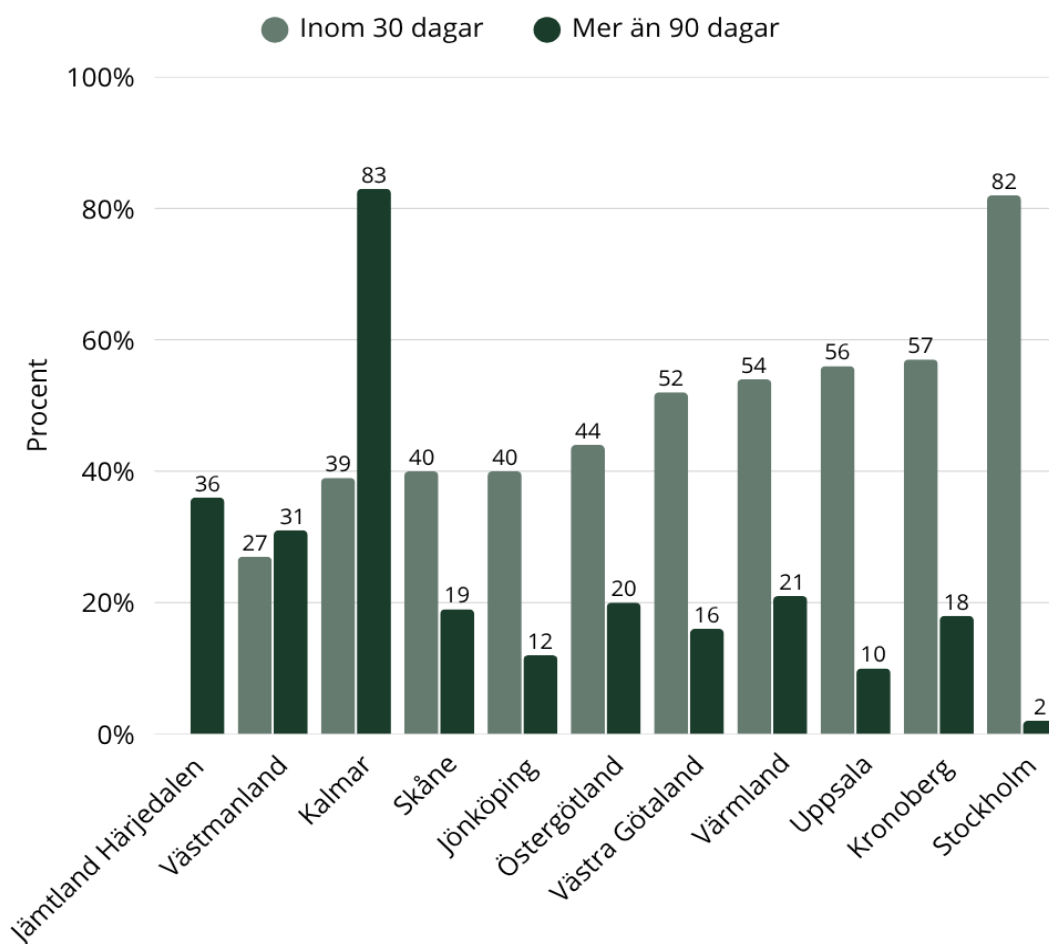
Resultaten visar att skillnaderna inte endast handlar om enstaka avvikelser utan om tydliga strukturella skillnader mellan regionerna. Att vissa regioner klarar av att operera en mycket stor andel patienter inom kort tid samtidigt som andra regioner endast når en bråkdel av samma nivå pekar på betydande skillnader mellan regioner.

Vissa regioner förefaller ha byggt upp en betydligt större motståndskraft mot köbildning än andra. Regioner med höga andelar operationer inom 30 dagar tycks ha bättre förmåga att hantera variationer i inflöde och belastning, medan regioner med låga nivåer riskerar att snabbt bygga upp långa köer.

Andelen patienter som väntade längre än 90 dagar på operation eller åtgärd inom gynekologi är i det närmaste en spegelbild – om än på lägre nivåer – av resultaten för operation inom 30 dagar. I Region Stockholm väntade endast två procent längre än 90 dagar, medan motsvarande andel i Region Jämtland Härjedalen uppgick till 36 procent. Övriga regioner låg mellan 10 och 33 procent.

Detta mönster visar att regioner med hög kapacitet att erbjuda snabb behandling också har betydligt färre patienter som fastnar i långa väntetider. Omvänt tenderar regioner med låg andel operationer inom 30 dagar samtidigt att ha stora grupper patienter som väntar längre än vårdgarantin. Sambandet antyder att skillnaderna inte är tillfälliga utan snarare speglar systematiska skillnader mellan regionerna.

Diagram 1 Andel av operationer/åtgärder inom specialiteten **Gynekologi** som i mars 2026 skedde inom 30 dagar respektive efter mer än 90 dagar i 11 regioner



Källa: Väntetidsdatabasen (SKR)

Ögon

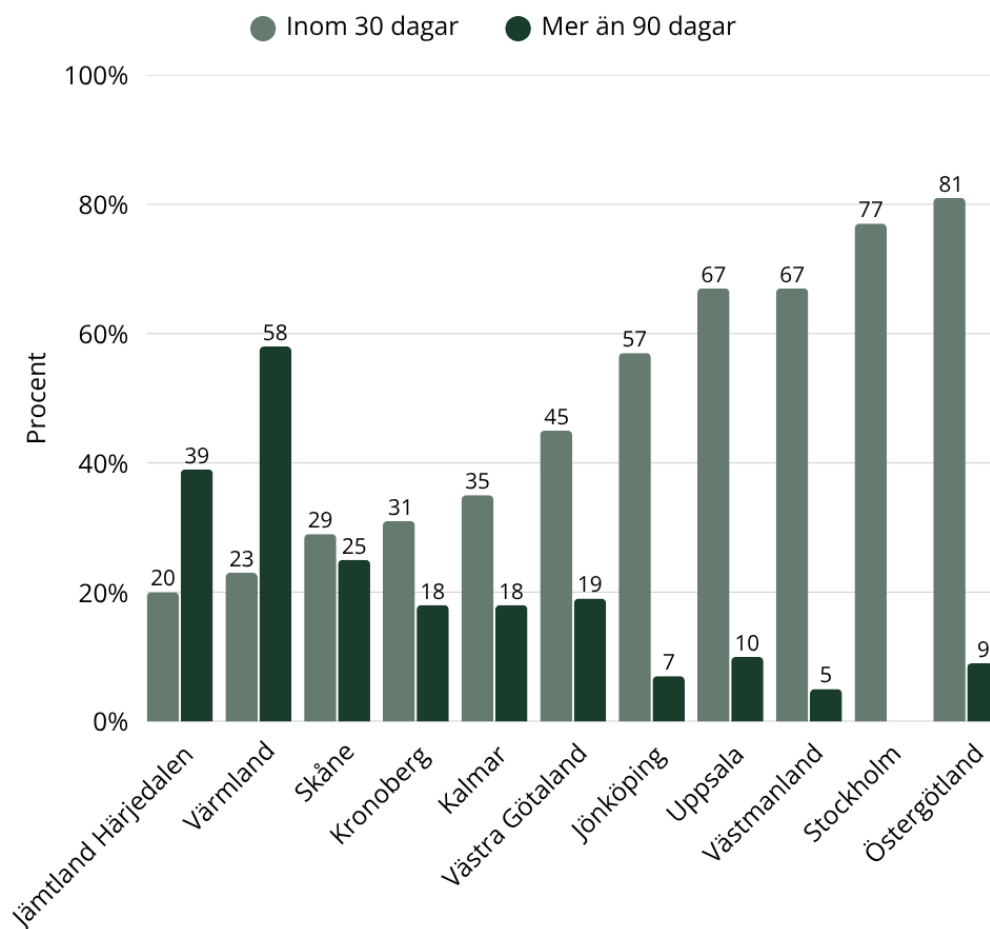
Även inom ögonsjukvården framträder mycket stora regionala skillnader. Andelen patienter som fick operation eller åtgärd inom 30 dagar varierade kraftigt mellan regionerna. I Region Jämtland Härjedalen fick endast 20 procent behandling inom 30 dagar, medan motsvarande andel i Region Östergötland var 81 procent. Även Region Stockholm låg på nästan 80 procent, medan Region Uppsala och Region Västmanland låg nära 70 procent. Samtidigt hade tre regioner nivåer under 30 procent och ytterligare två regioner under 40 procent.

Skillnaderna inom ögonsjukvården är särskilt anmärkningsvärda eftersom många ögonoperationer och åtgärder ofta betraktas som relativt standardiserade och planerbara. Trots detta visar resultaten att vissa regioner lyckas upprätthålla en hög tillgänglighet medan andra har betydande svårigheter att möta efterfrågan.

Precis som inom gynekologin är andelen patienter som väntat längre än 90 dagar i det närmaste en spegelbild, om än på lägre nivå, av andelen som fått vård inom 30 dagar. I Region Värmland hade nästan 60 procent väntat längre än vårdgarantin innan de fick sin operation eller åtgärd i mars 2026.

Att så stora andelar patienter väntar längre än vårdgarantin inom ögonsjukvården är särskilt problematiskt eftersom fördröjd behandling i vissa fall kan innebära successiv synnedsättning och försämrade möjligheter till återhämtning. Långa väntetider kan också få stora konsekvenser för individens självständighet, arbetsförmåga och livskvalitet.

Diagram 2 Andel av operationer/åtgärder inom specialiteten **Ögon** som i mars 2026 skedde inom 30 dagar respektive efter mer än 90 dagar i 11 regioner



Källa: Väntetidsdatabasen (SKR)

Sammanfattning

Sammantaget visar jämförelsen att väntetiderna inom den planerade specialistvården varierar kraftigt mellan regionerna, både inom gynekologi och ögonsjukvård.

Skillnaderna är så stora att patienters tillgång till vård i praktiken påverkas av var i landet de bor.

Analysen visar också ett tydligt samband mellan korta och långa väntetider. Regioner som lyckas genomföra många operationer inom 30 dagar har genomgående små andelar patienter som väntar längre än vårdgarantin. Regioner med låg tillgänglighet uppvisar däremot ofta stora grupper patienter med mycket långa väntetider. Detta tyder på att problemen inte är tillfälliga utan speglar mer grundläggande skillnader mellan regionerna. Region Stockholm har överlägset flest privata vårdgivare och är den region som håller vårdgarantin bäst.

De stora variationerna riskerar att få flera konsekvenser. Långa väntetider till operation eller åtgärd kan innebära förvärrade symtom, försämrad livskvalitet och ökad psykisk belastning för patienterna. Fördröjd behandling kan dessutom leda till att vårdbehovet ökar över tid, vilket i sin tur riskerar att skapa ännu större belastning på vårdsystemet.

Ur ett jämlikhetsperspektiv framstår skillnaderna som särskilt problematiska. Svensk hälso- och sjukvård bygger på principen om vård efter behov och lika tillgång till vård för hela befolkningen. Resultaten visar dock att tillgängligheten till specialistvård varierar kraftigt mellan regionerna. I Region Stockholm står privata utförare för 65 procent av den totalt utförda gynekologin och motsvarande 30 procent inom ögon. I Jämtland Härjedalen är däremot siffran 0 procent inom både gynekologi och ögon. En högre andel privata utförare tycks sammanfalla med klart mycket bättre tillgänglighet än inga privata utförare alls. Det innebär att patienter med liknande medicinska behov kan få helt olika väntetider beroende på bostadsort.

Skillnaderna mellan regionerna tyder också på att vårdgarantin i praktiken fungerar mycket olika i landet. I vissa regioner förefaller garantin vara möjlig att upprätthålla för majoriteten av patienterna, medan den i andra regioner överskrids för en stor del av patienterna. Det riskerar att undergräva förtroendet för vårdens likvärdighet.

Jämlik vård börjar i patientens möjligheter och väg genom systemet

Svensk hälso- och sjukvård har ett tydligt lagstadgat mål: vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen, med respekt för människors lika värde, och den med störst behov ska ges företräde.

Men jämlik vård avgörs inte i första hand om hur systemet är organiserat på papperet. Den avgörs i patientens faktiska väg till vård: om patienten kommer fram, får en bedömning, får rätt remiss, får specialistvård i tid och slutligen får behandling av tillräckligt god kvalitet.

Behovsprincipen är som tydligast vid akuta tillstånd, i standardiserade och särskilt prioriterade vårdförlopp som misstänkt cancer samt vid andra tillstånd där en fördröjning snabbt kan försämra patientens prognos. Där måste medicinsk prioritering avgöra i vilken ordning patienter får vård. Men en stor del av vårdens köproblematik gäller planerad, medicinsk indicerad vård där patienter efter bedömning ofta har likvärdiga behov. I dessa fall bör jämlik vård inte handla om att patienter ställs mot varandra i en allt längre kö, utan om att vårdsystemet använder sin samlade kapacitet så att alla som bedömts ha behov av vård får hjälp inom vårdgarantins gräns. När patienter med likvärdiga behov får helt olika väntetider beroende på bostadsort är det inte ett uttryck för medicinsk prioritering, utan för att systemet inte fungerar jämlikt.

Patientens väg till vård – sju steg där jämlikheten avgörs

Svensk hälso- och sjukvård har ett tydligt lagstadgat mål: vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen, med respekt för människors lika värde, och den med störst behov ska ges företräde.

Men jämlik vård avgörs inte i första hand om hur systemet är organiserat på papperet. Den avgörs i patientens faktiska väg till vård: om patienten kommer fram, får en bedömning, får rätt remiss, får specialistvård i tid och slutligen får behandling av tillräckligt god kvalitet.

Behovsprincipen är som tydligast vid akuta tillstånd, i standardiserade och särskilt prioriterade vårdförlopp som misstänkt cancer samt vid andra tillstånd där en fördröjning snabbt kan försämra patientens prognos. Där måste medicinsk prioritering avgöra i vilken ordning patienter får vård. Men en stor del av vårdens köproblematik gäller planerad, medicinsk indicerad vård där patienter efter bedömning ofta har likvärdiga behov. I dessa fall bör jämlik vård inte handla om att patienter ställs mot varandra i en allt längre kö, utan om att vårdsystemet använder sin samlade kapacitet så att alla som bedömts ha behov av vård får hjälp inom vårdgarantins gräns. När patienter med likvärdiga behov får helt olika väntetider beroende på bostadsort är det inte ett uttryck för medicinsk prioritering, utan för att systemet inte fungerar jämlikt.

Steg 1: Symtom och vårdbehov – ojämlikheten börjar innan vården

Det första steget i vårdkedjan sker innan patienten ens har haft kontakt med vården. Det handlar om att identifiera ett vårdbehov och fatta beslut att söka hjälp.

Detta steg påverkas av faktorer som hälsokunskap, språklig förmåga, socioekonomiska och geografiska förutsättningar och tillit till vården. Vissa patienter söker vård tidigt och får därmed en snabbare väg genom systemet. Andra väntar, avstår eller missförstår sina symtom.

Ojämlikhet uppstår redan här - långt innan vården formellt träder in. Ett system som i teorin är öppet för alla kan i praktiken vara mer tillgängligt för vissa grupper än andra.

Steg 2: Kontakt med vården – första tröskeln

När patienten väl söker vård uppstår nästa kritiska punkt: möjligheten att få kontakt. Det kan handla om att komma fram på telefon, få tid via en digital tjänst eller kunna ta sig till en vårdcentral. Skillnader i telefontillgänglighet, öppettider, digital mognad och geografisk närhet gör att detta steg fungerar olika väl i olika delar av landet.

För vissa patienter är kontakten snabb och enkel. För andra innebär den upprepade försök, långa väntetider eller behov av att navigera bland flera olika kontaktvägar.

Här blir det tydligt att jämlik vård inte bara handlar om att vård finns, utan om hur enkel den är att nå fram till. Om tröskeln in i systemet är hög för vissa grupper uppstår ojämlikhet redan innan någon medicinsk bedömning har gjorts.

Om tröskeln till en första kontakt ska kunna sänkas, måste vården kunna individanpassa patientens möte med vården. Patientens vårdbehov och personliga preferenser ska vara vägledande för vilken kontaktmetod som är bäst lämpad att använda. Vårdgivarna ska kunna erbjuda patienten valmöjligheten mellan olika kontaktvägar såsom chatt, video, telefon eller fysiska besök. Risken är annars att vissa patienter känner sig hindrade att söka vård när de är hänvisade till en kontaktmetod som de inte känner sig bekväma med.

Trots det ställer regionerna som beställare ofta enbart krav på god telefontillgänglighet, vilket skapar långa eller stängda telefonköer när alla patienter hänvisas till samma kontaktmetod. I dag skiljer sig regionernas kravställning på de privata vårdgivarna åt vilket också skapar ojämlika förutsättningar för patienterna att få kontakt med vården. Genom att i stället ställa teknikneutrala krav på en bredd av kontaktmetoder, så ges patienten en bredare kontaktyta med vården som både är behovsanpassad och mer ändamålsenlig. Modern teknik ger flexibiliteten att möta varje patient med den kontaktväg som lämpar sig bäst, vilket bygger förtroende och sänker trösklarna för att kunna söka vård.

Steg 3: Medicinsk bedömning – rätt kompetens i rätt tid

När kontakten väl är etablerad handlar nästa steg om att få en medicinsk bedömning. Det är här vårdens kärna träder fram: att avgöra vad patienten behöver och hur snabbt det måste ske.

Detta steg är avgörande, eftersom det sätter riktningen för hela den fortsatta vårdprocessen. En snabb och korrekt bedömning kan leda till effektiv behandling, medan en fördröjd eller bristfällig bedömning riskerar att skapa onödiga väntetider eller försämra patientens tillstånd.

Samtidigt varierar detta steg i praktiken. Skillnader i bemanning, arbetsfördelning och tillgång till kompetens påverkar hur bedömningar görs eller prioriteras. I vissa fall möter patienten rätt kompetens direkt. I andra fall sker flera steg innan rätt vårdnivå nås.

Det innebär att patienter med liknande behov inte alltid får samma väg genom systemet, vilket i sig är en grund för ett av ojämlikt omhändertagande.

Steg 4: Remiss och hänvisning – att hitta rätt i systemet

Efter den initiala bedömningen behöver patienten antingen behandlas direkt eller hänvisas vidare. Detta sker ofta genom remisser till specialistvård.

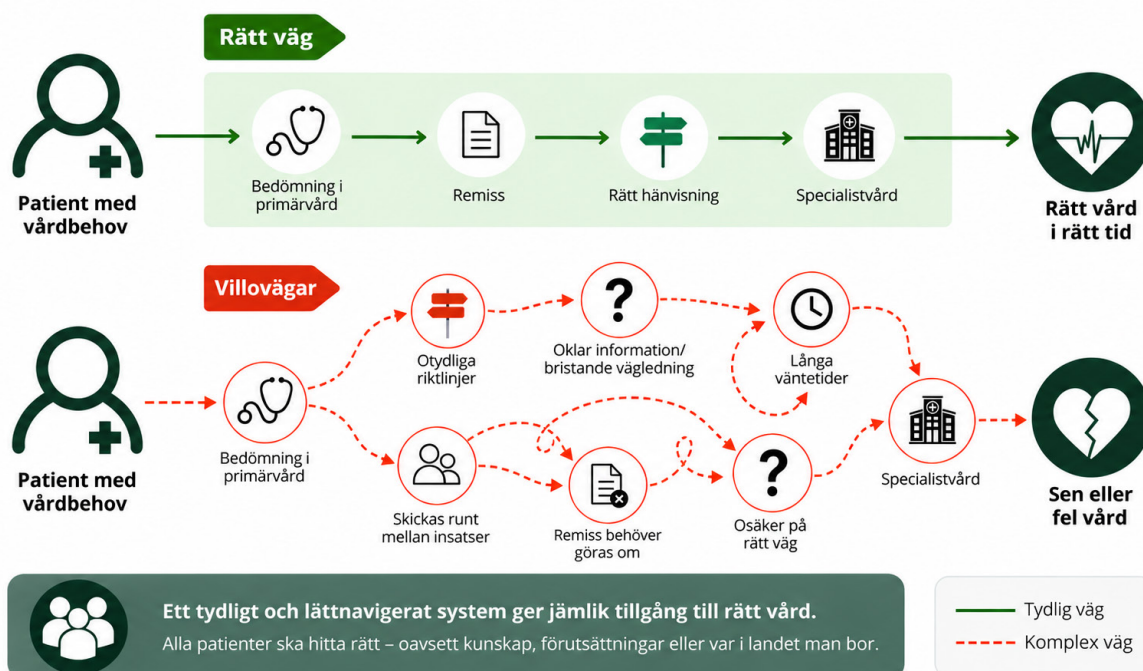
I ett välfungerande system ska denna övergång vara smidig och styras av patientens medicinska behov. I praktiken kan den dock påverkas av regionala administrativa rutiner, lokala riktlinjer och olika tolkningar av regelverk.

I vissa fall kan patienter behöva gå flera omvägar innan de når rätt vårdnivå. I andra fall kan bristande information göra att de inte känner till sina möjligheter att söka vård på andra håll.

Detta steg illustrerar tydligt att ojämlikhet inte bara handlar om resurser, utan också om systemets navigerbarhet. Ett komplext system utan tydliga vägar riskerar att gynna de patienter som har störst förmåga att förstå och använda det.

Remiss och hänvisning – att hitta rätt i systemet

Två vägar genom vården. Samma behov – olika upplevelser



Steg 5: Specialistbedömning – där behovsprincipen möter kapacitetsbristen

När patienten når specialistvården sker en ny bedömning, ofta med mer avancerad kompetens och diagnostik. Det är här många patienter för första gången möter de väntetider som präglar den offentliga debatten.

Skillnader i väntetider mellan regioner innebär att patienter med liknande behov kan få sin specialistbedömning vid helt olika tidpunkter. Detta påverkar inte bara upplevelsen av vården, utan riskerar också patientsäkerheten och kan få medicinska konsekvenser.

Samtidigt finns det kapacitet i andra delar av vårdsystemet, inom och utanför regiongränser. Problemet är att denna kapacitet inte alltid är tillgänglig för alla patienter, eftersom den är knuten till geografiska och organisatoriska gränser.

Detta gör att ojämlikheten blir tydlig och konkret: väntetiden beror inte bara på behov, utan också på var patienten befinner sig i systemet.

Steg 6: Behandling och uppföljning – när vården ska leverera

Efter specialistbedömning följer behandling, operation eller annan åtgärd. Det är här vården i egentlig mening levereras.

Även i detta steg finns variationer. Tillgång till behandling kan skilja sig åt, liksom hur snabbt den ges. Uppföljning och rehabilitering organiseras också olika, vilket påverkar patientens långsiktiga resultat.

Detta innebär att ojämlikheten inte bara handlar om att få vård, utan om vilken vård som ges och hur effektiv den är.

Ett system där patienter får behandling vid olika tidpunkter eller med olika kvalitet riskerar att förstärka redan existerande skillnader.

Steg 7: Resultat för patienten – det yttersta måttet för jämlikhet

Det sista steget i vårdkedjan handlar om resultatet: patientens hälsa, funktionsförmåga och trygghet.

Det är här alla tidigare steg summeras. Om tillgången har varit ojämn, om väntetiderna varit långa eller om behandlingen varierat, kommer det att påverka utfallet.

Jämlik vård kan därför inte enbart mätas i processmått som väntetider eller antal besök. Den måste också mätas i resultat och i vilken utsträckning dessa skiljer sig mellan olika grupper och geografiska områden.

En kedja är bara så stark som sin svagaste länk

Genom att analysera vården i dessa sju steg blir det tydligt att ojämlikhet inte uppstår vid en enskild punkt. Den uppstår i övergångarna mellan steg, i variationer i tillgång och i hur systemet fungerar som helhet.

Ett välfungerande steg kan inte kompensera för brister i ett annat. En stark specialistvård väger inte upp för bristande tillgänglighet i primärvården, och god tillgänglighet i början av kedjan förlorar sitt värde om patienten senare fastnar i köer.

En viktig förklaring till den bristande jämlikheten är att många övergångar i vårdkedjan fortfarande är för beroende av manuella moment, lokala rutiner och informationsöverföring som inte fungerar sömlöst mellan vårdgivare, vårdnivåer och regioner.

Remisser ska skickas, bedömas och följas upp. Patientinformation behöver föras vidare. Vårdgivare behöver veta vad som redan är gjort och vad nästa steg är. När dessa flöden inte är digitalt sammanhålla ökar risken för väntan, dubbelarbete och att patienten – eller dennes anhöriga – tvingas bära ansvaret för att hålla ihop vården.

Ny teknik kan inte i sig skapa jämlik vård, men den kan underlätta flödena genom att göra information tillgänglig där den behövs, minska manuella ledtider och göra det enklare att lotsa patienten vidare till rätt vård. Det är särskilt viktigt i ett system där flera offentliga och privata vårdgivare tillsammans ansvarar för patientens väg genom vården.

Jämlik vård är inte en egenskap hos enskilda delar av systemet, utan ett resultat av att hela vårdkedjan fungerar. Det kräver att patienter har likvärdig tillgång i varje steg – inte bara att vården formellt är öppen för alla.

Patientens väg genom vården – från behov till resultat



Vårdföretagarnas inspel

Förstärkt vård- och informationsgaranti till medborgare

Vårdgarantin är central för patientens ställning, men den fungerar i dag ofta mer som ett mål för systemet än som en praktiskt användbar rättighet för patienten. Problemet är inte bara att vårdgarantin sällan uppfylls, utan också att många patienter inte vet vad garantin innebär eller vad de kan kräva när den inte hålls.

Förslag: Vårdgarantin bör förstärkas genom en informationsgaranti. Det innebär att patienter ska få tydlig, skriftlig och begriplig information om sina rättigheter när väntetider riskerar att överstiga garantins gränser. En skärpning av vårdgarantin och införandet av en modell som liknar den danska, med tydliga incitament för regionerna och 30 dagar i stället för Sveriges 90, bör skyndsamt införas.

Informationsgarantin ska vara obligatorisk och följas upp nationellt. Det ska inte vara beroende av patientens egen förmåga att söka information, ringa runt eller förstå vårdens organisation. En rättighet som kräver hög systemkunskap blir i praktiken ojämlik. Patienter med hög utbildning, starkare nätverk och större vana att navigera vården har lättare att använda sina möjligheter än patienter med svagare förutsättning.

Dagens vårdgaranti är tandlös och har med nordiska mått längre bortre tidsgränser. En skärpning av vårdgarantin till 30 dagar i stället för 90 dagar stärker patientens rättigheter att få vård inom en rimlig tidsgräns.

Sammanhållen patientinformation ger ökad innovation

En av de stora ojämlikheterna i dagens vård handlar om hanteringen av vårdinformation. Patienter behöver ofta själv vara bäraren av sin vårdhistoria mellan olika vårdgivare, regioner och vårdnivåer. Det drabbar särskilt patienter med kroniska sjukdomar, komplexa vårdbehov eller många vårdkontakter på olika vårdnivåer.

Patienter förutsätter idag att behandlande vårdpersonal kan ta del av nödvändig information, och tänker ofta inte ens på att de själva behöver återupprepa samma information vid olika vårdkontakter. Detta undergräver förtroendet för sjukvården, skapar patientsäkerhetsrisker och en orimlig administrativ börda för vårdpersonalen. Privata vårdgivare hindras dessutom idag från att dela nödvändig patientinformation, då exempelvis vård och behandling som betalas av patientens arbetsgivare inte får synas i den samlade vårdhistoriken. Att hindra livsnödvändig informationsdelning baserat på finansieringsform hotar patientsäkerheten och går emot alla etiska principer om en säker och sammanhållen vård.

Regeringen och E-hälsomyndigheten arbetar sedan 2022 med en nationell digital infrastruktur för hälsodata i syfte att underlätta en säker och effektiv delning av hälsodata mellan samtliga privata och offentliga vårdgivare. Detta efterlängttade initiativ som sätter gemensamma standarder och principer för informationsdelning mellan olika tekniska system skapar nytta för både patienter och personal och undviker att data fastnar i regionala lösningar.

Många privata vårdgivare har varit pionjärer i att erbjuda patienten en god digital tillgänglighet genom avancerade appar och webbtjänster. Utvecklingstakten är betydligt högre hos privata vårdgivare än för motsvarande offentligt drivna verksamheter, och ger vården möjlighet att fortlöpande erbjuda nya lösningar för ökad kontinuitet och trygghet för patienter oberoende av plats. Men vissa patienter kan också tycka att det är förvirrande vilken kontaktväg som ska användas, då de samspelar dåligt.

Förslag: Patienten ska alltid kunna lita på att behandlande vårdpersonal har säker tillgång till all relevant information om tidigare vård och behandlingar, oavsett hos vilken vårdgivare man söker vård.

Detta uppnås inte genom att tvinga in vården i en gemensam teknisk monopollösning, utan genom skarpa krav på kompatibilitet och digitala förmågor för samtliga vårdgivare och IT-leverantörer. En mångfald av samspelande tekniska system gör att vårdpersonalen kan skräddarsy sin digitala arbetsmiljö utefter yrkesroll och kliniska behov, samtidigt som utvecklingstakten ökar när nya digitala lösningar snabbare kan införas i vårdens vardag.

Regionernas möjlighet att ställa tekniska detaljkrav på regionala särlösningar måste därför ersättas med enhetliga nationella krav på förmågan att dela information och leva upp till en gemensam lägstanivå inom digital tillgänglighet. Regionernas gemensamma infrastruktur inom Inera måste vara öppen på lika villkor för både privata och offentliga vårdgivare, oavsett finansieringsform.

Digitala vårdtjänster från privata vårdgivare måste samspela tekniskt med regionernas egna tjänster och med 1177.se för att patientens ingång till vården ska upplevas enkel och behovsanpassad. Gemensamma principer för informationsdelning måste utarbetas, så att ett patientärende kan överlämnas till nästa länk i en vårdkedja oavsett med vilken tjänst som används för en första vårdkontakt.

Nationell grund i primärvården

Primärvården är vårdens första linje och avgörande för möjligheten att skapa en mer jämlik vård. Samtidigt ser primärvården i dag mycket olika ut mellan regionerna. Uppdrag, tillgänglighet, digitala lösningar, ersättningssystem och remissvägar varierar, vilket innebär att patienter i olika delar av landet faktiskt inte kan förvänta sig samma vård.

En mer jämlik vård kräver därför en tydligare nationell grund för primärvården. Det handlar inte om att alla vårdcentraler ska organiseras på samma sätt, utan om att patienter i hela landet ska kunna förvänta sig en gemensam lägstanivå när det gäller tillgänglighet, medicinsk bedömning, kvalitet, kontinuitet och digital tillgång till vård. Oavsett bostadsort eller individuella förutsättningar bör patienter ges likvärdiga möjligheter att uppnå god hälsa och ta del av vård av hög kvalitet.

Förslag: För privata vårdgivare med verksamheter i flera regioner är detta en viktig fråga. I dag innebär skillnader mellan regionerna att vårdgivare behöver anpassa verksamheten till ett stort antal olika regelverk, ersättningsmodeller och tekniska system. Det försvårar långsiktig utveckling, innovation och möjligheten att skala upp välfungerande arbetssätt nationellt.

En nationell grund bör därför kombineras med mer enhetliga principer för digital infrastruktur, informationsutbyte och ersättning för att premiera utveckling och innovation. Samtidigt behöver ersättningssystemen i högre grad ta hänsyn till vårdbehov och socioekonomiska skillnader, så att vårdgivare får bättre förutsättningar att etablera och utveckla verksamheten där behoven är som störst. Den nationella grunden bör även omfatta gemensamma principer för uppföljning och ersättning som stödjer vårdens övergripande mål om god hälsa, jämlik vård och ett effektivt resursutnyttjande.

I dag följs primärvården främst upp genom tillgänglighet och patientupplevelse. Det är viktiga mått, men för att skapa långsiktiga incitament för kvalitet, kontinuitet och samverkan behöver uppföljningen i högre grad kompletteras med mått som speglar hälsoutfall och patientvärde. Det är också viktigt att kunna följa hur primärvårdens insatser påverkar andra delar av vårdsystemet, exempelvis genom kronikerkontroll, undvikbar slutenvård och vårdbehov över tid. Sådana resultat bör relateras till vårdbehov och socioekonomiska förutsättningar, exempelvis genom ACG och CNI, för att möjliggöra rättvisa jämförelser.

Genom att i högre grad följa upp och premiera kvalitet, kontinuitet, samverkan och hälsoutfall kan både offentliga och privata vårdgivares bidrag till en jämlik, personcentrerad och hållbar vård synliggöras bättre. Detta skapar också förutsättningar att styra mot de resultat som vården ytterst syftar till att uppnå.

Bättre nyttjande av Lagen om valfrihet i specialist- och primärvården

Lagen om valfrihetssystem (LOV) är i dag obligatorisk i primärvården och så måste det fortsatt vara. Sedan lagen infördes har tillgängligheten ökat för landets patienter och givit dessa möjlighet att välja vårdcentral som passar dem bäst. Samtidigt framställs LOV ofta som ett hinder för politisk styrning och regional rådighet. Det är en förenklad bild. LOV reglerar hur ett valfrihetssystem organiseras och hur utförare godkänns - inte regionens möjlighet att styra vårdens innehåll, kvalitet och kapacitet. Den faktiska rådigheten avgörs i stället av hur regionen utformar uppdrag, ersättningssystem, uppföljning och avtalsförvaltning.

Med rätt utformning kan LOV vara ett kraftfullt verktyg för att bättre använda vårdens samlade kapacitet och korta väntetiderna. Det gäller särskilt områden där vårdbehoven är stora och där standardiserade vårdprocesser lämpar sig väl för tydliga uppdrag och uppföljning, exempelvis inom delar av specialistvården såsom ögonsjukvård, gynekologi och psykisk ohälsa.

Förslag: Regionerna bör använda LOV mer strategiskt för att stärka tillgänglighet, kapacitet och jämlik vård. Det innebär bland annat att uppdrag och ersättningssystem i högre grad ska utformas för att styra etableringar dit behoven är som störst, exempelvis i glesbygd eller socioekonomiskt utsatta områden. Socioekonomisk viktning och långsiktiga ersättningsmodeller kan skapa bättre förutsättningar för vårdgivare att etablera och utveckla verksamhet även där vårdbehoven är stora.

Samtidigt behöver uppföljningen stärkas genom tydligare kvalitetskrav, bättre tillgång till verksamhetsdata och aktiv avtalsförvaltning. Regionen ska kunna följa upp tillgänglighet, kvalitet och medicinska resultat oavsett utförare. Fokus bör ligga på patientnytta och resultat, inte på driftsform.



Fri rörlighet i slutenvården

Patientlagen ger redan patienter möjligheter att söka öppen vård i andra regioner, men patientens faktiska rörlighet är mer begränsad när det gäller slutenvård och planerade operationer. Det skapar en ojämlikhet som är svår att motivera ur patientens perspektiv. En patient som väntar på operation i en region kan ha betydligt längre väntetid än en patient med samma behov i en annan region, trots att ledig kapacitet finns på annat håll.

Socialstyrelsen beskriver nationell vårdförmedling som ett verktyg för att förbättra tillgängligheten. Det innebär att patienter kan få specialiserad vård hos en annan offentlig eller privat vårdgivare med kortare väntetider eller ledig kapacitet, oavsett var vårdgivaren är lokaliserad. Detta skulle bidra till kortare väntetider, med jämlik tillgång och bättre användning av vårdens resurser.

Förslag: Inför en tydligare rätt till fri patientrörlighet även inom planerad slutenvård när hemregionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. Rätten bör omfatta både vård i annan region och vård hos privata utförare med offentlig finansiering.

Reformen bör bygga på tre principer.

För det första ska patienten aktivt informeras när vårdgarantin riskerar att överskridas i ett så tidigt skede som möjligt.

För det andra ska regionen vara skyldig att erbjuda alternativ vårdgivare, inte bara hänvisa patienten att själv leta.

För det tredje ska ersättningsansvaret vara tydligt så att patienten inte hamnar mellan regioner, avtal och administrativa system. Patienten ska inte behöva vara projektledare för sin egen vård.

Slutsatser

Vårdföretagarnas inspel syftar till att förstärka och förbättra vårdkedjan för landets patienter och medarbetare i sjukvården. Genom de fem förslagen ovan stärker vi vårdkedjan på följande sätt.

Vårdföretagarnas inspel	Vårdkedjan
Förstärkt vård- och informationsgaranti till medborgare	1
Sammanhållen patientinformation till medborgare	1-7
Nationell grund i primärvården	2,3
Bättre nyttjande av Lagen om valfrihet i specialist- och primärvården	3,4,5
Fri patientrörlighet i slutenvården	5,6

