

Utvärdering av regeringens satsningar på att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård

Delredovisning juni 2026

Innehåll

1 Inledning	2
1.1 Vi ska utvärdera om målet med regeringens satsningar har uppnåtts och om regionernas insatser har varit ändamålsenliga	2
1.2 Tillgänglighet är en centralt ur ett patient- och medborgarperspektiv	3
1.3 Tillgänglighet är en mångdimensionell fråga	3
1.4 Tillgänglighet regleras i hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdsförordningen och patientlagen	4
1.5 Väntetider har länge varit en svag punkt i svensk hälso- och sjukvård	4
1.6 Regeringen har använt olika styrmedel för att öka tillgängligheten	5
2 Så här kommer vi genomföra uppdraget.....	7
2.1 Vi har strukturerat vår analys med ett ramverk.....	7
2.2 Syfte och frågeställningar	7
2.3 Vi fokuserar på överenskommelser, statsbidrag och regeringsuppdrag	8
2.4 Vi kommer resonera om resultat och måluppfyllelse på kort och lång sikt.....	9
2.5 Vi kommer även resonera om undanträngningseffekter	10
2.6 Patientperspektivet är centralt i vår analys.....	10
2.7 Systemperspektivet: vi fokuserar huvudsakligen på den specialiserade vården och primärvården	10
2.8 Avgränsningar	11
2.9 Huvudsaklig metod och angreppssätt	13
Referenser.....	14
Beslut	15

1 Inledning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera regeringens satsningar som genomfördes 2019–2025 för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård och korta vårdköerna. Den här skrivelsen är vår delredovisning och beskriver hur vi kommer att ta oss an uppdraget under 2026–2028.

Vi inleder med en beskrivning av vårt uppdrag och en bakgrund där vi kortfattat redogör för tillgänglighetsbegreppet, aktuell lagstiftning, hur tillgängligheten har utvecklats över tid och vilka styrmedel som regeringen har använt för att öka tillgängligheten. Därefter presenterar vi hur vi kommer att genomföra vår utvärdering, vilka satsningar som vi kommer att fokusera på och hur vi operationaliserar centrala begrepp. Vi presenterar också vilka metoder och huvudsakliga angreppssätt vi planerar att använda för att kunna besvara våra frågeställningar.

1.1 Vi ska utvärdera om målet med regeringens satsningar har uppnåtts och om regionernas insatser har varit ändamålsenliga

Enligt regeringsuppdraget ska utgångspunkten för vår utvärdering vara att bedöma i vilken utsträckning som målet med regeringens satsningar har uppnåtts och om regionernas insatser för att korta vårdköerna har varit ändamålsenliga. Utvärderingen ska belysa system- och patientperspektivet.

I uppdraget ingår att lämna förslag på hur regeringens styrning för att korta vårdköerna, genom prestationsbundna medel, kan bli mer strategisk och effektiv. Vi ska också lämna rekommendationer till regionerna kring hur arbetet med att korta vårdköerna kan utvecklas på regional nivå. Vård- och omsorgsanalys ska senast 31 januari 2028 lämna en slutredovisning av uppdraget (Socialdepartementet 2025a).

Under våren 2026 har vi i enlighet med uppdraget haft dialogmöten med olika aktörer. Vi har pratat med Riksförbundet Hjärt-Lung, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Nätverket mot cancer, Distriktsläkarföreningen, Sjukhusläkarföreningen, Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Vårdföretagarna, Region Dalarna, Utredningen om behovsstyrd vård (S 2024:05) samt S Utredningen Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (2026:01). Dialogerna har utgjort ett underlag till den här skrivelsen.

1.2 Tillgänglighet är en centralt ur ett patient- och medborgarperspektiv

En god tillgänglighet, med rimliga väntetider, är en förutsättning för en personcentrerad vård och har stor betydelse för både patienter och medborgare. Långa väntetider kan leda till oro, stress och rädsla, men också till att sjukdomstillstånd förvärras eller att patienter tvingas vara borta från arbetet längre än nödvändigt. Det kan medföra ökade kostnader för såväl samhället som för patienten.

När patienter upplever att de inte får vård i tid kan det leda till minskad tillit och en känsla av otrygghet, vilket i sin tur kan påverka benägenheten att söka vård. På samhällsnivå kan detta bidra till ökade ojämlikheter i hälsa, eftersom vissa grupper kan ha svårare att navigera i vårdssystemet eller saknar resurser att söka alternativ vård (Vårdanalys 2018).

1.3 Tillgänglighet är en mångdimensionell fråga

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är en komplex och mångdimensionell fråga. Det handlar om den fysiska tillgängligheten, det vill säga att patienter ska ha korta väntetider till vård, att olika verksamheter ska vara geografiskt nära och att vårdmiljön ska vara fysiskt anpassad utifrån olika patienters behov. Tillgänglighet handlar också om patienters ekonomiska möjligheter att ta del av den vård som erbjuds. Därutöver innefattar begreppet även mer kvalitativa aspekter såsom bemötande och förtroende.

Ett ramverk som har tagits fram av Levesque och medförfattare (2013) illustrerar hur mångdimensionellt begreppet är. I ramverket definieras tillgänglighet utifrån fem parametrar som listas i figur 2: Förtroende och legitimitet, kunskap och information, ändamålsenlighet, kostnader och fysisk tillgänglighet (Levesque, Harris & Russell 2013). Ramverket har använts i flera av myndighetens andra utvärderingar av statliga tillgänglighetssatsningar och vårdgarantin (Vårdanalys 2014, 2018).

Figur 2. Tillgänglighetsbegreppet utifrån fem parametrar.



Källa: Bearbetad utifrån Levesque och medförfattare (2013).

Enligt vårt uppdrag ska vi utvärdera om målen med regeringens satsningar har nåtts. Målen har handlat om väntetider och vårdköer, och vi kommer därför att fokusera på dessa aspekter av tillgänglighet. Samtidigt kommer vi att beröra andra parametrar i de delar där de har betydelse för väntetider och vårdköer. Det gäller exempelvis kompetens samt kontinuitet, men även vårdens förutsättningar och kapacitet att skapa en god fysisk tillgänglighet.

1.4 Tillgänglighet regleras i hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdsförordningen och patientlagen

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). I HSL anges även att regioner och kommuner inom ramen för sin verksamhet som utgör primärvård särskilt ska se till att vården är lätt tillgänglig (13 a kap. 1 § HSL).

Vårdgarantin innebär att regioner ska erbjuda en garanti som innehåller en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och planerad vård (9 kap. 1 § HSL). De närmare aspekterna av vårdgarantin regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Vårdgarantins tidsgränser innebär att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag, medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar, besök i specialiserad vård inom 90 dagar och att behandlingen ska påbörjas inom 90 dagar (6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen).

I patientlagen (2014:821) är det andra kapitlet i lagen benämnt ”Tillgänglighet” och det innehåller fyra bestämmelser som i viss utsträckning liknar de som har angetts ovan. Av bestämmelserna framgår det att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig. Vidare ska patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Det anges även i 2 kap. 4 § i patientlagen att om vårdgarantin i viss utsträckning inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Tillgänglighet regleras i hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdsförordningen och patientlagen.

1.5 Väntetider har länge varit en svag punkt i svensk hälso- och sjukvård

Långa väntetider har länge varit ett återkommande problem i svensk hälso- och sjukvård. Svenska patienter upplever sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården än patienter i andra länder. Det gäller både besök i primärvården och den specialiserade vården. Det är även fler i Sverige än i andra länder av dem som har besökt en akutmottagning som svarar att deras problem hade kunnat behandlas på deras ordinarie mottagning om personal hade varit tillgänglig. Detta står i kontrast till de i övrigt goda medicinska resultat som svensk hälso- och sjukvård presterar (Vård- och omsorgsanalys 2024).

1.5.1 Men både positiva och negativa inslag i utvecklingen de senaste åren

I vår utvärdering kommer vi fördjupa oss i utvecklingen av väntetiderna inom hälso- och sjukvården under perioden 2019–2025. Baserat på tidigare analyser, från exempelvis Socialstyrelsen, kan vi dock notera att utvecklingen de senaste åren innehåller både positiva och negativa inslag.

Inom primärvården har utvecklingen varit positiv under flera år där andelen som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar har ökat. För 2025 var dock utvecklingen något negativ jämfört med 2024.

För patienter som har väntat över 90 dagar på ett första besök i den specialiserade vården finns det mellan 2021 och 2025 tydliga säsongsvariationer, med längre väntetider under sommaren. För helåret 2025 syns dock en försiktigt positiv trend med färre väntande under nästan alla månader jämfört med tidigare år. Trots stora vårdbehov finns det brister i tillgängligheten till psykiatrisk vård för barn och unga (Socialstyrelsen 2026).

1.5.2 Regionala skillnader och skillnader mellan patientgrupper i tillgänglighet

Det finns även betydande regionala skillnader i hur länge patienter får vänta på vård. Till exempel varierade andelen patienter som väntade mer än 90 dagar på första besök till den specialiserade vården mellan 5 och 69 procent i regionerna. Detta innebär stora skillnader för patienterna beroende på var i landet de bor, och därmed stora skillnader i deras tillgång till vård efter behov (Socialstyrelsen 2026).

Vi ser också skillnader i tillgänglighet mellan olika patientgrupper. Personer med sämre hälsa upplever i högre grad än andra att tillgängligheten är ett problem. De långa väntetiderna till hälso- och sjukvården innebär också att patienternas hälsa kan försämrans under tiden de väntar på vård (SKR 2024; Vård- och omsorgsanalys 2022b).

1.6 Regeringen har använt olika styrmedel för att öka tillgängligheten

Att förbättra tillgängligheten har under lång tid varit ett prioriterat mål inom hälso- och sjukvårdspolitik, vilket har resulterat i ett flertal statliga reformer och satsningar. Som ett led i detta infördes 1992 vårdgarantin genom en överenskommelse mellan staten och landstingen, och den lagstodgades 2010. För att stödja vårdgarantin och bidra till kortare väntetider har staten under lång tid genomfört olika satsningar. Redan 2009 infördes den så kallade "Kömiljarden", som innebar att en miljard kronor årligen fördelades till regionerna baserat på deras prestationer i att minska väntetiderna. Efter att vårdgarantin uppdaterades 2019 har staten och SKR ingått överenskommelser om att förbättra tillgängligheten i primärvården och den specialiserade vården (Vårdanalys 2017). Det har även funnits särskilda överenskommelser inom cancervården, psykiatri samt för att förbättra kvinnors hälsa. Från och med år 2024 har regeringen ersatt vissa överenskommelser med förordningsstyrda riktade statsbidrag för ökad tillgänglighet, vilka administreras av Socialstyrelsen (SFS 2024:1253, 2024:1252)

Under senare år har även andra statliga initiativ tillkommit. Bland annat har Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten fått i uppdrag att utveckla en nationell vårdförmedling med syfte att hjälpa patienter att få vård i andra regioner när väntetiderna är långa. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att stödja regionerna i deras arbete med produktions- och kapacitetsplanering (Socialdepartementet 2024, 2025b).

Överenskommelserna och statsbidragen har följts upp årligen av SKR och Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsanalys har även utvärderat överenskommelserna om God och nära vård och Kvinnors hälsa och förlossningsvård, där tillgänglighet har varit ett av flera mål (Vård- och omsorgsanalys 2025a, 2025b). Riksrevisionen har även utvärderat vissa av de aktuella satsningarna (Riksrevisionen 2023). Men det saknas en samlad utvärdering av de satsningar som har genomförts 2019–2025.

2 Så här kommer vi genomföra uppdraget

I det här kapitlet beskriver vi hur vi kommer att genomföra vår utvärdering. Vi presenterar vårt analytiska ramverk och de frågeställningar som kommer att ligga till grund för vår datainsamling, analys och våra rekommendationer. Vidare beskriver vi vilka satsningar vi kommer att fokusera på, vad vi lägger in i patientperspektivet och systemperspektivet. Vi redogör också för våra avgränsningar samt vår metod och datainsamling som vi kommer att använda för att besvara frågeställningarna.

2.1 Vi har strukturerat vår analys med ett ramverk

Vi har strukturerat vår analys med stöd av ett analysramverk som beskriver utvärderingens olika delar, se figur 1. Syftet med ramverket är att på ett schematiskt sätt illustrera och analysera hur satsningarna är tänkta att fungera, hur de fungerar i praktiken och vilka samband som finns mellan utgångsläge, styrning, insatser, resultat och måluppfyllelse.

Figur 1. Analytiskt ramverk



Vi kommer även att resonera kring faktorer som främjar respektive hindrar att målen med satsningarna nås. En sådan faktor som vi behöver ta hänsyn till i den här utvärderingen är covid-19-pandemin, som pågick mellan 2020 och 2023. Pandemin försämrade tillgängligheten till sjukvården, främst genom att planerad vård ställdes in eller sköts upp. För att frigöra resurser till vård av patienter med covid-19 pausades många operationer, behandlingar och mottagningsbesök (Coronakommissionen 2021).

2.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här utvärderingen är, i enlighet med uppdraget, att bedöma i vilken utsträckning som målen med regeringens satsningar har uppnåtts samt om regionernas insatser för att korta värdköerna har varit ändamålsenliga. Vi kommer även att analysera den statliga styrningen, om den har varit ändamålsenlig och hur den har påverkat regionernas egna prioriteringar och styrning för att öka tillgängligheten. Utvärderingen kommer även att fokusera på om de berörda myndigheternas insatser inom ramen för

satsningarna har varit ändamålsenliga. Syftet är också att lämna rekommendationer om hur regeringens styrning samt myndigheternas och regionernas insatser kan utvecklas för att öka tillgängligheten. I ruta 1 nedan redovisar vi våra frågeställningar som knyter an till det analytiska ramverket.

Ruta 1. Frågeställningar

Utgångsläge: problembild

- Hur såg problembilden kring tillgängligheten ut innan satsningarna påbörjades?

Regeringens styrning och satsningarnas mål

- Hur har regeringen styrt satsningarna?
- Vilka mål har regeringen satt upp för satsningarna?
- Hur har regeringen förändrat målen och styrningen över tid?
- Har regeringens styrning varit ändamålsenlig?

Myndigheternas insatser inom ramen för deras uppdrag

- Vilka insatser har myndigheterna genomfört inom ramen för satsningarna?
- Har myndigheternas insatser varit ändamålsenliga?

Regionernas insatser inom ramen för satsningarna

- Vilka insatser har regionerna genomfört inom ramen för satsningarna?
- Hur har satsningarna påverkat regionernas egna prioriteringar och styrning?
- Har regionernas insatser varit ändamålsenliga?

Nuläge: resultat och måluppfyllelse

- Vilka kortsiktiga och långsiktiga resultat har uppnåtts?
- Har målen med satsningarna uppnåtts?

Rekommendationer

- Hur kan regeringens styrning för att korta värdköerna, genom prestationsbundna medel, bli mer strategisk och effektiv?
- Hur kan myndigheternas insatser inom ramen för uppdragen utvecklas?
- Hur kan regionernas arbete med att korta värdköerna utvecklas på regional nivå?

2.3 Vi fokuserar på överenskommelser, statsbidrag och regeringsuppdrag

I vårt uppdrag definieras inte vilka av regeringens satsningar som utvärderingen ska fokusera på. Som konstaterats ovan har regeringen använt flera olika styrmedel för att öka tillgängligheten. I vår utvärdering kommer vi att fokusera på de större statliga satsningarna för ökad tillgänglighet som har genomförts under perioden 2019–2025, det vill säga överenskommelserna mellan regeringen och SKR samt de förordningsstyrda riktade statsbidragen. Vi kommer även att utvärdera de regeringsuppdrag som under de senaste åren har getts till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten för att stärka

tillgängligheten och öka vårdens kapacitet. Flera av satsningarna har varit breda och omfattar fler aspekter än tillgänglighet. Vår fokus kommer dock vara på tillgänglighetsaspekterna i satsningarna. I ruta 2 redovisar vi en sammanställning av de satsningar och uppdrag som vi kommer att fokusera på.

Ruta 2. Överenskommelser, statsbidrag och regeringsuppdrag 2019–2025 som vi kommer att fokusera på

Överenskommelser mellan regeringen och SKR

- Överenskommelser med SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården
- Överenskommelser med SKR om jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider
- Överenskommelser med SKR om god och nära vård
- Överenskommelser om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri
- Överenskommelser med SKR om psykisk hälsa och suicidprevention
- Överenskommelser om kvinnors hälsa och förlossningsvården
- Överenskommelser om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet

Statsbidrag

- Statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården
- Statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård
- Statsbidrag till regioner för att korta vårdköerna
- Statsbidrag till regioner för att utveckla arbetet med nationella utvecklingsteam
- Statsbidrag i samband med covid-19-pandemin för att hantera uppskjuten vård och de uppdämda vårdbehoven

Regeringsuppdrag

- Regeringsuppdrag om nationell vårdförmedling
- Regeringsuppdrag om att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå
- Regeringsuppdrag om att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer
- Regeringsuppdrag om utveckling av väntetidsdatabasen

2.4 Vi kommer resonera om resultat och måluppfyllelse på kort och lång sikt

I vår analys av resultat och måluppfyllelse kommer vi att resonera kring om satsningarna har bidragit till att stärka tillgängligheten på både kort och lång sikt. Mer kortsiktiga resultat kan exempelvis handla om insatser där regionerna har kortat köer genom att fördela om resurser, eller genom avtal med andra regioner eller privata aktörer. De långsiktiga resultaten kan handla om att satsningarna har bidragit till att hälso- och sjukvården långsiktigt har ökat sin kapacitet och stärkt sin förmåga att ta emot och ge vård till patienter. Det kan exempelvis röra sig om effektiviseringar och nya arbetssätt, förbättrad arbetsmiljö eller en utvecklad kompetensförsörjning.

2.5 Vi kommer även resonera om undanträngningseffekter

Frågeställningen om undanträngning till följd av statliga satsningar inom tillgänglighetsområdet har undersökts tidigare och är komplex. Ekonomiska incitament är kraftfulla styrverktyg och det har länge funnits en diskussion om huruvida vårdgarantin och Kömiljarderna har lett till förskjutningar i den medicinska prioriteringsordningen – så kallade undanträngningseffekter (Riksrevisionen 2023; Vårdanalys 2014). Det är utmanande att studera undanträngningseffekter närmare med befintliga data på nationell nivå, eftersom väntetidsdata varken finns på individnivå eller kan följas som ett ärende. Vi vet heller inte vilka patienter som väljer att få vård hos en annan vårdgivare eller i en annan region när tidsgränserna inte kan hållas. Däremot kan vi i den här utvärderingen, med en kvalitativ ansats, belysa och resonera kring eventuella undanträngningseffekter. Det kan exempelvis göras utifrån intervjuer med personal i regionerna, där vi kan undersöka om de uppfattar att satsningarna har trängt undan annan vård eller regionernas egna medicinska prioriteringar.

2.6 Patientperspektivet är centralt i vår analys

Att förbättra tillgängligheten är en central fråga ur ett patientperspektiv. Som vi konstaterar inledningsvis kan långa väntetider leda till oro, stress och rädsla, men också till att sjukdomstillstånd förvärras eller att patienter tvingas vara borta från arbete längre än nödvändigt.

Patientperspektivet är en viktig del av vårt uppdrag och kommer i stor utsträckning att vara i fokus för vår datainsamling och våra analyser. Vi kommer att analysera hur väntetiderna har utvecklats under den tid som satsningarna har pågått. En annan utgångspunkt för att fånga patientperspektivet är data som Vård- och omsorgsanalys har samlat in sedan mitten av 2010-talet och som beskriver hur befolkningen ser på tillgängligheten inom hälso- och sjukvården över tid.

Vår utgångspunkt är också att analysera patienternas möjligheter att få en jämlik vård och om satsningarna har påverkat patienter i olika regioner på olika sätt. Här kommer vi att undersöka om skillnaderna mellan regioner har blivit större eller mindre.

2.7 Systemperspektivet: vi fokuserar huvudsakligen på den specialiserade vården och primärvården

I den här utvärderingen kommer vi fokusera på de delar av hälso- och sjukvårdssystemet som satsningarna främst har fokuserat på. Det innebär att vi huvudsakligen kommer att analysera hur satsningarna har påverkat tillgängligheten till regionernas primärvård och specialiserade vård. Inom den specialiserade vården kommer vi titta på tillgängligheten brett, men även göra fördjupningar inom cancervården, psykiatri och kvinnors hälsa, som har varit fokus för vissa av satsningarna. För avgränsningar, se avsnitt 2.8 nedan.

2.8 Avgränsningar

I detta avsnitt redogör vi våra avgränsningar och de överväganden som ligger till grund för dessa. Vi beskriver också begränsningar som finns i utvärderingen och hur de kan påverka analysen och våra resultat.

2.8.1 Vi kommer inte samla in nya data om satsningar på att öka vårdplatser

Tillgången till vårdplatser inom den specialiserade vården påverkar också möjligheten att få annan vård. Planerade operationer och behandlingar kan kräva att patienten läggs in efteråt. Om vårdplatserna är fullbelagda kan sjukhusen behöva skjuta upp planerade operationer och prioritera akuta fall framför planerad vård. Det kan medföra längre väntetider. Vi kommer inte att göra någon särskild datainsamling kopplad till de satsningar som regeringen har genomfört för att öka tillgången till vårdplatser. Vård- och omsorgsanalys har dock utvärderat dessa vårdplatssatsningar, och den utvärderingen kommer utgöra ett kompletterande underlag till vår analys (Vård- och omsorgsanalys 2026).

2.8.2 Vi kommer inte att göra någon specifik datainsamling om den kommunala vården och omsorgen

En bristande tillgänglighet i primärvården och den specialiserade vården kan påverka andra delar av systemet. Om tillgängligheten till primärvården eller den specialiserade vården brister, påverkar det även patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Den kommunala vårdens kapacitet har också betydelse för tillgängligheten inom hälso- och sjukvården som regionerna ansvarar för. Ett exempel är utskrivningsklara patienter. Om kommunen inte kan ta emot dessa patienter tillräckligt snabbt, blir de kvar på sjukhuset trots att de kanske inte längre behöver specialistvård.

Som vi skriver ovan kommer vår utvärdering främst fokusera på de områden som satsningarna har haft sitt primära fokus på, det vill säga den specialiserade vården och primärvården i regionerna. Vi planerar inte att göra någon särskild fördjupad datainsamling inom kommunerna. Däremot kan vi komma att belysa aspekter av kommunal vård inom ramen för vår övriga datainsamling. I vissa av satsningarna som redan har utvärderats, exempelvis överenskommelserna om God och nära vård, har kommunerna även varit i fokus.

2.8.3 Vi gör avgränsningar inom området arbetsmiljö och kompetensförsörjning

Arbetsmiljö och kompetensförsörjning är centrala aspekter av tillgängligheten till vård, eftersom brist på personal påverkar hälso- och sjukvårdens kapacitet och möjligheter att erbjuda vård i tid. Personalperspektivet kommer förekomma i utvärderingen genom att vi exempelvis undersöker om regionerna har genomfört insatser relaterade till arbetsmiljö och kompetensförsörjning. Vi kommer dock inte genomföra någon särskild datainsamling för att

mäta arbetsmiljön eller tillgången till personal i regionerna före och efter satsningarnas genomförande.

2.8.4 Svårt att påvisa kausala samband

Ett centralt problem för denna, liksom för många andra utvärderingar och uppföljningar, är svårigheten att fastställa kausala samband. Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet där många faktorer samspelar. Även när vi har goda skäl att anta att någon av satsningarna har påverkat tillgängligheten positivt är det svårt att försäkra sig om att det inte finns andra skäl till en sådan utveckling. Vår utvärdering är dessutom tillbakablickande samtidigt som effekterna kan vara eftersläpande, vilket innebär att det kan vara svårt att koppla en förändring av tillgängligheten till en specifik satsning.

Oavsett hur långt vi kommer i vår analys av orsakssamband ser vi ett värde i att, så långt som det är möjligt, göra en samlad värdering och bedömning av resultaten av de styrmedel som har använts över tid, baserad på de datakällor som utgår från i analysen. Detta för att kunna dra lärdomar om regeringens styrning samt myndigheternas och regionernas insatser och vad som behöver utvecklas.

2.8.5 Utmaningar med att följa upp regionernas insatser

Regionerna har genomfört ett stort antal insatser inom ramen för satsningarna. Det handlar om utvecklingsprojekt och om insatser för att kunna ta del av de prestationsbaserade medlen. Som nämnts ovan har flera av satsningarna följts upp eller utvärderats tidigare. För överenskommelser och statsbidrag har regionerna redovisat till Socialstyrelsen och SKR vilka insatser som har genomförts. I den mån det finns andra redan genomförda uppföljningar och utvärderingar kommer vi att utgå från dessa. Det innebär att vi kommer att lägga störst fokus i vår datainsamling på de satsningar som ännu inte har följts upp eller utvärderats.

En utmaning som vi tar med oss från tidigare utvärderingar av statliga satsningar som myndigheten har genomfört – exempelvis utvärderingen av satsningen på God och nära vård och utvärderingen av satsningarna för att öka antalet vårdplatser – är att det kan vara svårt för regionerna att relatera till insatser som genomfördes långt tillbaka i tiden. Det kan också vara svårt att skilja insatser som genomförts inom ramen för en statlig satsning från ordinarie verksamhet eller regionernas eget utvecklingsarbete. Regionernas beskrivningar av olika insatser, exempelvis i Socialstyrelsens enkäter om statsbidrag, var också ofta svåra att värdera eftersom beskrivningarna skilde sig mycket åt mellan regionerna. Det saknades också ofta information om vilken omfattning olika aktiviteter faktiskt hade (Vård- och omsorgsanalys 2025b, 2026). Det innebär sammantaget att vi kommer göra en övergripande bedömning av de insatser som har genomförts. Genom att använda dokumentstudier, intervjuer och enkäter kan vi belysa insatserna ur olika perspektiv.

2.8.6 Brister i väntetidsdatabasen

Det finns brister med datakvaliteten i Väntetidsdatabasen. Rapporteringen till databasen varierar mellan regionerna och det finns brister som påverkar kvaliteten och tillförlitligheten i de uppgifter som lämnas in (Riksrevisionen 2023; Vård- och omsorgsanalys 2021). Regeringen har flyttat ansvaret för att samla in data om väntetider från SKR till Socialstyrelsen. Vi har inte analyserat om datakvaliteten i Väntetidsdatabasen har förbättrats efter denna förändring. Väntetidsdatabasen är dock den författningsreglerade nationella databasen, som regionerna har rapporteringsskyldighet till, och det finns ingen annan nationell databas med motsvarande innehåll. Vi kommer därför analysera data från Väntetidsdatabasen, men bedöma och resonera kring dess innehåll och kvalitet. En annan begränsning med Väntetidsdatabasen är att den saknar personnummer. Det innebär att vi inte kommer kunna koppla data från väntetidsdatabasen till andra register för att analysera socioekonomiska skillnader mellan patienter.

2.9 Huvudsaklig metod och angreppssätt

För att besvara våra frågeställningar kommer vi att använda flera olika metoder och genomföra olika datainsamlingar:

- Dokumentstudier av överenskommelser mellan regeringen och SKR, statsbidragen samt regeringsuppdragen till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten. Dokumentstudierna kommer även att omfatta tidigare genomförda utvärderingar.
- Intervjuer i ett urval av regioner med representanter för primärvården och den specialiserade vården. Intervjuerna kommer att genomföras på olika nivåer inom regionerna för att fånga olika perspektiv, både på ledningsnivå och bland personal som arbetar patientnära. Vi avser då att ställa frågor om bland annat hur de arbetat med att förbättra väntetider och minska vårdköer samt hur de ser på myndigheternas insatser och regeringens styrning. Vi kommer även intervjua ett urval av privata vårdgivare.
- Intervjuer med SKR, Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten. Syftet med dessa intervjuer är att inhämta information om vilka insatser de har gjort och hur de tagit sig an sina respektive uppdrag.
- Vid behov och om vi bedömer det lämpligt kommer vi också överväga kompletterande enkäter för att fånga en bredare grupp i vissa frågor.
- Analyser av data. Den primära källan kommer vara Väntetidsdatabasen, men vi undersöker också möjligheter att komplettera med andra källor med information om väntetider till sådant som inte ingår i vårdgarantin. Vi kommer även analysera trender i patienters erfarenheter av tillgängligheten till vård.

Referenser

- Coronakommissionen (2021). *SOU 2021:89. Sverige under pandemin Volym 2 Sjukvård och folkhälsa*. Stockholm: Coronakommissionen
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), s. 18.
- Riksrevisionen (2023). *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12)*
- SFS 2024:1253. *Förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård*
- SFS 2024:1252. *Förordning (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården*
- SKR (2024). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2024. Om läget och utvecklingen i den regionala hälso- och sjukvården*.
- Socialdepartementet (2024). *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialdepartementet (2025a). *Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys S2025/02147*
- Socialdepartementet (2025b). *Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling* Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen (2026). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvården 2026 (Rapport 2026)*
- Vård- och omsorgsanalys (2021). *I skuggan av covid-19 Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020 (Rapport 2026:6)*
- Vård- och omsorgsanalys (2022a). *I rätt riktning? Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg (Rapport 2022:3)*
- Vård- och omsorgsanalys (2022b). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022: Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. (PM 2022:3)*
- Vård- och omsorgsanalys (2024). *Vården ur befolkningens perspektiv International Health Policy Survey (IHP) 2023 (PM 2024:3)*
- Vård- och omsorgsanalys (2025a). *Flickors och kvinnors hälsa i Sverige (PM 2025:5)*.
- Vård- och omsorgsanalys (2025b). *Omtag för omställning Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport. (Rapport 2025:1)*
- Vård- och omsorgsanalys (2026). *Brist på plats. Utvärdering av satsningen på att öka antalet vårdplatser inom hälso- och sjukvården (Rapport 2026:3)*
- Vårdanalys (2014). *Låt den rätte komma in– Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? (Rapport 2014:3)*
- Vårdanalys (2017). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin (Rapport 2017:6)*
- Vårdanalys (2018). *Från mottagare till medskapare Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård (Rapport 2018:8)*

Beslut

Beslut om denna delredovisning har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Carl Lundgren har varit föredragande. Analyschefen Hanna Larheden, chefsjuristen Angelica Bagger, projektdirektören Åsa Ljungvall, utredaren Erik Cederberg och juristen Gaston Fernández Palma har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2026-05-28

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Carl Lundgren
Föredragande