

Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser

Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka
regionernas produktions- och kapacitetsplanering

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-5-8573

Förord

Rapporten är den andra delredovisningen av regeringsuppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser (S2022/01373 (delvis)). Socialstyrelsen har valt att använda begreppet riktvärden i stället för målvärden. Rapporten riktar sig till regeringen, regionledning, verksamhetschefer i hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdens professionsföreträdare samt intresserad allmänhet. Socialstyrelsen avser med rapporten att stärka strategisk verksamhetsplanering för att minska bristen på disponibla vårdplatser och öka tillgänglighet samt patientsäkerhet.

Rapporten är framtagen av Avdelningen för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården., Utredaren Sofia Norberg har varit projektledare i samarbete med medicinskt sakkunnig Christian Danielsson och juristen Annika Höglund. I arbetet med riktvärden för intensivvård har även utredaren Anders Nordlund och externa experten Sten Rubertsson varit delaktiga. Lumell Associates har varit genomförandestöd i arbetet. Arbetet har letts av ansvarige enhetschefen Helena von Knorring. Socialstyrelsen vill rikta ett tack till den expertgrupp som är knuten till uppdraget för värdefulla bidrag.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Rapporten i korthet

- Socialstyrelsen bedömer att nuvarande antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård inte räcker för att möta behoven. Eftersom vårdplatsbrist och hög belägningsgrad är förknippade med tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker ser Socialstyrelsen det som prioriterat att åtgärder vidtas för att snarast öka antalet disponibla vårdplatser inom den somatiska vården, trots de utmaningar som finns i hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.
- Utifrån regionernas slutenvårdsproduktion och indikatorer på hur väl de disponibla vårdplatserna tillgodoser behovet har Socialstyrelsen tagit fram regionala riktvärden för behovet av disponibla vårdplatser på kort sikt. För samtliga regioner utom en pekar riktvärdena på ett behov av att öka antalet disponibla vårdplatser.
 - För intensivvården pekar riktvärdena på ett behov av att öka antalet vårdplatser i 14 av 21 regioner.
 - Sammantaget pekar Socialstyrelsens riktvärden på ett behov av ytterligare cirka 2 360 disponibla vårdplatser inom somatisk vård varav 60 IVA-platser.
 - Där det varit möjligt att undersöka motsvarar riktvärdet ungefär antalet fastställda vårdplatser, med som mest 19 procents avvikelse.
- Samtidigt som antalet vårdplatser bör öka på kort sikt ser myndigheten en potential att minska behovet av vårdplatser på sjukhus eftersom vissa regioner idag möter invånarnas vårdbehov med betydligt mindre slutenvård än andra.
- För somatisk vård exklusive intensivvård föreslår Socialstyrelsen regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser vid utvecklade arbetssätt. Dessa riktvärden bedöms kunna nås på medellång sikt (fem år) om regionerna utvecklar arbetssätt som minskar vårdplatsbehovet och arbetar med omställningen till en god och nära vård. Jämfört med nuvarande vårdplatsbehov, som är ungefär 15 procent högre än antalet disponibla vårdplatser, pekar riktvärdet på medellång sikt på en möjlighet att genom utvecklade arbetssätt minska antalet disponibla vårdplatser i vissa regioner, med totalt 16 procent från det på kort sikt uppräknade behovet. En sådan minskning bör enbart realiseras om vårdplatskapaciteten tillgodoser vårdplatsbehovet. För samtliga regioner utom två är riktvärdet på medellång sikt lägre än det på kort sikt.
 - Riktvärdena på medellång sikt pekar på en potential att minska vårdplatsbehovet med totalt cirka 2 890 vårdplatser jämfört med det skattade nuvarande vårdplatsbehovet, som speglas i riktvärdena på kort sikt och ligger ungefär 15 procent högre än antalet disponibla vårdplatser.
 - I 14 regioner innebär riktvärdet på medellång sikt färre disponibla vårdplatser än vad som tillhandahålls idag, vilket i vissa fall är en indikation på att nuvarande kapacitet i dessa regioner skulle kunna vara

tillräcklig om fem år, om regionen utvecklar sina ar-bettsätt på nivå motsvarande den region som lyckats bäst med att minska vårdplatsbehovet.

- Även om den vetenskapliga litteraturen inte ger en entydig bild av vilken beläggingsgrad som är optimal, visar den på risker med en beläggingsgrad över 80-90 procent. Socialstyrelsen föreslår 85 procent som riktvärde för genomsnittlig beläggingsgrad i oplanerad vård och 95 procent för planerad vård. Detta ger sammanvägda regionala riktvärden för beläggingsgrad på mellan 85 och 89 procent för den somatiska vården som helhet exklusive intensivvård. Inom intensivvården behöver nivåerna ligga lägre för att säkerställa god tillgång till vårdplatser; dels eftersom många avdelningar är mycket små, dels då den höga graden av specialisering ökar patientsäkerhetsriskerna vid vårdplatsbrist. Myndigheten föreslår därför riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad inom intensivvård på 50, 65 eller 80 procent beroende på enhetsstorlek.
- Riktvärdena föreslås på regional nivå och behöver fördelas mellan verksamheter och avdelningar som del i regionernas operativa vårdplatsplanering.
- Föreslagna riktvärden utgör genomsnitt över året medan beläggingsgrad och antal disponibla vårdplatser behöver variera. Att tillämpa riktvärdena innefattar att planera hur vårdplatserna ska fördelas över året.
- Uppföljning av om vårdplatskapaciteten motsvarar behoven behöver inkludera en rad indikatorer, såsom överbeläggningar, utlokaliseringar och väntetider.

Innehåll

Förord	3
Rapporten i korthet	5
Sammanfattning	11
Vårdplatserna behöver bli fler samtidigt som behovet kan minska på sikt	11
Beräkningarna utgår ifrån behov av stärkt patientsäkerhet och tillgänglighet.....	12
Riktvärden på kort sikt	13
Riktvärden på medellång sikt	14
Riktvärdena pekar på ett behov av ytterligare ca 2 300 disponibla vårdplatser och 60 IVA-platser	15
Riktvärden för antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård exklusive IVA.....	15
Riktvärden för antal disponibla vårdplatser för somatisk intensivvård	16
Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad.....	17
Regionerna behöver fördela riktvärdet mellan verksamheter och över året	18
Vårdplatser är en av flera komponenter i att möta patienters behov ..	19
Inledning.....	20
Uppdraget	21
Vårdplatser och patientsäkerhet	22
Socialstyrelsens arbete med tillgänglighet och vårdplatser.....	23
Begreppet <i>riktvärde</i>	24
Genomförande.....	25
Avgränsningar	26
Riktvärden på nationell och regional nivå.....	26
Riktvärden för somatisk vård	26
Riktvärden för normalläge – stärkt utgångspunkt för katastrofmedicinsk beredskap	27
Rättsliga utgångspunkter.....	27
Regionen eller kommunens ansvar som huvudman.....	28
Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård	28
Samverkan mellan region och kommun	28
Utskrivning från slutenvård	29
Regionens och kommunens ansvar som vårdgivare.....	29
Vården ska vara av god kvalitet	29

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	29
Systematiskt patientsäkerhetsarbete	30
Vårdgaranti.....	30
Termer och begrepp	30
Rapportens disposition	32
Utgångspunkter för förslaget på riktvärden.....	34
Vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter.....	34
Regionernas nuläge	36
Slutsatser som väglett utformningen av riktvärden	38
Även om det saknas konsensus kring optimal nivå är det tydligt att mycket hög genomsnittlig beläggningsgrad bör undvikas	38
Vårdplatsbehovet behöver förstås som en del i en större helhet och varierar med lokala förutsättningar.....	38
Nuvarande antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård är inte tillräckligt för att tillgodose vårdplatsbehovet	39
Utvecklingen behöver vändas snarast trots utmaningar i kompetensförsörjning.....	39
Det är viktigt att sjukhusen fortsätter arbeta med att minska behovet av slutenvårdsplatser	39
Att åtgärda vårdplatsbristen innefattar långsiktiga åtgärder även utanför sjukhusen, i tillägg till kortsiktiga åtgärder	40
Behovet av vårdplatser på lång sikt är osäkert	40
Riktvärdenas bidrag i arbetet för en situation där vårdplatser möter behoven.....	41
Modell för beräkning av riktvärden	42
Riktvärde på kort sikt	42
Riktvärde på medellång sikt	43
Förslag på riktvärden.....	45
Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad.....	45
Somatisk vård exklusive intensivvård.....	45
Somatisk vård på intensivvårdsavdelning.....	46
Riktvärden för antal disponibla vårdplatser.....	48
Somatisk vård exklusive intensivvård.....	48
Somatisk vård på intensivvårdsavdelning.....	54
Rekommendationer kring tillämpning.....	58
Regionerna definierar hur riktvärdet ska fördelas mellan verksamheter och över året	58
Förståelse för patientflöden och vårdplatsnyttjande kräver uppföljning av ytterligare indikatorer.....	60
Det finns risker med nationell styrning utifrån riktvärdena.....	60
Åtgärder inom kompetensförsörjning är en viktig del av fortsatt arbete	62

Patientsäkerhetsrisker i arbetet med vårdplatser	63
Behov av fortsatt arbete för vidareutveckling av riktvärden	64
Behov av att stärka kvalitet och tillgång till vårddata för psykiatri.....	65
Fortsatt arbete.....	67
Uppdragets expertgrupp	69
Referenser	70
Bilaga 1: Metod för beräkning av riktvärden för antal vårdplatser	72
Tillvägagångssätt för att beräkna regionala riktvärden på kort sikt	72
Somatisk vård (exkl. IVA) – beräkningen steg för steg.....	72
IVA – beräkningen steg för steg	77
Tillvägagångssätt för att beräkna regionala riktvärden på medellång sikt	80
Faktorer som kan göra att riktvärdena över- eller underskattar vårdplatsbehovet.....	87
Bilaga 2: Specifikation av regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser	92
Nedbrytning av riktvärdet i dess komponenter.....	93
Centrala ingångsvärden i riktvärdesberäkningen.....	96
Bilaga 3: Exempel på format för uppföljning av vårdplatsarbetet i förhållande till riktvärdena	100
Bilaga 4: Att använda målvärden för att styra mot optimala nivåer av belägningsgrad och antal vårdplatser i hälso- och sjukvården – <i>Sammanställning av befintlig kunskap och internationella erfarenheter</i>	101
Bilaga 5: Sammanställning av nulägesanalys avseende målvärden för antal vårdplatser och belägningsgrad	153

Sammanfattning

Att öka tillgängligheten är en prioriterad fråga och en aktuell utmaning i svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens arbete med tillgänglig vård har fokus på patienten – att patienter ska ges vård i rimlig tid, att ingen patient ska behöva vänta längre än den yttersta gränsen enligt vårdgarantin och att väntan på inläggning på akutmottagning inte ska uppstå. Dessutom ska patienter inte behöva vara inskrivna i slutna vård längre än nödvändigt och inte behöva riskera att drabbas av vårdskada. Kombinationen av förbättrade medicinska behandlingsmöjligheter och en växande och åldrande befolkning gör att fler lever längre med, och behöver vård för, olika kroniska sjukdomar. Det är därför viktigt att vårdens resurser nyttjas så effektivt som möjligt utifrån patienternas behov.

En välfungerande produktions- och kapacitetsplanering kan bidra till att skapa balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet, där vårdplatser ingår som en av flera komponenter i den kapacitet som behövs för att möta invånarnas vårdbehov och kan också stärka den katastrofmedicinska beredskapen. Socialstyrelsen arbetar med regeringsuppdraget *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden¹ för antalet vårdplatser* (S2022/01373 (delvis)) och beskriver i denna delredovisning den del av arbetet som fokuserar på behov av vårdplatser och beläggningsgrad.

Vårdplatserna behöver bli fler samtidigt som behovet kan minska på sikt

I senaste åren har flera aktörer beskrivit en daglig vårdplatsbrist inom somatisk vård, med patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker som följd. Samtidigt talar andra om att lösningarna framför allt finns utanför sjukhusen, i omställningen till nära vård, att förflytta mer av vården till kommuner, primärvård och specialiserad öppenvård. Socialstyrelsens bedömning, vilken återspeglas i föreslagna riktvärden, är att regionerna snarast behöver vidta åtgärder för att öka antalet disponibla vårdplatser och samtidigt arbeta för att minska vårdplatsbehovet i relation till invånarantalet på sikt. I händelse av kris och krig krävs dessutom en beredskap för ett ökat vårdplatsbehov, en kapacitetsökningsförmåga. Den kapacitet som krävs i ett beredskapsperspektiv är inte inkluderat i föreslagna riktvärden men ger en bas för uppräknings i händelse av kris och krig.

Socialstyrelsen menar att riktvärden för antal vårdplatser och beläggningsgrad kan vara ett strategiskt planeringsverktyg för regionerna i arbetet för att nå balans mellan inflöde och utflöde av patienter och minska överbeläggningar och utlokaliseringar, men antal vårdplatser bör inte vara föremål för skarp styrning.

¹ Socialstyrelsen lämnar förslag på riktvärden och inte målvärden så som ursprungligen formulerat i regeringsuppdraget. För mer information om användningen av begreppet riktvärden, se avsnitt *Begreppet riktvärde*.

Den största utmaningen för regionerna är att bemanna vårdplatserna men det är också en resursfråga.

Antalet disponibla vårdplatser har minskat kraftigt under de senaste åren. Detta beror till del på en utveckling mot kortare vårdtider, utförande av mer kirurgi i öppenvård och omställning till nära vård – förändringar som är positiva ur ett patientperspektiv och en utveckling som behöver fortsätta. Dessutom ökar hälsan i befolkningen, antal friska levnadsår ökar snabbare än medellivslängden. Samtidigt beskriver regioner att minskningen av disponibla vårdplatser varit större än önskat, till följd av svårigheter i att bemanna fastställda vårdplatser. Socialstyrelsens bedömning är att behovet av vårdplatser i slutenvård på sjukhus är större än antalet vårdplatser idag, och att regionerna behöver prioritera åtgärder för att vända trenden och öppna fler disponibla vårdplatser på kort sikt trots utmaningar i kompetensförsörjning. Myn-digheten föreslår utifrån beräkningar av behovet av antalet vårdplatser riktvärden för antalet disponibla vårdplatser på kort sikt, som i alla regioner utom en ligger högre än nuvarande antal vårdplatser.

Socialstyrelsen gör även bedömningen att det på längre sikt finns potential att nyttja sjukhusens vårdplatser mer effektivt utifrån patienternas behov. Bedömningen grundar sig i att vissa regioner har kommit längre än andra i att till exempel samarbeta med kommuner på ett sätt som möjliggör snabbare utskrivning från sjukhus eller att skifta vård som historiskt skett i slutenvården till öppenvård. Socialstyrelsen föreslår därför, i tillägg till riktvärdet på kort sikt, även ett riktvärde för medellång sikt (definierat som fem år) som utgår ifrån dessa regioners positiva erfarenheter och pekar ut en riktning mot ett minskat behov av vårdplatser i slutenvård på sjukhus. Här är det viktigt att notera att regionerna kontinuerligt behöver följa hur det faktiska antalet disponibla vårdplatser förhåller sig till behovet som utgångspunkt för eventuella justeringar i antalet vårdplatser.

Socialstyrelsen ser att mer långsiktiga prognoser av vårdplatsbehovet innehåller stora osäkerhetsfaktorer, och lämnar därför inga förslag på riktvärden på lång sikt. Riktvärdet på medellång sikt tar hänsyn till utveckling i invånarantal och åldersfördelning, men utgår i övrigt ifrån ett oförändrat vårdbehov hos befolkningen.

Beräkningarna utgår ifrån behov av stärkt patientsäkerhet och tillgänglighet

Socialstyrelsen lämnar förslag på riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad, samt för antalet vårdplatser på kort respektive medellång sikt. Riktvärdena avser somatisk vård, och lämnas på nationell och regional nivå. Mer detaljerad vårdplatsplanering avseende hur antalet vårdplatser ska fördelas mellan verksamheter och avdelningar bör ske i regionerna.

Riktvärdesmodellen bygger på slutsatser från sammanställningar av vetenskaplig litteratur, internationella erfarenheter och regionernas nuläge avseende behov, planering och styrning av vårdplatser. Utformningen av modellen och beräkningarnas ingångsvärden har även skett i dialog med en till uppdraget kopplad expertgrupp, en referensgrupp med regionrepresentanter

samt myndighetens sakkunniga inom olika verksamhetsområden, samt kvalitetssäkrats med hjälp av uppgifter från verksamhetsföreträdare.

Riktvärden på kort sikt

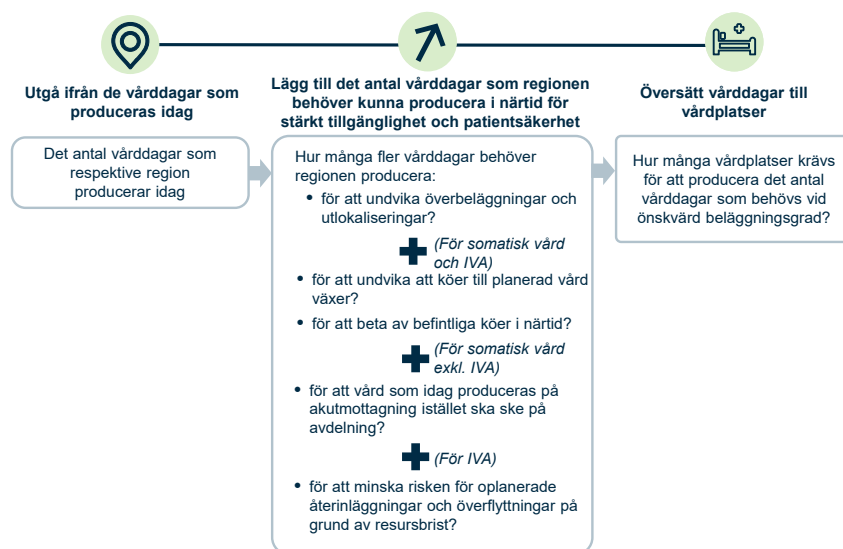
Eftersom regionala skillnader i uppdrag, organisation och arbetssätt gör att vårdplatsbehovet kan se olika ut mellan olika regioner, har Socialstyrelsens förslag på riktvärden för kort sikt beräknats utifrån varje regions nuvarande förutsättningar och vårdplatssituation. Denna återspeglas i regionens aktuella slutenvårdsproduktion som utgör grund för beräkningen.

I syfte att inkorporera behovet av ytterligare vårdplatser för att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet räknas utgångsläget upp utifrån data över regionens nuvarande vårdkösituation, väntetider på akutmottagningen för patienter i behov av vårdplats i slutenvård, överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist och återinläggningar på IVA inom 72 timmar. Eftersom beräkningarna utgår ifrån producerad vård, som innefattar vård producerad vid utlokaliseringar och överbeläggningar, räknas också vårdplatsbehovet upp utifrån hur vanligt förekommande dessa är. I beräkningarna ingår även de vård dagar som produceras för de patienter som är klara för utskrivning men ännu inte utskrivna.

För intensivvården tar beräkningen även hänsyn till *Svensk förening för anestesi och intensivvårds (SFAI:s)* rekommendation om minsta avdelningsstorlek. Enligt befintliga riktlinjer bör en IVA ha minst sex vårdplatser för att vara organisatoriskt effektiv, men Socialstyrelsen har även tagit del av den reviderade version, som vid rapportens författande är på remiss, som rekommenderar att en IVA dimensioneras för att minst kunna vårda fyra samtidiga intensivvårdspatienter. Socialstyrelsen bedömer att denna reviderade rekommendation är lämplig att använda i riktvärdesberäkningen eftersom det idag finns ett stort antal intensivvårdsavdelningar i Sverige som är små (färre än fyra vårdplatser).

Figur 1. Riktvärdesmodell för antal disponibla vårdplatser på kort sikt

Figuren visar de översiktliga stegen i beräkningen av riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort sikt.



Riktvärden på medellång sikt

Riktvärdet på medellång sikt (ca 5 år) för somatisk vård exklusive intensivvård speglar det lägsta antal vårdplatser som kan möta behoven om regionen utvecklar sina arbetssätt, och syftar till att uppmuntra utveckling mot ett minskat vårdplatsbehov i relation till invånarantal. Beräkningen görs genom att slutenvårdsproduktionen per invånare jämförs mellan regioner, och regionen med lägst slutenvårdsproduktion – uppräknad för stärkt patientsäkerhet och tillgänglighet enligt metoden för riktvärden på kort sikt – och samtidigt goda utfall väljs som utgångspunkt för alla regioners riktvärde. När utgångspunkten översätts till regionala riktvärden görs justering för att fånga regionala skillnader i vårdbehov hos befolkningen, samt för i vilken utsträckning regionen köper eller säljer vård till/från andra regioner. Ansatsen har valts för att utgå ifrån vad regioner visat är praktiskt möjligt.

Socialstyrelsen lämnar i denna delrapport inte förslag till åtgärder utan avser i sitt fortsatta arbete att stödja regionerna med en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser och stöd i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Figur 2. Riktvärdesmodellen för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt

Figuren visar de översiktliga stegen i beräkningen av riktvärden för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt



Riktvärdet på medellång sikt för IVA är detsamma som på kort sikt, justerat för befolkningsutveckling. Bakgrunden till detta är att Socialstyrelsen sett mer begränsat utrymme att förändra vårdplatsbehovet på IVA genom att utveckla arbetssätten, då det i hög grad påverkas av faktorer utanför regionens kontroll.

Riktvärdena pekar på ett behov av ytterligare ca 2 300 disponibla vårdplatser och 60 IVA-platser

Riktvärden för antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård exklusive IVA

På kort sikt pekar riktvärdena på ett omedelbart behov av att öka antalet disponibla vårdplatser i alla regioner utom en. Det skattade vårdplatsbehovet är 2 295 (15 procent) högre än nuvarande antal för riket som helhet (mellan 3 och 30 procent i de olika regionerna). Mellan 91 och 97 procent av riktvärdet utgörs av vårdplatser som behövs för att upprätthålla nuvarande slutenvårdsproduktion till en önskvärd belägningsgrad och undvika överbeläggningar och utlokaliseringar. Behovet av vårdplatser för att arbeta av vårdköer inom ett år står för 0,2 - 4 procent av det skattade vårdplatsbehovet. En jämförelse mot regionernas antal fastställda vårdplatser, för de elva regioner som delgivit Socialstyrelsen denna uppgift, visar att riktvärdet ligger i närheten av antalet fastställda vårdplatser i regionerna, även om några regioner har något högre och andra något lägre antal fastställda vårdplatser än riktvärdet.

Riktvärdena på medellång sikt pekar på 2 889 (16 procent) färre disponibla vårdplatser än riktvärdena på kort sikt. De lägre riktvärdena på medellång sikt kontra kort sikt speglar en potential och ambition om att minska *behovet* av vårdplatser på sjukhus under kommande år. Faktiska minskningar i antalet vårdplatser bör endast realiseras under förutsättning att vårdplatskapaciteten efter en minskning kommer att tillgodose vårdplatsbehovet med bibehållen patientsäkerhet.

I sju av landets regioner skattas vårdplatsbehovet även med förändrade arbetssätt överstiga det antal disponibla vårdplatser som finns idag. I fjorton regioner pekar riktvärdet mot att nuvarande kapacitet skulle kunna vara tillräcklig om fem år förutsatt att regionen utvecklar sina arbetssätt på nivå med den region som idag lyckats bäst med att minska vårdplatsbehovet. Det är samtidigt viktigt att igen poängtera att samtliga regioner, med undantag av Region Kalmar, behöver öka antalet disponibla vårdplatser på kort sikt, och att en eventuell minskning senare enbart sker om vårdplatskapaciteten efter en minskning fortsatt kommer att tillgodose vårdplatsbehovet.

Tabell 1. Riktvärden för antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård exklusive intensivvård

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ²	Riktvärde för behov av antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt
Blekinge	269	306	224
Dalarna	403	455	404
Götland	134	140	90
Gävleborg	435	452	407
Halland	451	480	481
Jämtland-Härjedalen	202	208	169
Jönköping	539	555	501
Kalmar	422	383	343
Kronoberg	289	314	270
Norrbottn	347	421	344
Skåne	1 979	2 400	2 008
Stockholm	3 910 ³	4 143	3 201
Sörmland	454	535	417
Uppsala	585	737	696
Värmland	423	512	405
Västerbotten	468	584	434
Västernorrland	344	411	339
Västmanland	422	477	383
Västra Götaland	2 273	2 890	2 460
Örebro	443	521	450
Östergötland	545	706	717
Riket	15 336	17 631	14 742

Riktvärden för antal disponibla vårdplatser för somatisk intensivvård

Även för intensivvård pekar riktvärdena på kort sikt på ett behov av att öka antalet disponibla vårdplatser – totalt för riket skattas vårdplatsbehovet till 58 vårdplatser (12 procent) över befintlig kapacitet. Behovet av att öka antalet disponibla vårdplatser ses för 14 regioner, där det varierar mellan 6 och 45 procent av befintligt antal. I 7 regioner pekar riktvärdet på kort sikt på ett utrymme att minska antalet disponibla vårdplatser, vilket beror på att aktuella avdelningar rapporterat en beläggningsgrad som ligger lägre än föreslagna riktvärden för beläggningsgrad.

² Liksom riktvärdet innefattar antalet disponibla vårdplatser 2022 somatisk vård exklusive intensivvård.

³ Då Socialstyrelsen inte delgivits fullständiga uppgifter om Region Stockholms antal disponibla vårdplatser har angivna uppgifter uppskattats utifrån ett flertal datakällor. Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser på akutsjukhusen utifrån tolv mätpunkter den sista onsdagen varje månad har delgivits Socialstyrelsen från regionen. Socialstyrelsen har sedan utifrån Region Stockholms Vårdplatsrapport från december 2022 lagt till regionens genomsnittliga antal disponibla geriatriska vårdplatser, vårdplatser för specialiserad kirurgisk och neurologisk rehabilitering och vårdplatser för sluten palliativvård. Vårdplatsrapportens uppgifter om antalet disponibla vårdplatser för specialiserad kirurgisk och neurologisk rehabilitering och vårdplatser för sluten palliativvård avser inte ett genomsnitt, varför dessa viktats ned med en förändringsfaktor som utgår ifrån skillnaden mellan november 2022:s rapporterade disponibla geriatriska vårdplatser och det genomsnittliga antalet geriatriska vårdplatser över året. Slutligen har Stockholms genomsnittliga disponibla IVA-vårdplatser (utifrån SIR:s inventering av vårdplatser 2022) exkluderats för riktvärdet inom somatisk vård exklusive IVA.

På medellång sikt görs bedömningen att antalet vårdplatser inom intensivvården kommer att behöva öka ytterligare. Ökningen beror på att befolkningsutvecklingen är positiv i de flesta regioner. Det arbete som pågår i regionerna idag kring utveckling och kapacitet inom intermediärvård kan samtidigt komma att avlasta intensivvården och förändra behovet.

Tabell 2. Riktvärden för antal disponibla vårdplatser inom intensivvård

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ⁴	Riktvärde för behovet av antal disponibla vårdplatser på kort sikt ⁵	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt
Blekinge	8,4	8,9	8,9
Dalarna	12,5	12,4	12,4
Gotland	5,0	4,0	4,1
Gävleborg	13,5	14,1	14,1
Halland	13,0	10,4	10,8
Jämtland Härjedalen	6,8	6,7	6,7
Jönköping	14,8	17,5	17,8
Kalmar	11,8	9,3	9,3
Kronoberg	7,5	8,8	8,9
Norrbottnen	12,9	18,7	18,3
Skåne	56,1	55,3	57,1
Stockholm ⁶	81,0	99,8	104,2
Sörmland	14,0	10,2	10,5
Uppsala	27,4	36,6	38,3
Värmland	13,1	15,3	15,2
Västerbotten	23,0	25,6	25,8
Västernorrland	13,0	13,3	13,0
Västmanland	7,0	8,4	8,5
Västra Götaland	81,3	95,3	97,6
Örebro	17,5	20,9	21,2
Östergötland	26,1	32,0	32,8
Riket	465,6	523,6	535,4

Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad

Vilken beläggningsgrad som är ändamålsenlig i en verksamhet påverkas av faktorer som hur varierande och förutsägbart patientinflödet är, hur många vårdplatser som finns och vilka möjligheter som finns att hänvisa patienter till annan avdelning vid behov, vilket i sin tur påverkas av geografiska förutsättningar och hur specialiserad verksamheten är. Det saknas konsensus i den vetenskapliga litteraturen kring optimal beläggningsgrad, men tydliga samband visas mellan hög beläggningsgrad och tillgänglighets- och

⁴ Avser det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatserna vid punktmätningar under vecka 12, vecka 29 och vecka 42 2022. Viktningen har gjorts för att på ett representativt sätt spegla vardag respektive helg, dag respektive natt och sommarsäsong respektive vår-/höst. För tre avdelningar, Ystad, Arvika och Uppsala BIVA, används det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser vid punktmätningen under vecka 12 eftersom det saknas data för övriga mättillfällen.

⁵ Observera att såväl antal disponibla vårdplatser som riktvärdet för antal vårdplatser anges som ett genomsnitt över året.

⁶ Inkluderar ej avdelningen Karolinska Solna ECMO:s vårdplatser då dessa ej rapporterats till SIR. Riktvärdet inkluderar slutenvårdsproduktionen på avdelningen.

patientsäkerhetsrisker. Riskerna beskrivs ofta för en beläggningsgrad över 80 – 90 procent.

Med utgångspunkt i kända tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker, och de skilda behov som ses för planerad respektive oplanerad vård, föreslår Socialstyrelsen ett riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad över ett år om 85 procent för oplanerad vård och 95 procent för planerad vård. Eftersom många verksamheter har både planerade och oplanerade inflöden beräknas sammanvägda regionala riktvärden för slutenvården som helhet, som ligger mellan 85 och 89 procent. Skillnaderna mellan regioner beror på att fördelningen mellan planerad och oplanerad slutenvårdsproduktion varierar. Socialstyrelsen bedömer att regionernas produktions- och kapacitetsplaneringsarbete skulle kunna stärkas genom gemensamt definierade önskvärda nivåer för beläggningsgrad för enskilda verksamheter, differentierade för akut och planerad verksamhet, för olika geografiska förutsättningar och för enheters olika storlek.

För intensivvård föreslås riktvärden för beläggningsgrad som tar hänsyn till enheters storlek sett till antalet vårdplatser. Förslaget har utformats baserat på analyser av beläggningsgradsstatistik och risken för fullbelagda avdelningar. För avdelningar med en till fyra vårdplatser uppgår riktvärdet till 50 procents genomsnittlig beläggningsgrad över året, för avdelningar med fem till nio vårdplatser till 65 procent och för avdelningar med tio eller fler vårdplatser till 80 procent. Idag har 22 av 82 avdelningar en genomsnittlig beläggningsgrad under dessa riktvärden.⁷

Regionerna behöver fördela riktvärdet mellan verksamheter och över året

Tillämpningen av riktvärdena för antalet disponibla vårdplatser innefattar att regionerna fördelar vårdplatser mellan verksamheter utifrån vårdbehov och enskilda verksamheters förutsättningar. Eftersom behov och tillgänglig kapacitet varierar över året är en viktig del av tillämpningen också att planera vårdplatsantalet över året. Riktvärdena pekar på det *genomsnittliga* behovet av vårdplatser under ett år. Detta innebär att det faktiska antalet disponibla vårdplatser behöver ligga högre än riktvärdet under stora delar av året för att det totala vårdplatsbehovet ska kunna mötas, och lägre under andra delar av året.

En annan viktig del av tillämpningen av de regionala riktvärdena är att följa upp olika indikatorer kopplade till vårdplatssituationen. Riktvärdena utgör en utgångspunkt för arbetet med att prioritera och planera åtgärder, över tid är det centralt att antalet disponibla vårdplatser tillgodoser behoven. För att få förståelse för hur patientflöden och vårdplatsnyttjandet eventuellt förändras vid utökad kapacitet, behöver fler indikatorer än riktvärdena följas upp. Exempel på sådana indikatorer är medelvårdtider, återinskrivningar, antal utskrivningsklara patienter, utlokaliseringar, överbeläggningar, väntetider på akutmottagningen och väntetider till planerad vård.

⁷ Analysen baseras på dagliga mätningar av belagda vårdplatser och disponibla vårdplatser mellan april 2022 – mars 2023

Vårdplatser är en av flera komponenter i att möta patienters behov

Antalet disponibla vårdplatser och belägningsgrad är viktiga kapacitetsindikatorer, men ger ingen fullständig bild av i vilken utsträckning vårdens kapacitet tillgodoser behoven. De ger inte heller underlag för att bedöma vårdens kvalitet eller jämlikhet. Att följa upp vårdplatssituationen bör ses som en av flera delar i arbetet med att säkerställa en god vård. Mot bakgrund av bland annat detta gör också Socialstyrelsen bedömningen att direkt styrning i form av regelverk eller ekonomiska incitament utifrån riktvärdena och närliggande indikatorer bör tillämpas med försiktighet.

Inledning

Tillgänglighet har varit ett utvecklingsområde för svensk hälso- och sjukvård under lång tid. I många regioner har köerna till planerad specialiserad vård ökat, inte minst sedan covid-19-pandemin, och är nu längre än någonsin tidigare trots flera statliga och regionala satsningar på att minska väntetiderna. För att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård krävs åtgärder inom flera olika delar av systemet. En av dessa delar är förbättrade arbetssätt för att matcha vårdens kapacitet mot vårdbehov. Socialstyrelsen har därför inom ramen för statens arbete med att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård fått i uppdrag att stödja regionerna i sin produktions- och kapacitetsplanering. I arbetets första steg har Socialstyrelsen fokuserat på tillgången till vårdplatser inom sjukhusens slutenvård.

De disponibla vårdplatserna på Sveriges sjukhus har blivit allt färre och det finns flera rapporter om att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven.

Det säkerhetspolitiska läget och återuppbyggnaden av totalförsvaret har också satt fokus på hälso- och sjukvårdens beredskap och den kapacitet i form av vårdplatser som behövs för de behov som kan uppstå i samband med kriser, katastrofer och ytterst krig. Ett eventuellt Natomedlemskap kommer ytterligare att ställa krav på hälso- och sjukvårdens förmåga särskilt rörande hantering av masskadehändelser som är ett av Natos sju basförmågor.

Antalet disponibla vårdplatser har mellan år 2012 och 2021 minskat med 20 procent för somatisk vård, och trots en växande befolkning har även slutenvårdskonsumtionen minskat vilket är tydligt då antal vårdtillfällen minskat och vårdtider har blivit kortare. Samtidigt har andelen överbeläggningar och utlokaliseringar ökat. Slutenvårdens beläggningsgrad ökade fram till pandemin och minskade sedan men är nu tillbaka på höga nivåer i många verksamheter. Under år 2022 påtalade *Inspektionen för vård och omsorg* (IVO) att det råder betydande patientsäkerhetsrisker i slutenvården på många sjukhus till följd av en allvarlig vårdplatsbrist [1]. Tillgång till vårdplats är också en faktor som påverkar möjligheten att hantera vårdköer till vård som kräver slutet specialiserad vård. Det finns därmed ett behov att identifiera vilken kapacitetsökning som krävs för att skapa balans. I *Tillgänglighetsdelegationens* slutbetänkande gjordes en uppskattning av hur mycket produktionen behöver öka för att komma till rätta med köerna där beräkningarna visade en 3,5 procentig ökning för operation eller annan åtgärd [2]. Med detta arbete utökas kunskapen med att specificera behovet av vårdplatser inom slutet specialiserad vård för att nå balans mellan inflöde och utflöde och därmed stärka både patientsäkerhet och ökad tillgänglighet, men även andra åtgärder krävs för att nå balans mellan vårdbehov och vårdproduktion. En orsak till vårdplatsbrist som ofta uppges är bristen på personal för att bemanna vårdplatser, det är en fråga som är svår att lösa på kort sikt, men ansträngningar behöver göras för att nå så långt som möjligt även i ett kortare perspektiv.

Uppdraget

Socialstyrelsen fick år 2022 regeringsuppdraget *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden⁸ för antalet vårdplatser* (S2022/01373 (delvis)).

Socialstyrelsen lämnade en första delredovisning den 30 september 2022 till regeringen som innehöll förslag på vilken information om tillgänglig vårdkapacitet som är relevant och lämplig att presentera publikt, till exempel som en del i ett nationellt vårdsökssystem.

I denna delredovisning beskrivs arbetet inom regeringsuppdraget avseende stöd till regionernas produktions- och kapacitetsplanering i hälso- och sjukvården samt behov av disponibla vårdplatser på Sveriges sjukhus i normalläge. Tyngdpunkten i redovisningen är på arbetet med att utveckla riktvärden för antalet disponibla vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad, inklusive separata målvärden för antalet intensivvårdsplatser.

Fortsatt arbete inom regeringsuppdraget kommer att fokusera på produktions- och kapacitetsplanering i regionerna och en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser. Socialstyrelsens stöd inom produktions- och kapacitetsplanering inom ramen för uppdraget omfattar:

- att utveckla metodstöd och stödja regionerna i deras arbete med att implementera produktions- och kapacitetsplanering, och
- att stödja en samordning av regionernas produktions- och kapacitetsplanering såväl inom som mellan regioner, med fokus på att regionerna ska kunna inrätta ett ändamålsenligt antal vårdplatser.

Eftersom sjukhusens vårdplatser är en kapacitetsparameter bland många andra, och behovet av vårdplatser i sluten sjukhusvård påverkas av hur den övriga vården fungerar, kommer det fortsatta arbetet inom regeringsuppdraget att omfatta flera delar av hälso- och sjukvården, däribland primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Sedan februari 2023 arbetar Socialstyrelsen även med regeringsuppdraget *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården* – ett arbete som har många beröringspunkter, och kommer att bedrivas tillsammans, med detta uppdrag.

Nästa delredovisning av regeringsuppdraget sker den 31 mars 2024 och slutredovisning den 31 mars 2025.

⁸ Socialstyrelsen lämnar förslag på riktvärden och inte målvärden så som ursprungligen formulerat i regeringsuppdraget. För mer information om användningen av begreppet riktvärden, se avsnitt *Begreppet riktvärde*.

Vårdplatser och patientsäkerhet

Vårdplatsbrist, utlokaliseringar och överbeläggningar ökar risken för vårdskador och utgör en stor utmaning för patientsäkerheten. Otillräckligt antal disponibla vårdplatser påverkar patienter som riskerar att inte få säker vård och omvårdnad eller att deras vård och behandling blir försenad eller uteblir. Utlokaliseringar förekommer idag i samtliga regioner trots att förekomsten av vårdskador visats vara 60 - 70 procent högre för utlokaliserade patienter än för ej utlokaliserade patienter [3]. Det finns också studier som indikerar samband mellan en hög beläggningsgrad och risken för oplanerad återinskrivning, vilket i sin tur är förknippat med högre risk för vårdskador. Vårdskador orsakar årligen förlängda sjukhusvistelser för cirka 50 000 patienter. Utöver patientsäkerhetsaspekterna i detta medför det kostnader för hälso- och sjukvården – de extra vård dagar som vårdskador orsakar beräknas kosta cirka åtta miljarder kronor per år [4].

Vidare visar studier på ett samband mellan beläggningsgrad och vistelsetid på akutmottagning, eller väntetid till vårdplats, vilket även det visats vara förknippat med patientsäkerhetsrisker (se *Bilaga 4 s. 23*). Af Ugglas [5] har exempelvis visat på ett samband mellan överbelastning på akutmottagningen och ökad dödlighet på några av de sjukhus som studerats, och konkluderar att det är mycket viktigt att kunna säkerställa tillgång till vårdplatser för patienter med allvarliga eller potentiellt allvarliga akuta tillstånd när akutmottagningen blir överbelastad för att förbättra patientsäkerheten.

Vidare påverkar vårdplatsbrist också personal och arbetsmiljö genom att bidra till hög arbetsbelastning, ökade risker för misstag, etisk stress, brist på personal och hög personalomsättning.

Att stärka patientsäkerheten är ett huvudsyfte med Socialstyrelsens arbete med att stödja hälso- och sjukvården för en bättre balans mellan vårdplatsbehov och vårdplatskapacitet. Som framgår av avsnitten *Vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter* samt *Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad* är det inte från den vetenskapliga litteraturen tydligt exakt vilken beläggningsgradsnivå som är optimal utan behovet ser olika ut i olika verksamheter, men det är tydligt att en mycket hög beläggningsgrad är förknippat med olika former av patientsäkerhetsrisker.

Socialstyrelsen publicerade 2020 *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024, Agera för säker vård* [4]. Den nationella handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner. Genom att ta fram egna handlingsplaner kan de etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Den nationella handlingsplanen betonar behovet av ett riskmedvetet och proaktivt förhållningssätt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar (engagerad ledning och tydlig styrning, en god patientsäkerhetskultur, patienten som medskapare och adekvat kunskap och kompetens) och fem fokusområden för arbete för att stärka patientsäkerhetsarbetet och öka patientsäkerheten (öka kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, stärka analys, lärande och utveckling, ökad riskmedvetenhet och beredskap).

Samtliga förutsättningar och fokusområden är relevanta i arbetet för att möta behoven av disponibla vårdplatser.

Socialstyrelsens arbete med tillgänglighet och vårdplatser

Socialstyrelsen arbetar med frågor om tillgänglighet i hälso- och sjukvården på flera sätt, bland annat inom flera pågående regeringsuppdrag. Inom tillgänglighetsområdet berörs frågan om vårdplatser specifikt i flera pågående arbeten.

Arbetet för ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården spänner över en stor bredd av frågeställningar, däribland vårdbehov, patientsäkerhet, katastrofmedicinsk beredskap, kompetensförsörjning. Socialstyrelsen arbetar specifikt med dessa frågor inom ramen för olika uppdrag. Vårdpersonalens arbetsmiljö är en viktig faktor för frågeställningarna som hanteras i denna rapport och Arbetsmiljöverkets tillsyn och observationer av arbetsmiljön ibland annat akutsjukvården är en viktig kunskapskälla för regionernas arbete att minska bristen på personal. Denna delredovisning av regeringsuppdraget kring produktions- och kapacitetsplanering innehåller iakttagelser som gjorts under arbetet även avseende närliggande områden av betydelse för produktions- och kapacitetsplanering och särskilt vårdplatser.

Varför avser riktvärdena vårdplatser på sjukhus?

Hälso- och sjukvården är ett komplext system med samverkande delar. Goda patientutfall i regionernas slutenvård hänger exempelvis samman med god vård i öppen primär- och specialiserad vård, men också den hälso- och sjukvård och omsorg som bedrivs av kommunerna.

En ändamålsenlig produktions- och kapacitetsplanering tar sin utgångspunkt i en övergripande behovsanalys som beaktar behoven i systemet som helhet och patientflöden mellan olika delar av vården. Detta innebär att ett ändamålsenligt antal vårdplatser på sjukhus till del påverkas av tillgången till vårdplatser i kommunerna, hur primärvård och specialiserad öppenvård arbetar med vård och prevention samt hur samverkan mellan de olika aktörerna fungerar.

En viktig del av Socialstyrelsens arbete med riktvärden för antalet vårdplatser är att uppmuntra en utveckling mot att sjukhusens resurser används effektivt med fokus på de patienter som behöver just dem. Ur såväl resurs- som patientsynpunkt är det många gånger motiverat att undvika slutenvård, exempelvis genom ett stärkt samarbete mellan specialiserad vård och primärvård, eller mellan region och kommun.

Slutenvården på sjukhus kan också avlastas genom vårdplatser som inte behöver tillhandahållas på sjukhus, till exempel patienthotell, observationsplatser, närvårdsplatser eller andra vårdplatser i primärvård. Patientens behov och regionernas förutsättningar och arbetssätt styr vilka lösningar som är lämpligast, och vad utvecklingsarbetet bör fokusera på. Vissa regioner har till exempel kommit längre i att säkerställa effektiv utskrivning från sjukhus till kommunal vård och omsorg, andra i att använda lösningar för att ge vård i hemmet.

Socialstyrelsen definierar inte i detta arbete hur hälso- och sjukvårdens olika delar bör dimensioneras i förhållande till varandra. Istället föreslås riktvärden för dimensioneringen av sjukhusens disponibla vårdplatser, vilka sedan kan användas som utgångspunkt för regionalt utvecklingsarbete för att säkerställa att de samlade vårdbehoven möts av systemet som helhet på ett effektivt sätt.

Begreppet *riktvärde*

Det ändamålsenliga antalet disponibla vårdplatser i en region är dynamiskt – det varierar över årets månader och dygnets timmar utifrån befolkningens vårdbehov. I praktiken behöver antalet disponibla vårdplatser planeras utifrån verksamheternas olika förutsättningar och utifrån hur såväl behov som kapacitet förändras. Det ändamålsenliga antalet vårdplatser kan inte definieras som en målsättning som uppnås vid ett måttillfälle, utan regionerna behöver arbeta strategiskt med vårdplatsplanering och -uppföljning för att löpande säkerställa att antalet disponibla vårdplatser vid varje tillfälle tillgodoser behoven. Socialstyrelsen lämnar därför förslag på genomsnittliga *riktvärden* för regionerna att arbeta vidare med snarare än *målvärden*.

Genom användningen av begreppet *riktvärde* avser Socialstyrelsen också att tydliggöra att myndighetens förslag behöver brytas ned på verksamhetsnivå i regionerna som en del av kapacitetsplaneringsarbetet; ett arbete som behöver göras på såväl strategisk som operativ nivå.

Genomförande

Socialstyrelsens arbete med regeringsuppdraget, sedan den första delredovisningen 2022, inleddes med explorativa intervjuer med sakkunniga och dokumentstudier i syfte att definiera inriktningen för det fortsatta arbetet. Utifrån detta formulerades frågeställningar för två delarbeten som genomfördes för att utgöra grund för framtagandet av riktvärden.

- En sammanställning av befintlig kunskap på området utifrån vetenskaplig litteratur samt en internationell utblick om erfarenheter från andra länder.
- En nulägesanalys avseende vårdplatsituationen i Sverige idag, baserad på nationellt tillgängliga vårdplatsdata, insamlade data avseende regioners styrning och uppföljning av vårdplatsantalet samt intervjuer med ett urval av regioner.

Med utgångspunkt i delarbetena ovan har en modell för riktvärden för vårdplatser tagits fram, och tillämpats för att beräkna förslag på riktvärden. Framtagandet har utgått ifrån de behov som Socialstyrelsen identifierat genom att dels lyssna till regioner, professionsförbund och sakkunniga, dels tillämpa metodik utifrån vetenskap och internationella erfarenheter.

Under arbetet med modellen och beräkningarna för riktvärden har ett stort antal publika datakällor analyserats, och dess data validerats med hjälp av verksamhetsföreträdare i regionerna. På vissa områden har kompletterande data inhämtats från regionerna. Trots detta finns brister i data som har viss påverkan på analysernas träffsäkerhet. Dessa beskrivs översiktligt i redovisningen av riktvärden, och detaljerat i metodbilaga.

Framtagandet av modellen för riktvärden har också förankrats med berörda parter längs vägen. Informations- och dialogmöten har hållits med en referensgrupp med regionrepresentanter, professionsförbund, Sjukvårdsdelegationen, hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket inom Sveriges kommuner och regioner (SKR), SKR:s nätverk för styrning och ledning inom psykiatri, SKR, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt IVO.

En expertgrupp kopplad till regeringsuppdraget har deltagit i framtagandet av modellen för riktvärden. Expertgruppen har bestått av sakkunniga inom produktions- och kapacitetsplanering samt styrning och ledning inom hälso- och sjukvård (deltagare redovisas i bilaga).

Under 2022 genomförde IVO en tillsyn av Sveriges akutsjukhus och bedömde bland annat tillgången till vårdplatser utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. IVO gjorde inspektioner i verksamheter och genomförde ett stort antal intervjuer för att få en verksamhetsnära bild av vårdplatssituationen idag. Som värde för ändamålsenligt antal disponibla vårdplatser på akutsjukhusen i respektive region använde IVO det fastställda antalet vårdplatser i regionerna [1]. Resultaten från IVO:s tillsyn har använts som ett av flera underlag i Socialstyrelsens analys. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att bedöma *behovet*

av antal vårdplatser och har tagit fram en metod för att räkna fram behovet av antal disponibla vårdplatser på regionnivå. Det innebär att analys har dels gjorts på mer aggregerad nivå, dels har bedömningen av vårdplatsbehovet i regionerna gjorts utifrån samma metod i alla regioner snarare än att utgå ifrån regionernas separata beslut om fastställda vårdplatser. I Socialstyrelsens analys har regionernas fastställda vårdplatser, där sådana lämnats till myndigheten, använts som jämförelsemått under arbetets gång i syfte att kvalitets-säkra och utveckla metodiken och myndigheten har kunnat konstatera att det är små skillnader mellan fastställda vårdplatser och det behov som räknats fram, upp till 19 procents skillnad.




Avgränsningar

Riktvärden på nationell och regional nivå

Socialstyrelsens förslag på riktvärden för antal vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad lämnas på nationell och regional nivå. Riktvärden på nationell nivå kan stödja en samsyn kring behoven av åtgärder i vårdplatsfrågan men ger begränsat stöd för enskilda regioners arbete. På regional nivå ger riktvärdena en bättre bild av enskilda regioners förutsättningar och behov. Socialstyrelsen har inte bedömt det som ändamålsenligt att ta fram riktvärden på enhetsnivå då sådana bör fastställas inom regionerna (se *Riktvärdenas bidrag i arbetet för en situation där vårdplatser möter behoven för närmare beskrivning*). Förutsättningarna för att ta fram relevanta riktvärden på enhetsnivå på ett tillförlitligt sätt är också begränsade med den data som finns nationellt tillgänglig idag.

Figur 3. Bakgrund till Socialstyrelsens avgränsning till riktvärden på nationell och regional nivå

Figuren sammanfattar myndighetens uppdrag, överväganden, behovsbedömning och inriktning avseende om riktvärden bäst tas fram för nationell, regional eller enhetsnivå.

	 Nationell nivå	 Regional nivå	 Enhetsnivå
Socialstyrelsens regeringsuppdrag	"Analysera om lämpligt med målvärden på nationell nivå"	"Analysera om lämpligt med målvärden på regional nivå"	✓
Socialstyrelsens behovsbedömning	Riktvärden kan stödja samsyn; ger begränsat stöd/styrning för regioner	Riktvärden kan stödja samsyn och regionalt utvecklingsarbete	Antal vårdplatser bör fastställas av regioner
Förutsättningar att utveckla med befintlig data	✓	✓	✗
Socialstyrelsens inriktning	Riktvärden beräknas utifrån regionala resultat	✓	Enhetsspecifikt vårdplatsantal lämnas till regioner att definiera; fortsatt stöd utreds inom arbetet med nationell plan samt regeringsuppdraget Produktions- och kapacitetsplanering

Riktvärden för somatisk vård

Behovet av och förutsättningarna för riktvärden har utretts för såväl somatisk som psykiatrisk vård. Socialstyrelsen har utifrån detta valt att i ett första skede enbart lämna förslag på riktvärden för somatisk vård. Bakgrunden är att regionerna i stort har gemensamma utmaningar när det gäller vårdplatser i

somatisk vård medan behovsbilden är mer heterogen inom psykiatrisk vård. Inom psykiatrisk vård finns i tillägg stora behov av att stärka tillgången till strukturerade och entydiga data för att möjliggöra uppföljning och analys på nationell nivå. Identifierade utvecklingsbehov vad gäller psykiatriska vård-data beskrivs närmare under *Behov av att stärka kvalitet och tillgång till vårddata för psykiatri*.

Riktvärden för normalläge – stärkt utgångspunkt för katastrofmedicinsk beredskap

Arbetet med riktvärden är avgränsat till disponibla vårdplatser i slutenvård i ett normalläge. Regionerna ska även ha en katastrofmedicinsk beredskap och planera för höjd beredskap då behovet av vårdplatser förväntas öka kraftigt. Genom att arbeta strategiskt utifrån riktvärdena kan regionerna nå ökad robusthet och stärkta förutsättningar för kapacitetsökningar, exempelvis vid kriser eller katastrofer. Ett stärkt produktions- och kapacitetsplaneringsarbete i regionerna förväntas också underlätta åtgärder för att vid behov snabbt dimensionera om kapaciteten. Stöd till regionerna kring att definiera kapacitetsbehov i beredskapssyfte behandlas inom andra delar av myndighetens arbete. Bland annat har ett kunskapsstöd tagits fram för att pröva kapacitetsökningsförmåga mot scenarios [6] samt nyckeltal och dimensionerande målbilder för höjd beredskap är under framtagande.

Rättsliga utgångspunkter

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan region och kommun. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreskriver vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården.

Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen ska utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller det som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725).⁹ Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.¹⁰ Regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.¹¹ Regionen ska också planera hälso- och sjukvården så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.¹²

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer¹³. Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska då även beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.¹⁴ I planeringen och utvecklingen av hälso- och

⁹ 7 kap. 1 § HSL.

¹⁰ 7 kap. 2 § HSL.

¹¹ 7 kap. 2 a § HSL.

¹² 7 kap. 1 § HSL.

¹³ 11 kap. 1 § HSL.

¹⁴ 11 kap. 2-3 §§ HSL.

sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.¹⁵

Regionen eller kommunens ansvar som huvudman

Med huvudman avses i HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.¹⁶ Regionen eller kommunen kan bedriva den hälso- och sjukvård som den ansvarar för i egen regi eller sluta avtal med någon annan att utföra den. Regionen eller kommunen behåller dock alltid sitt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdsverksamheten.¹⁷ För den hälso- och sjukvård som kommunen bedriver i egen regi är kommunen även vårdgivare och måste förhålla sig till de författningar som gäller för alla vårdgivare.

Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

En kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska regionen avsätta till kommunen.¹⁸ Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.¹⁹ Vidare ska Regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en god hälsa hos befolkningen.²⁰ Regionens ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för.²¹ Regionen och kommunen ska också samverka så att en enskild som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som hans eller hennes tillstånd fordrar.²²

Samverkan mellan region och kommun

En region och en kommun ska samverka så att en enskild som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som hans eller hennes tillstånd fordrar.²³ Uttrycket vård och behandling innefattar bl.a. habilitering och rehabilitering. Samverkansbestämmelsen omfattar även vård och omsorg som ges till enskilda personer som behöver integrerade insatser från regionens specialistsjukvård och primärvård samt kommunens primärvård och omsorg.²⁴ Bestämmelsen innebär att region och kommun ska komma överens om bland

¹⁵ 11 kap. 3 § HSL.

¹⁶ 2 kap. 2 § HSL.

¹⁷ 15 kap. 1 § HSL.

¹⁸ 12 kap. 1 och 3 §§ och 16 kap. 1 § HSL.

¹⁹ 7 kap. 2 § HSL.

²⁰ 8 kap. 1 § HSL.

²¹ 8 kap. 6 § HSL.

²² 16 kap. 2 § HSL.

²³ 16 kap. 2 § HSL.

²⁴ Prop. 2005/06:115 s. 51 ff.

annat formerna för samverkan mellan specialistsjukvården och vården och omsorgen i hemmet.²⁵

Utskrivning från slutenvård

Regionerna och kommunerna ska i egenskap av huvudmän för verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (samverkanslagen).²⁶ Huvudmännen måste samarbeta för att skapa regler och riktlinjer och planera för hur den sammanhållna vården ska se ut för utskrivningsklara patienter. Formerna för sådana riktlinjer och hur detaljerade de ska vara bestäms av huvudmännen själva. Huvudmännens riktlinjer får sedan ligga till grund för mera verksamhetsnära rutiner.²⁷

Regionens och kommunens ansvar som vårdgivare

Den som bedriver en hälso- och sjukvårdsverksamhet är en vårdgivare, oavsett om den bedrivs i regional, kommunal eller privat regi.²⁸ Det innebär alltså att en kommun är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som den bedriver i egen regi. Det innebär också att privata utförare som avtalat med kommunen att tillhandahålla viss vård är att betrakta som vårdgivare. Privata vårdgivare som verkar inom den kommunala hälso- och sjukvården har därmed ett eget ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs i verksamheten.

Vården ska vara av god kvalitet

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.²⁹ Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.³⁰ Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.³¹

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Varje vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.³² Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.³³ Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.³⁴ Vårdgivaren ska också genom ledningssystemet fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra

²⁵ Prop. 2005/06:115 s. 55.

²⁶ 4 kap. 4 § samverkanslagen.

²⁷ Proposition 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård s. 119 f.

²⁸ 2 kap. 3 § HSL.

²⁹ 5 kap. 1 § HSL.

³⁰ 5 kap. 4 § HSL.

³¹ 5 kap. 2 § HSL.

³² 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

³³ 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

³⁴ 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

verksamhetens kvalitet.³⁵ Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård.³⁶

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren har även en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.³⁷ Det innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.³⁸ Det innebär också att vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.³⁹

Vårdgaranti

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla 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, att den enskilde får besöka den specialiserade vården och att planerad vård sker inom viss tid.⁴⁰ Regionen ska även se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad om regionen inte uppfyller vårdgarantin.⁴¹

Termer och begrepp

Nedan visas definitioner och begrepp används i rapporten.

Beläggningsgrad	Andelen disponibla vårdplatser som är belagda av patienter vid en viss tidpunkt. Genomsnittlig beläggningsgrad är andelen disponibla vårdplatser som är belagda av patienter över en tidsperiod (<i>projektdefinition</i>).
Disponibel vårdplats	Vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
Fastställd vårdplats	Vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Begreppet fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i t.ex. budget- och planeringssammanhang (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).

³⁵ 4 kap. 2-4 §§ SOSFS 2011:9.

³⁶ 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

³⁷ 3 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

³⁸ 3 kap. 1 § PSL.

³⁹ 3 kap. 2 § PSL.

⁴⁰ 9 kap. 1 § HSL.

⁴¹ 9 kap. 2 § HSL.

Fysisk vårdplats	En vårdplats som uppfyller kraven för fysisk utformning och utrustning, men som saknar bemanning (<i>definieras inte i Socialstyrelsens termbank men används i många regioner</i>).
Intensivvård	Avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner. Vård på postoperativ avdelning som uppfyller kriterier för intensivvård klassificeras som intensivvård. Postoperativ vård som på grund av platsbrist, stängd postoperativ avdelning eller avsaknad av postoperativ avdelning sker på intensivvårdsavdelning klassificeras inte som intensivvård (<i>anpassad från Svenskt intensivvårdsregister</i>).
IVA	Intensivvårdsavdelning. I denna rapport avser vårdplatsbehovet på IVA det behov som krävs för att tillgodose behovet av intensivvård (<i>projektdefinition</i>).
Kort sikt	När Socialstyrelsen beskriver behov och riktvärde på kort sikt avses en tidshorisont på ett år (<i>projektdefinition</i>).
Medellång sikt	När Socialstyrelsen beskriver behov och riktvärde på medellång sikt avses en tidshorisont på ungefär fem år (<i>projektdefinition</i>).
Medelvårdtid	Genomsnittlig vårdtid i dagar för vårdtillfällen under en viss tidsperiod (<i>projektdefinition</i>).
Permission	Överenskommelse mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal om att patienten lämnar vård-enheten för viss tid under vårdtillfället (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
SFAI	Svensk förening för anestesi och intensivvård.
SIR	Svenska intensivvårdsregistret.
Teknisk vårdplats	En disponibel vårdplats på vårdenhet med särskilda resurser (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
Utskrivningsklar patient	Patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva sluten vård (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
Utlökaliserad patient	Inskrivna patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).

Vårdbehov	Befolkningens behov av hälso- och sjukvård, öppen såväl som sluten (<i>projektdefinition</i>).
Vårddag	Dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Till begreppet vård dag räknas varje påbörjat dygn – hela permissionsdygn inkluderas inte (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
Vårdplats	Ligg- eller sittplats på vårdenhet som kan användas för vård och behandling (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
Vårdplatsbehov	Det antal vårdplatser som tillgodoser behovet av slutenvård med god tillgänglighet och patientsäkerhet. Endast en del av vårdbehoven medför vårdplatsbehov (<i>projektdefinition</i>).
Vårdtid i dagar	Tiden i dagar under vilken ett vårdtillfälle äger rum. Vårdtid i dagar beräknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. När in- och utskrivning sker samma dag räknas vårdtiden som noll dagar (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).
Vårdtillfälle	En vårdkontakt i sluten vård. Ett vårdtillfälle ska avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde: klinik, basenhet, eller motsvarande (<i>projektdefinition</i>).
Överbeläggning	Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats (<i>Socialstyrelsens termbank</i>).

Rapportens disposition

I rapportens inledande kapitel, *Utgångspunkter för förslaget på riktvärde samt Riktvärdenas bidrag i arbetet för en situation där vårdplatser möter behoven*, beskrivs hur Socialstyrelsen resonerat kring vilka behov och möjligheter som riktvärdena är tänkta att möta. Därefter ges en översikt över riktvärdesmodellen, följt av en redovisning av förslaget på riktvärden och vad detta innebär i förhållande till nuvarande beläggningsgrad och antal vårdplatser. Detta följs av en beskrivning av behov och risker när det gäller att tillämpa riktvärdena i regionerna och av staten, samt förslag på möjlig vidareutveckling.

Under rubriken *Behov av att stärka kvalitet och tillgång till vårddata för psykiatri* beskrivs sedan Socialstyrelsens observationer kring behov av utveckling av vårddata för att stärka förutsättningarna för produktions- och kapacitetsplanering inom psykiatrisk vård.

Rapporten avslutas med en kortfattad beskrivning av hur Socialstyrelsen kommer att fortsätta arbeta med vårdplatsfrågan och närliggande frågor, under rubrik *Fortsatt arbete*.

Socialstyrelsens arbete med regeringsuppdraget har innefattat omfattande analyser och mynnat ut i ett flertal sammanställningar. I denna rapport hålls beskrivningar så kortfattade som möjligt, medan detaljer och tidigare sammanställningar återfinns i bilagor.

Utgångspunkter för förslaget på riktvärden

Vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter

Den kunskapssammanställning som Socialstyrelsen genomfört (se *Bilaga 4*) fokuserar på planering av antalet vårdplatser och användning av målvärden/riktvärden för att styra mot optimala nivåer av beläggningsgrad och/eller antal vårdplatser. En viktig lärdom är att det saknas konsensus i litteraturen kring en optimal nivå av antal vårdplatser eller beläggningsgrad (se *Bilaga 4 s. 21*). Däremot ger litteraturen stöd för att en mycket hög beläggningsgrad är förknippat med tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker (se *Bilaga 4 s. 22*).

Vilken beläggningsgrad som är önskvärd skiljer sig åt för olika verksamheter beroende på deras förutsättningar. En verksamhet med liten variation i patientinflödet, eller med ett förutsägbart inflöde, kan säkerställa en god tillgänglighet till vårdplatser med en betydligt högre beläggningsgrad än en verksamhet med stor och oförutsägbar variation (se *Bilaga 4 s. 20*). På en liten enhet utgör varje vårdplats en större andel av det totala antalet vårdplatser, och beläggningsgraden måste därmed vara lägre för att säkerställa fri kapacitet vid varje givet tillfälle (se *Bilaga 4 s. 21*). Även längden på verksamhetens vårdtider spelar in, liksom vilka möjligheter som finns att hänvisa patienter utan patientsäkerhetsrisker (se *Bilaga 4 s. 21*). Önskvärd beläggningsgrad innebär alltid en avvägning mellan kvalitetsrisker och resurseffektivitet.

Även när det gäller behovet av vårdplatser finns skillnader mellan verksamheter och mellan sjukhus. Vårdplatsbehovet beror till stor del på hur sjukvården utformats, på verksamheten eller sjukhusets uppdrag, arbetssätt och upptagningsområde. Behovet varierar över tid, både med säsongsvariationer i vårdbehov och med mer långsiktiga förändringar av såväl vårdbehov som hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Exempelvis förväntas befolkningsutvecklingen med en växande och åldrande befolkningen leda till ett ökat vårdbehov i framtiden. Samtidigt väntas omställningen till nära vård minska behovet av vårdplatser på sjukhus, liksom medicinteknisk utveckling och förändrade arbetssätt som kan förkorta vårdtider (se *Bilaga 4 s. 18 - 19*).

Samtidigt som den vetenskapliga litteraturen pekar på varierande behov, visar flera studier på ett samband mellan en hög beläggningsgrad inom oplanerad vård och negativa utfall för kvalitetsmått som dödlighet, återinskrivningar, vårdrelaterade infektioner, arbetsmiljö och tillgänglighet. Riskerna beskrivs ofta för beläggningsgradsnivåer om 80 - 90 procent (se *Bilaga 4 s. 22 - 23*). En studie som fått stort genomslag och som ofta hänvisas till i kapacitetsplaneringssammanhang genomfördes 1999 av Bagust och Place. Genom simuleringar fann författarna att risken för att inte ha en vårdplats tillgänglig när en patient behöver läggas in akut ökar vid 85 procents beläggningsgrad,

och att sådana tillfällen är frekventa vid en beläggningsgrad över 90 procent (se *Bilaga 4 s. 22*). En studie från USA 2002 fann genom en simuleringsmodell liknande resultat för geriatrisk akutvård, där antalet patienter som hänvisades till andra geriatriska akutvårdsavdelningar på grund av vårdplatsbrist var lågt vid en beläggningsgrad strax över 85 procent (se *Bilaga 4 s. 24*). I en studie från Australien 2005 fann författarna att förekomsten av utlokaliseringar var ”oacceptabel” (61 utlokaliserade vårddygn på ett år i genomsnitt) redan vid 78 procents beläggningsgrad (se *Bilaga 4 s. 24*). Vidare visade en svensk studie från 2020 bland annat att inläggningsfrekvensen minskade vid en beläggningsgrad på över 85 procent, vilket indikerar en svårare medicinsk prioritering bland patienterna när beläggningsgraden ökade. Därtill visade studien att risken för återbesök till akutmottagning inom sju dagar bland patienter som inte skrivs in, ökade med 2 - 4 procent när sjukhuset hade en beläggningsgrad över 89 procent – över ett år utgör detta flera tusen extra besök [7]. Ytterligare ett exempel är en brittisk studie från 2013 som fann en ökad risk för vårdrelaterade infektioner vid över 80 procents beläggningsgrad [8].

Brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE) undersökte i en rapport från 2018 risker med en för hög beläggningsgrad genom en litteraturgenomgång. De påpekade att evidensvärdet i studierna är genomgående lågt, men drog samtidigt slutsatsen att ett akutsjukhus bör planera kapaciteten så att de minimerar riskerna som associeras med en beläggningsgrad på över 90 procent [9].

I Socialstyrelsens kunskapssammanställning beskrivs också några internationella exempel på användning av målvärden/riktvärden för antal vårdplatser eller beläggningsgrad för att styra hälso- och sjukvårdens kapacitet (se *Bilaga 4 s. 38*). Beläggningsgraden som används internationellt skiljer sig, men generellt används mellan 80 - 90 procent som utgångspunkt. I endast ett fåtal fall har effekter av målvärden/riktvärden studerats vetenskapligt, och då finns fall som visar begränsade effekter och fall som visar oönskade effekter (se *Bilaga 4 s. 36*).

I intervjuer med myndighetsrepresentanter i andra länder har dessa beskrivit vissa möjligheter med målvärden/riktvärden, framför allt att de kan bidra till att skapa samsyn om prioriteringar, från politisk nivå till sjukhusnivå. Att göra om mål till mer direkt styrning, exempelvis genom regelverk eller ekonomiska incitament, tros i intervjuerna däremot kunna få oönskad effekt (se *Bilaga 4 s. 41*).

Den slutsats som Socialstyrelsen drar av ovanstående är att det finns begränsad kunskap avseende optimala riktvärden för beläggningsgrad och antal vårdplatser, men att det samtidigt finns tydliga risker med en hög beläggningsgrad och vårdplatsbrist. Med utgångspunkt i den kunskap som finns idag om dessa tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker och analys av regionernas nuläge har Socialstyrelsen utvecklat en metod för att beräkna riktvärden för både beläggningsgrad och antal disponibla vårdplatser. Inom intensivvården har Socialstyrelsen haft tillgång till detaljerade beläggningsgradsdata för Sveriges olika avdelningar och därför kunnat beräkna riktvärden med hänsyn till de centrala överväganden som beskrivs i den vetenskapliga litteraturen. Detta har inte varit möjligt att göra inom övrig

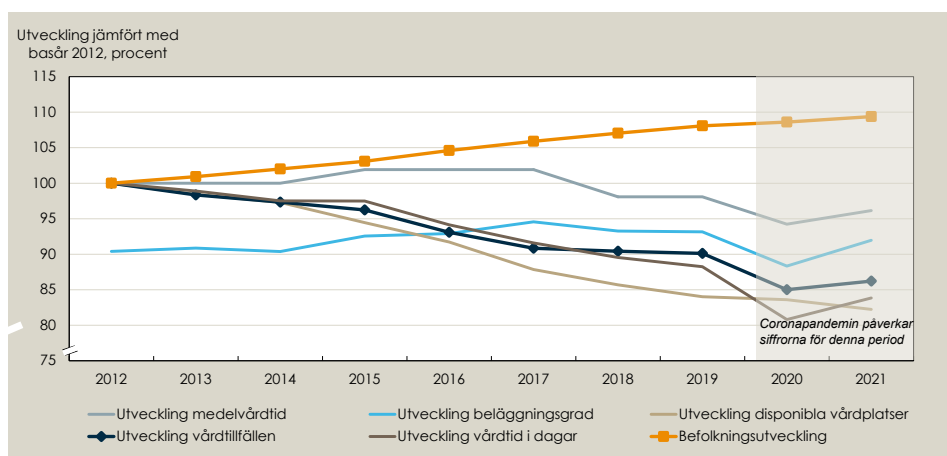
somatisk vård utifrån tillgängliga data, och förslaget på riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad gäller därför övrig somatisk vård som helhet. Socialstyrelsen bedömer att förutsättningarna för kapacitetsplanering skulle stärkas ytterligare av att i ett nästa steg vidareutveckla detta riktvärde genom att differentiera det för verksamheters olika egenskaper i enlighet med den vetenskapliga litteraturen, såsom exempelvis enhetsstorlek, variation i patientflöden och medelvårdtider.

Regionernas nuläge

Socialstyrelsens nulägesanalys visar på en tydlig minskning i antalet disponibla vårdplatser sedan 2012, både i absoluta tal och sett i relation till befolkningen (se *Bilaga 5 s. 10, 11 och 12 samt Diagram 1*). Den genomsnittliga beläggningsgraden har ökat något under samma tidsperiod (se *Bilaga 5 s. 10 samt Diagram 1*). Trots en växande och åldrande befolkning har slutenvårdskonsumtionen minskat, vilket ses i såväl antal vårdtillfällen som vårdtider (se *Bilaga 5 s. 10, 13 och 16 samt Diagram 1*).

Diagram 1. Medelvårdtid, antal vårdtillfällen, beläggningsgrad, vård dagar, disponibla vårdplatser och befolkningsutveckling

Diagrammet visar indexerad utveckling i Sverige för perioden 2012 – 2021

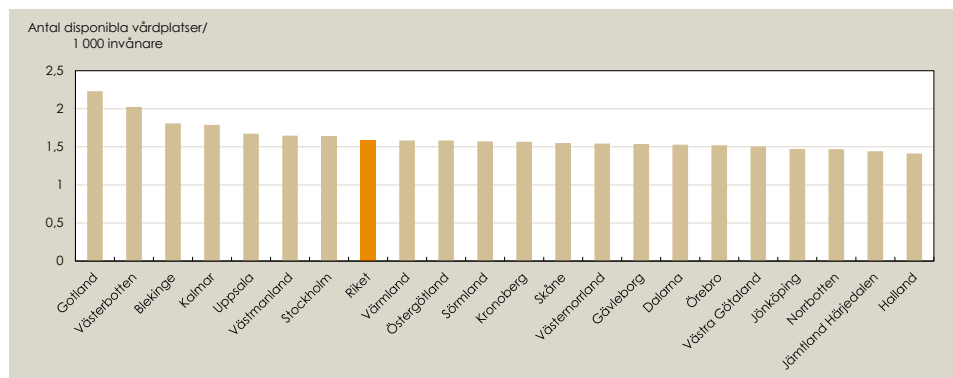


Källor: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner; Statistiska centralbyrån; Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser; Kolada

Antalet disponibla vårdplatser varierar mycket mellan olika regioner, från 1,4 per 1 000 invånare i Region Halland till 2,2 per 1 000 invånare i Region Gotland (somatisk vård) (se *Diagram 2*). Även slutenvårdskonsumtionen varierar stort mellan regioner (se *Bilaga 5 s. 23*).

Diagram 2. Antal disponibla vårdplatser per region, 2021

Diagrammet visar antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare, per region 2021



Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner

I tillgängliga data över slutenvård och vårdplatser ses indikationer på att dagens disponibla vårdplatser inte räcker för att möta behoven. Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat kraftigt mellan åren 2014 och 2022 (se *Bilaga 5 s. 30*). Även om överbeläggningar och utlokaliseringar förekommer allra mest frekvent under sommar- och vintermånader ses betydande ökning över åren även under vår- och höstmånader, där utlokaliseringar mer än fördubblats (se *Bilaga 5 s. 31*). Utmaningarna ses också på IVA, där överflyttning på grund av resursbrist blivit allt vanligare (se *Bilaga 5 s. 33*). Svenska Intensivvårdssällskapet (SIS) och SIR har satt mål om att överflyttning på grund av resursbrist inte ska överstiga två procent av vårdtillfällena på IVA [10]. Detta nåddes 2022 av 10 regioner; i riket var andelen vårdtillfällen med överflyttningar på grund av resursbrist 2,28 procent.

De regioner som Socialstyrelsen intervjuat inom ramen för nulägesanalysen beskriver att de arbetar aktivt för att minska behovet av vårdplatser på sjukhus, exempelvis genom utökad vård i hemmet och övergång till mer öppenvård (se *Bilaga 5 s. 50*). Detta ses som en viktig utveckling, inte bara ur ett resursperspektiv utan även ur ett patientperspektiv. Intervjuerna beskriver samtidigt att dagens vårdplatssituation i somatisk vård är alltför ansträngd. Utan undantag beskrivs vårdplatsutmaningarna till största del bero på personalbrist (se *Bilaga 5 s. 50*).

När det gäller arbetssätt för vårdplatsplanering visar nulägesanalysen att få regioner arbetar systematiskt med vårdplatsplanering på central nivå. Sex av de regioner som svarat på Socialstyrelsens förfrågan uppger att de beslutar om antalet vårdplatser centralt i regionen (se *Bilaga 5 s. 45*). Att planera och följa upp antalet vårdplatser överläts i huvudsak till verksamheterna, ofta med hänvisning till att behovet varierar över året. Nästan alla svarande regioner anger att de löpande följer upp hur många disponibla vårdplatser som finns i verksamheterna, men majoriteten beskriver en uppföljning fokuserad på koordinering för att hantera aktuella patientflöden, snarare än långsiktig planering eller ansvarsutkrävande i förhållande till budget (se *Bilaga 5 s. 46*). Det är ovanligt att regionerna centralt följer upp hur vårdplatserna bemannas, men flera regioner bedriver just nu utvecklingsarbeten på området (se *Bilaga 5 s. 47*). Flera regioner uttrycker en önskan om att gemensamma

bemanningsnycklar tas fram på nationell nivå, men lyfter samtidigt att dessa behöver beakta skillnader i regionala förutsättningar och behov.

Slutsatser som väglett utformningen av riktvärden

Utifrån Socialstyrelsens kunskapssammanställning och nulägesanalys har myndigheten dragit sju övergripande slutsatser som väglett arbetet med att utforma en modell för riktvärden.

1. Även om det saknas konsensus kring optimal nivå är det tydligt att mycket hög genomsnittlig beläggningsgrad bör undvikas
2. Vårdplatsbehovet behöver förstås som en del i en större helhet och varierar med lokala förutsättningar
3. Nuvarande antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård är inte tillräckligt för att tillgodose vårdplatsbehovet
4. Utvecklingen behöver vändas snarast trots utmaningar i kompetensförsörjning
5. Det är viktigt att sjukhusen fortsätter arbeta med att minska behovet av slutenvårdsplatser för att nå balans i inflöde och utflöde
6. Att åtgärda vårdplatsbristen innefattar långsiktiga åtgärder även utanför sjukhusen, i tillägg till kortsiktiga åtgärder
7. Behovet av vårdplatser på lång sikt är osäkert

Även om det saknas konsensus kring optimal nivå är det tydligt att mycket hög genomsnittlig beläggningsgrad bör undvikas

Den vetenskapliga litteraturen belyser att optimal beläggningsgrad varierar med lokala förutsättningar och behov. Samtidigt visar den att det finns samband mellan hög beläggningsgrad och tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker, som ofta beskrivs för nivåer över 80 – 90 procent.

Vårdplatsbehovet behöver förstås som en del i en större helhet och varierar med lokala förutsättningar

Hur stor del av befolkningens vårdbehov som omhändertas i slutenvården avgörs av hur vården organiserats och vilka arbetssätt som tillämpas. Exempelvis behöver en verksamhet som gör många operationer i dagvård färre vårdplatser jämfört med en vars patienter vårdas i slutenvård för samma operationer. Även inom slutenvården är verksamheterna till viss del kommunicerande kärl, där verksamheternas behov av vårdplatser påverkas av närheten till andra verksamheter och hur samarbetet dem emellan ser ut. Exempelvis påverkas vårdplatsbehovet på en intensivvårdsavdelning av om det finns en intermediärvårdsavdelning på sjukhuset. Behovet av vårdplatser ser därför olika ut på olika platser.

Nuvarande antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård är inte tillräckligt för att tillgodose vårdplatsbehovet

Socialstyrelsen bedömer att regionernas vårdplatskapacitet idag inte möter behoven med nuvarande arbetssätt, och att det generellt råder brist på vårdplatser inom somatisk vård. Myndighetens nulägesanalys visar på en kraftig ökning i antalet överbeläggningar och utlokaliseringar i regionerna sedan 2014, en samtidig ökning av genomsnittlig beläggningsgrad, samt att många regioner själva uppfattar att befintliga vårdplatser inte räcker för att tillgodose behoven (se *Bilaga 5 s. 30, 18 och 50*). IVO beskriver i sin tillsyn av akutsjukhusen 2022 en akut vårdplatsbrist förknippad med allvarliga patientsäkerhetsrisker [1].

Utvecklingen behöver vändas snarast trots utmaningar i kompetensförsörjning

Det befintliga gapet mellan disponibla vårdplatser och faktiskt behov av vårdplatser på sjukhusen betyder att patienter riskerar att fara illa innan effekterna av pågående långsiktiga åtgärder realiserar. Vårdplatsbrist eller otillräcklig bemanning inom slutenvården beskrivs också av professionsförbunden som ett allvarligt arbetsmiljöproblem som riskerar att påverka i vilken utsträckning vårdutbildade väljer att arbeta inom slutenvården [11, 12], vilket indikerar att det finns en risk för ytterligare oönskade minskningar i antalet disponibla vårdplatser om utvecklingen inte vänds. Samtidigt är det tydligt att regionerna står inför utmaningar i kompetensförsörjning; exempelvis rapporterade samtliga regioner en brist på barnmorskor, läkare med specialistkompetens och specialistsjuksköterskor i Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2021 [13]. Denna bild bekräftas också i 2023 års rapport från det Nationella planeringsstödet (NPS)⁴². Vidare framkommer i myndighetens dialog med regionerna att personalbristen är en viktig orsak till att vårdplatserna idag är färre än önskvärt. Trots att dessa utmaningar försvårar en utökning av antalet disponibla vårdplatser bedömer Socialstyrelsen att en sådan utökning behövs på kort sikt, och att resurser och åtgärder behöver allokeras på ett sätt som gör det möjligt.

Det är viktigt att sjukhusen fortsätter arbeta med att minska behovet av slutenvårdsplatser

Förutsatt att hög kvalitet och patientsäkerhet bibehålls kan regioner arbeta på många sätt med att anpassa vårdplatsantalet till vårdplatsbehovet. Inskrivnings- och utskrivningsprocesser, inskrivningsfrekvens, vårdtider, effektiva arbetssätt är exempel på påverkbara faktorer som bör hanteras på verksamhetsnivå. På central nivå i regionen kan det exempelvis röra omfördelning av resurser mellan verksamheter. Löpande processutveckling och uppföljning av centrala indikatorer är viktiga delar av att säkerställa att vårdplatskapaciteten tillgodoser behovet över tid.

⁴² Socialstyrelsens underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal.

Att åtgärda vårdplatsbristen innefattar långsiktiga åtgärder även utanför sjukhusen, i tillägg till kortsiktiga åtgärder

Socialstyrelsen lämnar i denna rapport inte konkreta förslag till åtgärder utan avser återkomma i arbetet med en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser. Men menar att möjliga åtgärder för att åtgärda en vårdplatsbrist finns i flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Preventivt arbete kan exempelvis minska befolkningens vårdbehov. Omställning till nära vård och överföring av slutenvård till mer vård i öppen vård där det är möjligt kan minska behovet av slutenvård på sjukhus. Ett ökat utflöde från vårdavdelningar till andra typer av vårdplatser, exempelvis vid patienthotell eller sjukvård i hemmet, kan förkorta vårdtider på sjukhusets ordinarie vårdavdelningar och därmed skapa fler vårdplatser (se *Bilaga 4 s.18 och s.20*).

Eftersom den växande och åldrande befolkningen tyder på att vårdbehoven kan öka över tid är det viktigt att regionerna fortsätter att vidta denna typ av åtgärder så att sjukhusens vårdplatser nyttjas så effektivt som möjligt för de patienter som är i behov av dem. En sådan utveckling är också motiverad ur patientsynpunkt eftersom den bidrar till att patienter får vård på rätt vårdnivå utifrån sina behov. Genom detta arbete kan vårdplatsbehovet i relation till antalet invånare minska. Att regionerna har kommit olika långt i olika delar av detta arbete visar på att det finns utrymme för regionerna att lära av varandra. Ett exempel är skillnader mellan regionerna i andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter. På riksnivå har andelen minskat sedan införandet av lagen om samverkan vid utskrivning 2018 samtidigt som medelvårdtiden minskat under samma period. På regional nivå finns dock fortfarande stora skillnader – i mars 2023 varierade till exempel andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter mellan 2 och 8 procent.

Behovet av vårdplatser på lång sikt är osäkert

På lång sikt finns faktorer som talar för såväl ett ökat som ett minskat vårdplatsbehov. Förändringar i befolkningens vårdbehov, utvecklade medicinska möjligheter, politiska och organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården är exempel på faktorer som kan ha stor betydelse för behovet av vårdplatser, och som ger upphov till osäkerhetsfaktorer i långsiktiga prognoser. Socialstyrelsen ser det därför inte som ändamålsenligt att i dagsläget utveckla riktvärden för antalet vårdplatser på lång sikt. Däremot kan beräkningsmodellen användas stegvis över tid.

Riktvärdenas bidrag i arbetet för en situation där vårdplatser möter behoven

Socialstyrelsens avsikt är att förslagen på riktvärden ska bidra till en förbättring av vårdplatssituationen på Sveriges sjukhus.

Socialstyrelsen inriktning utgår ifrån att arbetet ska bidra till följande:

1. **Att frågan om vårdplatser i Sverige fokuserar på åtgärder – inte på skilda utgångspunkter för problembeskrivningen.** Genom förslagen på riktvärden vill Socialstyrelsen skapa samsyn kring behoven av vårdplatser och att regionerna behöver vidta *både* omedelbara åtgärder så långt möjligt mot nuvarande vårdplatsbrist genom fler disponibla vårdplatser, *och samtidigt* mer långsiktiga systeminriktade förbättringsåtgärder för att nyttja vårdplatserna på sjukhus mer effektivt utifrån patienternas behov, och därigenom minska behovet av vårdplatser i relation till invånarantalet på sikt.
2. **Att regioner har kunskap och verktyg för att arbeta strategiskt med vårdplatsplanering.** Ett framgångsrikt produktions- och kapacitetsplaneringsarbete kräver involvering av hälso- och sjukvårdssystemets alla nivåer och delar – från regionledning och central administration till verksamhetsledning och personal. Den operativa vårdplatsplaneringen behöver ske i regionerna, i fortsatt samarbete med kommunerna kring patientflöden som involverar kommunal verksamhet. Genom regionala riktvärden framtagna med en gemensam metod kan förutsättningar för kunskapsdelning och lärande mellan regioner stärkas. Riktvärdena ska stärka regionernas kunskapsunderlag för prioriteringar inom vårdplatsarbetet, genom att
 - bedöma varje regions nuvarande vårdplatsbehov för att snarast stärka patientsäkerhet och arbetsmiljö samt korta väntetider på akutmottagningen och till planerad slutenvård, samt
 - skatta varje regions utrymme att minska vårdplatsbehovet per invånare inom de närmaste fem åren genom att utveckla arbetssätten.

Riktvärden för antal vårdplatser och beläggingsgrad ger inte på egen hand en lösning på vårdplatsfrågan, men de kan bidra i genomförandet av nödvändiga åtgärder. Vidare är vårdplatser en av flera komponenter av den kapacitet som hälso- och sjukvården behöver för att möta invånarnas vårdbehov och för att säkerställa en god vård.

Modell för beräkning av riktvärden

Nedan ges en översiktlig beskrivning av hur förslagen på riktvärden beräknats. *Se Bilaga 1 för närmare beskrivning av metoden för beräkning av regionala riktvärden.* Modellen är utformad utifrån de sammantagna lärdomarna och slutsatser som framkommit så som att beläggningsgrad påverkar tillgänglighet och patientsäkerhet, att stora variationer förekommer, att vårdplatsernas aktuella antal inte är tillräckliga men att insatser är nödvändiga både omedelbart och genom att arbeta med att minska vårdplatsbehoven på olika sätt.

Riktvärde på kort sikt

Riktvärdesmodellen för kort sikt beskriver nuvarande behov av antal vårdplatser och utgår ifrån regionernas *nuvarande slutenvårdsproduktion*. På så sätt fångas varje regions nuvarande förutsättningar utifrån befintligt vårdbehov och arbetssätt. Därtill beaktar modellen förekomsten av *utlokaliseringar och överbeläggningar* i varje region. Måtten är indikationer på att det saknats disponibel vårdplats på rätt avdelning vid rätt tidpunkt för att tillgodose patientens behov. Genom att vårdplatsbehovet uppskattas utifrån slutenvårdsproduktion inkluderas de vård dagar som producerats genom utlokaliseringar och överbeläggningar, och vårdplatsbehovet justeras därigenom upp utifrån hur förekommande de varit. Utgångspunkten i nuvarande produktion innebär att även utskrivningsklara patienter ingår i beräkningen.

Modellen justerar uppskattat vårdplatsbehov utifrån en beräkning av hur mycket varje regions slutenvårdsproduktion skulle behöva öka för att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet i följande avseenden:

- *Väntetider till planerad slutenvård:* För somatisk vård (exkl. IVA) uppskattas hur mycket slutenvårdsproduktionen skulle behöva öka för att dels säkerställa att kön till planerad slutenvård inte växer, dels beta av befintlig kö till planerad slutenvård inom ett år. Med kö avses antal personer som väntat på åtgärd/operation i slutenvården i över 90 dagar (det vill säga längre än vårdgarantins yttersta gräns), och utgångspunkten är varje regions nuvarande väntetidsstatistik.
- *Väntetider på akutmottagning till inskrivning:* Eftersom vårdplatsbrist ofta yttrar sig i långa vistelsetider på akutmottagningen för patienter som sedan skrivs in på avdelning, antar modellen att de slutenvårdspatienter som vistats i mer än fyra timmar på akutmottagningen före inskrivning hade behövt en vårdplats tidigare, och justerar upp vårdplatsbehovet (på ordinarie vårdavdelning) utifrån detta. Justeringen innebär att vårdtid motsvarande en halv vård dag adderas till för varje slutenvårdspatient som väntat i mer än fyra timmar på akutmottagningen.
- *Överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist:* Överflyttning på grund av resursbrist innebär betydande patientsäkerhetsrisker och återspeglar ett behov av utökad vårdplatskapacitet på den avdelning som

flyttar patienten vid aktuellt tillfälle. Vårdplatsbehovet på aktuell avdelning justeras därför upp utifrån detta, genom att vårdtid motsvarande en dag adderas till slutenvårdsproduktionen för varje registrerad överflyttning.

- *Återinskrivningar på IVA inom 72 timmar:* Att en patient återinskrivs på IVA kort efter utskrivning kan vara en indikation på för tidig utskrivning. En uppjustering av vårdplatsbehovet görs utifrån förekomsten av återinskrivningar inom 72 timmar, genom att vårdtid motsvarande en dag adderas till slutenvårdsproduktionen för varje registrerad återinläggning.

Beräkningen av varje regions behov av slutenvårdsproduktion, uttryckt som vårdtid i dagar, omvandlas därefter till vårdplatser genom en önskvärd beläggningsgrad. För ordinarie vårdavdelningar differentieras denna för akut respektive planerad vård (85 respektive 95 procent) medan den för IVA differentieras utifrån enheters storlek (se avsnitt *Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad* för bakgrundsbeskrivning och fullständig specifikation).

Riktvärde på medellång sikt

Medellång sikt definieras som fem år framåt (från 2022 som beräkningarna bygger på). Tidsperioden har satts för att undvika alltför stora osäkerhetsfaktorer i modellen. Beräkningen utgår ifrån *prognostiserad befolkningsstorlek 2027*, med oförändrade vårdbehov per invånare.

För somatisk vård (exklusive IVA) utgår beräkningen ifrån att *arbets sätt för att minska vårdplatsbehovet vidareutvecklas*, i syfte att uppmuntra utveckling mot ett minskat vårdplatsbehov per invånare. Sådana möjligheter ses inte i lika hög utsträckning för intensivvård, då åtgärder som skulle kunna minska behovet av intensivvård i huvudsak ligger utanför regionens kontroll. *Riktvärdena på medellång sikt för IVA är därför desamma som riktvärdena på kort sikt*, med en justering för prognostiserad befolkningsstorlek.

En viktig princip i utformningen av riktvärdena på medellång sikt för somatisk vård är att de bygger på regioners erfarenheter, inte teoretiska möjligheter att minska vårdplatsbehovet. Syftet är att säkerställa att vårdplatsbehovet uppskattas med förankring i beprövade arbets sätt. Detta uppnås genom att nuvarande vårdtid i dagar per invånare jämförs mellan regioner, efter att standardisering gjorts utifrån hur mycket vård varje region köpt/sålt från/till andra regioner under aktuellt år och uppräknings gjorts utifrån bedömt behov av ytterligare slutenvårdsproduktion för att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet (enligt den metod som tillämpas för beräkning av riktvärde på kort sikt). *Den region som har lägst uppräknad slutenvårdsproduktion och samtidigt goda utfall väljs som utgångspunkt för alla regioners riktvärde.*

I beräkningen av varje regions riktvärde justeras sedan utgångspunkten för *åldersfördelning i regionens befolkning*. Justeringen utgår ifrån hur mycket slutenvård som generellt konsumeras i olika åldersgrupper, och görs i syfte att fånga regionala skillnader i vårdbehov hos befolkningen. Därtill justeras riktvärdena för *kvoten mellan hur mycket slutenvård som regionen producerat och hur mycket slutenvård som regionens invånare konsumerat*, i syfte att beakta regionernas olika uppdrag.

Hur beaktas skillnader i regionernas uppdrag och organisation?

Det finns skillnader i regionernas uppdrag och organisation som kan påverka både vilket behov av vårdplatser som regionens enskilda verksamheter har, och hur många vårdplatser som verksamheterna kan ha disponibla vid en viss bemanning.

En skillnad består i att vissa regioner bedriver universitetssjukvård, vilken ofta är mer avancerad, vilket kan påverka antalet vårdplatser som kan vara disponibla per medarbetare. Verksamheternas uppdrag kan också påverka vilken genomsnittlig vårdtyngd som deras inneliggande patienter har, vilket i sin tur påverkar hur många medarbetare som behövs per vårdplats. Dessa frågor har betydelse för hur regionerna kan planera för att tillhandahålla ett ändamålsenligt antal vårdplatser. Riktvärdena utgår dock ifrån patientbehovet och avser enbart antalet disponibla vårdplatser. De berör inte bemanning per vårdplats.

En annan skillnad består i att regionerna producerar utomlänsvård i olika utsträckning. Regioner som sammantaget producerar mer slutenvård än deras egna invånare konsumerar behöver fler vårdplatser i relation till regionens invånarantal. Eftersom riktvärdena på kort sikt utgår ifrån varje regions nuvarande slutenvårdsproduktion ingår dessa skillnader i beräkningen. Riktvärdena på medellång sikt är justerade för relationen mellan vårdtiden i dagar som regionen producerar (oavsett var patienterna är hemmahörande) och vårdtiden i dagar regionens invånare konsumerar (oavsett i vilken region de konsumerar den). Denna justering kan påverka riktvärdet både positivt och negativt beroende på hur mycket vård regionen köper/säljer.

Regionerna och sjukhusen har också valt att organisera och samordna kliniker på olika sätt, vilket får betydelse för enskilda avdelningars vårdplatsbehov. Sådana skillnader beaktas genom att riktvärdena utgår ifrån varje regions slutenvårdsproduktion och därmed specifika förutsättningar. Vidare påverkas avdelningarnas vårdplatsbehov av vilken beläggningsgrad som är lämplig för att säkerställa god tillgänglighet och patientsäkerhet, vilket i sin tur påverkas av bland annat avdelningarnas medelvårdtider och storlek. Dessa faktorer har dock mindre betydelse på regionnivå som är ett genomsnitt, och är en av anledningarna till att riktvärdena inte sätts på enhets-/kliniknivå. Beräkningen av riktvärdena för IVA tar dock hänsyn till skillnader i enhetsstorlek eftersom intensivvården även på regional nivå är relativt liten i omfattning.

Förslag på riktvärden

Riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad

Utifrån en sammanvägning av litteratur, internationella erfarenheter och regionernas nuläge (se *Utgångspunkter för förslaget* samt *Bilaga 4 och 5*), samt i samråd med experter, föreslår Socialstyrelsen nedan riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad.

Somatisk vård exklusive intensivvård

Socialstyrelsen redovisar här förslag på riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad för den somatiska vården exklusive intensivvård, per region. Utgångspunkten är att en hög beläggingsgrad visats vara förknippad med tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker (se *Utgångspunkter för förslaget* samt *Bilaga 4 s. 22*), samt att behovet ser olika ut för planerad respektive oplanerad vård, till följd av att patientinflödet i planerad vård är betydligt mer förutsägbart än i oplanerad vård.

Tabell 3. Förslag till riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad inom somatisk vård, exklusive intensivvård

Typ av vård	Riktvärde för genomsnittlig beläggingsgrad
Oplanerad vård	85 procent
Planerad vård	95 procent

Källa: Socialstyrelsen

Det är vanligt att vårdavdelningar på Sveriges sjukhus har både planerade och oplanerade patientinflöden. Planerade aktiviteter schemaläggs och anpassas till viss del efter det akuta inflödet, vilket betyder att även det planerade inflödet varierar i praktiken. Ett sammanvägt riktvärde för beläggingsgrad för slutenvården som helhet räknas därför fram, utifrån den fördelning av planerade och oplanerade vårddagar (vårdtid i dagar) som ses i varje region. Eftersom det finns regionala skillnader i fördelningen mellan planerade och oplanerade vårddagar (vårdtid i dagar) finns det mindre skillnader i regionernas sammanvägda riktvärde för genomsnittlig beläggingsgrad.

Tabell 4. Förslag till regionala sammanvägda riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad inom somatisk vård, exklusive intensivvård

Region	Sammanvägt riktvärde för genomsnittlig beläggingsgrad
Blekinge	87 procent
Dalarna	87 procent
Gotland	87 procent
Gävleborg	86 procent
Halland	86 procent
Jämtland Härjedalen	89 procent
Jönköping	86 procent
Kalmar	88 procent
Kronoberg	86 procent
Norrbottn	86 procent
Skåne	87 procent
Stockholm	88 procent
Sörmland	86 procent
Uppsala	88 procent
Värmland	86 procent
Västerbotten	88 procent
Västernorrland	85 procent
Västmanland	87 procent
Västra Götaland	87 procent
Örebro	89 procent
Östergötland	87 procent

Källa: Socialstyrelsen

En jämförelse mellan regionernas disponibla vårdplatser 2022 och producerad slutenvård under 2022 visar på en genomsnittlig beläggingsgrad på nationell nivå om 95 procent under året. Riktvärdena visar således på ett behov av att sänka beläggingsgraden generellt i regionerna. Regionernas egna fastställda antal vårdplatser, i de tio⁴³ regioner som delgivit Socialstyrelsen uppgift om fastställda vårdplatser, indikerar att regionernas behovsbedömning och budgetering utgår ifrån en motsvarande utveckling. Om regionerna hade haft sina fastställda vårdplatser disponibla under 2022 och producerat samma mängd slutenvård som 2022, hade den genomsnittliga beläggingsgraden varit 71 - 85 procent i nio av dessa tio regioner. I en region hade den genomsnittliga beläggingsgraden varit 99 procent. I samtliga fall utom det sistnämnda motsvarar regionernas antal fastställda vårdplatser en lägre genomsnittlig beläggingsgrad än de regionala riktvärden som Socialstyrelsen föreslår.

Somatisk vård på intensivvårdsavdelning

För intensivvårdsavdelningar (IVA) har framtagandet av riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad även innefattat analys av beläggingsgradsdata från Sveriges intensivvårdsavdelningar över tid (se analyser i *Bilaga 2. Specifikation av regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser*).

⁴³ Elva regioner har delgivit Socialstyrelsen uppgift om antalet fastställda vårdplatser men en av regionerna har uteslutits ur analysen då de angivit att siffran inte är ett genomsnitt över året, vilket gör att den inte kan jämföras mot Socialstyrelsens riktvärden som speglar det genomsnittliga behovet av vårdplatser under året.

Eftersom intensivvårdsavdelningar är specialiserade och ofta mycket små differentieras riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad på IVA i högre utsträckning än riktvärdena för övrig somatisk vård. Som framgår av avsnitt *Föreslagna nästa steg för vidareutveckling av riktvärden* bedömer Socialstyrelsen att regionernas planeringsarbete kan stärkas av att gemensamt definiera önskvärd beläggningsgrad i olika typer av somatisk vård, och då ta hänsyn till faktorer som geografiska förutsättningar och enhetsstorlek.

Jämfört med övrig somatisk vård är den önskvärda beläggningsgraden inom intensivvård lägre, av flera skäl. Det första är att många avdelningar är små sett till antalet vårdplatser, vilket har stor betydelse för hur stor andel av vårdplatserna som behöver vara lediga för att säkerställa god tillgång till vårdplats. Vidare är vården på IVA så pass specialiserad att utlokaliseringar/överflyttningar är förknippade med betydande patientsäkerhetsrisker. Tillräcklig ledig kapacitet måste därför säkerställas för att undvika sådana risker även vid ett plötsligt ökat inflöde av patienter.

Den analys som Socialstyrelsen genomfört som grund för riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad inom intensivvård har syftat till att identifiera vilka nivåer av genomsnittlig beläggningsgrad som förknippats med frekventa tillfällen av fullbelagda avdelningar, utifrån avdelningarnas storlek och kategori.⁴⁴ Analyserna visar att avdelningarnas storlek, sett till antal vårdplatser, har större påverkan än IVA-kategorier på önskvärd genomsnittlig beläggningsgrad. Att antalet vårdplatser har stor betydelse för önskvärd beläggningsgrad finns också väl beskrivet i den vetenskapliga litteraturen på området (se *Bilaga 4 s. 20*). Riktvärdena differentieras därför utifrån avdelningsstorlek.

Tabell 5. Förslag till riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad inom IVA

Avdelningsstorlek	Riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad
1 - 4 vårdplatser	50 procent
5 - 9 vårdplatser	65 procent
10 eller fler vårdplatser	80 procent

Källa: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen hade under covid-19-pandemin ett riktmärke på 20 procent ledig kapacitet för IVA-platser på nationell nivå – det vill säga 80 procent beläggningsgrad. Riktmärket angav hur många vårdplatser som på nationell nivå *maximalt* kunde vara belagda för att säkerställa ledig kapacitet i händelse av en belastningstopp under pandemin. Riktvärdet för genomsnittlig beläggningsgrad anger istället hur många vårdplatser som i *genomsnitt* kan vara belagda på avdelningsnivå, för att säkerställa en god tillgänglighet till vårdplatser på varje avdelning under normala omständigheter.

Idag har nio av de 27 avdelningar med en till fyra vårdplatser en genomsnittlig beläggningsgrad under 50 procent, nio av 47 avdelningar med fem till nio vårdplatser en genomsnittlig beläggningsgrad under 65 procent, och fyra

⁴⁴ I Sverige finns tre kategorier av IVA: Kategori III bedrivs på universitetssjukhus och tillhandahåller den mest avancerade intensivvården. Kategori II och I bedrivs på bland annat läns- och länsdelssjukhus och tillhandahåller en mindre avancerad intensivvård än kategori III.

av åtta avdelningar med tio eller fler vårdplatser en genomsnittlig beläggingsgrad under 80 procent. Sammanvägt har avdelningarna en genomsnittlig beläggingsgrad på 70 procent⁴⁵.

Riktvärden för antal disponibla vårdplatser

För varje region föreslås riktvärden för kort sikt som visar behovet av antal vårdplatser i nuläget respektive för medellång sikt.

Samtliga riktvärden, på kort såväl som på medellång sikt, skattar behovet av disponibla vårdplatser utifrån en önskvärd beläggingsgrad. Riktvärdena för beläggingsgrad som redovisats i föregående avsnitt används i beräkningen av riktvärde för antalet disponibla vårdplatser.

Riktvärdena speglar det genomsnittliga vårdplatsbehovet under ett år. Se *Rekommendationer kring tillämpning* för en beskrivning av vad detta innebär för riktvärdenas tillämpning i en verksamhet där behov och tillgänglig kapacitet varierar över året.

Somatisk vård exklusive intensivvård

Som beskrivits i tidigare kapitel tar riktvärdena på kort sikt sin utgångspunkt i varje regions nuvarande slutenvårdsproduktion och utgår därmed ifrån regionens förutsättningar, nuvarande arbetssätt och vårdbehov. Beräkningen tar även hänsyn till nuvarande vårdplatssituation i regionen, vilket inom somatisk vård (exklusive intensivvård) görs utifrån förekomsten av utlokaliseringar, överbeläggningar, väntetider till planerad slutenvård samt väntetider på akutmottagningen för patienter som skrivs in i slutenvården.

Riktvärden på kort sikt

Tillämpningen av modellen baseras på data för år 2022 och ger regionala riktvärden som i samtliga fall utom ett visar på ett behov av en ökning av antalet disponibla vårdplatser på kort sikt inom somatisk vård. För riket som helhet visar riktvärdena på ett behov av att öka antalet disponibla vårdplatser inom somatisk vård med 2 295 vårdplatser (15 procent). Behovet av att öka antalet vårdplatser ses i 20 av 21 regioner och varierar mellan 6 och 617 disponibla vårdplatser.

Den huvudsakliga förklaringen till att vissa regioners riktvärde speglar ett vårdplatsbehov som ligger betydligt högre än nuvarande antal disponibla vårdplatser, är att den genomsnittliga beläggingsgraden i dessa regioner varit mycket hög under 2022. I de sju regioner vars riktvärde överstiger antalet nuvarande disponibla vårdplatser med mer än 20 procent, har den genomsnittliga beläggingsgraden (beräknad som slutenvårdsproduktion i förhållande till antalet disponibla vårdplatser) varit 100 procent eller högre i sex fall. I ett fall låg den genomsnittliga beläggingsgraden på 99 procent. Högst beräknad genomsnittlig beläggingsgrad under året var 106 procent.

För de enskilda regionerna består riktvärdet på kort sikt till 1 - 4 procent av vårdplatser som behövs för att kunna arbeta av befintliga köer till planerad vård

⁴⁵ Övägt medelvärde. Analyserna baseras på dagliga mätningar av belagda vårdplatser och disponibla vårdplatser mellan april 2022 – mars 2023

under ett år. Regioner som väljer att beta av köer under en längre tidsperiod får ett något lägre vårdplatsbehov, men påverkan är liten sett till det totala vårdplatsbehovet. På samma sätt skulle en utgångspunkt i tillgänglighetsdelegationens [2] förslag om att sänka gränsen för vårdgarantin från 90 till 60 dagar, medföra ett ytterligare vårdplatsbehov om 0,03 - 1,06 procent per region (0 - 9 vårdplatser) för att beta av köer och skapa balans mellan in- och utflöde. Att öka antalet vårdplatser är en av åtgärderna för att beta av köer men det måste också finnas tillgång till den vårdåtgärd patienten behöver och även där kan det finnas utmaningar, till exempel i bemanning eller tillgång till operationsalar. Beräkningarna ovan antar att regionerna själva hanterar den extra slutenvårdsproduktion som uppstår till följd av köerna. Vissa regioner kan välja att köpa slutenvårdsproduktionen av en annan region, vilket skulle minska behovet av extra slutenvårdsproduktion i en region och öka behovet i en annan.

Tabell 6. Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort sikt visar aktuellt behov

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ⁴⁶	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Procentuell skillnad mellan riktvärde och nuläge
Blekinge	269	306	14 procent
Dalarna	403	455	13 procent
Götland	134	140	5 procent
Gävleborg	435	452	4 procent
Halland	451	480	6 procent
Jämtland Härjedalen	202	208	3 procent
Jönköping	539	555	3 procent
Kalmar	422	383	-9 procent
Kronoberg	289	314	9 procent
Norrbottnen	347	421	21 procent
Skåne	1 979	2 400	21 procent
Stockholm	3 910 ⁴⁷	4 143	5 procent
Sörmland	454	535	18 procent
Uppsala	585	737	26 procent
Värmland	423	512	21 procent
Västerbotten	468	584	25 procent
Västernorrland	344	411	19 procent
Västmanland	422	477	13 procent
Västra Götaland	2 273	2 890	27 procent
Örebro	443	521	18 procent
Östergötland	545	706	30 procent
Riket	15 336	17 631	15 procent

⁴⁶ Liksom riktvärdet för antal disponibla vårdplatser innefattar antalet disponibla vårdplatser 2022 somatisk vård exklusive intensivvård.

⁴⁷ Då Socialstyrelsen inte delgivit fullständiga uppgifter om Region Stockholms antal disponibla vårdplatser har angivna uppgifter uppskattats utifrån ett flertal datakällor. Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser på akutsjukhusen utifrån tolv mätpunkter den sista onsdagen varje månad har delgivits Socialstyrelsen från regionen. Socialstyrelsen har sedan utifrån Region Stockholms Vårdplatsrapport från december 2022 lagt till regionens genomsnittliga antal disponibla geriatriska vårdplatser, vårdplatser för specialiserad kirurgisk och neurologisk rehabilitering och vårdplatser för sluten palliativvård. Vårdplatsrapportens uppgifter om antalet disponibla vårdplatser för specialiserad kirurgisk och neurologisk rehabilitering och vårdplatser för sluten palliativvård avser inte ett genomsnitt, varför dessa viktats ned med en förändringsfaktor som utgår ifrån skillnaden mellan november 2022:s rapporterade disponibla geriatriska vårdplatser och det genomsnittliga antalet geriatriska vårdplatser över året. Slutligen har Stockholms genomsnittliga disponibla IVA-vårdplatser (utifrån SIR:s inventering av vårdplatser 2022) exkluderats.

I den mån det varit möjligt har ovan riktvärden jämförts med av regionerna rapporterade fastställda vårdplatser. Jämförelsen redovisas i Tabell 7 nedan.

Tabell 7. Regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser på kort sikt jämfört med regionens fastställda vårdplatser

Region	Antal fastställda vårdplatser 2022 ⁴⁸	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Skillnad mellan riktvärdet och fastställda vårdplatser, uttryckt i procent av antalet fastställda vårdplatser
Blekinge	258	306	19 procent
Gotland	132	140	6 procent
Halland	466	480	3 procent
Kronoberg	358	314	-12 procent
Norrbottnen	492	421	-14 procent
Skåne	2 474	2 400	-3 procent
Uppsala	728	737	1 procent
Västernorrland	409	411	0 procent
Västmanland	479	477	-0 procent
Västra Götaland	2 980	2 890	-3 procent

Jämförelsen visar att riktvärdet ligger i närheten av antalet fastställda vårdplatser i majoriteten av regionerna där jämförelse varit möjlig, även om några regioner har högre och andra lägre antal fastställda vårdplatser än riktvärdet. Skillnader mellan regionernas fastställda vårdplatser och Socialstyrelsens skattning av vårdplatsbehovet har flera förklaringar. En av dem är att det händer att regioners fastställda antal vårdplatser utgår ifrån tidigare års värden snarare än en aktuell, aggregerad och systematisk behovsanalys. Några regioner har i dialog med Socialstyrelsen uppgett att nuvarande situation med svårigheter i att bemanna de fastställda vårdplatserna gör att den typen av behovsanalys upplevs som utsiktslös och därmed inte görs. I vissa regioner har aktuella sjukhus/förvaltningar fastställt antalet vårdplatser, snarare än regionen centralt utifrån en aggregerad analys. Därtill har Socialstyrelsen fått uppgifter om att några regioners fastställda vårdplatser definierar antalet vårdplatser som ska tillhandahållas på vardagar i normalläge⁴⁹, medan Socialstyrelsens riktvärde är ett genomsnitt över året, som alltså även innefattar kapacitetsneddragningar vid helger och semesterperioder. Mot denna bakgrund är skillnaderna mellan Socialstyrelsens förslag på riktvärden och regionernas fastställda antal vårdplatser förväntade. Som beskrivs i avsnitt *Föreslagna nästa steg för vidareutveckling av riktvärden* avser Socialstyrelsen att vidareutveckla riktvärdena, bland annat utifrån dialog med regionerna. Riktvärdet ska ses som ett planeringsverktyg och ett värde att sträva mot. Regionerna har stora utmaningar avseende bemanning av disponibla vårdplatser som gör riktvärdet svårt att nå men det angeläget att regionerna verkar för att så långt som möjligt öka antalet vårdplatser i riktning mot riktvärdet.

⁴⁸ Liksom riktvärdet avser antalet fastställda vårdplatser 2022 somatisk vård exklusive intensivvård.

⁴⁹ Region Sörmland har exkluderats från analysen av denna anledning.

Riktvärden på medellång sikt

Beräkningen av riktvärden på medellång sikt utgår ifrån nuvarande slutenvårdsproduktion i en region som kommit långt i arbetet med att optimera nyttjandet av vårdplatser, och som visar att det är möjligt att uppnå goda resultat – såsom ett relativt lågt antal vårdskador och minskade oplanerade återinläggningar samt ett positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus – vid ett relativt lågt antal vård dagar. Det kan till exempel handla om att regionen etablerat ett välfungerande samarbete med kommuner. Regionen väljs genom en jämförelse av alla regioners *uppräknade* slutenvårdsproduktion, det vill säga regionernas nuvarande slutenvårdsproduktion plus det uppskattade ytterligare behovet av produktion för att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet. Inför jämförelsen standardiseras regionernas slutenvårdsproduktion utifrån hur mycket vård varje region köpt/sålt från/till andra regioner under aktuellt år. Den uppräknade slutenvårdsproduktionen i den region som väljs genom jämförelsen utgör startpunkten för alla regioners riktvärden.

När modellen tillämpas med 2022 års data är det Region Östergötland som blir utgångspunkt för övriga regioners riktvärden. Vårdplatsbehovet i Region Östergötland skattas ligga 30 procent högre än regionens nuvarande antal disponibla vårdplatser. Trots behovet av fler vårdplatser har Region Östergötland efter uppräknade det lägsta vårdplatsbehovet per invånare. Med andra ord har regionen kommit längst i att minska vårdplatsbehovet per invånare men samtidigt minskat antalet disponibla vårdplatser för mycket, det vill säga till en nivå som idag inte bedöms tillgodose behovet. Därför måste regionen först öka sitt antal vårdplatser för att nå balans mellan inflöde och utflöde till kö samt minska vistelsetid på akutmottagning. Det är viktigt att notera att regionens uppräknade slutenvårdsproduktion används som startpunkt. Startpunkten justeras sedan för att fånga skillnader i regioners uppdrag och vårdbehov i befolkningen.

Jämfört med riktvärdena på kort sikt totalt för riket, innebär riktvärdena på medellång sikt 2 889 (16 procent) färre disponibla vårdplatser. Denna minskning speglar en ambition om att minska *behovet* av vårdplatser på sjukhus under kommande år. Faktiska minskningar i antal vårdplatser bör endast realiseras under förutsättning att vårdplatskapaciteten tillgodoser vårdplatsbehovet, vilket exempelvis kan mätas genom förekomsten av utlokaliseringar, överbeläggningar, väntetider till planerad slutenvård och väntetider på akutmottagning till vårdplats.

Jämfört med dagens disponibla vårdplatser visar riktvärdet på medellång sikt ett behov av en ökning i 7 av regionerna, om 0,4 - 32 procent av nuvarande antal. I 14 regioner innebär riktvärdet färre disponibla vårdplatser än vad som tillhandahålls idag, vilket i vissa fall är en indikation på att nuvarande kapacitet i dessa regioner skulle kunna vara tillräcklig om fem år, om regionen utvecklar sina arbetsätt på nivå motsvarande den region som lyckats bäst med att minska vårdplatsbehovet. För 7 av regionerna påverkas riktvärdet på medellång sikt av att befolkningen förväntas minska de kommande fem åren med 1 - 2 procent.

Tabell 8. Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort och medellång sikt

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ⁵⁰	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser - behovet på kort sikt	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt
Blekinge	269	306	224
Dalarna	403	455	404
Gotland	134	140	90
Gävleborg	435	452	407
Halland	451	480	481
Jämtland Härjedalen	202	208	169
Jönköping	539	555	501
Kalmar	422	383	343
Kronoberg	289	314	270
Norrbottn	347	421	344
Skåne	1 979	2 400	2 008
Stockholm	3 910 ⁵¹	4 143	3 201
Sörmland	454	535	417
Uppsala	585	737	696
Värmland	423	512	405
Västerbotten	468	584	434
Västernorrland	344	411	339
Västmanland	422	477	383
Västra Götaland	2 273	2 890	2 460
Örebro	443	521	450
Östergötland	545	706	717
Riket	15 336	17 631	14 742

Riktvärden i relation till invånarantal

Satt i relation till regionernas invånarantal ses större spridning mellan regionerna i riktvärdet för kort sikt än för medellång sikt. Detta beror på att riktvärdena på kort sikt utgår ifrån regionernas nuvarande förutsättningar och arbetssätt, medan de på medellång sikt utgår ifrån att regionerna utvecklar sina arbetssätt för att minska vårdplatsbehovet i relation till invånarantalet, vilket innebär att omfattningen på slutenvårdsproduktionen per invånare blir mer enhetlig. De skillnader som ses härrör från olika ålderssammansättning i befolkningen, och att regionerna säljer respektive köper olika mycket slutenvård till/från andra regioner.

⁵⁰ Liksom riktvärdet innefattar antalet disponibla vårdplatser 2022 somatisk vård exklusive intensivvård.

⁵¹ Se tidigare not för hur siffran har beräknats.

Tabell 9. Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort och medellång sikt per 1 000 invånare

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022, per 1000 invånare ⁵²	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på kort sikt, per 1000 invånare	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt, per 1000 invånare (2027)
Blekinge	1,7	1,9	1,4
Dalarna	1,4	1,6	1,4
Götland	2,2	2,3	1,4
Gävleborg	1,5	1,6	1,4
Halland	1,3	1,4	1,4
Jämtland Härjedalen	1,5	1,6	1,3
Jönköping	1,5	1,5	1,3
Kalmar	1,7	1,5	1,4
Kronoberg	1,4	1,5	1,3
Norrbottn	1,4	1,7	1,4
Skåne	1,4	1,7	1,4
Stockholm	1,6	1,7	1,3
Sörmland	1,5	1,8	1,3
Uppsala	1,5	1,8	1,7
Värmland	1,5	1,8	1,4
Västerbotten	1,7	2,1	1,6
Västernorrland	1,4	1,7	1,4
Västmanland	1,5	1,7	1,3
Västra Götaland	1,3	1,6	1,4
Örebro	1,4	1,7	1,4
Östergötland	1,2	1,5	1,5
Riket	1,5	1,7	1,4

Hur beaktas regionala skillnader i befolkningens vårdbehov?

Befolkningssammansättningen i ett sjukhus upptagningsområde påverkar vilka vårdbehov som sjukhuset behöver möta. Befolkningens sjukdomsbörda och vårdkonsumtion varierar med faktorer som socioekonomi, demografi och geografisk närhet till vård (se *Bilaga 4 s. 18*).

Socialstyrelsens beräkningsmodell på kort sikt tar hänsyn till skillnader i vårdbehov genom att utgå ifrån regionernas nuvarande slutenvårdsproduktion och indikatorer för hur väl denna motsvarar vårdplatsbehovet. På medellång sikt tar riktvärdesmodellen hänsyn till ålderssammansättningen i varje regions befolkning. Bland de faktorer som skiljer vårdbehoven i regionerna åt, förväntas ålderssammansättningen vara den som har störst påverkan på skillnaderna i regionernas vårdplatsbehov.

Användningen av befolkningens ålderssammansättning har valts till del av metodologiska skäl. Det finns god tillgång till kvalitetssäkrade data över ålderssammansättning och dess samband med slutenvårdskonsumtion, medan övriga faktorer inte enkelt mäts på motsvarande sätt. Data över slutenvårdskonsumtionen i riket visar på tydliga skillnader i olika åldersgrupper; exempelvis är vårdtiden i dagar per 100 000 invånare i

⁵² Liksom riktvärdet innefattar antalet disponibla vårdplatser 2022 somatisk vård exklusive intensivvård.

åldersgruppen 85+ är cirka 60 gånger högre än åldersgruppen 5-9 år för 2021 [14].

Socioekonomiska faktorer påverkan på slutenvårdsbehovet är inte lika entydigt som ålderssammansättningen, även om dess samband med vårdbehov är väletablerat. Det index som ofta används för att beskriva socioekonomins påverkan på vårdbehovet – Care Need Index (CNI) – är utvecklat på 1990-talet för primärvård, och analyser pekar på att det är primärvårdskonsumtionen som påverkas mest av de faktorer som ingår i CNI. Exempelvis finner SNS-rapporten *Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård* från 2021 att socioekonomi förklarar en betydande del av variationen i primärvårdsläkarbesök mellan regioner, medan skillnaderna inom specialiserad vård huvudsakligen förklaras av demografi (ålder och kön) [15]. Socialstyrelsen har också gjort översiktliga sambandsanalyser på regional nivå mellan befolkningens utbildningsnivå och slutenvårdskonsumtion, samt mellan indikatorn Care Need Index (CNI) och slutenvårdskonsumtion, utan att finna några sådana samband.

Vad gäller geografiska skillnader finns flera förklaringar till att stora geografiska avstånd kan öka behovet av disponibla vårdplatser. Att patienter har långt mellan boende och vårdavdelning kan betyda att de behöver extra vårdtid i samband med utskrivning eller inför åtgärd/operation. Socialstyrelsens modell för att beräkna riktvärden utgår ifrån att en stor del av detta behov kan tillgodoses genom vårdplatstyper som inte omfattas av riktvärdena, till exempel patienthotell. Stora geografiska avstånd kan också begränsa möjligheterna att hänvisa patienter vidare om det saknas vårdplatser, vilket medför ett behov av att generellt hålla en lägre beläggningsgrad på vårdavdelningarna. Det är dock inte självklart att glesbygds-/landsbygdsregioner generellt behöver ha fler vårdplatser av detta skäl, utan avståndet till sjukhus dit patienter kan hänvisas beror på om det finns mer än ett sjukhus i regionen, och på närheten till andra regioners sjukhus (se *Bilaga 4 s. 19*).

Hur regioner på bästa sätt väger in faktorer som påverkar befolkningens vårdbehov och regionens vårdplatsbehov i sin produktions- och kapacitetsplanering är en viktig frågeställning i fortsatt arbete inom detta regeringsuppdrag.

Somatisk vård på intensivvårdsavdelning

Precis som för övrig somatisk vård gör riktvärdena ingen skillnad på typer av verksamheter/avdelningar utan visar på det sammantagna vårdplatsbehovet inom intensivvård varje region. Som framgår av avsnittet *Rekommendationer kring tillämpning* är en viktig del av tillämpningen i regionerna att fördela riktvärdet mellan verksamheter. Riktvärdet på kort sikt för IVA utgår från varje regions slutenvårdsproduktion. Vårdplatsbehovet räknas sedan upp utifrån förekomsten av utlokaliseringar, överbeläggningar, överflyttning till annan IVA på grund av resursbrist samt återinläggning inom 72 timmar. För IVA presenteras också ett riktvärde som tar hänsyn till minsta rekommenderad avdelningsstorlek. *Svensk förening för anestesi och intensivvård* (SFAI) och *Svenska intensivvårdssällskapet* (SIS) rekommenderar i befintliga *Riktlinjer för svensk intensivvård* att en IVA bör ha minst sex vårdplatser för att

vara organisatoriskt effektiv. Socialstyrelsen har också tagit del av deras reviderade riktlinjer, som vid rapportförfattandet ännu inte fastställts, som rekommenderar att varje IVA dimensioneras för att kunna vårda minst fyra samtidiga intensivvårdspatienter. Eftersom det idag finns flera IVA som är mycket små (färre än fyra vårdplatser) bedömer Socialstyrelsen att en minsta avdelningsstorlek om fyra vårdplatser är ett lämpligt ingångsvärde i riktvärdesberäkningen.

Tillämpning av riktvärdesmodellen på kort sikt för intensivvård visar på ett behov av att öka antalet disponibla vårdplatser. Totalt för riket skattas vårdplatsbehovet ligga 58 vårdplatser (12 procent) över befintlig kapacitet.

På regional nivå ser behovet olika ut. Behovet av att öka antalet disponibla vårdplatser ses för 14 regioner, där det varierar mellan 6 och 45 procent av befintligt antal. I 7 regioner pekar riktvärdet på kort sikt på ett utrymme att minska antalet disponibla vårdplatser, vilket beror på att aktuella avdelningar rapporterat en beläggningsgrad som ligger lägre än föreslagna riktvärden för beläggningsgrad. Skillnaderna mellan regioner när det gäller i vilken grad det skattade vårdplatsbehovet överstiger befintligt antal, beror huvudsakligen på just nuvarande beläggningsgrad. I många regioner var intensivvården extremt ansträngd under covid-19-pandemin men aktuella data över beläggningsgrad och ledig kapacitet visar att många avdelningar nu har en vårdplatskapacitet som säkerställer en relativt låg beläggningsgrad. Den lägsta genomsnittliga beläggningsgraden under perioden april 2022 – mars 2023 (baserat på punktmätningar genomförda varje dag) var 18 procent. Ungefär en tredjedel (28 av 82) av alla avdelningar hade en genomsnittlig beläggningsgrad på 65 procent eller lägre. Samtidigt pekar en hög beläggningsgrad på att vårdplatskapaciteten är ansträngd vid flera avdelningar. Av 82 studerade avdelningar hade 22 en beläggningsgrad på 80 procent eller högre.

Likaså visar förekomsten av överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist samt återinskrivningar på IVA på ett behov av att utöka vårdplatskapaciteten i vissa regioner. Vidare är flera IVA i Sverige idag mindre än minsta rekommenderad storlek (fyra vårdplatser), vilket medför ett behov av att öka antalet vårdplatser i vissa regioner.

För riktvärden på medellång sikt tillämpas en annan metod för IVA än för övrig somatisk vård, eftersom det inte bedöms vara möjligt att minska vårdplatsbehovet på IVA genom utvecklade arbetssätt i samma utsträckning. För IVA är riktvärdena på medellång sikt därmed desamma som på kort sikt, justerade utifrån prognostiserad befolkningsstorlek. Jämfört med kort sikt ses på medellång sikt att antalet vårdplatser inom intensivvården behöver utökas. Ökningen beror på att befolkningsutvecklingen är positiv i de flesta regioner. Det arbete som pågår i regionerna idag kring utveckling och kapacitet inom intermediärvård kan samtidigt komma att avlasta intensivvården och förändra behovet på sikt.

Tabell 10. Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser för intensivvård⁵³

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ⁵⁴	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt
Blekinge	8,4	8,9	8,9
Dalarna	12,5	12,4	12,4
Gotland	5,0	4,0	4,1
Gävleborg	13,5	14,1	14,1
Halland	13,0	10,4	10,8
Jämtland Härjedalen	6,8	6,7	6,7
Jönköping	14,8	17,5	17,8
Kalmar	11,8	9,3	9,3
Kronoberg	7,5	8,8	8,9
Norrbottn	12,9	18,7	18,3
Skåne	56,1	55,3	57,1
Stockholm ⁵⁵	81,0	99,8	104,2
Sörmland	14,0	10,2	10,5
Uppsala	27,4	36,6	38,3
Värmland	13,1	15,3	15,2
Västerbotten	23,0	25,6	25,8
Västernorrland	13,0	13,3	13,0
Västmanland	7,0	8,4	8,5
Västra Götaland	81,3	95,3	97,6
Örebro	17,5	20,9	21,2
Östergötland	26,1	32,0	32,8
Riket	465,6	523,6	535,4

Riktvärden i relation till invånarantal

När riktvärdena sätts i relation till regionernas invånarantal framgår betydande skillnader i behov mellan regionerna. Skillnaderna förklaras i huvudsak av att några regioner har specialiserade intensivvårdsavdelningar som enbart finns i vissa regioner och vårdar många utomlänspatienter. Därtill utgår riktvärdena ifrån nuvarande organisation och arbetssätt, och speglar därför skillnader i behov som kan härröras till att vissa avdelningar exempelvis har en närhet till intermediärvårdsavdelning medan andra inte har det. Beräkningen medför också att riktvärdet för en region som har en eller flera små intensivvårdsavdelningar, med färre än fyra vårdplatser, justeras upp utifrån minsta rekommenderad enhetsstorlek.

⁵³ Observera att såväl antal disponibla vårdplatser som riktvärdet för antal vårdplatser anges som ett genomsnitt över året.

⁵⁴ Avser det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatserna vid punktmätningar under vecka 12, vecka 29 och vecka 42 2022. Viktningen har gjorts för att på ett representativt sätt spegla vardag respektive helg, dag respektive natt och sommarsäsong respektive vår-/höst. För tre avdelningar, Ystad, Arvika och Uppsala BIVA, används det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser vid punktmätningen under vecka 12 eftersom det saknas data för övriga mättillfällen.

⁵⁵ Inkluderar ej avdelningen Karolinska Solna ECMO:s vårdplatser då dessa ej rapporterats till SIR. Riktvärdet inkluderar slutenvårdsproduktionen på avdelningen.

Tabell 11. Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort sikt för intensivvård⁵⁶, per 100 000 invånare

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ⁵⁷ per 100 000 invånare	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på kort och medellång sikt per 100 000 invånare
Blekinge	5,3	5,6
Dalarna	4,3	4,3
Gotland	8,2	6,5
Gävleborg	4,7	4,9
Halland	3,8	3,0
Jämtland Härjedalen	5,1	5,0
Jönköping	4,0	4,7
Kalmar	4,7	3,8
Kronoberg	3,7	4,3
Norrbottnen	5,2	7,5
Skåne	4,0	3,9
Stockholm	3,3	4,1
Sörmland	4,6	3,4
Uppsala	6,8	9,1
Värmland	4,6	5,4
Västerbotten	8,3	9,3
Västernorrland	5,3	5,5
Västmanland	2,5	3,0
Västra Götaland	4,6	5,4
Örebro	5,7	6,8
Östergötland	5,5	6,8
Riket	4,4	5,0

⁵⁶ Observera att såväl antal disponibla vårdplatser som riktvärdet för antal vårdplatser anges som ett genomsnitt över året.

⁵⁷ Avser det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatserna vid punktmätningar under V.12, V.29 och V.42 2022. För tre avdelningar, Ystad, Arvika och Uppsala BIVA används det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser vid punktmätningen under V.12 eftersom det saknas data för V.29 och V.42, varför deras värde troligtvis är något överskattat. Under de tre veckorna har punktmätningar gjorts på förmiddag, eftermiddag och natt på vardag och helg. Mätningarna har fått olika vikter utifrån säsong. V.12 har fått vikten 9/24, V.29 har fått vikten 6/24 och V.42 har fått vikten 9/24.

Rekommendationer kring tillämpning

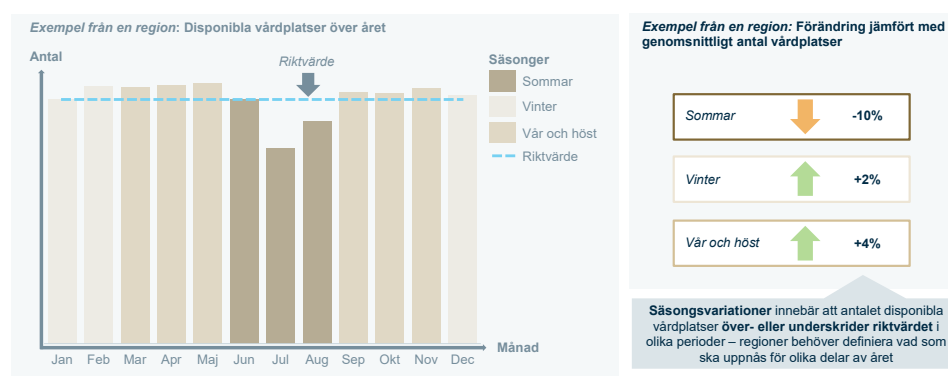
Regionerna definierar hur riktvärdet ska fördelas mellan verksamheter och över året

Riktvärdena för antal disponibla vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad ska ge regionerna underlag för att prioritera åtgärder för att bättre matcha kapacitet mot behov. Hur antalet disponibla vårdplatser bäst fördelas över veckodagar, månader och regioners vårdverksamheter behöver avgöras av regionerna. Det är centralt att detta görs på ett sätt som minimerar överbeläggningar, utlokaliseringar, väntetider på akutmottagning och väntetider till planerad vård. Detta kräver inte bara att antalet disponibla vårdplatser motsvarar regionens totala behov, utan också att vårdplatserna tillhandahålls vid rätt tid, på rätt plats och med rätt kompetens utifrån patientens behov.

I de flesta verksamheter varierar antalet disponibla vårdplatser över månader och veckodagar, samtidigt som riktvärdet utgör ett årsgenomsnitt. Eftersom tillgänglig personal generellt minskar under helger och semesterperioder, och antalet disponibla vårdplatser då behöver minskas, innebär det att antalet disponibla vårdplatser behöver ligga högre än riktvärdet under stora delar av året för att det totala vårdplatsbehovet ska kunna mötas. Regionerna behöver alltså planera för att tillhandahålla fler disponibla vårdplatser än riktvärdets antal. Se Figur 4 nedan för en illustration över hur variationen kan se ut (figuren är illustrativ men baseras på faktisk variation i en region under 2019).

Figur 4: Illustration över hur antalet vårdplatser kan variera

Figuren visar ett exempel på variation av antal disponibla vårdplatser över året och förhållandet till riktvärdet



Källa: Datauttag från Sveriges Kommuner och Regioner

Vidare finns det en betydande variation i vissa avdelningars patientinflöden, vilket ses i data för intensivvården, vilket gör att även antalet disponibla vårdplatser behöver variera för att möta behoven på ett resurseffektivt sätt.

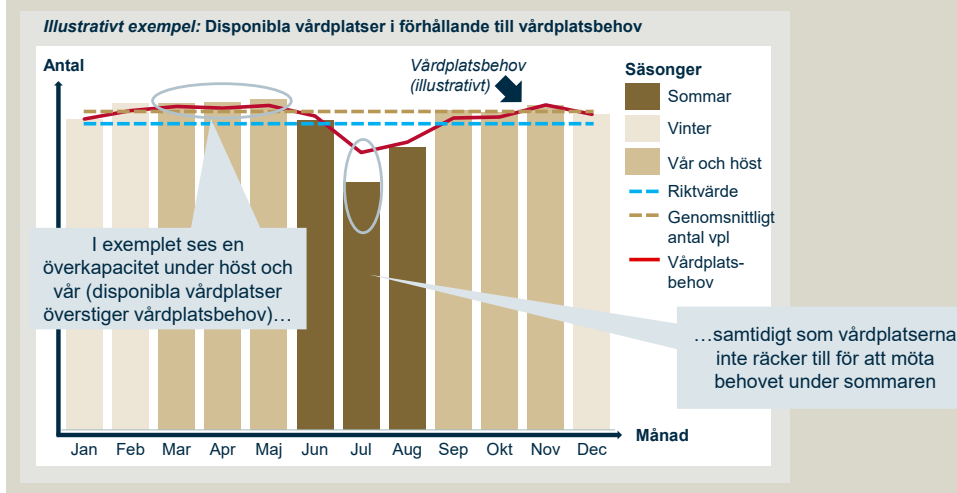
För att arbeta systematiskt utifrån föreslagna riktvärden kan stärkta processer och verktyg för mer specifik vårdplatsplanering i regionerna krävas. Uppföljningen av antalet disponibla vårdplatser i förhållande till vårdplatsbehovet, samt av åtgärder för att förbättra vårdplatssituationen, behöver ske löpande på central nivå i regionen.

Varför kan överbeläggningar och utlokaliseringar förekomma även om riktvärdet uppnås?

I de flesta verksamheter varierar antalet disponibla vårdplatser över året, huvudsakligen till följd av kapacitetsneddragningar under helger och semesterperioder. Samtidigt varierar även vårdbehovet, där exempelvis ortopedi och infektion ofta ser ett ökat behov på vintern medan behoven inom förlossningsvård ökar på sommaren då kapaciteten ofta är lägre. Även om det genomsnittliga antalet vårdplatser över året motsvarar det genomsnittliga behovet över året, kan det finnas över- eller underkapacitet i vissa verksamheter i perioder. Utlokaliseringar och överbeläggningar är en indikation på i vilken grad antalet vårdplatser motsvarar behovet vid aktuellt tillfälle, snarare än i vilken grad den genomsnittliga kapaciteten motsvarar behovet. Detta illustreras i figuren nedan.

Figur 5. Illustration över hur kapacitet och behov kan variera över året

Figuren visar antal disponibla vårdplatser i förhållande till vårdplatsbehov över året och riktvärde respektive genomsnittligt antal vårdplatser



Förståelse för patientflöden och vårdplatsnyttjande kräver uppföljning av ytterligare indikatorer

En utökning av antalet disponibla vårdplatser innebär med stor sannolikhet viss förändring i slutenvårdskonsumtionen. Det finns vetenskapligt stöd för den så kallade *Roemers lag* (i en svensk kontext hänvisas ofta till *Parkinsons lag*), som innebär att slutenvårdskonsumtionen ökar vid ökad kapacitet. Detta förklaras bland annat av att vårdpersonal blir mer generösa med inskrivningar och ytterligare vårdtid när det finns lediga vårdplatser (se *Bilaga 4 s. 20*). Idag beskriver verksamhetsrepresentanter som Socialstyrelsen varit i dialog med att vårdplatsbristen medför att patienter ibland skrivs ut tidigare än önskvärt, eller inte skrivs in alls trots behov, vilket innebär att en initial ökning i vårdtider och inskrivningsfrekvens kan vara motiverat ur patientsynpunkt. Det är dock viktigt att säkerställa att det finns lediga vårdplatser för att uppnå god tillgänglighet till vårdplatser, och över tid är det därför viktigt att beläggningsgraden inte överskrider den önskvärda genomsnittliga beläggningsgraden i normal situation. Önskvärd beläggningsgrad definieras som ett årsgenomsnitt men den faktiska beläggningsgraden behöver följas upp frekvent för att säkerställa att avvikelser inte förekommer under längre tidsperioder. Sådana avvikelser bör ses som indikationer på att åtgärder behöver vidtas.

För att över tid få förståelse för hur patientflöden och vårdplatsnyttjandet eventuellt förändras, behöver fler indikatorer än riktvärdena följas upp. Exempel på sådana indikatorer är

- medelvårdtider,
- återinskrivningar,
- antal utskrivningsklara patienter,
- utlokaliseringar,
- överbeläggningar,
- väntetider på akutmottagningen och
- väntetider till planerad vård.

Det finns risker med nationell styrning utifrån riktvärdena

Mot bakgrund av vetenskaplig litteratur, intervjuer med myndighetsrepresentanter i andra länder och analys av regionernas vårdplatsdata gör Socialstyrelsen bedömningen att styrning utifrån riktvärdena och närliggande indikatorer bör tillämpas med försiktighet. Medan riktvärdena kan fylla en viktig funktion i att skapa samsyn kring behov och prioriterade åtgärder hos hälso- och sjukvårdssystemets olika aktörer, finns det risk att de får oönskad effekt om de kopplas till direkt styrning i form av regelverk eller ekonomiska incitament. I arbetet med kunskapssammanställningen identifierade Socialstyrelsen endast ett fåtal studier som studerat effekter av den här typen av styrning, men dessa visade på uteblivna eller oönskade effekter. Exempelvis

indikerade studieresultaten att vårdgivare omklassificerat vårdplatstyper för att möta styrningens målsättningar i ett fall, och visade i ett annat fall på en situation där vårdgivare anpassat sitt vårdplatsantal till målsättningen för att kort därefter ha en feldimensionerad verksamhet när vårdplatsbehovet plötsligt förändrades (se *Bilaga 4 s. 36*).

Även om litteraturen på området är begränsad har Socialstyrelsen gjort ett antal observationer under arbetet med riktvärden som bidrar till bedömningen att styrning bör tillämpas med försiktighet. Först och främst finns det inom flera verksamhetsområden goda möjligheter för regionerna att på sikt justera sina arbetssätt utifrån patienternas behov, vilket kan medföra att de i högre grad möts i hemmet eller öppenvården. Sådant utvecklingsarbete behöver bedrivas utifrån patienternas behov och med vårdkvalitet i fokus. Att direkt styra utifrån vårdplatskapacitet kan ha en hämmande eller snedvridande effekt på sikt, beroende på hur långt respektive region kommit i utvecklingen av sina arbetssätt och i omställningen till en mer nära vård. Vidare är det genomsnittliga antalet vårdplatser en indikator för kapacitet snarare än vårdkvalitet, och visar inte i sig att vårdplatser funnits tillgängliga där och när de behövts.

Utifrån ovan resonemang är det mer fördelaktigt att koppla styrning till indikatorer som ger en bild av i vilken utsträckning vårdplatskapaciteten tillgodoser behoven, till exempel förekomst av överbeläggningar, utlokaliseringar, väntetider på akutmottagningen för slutenvårdspatienter samt väntetider till planerad slutenvård. Samtidigt som det finns goda skäl i teorin ser Socialstyrelsen vissa risker även med detta. Framför allt utifrån att dagens regionala skillnader i organisation och arbetssätt gör det svårt att uppnå gemensamma definitioner och datarapportering av hög kvalitet. Exempelvis betyder en registrerad utlokalisering olika saker i olika regioner, vilket kan förklaras av att slutenvårdsenheternas organisatoriska gränser definieras på olika sätt och att de samarbetar med andra enheter på olika sätt. En patient som hänvisas från en öron-, näsa-, halsavdelning till en ortopedavdelning registreras i vissa fall som en utlokalisering och i andra inte – detta observerade IVO i sin tillsyn av akutsjukhusen [1]. Därtill finns i samtliga regioner obemannade vårdplatser som kan användas vid behov, vilka när de används ibland registreras som en överbeläggning och ibland inte, exempelvis beroende på hur väl tilltagen bemanningen för de disponibla vårdplatserna är. Att bemanningen per vårdplats skiljer sig åt mellan verksamheter och regioner gör att det i vissa regioner kan finnas utrymme att rapportera fler disponibla vårdplatser med befintlig bemanning, vilket påverkar såväl beläggingsgraden som övriga indikatorer utan att ge någon effekt i praktiken.

Mot bakgrunden av möjliga negativa utfall av styrning med användning av riktvärden så som de är föreslagna i denna rapport föreslår Socialstyrelsen att riktvärdena remitteras och testas. Effekter behöver utvärderas för att uppmärksamma eventuellt behov av utveckling och nödvändig uppdatering av riktvärdena.

Åtgärder inom kompetensförsörjning är en viktig del av fortsatt arbete

Eftersom utmaningarna i kompetensförsörjning är en viktig orsak till dagens vårdplatsbrist, signalerar riktvärdena ett behov för regionerna att vidta åtgärder för att säkra kompetensförsörjningen inom den somatiska slutenvården. Det behöver göras parallellt med kompetensförsörjningsarbete inom primärvården som görs som en del i omställningen till nära vård. Socialstyrelsen har inom ramen för detta regeringsuppdrag inte kartlagt möjliga åtgärder för att öka antalet disponibla vårdplatser, men avser att beröra dessa frågor i fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering samt en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i det sker samverkan med Socialstyrelsens arbete med en nationell plan för kompetensförsörjning.

Utmaningarna bakom nuvarande vårdplatsbrist har undersökts i myndighetens arbete med riktvärden för antal vårdplatser och beläggningsgrad och följande observationer gjorts:

- Regionerna beskriver idag stora utmaningar med att bemanna sina vårdplatser, framför allt med att rekrytera och behålla rätt kompetens. Intervjuade regionrepresentanter beskriver att det är särskilt svårt att rekrytera och behålla personal i akutsjukvården som kräver arbete på jourtider. Professionsförbund menar att detta inte är en fråga om deras medlemmars preferenser, utan om problem i arbetsmiljön på jourtider som en konsekvens av svårigheter att bemanna på ett bra sätt.
- Socialstyrelsens data över legitimerade specialistsjuksköterskor i Sverige visar att antalet sysselsatta inom slutenvård minskat med 3 procent (793) under åren 2016 - 2020, medan antalet sysselsatta per disponibel vårdplats ökat med 7 procent (1,26 - 1,35)⁵⁸ [16, 17]. Detta indikerar att antalet disponibla vårdplatser har minskat mer än antalet specialistsjuksköterskor i slutenvården.
- Flera region- och verksamhetsrepresentanter beskriver att vårdpersonalens kompetens skulle kunna nyttjas mer effektivt. Socialstyrelsen har observerat intressanta exempel på lösningar för att möjliggöra detta, som visar att det finns flera sätt möta kompetensbehovet i slutenvården vid sidan om att rekrytera mer personal. Ett exempel är uppgiftsväxling från sjuksköterskor och undersköterskor till servicemedarbetare, avseende uppgifter såsom patientnära städning, och ett annat är sambemanning av mindre enheter när det gäller omvårdnadspersonal. Produktions- och kapacitetsplanering kan vara ett viktigt verktyg i det arbetet.
- Socialstyrelsen ser att oavsett utmaningar behöver vårdplatsfrågan få större prioritet i regionerna. Det finns en risk att antalet disponibla vårdplatser fortsätter att bli färre om inte den negativa spiralen i arbetsmiljö och kompetensförsörjning som beskrivits bryts.

⁵⁸ Baseras på en jämförelse med uppgifter om antal disponibla vårdplatser i SKR:s verksamhetsstatistik för samma tidsperiod.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete kan stödja i tillämpningen av riktvärden

För att patienten ska få en god och säker vård i tid är det inte enbart antalet vårdplatser som är viktigt, utan att kapaciteten finns när den behövs och att de disponibla vårdplatserna och vården uppfyller kraven på säker vård. Åtgärder för att minska vårdplatsbristen kan öka patientsäkerheten och minska risken för vårdskador på flera sätt. Samtidigt kan regionernas systematiska patientsäkerhetsarbete underlätta och stödja de förändringar som behövs för att minska vårdplatsbristen. Exempelvis genom att:

- ha ett tydligt ledarskap som prioriterar, uppmuntrar och skapar förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, där det tydligt framgår både till patienter, allmänhet och personal att kapacitetsutmaningarna tas på allvar,
- lära sig av det som varit, och koppla kvalitetsparametrar som beläggningsgrad, utlokaliseringar, överbeläggningar, antalet utskrivningsklara, väntetider och vistelsetider på akutmottagning, personalstatistik med mera till vilka risker som finns för patienter i olika delar av verksamheten,
- fånga upp, utreda och kommunicera vilka vårdskador som inträffat och sprida kunskap om var i verksamheten kapacitetsbristen riskerar att leda till störst negativa konsekvenser, både i form av lidande för patienter och för ökade behov av slutenvård i form av förlängda vårdtider och återinläggningar,
- bidra till en god säkerhetskultur där både säkerheten för patienterna och arbetsmiljön för personalen förbättras,
- tillämpa en säker bemanning, där den medicinska kunskap och kompetens som behövs säkerställs samtidigt som personalens långsiktiga arbetsbelastning och utvecklingsmöjligheter tillgodoses,
- säkerställa förutsättningar för att slutenvårdens resurser ges just de patienter som behöver dem genom att stärka patientsäkerheten i organisation och rutiner för poliklinisering, vårdens övergångar, vård i hemmet och samverkan mellan specialiserad vård och regional och kommunal primärvård,
- stärka riskmedvetenheten och beredskapen på alla nivåer för att skapa nödvändig kunskap för att kunna planera och styra hälso- och sjukvårdens produktion och kapacitet på ett effektivt och säkert sätt.

Patientsäkerhetsrisker i arbetet med vårdplatser

Förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation och utförande medför alltid patientsäkerhetsrisker som behöver identifieras och hanteras. Detta gäller även det arbete som behöver göras för att öka antalet vårdplatser på kort sikt och minska vårdplatsbehovet på sikt. Det är därför av största vikt att regioner och kommuner gör riskbedömningar och tydligt beaktar patientsäkerhetsperspektivet i de kort- och långsiktiga åtgärder som vidtas. Socialstyrelsen bedömer några områden i omställningen som särskilt viktiga att följa. En ökning av vårdplatser och minskning av överbeläggningar och utlokaliseringar behöver ske på ett sådant sätt att patientsäkerheten bibehålls eller ökar. Osäker uttunning av resurser eller omorganisationer ”på pappret” som inte också

innebär reella kapacitetsökningar där det behövs måste undvikas. Omställning till mer avancerad vård utanför sjukhus behöver också genomföras så att nödvändig kunskap och kompetens säkerställs hos de vårdgivare som förväntas ta emot patienterna. För att skapa långsiktiga förutsättningar för kompetensförsörjningen är det också viktigt att åtgärder är långsiktigt hållbara ur ett arbetsmiljöperspektiv.

Behov av fortsatt arbete för vidareutveckling av riktvärden

Tillämpningen av riktvärdena i regionerna bör provas och följas upp och riktvärdesmodellen vidareutvecklas. Stöd till regionerna bör ges i arbetet med att tillämpa riktvärdena.

Under myndighetens arbete med att ta fram förslag på riktvärden har en rad utmaningar i dagens tillgängliga data kring vårdplatser identifierats. Det finns behov av ett nationellt utvecklingsarbete för att tydliggöra definitioner och specifikationer i rapporteringen av data. Detta avser exempelvis hur vårdplatser inom IVA, förlossning och BB redovisas, hur genomsnittligt antal disponibla vårdplatser beräknas i förhållande till kapacitetsneddragningar och vilka specifika förutsättningar som medför att en utlokalisering rapporteras.

Socialstyrelsen bedömer vidare att regioners planeringsarbete kan stärkas av gemensamt definierade önskvärda nivåer för vissa ingångsvärden i kapacitetsplaneringen. Detta skulle exempelvis kunna beröra:

- Beläggningsgrader för enskilda verksamheter, differentierade för akut och planerad verksamhet, för olika geografiska förutsättningar och för enheters olika storlek.
- Bemanningsnycklar för vårdplatser i olika typer av verksamheter.
- Specifikationer av olika typer av vårdplatser med olika grad av specialisering och/eller teknisk utrustning.

Ett fortsatt nationellt utvecklingsarbete kring riktvärden för vårdplatser och jämförelser mellan regioner skulle dra fördel av att ytterligare lära av exempel på nya arbetssätt i Sverige och internationellt när det gäller vårdplatsplanering och -nyttjande. Exempel på sådana arbetssätt är virtuella vårdplatser, mobila team, vårdavdelningar med separerade akuta och planerade flöden samt enheter med sambemannad omvårdnadspersonal.

Behov av att stärka kvalitet och tillgång till vårddata för psykiatri

Psykiatrisk vård omfattas inte av Socialstyrelsens nuvarande förslag på riktvärden. I den psykiatriska vården finns behov av att i ett första steg stärka förutsättningarna för produktions- och kapacitetsplaneringsarbete genom förbättrad datakvalitet och -tillgång. Det har inte varit möjligt att utifrån de data som finns nationellt tillgängliga idag beräkna ändamålsenliga riktvärden för psykiatrisk vård.

Under arbetets gång har nationellt tillgängliga datakällor med regionala data över psykiatrisk vård undersökts. Detta har innefattat Socialstyrelsens patientregister, SKR:s kartläggning *Psykiatrin i siffror* samt SKR:s verksamhetsstatistik. I arbetet har ett flertal skillnader identifierats avseende hur regionerna rapporterar och definierar data. Även felaktigheter i registreringar har påträffats.

Centrala databegränsningar och behov som identifierats i arbetet inkluderar:

- Behov av att tydligare specificera krav på redovisningen till olika nationella datakällor, och säkerställa enhetliga rutiner för registrering och rapportering i regionerna.
 - Befintliga skillnader i rapportering av data medför bland annat att det inte är möjligt att göra tillförlitliga analyser på vårdområdesnivå. Detta beror till stor del på att det inte är möjligt att tydligt särskilja rättspsykiatrisk vård från övrig psykiatrisk vård i data. Eftersom rättspsykiatrisk vård har förhållandevis långa vårdtider får detta stor betydelse ur ett produktions- och kapacitetsplaneringsperspektiv.
 - I regionernas rapportering till SKR av disponibla vårdplatser kategoriseras vårdområden på olika sätt. En del regioner särskiljer exempelvis inte barn- och ungdomspsykiatri från vuxenpsykiatri.
 - Skillnader ses även i regionernas rapportering till SKR avseende medelvårdtider och beläggningsgrad, som till viss del försvårar jämförelser.
- Eftersom permissioner är vanligt förekommande i psykiatrisk vård får det stor betydelse för analyser av produktion och kapacitet om permissioner inkluderas i vårddata. Permissioner inkluderas idag i patientregistrets data, men inte i SKR:s kartläggning *Psykiatrin i siffror*. Socialstyrelsen har under arbetet med denna delrapport påträffat skilda rutiner för hur kortare permissioner hanteras, och ser ett behov av att gemensamt definiera såväl dess betydelse som önskvärd hantering i nationell statistik.
- Jämfört med somatisk vård är täckningsgraden i patientregistret lägre för data över psykiatrisk vård. Socialstyrelsen kartlade under 2021 datakvaliteten för psykiatrisk vård i patientregistret och fann att täckningsgraden

för psykiatrisk slutenvård var lägre än målet på 98 procent i tre⁵⁹ regioner [18].

- För vissa verksamheter är det inte möjligt att särskilja heldygnsvård från öppenvård i produktionsdata på ett tillförlitligt sätt för patienter som tvångsvårdas, vilket riskerar att få stor betydelse för medelvårdtider.

⁵⁹ Socialstyrelsen gjorde sedermera en uppföljning under 2022 och fann att två regioner fortfarande inte uppnådde målet för täckningsgrad inom psykiatrisk slutenvård.

Fortsatt arbete

Det påbörjade arbetet kring vårdplatser och produktions- och kapacitetsplanering kommer att fortsätta utvecklas inom ramen för Socialstyrelsens stöd till regionerna i tillgänglighetsfrågor. Arbetet omfattar bland annat följande:

- **Att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering:** Försättningen inom detta regeringsuppdrag innefattar framtagande av ett metodstöd för produktions- och kapacitetsplanering. Metodstödet kommer att ta utgångspunkt i en nulägesanalys av hur regionerna arbetar idag, samt vedertagna arbetssätt och internationella erfarenheter. Vidare kommer Socialstyrelsen att stödja en samordning av regionernas produktions- och kapacitetsplanering, med fokus på inrättandet av ett ändamålsenligt antal vårdplatser.
- **Nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården:** Socialstyrelsen har under 2023 påbörjat ett arbete för att ta fram ett förslag på en nationell plan för att minska bristen på disponibla vårdplatser och öka antalet disponibla vårdplatser där det behövs. Arbetet kommer att bygga vidare på resultaten av det som redovisas i denna delredovisning.
- **Att fördela, betala ut och följa upp statsbidrag för att öka antalet disponibla vårdplatser:** I detta arbete kommer Socialstyrelsen att i ett första steg fokusera på regionernas rapportering av vårdplatsdata till myndigheten, och i ett andra på resultaten när det gäller utlokaliseringar och överbeläggningar.
- **Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer:** Arbetet utgör en plattform för löpande dialog mellan myndigheten och regioner och är därmed ett viktigt verktyg i fortsatt utveckling av såväl riktvärdena som Socialstyrelsens övriga stöd till regionerna i kapacitetsfrågor. I uppdraget ingår också att utveckla Socialstyrelsens förutsättningar att inhämta data om belagda och disponibla vårdplatser. Riktvärdena som föreslås i denna rapport kan läggas till i den uppföljningsmodell som beskriver varje regions utveckling av disponibla vårdplatser.
- **Krisberedskap och civilt försvar:** Socialstyrelsen arbetar med att på olika sätt stödja regionerna i planeringen och dimensioneringen av kapacitet i beredskapssyfte, bland annat genom att ta fram nyckeltal och dimensionerande målbilder för höjd beredskap. Detta ger regionerna stöd i planeringen för vårdplatser vid ett plötsligt, oväntat inflöde av patienter, och utgångspunkter för att utforma produktions- och kapacitetsplaneringsarbetet på ett sätt som möjliggör kapacitetsökningsförmåga.
- **Nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning:** Arbetet bedrivs av det Nationella vårdkompetensrådet och planen ska bland annat föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för befintlig

och ny vårdpersonal som kan behövas för att förbättra kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

- **Förlängning av pågående uppdrag att följa läget inom hälso- och sjukvården avseende covid-19:** Socialstyrelsen har i uppdrag att följa läget inom hälso- och sjukvården avseende covid-19 samt upprätthålla en förstärkt beredskap för en ökad smittspridning och belastning på vården. I uppdraget ingår att löpande inhämta aktuella uppgifter om totala antalet inneliggande patienter vilket ger myndigheten möjlighet att följa antalet belagda vårdplatser.

Uppdragets expertgrupp

Socialstyrelsen har inom ramen för regeringsuppdraget anlitat en expertgrupp bestående av sju personer med en bred bakgrund och kompetens inom styrning och ledning samt produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvården. Expertgruppen har medverkat i arbetets generella inriktning och bidragit med synpunkter på förslag under framtagandet av Socialstyrelsens modell för att beräkna riktvärden. De har inte medverkat i framtagandet av denna delredovisning eller beräkningen av föreslagna riktvärden.

Nedan redovisas expertgruppens medlemmar.

Anders Anell	<i>Professor i företagsekonomi, Lunds universitet</i>
Emmy Fhager	<i>Strateg för produktionsstyrning och köpt vård, Västra Götalandsregionen</i>
Göran Stiernstedt	<i>Docent, flera tidigare chefsroller och utredningsuppdrag</i>
Jesper Stenberg	<i>Chef för kvalitetsutveckling, Region Skåne</i>
Myrna Palmgren	<i>Ledningsstrateg, Region Östergötland</i>
Ritva Rosenbäck	<i>Konsult och forskare inom produktionsstyrning i sjukvården</i>
Per Johansson	<i>Verksamhetschef, Region Blekinge</i>

Referenser

1. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen. <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/delrapport-nationell-sjukhustillsyn/>; Inspektionen för vård och omsorg; 2023.
2. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. In: Socialdepartementet, editor.: Regeringskansliet; 2021.
3. Markörbaserad journalgranskning - SKADOR I SOMATISK VÅRD JANUARI 2013 – DECEMBER 2018, NATIONELL NIVÅ 2019.
4. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 - Agera för säker vård. Socialstyrelsen; 2020.
5. Af Ugglas B. Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist? SNS. 2021.
6. Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga - Nationellt kunskapsstöd. Socialstyrelsen; 2023.
7. Af Ugglas B, Djärv T, Ljungman PLS, Holzmann MJ. Association Between Hospital Bed Occupancy and Outcomes in Emergency Care: A Cohort Study in Stockholm Region, Sweden, 2012 to 2016. *Ann Emerg Med.* 2020;76(2):179-90.
8. Ahyow LC, Lambert PC, Jenkins DR, Neal KR, Tobin M. Bed occupancy rates and hospital-acquired Clostridium difficile infection: a cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013;34(10):1062-9.
9. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. London 2018.
10. Målnivåer för nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård – 2022 [Internet]. Svenska Intensivvårdsregistret. 2022.
11. Vårdplatsbristen har förvärrats - Arbetsmiljöenkäten 2022. <https://slf.se/var-politik/arbetsmiljo/>; Sveriges läkarförbund; 2022.
12. Wihlborg A. Arbetsmiljön måste bli långsiktigt hållbar 2023-04-19. Available from: <https://sjukskoterskekarriar.se/2023/03/28/arbetsmiljon-maste-bli-langsiktigt-hallbar/>.
13. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2022. Socialstyrelsen; 2022.
14. Statistikdatabas för diagnoser [Internet]. Socialstyrelsen. 2021 [cited 2023-04-19]. Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx.
15. Johansson N. Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård? 2021.
16. Regionernas verksamhetsstatistik 2021. In: 2012-2021 V, editor.: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
17. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal [Internet]. Socialstyrelsen. 2022. Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx.
18. Förbättrad datakvalitet avseende psykiatri i patientregistret (PAR), uppföljning. Socialstyrelsen; 2022 2022-12-15.
19. Historik om patientregistret: Socialstyrelsen; 2018 [updated 2020-03-06]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/historik/>.
20. Svenska Intensivvårdsregistrets Årsrapport 2022. Svenska Intensivvårdsregistret; 2023.

21. Svenska Intensivvårdsregistrets Årsrapport 2021. Svenska Intensivvårdsregistret; 2022.
22. Vårdtillfälle med vårdskada – journalgranskning [Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner. 2021.
23. Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus [Internet]. Nationell Patientenkät. 2021.
24. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar [Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner. 2022.
25. Påverkbar slutenvård - antal personer 65 år och äldre [Internet]. Socialstyrelsen. 2020.
26. Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 - Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.
27. Folkhälsodata [Internet]. Folkhälsomyndigheten. 2022.
28. Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2002;177(9):492-5.

Bilaga 1: Metod för beräkning av riktvärden för antal vårdplatser

I denna bilaga presenteras Socialstyrelsens modeller för beräkning av regionala riktvärden på kort och medellång sikt. Modellerna redovisas för respektive vårdområde: somatisk vård (exklusive intensivvård (IVA)) och IVA. Beskrivningen redovisar även de källor som använts i beräkningarna.

Bilagan inleds med en övergripande beskrivning av riktvärdesmodellernas utgångspunkter följt av en genomgång av metoderna, steg för steg. Därefter redovisas de faktorer som kan göra att beräkningarna överskattar eller underskattar faktiskt vårdplatsbehov.

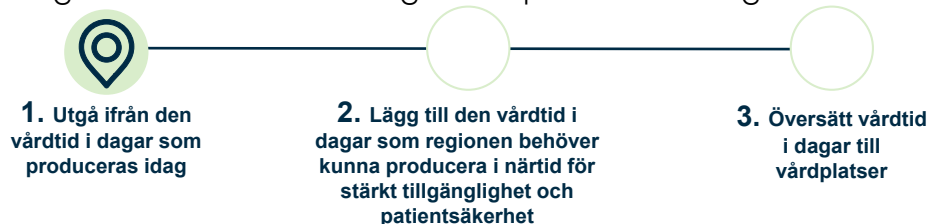
Tillvägagångssätt för att beräkna regionala riktvärden på kort sikt

Modellen för att beräkna det regionala riktvärdet på kort sikt kan delas upp i tre huvudsakliga steg:

1. Utgå ifrån den vårdtid i dagar som produceras idag i respektive region.
2. Lägg till den vårdtid i dagar som regionen behöver kunna producera i närtid för stärkt tillgänglighet och patientsäkerhet.
3. Översätt vårdtid i dagar till vårdplatser.

Somatisk vård (exkl. IVA) – beräkningen steg för steg
Metoden för hur riktvärdet beräknas för en region beskrivs nedan. Modellen tillämpas på alla regioner.

1. Utgå ifrån den vårdtid i dagar som produceras idag



Beräkna regionens producerade vårdtid i dagar: Regionens producerade vårdtid i dagar inom somatisk vård, uppdelad på planerad och oplanerad vård, hämtas från patientregistret. Regionens producerade vårdtid i dagar på IVA, uppdelat på planerad och oplanerad vård, hämtas från SIR. Den producerade vårdtiden i dagar inom IVA subtraheras från den producerade vårdtiden i dagar inom övrig somatisk vård. Beräkningen sker två gånger: en gång för oplanerad vård och en gång för planerad vård. De beräknade differenserna är regionens producerade vårdtid i dagar inom somatisk vård, exklusive IVA, för planerad respektive oplanerad vård.

Dataspecifikationer:

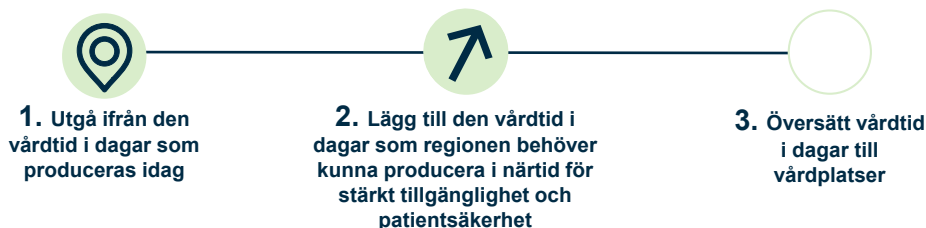
- Data avser kalenderåret 2022.
- Vårdtiden i dagar från patientregistret omfattar enbart avslutade vårdtillfällen. Detta innebär att ett vårdtillfälle som fortfarande pågår vid slutet av 2022 faller bort ur dessa data. Samtidigt tillkommer vårdtiden för ett vårdtillfälle som påbörjades 2021, men avslutades 2022.
- I patientregistret beräknas vårdtiden i dagar som differensen i dagar mellan utskrivningsdatum och inskrivningsdatum. Således exkluderas vårdtiden för vårdtillfällen där utskrivning och inskrivning sker samma dag.
- Eventuella permissioner under patientens vårdtillfälle inkluderas i data från patientregistret. För att bedöma permissionernas betydelse för slutenvårdsproduktionen har Socialstyrelsen jämfört medelvårdtiden i patientregistret med medelvårdtiden i SKR:s publika KPP-databas, vars data exkluderar hela permissionsdygn.⁶⁰ På riksnivå observeras ingen skillnad i medelvårdtid mellan databaserna och på regional nivå var skillnaden i medelvårdtid mindre än en procent för majoriteten av regionerna (11 av 19). I några fall var medelvårdtiden kortare i patientregistret än i KPP-databasen. Därmed bedöms permissionernas betydelse för riktvärdesberäkningarna vara försumbar.
- Samtliga vårdtillfällen vid psykiatriska medicinska vårdområden (MVO) exkluderas (MVO-koder som inleds med 9).
- Utöver psykiatriska MVO exkluderas även MVO anesthesi och intensivvård (MVO-kod 411). Rapporteringen på detta MVO är mycket begränsad; vårdtid finns enbart rapporterad för 3 sjukhus. Det är därför inte möjligt att med tillräckligt hög precision särskilja vårdtillfällen på IVA från vårdtillfällen inom övrig somatisk vård i patientregistret.
- Den vårdtid som subtraheras från somatisk slutenvårdsproduktion i syfte att exkludera IVA ur data, utgörs av vårdtid i dagar från SIR. Vårdtillfällen på IVA som varit kortare än ett dygn, och där patienten skrivits in på och ut från IVA från/till en annan vårdenhet på sjukhuset, exkluderas dock inte då patienten antas behöva en vårdplats reserverad på ordinarie vårdavdelning under sådana vårdtillfällen.
- Täckningsgraden för såväl patientregistret som SIR är god. Det är obligatoriskt för både offentliga och privata vårdgivare att rapportera slutenvårdsdata till patientregistret och registret är rikstäckande [19]. Enligt SIR:s årsrapport 2022 är täckningsgraden 100% för alla 83 intensivvårdsavdelningar i Sverige [20].
- Vårdtiden i dagar från SIR är till skillnad från patientregistrets vårdtid i dagar beräknad utifrån tidpunkt för in- och utskrivning, inte datum. Eftersom vårdtillfället på IVA i de flesta fall är en del av ett längre vårdtillfälle inom övrig somatisk vård inkluderas vårdtiden på IVA i den vårdtid som registreras på andra vårdområden i

⁶⁰ Jämförelsen gjordes med data från 2021 i 19 regioner. Region Gotland saknas i databasen. Region Stockholm har exkluderats ur jämförelsen då Socialstyrelsen fått uppgift om att regionens data inte är fullständig för privata vårdgivare.

patientregistrets data. Att exkludera den vårdtid på IVA som beräknats utifrån tidpunkt antas ge den mest rättvisande bilden av vårdtid för övrig somatisk vård.

- Eftersom data över somatisk vård skiljer på planerad och oplanerad vård görs även denna indelning i den IVA-vårdtid som exkluderas från övriga somatiska vårddata. I SIR definieras ett vårdtillfälle som planerat om det är känt minst tolv timmar innan det inleds. I patientregistret räknas ett vårdtillfälle som planerat om en tid har avtalats för vårdtillfället. De skilda definitionerna kan medföra att indelningen i planerad och oplanerad vård inte alltid speglar arbetet i praktiken. Detta bedöms dock ha mycket begränsad påverkan på beräkningen av riktvärden.
- Uttag från patientregistret gjordes 14 april 2023. Uttaget innefattade alla beräkningens datapunkter där patientregistret är datakälla.
- Uttag från SIR gjordes 5 april 2023. Uttaget innefattade alla beräkningens datapunkter där SIR är datakälla.

2. Lägg till den vårdtid i dagar som regionen behöver kunna producera i närtid för tillgänglighet och patientsäkerhet



a) Beräkna regionens behov av att producera mer planerad vård för att beta av regionens kö: Regionens totala antal väntande över 90 dagar på planerade operation eller åtgärd inom slutenvården hämtas från SKR:s väntetidsdatabas. Regionens medelvårdtid inom planerad somatisk slutenvård exklusive IVA hämtas från patientregistret. Antalet väntande multipliceras med medelvårdtiden. Produkten är den extra vårdtid (mätt i dagar) som utgör behovet av ökad produktion för att beta av regionens kö. Eftersom riktvärdet utgår ifrån att kön betas av på ett år, inkluderas alla dessa dagar i beräkningen av regionens totala slutenvårdsproduktionsbehov för året.

b) Beräkna regionens behov av att producera mer planerad vård för att balansera inflödet till och utflödet från regionens vårdkö: Regionens totala antal väntande över 90 dagar vid årets början och årets slut hämtas från SKR:s väntetidsdatabas. Regionens medelvårdtid inom planerad somatisk slutenvård hämtas från patientregistret. Antal väntande vid årets början (januari 2022) subtraheras från antal väntande vid årets slut (december 2022) för att beräkna den sammantagna förändringen i kö under året. Differensen multipliceras med medelvårdtiden. Produkten är den extra vårdtiden i dagar som utgör behovet av ökad produktion för att beta av regionens kö. Beräkningen görs även för väntande över 60 dagar för jämförelse.

Dataspecifikationer:

- Inför beräkningarna hämtades data över antal väntande till operation/åtgärd inom planerad slutenvård från SKR:s väntetidsdatabas och stämdes av med samtliga regioner, varpå några regioner korrigerade uppgifterna. För några regioner saknades data. Nedan specificeras de datakällor som slutgiltigt använts:
 - För 11 av 21 regioner utgår uppgifter om antal väntande till operation/åtgärd inom planerad slutenvård ifrån regionernas inrapporterade siffror till SKR:s väntetidsdatabas.
 - För 6 av 21 regioner utgår uppgifter om antal väntande till operation/åtgärd inom planerad slutenvård från uppgifter som regionerna delgivit Socialstyrelsen på förfrågan. Generellt sågs små skillnader mellan dessa uppgifter och de som regionerna rapporterat till väntetidsdatabasen.
 - För 4 regioner fanns inga, eller enligt regionen felaktiga, uppgifter om antal väntande till operation/åtgärd inom planerad slutenvård i SKR:s väntetidsdatabas och regionen hade inte möjlighet att delge Socialstyrelsen korrekta uppgifter. Uppgifterna uppskattas därför utifrån ett antagande om hur regionens totala antal väntande över 90 dagar till åtgärd/operation inom specialiserad planerad vård fördelas mellan öppen- och slutenvård. Den genomsnittliga fördelningen mellan öppen- och slutenvård bland totala antalet väntande över 90 dagar i övriga regioner användes som grund för antagandet.
- Samtliga operationer eller åtgärder som omfattas av vårdgarantin ska enligt instruktion till regionerna inkluderas i den väntetidsdata som används.
- Beräkningen utgår ifrån ett antagande om att medelvårdtiden för patienter som väntar på åtgärd inom slutenvården i över 90 dagar kommer vara lika lång som för patienter som erhåller planerad slutenvård inom 90 dagar. Därtill antas att alla väntande kommer att vårdas på somatisk vårdavdelning under hela sitt vårdtillfälle samt att ingen person faller bort ur kön.
- De patienter som inte omfattas av vårdgarantin finns inte med i väntetidsdata. Detta innefattar exempelvis patienter som tackar nej till ett erbjudande om vård hos en annan vårdgivare (patientvald väntan) eller som av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser (medicinskt orsakad väntan).
- Initialt uttag gjordes från SKR:s väntetidsdatabas den 17 mars 2023 via den nationellt tillgängliga hemsidan. Uppgifterna stämades av och kompletterades med hjälp av regionerna under perioden 17 mars–14 april.
- Sedan april 2023 redovisar SKR inte längre väntetidsdata utifrån vårdform. Den data som nu visas på den publika utökade uppföljningen av specialiserad vård avser väntande inom både öppen- och slutenvård.

c) Beräkna regionens behov av att producera mer oplanerad vård för att minska vistelsetiden på akutmottagningar för slutenvårdspatienter: Antalet besök på akutmottagning som lett till inskrivning, och där vistelsetiden på akutmottagning varit längre än fyra timmar, hämtas från patientregistret. Detta värde multiplicerat med 0,5 är den extra vårdtid i dagar som inkorporeras i beräkningen för att räkna upp avdelningarnas slutenvårdsproduktion med det behov som ses till följd av att patienter som ska skrivas in väntar på akutmottagningen. Beräkningen görs med utgångspunkt i en genomförd analys av samtliga vårdtillfällen för 2019 och 2022 på ett av Stockholms akutsjukhus. Analysen visade att ungefär hälften av alla slutenvårdspatienter som vistats på akutmottagningen i mer än fyra timmar väntade så pass länge från inskrivningsbeslut till avtransport till vårdavdelning att det kan antas att de vårdats på akutmottagningen för att det vid tillfället saknats en vårdplats. Genom att addera en vård dag för dessa besök (det vill säga hälften av alla akutmottagningsbesök som lett till inskrivning där patienten väntat mer än fyra timmar) skattas den produktion som hade behövt tillhandahållas på vårdavdelning.

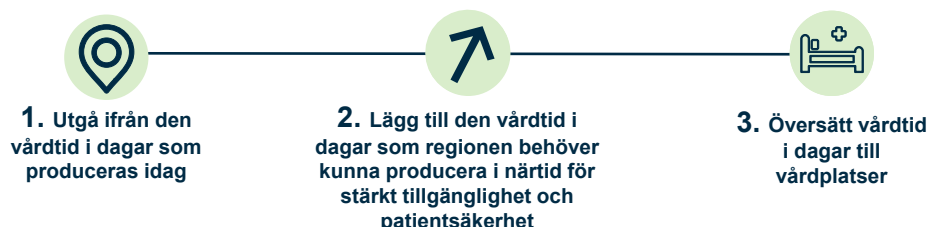
Dataspecifikationer:

- Enbart besök som lett till inskrivning på ett MVO inom somatisk vård under samma dag eller dagen därefter inkluderas i analysen

d) Beräkna den uppräknade vårdtiden i dagar för planerad vård: Regionens producerade vårdtid i dagar för planerad vård från *steg 1* adderas med den extra vårdtiden i dagar som behöver produceras för att beta av regionens kö från *steg 2.a)* och den extra vårdtiden i dagar som behöver produceras för att balansera köns inflöde och utflöde från *steg 2.b)*. Summan är den skattade vårdtiden i dagar för planerad vård som regionen behöver kunna producera.

e) Beräkna den uppräknade vårdtiden i dagar för oplanerad vård: Regionens producerade vårdtid i dagar för oplanerad vård från *steg 1* och den extra vårdtiden i dagar som behöver produceras för att minska vistelsetiden på akutmottagning från *steg 2.c)* summeras. Summan är den skattade vårdtiden i dagar för oplanerad vård som regionen behöver kunna producera.

3. Översätt vårdtid i dagar till vårdplatser



a) Beräkna vårdplatsbehovet för planerad vård: Regionens uppräknade vårdtid för planerad vård från *steg 2.d)* divideras med 365 för att fördela vårdtiden över årets dagar. I realiteten utförs inte planerad vård på årets samtliga dagar, utan viss neddragning görs under exempelvis helger och

semesterperioder. Eftersom riktvärdet är ett årligt genomsnitt, beräknas dock även det genomsnittliga vårdproduktionsbehovet som ett årsgenomsnitt. Denna kvot divideras sedan med 95 procent; riktvärdet för genomsnittlig beläggningsgrad i planerad vård. Kvoten utgör regionens vårdplatsbehov för planerad vård.

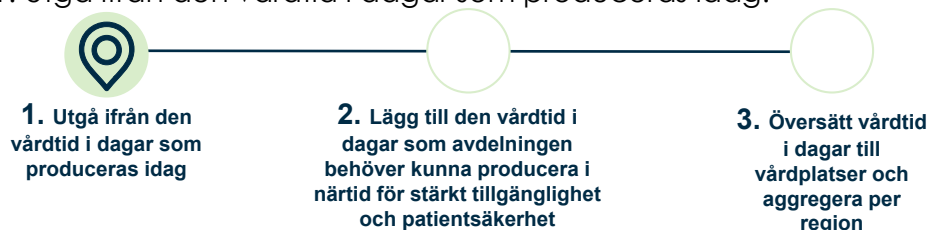
b) Beräkna vårdplatsbehovet för oplanerad vård: Regionens uppräknade vårdtid för oplanerad vård från *steg 2.e)* divideras med 365 för att fördela vårdtiden över årets dagar. Denna kvot divideras sedan med 85 procent; riktvärdet för genomsnittlig beläggningsgrad i oplanerad vård. Kvoten utgör regionens vårdplatsbehov för oplanerad vård.

c) Beräkna riktvärdet på kort sikt: Regionens vårdplatsbehov för planerad vård adderas till regionens vårdplatsbehov för oplanerad vård. Summan är regionens riktvärde inom somatisk slutenvård, exklusive IVA, på kort sikt.

IVA – beräkningen steg för steg

Tillämpningen av beräkningsmodellen på IVA innebär att vårdplatsbehovet skattas för varje IVA i en region, för att därefter aggregeras till ett regionalt riktvärde. Modellen tillämpas på samma sätt för alla regioner, med olika beläggningsgrad beroende på respektive avdelnings storlek. Nedan följer en beskrivning av beräkningen steg för steg.

1. Utgå ifrån den vårdtid i dagar som produceras idag:

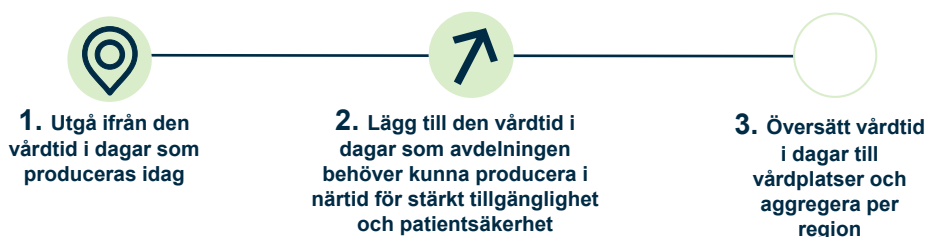


Beräkna regionens producerade vårdtid i dagar: Den totala vårdtiden i dagar som producerats vid respektive avdelning under perioden april 2022-mars 2023 hämtas från SIR.

Dataspécifikationer:

- Vårdtid i dagar benämns i SIR *vårddygn*, och beräknas som tidpunkt för utskrivning - tidpunkt för inskrivning.
- Vårdtiden i dagar i SIR innefattar enbart vårdtillfällen som avslutats under tidsperioden.
- Uttag från SIR gjordes 21 april 2023. Uttaget innefattade alla beräkningens datapunkter där SIR är datakälla.
- SIR:s slutenvårdsproduktion inkluderar intensivvård inom tre vårdtyper: allmän IVA (inklusive ECMO, neurologisk IVA, medicinsk IVA och brännskade-IVA), thorax-IVA och barn-IVA.
- Vissa avdelningar rapporterar även in post-operativ och övrig vård till SIR, men eftersom denna vård inte uppfyller SIR:s definition av intensivvård så räknas den inte med i slutenvårdsproduktionen även om den i vissa fall ges på en avdelning som bedriver intensivvård.
- Under början av 2022 kan vissa intensivvårdsavdelningar fortfarande ha påverkats av covid-19-pandemin. Därför har Socialstyrelsen valt att utgå ifrån data för en period som inte inkluderar de första tre månaderna av 2022. I dialog med SIR har Socialstyrelsen dock observerat följande:
 - För två avdelningar⁶¹ saknas komplett data för januari till mars 2023. Slutenvårdsproduktion för kalenderåret 2022 används därför för dessa två avdelningar.
 - För två avdelningar⁶² saknas data för februari till mars 2023. Slutenvårdsproduktionen från perioden februari 2022 till januari 2023 används därför för dessa två avdelningar.
- För nio avdelningar⁶³ saknas data för mars 2023. Slutenvårdsproduktion från mars 2022 till februari 2023 används för dessa nio avdelningar.

2. Lägg till den vårdtid i dagar som avdelningen behöver kunna producera i närtid för stärkt tillgänglighet och patientsäkerhet



a) Beräkna den extra vårdtiden i dagar som behöver produceras för att undvika överflyttningar på grund av resursbrist: Avdelningens antal överflyttningar på grund av resursbrist hämtas från SIR för kalenderåret 2022. Det är inte möjligt att avgöra hur mycket ytterligare vårdtid som hade producerats på aktuell vårdavdelning om överflyttningarna inte gjorts,

⁶¹ K Solna TIVA och Örebro TIVA

⁶² K Solna ECMO och SUS Lund TIVA

⁶³ Ersta, Falun, Karlskoga, K Huddinge IVA, Lindsberg, Mora, SU Östra INF, SUS Lund NIVA och Uppsala BRIVA

eftersom överflyttning sker i olika skeden av vårdtillfället vid olika fall. Eftersom vårdtillfällen på IVA är korta i genomsnitt (46 procent var under ett dygn långa 2022) antas att det i genomsnitt hade krävts vårdtid motsvarande en dag per vårdtillfälle för att undvika överflyttning. Antagandet har utformats i dialog med sakkunniga inom intensivvård.

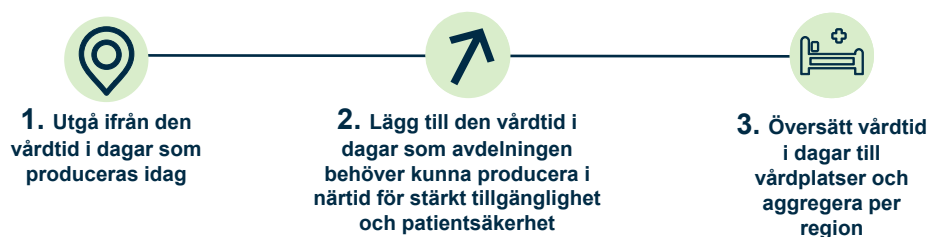
b) Beräkna behovet av att producera ytterligare vårdtid sett till förekomsten av oplanerade återinläggningar inom 72 timmar: Avdelningens antal oplanerade återinläggningar inom 72 timmar hämtas från SIR för kalenderåret 2022. Det är inte möjligt att avgöra i vilken utsträckning ytterligare vårdtid vid ursprungligt vårdtillfälle på IVA hade kunnat påverka återinskrivningen och dess längd, men det antas vara en indikation på ett behov av att till viss del förlänga vårdtiden på IVA. För varje återinläggning räknas därför slutenvårdsproduktionen upp med vårdtid motsvarande en dag. Antagandet har utformats i dialog med sakkunniga inom intensivvård.

Dataspecifikationer:

- Till kvalitetsindikatorn överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist räknas enbart de patienter som har utskrivningsorsak resursbrist, och ej ”medicinsk indikation” eller ”hemmahörande där”. Enligt SIR:s definition råder resursbrist när det finns fler patienter under eller i behov av intensivvård än det finns disponibla, lediga vårdplatser vid den aktuella tidpunkten.
- Kvalitetsindikatorn oplanerade återinläggningar inom 72 timmar till samma IVA avser totalt antal vårdtillfällen där det skett en oplanerad återinläggning inom 72 timmar från utskrivning, och tar inte hänsyn till om en patient återinlagts flera gånger.
- Båda kvalitetsindikatorerna har enligt SIR:s årsrapport 2021 100% täckningsgrad [21].
- Data för dessa två kvalitetsindikatorer har hämtats för samma period som respektive avdelnings slutenvårdsproduktion.

c) Beräkna den uppräknade vårdtiden i dagar: Avdelningens producerade vårdtid i dagar från *steg 1* adderas med den extra vårdtid i dagar som behöver produceras sett till förekomsten av överflyttningar respektive återinläggningar från stegen ovan. Summan är antalet den uppräknade vårdtiden i dagar.

3. Översätt vårdtid i dagar till vårdplatser och aggregera per region



a) Beräkna vårdplatsbehovet för IVA: Avdelningens uppräknade vårdtid i dagar från *steg 2.c)* divideras med 365 för att fördela den över årets dagar. Kvoten divideras sedan med det riktvärde för genomsnittlig belägningsgrad som motsvarar avdelningens storlek (se avsnittet *Förslag på riktvärden*). Kvoten utgör avdelningens vårdplatsbehov.

b) Ta fram alternativt riktvärde om skattat vårdplatsbehov är lägre rekommenderad minsta avdelningsstorlek: Riktlinjerna för svensk intensivvård rekommenderar att en avdelning har minst sex vårdplatser för organisatorisk effektivitet. De enheter vars riktvärde är lägre än sex vårdplatser får ytterligare ett riktvärde, om sex vårdplatser.

c) Beräkna regionens riktvärde, utifrån enbart beräkningsmodellens resultat: Riktvärdena för alla avdelningar i regionen som beräknats i *steg 3.a)* summeras. Summan är regionens riktvärde på kort sikt för IVA.

d) Beräkna regionens riktvärde med hänsyn tagen till rekommendation om minsta avdelningsstorlek: Riktvärdena för alla avdelningar i regionen som beräknats i *steg 3.b)* summeras. Summan är regionens riktvärde på kort sikt för IVA, med hänsyn tagen till minsta avdelningsstorlek om sex vårdplatser.

Tillvägagångssätt för att beräkna regionala riktvärden på medellång sikt

Metoden för att beräkna ett regionalt riktvärde på medellång sikt kan delas upp i fyra huvudsakliga steg.

1. **Skapa jämförbarhet mellan regionerna om nuvarande behov av slutenvårdsproduktion:** Det första steget utgår ifrån den vårdtid i dagar exklusive IVA som varje region producerar. Denna justeras sedan för hur mycket vård regionen köpt från, respektive sålt till, andra regioner. Den extra slutenvårdsproduktion som avser behovet av att balansera inflöde och utflöde till kö och minska vistelsetid på akutmottagning läggs sedan till. Behovet av extra slutenvårdsproduktion för att beta av köer anses vara ett kortsiktigt behov och beaktas därför inte. För att göra vårdtiden jämförbar justeras den sedan för regionens befolkningens mängd.

2. **Vilken region kan möta invånarnas vårdbehov med lägst slutenvårdsproduktion?** Varje regions justerade vårdtid i dagar jämförs. Den region som producerar lägst vårdtid i dagar per invånare, och samtidigt visar goda utfall för ett antal kvalitetsindikatorer, väljs som utgångspunkt för nästkommande två steg.
3. **Använd regionen med lägst slutenvårdsproduktion som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar:** Vårdtiden i dagar som efter jämförelse var lägst, justeras upp eller ned utifrån varje regions förutsättningar. De faktorer som justeras för är befolkningsmängd, ålderssammansättning och köpt/såld vård.
4. **Översätt vårdtid i dagar till vårdplatser:** Den vårdtid i dagar som justerats för varje region i steget innan fördelas över årets dagar. Utifrån en önskvärd beläggningsgrad beräknas varje regions riktvärde.

Medellång sikt somatisk vård – beräkningen steg för steg
 Beräkningarna i modellen bygger på de som utförs i modellen för riktvärden på kort sikt. För att få en fullständig bild av modellen för riktvärden på medellång sikt behöver därför metodbeskrivningen för riktvärdet på kort sikt (ovan) läsas först.

1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna om nuvarande behov av slutenvårdsproduktion



a) Beräkna varje regions konsumerade vårdtid i dagar för somatisk vård, exkl. IVA: Regionens konsumerade vårdtid i dagar, uppdelad på planerad respektive oplanerad vård, hämtas från patientregistret. Med konsumerad vård avses total vårdtid i dagar för patienter vars hemvistort finns i regionen, oavsett var vården producerats. För ett fåtal patienter (1 procent av rikets totala vårdtid i dagar 2022) saknas hemvistort i statistiken, vilket innebär att deras vårdkonsumtion inte kan hänföras till någon region. Den totala vårdtiden i dagar för dessa patienter fördelas över regionerna utifrån befolkningsmängd (fördelningsnyckeln utgörs av kvoten mellan regionens och rikets befolkningsmängd, baserat på SCB:s statistik för 2022). Därefter exkluderas IVA, genom att data över varje regions konsumerade vårdtid i dagar på IVA, uppdelad på planerad och oplanerad vård, hämtas från SIR och subtraheras från regionens totala konsumerade vårdtid i dagar. Beräkningens görs separat för planerad respektive oplanerad vårdtid i dagar. Vårdtiden för IVA-vårdtillfällen som varat i mindre än ett dygn och där patienten skrivits in från och ut till en annan vårdenhet på sjukhuset, exkluderas inte från data eftersom patienten vid sådana vårdtillfällen antas behöva en vårdplats reserverad på ordinarie vårdavdelning.

Dataspécifikationer:

- Den konsumerade vårdtiden i dagar på IVA har kopplats till respektive region utifrån patienternas hemlän
- I övrigt gäller samma specifikationer av data från patientregistret och SIR som beskrivs i avsnittet *Somatisk vård (exkl. IVA) – beräkningen steg för steg*.

b) Beräkna regionens produktionskvot för planerad respektive oplanerad vård: För att beskriva relationen mellan hur mycket slutenvård en region köper respektive säljer från andra regioner beräknas en så kallad produktionskvot. Regionens konsumerade vårdtid i dagar divideras med den producerade vårdtiden i dagar, båda från patientregistret. Beräkningen görs separat för planerad respektive oplanerad vårdtid i dagar. Kvoterna utgör regionens produktionskvoter för planerad respektive oplanerad vård. Kvoter över 1 visar att regionen konsumerar mer vård än den producerar, vilket innebär att den köper mer vård än den säljer, och vice versa.

c) Produktionsstandardisera regionens vårdtid i dagar för planerad vård: Regionens producerade vårdtid i dagar för planerad vård (exklusive IVA) och regionens behov av extra slutenvårdsproduktion för att balansera inflöde och utflöde till kö hämtas från beräkningarna på kort sikt. Den producerade vårdtiden i dagar multipliceras med regionens produktionskvot för planerad vård. Sedan adderas regionens behov av extra slutenvårdsproduktion för att balansera inflöde och utflöde till kö. Summan är regionens produktionsstandardiserade vårdtid i dagar för planerad vård.

d) Produktionsstandardisera regionens vårdtid i dagar för oplanerad vård: Regionens producerade vårdtid i dagar för oplanerad vård (exklusive IVA) och regionens behov av extra slutenvårdsproduktion för att minska vistelsetider på akutmottagning hämtas från beräkningarna på kort sikt. Den producerade vårdtiden i dagar multipliceras med regionens produktionskvot för planerad vård. Sedan adderas regionens behov av extra slutenvårdsproduktion för att minska vistelsetider på akutmottagning. Summan är regionens produktionsstandardiserade vårdtid i dagar för oplanerad vård.

e) Beräkna regionens produktionsstandardiserade vårdtid i dagar per 1 000 invånare: Regionens befolkningsmängd för 2022 hämtas från SCB. Regionens produktionsstandardiserade vårdtid i dagar för planerad respektive oplanerad vård från *steg 1.c)* och *steg 1.d)* divideras med regionens befolkningsmängd. Kvoterna multipliceras var för sig med 1 000. Produkterna är regionens produktionsstandardiserade vårdtid i dagar för planerad respektive oplanerad vård per 1 000 invånare. Summan av dessa två värden är regionens totala antal produktionsstandardiserade vårdtid i dagar per 1 000 invånare, vilket kan jämföras mellan regioner.

Dataspecifikationer:

- Beräkningen bygger på ett antagande om att de ingångsvärden som används för att räkna upp behovet av slutenvårdsproduktion på kort sikt (inflöde och utflöde till köer inom planerad slutenvård och vistelsetider på akutmottagning för slutenvårdspatienter) kvarstår på medellång sikt, med undantag för behov av produktionsökning för att beta av köer.
- Uttag gjordes 20 april 2023 från SCB:s nationellt tillgängliga statistik

2. Vilken region kan möta invånarnas vårdbehov med lägst slutenvårdsproduktion?



a) Jämför regionernas produktionsstandardiserade vårdtid i dagar per 1 000 invånare och välj regionen med lägst värde: *Steg 1* genomförs för alla regioner, varpå alla regioners produktionsstandardiserade vårdtid i dagar per 1000 invånare jämförs. Den region som har lägst produktionsstandardiserad vårdtid i dagar – för 2022 Region Östergötland – används som utgångspunkt för kommande steg i beräkningarna. Sammanfattningsvis är de siffror från Region Östergötland som används som utgångspunkt 1) justerade för att regionen producerar mer vård än invånarna konsumerar och 2) uppräknade för det uppskattade behovet av ytterligare slutenvårdsproduktion för att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet i regionen (enligt metod i modellen för riktvärden på kort sikt).

b) Säkerställ att den region som valts som utgångspunkt inte producerar en mindre god vård än andra regioner: Genom att undersöka regionens resultat i ett antal översiktliga och publika kvalitetsindikatorer, jämfört med övriga regioners genomsnittliga resultat, säkerställs att den relativt låga slutenvårdsproduktionen inte innebär sämre resultat än i andra regioner.

Dataspecifikationer:

- De kvalitetsindikatorer med direkt koppling till slutenvården som undersökts är (för dessa har data från Vården i siffror använts):
 - andelen vårdtillfällen där patienten har fått en vårdskada (undvikbar skada) [22],
 - positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus [23],
 - andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar [24], och
 - vårdtillfällen med påverkbar slutenvård - 65 år och äldre [25].
- Därtill har några mer översiktliga bakgrundsfaktorer undersökts (för dessa har data sammanställd av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys och Folkhälsomyndigheten använts):
 - Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder [26]
 - Självskattad hälsa [26]
 - Hälsogap (skillnaden (i procentenheter) i andelen som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan personer som är friska och personer som har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem) [26]
 - Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet [26]
 - Förtida dödlighet [27]

3. Använd regionen med lägst slutenvårdsproduktion som utgångspunkt (härefter "Regionstandarden") och justera för varje regions förutsättningar



a) Beräkna varje regions behov av slutenvårdsproduktion utifrån Regionstandarden, före justering för regionala förutsättningar

Regionstandardens totala värdtid i dagar från *steg 2.a*) fördelas i planerad respektive oplanerad vård för varje region, utifrån regionens fördelning mellan planerad och oplanerad värdtid i dagar. Resultatet är regionens behov av planerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt före justering av regionala förutsättningar, uppdelat i planerad respektive oplanerad vård.

Dataspecifikationer:

- Beräkningen antar att regionernas fördelning av oplanerad respektive planerad vård är oförändrad om fem år.

b) Justera varje regions behov av slutenvårdsproduktion utifrån produktionskvoten: Varje regions behov av planerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt före justering för regionala förutsättningar från *steg 3.a)* divideras med regionens produktionskvot för planerad vård från *steg 1.b)*. Kvoten utgör regionens behov av planerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt justerad för köpt/såld vård, men före justering för ålderssammansättning och befolkningsmängd. Motsvarande beräkning görs för oplanerad vård, då med framräknad produktionskvot för oplanerad vård.

c) Beräkna varje regions åldersjusterande faktor: Varje regions befolkning per åldersgrupp⁶⁴ för 2022 hämtas från SCB. För Regionstandardens hämtas konsumerad vårdtid i dagar per åldersgrupp för 2022 från patientregistret. Regionstandardens konsumerade vårdtid i dagar för varje åldersgrupp divideras med befolkningsmängden för respektive åldersgrupp. Kvoten är Regionstandardens vårdtid i dagar per invånare och åldersgrupp, vilken används som utgångspunkt för samtliga regioner. I nästa steg multipliceras denna med varje regions befolkningsmängd för respektive åldersgrupp för att få fram regionens sammanlagda vårdtid i dagar per åldersgrupp. Vårdtiden summeras för alla åldersgrupper, vilket ger regionens totala vårdtid i dagar, och divideras med regionens befolkningsmängd för att få fram vårdtiden i dagar per invånare. Regionens vårdtid i dagar per invånare divideras med Regionstandardens vårdtid i dagar per invånare. Kvoten är regionens åldersjusterande faktor.

Dataspecifikationer:

- Beräkningen antar att skillnader mellan regioner i ålderssammansättning förblir oförändrade på 5 års sikt.
- Uttag från SCB gjordes 20 april 2023 från myndighetens nationellt tillgängliga databas.
- Uttag från patientregistret gjordes 14 april 2023.

d) Justera varje regions behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion utifrån åldersjusterande faktor: Varje regions behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt före justering för ålderssammansättning och befolkningsmängd från *steg 2.b)* multipliceras med regionens åldersjusterande faktor från föregående steg. Produkterna är regionens behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion före justering för befolkningsmängd.

e) Justera varje regions behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion utifrån prognostiserad befolkningsmängd: Varje regions prognostiserade befolkningsmängd för 2027 hämtas från SCB. Regionens framräknade befolkningsmängd multipliceras med dess behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion före justering för befolkningsmängd från föregående steg. Produkterna divideras med 1 000.

⁶⁴ Åldersgrupperna är femårsgrupper upp till 85 år. Alla över 85 inkluderas i samma åldersgrupp.

Kvoten är regionens behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt, justerad för regionala förutsättningar.

Dataspecifikationer:

- För att ta hänsyn till både skillnader och förändringar i befolkningsstorlek på medellång sikt, används en prognostiserad befolkningsmängd för 2027 hämtad från SCB.
- Prognosen tar ingen hänsyn till planerat bostadsbyggande, företagsetableringar eller andra framtida mål och förutsättningar i regionerna. Den utgår ifrån de senaste nio årens befolkningsutveckling och antar att samma utveckling fortsätter fram tills 2027.
- I beräkningen antas att de genomsnittliga vårdbehoven i respektive åldersgrupp är oförändrade om fem år, men att tidsperioden är tillräckligt lång för att förändringar i arbetssätt ska få genomslag i vårdplatsbehov.
- Uttag gjordes 20 april 2023 från SCB:s nationellt tillgängliga databas.

4. Översätt vård dagar till vårdplatser



a) Beräkna vårdplatsbehovet för planerad vård: Varje regions behov av planerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt från *steg 2.e)* divideras med 365 för att fördela vårdtiden över årets dagar. Denna kvot divideras sedan med 95 procent; riktvärdet för genomsnittlig belägningsgrad i planerad vård. Kvoten är regionens vårdplatsbehov för planerad vård på medellång sikt.

b) Beräkna vårdplatsbehovet för oplanerad vård: Varje regions behov av oplanerad slutenvårdsproduktion på medellång sikt från *steg 2.e)* divideras med 365 för att fördela vårdtiden över årets dagar. Denna kvot divideras sedan med 85 procent; riktvärdet för genomsnittlig belägningsgraden i oplanerad vård. Kvoten är regionens vårdplatsbehov för oplanerad vård på medellång sikt.

c) Beräkna riktvärdet på medellång sikt: Varje regions vårdplatsbehov för planerad vård adderas till regionens vårdplatsbehov för oplanerad vård. Summan är regionens riktvärde på medellång sikt inom somatisk slutenvård, exklusive IVA.

Medellång sikt IVA – beräkningen steg för steg

Riktvärdet på medellångsikt för IVA följer inte samma fyra steg som ovan. Riktvärdet beräknas istället utifrån riktvärdet på kort sikt, justerat för prognostiserad befolkningsmängd 2027. Metoden beskrivs nedan:

1. Justera vårdplatserna utifrån prognostiserad befolkningsförändring

Regionens prognostiserade befolkningsmängd för 2027 och nuvarande befolkningsmängd hämtas från SCB. Regionens riktvärde på kort sikt för IVA hämtas från tidigare beräkningar. Regionens riktvärde divideras med nuvarande befolkningsmängd. Kvoten multipliceras med prognostiserad befolkningsmängd. Produkten är regionens riktvärde för IVA på medellång sikt.

Faktorer som kan göra att riktvärdena över- eller underskattar vårdplatsbehovet

Riktvärdesmodellen har utvecklats för att uppskatta regionernas vårdplatsbehov på ett så rättvisande sätt som möjligt utifrån den data som finns tillgänglig idag. Kända brister i datas kvalitet har i möjligaste mån hanterats genom att validera datapunkter, komplettera med inhämtning av data direkt från regioner och anpassa beräkningar på ett sätt som minimerar bristernas påverkan på resultatet.

Trots detta kvarstår ett antal faktorer som kan bidra till att överskatta eller underskatta det faktiska vårdplatsbehovet. Beskrivningen nedan syftar till att ge en översikt över dessa faktorer. Sammantaget bedöms faktorerna inte påverka riktvärdena i någon större utsträckning, men de kan innebära behov av uppdaterad beräkning sedan riktvärdena fått verka en tid i vården och i takt med att nationellt tillgängliga vårdplatsdata stärks.

- **Nuvarande slutenvårdsproduktion kan vara lägre än önskvärt till följd av den ansträngda vårdplatssituationen, men även högre än nödvändigt till följd av att bland annat processer vid in- och utskrivning kan bli mer ineffektiva vid en vårdplatsbrist.**
 - Som beskrivits i rapporten väntas medelvårdtider inom vissa vårdområden förlängas vid en kapacitetsökning som förbättrar tillgången till vårdplatser. Detta är en önskvärd utveckling i de fall som vårdplatsbrist gör att patienter har kortare vårdtider än vad som är ändamålsenligt. På samma sätt kan inskrivningsfrekvensen förväntas bli högre om antalet disponibla vårdplatser ökar, vilket också kan utgöra en önskvärd utveckling. Beräkningen av riktvärden fångar exempelvis inte de besök på akutmottagning som inte lett till inskrivning, men där ansvarig läkare hade valt att skriva in patienten om vårdplats funnits tillgänglig. Det faktiska vårdplatsbehovet vid ändamålsenlig inskrivningsfrekvens och ändamålsenliga vårdtider kan således vara något högre än riktvärdenas uppskattning.
 - Å andra sidan medför nuvarande ansträngda vårdplatssituation viss ineffektivitet som kan ge upphov till mer slutenvårdsproduktion än

nödvändigt. En situation där erfaren personal behöver tillbringa mycket tid med att flytta patienter och bedöma möjligheter att skriva ut patienter tidigare än planerat på grund av vårdplatsbrist, skapar ineffektiva processer som riskerar att förlänga vårdtider.

- Överbeläggningar och utlokaliseringar är även förknippade med högre risk för vårdskador, vilket i sin tur ökar risken för förlängda vårdtillfällen och återinskrivningar. Faktiskt vårdplatsbehov i en situation där dessa risker minimeras kan således vara lägre än riktvärdenas uppskattning (se *Bilaga 4 s. 23*).
- **Datakällornas definitioner av vårdtid i dagar medför risk för såväl över- som underskattning av vårdplatsbehovet inom somatisk vård, och risk för mindre underskattning av vårdplatsbehovet inom IVA.**
 - Vårdtiden i dagar i patientregistret beräknas utifrån skillnaden mellan datum för utskrivning och datum för inskrivning. Det innebär att vårdtillfällen där in- och utskrivning sker samma dag faller bort ur data. Längden på vårdtillfällen som avslutats vid ett tidigare klockslag på dagen än när det som det inleddes vid överskattas något, och omvänt för vårdtillfällen som avslutas vid ett senare klockslag än när de inleddes. Detta medför att riktvärdena kan såväl över- som underskatta faktiskt vårdplatsbehov. Skillnader i inskrivning/utskrivningstider från sjukhus förväntas balansera ut varandra, och in- och utskrivning samma datum är ovanligt eftersom dessa patienter normalt hanteras inom öppen vård. Därigenom antas effekten inte ha någon större betydelse för riktvärdets träffsäkerhet, och påverka regionernas riktvärden i samma utsträckning.
 - Vårdtiden i dagar på IVA som rapporteras via SIR beräknas utifrån tidpunkt för in- och utskrivning. Detta ger den effektiva vårdtiden för varje patient, men tar inte hänsyn till eventuell bytestid mellan patienter. Det är rimligt att anta att varje patient i praktiken kräver något längre tid än vad som inkluderats i beräkningen, och att vårdplatsbehovet för IVA i detta avseende är något underskattat. Utifrån en jämförelse som har gjorts mellan data om belagda vårdplatser och summan av vårdtid i dagar (dividerat med 365) från SIR förväntas underskattningen av vårdplatsbehovet vara försumbar.
 - Vårdtiden i dagar i patientregistret innehåller permissioner. Dessa bedöms efter jämförelse mellan patientregistret och KPP-databasen ha en försumbar påverkan på riktvärdena, men kan medföra en mindre överskattning av vårdplatsbehovet.
- **Data över väntetider till planerad vård är inte fullständig, vilket medför risk för såväl över- som underskattning av vårdplatsbehovet för att stärka tillgängligheten till planerad vård.**
 - I vissa regioner samlas inte fullständiga väntetidsdata in från privata vårdgivare. Det kan innebära att de som väntar på åtgärd hos en privat vårdgivare inte inkluderas i beräkningen, vilket underskattar vårdplatsbehovet. I de fall privata vårdgivare inte rapporterar genomförda åtgärder kan det dock även leda till att statistiken överrapporterar antalet väntande till åtgärd, vilket överskattar vårdplatsbehovet. Betydelsen av detta för riktvärdesberäkningen bedöms dock vara begränsad. Privata vårdgivare med slutenvårdsplatser finns i nio regioner, varav de står för

mindre än fyra procent av vårdplatserna i åtta regioner. Socialstyrelsen saknar uppgift om hur många av dessa som inte rapporterar till väntetidsdatabasen men det rör endast en andel. I Region Stockholm står privata vårdgivare för en större andel av vårdplatserna, 35 procent, och påverkan skulle därmed kunna vara större för denna region, men det är inte möjligt att säga huruvida det sammantaget riskerar att leda till en överskattning eller en underskattning av vårdplatsbehovet [16].

- I riktvärdesberäkningen för IVA görs ingen uppräknig av slutenvårdsproduktionen utifrån kö till planerad vård. Eftersom en mindre andel av de patienter som väntar på åtgärd/operation inom slutenvården sannolikt kommer att behöva vårdplats på IVA, medför detta en mindre underskattning av vårdplatsbehovet på IVA.
- Data över medelvårdtiden för patienter som väntat i över 90 dagar på planerad operation eller åtgärd inom slutenvården saknas, och beräkningen utgår därför ifrån ett antagande om att denna är lika lång som medelvårdtiden för planerade vårdtillfällen som sker inom 90 dagar. Detta kan innebära antingen en viss underskattning eller en överskattning av vårdplatsbehovet.
- **Riktvärdesberäkningen överskattar sannolikt det vårdplatsbehov inom IVA som ses till följd av återinläggningar och överflyttningar.**
 - För IVA görs en uppräknig av vårdplatsbehovet utifrån förekomsten av återinläggningar, för att spegla att indikatorn visar på ett behov av förlängd vårdtid vid ursprungligt vårdtillfälle. Det är dock okänt i vilken utsträckning det är ändamålsenligt att förlänga dessa vårdtillfällen. Under förutsättning att ytterligare vårdtid på IVA vid ursprungligt vårdtillfälle minskar risker för återinläggning, eller förkortar vårdtiden vid återinläggning, innebär även beräkningen att vårdplatsbehovet överskattas, eftersom utökad kapacitet förväntas leda till minskad total vårdtid.
 - För varje överflyttning till annan IVA på grund av resursbrist som en avdelning haft räknas slutenvårdsproduktionen upp med vårdtid motsvarande en dag. Eftersom vårdtiden för den del av vårdtillfället som kvarstår efter överflyttning inkluderas i statistiken för den avdelning som tar emot överflyttad patient, innebär beräkningen sannolikt en viss överskattning av det totala behovet.
- **Riktvärdesberäkningen överskattar sannolikt det vårdplatsbehov inom övrig somatisk vård som ses till följd av långa vistelsetider på akutmottagningen.** Uppräknigen av regionernas slutenvårdsproduktion utifrån långa vistelsetider på akutmottagningen för slutenvårdspatienter överskattar sannolikt vårdplatsbehovet något. Även om de långa vistelsetiderna innebär att en del av den slutenvårdsproduktion som bör ske på avdelning istället sker på akutmottagning, så kan de också innebära att patienters sammantagna tid på sjukhuset förlängs. En längre väntetid på akutmottagningen till vårdplats skjuter i en del fall upp patientens behandling eller leder till vårdskador, vilket kan medföra en längre vårdtid än om patienten hade skrivits in på vårdavdelningen direkt efter inskrivningsbeslut. Exempelvis fann en studie från Australien 2002 att de patienter med en vistelsetid på akutmottagningen längre än åtta timmar i snitt hade en

vårdtid på 0,8 dagar längre än de patienter som väntade kortare än åtta timmar [28].

- **Vårdplatsbrist på IVA innebär i undantagsfall att patienter med behov av IVA-resurser vårdas inom övrig somatisk vård, och vice versa.** Det förekommer enligt uppgift fall där patienter på IVA flyttas till lägre vårdnivåer för att frigöra IVA-vårdplats åt andra patienter i mer akut behov av IVA:s resurser, eller då patienter i behov av intensivvård inte kunnat vårdas på IVA på grund av vårdplatsbrist [1]. Vid bättre tillgång till IVA-vårdplatser skulle sådana patienter ha vårdats längre på IVA och kortare på vårdavdelning inom övrig somatisk vård. Sådana fall bidrar till en underskattning av vårdplatsbehovet på IVA och en överskattning av vårdplatsbehovet inom övrig somatisk vård. Effekten på riktvärdena motverkas av att utskrivning på IVA ibland fördröjs av att det saknas vårdplats på ordinarie vårdavdelning inom somatisk vård, vilket förlänger vårdtiderna på IVA och leder till en överskattning av vårdplatsbehovet där i förhållande till vårdplatsbehovet inom övrig somatisk vård.

Vidare finns egenskaper i den data som använts som medför viss risk för över- eller underskattning av vårdplatsbehovet

- Det finns vissa skillnader i regionernas inrapportering till SKR:s väntetidsdatabas som antalet väntande över 90 dagar har hämtats ifrån. Efter att ha iakttagit vissa felaktigheter i dessa data har Socialstyrelsen följt upp med alla regioner att de ingångsvärden som används i beräkningarna stämmer överens med data i regionernas egna system⁶⁵. Instruktionerna till regionerna har varit att i rapporteringen inkludera samtliga åtgärder som omfattas av vårdgarantin. Det har inte varit möjligt att säkerställa att denna instruktion tolkats och tillämpats på samma sätt i regionerna.
 - I patientregistret och SIR kan definitionen av en planerad inläggning skilja sig åt mellan och inom regionerna. Eftersom slutenvårdsproduktionen för planerade och oplanerade vårdtillfällen särskiljs vid riktvärdesberäkningen och olika beläggningsgrad används för de olika flödena, påverkar fördelningen av planerad och oplanerad vård det slutgiltiga riktvärdet.
- Slutligen finns det viss risk att covid-19-pandemin påverkat slutenvårdsproduktionen 2022. Intensivvården har varit särskilt påverkad av pandemin, och beräkningarna görs därför i huvudsak för en 12-månadersperiod som exkluderar 2022 års första månader (se beskrivning i avsnitt *IVA – beräkningen steg för steg*). Viss påverkan kan även förekomma inom övrig somatisk vård, men Socialstyrelsens bedömning är att denna påverkar riktvärdet i mindre utsträckning. En analys av slutenvårdsproduktionen över tid visar att 2022 års totala slutenvårdsproduktion är jämförbar med, men något lägre än, 2019 års slutenvårdsproduktion. Socialstyrelsens bedömning är att detta framför allt påverkar riktvärdet för IVA, men att den gör det i mindre utsträckning än tidigare pandemi-år. Under pandemiåren 2020 och 2021 var den rapporterade slutenvårdproduktionen i SIR 28

⁶⁵ Alla regioner har besvarat Socialstyrelsens fråga avseende väntetidsdatabasens överensstämmelse med regionens egna data över väntande till slutenvård. Fyra regioner har angett att de inte har möjlighet att särskilja mellan slutenvård och öppenvård i deras system.

respektive 27 procent högre än 2019. År 2022 var slutenvårdsproduktionen inom IVA 4 procent lägre än 2019.

Bilaga 2: Specifikation av regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser

I denna bilaga redovisas de regionala riktvärdena för antal disponibla vårdplatser i större detalj, liksom centrala ingångsvärden som använts i beräkningarna som delvis eller helt utgörs av data som inte finns tillgänglig i publika datakällor.

Nedbrytning av riktvärdet i dess komponenter

Tabellen nedan visar det skattade vårdplatsbehovet för varje komponent av beräkningen. Vårdplatsbehovet för att beta av köer till planerad slutenvård utgör en relativt liten del av det samlade vårdplatsbehovet. Vårdplatsbehovet för att skapa balans mellan inflöde och utflöde till vårdköerna är negativt i flera regioner, vilket beror på att regionerna betat av delar av vårdkön till slutenvården (patienter för vilka vårdgarantin inte uppnåtts) under året. Antalet personer som väntat till operation/åtgärd inom slutenvården i över 90 dagar har i dessa regioner minskat något mellan januari och december 2022.

Riktvärdet består till allra största del av vårdplatsbehovet för att upprätthålla befintlig slutenvårdsproduktion till en önskvärd beläggningsgrad för att minimera överbeläggningar och utlokaliseringar.

Tabell 12. Nedbrytning av riktvärde kort sikt – Somatisk vård

Region	Rikt- värde	Vårdplatsbehov för att...			
		...beta av kö till planerad slutenvård	...balansera inflöde och utflöde till kö	...minimera vistelsetid på akutmottagning	...upprätthålla produktion till önskvärd beläggningsgrad
Blekinge	306	3	-1	9	294
Dalarna	455	9	-3	14	434
Gotland	140	3	3	5	129
Gävleborg	452	2	-1	13	438
Halland	480	2	1	21	456
Jämtland Härjedalen	208	8	-2	9	193
Jönköping	555	1	-1	17	538
Kalmar	383	3	0	14	366
Kronoberg	314	2	-2	13	301
Norrbottnen	421	4	-2	13	405
Skåne	2 400	55	-6	84	2 267
Stockholm	4 143	21	-10	138	3 994
Sörmland	535	7	-2	22	508
Uppsala	737	17	-2	18	704
Värmland	512	6	-1	16	491
Västerbotten	584	22	-3	14	552
Västernorrland	411	1	0	20	390
Västmanland	477	7	0	14	456
Västra Götaland	2 890	71	-9	103	2 726
Örebro	521	20	8	16	476
Östergötland	706	13	1	27	666
Riket	17 631	279	-31	599	16 784

Tabellen nedan visar det skattade vårdplatsbehovet för att beta av och skapa balans i vårdköer med två olika utgångspunkter; dels vårdgarantins yttre gräns på 90 dagar (som används i riktvärdesberäkningen) och dels tillgänglighetsdelegationens förslag om 60 dagar.

Tabell 13. Vårdplatsbehov med antal väntande över 60 dagar som ingångsvärde jämfört med antal väntande över 90 dagar

Region	Vårdplatsbehov för att beta av kö		Vårdplatsbehov för att balansera inflöde och utflöde till kö	
	Över 60 dagar	Över 90 dagar	Över 60 dagar	Över 90 dagar
Blekinge	4	3	-1	-1
Dalarna	12	9	-3	-3
Gotland	4	3	3	3
Gävleborg	3	2	0	-1
Halland	4	2	1	1
Jämtland Härjedalen	9	8	-2	-2
Jönköping	2	1	-1	-1
Kalmar	4	3	0	0
Kronoberg	3	2	-2	-2
Norrbottn	6	4	-2	-2
Skåne	65	55	-8	-6
Stockholm	27	21	-11	-10
Sörmland	10	7	-2	-2
Uppsala	21	17	-2	-2
Värmland	8	6	-1	-1
Västerbotten	26	22	-2	-3
Västernorrland	2	1	-1	0
Västmanland	8	7	0	0
Västra Götaland	80	71	-9	-9
Örebro	24	20	9	8
Östergötland	16	13	1	1
Riket	338	279	-34	-31

Tabellen nedan visar hur riktvärdet för antal disponibla vårdplatser inom intensivvård påverkats av uppräkningsförändringarna för minsta rekommenderad avdelningsstorlek, genom att jämföra det riktvärdet med ett skattat vårdplatsbehov som enbart utgår ifrån slutenvårdsproduktion och uppräkningsförändring för stärkt patientsäkerhet och tillgänglighet (samt befolkningsförändring för medellång sikt).

Tabell 14. Riktvärde för antal disponibla vårdplatser inom intensivvård, med och utan hänsyn till minsta rekommenderad avdelningsstorlek

Region	Antal disponibla vårdplatser 2022 ⁶⁶	Skattat vårdplatsbehov på kort sikt		Skattat vårdplatsbehov på medellång sikt	
		Med uppräkningsförändring enbart för patientsäkerhet och tillgänglighet	Med ytterligare uppräkningsförändring för minsta rekommenderad storlek	Med uppräkningsförändring enbart för patientsäkerhet och tillgänglighet	Med ytterligare uppräkningsförändring för minsta rekommenderad storlek
Blekinge	8,4	7,6	8,9	7,5	8,9
Dalarna	12,5	12,4	12,4	12,4	12,4
Gotland	5,0	3,2	4,0	3,3	4,1
Gävleborg	13,5	12,3	14,1	12,3	14,1
Halland	13,0	10,4	10,4	10,8	10,8
Jämtland-Härjedalen	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7
Jönköping	14,8	17,5	17,5	17,8	17,8
Kalmar	11,8	9,3	9,3	9,3	9,3
Kronoberg	7,5	7,3	8,8	7,4	8,9
Norrbottnen	12,9	14,8	18,7	14,5	18,3
Skåne	56,1	54,3	55,3	56,1	57,1
Stockholm ⁶⁷	81,0	96,4	99,8	100,6	104,2
Södermanland	14,0	10,2	10,2	10,5	10,5
Uppsala	27,4	34,5	36,6	36,1	38,3
Värmland	13,1	12,7	15,3	12,6	15,2
Västerbotten	23,0	23,5	25,6	23,6	25,8
Västernorrland	13,0	11,4	13,3	11,1	13,0
Västmanland	7,0	8,4	8,4	8,5	8,5
Västra Götaland	81,3	92,3	95,3	94,6	97,6
Örebro	17,5	19,2	20,9	19,5	21,2
Östergötland	26,1	31,0	32,0	31,7	32,8
Riket	465,6	495,4	523,6	506,9	535,4

⁶⁶ Avser det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatserna vid punktmätningar under vecka 12, vecka 29 och vecka 42 2022. Viktningen har gjorts för att på ett representativt sätt spegla vardag respektive helg, dag respektive natt och sommarsäsong respektive vår-/höst. För tre avdelningar, Ystad, Arvika och Uppsala BIVA, används det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser vid punktmätningen under vecka 12 eftersom det saknas data för övriga mätillfällen.

⁶⁷ Inkluderar ej avdelningen Karolinska Solna ECMO:s vårdplatser då dessa ej rapporterats till SIR. Riktvärdet inkluderar slutenvårdsproduktionen på avdelningen.

Centrala ingångsvärden i riktvärdesberäkningen

Tabell 15. Antal väntande på operation/åtgärd inom slutenvård, januari och december 2022⁶⁸

Region	Väntande över 60 dagar		Väntande över 90 dagar		Totalt antal väntande	
	Januari 2022	December 2022	Januari 2022	December 2022	Januari 2022	December 2022
Blekinge	521	433	419	335	853	889
Dalarna	1 096	895	909	706	1 606	1 511
Gotland	135	376	64	278	347	678
Gävleborg	384	331	294	219	822	764
Halland	357	431	179	269	739	871
Jämtland Härjedalen	847	711	775	652	1 031	917
Jönköping	365	286	222	142	826	765
Kalmar	466	454	355	348	866	906
Kronoberg	344	204	239	127	606	537
Norrbottnen	742	541	597	434	990	801
Skåne	6 107	5 440	5 088	4 603	8 594	8 110
Stockholm	2 916	2 077	2 404	1 641	5 070	4 232
Sörmland	1 270	1 032	906	696	2 245	2 207
Uppsala	1 918	1 753	1 568	1 409	3 083	3 064
Värmland	903	811	707	592	1 355	1 307
Västerbotten	1 852	1 729	1 606	1 430	2 570	2 564
Västernorrland	298	208	183	145	481	480
Västmanland	618	583	517	496	934	982
Västra Götaland	9 856	8 838	958	1 534	12 947	12 549
Örebro	1 146	1 800	1 241	1 344	1 625	2 626
Östergötland	1 550	1 637	8 874	7 829	2 418	2 714
Riket	33 691	30 571	28 105	25 229	50 008	49 474

⁶⁸ För Blekinge, Jämtland Härjedalen, Stockholm och Örebro har antal väntande till åtgärd/operation inom slutenvård beräknats genom att använda de andra regionernas fördelning av antal väntande till åtgärd/operation inom slutenvård och öppenvård, och multiplicera den med respektive regions antal väntande inom både öppen- och slutenvård.

Tabell 16. Antal besök (inskrivna) på akutmottagning fyra timmar eller längre, 2022

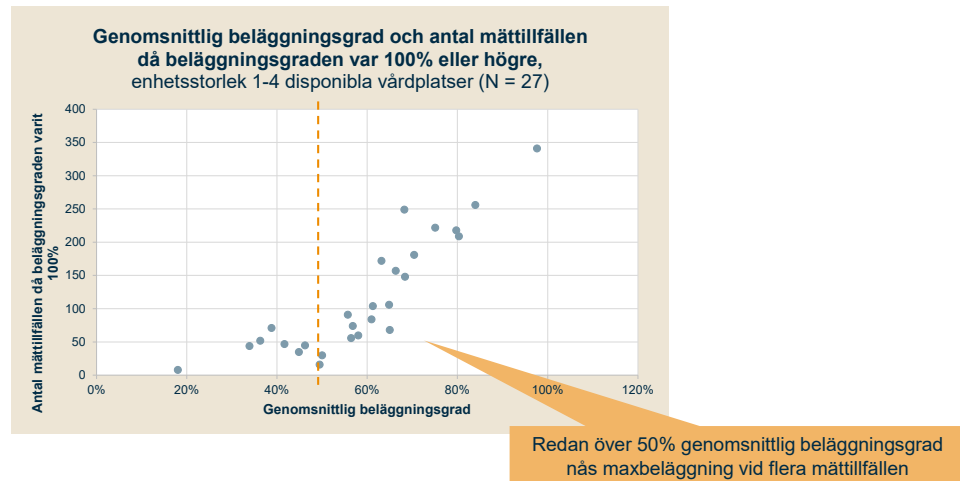
Region	Antal besök på akutmottagning som varat fyra timmar eller längre och som lett till inskrivning
Blekinge	5 596
Dalarna	8 945
Gotland	3 201
Gävleborg	7 858
Halland	12 891
Jämtland Härjedalen	5 395
Jönköping	10 628
Kalmar	8 412
Kronoberg	8 113
Norrbottn	8 350
Skåne	51 836
Stockholm	85 666
Sörmland	13 869
Uppsala	11 099
Värmland	9 788
Västerbotten	8 475
Västernorrland	12 205
Västmanland	8 923
Västra Götaland	63 891
Örebro	10 175
Östergötland	16 622
Riket	371 938

Analys av genomsnittlig beläggningsgrad och antal mättillfällen då beläggningsgraden var 100 procent eller högre. Nedan analyser är sammanställda utifrån data om belagda vårdplatser och disponibla vårdplatser på vårdavdelningsnivå för alla⁶⁹ IVA i Sverige mellan perioden april 2022-mars 2023. Med hjälp av bland annat dessa analyser har Socialstyrelsen tagit fram förslaget på riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad på IVA, differentierat utifrån enhetsstorlek.

⁶⁹ Exklusive SUS Malmö Inf som ej rapporterat några vårdplatser under perioden

Figur 6. Analys av beläggingsgrad på avdelningar med 1 - 4 disponibla vårdplatser

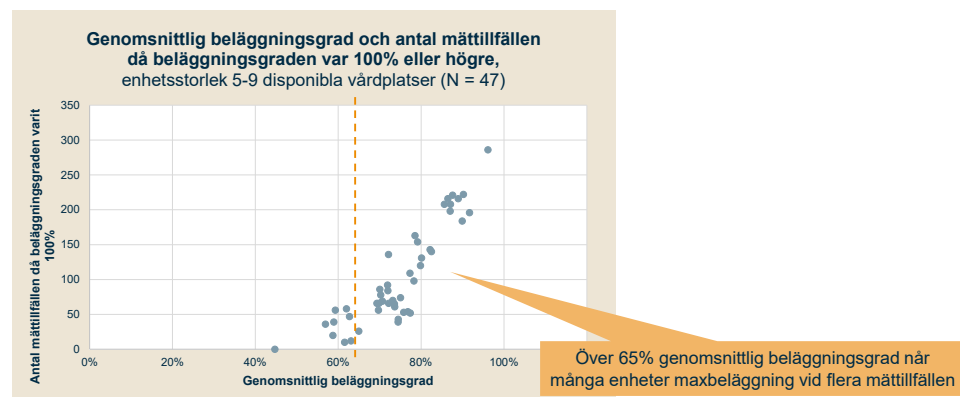
Figuren visar en analys av beläggingsgraden på 27⁷⁰ intensivvårdsavdelningar i Sverige med 1 - 4 disponibla vårdplatser.



Källa: Socialstyrelsens lägesbildssystem

Figur 7. Analys av beläggingsgrad på avdelningar med 5 - 9 disponibla vårdplatser

Figuren visar en analys av beläggingsgraden på 47⁷¹ intensivvårdsavdelningar i Sverige med 5 - 9 disponibla vårdplatser.



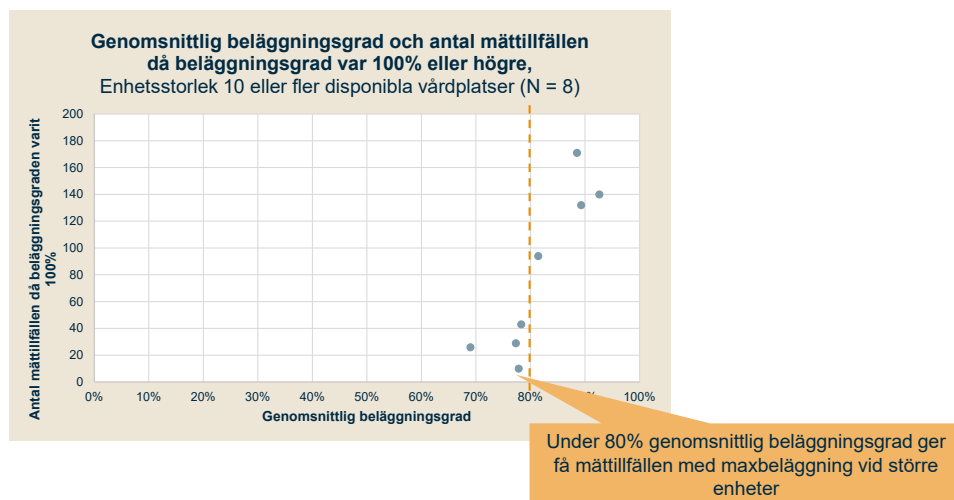
Källa: Socialstyrelsens lägesbildssystem

⁷⁰ Antalet baseras på det högsta antalet disponibla vårdplatser som avdelningen uppnått under perioden. Uppgiften skiljer sig något från den SIR:s inventering 2022 som använts för att avgöra indelningen av avdelningar i storleksgrupper för att beräkna riktvärdet.

⁷¹ Antalet baseras på det högsta antalet disponibla vårdplatser som avdelningen uppnått under perioden. Uppgiften skiljer sig något från den SIR:s inventering 2022 som använts för att avgöra indelningen av avdelningar i storleksgrupper för att beräkna riktvärdet.

Figur 8. Analys av beläggingsgrad på avdelningar med 10 disponibla vårdplatser eller fler

Figuren visar en analys av beläggingsgraden på 8⁷² intensivvårdsavdelningar i Sverige med 10 eller fler disponibla vårdplatser



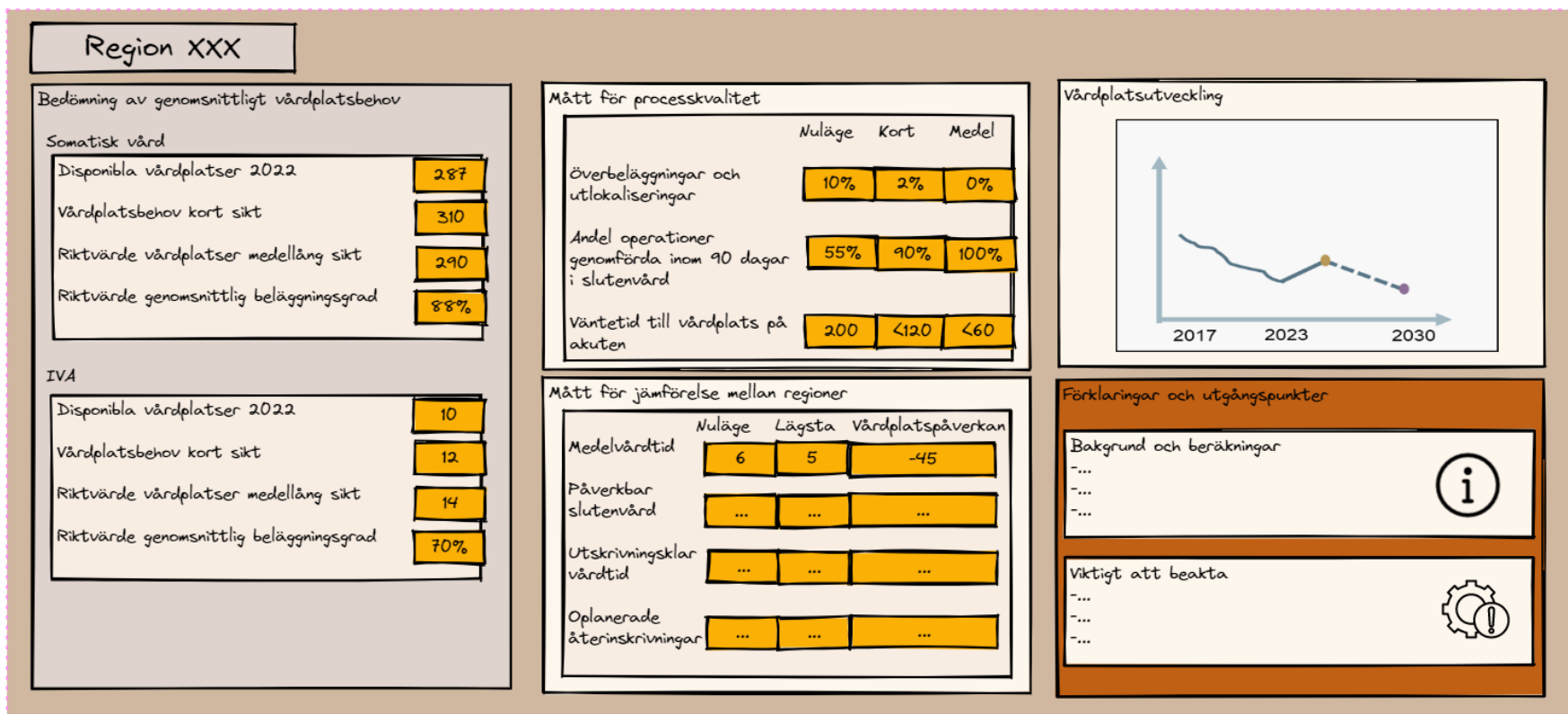
Källa: Socialstyrelsens lägesbildssystem

⁷² Antalet baseras på det högsta antalet disponibla vårdplatser som avdelningen uppnått under perioden. Uppgiften skiljer sig något från den SIR:s inventering 2022 som använts för att avgöra indelningen av avdelningar i storleksgrupper för att beräkna riktvärdet.

Bilaga 3: Exempel på format för uppföljning av vårdplatsarbetet i förhållande till riktvärdena

Riktvärdena för genomsnittlig beläggingsgrad och antalet disponibla vårdplatser kan utgöra en grund för uppföljning av regionernas arbete med att säkerställa att vårdplatserna tillgodoser behovet. På övergripande nivå kan en sammanfattande uppföljning ge en översikt över vårdplatsituationen som en del i regionens patientsäkerhets- och tillgänglighetsarbete. Sådan uppföljning kan exempelvis användas inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag om att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer. Nedan ges ett exempel på hur en sammanställning för övergripande uppföljning av regionernas vårdplatsarbete utifrån riktvärdena skulle kunna se ut.

Sammanställningen inkluderar utvecklingen av antalet disponibla vårdplatser och beläggingsgrad i förhållande till riktvärdena, men även andra centrala parametrar; exempelvis överbeläggningar och utlokaliseringar, köer till planerad slutenvård och vistelsetider på akutmottagningen för slutenvårdspatienter. Sammanställningen kan även inkludera jämförelser mellan regioner, såsom andelen utskrivningsklara patienter, vårdtider inom vissa patientgrupper, andelen påverkbar slutenvård och förekomst av återinskrivningar inom 30 dagar. Syftet jämförelserna är att dela positiva lärdomar och lyfta fram potentialen i att minska vårdplatsbehovet genom att förbättra resultaten inom de framlyfta områdena.



Bilaga 4: Att använda målvärden
för att styra mot optimala nivåer
av beläggningsgrad och antal
vårdplatser i hälso- och sjukvården
– *Sammanställning av befintlig
kunskap och internationella
erfarenheter*

Lärdomar om målvärden för vårdplatser och beläggningsgrad

Sammanställning av befintlig kunskap och
internationella erfarenheter

2023-01-23

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-2-XXXX
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2023

Förord

Socialstyrelsen fick den 3 mars 2022 i uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser, S2022-01373 (delvis). I arbetet med att lämna förslag på målvärden och genomsnittlig beläggingsgrad har Socialstyrelsen ansett att det är nödvändigt att utforska i vilken utsträckning det finns tidigare kunskap och erfarenheter av att utforma och använda målvärden för behovet av vårdplatser. Denna kunskapsrapport sammanfattar vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter som berör ämnet att styra hälso- och sjukvårdens kapacitet utifrån målsättningar om antal disponibla vårdplatser och genomsnittlig beläggingsgrad. Syftet med rapporten är att utifrån publicerad kunskap och internationella erfarenheter bidra till en fördjupad förståelse för hur målvärden för antal vårdplatser och beläggingsgrad kan utformas, räknas fram och användas.

Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården, myndigheter och andra aktörer och ska användas som ett diskussions- och kunskapsunderlag för det fortsatta arbetet att utforma målvärden för antalet vårdplatser och genomsnittlig beläggingsgrad. Rapporten är framtagen av Lumell Associates AB i samarbete med Socialstyrelsens utredare Sofia Norberg och medicinsk sakkunnig Christian Danielsson.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Patientsäkerhet och beredskap/Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Rapporten i korthet

- Det saknas konsensus kring optimala nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser.
- Det finns ett samband mellan mycket hög beläggningsgrad och försämrad kvalitet i form av dödlighet, återinskrivningar, vårdrelaterade infektioner, arbetsmiljö och bristande tillgänglighet.
- Vårdplatsbehovet på enskilda sjukhus eller enheter skiljer sig åt beroende på upptagningsområde, storlek/akutuppdrag, arbetssätt och hälso- och sjukvårdssystemets utformning.
- Önskvärd beläggningsgrad skiljer sig åt, framför allt utifrån variation och förutsägbarhet i inflöde samt möjligheten att hänvisa eller utlokalisera patienter utan betydande patientsäkerhetsrisker. Önskvärd beläggningsgrad innebär alltid en avvägning mellan kvalitetsrisker och resurseffektivitet.
- Behovet av vårdplatser varierar inte bara mellan enheter utan över året och över tid. Omställningen till nära vård förväntas exempelvis minska behovet av vårdplatser på sjukhus i framtiden och genomsnittlig vård-tid har minskat kontinuerligt till följd av medicinteknisk utveckling och förändrade arbetssätt. Det finns samtidigt aspekter som talar för ett ökande behov av vårdplatser. Framför allt handlar detta om en åldrande och växande befolkning.
- Det finns ett flertal metoder och modeller för att räkna fram hur många vårdplatser som behövs på en enhet, ett sjukhus, ett vårdområde eller en region. Modellerna utgår i de flesta fall ifrån att användaren anger önskad nivå av beläggningsgrad och extra kapacitet i krisberedskaps-syfte.
- Alla modeller beskrivs ha styrkor och svagheter när det gäller att ge en korrekt uppskattning av vårdplatsbehovet. Gemensamt är att de behöver anpassas till de enheter, vårdområden, sjukhus eller regioner som de tillämpas på.
- Det finns vissa internationella exempel på målvärden för vårdplatser/beläggningsgrad, men de har i mycket liten utsträckning studerats vetenskapligt. I de fall som identifierats i den vetenskapliga litteraturen ses begränsade eller oönskade effekter av styrning på målvärden för vårdplatser/beläggningsgrad.
- Perspektiv på möjligheter och risker med att styra hälso- och sjukvården utifrån antal vårdplatser och beläggningsgrad inkluderar möjligheter att målsättningar kan skapa samsyn, från politisk nivå till sjukhus-nivå. Att göra om mål till mer direkt styrning, exempelvis genom regelverk eller ekonomiska incitament, bedöms av vissa däremot kunna få oönskad effekt.
- För att få förståelse för hur eventuella mål kring vårdplatser och beläggningsgrad påverkar patientflöden och användningen av vårdplatser föreslår intervjuade att dessa mål kompletteras med uppföljning av utvalda processmått. Man bör också notera att vårdplatskapaciteten i sig inte säger någonting om kvaliteten på den vård som bedrivs.

Innehåll

Förord	3
Rapporten i korthet	4
Sammanfattning	7
Inledning.....	12
Bakgrund	12
Syfte	12
Utgångspunkter	12
Definitioner av vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar enligt Socialstyrelsens termbank.....	13
Termer och förkortningar	14
Frågeställningar	15
Metod	16
Kunskapssammanställning utifrån vetenskaplig litteratur.....	16
Internationell utblick	16
Rapportens upplägg	17
Vilka nivåer av beläggingsgrad och vårdplatser är optimala?	18
Vad säger litteraturen om optimal beläggingsgrad och optimalt antal vårdplatser?	18
Behovet av vårdplatser ser inte likadant ut överallt och förändras över tid	18
Önskvärd beläggingsgrad beror på verksamhetens förutsättningar	20
Få studier ger förslag på nivåer av beläggingsgrad och antal vårdplatser.....	21
Tydlig kategorisering av vårdplatser saknas	25
Det finns många olika modeller och metoder för att beräkna optimalt antal vårdplatser.....	26
Vad säger den internationella utblicken om optimal beläggingsgrad och optimalt antal vårdplatser?	29
Planering av vårdplatser sker i regioner/delstater samt på sjukhus ...	29
En beläggingsgrad på 80-90 procent används ofta som utgångspunkt.....	31
Sammanvägda prognoser pekar på ett ökande behov av vårdplatser.....	32
Slutsatser om optimala beläggingsgrader och vårdplatser.....	33
Hur utformas en effektiv styrning med målvärden för beläggingsgrad och disponibla vårdplatser?	34
Vad säger litteraturen om styrning utifrån disponibla vårdplatser?	34

Ett fåtal exempel på styrning utifrån antal vårdplatser och beläggningsgrad har påträffats	34
Endast ett fåtal studier undersöker effekter.....	37
Vad säger den internationella utblicken om styrning utifrån disponibla vårdplatser?	38
Fyra studerade länder/förbundsländer har mål relaterade till beläggningsgrad eller vårdplatser	38
Effekter har inte studerats men intervjuade beskriver blandade erfarenheter	41
Intervjuer ger perspektiv på möjligheter och risker med styrning kring vårdplatser	42
Slutsatser om styrning utifrån disponibla vårdplatser	43
Uppdragets fortsättning	44
Referenser	45
Bilaga 1. Söktermer och sökstrategi.....	49

Sammanfattning

Denna rapport sammanfattar vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter som berör ämnet att styra hälso- och sjukvårdens kapacitet utifrån målsättningar om antal disponibla vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad. Den utgör en del i Socialstyrelsens regeringsuppdrag *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*. Förslag på målvärden för antal vårdplatser ska även inkludera förslag på genomsnittlig beläggningsgrad och antal intensivvårdsplatser.

Syftet med rapporten är att utifrån publicerad kunskap och internationella erfarenheter bidra till en fördjupad förståelse för hur målvärden för antal vårdplatser och beläggningsgrad kan utformas, räknas fram och användas. Analysen vägleds av två huvudfrågeställningar:

1. Vilka nivåer av beläggningsgrad och antal disponibla vårdplatser är optimala?
2. Hur utformas en effektiv styrning med målvärden för beläggningsgrad och/eller antal disponibla vårdplatser?

Konsensus saknas kring optimala nivåer

I arbetet med denna rapport har Socialstyrelsen enbart kunnat hitta ett begränsat antal studier som rekommenderar specifika nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser för olika vårdområden. Merparten av de rekommendationer som har hittats när det gäller beläggningsgrad utgår ifrån resultaten av en enskild studie, genomförd av Bagust och Place [1]. Studien visade att risken för att det saknas en vårdplats när en patient behöver skrivas in akut, ökar vid en beläggningsgrad över 85 procent. När den genomsnittliga beläggningsgraden överstiger 90 procent kan sjukhuset enligt studien förvänta sig frekventa så kallade *krisdagar* definierade som en dag då minst en patient inte kan läggas in på grund av vårdplatsbrist.

Flera studier undersöker samband mellan beläggningsgrad och medicinska utfall eller patientsäkerhetsrisker. I korthet visar dessa studier på ett samband mellan mycket hög beläggningsgrad och försämrad kvalitet i form av dödlighet, återinskrivningar, vårdrelaterade infektioner, arbetsmiljö och bristande tillgänglighet. Risken för kvalitetsbrister beskrivs ofta börja öka strax över 80 procent beläggningsgrad, men då sambanden ser olika ut i olika studier är det inte möjligt att dra slutsatser kring en mer exakt och generellt applicerbar målnivå för beläggningsgrad utifrån resultaten i dessa studier.

Samstämmiga resultat kring vad som påverkar behovet av vårdplatser

Även om litteraturen är begränsad när det gäller vilka nivåer som är optimala att styra emot, så finns ett stort antal studier om vad som påverkar behovet av

vårdplatser på enskilda enheter eller sjukhus. Både litteraturen och exemplen från andra länder betonar att vårdplatsbehovet ser olika ut beroende på:

- sjukhusets/enhetens upptagningsområde,
- sjukhusets/enhetens egenskaper såsom storlek eller akutuppdrag,
- sjukhusets/enhetens arbetssätt, vilket bland annat avspeglas i vårdtider, samt
- hur det övriga lokala hälso- och sjukvårdssystemet är utformat.

Hur befolkningens vårdbehov översätts till vårdplatsbehov på ett sjukhus eller en enhet avgörs av vilka vårdbehov som ska omhändertas just där samt hur lång vårdtid som krävs för att möta vårdbehovet.

Vilka vårdbehov som ska omhändertas påverkas i stor utsträckning av hur sjukvården är organiserad och vårdtiderna av vilka arbetssätt som tillämpas inom slutenvården, baserat på exempelvis riktlinjer, vårdprogram och vårdförlopp. Såväl sjukvårdens organisation som arbetssätt skiljer sig åt mellan sjukhus och därigenom hur många vårdplatser som behövs för att möta befolkningens vårdbehov.

En enhets önskvärda genomsnittliga beläggningsgrad har också betydelse för behovet av vårdplatser, eftersom den speglar hur många vårdplatser som enheten i genomsnitt behöver hålla lediga för att kunna möta toppar i patientinflöden. Variation och förutsägbarhet i inflöde har stor betydelse för detta behov, exempelvis kan enheter som enbart bedriver planerad vård ha en högre beläggningsgrad eftersom variationen i inflöde är lågt och förutsägbarheten hög.

Därtill pekar flera studier på att önskvärd beläggningsgrad innebär en avvägning mellan kvalitetsrisker och resurseffektivitet. Detta innefattar till exempel att ta ställning till hur lång tid det är acceptabelt att en patient får vänta på vårdplats. Resultatet av avvägningen mellan kvalitetsrisker och resurseffektivitet kan se olika ut på olika enheter. Exempelvis är tillgängligheten vid små enheter mer sårbar för variationer i patientinflödet än stora enheter; varje vårdplats som beläggs på en liten enhet utgör en större andel av det totala antalet disponibla vårdplatser. En studie menar att små enheter kan behöva ha en så låg beläggningsgrad som 45 procent för att undvika tillgänglighetsrisker; en så låg beläggningsgrad är samtidigt svårt att motivera ur ett resurseffektivitetsperspektiv.

Olika enheters möjligheter att hänvisa eller utlokalisera patienter utan betydande patientsäkerhetsrisker skiljer sig åt. Möjligheterna beror till stor del på enhetens geografiska avstånd till en annan motsvarande enhet och hur specialiserad enheten är. Exempel är intensivvård och förlossningsvård, vars patienter generellt inte kan omhändertas inom andra vårdområden på ett sjukhus. Även köer och väntetider till planerad vård kan spela in i avvägningen, eftersom brist på tillgängliga vårdplatser har visats leda till att planerade åtgärder ställs in.

Vårdplatsbehovet förändras över tid

Behovet av vårdplatser varierar inte bara mellan enheter utan även över tid. Litteratur och internationella erfarenheter beskriver såväl säsongsvariationer i vårdbehov som förväntade förändringar på längre sikt.

Gemensamt för de internationella exempel som studerats, och en del av litteraturen, är en ambition om att skifta delar av den vård som idag ges inom slutenvården på sjukhus till öppenvård eller hemsjukvård. Detta förväntas minska behovet av vårdplatser på sjukhus i framtiden, även om det finns olika perspektiv på hur stor betydelse detta kommer att ha i praktiken. Vidare speglar både litteratur och internationella exempel den utveckling som även skett i Sverige under senare år, där genomsnittliga vårdtider minskat. Detta hänförs oftast till medicinteknisk utveckling och förändrade arbetsätt. Utvecklingen förväntas fortsätta i samma riktning och därmed minska det framtida behovet av vårdplatser.

Det finns samtidigt aspekter som talar för ett ökande behov av vårdplatser. Framför allt handlar detta om en åldrande och växande befolkning. Majoriteten av de intervjuade internationella myndighetsrepresentanterna i Socialstyrelsens internationella utblick gör den sammanvägda bedömningen att behovet av vårdplatser kommer att öka i framtiden, även om prognoserna skiljer sig åt. Ett perspektiv som framförs i intervjuerna är att sjukvården sannolikt inte kan planera utifrån det prognostiserade behovet fullt ut då finansiella resurser och personal inte kommer att räcka till. Intervjuade menar att det därför är nödvändigt att fortsatt fokusera på åtgärder som förväntas begränsa ökningen i det framtida behovet av vårdplatser samt överväga nya prioriteringar i vårdutbudet framgent.

Ett flertal metoder och modeller för att beräkna vårdplatsbehovet ses

Socialstyrelsen har i arbetet med denna rapport identifierat ett stort antal studier som undersöker metoder och modeller för att räkna fram hur många vårdplatser som behövs på en enhet, ett sjukhus, ett vårdområde eller en region. De flesta modeller är enkla (i avseendet att de beaktar ett fåtal faktorer/parametrar) och utgår i huvudsak ifrån historiska data över befolkningens mängd och vårdkonsumtion. Andra modeller är mer avancerade och tar hänsyn till sjukhus unika egenskaper, exempelvis geografiskt läge. Enstaka modeller inkluderar även parametrar som avser att fånga förändring över tid i exempelvis medicinteknisk utveckling och sjukdomsprevalens.

I princip samtliga modeller utgår ifrån att användaren anger en önskad nivå av beläggningsgrad som ingångsvärde. Modellerna ger ingen vägledning kring hur denna nivå bör fastställas. Det är också vanligt att användaren behöver ange en önskad nivå för extra kapacitet i krisberedskapssyfte.

Alla modeller beskrivs ha styrkor och svagheter när det gäller att ge en korrekt uppskattning av vårdplatsbehovet. Gemensamt för nästan alla modeller är att de behöver anpassas till de enheter, vårdområden, sjukhus eller regioner som de tillämpas på, eftersom många variabler är kontextspecifika. Därtill får de flesta modeller kritik för att inte ta tillräcklig hänsyn till hur behovet av vårdplatser förändras över tid. Även om de avancerade modellerna tros kunna ge mer precisa prognoser menar flera studier att enkla metoder och modeller ofta är att föredra då de kräver få antaganden och använder sig av data som i högre grad är tillgänglig och tillförlitlig.

Begränsad kunskap om målvärden för vårdplatser och beläggningsgrad

I den genomförda litteratursökningen har få exempel på hälso- och sjukvårdssystem som tillämpat målvärden för antal disponibla vårdplatser eller beläggningsgrad kunnat identifieras. Den internationella utblicken indikerar att målvärden använts i större utsträckning än vad som finns beskrivet i den vetenskapliga litteraturen. Detta tolkas som att även om det finns exempel på att målvärden använts så finns begränsad kunskap om vilka effekter som denna styrning lett fram till.

I tre fall som identifierats i litteratursökningen ses begränsade eller önskade effekter. För två av dem har utmaningar i kompetensförsörjning hindrat faktisk utveckling mot målsättningen om antal vårdplatser. I två fall ses risk för att data över vårdplatser anpassats eller rapporterats felaktigt för att möta målsättningarna och i ett fall visar effekterna på risk för under-/överkapacitet vid felaktiga bedömningar av framtida behov.

Fyra av de sex länder/förbundsländer som studerats i den internationella utblicken har satt upp mål som anknyter till beläggningsgrad eller antal vårdplatser. Danmark har ett nationellt mål om att minska överbeläggningar på medicinavdelningar, vilket beskrivs som en övergripande viljeinriktning. Detsamma gäller NHS Englands mål om att inrätta 40–50 nya så kallade *virtuella vårdplatser* per 100 000 invånare, samt om 92 procents genomsnittlig beläggningsgrad på allmänna och akuta vårdavdelningar. I Bayern och Nordrhein-Westfalen har hälsoministerierna definierat antal vårdplatser och beläggningsgrad och i viss mån använt dessa i styrningen av sjukhusen. Nordrhein-Westfalen har med start 2022 valt att frångå användningen av antal vårdplatser som centralt mått i planeringen, men i Bayern utgör måttet enligt uppgift fortsatt ett viktigt underlag för löpande dialog med sjukhusen kring kapacitet och eventuella behov av att justera antalet vårdplatser. Detta tros ha bidragit till att överbeläggningar förekommer relativt sällan i Bayern. I övrigt har ingen uppföljning av effekterna av något av målen genomförts hittills.

Under arbetet med den internationella utblicken har Socialstyrelsen samlat internationella perspektiv på möjligheter och risker med att styra hälso- och sjukvården utifrån antal vårdplatser och beläggningsgrad. Den huvudsakliga möjligheten kan sammanfattas som att målsättningar kan skapa samsyn, från politisk nivå till sjukhusnivå, kring vad som bör stå i fokus för hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling. Att göra om mål till mer direkt styrning, exempelvis genom regelverk eller ekonomiska incitament, tros däremot kunna få önskad effekt genom att det på verksamhetsnivå riskerar att få oproportionerligt stor betydelse i förhållande till andra viktiga delar av vården. Andra risker som beskrivs i intervjuer innefattar:

- utmaningar i att göra en korrekt bedömning av behov på regional och/eller lokal nivå, eftersom behoven så tydligt avgörs av lokala förutsättningar,
- stor osäkerhet i framtida prognoser, samt
- möjlig överträdelse av huvudmännens självbestämmande.

Avslutningsvis anser intervjuade myndighetsrepresentanter att det är viktigt att följa upp processmått för att få förståelse för hur eventuella mål kring

vårdplatser och beläggningsgrad påverkar patientflöden och användningen av vårdplatser. En styrning på området bör därför även innefatta uppföljning av indikatorer som väntetider på akutmottagning, tid från inskrivningsbeslut till inskrivning och andel utskrivningsklara patienter på avdelning. De poängterar också att vårdplatskapaciteten i sig inte säger någonting om kvaliteten på den vård som bedrivs.

Resultaten kan vägleda överväganden i Sverige

Sammanfattningsvis saknas konsensus i litteratur och internationella erfarenheter om optimalt antal vårdplatser. Litteratur och internationella erfarenheter ger samtidigt en samstämmig bild av att hälso- och sjukvårdens organisering och arbetssätt är avgörande för hur vårdbehov översätts till vårdplatsbehov. Vid utveckling av målvärden i Sverige kan lärdomar tas om vilka parametrar som påverkar vårdplatsbehovet på lokal nivå och vilka metoder/modeller som kan användas för att beräkna vårdplatsbehovet.

Kunskap och internationella erfarenheter om optimal beläggningsgrad kan, även om de inte är helt samstämmiga, också vägleda överväganden i Sverige. Från arbetet med denna rapport tar Socialstyrelsen också med sig kunskap om vilka aspekter som är viktiga att beakta i utformning av styrning av vårdplatser och beläggningsgrad.

Inledning

Bakgrund

Denna sammanställning utgör en del i Socialstyrelsens regeringsuppdrag *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser**. Socialstyrelsens uppdrag innefattar bland annat att utveckla förslag på målvärden för antal vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad. Socialstyrelsen ska lämna en slutredovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2025.

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen kan ses mot bakgrund av aktuella tillgänglighetsutmaningar i svensk hälso- och sjukvård. Sedan flera år har rapporter från sjukhus och regioner indikerat att de disponibla vårdplatserna inte räcker till för att möta vårdbehoven. Väntetider och köer till elektiv vård överstiger inte sällan vårdgarantins gränser och akutsjukhusen rapporterar om överbelastade akutmottagningar och vårdavdelningar. Överbeläggningar och utlokaliseringar ses i alla regioner, något som riskerar att påverka såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö.

För att säkerställa att genomförandet av uppdraget baseras på kunskap och erfarenheter på området har Socialstyrelsen valt att i en inledande fas ta fram och tillgängliggöra denna rapport. Rapporten baseras på två undersökningar:

- Kunskapssammanställning utifrån vetenskaplig litteratur
- Internationell utblick utifrån publicerade rapporter och intervjuer med myndighetsrepresentanter

Syfte

Syftet med rapporten är att utifrån publicerad kunskap och internationella erfarenheter bidra till en fördjupad förståelse för hur målvärden för antal vårdplatser och beläggningsgrad kan utformas, räknas fram och användas.

Utgångspunkter

Inför arbetet med sammanställningen identifierades viktiga utgångspunkter genom explorativa intervjuer och analyser. Utgångspunkterna kan sammanfattas enligt nedan:

- *Målvärden kan utformas på olika sätt.* De kan till exempel utgöra miniminivåer att säkerställa alternativt målsättningar att sträva efter. De kan vara specifika utifrån enskilda enheters eller specialiteters förutsättningar, alternativt övergripande på nationell eller regional nivå. Socialstyrelsen har därför undersökt vad som påverkar önskvärda nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser, och kunskapsläget kring vilka

* S2022/01373 (delvis)

nivåer som är optimala sett till patientsäkerhet, tillgänglighet och resurseffektivitet.

- *Målvärden kan räknas fram på olika sätt.* De kan exempelvis utgå ifrån en bedömning av aktuellt vårdplatsbehov utifrån dagens arbetssätt, eller framtidens vårdplatsbehov utifrån pågående utveckling inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har därför undersökt metoder, modeller och utgångspunkter för bedömning och prognostisering av vårdplatsbehov.
- *Målvärden kan användas på olika sätt.* De kan till exempel uttrycka en övergripande viljeinriktning för utvecklingen av hälso- och sjukvården, eller utgöra grund för styrning såsom regelverk eller ekonomiska incitament. Socialstyrelsen har därför undersökt vilka erfarenheter som finns av olika typer av målvärden och styrning av huvudmän och vårdgivare utifrån antal vårdplatser och beläggningsgrad.

Fokus på disponibla vårdplatser

Rapporten är inriktad på behovet av disponibla vårdplatser i specialiserad slutenvård, i såväl akut som planerad vård. Eftersom behovet av dessa vårdplatser påverkas av tillgången till vård på motsvarande vårdnivå utanför sjukhus, exempelvis i primärvård och i hemmet, berörs även denna vård i viss mån.

Definitioner av vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar enligt Socialstyrelsens termbank

Nedan definitioner avses när Socialstyrelsen skriver om vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliserade patienter i rapporten. Det kan förekomma vissa skillnader mellan dessa och de definitioner som granskad litteratur och intervjuade internationella myndighetsrepresentanter utgår ifrån.

Disponibel vårdplats	Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö
Utlokaliserad patient	Inskriven patient som vårdas på annan vårdenhets enhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten
Vårdplats	Ligg- eller sittplats på vårdenhets enhet som kan användas för vård och behandling
Överbeläggning	Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats

Termer och förkortningar

Danske Regioner	Danske Regioner är en politisk intresseorganisation. Den består av de fem regioner i Danmark som ansvarar för att driva sjukhusen i landet.
Helse- og omsorgsdepartementet	Norges hälso- och omsorgsministerium som har det överordnade ansvaret för att befolkningen i landet får en god och jämlik hälso- och sjukvård.
IMA	Förkortning för intermediärvårdsavdelning. På en intermediärvårdsavdelning erbjuds mer avancerad behandling och övervakning än den som kan erbjudas på en generell vårdavdelning.
IVA	Förkortning för intensivvårdsavdelning. På en intensivvårdsavdelning erbjuds en mer avancerad behandling och övervakning än den som kan erbjudas på en intermediärvårdsavdelning.
Integrated care systems	Ett integrated care system är en sammanslutning av flera organisationer inom NHS England (se nedan) som samarbetar för att planera och leverera hälso- och sjukvård. Sedan 1 juli 2022 finns det 42 integrated care systems i England.
NHS	Förkortning för National Health Service. NHS ansvarar för den offentliga sjukvården i Storbritannien och består av fyra separata statliga myndigheter för England, Skottland, Wales och Nordirland
NICE	Förkortning för National Institute for Health and Care Excellence. NICE är ett offentligt organ som finansieras av Storbritanniens hälsoministerium. NICE tar fram evidensbaserade riktlinjer för hälso- och sjukvården.
WMA	Förkortning för World Medical Association. WMA är ett internationellt läkarförbund. Organisationen består av 115 nationella läkarförbund, vilket inkluderar Sveriges Läkarförbund.

Frågeställningar

Sammanställningen av befintlig kunskap och internationella erfarenheter vägleds av två huvudfrågeställningar:

1. Vilka nivåer av beläggningsgrad och antal disponibla vårdplatser är optimala?
2. Hur utformas en effektiv styrning med målvärden för beläggningsgrad och/eller antal disponibla vårdplatser?

Utifrån de huvudfrågeställningarna utarbetades 15 specifika frågeställningar som användes som utgångspunkt för datainsamling och analys (Tabell 1).

Tabell 1 – Arbetets frågeställningar

Frågeställningar – undersökning av vetenskaplig litteratur	Frågeställningar – internationell utblick
1. Vilka nivåer av beläggningsgrad och antal disponibla vårdplatser är optimala?	
1.1. Vilka faktorer bör inkluderas i en analys av optimalt antal disponibla vårdplatser?	1.1. På vilken nivå planeras antalet vårdplatser på enskilda sjukhus och enheter (nationellt/regionalt/lokalt)?
1.2. Hur bör disponibla vårdplatser kategoriseras vid analys av optimalt antal?	1.2. Vilka är de viktigaste faktorerna och utgångspunkterna i den behovsanalys som ligger till grund för planeringen?
1.3. Hur skiljer sig optimala nivåer mellan olika enheter och vårdområden?	1.3. Vilken är bakgrunden till de nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser som används i behovsanalys och planering?
1.4. Hur påverkas optimala nivåer av faktorer som lokala förutsättningar, specifika behov i olika vårdverksamheter, utvecklingstrender inom sjukvården, trender i samhället?	
2. Hur utformas en effektiv styrning med målvärden för beläggningsgrad och/eller antal disponibla vårdplatser?	
2.1. Vilka effekter av att styra antalet disponibla vårdplatser/beläggningsgrad utifrån målvärden har kunnat beläggas?	2.1. Vilka aktuella exempel finns på nationell eller regional styrning kring antalet vårdplatser och/eller beläggningsgrad i jämförbara hälso- och sjukvårdssystem? <i>För identifierade exempel;</i>
2.2. Vilken betydelse har målvärdenas användning, inkl. styrning kopplat till målvärdena, haft för observerade effekter?	2.2. I vilka syften har den här typen av styrning introducerats? 2.2. Hur har eventuella målvärden räknats fram? 2.3. Hur fungerar uppföljning och/eller ansvarsutkrävande? 2.4. Vilka effekter har man kunnat observera? <i>För samtliga intervjuade:</i> 2.5. Hur ser relevanta myndigheter på möjligheter och utmaningar med styrning av antal vårdplatser och beläggningsgrad?

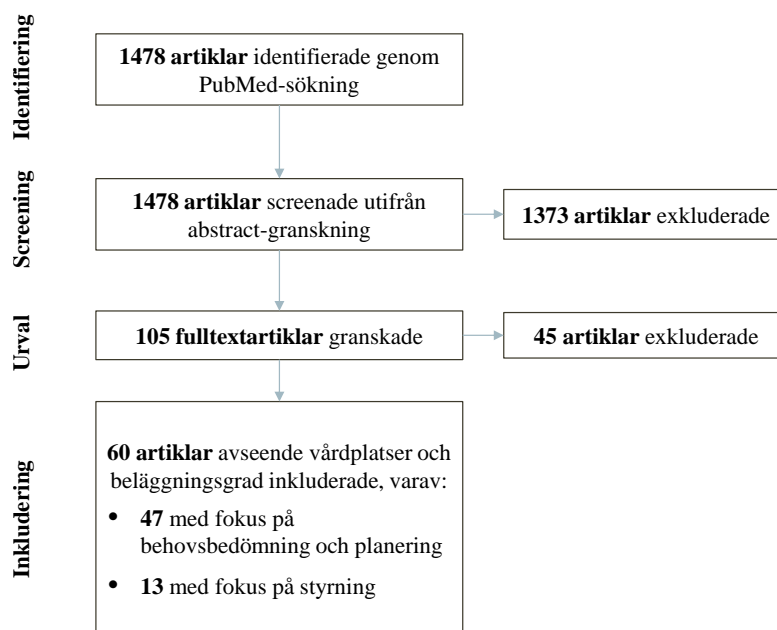
Metod

Kunskapssammanställning utifrån vetenskaplig litteratur

Kunskapssammanställningen utifrån vetenskaplig litteratur genomfördes i tre steg (se Figur 1) under november till december 2022:

1. **Identifiering av relevant vetenskaplig litteratur.** Vetenskapliga artiklar på området identifieras genom sökning i databasen PubMed. Sammanlagt 15 söktermer (Medical Subject Headings, MeSH) relaterade till behovsbedömning, planering och styrning avseende vårdplatser och beläggningsgrad användes. Söktermer och sökstrategi redovisas i Bilaga 1. *Totalt identifierades 1 478 artiklar.*
2. **Manuell genomgång av abstracts** i syfte att exkludera artiklar som inte innehåller resultat relaterade till kunskapssammanställningens huvudfrågeställningar. *Totalt exkluderades 1 373 artiklar.*
3. **Granskning och sammanställning:** De 105 återstående fulltextartiklarna granskades för att välja ut studier att inkludera i sammanställningen. *Totalt inkluderades 60 artiklar.* Socialstyrelsen bedömde inte enskilda studiers evidensvärde.

Figur 1 – Flödesdiagram, urval av studier



Internationell utblick

Den internationella utblicken genomfördes under samma tidsperiod som genomgången av vetenskaplig litteratur. Genomförandet delades in i fyra faser (se metodbeskrivning i bilaga):

- **Förarbete för att identifiera relevanta länder och kontaktpersoner:** Förarbetet innefattade genomgång av relevanta underlag för att identifiera exempel på studier vidare. Särskilt eftersöktes exempel på:

- Nationell eller regional kapacitetsplanering som genomförts med utgångspunkt i givna värden på beläggningsgrad eller antal vårdplatser
- Nationella eller regionala målvärden för beläggning eller antal vårdplatser. Även målsättningar avseende överbeläggningar eller utlokaliseringar bedömdes vara relevanta.
- **Förfrågning om medverkan:** Med utgångspunkt i förarbetet tog Socialstyrelsen kontakt med representanter från nationella och regionala myndigheter i totalt åtta länder. Därtill efterfrågades relevanta underlag och kontakter från de internationella organisationerna World Medical Association, OECD och European Observatory on Health Systems and Policies.
- **Datainsamling genom granskning av relevanta underlag och genomförande av fördjupande intervjuer:** Socialstyrelsen valde att i datainsamlingen exkludera de länder där ingen av de kontaktade representanterna haft möjlighet att medverka i fördjupande intervju. Orsaken till detta var att identifierade underlag inte bedömdes utgöra tillräcklig grund för analys av frågeställningarna för dessa länder. För inkluderade länder genomfördes intervjuer med myndighetsrepresentanter.
- **Analys och sammanställning:** De system- och processbeskrivningar som återfinns i rapporten baseras i huvudsak på publicerade underlag, medan myndigheternas erfarenheter och perspektiv i högre grad beskrivs utifrån genomförda intervjuer.

Tabell 2 – Länder och internationella organisationer som medverkat i den internationella utblicken

Land/Internationell organisation
Danmark
Island
Norge
Storbritannien: <i>England</i>
Tyskland: <i>förbundsländerna Bayern och Nordrhein-Westfalen</i>
World Medical Association

Rapportens upplägg

Rapporten *Att använda målvärden för att styra mot optimala nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser i hälso- och sjukvården* består av följande två kapitel:

- *Vilka nivåer av beläggningsgrad är optimala?*
- *Hur utformas en effektiv styrning utifrån vetenskaplig litteratur?*

Varje kapitel består av två avsnitt som syftar till att svara på kapitlets övergripande frågeställning utifrån dels vetenskaplig litteratur, dels den internationella utblicken.

Under rubriken *Uppdragets fortsättning* ges avslutningsvis en kortfattad beskrivning av Socialstyrelsens fortsatta arbete utifrån rapporten.

Vilka nivåer av beläggningsgrad och vårdplatser är optimala?

Vad säger litteraturen om optimal beläggningsgrad och optimalt antal vårdplatser?

Majoriteten av undersökta studier betonar vikten av att vårdplatser och beläggningsgrad planeras utifrån lokala förutsättningar, eftersom lokala förutsättningar har stor påverkan på vilka nivåer som är optimala i regionen eller på sjukhuset/enheten. I detta kapitel beskrivs först varför vårdplatsbehovet varierar mellan regioner, sjukhus och vårdområden. Därefter undersöks frågan om vilka nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser som är optimala. Avslutningsvis presenteras metoder och modeller som kan användas i analyser och prognoser av vårdplatsbehov.

Behovet av vårdplatser ser inte likadant ut överallt och förändras över tid

Den vetenskapliga litteraturen som beskriver faktorer som påverkar behovet av vårdplatser lyfter generellt vikten av att förstå befolkningens vårdbehov och skillnader i efterfrågan och vårdtider. Dessa faktorer förändras över tid och det finns trender som talar för såväl ett ökande som ett minskande behov av vårdplatser.

Befolkningens vårdbehov varierar med sammansättning och ser ut att öka i framtiden

Vilka behov av slutenvård som finns i ett sjukhus upptagningsområde beror på befolkningens storlek och sammansättning. Ålder, kön och socioekonomi i befolkningen lyfts fram som viktiga faktorer att beakta för att förstå vårdbehoven och hur de skiljer sig åt mellan olika regioner [2-4].

Behovet av slutenvård är inte konstant, utan har förändrats över tid och förväntas att fortsätta förändras i framtiden. Befolkningstillväxt och demografiska förändringar är viktiga förklaringar; antalet äldre i befolkningen förväntas bli fler och vårdbehovet ökar med stigande ålder [4-6]. Eftersom vårdbehoven inom den äldre befolkningen samtidigt förändras finns det olika och ibland motsägelsefulla resonemang kring hur stor påverkan en åldrande befolkning kommer att få på vårdplatsbehovet i framtiden. Vissa studier poängterar att ett utökat förebyggande arbete kan bidra till att vårdbehoven minskar i framtiden [4, 5, 7, 8]. En studie lyfter att förebyggande insatser sällan helt förhindrar utan snarare skjuter fram patientens behov av vård vilket kan leda till än större vårdbehov när patienten väl behöver sjukhusvård [8].

Efterfrågan på vård varierar över dygnet, veckans dagar och tid på året

Flera studier som undersöker efterfrågan på slutenvård beskriver stora skillnader på efterfrågan inom verksamheter. Skillnaderna består inte bara av säsongsvariationer utan flera verksamheter ser även variationer i inflödet av patienter över dygnets timmar och veckans dagar [6, 9-12]. Exempelvis presenterar en studie av ett norskt universitetssjukhus att inflödet till akutmottagningen varierade mellan ett genomsnitt på två besök i timmen (onsdagar mitt i natten) och tolv besök i timmen (fredagar mitt på dagen) [9]. I en brittisk studie av ett stort universitetssjukhus visar författarna på en signifikant skillnad i beläggningsgrad mellan olika veckodagar inom i princip alla specialiteter. Inom allmänmedicin och ortopedi, och till viss del inom geriatrik, ökade dessutom beläggningsgraden markant under vintersäsongen till följd av ett ökat inflöde [10].

I planeringssammanhang lyfts särskilt betydelsen av att beakta säsongsvariationer. Green och Nguyen [13] föreslår exempelvis att verksamheter med stora säsongsvariationer i inflödet, exempelvis obstetrik, bör justera antalet vårdplatser över året.

Vårdtider varierar med både vårdbehov och arbetssätt

Att vårdtiden varierar för olika patienter är naturligt och beror bland annat på att tillstånd är olika svåra och kräver olika typer av behandlingar. Vårdtider varierar både mellan och inom specialiteter [11, 13, 15, 16]. Ett exempel på storleken på variationerna inom en specialitet ges i en studie inom neurologi på ett brittiskt sjukhus. Studien fann en genomsnittlig skillnad om åtta vårddygn mellan de tillstånd som krävt längst respektive kortast vårdtider (elva jämfört med tre dygn) [14].

Att vårdtiderna skiljer sig åt mellan verksamheter har inte bara med vårdbehoven att göra, utan speglar även skillnader i arbetssätt. Bland annat nämner studier lokala kliniska rutiner, tidsåtgång för konsultationer och laborietjänster, strukturella faktorer och geografisk placering som förklaringar till skillnader i vårdtider. Eftersom vårdtider är avgörande för vårdplatsbehovet, kan dessa lokala skillnader ha stor betydelse för hur många vårdplatser som ett sjukhus eller en region behöver för att möta befolkningens vårdbehov [4, 17, 18].

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdens arbetssätt förväntas minska behovet av vårdplatser i framtiden

Litteraturen beskriver flera utvecklingstrender i hälso- och sjukvården som förväntas påverka det framtida behovet av vårdplatser. Medicinteknisk utveckling har lett till att vårdtider förkortats märkbart under senare år – en utveckling som förväntas fortsätta framgent och därmed minska vårdplatsbehovet [4, 8]. En systematisk litteraturgenomgång av modeller och metoder för att beräkna behovet av vårdplatser i regioner och sjukhus visar på betydelsen av detta genom ett exempel från förlossningsvården i England. Där minskade antalet vårdplatser med 51 procent till följd av kortade vårdtider. Författarna påpekar samtidigt att den medicintekniska utvecklingen kommer att påverka olika typer av sjukhus i olika utsträckning. Framför allt menar de att den höga komplexiteten i behandlingar och

vårdtjänster på universitetssjukhus gör det osannolikt att vårdtiderna kommer att minska där [4].

Att skifta ut vård från sjukhus är en pågående utveckling som behandlas i flera studier. Två studier från Norge ger exempel på vilken påverkan ett sådant arbete kan ha på vårdplatsbehovet vid sjukhus. Den ena, från 2019, visade att antalet akuta inläggningar för patienter med bland annat kronisk sjukdom minskade med 3,4 procent i kommuner där kommunala akutvårdplatser etablerades jämfört med kommuner där de inte etablerades [19]. Den andra, från 2008, jämförde två angränsande kommuner som organiserat den psykiatriska vården olika och fann att kommunen utan lokala psykiatriska vårdplatser upplevde mer än dubbelt så många akuta slutenvårdstillfällen på sjukhus jämfört med kommunen som hade tillgång till lokala psykiatriska vårdplatser [20].

Det finns även utvecklingstrender för att stärka primärvården i syfte att minska behovet av slutenvård på sjukhus. En studie från Australien menar dock att sjukvårdspolitikerna uppvisar en övertro på primärvårdens möjlighet att avlasta slutenvården på sjukhus. Bland annat diskuterar Cunningham [8] att vissa satsningar på primärvården har kompletterat snarare än ersatt slutenvård på sjukhus. Cunningham presenterar till exempel resultaten från ett samordnat vårdprogram i Nya Zeeland, där en 40-procentig ökning i antalet vårdtillfällen på sjukhus hänfördes till förbättrad övervakning av kroniskt sjuka patienters tillstånd då fler vårdbehov kunde upptäckas.

Litteraturen tar även upp att alltmer vård som tidigare förutsatt sjukhusinläggning kan genomföras som dagvård, så kallad poliklinisering. Detta har medfört, och fortsätter medföra, att allt färre patienter behöver slutenvård. En studie från England hänvisar till beräkningar från Storbritanniens regering som visade att om antalet operationer som görs som dagvård ökade till 75 procent skulle det tillgängliggöra totalt 1 700 vårdplatser hos de vårdgivare som ingår i den nationella sjukvårdstjänsten National Health Service (NHS) [21]. En annan studie från England lyfter poliklinisering som en viktig förklaring till att antalet vårdplatser minskat under de senaste trettio åren, och visar att det även medfört en femdubbling av antalet dagvårdsplatser [4].

Vidare lyfter Ravaghi och Alidoost [4] teorin *Roemers lag*. Teorin menar att en ökad tillgång till vårdplatser också leder till en ökad efterfrågan. Detta ses genom en ökad inläggningsfrekvens eller genom längre vårdtider, eller båda. I sin systematiska litteraturgenomgång anger de att det finns visst stöd för teorin.

Önskvärd beläggningsgrad beror på verksamhetens förutsättningar

Vilken beläggningsgrad som är optimal i en verksamhet handlar till stor del om hur många vårdplatser som behöver finnas tillgängliga för att kunna möta toppar i patientinflödet och upprätthålla fungerande patientflöden.

Beläggningsgraden kan vara högre i planerad vård än i akut, liksom på stora enheter jämfört med små

En enhet som huvudsakligen bedriver planerad vård kan planera sitt inflöde och behöver inte ha samma variation i inflödet som enheter med akuta inflöden. Därmed behöver det under normala omständigheter inte heller

finnas ledig kapacitet för oväntat höga inflöden, vilket gör att verksamheten kan bedrivas vid en högre genomsnittlig belägningsgrad [13].

Många enheter har såväl akuta som planerade patientinflöden, och behöver därmed ha en belägningsgrad och kapacitet som möjliggör att både möta toppar i patientinflöden och utföra den planerade vården. Några av de genomgångna artiklarna indikerar att akuta inflöden istället tillgodoses genom att ställa in planerad vård när det saknas ledig kapacitet. Robb och O'Sullivan [22] och Nasr och Reichardt [23] visar att planerade åtgärder ställts in när höga akuta inflöden gett upphov till vårdplatsbrist. En studie från Norge finner ett svagt statistiskt samband mellan väntetider för planerade inskrivningar på kirurgiska och ortopediska avdelningar och andelen akuta inflöden [24].

Vidare har flera studier visat att större sjukhus och enheter har möjlighet att ha en högre belägningsgrad än små eftersom öknings i inflödet påverkar den mindre enhetens tillgänglighet mer än den större. Detta då varje vårdplats som beläggs på en liten enhet utgör en större andel av det totala antalet disponibla vårdplatser än på en stor enhet [4, 6, 12, 25].

Möjligheterna att hänvisa patienter påverkar vilken belägningsgrad en enhet kan ha med god tillgänglighet
Ytterligare en faktor som påverkar en enhets optimala belägningsgrad är i vilken mån det är möjligt att hänvisa patienter vidare när enheten är fullbelagd (antingen före inskrivning eller genom utlokalisering/överflyttning till annan enhet). Detta beror till del på enhetens geografiska avstånd i förhållande till andra motsvarande enheter [4]. Det beror också på hur specialiserad verksamheten som bedrivs är. I en mer specialiserad verksamhet med särskilda krav på utrustning och personal är det svårare att samarbeta med andra enheter, och det behöver finnas större utrymme för att möta toppar i inflöde [26, 27].

Några av studierna menar vidare att den optimala belägningsgraden varierar beroende på klinisk specialitet. Vissa specialiteter, som exempelvis neonatal och pediatrik samt anesthesi och intensivvård behöver alltid kunna möta toppar i inflödet då deras patienter generellt inte kan läggas in på andra avdelningar vid platsbrist. Det beror på att patienter inom dessa specialiteter behöver specifik kompetens och/eller utrustning [6, 12, 26]. Green [12] menar vidare att det på universitetssjukhus förekommer att vårdplatser är så pass specifika, exempelvis genom att de hanteras av enskilda läkare eller inom forskningsprogram, att fördelningen av patienter behöver ske på ett specifikt sätt. Belägningsgraden måste därmed hållas lägre för att säkerställa önskvärd tillgång till alla specifika vårdplatstyper.

Få studier ger förslag på nivåer av belägningsgrad och antal vårdplatser

Även om många studier belyser vilka faktorer som påverkar vilken belägningsgrad som bör gälla i olika verksamheter, och hur många vårdplatser som behövs, är det få som drar slutsatser kring vilka nivåer som är optimala.

Hänvisningar till 85-90 procent som optimal beläggningsgrad är vanliga

En studie som fått mycket stort genomslag genomfördes 1999 av Bagust och Place [1]. Författarna använde en modell som simulerade patientinflöde och tillgängliga vårdplatser för en sjukhuskapacitet motsvarande 200 vårdplatser (baserat på data från ett universitetssjukhus och ett landsbygdssjukhus). Simuleringen utgick ifrån ett patientinflöde som varierade slumpmässigt runt en långsiktig trend, på ett sätt som definierats utifrån historiska vårddata justerade för säsongs- och veckovariationer. Modellen användes för att studera relationen mellan beläggningsgrad och risken att inte ha en vårdplats tillgänglig när en patient behöver läggas in akut. Studien fann att risken var nära 0 procent vid en genomsnittlig beläggningsgrad under 85 procent. Vid en genomsnittlig beläggningsgrad mellan 85 och 90 procent uppgick risken till 1 procent, vilket innebär att sjukhuset vid fyra tillfällen per år då minst en patient inte kan läggas in på grund av vårdplatsbrist. Vidare fann studien att sjukhuset vid en beläggningsgrad över 90 procent kunde förvänta sig mer frekventa *krisdagar* (definierade som en dag då minst en patient inte kan läggas in på grund av vårdplatsbrist).

Ett flertal studier som Socialstyrelsen granskat redovisar 85-90 procent beläggningsgrad som optimal med hänvisning till tidigare forskning. När Socialstyrelsen gått igenom dessa studiers källhänvisningar (i ett eller flera led) visar det sig att den tidigare forskning som refereras till nästan uteslutande utgörs av Bagust et al. studie från 1999.

Det finns även viss kritik av Bagust et al. studien. En studie från Australien påpekar exempelvis att resultaten inte är generellt applicerbara eftersom de utgår ifrån förutsättningarna på de sjukhus vars data använts som utgångspunkt för simuleringarna [28]. En annan studie av Harrison et al. [29] simulerade patientinflöden, beläggningsgrad och vårdplatskapacitet och jämförde sina resultat med resultaten i Bagust et al. Författarna fann att ett sjukhus med ungefär 170 vårdplatser nådde sin gräns för vad som definieras som en acceptabel nivå av utlokaliseringar redan vid 78 procent beläggningsgrad (acceptabel nivå motsvarade ca 61 utlokaliserade vårddygn per år i genomsnitt).[29].

Det finns flera studier om beläggningsgradens påverkan på patientsäkerhet, utfall och tillgänglighet

Litteraturgranskningen har identifierat ett flertal studier som studerat relationen mellan specifika kvalitetsmått och beläggningsgrad [1, 12, 29-46]. Huvudresultaten sammanfattas i Tabell 3 nedan.

De flesta studier har gjorts inom ett specifikt sjukhus eller ett urval av sjukhus inom en enskild region. Socialstyrelsen har inte bedömt enskilda studiers evidensvärde, men flera av de identifierade artiklarna nämns även i en sammanställning gjord av brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE), där studiernas evidensvärde genomgående bedöms vara lågt [47].

Sammanfattningsvis visar studierna på ett samband mellan hög beläggningsgrad och negativa utfall för kvalitetsmått som dödlighet, återinskrivningar, vårdrelaterade infektioner, arbetsmiljö och tillgänglighet. Sambanden som påträffas ser olika ut i olika artiklar. Risker beskrivs ofta börja öka någonstans över 80 procent beläggningsgrad, men det går inte att

utifrån dessa studier dra slutsatser kring en mer exakt önskvärd beläggningsgrad.

Patientsäkerhetsrisker kopplade till utlokaliseringar och återinskrivningar

Det finns kända patientsäkerhetsrisker kopplade till utlokalisering av patienter samt oplanerade återinskrivningar. Exempelvis indikerar resultat från SKR:s markörbaserade journalgranskning 2013-2018 att:

- förekomsten av vårdskador är 60-70 procent högre för utlokaliserade patienter jämfört med ej utlokaliserade patienter, samt
- att en patient som återinskrivs oplanerat inom 30 dagar löper större risk för vårdskador och skador än de som inte återinskrivits.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner [48]

Tabell 3 – Studier kring hur beläggningsgrad påverkar patientsäkerhet och kvalitet

Studie	Studerade kvalitetsmått	Resultat
Uffall, patientsäkerhet och arbetsmiljö		
Af Ugglas et al. (2020) – Sverige	Dödlighet på sjukhus, 30-dagars dödlighet, återbesök inom sju dagar på akutmottagning, förändring i vistelsetider på akutmottagning och förändring i inläggningsfrekvens	Högre genomsnittlig beläggningsgrad var inte relaterad till dödlighet. Patienter utskrivna när beläggningsgraden var högre än 89% på sjukhuset löpte en 2-4% högre risk att göra återbesök inom sju dagar. En 10% ökning i beläggningsgrad på sjukhuset kopplades till en ökning av den genomsnittliga vistelsetiden med 16 minuter och en 1,9% minskning i inläggningsfrekvensen.
Ofoma et al. (2020) – USA	Fördröjd överflyttning av patient från IVA till annan avdelning	Beläggningsgrad på sjukhus på över 80% var relaterat till länge fördröjningar i överflyttningar (genomsnittlig ökning på 5,4%)
Blom et al. (2015) – Sverige	Återinskrivningar inom 30 dagar	Indikerar samband mellan återinskrivningar och beläggningsgrad vid utskrivningstillfället. Andelen patienter som gjorde ett oplanerat återinskrivningar inom 30 dagar var 9% bland dem som skrivits ut vid en beläggningsgrad på under 95%, 10,2% bland dem som skrivits ut vid en beläggningsgrad på 95-100%, 10,8% bland dem som skrivits ut vid en beläggningsgrad på 100-105% samt 10,5% bland dem som skrivits ut vid en beläggningsgrad över 105%.
Madsen et al. (2014) – Danmark	Dödlighet på sjukhus samt 30-dagars dödlighet	Över 110% beläggningsgrad resulterade i en ökad dödlighet om 9% jämfört med beläggningsgrad på under 80%
McCusker et al. (2014) – Kanada	Återinskrivning inom 30 dagar samt dödlighet inom 30 dagar (inklusive de som skrivits ut och som är inskrivna vid dödstillfället)	10% ökning i beläggningsgrad på akutvårdsavdelningen kunde relateras till 3% ökning i risken för dödlighet inom 30 dagar och för återinskrivning inom 30-dagar
Ahyow et al. (2013) – Storbritannien	Vårdrelaterade infektioner (enbart Clostridium difficile infektioner)	Studien fann en ökad risk för infektion vid över 80% beläggningsgrad

Studie	Studerade kvalitetsmått	Resultat
Volpe et al. (2013) – Brasilien	Korttidssjukskrivningar, dödlighet och vårdrelaterade infektioner	Samband mellan beläggningsgrad över 85% och en mindre ökning i korttidssjukskrivningar hos vårdpersonal. När beläggningsgraden var högre minskade dödligheten. Beläggningsgrad påverkade inte förekomsten av vårdrelaterade infektioner.
Borg et al. (2008) – Malta	Vårdrelaterade infektioner (enbart resistenta bakterieinfektioner)	Resistenta bakterieinfektioner ökade vid en beläggningsgrad över 100%
Cunningham et al. (2006) – Nordirland, Storbritannien	Vårdrelaterade infektioner (enbart resistenta bakterieinfektioner)	Studien fann att incidensen av resistenta bakterieinfektioner var högre vid en högre beläggningsgrad för ett av de studerade åren, men inte för det andra studieåret.
Borg (2003) – Storbritannien	Vårdrelaterade infektioner (enbart resistenta bakterieinfektioner)	Risken för resistenta bakterieinfektioner ökade vid högre beläggningsgrad
Forster et al. (2003) – Kanada	Vårdtid	Vårdtiderna ökade vid över 90% beläggningsgrad
Richardson (2002) – Australien	Vårdtid samt vistelsetid på akutmottagningen som överskrider 8 timmar	Båda kvalitetsmåttarna som studerades ökade vid högre beläggningsgrad
Kibbler et al. (1998) – Storbritannien	Vårdrelaterade infektioner (enbart resistenta bakterieinfektioner)	När en vårdavdelning med patienter som möjligtvis exponerats av resistenta bakterier fick ett tillskott av en patient, ökade risken
Tillgänglighet		
Bagust et al. (1999) – USA	Frekvens av vårdplatsbrist på akutvårdsavdelning	En akutvårdsavdelning med över 90% beläggningsgrad löpte störst risk för vårdplatskriser som medför ökade risker för patienter. Vid över 85% beläggningsgrad ökade risken för vårdplatsbrist.
Hillier et al. (2009) – USA	Väntetid på pediatrik akutmottagning	Vid varje 5%-ökning i beläggningsgrad över 80% ökade väntetiden på akutmottagningen med 17,7 minuter
Harrison (2005) – Australien	Frekvens av överbeläggningar på medicinsk akutvårdsavdelning	Ett sjukhus med ca 170 vårdplatser når en oacceptabel nivå av utlokaliseringar vid en 78% beläggningsgrad (motsvarande 61 utlokaliserade vårddyggn på ett år i genomsnitt)
Cooke et al. (2004) – England, Storbritannien	Andelen patienter som väntar längre än fyra timmar på akutmottagningen	Andelen patienter som väntade längre än fyra timmar på akutmottagningen ökade vid högre beläggningsgrad
Gorunescu et al. (2002) – USA	Patienter som hänvisas till andra geriatriska akutvårdsavdelningar sjukhus på grund av vårdplatsbrist	Stödjer observation från tidigare studie som menar att 85% beläggningsgrad är optimalt för en geriatrisk avdelning. Författaren visar med en simuleringsmodell att det studerade kvalitetsmättet är lågt (1 på 180 patienter avvisas på ett sjukhus med 170 vårdplatser) vid en beläggningsgrad på strax över 85% beläggningsgrad.
Green (2002) – USA	Sannolikheten för väntetid till vårdplats	Små ökningsgrad i beläggningsgrad kan ge stora ökningsgrad i väntetider till vårdplatser, särskilt vid kritiska nivåer av beläggningsgrad. Kritisk nivå varierar med sjukhusstorlek och kan för små enheter vara så låg som 45%.

Ett fåtal studier gör en bedömning av hur många vårdplatser som bör tillhandahållas

Ett fåtal artiklar gör en bedömning av hur många vårdplatser som hälso- och sjukvården bör tillhandahålla. Studierna uttrycker antalet i relation till antalet invånare. Samtliga studier är genomförda i Storbritannien och berör specifika vårdområden. De mest aktuella studierna är från tidigt 2000-tal. Nedan listas studierna och deras resultat:

- *Studie från Storbritannien 2003 [14]:* Studien undersökte hur många vårdplatser som skulle krävas för att implementera ett aktuellt förslag från Association of British Neurologists om att hålla akut neurologisk vård tillgänglig dygnet runt, där patienter som inte krävde omedelbar vård skulle behandlas inom 24 timmar. Författarna fann att det skulle krävas 15 vårdplatser per 100 000 invånare för att uppfylla målet.
- *Studie från England och Wales 2003 [49]:* Studien beräknade behovet av neonatala vårdplatser utifrån en kategorisering av patienternas vårdtyngd. Studien föreslog 1–5 neonatala vårdplatser per 1 000 födselar beroende på vilka vårdtyngdkategorier som behandlades på aktuell klinik.
- *Studie från norra England 1995 [50]:* Studien genomfördes med målsättningen att ta fram ett lämpligt antal vårdplatser inom pediatrik intensivvård. Författarna utgick ifrån att det optimala antalet vårdplatser skulle möta vårdplatsbehovet för 95 procent av årets dagar och visade att behovet av vårdplatser per invånare inte följde en linjär trend, utan minskade när antalet invånare ökade. Resultatet var ett genomsnittligt behov om 20 intensivvårdsplatser per 1 000 000 barn. Författaren betonar att den beräknade siffran inte nödvändigtvis är en korrekt nivå, men att den kan vara en rationell grund för en diskussion om framtida rekommendationer för det optimala antalet vårdplatser.
- *Studie från sjukhus i Wakefield, England 1991 [51]:* Studien beräknade behovet av pediatrika vårdplatser utifrån en beläggningsgrad på 75 procent, vilket ansågs tillräckligt för att möta toppar i patientinflödet. Resultatet var ett genomsnittligt behov om 1 pediatrik vårdplats per 1 000 barn.
- *Studie från Skottland 1976 [52]:* Studien jämförde inskrivningar på allmänna sjukhus hos befolkningar med och utan tillgång till vårdplatser i sluten primärvård (eng. *cottage hospitals*) och beräknade att det är lämpligt att erbjuda 1,5 vårdplatser per 1 000 invånare i sluten primärvård.

Tydlig kategorisering av vårdplatser saknas

En disponibel vårdplats kan utformas, utrustas och bemannas på många olika sätt beroende på behoven i vården. För att få vägledning kring hur vårdplatser bör kategoriseras i planerings- och styrningssammanhang har Socialstyrelsen undersökt vilka olika typer av vårdplatser som diskuteras i litteraturen. Ingen av de genomgångna studierna föreslår en heltäckande kategorisering av vårdplatser att använda i planeringssyfte. Vanligast är att studierna skiljer på olika typer av vårdplatser genom att beskriva dem per specialitet [9, 53, 54].

Vissa studier använder vårdnivå för att skilja på olika typer av vårdplatser. Exempel på detta är Davis och Poste [55] som använder kategorierna IVA, IMA, generell vårdavdelning och en så kallad *on-site skilled nursing facility*.

Även LeTouzé [7] gör en indelning utifrån vårdnivå och använder kategorierna primärvård, sekundärvård, tertiärvård, rehabilitering och akut psykiatrisk vård. Samma studie använder också en kategorisering som i viss mån utgår ifrån vårdtyngd. I denna ingår kategorierna akuttvårdplats, specialiserad vårdplats, rehabiliteringsvårdplats och långtidsvårdplats (eng. *extended care bed*).

Ytterligare en studie som använder vårdtyngd som utgångspunkt för att skilja på olika typer av vårdplatser använder kategorierna särskild vårdplats på enhet för nyfödda, vårdplats för traumapatienter, specialiteter som tillhandahåller särskilda faciliteter samt ordinarie vårdplats [26].

I några av studierna används mindre specifika vårdplatskategorier [4]. Akut respektive elektiv vårdplats, eller kirurgisk respektive icke-kirurgisk vårdplats, är indelningar som förekommer.

Det finns många olika modeller och metoder för att beräkna optimalt antal vårdplatser

Även om den vetenskapliga litteraturen verkar innehålla få förslag på lämplig vårdplatskapacitet, så beskrivs flera olika modeller och metoder som kan användas för att planera vårdplatser på sjukhus- eller regionnivå. De flesta är utformade för räkna fram hur många vårdplatser som behövs för att möta efterfrågan på sjukhus, eller hur vårdplatserna på ett sjukhus kan fördelas optimalt mellan enheter [9, 27, 43, 56]. Vissa av modellerna är framtagna särskilt för en enskild klinisk specialitet eller en typ av vårdavdelning, där IVA är vanligast förekommande. Andra modeller kan användas för all slutenvård [15, 18, 57]. Modellerna är ofta gjorda för att möjliggöra en uppskattning av vårdplatsbehovet på regional eller sjukhusnivå [4], men det finns även flera exempel på modeller som kan tillämpas på enhetsnivå.

Efterfrågan, befolkningstillväxt samt önskvärd beläggningsgrad och krisberedskap är vanliga parametrar

Grundläggande parametrar som ingår i majoriteten av de identifierade modellerna är

- efterfrågan på slutenvård, ofta mätt genom historiska data över vårdtillfällena och vårdtyngd,
- befolkningstillväxt,
- önskvärd beläggningsgrad, samt
- önskvärd ytterligare kapacitet i krisberedskapssyfte [4].

Formula method och *ratio method* är två enkla metoder (i avseendet att de beaktar ett fåtal faktorer/parametrar) som traditionellt har använts vid planering av vårdplatser. En kanadensisk studie från 1984 beskriver att formula method användes av alla provinser i Kanada för att planera vårdplatser. Ett vanligt exempel på tillämpning av formula method är den så kallade Hill-Burton-formeln (se nedan faktaruta). Formula method använder sig vanligtvis av lättillgängliga data över vårdplatsanvändning för att beräkna ett förväntat vårdplatsbehov. Uträkningen kräver även att en önskad beläggningsgrad definieras [7]. Ratio method introducerades 1977 och användes vid tiden bland annat i tyska förbundsländer för att planera vårdplatser. Metoden liknar formula method men utgår ifrån genomsnittliga vårdtider och antal patienter [4, 58].

Exempel: Hill-Burton-formeln

$$\text{Nyttjandegrad} = \frac{\text{Vårddygn}}{\text{Antal invånare}}$$

$$\text{Prognos för antal patienter per dag} = \frac{\text{Nyttjandegrad} \cdot \text{Prognos för antal invånare}}{365}$$

$$\text{Prognostiserat behov av vårdplatser} = \frac{\text{Genomsnittligt antal patienter per dag}}{\text{Önskad beläggningsgrad}} + A$$

Not: A definieras av metodens användare som önskvärt antal extra vårdplatser i krisberedskapssyfte

Källa: LeTouzé [7]

De två metoderna som nämns ovan ligger ofta till grund för mer avancerade modeller som syftar till att öka precisionen i prognoserna. De mer avancerade modellerna försöker bland annat ta hänsyn till hur vårdplatsbehovet påverkas av förändringar i vårdtid och vårdtillfällen till följd av demografiska förändringar och medicinteknisk utveckling [4].

Nguyen och Six [59] har tagit fram en modell som är särskilt utformad för att göras oberoende av verksamhetsspecifika faktorer och kunna tillämpas brett (*Score Model*). I stället för vårdtillfällen och vårddygn utgår den ifrån historiskt antal patienter per dag och antalet patientförflyttningar som varit nödvändiga att göra på grund av att enheten varit fullbelagd. I modellen kan användaren räkna fram en optimal vårdplatskapacitet som minimerar antalet dagar per månad då enheten är full (tillgänglighet), antalet patientförflyttningar per månad (patientsäkerhet) och antalet dagar med mer än två vårdplatser lediga (effektivitet).

Alla studerade modeller har både styrkor och svagheter

En fördel med de enkla metoderna och modellerna är att de kräver få antaganden och använder sig av data som i hög utsträckning är tillgänglig och tillförlitlig. Detta gör dem lättare att använda [7, 59]. En invändning mot enkla metoder och modeller är att de inte fångar framtida förändringar i behov tillräckligt väl. Eftersom de tar hänsyn till befolkningstillväxt men inte betydelsen av medicinteknisk utveckling och förändrade arbetssätt riskerar de att överskatta behovet av vårdplatser [4, 59].

Mer avancerade modeller tar ofta hänsyn till demografiska förändringar i tillägg till befolkningstillväxt, men även sådana prognoser anses riskera att överskatta behovet då de inte beaktar effekter av medicinteknisk utveckling, mer preventivt arbete eller ökad grad av poliklinisering – utvecklingsområden som alla skulle kunna minska behovet av slutna sjukhusvård [4]. Endast en av modellerna som identifierats i denna litteratursökning, och i den systematiska litteraturöversikten av Ravaghi och Alidoost från 2020, tar hänsyn till alla parametrarna ovan.

När modeller för vårdplatsplanering görs mer avancerade minskar möjligheten att använda dem brett eftersom mer avancerade modeller kräver såväl bredare och bättre datatillgång som mer anpassad planeringskompetens. Detta kan vara en orsak till att enklare metoder tillämpas mer än avancerade, trots att de senare i teorin ger mer korrekta prognoser [59].

För att testa precisionen i olika avancerade modeller utvecklade Mackay och Lee [5] flera flödesmodeller för analys och prognostisering av vårdplatsbehov som innefattade som minst fyra parametrar och som mest 424 parametrar, beroende på hur detaljerade tidsdata modellerna hade tillgång till. Modeller med ett stort antal parametrar gav inte bäst precision utan den modell som visade sig prestera bäst var den som beaktade säsongsvariationer.

En kritik som framförs gentemot majoriteten av modeller är att de utgår ifrån historisk efterfrågan. Detta innebär att behov hos personer som inte uppsökt eller haft tillgång till vård trots behov inte återspeglas korrekt [7]. Därtill innebär det att beräkningarna blir beroende av en verksamhets unika egenskaper; exempelvis är en enhets vårdtider till del beroende av arbetssätt, strukturer och geografiskt läge. Beräkningar blir därmed mindre överförbara till andra verksamheter, samt mindre beständiga över tid [59].

Tabell 4 – För- och nackdelar med olika typer av modeller för beräkning av vårdplatsbehovet

Tar hänsyn till...	Enkla modeller utgår ifrån nuläge (9 st.) ¹	Avancerade modeller – bygger in specifika egenskaper (6 st.) ²	Komplexa modeller – tar hänsyn till utvecklingen (1 st.) ³
Skillnader mellan kliniska specialiteter	Vissa	Ja	Ja
Ålders- och könsfördelning i befolkningen	Nej	Vissa	Ja
Regional befolkningsfördelning	Nej	Vissa	Nej
Sjukhusets resultat i kvalitet och resurseffektivitet	Nej	Vissa	Nej
Säsongsvariationer	Nej	Nej	Ja
Trender i slutenvårdskonsumtion (t.ex. kortare vårdtider)	Vissa	Vissa	Ja
Framtida demografiska förändringar	Vissa	Ja	Ja
Medicinteknisk utveckling	Nej	Vissa	Ja
Policyförändringar över tid	Nej	Nej	Nej
Skillnader i olika parametrars betydelse för beräkningen (viktning)	Nej	Nej	Nej

¹ Formula method, Ratio method, Regression method, Method Distribution of Present Patients Simulation Method, Basic Scenario Model, Lausanne University Model, Status Quo Model, Michigan's Bed Need Methodology, Simulation Model, ² Current Use Projection Model, Trends in Acute Care Bed Use Model, Israeli Model, Greater Glasgow Model, Swiss Health Observatory Model, Score Model, ³ Capacity Model
Källa: Ravaghi och Alidoost [4], Trye och Murray [17], Lumell Associates-analys

Tabell 4 ovan bygger på den tidigare nämnda systematiska litteraturoversikten från 2020 och sammanfattar vilka faktorer som påverkar behovet av vårdplatser som modellerna tar hänsyn till [4, 17]. Som framgår av tabellen tar inga modeller hänsyn till samtliga parametrar. Endast en tar hänsyn till säsongsvariationer i behov. Att detta är en brist stärks bland annat av St George [26] som menar att om antalet vårdplatser planeras utifrån ett genomsnittligt behov trots att det faktiska behovet varierar över året, kommer sjukhusen per definition att ha en feldimensionerad verksamhet i långa perioder. Verksamheten kommer under året vara såväl underdimensionerad som överdimensionerad.

När det gäller parametrar som avser att fånga utvecklingen över tid är det vanligaste att demografisk utveckling inkluderas. Även trender i vårdplatskonsumtion, då särskilt förändringar i vårdtider, fångas i flera modeller. Det är dock bara den komplexa modellen *Capacity Model* som inkluderar både dessa och medicinteknisk utveckling [17]. Ingen av modellerna fångar policyförändringar över tid som kan påverka dimensioneringsbeslut i vården, eller viktas de olika parametrarnas betydelse för prognosen [4].

Vad säger den internationella utblicken om optimal beläggningsgrad och optimalt antal vårdplatser?

Planeringen av vårdplatser fungerar på olika sätt i de länder som ingått i den internationella utblicken. Den bedrivs också med delvis olika utgångspunkter. I detta kapitel beskrivs först mycket översiktligt hur svaret för planeringsprocesserna strukturerats i studerade länder. Därefter diskuteras de olika ländernas utgångspunkter i sin planering av vårdplatser. Avslutningsvis redovisas en sammantagen bild av publicerade prognoser och intervjuresultat avseende hur länderna prognostiserar att det framtida vårdplatsbehovet kommer att utvecklas.

Planering av vårdplatser sker i regioner/delstater samt på sjukhus

De länder som ingått i den internationella utblicken har olika hälso- och sjukvårdssystem – vissa mer centralt styrda, och andra mer decentraliserade. Gemensamt för alla studerade länder är att kapacitetsplaneringsprocesserna sker på regional nivå (i Tyskland centralt i förbundsländer) och inte nationellt. Detta motiveras dels med att regionerna är ansvariga för att vården möter befolkningens behov, och därmed behöver vara ansvariga för kapacitetsbeslut, dels med att regionerna kan göra bättre bedömningar av sina egna vårdplatsbehov eftersom deras förutsättningar skiljer sig åt.

I Norge är den specialiserade hälso- och sjukvården statligt ägd, och drivs genom fyra så kallade *regionala hälsoföretag* utan politisk ledning. De fyra regionala hälsoföretagen styr egna lokala hälsoföretag som består av ett eller flera offentliga sjukhus [60]. De regionala hälsoföretagen ansvarar för planeringen av antalet vårdplatser som varje region behöver. Idag används en gemensam nationell modell (*Sykehusbyggsmodellen*, se sammanställning i nedan faktaruta) för beräkning av kapacitetsbehov i alla regionala hälsoföretag [61].

Sykehusbyggsmodellen

Sykehusbyggsmodellen är en norsk nationell prognosmodell som består av tre steg:

1. Beräkning av den prognostiserade demografiska utvecklingen inom den avsedda tidsperioden.
2. Kvalitativ bedömning av annan förväntad utveckling inom hälso- och sjukvården, inklusive medicinsk utveckling och grad av poliklinisering.
3. Den framtida prognostiserade produktionsnivån som utgörs av ovanstående parametrar används för att beräkna kapacitets- och lokalbehov baserat på beläggningsgrad, öppningstider och lokalstandarder.

Källa: Helse Sør-Øst [61]

Danmark består av fem sjukvårdsregioner med politisk styrning och statlig finansiering, som är ansvariga för att driva sjukhusen i landet. Planeringen av vårdplatser sker inom respektive region, delvis centralt i regionen och delvis på de olika sjukhusen.

Island har sju statligt finansierade sjukvårdsregioner, varav två har sjukhus som bedriver mer specialiserad tertiär vård. Sjukvårdsregionerna är ansvariga för planeringen av vårdplatser.

Storbritanniens nationella sjukvårdstjänst NHS sköts separat i England, Wales, Skottland respektive Nordirland. I *England* är NHS England ytterst ansvariga för hälso- och sjukvården och beslutar om dess långsiktiga planer, men planeringen av vårdplatser sker på en mer lokal nivå.

I *Tyskland* finns 16 förbundsländer som har ett individuellt ansvar för sin hälso- och sjukvård. I detta ingår att planera vårdplatser men hur planeringen går till varierar. Socialstyrelsen har samlat erfarenheter från de tyska förbundsländerna Bayern och Nordrhein-Westfalen

I *Bayern* publicerar det lokala hälsoministeriet årligen en sjukhusplan. Sjukhusplanen innehåller bland annat en planering av vårdplatser per sjukhus. Planen uppdateras årligen men Bayerns hälsoministerium betonar att förutsättningarna snabbt kan förändras vilket gör att det är viktigt att följa upp planeringen under året. Formeln som används för att beräkna antalet vårdplatser per sjukhus beaktar genomsnittlig vårdtid, befolkningsprognos, antal vårdtillfällen och önskvärd beläggningsgrad. Sjukhusen är sedan fria att välja hur de beräknade vårdplatserna fördelas över vårdavdelningarna. Planen tas fram i samråd med en sjukhusplaneringskommitté som består av operativ personal från sjukhusen, professionerna och hälsoförsäkringsbolagen [62].

Hälsoministeriet i *Nordrhein-Westfalen* publicerar också en sjukhusplan, men med lägre frekvens. De senaste två sjukhusplanerna publicerades 2013 respektive 2022. Sjukhusplanen från 2013 innehöll en planering för antalet vårdplatser per specialitet på förbundslandsnivå, inte per sjukhus. Inom dessa specialiteter valdes sedan ett antal sjukhus som tillsammans skulle möta vårdplatsbehovet. För att beräkna vårdplatsbehovet användes Hill-Burton-formeln (se faktaruta i tidigare avsnitt) [63]. I april 2022 publicerade

ministeriet för första gången en sjukhusplan med ny utformning. Den nya planen innehåller inte siffror för antalet vårdplatser, vilket hälsoministeriet bland annat motiverar med att vårdplatskapaciteten i sig inte säger något om kvaliteten på den vård som bedrivs. Den nya planen innefattar exempelvis ett krav på att 90 procent av befolkningen ska ha maximalt 20 minuter med bil till medicinsk och kirurgisk sjukhusvård [64].

En beläggningsgrad på 80-90 procent används ofta som utgångspunkt

De studerade länderna har olika förhållningssätt när det gäller att planera med hänsyn till önskvärda nivåer av beläggningsgrad. I England och de två tyska förbundsländerna har optimala nivåer av beläggningsgrad studerats och till viss del differentierats utifrån olika specialitetens behov. I Norge, Island och Danmark används 80-90 procent som övergripande utgångspunkt i regionala planeringsprocesser.

Som nämnts bland resultaten från den vetenskapliga litteraturen publicerade NICE 2018 en rapport som undersöker vetenskaplig litteratur om sambandet mellan beläggningsgrad och kvalitetsmått för tillgänglighet och patientsäkerhet. I rapporten konstaterar NICE att akutsjukhus bör planera kapaciteten så att de minimerar riskerna som associeras med en beläggningsgrad på över 90 procent [47]. Två år senare tog NHS England fram ett mål för beläggningsgrad. Målet innebär att den genomsnittliga beläggningsgraden på allmänna och akuta vårdplatser inte ska överstiga 92 procent. Målet sattes enligt intervju med NHS England på en nivå som kunde anses främja välfungerande patientflöden på sjukhusen men som samtidigt inte skulle bli för resursineffektiv. Vidare betonas att den önskvärda beläggningsgraden ska ses som en genomsnittsnivå över sjukvården eftersom behoven – och därmed optimal beläggningsgrad – skiljer sig åt mellan enheter och sjukhus (se mer i avsnitt *Fyra studerade länder/förbundsländer har mål relaterade till beläggningsgrad eller vårdplatser*).

I Bayern beskriver hälsoministeriet att den beläggningsgrad som är optimal skiljer sig åt beroende på specialitet. Längden på vårdtid är en avgörande parameter – en psykiatrisk vårdavdelning kan till exempel ha upp till 90 procent beläggningsgrad eftersom vårdtiderna är relativt långa, vilket innebär att det inte lika ofta förekommer överlapp mellan patienter.

Även Nordrhein-Westfalen motiverar den önskvärda beläggningsgraden i flera specialiteter utifrån längden på genomsnittlig vårdtid. Till exempel ska en specialitet med mellan nio och tio dagar i genomsnittlig vårdtid sikta på en genomsnittlig beläggningsgrad över året på 85 procent [63]. De olika specialiteternas önskvärda beläggningsgrad varierar från 75 till 90 procent (se Tabell 7).

I Norge och Danmark planeras nya sjukhus utifrån en beläggningsgrad på 85 procent. Detta värde används även av Norges regionala hälsoföretag som ingångsvärde i beräkningar av framtida regionala vårdplatsbehov [61]. Även Islands hälsoministerium använder 85 procent som en önskvärd beläggningsgrad i de löpande dialoger som förs med regionerna, där bland annat beläggningsgraden på sjukhus följs upp. Det används även som ingångsvärde i en rapport från 2021 som prognostiserar vårdplatsbehovet på Islands universitetssjukhus Landspítali [65].

I intervjuer med myndighetsrepresentanter från dessa tre länder har det framgått att siffran baseras på kliniska erfarenheter och forskning men ursprungskällan har inte kunnat återges.

Sammanvägda prognoser pekar på ett ökande behov av vårdplatser

I alla studerade länder pågår en utveckling som på olika sätt minskar behovet av vårdplatser i framtiden, bland annat genom högre grad av poliklinisering, omställning till mer primärvård och vård i hemmet samt medicinteknisk utveckling som förkortar vårdtider. Samtidigt menar i princip alla intervjuade representanter från de studerade länderna att behovet av vårdplatser sammantaget kommer att öka mot bakgrund av den befolkningsutveckling som sker.

Från flera av de studerade länderna finns publicerade rapporter som gör prognoser av det långsiktiga vårdplatsbehovet. Rapporterna konstaterar generellt att vårdplatsbehovet växer. Islands hälsoministerium har till exempel prognostiserat det framtida vårdplatsbehovet på universitetssjukhuset Landspítali, som uppges stå för 80-90 procent av landets sjukhusvård. Bland annat uppskattas vårddygnet på sjukhuset öka med 53 procent till och med 2040. Ökningen bedöms framför allt bestå i att behovet ökar hos patientgrupper med längre genomsnittlig vårdtid, vilket bland annat beror på en åldrande befolkning [65].

Nordrhein-Westfalens hälsoministerium gjorde en prognos av hur vårdplatsbehovet skulle utvecklas i närtid i den sjukhusplan som publicerades 2013 och som avsåg 2015. Sjukhusplanen innehåller även en prognos på längre sikt fram till år 2025. I prognosen betonas att andelen äldre i en population är avgörande för vårdplatsbehovet eftersom prevalensen av vissa sjukdomar som ofta kräver slutenvårdsbehandling, exempelvis olika typer av kroniska sjukdomar, är vanligare bland äldre patienter. Prognosen beskriver att detta framför allt kommer leda till ett högre tryck på specialiteterna geriatrik, internmedicin och kirurgi eftersom patienter med dessa sjukdomar huvudsakligen vårdas där [63].

På regional nivå i Norge har bland annat det regionala hälsoföretaget Helse Sør-Øst med hjälp av Sykehusbyggmodellen (se ovan faktaruta) prognostiserat att regionen kommer se en ökning av vårddygn med 16 procent till och med 2035, vilket motsvarar en ökning med 846 vårdplatser vid en beläggningsgrad på 85 procent [61].

Socialstyrelsen har inte tagit del av några motsvarande aktuella myndighetsrapporter från England eller Danmark, men intervjuresultaten är samstämmiga i att utvecklingen pekar mot ett ökat behov av vårdplatser. I båda länderna anges en åldrande befolkning som den huvudsakliga förklaringen. Den intervjuade representanten från Danske Regioner lyfter Danmarks framsteg med att behandla fler patienter i dagvården* men konstaterar samtidigt att dessa i huvudsak berört patienter under 65 år. Andelen patienter i åldrar över 65 år som läggs in i slutenvården uppges vara mindre påverkad av utvecklingen. Eftersom antalet äldre ökar begränsar detta polikliniseringens förväntade påverkan på de totala vårdtiderna (och därmed vårdplatsbehovet).

* Definieras enligt uppgift lämnad vid intervju som inskrivningar under tolv timmar

Ett ytterligare perspektiv som lyfts i flera intervjuer är att även om vårdbehoven sammantaget talar för ett ökande behov av vårdplatser, är det inte säkert att sjukvården bör planera för det antal vårdplatser som prognoserna pekar mot. Orsaken är att kompetensförsörjningen redan nu är en begränsande faktor. Detta omöjliggör sannolikt en expansion av vårdplatskapaciteten som på egen hand fullt ut möter det framtida vårdplatsbehovet. Mot bakgrund av detta menar flera intervjuade att det är nödvändigt att sjukvården fokuserar på att arbeta för att begränsa den förväntade framtida ökningen av vårdplatsbehov. Det handlar huvudsakligen om att fortsätta främja den utveckling som beskrivs ovan, exempelvis förbättringar i patientflöden inom slutenvården, poliklinisering, fortsatt omställning mot att omhänderta fler vårdbehov i hemmet eller i primärvården, och ytterligare medicinteknisk utveckling som kan bidra till att förkorta vårdtiderna. Det kan också enligt intervjuade innebära att sjukvården på sikt behöver göra nya prioriteringar av vilken vård som erbjuds.

Slutsatser om optimala beläggningsgrader och vårdplatser

Resultaten från litteraturen och den internationella utblicken ger ingen direkt vägledning kring vad som utgör ett optimalt antal vårdplatser. Istället visar de på betydelsen av att vårdbehov varierar mellan upptagningsområden och över tid, men även på att hälso- och sjukvårdens organisering och arbetssätt är avgörande för hur vårdbehov översätts till vårdplatsbehov. Även när det gäller beläggningsgrad saknas entydiga rekommendationer men resultaten bekräftar dels att mycket höga nivåer är förknippade med olika typer av risker, dels att optimal beläggningsgrad är olika i olika verksamheter.

Resultaten ger en samstämmig bild av vilka faktorer som påverkar lokala vårdplatsbehov, vilket kan vara tillämpligt i en svensk kontext. Detta gäller även lärdomar kring metoder/modeller för att beräkna vårdplatsbehovet.

Hur utformas en effektiv styrning med målvärden för beläggningsgrad och disponibla vårdplatser?

Vad säger litteraturen om styrning utifrån disponibla vårdplatser?

Litteratursökningen har identifierat ett fåtal studier som undersöker exempel på målvärden för antal disponibla vårdplatser eller beläggningsgrad utfärdade av regionala eller nationella myndigheter. Resultaten av den internationella utblicken indikerar att sådan styrning använts i större utsträckning än vad som finns beskrivet i den vetenskapliga litteraturen. Resultaten av litteratursökningen talar samtidigt för att effekterna av denna styrning beforskats i begränsad utsträckning. I detta kapitel beskrivs först hur styrningen i de identifierade exemplen utformats och därefter vilka effekter som kunnat observeras.

Ett fåtal exempel på styrning utifrån antal vårdplatser och beläggningsgrad har påträffats

Den vetenskapliga litteraturen innehåller några exempel på mål och krav kring antal vårdplatser och/eller beläggningsgrad [7, 13, 21, 53, 66-71], se Tabell 5. De flesta mål/krav är satta på nationell nivå och är generella i bemärkelsen att samma målnivåer gäller alla sjukhus i landet. Två av de identifierade exemplen gäller sjukhus inom en viss region. Ett exempel gäller vård på motsvarande vårdnivå utanför sjukhus.

Utöver de som redovisas nedan har Socialstyrelsen identifierat ett fåtal exempel på målsättningar i riktlinjer utfärdade av professionsförbund. Eftersom analysen syftar till att undersöka exempel på styrning av huvudmän och vårdgivare i olika länder, har Socialstyrelsen valt att fokusera på mål/krav som utfärdats av nationella eller regionala myndigheter.

Som framgår av tabellen har flera av de identifierade målen/kraven utfärdats specifikt för vissa vårdområden eller för att möta vissa behov, såsom att säkerställa krisberedskap. Exempelvis införde USA år 2004 på nationell nivå ett mål om att delstater bör säkerställa 500 vårdplatser per miljon invånare i krisberedskapssyfte. Vårdplatserna behöver inte alltid vara disponibla men ska vara snabbt tillgängliga, vilket innebär att det alltid ska finnas en plan för hur de ska kunna bemannas inom 24 timmar [53, 66, 72]. Ett mer övergripande mål togs fram i Storbritannien år 2000 när NHS slog

fast att vårdplatskapaciteten skulle ökas i hela landet med 2 100 akuta och allmänna vårdplatser, samt 5000 närvårdsplatser*, på fyra år.

Målen och kraven som beskrivs i tabellen har införts i olika syften. En del har syftat till att stärka tillgängligheten genom att öka vårdplatskapaciteten och/eller sänka beläggningsgraden, medan andra syftat till att höja beläggningsgraden och minska överkapacitet, av resurseffektivitetsskäl.

* Begreppet som används är *intermediate care beds* som ska finnas vid *community hospitals*, *cottage hospitals* eller särskilda avdelningar på akutsjukhus

Tabell 5 – Mål och krav för antal vårdplatser och genomsnittlig beläggingsgrad som studeras och beskrivs i litteraturen

Studie	Utfördandenivå	Typ	Syfte	Utformning	Resultat
Mål/krav för antal vårdplatser					
Dayton et al. (2008); DeLia & Wood (2008); Schultz & Koenig (2006) – USA	Nationellt	Mål	Ökad krisberedskap	Säkerställ extra kapacitet om 500 vårdplatser för barn och vuxna per 1 miljon invånare som kan göras tillgängliga inom 24 timmar	I flera delstater förekommer utmaningar att nå upp till målen.
MacFarlane et al. (2005) – Storbritannien	Nationellt	Mål	Ökad tillgänglighet	Öppna 2 100 nya akuta och allmänna vårdplatser, samt 5000 närvårdsplatser, på fyra år	Begränsad effekt till följd av utmaningar i att utöka bemanning för att öppna fler vårdplatser. Därtill bedöms det vara sannolikt att akuta/allmänna vårdplatser omklassificerats till närvårdsplatser i stället för utökad kapacitet.
Lelliott & Wing (1994) – Storbritannien	Nationellt	Mål/Riktlinje	Framgår ej	30-50 psykiatriska vårdplatser för långtidsvård (ej på sjukhus) per 100 000 invånare	Resultaten tyder på att målen har uppnåtts, men den begränsade tillgången till data på lokal nivå gör att det inte går att avgöra med säkerhet.
Letouzé (1984) – Kanada	Regionalt	Mål/Riktlinje	Ökad resurseffektivitet	3,5-5 akuta vårdplatser per 1 000 invånare	Inga effekter finns beskrivna.
Jolley & Arie (1976) – Storbritannien	Nationellt	Mål/Riktlinje	Framgår ej	0,5 allmänpsykiatriska vårdplatser per 1 000 invånare	Inga effekter finns beskrivna.
Mål/krav för genomsnittlig beläggingsgrad					
Toussaint et al. (2001) – Frankrike	Nationellt	Framgår ej	Framgår ej	85% beläggingsgrad på medicinska och kirurgiska vårdplatser, 95% beläggingsgrad på obstetriska vårdplatser	Inga effekter finns beskrivna.
Green & Nguyen (2001); Myers et al. (1990) – USA	Regionalt	Krav	Ökad resurseffektivitet	85% beläggingsgrad på sjukhus kopplat till ekonomiska incitament	Bidrog till att sjukhus stängde/drog ner kapacitet; därefter oväntat stort inflöde och patienter i behov av vård avvisades
Mål/krav för både antal vårdplatser och genomsnittlig beläggingsgrad					
Finch & Christianson (1981) – USA	Nationellt	Mål/Riktlinje	Ökad resurseffektivitet	Max 4 vårdplatser per 1 000 invånare och 80% beläggingsgrad på dessa vårdplatser i syfte att öka kostnadseffektivitet	Inga effekter beskrivs, men visar att riktlinjer är mer motiverade för sjukhus av viss storlek.

Endast ett fåtal studier undersöker effekter

För fyra av de åtta beskrivna exemplen på styrning av vårdplatser och beläggningsgrad har effekter studerats (se Tabell 5). I två fall visar studier på begränsade eller uteblivna effekter på grund av att målen inte uppnåtts; ett delmål och ett krav beskrivs ha fått oönskade effekter och i ytterligare ett fall indikerar studien att målen uppfylls men effekter undersöks inte närmare.

DeLia och Wood [66] pekar på att flera delstater i USA inte klarat att uppnå riktlinjerna för krisberedskap som utfärdats på federal nivå. En möjlig förklaring ges av Schultz och Koenig [67], som kritiserar riktlinjerna och menar att eftersom de extrapolerats från andra länder är de inte anpassade för hur behovet ser ut i USA. Vidare visar Macfarlane och Godden [21] att sjukhusen i Storbritannien inte kunnat utöka antalet vårdplatser mot mål om 2 100 nya vårdplatser på fyra år, på grund av att tillgången till personal inte varit tillräcklig för att bemanna dem. Författaren resonerar även kring att målet om att skapa fler närvårdsplatser sannolikt lett till att vårdplatser omklassificerats till just närvårdsplatser, snarare än att nya vårdplatser skapats. I samma studie lyfts det fram att uppföljningen till viss del är bristfällig på grund av att det finns en begränsad tillgång till data för att följa hur antalet vårdplatser utvecklats.

Ett välstuderat exempel på oönskade effekter är den händelseutveckling som skedde i New York under 1980-talet. Under år 1985 kopplades finansiella incitament till ett mål om 85 procents beläggningsgrad i syfte att öka vårdplatsutnyttjandet och minska överkapacitet i systemet. Under de första åren hade detta avsedd effekt genom att sjukhus reducerade sin kapacitet markant. Två år senare dokumenterades dock en allvarlig vårdplatskris i New York där vårdplatserna inte räckte till och patienter i behov av vård avvisats från sjukhus. Studierna menar att vårdplatskrisen orsakades av att nedstängningarna av vårdplatser skett samtidigt som en oväntad, kraftig ökning i inskrivningar för vissa sjukdomar, bland annat aids, missbruk och andra psykiatriska diagnoser, och att sjukhusen inte lyckades öppna vårdplatserna igen för att möta det ökade behovet på grund av brist på personal [12, 73]. Därtill noterar en studie begränsningar i data över hur många vårdplatser som faktiskt var tillgängliga under tidsperioden och anger att en av förklaringarna kan vara att sjukhus felaktigt redovisat antal vårdplatser i syfte att säkerställa uppfyllelse av beläggningsgradsmålet [73].

Vad säger den internationella utblicken om styrning utifrån disponibla vårdplatser?

Genom den internationella utblicken har ytterligare fyra exempel på länder/förbundsländer som utvecklat mål kring beläggningsgrad eller antal vårdplatser kunnat läggas till sammanställningen. Effekterna av dessa har inte fastställts och de intervjuade beskriver delvis skilda erfarenheter. I detta kapitel redovisas först hur identifierade mål utformats, därefter vilka effekter som kunnat observeras eller bedöms sannolika enligt intervjupersoner. Avslutningsvis ges de intervjuades perspektiv på möjligheter och risker med att styra huvudmän och vårdgivare utifrån mål eller krav kring antal vårdplatser och beläggningsgrad.

Fyra studerade länder/förbundsländer har mål relaterade till beläggningsgrad eller vårdplatser

Fyra av de länder/förbundsländer som ingått i Socialstyrelsens internationella utblick har definierat målsättningar som anknyter till beläggningsgrad eller antal vårdplatser. I Danmark och England fungerar dessa som övergripande viljeinriktningar, medan de i Bayern och Nordrhein-Westfalen utgör del av underlaget som används för att styra sjukhusens kapacitet och resursutnyttjande. För övriga två inkluderade länder, Island och Norge, framkom i intervjuer att de önskvärda nivåer av beläggningsgrad som Socialstyrelsen identifierat i rapporter under förarbetet *inte* användes som mål utan i stället som utgångspunkter för planering och prognostisering.

I Danmark utfärdades 2021 ett nationellt mål för att minska antalet överbeläggningar [74]. Bakgrunden till målet är enligt uppgift att Danmark likt andra länder sett kvalitets- och patientsäkerhetsrisker på grund av för höga nivåer av överbeläggningar. Målet fokuserar på medicinavdelningar då det är där geriatriska patienter till stor del behandlas, och då dessa patienter står för en stor del av den totala slutenvårdskonsumtionen. Målet är del av en uppsättning nationella mål vilka tillsammans pekar ut riktningen för utvecklingen av dansk hälso- och sjukvård. Målen uppges huvudsakligen fungera som ett politiskt instrument som följs upp på årlig basis.

Som tidigare nämnts har NHS England ett nationellt mål som publicerades i NHS Operational Planning and Contracting Guidance 2020/21 om att beläggningsgraden på allmänna och akuta vårdplatser ska ligga på högst 92 procent [75]. Detta är enligt uppgift från intervjun tänkt att fungera som ett genomsnittligt värde och det finns en medvetenhet om att beläggningsgraden kan behöva skilja sig åt mellan olika specialiteter och sjukhus. Målet har inte kopplats till någon styrning i form av regelverk eller ekonomiska incitament. Som nämnts i tidigare avsnitt har det i Storbritannien också funnits en klinisk riktlinje utfärdad av NICE 2018 om att akutvårdsavdelningar bör planera för en beläggningsgrad på under 90 procent. Riktlinjen är dock inte längre aktuell och de personer som

Socialstyrelsen har varit i kontakt med vid NHS England respektive NICE har inte haft kännedom om i vilken utsträckning riktlinjen implementerats och vilken eventuell effekt den fått.

I England har NHS även utfärdat ett mål om att öka antalet virtuella vårdplatser. En virtuell vårdplats (eng. *virtual bed*) är en vårdplats i hemmet eller på vårdboende som syftar till att möjliggöra tidigare utskrivning på sjukhus samt förebygga undvikbara inläggningar. Vården vid en virtuell vårdplats kan innefatta att medicinsk utrustning (till exempel pulsmätare) övervakas digitalt, distanskontakter via videolänk och/eller fysiska besök från tvärprofessionella vårdteam som är utplacerade lokalt. Målet är att Englands 42 integrerade sjukvårdssystem (eng. *integrated care systems*) ska öka antalet virtuella vårdplatser till 40-50 per 100 000 invånare, vilket motsvarar totalt 24 000 virtuella vårdplatser, till december 2023. Som minimum förväntar sig NHS England att virtuella vårdplatser ska etableras för sköra patienter och patienter med akuta andningsbesvär. NHS England finansierar etableringen av fler virtuella vårdplatser med totalt 200 miljoner pund för åren 2022 och 2023 samt ytterligare 250 miljoner pund för åren 2023 och 2024 [76].

I intervju beskrivs att målet om virtuella vårdplatser satts för att tydligt uttrycka en önskad utveckling mot den här typen av lösningar som avlastar sjukhus. Bakom målet ligger ett framgångsrikt införande av virtuella vårdplatser lokalt, där de positiva erfarenheterna använts för att motivera ett brett införande nationellt och räkna fram ett möjligt antal att sträva efter.

I de tyska förbundsländerna Bayern och Nordrhein-Westfalen finns målsättningar för beläggningsgrad och antal vårdplatser och till viss del styrs sjukhusen utifrån dessa. I Bayern är den sjukhusplan som framställs årligen, och som bland annat slår fast antalet vårdplatser per sjukhus, juridiskt bindande. Om ett sjukhus inte uppfyller planen riskerar det att förlora rätten till offentlig finansiering. Enligt intervjuad representant för Bayerns hälsoministerium är planen dock utformad på ett sätt som ska ge stort handlingsutrymme åt sjukhusen, genom att sjukhusen själva beslutar hur antalet vårdplatser ska fördelas över olika avdelningar. För två områden fastställs antalet vårdplatser per sjukhus centralt. Det gäller psykosomatisk medicin – behandling av patienter med kroppsliga besvär som orsakas av psykologiska faktorer⁴ – och psykiatri.

Av Bayerns sjukhusplan framgår att den genomsnittliga beläggningsgraden på vårdavdelningar som har ett akut patientinflöde ska ligga på 80 procent. För vissa specialiteter ligger dock målvärdet högre eller lägre av hänsyn till specialitetens eller sjukhusets särskilda förutsättningar. Förutsättningarna kan till exempel avse vårdproduktion och vårdtider [62]. Tabell 6 nedan listar målvärden för beläggningsgrad enligt Bayerns sjukhusplan för 2022.

⁴ I Sverige är inte psykosomatisk medicin en egen specialitet. En patient som lider av psykosomatiska besvär kan därmed få behandling inom både psykiatriska och somatiska specialiteter på såväl primärvårdsnivå som specialistvårdsnivå.

Tabell 6 – Målvärden för genomsnittlig beläggingsgrad för sjukhusen i Bayern

Verksamhet/specialitet	Beläggingsgrad
Psykiatri, psykoterapi och psykosomatisk medicin	90%
Hjärt- och kärlkirurgi	85%
Barn- och ungdomspsykiatri och -psykoterapi	85%
Nationella stroke-enheter och neurologisk rehabilitering	85%
Övriga avdelningar med akut inflöde	80%
Pediatrisk medicin och kirurgi	70%

Källa: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege [62]

Enligt intervju med Bayerns hälsoministerium används målet för beläggingsgrad i en löpande dialog mellan hälsoministeriet och olika vårdgivare för att följa upp i vilken utsträckning kapacitet och nyttjandegrad matchar vårdbehoven. Vid en beläggingsgrad som konsekvent ligger över målet diskuteras en möjlig utökning av antalet vårdplatser på sjukhuset i fråga, och omvänt ger en konsekvent lägre beläggingsgrad upphov till en diskussion om att minska antalet vårdplatser.

I Nordrhein-Westfalen har det historiskt sett funnits en sjukhusplan likt Bayerns, som slagit fast målvärden för antalet vårdplatser och beläggingsgrad. Utformningen har dock skiljt sig från Bayerns sjukhusplan, bland annat genom att målvärden sätts per specialitet på förbundslandsnivå snarare än för enskilda sjukhus, samt genom att den inte uppdaterats lika ofta. I Nordrhein-Westfalens tidigare sjukhusplan specificeras olika målsättningar för beläggingsgrad för olika avdelningar, beroende på deras genomsnittliga vårdtid [63]. Längre vårdtider ger ett högre målvärde och vice versa (se Tabell 7 nedan).

Tabell 7 – Målvärden för genomsnittlig beläggingsgrad för sjukhusen i Nordrhein-Westfalen

Specialitet	Målvärde
Pediatrik	75%
Gynekologi	77,5%
Käkkirurgi	77,5%
Nuklearmedicin	77,5%
Ögonsjukdomar	77,5%
Öron-, näsa- och halssjukdomar	77,5%
Hud- och könssjukdomar	80%
Internmedicin	80%
Urologi	80%
Kirurgi	82,5%
Neurologi	82,5%
Strålbehandling	82,5%
Geriatrisk	87,5%
Barn- och ungdomspsykiatri	90%
Psykiatri, psykoterapi och psykosomatik	90%

Källa: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen [63]

Effekter har inte studerats men intervjuade beskriver blandade erfarenheter

Effekterna av den styrning och de målsättningar som beskrivs ovan har enligt intervjupersoner inte studerats på ett systematiskt sätt. Intervjuerna ger dock en bild av hur utvecklingen sett ut och hur intervjupersonerna upplever att målen/styrningen bidragit till denna.

På sjukhusen i Bayern observeras enligt uppgift sällan överbeläggningar. En förklaring kan vara den nämnda löpande dialogen mellan det bayerska hälsoministeriet och vårdgivare, där antalet vårdplatser justeras utifrån en uppföljning av aktuell beläggningsgrad. En utmaning som lyfts när det gäller att styra utifrån ett målvärde för beläggningsgrad är att beläggningsgrad rapporteras som ett genomsnitt per vecka. Ministeriet har kunnat observera att perioder av över- eller underkapacitet uppstår, exempelvis under helger då inflödet av patienter vanligtvis är mindre.

I Nordrhein-Westfalen har hälsoministeriet från och med 2022 valt att sluta planera vården utifrån antal vårdplatser. En anledning uppges vara att den tidigare sjukhusplanen var utformad på ett sätt som lämnade för stort utrymme åt vårdgivare att besluta vilka tjänster de erbjöd. Detta har enligt uppgift lett till att tätorter tenderat att få fler vårdplatser än vad som behövs, medan orter med glesare befolkning haft för få vårdplatser. Hälsoministeriet pekar också på att de ekonomiska ramarna blivit snävare under senare år, liksom tillgången till personal, och att den konkurrens mellan sjukhus som uppstått i tidigare planeringssystem och som lett till att ett antal sjukhus lagts ner, varken gynnat vårdgivare eller patienter. Det nya sättet att planera innebär ett skifte från vårdplatstillgång som viktigaste indikator, till prestationsinriktade indikatorer. Ministeriets avsikt är att detta ska möjliggöra målinriktad planering.

Inom NHS England ligger enligt uppgift den genomsnittliga beläggningsgraden för närvarande fyra procentenheter högre än målet på 92 procent. Enligt den intervjuade representanten från NHS England är det inte möjligt att dra slutsatser om målsättningen påverkat detta utfall, eller i vilken utsträckning. När det gäller målet för virtuella vårdplatser pågår uppföljning vid tiden för denna rapportens sammanställande och det är inte möjligt att redovisa resultat.

I Danmark finns enligt uppgift indikationer på att överbeläggningar har minskat sedan det nationella målet infördes. Samtidigt är den intervjuade representanten från Danske Regioner noga med att poängtera att utvecklingen sannolikt inte är en effekt av målet. Målet har visserligen satt frågan i fokus på politisk nivå men intervjupersonen menar att avdelningar arbetar aktivt med att minska överbeläggningar oavsett nationella mål, eftersom förekomsten av överbeläggningar inte är positiv för vare sig patient eller vårdpersonal.

Intervjuer ger perspektiv på möjligheter och risker med styrning kring vårdplatser

Under arbetet med den internationella utblicken har Socialstyrelsen samlat internationella perspektiv på möjligheter och risker med att styra hälso- och sjukvården utifrån antal vårdplatser och beläggingsgrad.

Ett perspektiv som lyfts av en av de intervjuade är att målsättningar kan fylla en viktig funktion att skapa samsyn, från politisk nivå till sjukhusnivå, kring vad som bör stå i fokus för hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling. Att göra om mål till styrning, exempelvis genom regelverk eller ekonomiska incitament, tros däremot kunna få oönskad effekt genom att det på verksamhetsnivå riskerar att få oproportionerligt stor betydelse i förhållande till andra viktiga delar av vården.

Ett resonemang som knyter an till ovan är att det är viktigt att på olika sätt skapa förutsättningar för att styrningen ska främja den utveckling som avses. Intervjupersonen från NHS England menar att en eventuell styrning av vårdplatskapacitet och beläggingsgrad bör syfta till att främja optimala patientflöden. Ett optimalt antal vårdplatser och en optimal beläggingsgrad ligger på olika nivåer i olika vårdverksamheter men om de är just optimala bör det avspeglas i välfungerande patientflöden. Om antalet vårdplatser utökas är det därför viktigt att följa upp att patientflöden förbättras, för att kunna bedöma om vårdplatser används på rätt sätt och inte fylls upp av patienter som hade kunnat behandlas i nära vård eller på annat sätt. Styrningen bör därför inkludera uppföljning av indikatorer som exempelvis väntetid på akutmottagning, tid från inskrivningsbeslut till inskrivning och andel utskrivningsklara patienter på avdelning.

När det gäller att omvandla målsättningar till styrning lyfts även frågan om huvudmännens självbestämmande. Det norska hälsoministeriet påpekar i intervju att regering och nationella myndigheter varken kan eller vill styra regionala kapacitetsbeslut, då de anses ligga inom de regionala hälsoföretagens mandat. Även intervjupersonen från Danske Regioner resonerar på detta sätt.

Intervjuade från myndigheter i andra länder understryker också att det sannolikt är svårt att bedöma regionala behov av vårdplatser på ett korrekt sätt på nationell nivå. I Norge uppges som exempel att det funnits en diskussion om att på nationell nivå normera bemanning för olika typer av vårdplatser, men på grund av att skillnader i lokala förutsättningar gör att bemanningsbehoven varierar, har en sådan norm inte bedömts vara möjlig att utveckla. I stället föredras att koppla styrningen till utfallsmått, som på tillgänglighetsområdet exempelvis kan utgöras av väntetider.

Ett perspektiv på varför det är svårt att på ett korrekt sätt bedöma behovet av vårdplatser är att det råder stor osäkerhet kring hur det förändras över tid. I en intervju med en representant från World Medical Association betonas att detta gör det synnerligen komplicerat för myndigheter att styra vårdplatskapaciteten. Historiska data visar på kraftiga förändringar i vårdtider, vilket medfört ökad genomsnittlig vårdtyngd på vårdplatserna och därmed ett ökat bemanningsbehov per vårdplats. Samtidigt menar

intervjupersonen att det är svårt att säga i vilken utsträckning denna utveckling kan fortsätta.

Ännu svårare är det att säga hur prevalensen av olika sjukdomar kommer att utvecklas över tid, och vad detta innebär för behandlingsbehoven. Som exempel tas den globala covid-19-pandemin. Därtill lyfts en osäkerhet inför hur mycket av den specialiserade slutenvården som kommer att kunna skiftas till primärvård och vård i hemmet på sikt. Kvaliteten i primärvården uppges vara en begränsande faktor, eftersom det inte är möjligt att ställa krav på samma kvalitet hos en allmänläkare som hos bredden av olika typer av specialister som finns på ett sjukhus.

Vidare menar intervjupersonen att befolkningens förväntningar och vårdsöksbeteende gör att akutmottagningar fortsatt kommer att vara belastade även om vårdavdelningar avlastas. Exempelvis lyfts indikationer på att den yngre befolkningen förväntar sig att få vård när de själva vill ha det, och därmed i högre grad söker vård akut, och att många patienter söker akut för att de upplever detta som mer effektivt.

Avslutningsvis menar flera av de intervjuade att en styrning utifrån antal vårdplatser och genomsnittlig belägningsgrad försvåras av att måtten varierar både mellan enheter och över tid. Intervjupersonen från NHS England beskriver att ett sjukhus som behöver sänka sin genomsnittliga belägningsgrad för att nå ett mål på sjukhusnivå kan göra detta genom att sänka belägningsgraden på enheter som redan nått en för dem optimal nivå. Styrningen av enheterna i fråga blir i detta exempel både otydlig och icke ändamålsenlig. Vidare, och som diskuterats i tidigare avsnitt, ser hälsoministeriet i Bayern utmaningar i variationer över tid eftersom det försvårar dialogen mellan ministeriet och vårdgivare kring hur aktuell belägningsgrad på sjukhusen förhåller sig till målnivån.

Slutsatser om styrning utifrån disponibla vårdplatser

Trots att resultaten avseende styrning med målvärden för belägningsgrad och disponibla vårdplatser är begränsade går det att dra vissa slutsatser som kan vara tillämpbara i en svensk kontext. Risken att målsättningar inte kan uppnås på grund av utmaningar i bemanning är en av dem, liksom att begränsningar i tillgängliga data över vårdplatser och belägningsgrad kan försvåra uppföljning gentemot målen. Såväl litteraturen som den internationella utblicken visar på att styrningen kompliceras av att det är svårt att hitta rätt nivåer för målvärden, på grund av både skilda lokala förutsättningar och komplexiteten i att förutse framtida behov.

Avslutningsvis visar de internationella erfarenheterna att målsättningar kring vårdplatser kan hjälpa till att skapa samsyn hos olika aktörer i systemet, men eftersom de i sig inte säger något om kvaliteten på sjukvården är det viktigt att på olika sätt följa upp och skapa förutsättningar för att styrningen främjar den utveckling som avses.

Uppdragets fortsättning

Socialstyrelsens ska delredovisa arbetet med att utveckla förslag på målvärden för antalet vårdplatser och genomsnittlig beläggingsgrad till regeringen senast den 31 maj 2023. Denna sammanställning av kunskap och erfarenheter utgör underlag för Socialstyrelsen att arbeta vidare utifrån, särskilt när det gäller flertalet beroendeförhållanden som utgör förutsättningar för att utveckla och fastställa målvärden för antalet vårdplatser. Detta gäller bland annat möjliga effektiviseringsvinster av god och nära vård, ett ökat fokus på patientsäkerhet, utveckling av arbetssätt samt bemannings- och arbetsmiljöfrågor. Osäkerheter i hur vårdbehoven utvecklas är en annan nyckelfaktor som Socialstyrelsens fortsatta arbete ska beakta.

I det fortsatta arbetet med regeringsuppdraget vidgas frågeställningarna till att utöver vårdplatser och beläggingsgrad även omfatta ett bredare perspektiv kring produktions- och kapacitetsplanering. Faktorerna ovan kommer även beaktas i det metodstöd och stöd för implementering och samordning som ingår i uppdraget.

Referenser

1. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *Bmj*. 1999;319(7203):155-8.
2. Wilson DM, Truman CD. Does the availability of hospital beds affect utilization patterns? The case of end-of-life care. *Health Serv Manage Res*. 2001;14(4):229-39.
3. Wilson A, Fitzgerald GJ, Mahon S. Hospital beds: a primer for counting and comparing. *Med J Aust*. 2010;193(5):302-4.
4. Ravaghi H, Alidoost S, Mannion R, B elorgeot VD. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):186.
5. Mackay M, Lee M. Choice of models for the analysis and forecasting of hospital beds. *Health Care Manag Sci*. 2005;8(3):221-30.
6. Jones RP. Myths of ideal hospital size. *Med J Aust*. 2010;193(5):298-300.
7. LeTouz e D. Hospital bed planning in Canada: a survey analysis. *Int J Health Serv*. 1984;14(1):105-26.
8. Cunningham P, Sammut J. Inadequate acute hospital beds and the limits of primary care and prevention. *Emerg Med Australas*. 2012;24(5):566-72.
9. Holm LB, Lur as H, Dahl FA. Improving hospital bed utilisation through simulation and optimisation: with application to a 40% increase in patient volume in a Norwegian General Hospital. *Int J Med Inform*. 2013;82(2):80-9.
10. Fullerton KJ, Crawford VL. The winter bed crisis--quantifying seasonal effects on hospital bed usage. *Qjm*. 1999;92(4):199-206.
11. Hancock WM, Magerlein DB, Storer RH, Martin JB. Parameters affecting hospital occupancy and implications for facility sizing. *Health Serv Res*. 1978;13(3):276-89.
12. Green LV. How many hospital beds? *Inquiry*. 2002;39(4):400-12.
13. Green LV, Nguyen V. Strategies for cutting hospital beds: the impact on patient service. *Health Serv Res*. 2001;36(2):421-42.
14. Carroll C, Zajicek J. Provision of 24 hour acute neurology care by neurologists: manpower requirements in the UK. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(3):406-9.
15. Marmor YN, Rohleder TR, Cook DJ, Huschka TR, Thompson JE. Recovery bed planning in cardiovascular surgery: a simulation case study. *Health Care Manag Sci*. 2013;16(4):314-27.
16. Mackay M, Millard PH. Application and comparison of two modelling techniques for hospital bed management. *Aust Health Rev*. 1999;22(3):118-43.
17. Trye P, Murray N, Wolstencroft I, Stewart A. Health service capacity modelling. *Aust Health Rev*. 2002;25(4):159-68.
18. Nguyen JM, Six P, Parisot R, Antonioli D, Nicolas F, Lombrail P. A universal method for determining intensive care unit bed requirements. *Intensive Care Med*. 2003;29(5):849-52.
19. Islam MK, Kjerstad E. Co-ordination of health care: the case of hospital emergency admissions. *Eur J Health Econ*. 2019;20(4):525-41.
20. Myklebust LH, S orgaard K, Bjorbekkmo S, Nymann A, Molvik S, Olstad R. Bed utilization in two differently organized community mental health services in Northern Norway: the VELO-project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(7):550-7.

21. Macfarlane AJ, Godden S, Pollock AM. Are we on track - can we monitor bed targets in the NHS plan for England? *J Public Health (Oxf)*. 2005;27(3):263-9.
22. Robb WB, O'Sullivan MJ, Brannigan AE, Bouchier-Hayes DJ. Are elective surgical operations cancelled due to increasing medical admissions? *Ir J Med Sci*. 2004;173(3):129-32.
23. Nasr A, Reichardt K, Fitzgerald K, Arumugusamy M, Keeling P, Walsh TN. Impact of emergency admissions on elective surgical workload. *Ir J Med Sci*. 2004;173(3):133-5.
24. Piene H, Loeb M, Hem KG. [Hospital capacity and waiting time for treatment--is there a connection?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000;120(25):2988-92.
25. Kakad M, Utley M, Rugkåsa J, Dahl FA. Erlang could have told you so-A case study of health policy without maths. *Health Policy*. 2019;123(12):1282-7.
26. St George D. How many beds? Helping consultants to estimate their requirements. *Bmj*. 1988;297(6650):729-31.
27. Bekker R, Koole G, Roubos D. Flexible bed allocations for hospital wards. *Health Care Manag Sci*. 2017;20(4):453-66.
28. Bain CA, Taylor PG, McDonnell G, Georgiou A. Myths of ideal hospital occupancy. *Med J Aust*. 2010;192(1):42-3.
29. Harrison GW, Shafer A, Mackay M. Modelling variability in hospital bed occupancy. *Health Care Manag Sci*. 2005;8(4):325-34.
30. Af Ugglas B, Djärv T, Ljungman PLS, Holzmann MJ. Association Between Hospital Bed Occupancy and Outcomes in Emergency Care: A Cohort Study in Stockholm Region, Sweden, 2012 to 2016. *Ann Emerg Med*. 2020;76(2):179-90.
31. Ofoma UR, Montoya J, Saha D, Berger A, Kirchner HL, McIlwaine JK, et al. Associations between hospital occupancy, intensive care unit transfer delay and hospital mortality. *J Crit Care*. 2020;58:48-55.
32. Blom MC, Erwander K, Gustafsson L, Landin-Olsson M, Jonsson F, Ivarsson K. The probability of readmission within 30 days of hospital discharge is positively associated with inpatient bed occupancy at discharge--a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med*. 2015;15:37.
33. Madsen F, Ladelund S, Linneberg A. High levels of bed occupancy associated with increased inpatient and thirty-day hospital mortality in Denmark. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(7):1236-44.
34. McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque JF, Ciampi A, Belzile E. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Acad Emerg Med*. 2014;21(10):1092-100.
35. Ahyow LC, Lambert PC, Jenkins DR, Neal KR, Tobin M. Bed occupancy rates and hospital-acquired Clostridium difficile infection: a cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013;34(10):1062-9.
36. Volpe FM, Magalhães AC, Rocha AR. High bed occupancy rates: Are they a risk for patients and staff? *Int J Evid Based Healthc*. 2013;11(4):312-6.
37. Borg MA, Suda D, Scicluna E. Time-series analysis of the impact of bed occupancy rates on the incidence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in overcrowded general wards. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008;29(6):496-502.
38. Cunningham JB, Kernohan WG, Rush T. Bed occupancy, turnover interval and MRSA rates in Northern Ireland. *Br J Nurs*. 2006;15(6):324-8.
39. Borg MA. Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings. *J Hosp Infect*. 2003;54(4):316-8.

40. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med.* 2003;10(2):127-33.
41. Kibbler CC, Quick A, O'Neill AM. The effect of increased bed numbers on MRSA transmission in acute medical wards. *J Hosp Infect.* 1998;39(3):213-9.
42. Keegan AD. Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Med J Aust.* 2010;193(5):291-3.
43. Gorunescu F, McClean SI, Millard PH. Using a queueing model to help plan bed allocation in a department of geriatric medicine. *Health Care Manag Sci.* 2002;5(4):307-12.
44. Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust.* 2002;177(9):492-5.
45. Cooke MW, Wilson S, Halsall J, Roalfe A. Total time in English accident and emergency departments is related to bed occupancy. *Emerg Med J.* 2004;21(5):575-6.
46. Hillier DF, Parry GJ, Shannon MW, Stack AM. The effect of hospital bed occupancy on throughput in the pediatric emergency department. *Ann Emerg Med.* 2009;53(6):767-76 e3.
47. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. London 2018.
48. Markörbaserad journalgranskning - SKADOR I SOMATISK VÅRD JANUARI 2013 – DECEMBER 2018, NATIONELL NIVÅ 2019.
49. Requirements for neonatal cots. Northern Neonatal Network. *Arch Dis Child.* 1993;68(5 Spec No):544-9.
50. Milne E, Whitty P. Calculation of the need for paediatric intensive care beds. *Arch Dis Child.* 1995;73(6):505-7.
51. MacFaul R, Long R. Major problems with paediatric bed usage statistics? *Arch Dis Child.* 1991;66(4):504-7.
52. Berkeley JS. The provision of cottage hospital beds. *J R Coll Gen Pract.* 1976;26(165):250-4.
53. Dayton C, Ibrahim J, Augenbraun M, Brooks S, Mody K, Holford D, et al. Integrated plan to augment surge capacity. *Prehosp Disaster Med.* 2008;23(2):113-9.
54. Devapriya P, Strömblad CT, Bailey MD, Frazier S, Bulger J, Kemberling ST, et al. StratBAM: A Discrete-Event Simulation Model to Support Strategic Hospital Bed Capacity Decisions. *J Med Syst.* 2015;39(10):130.
55. Davis DP, Poste JC, Hicks T, Polk D, Rymer TE, Jacoby I. Hospital bed surge capacity in the event of a mass-casualty incident. *Prehosp Disaster Med.* 2005;20(3):169-76.
56. Abedian S, Bitaraf E, Askari M. Advantages of a Web-Based Real-Time Bed-Management System for Hospital Admission Monitoring in Iran. *Stud Health Technol Inform.* 2018;247:536-40.
57. Zhu Z, Hen BH, Teow KL. Estimating ICU bed capacity using discrete event simulation. *Int J Health Care Qual Assur.* 2012;25(2):134-44.
58. Kuntz L, Scholtes S, Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *Eur J Health Econ.* 2007;8(3):213-23.
59. Nguyen JM, Six P, Antonioli D, Glemain P, Potel G, Lombrail P, et al. A simple method to optimize hospital beds capacity. *Int J Med Inform.* 2005;74(1):39-49.

60. Strukture reformer i hälso- och sjukvårdssystem - Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna. 2014.
61. Regional Utviklingsplan 2035. Hamar (Norge)2018.
62. Bayerischer Krankenhausplan 2022. Internet2022.
63. Krankenhausplan NRW 2015 2013.
64. Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. 2022.
65. The future development of Landspítali's services 2021.
66. DeLia D, Wood E. The dwindling supply of empty beds: implications for hospital surge capacity. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(6):1688-94.
67. Schultz CH, Koenig KL. State of research in high-consequence hospital surge capacity. *Acad Emerg Med*. 2006;13(11):1153-6.
68. Lelliott P, Wing J. A national audit of new long-stay psychiatric patients. II: Impact on services. *Br J Psychiatry*. 1994;165(2):170-8.
69. Jolley DJ, Arie T. Psychiatric service for the elderly: how many beds? *Br J Psychiatry*. 1976;129:418-23.
70. Toussaint E, Herengt G, Gillois P, Kohler F. Method to determine the bed capacity, different approaches used for the establishment planning project in the University Hospital of Nancy. *Stud Health Technol Inform*. 2001;84(Pt 2):1404-8.
71. Finch LE, Christianson JB. Rural hospital costs: an analysis with policy implications. *Public Health Rep*. 1981;96(5):423-33.
72. Schultz CH, Stratton SJ. Improving hospital surge capacity: a new concept for emergency credentialing of volunteers. *Ann Emerg Med*. 2007;49(5):602-9.
73. Myers LP, Fox KS, Vladeck BC. Health services research in a quick and dirty world: the New York City hospital occupancy crisis. *Health Serv Res*. 1990;25(5):739-55.
74. NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDSVÆSENET. 2021.
75. NHS Operational Planning and Contracting Guidance 2020/21. 2020.
76. 2022/23 priorities and operational planning guidance. 2022.

Bilaga 1. Söktermer och sökstrategi

Urval av söktermer

Sammanlagt 15 söktermer (Medical Subject Headings, MeSH) relaterade till behovsbedömning, planering och styrning avseende vårdplatser och beläggningsgrad valdes ut. Söktermerna redovisas i Tabell 8 nedan.

Tabell 8 – Termer i sökning efter vetenskaplig litteratur på området

Område	Term-kategorier	Söktermer (MeSH)	Artiklar ⁵
Kategorisering av vårdplatser	Termer för att benämna antal vårdplatser	Hospital Bed Capacity	24 059
Optimala nivåer av antal vårdplatser och beläggningsgrad	Termer för att benämna antal vårdplatser	Hospital Bed Capacity	24 059
	Termer för att benämna beläggningsgrad	Bed Occupancy	2 654
		Hospitalization	284 909
	Termer relaterade till bedömning av optimala nivåer	Health Services Needs and Demand	62 287
		Needs Assessment	32 299
		Quality of Health Care	7 950 851
		Patient Safety	24 967
	Termer relaterade till planering av vårdplatser	Hospital Planning	5 620
Health Resources		28 740	
Health Care Rationing		12 078	
Målvärden för antal vårdplatser och beläggningsgrad	Termer för att benämna antal vårdplatser	Hospital Bed Capacity	24 059
	Termer relaterade till målvärden för och/eller styrning kring antal vårdplatser och beläggningsgrad	Health Policy	113 858
		Guidelines as Topic	172 608
		Facility Regulation and Control	3 193
		Legislation, Hospital	3 715
Reference Standards	48 277		

⁵ Sökdatum: 2022-10-28

Litteratursökning

I litteratursökningen användes kombinationer av de femton söktermerna för utsökning av artiklar i PubMed. Litteratursökningen redovisas i Tabell 9 nedan.

Tabell 9 – Sökstrategi

Söknr	Termtyp	Söktermer	Artiklar ⁶
1.	MeSH	Hospital Bed Capacity[MeSH MAJR] (filter: Abstract)	604
2.	MeSH	(Health Services Needs and Demand[MeSH] OR Needs Assessment[MeSH] OR Quality of Health Care[MeSH] OR Patient Safety[MeSH]) AND (Hospital Bed Capacity[MeSH] AND (Bed Occupancy[MeSH] OR Hospitalization[MeSH]) AND (Hospital Planning[MeSH] OR Health Resources[MeSH] OR [Health Care Rationing[MeSH])	112
3.	MeSH	(Health Policy[MeSH] OR Guidelines as Topic[MeSH] OR Facility Regulation and Control[MeSH] OR Legislation, Hospital[MeSH] OR Standards[MeSH]) AND Hospital Bed Capacity[MeSH]	543
4.		#1 OR #2 OR #3	1 194
Kompletterande sökning			
1.	MeSH	Bed occupancy/statistics and numerical data [MeSH MAJR]	476
2.	MeSH	Hospital bed capacity/statistics and numerical data [MeSH MAJR]	435
3.	MeSH	#1 OR #2	860
4.	Publication type	#3 AND ("Journal article" [Publication type] OR "Review" [Publication type] OR "Systematic Review" [Publication type])	737
5.	Language, Abstracts	#4 AND Filters: Danish, English, Norwegian, Swedish, Abstracts	561
		Artiklar identifierad i ursprunglig eller kompletterande sökning	1 478
		Exkluderade efter manuell genomgång av abstracts	1 373
		Manuell granskning	105

Internationell utblick

Nedan följer en mer utförlig metodbeskrivning för den internationella utblickens fyra faser.

- **Förarbete för att identifiera relevanta länder och kontaktpersoner:** Förarbetet innefattade genomgång av myndighetsrapporter, lagtexter, regionala planeringsdokument, tidningsartiklar och vetenskapliga studier som identifierats i litteratursökningen, i syfte att identifiera exempel att studera vidare. Endast länder med jämförbara hälso- och sjukvårdssystem sett till utvecklingsgrad undersöktes, och särskilt eftersöktes exempel på:
 - Nationell eller regional kapacitetsplanering som genomförts med utgångspunkt i givna värden på beläggningsgrad eller antal vårdplatser

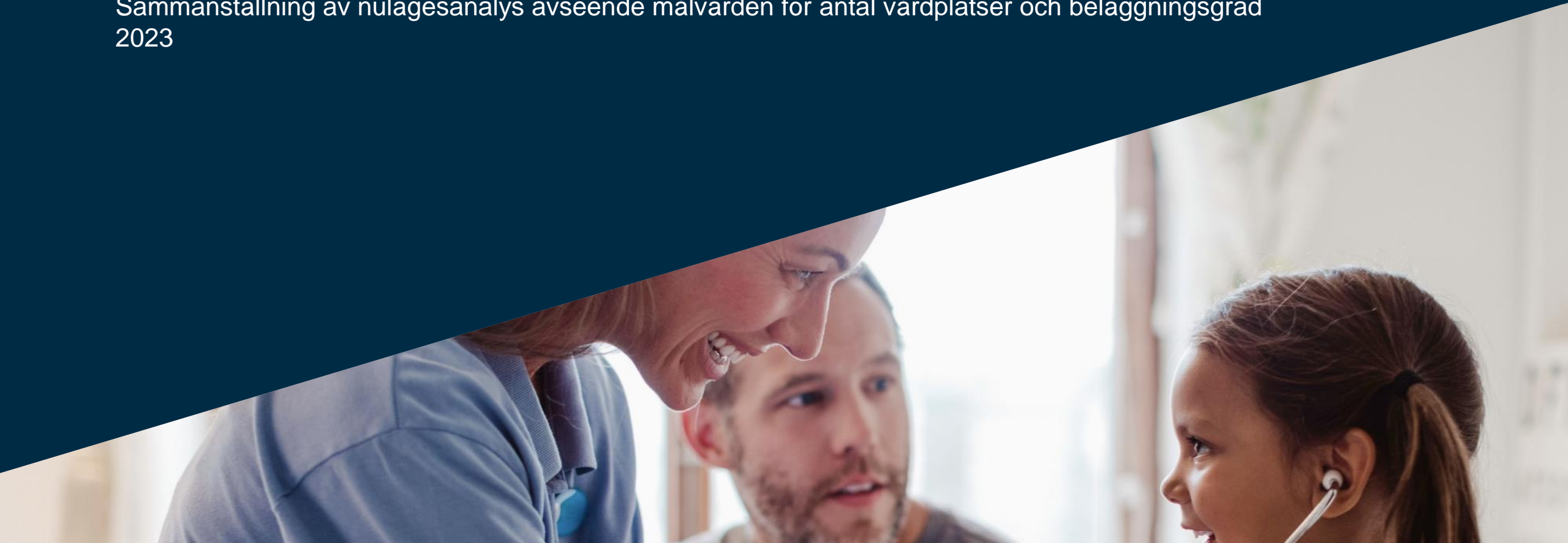
⁶ Sökdatum första sökning: 2022-10-28. Sökdatum kompletterande sökning: 2022-11-09.

- Nationella eller regionala målvärden för beläggning eller antal vårdplatser. Även målsättningar avseende överbeläggningar eller utlokaliseringar bedömdes vara relevanta.
- **Förfrågning om medverkan:** Med utgångspunkt i förarbetet tog Socialstyrelsen kontakt med representanter från nationella och regionala myndigheter i totalt åtta länder: Danmark, Finland, Kanada, Island, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA. Därtill efterfrågades relevanta underlag och kontakter från de internationella organisationerna World Medical Association, OECD och European Observatory on Health Systems and Policies.
- **Datainsamling genom granskning av relevanta underlag och genomförande av fördjupande intervjuer:** Socialstyrelsen valde att i datainsamlingen exkludera de länder där ingen av de kontaktade representanterna haft möjlighet att medverka i fördjupande intervju. Orsaken till detta var att identifierade underlag inte bedömdes utgöra tillräcklig grund för analys av frågeställningarna för dessa länder. Därmed genomfördes datainsamling, inklusive intervju med myndighetsrepresentanter, för Danmark, Island, Norge, Storbritannien och Tyskland. För Tyskland identifierades i förarbetet att förbundsländerna Bayern och Nordrhein-Westfalen hade delvis olika erfarenheter av planering och styrning avseende vårdplatser, och datainsamling skedde därför separat för dessa två. För Storbritannien studerades erfarenheter från England. Därutöver intervjuades World Medical Association.
- **Analys och sammanställning:** Som utgångspunkt för att besvara arbetets frågeställningar utifrån internationella erfarenheter analyserades intervjuresultat och relevanta underlag. Underlagen innefattade myndighetsrapporter, lagtexter, planeringsdokument, nationella och regionala styrdokument, vetenskapliga studier samt rapporter från internationella organisationer. De system- och processbeskrivningar som återfinns i rapporten baseras i huvudsak på publicerade underlag, medan myndigheternas erfarenheter och perspektiv i högre grad beskrivs utifrån genomförda intervjuer.

Bilaga 5: Sammanställning av nulägesanalys avseende målvärden för antal vårdplatser och beläggningsgrad

Produktions- och kapacitetsplanering

Sammanställning av nulägesanalys avseende målvärden för antal vårdplatser och beläggingsgrad 2023



Detta dokument sammanfattar insikter i den nulägesanalys som genomförts inom ramen för regeringsuppdraget *”Att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering”*. Analysen fokuserar på den del av uppdraget som avser att utveckla förslag på målvärden för antal vårdplatser och genomsnittlig belägningsgrad.

De synpunkter och risker som regioner framfört till Socialstyrelsen inom ramen för nulägesanalysen redovisas i sammanställningens sista kapitel. Dessa inhämtades före dess att myndigheten utformat inriktningen för riktvärdena, och berör därför till del en typ av riktvärden som inte kommer att föreslås.

Sammanfattning

- **Vårdplatserna har minskat över tid, liksom vårdtillfällena och vårdtider men belägningsgraden har ökat**
- **Regionerna har olika många vårdplatser och olika hög slutenvårds konsumtion**
- **I data ses indikationer på att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven**
- **Antalet vårdplatser har ingen tydlig påverkan på väntetider**
- **En stor del av regionernas vårdplatser beläggs efter akuta inläggningar**

Beskrivs i kapitlet ***Översikt – vårdplatser i Sverige idag***, som i huvudsak baseras på publika källor

- **Regionerna arbetar överlag inte systematiskt med planering och styrning av vårdplatser centralt**
- **Trots arbete för att minska vårdplatsbehovet ser regionerna ett behov av fler vårdplatser på kort sikt**
- **De flesta regioner ser risker med de målvärden Socialstyrelsen ska ta fram, men några ser möjligheter**

Beskrivs i kapitlet ***Regionernas arbetssätt och upplevda behov***, som i huvudsak baseras på uppgifter från regionerna samt intervjuresultat

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

Implikationer för fortsatt arbete

Analyserna baseras på publika källor samt viss data insamlad från regioner

Publika källor som använts i arbetet

Ekonomi- och verksamhetsstatistik, SKR

- Antal vårdtillfällen
- Disponibla vårdplatser

Kolada

- Genomsnittlig beläggningsgrad
- Disponibla vårdplatser (2010)

KPP-databasen, SKR

- Vårdtillfällen (somatik)
- Medelvårdtid (somatik)

Väntetidsdatabasen, SKR

- Andel genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar
- Utlokaliserade patienter
- Överbeläggningar

Socialstyrelsens Statistikdatabas

- Medelvårdtid (från Patientregistret)
- Vård dagar (från Patientregistret)
- Vårdtillfällen (från Patientregistret)

Statistiska Centralbyrån

- Befolkningsstatistik, regioner och riket

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)

- Belagda vårdplatser
- Överflyttningar till annan IVA

Data från regioner som använts

Antal fastställda vårdplatser

- Region Uppsala
- Region Västmanland
- Region Jämtland-Härjedalen
- Region Sörmland
- Region Västernorrland
- Region Kronoberg

Vårdplatsöversyner

- Region Stockholm
- Region Jämtland-Härjedalen
- Region Skåne
- Region Kronoberg

Andel elektiva och akuta inflöden

- Region Stockholm
- Region Östergötland
- Region Kronoberg
- Region Västerbotten
- Region Jönköpings län
- Region Blekinge
- Region Halland
- Region Gävleborg
- Region Värmland
- Region Jämtland-Härjedalen

Datakällorna redovisar datan på olika sätt, och vissa begränsningar finns

Publika källor som använts i arbetet

Ekonomi- och verksamhetsstatistik, SKR

- Antal vårdtillfällen (även per 1000 inv.)
- Disponibla vårdplatser (även per 1000 inv.)

- Disponibla vårdplatser är ett årligt genomsnitt per region, sjukhus och medicinskt vårdområde. Intervjuer med och insända uppgifter från regioner indikerar vissa begränsningar i data, exempelvis till följd av delvis skild definition/användning av medicinska vårdområden samt tekniska vårdplatser.
- Vårdtillfällen för somatisk och psykiatrisk slutenvård är hämtade från Patientregistret och fördelas enligt utförande region. Statistiken saknar uppgift om medelvårdtider eller antal vård dagar.

Kolada

- Genomsnittlig beläggningsgrad
- Disponibla vårdplatser (2010)

- Den genomsnittliga beläggningsgraden anges per region och år. Den beräknas utifrån det totala antalet vård dagar samt antalet rapporterade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser under året.

KPP-databasen, SKR

- Vårdtillfällen (somatik)
- Medelvårdtid (somatik)

- Enligt SKR omfattar databasen 94% av somatisk specialiserad slutenvård. Region Gotland inkluderas inte.
- Vårdtillfällen och medelvårdtider anges för den utförande regionen. Dessa används därför vid analyser som avser att avspela vårdproduktion i olika regioner.

Socialstyrelsens Statistikdatabas diagnoser

- Medelvårdtid (från Patientregistret)
- Vård dagar (från Patientregistret)
- Vårdtillfällen (från Patientregistret)

- Statistikdatabasen fördelar vårdtillfällen per region utifrån patienters hemortslän. Denna används vid analyser som avser att avspela vårdkonsumtion i olika regioner.

Väntetidsdatabasen, SKR

- Andel genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar
- Utlokaliserade patienter
- Överbeläggningar

- Utökad uppföljning av väntetidsdata finns tillgänglig för 2020-2021 och möjliggör enskild analys av slutenvården, vilket använts i nulägesanalysen.
- För slutenvård saknar databasen data från Region Stockholm och Region Gävleborg.

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)

- Belagda vårdplatser
- Överflyttningar till annan IVA

- Varje intensivvårdsavdelning rapporterar in till registret när en in- eller utskrivning sker. Viss tidsfördröjning kan ske i rapporteringen.

Statistiska Centralbyrån

- Befolkningsstatistik, regioner och riket

Coronapandemin förväntas ha viss påverkan på data från 2020 och 2021. Särskilt förväntas påverkan på vårdtillfällen, vård dagar och vårdtider, i synnerhet när det gäller intensivvården. Tidsperioden har markerats och skiljts ut i flera av de analyser som görs över tid.






















19 av 21 regioner har inkommit med information om vårdplatser

 Svar har inkommit  Svar har ej inkommit

Övergripande frågor som skickats till regionerna

- Definieras fastställt/budgeterat antal vårdplatser på regionnivå? Om ja, hur många fastställda/budgeterade vårdplatser har regionen, respektive sjukhus och de olika verksamheterna på respektive sjukhus?
- Följer regionen upp antalet disponibla vårdplatser i olika verksamheter? Om ja, var i organisationen görs uppföljningen och för vilken nivå?
- Följer regionen upp hur olika typer av vårdplatser bemannas i olika verksamheter? Om ja, vilken genomsnittlig bemanning har olika typer av vårdplatser haft under 2021 och 2022?
- Har regionen gemensamma riktlinjer för hur beslutsprocesser för att stänga och öppna vårdplatser vid behov ska se ut?
- Ungefär hur stor andel av de disponibla vårdplatserna beläggs genom akuta kontra planerade åtgärder i de olika verksamheterna?
- Beskriv gärna om ni har några perspektiv på om det finns områden där målvärden för vårdplatser och beläggningsgrad skulle kunna vara av (särskilt) värde för er region, och i så fall på vilket sätt.

Inkomna svar från regioner

Blekinge		Sörmland	
Dalarna		Stockholm	
Gävleborg		Uppsala	
Gotland		Värmland	
Halland		Västerbotten	
Jämtland-Härjedalen		Västernorrland	
Jönköping		Västmanland	
Kalmar		Västra Götaland	
Kronoberg		Örebro	
Norrboten*		Östergötland	
Skåne			

Fördjupande intervjuer har genomförts med sju regioner

Region
Västerbotten
Jämtland-Härjedalen
Stockholm
Örebro
Västra Götaland
Blekinge
Skåne



Intervjufrågor

- Hur arbetar regionerna med planering avseende vårdplatser idag?
- Vilka behov ser regionerna av att förändra antalet disponibla vårdplatser?
- Vilken styrning finns på regionlednings- eller sjukhusledningsnivå avseende antal disponibla vårdplatser idag?
- Vilken styrning finns på regionlednings- eller sjukhusledningsnivå avseende belägningsgrad idag?
- Hur upplever regionerna behovet av målvärden för antal vårdplatser och belägningsgrad på nationell, regional respektive enhetsnivå?
- Hur ser regionerna på ekonomiska aspekter av att öka antalet vårdplatser?

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

- **Vårdplatserna har minskat över tid, liksom vårdtillfällena och vårdtider men beläggningsgraden har ökat**
- Regionerna har olika många vårdplatser och olika hög slutenvårdskonsumtion
- I data ses indikationer på att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven
- Antalet vårdplatser har ingen tydlig påverkan på väntetider
- En stor del av regionernas vårdplatser beläggs efter akuta inläggningar

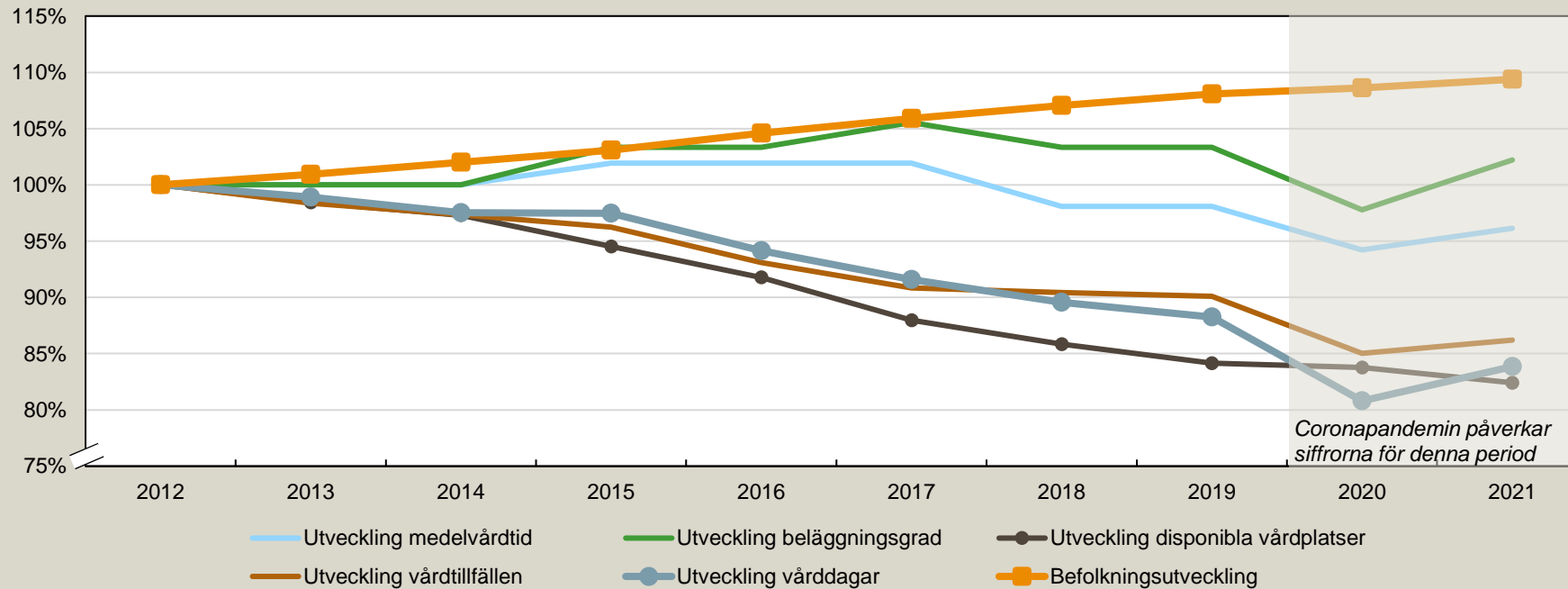
Regionernas arbetssätt och upplevda behov

Implikationer för fortsatt arbete

Trots en växande och åldrande befolkning har slutenvårdskonsumtionen minskat under tio år

Indexerad utveckling av medelvårdtid, antal vårdtillfällen, belägningsgrad, vård dagar, disponibla vårdplatser och befolkning i Sverige, 2012-2021

Utveckling jämfört med basår 2012

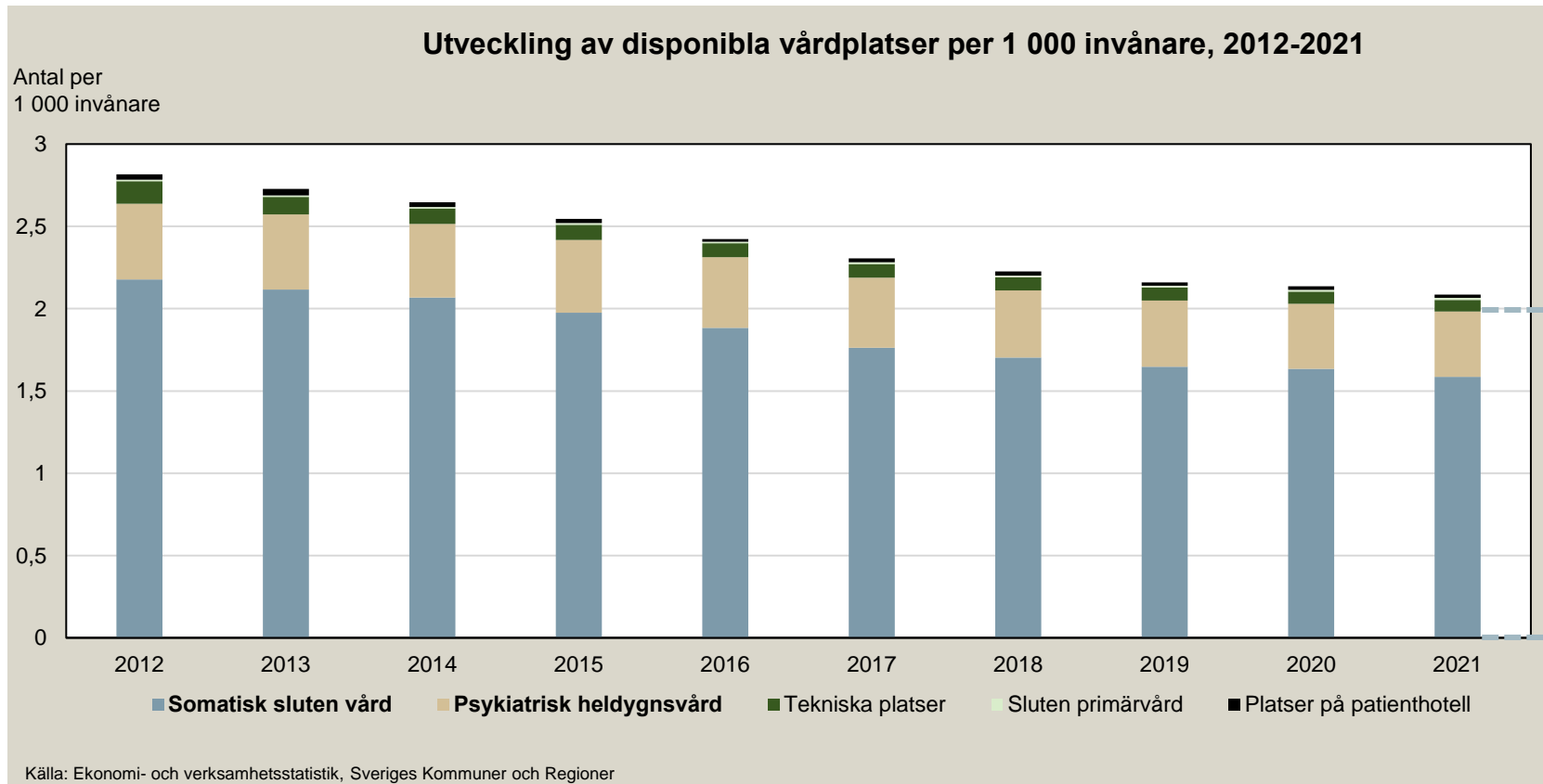


Coronapandemin påverkar siffrorna för denna period

Analysen visar att befolkningen vuxit under de senaste tio åren samtidigt som vårdplatser, vårdtillfällen och vård dagar blivit färre. Medelvårdtider har blivit kortare och belägningsgraden har ökad något.

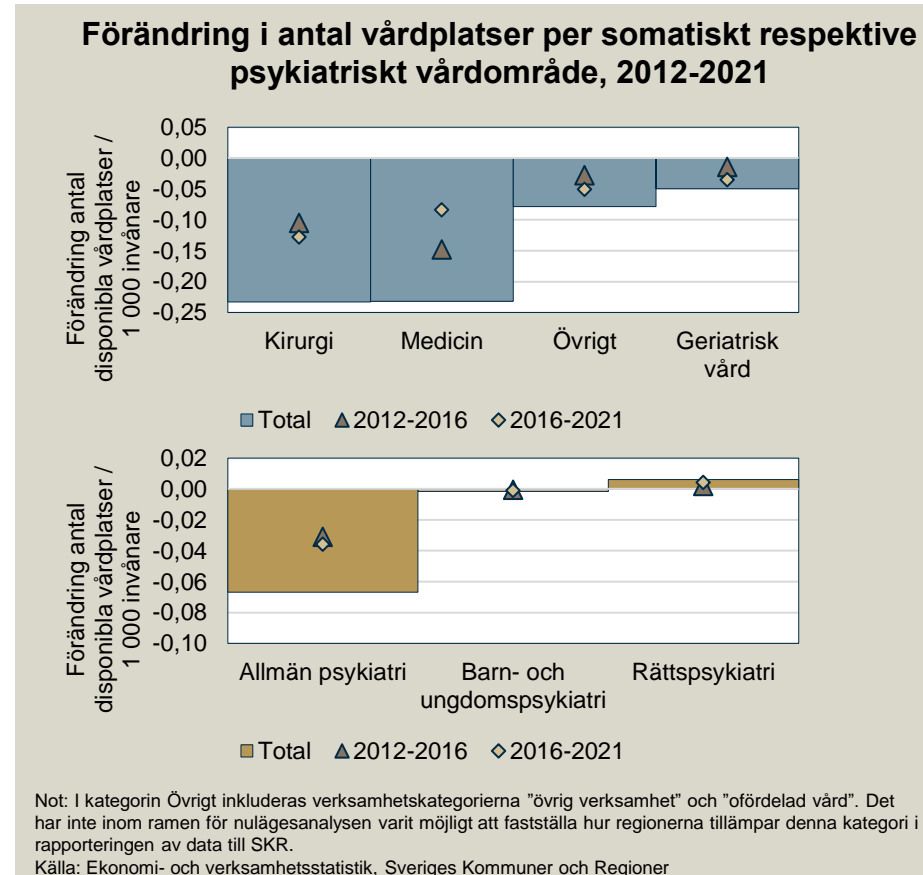
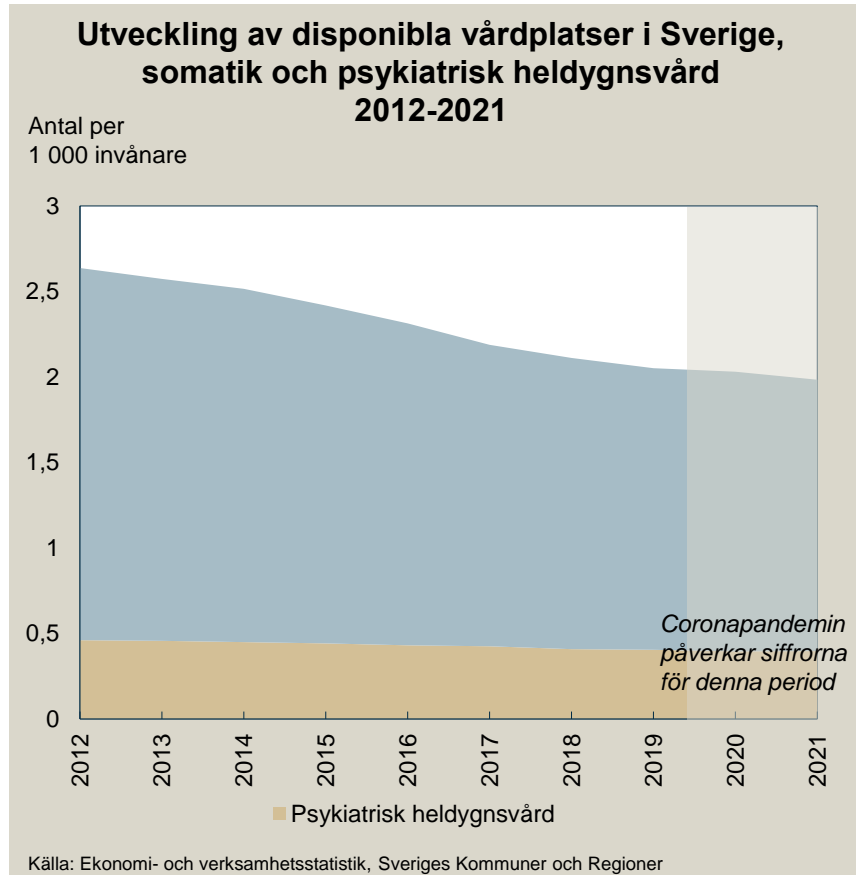
Källor: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner; Statistiska centralbyrån; Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser; Kolada

Antalet disponibla vårdplatser minskade från 2,8 till 2,1 per 1 000 invånare mellan åren 2012–2021



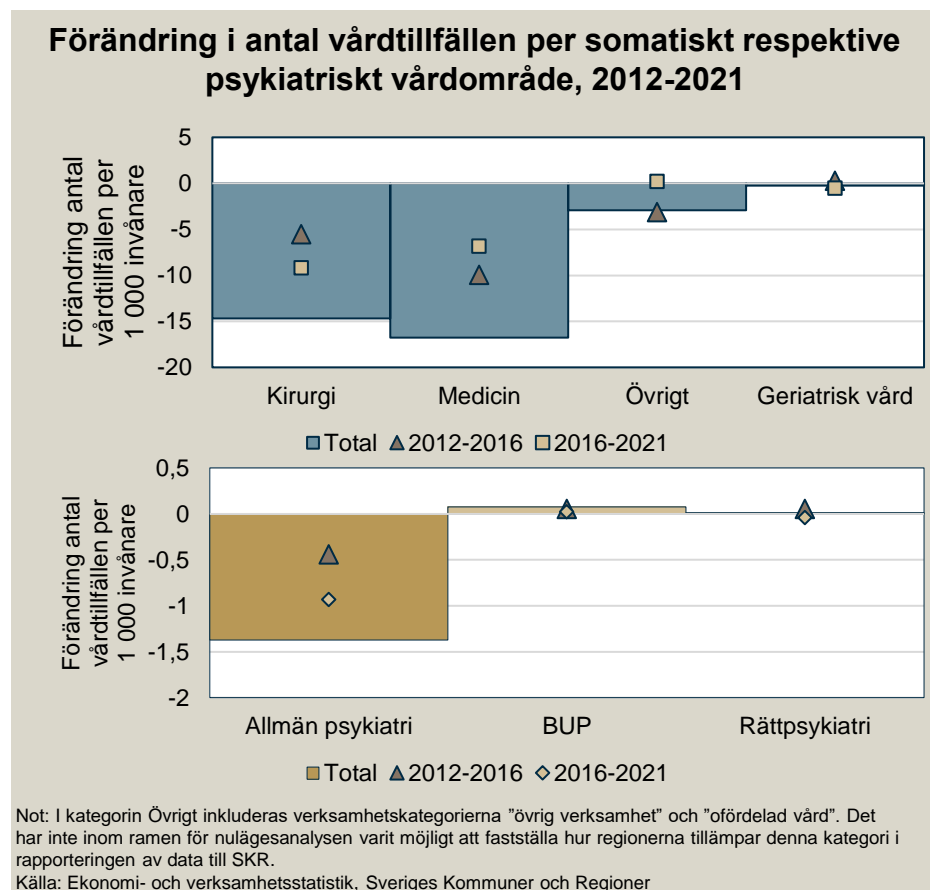
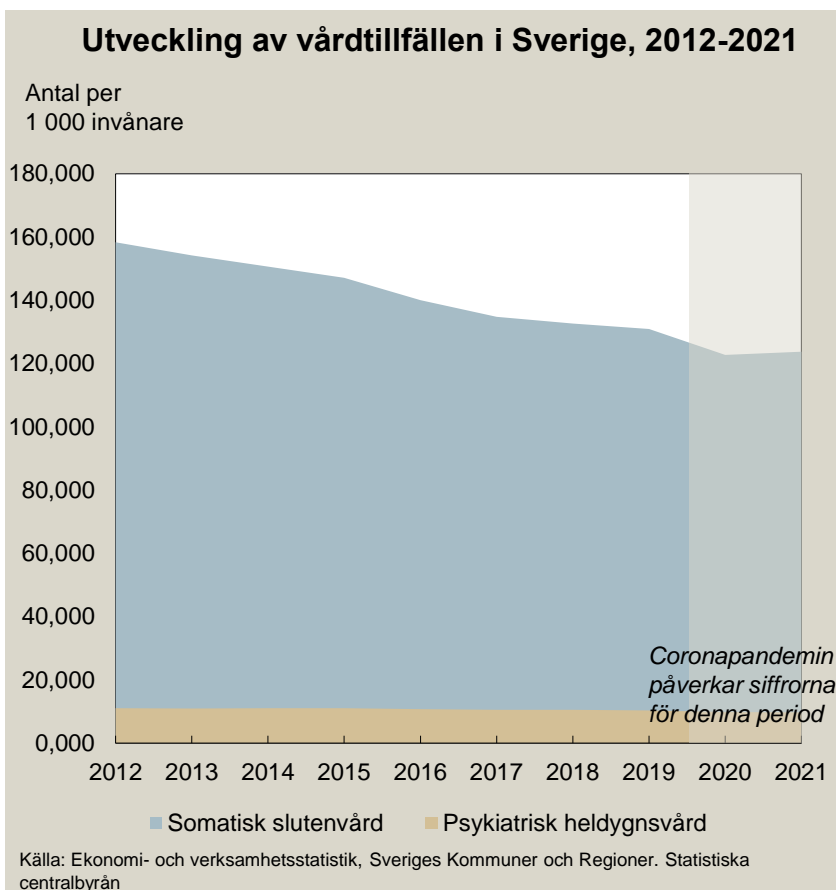
Analyserna i denna nulägesanalys fokuserar på vårdplatser i somatisk slutenvård och psykiatrisk heldygnsvård (1,98 vårdplatser / 1 000 invånare; 95% av totala antalet vårdplatser 2021)

Antal disponibla vårdplatser per invånare har minskat med 25 % sedan 2012



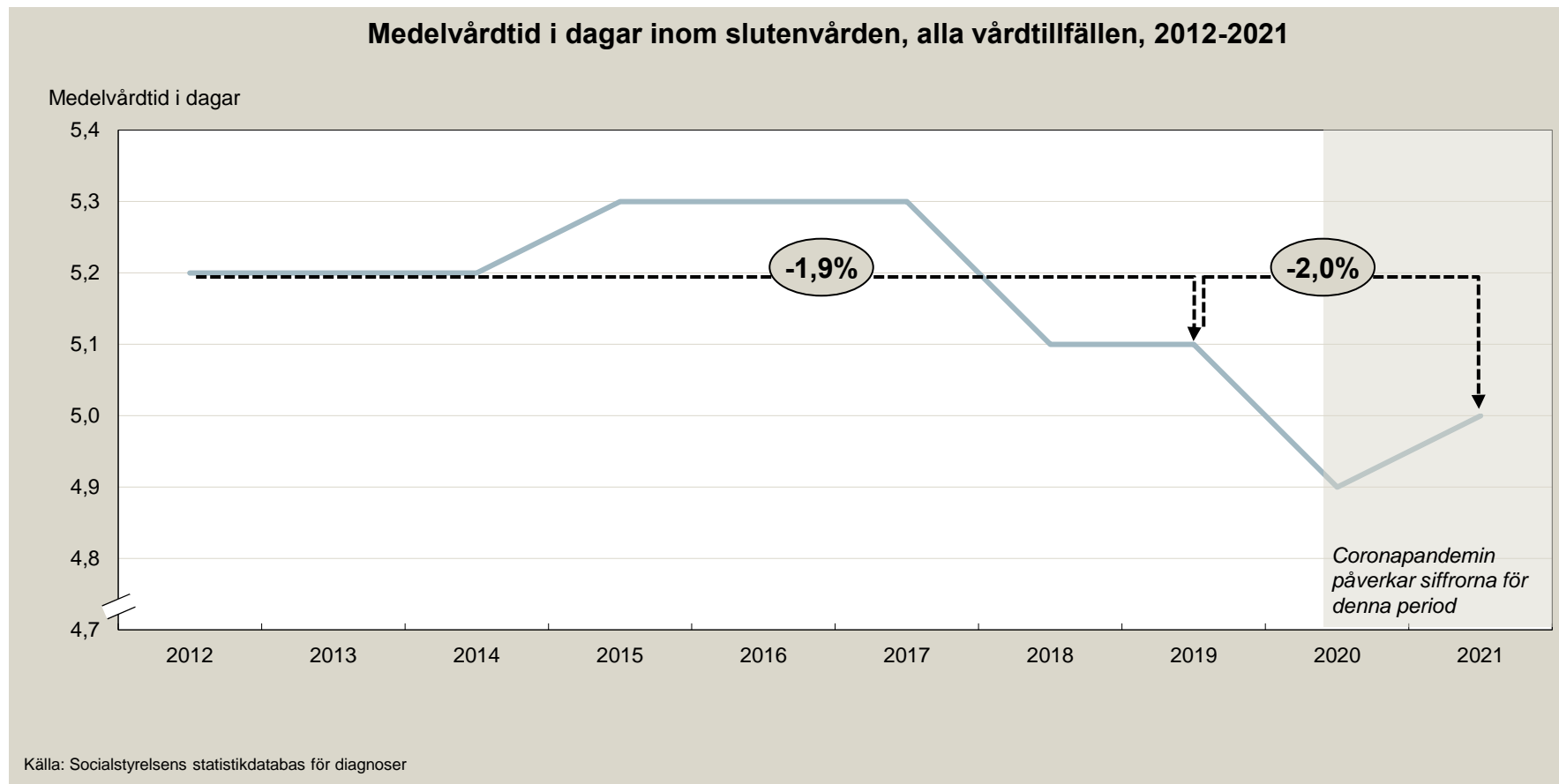
Vårdplatserna i relation till antalet invånare har minskat markant under de senaste tio åren. Minskningen är störst bland somatiska vårdplatser. Det enda vårdområdet där antalet disponibla vårdplatser ökat är rättspsykiatri.

Antalet vårdtillfällen per invånare minskade med 21 % under samma tidsperiod (2012–2021)



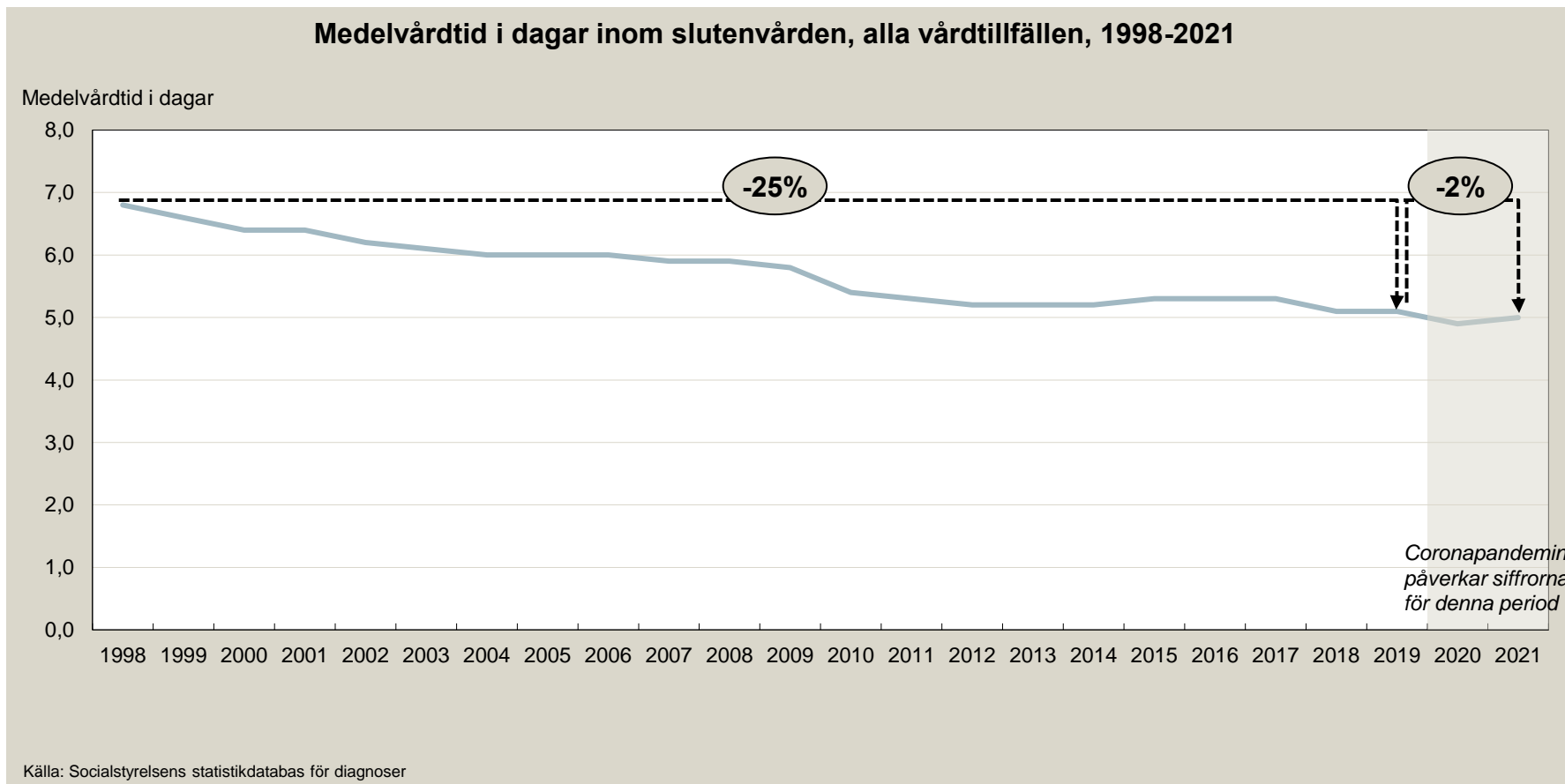
Vårdtillfällen per 1 000 invånare har minskat i samma storleksordning som disponibla vårdplatser. Inom geriatrisk vård är antalet vårdtillfällen dock på samma nivå som 2012, och inom BUP och rättspsykiatri har de snarare ökat sedan dess (24 respektive 12 %). Samtidigt har vårdplatserna blivit färre inom såväl geriatrik som BUP.

Medelvårdtiden inom slutenvården minskade med 4 % under samma tidsperiod (2012–2021)



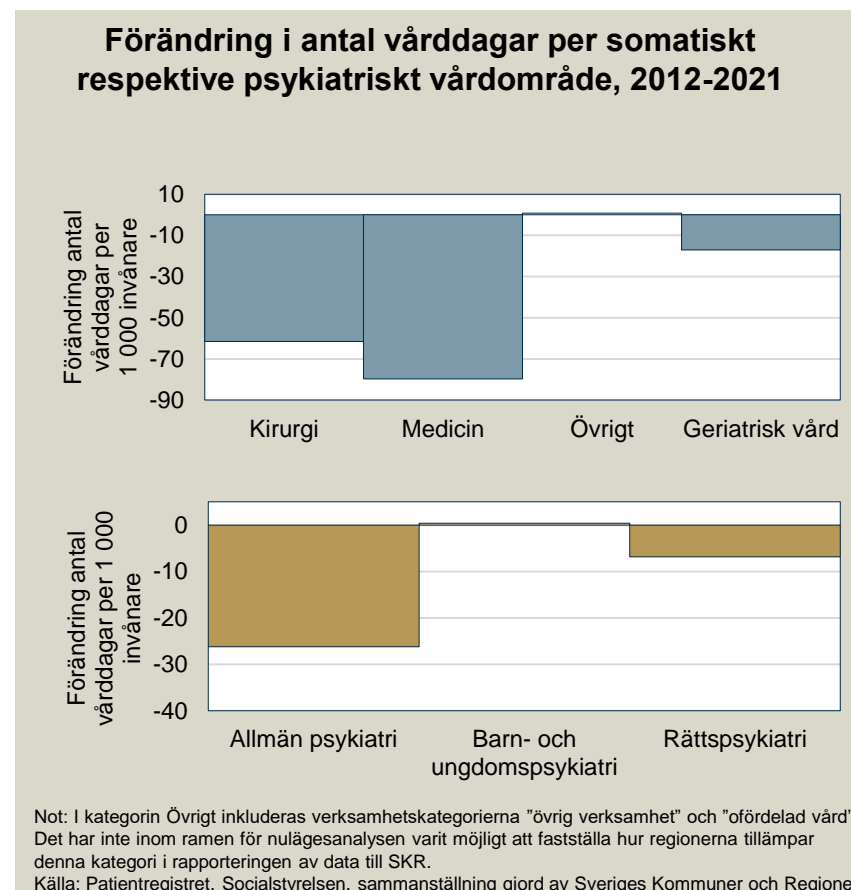
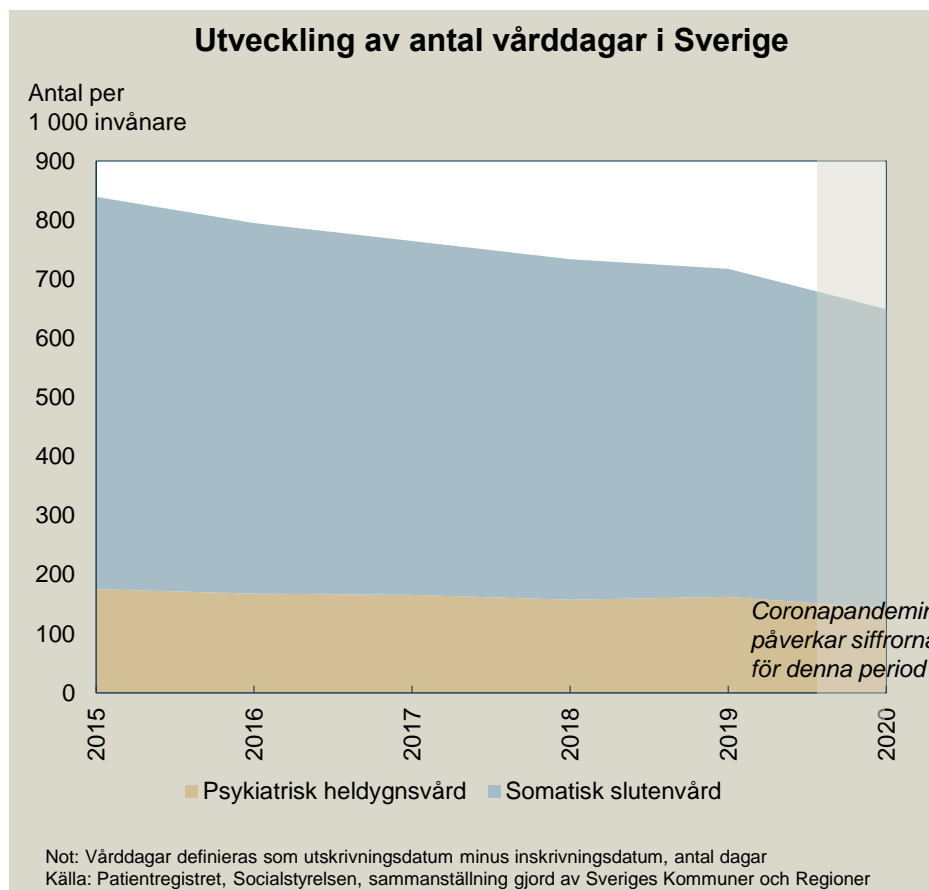
Under tidsperioden har även vårdtiderna i slutenvården generellt kortats. Efter en mindre ökning mot slutet av coronapandemin, låg de 2021 ca 4 % under 2012 års nivå.

Sett över en längre tidsperiod, 1998-2021, har medelvårdtiden minskat med 26 %



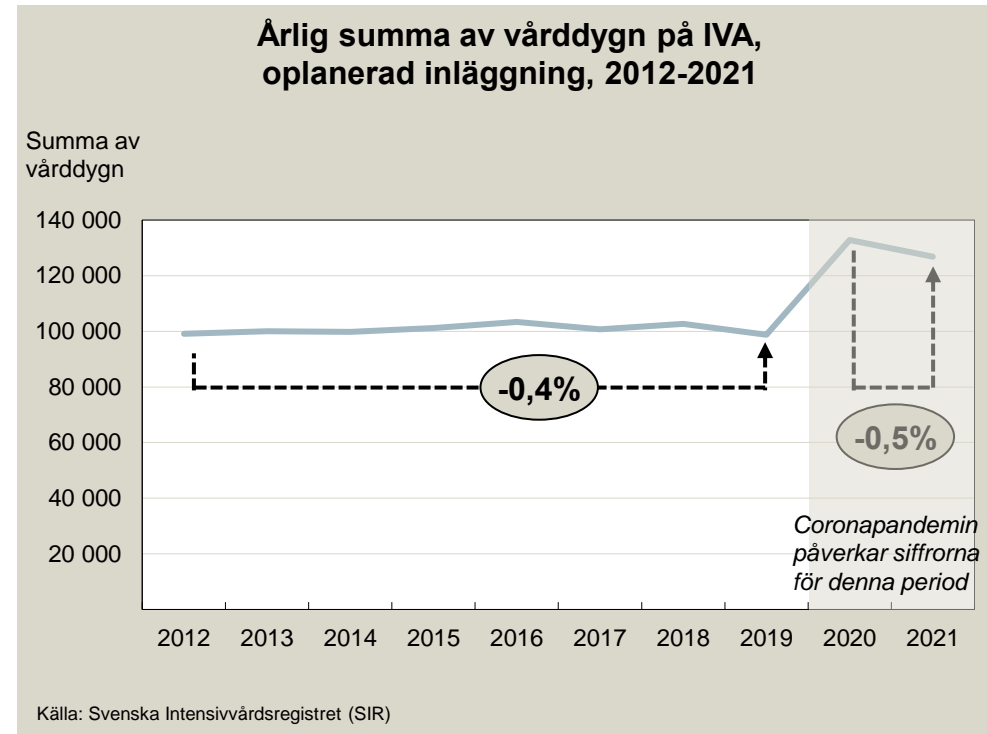
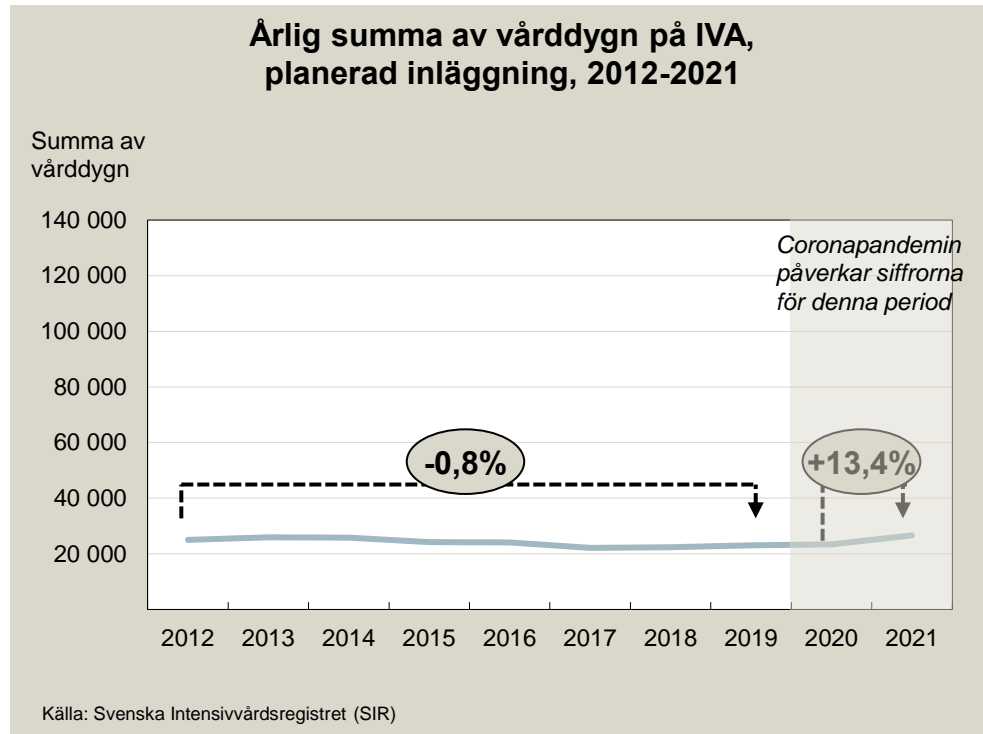
Sedan 1998 ses stora minskningar i medelvårdtider.

Mellan 2015-2020 minskade antalet vård dagar per invånare med 23 %



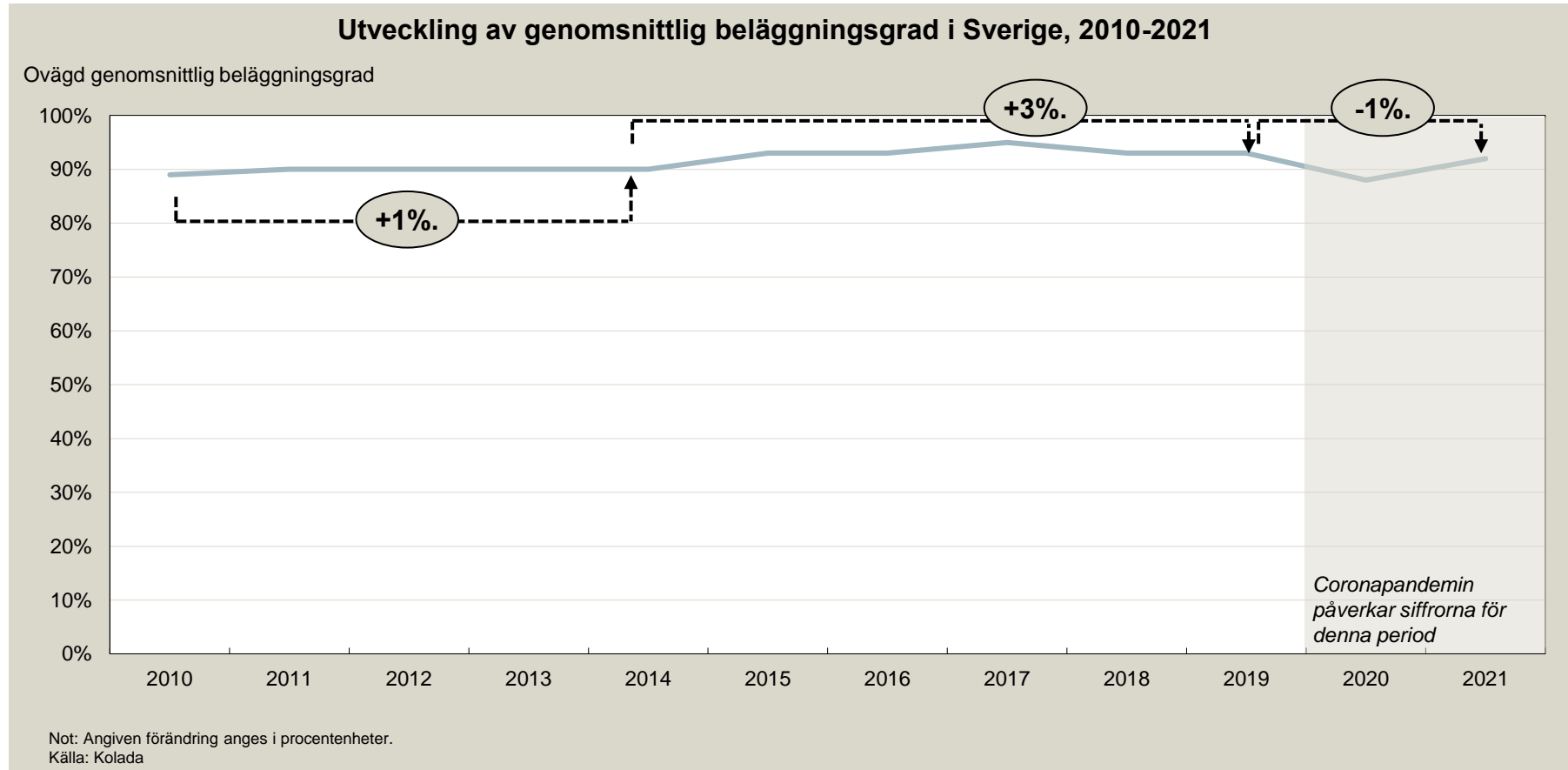
Till följd av att såväl vårdtillfällena som medelvårdtider minskat, ses även betydande minskningar i antalet vård dagar över tid. I detta sticker dock BUP ut då vård dagarna där ökat med 11 % sedan 2015.

Antalet vårddyggn på IVA ökade under pandemin, innan dess var det stabilt kring 120 000 per år



Vårddyggn för både planerade och oplanerade inläggningar har varit relativt oförändrade 2012-2019 men därefter ökat under coronapandemin. Eftersom pandemin haft stor påverkan på IVA är det inte möjligt att utifrån dessa siffror dra slutsatser om bestående förändringar i vårddyggnen.

Beläggningsgraden ökade från ca 90 % år 2010–2014, till 93–95 % år 2015–2019



Den genomsnittliga beläggningsgraden i landet har ökat sedan 2010, särskilt efter 2014. Generellt har den legat runt eller över 90 %.

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

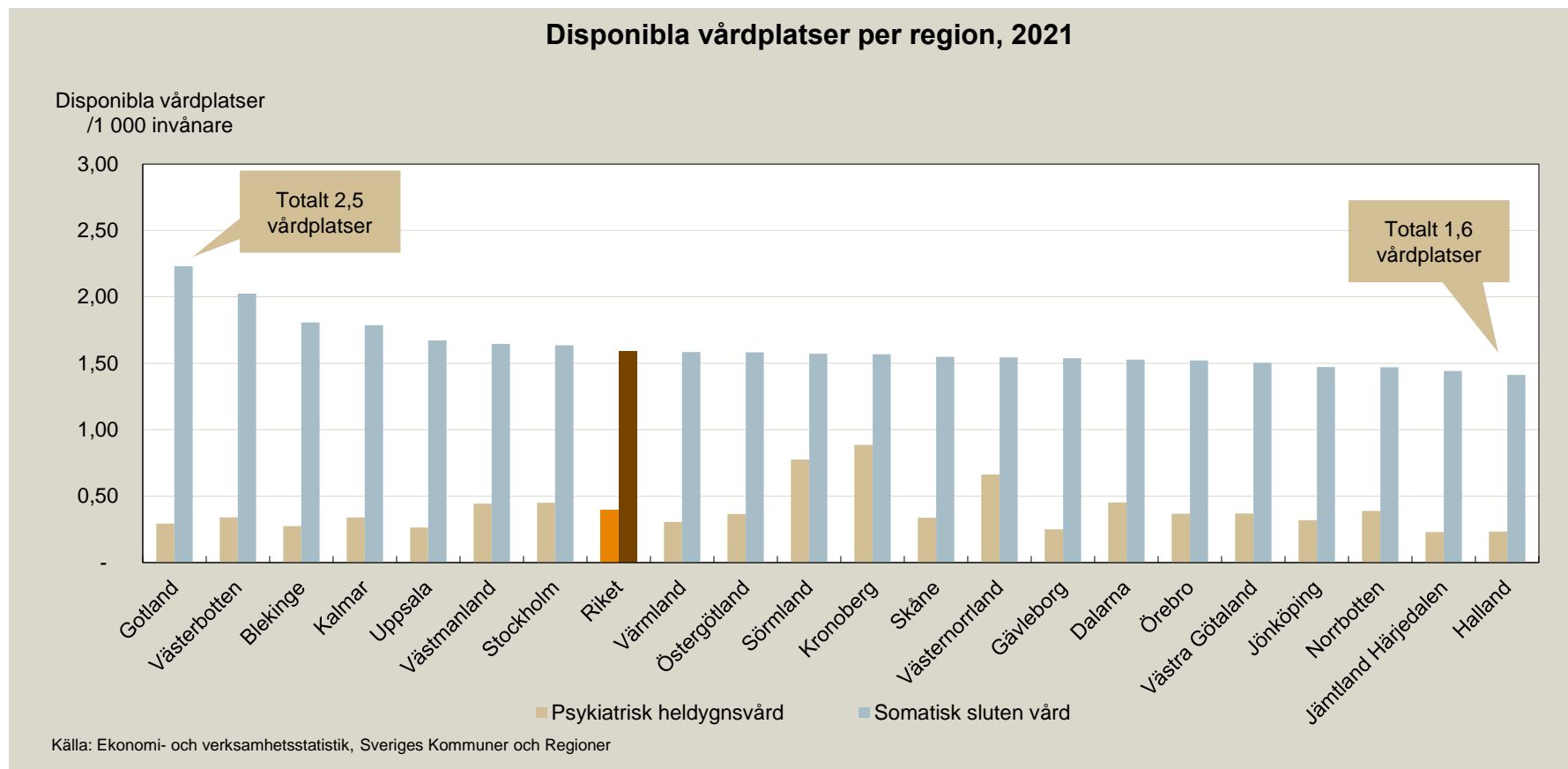
Översikt – vårdplatser i Sverige idag

- Vårdplatserna har minskat över tid, liksom vårdtillfällen och vårdtider men belägningsgraden har ökat
- **Regionerna har olika många vårdplatser och olika hög slutenvårdskonsumtion**
- I data ses indikationer på att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven
- Antalet vårdplatser har ingen tydlig påverkan på väntetider
- En stor del av regionernas vårdplatser beläggs efter akuta inläggningar

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

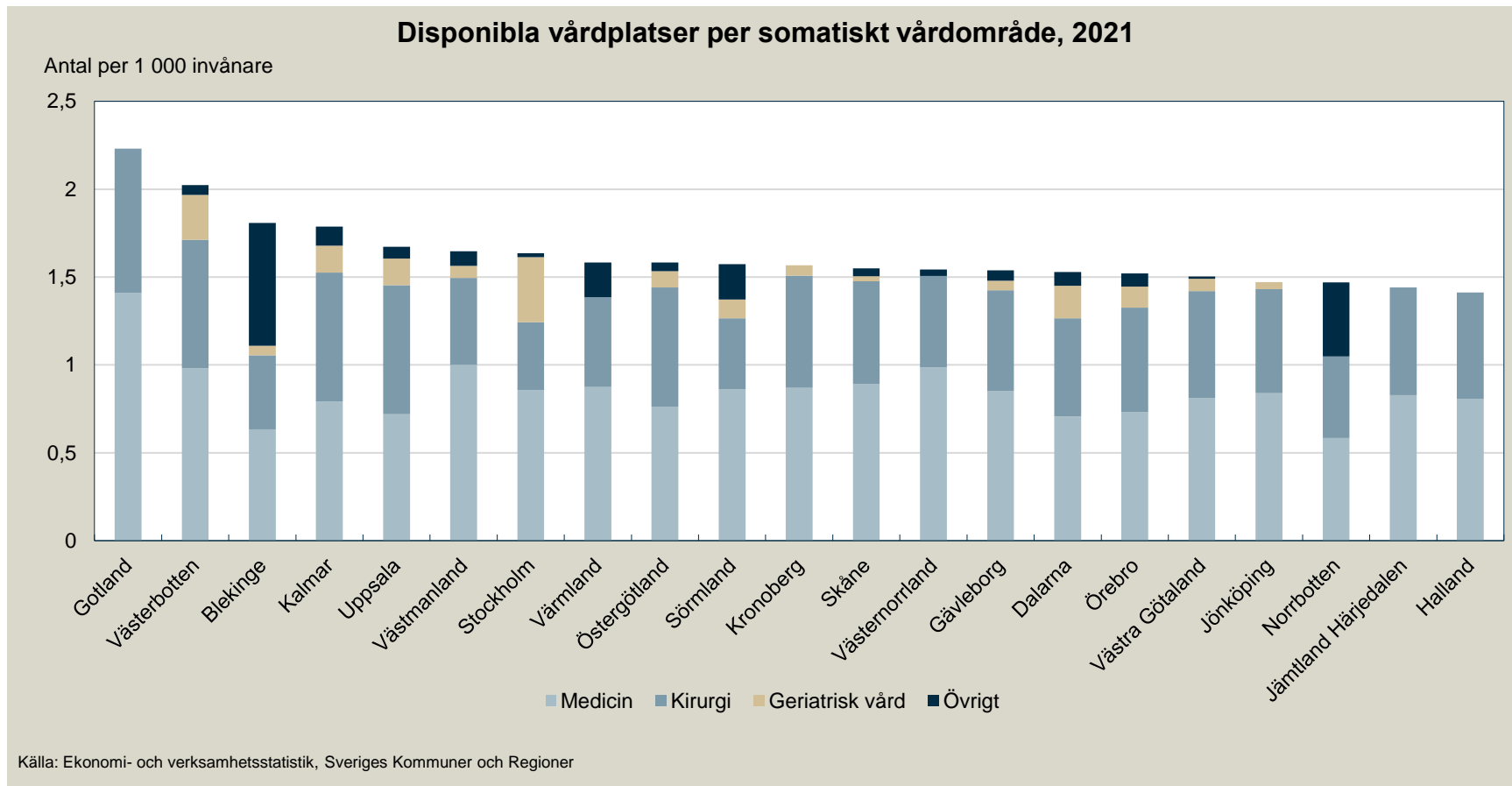
Implikationer för fortsatt arbete

Regionerna har olika många disponibla vårdplatser per invånare



Antalet vårdplatser varierar mellan regionerna sett till såväl psykiatri som somatik. Totalt skiljer det 0,9 vårdplatser per 1 000 invånare mellan de regioner som har högst respektive lägst antal.

Uppdelat på vårdområden ses större skillnader, men databegränsningar försvårar slutsatser



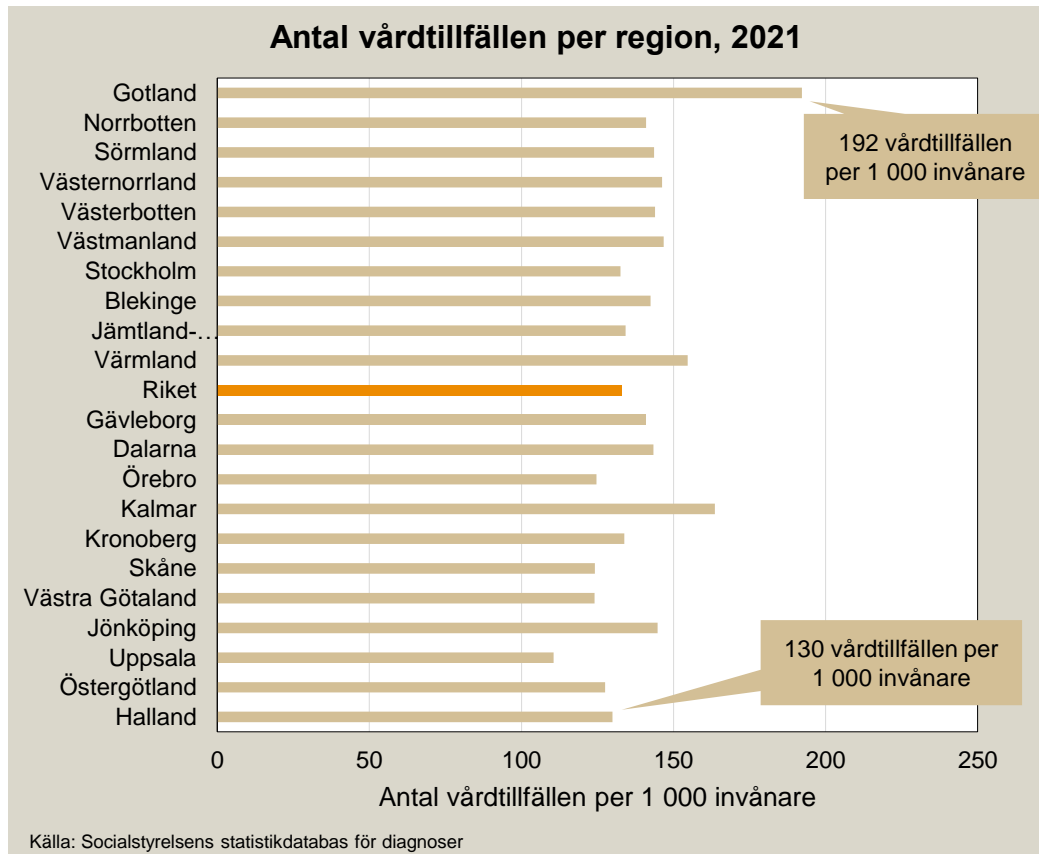
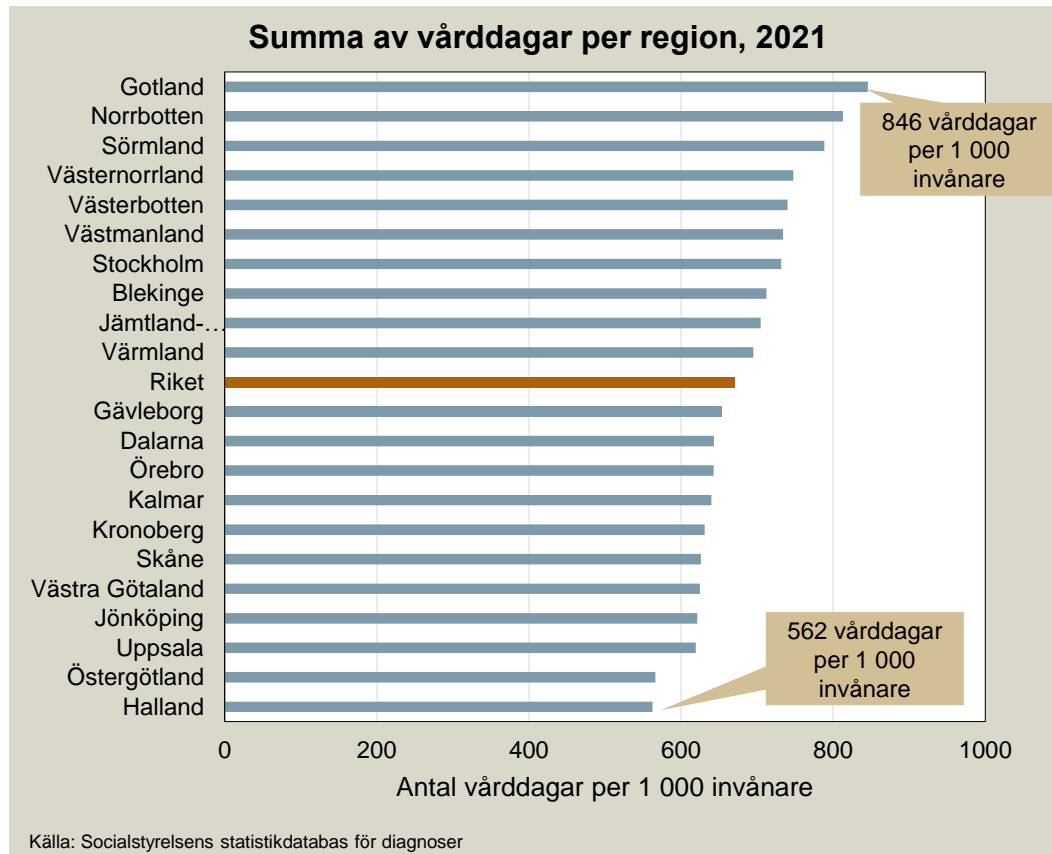
En nedbrytning av de somatiska vårdplatserna visar att regionerna generellt har flest vårdplatser inom medicin, därefter kirurgi. Till del kan detta bero på skillnader i hur regioner redovisat statistiken. Exempelvis har vissa regioner enligt uppgift redovisat geriatriska vårdplatser under medicin.

Inom psykiatrin drivs skillnaderna mellan regioner av rapporterade platser inom rättspsykiatrin



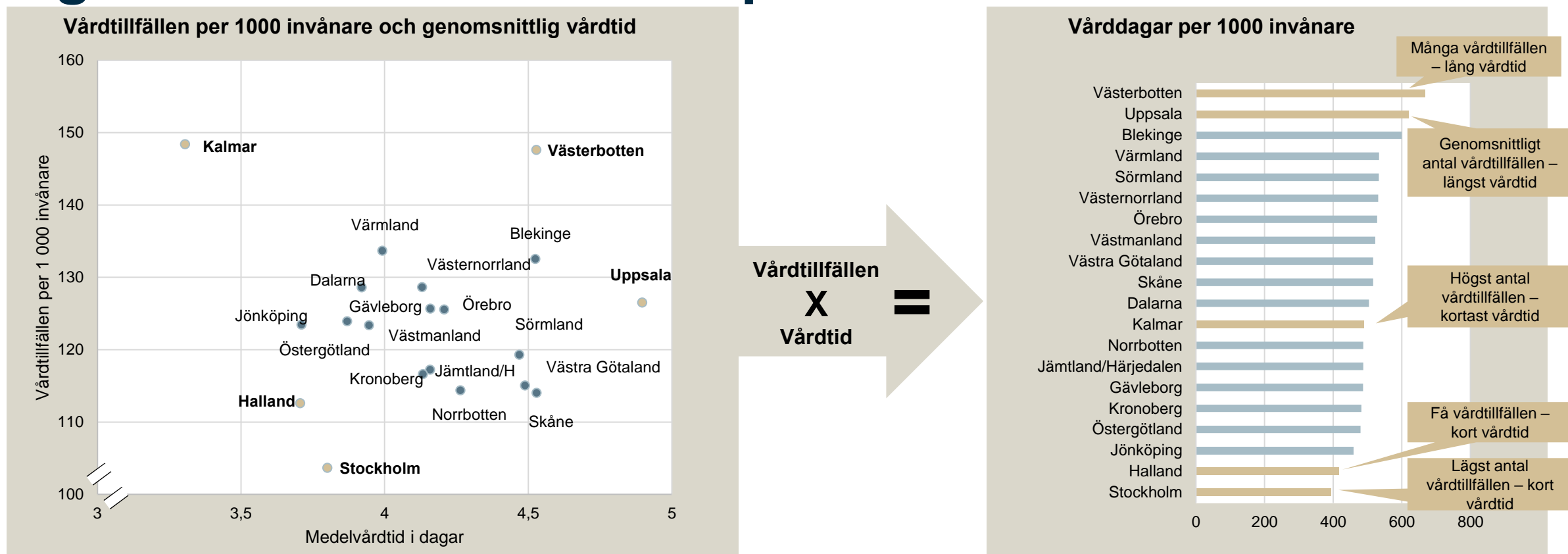
En nedbrytning av de psykiatriska vårdplatserna visar att rättspsykiatri varierar stor, vilket följer av regionernas skilda uppdrag på området. För övrig psykiatri varierar antalet vårdplatser per 1 000 invånare från 0,18 invånare i Region Östergötland till 0,36 i Region Stockholm.

Även slutenvårdskonsumtionen ser olika ut i regionerna



Det totala antalet vårddagar på ett år är betydligt högre per invånare i vissa regioner än andra – jämfört med Region Halland ligger Region Gotlands vårddagar 50 % högre. Även antalet vårdtillfällen i relation till invånare skiljer sig mellan regionerna. Eftersom analysen visar vårdkonsumtionen per invånare räknas utomlänsvård utifrån patientens hemortslän.

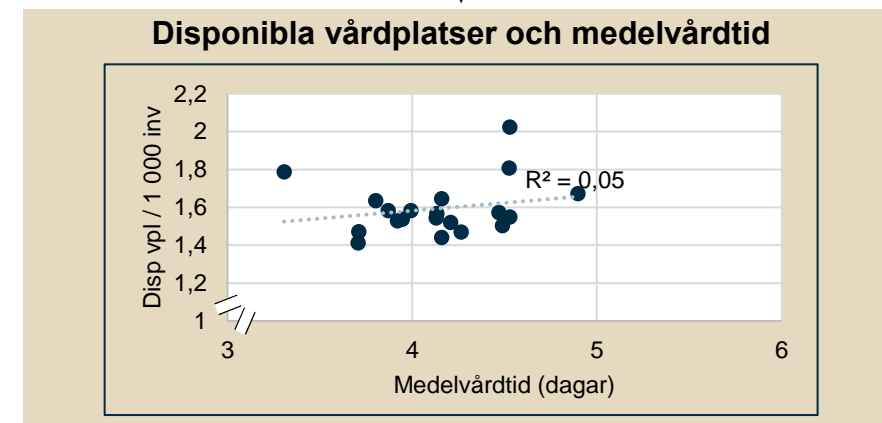
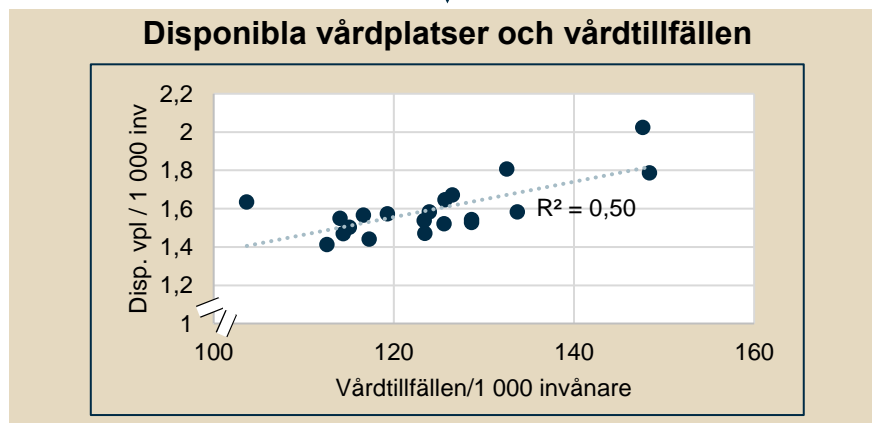
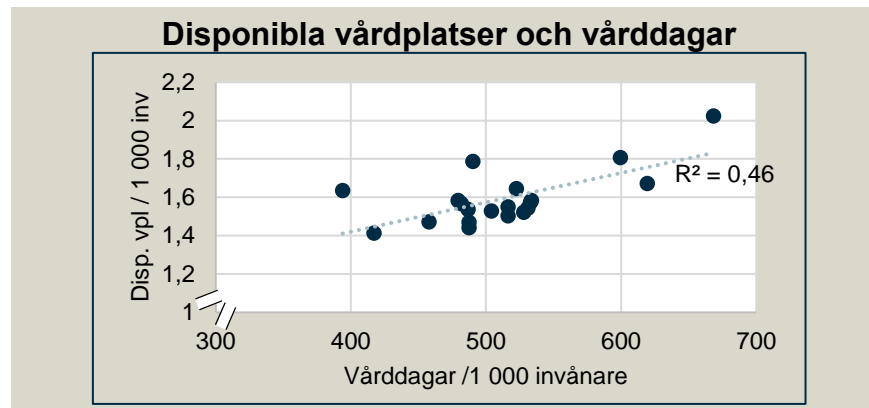
Skillnader i slutenvårdskonsumtion drivs i olika grad av vårdtillfällen respektive vårdtid



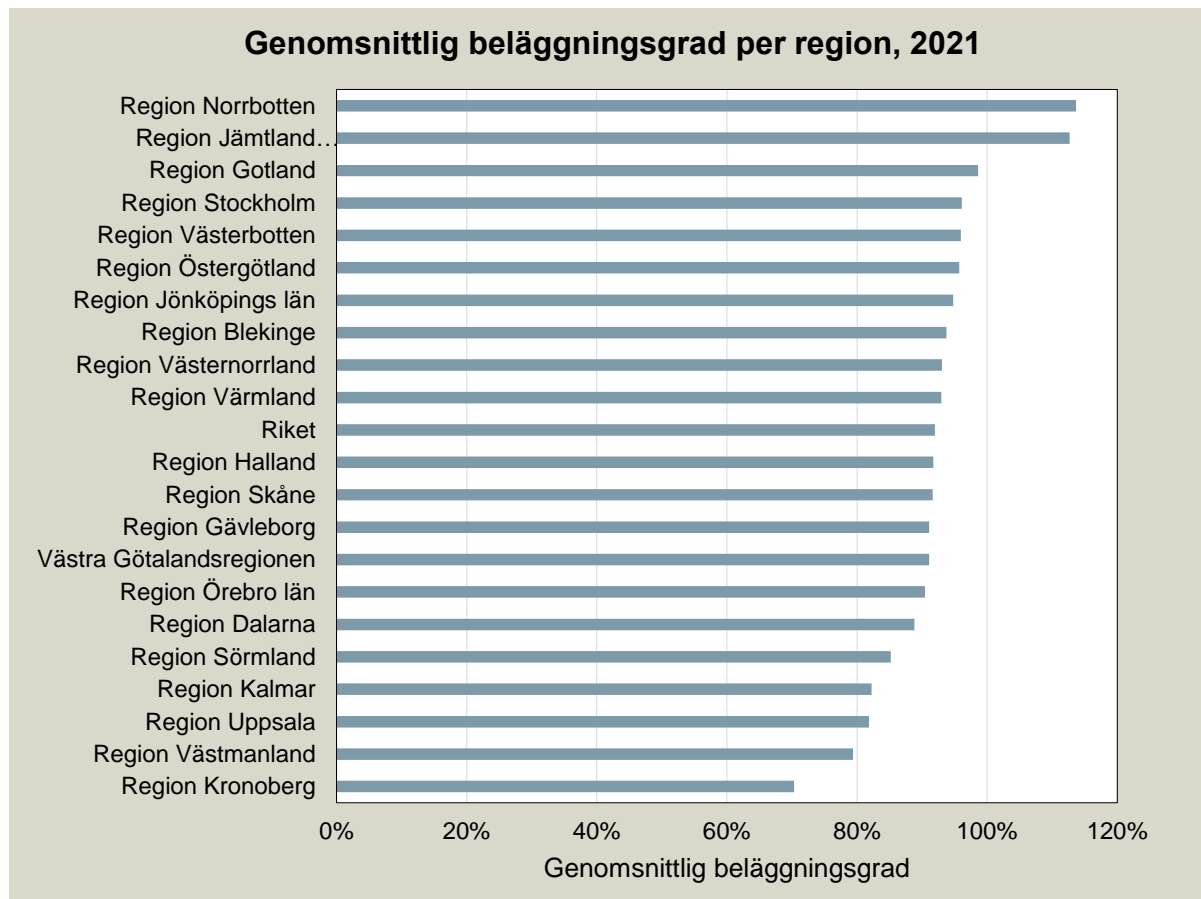
Hur många vårdtillfällen en region utfört (i denna analys fördelas vårdtillfällen på utförande region), och hur långa de varit, avgör regionens totala antal vårddagar. Regionerna med flest vårddagar har generellt haft långa vårdtider och bland dem med lägst antal vårddagar ses de med antingen få vårdtillfällen eller korta vårdtider.

Kopplingen mellan vårdplatser och vårddagar förklaras av vårdtillfällena och inte vårddagar (somatik)

Analysen visar på ett tydligt samband inom somatisk sluten vård mellan regionernas disponibla vårdplatser och deras totala antal vårddagar, vilket är naturligt. Därtill visar analysen att hur många vårdtillfällen regionerna haft är starkare kopplat till antalet vårdplatser, än hur långa medelvårddagarna varit.

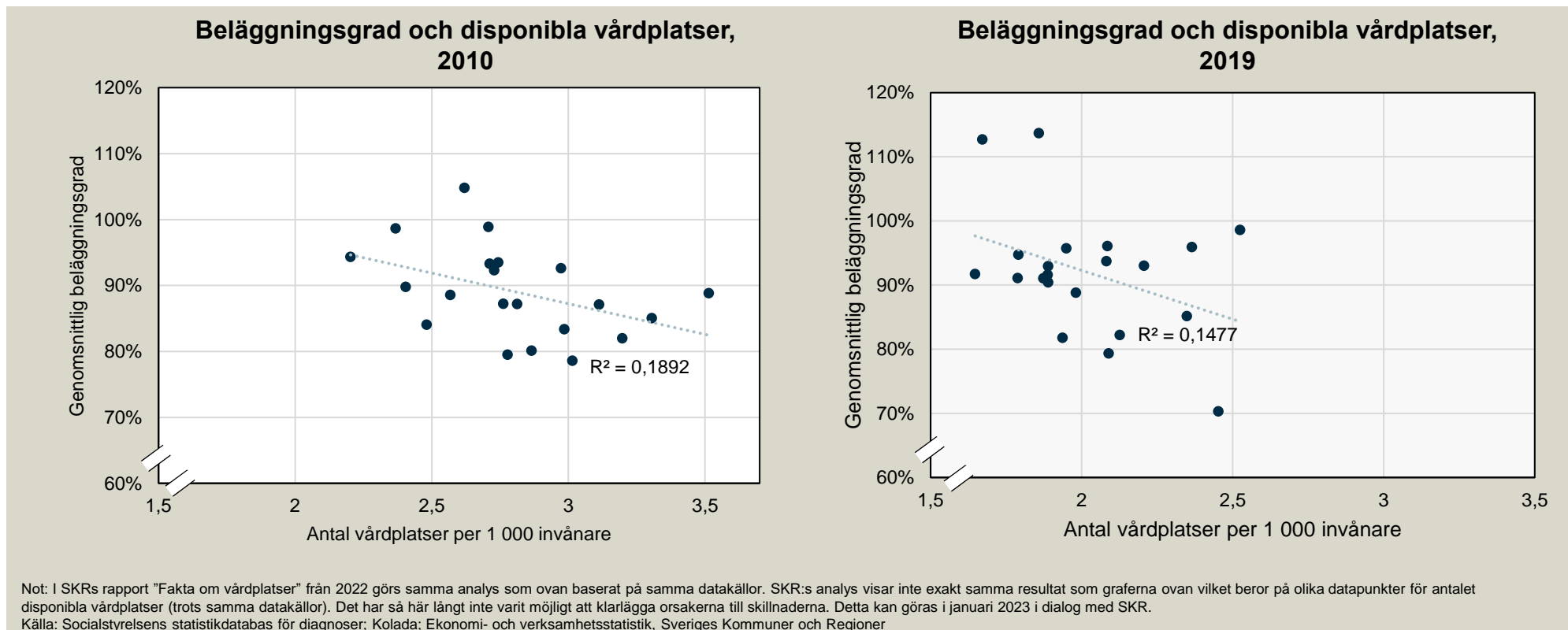


Även i genomsnittlig beläggningsgrad ses skillnader mellan regionerna



Beläggningsgraden kan variera stort över året, och dygnets timmar, och det årliga genomsnittet är ett relativt grovt mått. Det indikerar dock ändå hur antalet vårddagar under året förhåller sig till antalet teoretiskt möjliga vårddagar, sett till hur många disponibla vårdplatser som finns. Siffrorna visar på betydande skillnader mellan regioner.

Antal vårdplatser har ett visst samband med belägningsgrad, dock svagare 2019 än 2010



Data för riket som helhet över tid visar att belägningsgraden ökat samtidigt som antalet vårdplatser minskat. Regiondata har analyserats för att undersöka om det finns ett samband mellan dessa variabler. Graferna ovan visar att ett samband kan ses, men att det tycks ha blivit svagare över tid.

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

- Vårdplatserna har minskat över tid, liksom vårdtillfällena och vårdtider men belägningsgraden har ökat
- Regionerna har olika många vårdplatser och olika hög slutenvårds konsumtion
- **I data ses indikationer på att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven**
- Antalet vårdplatser har ingen tydlig påverkan på väntetider
- En stor del av regionernas vårdplatser beläggs efter akuta inläggningar

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

Implikationer för fortsatt arbete

Överbeläggningar och utlokaliseringar används när kapaciteten inte räcker till

Överbeläggning

är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats

Utlokalisering

är när en inskriven patient vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten

”Ibland uppstår situationer där vården inte är dimensionerad på ett sätt så att alla patienters behov kan mötas på ett optimalt sätt [...] Överbeläggning och utlokalisering av patienter blir ett problem när det finns ett gap mellan den kapacitet och kompetens som erbjuds och patientens aktuella behov. Resultatet blir i dessa fall en ökad risk för vård av sämre kvalitet och minskad patientsäkerhet.”

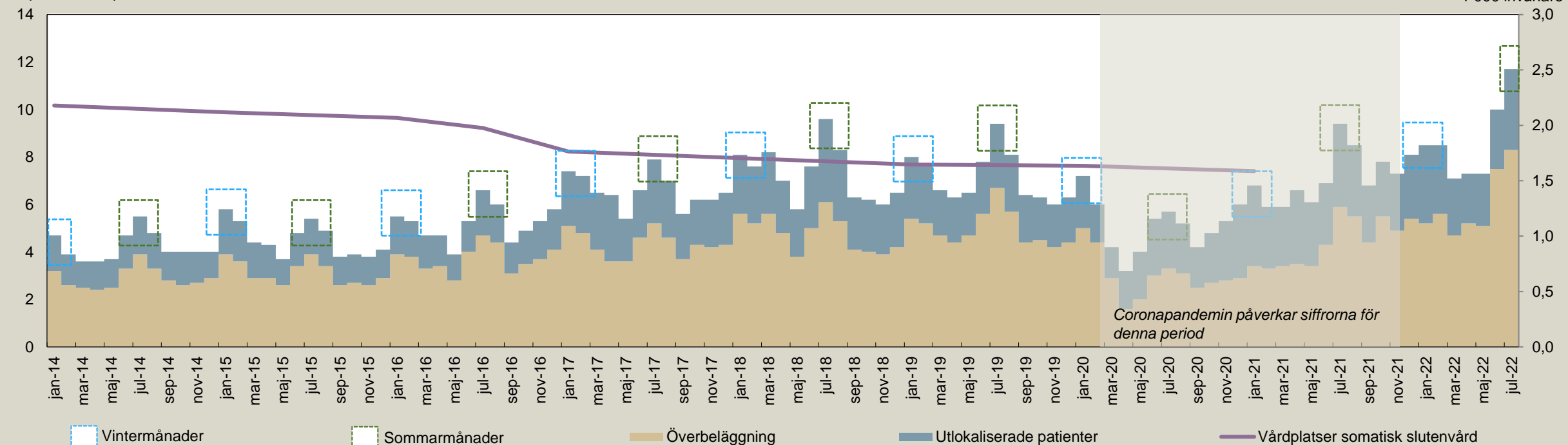
- Utdrag ur SKRs rapport ”Ingen på sjukhus i onödan”, 2016

Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat, med toppar under sommar och vinter

Utveckling i utlokaliseringar, överbeläggningar och disponibla vårdplatser, somatisk slutenvård, 2014-2022

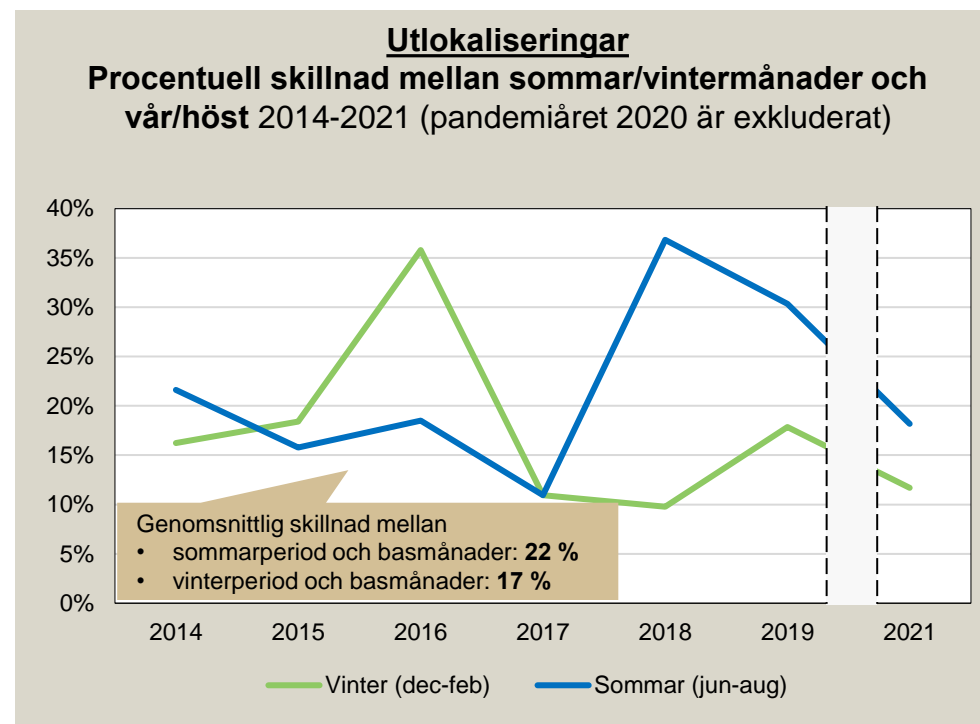
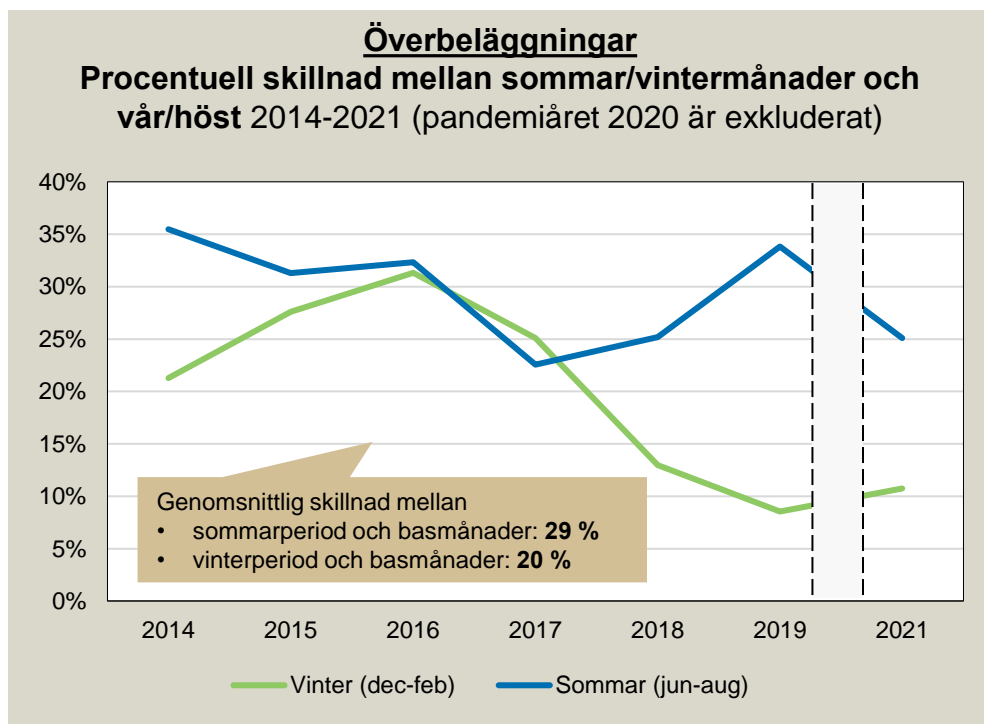
Antal överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser

Vårdplatser per 1 000 invånare



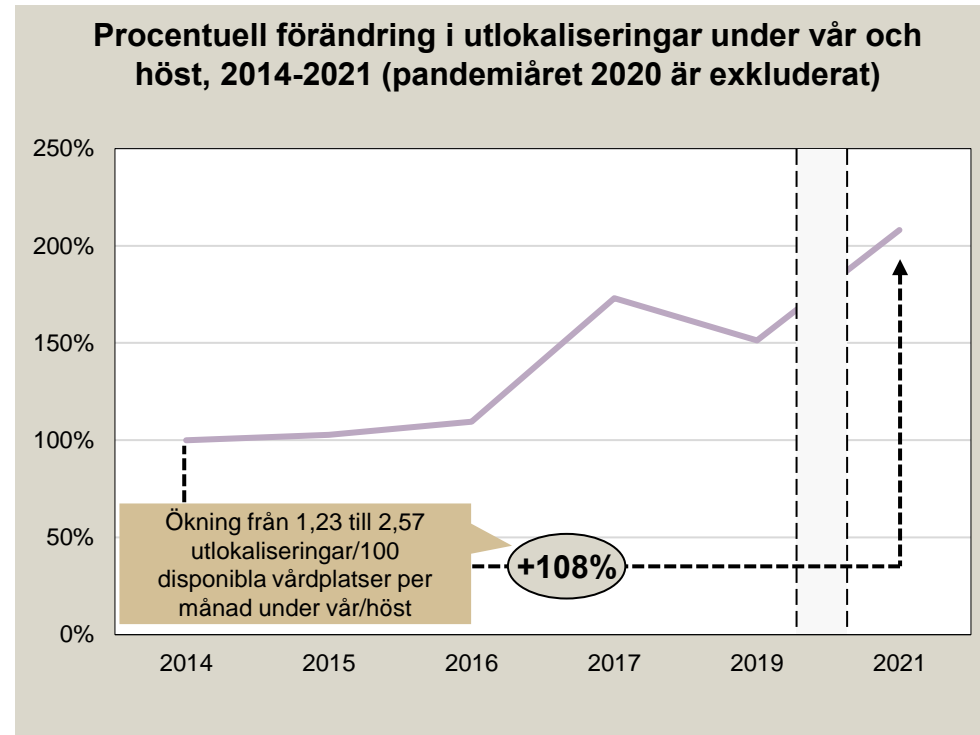
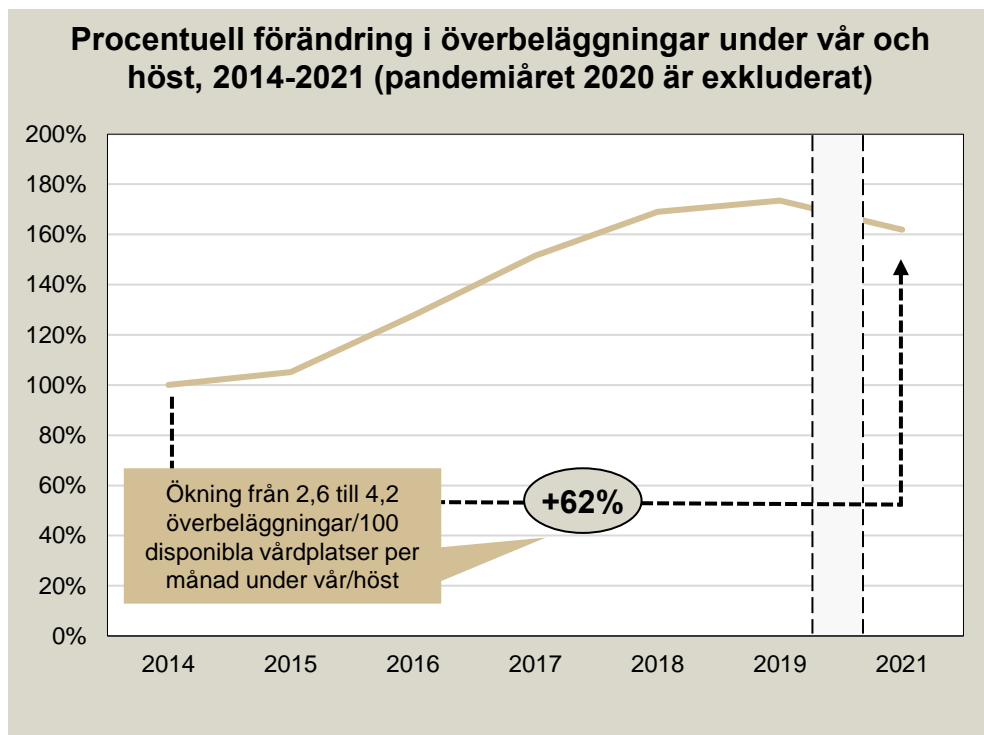
Källa: Vätetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner; Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner

Sommar och vinter ligger överbeläggningar och utlokaliseringar 10–37 % högre än annars



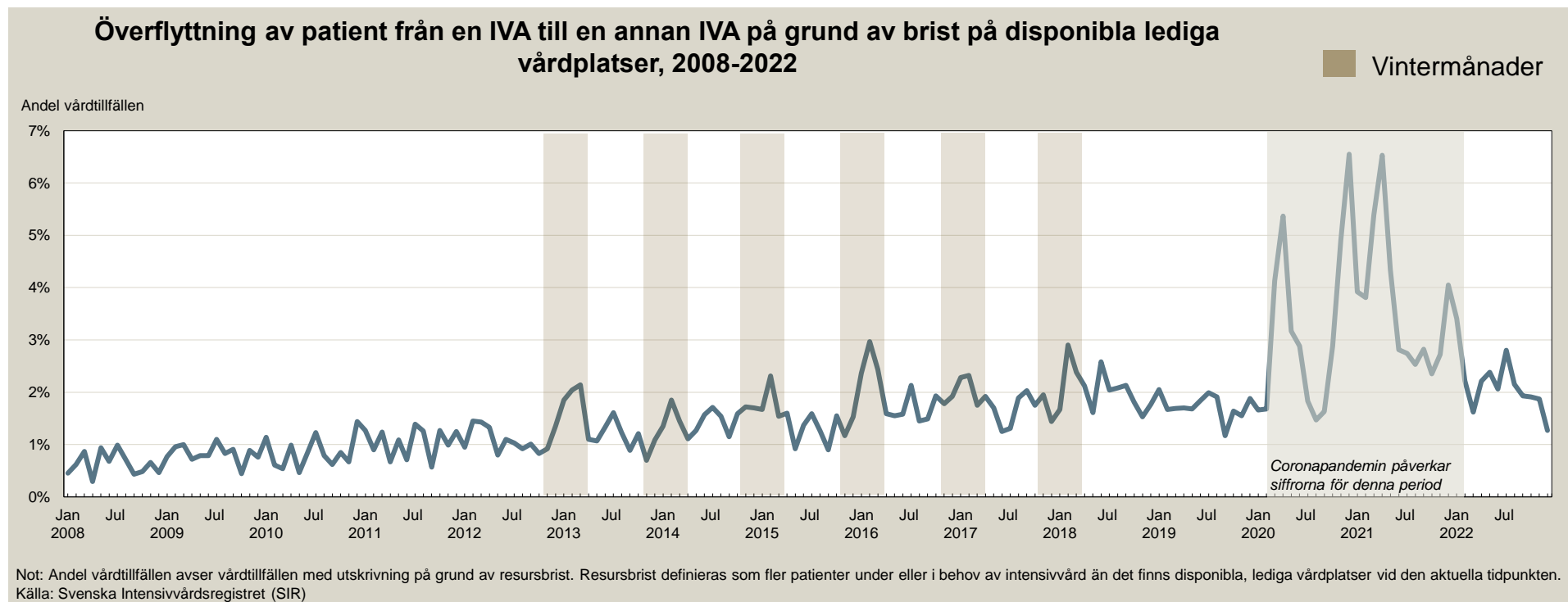
Analysen visar att sommarmånaderna (juni-augusti) och vintermånaderna (december-februari) medför fler överbeläggningar och utlokaliseringar än vår- och höstmånaderna (mars-maj samt september-november). Störst ökning sågs under sommaren 2018 då utlokaliseringarna låg 37 % högre än under vår- och höstmånaderna samma år. Säsongsvariationerna förklaras sannolikt av ökade vårdbehov (främst vintertid) och minskad bemanning (främst sommartid).

Överbeläggningar/utlokaliseringar har dock ökat även under vår och höst



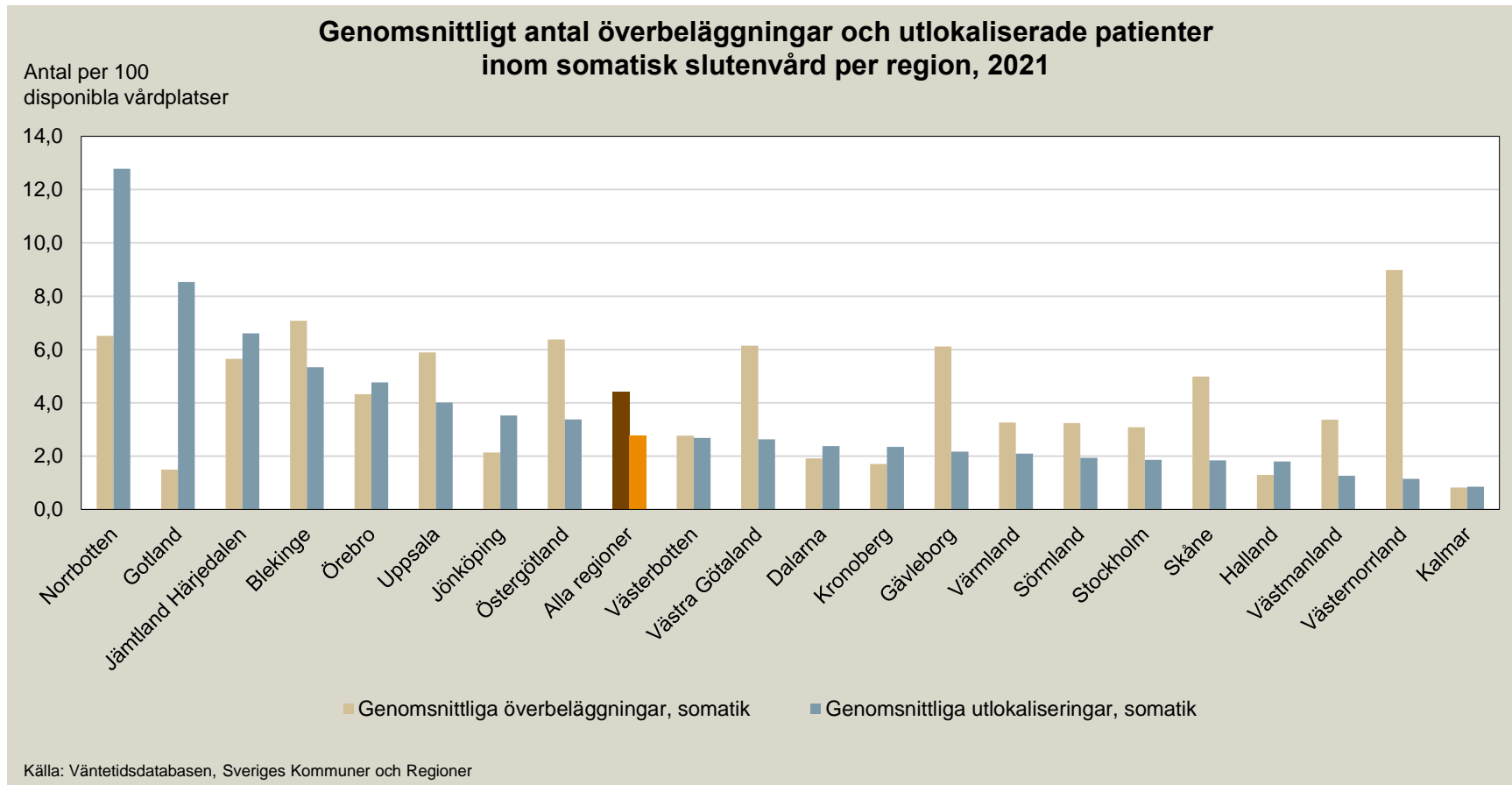
För att förstå utmaningarna med överbeläggningar och utlokaliseringar undersöks först utvecklingen över tid för de månader som generellt *inte* medför toppar i överbeläggningar och utlokaliseringar, dvs. mars-maj och september-november. Resultaten visar på stora ökningar under dessa månader, där antalet utlokaliseringar mer än fördubblats sedan 2014.

Utmaningarna ses också på IVA, där överflyttning på grund av resursbrist blivit vanligare



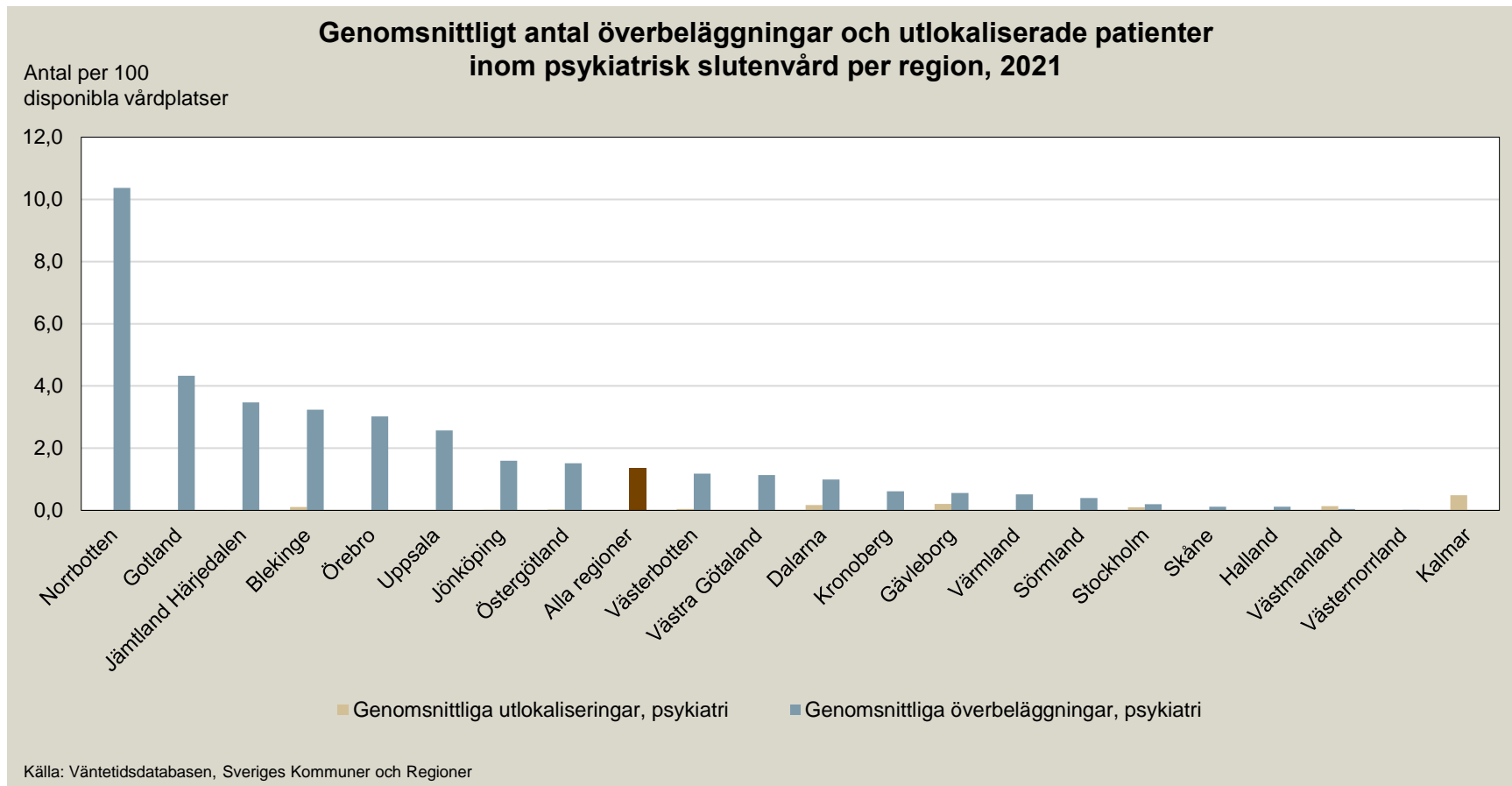
Överflyttningar från en IVA till en annan IVA har blivit vanligare sedan 2008, även sett till en tidsperiod före coronapandemin. Tydliga toppar ses under vintermånaderna, vilket troligen förklaras av ett ökat vårdbehov under dessa perioder.

Överbeläggningar och utlokaliseringar i somatiken förekommer i alla regioner



Alla regioner rapporterar om såväl överbeläggningar som utlokaliseringar i den somatiska vården. Skillnaderna är dock stora mellan regioner, där Region Norrbotten rapporterar 15 gånger fler utlokaliseringar än Region Kalmar. Vissa regioner tycks använda överbeläggningar mer än utlokaliseringar, och vice versa.

Inom psykiatrin är utlokaliseringar ovanligt, och antalet överbeläggningar varierar stort



Även inom psykiatri rapporterar regionerna mycket skilda uppgifter. Fem regioner rapporterar om utlokaliseringar; i övrigt ses endast överbeläggningar.

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

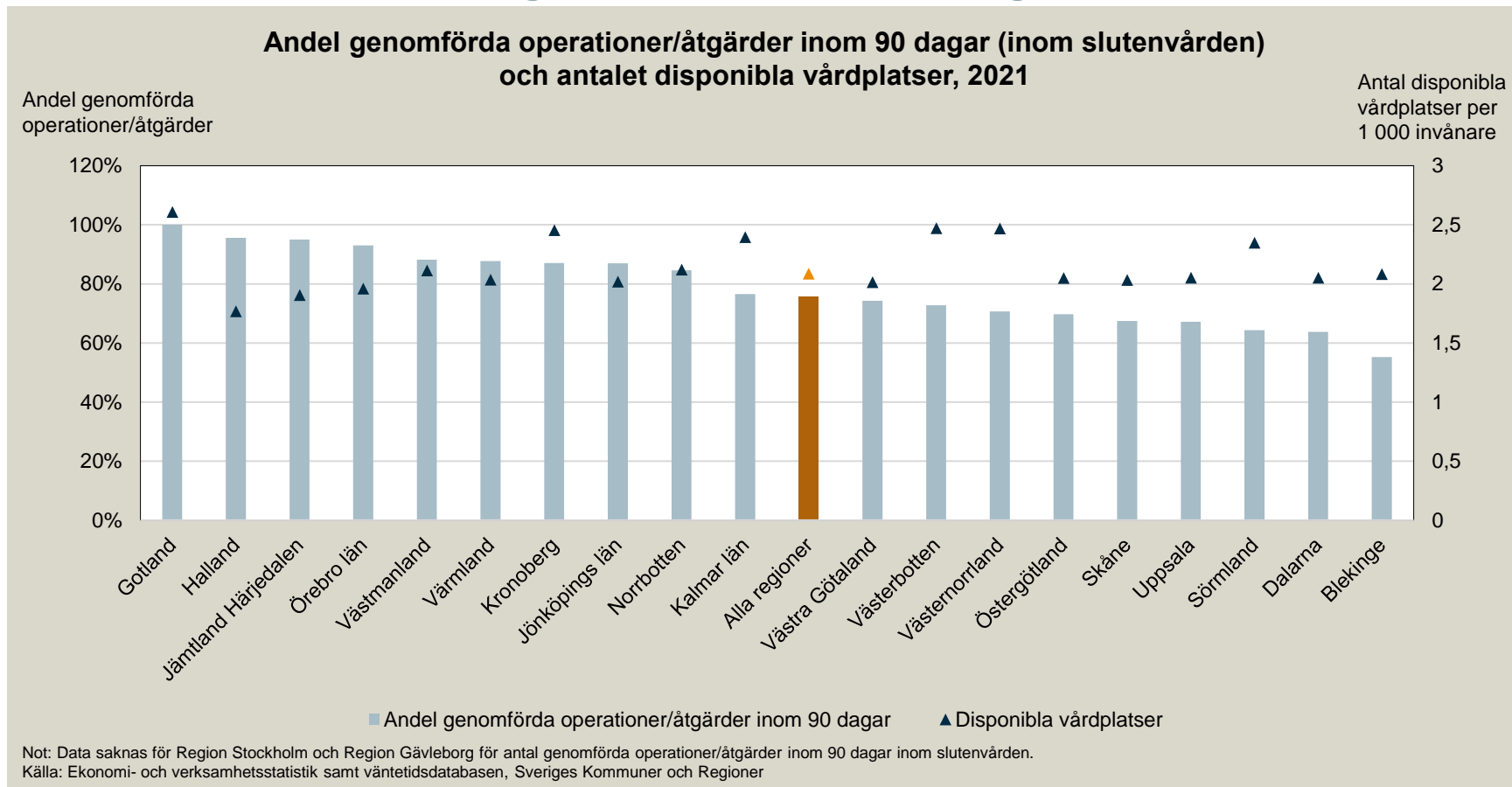
Översikt – vårdplatser i Sverige idag

- Vårdplatserna har minskat över tid, liksom vårdtillfällena och vårdtider men belägningsgraden har ökat
- Regionerna har olika många vårdplatser och olika hög slutenvårds konsumtion
- I data ses indikationer på att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven
- **Antalet vårdplatser har ingen tydlig påverkan på väntetider**
- En stor del av regionernas vårdplatser beläggs efter akuta inläggningar

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

Implikationer för fortsatt arbete

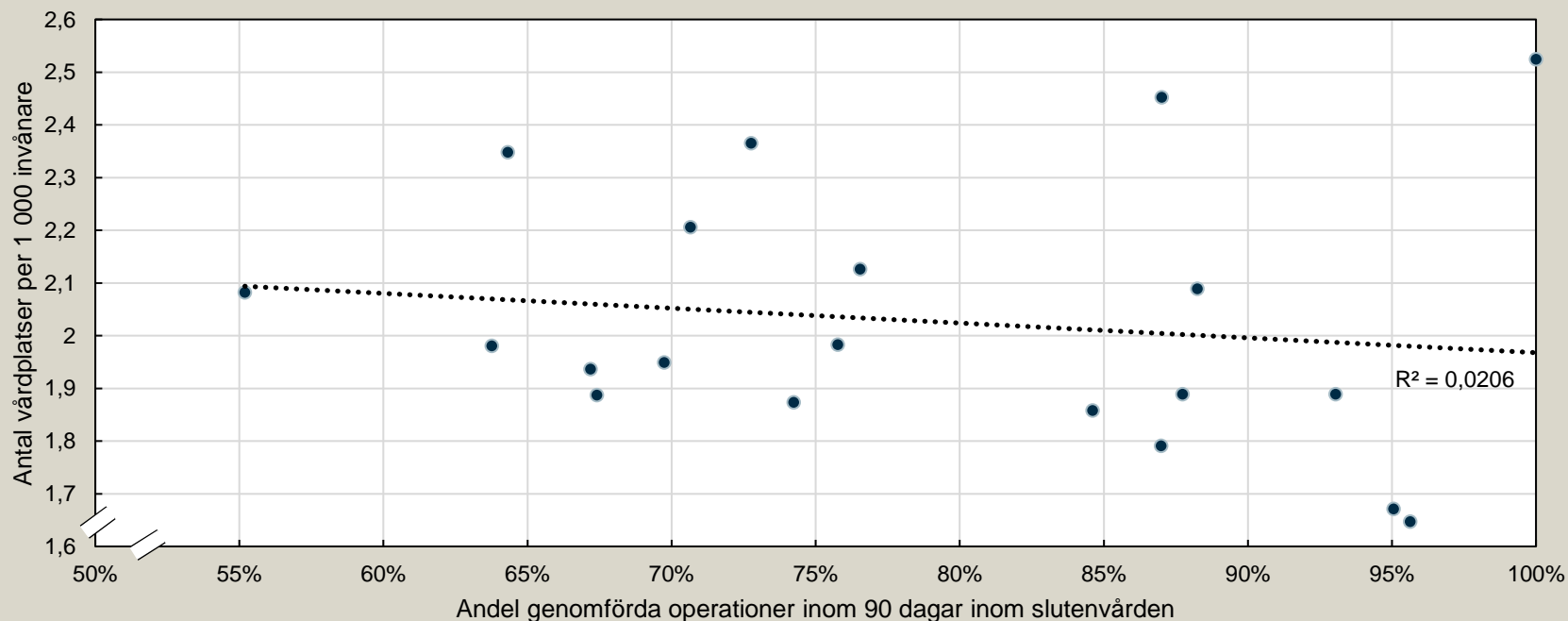
I vilken grad regionerna uppfyller vårdgarantin för behandling inom 90 dagar varierar stort



Andelen genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i slutenvården 2021 varierade mellan 55 och 100% (Blekinge respektive Gotland). Att inkludera regionernas antal disponibla vårdplatser i redovisningen visar inget tydligt mönster.

Antalet disponibla vårdplatser förklarar inte skillnader i uppfyllande av vårdgarantin 2021

Andel genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar (inom slutenvården) och antalet disponibla vårdplatser, 2021

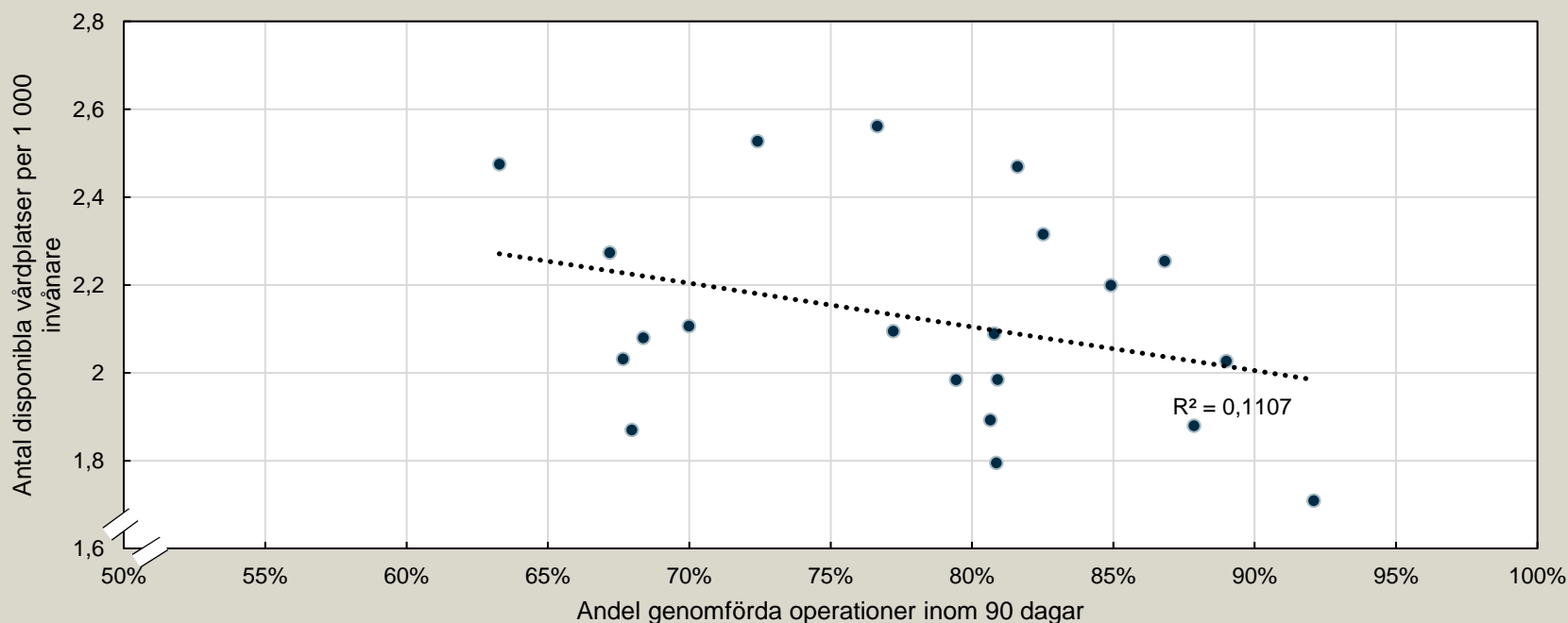


Analysen talar för att det inte finns något samband mellan antalet disponibla vårdplatser och andel genomförda åtgärder inom 90 dagar i slutenvården.

Not: Data saknas för Region Stockholm och Region Gävleborg för antal genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar inom slutenvården.
Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik samt väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Ett svagt samband kan ses mellan vårdplatser och uppfyllande av vårdgarantin 2019

Andel genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar (inom specialiserad vård) och antalet disponibla vårdplatser, 2019



Eftersom coronapandemin kan ha viss påverkan på data från 2021 görs här samma analys för 2019.

På grund av datatillgång undersöks dock genomförda operationer/åtgärder i såväl öppen- som slutenvård 2019.

Analysen visar på ett svagt samband mellan antalet disponibla vårdplatser och andel genomförda åtgärder inom 90 dagar.

Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik samt väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

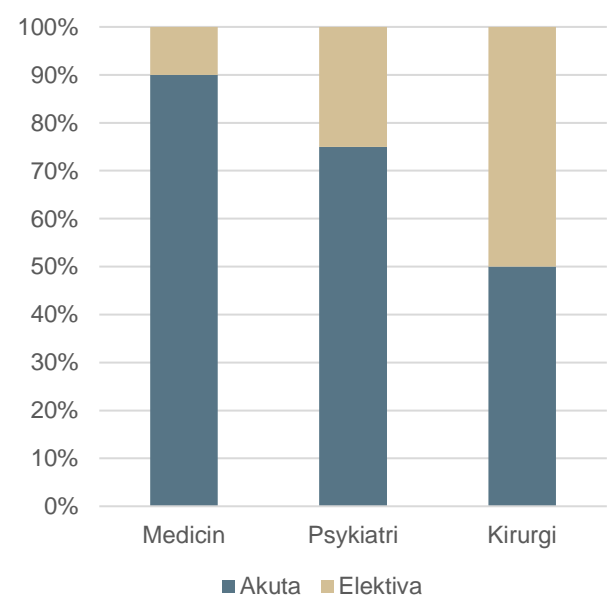
- Vårdplatserna har minskat över tid, liksom vårdtillfällen och vårdtider men belägningsgraden har ökat
- Regionerna har olika många vårdplatser och olika hög slutenvårdskonsumtion
- I data ses indikationer på att vårdplatserna inte räcker till för att möta behoven
- Antalet vårdplatser har ingen tydlig påverkan på väntetider
- **En stor del av regionernas vårdplatser beläggs efter akuta inläggningar**

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

Implikationer för fortsatt arbete

Data från fyra regioner visar att vissa verksamheter har betydligt högre andel akuta inflöden än andra

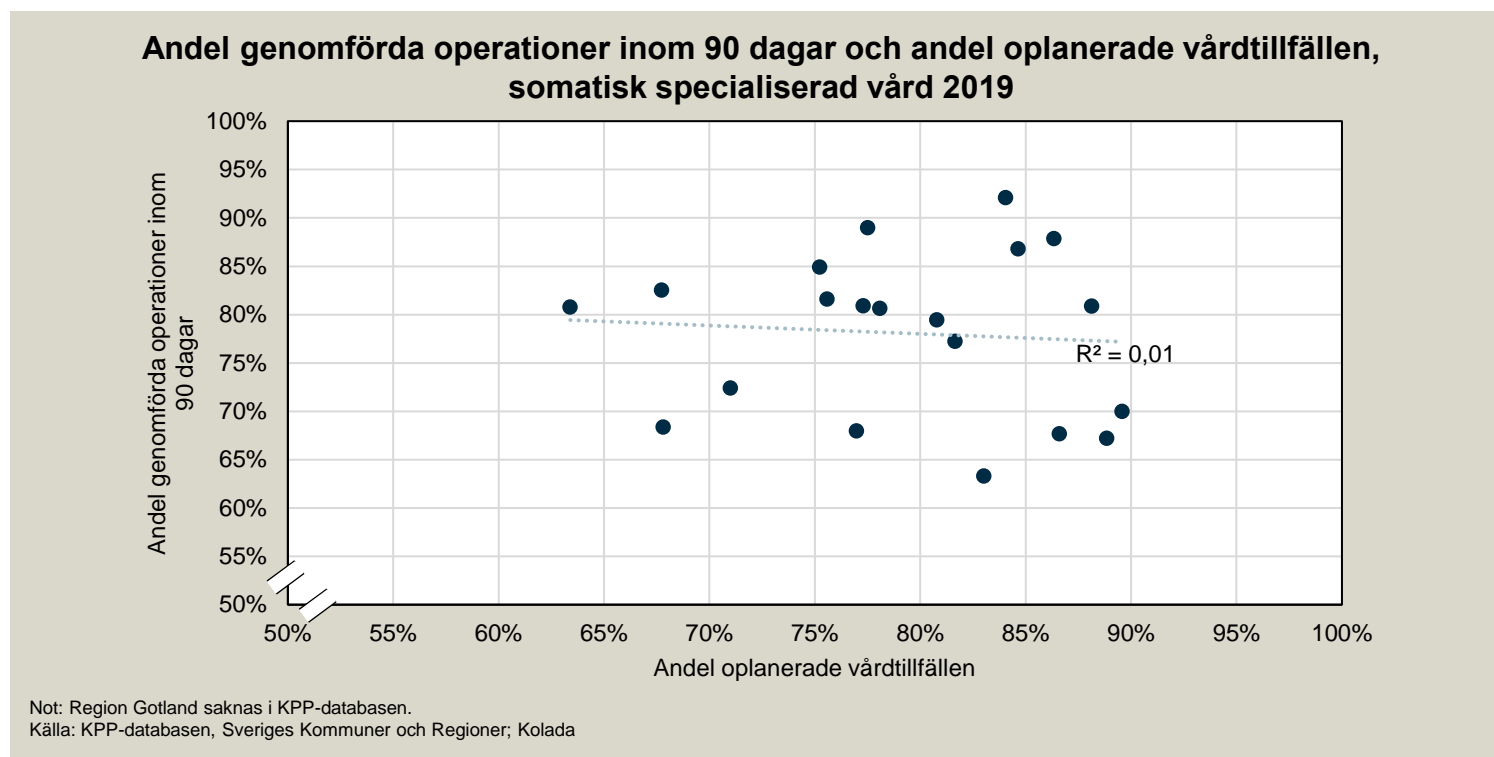
Andel akut belagda vårdplatser per vårdområde, Jämtland-Härjedalen
Regionens uppskattning november 2022



Andel akut belagda vårdplatser per verksamhet
Regionernas uppskattningar november 2022

Medicinskt vårdområde	Andel akut belagda vårdplatser			Medicinskt vårdområde, forts.	Andel akut belagda vårdplatser		
	Öster-götland	Gävle-borg	Hallands sjukhus		Öster-götland	Gävle-borg	Hallands sjukhus
Geriatrisk vård	100%	98%	-	Barn- och ungdomskirurgisk vård	55,6%	-	-
Övrig medicinsk vård	100%	-	-	Urologisk vård	47,4%	98%	-
Infektionssjukvård	100%	99%	98%	Övriga kirurgiska specialiteter	47,2%	-	-
Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	99,3%	99%	-	Rehabiliteringsmedicinsk vård	19,4%	11%	2%
Internmedicinsk vård inkl gastroenterologi	98,7%	98%	89%	Rättpsykiatrisk regionsjukvård	2%	1%	-
Neurologisk vård inkl stroke	96,3%	97%	-	Kardiologisk vård	-	98%	-
Övriga invärtes specialiteter	92,9%	-	-	Lungsjukvård	-	98%	-
Barn- och ungdomspsykiatrisk vård	90,4%	94%	-	Onkologisk vård, allmän	-	94%	-
Ortopedisk vård	82,9%	83%	-	Hematologisk vård	-	93%	-
Barn- och ungdomsmedicinsk vård	81,7%	92%	95%	Förlossningsvård	-	90%	-
Öron-, näs- och halssjukvård	69,4%	77%	82%	Förlossningsvård och gynekologi	-	-	93%
Kirurgisk vård	68,3%	84%	86%	Ortopedisk kirurgi	-	-	84%
Gynekologisk vård inkl prematurvård	58,3%	81%	-	Urologisk kirurgi	-	-	80%
Tumörsjukvård	62,6%	-	-				

För 2019 ses inget samband mellan oplanerade vårdtillfällen och uppfyllelse av vårdgarantin



Data från 2019 visar inget samband mellan andelen oplanerade vårdtillfällen i en region och regionens uppfyllelse av vårdgarantin (avser endast somatisk specialiserad vård).

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

- **Regionerna arbetar överlag inte systematiskt med planering och styrning av vårdplatser centralt**
- Trots arbete för att minska vårdplatsbehovet ser regionerna ett behov av fler vårdplatser på kort sikt
- De flesta regioner ser risker med de målvärden Socialstyrelsen ska ta fram, men några ser möjligheter

Implikationer för fortsatt arbete

Vårdplatser planeras ofta på sjukhusen, ibland även centralt i regionen

6/19

regioner slår fast
antal vårdplatser
centralt i regionen

13/19

regioner låter
sjukhusen planera
antalet vårdplatser

”**Begreppet fastställda vårdplatser används inte inom Region Östergötland.** Vi fastställer miniminivåer inför jul- och sommarperioder” (*Region Östergötland*)

”**Ledningen arbetar efter att ha det antal vårdplatser öppet som krävs för en acceptabel belägningsgrad.** Eftersom acceptabel belägningsgrad varierar med verksamhetens karaktär (t.ex. akut, planerad) finns olika acceptabla belägningsgrader.” (*Region Örebro*)

”**Regionen lägger budget för ett uppdrag, inte vårdplatser**” (*Region Västerbotten*)

”**Vårdplatser ska finnas utifrån behov** på regionens tre akutsjukhus enligt budget och verksamhetsplan” (*Region Jönköpings län*)

”Det finns inget fastställt antal som ska hållas öppet under året – **antalet vårdplatser som behövs varierar under året**, med en återkommande säsongsvariation beroende på verksamhet, men en generell nedgång under sommaren” (*Region Gävleborg*)

”Vi vill också påpeka att **vårdplatsantalet är dynamiskt beroende på veckodag och period under året för att på bästa sätt möta det reella behovet**” (*Region Halland*)

Nästan alla regioner anger att de följer upp disponibla vårdplatser, men i koordineringssyfte

18/19

regioner har processer för att löpande följa upp disponibla vårdplatser på sjukhusen

Majoriteten beskriver en uppföljning fokuserad på koordinering för att hantera aktuella patientflöden, snarare än långsiktig planering eller ansvarsutkrävande i förhållande till budget

- Vissa anger att uppföljningen huvudsakligen görs av sjukhusen men att den rapporteras till eller finns tillgänglig för regionen centralt
- Endast Östergötland ger exempel på bredare uppföljning som genom att följa utlokaliserade patienter och väntetider till planerad slutenvård analyserar i vilken grad befintligt antal disponibla vårdplatser möter behoven
- Endast Halland anger att vårdplatser inte följs på central nivå
- Flera uppger att de inte lyckas bemanna alla vårdplatser och därför har färre disponibla vårdplatser än fastställda

”Uppföljningen sker kontinuerligt och verksamhetscheferna är involverade i uppföljning som **används i fördelning av patienter vid de tillfällen det råder platsbrist**” (Region Jämtland-Härjedalen)

”Regionen har skapat en **vårdöversikt där man kan följa antalet disponibla och belagda vårdplatser kontinuerligt** över dygnet. Informationen är tillgänglig för alla medarbetare” (Region Kalmar)

”Regionen följer en vårdplatsöversikt som finns i liveuppdatering mot vårdinformationssystemet och är **tillgänglig i hela regionen och på alla nivåer under hela dygnet**” (Region Värmland)

”Regionen **följer upp på förvaltningsnivå (sjukhusnivå) de platser där patienter kan läggas in**. Vi exkluderar BB, tekniska vårdplatser och liknande” (VGR)

”**Det är resultatet av verksamheten, dvs. kvalitet och tillgänglighet, som är den viktiga parametern** och därför följs inte vårdplatsantalet på central nivå” (Region Halland)

Det är ovanligt att regionen centralt följer hur vårdplatser bemannas

2/19
regioner följer
systematiskt upp
hur vårdplatser
bemannas

Därtill anger två regioner att bemanningstal per vårdplats utretts vid enskilda tillfällen, och två att bemanning följs upp på sjukhusnivå

Kronoberg – underlag för budget och uppföljning

- Ortopediska, kirurgiska och akutgeriatriska vårdavdelningar samt akutvårdsavdelning har 1,6 tjänster per vårdplats
- Neonatalavdelningen (exklusive hemsjukvård) har 4,3 tjänster per vårdplats
- IVA inklusive postoperativ vård har mellan 9,7 och 15,2 tjänster per vårdplats

Västmanland – underlag för budget och schemaläggning

- Regionen har definierat lägsta möjliga bemanning för att drifva avdelningarna; optimerat utifrån rådande arbetssätt
- I genomsnitt bemannas 18 vårdplatser av 3 sjuksköterskor (vissa enheter 2 sjuksköterskor) samt 5 undersköterskor
- Ovan ger en genomsnittlig bemanning per vårdplats om 0,2 sjuksköterskor och 0,3 undersköterskor

- Strukturerad uppföljning sker ej. **Bemanningsnorm finns för budgetberäkning för de olika klinikerna**, men stickprovsuppföljning har visat att det finns avvikelser jämfört med norm (*Region Jämtland-Härjedalen*)
- ”Vi har ingen fastställd minimibemanning; **behovet varierar pga komplexitet, vårdtyngd, kompetens och erfarenhet i personalen** och detta förändras under veckan och t o m under dygnet” (*Region Östergötland*)
- ”Arbete gjordes under 2021 där syftet var att säkerställa likvärdiga förutsättningar för likvärdiga vårduppdrag samt att arbeta fram en standardmodell för budgetering av somatisk vårdavdelning. **Man arbetade även fram en standardiserad bemanningskvot utifrån det uppdrag vårdavdelningarna har**, detta för att säkerställa jämlik vård och bibehållen patientsäkerhet (Örebro)
- **Ny roll bemanningskoordinatorer kommer att arbeta med frågan** (Sörmland)
- **Varje enskilt sjukhus arbetar för närvarande med att ta fram bemanningsnycklar**. Dessa avses därefter jämföras och samordnas regionalt. (Stockholm)

Beslut om att öppna/stänga vårdplatser fattas ofta på verksamhetsnivå

19/19

regioner har etablerade beslutsprocesser för att öppna/stänga vårdplatser

En del regioner uppger att det finns lokala riktlinjer för dessa beslutsprocesser på sjukhusen, andra beskriver regiongemensamma riktlinjer

- På kort sikt fattas beslut överlag av verksamhetschef eller avdelningschef, i vissa fall i samråd med sjukhusdirektör
- Vid beslut om att stänga/öppna vårdplatser på längre sikt fattas beslut överlag på förvaltningsledningsnivå. För mindre regioner (t.ex. Västernorrland och Kronoberg) fattas beslut i regionfullmäktige
- Fem regioner uppger att de har miniminivåer eller normer för bemanning som kan stödja beslut om att stänga eller öppna vårdplatser vid behov

- "För de olika klinikerna finns miniminivåer; de avviker jämfört med norm" (Region Jämtland-Härjedalen)
- "Miniminivåer har inte systematiskt genomförts och kartlagts, men är lokalt i olika verksamheter absolut förekommande" (Region Värmland)
- "Det finns indikationsmått inom berörda förvaltningar gällande bemanningsmål och ensambemanning" (Region Uppsala)
- "Det finns fastställd miniminivå men antal vårdplatser behöver även bedömas utifrån vårdtyngd och kompetens hos personalen" (Region Västerbotten)
- "Sedan 2017 beräknas vårdplatsernas bemanning efter avdelningens bemanningsbehov – siffrorna symboliserar enhetens lägsta möjliga bemanning för att drifas" (Region Västmanland)*

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

- Regionerna arbetar överlag inte systematiskt med planering och styrning av vårdplatser centralt
- **Trots arbete för att minska vårdplatsbehovet ser regionerna ett behov av fler vårdplatser på kort sikt**
- De flesta regioner ser risker med de målvärden Socialstyrelsen ska ta fram, men några ser möjligheter

Implikationer för fortsatt arbete

Intervjuade regioner är överens om att de behöver fler disponibla vårdplatser på kort sikt

- Alla intervjuade regioner, och även några av de övriga, betonar att de **arbetar aktivt för att minska behovet av vårdplatser** genom exempelvis utökad vård i hemmet och övergång till dagvård. Detta beskrivs som en **viktig utveckling, inte bara ur ett resursperspektiv utan även ur ett patientperspektiv.**
- Intervjuerna ger dock en bild av att **dagens vårdplatssituation** – i synnerhet sedan pandemin – **är alltför ansträngd för att vänta in resultaten av detta arbete.** Utan undantag beskrivs utmaningarna bero på personalbrist.
- Några av de intervjuade lyfter möjligheten att få till **bättre flöden genom fler vårdplatser**, och därigenom ett mer effektivt nyttjande av personalens tid.
- Några lyfter att det finns åtgärder att vidta för att använda kompetens mer effektivt, exempelvis uppgiftsväxling mellan servicepersonal och sjuksköterskor/undersköterskor. Sådana åtgärder kan **möjliggöra fler disponibla vårdplatser utan motsvarande utökning av antalet sjuksköterskor och undersköterskor.**
- **Ekonomiska aspekter av att öka antalet disponibla vårdplatser lyfts inte som centrala** – några intervjuade tror att ett högre antal disponibla vårdplatser kan minska vissa kostnader och att en utökning därmed inte behöver vara alltför kostsam.

Flera av de regioner som har fastställt antalet vårdplatser ser inte behov av fler än dessa

*"I förvaltningsdialogerna har det i huvudsak uttalats att **antalet fastställda vårdplatser svarar mot det uppskattade behovet. Problemet uppstår när antalet disponibla vårdplatser avviker från de fastställda** och i huvudsak anges brist på personal som orsak."*

- Utdrag ur vårdplatsöversyn Region Skåne, 2022

*"Bedömningen är att **sjukhuset med nuvarande uppdrag inte behöver fler slutenvårdsplatser än det idag fastställda antalet om 520 vårdplatser totalt i Region Västmanland varav 404 fastställda vårdplatser på Västmanlands sjukhus Västerås.**"*

Det med hänsyn taget till att patienter behöver förflyttas från slutenvården till den öppna vården, bl.a. med ökad avancerad hemsjukvård, ökad poliklinisering samt tillgång till lättvårds-/eftervårdsplatser."

- Utdrag ur beslutsunderlag inom ramen för lokalplanering för nytt akutsjukhus Västerås, 2019

"Jag är övertygad om att vi aldrig kommer behöva fler än de fastställda vårdplatser vi har idag"

- VGR i intervju

Region Stockholm prognostiserar ett ökat behov av fastställda vårdplatser inom geriatrik och psykiatri till 2026, men för somatisk specialistsjukvård överstiger de fastställda vårdplatserna (totalt 3 222) prognostiserat behov 2026 (totalt 2 674):

*"För den somatiska specialistsjukvården på akutsjukhusen ses en ökning under perioden [2017-2026] på 28 000 vårdtillfällen vilket skulle motsvara ett behov av ytterligare 293 disponibla vårdplatser. Men **samtidigt har landstinget ett flertal fastställda vårdplatser som inte används fullt ut.** De fastställda vårdplatserna är relativt konstanta per sjukhus och år, medan respektive utnyttjandegrad, de disponibla vårdplatserna, ändras i takt med tillgången på personal samt de förutsättningar i övrigt som finns för att nyttja befintliga lokaler i vårdproduktionen.*

*De fastställda vårdplatserna för somatisk vård på akutsjukhusen var i slutet av förra året [2016] 3 222 vårdplatser medan de disponibla platserna var 2 566, **en skillnad på 656 platser som är stängda och outnyttjade.** Till största delen finns dessa platser på Karolinska Universitetssjukhuset och på Södersjukhuset. **Innan en planering för hur ett ökat behov av somatiska vårdplatser ska hanteras i investeringsbudgeten behöver det klargöras hur och när de outnyttjade platserna kan tas i bruk.***

- Utdrag ur Region Stockholms Budgetunderlag för 2019 samt planering för 2020-2022, samt investeringsplan för vårdens investeringar för 2019-2028

Innehåll

Genomförande av nulägesanalysen

Översikt – vårdplatser i Sverige idag

Regionernas arbetssätt och upplevda behov

- Regionerna arbetar överlag inte systematiskt med planering och styrning av vårdplatser centralt
- Trots arbete för att minska vårdplatsbehovet ser regionerna ett behov av fler vårdplatser på kort sikt
- **De flesta regioner ser risker med de målvärden Socialstyrelsen ska ta fram, men några ser möjligheter**

Implikationer för fortsatt arbete

Regionerna har olika inställning till målvärden från Socialstyrelsen – många ser risker

6/19

regioner är försiktigt positiva till målvärden, men lyfter utmaningar

Möjligheter som lyfts av regioner

- Kan bidra till att skapa samsyn mellan olika nivåer inom regionen
- Kan stödja planeringsarbete genom nationell samsyn kring vissa ingångsvärden
 - Bemanningstal per vårdplats
 - Kapacitetsbehov i krisberedskapssyfte
 - Beläggningsgrad i olika verksamheter
- Kan underlätta jämförelser mellan regioner, vilket kan främja utveckling

Risker som lyfts av regioner

- Målvärden/styrning ger inte stöd i de reella utmaningarna, dvs. kompetensförsörjningen, och riskerar därmed att inte få någon effekt
- Målvärden anpassas inte till enskilda regioners förutsättningar och behov på ett korrekt sätt, och riskerar därmed att skapa oönskade styreffekter
- Målvärden/styrning tar inte hänsyn till pågående regionalt arbete med kapacitetsplanering i slutenvården, och riskerar därmed att bli irrelevant/a för regionerna
- Målvärden/styrning tar inte hänsyn till pågående förändringar och utvecklingsarbeten i regionerna, och riskerar därmed att hämma utvecklingen; exempelvis kan det bli svårt för regioner att fortsätta flytta resurser från slutenvård till primärvård om antal vårdplatser ska öka
- Inkorrekt beräknade målvärden på grund av kvalitetsbegränsningar i befintlig data
 - Riskerar att styra i en icke önskvärd riktning
 - Riskerar att stärka befintlig bild i många verksamheter att PoK som arbetssätt inte bör tillämpas
- Målvärden/styrning utvecklas utan att uppnå samsyn kring hur ingående komponenter ska definieras, vilket riskerar att skapa otydlighet och olika tolkningar i olika delar av vården

Flera regioner föreslår kompletteringar och justeringar av uppdraget

Förslag som lyfts av regioner

- Följ relevanta process- och utfallsmått för att få en bild av kvalitet och grad av samverkan mellan kommun och region. I regionernas förslag kan måtten komplettera eller ersätta målvärden.
Föreslagna mått:
 - Hälsoutfall
 - Tillgänglighet
 - Patientsäkerhetsavvikelser
 - Upplevd arbetsmiljö
 - Överbeläggningar och utlokaliseringar
 - Utskrivningsklara patienter
 - Vård i hemmet
 - Arbete med SIP
 - Återinskrivningar inom 30 dagar
- En region föreslår att med statliga medel stödja aktuella processer för samverkan mellan regioner och kommuner
- En region föreslår att Socialstyrelsen ska ta fram förslag på hur hälso- och sjukvården kan mäta nyttjandegraden av vårdplatser och hur den kan optimeras

