

# På väg mot en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser

Delredovisning av regeringsuppdrag att ta fram  
förslag till en nationell plan för att minska bristen på  
vårdplatser inom hälso- och sjukvården

2023-10-31

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2023-10-8814

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), november 2023

# Förord

Denna rapport utgör en delredovisning av regeringsuppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården (S2023/00679). Rapporten vänder sig till regeringen, regionledningar, hälso- och sjukvårdens professionsföreträdare samt intresserad allmänhet. I rapporten beskrivs arbetet med förslaget till den nationella planen. Det lyfts också fram möjliga insatsområden på statlig, regional och kommunal nivå. En övergripande målsättning med arbetet är att patienter ska ges säker vård av god kvalitet efter behov och att det ska råda balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet, det vill säga mellan vårdplatsbehov och antal disponibla vårdplatser.

Rapporten är framtagen av Avdelningen för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå. Arbetet har letts av enhetschefen Helena von Knorring och utredaren Sofia Norberg har varit projektledare tillsammans med utredaren Caroline Kevin och medicinskt sakkunnig Christian Danielsson.

*Urban Lindberg*  
*Ställföreträdande generaldirektör*

# Sammanfattning

Under våren 2023 lämnade Socialstyrelsen förslag till riktvärden för antal disponibla vårdplatser och beläggningsgrad, riktvärdena visade ett behov av att öka antalet disponibla vårdplatser på sjukhusen idag för att motsvara patienternas behov. Det råder brist på disponibla vårdplatser över i princip hela landet, vilket leder till att vårdavdelningar överbeläggs och att patienter utlokaliseras, eller tvingas vänta länge på akutmottagning och planerade åtgärder. Patientsäkerhetsrisker blir en konsekvens av vårdplatsbristen. På sikt kan förändrade arbetssätt och behandlingsmetoder innebära ett förändrat behov av disponibla vårdplatser vilket beräknade riktvärden på medellång sikt visade.

På uppdrag av regeringen arbetar Socialstyrelsen med att ta fram ett förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården (S2023/00679). Planen ska föreslå insatser på statlig, regional och kommunal nivå. Uppdraget slutredovisas den 31 maj 2024.

En av utgångspunkterna för Socialstyrelsens arbete med den nationella planen är de regionala riktvärdena för antalet disponibla vårdplatser som myndigheten presenterade i maj 2023. Riktvärdena tydliggjorde ett behov av åtgärder för att öka antalet disponibla vårdplatser snarast, och att vårdplatser behöver öka där de gör störst nytta. Den nationella planen kommer att beskriva insatser inom dessa områden.

Att minska bristen på disponibla vårdplatser på Sveriges sjukhus är en utmaning som har varit angelägen i många år. För att lösa utmaningen krävs insatser från aktörer på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Socialstyrelsens arbete med den nationella planen utgår ifrån det utvecklingsarbete som pågår i hälso- och sjukvårdssystemet. Kopplat till planen undersöker Socialstyrelsen vilka insatser som kan vidtas inom ramen för dessa utvecklingsarbeten och som kan bidra till att bristen på vårdplatser minskar och en balans mellan behov av och tillgång till vårdplatser nås över tid.

För den nationella planen arbetar Socialstyrelsen med fem fokusområden:

1. **Etablera systematisk produktions- och kapacitetsstyrning** för en mer behovsbaserad vårdplatsplanering
2. **Säkerställ hållbar kompetensförsörjning** så att flera vårdplatser kan öppnas
3. **Använd kompetensen ändamålsenligt** för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal
4. **Ställ om till en god och nära vård** för att påverka behovet av slutenvård på sjukhus
5. **Agera för säker vård** för att minimera undvikbar slutenvård

I denna delredovisning beskrivs exempel på utvecklingsarbeten som pågår inom planens fem fokusområden. Socialstyrelsen ser en möjlighet till minskad vårdplatsbrist genom att påskynda utveckling i dessa områden och sprida arbetssätt till fler regioner och kommuner. Fortsatt arbete med den nationella planen kommer att fördjupa insikterna kring pågående utvecklingsarbeten, men också undersöka systemövergripande och juridiska frågor kopplade till dessa.

Den nationella planen kommer att lämna förslag på insatser som behöver utföras på regional, kommunal och statlig nivå för att uppnå en utvecklad och förbättrad vårdplatssituation.

I uppdraget ingår att kartlägga behoven, dessa behov är framräknade i Socialstyrelsens arbete med riktvärden för antalet vårdplatser och beläggningsgrad, men behöver uppdateras över tid.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Inledning .....	7
Uppdraget .....	7
Socialstyrelsens arbete med vårdplatser och tillgänglighet .....	7
Syfte med delrapporten .....	7
Genomförande .....	8
Utgångspunkter för den nationella planen .....	9
Det råder vårdplatsbrist i nästan alla regioner.....	9
Det behövs både fler vårdplatser och ett minskat behov av slutenvård .....	10
Socialstyrelsen undersöker insatser i linje med pågående utveckling ...	11
Planen ska föreslå konkreta insatser på regional, kommunal och statlig nivå .....	13
Den nationella planens fokusområden .....	14
<b>Fokusområde 1: Etablera systematisk produktions- och kapacitetsstyrning</b> för en mer behovsbaserad vårdplatsplanering .....	16
<b>Fokusområde 2: Säkerställ hållbar kompetensförsörjning</b> så att fler vårdplatser kan öppnas.....	24
<b>Fokusområde 3: Använd kompetensen ändamålsenligt</b> för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal .....	31
<b>Fokusområde 4: Ställ om till en god och nära vård</b> för att påverka behovet av slutenvård på sjukhus.....	39
<b>Fokusområde 5: Agera för säker vård</b> för att minimera undvikbar slutenvård.....	51
Fortsatt arbete med regeringsuppdraget.....	54
Beskriven inriktning fördjupas och konkretiseras .....	54
Beröringspunkter med pågående arbete inom tillgänglighet och krisberedskap .....	54
Referenser .....	56

# Inledning

## Uppdraget

Socialstyrelsen fick den 21 februari 2023 i uppdrag av regeringen (S2023/00679) att ta fram förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården. Planen ska syfta till att stärka all sjukhusvård och målet är att fler disponibla vårdplatser ska skapas där de gör störst nytta. Uppdraget ska slutredovisas den 31 maj 2024.[1]

Av regeringsbeslutet framgår att planen ska ange en tydlig inriktning för den nationella utvecklingen av antalet disponibla vårdplatser och utgöra ett stöd för ett mer strategiskt och systematiskt arbete i regionerna med syfte att bland annat minska antalet överbeläggningar, utlokaliseringar samt vårdskador. Planen ska föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser på olika ambitionsnivåer, och på såväl statlig som regional- och kommunal nivå. Insatserna ska bidra till att vårdens medarbetare kan ägna mer tid åt patientnära arbete och mindre tid åt administration som inte är värdeskapande.[1]

## Socialstyrelsens arbete med vårdplatser och tillgänglighet

Tillgången till vårdplatser är en central fråga i flera av Socialstyrelsens arbeten, bland annat inom tillgänglighet, produktions- och kapacitetsstyrning, patientsäkerhet och krisberedskap. Myndigheten har ett pågående arbete med nationell datainsamling avseende vårdplatser, samt betalar ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser.[2]

Som en del i Socialstyrelsens regeringsuppdrag om *att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering* publicerade myndigheten i maj 2022 regionala och nationella riktvärden för antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad inom somatisk slutenvård. Riktvärdena togs fram för att kunna utgöra ett stöd i regionernas strategiska vårdplatsplanering, för att skapa en nationell lägesbild av behovet av disponibla vårdplatser. Riktvärdena ökade också möjligheten till jämförelser. Analysen pekade på att det idag behövs cirka 2 300 fler disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård för att möta nuvarande behov. Analysen visade också att det finns potential att på sikt påverka behovet av disponibla vårdplatser på sjukhus, och potentiella möjligheter för flera regioner att på sikt minska behovet genom att utveckla arbetssätten.[3]

## Syfte med delrapporten

Denna rapport utgör delredovisningen av Socialstyrelsens regeringsuppdrag om att ta fram en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Syftet är att beskriva myndighetens inriktning för arbetet med den nationella planen och lyfta fram möjliga fokusområden på regional, kommunal och statlig nivå. Övergripande mål för arbetet är att patienter ska ges säker vård av god kvalitet efter behov och att det ska råda balans mellan

vårdbehov och vårdkapacitet, det vill säga balans mellan vårdplatsbehov och antal disponibla vårdplatser.

Med rapporten vill Socialstyrelsen också visa på det utvecklingsarbete som redan bedrivs på olika nivåer och därigenom bidra till att stimulera erfarenhetsutbyte mellan olika aktörer.

Arbetet med utvecklingen av den nationella planen sker i dialog med berörda aktörer. Socialstyrelsen kommer att använda denna delredovisning som ett underlag för fortsatt gemensamt utvecklingsarbete.

## Genomförande

Socialstyrelsens arbete med att ta fram förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser bygger vidare på det arbete som delredovisats i uppdraget att *stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*. Uppdraget har innefattat framtagande av en kunskapssammanställning utifrån litteratur på området, en internationell utblick, intervjuer och dialogmöten med sakkunniga och berörda aktörer, samt en nulägesanalys avseende vårdplatssituationen i Sverige idag utifrån intervjuer med regionrepresentanter och analys av publika data. Resultaten har presenterats i delredovisningen *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser*.<sup>[3]</sup>

Inom ramen för arbetet med att ta fram förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser har ytterligare analyser genomförts baserat på data från publika källor avseende bland annat sysselsättningsgrad, sjukskrivningar, och sjukhusinläggningar. Vidare har representanter från 26 olika verksamheter i 11 olika regioner intervjuats för att inhämta synpunkter och erfarenheter med specifikt fokus på behov, utmaningar och utvecklingsarbeten kopplat till rådande vårdplatsbrist.

Informations- och dialogmöten har hållits med en referensgrupp med regionrepresentanter, representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket vid Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt sakkunniga inom psykiatrisk vård vid SKR.



# Utgångspunkter för den nationella planen

*Patienter ska ges säker vård av god kvalitet efter behov och det ska råda balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet, balans mellan vårdplatsbehov och antal disponibla vårdplatser*

## Det råder vårdplatsbrist i nästan alla regioner

I uppdraget till Socialstyrelsen betonar regeringen att svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet men samtidigt står inför flera utmaningar. Dessa inkluderar bland annat kompetensförsörjning och bristande tillgänglighet. Regeringen lyfter fram en underdimensionerad primärvård, långa väntetider till vård och behandling, hårt belastade akutmottagningar, överbelagda avdelningar och utlokaliserade patienter med patientsäkerhetsrisker som följd.[1]

I början av 2023 redovisade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) den nationella sjukhustillsynen som myndigheten inledde i januari 2022. I rapporten slog IVO fast att det råder brist på disponibla vårdplatser i somatisk vård på samtliga granskade akutsjukhus utom ett, och att bristen ger upphov till allvarliga patientsäkerhetsrisker.[4]

Inom ramen för regeringsuppdraget *att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser (S2022/01373)*, analyserade Socialstyrelsen det nuvarande behovet av disponibla vårdplatser på regional nivå och tog fram regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser. Myndigheten fann att behovet av vårdplatser överstiger nuvarande kapacitet i alla regioner utom en. Sammantaget pekade Socialstyrelsens analys på att antalet disponibla vårdplatser behöver öka med cirka 2 350 vårdplatser inom somatisk vård idag, varav ca 60 IVA-platser. Regionerna uppskattades behöva öka sitt antal disponibla vårdplatser med mellan 3 och 30 procent (för de 20 regioner som bedömdes ha ett aktuellt behov av fler disponibla vårdplatser).[3]

Analysen utgick ifrån den volym av slutna vård som regionerna producerar idag (enligt Patientregistret). Bedömningen av varje regions nuvarande behov av disponibla vårdplatser motsvarar det antal vårdplatser som skulle behövas för att producera den slutna vård som produceras idag till en önskvärd beläggningsgrad om 85–89 procent<sup>1</sup>. Det framräknade vårdplatsbehovet inkluderade även vårdplatser för att hantera nuvarande köer till planerad vård och minskade väntetider på akutmottagning för patienter som skrivs in i den slutna vården därifrån. För intensivvården räknades behovet upp utifrån förekomsten av överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist, samt återinskrivningar på IVA inom 72 timmar.[3]

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsens riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad över ett år är 85 procent för oplanerad vård och 95 procent för planerad vård. Eftersom många verksamheter har både planerade och oplanerade inflöden beräknades sammanvägda regionala riktvärden för den slutna vården som helhet. Dessa ligger mellan 85 och 89 procent.

Att behovet av vårdplatser är högre än kapaciteten idag beror till stor del på utmaningar med att bemanna sjukhusens vårdplatser. Regionerna beskriver att bristen på vårdpersonal, framför allt sjuksköterskor och erfaren personal i andra yrkeskategorier, gör att många av vårdplatserna hålls stängda. I många fall är regionens egen bedömning av behovet av disponibla vårdplatser i nivå med Socialstyrelsens bedömning, vilket visar sig bland annat i att det antal vårdplatser som en region budgeterar för (antal fastställda vårdplatser) är i samma storleksordning som riktvärdet. Personalbristen gör dock att antalet disponibla vårdplatser inte når upp till det fastställda antalet.[3]

För psykiatrisk heldygnsvård ses en mer varierad behovsbild. Socialstyrelsen har fört dialog med verksamhetsrepresentanter från psykiatrisk vård inom ramen för arbetet med riktvärden och arbetet med den nationella planen för att minska bristen på vårdplatser, och ser en mer varierad behovsbild inom psykiatrisk heldygnsvård än inom somatisk sluten vård. Medan flera regioner och verksamheter rapporterar en relativt låg beläggningsgrad på sina befintliga vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård och inte upplever någon vårdplatsbrist, är läget ett annat i andra verksamheter som betonar att deras vårdplatsantal inte är tillräckligt för att möta nuvarande behov.[5,6]

## Det behövs både fler vårdplatser och ett minskat behov av sluten vård

Ett riktvärde för antalet disponibla vårdplatser kan konkretisera kapacitetsbehovet och tydliggöra en riktning för utvecklingsarbetet mot minskad vårdplatsbrist, vilket är viktigt för att skapa samsyn hos de aktörer som verkar i systemet. Det centrala i att minska bristen på vårdplatser är att säkerställa att antalet vårdplatser möter behovet av vårdplatser. Ovan nämnda analyser visar att det behövs fler disponibla vårdplatser i många regioner och verksamheter. Det innebär till exempel att det är centralt att arbeta med kompetensförsörjningen så att fler vårdplatser kan öppnas. Men det är också viktigt att parallellt arbeta med att effektivisera arbetet med vårdplatser, exempelvis så att utskrivningsklara patienter inte är kvar på sjukhus alternativt vårdas på vårdplatser utanför sjukhus.[3]

Behov som idag möts när en patient läggs in på sjukhus kan i en allt större utsträckning mötas i hemmet eller i större utsträckning förebyggas så att patientens behov av vård minskar. Att minska bristen på vårdplatser på sjukhus kan därför bland annat innefatta att utveckla arbetssätt som innebär att möta patienters behov inom andra delar av hälso- och sjukvården, till exempel inom den regionala primärvården eller den kommunala hälso- och sjukvården. Det kan även innebära att en större del av vårdbehoven tas omhand i specialiserad öppen vård snarare än inneliggande på sjukhus. I arbetet med riktvärden för antalet vårdplatser belyste Socialstyrelsen dessa möjligheter genom att ta fram riktvärden på *medellång* sikt, som beräknar varje regions behov av disponibla vårdplatser om arbetssätten förändras så att behovet av sluten vård per invånare motsvarar vårdplatsbehovet i den region som har lägst behov av sluten vård per invånare, med hänsyn tagen till skillnader i uppdrag och ålderssammansättning i befolkningen. Riktvärdet på medellång sikt visar på en potential att minska behovet av vårdplatser i regionerna, men eftersom en sådan förändring tar tid att uppnå behöver åtgärder för att öka

antalet vårdplatser vidtas på kort sikt för att inte patienter ska påverkas negativt i väntan på att dessa förändringar ger önskad effekt. Antal vårdplatser måste möta behoven.[3]

På *lång sikt* kan vårdbehoven komma att öka till följd av att befolkningen växer och åldras samtidigt som nya behandlingsmetoder utvecklas. Mellan 2013 och 2019 ökade antalet friska levnadsår i Sverige snabbare än medellivslängden, vilket kan tala emot ett ökat vårdbehov. År 2021 hade dock både antalet friska levnadsår och medellivslängd minskat igen jämfört med år 2019, troligen till följd av covid-19-pandemin. [7] Vidare kan nya behandlingsmetoder leda till kortare vårdtider, vilket visats historiskt. Det är också möjligt att nya behandlingsmetoder kan innebära längre vårdtider men för närvarande tyder inte utvecklingen på det. Sammantaget råder en osäkerhet om exakt hur vårdplatsbehoven kan se ut på lång sikt.[3]

## Behov av beräkning av riktvärden på verksamhetsnivå

Även när antalet disponibla vårdplatser möter behovet på aggregerad nivå kan det förekomma vårdplatsbrist om de disponibla vårdplatserna inte är av rätt typ, inte har tillgång rätt kompetens eller rätt utrustning, eller inte är tillgängliga på rätt plats eller i rätt tid. Socialstyrelsens riktvärden för vårdplatser pekar på respektive regions samlade kapacitetsbehov inom somatisk slutenvård, men hur vårdplatserna fördelas mellan verksamheter inom regionen och över året avgör om antalet i praktiken kommer att möta patienternas behov. Därför kan regionerna behöva beräkna riktvärden per vårdområde. Att styra, planera och följa upp hur vårdplatser disponeras i förhållande till patienters behov är en central del i arbetet med att minska vårdplatsbristen.

## Socialstyrelsen undersöker insatser i linje med pågående utveckling

Att minska bristen på vårdplatser är en utmaning som spänner över hela hälso- och sjukvårdssystemet. Regionala, kommunala och statliga aktörer behöver samverka och vidta åtgärder för att utmaningarna ska kunna mötas. Frågan har varit aktuell i många år och det finns inte *en* lösning, utan insatser krävs på många områden parallellt.

Inom hälso- och sjukvårdssystemet bedrivs utvecklingsarbeten som på flera sätt kan bidra till att minska vårdplatsbristen. Socialstyrelsens arbete med den nationella planen för att minska bristen på vårdplatser tar därför avstamp i detta utvecklingsarbete. I denna delrapport belyser Socialstyrelsen de aspekter som är viktiga ur ett kapacitetsperspektiv, med särskilt fokus på vårdplatser på sjukhus.

Arbetet med den nationella planen utgår ifrån fem fokusområden som beskrivs nedan.

**(1) Etablera systematisk produktions- och kapacitetsstyrning** för en mer behovsbaserad vårdplatsplanering

- ◆ En systematisk produktions- och kapacitetsstyrning kan bidra till ett mer ändamålsenligt nyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Befolkningens behov av vård behöver stå i centrum för hur vårdens resurser planeras och processer behöver fungera utan undvikbara ledtider och flaskhalsar. Vårdkedjans olika moment och aktörer behöver samverka så att systemets samlade resurser nyttjas effektivt på ett sätt som skapar så stort värde som möjligt för patienten.
- ▶ Socialstyrelsens arbete med den nationella planen avser att undersöka vilka konkreta insatser som kan genomföras på regional, kommunal och statlig nivå för att uppnå en mer behovsbaserad planering, styrning och användning av sjukhusens vårdplatser. En effektiv vård håller hög kvalitet och följsamhet till aktuella evidensbaserade riktlinjer och vårdprogram.

**(2) Säkerställ hållbar kompetensförsörjning** så att flera vårdplatser kan öppnas

- ◆ Ett av skälen till att det saknas vårdplatser är brister i kompetensförsörjningen. Men antalet disponibla vårdplatser behöver öka på kort sikt. Eftersom kompetensbrist ofta är anledningen till att befintliga vårdplatser hålls stängda, innebär detta att åtgärder behöver vidtas för att säkerställa personalstyrkan i den slutna vården.
- ▶ Socialstyrelsens arbete med den nationella planen avser att undersöka vilka konkreta insatser som kan genomföras på regional, kommunal och statlig nivå för att få fler att arbeta i de delar av den slutna vården där vårdplatsbristen är som störst.

**(3) Använd kompetensen ändamålsenligt** för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal

- ◆ Givet de utmaningar som finns med hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning är det centralt att tillgänglig kompetens används optimalt. Det handlar exempelvis om att minska andelen av den kliniskt verk samma personalens tid som läggs på icke-värdeskapande aktiviteter, så som dubbeldokumentation, samt onödiga undersökningar och behandlingar. Det kan också handla om att införa nya roller, kompetenser och arbetssätt som frigör tid hos den personal som utgör vårdens trängsta resurs, det vill säga vårdpersonal. Även arbetssätt och processer för att nyttja vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov, där möjligt, kan vara ett sätt att nyttja tillgänglig kompetens bättre.
- ▶ Socialstyrelsens arbete med den nationella planen avser att undersöka vilka konkreta insatser som kan genomföras på regional, kommunal och statlig nivå för att införa arbetssätt som möjliggör fler disponibla vårdplatser med tillgänglig personal.

**(4) Ställ om till en god och nära vård** för att påverka behovet av slutenvård på sjukhus

- ◆ En framgångsrik god och nära vård kan påverka behovet av vårdplatser på sjukhus genom att patienter i högre grad vårdas i andra delar av hälso- och sjukvården eller i hemmet, och genom ett stärkt preventivt arbete som reducerar befolkningens vårdbehov.
- ▶ Socialstyrelsens arbete med den nationella planen avser att undersöka vilka konkreta insatser som kan genomföras på regional, kommunal och statlig nivå för att påskynda utvecklingen i mer nära vård.

**(5) Agera för säker vård** för att minimera undvikbar slutenvård

- ◆ Att agera för säker vård är centralt i all hälso- och sjukvård. Dagens vårdplatsbrist ger upphov till patientsäkerhetsrisker som, utöver att vara negativa för patienten, riskerar att medföra ett ökat vård- och vårdplatsbehov.
- ▶ Socialstyrelsens arbete med den nationella planen avser att undersöka vilka konkreta insatser som kan genomföras på regional, kommunal och statlig nivå för att undvika och minimera de patientsäkerhetsrisker som kan förknippas med vårdplatsbrist, så som överbeläggningar, utlokaliseringar, flyttar mellan avdelningar och vårdskador.

## Planen ska föreslå konkreta insatser på regional, kommunal och statlig nivå

I denna delredovisning beskriver Socialstyrelsen utvecklingsarbeten som pågår inom planens fem fokusområden. Myndigheten ser möjligheter i att minska vårdplatsbristen genom att påskynda de utvecklingsarbeten som pågår i verksamheterna för att öka antalet vårdplatser, och sprida lärdomar och erfarenheter kring olika arbetssätt till fler aktörer.

I fortsatt arbete med den nationella planen kommer Socialstyrelsen att fördjupa insikterna kring det utvecklingsarbete som pågår, ha fokus på kommunernas arbete och fördjupa insikterna om det utvecklingsarbete som bedrivs hos kommunerna, samt det statliga perspektivet men också studera och identifiera möjliga initiativ för att hantera systemövergripande och juridiska utmaningar kopplade till utvecklingsarbeten som pågår och samverkan mellan olika aktörer.






Samlat kommer den nationella planen att lämna förslag på insatser som behöver utföras på regional, kommunal och statlig nivå för att uppnå en balanserad vårdplatssituation.

# Den nationella planens fokusområden

De fem föreslagna fokusområdena för den nationella planen beskrivs närmare i detta kapitel. Inom varje fokusområde ges först en kort bakgrundsbeskrivning kring området och därefter ges en beskrivning av pågående arbete inom fokusområdet som kan ha en positiv påverkan på vårdplatsbristen.

I beskrivningen av inriktningen presenteras ett antal exempel från verksamheters pågående utvecklingsarbete. Syftet är att konkretisera några av de utvecklingsarbeten som beskrivs i texten. Exempelen utgör inte en fullständig sammanställning över de initiativ för minskad vårdplatsbrist som genomförs idag. Det finns många exempel från andra verksamheter som genomför insatser och utvecklingsarbeten för att minska vårdplatsbristen. Exempelen är inte alltid direkt överförbara till andra verksamheter, utan avser att bidra med diskussionsunderlag kring möjliga arbetssätt och att främja fortsatt erfarenhetsutbyte mellan olika aktörer.

**Figur 1. Fokusområden och inriktning för insatser i en nationell plan**

Fokusområden	Inriktning för insatser
 <p><b>1. Etablera systematisk produktions- och kapacitetsstyrning</b> för en mer behovsbaserad vårdplatsplanering</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet</li> <li>• Definiera verksamhetsspecifika riktvärden för vårdplatser</li> <li>• Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande</li> <li>• Öka samordning mellan regioner för att bättre matcha kapacitet mot behov</li> <li>• Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden</li> <li>• Planera och följ upp vårdavdelningens processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning</li> </ul>
 <p><b>2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning</b> så att fler vårdplatser kan öppnas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare</li> <li>• Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning</li> <li>• Utforma ersättning och utvecklingsmöjligheter som premierar arbete på oönskade arbetstider</li> <li>• Arbeta strategiskt för att minska beroendet av bemanningsföretag</li> </ul>
 <p><b>3. Använd kompetensen ändamålsenligt</b> för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdtyngd och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt</li> <li>• Sambemanna vårdplatser för ökad flexibilitet och resurseffektivitet</li> <li>• Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration</li> <li>• Uppgiftsväxla mellan vårdens yrkesgrupper</li> </ul>
 <p><b>4. Ställ om till en god och nära vård</b> för att påverka behovet av slutna vård på sjukhus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ställ om till vårdplatser inom primärvård och kommun</li> <li>• Ställ om till vård i hemmet</li> <li>• Ställ om till öppen vård genom poliklinisering</li> <li>• Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter</li> <li>• Utveckla arbetssätt för egenvård och förstärkt stöd efter utskrivning</li> <li>• Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete</li> </ul>
 <p><b>5. Agera för säker vård</b> för att minimera undvikbar slutna vård</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimera vårdtillfällen som förlängs till följd av vårdskador och överflyttningar</li> <li>• Säkerställ patientsäkerhet vid introduktion av nya arbetssätt</li> </ul>

# Fokusområde 1: Etablera systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad vårdplatsplanering



## 1. Etablera systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad vårdplatsplanering

- Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet
- Definiera verksamhetsspecifika riktvärden för vårdplatser
- Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande
- Öka samordning mellan regioner för att bättre matcha kapacitet mot behov
- Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden
- Planera och följ upp vårdavdelningens processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning

## Bakgrund

För att det inte ska råda vårdplatsbrist behöver de disponibla vårdplatserna motsvara behovet av vårdplatser. Att säkerställa detta kräver en god kunskap om vilka behoven är, var de är som störst och i vilken utsträckning de möts genom den kapacitet som finns tillgänglig och vilken kapacitet som behöver skapas för att uppfylla behovet. Även om antalet disponibla vårdplatser totalt sett motsvarar vårdplatsbehovet kan det uppstå situationer då en ledig vårdplats saknas när en patient behöver den. Det kan bero på att behovet varierar och överstiger kapaciteten i perioder. En sådan situation kan också uppstå då det finns lediga vårdplatser på sjukhuset eller i regionen, men inte i den verksamhet som har medicinskt ansvar eller specifik kompetens för att vårda patienten. Att minska vårdplatsbristen handlar således inte bara om att utöka kapaciteten eller minska behovet, utan också om att planera, styra och nyttja vårdplatser på ett sådant sätt att de i så stor utsträckning som möjligt motsvarar patienternas varierande behov.

Ett faktabaserat och systematiskt produktions- och kapacitetsstyrningsarbete är en förutsättning för att resurser ska kunna allokeras på bästa sätt utifrån befolkningens behov av vård. Att på ett systematiskt sätt planera och styra kapaciteten i hälso- och sjukvården kan också bidra till att undvikbara ledtider och flaskhalsar identifieras, samt skapa förutsättningar för bättre samordning mellan en vårdkedjas olika moment och aktörer.

## Inriktning för insatser inom fokusområde 1

En effektiv vård håller hög kvalitet och följsamhet till aktuella evidensbaserade riktlinjer och vårdprogram. Insatser som syftar till att minska vårdplatsbristen genom en systematisk produktions- och kapacitetsstyrning (fokusområde 1) kan samlas inom sex inriktningar:

- Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet
- Definiera verksamhetsspecifika riktvärden för vårdplatser
- Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande
- Öka samordning mellan regioner och mellan regioner och kommuner för att bättre matcha kapacitet mot behov
- Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden



- Planera och följ upp vårdavdelningens processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning

### *Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet*

Regionerna och vårdverksamheterna har kommit olika långt i sitt produktions- och kapacitetsstyrningsarbete. En utmaning som är gemensam för många är att på ett systematiskt sätt säkerställa att befolkningens vårdbehov står i centrum för planeringen hela vägen från den strategiska nivån aggregerade, långsiktiga behovsanalys och budgetering, till den operativa nivån schemaläggning och dagliga styrning. De intervjuer som Socialstyrelsen genomfört med regioner och verksamheter ger en bild av att det region- eller sjukhusövergripande budgetarbetet ofta utgår ifrån tidigare års budget snarare än en aktuell analys av behov och möjligheter att bättre allokera resurser för att matcha behov mot kapacitet på verksamhetsnivå. På liknande sätt beskrivs schemaläggning ofta utgå ifrån tillgänglig personal och deras schemaönskemål snarare än en planering av de vårdaktiviteter som behöver utföras för att möta vårdbehoven. Detta riskerar att leda till att kapacitet och behov inte matchar varandra, vilket inom den slutna vården kan innebära vårdplatsbrist. Det riskerar också att ge en överkapacitet i vissa verksamheter, vilket Socialstyrelsen sett enstaka exempel på under arbetet med såväl riktvärdena som den nationella planen för att minska vårdplatsbristen. Utmaningen för verksamheter som ofta har lediga vårdplatser kan vara att de kontinuerligt behöver vårda patienter som utlokaliseras från andra verksamhetsområden där vårdplatserna inte räcker till, vilket riskerar att påverka arbetsmiljön och patientutfallen negativt. Ett systematiskt produktions- och kapacitetsstyrningsarbete skapar förutsättningar för att på ett bättre sätt löpande identifiera när kapaciteten inte motsvarar behoven och vilka åtgärder som behöver vidtas.

Ytterligare en utmaning som sjukhusen möter är att behovet av vårdplatser varierar över tid. Det varierar över året, veckan och dygnet, samt med förändringar i hur den enskilda kliniken och angränsande verksamheter arbetar. Att undvika vårdplatsbrist under dessa förutsättningar kräver god systematik i planering och uppföljning. Ett sätt att hantera den ojämna belastningen är att ha vårdplatser som kan öppnas vid behov, antingen planerat utifrån väntade öknings av vårdbehov eller med kort varsel vid mer oförutsedda öknings. Det senare arbetssättet är viktigt för att säkerställa beredskap för kris, höjd beredskap och ytterst krig men är nödvändigt även i ett normalläge utifrån de återkommande variationer i patientflöden som alla verksamheter möter. En minskad vårdplatsbrist ger också regioner och vårdgivare bättre förutsättningar för sin krisberedskap.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

I flera regioner pågår ett aktivt utvecklingsarbete för att stärka produktions- och kapacitetsstyrningen i regionens verksamheter. Detta kommer att belysas inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag *att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering*, där myndigheten kommer att utveckla metodstöd och bidra till ökad samordning och lärande mellan regioner.

## **Exempel från utvecklingsarbete: Extra vårdplatser som öppnas tillfälligt och med kort varsel vid behov, Region Gotland**

### **Bakgrund**

Region Gotland har periodvis stora inflöden av turister i förhållande till antalet permanent bosatta och därmed större variationer i vårdbehov än i många andra regioner. Att Visby lasarett är ett relativt litet sjukhus gör verksamheten känsligare för dessa variationer, eftersom varje vårdplats utgör en större andel av det totala antalet. På Visby lasarett har man i ungefär fem år använt snabbt öppningsbara vårdplatser, eller så kallade ”extra vårdplatser”, för att kunna möta de varierande behoven.

### **Genomförande**

Arbetet har utgått från dagliga ställningstaganden om sjukhusets samlade vårdplats-situation. En slutenvårdssamordnare har varje morgon hållit i ett kort, digitalt möte med alla vårdchefer om vårdplatsläget, inklusive planerade in- och utskrivningar, och gjort en bedömning om vårdplatserna kommer att räcka eller inte. Vårdplatskoordinatorer har sedan rapporterat om vårdplatsläget på alla avdelningar två gånger under dagen, varvid samordnaren gjort nya bedömningar om huruvida vårdplatserna kommer att räcka till.

Om lägesbilden vid någon tidpunkt har indikerat att vårdplatserna inte skulle räcka till fattade slutenvårdssamordnaren beslut om att öppna en eller flera av de extra vårdplatserna. En bemanningskoordinator har säkerställt adekvat bemanning innan platserna öppnas, vilket ofta gått att lösa genom att kalla in det sjukhusgemensamma resursteamet med sjuksköterskor och undersköterskor. Platserna bemannas i regel ett dygn i taget.

Initialt belades platserna framför allt med utskrivningsklara eller mindre vård-tunga patienter. Det kom senare ett beslut om att internmedicin skulle använda vårdplatserna till sina patienter, då det huvudsakligen är denna verksamhet på sjukhuset som behöver fler disponibla vårdplatser. Detta har dock inte realiserats, utan patienterna på de extra vårdplatserna har kommit ifrån flera olika specialiteter, som då bibehållit det medicinska ansvaret. Platserna har använts för både akuta och elektiva patienter. De fysiska vårdplatserna har varit placerade på kirurgavdelningen som haft ett överskott på obemannade vårdplatser.

### **Resultat och uppföljning**

Det har inte gjorts några uppföljningar av arbetssättets kostnadseffektivitet. Verksamheten ser dock en tydlig kostnadsbesparing i att endast öppna vårdplatserna vid behov, jämfört med att alltid ha dem öppna. De upplever också att det faktum att vårdplatserna i regel har stängts efter ett eller ett par dygn har bidragit till en effektiv användning av kapaciteten, genom att motverka tendensen att öka antalet inläggningar och vård dygn när kapaciteten ökar.<sup>1</sup> En viktig utmaning har varit att arbetsmiljön för vårdpersonalen som bemannar extraplatserna blivit ansträngd till följd av att flera olika specialiteter använt platserna.

I dagsläget pågår ett arbete med att omfördela vårdplatser på Visby lasarett utifrån en genomlysning av behovet av slutenvård i olika verksamheter, vilken genomförts mot bakgrund av lasarettets utmaningar med många utlokaliserade patienter. Det innebär bland annat att man byter plats på tre slutenvårdsavdelningar och i

samband med det försvinner den lokalmässiga möjligheten att använda extraplats på samma sätt som tidigare. Extraplatserna kommer därmed att avvecklas.

*1 Det finns vetenskapligt stöd för att en ökad kapacitet kan leda till en ökad slutenvårds konsumtion. Detta kallas för Roemers lag (vilket i svensk kontext ofta benämns som Parkinsons lag) och förklaras bland annat av att vårdpersonal blir mer generösa med inskrivningar och ytterligare vårdtid när det finns lediga vårdplatser. [8]*

### *Definiera verksamhetsspecifika riktvärden för vårdplatser*

De riktvärden för beläggningsgrad och antalet disponibla vårdplatser som Socialstyrelsen publicerade i maj 2023 avser regionens samlade vårdplatskapacitet. För att kunna tillämpa riktvärdena på ett ändamålsenligt sätt behöver regionerna fördela dem över verksamheter och över året. Vårdbehoven och de enskilda verksamheternas förutsättningar, och hur dessa varierar över tid, är centrala utgångspunkter för detta. Planeringen behöver utgå ifrån att överbeläggningar, utlokaliseringar, väntetider på akutmottagning från inskrivningsbeslut och väntetider till planerad vård ska minimeras. 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.

Som tidigare nämnts finns det inte ett specifikt vårdplatsantal som i sig avhjälper vårdplatsbristen, utan det centrala är att antalet disponibla vårdplatser i verksamheterna motsvarar behovet. Att definiera verksamhetsspecifika riktvärden genom en analys av behov och förutsättningar kan bidra till att uppnå en systematik i vårdplatsplaneringen och -styrningen, för att tydliggöra vilka behov som finns och var eventuella gap ses. Riktvärden fyller också en funktion i att tydliggöra regionens inriktning och prioriteringar när det gäller arbetet med att minska vårdplatsbristen. Idag fokuserar mycket av det pågående utvecklingsarbetet på att minska behovet av slutenvård, vilket tar tid, medan arbetsmiljö- och patientsäkerhetsriskerna till följd av vårdplatsbristen är omedelbara. Regionerna bör styra mot både långsiktigt hållbara insatser, i mer nära vård, och omedelbara insatser som ökar kapaciteten och minskar de patientsäkerhetsrisker som är förknippade med dagens vårdplatsbrist. Att tydligt definiera egna riktvärden för vilket vårdplatskapacitet regionen avser att uppnå i närtid och på längre sikt är ett sätt att skapa samsyn i regionens verksamheter och en tydlig inriktning för utvecklingsarbetet framåt.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Socialstyrelsens regionala riktvärden för beläggningsgrad och antal disponibla vårdplatser kan utgöra ett stöd i regionernas arbete för att definiera riktvärden i syfte att planera och styra vårdplatskapaciteten på verksamhetsnivå. Eftersom de är framtagna med en gemensam metod kan de utgöra ett stöd för regiongemensamt erfarenhetsutbyte och metodutveckling. Socialstyrelsen har varit i kontakt med några regioner som påbörjat tillämpningen av riktvärdena och myndigheten avser att fortsätta stödja regionerna i detta arbete, dels genom uppdaterade riktvärden, dels genom fortsatta dialoger i frågor som rör produktions- och kapacitetsstyrning.

Vidare finns flera exempel på regionala analyser av det samlade vårdplatsbehovet över tid. Dessa har i de flesta fall utvecklats som en del av ett arbete med långsiktig investeringsplanering snarare än för att definiera specifika målsättningar.

Under arbetet med regionala riktvärden för antalet vårdplatser delgav tio regioner Socialstyrelsen antalet fastställda vårdplatser, vilket i flera fall fanns tillgängligt på verksamhetsnivå. Dessa kan fungera som riktvärden om de grundar sig i en systematisk behovsanalys och motsvarar regionledningens tydliga ambition för verksamhetens vårdplatskapacitet.

### *Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande*

Som Socialstyrelsen lyfte fram i delrapporten om regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad finns ett behov av att stärka uppföljning och tillgängliga data kring vårdplatser. Inom vårdverksamheterna saknas ofta lättillgängliga data över vårdplatssituationen i realtid. På övergripande nivå finns i flera regioner behov av mer systematisk uppföljning kring parametrar som vårdtider, in- och utskrivningsprocesser, vårdplatsnyttjande, flyttar mellan enheter på grund av resursbrist, vårdtyngd/vårdintensitet och bemanning per vårdplats, som tillsammans beskriver hur sjukhusens vårdplatser används över tid. Denna typ av uppföljning är central för att kunna inrikta och påskynda ett utvecklingsarbete för minskad vårdplatsbrist på bästa möjliga sätt.

Även i de utvecklingsarbeten som sker i regionernas verksamheter idag för att öka lärandet och utveckla nya arbetssätt saknas i många fall systematisk uppföljning eller utvärdering. En ökad grad av systematik i förbättringsarbete är en viktig förutsättning för att regioner ska kunna vidareutveckla och/eller införa nya arbetssätt i ordinarie verksamhet, samt för att kunna följa upp om förändringen uppnår uppsatta mål, önskar resultat som i det här fallet gäller ökat antal vårdplatser, och kan spridas som exempel till andra regioner, kommuner och primärvård.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

I en del regioner görs analyser av vilka patientgrupper som påverkas mest av vårdplatsbristen i syfte att kunna rikta insatser för minskad vårdplatsbrist till rätt patientgrupper och verksamheter. I intervjuer lyfts internmedicin och kirurgi fram som verksamhetsområden vars disponibla vårdplatser ofta inte räcker till. Behoven varierar dock mellan sjukhus och regioner beroende på exempelvis vårdens organisering, arbetssätt och personalsituation. Patienter med kroniska sjukdomar och multisjuka äldre står för en stor del av den slutna vården idag och beskrivs som den patientgrupp som drabbas i störst utsträckning av vårdplatsbristen. Det kan därför ofta vara motiverat att rikta in insatser utifrån denna patientgrupps behov.

Utöver det arbete som sker ute i regionerna pågår ett arbete hos Socialstyrelsen för att stärka den nationella uppföljningen av vårdplatssituationen. Detta innefattar att förtydliga gemensamma definitioner och samla in data från regionerna för såväl uppföljning och stöd, som för fördelning av statsbidrag. Gemensamma definitioner underlättar också jämförelser inom och mellan vårdområden, samt mellan regioner.

## *Öka samordning mellan regioner för att bättre matcha kapacitet mot behov*

Att etablera en mer strategisk, gemensam styrning av kapacitet och patientflöden inom och mellan regioner kan vara ett sätt att verka för att vårdens samlade resurser prioriteras utifrån invånares behov.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Socialstyrelsen har i dagsläget två pågående regeringsuppdrag tillsammans med E-hälsomyndigheten av relevans för detta område, dels att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (S2023/02119(delvis)) dels att ta fram en nationell plan för en nationell vårdförmedling (S2023/02117(delvis)). Den nationella planen ska innehålla förslag på hur insatser på nationell nivå kan bidra till att stödja, effektivisera och förenkla regionernas och vårdgivarnas processer och arbetssätt för att erbjuda patienter vård hos annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider.[2,9]

Flera regioner har vårdlotsar för att informera och hänvisa patienten till en vårdgivare med tillgänglig kapacitet. I vilken grad möjligheten nyttjas varierar och kan begränsas av patienters preferenser och kännedom om rättigheter inom vårdgarantin.[10]

När det gäller att flytta personal för att möta patienters behov utanför den ordinarie arbetsplatsen gjordes detta i viss utsträckning i regioner under den akuta situationen som uppstod under covid-19-pandemin. Sjukvårdens pressade situation innebar att flyttarna skedde snabbt och att personalen inte fick förutsättningar att förbereda sig, och flyttarna upplevdes därmed ofta som negativa för arbetsmiljön. Insatser som innefattar att flytta personal kräver strukturer och processer som gör att personalen är trygg med arbetssätten.

En annan del i att tydligare koppla produktions- och kapacitetsstyrningen till patienters och invånares behov är att stärka samverkan mellan verksamheter inom sjukvården och mellan regioner och kommuner. Arbetet behöver främja en utveckling där regioners och kommuners gemensamma resurser samplaneras utifrån befolkningens vårdbehov, individens behov och utifrån vårdkedjor.

## *Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden*

I dagsläget beskriver många verksamheter att koordineringen av vårdplatser, samt in- och utskrivningar, tar mycket tid i anspråk eftersom de disponibla vårdplatserna är en trång resurs. Många sjukhus har vårdplatskoordinatorer som bistår, men även ansvarig klinisk personal ägnar mycket tid åt att bedöma möjligheter att skriva ut patienter tidigare än planerat eller flytta patienter mellan avdelningar och sjukhus för att tillgängliggöra platser. På en del sjukhus används IT-stöd för att underlätta koordineringen, men många saknar tillgång till realtidsdata över var det finns tillgängliga disponibla vårdplatser.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

På kort sikt kan insatser på det här området handla om att implementera verktyg för att på ett mindre tidskrävande sätt kunna styra det dagliga patientflödet till avdelningar där det finns ledig, ändamålsenlig kapacitet. Detta görs

redan på en del sjukhus idag, genom IT-stöd som ger realtidsinformation om vårdplatsituationen på sjukhusens vårdavdelningar.

Att optimera flöden bör även innefatta att utveckla metoder och processer för att löpande mäta och följa vårdtyngd/vårdintensitet på avdelningar och belastning på akutmottagningarna. Som beskrivet i tidigare avsnitt pågår utvecklingsarbete för att uppnå detta på vissa sjukhus. Det finns dock fortsatt ett behov av att utveckla verktyg och arbetssätt för att kunna använda denna typ av mätningar som underlag för att styra patientflöden utifrån tillgänglig kapacitet och kompetens. Detta kräver sannolikt stärkt tillgång till data och ändamålsenliga IT-system.

### *Planera och följ upp vårdavdelningens processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning*

I intervjuer lyfter flera professions- och verksamhetsföreträdare fram ett behov av att bättre samordna och planera olika insatser och resurser i vårdkedjan för att minimera tidsåtgång för vissa moment, samt ledtider då patienten är ineliggande i väntan på åtgärd. Detta beskrivs vara en särskilt viktig utmaning när det gäller kompetens och andra resurser som bara finns tillgängliga på vardagar.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Socialstyrelsen har under intervjuer fått information från flera verksamheter om hur de arbetar aktivt med att kartlägga sina processer inom både slutenvård och mottagningsverksamhet för att uppnå en mer strategisk planering av arbetsmoment på avdelningen. Det kan exempelvis handla om att tidigare lägga ronder för att möjliggöra utskrivning tidigare på dygnet, och därigenom inskrivning av en ny patient samma dag.

I vissa regioner görs löpande uppföljning av tiden från inskrivningsbeslut på akutmottagningen till inskrivning på vårdavdelning, i syfte att verka för en utveckling mot mer effektiva processer och en bättre matchning av kapacitet mot behov. Denna typ av uppföljning kan uppmuntra till att in- och utskrivningsprocesser kartläggs och utvecklas och att flaskhalsar identifieras och åtgärdas.

Socialstyrelsen har även intervjuat verksamheter som beskriver att de har ett strategiskt arbete med att planera och följa upp processer i syfte att korta vårdtider. Eftersom vårdtider varierar mellan regioner, även för jämförbara patientgrupper och åtgärder, finns troligen ett behov av att i större utsträckning skapa förutsättningar för lärande mellan regioner kring denna typ av utvecklingsarbete.

## **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Minskad vårdtid som resultat av verksamhetsutvecklingsarbete inom ortopedi, Västra Götalandsregionen**

### **Bakgrund**

På Alingsås lasarett, som är en del av Sjukhusen i väster, påbörjades år 2016 ett arbete för att förkorta vårdtiden med bibehållen kvalitet för protespatienter inom ortopedi.

### **Genomförande**

Arbetet bedrivs i en tvärprofessionell arbetsgrupp som inkluderar de yrkeskategorier som patienten träffar från inskrivning till uppföljning; mottagnings-sjuksköterska, ortoped, inskrivningssjuksköterska, anestesisyksköterska, anestesiläkare, operationssjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, samt undersköterska och sjuksköterska från uppvak och vårdavdelning. Även patienter och andra verksamhetsrepresentanter bjuds in tillfälligt till gruppen utifrån behov av fler perspektiv. Gruppen kartlägger processer, identifierar förbättringsmöjligheter och planerar åtgärder som följs upp gemensamt.

Sedan start har ett femtiotal förändringar genomförts, varav de mest omfattande utfördes 2016–2017. Exempel på förändringar och utvecklade arbets-sätt är ökad patientdelaktighet där patienten inför förstabesöket får detaljerad kunskap om vårdförlopp och förväntningar via informationsfilm, att smärt-lindringen efter ingreppet bättre anpassas för att främja mobilisering men samtidigt förhindra trötthet och illamående, att urinvägskateter undviks för att bidra till tidig mobilisering samt att förberedande serviceinsatser görs i kommunen före operation för att möjliggöra tidig hemgång. Överenskommelser och rutiner har upprättats mellan verksamheter för att säkerställa att rätt resurser, exempelvis fysioterapi och röntgen, finns tillgängliga när patienten behöver dem så att ledtider minimeras. Sedan 2017 har gruppen fortsatt med uppföljning och justeringar i arbetssätt i syfte att ytterligare förbättra flödeseffektiviteten för protespatienterna.

### **Resultat och uppföljning**

Det huvudsakliga måtetalet som följts upp är vårdtid. Protespatienternas genomsnittliga vårdtid har förkortats från 4,11 dygn år 2015 till 1,68 dygn år 2022 som en följd av utvecklingsarbetet. Som lägst var vårdtiden nere på 1,54 dygn år 2019.<sup>1</sup>

Verksamhetens uppföljning visar att förändringarna genomförts med hög patientnöjdhet. I samband med att de största förändringarna i arbetssätt implementerades, genomfördes en patientundersökning som visade att 52 av de 55 patienter (95 procent) som besvarade enkäten hade ett bra eller fantastiskt intryck av vårdtiden. Resterande 3 patienter (5 procent) svarade att deras intryck var både bra och dåligt.

Utvecklingsarbetet har breddats till flera patientgrupper. En av flera förändringar kopplat till effektivare patientflöden är att fler galloperationer genomförs per dag, samt att dessa numera utförs polikliniskt.

*1 Under pandemin (2020–2021) påverkades vårdtiderna av att färre patienter opererades samt att de patienter som opererades i början av pandemin i genomsnitt var friskare än de som opererades mot slutet av/ efter pandemin. Effekten av detta tros så småningom ha lagt sig.*

## Fokusområde 2: Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas



### 2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas

- Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare
- Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning
- Utforma ersättning och utvecklingsmöjligheter som premierar arbete på obekvämt arbetstid
- Arbeta strategiskt för att minska beroendet av bemanningsföretag

### Bakgrund

Att säkerställa en effektiv och hållbar kompetensförsörjning är en central fråga för alla aktörer inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Idag råder det brist på personal inom flera yrkeskategorier och utmaningar med att rekrytera och behålla personal ses hos såväl regionala och kommunala som privata vårdgivare. Socialstyrelsen har flera uppdrag och pågående arbeten som berör kompetensförsörjning på olika sätt. Inom ramen för det nationella planeringsstödet arbetar Socialstyrelsen fortlöpande med att sammanställa och analysera tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal och publicerar årligen rapporten *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet*. I 2023 års rapport framgår att samtliga regioner rapporterar brist på grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och barnmorskor. Vad gäller specialistinriktningar för specialistsjuksköterskor rapporterar flest regioner brist inom anestesijukvård/intensivvård, distriktssköterska, operationssjukvård och psykiatrisk vård. Tio av regionerna rapporterar brist på specialistsjuksköterskor inom alla specialiteter.[11]

Socialstyrelsen tog år 2019 fram *framtidsscenarier för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården* som visar på konsekvenser för kompetensförsörjningen baserat på scenarier för hur hälso- och sjukvården kan komma att utvecklas till år 2040. I dessa underlag beskrivs bland annat trender, både säkra, såsom demografisk och teknisk utveckling och mer osäkra, i form av exempelvis vårdens arbetsmiljö och samarbeten med andra aktörer. Underlagen beskriver även konsekvenser av dessa trender i olika scenarier.[12]

I januari 2020 inrättade regeringen *Nationella vårdkompetensrådet* vid Socialstyrelsen med uppdraget att göra bedömningar av kompetensbehoven och stöda och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå. Socialstyrelsen och rådet fick i januari 2023 uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).[13] Inom ramen för arbetet med en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser undersöker Socialstyrelsen insatser för en hållbar kompetensförsörjning till den slutna vården för att möjliggöra en ökning av antalet disponibla vårdplatser.

Vårdplatsbristen som Socialstyrelsen pekat på motsvarar cirka 2 300 vårdplatser nationellt inom den somatiska slutna vården. Den främsta anledningen till att sjukhusen inte kan möta vårdplatsbehovet beskrivs vara bristen



på sjuksköterskor. Kompetens och erfarenhet hos sjuksköterskorna är också viktigt att beakta, eftersom detta påverkar hur många patienter en sjuksköterska på ett patientsäkert och arbetsmiljömässigt hållbart sätt kan hantera åt gången. År 2020 var närmare 60 000 sjuksköterskor sysselsatta inom den slutna vården.[14] Det är svårt att uppskatta hur många ytterligare tjänster som skulle behövas för att möta nuvarande behov av disponibla vårdplatser eftersom bemanningen per vårdplats varierar mellan olika regioner, verksamheter, veckodagar och tid på dygnet. En grov uppskattning som utgår ifrån ett genomsnitt av regionernas uppgifter om bemanning per vårdplats indikerar att det skulle behövas ytterligare 1 600 – 2 100 sjukskötersketjänster (antaget en genomsnittlig bemanning över dygnet på 6-8 vårdplatser per sjuksköterska) och 1 800 – 3 100 underskötersketjänster (antaget en genomsnittlig bemanning över dygnet på 4-7 vårdplatser per undersköterska) för att bemanna de ytterligare vårdplatser som krävs för att möta det nuvarande vårdplatsbehovet.<sup>1</sup>

## Inriktning för insatser inom fokusområde 2

Insatser som syftar till att säkra en hållbar kompetensförsörjning inom den slutna vården så att fler vårdplatser kan öppnas kan samlas inom fyra inriktningar:

- Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare
- Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning
- Utforma ersättning och utvecklingsmöjligheter som premierar arbete på obekvämt arbetstid
- Arbeta strategiskt för att minska beroendet av bemanningsföretag

### *Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare*

I Socialstyrelsens dialoger har det påtalats att vårdplatsbristen är en bidragande orsak till att arbetsmiljön inom den slutna vården blivit alltmer utmanande med effekter så som ökad arbetsbelastning. En otillräcklig arbetsmiljö kan bidra till ökad sjukfrånvaro och personalomsättning, vilket i sin tur bidrar till att ytterligare öka på vårdplatsbristen. Att stärka arbetsmiljön lyfts fram som avgörande för att möjliggöra att rekrytera och behålla personal, av såväl professionsförbund som vårdgivare.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Verksamheter arbetar i olika grad proaktivt med frisknärvaro respektive sjukfrånvaro och vidtar åtgärder på organisations-, arbetsplats- och individnivå. Att förebygga sjukfrånvaro på individnivå kan handla om att tidigt fånga upp riskfaktorer, som exempelvis ökad korttidsfrånvaro eller tidigare sjukskrivningar, för att kunna erbjuda hälsofrämjande stöd till medarbetare med hög risk för sjukfrånvaro.

Därutöver lyfter flera av de slutenvårdsverksamheter som Socialstyrelsen intervjuat fram att de arbetar med arbetsmiljöförbättringar, eftersom många medarbetare upplever stress och hög arbetsbelastning. En del beskriver åtgärder för att säkerställa att arbetsbelastningen inte blir för hög, bland annat

---

<sup>1</sup>Beräkningar utgår ifrån att en heltidstjänst motsvarar 34 timmar per vecka och antaganden om antal vårdplatser per sjuksköterska/undersköterska baseras på uppgifter från tre svenska regioner.

genom att begränsa antalet patienter per medarbetare. Andra lägger fokus på att utveckla sina ledarskapsmodeller, där bland annat närvarande ledarskap har lyfts som ett exempel. Att arbeta med stärkt teamarbete samt tydliga uppdragsbeskrivningar och produktionsmål är ytterligare exempel på insatser som verksamheter lyfter fram som viktiga för att stärka arbetsmiljön.

En välfungerande produktions- och kapacitetsstyrning kan också bidra till en stärkt arbetsmiljö, bland annat genom att förtydliga mål och förväntningar på medarbetare samt skapa ökad förutsägbarhet kring behovet av övertidsarbete och extrapass.

Socialstyrelsen bedömer att det finns utrymme för verksamheter att lära av andras positiva resultat när det gäller att förbättra arbetsmiljön. Det är dock viktigt att notera att de verksamheter som Socialstyrelsen intervjuat och som upplevt förbättringar i sin arbetsmiljö trots detta beskriver kvarstående utmaningar i att rekrytera sjuksköterskor.

#### **Räkneexempel: Åtgärder för minskad sjukfrånvaro och personalomsättning kan bidra till minskad personalbrist**

År 2022 var sjukfrånvaron bland svenska regionanställda 7,2 procent.[15] Om det var möjligt att minska sjukfrånvaron från 7,2 till 6,2 procent bland världens medarbetare skulle detta innebära uppskattningsvis 700 ytterligare sjukskötersketjänster, och över 700 underskötersketjänster.

Även personalomsättning har lyfts som ett problem, inte bara mellan verksamheter men också att utbildad sjukvårdspersonal lämnar hälso- och sjukvårdssektorn. Årligen lämnar ungefär 8 procent av sjuksköterskorna under 60 år hälso- och sjukvården.[16] Om detta minskade till 7 procent skulle det motsvara nästan 400 heltidstjänster som stannade kvar inom sektorn.

Att rekrytera 10 procent av de sjuksköterskor som idag arbetar inom andra sektorer till den slutna vården skulle innebära 730 fler sjukskötersketjänster att bemanna vårdplatser med.[14]

*Not: Analysen om hur många tjänster minskad sjukfrånvaro besparar baseras på sjukfrånvaro- och bemanningsdata från en stor region. Beräkningen är gjord utifrån regionens andel av rikets totala antal sjuksköterskor respektive undersköterskor. Sjukfrånvaron för hälso- och sjukvårdens medarbetare antas vara på samma nivå som genomsnittet för regionanställda. Statistik för genomsnittlig sysselsättningsgrad och personalomsättning har hämtats från SKR:s verktyg Personalen i välfärden. Statistiken gäller all regional vård och antal tjänster beräknas genom att ta antalet månadsavlönade sjuksköterskor gånger den genomsnittliga sysselsättningsgraden. Statistik för legitimerade sjuksköterskor som är sysselsatta i hälso- och sjukvården respektive andra sektorer har hämtats från Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.*

## **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Nytt rondsysteem, Mora lasarett**

### **Bakgrund**

Under år 2022 utvecklades nya arbetssätt på medicinkliniken med målet att stärka teamarbetet på kliniken och därigenom förbättra arbetsmiljö, effektivitet och vårdkvalitet. Bakgrunden var en hög personalomsättning bland klinikens sjuksköterskor. Samtliga personalkategorier involverades i att ta fram nya arbetssätt, och en överläkare gick med sjuksköterskorna under några dagars pass för att fördjupa förståelsen för sjuksköterskornas arbetsituation. De nya arbetssätten introducerades i slutet av år 2022.

### **Genomförande**

Arbetet utgår från tydliga hålltider och rondtavlor som visualiserar patienternas vårdbehov, insatser och övervakning. Det dagliga arbetet inleds vid tavlorna där läkare på morgonen får en bild av nuläget och eventuella akuta frågor. Patienter är indelade i en prioriteringsordning där ”röda” patienter är högprioriterade för läkarbedömning, ”gula” har pågående behandling och en plan för vården, samt ”gröna” som bedöms vara färdigbehandlade och inväntar kommunala insatser eller boende. Efter eventuella akuta frågor rondas de röda patienterna fysiskt, i mån av tid även övriga patienter, innan vårdteamet (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och vid behov även samordnare, paramedicinska medarbetare och sekreterare) samlas klockan 9.30 vid respektive rondtavla för genomgång av arbetet som behöver utföras kring respektive patient. En riskbedömning av eventuella vårdskador görs också, såväl som eventuella justeringar i patienters prioritet. Efter detta rondas övriga patienter och avdelningsarbetet utförs. Klockan 15.30 samlas vårdteamet återigen vid rondtavlan genomgång av eventuella frågor inför natten.

### **Resultat och uppföljning**

Medarbetarnas upplevelse av de nya arbetssätten har följts upp genom enkäter avseende arbetsmiljö, dagligt arbete, effektivitet, patientsäkerhet, teamarbete och nytta. För samtliga parametrar upplever en majoritet att nuvarande arbetssätt är bättre eller mycket bättre än det tidigare. Framför allt upplever medarbetarna att teamarbetet har förändrats positivt (83 procent svarar bättre/mycket bättre), liksom effektiviteten (80 procent). Genom enkäterna samlas även förbättringsförslag in och justeringar i arbetssätten görs kontinuerligt baserat på medarbetarnas förslag.

## *Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning*

Många verksamheter beskriver att utmaningarna att rekrytera och behålla personal är särskilt stora i den slutna vården på grund av obekväma arbetstider på kvällar, nätter och helger. Professionsförbunden betonar också att arbetsbelastningen ofta är högre under obekväma arbetstider då bemanningen är lägre, och att detta ytterligare bidrar till att det är mindre attraktivt att arbeta i den slutna vården.

Vidare arbetar många sjuksköterskor och undersköterskor idag deltid. Att minska omfattningen av deltidarbete skulle tillgängliggöra fler sjuksköterskor och undersköterskor, vilket bland annat lyfts fram av professionsförbund. Samtidigt ser flera intervjuade verksamhetsrepresentanter att ökad möjlighet till deltidarbete skulle kunna göra yrket mer attraktivt.

#### **Räkneexempel: Åtgärder för ökad sysselsättningsgrad**

År 2022 arbetade sjuksköterskor i regional hälso- och sjukvård i genomsnitt 92 procent av en heltidstjänst.[16] Att öka den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland sjuksköterskor som arbetar i den slutna vården till 93 procent skulle motsvara uppskattningsvis 670 extra heltidstjänster i den slutna vården.

*Not: Statistik för genomsnittlig sysselsättningsgrad har hämtats från SKR:s statistik i verktyget Personalen i välfärden och gäller all regional vård. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden antas här vara densamma i den slutna vården som i all regional vård.*

#### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

I vissa verksamheter erbjuds idag anställningsavtal som enbart innefattar dagarbete för att underlätta rekrytering. Medan detta ses som en framgångsfaktor i vissa verksamheter, medför det att färre medarbetare finns att tillgå på pass under obekvämt arbetstid och därmed schemaläggs på fler pass under kvällar, nätter och helger.

Andra verksamheter arbetar för att skapa mer enhetliga arbetsvillkor som innebär att samtliga tjänster inkluderar tjänstgöring på slutenvårdsavdelning och under obekvämt arbetstid. Detta medför att dessa pass sprids ut på fler medarbetare. Medan det på kort sikt riskerar att göra anställningarna mindre attraktiva, kan det vara ett sätt att på längre sikt förbättra anställningsvillkoren i den slutna vården. Konsekvenserna av att anställningarna blir mindre attraktiva är större om anställningsvillkoren skiljer sig mycket åt mellan arbetsgivare.

Ytterligare en åtgärd som lyfts fram i intervjuer med verksamhetsföreträdare är att inkludera regelbunden klinisk tjänstgöring i avtalen för administrativ personal med klinisk kompetens. Det primära syftet med detta är att skapa förutsättningar för att kunna schemalägga dessa medarbetare i vården under perioder av ökat behov eller minskad kapacitet.

#### *Utforma ersättning och utvecklingsmöjligheter som premierar arbete på obekvämt arbetstid*

Att höja löner är inte tillräckligt för att behålla och rekrytera personal inom den slutna vården, men de flesta intervjuade verksamheter är överens om att lönen är en bidragande faktor till att många sjuksköterskor väljer att lämna regional anställning och istället väljer att arbeta inom kommun, bemanningsföretag eller andra sektorer, för att höja sin lön. Även möjligheter till kompetensutveckling, verksamhetsutveckling, tid för forskning och löneutveckling påverkar rekryteringsmöjligheter och personalomsättning.

#### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

I flertalet regioner finns en så kallad kompetensstege eller motsvarande för sjuksköterskor, som visualiserar utvecklingsmöjligheter och ansvarsområden

inom yrket över tid. Kopplingen till lön är dock inte alltid tydlig och detta lyfts som ett möjligt utvecklingsområde för att göra anställning i den slutna vården mer attraktivt.

Arbetstidsförkortning erbjuds i vissa regioner i syfte att göra det mer attraktivt att arbeta obekväm arbetstid. Likaså används olika former av bonusar och extraersättningar för att bidra till rekrytering av nya medarbetare och/eller för att motivera till att ta pass på obekväm arbetstid och med kort varsel. Intervjuade verksamheters upplevelse är generellt att dessa haft begränsad effekt och att mer långsiktiga och konsekventa höjningar av ersättningsnivåer skulle ha större betydelse, och att dessa är särskilt angelägna för arbete under obekväm arbetstid.

### **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Kompetensstege, Region Stockholm**

#### **Bakgrund**

År 2017 påbörjades implementering av Regions Stockholms första kompetensstege. Idag finns 17 kompetensstegar för olika yrkesgrupper med klinisk tjänstgöring.

Kompetensstegarna syftar till att bidra till att attrahera och behålla medarbetare genom att skapa tydliga karriärvägar och förutsättningar för kompetensutveckling. Kompetensutvecklingen ska utgå från verksamhetens och patienternas behov samt integrera vårdutveckling och forskning i det kliniska arbetet.

Region Stockholms andra modell för stöd för kompetensplanering kallas KOLL och har ett IT-stöd kopplat till sig och syftar till att säkerställa att det i verksamheten finns den kompetens som behövs utifrån verksamhetens mål och uppdrag. I modellen byggs roller utifrån verksamhetens specifika uppdrag och rollernas reella kompetenser har koppling till kärnkompetenser i kompetensstegen.

Tillsammans ligger kompetensstegarna och KOLL till grund för rekrytering, utbildning och coachande samtal i verksamheterna i syfte att säkerställa att kompetensbehoven täcks och att medarbetarna upplever möjlighet till utveckling inom sin roll.

#### **Genomförande**

Region Stockholms kompetensstege för sjuksköterskor består av sju steg som beskriver möjlig utveckling från ny sjuksköterska till klinisk specialisttjänst. Regionen har också en kompetensstege för specialistsjuksköterskor som även den består av sju steg. I båda stegarna är steg fem till sju inrättade tjänster. Kompetensstegen för undersköterskor består av fem steg där steg fem är en inrättad tjänst.

Verksamheterna utgår ifrån de av regionen beslutade stegen med möjlighet att förtydliga beskrivningar utifrån sin specifika verksamhet. Respektive verksamhet bedömer behovet av antal sjuksköterskor på de olika stegen utifrån uppdrag och kompetenskrav.

Kompetensstegens olika steg beskriver både formell och reell kompetens som krävs för det specifika steget. Reella kompetenser är beskrivna utifrån sex kärnkompetenser: Evidensbaserad vård, Personcentrerad vård,

Samverkan i team, förbättringskunskap i kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik. Medarbetarens chef bedömer placering i kompetensstegen utifrån kompetens.

### **Resultat och uppföljning**

Region Stockholm följer varje tertiäl upp antalet stegplacerade personer inom samtliga verksamheter samt fördelningen mellan de olika stegen. Varje enskild verksamheten kan också följa upp kompetensstegen utifrån sina förutsättningar och önskemål.

Kompetensstegen är inte i sig en lönetrappa men kan utgöra ett stöd i bedömningen av de huvudsakliga faktorerna som ligger till grund för lönen; arbetskrav, individuell kompetens samt arbetsresultat för individ respektive verksamhet.

Ett av kompetensstegenas syfte är att bibehålla medarbetarna och när stegen är fullt ut implementerade inom regionen kan uppföljningen av kvarstannandegraden påbörjas på regionövergripande nivå. Tills dess kan varje enskild verksamhet följa kvarstannandegraden inom de yrkesgrupper där man implementerat kompetensstege.

### *Arbeta strategiskt för att minska beroendet av bemanningsföretag*

Regionernas samlade kostnader för bemanningspersonal har ökat de senaste åren. Första halvåret 2022 ökade kostnaderna med 26 procent jämfört med samma period föregående år, medan personalkostnaderna i egen regi istället minskade med 0,2 procent.[17]

Intervjuade region- och verksamhetsrepresentanter lyfter ett minskat beroende av hyrpersonal som en avgörande fråga för att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning i sektorn. Verksamheter står inför stora utmaningar med att behålla medarbetare när bemanningsföretag kan erbjuda betydligt högre löner och större flexibilitet.

Därtill har verksamheter i många år pekat på kvalitets- och arbetsmiljörisiker med utbredd användning av hyrpersonal, eftersom det bland annat påverkar kontinuiteten i verksamheten negativt.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Utöver arbetsmiljöinsatser för att göra regionen mer attraktiv som arbetsgivare, har regioner vidtagit åtgärder i syfte att begränsa inhyrningen av personal. Flera regioner har i perioder haft ”hyrstopp”, med strikta restriktioner kring inhyrning av personal. Samtliga regioner har också infört karenstider, vilket innebär att vårdpersonal som lämnar regionens anställning för ett bemanningsföretag inte får arbeta inom samma region på 6 eller 12 månader, i syfte att göra det svårare för vårdpersonalen som lämnar att byta arbetsgivare men stanna kvar på samma sjukhus eller till och med samma avdelning. Flera av de regioner som Socialstyrelsen varit i kontakt med i arbetet upplever dock begränsad effekt av dessa insatser och ser ett behov av mer systemövergripande åtgärder.

## Fokusområde 3: Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal



### 3. Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal

- Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdtyngd och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt
- Sambemanna vårdplatser för ökad flexibilitet och resurseffektivitet
- Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration
- Uppgiftsväxla mellan vårdens yrkesgrupper

### Bakgrund

Givet utmaningarna med att kompetensförsörja hälso- och sjukvården är det viktigt att tillgänglig kompetens används så effektivt som möjligt. Att använda kompetensen mer ändamålsenligt har stått i fokus för utvecklingsarbete i regionerna under många år och ofta fokuserat på minskad administration eller att nyttja möjligheter att växla uppgifter mellan yrkesgrupper. I arbetet med den nationella planen för att minska vårdplatsbristen undersöker Socialstyrelsen insatser för att stödja utvecklingen mot nya arbetssätt som nyttjar kompetensen i den slutna vården på ett mer effektivt sätt, i syfte att möjliggöra en ökning av antalet disponibla vårdplatser utan motsvarande ökning i personalstyrkan.

### Inriktning för insatser inom fokusområde 3

Insatser som syftar till att utveckla arbetssätt för att använda kompetensen mer ändamålsenligt och därigenom möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal (fokusområde 3) kan samlas inom fyra inriktningar:

- Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdtyngd och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där det är möjligt
- Sambemanna vårdplatser; för ökad flexibilitet och resurseffektivitet
- Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration
- Uppgiftsväxla mellan vårdens yrkesgrupper

#### *Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdtyngd och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt*

Ett sätt att utöka antalet vårdplatser med befintlig bemanning är att minska personaltätheten per vårdplats. Det förutsätter förändrade arbetssätt och organisering jämfört med idag för att kunna möjliggöra nya typer av vårdplatser där bemanningsbehovet ser annorlunda ut.

Intervjuade verksamheter uttrycker att medarbetare ofta fäster stor vikt vid det fastslagna antalet patienter per sjuksköterska för att bevaka avdelningens arbetsbelastning. Samtidigt har patienter varierande behov, bland annat beroende på sjukdomstillstånd och tidpunkten i sjukdomsförloppet. Det finns därför ett behov av att utveckla arbetssätt för en flexibel planering av antalet disponibla vårdplatser utifrån en daglig styrning baserad på aktuella patienters behov.

Det saknas idag normer och konsensus kring optimal bemanning av vårdplatser. Bemanningsbehoven beror i hög grad på typen av verksamhet, och

varierar även över dygnets timmar. Många verksamheter beskriver att de har mer än dubbelt så många vårdplatser per sjuksköterska under natten jämfört med dagen eftersom färre åtgärder genomförs de tiderna. En bemanningskvot på åtta patienter per sjuksköterska dagtid beskrivs ofta som en maximal nivå för bibehållen patientsäkerhet.[18] Mot bakgrund av den i litteraturen påvisade kopplingen mellan att öka antalet patienter per sjuksköterska och sämre patientutfall, exempelvis ökad mortalitet [19] och fler återinläggningar [20], finns internationella exempel på lagstiftning som begränsar antalet patienter per sköterska. Sådan lagstiftning finns exempelvis i Queensland i Australien och Kalifornien i USA.[21] Uppföljningar från exemplet i Queensland visar på signifikanta sänkningar i mortalitet och återinläggningar på de sjukhus där detta införts.[22] Det finns andra studier som visar att patientutfall har ett tydligare samband med kompetensmix hos sjuksköterskor än med antal sjuksköterskor.[23] Sammanfattningsvis är det viktigt att eventuella förändringar i antalet patienter eller vårdplatser per sjuksköterska respektive undersköterska föregås av förändringar i arbetssätt, organisering och kompetenssammansättning som möjliggör detta med bibehållen arbetsmiljö och patientsäkerhet.

#### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Flera regioner har etablerat utskrivningsplatser (i vissa fall kallade omvårdnadsplatser) där utskrivningsklara patienter vårdas i väntan på kommunala insatser, i syfte att avlasta ordinarie avdelningar. Dessa kan bemannas med enbart undersköterskor, vilket sammantaget medger fler vårdplatser per anställd sjuksköterska. Regioner har haft olika erfarenheter av detta. Bland annat lyfter en del att otydligheter i det medicinska ansvaret skapar utmaningar, samt att den extra flytten mellan verksamheter kan påverka patienten negativt. Andra pekar på fördelarna i att så snabbt som möjligt frigöra en ordinarie vårdplats till en patient med ett större vårdbehov.

Många arbetar också med observationsplatser knutna till akutmottagningen, där patienten vårdas en kortare tid för observation och med lägre bemanning. En del regioner klassificerar dessa som öppen vård medan andra betraktar dem som disponibla vårdplatser i sluten vård, vilket ger en utökning av antalet disponibla vårdplatser och en avlastning för ordinarie vårdavdelningar.

I vissa fall kan patienter med begränsat vård- och omsorgsbehov men behov av geografisk närhet till sjukhus, exempelvis för operationsförberedelser eller stöd i egenvård, vårdas på ”lättare” former av vårdplatser som kan planeras på ett sådant sätt att de inte kräver ordinarie bemanning. Sådana vårdplatser kan avlasta vårdavdelningarna.

För att avlasta intensivvårdsavdelningar arbetar flera regioner med att utveckla intermediärvård. Inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård pågår ett arbete med att definiera intermediärvård och dess kapacitetsbehov. Det är inte idag möjligt att slå fast intermediärvårdens möjliga påverkan på behovet av IVA-platser, men förutsatt att en intermediärvårdsp plats har ett lägre bemanningsbehov än en IVA-plats kan detta vara en utveckling mot fler vårdplatser med tillgänglig personal.

Inom psykiatrisk vård har vissa vårdgivare valt att erbjuda självvald inläggning på separata avdelningar där alla vårdplatser används till detta. I Socialstyrelsens utvärdering av arbetssättet självvald inläggning 2021 beskrev



dessa vårdgivare många fördelar med separata avdelningar, varav ökad kostnadseffektivitet var en eftersom avdelningarna krävde en lägre bemanning än inom ordinarie heldygnsvård.[24]

Därtill finns exempel på verksamheter som aktivt planerar antalet disponibla vårdplatser utifrån aktuell vårdtyngd hos inneliggande patienter. Intervjuade beskriver att flexibiliteten kan vara en utmaning för medarbetare, men att det finns goda erfarenheter av arbetssättet, ofta förknippat med ett ledarskap som är närvarande och uppmuntrar till innovation.

Vidare finns exempel på regioner och verksamheter som utvecklar egna bemanningsnormer. Detta inkluderar att klassificera patienter utifrån vårdtyngd och vilka kompetenser som behövs i vården, men också att tydligare specificera medarbetarnas kompetens i syfte att kunna bemanna med hänsyn till både behov och tillgänglig kompetens.

### **Räkneexempel: Ökat antal vårdplatser per sjuksköterska**

Med dagens uppskattade bemanning saknas, grovt estimerat 1 600–2 100 sjukskötersketjänster i den slutna vården antaget en genomsnittlig bemanning på 6–8 vårdplatser per sjuksköterska. Om arbetssätten förändrades till den grad att varje sjuksköterska istället i genomsnitt hade möjlighet att på ett patientsäkert och arbetsmiljömässigt hållbart sätt ansvara för 7–9 vårdplatser skulle det med motsvarande estimat krävas 1 400–1 800 sjukskötersketjänster, det vill säga 200–300 färre tjänster jämfört med en bemanning på 6–8 vårdplatser per sjuksköterska.

*Not: Antaganden om antal vårdplatser per sjuksköterska (6–8 vårdplatser per sjuksköterska som dygns-genomsnitt) baseras på uppgifter från tre svenska regioner. Vad gäller arbetstid använder många regioner arbetstidsförkortningar i samband med nattarbete. Exempel från regioner varierar från cirka 32 till 34 timmar som sitt beräknade heltidsmått vid nattarbete. 34 timmar och 20 minuter är den av Arbetsgivaralliansen specificerade arbetstiden vid ständigt nattarbete, medan cirka 38 timmar gäller för tjänster som inte inkluderar ständigt natt- eller helgarbete. Eftersom många slutenvårdsavtal inkluderar nattarbete utgår beräkningen här från 34 timmar som en heltidstjänst. Syftet med denna beräkning är enbart att uppskatta ungefär hur många ytterligare tjänster som skulle behövas för att bemanna 2 300 vårdplatser. Detta ska inte betraktas som en rekommendation av bemanningskvot eller arbetstimmar.*

### **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Utskrivningsavdelning, Universitetssjukhuset i Örebro**

#### **Bakgrund**

Under 2023 startades en utskrivningsavdelning på Universitetssjukhuset i Örebro för patienter som är medicinskt färdigbehandlade men som inte kan skrivas ut på grund av exempelvis väntan på anpassningar i ordinarie boende, biståndsbeslut för kommunala insatser i hemmet, eller plats på kommunalt boende. Avdelningen startades för att avlasta ordinarie avdelningar genom att ta vara på den undersköterskekompetens som fanns tillgänglig. Avdelningen startade upp i april för att pilottestas fram till sommaren 2023, varefter beslut fattades om att fortsätta verksamheten.

#### **Genomförande**

Utskrivningsavdelningen bemannas med undersköterskor. Under sommaren ansvarade en sjuksköterska från stabsfunktionen för avdelningen, samt för att dela läkemedel. Avdelningen ökade från fyra vårdplatser initialt till

åtta i juni 2023, med en bemanning på två undersköterskor per arbetspass dygnet runt. Det sker inget rondarbete på avdelningen och att iordningsställa och bereda läkemedel sköts nu helt av farmaceuter. Undersköterskor delar läkemedel till patienter, både tabletter och injektioner såsom insulin.

Platserna är öppna för alla sjukhusets avdelningar att skicka patienter till och om patientens vårdbehov skulle öka under vårdtiden på utskrivningsavdelningen skickas patienten tillbaka till utskrivande avdelning. Avdelningen har en inklusions- och en exklusionslista för patienter. Kriterierna har utvärderats löpande och utökats. Individer som flyttas till utskrivningsavdelningen är framför allt multisjuka äldre patienter, med exempelvis stomier, amputationer eller i eftervård för infektion, och beskrivs ofta vara trötta och medtagna.

### **Resultat och uppföljning**

Avdelningen har fortsatt efter pilotfasen men behovet kommer att utvärderas löpande och beslut om fortsättning tas med ett års framförhållning.

Sjukhuset arbetar med att utvärdera verksamheten och det saknas ännu en fullständig sammanställning av resultat. Vårdplatssituationen på sjukhuset uppges dock ha varit bättre under sommaren 2023 än under de senaste årens sommarperioder, och verksamhetens preliminära analys indikerar att utskrivningsavdelningen var en viktig delförklaring till det.

Verksamheten beskriver att pågående utvärdering visat att utskrivningsavdelningen frigjort vårdplatser och bidragit till förbättrade flöden på sjukhuset. Med sina åtta vårdplatser skattas utskrivningsavdelningen ha bidragit till att cirka 34 extra vårdplatser skapats dygnet runt på sjukhuset. Jämfört med tidigare somrar var också köer och väntetider till kommunala boenden kortare. Vidare beskriver verksamheten en hög patientnöjdhet till följd av avdelningens lugnare tempo. De lyfter också fram att de nya arbetssätten visat på andra utmaningar, exempelvis svårigheter för läkargruppen att få fram korrekta läkemedelslistor för patienterna.

Verksamheten avser att fortsätta sammanställa underlag för att utvärdera vilka patienter som bör behandlas på avdelningen, både ur patientsäkerhetssynpunkt och för att förstå vilka patienter som avdelningen gör störst nytta för. Planerat arbete innefattar att fortsätta säkerställa effektiva processer för utskrivning. Framåt kan verksamheten komma att skalas upp till 12–16 vårdplatser, för att möjliggöra optimal bemanning. Att lägga avdelningen i anslutning till annan dygnet runt-verksamhet lyfts som en potentiell förbättringsfaktor, så att verksamheterna kan dra nytta av varandra.

### *Sambemanna vårdplatser för ökad flexibilitet och resurseffektivitet*

Eftersom behovet av inneliggande vård och antalet disponibla vårdplatser varierar är det inte möjligt att säkerställa en önskvärd beläggningsgrad i alla verksamheter vid varje givet tillfälle på ett kostnadseffektivt sätt. Beroende på hur variationen i beläggningsgrad ser ut är det ofta inte heller kostnadseffektivt att dimensionera verksamheten så att kapaciteten räcker för att möta behovstoppar överallt vid varje givet tillfälle. Det behöver däremot finnas en plan för hur behovstoppar hanteras på ett patientsäkert, högkvalitativt och resurseffektivt sätt.

I nulägesanalysen av vårdplatssituationen som genomfördes inom ramen för uppdraget *att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering* sågs att behovstoppar idag till stor del hanteras genom överbeläggningar och utlokaliseringar [3], men en ökad samordning mellan verksamheter skulle kunna möjliggöra att dessa istället omhändertogs med gemensamma resurser.

Med sambemanning menas när olika verksamheter samarbetar med bemanningen för att bemanna vårdplatser som exempelvis har angränsande specialiteter, för att förbättra patientsäkerheten och arbetsmiljön jämfört med under vanliga utlokaliseringar, och samtidigt bygga upp kompetens och kunskap för att vårda patienter som inte ingår i enhetens ordinarie uppdrag.

*Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Socialstyrelsen har under genomförda intervjuer fått exempel på arbetssätt där olika verksamhetsområden sambemannar enheter. Även om verksamhetsområdenas patientgrupper skiljer sig åt, bedöms omvårdnadsbehovet i dessa fall vara tillräckligt gemensamt för att omvårdnadspersonal ska kunna omhänderta båda typer av patienter. Denna typ av insats finns beskriven i vetenskaplig litteratur, och då rekommenderas bland annat att delar av personalen utbildas med en mer generell inriktning medan andra är mer specialiserade, för att möjliggöra en teamsammansättning med olika kompetenser.[25]

Detta kan vara särskilt relevant att dra lärdom av för små enheter med ett litet antal vårdplatser, där det är svårare att uppnå ett resurseffektivt vårdplatsnyttjande eftersom beläggningsgraden måste vara mycket låg för att säkerställa lediga vårdplatser.

*Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration*

Verksamheterna beskriver att såväl sjuksköterskor som läkare lägger en betydande del av sin arbetstid på annat än patientnära arbete, varav mycket tid går till administration. Den administrativa bördan i vården lyfts ofta som ett problem för professionen för att administrationen innefattar tidskrävande uppgifter som i viss utsträckning inte är direkt värdeskapande för patienten. Administrativa uppgifter som medför nytta i form av exempelvis ökad patientsäkerhet och underlag för forskning och verksamhetsutveckling är en viktig del av vården, men det finns ett behov av lösningar för att effektivisera administrationen så att tidsåtgången minskas. Därtill kan det vara möjligt att i större utsträckning använda administrativ kompetens för att minska mängden administrativt arbete för klinisk personal. Regioner och verksamheter pekar även på ett behov av att se över möjligheter att minska administration som inte är värdeskapande.

*Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Som en del i det arbete som pågått i regionerna i många år för att använda kompetensen mer effektivt har flera behov kring att effektivisera administrativa uppgifter belysts och visst utvecklingsarbete påbörjats. Många pekar på dubbeldokumentation som ett problem, som ofta hänger samman med kompatibilitetshinder som gör att informationsdelning mellan olika system inte fungerar. Detta gäller både mellan och inom verksamheter och huvudmän, och medför att vårdens medarbetare behöver mata in samma uppgifter i flera system. Ett av syftena med 2022 års lag (2022:913) för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är att undvika den dubbeldokumentation

som inte tillför något för patientsäkerheten eller god omsorg av patienten.[26,27]

Vissa verksamheter arbetar med att bättre nyttja medicinska sekreterares/vårdadministratörers kompetens i det administrativa arbetet. En nyckel i detta beskrivs vara att inkludera de medicinska sekreterarna/vårdadministratörerna i vårdteamen, för att i högre grad säkerställa patientsäker dokumentation och optimera den tidsbesparande effekt som denna arbetsfördelning beskrivs kunna leda till.

För att hantera ovan nämnda utmaningar kan även nya digitaliseringslösningar vara en viktig del. Tekniska lösningar som kan minska tidsåtgången för administration kan exempelvis vara stolpar<sup>1</sup> som används för mätning av vitalparametrar och som möjliggör direktöverföring till journalsystemet från patientsalarna. En annan är lösningar för automatisk överföring av information från journalsystem till kvalitetsregister. En utmaning i digitaliseringsarbetet i vården är att säkerställa att den inte bara ger kvalitetshöjningar utan också tidsbesparingar. Det är därför centralt att användarvänlighet och verksamhetsspecifika förutsättningar beaktas innan införandet av ny teknik. Ytterligare en utmaning som beskrivs av många regioner är att nya lösningar, eller erfarenheter kring implementering av lösningar, ofta får begränsad spridning.

### *Uppgiftsväxla mellan vårdens yrkesgrupper*

Uppgiftsväxling (även kallat arbetsväxling eller task shifting) innebär en rationell omfördelning av specifika arbetsuppgifter från exempelvis sjuksköterskor till andra professioner/yrken för att mer effektivt kunna tillvarata personalstyrkans samlade kompetens.[28] Vid omfördelning av arbetsuppgifter är det viktigt att beakta olika typer av konsekvenser för såväl personal som patienter. Riskanalyser och uppföljning avseende exempelvis arbetsmiljö och patientsäkerhet kan bidra till att säkerställa att förändringar inte leder till oönskade konsekvenser.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Det finns flera exempel på utvecklingsarbeten kring uppgiftsväxling i sjukvården idag. Det kan innebära att servicemedarbetare utför uppgifter som exempelvis rör städning och mat och som tidigare utförts av undersköterskor. Detta frigör tid hos undersköterskorna som då kan överta vissa delar av sjuksköterskornas uppgifter, vilket ofta resulterar i att sjuksköterskorna får mer tid med patienterna. Ett annat exempel är att anställa sjukhusfarmaceuter som förbereder och iordningställer läkemedel, vilket sjuksköterskorna annars hade gjort i större utsträckning. Även rehabundersköterskor finns i vissa verksamheter, och avlastar sjuksköterskor i att mobilisera patienter.

I Socialstyrelsens intervjuer beskrivs att uppgiftsväxling kan ha positiva effekter på både vårdkvalitet och arbetsmiljö. Beroende på vilka uppgifter som växlas kan arbetssättet även frigöra tid hos sjuksköterskor till den grad att det går att ha fler vårdplatser per sjuksköterska utan en ökad arbetsbelastning.

---

<sup>1</sup> NEWS2-stolpar, apparatur samlad på en ställning för bland annat blodtryck, puls och saturationsmätning.

## **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Arbetsväxling, Centralsjukhuset i Karlstad**

### **Bakgrund**

Vårdavdelning 56, som är en del av hjärt- och akutmedicinkliniken, på Centralsjukhuset i Karlstad har under de senaste två åren introducerat nya arbetssätt kopplade till arbetsväxling (ofta kallat uppgiftsväxling) för att möjliggöra en god arbetsmiljö och resurseffektiv verksamhet trots bristen på sjuksköterskor.

### **Genomförande**

I ett första steg anställdes servicemedarbetare, vilka kallas värdar/vårdinnor, som arbetar dagtid och kvällstid för att avlasta undersköterskor med bland annat renhållning av patient- och personalkök, beställningar av mat till patienter och påfyllnad/transport av stickvagnar vid behov. En följd av detta blev att tid frigjordes för undersköterskorna, som numera i större utsträckning kan avlasta sjuksköterskor med arbetsuppgifter som att ta prover, sätta infarter och katetrar samt sondmatning.

Vidare har arbetsuppgifter kopplade till läkemedel skiftats till farmaceuter (apotekare och receptarier), vilka arbetar med att iordningställa dropp och läkemedel för att ytterligare avlasta sjuksköterskor. Även då patienter ska skrivas ut till kommunala boenden är farmaceuterna delaktiga i att förbereda läkemedel för övergången. Farmaceuterna är anställda av sjukhuset centralt men kommer till avdelningen två gånger dagligen.

Ytterligare en yrkesroll som introducerats är rehabiliteringsundersköterskor, vars huvudsakliga uppgift är att avlasta avdelningens undersköterskor med tidig mobilisering av patienter eftersom detta ofta nedprioriterats på grund av tidsbrist. Rehabiliteringsundersköterskorna är anställda vid sjukhusets rehabiliteringsverksamhet och är placerade vid en specifik avdelning och utbildas för att täcka den avdelningens specifika rehabiliteringsbehov.

### **Resultat och uppföljning**

Verksamheten beskriver att arbetet lett till tidsbesparingar på upp till två timmar per dag för sjuksköterskor, som upplever att de fått betydligt mer tid till patientnära arbete. Uppgiftsväxlingen infördes som ett led i att stärka arbetsmiljön och inte i syfte att öka antalet patienter per sjuksköterska, men den tydliga minskning i arbetsbelastning som arbetet medfört gör att avdelningen framöver kommer att utöka antalet patienter per sjuksköterska från sju till åtta. Därtill ser verksamheten en möjlighet att tidigare mobilisering av patienter kommer att förkorta vårdtiderna för vissa patientgrupper. Den största utmaningen som verksamheten lyfter med utvecklingsarbetet är att det initialt var svårt att rekrytera till farmaceutrollen. De beskriver även att arbetssätten till en början inte var optimala och har anpassats under arbetets gång. Vidare påpekar de intervjuade att rekrytering av sjuksköterskor fortsatt är deras största utmaning, trots de förbättringar som utvecklingsarbetet medfört.

*Not: Enligt HSL (2017:30) är det verksamhetschef eller motsvarande som är ansvarig för vilka arbetsuppgifter som delegeras och att person som erhåller delegering uppfyller reella och formella kompetenser*

## Fokusområde 4: Ställ om till en god och nära vård för att påverka behovet av slutna vård på sjukhus



### 4. Ställ om till en god och nära vård

för att påverka behovet av slutna vård på sjukhus

- Ställ om till vårdplatser inom primärvård och kommun
- Ställ om till vård i hemmet
- Ställ om till öppen vård genom poliklinisering
- Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter
- Utveckla arbetssätt för egenvård och förstärkt stöd efter utskrivning
- Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete

### Bakgrund

Säkerställande av att patientens behov möts i en god och nära vård är en systemövergripande förändring som berör alla aktörer i svensk hälso- och sjukvård. Grundsytet är att i högre grad bedriva och organisera vården utifrån patientens behov och förutsättningar. Att på så sätt bedriva vården närmare patienten ger regionernas primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och omsorg samt egenvård en större roll än tidigare. Tillsammans med nya arbetssätt kan vård närmare patienten innebära att vårdens resurser används mer effektivt, mot bakgrund att vårdbehov tas omhand på rätt vårdnivå. Det innefattar också att skifta från reaktiv vård till proaktiva, förebyggande och hälsofrämjande insatser. Om detta genomförs på ett framgångsrikt sätt kan befolkningens behov av slutna vård på sjukhus minska, vilket kan bidra till att minska vårdplatsbristen genom färre vårdtillfällen och kortare vårdtider på sjukhus.[29,30]

Antalet vårdtillfällen har minskat kraftigt under det senaste decenniet. Under år 2022 gjordes totalt 1 379 000 inskrivningar i den slutna vården i Sverige, för vård av ungefär 827 000 individer.<sup>1</sup> Det totala antalet vårdtillfällen i riket per år hade då minskat med nästan 14 procent sedan 2012 (en minskning med 218 000 vårdtillfällen), och antalet individer som skrevs in under ett år hade minskat med 12 procent (en minskning med 115 000 individer). Bortsett från ökningen i antalet patienter i slutna vård mellan 2020 och 2021 i samband med covid-19-pandemin har minskningen varit konstant.

Att vårdtillfällena på sjukhus blivit färre gäller alla diagnosgrupper, förutom för vissa perinatala tillstånd. Sett till antalet patienter är symtomdiagnoser (exempelvis bröst- och buksmärtor) de tillstånd som minskat mest (en minskning med 29 000 patienter), följt av hjärt- och kärlsjukdomar (en minskning med 27 000 patienter).[31]

Samtidigt som sjukhusinläggningarna har minskat så har även medelvårdtiderna på sjukhus blivit kortare. Medelvårdtiden på sjukhus i Sverige har minskat från 6,8 dagar år 1998 till 5,1 dagar år 2022.[32] Denna förändring förklaras huvudsakligen av nya metoder för utredning och behandling, samt en minskning i antalet vårddygn för utskrivningsklara patienter på sjukhus. Minskningen är störst bland de allra äldsta patienterna.[33]

<sup>1</sup> Vissa individer vårdades mer än en gång under året och antalet individer är därför lägre än antalet vårdtillfällen.

Arbetet med att korta vårdtider på sjukhus har kommit långt i många delar av landet och i en del verksamheter kan utrymmet för större förbättringar vara begränsat. Detta indikeras bland annat av att förändringen i medelvårdtid har avstannat på senare år; från år 1998 till 2015 minskade vårdtiderna med 22 procent och sedan 2015 har de minskat med 4 procent.[32] Samtidigt finns regionala skillnader i vårdtider som tyder på potential att på ett patient-säkert sätt korta vårdtiderna ytterligare för vissa patienter, i vissa situationer.

Sammantaget har såväl sjukhusinläggningar som vårdtider minskat gradvis de senaste åren. Genom preventivt arbete och en stärkt kommunal hälso- och sjukvård, regional primärvård och öppen vård kan det finnas möjlighet att ytterligare minska behovet av sluten vård.

En grundläggande förutsättning för en god och nära vård är att vården ges på rätt vårdnivå, anpassat efter patientens behov. För att åstadkomma detta krävs en fungerande samverkan mellan de aktörer som har ansvar för patienten under vårdresan.

## Inriktning för insatser inom fokusområde 4

Insatser som syftar till att minska behovet av sluten vård på sjukhus (fokusområde 4) kan samlas inom sex inriktningar:

- Ställ om till vårdplatser inom primärvård och kommun
- Ställ om till vård i hemmet
- Ställ om till öppen vård genom poliklinisering
- Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter
- Utveckla arbetssätt för egenvård och förstärkt stöd efter utskrivning
- Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete

### *Ställ om till vårdplatser inom primärvård och kommunal omsorg*

Att i större utsträckning vårda patienter på vårdplatser i primärvård, företrädesvis i samverkan mellan region och kommunen, kan möjliggöra en resurs-effektiv vård närmare patientens hem. Vårdplatser i samverkan mellan vårdcentral och kommunal omsorg kan användas för patienter vars vård- eller omsorgsbehov innebär att de inte kan bo i ordinärt boende, men kan tillgodoses av resurser och kompetens som finns i primärvård eller kommunal vård. I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört beskrivs att det är vanligt förekommande att patienter vårdas på sjukhus på grund av ett vård- eller omsorgsbehov som hade kunnat tillgodoses på en annan vårdnivå, om kapaciteten där hade varit tillräcklig och rätt arbetssätt utvecklade.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

I flera regioner och kommuner används *närvårdsplatser* (eller motsvarande vårdplatser med annan benämning). Närvårdsplatserna skiljer sig från kommunala korttidsplatser i att de inte är för medicinskt färdigbehandlade patienter, utan för patienter med vårdbehov som samtidigt inte har behov av sjukhusets fulla resurser. För vissa patienter sker inskrivning direkt till närvårdsplats istället för till sjukhus; för andra förkortas vårdtillfället på sjukhus genom en överflyttning till närvårdsplats.

Närvårdsplatser förläggs ofta i anslutning till vårdcentraler eller kommunala korttidsboenden, vilket underlättar samverkan mellan vårdcentralen och



den kommunala hälso- och sjukvården. Geografiska förutsättningar och avstånd till sjukhus kan påverka utformningen av den vården som ges vid dessa vårdplatser.

Vilken påverkan närvårdsplatser kan ha på rådande vårdplatsbrist på landets sjukhus beror till viss del på i vilken utsträckning platserna kan bedrivas på ett sätt som inte konkurrerar med den slutna vården om resurser. Detta gäller framför allt sjuksköterskor, som ofta är den trängsta resursen.

### **Räkneexempel: Närvårdsplatser**

Om en procent av de patienter som idag skrivs in den somatiska slutna vården på sjukhus istället skulle kunna skrivas in på närvårdsplatser skulle vårdplatsbehovet inom den somatiska slutna vården i Sverige minska med cirka 150 vårdplatser. Detta motsvarar knappt sju procent av det skattade behovet av fler disponibla vårdplatser i Sverige idag.[3]

I Region Värmland finns idag 32 närvårdsplatser i Säffle och Kristinehamn, vilket är ungefär en närvårdsplats på tretton somatiska slutenvårdsplatser. Om alla regioner hade motsvarande mängd närvårdsplatser per disponibel slutenvårdsplats i den somatiska vården skulle cirka 1 200 närvårdsplatser finnas tillgängliga för att avlasta den slutna vården.[3]

*Not: En procent har valts ovan för att exemplifiera hur relativt små förändringar kan ha en relativt stor effekt på vårdplatsbristen.*

### *Ställ om till vård i hemmet*

Att i större utsträckning vårda patienter i hemmet är en viktig del i att möjliggöra en personcentrerad vård nära patienten och samtidigt använda vårdens resurser så effektivt som möjligt. Detta inkluderar såväl hemsjukvård i kommunens eller regionens regi, avancerad sjukvård i hemmet som sjukhusvård i hemmet inspirerad av den internationellt använda vårdformen *Hospital at Home* (se exempel från pågående utvecklingsarbete).

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Inom flera verksamhetsområden och flera regioner utvecklas löpande nya arbetssätt för att vårda patienter i hemmet i högre grad än tidigare. Mobila team används inom både psykiatrisk och somatisk vård och för såväl planerade som akuta vårdåtgärder.

Inom psykiatrisk vård betonar verksamhetsföreträdare som Socialstyrelsen varit i kontakt med att en väl utbyggd öppen vård är central för att omhänderta patienter på bästa sätt. Många patienter gagnas av att kunna vårdas utan heldygnsvård och runt om i landet pågår därför utvecklingsarbete för att vårda patienten i hemmet och undvika heldygnsvård. Detta görs ofta genom olika typer av mobila team och stödet innefattar i vissa fall även insatser i patientens övriga miljöer som exempelvis skola. Insatserna används generellt för att behandlingsresultat och patientnöjdhet förväntas vara bättre jämfört med heldygnsvård, snarare än ur effektiviseringssynpunkt. Det finns dock potential i att utforma sådana insatser så att de kräver mindre resurser än traditionell heldygnsvård, exempelvis genom att det sammantagna bemanningsbehovet nattetid minskas.

Inom somatisk vård är utvecklingen av digital teknik och digitala hjälpmedel en bidragande orsak till att allt fler patienter på ett säkert sätt kan få vård utanför vårdinrättningar. Virtuella vårdplatser för somatisk sjukhusvård använder sig bland annat av teknik för distansmonitorering av patienter och tar hjälp av egenvårdsåtgärder där patienten exempelvis mäter sitt blodtryck, puls och svarar på frågor om sitt mående från hemmet. Ofta kombineras detta med sjukhusteam som gör hembesök en eller flera gånger per dag, beroende på behov.

Verksamheternas uppföljningar av pågående utvecklingsarbeten, samt Socialstyrelsens genomförda intervjuer, pekar generellt mot positiva resultat när det gäller såväl patientnöjdhet som medarbetarnöjdhet.[34,35] Arbets sättet minskar risken för att patienter läggs in utan att det finns medicinska skäl, medan möjlighet till direktinläggning kvarstår för att i god tid kunna fånga upp patienter med förvärrat tillstånd.

Vilken kostnadseffektivitet som uppnås när vård ges i patientens hem beror på organisering, möjligheter att skala upp arbets sättet till fler patienter samt lokala förutsättningar. För att arbets sättet ska kunna bidra till minskad vårdplatsbrist krävs att det medför ett mer effektivt nyttjande av vårdens och omsorgens trängsta resurser, det vill säga vårdpersonal, jämfört med nuvarande slutna vård. I praktiken innebär det att vården i hemmet behöver ges på ett sätt som inte kräver lika många sjuksköterskor per patient som ineliggande vård på sjukhus, alternativt att arbets sättet attraherar nya sjuksköterskor så att personalstyrkan totalt sett växer. Om arbets sättet istället konkurrerar med den slutna vården om samma sjuksköterskor kommer de disponibla vårdplatser på sjukhus att behöva minska i motsvarande utsträckning som vården i hemmet ökar. Detta kan vara motiverat ur patient- eller kostnadssynpunkt eftersom vården i hemmet kräver färre andra resurser, men kan medföra en svårbedömd effekt på rådande vårdplatsbrist.

### **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Sjukhusvård i hemmet, Skånes universitetssjukhus i Malmö**

#### **Bakgrund**

Verksamhetsområdena Akut- och internmedicin samt Infektionsmedicin på Sus i Malmö påbörjade under år 2020 ett arbete med att införa det arbets sätt som internationellt benämns *Hospital at Home*, det vill säga akut sjukhusvård i hemmet.

#### **Genomförande**

Två mobila sjukhusteam genomför hembesök hos patienter som behöver akut sjukhusvård. Teamen bemannas med läkare, sjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut, och administrativ personal. Teamen har daglig kontakt med patienten och gör ett eller flera hembesök per dag under dagtid, samt har beredskap dygnet runt i form av jour på sjukhuset.

För att en patient ska vara aktuell för det mobila sjukhusteamet ska patienten vilja vårdas i hemmet; det ska vara möjligt att utföra specialiserad vård i patientens hem och vården ska vara till gagn för patienten. I praktiken har detta omfattat patienter med infektioner som bland annat urinvägsinfektion, lunginflammation, endokardit<sup>1</sup> och patienter med diagnoser som KOL-exacerbationer<sup>2</sup> och hjärtsvikt.

Under tiden som vårdinsatsen pågår fortsätter eventuell hemtjänst och hemsjukvård att genomföra sina respektive insatser, vilket kräver samordning mellan huvudmän och utförare. I Region Skåne skiljer sig Sjukhusvård i hemmet från Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) på så sätt att ASiH ansluter patienter med behov av avancerad palliativ vård i hemmet eller punktinsatser där ASiH-teamet utför en eller upprepade insatser i patientens hem men utan att ta över det medicinska ansvaret<sup>3</sup>. [34] Sjukhusvård i hemmet bedrivs och finansieras som öppen vård i Region Skåne och är avgiftsfri för patienter.

### Resultat och uppföljning

Genomförd uppföljning visar på god patient- och medarbetarnöjdhet och inga allvarliga avvikelser har observerats. Patienterna har bibehållit sin funktionsnivå bättre och både fallskador och konfusion har minskat jämfört med motsvarande vård på sjukhus. Arbetssättet har hittills varit kostnadseffektivt, med uppskattningsvis 19–50 procent lägre totala kostnader än för motsvarande vård på sjukhus.<sup>4</sup>

Projektet har idag övergått till att ingå i ordinarie verksamhet och motsvarande team har startats upp vid Skånes universitetssjukhus i Lund i september år 2023.

*1 Endokardit innebär en infektion orsakad av mikroorganism i endokardiet, på hjärtklaff, pacemaker eller implanterbar defibrillator (ICD).*

*2 Med exacerbation menas en försämring av de symtom som patienten ofta har till vardags, det vill säga mer hosta, mer upphostningar, mer missfärgat slem och mer andnöd än vanligt. Exacerbationer utlöses ofta av infektioner och försämring långtidsprognosen avsevärt.*

*3 Kan jämföras med Region Stockholm där ASiH-team tar ansvar för att patienten får hela sitt vårdbehov tillgodosett när den skrivs in i ASiH. Målgrupperna för ASiH i Region Stockholm är (1) patienter som under en kortare period har behov av behandlings- och symtomkontroll som kräver flertal medicinska och omvårdnadsmissiga ställningstagande dygnet runt men inte behöver vårdas på en slutenvårdsplats, (2) patienter med långsiktig komplex sjukdomsbild som under återkommande instabila perioder har behov av behandlings- och symtomkontroll som kräver flertal medicinska och omvårdnadsmissiga ställningstagande dygnet runt, och (3) patienter som har en obotlig sjukdom och som inte längre svarar på livsförlängande behandling, det vill säga patienter i livets slutskede och som under sin återstående begränsade livstid har behov av komplex symtomlindrande sjukvård i hemmet. [36]*

*4 Kostnaderna för sjukhusvård i hemmet har i projektets slutrapport presenterats samlat, samt per vårdplats, varvid det senare jämförs med genomsnittskostnaden för en disponibel vårdplats på medicinavdelningen på Sus. För sjukhusvård i hemmet varierar kostnaden per månad från cirka 78 000 till 194 000 SEK per disponibel vårdplats, att jämföra med medicinavdelningens genomsnittliga månadskostnad på 332 000 SEK per disponibel vårdplats.*

### Exempel från pågående utvecklingsarbete: Specialistpsykiatriskt Omvårdnadsteam (SPOT), Region Västernorrland

#### Bakgrund

SPOT har använts i Sollefteå/Kramfors sedan år 2017. Arbetssättet innebär att psykiatriska patienter behandlas vid hembesök istället för att skrivas in i heldygnsvård.

#### Genomförande

Teamet bemannas med sjutton ordinarie medarbetare, varav fyra sjuksköterskor och tretton skötare/behandlingsassistenter. Till teamet finns en överläkare ansluten på 20 procent av heltid och samverkan sker med en enhet för Läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende. Det är möjligt att ha ungefär 50–90 patienter anslutna till SPOT samtidigt och det finns inga specifika inklusions- eller exklusionskriterier. Bedömning om inklusion görs på individbasis och SPOT erbjuder patienter med diagnoser som bland annat olika typer av förstämningssyndrom, stressrelaterade syndrom, psykossjukdomar, beroende eller beteendestörningar. Ungefär 75 procent av patienterna remitteras från psykiatrimottagning för att förebygga heldygnsvård, medan resterande kommer från den slutna vården. Hittills har inga remitterade patienter nekats SPOT.

Intensiteten i stödet från SPOT anpassas efter behov, från fyra hembesök per dag, till två-tre hembesök per vecka, till uppföljning varannan vecka. Vid eventuell försämring kan insatser anpassas omgående. Sedan år 2017 har i genomsnitt två patienter per år behövt en högre vårdnivå än SPOT under behandlingstiden och skrivits in i heldygnsvården. Vårdtiderna för patienter i SPOT varierar från cirka tre dagar till flera år, med en medelvårdtid på sex till åtta veckor.

### **Resultat och uppföljning**

Genomförd uppföljning visar att antalet slutenvårdstillfällen under perioden 2018–2020, efter att SPOT införts, minskade med 23 procent jämfört med 2015–2017. Detta kan jämföras med en generell minskning i antalet vårdtillfällen i kringliggande kommuner om 2 procent under samma period. Även vårdtiderna för patienter bosatta i Sollefteå/Kramfors som skrevs in i heldygnsvården 2018–2020 var kortare än tidigare treårsperiod. Enkätuppföljningar visar på hög patient- och medarbetarnöjdhet. Kostnadsuppföljning av vårdformen pågår.

Under 2021 infördes SPOT i Örnsköldsvik och vid årsskiftet 2022/2023 även i Sundsvall.

### *Ställ om till öppen vård genom poliklinisering*

Poliklinisering innebär att övergå till att utföra fler vårdåtgärder i öppen vård. Att vårda patienten i öppen vård är ofta positivt för patienten som då inte behöver stanna på sjukhus.

### **Räkneexempel: Operationer på rörelseapparaten i dagkirurgi**

För operationer på rörelseapparaten ses en ökad andel dagkirurgi och ett minskat antal vårdtillfällen över tid. Vårdtillfällena var nästan 10 000 färre 2022 jämfört med 2012, medan antalet dagkirurgibesök haft motsvarande ökning.[37] Antaget att varje vårdtillfälle som undviks genom att utföra operation i dagkirurgi annars hade föranlett två vårddygn i den slutna vården, innebär utvecklingen mot dagkirurgi för operationer på rörelseapparaten att cirka 20 000 vårddygn undviks nationellt. Detta motsvarar ungefär 55 vårdplatser.

*Not: År 2022 varierade medelvårdtiden för dessa operationer mellan regionerna från 3,8 till 6,7 vårddygn. Eftersom de operationer som polikliniseras generellt gäller patienter med mindre omfattande, eller mindre komplex, vårdbehov antas här att två vårddygn (ett före operation och ett efter operation) undviks med varje operation som genomförs som dagkirurgi istället för inom den slutna vården. En beläggningsgrad på 95 procent har antagits då detta i stor utsträckning antas vara planerade operationer.*

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Utvecklingen mot ökad grad av poliklinisering pågår sedan flera år tillbaka inom många av vårdens verksamhetsområden. Många olika typer av vårdåtgärder omfattas, exempelvis inom kirurgi, kemoterapi eller blodstamcells-transplantationer. Resultaten av polikliniseringsarbetet inom den somatiska sjukvården ses bland annat i att operationer i allt större utsträckning utförs inom dagkirurgi snarare än inom slutna vård. Det förekommer dock skillnader mellan regioner i andelen operationer som utförs i den öppna vården. Dessa skillnader kan delvis bero på att vården vid olika sjukhus är

specialiserad i olika grad, vilket påverkar patienternas vårdbehov och hur komplicerade ingrepp som görs. Geografiska och demografiska förutsättningar kan också påverka vilka ingrepp som kan genomföras i dagkirurgi. En annan viktig del av förklaringen till skillnaderna mellan regioner i andelen dagkirurgi är skillnader i arbetssätt. Därmed kan skillnaderna indikera en potential för vissa regioner att minska antalet slutenvårdstillfällen ytterligare genom att göra ett skifte till dagvård på samma nivå som andra regioner.

### *Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter*

På alla sjukhus upptas vårdplatser emellanåt av patienter som är utskrivningsklara men som väntar på kommunala insatser. Sedan 2017 års lag om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård har antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus minskat från att uppta cirka 1 400 vårdplatser i januari 2017 till ungefär 400 vårdplatser i januari 2021.[38]

Andelen vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter varierar mellan regioner och sjukhus och påverkas av kommuners kapacitet och samverkan mellan kommun och region. Regionernas andel vårdplatser som är belagda av utskrivningsklara patienter varierade mellan 1 och 8 procent under 2022.[39]

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

De regionala skillnaderna på området indikerar en potential att minska vårdplatsbehovet i vissa regioner genom att lära av andra regioners utvecklingsarbete för att snabbare flytta utskrivningsklara patienter till kommunen. I intervjuer beskrivs ett antal olika sätt att förbättra processen för utskrivning till kommunala insatser, exempelvis med samordnare på avdelning som ansvarar för detta och strukturer för dialog med berörd kommun tidigt under vårdtillfället. Intervjuade beskriver att samarbetets effektivitet varierar mycket beroende på vilken kommun det gäller och hur utvecklade former kommunen har för detta.

På några håll i landet har kommunala utskrivningsplatser i anslutning till sjukhuset använts som ett sätt att påskynda överflyttningen från slutenvårdsavdelning till kommunal insats, även om utskrivningsplatsen då är en tillfällig insats. Verksamhetsföreträdare som Socialstyrelsen intervjuat lyfter dock fram att avlastningen som dessa platser inneburit för sjukhusets vårdavdelningar begränsats av att vårdavdelningarna inte själva kunnat besluta om vilka patienter som skulle läggas in på platserna. Bedömningen om inläggningen krockar då beslutet ska tas i enlighet med två olika lagar (HSL och SOL) och av två olika huvudmän. Den geografiska närheten till sjukhuset har i detta fall inte haft någon större betydelse utan platserna har avlastat på samma sätt som exempelvis kommunala korttidsplatser. De intervjuades bild är att sjukhusets vårdavdelningar behöver ha större påverkan på hur och när patienter fördelas till platserna utifrån sjukhusets flöden för att de ska förbättra vårdplatsnyttjandet i den slutna vården.

## **Exempel från utvecklingsarbete: Gemensamt utvecklingsprojekt mellan region och kommuner för att åstadkomma snabb utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter, Region Norrbotten**

### **Bakgrund**

Region Norrbotten och de 14 kommunerna i länet initierade utvecklingsarbetet i projektform 2016 tillsammans med Luleå tekniska universitet och en IT-leverantör. Syftet var att korta vårdtider för utskrivningsklara patienter genom stärkt samverkan mellan regionens och kommunernas verksamheter. Projektet pågick till och med 2018 och arbetet övergick därefter i en förvaltningsfas.

### **Genomförande**

Den tydligaste förändringen av arbetssätt består i att kommunerna börjat planera hemtagning av patienter redan vid inskrivning i den slutna vården.

Som stöd för implementeringen deltog regionala och kommunala aktörer deltar i gemensamma utbildningar, inklusive övningar med fiktiva patientflöden, i syfte att skapa samsyn kring arbetssätt kring patient/brukare, samt hur arbetet det gemensamma IT-stödet bör fungera. Detta fyller även en funktion i att underlätta personlig dialog över huvudmannagränserna.

En utmaning som hanterats inom ramen för utvecklingsarbetet var de juridiska hindren kopplade till samlagring av data över verksamheter som arbetar utifrån Socialtjänstlagen respektive Hälso- och sjukvårdslagen. Detta har försvårat utbyte av rätt information vid rätt tidpunkt. Genom att använda SIP, och hantera detta som patientens plan och inte journaluppgifter, har kommun och region kunnat utbyta information för att säkerställa en trygg hemgång för patienten via IT-stöd inom ramen för samverkanslagen. SIP visas även för patienten på 1177.

### **Resultat och uppföljning**

Under de fyra veckor som följde på breddinförandet av de nya arbetsprocesserna minskade antalet vårddygn för utskrivningsklara patienter med 1 000, från 1 700 till 700. Årligen beräknades denna minskning leda till besparingar på 85 miljoner SEK.<sup>1</sup> Under 2018–2019 skedde utskrivningar jämnt över året, även under helger och röda dagar, eftersom kommuner planerat insatser och resurser i förväg. Samtidigt som vårdtiderna för utskrivningsklara minskade hade regionen en bibehållen risk för återinläggning inom 30 dagar.

Under och efter covid-19-pandemin har regionen sett en viss tillbakagång till de problem som fanns innan projektets start, i form av bland annat fler vård dagar som genererades av utskrivningsklara patienter på sjukhus. Måluppfyllelsen, det vill säga andelen utskrivningsklara patienter som skrivs ut samma dag som de blir utskrivningsklara, i Region Norrbotten var 57 procent år 2018 och 46 procent år 2022.<sup>2</sup>

*1 Räknat på 2018 års belopp för vård av utskrivningsklara med stöd av lag 2017:612, 5 kap 6§.*

*2 Från januari-mars år 2018 saknas statistik och därför beräknas genomsnittet för månaderna april-december respektive år. Statistik baseras på SKR:s databas Väntetider i vården*

## *Utveckla arbetssätt för egenvård och förstärkt stöd efter utskrivning*

Ett sätt att förkorta vårdtider på sjukhus är att förbereda patienter för tidigare utskrivning. Detta kan handla om att planera för ett förstärkt stöd från vården eller omsorgen efter utskrivning, eller om att utbilda och ge stöd för egenvård som patienten kan utföra i hemmet.

Lagen (2022:1250) om egenvård trädde i kraft den 1 januari 2023. I denna definieras egenvård som hälso- och sjukvårdsåtgärder som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Åtgärder som kan utföras som egenvård kan innefatta allt från rehabiliteringsövningar och enklare sårömläggning till mer avancerade åtgärder som respiratorvård. Det är vårdgivarens ansvar att bedöma om en egenvårdsåtgärd kan utföras av patienten med bibehållen patientsäkerhet. Förutom att göra vårdtiden på sjukhus kortare kan egenvård vara ett sätt att minska risken för återinläggning.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Metoder och teknik för egenvård har utvecklats över tid och används i allt större utsträckning. Detta inkluderar exempelvis digitala vågar, spirometrar och glukosmätare som kopplas samman med mjukvara för att möjliggöra egenmonitorering.[40]

I vissa verksamheter tillämpas idag arbetssätt som möjliggör egenvård för en del av den vården som traditionellt skett på sjukhus. Det handlar exempelvis om att erbjuda hemdialys, respiratorvård eller avancerad läkemedelsbehandling i hemmet. Inom exempelvis cancervården finns positiva erfarenheter av att nya arbetssätt för egenvård som gett patienter ökad livskvalitet under behandlingen samtidigt som det frigjort vårdplatser.

Därtill arbetar vissa verksamheter med att möjliggöra tidigare hemgång genom planering av en aktiv uppföljning efter utskrivning. Inom psykiatri beskriver detta som viktigt för att öka patientens trygghet vid utskrivning från heldygnsvården, vilket ofta upplevs som en svår övergång. Arbetssätt som säkerställer transparens och patientdelaktighet, samt en tydlig plan för eventuella vårdkontakter inom den öppna vården, kommunen eller andra aktörer är av stor vikt.

### *Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete*

Prevention är en viktig del i att minska vårdbehovet i befolkningen och kan därigenom även bidra till att minska behovet av sjukhusinläggningar. Att främja folkhälsa och förebygga vissa sjukdomstillstånd (primärprevention) är viktigt för en långsiktigt hållbar användning av vårdens resurser, särskilt eftersom befolkningen idag växer och åldras. Ett framgångsrikt exempel är den markant minskade prevalensen av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), som framför allt hänförs till minskad rökning i befolkningen. Svårare fall av KOL har mer än halverats på femton år.[41] Antalet slutenvårdstillfällen per år för patienter med KOL som huvuddiagnos minskade från 230 till 140 per 100 000 invånare under samma tidsperiod (åldersstandardiserat efter 2022 års befolkning) [32], en minskning på nästan 40 procent. Även vaccinationer utgör preventiva åtgärder som kan bidra till minskad sjukdom och bättre hälsa i befolkningen, med exempelvis vaccination mot influensa och covid-19 som framgångsrika exempel. Utöver vaccinationer har dock många

primärpreventiva åtgärder framför allt långsiktiga effekter och därmed begränsad påverkan på vårdplatsbehovet på kort sikt vilket kan bidra till att de inte prioriteras i tillräcklig grad.

En fungerande sekundärprevention kan bidra till tidig upptäckt av sjukdomar, samt att förhindra återinsjuknande, vilket kan ha betydelse ur såväl ett patientperspektiv som ett resursperspektiv. Genom god tillgänglighet till, och uppföljning från, primärvård och öppen specialiserad vård kan inläggningar och återinläggningar i den slutna vården undvikas. Samverkan mellan kommunala insatser och hälso- och sjukvården är en viktig del i detta. Konkreta exempel på sekundärpreventiva åtgärder är bland annat råd om fysisk aktivitet, kost, rökstopp vid diabetes, alkoholfri och rökfri inför och efter operation, samt tidig utredning hos kardiolog och insatt basbehandling för patienter med hjärtsvikt.

Vid tertiär prevention (efter klinisk diagnos) utnyttjas behandlings- och rehabiliteringsprogram för att förbättra utfallet av sjukdomen bland drabbade individer och för att förebygga återfall.[42]

#### **Räkneexempel: Fallprevention**

Fallprevention riktad till sköra äldre har visats ha omedelbara effekter på vårdplatsbehovet genom att minska risken för, och konsekvenserna av, fallolyckor. År 2019 uppkom 68 000 fallolyckor som ledde till sluten vård för personer 65 år och äldre.[43] Risken för fallolyckor kan minskas exempelvis genom att erbjuda hemmaboende äldre omgivningsanpassningar, fysisk träning, och minskning eller utsättning av psykofarmaka. Fallfrekvensen har visats kunna minska med cirka 25 procent av fysisk träning [44], och 19 procent med omgivningsanpassande åtgärder [45], eller upp till 31 procent om anpassningarna görs av legitimerad arbetsterapeut [44]. Om antalet fallolyckor som resulterar i sluten vård skulle minska med tio procent skulle detta innebära ett minskat vårdplatsbehov med ungefär 180 vårdplatser. Detta motsvarar cirka åtta procent av det skattade behovet av att öka antalet disponibla vårdplatser i Sverige idag.[3]

*Not: Medelvårdtiden för fallolyckor som använts för uppskattningen är 8 vårddygn, vilket baseras på medelvårdtider för svårt skadade, det vill säga de som vårdas inom den slutna vården, för individer i åldersgrupperna över 65 år.[46] En beläggningsgrad på 85 procent antas.*

#### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

En utveckling för att tillgodose behoven i en god och nära vård pågår i hela landet och insatser bedrivs för att stärka det preventiva arbetet genom en stärkt primärvård och fördjupad samverkan mellan primärvård, specialiserad vård och kommun. Några regioner som Socialstyrelsen har varit i kontakt med beskriver att deras utvecklingsarbete innefattar att stärka vård och stöd till de patienter som löper störst risk för inläggning eller återinläggning i sluten vård, genom förstärkt uppföljning från primärvården. Andra beskriver att de utökat primärvårdens jourtider, i syfte att fånga upp patienter tidigare och minska akuta inläggningar. Att på olika sätt möjliggöra snabba konsultationer med specialistvården i primärvårdssammanhang lyfts också som en utveckling som flera regioner arbetar med att få till stånd.



Samordnad individuell plan (SIP) ses ofta som ett viktigt verktyg för att stärka det förebyggande arbetet i samverkan mellan olika aktörer. Flera verksamheter pekar på utmaningar i att säkerställa att SIP används i tillräcklig utsträckning.

Inom psykiatrin har arbetssättet med självvald inläggning introducerats i de flesta regioner, där ett av de viktigaste syftena är att förebygga kriser och minska behovet av akuta inläggningar i heldygnsvården. Åtgärden beskrivs bland annat bidra till trygghet och förutsägbarhet för patienter och vårdpersonal.[24] I Socialstyrelsens intervjuer lyfts också exempel på verktyg och arbetssätt som syftar till att minska oro och stärka stödet från exempelvis kommunen vid utskrivning, vilket setts kunna förebygga försämring.

En av de insatser som genomförts på nationell nivå för att bidra till en stärkt primärvård är det nationella riktvärdet för antal listade patienter per fast läkarkontakt som Socialstyrelsens publicerade under 2022. En utmaning i utvecklingsarbetet inom primärvården är att det på många håll råder en kompetensbrist även bland den personal som arbetar där.

### **Räkneexempel: Regionala skillnader i påverkbar slutenvård**

Påverkbar slutenvård är slutenvårdstillfällena som bedöms kunna undvikas genom ett optimalt omhändertagande i den öppna vården och inkluderar kroniska såväl som akuta somatiska sjukdomstillstånd, exempelvis diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, blödande magsår och krampanfall. Antalet vårdtillfällen med påverkbar slutenvård för personer över 65 år varierade mellan regionerna, från strax under 3 000 till över 4 500 tillfällen per 100 000 invånare under år 2022, med ett nationellt genomsnitt på 3 600 tillfällen. Två regioner rapporterade under 3 000 påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare samma år.[47] Om alla regioner skulle minska antalet till 3 000 påverkbara slutenvårdstillfällen per år så skulle 870 vårdplatser kunna frigöras nationellt, vilket motsvarar ungefär 38 procent av rådande brist på disponibla vårdplatser.[3]

*Not: För år 2022 innehåller SKR:s statistik från Vården i siffror över påverkbar slutenvård för personer 65 år och äldre inrapporterad för 19 regioner. De två regionerna som inte rapporterat in data har utelämnats ur beräkningen. Medelvårdtiden för somatisk vård år 2022 (cirka 4,3 dagar) och beläggningsgrad på 85 procent antas. Befolkning är inte justerad efter ålder.*

### **Exempel från pågående utvecklingsarbete: Stärkt stöd för patienter med hög risk att läggas in på sjukhus, Region Kalmar Län**

#### **Bakgrund**

Utvecklingsarbetet påbörjades 2022 och bedrivs av regionen och kommunerna i länet gemensamt. Syftet är att stärka stödet till multisjuka äldre patienter. Arbetet har utformats utifrån en analys som visade att ungefär 2 procent av regionens befolkning konsumerar vård som motsvarar 50 procent av vårdens resurser. Dessa patienter har många vårdkontakter i den öppna vården, många sjukhusinläggningar, samt en hög grad av återinläggningar efter utskrivning. Ett av målen med utvecklingsarbetet är att i större utsträckning fånga upp patienterna innan de behöver sjukhusvård genom att i högre grad planera och utföra vården proaktivt på rätt nivå.

### **Genomförande**

För att identifiera riskgruppspatienter använder hälsocentralerna modellen Resource Utilization Bands (RUB), vilken utifrån patientens vårdbesök och diagnosättning under de senaste 18 månaderna ger en uppskattning av förväntad framtida vårdkonsumtion. Riskgruppspatienter erbjuds insatser som exempelvis fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, ett arbetssätt som samordnar insatser från region och kommun. Patientintervjuer har genomförts för att säkerställa att insatser och aktiviteter utgår från patientens behov och perspektiv.

### **Resultat och uppföljning**

De nya arbetssätten har använts i verksamheterna sedan april 2023 och det finns ännu ingen samlad uppföljning av resultaten. Uppföljning pågår och kommer att sammanställas. Verksamhetens bild är att fasta vårdkontakter är en nyckel till att skapa trygghet hos patient, och att trygghet i sin tur är centralt för att minska besöken till akutmottagningen.

När det gäller arbetets genomförande beskriver verksamheten att en framgångsfaktor i att etablera samarbetet har varit att skapa forum för dialog mellan regionala och kommunala aktörer för att uppnå en gemensam bild av problem och möjliga lösningar. En utmaning uppges ha varit att säkerställa sjukhusens involvering, då projektets initiativ kommer från primärvård och kommunal vård.

## Fokusområde 5: Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård



**5. Agera för säker vård**  
för att minimera undvikbar sluten vård

- Minimera vårdtillfällen som förlängs till följd av vårdskador och överflyttningar
- Säkerställ patientsäkerhet vid introduktion av nya arbetssätt

### Bakgrund

Att vården är säker är centralt för all hälso- och sjukvård. Dagens vårdplatsbrist ger upphov till patientsäkerhetsrisker som, utöver att vara negativa för patientens hälsotillstånd, riskerar att medföra ett ökat vård- och vårdplatsbehov. Såväl överbeläggningar som utlokaliseringar är förknippade med längre vårdtider och en ökad risk för vårdskador.[48,49] Därför kan ökad patientsäkerhet ses både som ett mål och ett medel för en minskad vårdplatsbrist. En minskad vårdplatsbrist kan skapa bättre förutsättningar för en säker vård, och en säker vård kan bidra till en minskad vårdplatsbrist.

I nuläget förekommer situationer där det är oundvikligt för verksamheterna att överbelägga avdelningar och utlokalisera patienter, trots att detta innebär patientsäkerhetsrisker. I dessa situationer kan det vara nödvändigt att utveckla arbetssätt för att minimera dessa risker och, i den mån det är möjligt, arbeta för en så säker vård som möjligt under de förutsättningar som råder, exempelvis genom att stärka samverkan mellan verksamheter som ofta utlokaliserar patienter.

Utvecklingsarbetet för att minska vårdplatsbristen innefattar att aktivt arbeta med att minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar, samt minska vårdtiden som härstammar från vårdskador, flyttar mellan vårdenheter och andra orsaker till att patienten behöver inläggande vård längre än nödvändig. Detta kan exempelvis inkludera att analysera var utlokaliseringar i verksamheten uppkommer och prioritera kapacitetsökningar därefter.

Stöd och vägledning kring en säker vård ges i *Nationell handlingsplan för patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdens åren 2020–2024 – Agera för säker vård* [50], där regionernas och kommunernas handlingsplaner för säker vård är verktyg för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhetsrisker förknippade med brist på vårdplatser samt risker för patientsäkerheten som behöver hanteras i arbetet med insatser för att minska bristen på vårdplatser beskrivs också i Socialstyrelsens rapport *Riktvärden för belägningsgrad och vårdplatser*. [3] I rapporten finns även vägledning kring hur systematiskt patientsäkerhetsarbete kan stödja arbetet med att minska bristen på vårdplatser.

### Inriktning för insatser inom fokusområde 5

Insatser som syftar till att agera för säker vård och därigenom minimera undvikbar sluten vård (fokusområde 5) kan samlas inom två inriktningar:

- Minimera vårdtillfällen som uppstår eller förlängs till följd av vårdskador och överflyttningar
- Säkerställ patientsäkerhet vid introduktion av nya arbetssätt

## *Minimera vårdtillfällena som uppstår eller förlängs till följd av vårdskador och överflyttningar*

Arbetet för en ökad patientsäkerhet som bidrar till färre vårdskador är viktigt för att ytterligare korta vårdtiderna på sjukhus.

Varje år förlängs vårdtider för ungefär 50 000 patienter i den somatiska slutna vården på grund av någon form av vårdskada<sup>1</sup>. [50] Patienter med vårdskador som vårdas i somatisk slutna vård har i genomsnitt visats ha mer än dubbelt så långa medelvårdtider som patienter utan vårdskador. [49]

Inom den psykiatriska heldygnsvården förekom år 2021 skador vid 11 procent av alla vårdtillfällen, varav cirka 35 procent av skadorna bedöms vara undvikbara. Ungefär 70 procent av samtliga skador inom psykiatrisk vård uppstod inom den slutna vården. [51]

Vårdplatsbristen ger upphov till utlokaliseringar, överbeläggningar och långa väntetider på akutmottagning, vilka i sin tur ökar risken för vårdskador. [49,52,53] Flera överflyttningar mellan avdelningar under samma vårdtillfälle, vilket också förekommer i större utsträckning då det råder vårdplatsbrist i vissa verksamheter, medför patientsäkerhetsrisker och ger ofta upphov till förlängda vårdtider. [54]

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

Flera verksamheter beskriver ett alltmer utökat samarbete mellan avdelningar för att underlätta omhändertagande av varandras patienter och minska patientsäkerhetsrisker vid utlokaliseringar. Denna typ av insatser kan vara nödvändiga för att på kort sikt öka patientsäkerheten vid rådande vårdplatsbrist.

Samtidigt visar flera studier på fördelar med att korta väntetider på akutmottagningen och skriva in patienter på avdelning så fort som möjligt, även när det leder till överbeläggningar och utlokaliseringar. [52,55,56] Detta medför patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker, och i många fall definieras därför ett ”tak” för antalet patienter på avdelningarna. Eftersom akutmottagningen inte kan definiera ett motsvarande maximalt antal kan situationer av höga patientinflöden medföra överbelastning där. I intervjuer med verksamheter framgår ett behov av en större samsyn kring hur sjukhusets samlade resurser bör planeras för att hantera denna typ av situation på ett så patientsäkert sätt som möjligt.

När det gäller förekomsten av vårdskador har en positiv utveckling skett under de senaste åren. I den somatiska slutna vården minskade andelen patienter som får en vårdskada från 8,7 till 6,3 procent mellan 2013 och 2021. Under samma tidsperiod minskade förekomsten av vårdrelaterade infektioner från 5,2 till 4,1 procent av samtliga vårdtillfällen. Även om regionala skillnader kvarstår beskrivs det fokuserade arbetet och uppföljningen av patientsäkerhet bidragit till en förbättrad vårdkvalitet. [49] Regioner och kommuner bör därför arbeta vidare med patientsäkerhetsområdet i enlighet med den nationella handlingsplanen *Agera för säker vård*.

---

<sup>1</sup> Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom eller dödsfall som hade varit möjligt att undvika om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

## *Säkerställ patientsäkerhet vid introduktion av nya arbetssätt*

Ett utvecklingsarbete för minskad vårdplatsbrist innefattar förändringar i arbetssätt och metoder för att ge vård. Exempelvis ser Socialstyrelsen möjligheter i den tekniska utvecklingen, såsom att patienten vårdas i hemmet i ökande utsträckning. Samtidigt som det är viktigt att möjliggöra utveckling och utvärdering av nya, innovativa arbetssätt, är det centralt att sådana förändringar sker med bibehållen eller ökad patientsäkerhet och vårdkvalitet. För att lyckas med detta är det viktigt att identifiera risker som är kopplade till nya arbetssätt, såsom uppgiftsväxling, nya tekniska hjälpmedel, och så vidare, samt vid behov ha åtgärdsplaner för att minimera dessa risker. Det är också viktigt att vid införandet av nya arbetssätt alltid mäta såväl nuläge som resultat efter förändringen.

### *Pågående utveckling att fördjupa och dra lärdom av:*

En central aspekt i att säkerställa bibehållen eller ökad patientsäkerhet är att följa upp verksamhetens resultat i form av avvikelser, vårdskador och andra relevanta indikatorer. För att kunna ta ställning till om nya arbetssätt har patientsäkerhetsmässiga fördelar i förhållande till ordinarie verksamhet behövs baslinjemätningar i ordinarie arbete. Att även inkludera patienters upplevelser och önskemål är en viktig komponent i detta. Utöver före- och eftermätningar är det av vikt att kontinuerligt följa verksamhetens resultat och arbete i syfte att identifiera eventuella brister och risker tidigt.

Nya, innovativa arbetssätt som beskrivs i denna rapport kan leda till risker kopplade till patientsäkerhet. Det gäller såväl i slutenvård som i andra vårdformer. Verksamheterna som intervjuats beskriver ofta en systematisk uppföljning av olika utfallsindikatorer när ändrade arbetssätt innefattar större förändringar, som exempelvis en introduktion av sjukhusvård i patientens hem. Det är viktigt att arbeta med motsvarande uppföljningar av patientsäkerhet även när det gäller förändringar i rutiner eller arbetssätt på en avdelning. Vidare behöver arbetssätten också anpassas efter resultaten av dessa uppföljningar.

# Fortsatt arbete med regeringsuppdraget

## Beskriven inriktning fördjupas och konkretiseras

Inför slutredovisningen av förslag på nationell plan för att minska bristen på disponibla vårdplatser kommer Socialstyrelsen att konkretisera de insatsområden som beskrivs i denna delredovisning. Insatser på kommunal, regional och statlig nivå kommer att identifieras och föreslås som centrala delar av planen.

Utredningsarbetet har i den inledande fasen utgått ifrån ett verksamhetsnära perspektiv och kommer i fortsatt arbete att breddas till fler perspektiv. Insatserna kommer framåt att utredas utifrån genomförbarhet, kostnadseffektivitet och påverkan på vårdplatsläget.

Socialstyrelsen avser att föreslå en nationell plan med insatser som i så stor utsträckning som möjligt är förankrade med berörda aktörer, för att möjliggöra skyndsamt implementering. I det fortsatta arbetet kommer därför ytterligare dialog samt förankring att ske med berörda aktörer från nationell, regional och kommunal nivå.

I fortsatt arbete utreds även hur planen behöver vara utformad, avseende exempelvis beskrivningar av insatser på kort och lång sikt, genomförande och uppföljning, för att på bästa sätt bidra till en minskad vårdplatsbrist.

## Beröringspunkter med pågående arbete inom tillgänglighet och krisberedskap

Myndighetens arbete med regeringsuppdraget kommer att bedrivas parallellt med, och i samverkan med, andra pågående regeringsuppdrag som berör tillgänglighets- och beredskapsfrågor. Detta omfattar bland annat följande:

- **Att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering:** Inom ramen för detta regeringsuppdrag pågår framtagandet av ett metodstöd för produktions- och kapacitetsstyrning inom hälso- och sjukvården. Som utgångspunkt för metodstödet kartläggs hur regionerna arbetar med frågan idag, vilka behov av stöd som regioner och verksamheter ser, samt vedertagna arbetssätt och internationella erfarenheter. I ett nästa steg kommer Socialstyrelsen även att stödja regionerna i att implementera arbetssätten och stötta samordning i produktions- och kapacitetsstyrningsfrågor. Syftet är att stötta regionerna i att skapa bättre balans mellan behov och kapacitet, med särskilt fokus på inrättandet av ett ändamålsenligt antal vårdplatser.
- **Att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser:** I detta arbete fokuserar Socialstyrelsen i ett första steg på regionernas rapportering av vårdplatsdata till myndigheten, och i ett andra på resultaten när det gäller utlokaliseringar och överbeläggningar.

- **Uppföljning och dialog kring tillgänglighet:** Arbetet utgör en plattform för löpande dialog mellan myndigheten och regioner och är därmed ett viktigt verktyg i fortsatt utveckling av såväl riktvärden för antalet disponibla vårdplatser som Socialstyrelsens övriga stöd till regionerna i kapacitetsfrågor.
- **Beredskap:** Arbetet med riktvärden för vårdplatser ger stöd i att dimensionera kapaciteten inom den slutna vården i ett normalläge. Genom att arbeta strategiskt utifrån riktvärdena kan regionerna nå ökad robusthet och stärkta förutsättningar för kapacitetsökningar vid behov och utgöra grund för övningar i kapacitetsökningsförmåga mot olika scenarios. Ett starkt produktions- och kapacitetsplaneringsarbete förväntas också underlätta omdimensionering vid behov. Ytterligare kapacitetsbehov i beredskaps-syfte behandlas inom andra delar av myndighetens arbete.
- **Nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning:** Arbetet, som bedrivs med övriga aktörer i det Nationella vårdkompetensrådet, kommer att närmare undersöka kompetensförsörjnings- och arbetsmiljörelaterade aspekter av vårdplatsarbetet i regionerna.
- **Nationella planeringsstödet:** Socialstyrelsen tar fortlöpande fram underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att skapa en informativ bild över kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och tandvården för att möta upp deras kärnuppdrag. För att stärka de olika aktörernas förmåga att möta personalbristen har Socialstyrelsen tagit fram en analysmodell som presenteras i 2023 års rapport. Den för samman kompetensförsörjningsfrågor med kunskapsstyrning, som nationella riktlinjer och nationella vårdprogram.
- **Nationell plan för att möjliggöra en nationell vårdförmedling:** Inom detta regeringsuppdrag arbetar Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten med att identifiera statliga insatser som kan bidra till att stödja, effektivisera och förenkla regionernas och vårdgivarnas processer och arbetssätt för att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider.
- **Att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider:** Utöver uppdraget kopplat till en nationell vårdförmedling har Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten även ett regeringsuppdrag att omgående genomföra insatser som stödjer och stärker regionernas arbete med att möjliggöra för patienter som väntar på operation eller annan behandling att få vården utförd på annat håll i landet hos vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider.

# Referenser

- [1] Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården 2023.
- [2] Socialdepartementet. Uppdrag att betala ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser 2022.
- [3] Socialstyrelsen. Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser 2023.
- [4] IVO. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen 2023.
- [5] Sveriges Kommuner och Regioner. Psykiatri i siffror - Kartläggning av vuxenpsykiatri 2022 2023.
- [6] Sveriges Kommuner och Regioner. Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2022 2023.
- [7] European Commission. Statistics | Eurostat 2023.
- [8] Ravaghi H, Alidoost S, Mannion R, Bélorgeot VD. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. *BMC Health Serv Res* 2020;20:186. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>.
- [9] Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling 2023.
- [10] Statens offentliga utredningar. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram, SOU 2022:22 2022.
- [11] Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2023 2023.
- [12] Socialstyrelsen. Framtidsscenarioer för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2019.
- [13] Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 2023.
- [14] Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen 2021.
- [15] Sveriges Kommuner och Regioner. Sjukfrånvaroredovisningen 2022.
- [16] Sveriges Kommuner och Regioner. Personalen i välfärden. Personalen i siffror 2022.
- [17] Sveriges Kommuner och Regioner. Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2023.
- [18] NICE. Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals 2014.
- [19] Needleman J, Liu J, Shang J, Larson EL, Stone PW. Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. *BMJ Qual Saf* 2020;29:10–8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-009219>.
- [20] Lasater KB, Mchugh MD. Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *International Journal for Quality in Health Care* 2016;28:253–8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw007>.
- [21] Van den Heede K, Cornelis J, Bouckaert N, Bruyneel L, Van de Voorde C, Sermeus W. Safe nurse staffing policies for hospitals in England, Ireland, California, Victoria and Queensland: A discussion paper. *Health Policy* 2020;124:1064–73.
- [22] McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient



- mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet* 2021;397:1905–13.
- [23] Twigg DE, Kutzer Y, Jacob E, Seaman K. A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *J Adv Nurs* 2019;75:3404–23. <https://doi.org/10.1111/jan.14194>.
- [24] Socialstyrelsen. Utvärdering av metoden självvald inläggning 2021.
- [25] Bekker R, Koole G, Roubos D. Flexible bed allocations for hospital wards. *Health Care Manag Sci* 2017;20:453–66.
- [26] Socialdepartementet. Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. 2022.
- [27] Socialstyrelsen. Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – Meddelandeblad 2022.
- [28] World Health Organization. Task Shifting - Global Recommendations and Guidelines 2007.
- [29] Socialstyrelsen. God och nära vård 2022.
- [30] Sveriges Kommuner och Regioner. Överenskommelse om en God och nära vård 2023.
- [31] Socialstyrelsen. Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2022 2023.
- [32] Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser i slutenvård och specialiserad öppenvård. Socialstyrelsen 2022.
- [33] Sveriges Kommuner och Regioner. Fakta om vårdplatser 2022.
- [34] Borgström K. Slutrapport - Akut sjukhusvård i hemmet 2023.
- [35] Karlsson ML, Joald A, Palm M. SPOT Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam Sollefteå, Örnsköldsvik och Sundsvall 2022.
- [36] Vårdgivarguiden Region Stockholm. Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH - förfrågningsunderlag 2020.
- [37] Socialstyrelsens statistikdatabas för operationer i slutenvård och specialiserad öppenvård. Socialstyrelsen 2022.
- [38] Sveriges Kommuner och Regioner. Samverkan mellan kommun och region frigör vårdplatser 2023.
- [39] Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas väntetidsstatistik över utskrivningsklara patienter och patienter i slutenvård. Väntetider i vården 2022.
- [40] Projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster. Vårderbjudanden med digitala tjänster 2019.
- [41] Backman H, Vanfleteren L, Lindberg A, Ekerljung L, Stridsman C, Axelson M, et al. Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. *Respiratory Research* 2020;21:283. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01536-4>.
- [42] RCC Kunskapsbanken. Prevention n.d.
- [43] Socialstyrelsen. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? 2022.
- [44] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Fysisk träning för att minska risken för fall hos äldre 2021.
- [45] World Health Organization. Step Safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course. World Health Organization Publications 2021.
- [46] Socialstyrelsen. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Bilaga 1 2022.
- [47] Sveriges Kommuner och Regioner. Regionernas verksamhetsstatistik över antal vårdtillfällen med påverkbar slutenvård för personer 65 år och äldre. Vården i Siffror 2023.

- [48] Sveriges Kommuner och Regioner. Skador i somatisk vård 2013–2018 på nationell nivå 2019.
- [49] Sveriges Kommuner och Regioner. Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå 2022.
- [50] Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 - Agera för säker vård 2020.
- [51] Sveriges Kommuner och Regioner. Skador inom psykiatrisk vård 2021 2022.
- [52] Kelen GD, Wolfe R, D’Onofrio G, Mills AM, Diercks D, Stern SA, et al. Emergency Department Crowding: The Canary in the Health Care System. *Catalyst Non-Issue Content* 2021;2. <https://doi.org/10.1056/CAT.21.0217>.
- [53] Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE* 2018;13:e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>.
- [54] Bristol AA, Schneider CE, Lin S-Y, Brody AA. A Systematic Review of Clinical Outcomes Associated With Intrahospital Transitions. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)* 2020;42:175. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000232>.
- [55] Salway R, Valenzuela R, Shoenberger J, Mallon W, Viccellio A. EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2017;28:213–9. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>.
- [56] Derlet RW, Richards JR. Ten Solutions for Emergency Department Crowding. *West J Emerg Med* 2008;9:24–7.