

Metodbeskrivning: Riktvärde på kort sikt och medellång sikt för somatisk intensivvård

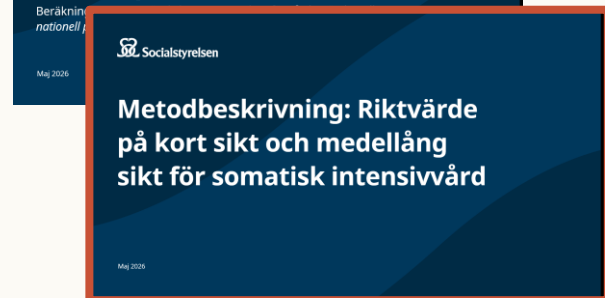
Detta underlag ingår i en serie av fördjupande metodbeskrivningar

Metodbeskrivningen är en av fyra som finns att tillgå för den som vill fördjupa sig i de metoder som Socialstyrelsen använder i beräkningarna av riktvärden för vårdplatser, målsatta mått och potentialskattningar.



Metodbeskrivning: Målsatta mått och potentialskattningar för vårdplatser

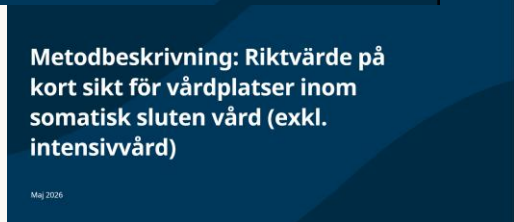
Syftet är att **förklara hur riktvärdena är beräknade**, samt vilka **antaganden och data** de bygger på.



**Metodbeskrivning: Regionala riktvärden för vårdplatser
Riktvärden på kort och medellång sikt för somatisk intensivvård**



Metodbeskrivning: Regionala riktvärden för vårdplatser
Riktvärde på medellång sikt för somatisk slutenvård (exklusive intensivvård)



Metodbeskrivning: Regionala riktvärden för vårdplatser
Riktvärde på kort sikt inom somatisk slutenvård (exklusive intensivvård)

Innehållsförteckning

1

Översikt av riktvärdesmetoden för IVA på kort och medellång sikt

Sida 6–9

2

Kort sikt: Förklaring av beräkning och antaganden

Sida 10–21

3

Kort sikt: Beräkningen steg för steg

Sida 22–37

4

Riktvärde för IVA på medellångsikt

Sida 38–41

5

Avgränsningar och begränsningar

Sida 42–46

6

Bilaga – metod för beräkning 2023-2025

Sida 47–50

Kort sammanfattning av varje avsnitt i metodbeskrivningen

1

Översikt av riktvärdesmetoden för IVA på kort och medellång sikt

Ger en kortfattad introduktion till metodens bakgrund och utformning.

2

Kort sikt: Förklaring av beräkning och antaganden

Beskriver beräkningen av riktvärdet för IVA på kort sikt på ett överskådligt sätt för att ge läsaren en förståelse för hur riktvärdet har beräknats och vilka antaganden som har gjorts.

3

Kort sikt: Beräkningen steg för steg

Redovisar samtliga beräkningssteg för riktvärdet för IVA på kort sikt, vilka data som används och var de finns att tillgå. Syftet är att läsaren med hjälp av beskrivningen ska kunna återskapa beräkningarna. För varje beräkningssteg finns räkneexempel.

4

Riktvärde för IVA på medellång sikt

Beskriver hur riktvärdet för IVA på medellång sikt har beräknats.

5

Avgränsningar och begränsningar

Beskriver de faktorer som kan göra att riktvärdena över- respektive underskattar vårdplatsbehovet.

6

Bilaga – metod för beräkning 2023-2025

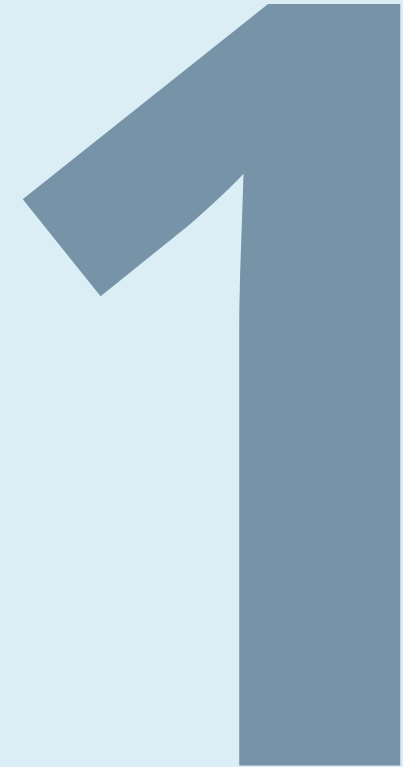
Beskriver hur riktvärdet på kort och medellång sikt för somatisk intensivvård beräknades innan Socialstyrelsen reviderade metoden våren 2026.



**Har du frågor om Socialstyrelsens riktvärden
för vårdplatser eller beläggningsgrad?**

Kontakta pks@socialstyrelsen.se

Översikt av riktvärdesmetoden för IVA på kort och medellång sikt



- ▶ *Beräkningen uppskattar behovet av vårdplatser på intensivvårdsavdelningar*
- ▶ *Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig belägningsgrad är ingångsvärden i beräkningen*
- ▶ *Visuell översikt av beräkningen*

Beräkningen uppskattar behovet av vårdplatser på intensivvårdsavdelningar

Riktvärdet för antal disponibla vårdplatser på intensivvårdsavdelningar (IVA) på kort sikt är en **beräkning av regionernas nuvarande behov av vårdplatser**. Beräkningen baseras på den mängd somatisk intensivvård som regionerna producerar idag, utifrån föregående års intensivvårdsproduktion, och lägger till ytterligare intensivvård som bedöms behövas utifrån förekomsten av överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist samt återinläggningar på IVA inom 72 timmar.

Genom att utgå ifrån regionernas aktuella intensivvårdsproduktion tar beräkningen hänsyn till de **skillnader i organisation och arbetssätt** som gör att behovet av vårdplatser i relation till invånarantalet varierar mellan regioner. Exempelvis har en region med **utvecklad intermediärvård** generellt ett lägre intensivvårdsbehov än regioner utan intermediärvård, vilket kommer att speglas i regionernas intensivvårdsproduktion.

Beräkningen tar också hänsyn till att regionerna har **olika stort behov av vårdplatser för utomlänsvård**, eftersom den tar avstamp i *producerad* slutna vård, oavsett patienternas hemvist.

Vidare fångar beräkningen **behovet av vårdplatser för att minska överbeläggningar**, eftersom den utgår ifrån aktuell intensivvårdsproduktion, vilket inkluderar vård dagar som producerats genom överbeläggningar.

Möjligheterna att minska behovet av intensivvård genom att förändra arbetssätten bedöms vara begränsade. **Därför är riktvärdet på medellång sikt enbart en justering av riktvärdet på kort sikt, utifrån prognostiserad förändring i befolkningens mängd.**

Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad är ingångsvärden i beräkningen

- Socialstyrelsens riktvärden för antalet disponibla vårdplatser – på kort sikt, medellång sikt och för intensivvård – baseras alla på beräkningar av hur mycket slutenvård som varje region behöver producera för att möta behovet, utifrån historiska data och antaganden.
- När det beräknade behovet av slutenvårdsproduktion översätts till ett behov av disponibla vårdplatser, används en rekommenderad genomsnittlig beläggningsgrad. Detta för att säkerställa god tillgänglighet till vårdplatser och ytterligare minska risken för överbeläggningar, utlokaliseringar och överflyttningar på grund av resursbrist.
- I riktvärdesmetoden för IVA används en **genomsnittlig beläggningsgrad om 50-80 procent** beroende på intensivvårdsavdelningens storlek och kategori.

Socialstyrelsen har tagit fram följande riktvärden för beläggningsgrad:

- 50 procent för avdelningar i kategori I-III med 1-4 disponibla vårdplatser
- 65 procent för avdelningar i kategori I-II med 5-8 disponibla vårdplatser
- 70 procent för avdelningar i kategori III med 5-8 disponibla vårdplatser
- 80 procent för avdelningar i kategori I-III med 9 eller fler disponibla vårdplatser

Riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad i intensivvården reviderades av Socialstyrelsen i dialog med regionerna våren 2026 (för tidigare beläggningsgrader, se bilagan i kapitel 6).

Visuell översikt av beräkningen



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggningsgrad

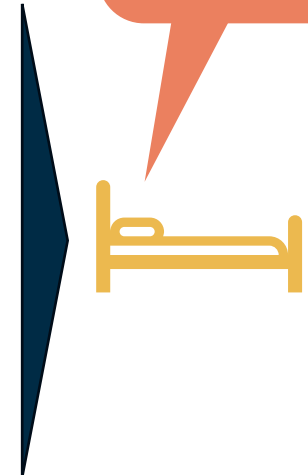
Producerad intensivvård

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar

$$\div 365 \div 50-80\%$$

Tidigare beräkningssteg ger antal vårdplatser per avdelning – dessa summeras per region för att få riktvärdet.



Kort sikt: **Förklaring av beräkning och antaganden**



- ▶ *Introduktion: Detta avsnitt förklarar beräkningarna översiktligt och konceptuellt*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 1: Vårdproduktionen från föregående år används som utgångspunkt*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 2: Vårdproduktion räknas upp för att uppskatta det samlade behovet*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 3: Det uppräknade intensivvårdsbehovet översätts till vårdplatser*

***Introduktion:* Detta avsnitt förklarar beräkningarna översiktligt och konceptuellt**

Avsnittet avser att **förklara riktvärdesmetoden på ett överskådligt sätt** så att läsaren får en ökad förståelse för...

- hur metoden är uppbyggd
- varför olika beräkningssteg utförs
- vilka antaganden som ligger till grund för beräkningarna



Beräkning och antaganden – Steg 1



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

Producerad intensivvård



2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

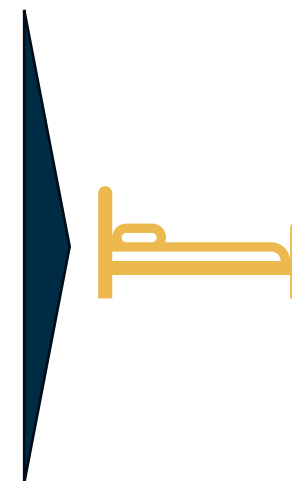
Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar



3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggningsgrad

$$\div 365 \div 50-80\%$$





Steg 1: Vårdproduktionen från föregående år används som utgångspunkt

Varför?

Eftersom det tar tid att förändra arbetssätt, är det troligt att en intensivvårdsavdelning producerar ungefär lika mycket vård under ett år som den gjorde under året innan. Föregående års intensivvårdsproduktion ger därför en rimlig uppskattning av hur mycket intensivvård som kommer att produceras under innevarande år.

Mot denna bakgrund används föregående års intensivvårdsproduktion (somatisk) som utgångspunkt för beräkningarna. Underlaget omfattar även intensivvård som har bedrivits vid överbeläggningar.

Hur?

- a) Data över föregående års intensivvårdsproduktion, uppdelade per intensivvårdsavdelning och mätt i vårdtid (i dagar), hämtas från *Svenska intensivvårdsregistret* (SIR). Dessa data används som utgångspunkt för beräkningarna.
 - Vårdtid i SIR benämns *vårddygn* och beräknas som tidpunkt (klockslag) för utskrivning minus tidpunkt för inskrivning, vilket skiljer sig från termen *vård dag* som används i Patientregistret och där varje påbörjat dygn räknas som en vård dag.

Beräkning och antaganden – Steg 2



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år



2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar



3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggingsgrad

Producerad intensivvård

$$\div 365 \div 50-80\%$$





Steg 2: Vårdproduktionen räknas upp för att uppskatta det samlade *behovet* – utifrån förekomst av överflyttningar p.g.a. resursbrist

Varför?

Överflyttningar på grund av resursbrist **indikerar ett behov av utökad vårdplatskapacitet** på den avdelning som flyttar patienten.

Det är viktigt att minska dessa överflyttningar eftersom de medför patientsäkerhetsrisker.

Hur?

- a) Data över antal överflyttningar till annan IVA som orsakats av resursbrist hämtas från SIR:s publika utdataportal för föregående år, uppdelade per intensivvårdsavdelning.
 - Enbart patienter som har utskrivningsorsak "resursbrist" räknas med, vilket i SIR definieras som att det finns fler patienter under eller i behov av intensivvård än det finns disponibla vårdplatser* vid den aktuella tidpunkten.
- b) Ett antagande görs om att det i genomsnitt hade krävts ytterligare ett vårddygn (vårdtid motsvarande 24 timmar) per vårdtillfälle för att undvika överflyttning.
 - Antagandet är utformat i dialog med sakkunniga inom intensivvård och baseras på data som visar att vårdtillfällen på IVA ofta är kortare än ett dygn (år 2022 var 46 % av vårdtillfällena kortare än 24 timmar). Detta indikerar att ett tillskott om ett vårddygn i många fall hade varit tillräckligt för att fullfölja vården utan överflyttning.
- c) Den extra vårddiden adderas till avdelningens producerade vårdtid som hämtats i steg 1, dvs. för varje överflyttning räknas intensivvårdsproduktionen upp med en dag.



Resultatet är den uppräknade intensivvårdsproduktionen utifrån förekomsten av överflyttningar.

*Inom intensivvård används generellt begreppet *beläggningsbara platser* snarare än *disponibla vårdplatser*. I Socialstyrelsens material används begreppet *disponibla vårdplatser* i syfte att uppnå en enhetlig begreppsanvändning för myndighetens arbete med vårdplatser som helhet.

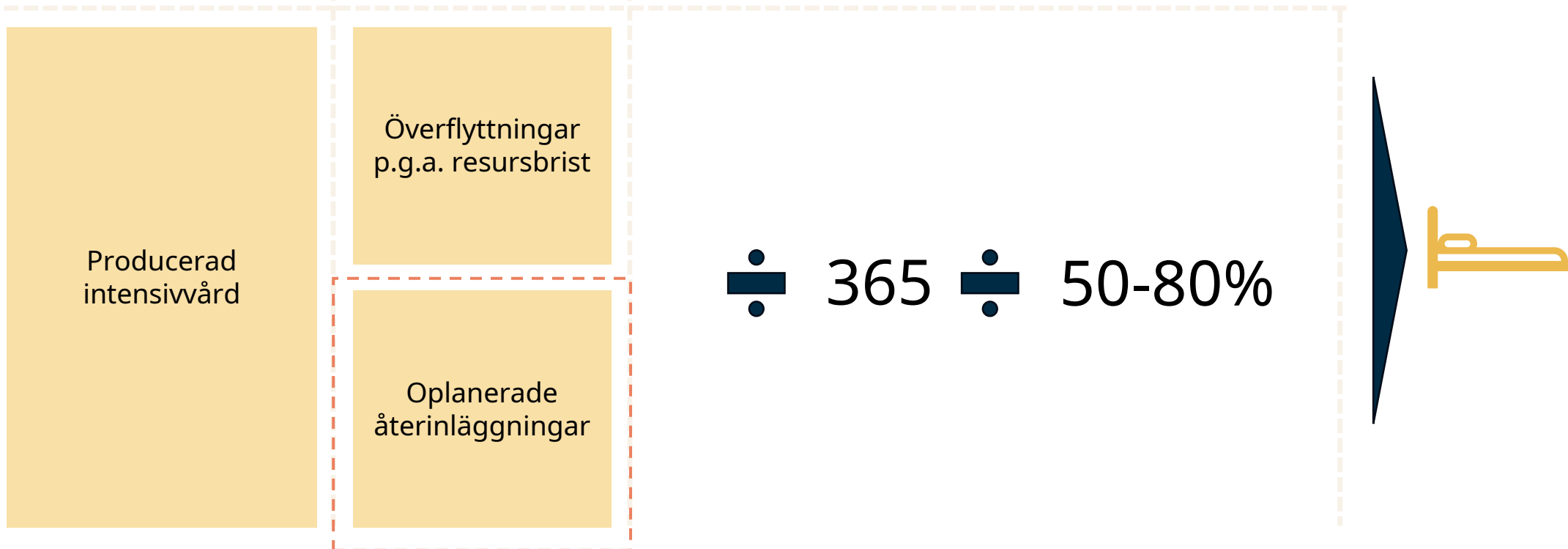
Beräkning och antaganden – Steg 2



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggingsgrad





Steg 2: Vårdproduktionen räknas upp för att uppskatta det samlade *behovet* – utifrån förekomst av oplanerade återinläggningar

Varför?

Förekomsten av oplanerade återinläggningar **antas vara en indikation på ett behov av att förlänga vårdtiden**, även om det inte går att avgöra i vilken utsträckning ytterligare vårdtid på IVA hade kunnat påverka återinläggningen och dess längd.

Hur?

- Precis som för överflyttningar hämtas data över antal oplanerade återinläggningar inom 72 timmar från SIR:s publika utdataportal för föregående år, per intensivvårdsavdelning.
- För varje oplanerad återinläggning räknas vårdtiden upp med 24 timmar. Detta är ett antagande som är utformat i dialog med sakkunniga inom intensivvård.
- Den extra vårdtiden adderas till avdelningens producerade vårdtid som hämtats i steg 1.



Resultatet är den uppräknade intensivvårdsproduktionen utifrån förekomsten av oplanerade återinläggningar och överflyttningar.

Beräkning och antaganden – Steg 3



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggningsgrad

Producerad intensivvård

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar

$$\div 365 \div 50-80\%$$





Steg 3: Det uppräknade intensivvårdsbehovet översätts till vårdplatser utifrån rekommenderad beläggningsgrad

Varför?

Det är viktigt att säkerställa god tillgänglighet till vårdplatser; den genomsnittliga beläggningsgraden bör därför inte vara för hög. På en mindre avdelning står varje vårdplats för en högre andel av vårdplatskapaciteten, därför krävs en lägre genomsnittlig beläggningsgrad för att säkerställa att det finns lediga vårdplatser vid behov. Detta innebär inte att en del vårdplatser alltid ska stå tomma, utan måttet är ett genomsnitt över året.

Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad i intensivvård

Avdelningsstorlek och kategori	Riktvärde
1-4 vårdplatser kat I-III	50 %
5-8 vårdplatser kat I-II	65 %
5-8 vårdplatser kat III	70 %
9 + vårdplatser kat I-III	80 %

Hur?

- Avdelningens uppräknade intensivvårdsbehov uttryckt i vårdtid (i dagar) divideras med 365 för att fördela vårdtiden över årets dagar. Det ger en uppskattning av hur mycket intensivvård (mätt som vårddygn) som avdelningen behöver producera i snitt varje dag för att möta behovet.
- Kvoten divideras sedan med det riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad som motsvarar avdelningens storlek (enligt bild till vänster).

Resultatet är intensivvårdsavdelningens uppräknade vårdplatsbehov, dvs. det initiala riktvärdet för antalet vårdplatser på avdelningen.

Beräkning och antaganden



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggingsgrad

Producerad intensivvård

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar

$$\div 365 \div 50-80\%$$

Tidigare beräkningssteg ger antal vårdplatser per avdelning – dessa summeras per region för att få riktvärdet.



Avdelningarnas riktvärden summeras

Hur?

Riktvärdena för alla avdelningar inom en region summeras.



Resultatet är regionens riktvärde för antalet IVA-platser.

Riktvärdet kan vara högre eller lägre än det nuvarande antalet disponibla vårdplatser i regionen. Ett lägre riktvärde kan upplevas svårt att förstå om man i regionen bedömer att det finns en brist på vårdplatser – detta är generellt en effekt av den stora variationen i behov som ses i intensivvården. Riktvärdet är ett genomsnitt för vårdplatser per dag per år, och tar inte hänsyn till variationer i patientflöden över tid. Det krävs bland annat en systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för att anpassa antalet vårdplatser så att det möter det dagliga behovet.

Kort sikt: Beräkningen steg för steg



- ▶ *Introduktion: Detta avsnitt ger detaljerade beskrivningar av samtliga beräkningssteg*
- ▶ *Översikt av data som ingår i beräkningarna*
- ▶ *Beräkningen steg för steg*

Introduktion: Detta avsnitt ger detaljerade beskrivningar av samtliga beräkningssteg

Avsnittet avser att förklara samtliga beräkningssteg och dataspecifikationer på en sådan detaljnivå att **det ska vara möjligt för läsaren att genomföra beräkningarna på egen hand** med hjälp av detta material.

Efter varje steg i metoden följer ett räkneexempel, med undantag för första steget. Samma fiktiva intensivvårdsavdelning används genomgående för att ge läsaren möjlighet att följa beräkningarna steg för steg. I vissa delar kompletteras detta med ytterligare fiktiva regioner för att illustrera hur värden och förutsättningar kan skilja sig åt mellan regioner.



Översikt av data som ingår i beräkningarna (1/2)

Översikt av data som ingår i beräkningarna för riktvärdet för IVA samt datakälla.

Data	Specifikation	Datakälla
Avdelningsstorlek	Avser antal disponibla (beläggningsbara) intensivvårdsplatser på en avdelning och beräknas som ett viktat veckosnitt. Med beläggningsbar intensivvårdsplats menas att avdelningen har både en fysisk sängplats och personal för vård av patient med intensivvårdsbehov.	Svenska intensivvårdsregistret <i>Riktlinje för svensk intensivvård – tertiärrapport för föregående års alla tertiärer. Dessa uppgifter bekräftas, justeras och/eller kompletteras av varje region före beräkning.</i>
Befolkningsmängd	Avser total befolkningsmängd per region, föregående helår.	Statistiska centralbyrån
Prognostiserad befolkningsmängd	Avser total prognostiserad befolkningsmängd per region för fem år fram i tiden.	Statistiska centralbyrån

Översikt av data som ingår i beräkningarna, forts. (2/2)

Översikt av data som ingår i beräkningarna för riktvärdet för IVA samt datakälla.

Data	Specifikation	Datakälla
Vårdtid i dagar (vårddygn)	Tiden mellan tidpunkt (klockslag) för inskrivning och utskrivning för avslutade vårdtillfällen, föregående helår	Svenska intensivvårdsregistret <i>Utdataportalen – Rapporter – Produktion</i>
Vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA p.g.a. resursbrist	Inkluderar enbart de patienter som har utskrivningsorsak resursbrist, och ej "medicinsk indikation" eller "hemmahörande där", föregående helår. Enligt SIR:s definition råder resursbrist när det finns fler patienter under eller i behov av intensivvård än det finns disponibla, lediga vårdplatser vid den aktuella tidpunkten.	Svenska intensivvårdsregistret <i>Utdataportalen – Kvalitetsindikatorer</i>
Vårdtillfällen med oplanerade återinläggningar inom 72 timmar till samma IVA	Avser totalt antal vårdtillfällen, föregående helår, där det skett en oplanerad återinläggning inom 72 timmar från utskrivning, och tar inte hänsyn till om en patient återinlagts flera gånger.	Svenska intensivvårdsregistret <i>Utdataportalen – Kvalitetsindikatorer</i>

Beräkningen steg för steg - Steg 1



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

Producerad intensivvård

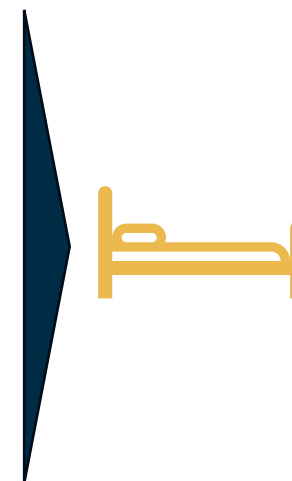
2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar

3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggningsgrad

$$\div 365 \div 50-80\%$$





Steg 1: Data om intensivvårdsproduktion hämtas från SIR

1.1 Som utgångspunkt används data över föregående års slutenvårdsproduktion inom somatisk intensivvård, uttryckt i vårdtid i dagar och uppdelat per intensivvårdsavdelning. Dessa data hämtas från *Svenska intensivvårdsregistrets* (SIR:s) publika utdataportal.

- Datauttaget ska innehålla totalt antal vårdtillfällen och total vårdtid i dagar (vilket i SIR benämns *vårddygn*).
- I SIR definieras vårddygn som skillnaden mellan tidpunkt (klockslag) för inskrivning och utskrivning.
- SIR inkluderar tre intensivvårdskategorier: allmän IVA, thorax-IVA och barn-IVA. Produktionsdata inkluderar även eventuella överbeläggningar.
- Täckningsgraden för SIR är god. Enligt SIR:s årsrapport 2024 var täckningsgraden 100 procent för alla 82 intensivvårdsavdelningar i Sverige, dvs. alla är anslutna till SIR och skickar data. Täckningsgraden är dock inte 100 procent för alla indikatorer.

Beräkningen steg för steg - Steg 2



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år



2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:



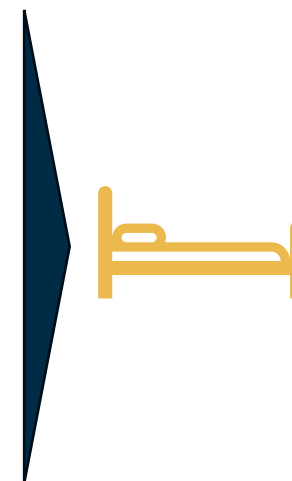
3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggingsgrad

Producerad intensivvård

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar

$$\div 365 \div 50-80\%$$





Steg 2: Data om överflyttningar och återinläggningar hämtas från SIR och uppräknig görs

2.1 Data över överflyttningar p.g.a. resursbrist för föregående år hämtas från SIR:s publika utdataportal. Datauttaget ska innehålla antal överflyttningar per avdelning.

- Enligt SIR:s definition råder resursbrist när det finns fler patienter under eller i behov av intensivvård än det finns disponibla vårdplatser vid den aktuella tidpunkten.

2.2 Antagandet görs att det i genomsnitt hade krävts vårdtid motsvarande ett dygn (24 timmar) för att undvika överflyttning. För varje överflyttning p.g.a. resursbrist räknas intensivvårdsproduktionen därför upp med 24 timmar.

- Antagandet är utformat i dialog med sakkunniga inom intensivvård och baseras på data som visar att vårdtillfällena på IVA ofta är kortare än ett dygn. Detta indikerar att ett tillskott om ett vårddygn i många fall hade varit tillräckligt för att fullfölja vården utan överflyttning.

2.3 Data över oplanerade återinläggningar inom 72 timmar för föregående år hämtas från SIR:s publika utdataportal. Datauttaget ska innehålla antal återinläggningar per avdelning.

2.4 För varje oplanerad återinläggning räknas intensivvårdsproduktionen på den aktuella avdelningen upp med 24 timmar.

För alla avdelningar görs med andra ord följande beräkning:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Totalt antal} & & \text{Antal} & & \text{Antal} & & \text{Uppräknad} \\ \text{vårddygn på} & + & \text{överflyttningar} & + & \text{oplanerade} & = & \text{intensivvårds-} \\ \text{IVA} & & \text{p.g.a.} & & \text{åter-} & & \text{produktion} \\ & & \text{resursbrist} & & \text{inläggningar} & & \text{(vårdtid i dagar)} \end{array}$$



Räkneexempel: Steg 2 – Uppräkning av produktion sett till förekomsten av överflyttningar och återinläggningar

För att tydliggöra beräkningsmetoden följs fiktiva intensivvårdsavdelningen Mellan. Föregående år producerade avdelningen ungefär 2 200 vårddygn. Detta värde räknas upp utifrån förekomsten av överflyttningar och återinläggningar.

Uppräkningarna medför inte en exakt beräkning av behovet utan ämnar att illustrera att det finns ett behov av ökad kapacitet.

Intensivvårdsproduktion IVA Mellan	
Totalt antal producerade vårddygn	2190
Antal överflyttningar p.g.a. resursbrist	35
Antal oplanerade återinläggningar inom 72 h	14

Uppräknad intensivvårdsproduktion (vårdtid i dagar):
2 190 + 35 + 14 = 2 239

Beräkningen steg för steg - Steg 3



1. Utgångspunkt: varje avdelnings intensivvårdsproduktion från föregående år

2. Uppräkning av intensivvårdsproduktion utifrån förekomsten av:

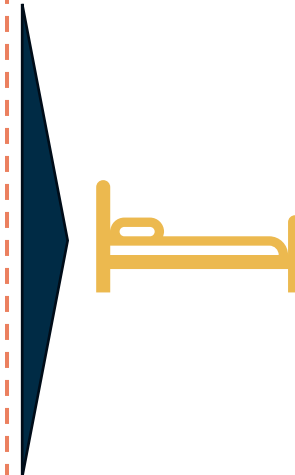
3. Översättning av uppskattat intensivvårdsbehov till vårdplatsbehov utifrån fördelning på årets dagar och rekommenderad beläggningsgrad

Producerad intensivvård

Överflyttningar p.g.a. resursbrist

Oplanerade återinläggningar

$$\div 365 \div 50-80\%$$



Steg 3: Det uppskattade intensivvårdsbehovet översätts till vårdplatser utifrån rekommenderad beläggningsgrad

3.1 Det uppräknade intensivvårdsbehovet (uttryckt i vårdtid i dagar) fördelas över årets dagar.

3.2 Resultatet från 3.1 divideras sedan med Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad. Detta görs för att säkerställa att beläggningsgraden i genomsnitt möjliggör att det finns lediga vårdplatser när patienter behöver dem.

Riktvärdena är anpassade efter avdelningsstorlek – närmare detalj kring hur de utformats beskrivs på efterföljande sidor.

Storlek på avdelning (genomsnittligt antal vårdplatser)	Riktvärde genomsnittlig beläggningsgrad
1-4 vårdplatser kat I-III	50 %
5-8 vårdplatser kat I-II	65 %
5-8 vårdplatser kat III	70 %
9 + vårdplatser kat I-III	80 %

För varje avdelning görs följande beräkning:

$$\begin{array}{l} \text{Uppräknad} \\ \text{intensivvårds-} \\ \text{produktion} \\ \text{(vårdtid i dagar)} \end{array} \div 365 \div \begin{array}{l} \text{Riktvärde för} \\ \text{beläggningsgrad} \\ \text{(50-80\%)} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Vårdplatsbehov} \\ \text{på IVA} \end{array}$$

Hur avdelningarnas storlek beräknas beskrivs på [sida 35](#)



Fördjupning: Översikt av hur riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad har tagits fram (1/3)

I samband med publiceringen av årsriktvärdet för 2026 (baserat på data från 2025) införde Socialstyrelsen en reviderad metod för beräkning av riktvärdet för intensivvårdsplatser. Revideringen genomfördes i enlighet med regeringsuppdraget om att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058 (delvis)) i vilket Socialstyrelsen fick i uppdrag att, i dialog med regionerna, definiera nationella målnivåer för beläggningsgrad och vårdkapacitet anpassade efter verksamhetstyper, geografiska förutsättningar och enheters storlek.

Vid genomförande av revideringen var Socialstyrelsen lyhörd för de synpunkter som regionerna tidigare framfört på riktvärdet för intensivvården (se kapitel 6 för en fullständig beskrivning av den tidigare metoden). En vanligt förekommande synpunkt var att riktvärdet upplevdes vara för högt. Mot bakgrund av detta genomförde Socialstyrelsen workshops med representanter från 19 regioner, och förankring i uppföljande möten med 17 regioner. Workshop 1 genomfördes med utgångspunkt i data på enhetsnivå (data för en 9 veckor lång period med för enheten normalt antal disponibla vårdplatser). Utifrån data, diskuterades respektive enhets genomsnittliga beläggningsgrader, antal tillfällen då beläggning översteg antal disponibla vårdplatser och relaterade frågeställningar. Det gemensamma arbetet resulterade i att Socialstyrelsen våren 2026 tog beslut om att införa *en till kategori* för genomsnittlig beläggningsgrad, *att justera intervallen för avdelningsstorlek något* och att *införa en till nivå för rekommenderad beläggningsgrad*. Socialstyrelsen beslutade även att *frånga SFAI:s riktlinje om minsta storlek på intensivvårdsavdelning* i beräkningen av riktvärdet (även om myndigheten frångår riktlinjen vid *beräkningarna* av riktvärdet, betonar myndigheten även fortsättningsvis vikten av att följa SFAI:s rekommendation om att medarbetare behöver få strukturerad erfarenhet av större patientvolym, om organisationen har intensivvårdsenheter med färre än fyra vårdplatser).

	Metod 2023–2025	Reviderad metod 2026																		
Riktlinje SFAI¹	Utifrån riktlinjen om minst fyra vårdplatser per avdelning har riktvärdet justerats upp till fyra vårdplatser på de enheter där det beräknade behovet understigit detta.	Riktlinje för minsta avdelningsstorlek tillämpas inte – ingen uppjustering av avdelningsstorlek.																		
Tillämpade beläggningsgrader	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Avdelningsstorlek</th> <th>Rekommenderad beläggningsgrad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1–4 dvpl.²</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>5–9 dvpl.²</td> <td>65 %</td> </tr> <tr> <td>≥ 10 dvpl.²</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>	Avdelningsstorlek	Rekommenderad beläggningsgrad	1–4 dvpl. ²	50 %	5–9 dvpl. ²	65 %	≥ 10 dvpl. ²	80 %	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Avdelningsstorlek</th> <th>Rekommenderad beläggningsgrad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1–4 dvpl.² kat. I–III</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>5–8 dvpl.² kat I–II</td> <td>65 %</td> </tr> <tr> <td>5–8 dvpl.² kat III</td> <td>70 %</td> </tr> <tr> <td>≥ 9 dvpl.² kat I–III</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>	Avdelningsstorlek	Rekommenderad beläggningsgrad	1–4 dvpl. ² kat. I–III	50 %	5–8 dvpl. ² kat I–II	65 %	5–8 dvpl. ² kat III	70 %	≥ 9 dvpl. ² kat I–III	80 %
Avdelningsstorlek	Rekommenderad beläggningsgrad																			
1–4 dvpl. ²	50 %																			
5–9 dvpl. ²	65 %																			
≥ 10 dvpl. ²	80 %																			
Avdelningsstorlek	Rekommenderad beläggningsgrad																			
1–4 dvpl. ² kat. I–III	50 %																			
5–8 dvpl. ² kat I–II	65 %																			
5–8 dvpl. ² kat III	70 %																			
≥ 9 dvpl. ² kat I–III	80 %																			

¹ Av "Riktlinjer för svensk intensivvård" framtagna av Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) (2024) framgår att "En intensivvårdsavdelning bör som minst vara dimensionerad för och regelbundet kunna bedriva vård av fyra samtidiga intensivvårdspatienter. Om detta inte är uppfyllt ska en sådan avdelning ge medarbetarna förutsättningar att strukturerat få erfarenhet av större volymer intensivvårdspatienter." (s. 3). ² *Dvpl.* används här som förkortning för *disponibla vårdplatser*.



Fördjupning: Översikt av hur riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad har tagits fram (2/3)

Revideringen som beskrivs på föregående sida, ska ses som en vidareutveckling av den analys som föregick framtagandet av de tidigare tillämpade riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad inom intensivvården. I detta arbete genomförde Socialstyrelsen en analys av beläggningsgraden på alla intensivvårdsavdelningar i Sverige under perioden april 2022 till mars 2023, samt en sammanställning av vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter kring beläggningsgrad och styrning av vårdplatskapacitet.

Både analysen och litteratursammanställningen ingår i Socialstyrelsens rapport *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser* (2023), och fördjupas i rapportens "Bilaga 4: Att använda målvärden för att styra mot optimala nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser i hälso- och sjukvården – Sammanställning av befintlig kunskap och internationella erfarenheter".

- Analysen av beläggningsgrad på Sveriges intensivvårdsavdelningar syftade till att identifiera vilken nivå av genomsnittlig beläggningsgrad som är förknippad med frekventa tillfällen med fullbelagda avdelningar. Analysen visade bland annat att avdelningarnas storlek, sett till antal vårdplatser, har större påverkan än deras kategorier* på vilken genomsnittlig beläggningsgrad som är önskvärd. Därför differentieras riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad utifrån avdelningsstorlek.
- Litteratursammanställningen lyfter bland annat flera studier** som beskriver vikten av att anpassa beläggningsgrad efter avdelningens storlek vid ett varierande vårdbehov, eftersom varje vårdplats som beläggs på en liten enhet utgör en större andel av det totala antalet disponibla vårdplatser.

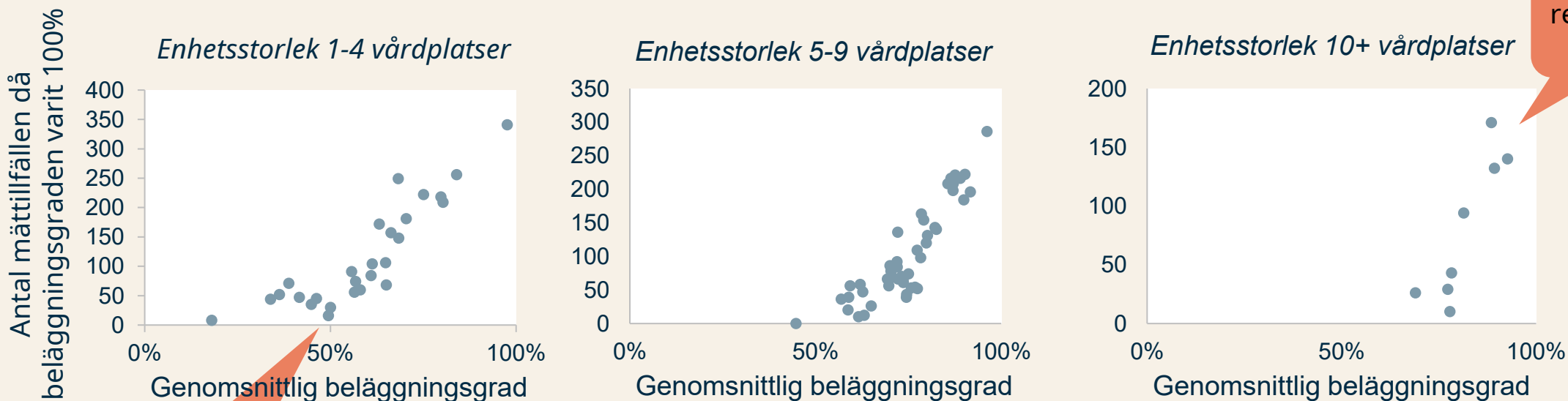
*I Sverige finns tre kategorier av IVA: Kategori III bedrivs på universitetssjukhus och tillhandahåller den mest avancerade intensivvården. Kategori II och I bedrivs på bland annat läns- och länsdelssjukhus och tillhandahåller en mindre avancerad intensivvård än kategori III.

**Exempel på källor som lyfts i rapporten: 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(1):186; Jones RP. *Myths of ideal hospital size*. Med J Aust. 2010;193(5):298-300; Green LV. *How many hospital beds?* Inquiry. 2002;39(4):400-12; Kakad M, Utley M, Rugkåsa J, Dahl FA. *Erlang could have told you so-A case study of health policy without maths*. Health Policy. 2019;123(12):1282-7.



Fördjupning: Översikt av hur riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad har tagits fram, forts. (3/3)

Graferna nedan visar **antalet mättillfällen då beläggningsgraden varit 100 procent** för avdelningar med 1-4, 5-9 respektive över 10 vårdplatser, i relation till hur avdelningarnas **genomsnittliga beläggningsgrad sett ut under perioden**. Varje punkt i graferna representerar en intensivvårdsavdelning. Socialstyrelsens riktvärden är satta utifrån målet att beläggningsgraden ska vara så hög som möjligt, med samtidig minimera antalet tillfällen då avdelningarna är helt fullbelagda. Som graferna visar ses en tydlig ökning i antal mättillfällen med 100 procent beläggning vid 50, 65-70 respektive 80 procent genomsnittlig beläggningsgrad.



Varje punkt representerar en IVA

Redan vid 50% genomsnittlig beläggningsgrad ses en stor ökning av antal tillfällen med 100% beläggningsgrad



Fördjupning: Beräkna storlek på intensivvårdsavdelning

Varje år rapporterar regionerna antalet disponibla intensivvårdsplatser till SIR. Uppgifterna sammanställs i rapporten *Riktlinje för Svensk Intensivvård – Tertianrapport* och används för att beräkna intensivvårdsavdelningarnas genomsnittliga storlek över året. Inrapporteringen sker genom tre punktmätningar varje år, en i varje tertial. Vid varje mättillfälle registreras antal disponibla vårdplatser tre gånger under dygnet; förmiddag, eftermiddag och natt. Detta görs för en vardag respektive helgdag per tertial.

Beräkningen sker i fyra steg, där snittet för varje tertial först beräknas separat och därefter vägs samman till ett årsgenomsnitt:

1. Genomsnittet för en enskild dag beräknas genom att först summera antalet disponibla vårdplatser på förmiddagen, eftermiddagen och natten, och sedan dividera med tre. Detta görs separat för vardagar och helgdagar.
2. Vardagssnittet multipliceras sedan med 5/7 och helgsnittet med 2/7, för att representera en vanlig vecka. Resultaten summeras vilket ger genomsnittligt antal disponibla vårdplatser per dag under tertialen.
3. Varje tertials genomsnitt multipliceras med tillhörande vikt, för att ta hänsyn till att tertialen omfattar olika många månader. För tertial ett och tre används vikten 4,5/12. För tertial två används 3/12, eftersom tertial två avser 3 månader (se tabellen nedan för samtliga vikter).
4. De viktade värdena summeras för att få genomsnittligt antal disponibla vårdplatser per dag under året.

Tertial 1, vecka 12 (4,5/12)						Tertial 2, vecka 29 (3/12)						Tertial 3, vecka 42 (4,5/12)					
Vardag (5/7)			Helg (2/7)			Vardag (5/7)			Helg (2/7)			Vardag (5/7)			Helg (2/7)		
FM	EM	Natt	FM	EM	Natt	FM	EM	Natt	FM	EM	Natt	FM	EM	Natt	FM	EM	Natt
$\left(\frac{FM + EM + Natt}{3} \times \frac{5}{7} \right)$			$+ \left(\frac{FM + EM + Natt}{3} \times \frac{2}{7} \right)$			$\times \frac{4,5}{12} + [Tertial 2] + [Tertial 3] =$						<i>Viktat genomsnitt av antal disponibla vårdplatser</i>					

Motsvarande beräkningar görs för tertial två och tre



Räkneexempel: Översätt vårddyg i dagar till vårdplatser med hänsyn till riktvärde för beläggningsgrad

Vi är tillbaka på intensivvårdsavdelningen Mellan. Det uppräknade antalet vårddyg fördelas på årets dagar, det vill säga vi delar 2 239 med 365. Resultatet blir 6 "vårddyg per dag" i genomsnitt.

2 239 vårddyg / 365 dagar = 6 vårddyg per dag

På avdelningen behöver det alltså finnas disponibla vårdplatser för att kunna producera 6 vårddyg per dag. Därtill behövs viss buffert för att ta hänsyn till att behovet varierar och det är viktigt att säkerställa att ledig vårdplats finns när behovet uppstår. Genom att räkna med den rekommenderade beläggningsgraden – vilket för IVA Mellan är 65 procent eftersom avdelningen faller inom kategorin avdelningsstorlek 5-8 platser (i Kat. I-II) – får vi avdelningens riktvärde för antal vårdplatser.

6 vårddyg per dag / 0,65 = 9 vårdplatser

Efter att ha räknat upp vårdbehovet utifrån förekomsten av överflyttningar och återinläggningar ser vi att IVA Mellan har ett behov av att producera cirka 6 vårddyg per dag. I dagsläget har IVA Mellan 8 vårdplatser (beräknat utifrån tertialrapporter från föregående år).



För att säkerställa att det finns vårdplatser tillgängliga när de behövs, krävs en viss buffert. Efter att ha beaktat den rekommenderade genomsnittliga beläggningsgraden visar det sig att IVA Mellan behöver öka från 8 till 9 vårdplatser.



Riktvärdet för IVA på medellång sikt

4

- ▶ *Inom intensivvård ses ingen tydlig potential att minska behovet genom ändrade arbetsätt*
- ▶ *Riktvärdet på kort sikt justeras efter prognostiserad befolkningsmängd fem år framåt*
- ▶ *Räkneexempel: Beräkna riktvärdet för IVA på medellång sikt*

Inom intensivvård ses ingen tydlig potential att minska behovet genom ändrade arbetssätt

- Socialstyrelsen gör bedömningen att det inte är **möjligt att minska behovet av intensivvård** genom att förändra organisering och arbetssätt på samma systematiska sätt som man kan minska behovet av övrig sluten vård. Denna bedömning har gjorts i dialog med sakkunniga inom IVA, och grundas framför allt i att det är svårt att flytta produktion på IVA till ordinarie sluten vård eller öppen vård.
 - För en avdelning som idag har en lägre belägningsgrad än rekommenderat kan det ändå finnas möjlighet att reducera antalet genomsnittliga vårdplatser. En sådan justering påverkar inte *behovet* av intensivvård, utan handlar om att bättre *dimensionera* antalet vårdplatser utifrån behovet.
- Därför görs **ingen skattning av potentialen att minska intensivvårdsbehovet**, så som vi gör med riktvärdet på medellång sikt för övrig somatisk vård.
- Det som i realiteten kan komma att förändra behovet av intensivvård på många sjukhus på sikt är **utvecklingen av intermediärvården**, då denna kan avlasta intensivvården, samt medicinska framsteg som både kan öka och minska behovet av intensivvård. Det är dock svårt att förutspå hur denna utveckling kommer att se ut.



Riktvärdet på medellång sikt utgår från den prognostiserade befolkningens mängden fem år framåt

Varför?

Förändrade arbetssätt bedöms inte kunna minska intensivvårdsbehovet i någon större omfattning. Däremot påverkas behovet av hur befolkningen utvecklas över tid.

Därför justeras riktvärdet på kort sikt efter prognostiserad befolkningens mängd för att uppskatta det framtida behovet av IVA-platser.

Hur?

1. Från *Statistikdatabasen SCB:s* sida hämtas data över:
 - a. Regionens prognostiserade befolkningens mängd för fem år fram i tiden (dessa data hittas under *Befolkningsframskrivning*).
 - b. Regionens nuvarande befolkningens mängd (dessa data finns under *Befolkningsstatistik*).
2. Regionens riktvärde för IVA på kort sikt divideras med nuvarande befolkningens mängd, vilket ger behovet av intensivvårdsplatser per invånare.
3. Behovet per invånare multipliceras sedan med regionens prognostiserade befolkningens mängd.

$$\text{Behov av IVA-platser per invånare} \times \text{Prognostiserad befolkningens mängd om fem år} = \text{Uppskattat behov av vårdplatser på medellång sikt}$$



Resultatet av beräkningen är regionens riktvärde för IVA på medellång sikt.



Räkneexempel: Beräkna riktvärdet för IVA på medellång sikt

En fiktiv regions riktvärde på kort sikt är 78 intensivvårdsplatser. Deras nuvarande befolkning är 1,52 miljoner invånare, och prognosen för fem år fram i tiden är 1,61 miljoner invånare.

Riktvärdet på medellång sikt beräknas genom att dividera riktvärdet med nuvarande antal invånare för att få riktvärde per invånare, och sedan multiplicera med prognostiserat antal invånare. Detta ger ett riktvärde på medellång sikt på 83 vårdplatser.

Riktvärde för somatisk intensivvård på <i>kort sikt</i> (antal vårdplatser)	78
Regionens nuvarande befolkningsmängd	1 520 000
Regionens prognostiserade befolkningsmängd om 5 år	1 610 000

Riktvärdet på medellång sikt:
 $(78 / 1\,520\,000) \times 1\,610\,000 = 83$ vårdplatser

Avgränsningar och begränsningar



- ▶ *Avsnittet beskriver faktorer som kan göra att riktvärdena över- eller underskattar vårdplatsbehovet*
- ▶ *En ansträngd vårdplatssituation kan påverka produktionen av slutenvård*
- ▶ *Uppräkningen av vårdplatsbehovet medför sannolikt en viss överskattning*
- ▶ *Övriga faktorer som påverkar uppskattningens träffsäkerhet*

Avsnittet beskriver faktorer som kan göra att riktvärdena över- eller underskattar vårdplatsbehovet

Riktvärdesmetoden har utvecklats för att skatta regionernas vårdplatsbehov på ett så rättvisande sätt som möjligt utifrån de data som finns tillgängliga nationellt idag. Kända brister i datakvalitet hanteras i möjligaste mån genom att validera datapunkter, komplettera med inhämtning av data direkt från regioner och anpassa beräkningar på ett sätt som minimerar bristernas påverkan på resultatet.

Trots detta kvarstår ett antal faktorer som kan bidra till att överskatta eller underskatta det faktiska vårdplatsbehovet. Beskrivningen på följande sidor syftar till att ge en översikt av dessa faktorer.

Sammanfattningsvis bedöms uppräkningsmetoden medföra en viss risk att behovet av intensivvård överskattas. Samtidigt finns det andra faktorer som medför att riktvärdesmetoden riskerar att underskatta behovet. Sammantaget bedöms faktorerna inte påverka riktvärdena i någon större utsträckning, men de kan innebära behov av att uppdatera beräkningsmetoden i takt med att kvaliteten i nationellt tillgängliga vårdplatsdata stärks.

Om regionen avser att använda riktvärdet som verktyg för planering av vårdplatser kan metoden med fördel kompletteras med lokala data och kunskap om hur arbetsätt är tänkta att förändras under aktuellt år.

En ansträngd vårdplatssituation kan påverka produktionen av sluten vård

På de avdelningar där vårdplatssituationen är ansträngd, kan nuvarande intensivvårdsproduktion både vara lägre än önskvärt och högre än nödvändigt.

- Som beskrivs i Socialstyrelsens rapport *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser** väntas medelvårdtider inom vissa vårdområden förlängas vid en kapacitetsökning som förbättrar tillgången till vårdplatser. Detta är en önskvärd utveckling i de fall som vårdplatsbrist gör att patienter har kortare vårdtider än vad som är ändamålsenligt. På samma sätt kan inskrivningsfrekvensen förväntas bli högre om antalet disponibla vårdplatser ökar, vilket också kan utgöra en önskvärd utveckling.
- Å andra sidan kan en ansträngd vårdplatssituation medföra viss ineffektivitet, som kan ge upphov till mer intensivvårdsproduktion än nödvändigt. En situation där erfaren personal behöver tillbringa mycket tid med att bedöma möjligheter att flytta eller skriva ut patienter tidigare än planerat på grund av vårdplatsbrist, skapar ineffektiva processer som riskerar att förlänga vårdtider.
- Överbeläggningar och överflyttningar på grund av resursbrist är även förknippade med högre risk för vårdskador, vilket i sin tur ökar risken för förlängda vårdtillfällen och återinskrivningar. Det faktiska vårdplatsbehovet i en situation där dessa risker minimeras kan således vara lägre än riktvärdenas uppskattning.

Som bakgrund till framtagandet av riktvärdesmetoden gjorde Socialstyrelsen en kunskapssammanställning för att bland annat undersöka vilka faktorer som påverkar önskvärd beläggningsgrad och dimensionering av disponibla vårdplatser. Rapporten beskriver vetenskaplig litteratur och internationella erfarenheter på området. Begränsningarna på denna sida härstammar ifrån kunskapssammanställningen. För mer information och källor, se rapporten *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser (2023)*, **Bilaga 4: Att använda målvärden för att styra mot optimala nivåer av beläggningsgrad och antal vårdplatser i hälso- och sjukvården – Sammanställning av befintlig kunskap och internationella erfarenheter.**

*Socialstyrelsen. (2023). *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser*. (Artikelnummer 2023-5-8573)

Uppräkningen av vårdplatsbehovet medför viss risk att behovet överskattas

Riktvärdesberäkningen överskattar sannolikt det vårdplatsbehov inom IVA som ses till följd av återinläggningar och överflyttningar.

- För IVA görs en uppräknig av vårdplatsbehovet utifrån förekomsten av återinläggningar, för att spegla att indikatorn visar på ett behov av förlängd vårdtid vid ursprungligt vårdtillfälle. Det är dock okänt i vilken utsträckning det är ändamålsenligt att förlänga dessa vårdtillfällen. Under förutsättning att ytterligare vårdtid på IVA vid ursprungligt vårdtillfälle minskar risker för återinläggning, eller förkortar vårdtiden vid återinläggning, innebär även beräkningen att vårdplatsbehovet överskattas, eftersom utökad kapacitet förväntas leda till minskad total vårdtid.
- För varje överflyttning till annan IVA på grund av resursbrist räknas slutenvårdsproduktionen upp på avdelningen som haft resursbrist. Uppräkningen görs med vårdtid motsvarande en dag. Eftersom patientens vårdtid efter överflyttning inkluderas i statistiken för avdelningen som tar emot överflyttad patient, innebär beräkningen sannolikt en viss överskattning av det totala behovet.

Å andra sidan görs ingen uppräknig av intensivvårdsproduktionen utifrån antal väntande till planerad vård, vilket medför en mindre underskattning av vårdplatsbehovet på IVA. En mindre andel av de patienter som väntar på åtgärd/operation inom slutenvården kommer sannolikt att behöva vårdplats på IVA, men det har inte varit möjligt att tillgå data över hur många patienter det rör sig om, inte heller deras medelvårdtider i intensivvården. Detta medför en mindre underskattning av vårdplatsbehovet på IVA.

Övriga faktorer som påverkar uppskattningens träffsäkerhet

Vårdplatsbrist på IVA innebär i undantagsfall att patienter med behov av IVA-resurser vårdas inom övrig somatisk vård, och vice versa.

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

Definitionen av vårdtid i dagar i SIR medför risk för mindre underskattning av vårdplatsbehovet inom IVA.

- Vårdtiden i dagar på IVA som rapporteras via SIR beräknas utifrån tidpunkt för in- och utskrivning. Detta ger den effektiva vårdtiden för varje patient, men tar inte hänsyn till eventuell bytestid mellan patienter. Det är rimligt att anta att varje patient i praktiken kräver något längre tid än vad som inkluderats i beräkningen, och att vårdplatsbehovet för IVA i detta avseende är något underskattat. För att bedöma hur stor risken för underskattning är har Socialstyrelsen gjort en jämförelse mellan antalet belagda vårdplatser och summan av vårdtid i dagar (dividerat med 365), med hjälp av data från SIR. Då jämförelsen visade att den producerade vårdtiden i dagar motsvarade antalet belagda vårdplatser väl, förväntas underskattningen av vårdplatsbehovet vara försumbar.

Bilaga - metod för beräkning 2023-2025



- ▶ *Avsnittet beskriver hur riktvärdet på kort och medellång sikt för somatisk intensivvård beräknades år 2023-2025, det vill säga innan Socialstyrelsen reviderade metoden våren 2026*

Översikt av den metod som tillämpades för att beräkna riktvärdet för intensivvården 2023–2025

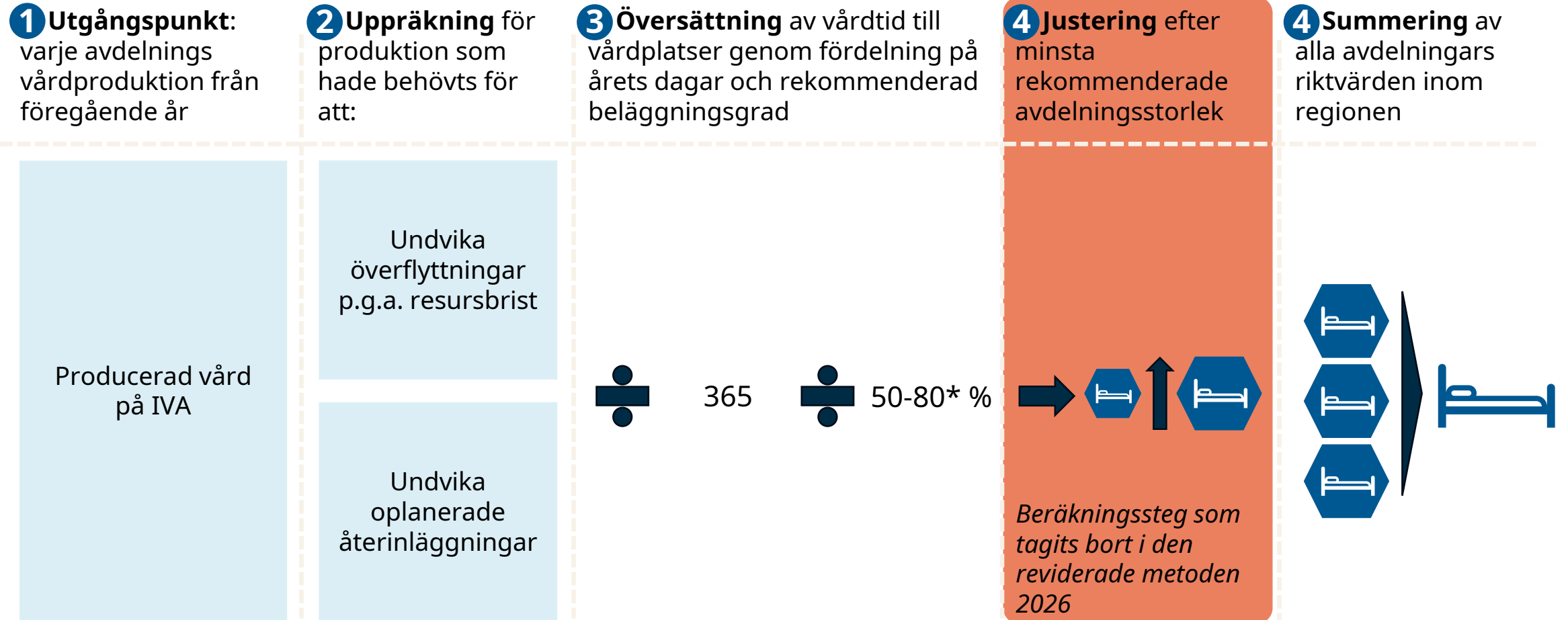
I samband med publiceringen av årsriktvärdet för 2026 (baserat på data från 2025) införde Socialstyrelsen en reviderad metod för beräkning av riktvärdet för intensivvårdsplatser.

För att skapa spårbarhet, redovisar Socialstyrelsen hur den tidigare tillämpade metoden skiljer sig från den reviderade metoden (som infördes 2026) i denna bilaga. Observera att reviderade rekommenderade beläggningsgrader inte redovisas med räkneexempel – dessa steg beräknas enligt samma tillvägagångssätt som de reviderade rekommenderade beläggningsgraderna.

	Metod 2023–2025	Reviderad metod 2026																		
Riktlinje SFAI¹	Utifrån riktlinjen om minst fyra vårdplatser per avdelning har riktvärdet justerats upp till fyra vårdplatser på de enheter där det beräknade behovet understigit detta.	Riktlinje för minsta avdelningsstorlek tillämpas inte – ingen uppjustering av avdelningsstorlek.																		
Tillämpade beläggningsgrader	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Avdelningsstorlek</i></th> <th><i>Rekommenderad beläggningsgrad</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1–4 dvpl.²</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>5–9 dvpl.²</td> <td>65 %</td> </tr> <tr> <td>≥ 10 dvpl.²</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Avdelningsstorlek</i>	<i>Rekommenderad beläggningsgrad</i>	1–4 dvpl. ²	50 %	5–9 dvpl. ²	65 %	≥ 10 dvpl. ²	80 %	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Avdelningsstorlek</i></th> <th><i>Rekommenderad beläggningsgrad</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1–4 dvpl.² kat. I–III</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>5–8 dvpl.² kat I–II</td> <td>65 %</td> </tr> <tr> <td>5–8 dvpl.² kat III</td> <td>70 %</td> </tr> <tr> <td>≥ 9 dvpl.² kat I–III</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Avdelningsstorlek</i>	<i>Rekommenderad beläggningsgrad</i>	1–4 dvpl. ² kat. I–III	50 %	5–8 dvpl. ² kat I–II	65 %	5–8 dvpl. ² kat III	70 %	≥ 9 dvpl. ² kat I–III	80 %
<i>Avdelningsstorlek</i>	<i>Rekommenderad beläggningsgrad</i>																			
1–4 dvpl. ²	50 %																			
5–9 dvpl. ²	65 %																			
≥ 10 dvpl. ²	80 %																			
<i>Avdelningsstorlek</i>	<i>Rekommenderad beläggningsgrad</i>																			
1–4 dvpl. ² kat. I–III	50 %																			
5–8 dvpl. ² kat I–II	65 %																			
5–8 dvpl. ² kat III	70 %																			
≥ 9 dvpl. ² kat I–III	80 %																			

¹ Av "Riktlinjer för svensk intensivvård" framtagna av Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) (2024) framgår att "En intensivvårdsavdelning bör som minst vara dimensionerad för och regelbundet kunna bedriva vård av fyra samtidiga intensivvårdspatienter. Om detta inte är uppfyllt ska en sådan avdelning ge medarbetarna förutsättningar att strukturerat få erfarenhet av större volymer intensivvårdspatienter." (s. 3). ² *Dvpl.* används här som förkortning för *disponibla vårdplatser*.

Översikt av den metod som tillämpades för att beräkna riktvärdet för intensivvården 2023-2025



*Rekommenderade belägningsgrader reviderades också 2026, men kvarstår i intervallet 50-80 %.

Beskrivning av tidigare genomförd justering utifrån rekommendation om minsta avdelningsstorlek

Varför?

Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI) rekommenderar att *en intensivvårdsavdelning bör som minst vara dimensionerad för och regelbundet kunna bedriva vård av fyra samtidiga intensivvårdspatienter.*

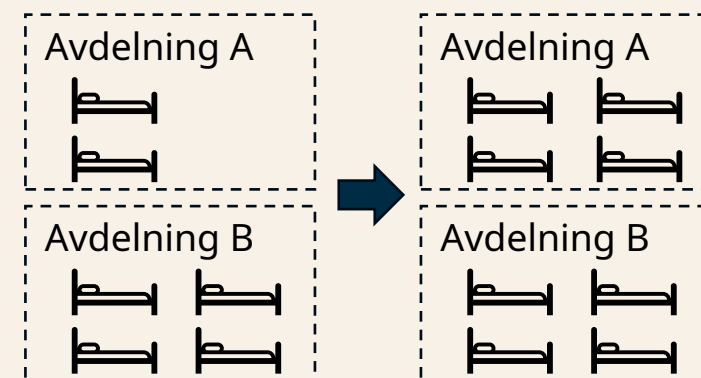
Eftersom det idag finns många intensivvårdsavdelningar som har färre än fyra vårdplatser, bedömer Socialstyrelsen att fyra vårdplatser är ett lämpligt lägsta möjliga riktvärde för en avdelning. Detta innebär att uppskattningen av behovet blir falskt hög, då den inte enbart speglar patienternas vårdbehov utan även vårdplatsbehov för att skapa goda förutsättningar för att utveckla och bibehålla kompetens.

Hur?

- Efter att avdelningens behov av vårdtid översatts till vårdplatser i föregående steg, identifieras de avdelningar som fått ett initialt riktvärde under fyra vårdplatser, varpå deras riktvärden justeras upp till fyra för att möta rekommendationen om minsta avdelningsstorlek.
 - Sammantaget leder justeringen till att riktvärdet för antal vårdplatser blir 6 % högre på nationell nivå*.
- Avdelningar vars riktvärde överstiger fyra vårdplatser behålls oförändrat.

Fördjupande exempel

- Efter tidigare beräkningar har Avdelning A fått en initial riktlinje om två vårdplatser. Detta justeras upp till fyra vårdplatser.
- Avdelning B:s riktlinje påverkas inte eftersom avdelningens riktvärde redan överstiger rekommendationen.



Källa: Svensk förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI), Riktlinjer för svensk intensivvård, 2024

* Gäller för 2023 års riktvärdesberäkningar

