

Metodbeskrivning: Riktvärde på medellång sikt för vårdplatser inom somatisk slutenvård (exkl. 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

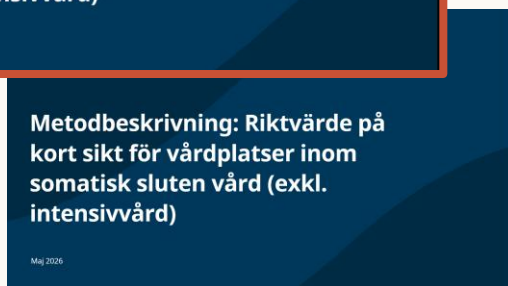
Syftet är att **förklara hur riktvärdena är beräknade**, samt vilka **antaganden och data** de bygger på.



Metodbeskrivning: Regionala riktvärden för vårdplatser
Riktvärde 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 – beskrivning av varje del

1

**Översikt av riktvärdesmetoden
för medellång sikt**

Sida 6–11

2

**Förklaring av beräkningen
och antaganden**

Sida 12–26

3

**Beräkningen steg för steg –
detaljer och räkneexempel**

Sida 27–55

4

**Avgränsningar och
begränsningar**

Sida 56–61

Kort sammanfattning av varje avsnitt i metodbeskrivningen

1

Översikt av riktvärdesmetoden för medellång sikt

Ger en kortfattad introduktion till metodens bakgrund och utformning.

2

Förklaring av beräkningen och antaganden

Beskriver beräkningen på ett överskådligt sätt för att ge läsaren en förståelse för hur riktvärdet har beräknats.

3

Beräkningen steg för steg - detaljer och räkneexempel

Redovisar samtliga beräkningssteg, 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

Avgränsningar och begränsningar

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



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

Kontakta pks@socialstyrelsen.se

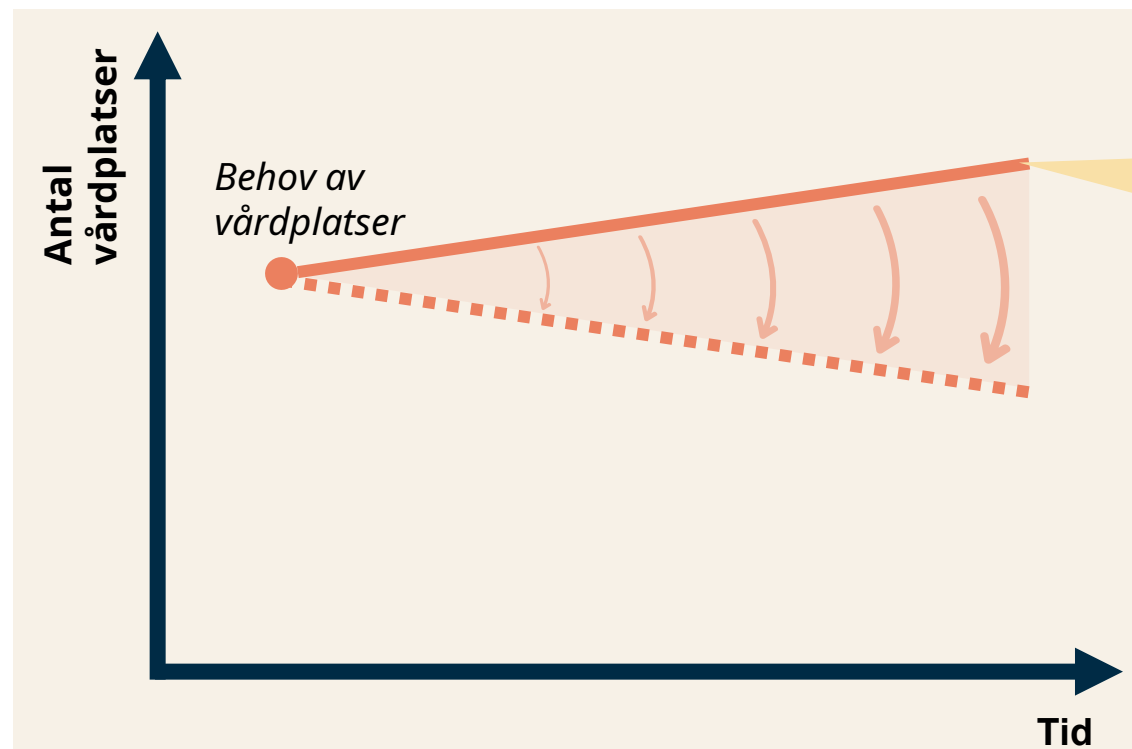
Översikt av riktvärdesmetoden för medellång sikt



- ▶ *Riktvärdesmetoden för medellång sikt beräknar potentialen att minska behovet av slutenvård genom ändrade arbetssätt*
- ▶ *Viktiga principer för riktvärdet på medellång sikt*
- ▶ *Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad används som ingångsvärden*
- ▶ *Sammanfattning av beräkningen av riktvärdet på medellång sikt*

Riktvärdesmetoden för medellång sikt beräknar potentialen att minska behovet av slutenvård genom ändrade arbetsätt

Riktvärdet syftar till att uppmuntra utveckling mot ett minskat vårdplatsbehov i relation till invånarantal. Riktvärdet på medellång sikt (5 år) för somatisk vård exklusive intensivvård **beräknar det lägsta antalet vårdplatser som kan möta en regions vårdplatsbehov om regionen utvecklar arbetsätt för att minska behovet**. Beräkningar är gjorda utifrån data och antaganden kring framtida utveckling.



Mycket talar för att vårdbehoven ökar i framtiden, bl.a. till följd av en växande och åldrande befolkning och nya medicinska möjligheter som kräver slutenvård.

Samtidigt kan regionerna minska behovet av slutenvård, t.ex. genom

- Prevention
- Poliklinisering
- Omställning till nära vård

Att beräkna **vårdplatsbehovet på lång sikt är därför förknippat med stor osäkerhet**. På **medellång sikt** bedömer Socialstyrelsen att det är **möjligt att se en minskning i regionernas slutenvårdsbehov**, vilket också minskar behovet av vårdplatser.

Viktiga principer för riktvärdet på medellång sikt

- Riktvärdet på medellång sikt utgår från den region som i dag har det lägst beräknade behovet av slutenvård per invånare. Detta för att **spegla vad som redan är möjligt att uppnå i praktiken**, inte bara i teorin.
- Riktvärdet ska ta **hänsyn till att regioner har olika förutsättningar och behov**. Beräkningen justerar därför för de faktorer som har störst påverkan på regionala variationer i slutenvårdsbehovet, det vill säga befolkningsstorlek, åldersstruktur i befolkningen samt hur mycket sluten vård som regionerna köper respektive säljer.
- Riktvärdet på medellång sikt bör **inte uppnås genom att minska antalet vårdplatser**, utan genom att minska behovet.



Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad* används som ingångsvärden

- Socialstyrelsens riktvärden för antalet disponibla vårdplatser – på kort sikt, medellång sikt och för intensivvård – baseras alla på beräkningar som uppskattar hur mycket slutenvård som varje region behöver producera för att möta behovet.
- När det beräknade behovet av slutenvårdsproduktion översätts till ett behov av disponibla vårdplatser, används en rekommenderad genomsnittlig beläggningsgrad. Detta för att säkerställa balans mellan vårdplatskapacitet och – behov och minska risken för överbeläggningar, utlokaliseringar och långa vistelsetider på akutmottagning.
- I riktvärdesmetoden för medellång sikt används en **genomsnittlig beläggningsgrad om 85–95 procent** beroende på hur stor andel av vården som är oplanerad (dvs. akut) eller planerad utifrån varje regions data.

Socialstyrelsen har tagit fram följande riktvärden för rekommenderad beläggningsgrad:

- 85 procent för oplanerad vård
- 95 procent för planerad vård

Riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad baseras till stor del på en genomgång av vetenskaplig litteratur. Litteraturen ger inte en entydig bild av vilken beläggningsgrad som är optimal men visar på risker med en beläggningsgrad över 80-90 procent.

Sammanfattning av beräkningen av riktvärdet på medellång sikt

I beräkningarna på medellång sikt utgår vi från den region som idag har lägst behov av sluten vård per invånare. Vi kallar denna region *Regionstandarden*, och beräknar alla regioners riktvärden på medellång sikt med utgångspunkt i denna, utifrån antagandet att andra regioner skulle kunna nå en liknande nivå genom insatser för att minska behovet av sluten vård.

För att identifiera Regionstandarden jämförs samtliga regioners slutenvårdsbehov per tusen invånare. Behovet beräknas delvis med hjälp av riktvärdet på kort sikt.

Den lägsta nivån av slutenvårdsbehov per tusen invånare används därefter som utgångspunkt för alla regioners riktvärden på medellång sikt. Värdet justeras för varje regions befolkningsstorlek, ålderssammansättning samt mängden köpt och såld vård. På så sätt tar riktvärdena hänsyn till skilda regionala förutsättningar.

När det totala behovet av slutenvårdsproduktion (uttryckt som vårdtid i dagar) har beräknats för varje region fördelas det över årets dagar och omvandlas därefter till ett behov av vårdplatser genom att dividera med rekommenderad beläggningsgrad.

Beräkningarna kan sammanfattas i **fyra** övergripande steg:



1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av sluten vård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst sluten vård



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar

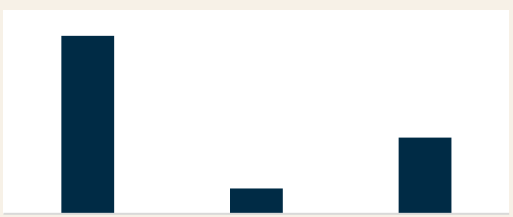


4. Översätt det beräknade behovet av slutenvårdsproduktion till vårdplatser

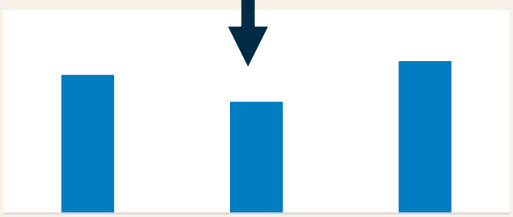
Visuell översikt av riktvärdesberäkningen



1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av slutenvård



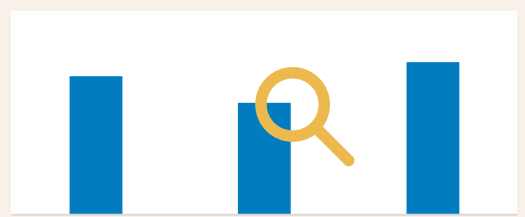
Region A Region B Region C
■ Total vårdtid i dagar



Region A Region B Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst sluten vård

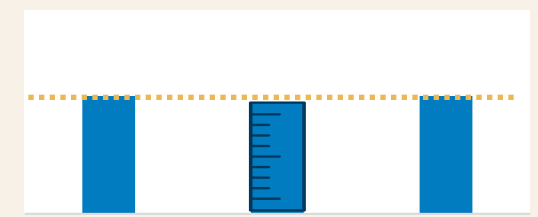


Region A Region B Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare

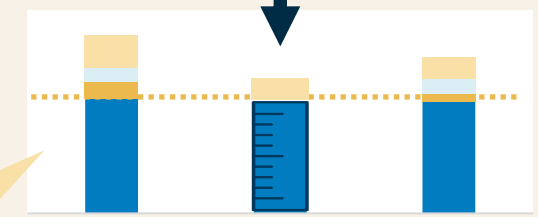
De orangea och ljusblå färgerna illustrerar de justeringar som görs



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar



Region A Regionsstandarden Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare



Region A Regionsstandarden Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare



4. Översätt behovet av slutenvårdsproduktion till vårdplatser

$$\div 365 \div \text{Önskad beläggningsgrad (\%)}$$



Förklaring av beräkningen och antaganden

- ▶ *Introduktion: Detta avsnitt förklarar beräkningarna översiktligt och konceptuellt*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 1: Skapa jämförbarhet mellan regionerna om nuvarande slutenvårdsbehov*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 2: Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst sluten vård*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 3: Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar*
- ▶ *Beräkning och antaganden – Steg 4: Översätt behovet av slutenvårdsproduktion till vårdplatser*



Introduktion: Detta avsnitt förklarar beräkningarna översiktligt och konceptuellt

Avsnittet avser att **förklara beräkningen av riktvärdet på medellång sikt 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

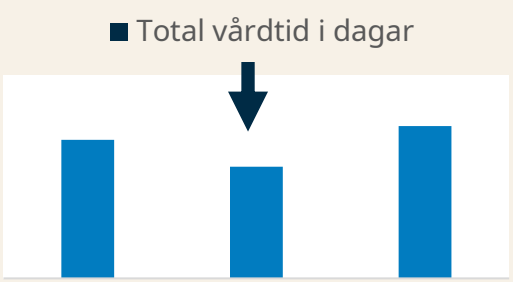
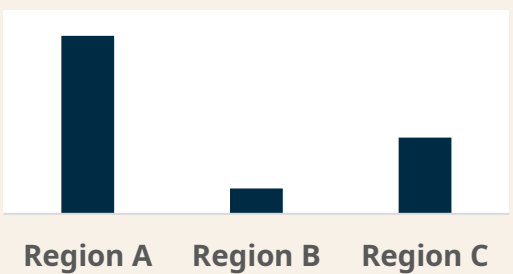


Beräkning och antaganden – Steg 1



1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna

avseende det nuvarande behovet av slutenvård



För varje region görs följande:

a) Regioninvånarnas behov av slutenvård beräknas utifrån hur mycket vård regionens invånare konsumerar, samt uppräknings med det ytterligare behov som beräknats i riktvärdet på kort sikt

b) Slutenvårdsbehovet justeras efter befolkningens mängd

Hur mycket slutenvård som en region behöver *producera* idag beräknas genom riktvärdet på kort sikt. Regionernas riktvärden på kort sikt kan dock inte jämföras rakt av. Vissa regioner har ett större behov av att producera slutenvård för att de producerar utomlänsvård, medan andra tvärtom har ett lägre behov för att de köper slutenvård av andra regioner.

För att förstå vilken region som möter sina invånarnas vårdbehov med relativt lite slutenvård, används istället *konsumerad* slutenvård som utgångspunkt för jämförelsen mellan regioner. En uppräknings görs också för att fånga behovet av ytterligare slutenvård för att ge alla patienter vård inom 90 dagar samt minska vistelsetid på akutmottagning (på samma sätt som i riktvärdet på kort sikt).

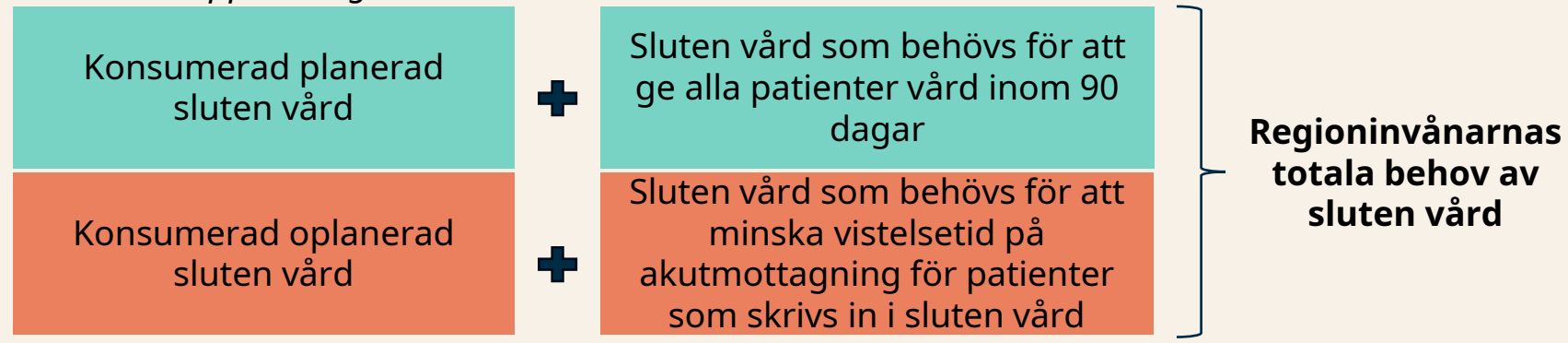


Steg 1 a): Regioninvånarnas behov av slutenvård skattas

- i. Data över varje regions konsumerade slutenvård hämtas från *Patientregistret* (PAR), uppdelad i planerad och oplanerad vård, angiven som vårdtid i dagar*.
- ii. Till den konsumerade slutna vården adderas det ytterligare behovet av slutenvård som beräknats i riktvärdet på kort sikt för att ge alla patienter vård inom 90 dagar** samt för att minska vistelsetid på akutmottagning för patienter som skrivs in i slutenvård. Detta ger regioninvånarnas totala beräknade behov av slutenvård.
 - I riktvärdet för kort sikt görs även en uppräknings för slutenvård som behövs för att ge vård till alla patienter som väntat över 90 dagar på vård**. Denna uppräknings görs inte i beräkningen av riktvärdet på medellång sikt eftersom det är ett kortsiktigt behov.

Konsumerad vård avser all vård konsumerad av regionens invånare, oavsett i vilken region den är producerad.

Översikt av uppräknings



*I detta steg exkluderas slutenvårdskonsumtion som skett på IVA. Detta beskrivs i avsnittet Beräkningen steg för steg – detaljer och räkneexempel.

**Avser väntande till åtgärd som kräver slutenvård.



Steg 1 b): Det beräknade slutenvårdsbehovet justeras efter befolkningsmängd

Eftersom slutenvårdsbehovet är olika stort beroende på hur stor befolkningen är, räknas det fram per 1 000 invånare för att göra värdena jämförbara.

- Data över varje regions befolkningsmängd föregående år hämtas från *Statistikmyndigheten SCB*.
- Slutenvårdsbehovet, uppdelat på planerad och oplanerad vård och uttryckt som vårdtid i dagar, divideras med regionens befolkningsmängd och multipliceras med 1 000. Detta ger behovet av sluten vård per 1 000 invånare, uttryckt som vårdtid i dagar.

Region-
invånarnas
behov av
sluten vård



Regionens
befolknings-
mängd



1 000 =

Behov av
sluten vård
per 1 000
invånare

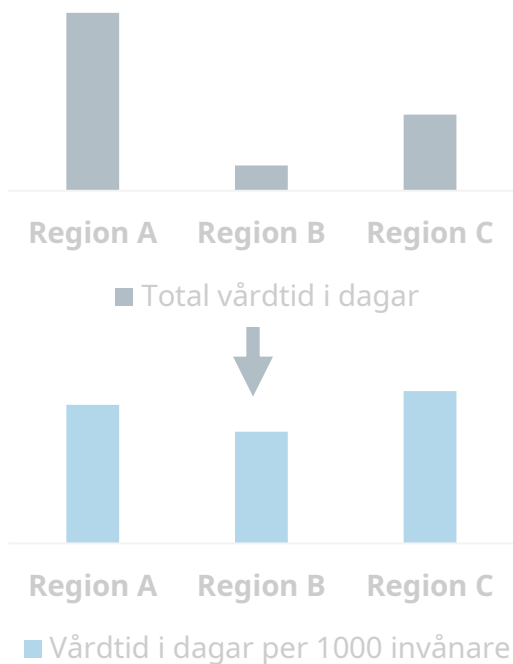
Räkneexempel: Uppräkning (1a) samt justering för att göra det möjligt att jämföra regioninvånarnas beräknade behov av sluten vård mellan regioner av olika storlek (1b)

	Region A	Region B	Region C
<i>Konsumerad vård föregående år (vårdtid i dagar)</i>	470 400	69 300	193 200
<i>Beräknat behov för att ge alla patienter vård inom 90 dagar</i>	+	+	+
	4 900	-700	- 4 200
<i>Behov för att minska vistelsetid på akutmottagning</i>	+	+	+
	14 700	1 400	21 000
	▼	▼	▼
Regioninvånarnas behov av sluten vård	490 000 dagar	70 000 dagar	210 000 dagar
Befolkningsmängd	900 000	160 000	350 000
Behov av sluten vård per 1 000 invånare	545 dagar	440 dagar	600 dagar

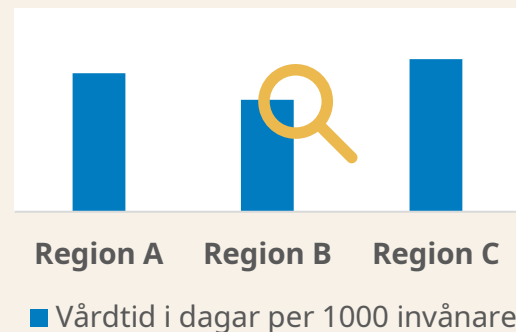
Beräkning och antaganden – Steg 2



1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av slutenvård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst sluten vård



- a) Regionernas beräknade slutenvårdsbehov per 1 000 invånare jämförs och regionen med lägst värde väljs
- b) Utvalda kvalitetsindikatorer undersöks för att säkerställa att vald region inte producerar en mindre god vård än andra

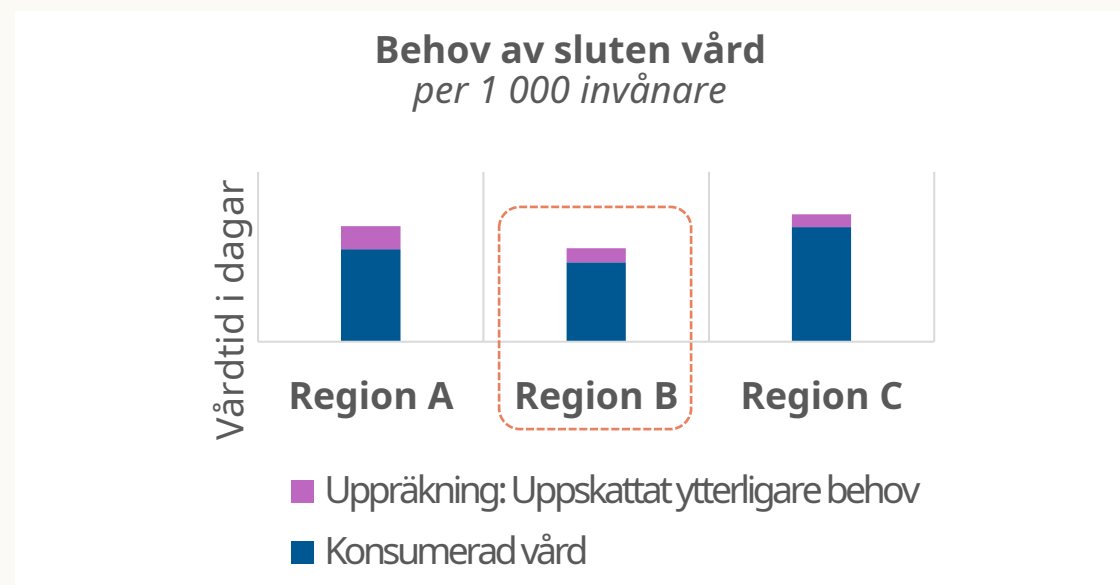


Steg 2 a): Regionernas slutenvårdsbehov jämförs och regionen med lägst värde väljs

- i. Regionernas slutenvårdsbehov per 1 000 invånare (resultatet av steg 1), jämförs för att fastställa vilken region som bedöms kunna möta invånarnas behov med minst sluten vård.

→ Observera att det är *behovet* av slutenvård som jämförs, inte ifall regionen faktiskt lyckas möta behovet eller ej.
- ii. Regionen med **lägst behov av sluten vård per invånare** väljs ut och sätts till **Regionstandard**.

Exempel: Regionen med lägst behov av sluten vård per 1 000 invånare väljs och sätts till Regionstandard.



I detta exempel har Region B lägst behov av sluten vård per 1 000 invånare. Även om regionen i dagsläget inte möter behovet, sätts den till Regionstandard eftersom det är *behovet* av sluten vård som jämförs. Regionstandarderna används sedan som utgångspunkt för att beräkna de andra regionernas behov av att producera sluten vård på medellång sikt.



Steg 2 b): Kvalitetsindikatorer undersöks för att säkerställa att vald region inte producerar en mindre god vård än andra

Det är viktigt att regionen som väljs till Regionstandard inte producerar en mindre god vård än övriga regioner. Därför granskas Regionstandardens resultat avseende ett antal övergripande, publika kvalitetsindikatorer (fullständig lista visas till höger) i relation till övriga regioners resultat. Genom granskningen säkerställs att Regionstandardens resultat i regel ligger bland de tio bästa regionernas.

- A. Data för kvalitetsindikatorer som har en direkt koppling till slutenvård hämtas från *Vården i siffror*
- B. Mer översiktliga bakgrundsfaktorer undersöks med hjälp av data sammanställd av *Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys* och *Folkhälsomyndigheten*

A. Faktorer med direkt koppling till slutenvården

- Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus
- Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar
- Andel vårdtillfällen med påverkbar slutenvård för 65 år och äldre
- Andel vårdtillfällen där patienten har fått en vårdskada (OBS: Utgått då nationell datainsamling avslutades 2024)

B. Översiktliga bakgrundsfaktorer

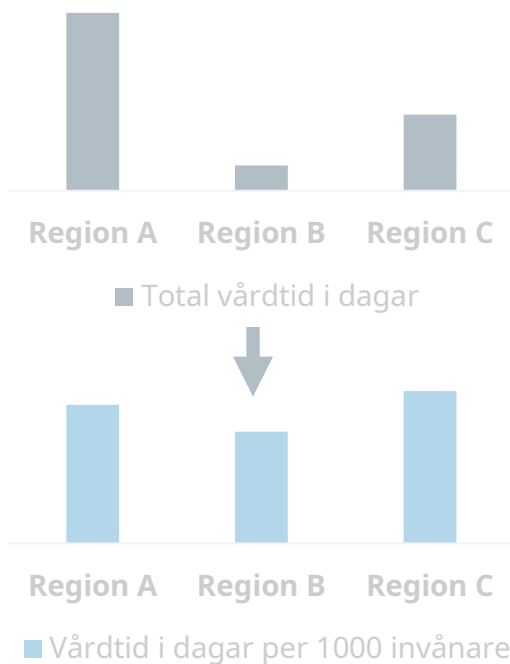
- Förväntat återstående medellivslängd vid 30 års ålder
- Självskattad hälsa
- Hälsogap (skillnad i procentenheter) i andelen som bedömer sin hälsa som bra mellan personer som är friska och personer som har en långvarig sjukdom
- Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- Förtida dödlighet



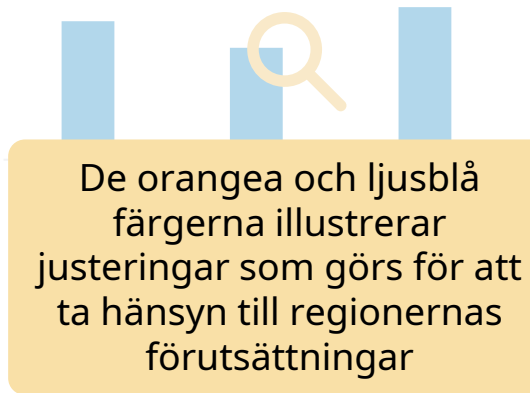
Beräkning och antaganden – Steg 3



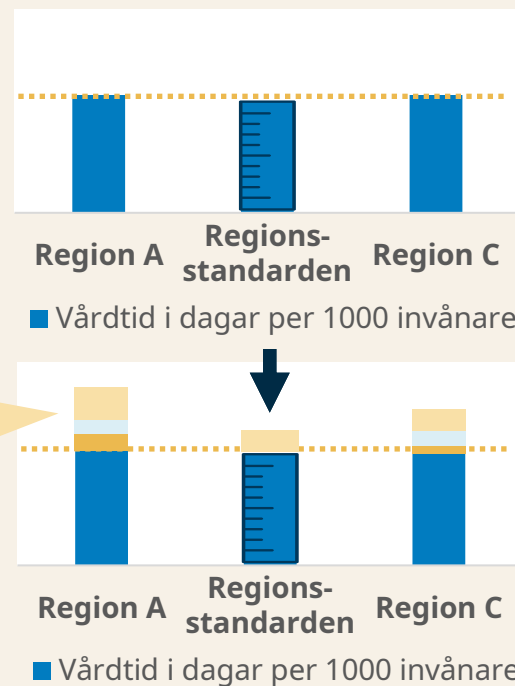
1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av slutenvård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst sluten vård



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar



a) Regionstandardens slutenvårdsbehov används som utgångspunkt

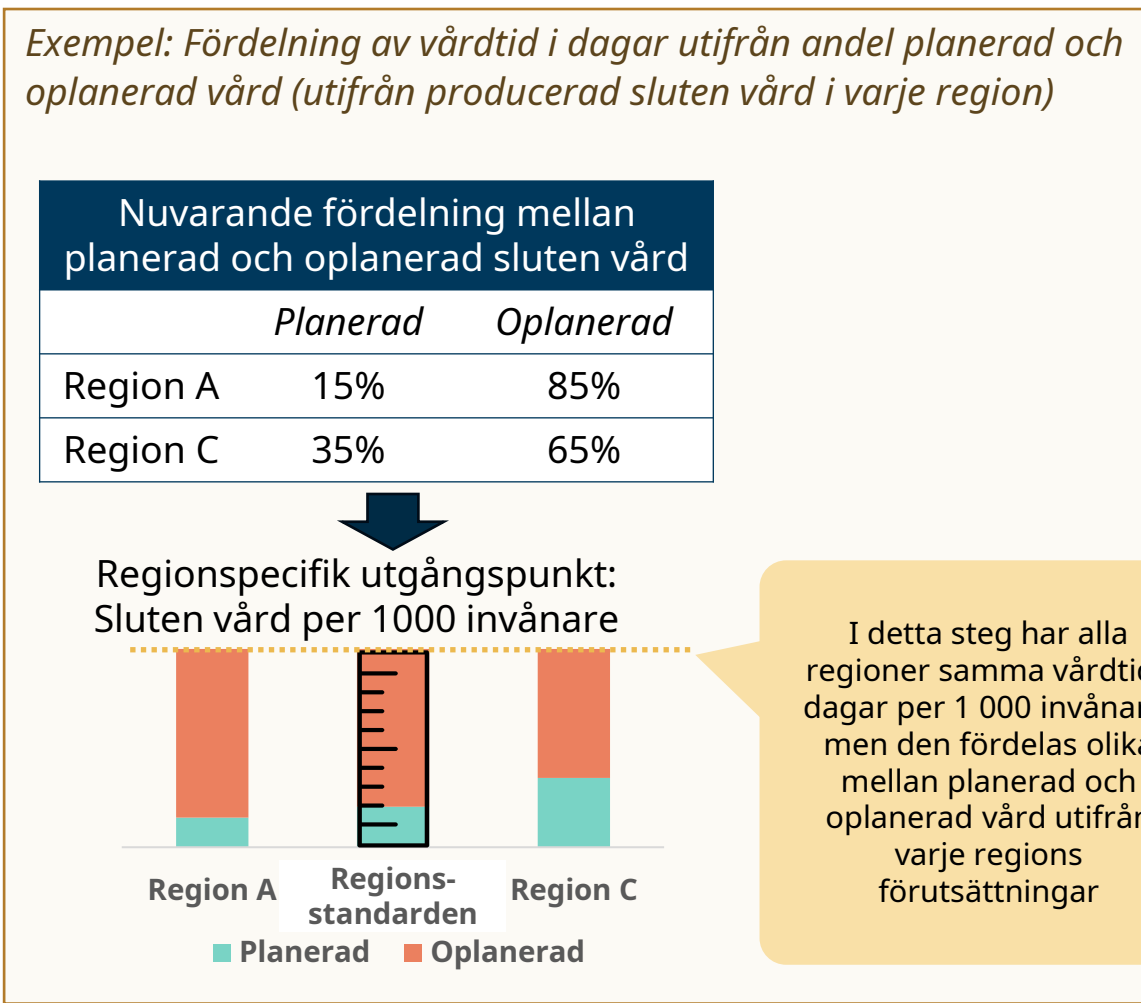
b) Justeringar görs sedan efter varje regions förutsättningar för att ta hänsyn till...

- hur mycket vård regionen köper respektive säljer
- åldersfördelning i regionen
- regionens befolkningens mängd

Steg 3 a): Regionstandardens slutenvårdsbehov per 1 000 invånare används som utgångspunkt

- i. Regionstandardens slutenvårdsbehov används som utgångspunkt för att beräkna hur mycket övriga regioner skulle kunna minska sitt slutenvårdsbehov. Alla regioner får därför Regionstandardens behov av sluten vård i detta steg. Behovet uttrycks som vårdtid i dagar per 1 000 invånare.
- ii. I senare steg vill vi ta hänsyn till att **regionerna har olika förutsättningar för att genomföra planerad och oplanerad vård**. Därför används varje regions nuvarande fördelning mellan planerad och oplanerad sluten vård för att ta fram en regionspecifik utgångspunkt (fortfarande utifrån Regionstandardens slutenvårdsbehov). Denna fördelning får vi fram genom att undersöka hur varje regions totala *producerade* vårdtid i dagar (från PAR) från föregående år fördelas mellan planerade och oplanerade vårdtillfällen.

Producerad vård avser all vård producerad i regionen, oavsett var patienterna har sin hemort.



I detta steg har alla regioner samma vårdtid i dagar per 1 000 invånare, men den fördelas olika mellan planerad och oplanerad vård utifrån varje regions förutsättningar

Steg 3 b): Den regionspecifika utgångspunkten justeras efter hur mycket vård som köps och säljs

Vi vill **först justera varje regions utgångspunkt** för att ta **hänsyn till att regionerna köper och säljer olika** mycket sluten vård. Därigenom går vi från att beräkna *regioninvånarnas behov* av sluten vård till att beräkna regionens behov av att *producera* sluten vård.

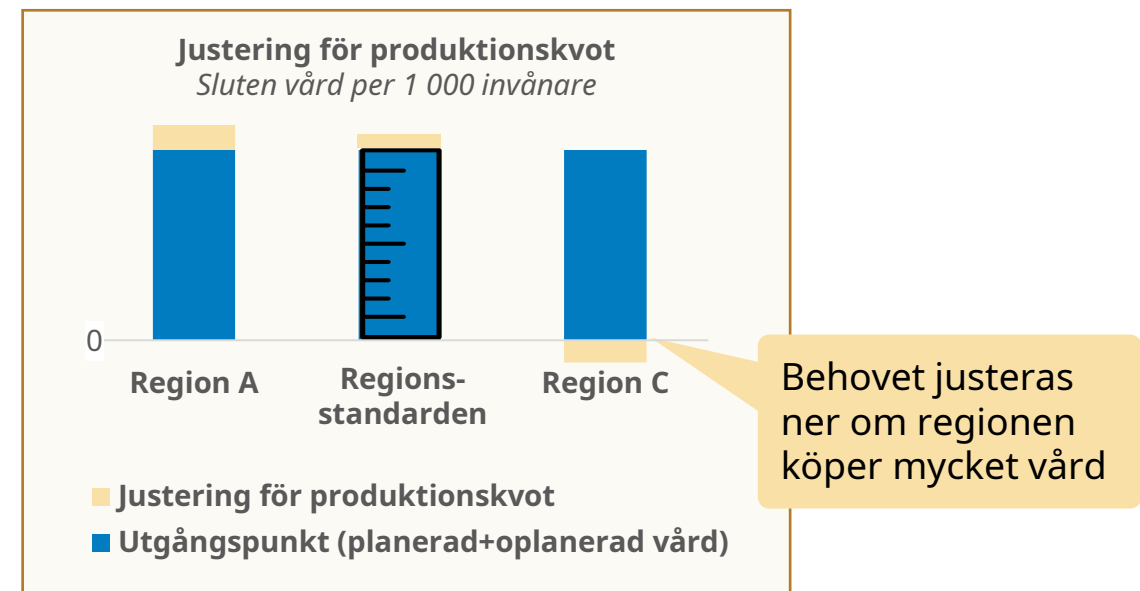
- i. För att göra detta beräknas först den så kallade *produktionskvoten* för varje region. Detta görs för både planerad och oplanerad vård (även om regionerna generellt köper/säljer mer planerad vård).

- ii. För varje region (inklusive Regionstandardens) divideras sedan den regionspecifika utgångspunkten, uppdelad på planerad och oplanerad vård, med tillhörande produktionskvot. Resultatet är **behovet av slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)**.

Beräkning av produktionskvoten

Konsumerad planerad sluten vård	÷	Producerad planerad sluten vård	=	Produktionskvot planerad vård
Konsumerad oplanerad sluten vård	÷	Producerad oplanerad sluten vård	=	Produktionskvot oplanerad vård

> 1: Regionen köper mer vård än den säljer
 = 1: Regionen köper och säljer lika mycket vård
 < 1: Regionen säljer mer vård än den köper

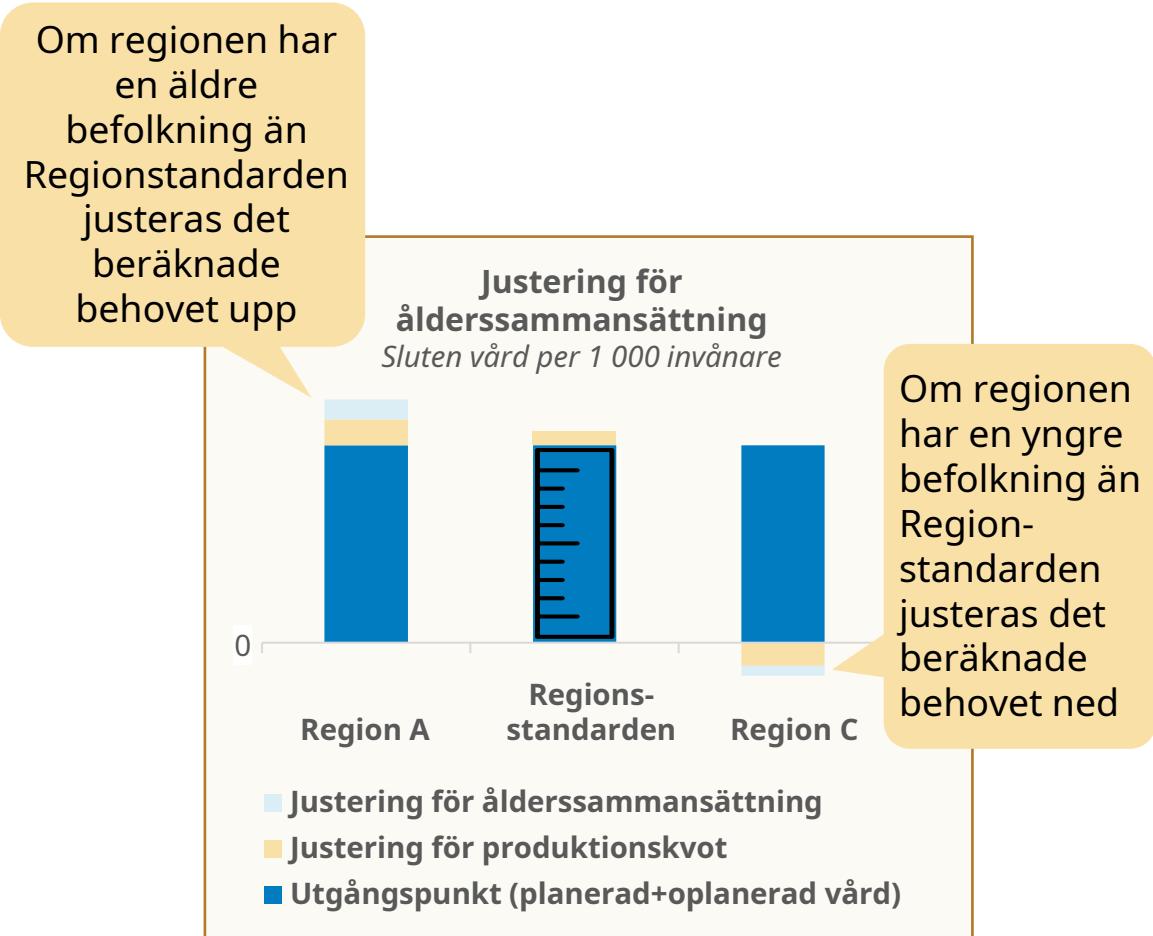


Notera: För att göra visualiseringen tydligare har planerad och oplanerad vård slagits samman i grafen ovan och på efterföljande sidor. I praktiken beräknas dessa separat.

Steg 3 b): Behovet justeras efter regionens ålderssammansättning

De vårdbehov som en region behöver möta påverkas även av regionens befolkningssammansättning, t.ex. socioekonomi, demografi och geografisk närhet till vård. Den faktor som bedöms ha **störst inverkan på slutenvårdsbehovet är befolkningens ålderssammansättning***, vilket även är en faktor som det finns god tillgång till data för. Därför görs följande justering:

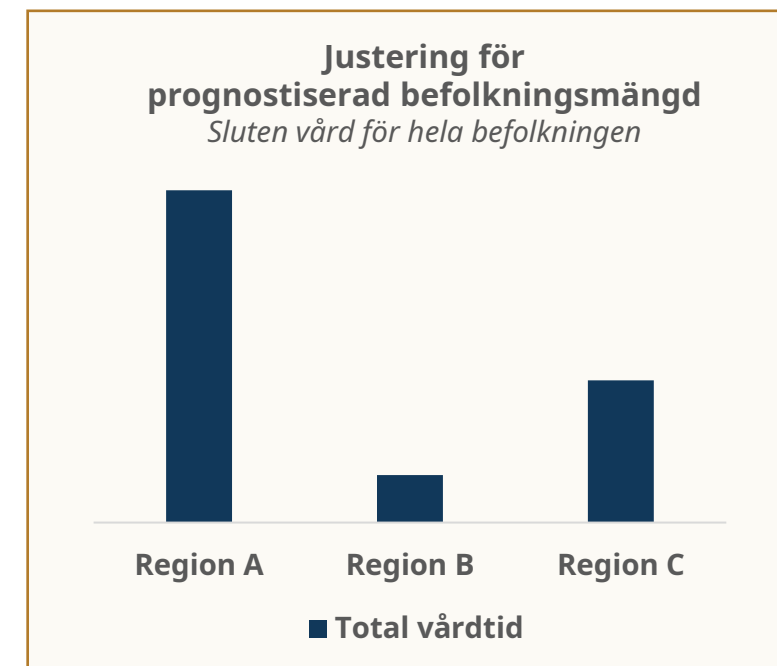
- iii. Först beräknas en *åldersjusterande faktor* för varje region, utifrån regionens unika ålderssammansättning och data över slutenvårdskonsumtion i olika åldersgrupper. Faktorn är större än 1 om regionen har en äldre befolkning än regionstandard, och mindre än 1 om det omvända gäller. Hur faktorn beräknas beskrivs detaljerat i [Beräkningen steg för steg – detaljer och räkneexempel](#).
- iv. Den åldersjusterande faktorn multipliceras sedan med behovet av slutenvårdsproduktion (uttryckt som vårdtid i dagar per 1 000 invånare, uppdelat på planerad och oplanerad vård). Detta ger det **åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion**.



*Bedömningen bygger bland annat på data från *Statistikdatabas för diagnoser [Internet]. Socialstyrelsen. 2021 [Hämtad 2023-04-19]. Tillgänglig: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx, och SNS-rapporten (2021) *Johansson N. Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård?*. Fullständig beskrivning av bakgrunden till bedömningen ges i Socialstyrelsens rapport (2023) *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser - Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering*. (Artikelnummer 2023-5-8573)*

Steg 3 b): Det åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion justeras för befolkningsmängd

- v. Till sist vill vi **justera efter hur befolkningsmängden skiljer sig i olika regioner**. Eftersom vi beräknar riktvärdet på medellång sikt används *prognostiserad* befolkningsmängd för 5 år fram i tiden för varje region. Dessa data hämtas från SCB.
- Justeringen görs genom att först dividera regionens åldersjusterade behov av slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (uttryckt som vårdtid i dagar) med 1 000 för att få fram behovet per invånare. Sedan multipliceras behovet per invånare med regionens prognostiserade befolkningsmängd. **Resultatet är regionens slutgiltiga beräknade behov av slutenvårdsproduktion på medellång sikt, uttryckt som vårdtid i dagar.**
 - Beräkningarna ovan görs separat för planerad och oplanerad vård.



Åldersjusterat
behov av
slutenvårds-
produktion per
1 000 invånare



Regionens
prognostiserade
befolkningsmängd
om fem år

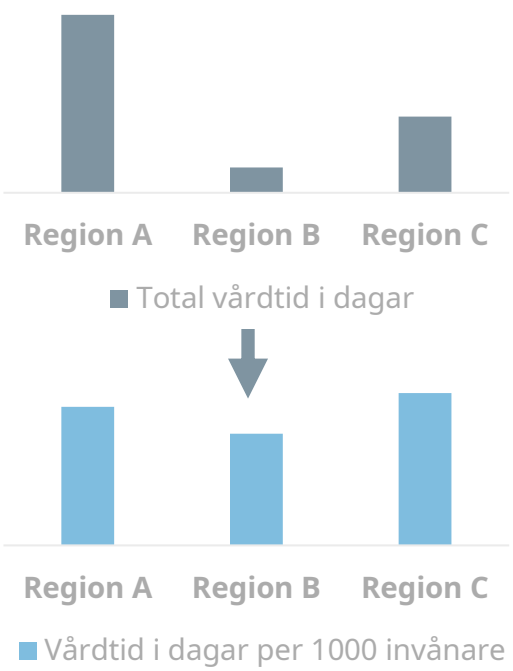


Behov av
slutenvårds-
produktion på
medellång sikt

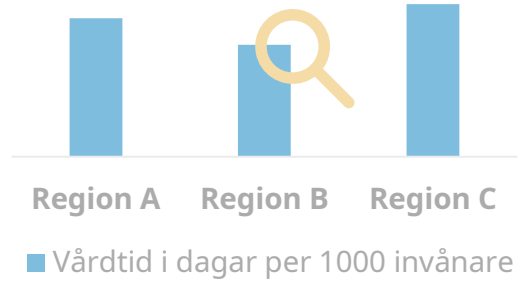
Beräkning och antaganden – Steg 4



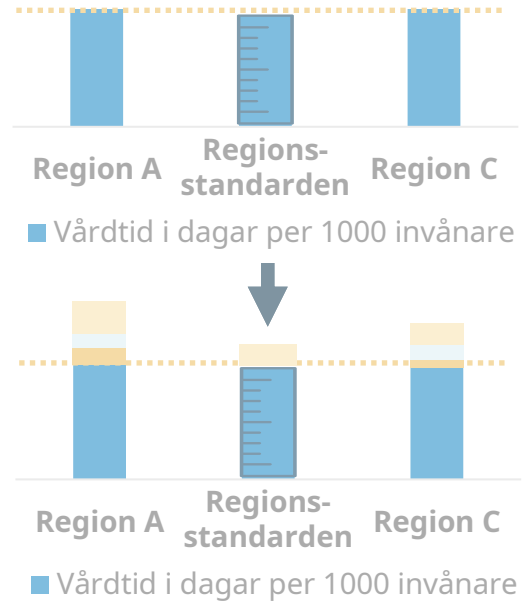
1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna
avseende det nuvarande behovet av slutenvård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst slutenvård



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar



4. Översätt slutenvårdsproduktion till vårdplatser

$$\div 365 \div \text{Önskad beläggningsgrad (\%)}$$

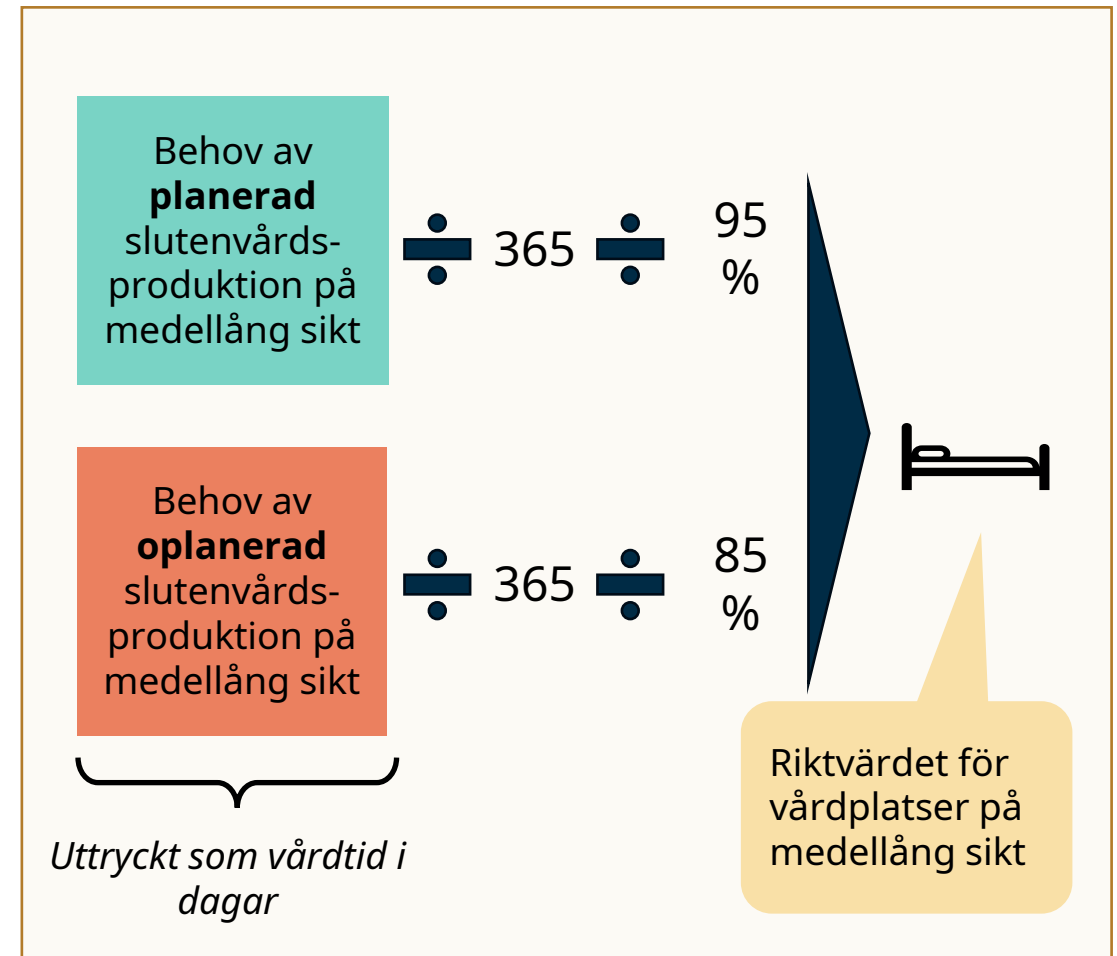


Steg 4: Behovet av slutenvårdsproduktion översätts till vårdplatser

Hittills har regionens behov av slutenvårdsproduktion (uttryckt som vårdtid i dagar) per år beräknats. För att veta hur många vårdplatser regionen behöver för att producera detta beräknas först den genomsnittliga mängden sluten vård som behöver produceras varje dag. Därefter beräknas hur många vårdplatser regionen behöver för att säkerställa att denna vård kan produceras samtidigt som rekommenderad genomsnittlig beläggingsgrad upprätthålls.

Följande beräkningar görs:

- Först fördelas regionens beräknade behov av planerad respektive oplanerad slutenvårdsproduktion, uttryckt i vårdtid i dagar, på årets dagar genom att dividera med 365.
- Värdet för planerad vård divideras sedan med 95 procent och värdet för oplanerad vård divideras med 85 procent (Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggingsgrad).
- Till sist summeras riktvärdena för planerad och oplanerad vård för att få regionens riktvärde på medellång sikt för somatisk sluten vård, exklusive IVA.



Beräkningen steg för steg – detaljer och räkneexempel



- ▶ *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 minst ett räkneexempel. Samma fiktiva regioner används genomgående för att ge läsaren möjlighet att följa beräkningarna steg för steg.



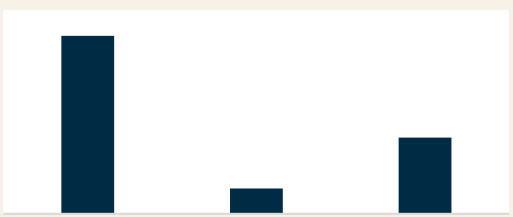
Översikt av data som ingår i beräkningarna

Data	Specifikation	Datakälla
Befolkningsmängd	Avser total befolkningsmängd i varje region, föregående helår	Statistiska centralbyrån
Konsumerad vårdtid i dagar	Total vårdtid i dagar för patienter vars hemvistort finns i regionen, oavsett var vården producerats, för föregående helår, exklusive psykiatriska MVO, uppdelat på planerad och oplanerad vård. Vårdtiden är beräknad utifrån datum för in- och utskrivning. Endast avslutade vårdtillfällen inkluderas.	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i>
Konsumerad vårdtid i dagar per åldersgrupp	Avser konsumerad vårdtid i dagar enligt specifikation ovan, uppdelat på åldersgrupper (5-års intervall från 0 till 84 och sedan en grupp för alla 85+)	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i>
Konsumerad vårdtid i dagar (vårddygn) på IVA	Total vårdtid i dagar på IVA för patienter vars hemvistort finns i regionen, oavsett var vården producerats, för föregående helår uppdelat på planerad och oplanerad vård. Vårdtiden är beräknad utifrån tidpunkt för in- och utskrivning. Endast avslutade vårdtillfällen inkluderas.	Svenska intensivvårdsregistret <i>Utdataportalen</i>
Konsumerad vårdtid i dagar (vårddygn) kortare än 1 dygn	Antal konsumerade vårddygn som varat kortare än 1 dygn där in-/utskrivning varit vårdavdelning eller liknande, föregående helår uppdelat på planerad och oplanerad vård	Svenska intensivvårdsregistret <i>Beställt datauttag</i>
Prognostiserad befolkningsmängd	Avser total prognostiserad befolkningsmängd, föregående helår + 5 år	Statistiska centralbyrån

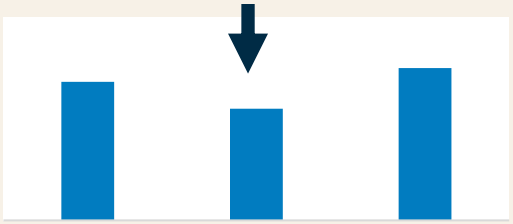
Visuell översikt av riktvärdesberäkningen



1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna
avseende det nuvarande behovet av sluten vård

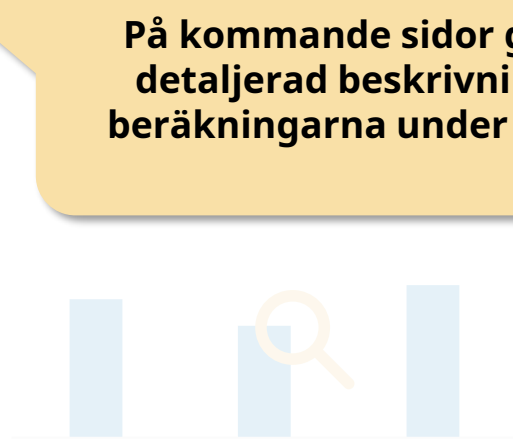


Region A Region B Region C
■ Total vårdtid i dagar



Region A Region B Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare

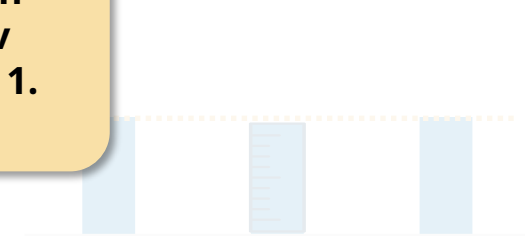
2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov



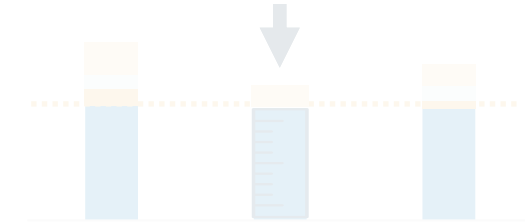
Region A Region B Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare

På kommande sidor ges en detaljerad beskrivning av beräkningarna under steg 1.

3. Använd fastställd region som utgångspunkt och beräkna riktvärden för varje regions sättningsgränser



Region A Regions-standarden Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare



Region A Regions-standarden Region C
■ Vårdtid i dagar per 1000 invånare

4. Översätt behovet av slutenvårdsproduktion till vårdplatser

$\div 365 \div$ Önskad beläggningsgrad (%)



Data hämtas från riktvärdesmetoden på kort sikt, PAR och SIR

Först hämtas data för att använda i beräkningarna.

1.1 Från riktvärdesmetoden för kort sikt hämtas:

- Data om planerad slutenvårdsproduktion exklusive IVA
- Data om oplanerad slutenvårdsproduktion exklusive IVA

1.2 Från *Patientregistret* (PAR) beställs data om slutenvårdskonsumtion:

- Uttaget ska omfatta antal vårdtillfällen, medelvårdtid och vårdtid i dagar, per region och uppdelat i planerad och oplanerad vård.
- Uttaget avser somatisk vård (exklusive intensivvård).
- Uttaget omfattar förutom de 21 regionerna även en region som kallas för "okänd" där slutenvårdskonsumtion som inte går att hänföra till en region hamnar (där uppgift om patientens hemvistort saknas).
- I PAR definieras vårdtid i dagar som skillnaden mellan datum för in- och utskrivning. Det medför att vårdtillfällen där in- och utskrivning varit samma dag inte inkluderas i data. Övriga dataspecifikationer beskrivs på nästa sida.

1.3 Från *Svenska intensivvårdsregistret* (SIR) hämtas data om slutenvårdskonsumtion på IVA för planerad respektive vård, uttryckt i antal konsumerade vårddygn.

1.4 Utöver det beställs följande data från SIR:

- Data om slutenvårdskonsumtion för planerade vårdtillfällen som varat kortare än 1 dygn, där in-/utskrivning varit vårdavdelning eller liknande
- Data om slutenvårdskonsumtion för oplanerade vårdtillfällen som varat kortare än 1 dygn, där in-/utskrivning varit vårdavdelning eller liknande
- *Observera: I SIR benämns vårdtid i dagar "vårddygn" och beräknas som skillnaden mellan tidpunkt (klockslag) för inskrivning och utskrivning. Övriga dataspecifikationer beskrivs på nästkommande sidor.*

1.5 Från *Statistikmyndigheten SCB* hämtas data över regionernas befolkning. Data hittas i kategorin *Befolkningsstatistik* under "Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön". Följande specifikationer används: Tabellinnehåll – Folkmängd; Region – Län, markera alla; Civilstånd – Inget val; Ålder – Inget val; Kön – Inget val; År – [föregående år].

Specifikationer för de data som hämtats (1/2)

Specifikationer för den data som hämtats från PAR:

- Data avser vård som *konsumerats* av regionens invånare, oavsett var vården har producerats.
- Vårdtid i dagar från PAR omfattar enbart avslutade vårdtillfällen. Detta innebär att ett vårdtillfälle som fortfarande pågår vid slutet av året som data hämtats för faller bort. Samtidigt tillkommer vårdtiden för ett vårdtillfälle som påbörjades året innan, men avslutades under året för datainsamling.
- Eventuella permissioner under patientens vårdtillfälle inkluderas i data från PAR. För att bedöma permissionernas betydelse för slutenvårdsproduktionen har Socialstyrelsen jämfört medelvårdtiden i PAR med medelvårdtiden i SKR:s publika KPP databas (*Kostnad per patient*), vars data exkluderar hela permissionsdygn. Jämförelsen har gjorts med data från 2021 i 19 regioner. Region Gotland saknas i databasen. Region Stockholm exkluderas ur jämförelsen då Socialstyrelsen fått uppgift

om att regionens data inte är fullständiga för privata vårdgivare.

- På riksnivå observeras ingen skillnad i medelvårdtid mellan databaserna och på regional nivå var skillnaden i medelvårdtid mindre än en procent för majoriteten av regionerna (11 av 19, år 2022).
- I några fall är medelvårdtiden kortare i PAR än i KPP-databasen. Därmed bedöms permissionernas betydelse för riktvärdesberäkningarna vara försumbar.
- Samtliga vårdtillfällen vid psykiatriska medicinska vårdområden (MVO) exkluderas (MVO-koder som inleds med 9).

Specifikationer för de data som hämtats, forts. (2/2)

(fortsättning på dataspecifikationer för antal vårdtillfällen i PAR)

- Utöver psykiatriska MVO exkluderas även MVO anesthesi och intensivvård (MVO-kod 411). Rapporteringen på detta MVO är mycket begränsad; vårdtid finns enbart rapporterad för tre sjukhus. Det är därför inte möjligt att med tillräckligt hög precision särskilja vårdtillfällen på IVA från vårdtillfällen inom övrig somatisk vård i PAR.
- Täckningsgraden för PAR är god; det är obligatoriskt för både offentliga och privata vårdgivare att rapportera slutenvårdsdata till PAR och registret är rikstäckande.
- I PAR räknas ett vårdtillfälle som planerat om en tid har avtalats för vårdtillfället.

Specifikationer för den data som hämtats från SIR:

- 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.
- Vårdtiden i SIR är till skillnad från PAR:s vårdtid i dagar beräknad utifrån tidpunkt för in- och utskrivning, inte datum. Eftersom vårdtillfället på IVA i de flesta fall är en del av ett längre vårdtillfälle inom övrig somatisk vård inkluderas vårdtiden på IVA i den vårdtid som registreras på andra vårdområden i PAR:s data. Att exkludera den vårdtid på IVA som beräknats utifrån tidpunkt antas ge den mest rättvisande bilden av vårdtid för övrig somatisk vård.

Den vård som inte kan hänföras till en specifik region fördelas utifrån befolkningsmängd

1.6 En del vårdkonsumtionsdata kan inte hänföras till någon region. Dessa data fördelas på övriga regioner utifrån befolkningsmängd. Första steget är därför att beräkna hur stor andel av rikets befolkning som varje region står för.

1.7 Denna fördelningsnyckel används sedan för att fördela data som inte kan härledas till någon region. Beräkningen görs genom att multiplicera de data som ska fördelas med regionens andel av rikets befolkning, och sedan addera detta till regionens vårdtid i dagar. Detta görs separat för alla data som hämtats från PAR respektive SIR i föregående steg.

- Från PAR: Slutenvårdskonsumtion, uppdelad på planerad och oplanerad vård
- Från SIR: Slutenvårdskonsumtion på IVA, uppdelad på planerad och oplanerad vård
- Från SIR: Slutenvårdskonsumtion på IVA för vårdtillfällen som varat kortare än 1 dygn, uppdelad på planerad och oplanerad vård

$$(1.6) \quad \frac{\text{Regionens befolkningsmängd}}{\text{Rikets totala befolkningsmängd}} = \text{Andel av rikets befolkning}$$

$$(1.7) \quad \text{Ursprunglig vårdtid} + \left(\text{Vårdtid att fördela} \times \text{Andel av rikets befolkning} \right) = \text{Ny vårdtid}$$



Räkneexempel: Fördelning av vård som inte kan hänföras till en specifik region

En del data kan inte hänföras till någon specifik region. För att inte metoden ska underskatta behovet av sluten vård, fördelas dessa data över alla regioner. För att illustrera dessa och kommande beräkningssteg används fiktiva Region Norr.

Ingångsdata	
Region Norrs befolkningsmängd	348 000
Rikets befolkningsmängd	10 520 000
Region Norrs slutenvårdskonsumtion av planerad vård, vårdtid i dagar	30 700
Planerad slutenvårdskonsumtion som ska fördelas, vårdtid i dagar	11 300
Region Norrs slutenvårdskonsumtion av oplanerad vård, vårdtid i dagar	131 700
Oplanerad slutenvårdskonsumtion som ska fördelas, vårdtid i dagar	51 900
Region Norrs slutenvårdskonsumtion av planerad vård på IVA, vårdtid i dagar	800
...	...

Andel av befolkning: $348\,000 / 10\,520\,000 = \text{ca. } 3,31\%$

Den planerade slutenvårdskonsumtionen som inte kan hänföras till någon region fördelas utifrån befolkningsmängd och adderas till Region Norrs slutenvårdskonsumtion:
 $30\,700 + 11\,300 \times 3,31\% = 31\,100$

Den oplanerade slutenvårdskonsumtionen som inte kan hänföras till någon region fördelas utifrån befolkningsmängd och adderas till Region Norrs slutenvårdskonsumtion:
 $131\,700 + 51\,900 \times 3,31\% = 133\,400$

Beräkningarna görs på samma sätt för slutenvårdskonsumtion på IVA (planerad/oplanerad vård), och för slutenvårdskonsumtion på IVA där vårdtillfället varat kortare än 1 dygn (planerad/oplanerad vård)

Slutenvårdskonsumtion på IVA som varat längre än ett dygn beräknas och exkluderas från data

Likt riktvärdet på kort sikt vill vi exkludera all vård på IVA där vårdtillfället varat längre än ett dygn. Vårdtillfällen som varat kortare än ett dygn behålls eftersom vi antar att patienten i dessa fall behöver en reserverad vårdplats på ordinarie slutenvårdsavdelning.

1.8 De vårddygn som ska exkluderas beräknas genom att ta regionens totala konsumerade vårdtid på IVA, uttryckt i vårddygn och uppdelad på planerad och oplanerad vård, och subtrahera totalt antal vårddygn för vårdtillfällen som varat kortare än ett dygn.

1.9 Resultatet subtraheras från den totala slutenvårdskonsumtionen, uppdelat på planerad och oplanerad vård.

$$(1.8) \text{ Konsumerade vårddygn på IVA totalt (planerad vård)} - \text{Konsumerade vårddygn på IVA } <1 \text{ dygn (planerad vård)} = \text{Vårddygn som ska exkluderas } >1 \text{ dygn (planerad vård)}$$

$$(1.8) \text{ Konsumerade vårddygn på IVA totalt (oplanerad vård)} - \text{Konsumerade vårddygn på IVA } <1 \text{ dygn (oplanerad vård)} = \text{Vårddygn som ska exkluderas } >1 \text{ dygn (oplanerad vård)}$$

$$(1.9) \text{ Total konsumerad vårdtid i dagar (planerad vård)} - \text{Vårddygn som ska exkluderas } >1 \text{ dygn (planerad vård)} = \text{Vårdtid i dagar exkl. IVA (planerad vård)}$$

$$(1.9) \text{ Total konsumerad vårdtid i dagar (oplanerad vård)} - \text{Vårddygn som ska exkluderas } >1 \text{ dygn (oplanerad vård)} = \text{Vårdtid i dagar exkl. IVA (oplanerad vård)}$$



Räkneexempel: Intensivvård som varat längre än ett dygn exkluderas ur data från PAR

● Värden som beräknats i tidigare steg

Likt riktvärdesmetoden på kort sikt, vill vi exkludera all slutenvårdskonsumtion på IVA som varat längre än ett dygn.

Ingångsdata (Konsumtionsdata för Region Norr)	
Totalt antal konsumerade vårddyggn på IVA för planerad vård	800
Antal konsumerade vårddyggn på IVA för planerad vård för vårdtillfällen som varat kortare än 1 dygn	85
Totalt antal konsumerade vårddyggn på IVA för oplanerad vård	2 460
Antal konsumerade vårddyggn på IVA för oplanerad vård för vårdtillfällen som varat kortare än 1 dygn	50
Total konsumerad planerad sluten vård, vårdtid i dagar	31 100
Total konsumerad oplanerad sluten vård, vårdtid i dagar	133 400

Vårddyggn som ska exkluderas från den planerade vården: $800 - 85 = 715$

Vårddyggn som ska exkluderas från den oplanerade vården: $2\ 460 - 50 = 2\ 410$

→ Vårdtid i dagar exklusive intensivvård, planerad vård: $31\ 100 - 715 = 30\ 385$

→ Vårdtid i dagar exklusive intensivvård, oplanerad vård: $133\ 400 - 2\ 410 = 130\ 990$

Extra vårdtid adderas för att säkerställa att patienter får vård inom 90 dagar och minska vistelsetid på akutmottagning

1.10 Från riktvärdesmetoden för kort sikt hämtas:

- Data över den slutenvårdsproduktion som krävs för att ge alla patienter vård inom 90 dagar
- Data över den slutenvårdsproduktion som krävs för att minska vistelsetid på akutmottagningar

1.11 Till den planerade slutenvårdskonsumtionen (vårdtid i dagar) adderas ytterligare sluten vård som krävs för att säkerställa att alla patienter får vård inom 90 dagar. De väntande utgörs av patienter med hemvist i regionen.

1.12 Till den oplanerade slutenvårdskonsumtionen (vårdtid i dagar) adderas ytterligare sluten vård som krävs för att minska vistelsetid på akutmottagning.

1.13 Slutenvårdsbehovet (uttryckt som vårdtid i dagar) för planerad vård och oplanerad vård summeras. Detta ger regioninvånarnas slutenvårdsbehov.

1.14 Härnäst delas slutenvårdsbehovet med regionens befolkningens mängd och multipliceras med 1 000. Detta ger slutenvårdsbehovet per 1 000 invånare.

$$(1.11) \quad \begin{array}{l} \text{Konsumerad} \\ \text{vårdtid i dagar} \\ \text{exkl. IVA} \\ \text{(planerad vård)} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Sluten vård för att ge} \\ \text{kommande patienter} \\ \text{vård inom 90 dagar} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Slutenvårdsbehov,} \\ \text{vårdtid i dagar} \\ \text{(planerad vård)} \end{array}$$

$$(1.12) \quad \begin{array}{l} \text{Konsumerad} \\ \text{vårdtid i dagar} \\ \text{exkl. IVA} \\ \text{(oplanerad vård)} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Sluten vård för att} \\ \text{minska vistelsetid på} \\ \text{akutmottagning} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Slutenvårdsbehov,} \\ \text{vårdtid i dagar} \\ \text{(oplanerad vård)} \end{array}$$

$$(1.13) \quad \begin{array}{l} \text{Slutenvårdsbehov,} \\ \text{vårdtid i dagar} \\ \text{(planerad vård)} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Slutenvårdsbehov,} \\ \text{vårdtid i dagar} \\ \text{(oplanerad vård)} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Totalt} \\ \text{slutenvårdsbehov,} \\ \text{vårdtid i dagar} \end{array}$$

$$(1.14) \quad \frac{\text{Totalt beräknat} \\ \text{slutenvårdsbehov, vårdtid i dagar}}{\text{Regionens befolkningens mängd}} \times 1\,000 = \begin{array}{l} \text{Slutenvårds-} \\ \text{behov, per 1 000} \\ \text{invånare} \end{array}$$



Räkneexempel: Uppräkning av vårdbehov för att säkerställa vård inom 90 dagar och minska vistelsetid på akutmottagning

● *Värden som beräknats i tidigare steg*

Nästa steg är att justera det planerade vårdbehovet för att säkerställa att alla patienter får vård inom 90 dagar, samt justera behovet av oplanerad vård för att minska vistelsetid på akutmottagning. Båda dessa data hämtas från riktvärdesberäkningarna för kort sikt.

Ingångsdata	
Konsumerad vårdtid i dagar exklusive IVA, planerad vård	30 385
Behov av sluten vård för att ge vård till alla patienter inom 90 dagar (hämtat från riktvärdet på kort sikt)	-580
Konsumerad vårdtid i dagar exklusive IVA, oplanerad vård	130 990
Behov av sluten vård för att minska vistelsetid på akutmottagning (hämtat från riktvärdet på kort sikt)	4 830
Region Norrs befolkningsmängd	348 000

Behov av planerad sluten vård, vårdtid i dagar:
 $30\ 385 + (-580) = 29\ 805$

Behov av oplanerad sluten vård, vårdtid i dagar:
 $130\ 990 + 4\ 830 = 135\ 820$

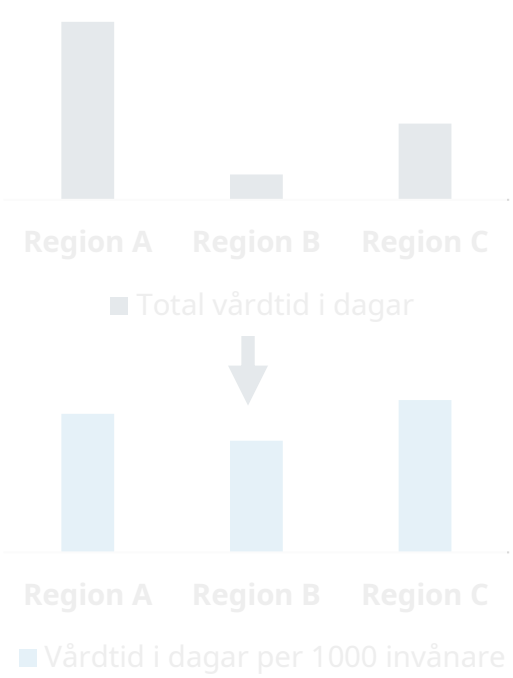
→ Totalt behov av sluten vård, vårdtid i dagar:
 $29\ 805 + 135\ 820 = 165\ 625$

→ Totalt behov av sluten vård per 1 000 invånare, vårdtid i dagar:
 $(165\ 625 / 348\ 000) \times 1\ 000 = 475$

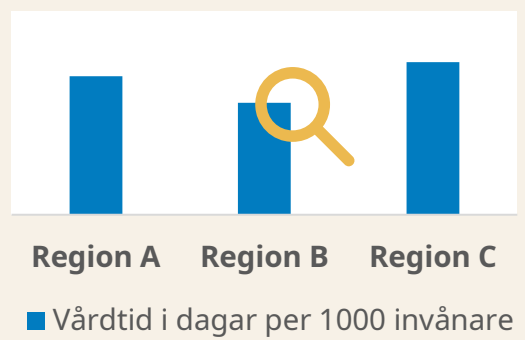
Visuell översikt av riktvärdesberäkningen



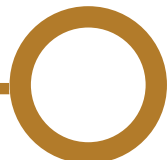
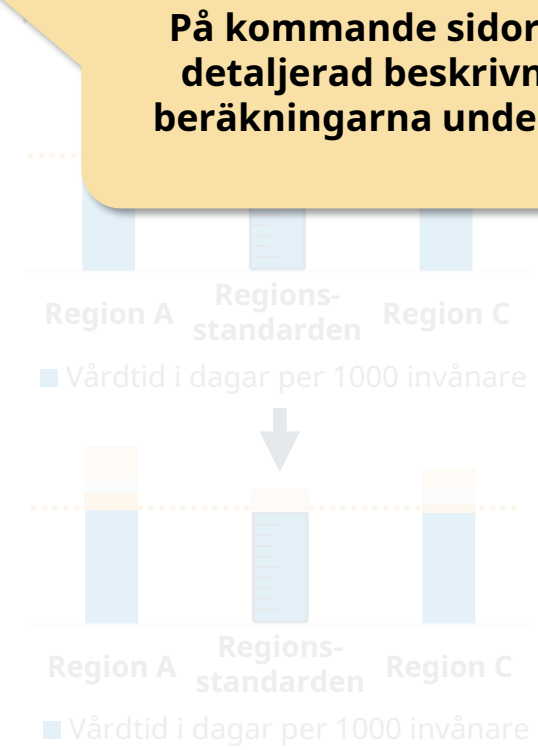
1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av slutenvård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst sluten vård



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera till en önskad beläggningsgrad



4. Översätt behovet av slutenvårdsproduktion till antal sängplatser



På kommande sidor ges en detaljerad beskrivning av beräkningarna under steg 2.

Regionernas slutenvårdsbehov per 1 000 invånare jämförs och regionen med lägst värde väljs ut

2.1 I detta steg fastställs vilken region som har lägst behov av slutenvård per 1 000 invånare. Denna region sätts till **Regionstandarden**, vilket innebär att den används som utgångspunkt för att beräkna riktvärdet på medellång sikt för övriga regioner.

2.2 Regionstandardens resultat för ett antal översiktliga och publika kvalitetsindikatorer jämförs med övriga regioners resultat för samma indikatorer, i syfte att säkerställa att den relativt låga slutenvårdsproduktionen inte innebär sämre resultat än i andra regioner. Jämförelsen går till så att alla regioners resultat kartläggs för varje aktuell kvalitetsindikator (se nedan), och en jämförelse görs för att säkerställa att Regionstandardens resultat i regel ligger bland de tio bästa regionernas.

- De kvalitetsindikatorer med direkt koppling till slutenvården som undersökts är (för dessa har data från Vården i siffror använts):
 - positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagda på sjukhus,
 - andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, och
 - vårdtillfällen med påverkbar slutenvård – 65 år och

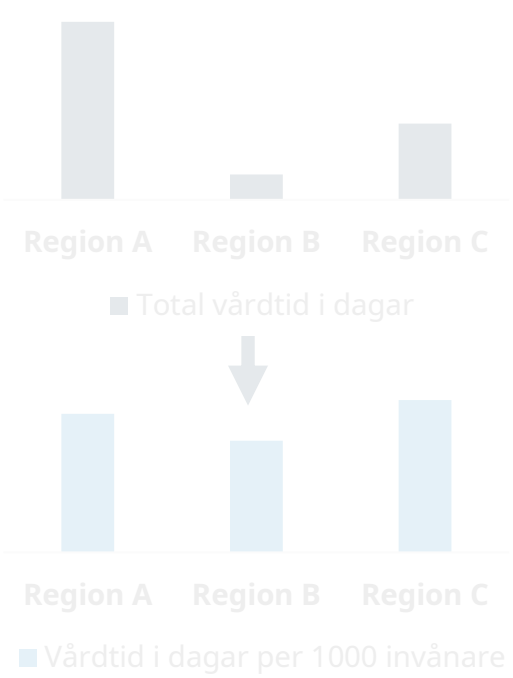
äldre.

- Tidigare följdes även andel vårdtillfällen där patienten har fått en vårdskada (undvikbar skada), men då data för närvarande inte samlas in nationellt, har denna indikator utgått. Vårdskador är dock fortsatt viktigt att följa lokalt och regionalt.
- Därtill har några mer översiktliga bakgrundsfaktorer undersökts (för dessa har data sammanställd av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys och Folkhälsomyndigheten använts):
 - Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder
 - Självskattad hälsa
 - Hälsogap (skillnaden i procentenheter) i andelen som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra mellan personer som är friska och personer som har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem)
 - Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
 - Förtida dödlighet

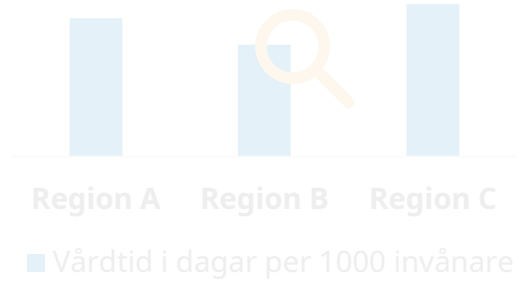
Visuell översikt av riktvärdesberäkningen



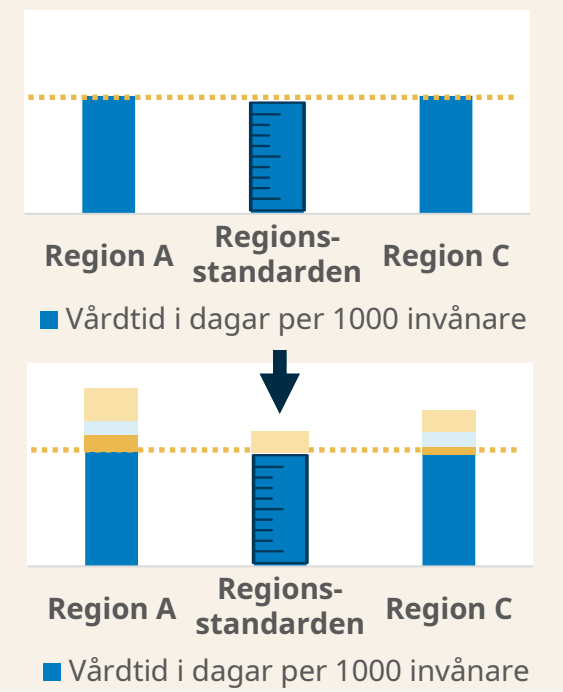
1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av slutenvård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst slutenvård



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar



4. Översätt behovet av slutenvårdsproduktion till

På kommande sidor ges en detaljerad beskrivning av beräkningarna under steg 3.

365 ÷ beläggingsgrad (%)



Regionens vårdtid i dagar fördelas utifrån nuvarande fördelning av planerad och oplanerad vård

3.1 Först beräknas varje regions nuvarande fördelning av planerad och oplanerad vård genom att dela mängden planerad/oplanerad slutenvårdsproduktion med den totala slutenvårdsproduktionen:

$$(3.1) \frac{\text{Nuvarande } \mathbf{planerad} \text{ slutenvårdsproduktion}}{\text{Nuvarande planerad slutenvårdsproduktion} + \text{Nuvarande oplanerad slutenvårdsproduktion}} = \text{Andel } \mathbf{planerad} \text{ slutenvårdsproduktion}$$

$$(3.1) \frac{\text{Nuvarande } \mathbf{oplanerad} \text{ slutenvårdsproduktion}}{\text{Nuvarande planerad slutenvårdsproduktion} + \text{Nuvarande oplanerad slutenvårdsproduktion}} = \text{Andel } \mathbf{oplanerad} \text{ slutenvårdsproduktion}$$

Den producerade vårdtiden har hämtats från riktvärdesmetoden för kort sikt

3.2 Alla regioner får samma behov av slutenvård som Regionstandard. Behovet fördelas mellan planerad och oplanerad vård med hjälp av andelarna som precis räknats fram. Detta blir **varje regions utgångspunkt för planerad/oplanerad sluten vård per 1 000 invånare.**

$$(3.2) \text{Regionsstandardens behov av sluten vård per 1 000 invånare} \times \text{Andel } \mathbf{planerad} \text{ slutenvårdsproduktion} = \text{Regionspecifik utgångspunkt för } \mathbf{planerad} \text{ sluten vård per 1 000 invånare}$$

$$(3.2) \text{Regionsstandardens behov av sluten vård per 1 000 invånare} \times \text{Andel } \mathbf{oplanerad} \text{ slutenvårdsproduktion} = \text{Regionspecifik utgångspunkt för } \mathbf{oplanerad} \text{ sluten vård per 1 000 invånare}$$



Räkneexempel: Alla regioner tilldelas Regionstandardens behov av vårdtid per 1 000 invånare

● *Värden som beräknats i tidigare steg*

I detta steg tilldelas alla regioner Regionstandardens beräknade behov av vårdtid. Det fördelas utifrån hur mycket planerad respektive oplanerad vård regionen producerar i nuläget. Data för detta hämtas från riktvärdesmetoden på kort sikt.

Ingångsdata (Data för Region Norr och Regionstandard)	
Nuvarande slutenvårdsproduktion av planerad vård	59 950
Nuvarande slutenvårdsproduktion av oplanerad vård	136 300
Total slutenvårdsproduktion	196 250
Regionstandardens beräknade behov av sluten vård per 1 000 invånare, vårdtid i dagar	400

Andel planerad slutenvårdsproduktion:
 $59\,950 / 196\,250 = 31\%$

Andel oplanerad slutenvårdsproduktion:
 $136\,300 / 196\,250 = 69\%$

I steg 1 har Region Norrs slutenvårdsbehov beräknats till 475 dagar per 1 000 invånare, medan regionen som valts till Regionstandard endast hade 400 dagar (beräkningarna för denna region visas ej, men genomförs på samma sätt som för Region Norr).

Regionstandardens vårdtid fördelas med hjälp av de beräknade andelarna.

Region Norrs regionspecifika utgångspunkt för planerad vård blir då:
 $400 \times 31\% = 124$

Och regionens regionspecifika utgångspunkt för oplanerad vård blir:
 $400 \times 69\% = 276$

Produktionskvoten beräknas för planerad och oplanerad vård och används sedan för att justera behovet

Metoden tar hänsyn till att regionerna köper och säljer olika mycket vård och utgår från antagandet att de regioner som säljer mycket vård kommer att fortsätta sälja mycket vård, och vice versa.

3.3 Härnäst beräknas produktionskvoten för planerad respektive oplanerad vård. Kvoten avspeglar hur mycket vård regionen köper eller säljer. Den beräknas genom att dividera regionens konsumerade vårdtid i dagar med producerad vårdtid i dagar.

3.4 Den regionspecifika utgångspunkten för planerad vård (vårdtid i dagar) per 1 000 invånare divideras med produktionskvoten för planerad vård. Detta ger **behovet av slutenvårdsproduktion för planerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)**.

3.5 På motsvarande sätt divideras regionens utgångspunkt för oplanerad vård (vårdtid i dagar) per 1 000 invånare med produktionskvoten för oplanerad vård. Detta ger **behovet av slutenvårdsproduktion för oplanerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)**.

Den producerade vårdtiden har hämtats från riktvärdesmetoden på kort sikt

$$(3.3) \frac{\text{Konsumerad vårdtid i dagar (planerad vård)}}{\text{Producerad vårdtid i dagar (planerad vård)}} = \text{Produktionskvot (planerad vård)}$$

$$(3.3) \frac{\text{Konsumerad vårdtid i dagar (oplanerad vård)}}{\text{Producerad vårdtid i dagar (oplanerad vård)}} = \text{Produktionskvot (oplanerad vård)}$$

$$(3.4) \frac{\text{Regionspecifik utgångspunkt för planerad sluten vård per 1 000 invånare}}{\text{Produktionskvot (planerad vård)}} = \text{Behov av planerad slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)}$$

$$(3.5) \frac{\text{Regionspecifik utgångspunkt för oplanerad sluten vård per 1 000 invånare}}{\text{Produktionskvot (oplanerad vård)}} = \text{Behov av oplanerad slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)}$$



Räkneexempel: Vårdtiden justeras för att ta hänsyn till att regionerna köper och säljer olika mycket vård

● Värden som beräknats i tidigare steg

I detta steg beräknas den så kallade *produktionskvoten* för att ta hänsyn till att regionerna köper och säljer olika mycket vård. Produktionskvoten beräknas separat för planerad och oplanerad vård och multipliceras sedan med motsvarande regionspecifika utgångspunkt. Data över producerad vårdtid hämtas från riktvärdesmetoden på kort sikt.

I exemplet producerar Region Norr mer sluten vård än vad regioninvånarna konsumerar, vilket medför att regionen får en produktionskvot som är mindre än 1. Detta innebär i nästa steg att den regionspecifika utgångspunkten justeras upp.

Ingångsdata (Data för Region Norr)	
Konsumerad vårdtid i dagar av planerad vård	29 805
Producerad vårdtid i dagar av planerad vård	59 950
Konsumerad vårdtid i dagar av oplanerad vård	135 820
Producerad vårdtid i dagar av oplanerad vård	136 300
Regionspecifik utgångspunkt för planerad sluten vård per 1 000 invånare, vårdtid i dagar	124
Regionspecifik utgångspunkt för oplanerad sluten vård per 1 000 invånare, vårdtid i dagar	276

Produktionskvoten för planerad vård:
 $29\ 805 / 59\ 950 = 0,497$

Produktionskvoten för oplanerad vård:
 $135\ 820 / 136\ 300 = 0,996$

→ Behovet av slutenvårdsproduktion för planerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat):
 $124 / 0,497 = 250$

→ Behovet av slutenvårdsproduktion för oplanerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat):
 $276 / 0,996 = 277$

Den åldersjusterande faktorn beräknas (1/2)

Beräkningen av den åldersjusterande faktorn illustreras med ett exempel

3.6 Ett uttag beställs från PAR avseende slutenvårdskonsumtionen per åldersgrupp. Från SCB hämtas regionernas befolkningsmängd per åldersgrupp. Denna data hittas i kategorin *Befolkningsstatistik* under "Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön". Följande specifikationer används: Tabellinnehåll – Folkmängd; Region – Län, markera alla; Civilstånd – Inget val; Ålder – 5-årsklasser, markera alla; Kön – Inget val; År – [föregående år]

3.7 Regionstandardens konsumerade vårdtid per åldersgrupp divideras med befolkningsmängden inom samma åldersgrupp för att få vårdtid i dagar per individ inom respektive åldersgrupp.

3.8 De ovan beräknade kvoterna multipliceras med befolkningsmängden inom respektive åldersgrupp i övriga regioner.

- Detta ger den "teoretiska vårdkonsumtionen" per åldersgrupp för regionerna, om de hade haft samma genomsnittliga vårdkonsumtion som Regionstandard.

Regionstandard	Åldersgrupp (0-85+):	0-4	5-9	[...]	85+
	Vårdtid i dagar	10 000	15 000	...	24 000
Befolkningsmängd	25 000	30 000	...	16 000	
Vårdkonsumtion /invånare	3.7 $\frac{10\,000}{25\,000} = 0,4$	$\frac{15\,000}{30\,000} = 0,5$...	$\frac{24\,000}{16\,000} = 1,5$	

Region A	Åldersgrupp (0-85+):	0-4	5-9	[...]	85+
	Befolkningsmängd	80 000	100 000	...	70 000
Teoretisk vårdkonsumtion	3.8 $80\,000 \times 0,4 = 32\,000$	$100\,000 \times 0,5 = 50\,000$...	$70\,000 \times 1,5 = 105\,000$	

Beskrivningen fortsätter på nästa sida ➡

Den åldersjusterande faktorn beräknas, forts. (2/2)

3.9 Vårdkonsumtionen för varje åldersgrupp summeras för att få regionens totala teoretiska vårdkonsumtion.

3.10 Detta divideras sedan med regionernas totala befolkningensmängd för att få genomsnittlig teoretisk vårdkonsumtion per invånare.

3.11 Samma beräkning görs sedan för Regionstandardens; det vill säga Regionstandardens totala vårdkonsumtion divideras med dess totala befolkningensmängd för att få genomsnittlig vårdkonsumtion per invånare. Eftersom denna siffra och den vi får fram i punkt 3.10 baseras på samma vårdkonsumtion per invånare i varje åldersgrupp, skiljer de sig enbart p.g.a. skillnaden i fördelningen mellan antal invånare i varje åldersgrupp.

3.12 Regionens genomsnittliga teoretiska vårdkonsumtion per invånare divideras sedan med Regionstandardens genomsnittliga vårdkonsumtion per invånare. Detta ger den **åldersjusterande faktorn**.

$$3.12 \quad \frac{0,69}{0,75} = 0,92$$

Regionstandarden	Åldersgrupp (0-85+):	0-4	5-9	[...]	85+	Totalt
	Vårdtid i dagar	10 000	+	15 000	+	... + 24 000
Befolkningensmängd	25 000	+	30 000	+	... + 16 000	71 000 invånare
Vårdkonsumtion /invånare	0,4		0,5		... 1,5	3.11 $\frac{49\,000}{71\,000} = 0,69$

Region A	Åldersgrupp (0-85+):	0-4	5-9	[...]	85+	Totalt
	Befolkningensmängd	80 000	+	100 000	+	... + 70 000
Teoretisk vårdkonsumtion	3.9 32 000	+	50 000	+	... + 105 000	187 000 dagar

$$\rightarrow 3.10 \quad \frac{187\,000 \text{ dagar}}{250\,000 \text{ invånare}} = 0,75 \text{ dagar/invånare}$$

Behovet av slutenvårdsproduktion justeras utifrån den åldersjusterande faktorn

3.13 Den åldersjusterande faktorn används sedan för att justera behovet av slutenvårdsproduktion för planerad respektive oplanerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat). Detta ger det åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare, uppdelat på planerad och oplanerad vård och uttryckt i vårdtid i dagar.

(3.13)

$$\text{Åldersjusterande faktorn} \times \text{Behov av planerad slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)} = \text{Åldersjusterat behov av planerad slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare}$$

(3.13)

$$\text{Åldersjusterande faktorn} \times \text{Behov av oplanerad slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (ej åldersjusterat)} = \text{Åldersjusterat behov av oplanerad slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare}$$



Räkneexempel: Vårdtiden justeras utifrån varje regions unika ålderssammansättning

● Värden som beräknats i tidigare steg

Eftersom ålder har en stor påverkan på hur stora vårdbehov en befolkning har, justeras vårdtiden utifrån varje regions unika ålderssammansättning. Detta görs genom att multiplicera den åldersjusterande faktorn med behovet av slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare (ej åldersjusterat).

Ingångsdata (Data för Region Norr)	
Behov av slutenvårdsproduktion för planerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat), vårdtid i dagar	250
Behov av slutenvårdsproduktion för oplanerad vård per 1 000 invånare (ej åldersjusterat), vårdtid i dagar	277
Åldersjusterande faktorn	1,03

Det åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion för planerad vård per 1 000 invånare (uttryckt i vårdtid i dagar):

$$250 \times 1,03 = 256$$

Det åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion för oplanerad vård per 1 000 invånare (uttryckt i vårdtid i dagar):

$$277 \times 1,03 = 285$$

Den åldersjusterande faktorn beräknas i enlighet med metoden som beskrivs på föregående sidor

Det åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare justeras utifrån prognostiserad befolkningsmängd

I detta steg görs den slutgiltiga justeringen av regionens vårdtid i dagar genom att justera för prognostiserad befolkningsmängd.

3.14 Först hämtas data över prognostiserad befolkningsmängd från SCB. Denna data hittas i kategorin *Befolkningsstatistik* under "Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön".

- Följande specifikationer används: Region – Län, markera alla; Inrikes/utrikes född – Inget val; Kön – Inget val; Ålder – Inget val; År – [fem år fram i tiden]

3.15 Beräkningen görs genom att först dividera det åldersjusterade behovet av planerad respektive oplanerad vård, uttryckt i vårdtid i dagar per 1 000 invånare, med 1 000 för att få vårdtid per invånare. Sedan multipliceras detta med regionens prognostiserade befolkningsmängd.

$$(3.15) \quad \frac{\text{Åldersjusterat behov av } \mathbf{planerad} \text{ slutenvårdsproduktion per } 1\,000 \text{ invånare}}{1\,000} \times \text{Regionens prognostiserade befolkningsmängd} = \text{Behov av } \mathbf{planerad} \text{ sluten vård på medellång sikt (vårdtid)}$$

$$(3.15) \quad \frac{\text{Åldersjusterat behov av } \mathbf{oplanerad} \text{ slutenvårdsproduktion per } 1\,000 \text{ invånare}}{1\,000} \times \text{Regionens prognostiserade befolkningsmängd} = \text{Behov av } \mathbf{oplanerad} \text{ sluten vård på medellång sikt (vårdtid)}$$



Räkneexempel: Vårdtiden per 1 000 invånare räknas upp utifrån prognostiserad befolkningens mängd

● Värden som beräknats i tidigare steg

Det åldersjusterade behovet av slutenvårdsproduktion per 1 000 invånare räknas nu om till total vårdtid för hela regionens befolkning, det vill säga det beräknade behovet av planerad och oplanerad sluten vård på medellång sikt (uttryckt i vårdtid i dagar). Detta görs genom att multiplicera slutenvårdsbehovet med den prognostiserade befolkningens mängden (hämtad från SCB) och dividera med 1 000.

Ingångsdata (Data för Region Norr)	
Åldersjusterat behov av slutenvårdsproduktion för planerad vård per 1 000 invånare, vårdtid i dagar	256
Åldersjusterat behov av slutenvårdsproduktion för oplanerad vård per 1 000 invånare, vårdtid i dagar	285
Prognostiserad befolkningens mängd, 5 år fram i tiden (hämtad från SCB)	398 200

Behovet av slutenvårdsproduktion för planerad vård på medellång sikt:

$$256 \times 398\,200 / 1\,000 = 101\,939$$

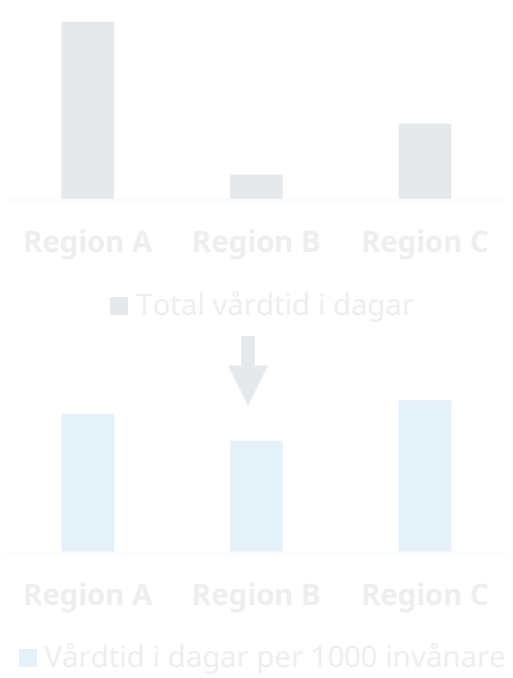
Behovet av slutenvårdsproduktion för oplanerad vård på medellång sikt:

$$285 \times 398\,200 / 1\,000 = 113\,487$$

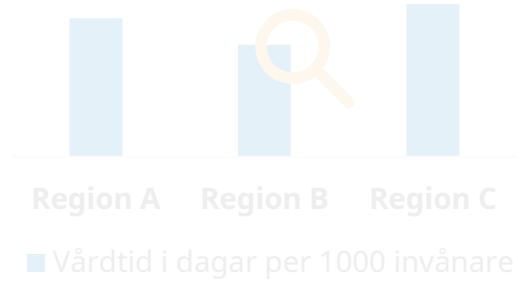
Visuell översikt av riktvärdesberäkningen



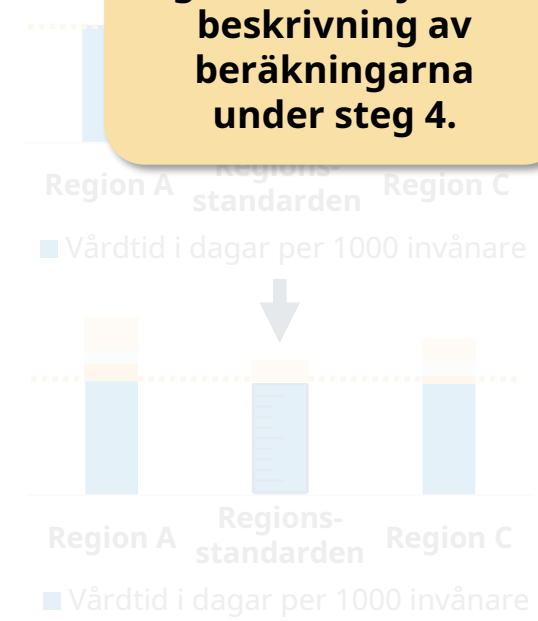
1. Skapa jämförbarhet mellan regionerna avseende det nuvarande behovet av slutenvård



2. Fastställ vilken region som kan möta invånarnas behov med minst slutenvård



3. Använd fastställd region som utgångspunkt och justera för varje regions förutsättningar



På kommande sidor ges en detaljerad beskrivning av beräkningarna under steg 4.

4. Översätt slutenvårdsproduktion till vårdplatser

$$\div 365 \div \text{Önskad beläggningsgrad (\%)}$$



Behovet av slutenvårdsproduktion översätts till vårdplatser och summeras för planerad och oplanerad vård

4.1 Slutligen översätts det beräknade behovet av slutenvårdsproduktion, uttryckt som vårdtid i dagar, till vårdplatser. I ett första steg divideras behovet av planerad respektive oplanerad sluten vård med 365. Detta ger det genomsnittliga behovet av slutenvårdsproduktion per dag.

- I realiteten utförs inte planerad vård under årets alla dagar, utan viss neddragning görs under exempelvis helger och semesterperioder. Riktvärdet beräknas dock som ett genomsnitt per dag under årets alla dagar; därför beräknas även det genomsnittliga behovet av slutenvårdsproduktion per dag under årets alla dagar.
- Om föregående år var ett skottår fördelas det beräknade behovet av slutenvårdsproduktion över 366 dagar istället för 365. Om innevarande år är ett skottår används fortsatt 365.

4.2 Kvoterna divideras därefter med Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad, dvs. 95 procent (för planerad vård) respektive 85 procent (för oplanerad vård). Detta ger behovet av vårdplatser för planerade respektive oplanerad vård.

4.3 Slutligen summeras vårdplatsbehovet för planerad respektive oplanerad vård. Resultatet är riktvärdet för antal vårdplatser på medellång sikt.

(4.1-4.2) *Behov av slutenvårdsproduktion för **planerad** vård på medellång sikt (vårdtid)* $\div 365 \div 0,95 =$ *Vårdplatsbehov **planerad** vård*

(4.1-4.2) *Behov av slutenvårdsproduktion för **oplanerad** vård på medellång sikt (vårdtid)* $\div 365 \div 0,85 =$ *Vårdplatsbehov **oplanerad** vård*

(4.3) *Vårdplatsbehov för **planerad** vård* $+$ *Vårdplatsbehov för **oplanerad** vård* $=$ *Riktvärdet på medellång sikt*



Räkneexempel: Behovet av slutenvårdsproduktion översätts till vårdplatser och summeras för planerad och oplanerad vård

● *Värden som beräknats i tidigare steg*

Sista steget är att översätta behovet av slutenvårdsproduktion, uttryckt som vårdtid i dagar, till vårdplatser. Detta görs genom att först dividera vårdtid i dagar för planerad respektive oplanerad vård med 365 och därefter med Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad. När detta är gjort summeras vårdplatsbehovet för planerad och oplanerad vård. Resultatet är riktvärdet på medellång sikt.

Ingångsdata (Data för Region Norr)	
Behov av planerad sluten vård på medellång sikt, vårdtid i dagar	101 939
Riktvärde för beläggningsgrad, planerad vård	0,95
Behov av oplanerad sluten vård på medellång sikt, vårdtid i dagar	113 487
Riktvärde för beläggningsgrad, oplanerad vård	0,85

Vårdplatsbehovet på medellång sikt för planerad vård:
 $101\ 939 / 365 / 0,95 = 294$

Vårdplatsbehovet på medellång sikt för oplanerad vård:
 $113\ 487 / 365 / 0,85 = 366$

→ Riktvärdet för vårdplatser på medellång sikt:
 $294 + 366 = 660$ vårdplatser

Avgränsningar och begränsningar

4

- ▶ *Avsnittet beskriver faktorer som kan göra att riktvärdena över- eller underskattar vårdplatsbehovet*
- ▶ *En ansträngd vårdplatssituation kan påverka produktionen av slutenvård*
- ▶ *Definitionen av vårdtid i PAR medför risk för under- respektive överskattning*
- ▶ *Uppräkningen för oplanerad vård överskattar sannolikt behovet*

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.

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 enskilda regioner, sjukhus eller verksamheter avser att använda riktvärdet som verktyg för mer detaljerad planering av vårdplatser kan metoden med fördel kompletteras med lokala data och kunskap om hur uppdrag och arbetssätt är tänkta att förändras under aktuellt år.

En ansträngd vårdplatssituation kan påverka produktionen av slutenvård

Nuvarande slutenvårdsproduktion kan vara lägre än önskvärt till följd av den ansträngda vårdplatssituationen, men även högre än nödvändigt till följd av att bland annat processer vid in- och utskrivning kan bli mer ineffektiva vid en vårdplatsbrist.

- Som 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. Beräkningen av riktvärden fångar exempelvis inte de besök på akutmottagningar som inte lett till inskrivning, men där ansvarig läkare hade valt att skriva in patienten om vårdplats funnits tillgänglig. Det faktiska vårdplatsbehovet vid ändamålsenlig inskrivningsfrekvens och ändamålsenliga vårdtider kan således vara något högre än riktvärdenas uppskattning.
- Å andra sidan medför nuvarande ansträngda vårdplatssituation viss ineffektivitet som kan ge upphov till mer slutenvårdsproduktion än nödvändigt. En situation där erfaren personal behöver tillbringa mycket tid med att flytta patienter och bedöma möjligheter att skriva ut patienter tidigare än planerat på grund av vårdplatsbrist, skapar ineffektiva processer som riskerar att förlänga vårdtider.
- Överbeläggningar och utlokaliseringar är även förknippade med högre risk för vårdskador, vilket i sin tur ökar risken för förlängda vårdtillfällen och återinskrivningar. Faktiskt vårdplatsbehov i en situation där dessa risker minimeras kan således vara lägre än riktvärdenas uppskattning.

Definitionen av vårdtid i PAR medför risk för under- respektive överskattning

Datakällornas definitioner av vårdtid i dagar medför risk för såväl över- som underskattning av vårdplatsbehovet inom somatisk vård.

- Vårdtiden i dagar i PAR beräknas utifrån skillnaden mellan datum för utskrivning och datum för inskrivning.
 - Det innebär att vårdtillfällen där in- och utskrivning sker samma dag faller bort ur data.
 - Om ett vårdtillfälle varat kortare än 24 timmar, men pågått över en datumgräns, överskattas slutenvårdsbehovet något (*exempelvis ett vårdtillfälle som inleds kl. 16:00 dag 1 och avslutas 08:00 dag 2*).
 - Omvänt; om ett vårdtillfälle pågått längre än 24 timmar men bara under två kalenderdagar, underskattas slutenvårdsbehovet något (*exempelvis ett vårdtillfälle som inleds kl. 10:00 dag 1 och avslutas 15:00 dag 2*).
- Detta medför att riktvärdena kan såväl över- som underskatta faktiskt vårdplatsbehov. Skillnader i inskrivning/utskrivningstider från sjukhus förväntas balansera ut varandra, och in- och utskrivning samma datum är ovanligt eftersom dessa patienter normalt hanteras inom öppen vård. Därigenom antas effekten inte ha någon större betydelse för riktvärdets träffsäkerhet, och påverka regionernas riktvärden i samma utsträckning.
- Vårdtiden i dagar i PAR innehåller permissioner medan hela permissionsdygn exkluderas ur data i KPP-databasen. Permissionernas påverkan bedöms, efter jämförelse mellan patientregistret och KPP-databasen, ha en försumbar påverkan på riktvärdena, men kan medföra en mindre överskattning av vårdplatsbehovet.

Uppräkningen för oplanerad vård medför viss risk att behovet överskattas

Riktvärdesberäkningen överskattar sannolikt det vårdplatsbehov inom övrig somatisk vård som ses till följd av långa vistelsetider på akutmottagningar.

- En lång vistelsetid på akutmottagning kan i vissa fall fördröja behandling eller leda till vårdskador. Detta kan i sin tur kan förlänga vårdtiden under efterföljande vårdtillfälle, jämfört med om patienten hade skrivits in direkt efter inskrivningsbeslut. En australisk studie* från 2002 visade att patienter som vistades mer än åtta timmar på akutmottagning i genomsnitt hade en vårdtid som var 0,8 dagar längre än patienter med kortare väntetid. Detta talar för att regioner med långa vistelsetider på akutmottagning för patienter som senare skrivs in i slutenvård också i genomsnitt har längre vårdtider.
- Om vårdplatskapaciteten ökar så att tillgängligheten till vårdplatser förbättras, kan en större andel patienter tas om hand utan fördröjning. Det kan leda till kortare vårdtider och därmed ett minskat behov av slutenvårdsproduktion. Denna potentiella effekt beaktas dock inte i riktvärdesberäkningen, vilket innebär att det beräknade vårdplatsbehovet kan vara överskattat.

Beräkningen görs för riktvärdet på kort sikt men resultatet används även för riktvärdet på medellång sikt

*Richardson DB. *The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay.* Med J Aust. 2002; 177(9):492-5

Brister i väntetidsdata medför risk för under- såväl som överskattning

Data över väntetider, antal väntande och genomförda åtgärder för väntande är inte fullständiga, vilket medför risk för såväl över- som underskattning av vårdplatsbehovet för att stärka tillgängligheten till planerad vård.

- I vissa regioner samlas inte fullständiga väntetidsdata in från privata vårdgivare. Det kan innebära att de som väntar på åtgärd hos en privat vårdgivare inte inkluderas i beräkningen, vilket underskattar vårdplatsbehovet. I de fall privata vårdgivare inte rapporterar genomförda åtgärder kan det dock även leda till att statistiken överrapporterar antalet väntande till åtgärd, vilket överskattar vårdplatsbehovet. Betydelsen av detta för riktvärdesberäkningen bedöms dock vara begränsad. Privata vårdgivare med slutenvårdsplatser finns i nio regioner, varav de står för mindre än fyra procent av vårdplatserna i åtta regioner. I Region Stockholm står privata vårdgivare för en större andel av vårdplatserna, 35 procent, och påverkan skulle därmed kunna vara större för denna region, men det är inte möjligt att säga huruvida det sammantaget riskerar att leda till en överskattning eller en underskattning av vårdplatsbehovet.
- Väntetidsstatistiken är baserad på regionernas inrapportering och kan vara av varierande kvalitet. Exempelvis kan byte av journalsystem eller förändrade registreringsrutiner tillfälligt påverka datakvalitet, täckningsgrad och jämförbarhet mellan regioner*.
- Data över medelvårdtiden för patienter som väntat i över 90 dagar på planerad operation eller åtgärd inom slutenvården saknas, och beräkningen utgår därför ifrån ett antagande om att denna är lika lång som medelvårdtiden för planerade vårdtillfällen som sker inom 90 dagar. Detta kan innebära antingen en viss underskattning eller en överskattning av vårdplatsbehovet.

Beräkningen görs för riktvärdet på kort sikt men resultatet används även för riktvärdet på medellång sikt

*Socialstyrelsen. (2023). *Specialiserad vård – väntetider och vårdgaranti*. Tillgänglig från: [Specialiserad vård – väntetider och vårdgaranti - Socialstyrelsen](#) (Hämtad 20260121)

