

Plats för vård

Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-5-9098

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2024

Förord

Socialstyrelsen har regeringsuppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården (S2023/00679(delvis)). Uppdraget delredovisades i oktober 2023 och genom denna slutrapport presenterar Socialstyrelsen ett förslag till en sådan plan. En övergripande målsättning med arbetet är att patienter ska ges säker vård av god kvalitet baserat på behov. Det ska råda balans mellan vårdplatsbehov och vårdplatskapacitet. Disponibla vårdplatser ska finnas tillgängliga där de behövs, när de behövs.

Rapporten vänder sig till regeringen, regionledningar, beslutsfattare på alla nivåer inom regional och kommunal hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdens professionsföreträdare samt intresserad allmänhet. Rapporten pekar på att vårdens aktörer behöver arbeta med en systemansats med riktning mot balans mellan behov och kapacitet, utvecklade arbetssätt, en hållbar kompetensförsörjning samt en god, nära och säker vård. Till planen har Socialstyrelsen tagit fram målsättningar och konkreta insatsförslag på hur staten, regioner och kommuner kan åstadkomma denna utveckling.

Rapporten är framtagen av Avdelningen för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå. Utredaren Caroline Kevin har varit projektledare i samarbete med utredaren Sofia Norberg. Christian Danielsson har deltagit som medicinskt sakkunnig. Arbetet har letts av enhetschefen Henrik Lysell. Socialstyrelsen vill rikta ett tack till deltagare från region, kommun, patient- och närstående-representanter, hälso- och sjukvårdsdirektörer, socialchefer, Sveriges Kommuner och Regioner och professionsföreningar för värdefulla bidrag.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Rapporten i korthet	7
Sammanfattning	8
Det finns ett brådskande behov av att öka antalet vårdplatser	8
Planens utgångspunkter	8
Planen förstärker pågående utvecklingslinjer i svensk hälso- och sjukvård	9
Planen beskriver 160 insatser för minskad vårdplatsbrist inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	10
Planen visar på en potential att uppnå en balanserad vårdplatssituation år 2026	12
Planen har tagits fram i en iterativ process med berörda aktörer	12
Planens genomförande och uppföljning	13
Inledning	15
Vårdplatsfrågan spänner över hela hälso- och sjukvårdssystemet	15
Socialstyrelsen arbetar med vårdplatsfrågan utifrån ett systemperspektiv	15
Tillgången till vårdplatser påverkas och påverkas av systemet i övrigt... ..	16
Planen är framtagen i bred förankring och är riktad till vårdens beslutsfattare på alla nivåer	17
Utgångspunkter för förslaget till nationell plan	19
Det råder brist på disponibla vårdplatser	19
Vårdplatsantalet har minskat över tid och täcker i dagsläget inte behovet av slutenvård	19
Personalbrist och den ekonomiska situationen är utmaningar att förhålla sig till	20
Systemets resursanvändning kan bli mer effektiv på sikt	20
Trots potential att minska behovet av vårdplatser på sikt behöver de bli fler just nu	22
En nationell plan för minskad vårdplatsbrist	24
Planen utgår från fem fokusområden	24
Insatserna i planen är i linje med pågående utveckling	25
Planen redovisar insatser på olika ambitionsnivå	25
Målsättningar och potentialskattningar utgår från jämförelser mellan regioner	26

Vårdplatsbristen kan följas utifrån ett antal mått	26
Det finns potential att minska vårdplatsbristen	27
Planens genomförande och uppföljning	31
Fokusområden för den nationella planen – somatisk vård	35
1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser	35
2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen	43
3. Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal	50
4. Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutenvård på sjukhus	59
5. Agera för säker vård för att minimera undvikbar slutenvård	69
Fokusområden för den nationella planen – psykiatrisk vård	74
1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser – psykiatri	75
2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen – psykiatri	78
3. Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser med tillgänglig personal – psykiatri	82
4. Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutenvård på sjukhus – psykiatri	86
5. Agera för säker vård för att minimera undvikbar slutenvård – psykiatri	90
Nationell plan för minskad vårdplatsbrist inom rättspsykiatrisk vård	94
Bilaga 1: Termer och begrepp	98
Bilaga 2: Regionala riktvärden för belägningsgrad och antalet disponibla vårdplatser	100
Regionala riktvärden för vårdplatser togs fram första gången 2023	100
Riktvärdena skattar behovet av vårdplatser	101
Riktvärdena pekar på ett behov av ytterligare ca 2 230 disponibla vårdplatser och 50 IVA-platser	103
Regionerna behöver bryta ner riktvärdena och följa upp	111
Bilaga 3: Nuläge för regionerna på målsatta mått	112
Bilaga 4: Antaganden och överlapp i potentialskattningar	118
Bilaga 5: Uppdraget och parallella tillgänglighetsuppdrag	122
Uppdraget	122
Socialstyrelsens arbete med vårdplatser och tillgänglighet	122

Relaterade uppdrag på tillgänglighetsområdet.....	123
Bilaga 6: Framtagandet av den nationella planen	125
Bilaga 7: Enkät om bemanning, uppgiftsväxling och administration	128
Om enkäten.....	128
Enkätfrågor	129
Ett urval av enkätresultat	132
Bilaga 8: Bildmaterial för diskussion inom målgrupper med kortfattade beskrivningar av målbild, mått och insatser.....	139

Rapporten i korthet

Idag råder det brist på disponibla vårdplatser i en majoritet av landets regioner. Denna brist uppskattas till totalt cirka 2 230 disponibla vårdplatser för år 2023. Vårdplatsbristen leder till bland annat bristande tillgänglighet, patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem. Förslaget till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser syftar till att påskynda och stödja pågående arbete för att förbättra vårdplatssituationen.

Målsättningar, mått och insatser redovisas inom ramen för fem fokusområden. Planens fokusområden utgår från de stora generella utvecklingslinjer som finns i svensk hälso- och sjukvård, med ett tydligt fokus på de delar som minskar bristen på disponibla vårdplatser på sjukhus. Eftersom insatserna kan förväntas få effekt olika snabbt är det viktigt att arbete sker parallellt inom planens områden. Varje region och kommun behöver avgöra vilka specifika insatser som är mest angelägna att fokusera på utifrån sina behov och förutsättningar. De fem fokusområdena är följande:

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

Utifrån jämförelser mellan regioner gör Socialstyrelsen bedömningen att det kan vara möjligt att uppnå en balanserad vårdplatssituation till år 2026, genom att öka antalet disponibla vårdplatser med cirka 1 220 och minska behovet med cirka 1 010 disponibla vårdplatser. Denna analys utgår från att insatser för att öka vårdplatskapaciteten och minska vårdplatsbehovet genomförs.

Sammanfattning

Det finns ett brådskande behov av att öka antalet vårdplatser

Idag råder det brist på disponibla vårdplatser i en majoritet av landets regioner. Enligt Socialstyrelsens skattningar uppgick denna brist till cirka 2 230 vårdplatser under år 2023. Vårdplatsbristen leder ofta till bland annat bristande tillgänglighet, patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem. Bristande patientsäkerhet kan leda till vårdskador som inte bara orsakar lidande för enskilda patienter, utan även innebär ökade vårdbehov som i sin tur leder till ökad belastning på hälso- och sjukvården. Därtill kan arbetsmiljöproblem innebära att fler medarbetare lämnar den slutna vården och att belastningen därmed blir ännu högre på de medarbetare som stannar kvar. Sammantaget kan följderna av detta bli att vårdplatsbristen ökar och att tillgängligheten försämras.

Socialstyrelsens bedömning är att det är angeläget att minska den akuta vårdplatsbristen genom att på kort sikt öka antalet disponibla vårdplatser. Den nationella planen redovisar insatser som kan bidra till en sådan förändring.

Planens utgångspunkter

Anledningen till att fler vårdplatser inte kan öppnas är i många fall personalbrist. Tillgång till personal och deras kunskap, skicklighet och färdigheter är förutsättningar för att kunna tillhandahålla hälso- och sjukvård som präglas av principer som jämlikhet, personcentrering och patientsäkerhet. Samtidigt står hälso- och sjukvårdens personalförsörjning inför utmaningar både idag och på sikt.

Här och nu behövs insatser som bland annat förbättrar förutsättningarna för rekrytering och kvarstannande för vissa yrkesgrupper. Med hänsyn till det ekonomiska läget som råder, utmaningarna som regionerna möter i att rekrytera personal, samt prognoser om fortsatta utmaningar i personalförsörjningen framåt är det också viktigt att genomföra insatser för att säkerställa att medarbetarnas kompetens nyttjas fullt ut och används så effektivt som möjligt. Nya arbetssätt kan behövas för att möjliggöra detta och i planen redovisas insatser som exempelvis gör att mer av personalens tid kan användas till att vårda patienter.

Bristen på vårdplatser är ojämnt fördelad mellan vårdområden, geografiska områden, samt över året och dygnets timmar. En central utgångspunkt för Socialstyrelsens arbete med vårdplatser är att insatser behöver genomföras

där de gör störst nytta. Planen redovisar därför insatser som stärker förutsättningarna för att planera och styra vårdplatskapaciteten efter behovet och säkerställa att rätt typ av vårdplats finns tillgänglig där och när den behövs.

Parallellt med de insatser som höjer vårdplatskapaciteten behövs utvecklingsarbeten som kan minska behovet av slutenvård på längre sikt. Planen innehåller därför även insatser som bidrar till att vårdbehov i högre grad kan omhändertas utanför sjukhusen, samt minskar förekomsten av vårdskador som leder till slutenvård.

Planen förstärker pågående utvecklingslinjer i svensk hälso- och sjukvård

Det pågår ständigt omställningar och förbättringsarbeten i hälso- och sjukvården, både inom enskilda verksamheter och på region- och nationell nivå. För att stödja arbetet med vårdplatser utgår planen från fem övergripande fokusområden som är i linje med de stora generella utvecklingslinjer som finns i svensk hälso- och sjukvård. För varje fokusområde beskrivs en målbild och mått som reflekterar vårdplatsläget eller har direkt påverkan på vårdplatsbristen. Syftet är att påskynda redan pågående arbete med att förbättra vårdplatssituationen.

Fokusområdena i planen har ingen inbördes prioriteringsordning. Eftersom insatserna förväntas få effekt olika snabbt är det viktigt att arbete kan ske parallellt inom samtliga områden.

Det är viktigt att understryka att planen inte syftar till att täcka in samtliga delar inom de utvecklingslinjer som fokusområdena utgår från. Planen fokuserar enbart på de mål, mått och insatser som har nära koppling till en minskad brist på disponibla vårdplatser på sjukhus.

Eftersom de insatser som beskrivs är i linje med pågående utveckling har flera av insatserna redan implementerats delvis eller helt i vissa verksamheter, kommuner eller regioner, men i mindre utsträckning eller inte alls i andra. Arbetet behöver ske inom samtliga fokusområden parallellt men varje region och kommun behöver avgöra vilka specifika insatser inom områdena som är mest angelägna att fokusera på utifrån sina behov och förutsättningar.

Planen beskriver 160 insatser för minskad vårdplatsbrist inom somatisk och psykiatrisk slutenvård

Totalt innehåller planen 160 insatser med olika ambitionsnivå och omfattning som är riktade till olika aktörer. Av dessa gäller 104 insatser somatisk vård och 56 psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Insatserna för somatisk vård har grupperats i tjugofem insatsområden fördelade på de fem övergripande fokusområdena:

Fokusområde 1: Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser.

Insatsområden:

1. Stärk förutsättningarna för att arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning
2. Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet
3. Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande och vidta riktade åtgärder
4. Öka samordning mellan regioner för att bättre matcha kapacitet mot behov
5. Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden
6. Planera och följ upp vårdavdelningars processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning

Fokusområde 2: Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att flera vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Insatsområden:

1. Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare
2. Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning i den slutna vården
3. Utforma utvecklingsmöjligheter som premierar klinisk kompetens och arbete på obekvämt arbetstid
4. Stärka den verksamhetsförlagda utbildningen för att i högre grad förbereda studenter för verksamheternas behov

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

Insatsområden:

1. Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdbehov/vårdintensitet och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt

2. Sambemanna vårdplatser för ökad flexibilitet och resurseffektivitet
3. Använd teambaserade arbetssätt i större utsträckning
4. Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration
5. Uppgiftsväxla mellan befintliga och nya yrkesroller

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

Insatsområden:

1. Bygg ut samverkansstrukturer mellan regioner och kommuner
2. Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter
3. Utöka den öppna vården genom poliklinisering, egenvård och stärkt stöd efter utskrivning samt stärka patientens delaktighet i sin vård
4. Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete
5. Ställ om till vårdplatser på primärvårdsnivå
6. Ställ om till vård i hemmet

Fokusområde 5: Agera för säker vård för att minimera undvikbar slutna vård

Insatsområden:

1. Minimera vårdtillfällen som uppstår eller förlängs till följd av vårdskador
2. Säkerställ patientsäkerhet vid införande av nya arbetssätt
3. Säkerställ kompetens genom utbildning och fortbildning inom patientsäkerhet
4. Säkerställ ett personcentrerat arbetssätt

Inom psykiatrin (exklusive rättspsykiatri) är bedömningen att det inte råder samma generella vårdplatsbrist som inom somatiken, men att heldygnsvården har brist på platser i specifika verksamheter, i vissa regioner. De 46 insatser som redovisas för psykiatriområdet (exklusive rättspsykiatri) är indelade i samma fokusområden som insatserna inom somatiken. Även om inte samtliga insatser för somatisk vård är relevanta inom psykiatrin är en del av insatserna likartade. Dessa är särskilt relevanta i de verksamheter eller regioner där heldygnsvården inte är dimensionerad för att möta behoven. Därtill inkluderar planen ytterligare insatser inom psykiatriområdet som inte är relevanta inom somatik.

Inom rättspsykiatrin finns tydligare tecken på en generell vårdplatsbrist än i allmänpsykiatrin. För rättspsykiatrin redovisas tio insatser. Dessa kategoriseras inte inom fokusområden. Insatserna syftar framför allt till att stärka berörda aktörers samverkan kring rättspsykiatriska patienter, samt till att öka samordning mellan aktörer på nationell, regional och kommunal nivå.

Planen visar på en potential att uppnå en balanserad vårdplatssituation år 2026

Regioner har idag har olika utfall ur olika kvalitets- och effektivitetsaspekter. Detta indikerar en förbättringspotential i flera regioner. Utifrån en analys av ett urval av mått som är kopplade till en del av planens insatser skattas potentialen i att minska vårdplatsbristen på kort sikt. Baserat på denna analys bedömer Socialstyrelsen att det är uppnåeligt att öka antalet disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård med cirka 1 220 och minska behovet med cirka 1 010 vårdplatser till år 2026. En sådan förändring skulle innebära att vårdplatskapaciteten möter behovet av disponibla vårdplatser. Detta förutsätter att berörda aktörer arbetar aktivt med de insatser som planen redovisar.

Rapporten innehåller även en prognos som visar på potential att eventuellt ytterligare minska behovet av vårdplatser mellan år 2026 och år 2028. Denna utgår från riktvärdet för disponibla vårdplatser på medellång sikt. Om utfallen i regionerna motsvarar prognosen finns en eventuell möjlighet att minska behovet av slutenvård till den grad att behovet skulle kunna mötas med det antal disponibla vårdplatser som finns idag, eller något färre. Detta förutsätter dock stora omställningar, effektiviseringar och ett skifte till en utökad öppen vård. Antalet disponibla vårdplatser bör inte minskas förrän effekterna av dessa förändringar kan ses i praktiken. Disponibla vårdplatser ska finnas tillgängliga där de behövs, när de behövs.

Det är svårt att förutsäga behovet av vårdplatser på lång sikt. Riktvärdet på medellång sikt antar oförändrade vårdbehov i befolkningen. På lång sikt finns dock faktorer som talar för ett ökande behov av slutenvård, såsom en åldrande befolkning och nya behandlingsmöjligheter.

Planen har tagits fram i en iterativ process med berörda aktörer

Förslaget till plan har tagits fram i en omfattande iterativ process, i bred förankring med berörda aktörer från olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Insatserna har tagits fram och utvecklats tillsammans med verksamheterna och andra relevanta aktörer. Dialog- och förankringsmöten har genomförts löpande med representanter från bland annat:

- Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket
- Sveriges Kommuner och Regioner

- Referensgrupp för vårdplatser med regionrepresentanter¹
- Referensgrupp för kommunal hälso- och sjukvård med kommunrepresentanter²
- Socialchefs nätverk
- Patient- och närståendeföreningar
- Professionsföreningar
- Nätverket för styrning och ledning av psykiatri

Samverkan har skett med andra regeringsuppdrag och andra relevanta arbeten på Socialstyrelsen, samt med andra myndigheter som Arbetsmiljöverket och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dialog har också förts med den särskilda utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.

Utöver dessa dialoger har även platsbesök genomförts av projektgruppen. Ytterligare kunskapsinsamling har skett bland annat genom omfattande dokumentanalys, analys av data och fördjupande intervjuer med representanter från kommunal hälso- och sjukvård, rättspsykiatri och regional primärvård. Därtill har uppgifter om verksamhetens arbete med bemanningstal, uppgiftsväxling och administration samlats in genom en enkät.

Planens genomförande och uppföljning

Socialstyrelsen föreslår att planen genomförs inom ramen för ordinarie strukturer och ansvarsområden. Insatserna som redovisas har en nära koppling till generella utvecklingslinjer och ett framgångsrikt genomförande förutsätter ett stort lokalt ansvarstagande.

Sveriges regioner befinner sig i maj 2024 i ett ekonomiskt läge som kan begränsa möjligheterna till större investeringar på kort sikt. Detta kan påverka genomförandet av vissa insatser, eftersom de föreslås ske inom ramen för ordinarie strukturer och ansvarsområden. Insatser behöver ändå genomföras omgående för att minska vårdplatsbristen.

Socialstyrelsen kommer att arbeta nära målgrupperna och för att stödja genomförandet av planen och implementering av insatserna. Socialstyrelsen avser även att aktivt följa upp planens genomförande och vårdplatssituationen. Detta inkluderar exempelvis uppföljning utifrån riktvärden för vårdplatser, att följa upp utfallet för vissa av de mått som

¹ Se Bilaga 6: Framtagandet av den nationella planen för mer information om referensgruppens sammansättning.

² Se Bilaga 6: Framtagandet av den nationella planen för mer information om referensgruppens sammansättning.

Plats för vård

ingår i planen, att föra dialog med verksamhetsföreträdare och att följa upp huvudmännens behov av stöd i insatser som genomförs. Därtill kommer de befintliga statsbidrag som Socialstyrelsen har uppdrag att fördela kopplas till genomförandet av planen inom de fokusområden där de är relevanta.

Inledning

Vårdplatsfrågan spänner över hela hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården är ett komplext system där de olika delarna delvis hänger ihop med och påverkar varandra, såväl direkt som indirekt. Förändringar, både förbättringar och försämringar, som uppstår i en del av systemet för vård och omsorg kan få såväl positiva som negativa konsekvenser på andra delar av hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen arbetar med vårdplatsfrågan utifrån ett systemperspektiv

Som kunskapsmyndighet för vård och omsorg har Socialstyrelsen goda förutsättningar att ha ett brett systemperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens arbete inkluderar exempelvis analys av hur olika delar i systemet påverkar varandra, att identifiera möjliga lösningar, deras konsekvenser och målkonflikter på olika nivåer i systemet. Socialstyrelsen avser att arbeta nära målgrupperna för att åstadkomma detta.

I detta uppdrag har ett omfattande arbete gjorts för att vidareutveckla planen i dialog med berörda aktörer. Detta har åstadkommit genom ett nära samarbete med målgrupperna från olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet som alla påverkar eller påverkas av vårdplatsfrågan. Planen har tagits fram i en iterativ process med bland annat dessa målgrupper och andra berörda aktörer, som exempelvis Socialstyrelsens andra uppdrag som berör området.

Socialstyrelsen har ett systemperspektiv på tillgänglighetsområdet

- Socialstyrelsen har **flera parallella regeringsuppdrag** om tillgänglighet som handlar om att utveckla, stödja och stimulera i frågor om väntetidsdata, vårdplatser, vårdplatsdata, vårdförmedling, produktions- och kapacitetsstyrning samt dialog och uppföljning. Vidare har Socialstyrelsen uppdrag inom kompetensförsörjningsområdet, såsom exempelvis det nationella planeringsstödet (NPS). På flera av dessa sakområden har Socialstyrelsen också i uppdrag att fördela riktade statsbidrag.
- Socialstyrelsen **samordnar arbetet** mellan myndighetens parallella uppdrag och även med andra närliggande arbeten på myndigheten, som exempelvis God och nära vård. Samordningen inom myndigheten och med centrala aktörer inom tillgänglighetsområdet syftar till att åstadkomma såväl ett systemperspektiv på tillgänglighetsområdet som effektivare arbetsätt och minskad administrativ börda.
- Socialstyrelsen arbetar mot ett **gemensamt övergripande mål** för tillgänglighet, vilket innebär att bidra till balans mellan behov och kapacitet så att Sveriges invånare får en god och jämlik vård i rimlig tid, inom ramen för vårdgarantin.

Tillgången till vårdplatser påverkar och påverkas av systemet i övrigt

Sjukhusens disponibla vårdplatser är en viktig del i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I arbetet för att stärka hela vårdkedjan för patienten är ett vårdplatsantal som möter behovet av slutna vård en förutsättning.

Behovet av disponibla vårdplatser är inte statiskt utan påverkas av resten av systemet för vård och omsorg, såsom tillgängligheten i primärvården, kommunala insatser och den öppna specialiserade vårdens arbetsätt. Därtill delar hela systemet till stor del på samma begränsade kompetenspool, vilket gör att kompetensförsörjningsinsatser i en del även påverkar andra delar av hälso- och sjukvården. Insatser behöver genomföras med detta systemperspektiv i åtanke.

Planen är framtagen i bred förankring och är riktad till vårdens beslutsfattare på alla nivåer

Förslaget till plan har tagits fram i en omfattande iterativ process, i bred förankring med berörda aktörer från olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Insatserna har tagits fram och utifrån dialog med verksamheter i regional och kommunal hälso- och sjukvård, patient- och närståendeföreningar, professionen med flera. Detta har gjorts genom intervjuer och dialog med representanter från ett stort antal olika verksamhetsområden inom somatisk specialistvård, vuxenpsykiatri, BUP, primärvård, rättspsykiatri, kommunala verksamheter med flera. Dialog- och förankringsmöten har genomförts löpande med representanter från bland annat:

- Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket
- Sveriges Kommuner och Regioner
- Referensgrupp för vårdplatser med regionrepresentanter³
- Referensgrupp för kommunal hälso- och sjukvård med kommunrepresentanter⁴
- Socialchefs nätverk
- Patient- och närståendeföreningar
- Professionsföreningar
- Nätverket för styrning och ledning av psykiatri

Samverkan har skett med andra regeringsuppdrag och andra arbeten på Socialstyrelsen, inom relevanta områden. Uppdraget har även genomförts i samverkan med andra myndigheter som Arbetsmiljöverket och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Dialog har också förts med den särskilda utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.

Utöver dessa dialoger har även platsbesök genomförts av projektgruppen för en ytterligare konkretiserad inblick i verksamheternas vardag, med såväl utmaningar som innovativa lösningar. Ytterligare kunskapsinsamling har skett genom omfattande dokumentanalys av relevanta avslutade och pågående utredningar, projektbeskrivningar, vetenskapliga artiklar, författningar samt analys av data från olika datakällor. Därtill har en enkät om bemanningstal, uppgiftsväxling och administration skickats ut till

³ Se Bilaga 6: Framtagandet av den nationella planen för mer information om referensgruppens sammansättning.

⁴ Se Bilaga 6: Framtagandet av den nationella planen för mer information om referensgruppens sammansättning.

samtliga sju universitetssjukhus samt ytterligare två sjukhus från varje sjukvårdsregion.

Intervjuer har hållits med representanter från fem kommunförbund och nio kommuner, med geografisk spridning, i syfte att fördjupa förståelse för de kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheternas förutsättningar. Även intervjuer inom vissa sakområden har genomförts. Dessa inkluderar exempelvis verksamhetschefer för två rättspsykiatriska verksamheter, samt två representanter för regional primärvård.

Utgångspunkter för förslaget till nationell plan

Det råder brist på disponibla vårdplatser

År 2023 slog Socialstyrelsen fast att det fanns en brist på disponibla vårdplatser i alla regioner utom en. Att vårdplatskapaciteten inte möter behovet kännetecknas av problem som hög belägningsgrad, överbeläggningar, utlokaliseringar, långa väntetider på akutmottagningar samt att patienter får vänta för länge på planerad vård. Sammantaget medför detta patientsäkerhetsrisker och en försämrad arbetsmiljö.

De uppdaterade riktvärdena som beräknats år 2024 visar på en i stort sett oförändrad vårdplatsbrist nationellt. En positiv utveckling med minskad vårdplatsbrist kan dock ses i enskilda regioner. Tre av regionerna bedöms i dagsläget inte ha en brist på disponibla vårdplatser. Ytterligare två regioner bedöms ha en vårdplatsbrist om mindre än fem procent. Detta kan jämföras med 2022 års riktvärde, då det bedömdes vara brist på disponibla vårdplatser i 20 av landets regioner.

Sammantaget har det skett små minskningar i såväl behovet av vårdplatser som antalet disponibla vårdplatser under 2023, motsvarande ca en procent av 2022 års nivåer. Därmed bedöms det totala behovet av ytterligare vårdplatser i Sverige uppgå till cirka 2 230 inom somatisk vård och 50 inom intensivvård. I de regioner som bedöms ha en mer omfattande vårdplatsbrist uppgår den till mellan 6 och 28 procent. Se Bilaga 2: Regionala riktvärden för belägningsgrad och antalet disponibla vårdplatser för samtliga beräkningsresultat och metodbeskrivning.

Vårdplatsantalet har minskat över tid och täcker i dagsläget inte behovet av slutenvård

Utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård har varit att antalet vårdplatser har minskat över tid. Detta har delvis varit motiverat; såväl antalet vårdtillfällen som genomsnittliga vårdtider har kunnat minskas, bland annat tack vare nya metoder för utredning och behandling. Vårdplatskapaciteten idag är dock underdimensionerad för behovet.

Personalbrist och den ekonomiska situationen är utmaningar att förhålla sig till

Av de vårdplatser som regioner planerar och budgeterar för kan inte alla hållas öppna. Verksamheterna beskriver att detta ofta beror på personalbrist, huvudsakligen för att det saknas sjuksköterskor.

Den ekonomiska situationen och utmaningar i att rekrytera och behålla personal är begränsningar att förhålla sig till och påverkar i hög grad vardagen i verksamheterna. Sparåtgärder av olika slag gör personalbristen till en än större utmaning. Värt att notera är dock att antalet fastställda vårdplatser på regionnivå, det vill säga det antal vårdplatser som regionerna planerar och budgeterar för, ligger högre än riktvärdet för vårdplatser på kort sikt i tolv av de fjorton regioner där Socialstyrelsen tagit del av dessa uppgifter. Under antagande att dessa uppgifter är representativa för samtliga regioner indikerar detta att vårdplatsbristen på övergripande nivå i huvudsak har berott på andra faktorer än ekonomi.

Systemets resursanvändning kan bli mer effektiv på sikt

I internationell jämförelse håller svensk hälso- och sjukvård hög kvalitet och genererar goda hälsoutfall överlag, vilket bland annat beskrivs i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022*. Kostnaderna är dock höga jämfört med andra länder. I jämförelse med andra OECD-länder är Sverige också bland de tolv länder med högst antal sysselsatta sjuksköterskor per invånare, med ett lägre antal än Norge och Finland men högre än Danmark. Vad gäller läkare per invånare är Sverige bland de tio länder med högst antal. Antalet läkarkonsultationer per invånare är samtidigt lågt. Sverige har även få vårdplatser per invånare och långa väntetider till planerad vård. Det finns således indikationer på att produktiviteten är låg relativt jämförbara länder.

Utifrån jämförelser mellan regioners kvalitetsindikatorer och kostnader i ovan nämnd rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys dras slutsatsen att det inte går att se något tydligt samband mellan hälso- och sjukvårdens resultat och dess kostnader. Regioner har väsentligt olika utfall ur olika kvalitets- och effektivitetsaspekter. Detta förklaras delvis av skillnader i förutsättningar, men även av skillnader i arbetssätt och att regionerna har kommit olika långt i utvecklingsarbeten. Detta kan indikera en förbättringspotential i flera regioner och att det i många verksamheter finns utrymme att göra mer med befintliga resurser och bibehållen kvalitet

För att möjliggöra detta behöver verksamheter lära av varandra. Det finns många goda exempel på innovativa arbetssätt på verksamhetsnivå, men det är en utmaning att gå från förbättringsarbeten och projekt i enskilda verksamheter till systematiskt utvecklingsarbete i större skala.

Nationell kunskapsstyrning

En viktig del i att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, jämlikhet och resurseffektivitet på sikt är att ha en välfungerande kunskapsstyrning.

Den statliga kunskapsstyrningen avseende hälso- och sjukvård ska bidra till att målen i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls och ska utgöra ett stöd för huvudmän och olika professioner vilka har ett ansvar för att patienter ges en god vård. Styrningen med kunskap sker genom de icke bindande kunskapsstöd och bindande föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Rådet för styrning med kunskap styrs av förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst och behandlar strategiskt viktiga frågor som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård. I rådet ingår tio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande.

Sex myndigheter i Rådet har tillsammans med regionernas nationella system för kunskapsstyrning utvecklat en modell för långsiktigt samarbete på nationell nivå: Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Syftet med partnerskapet är att bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, effektivare kunskapsstöd, samt bättre stöd för implementering. Vidare är syftet att bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Målet är att uppnå en effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med hög kvalitet.

I mars 2024 beslutade regeringen och SKR i en avsiktsförklaring om en gemensam och långsiktig målbild för kunskapsstyrningen:
”Patienten ska erbjudas bästa möjliga hälso- och sjukvård. Kunskapsstyrning ska därför bidra till att uppnå en god, jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård för patienterna och minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare samt stödja och underlätta för personalen i den patientnära verksamheten. En

utgångspunkt för den gemensamma inriktningen är att samverka och föra dialog med olika målgrupper för att identifiera och prioritera behov kopplade till användning och för utveckling av kunskap i syfte att nå den gemensamma målbilden.”

Sammantaget utgör den nationella kunskapsstyrningen ett uthålligt utvecklingsarbete där många aktörer har en viktig roll i att skapa en mer kvalitativ, jämlik och resurseffektiv vård. När kunskap sätts samman metodiskt förbättras förutsättningarna för god vård, dubbelarbete kan undvikas och det blir lättare att analysera och följa upp resultaten. Det blir också lättare för politiker och verksamhetsledning att leda, utveckla och prioritera. Med tydliga prioriteringar och rekommendationer kan resurser frigöras, vilket exempelvis skulle kunna innebära att fler vårdplatser kan bli tillgängliga.

Trots potential att minska behovet av vårdplatser på sikt behöver de bli fler just nu

Oavsett behovet i framtiden är Socialstyrelsens bedömning att det behövs en skyndsam ökning av antalet disponibla vårdplatser för att undvika de patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljöproblem som rådande vårdplatsbrist medför. Vårdplatskapaciteten behöver öka för att möta dagens behov.

På något längre sikt finns möjligheter att minska vårdplatsbehovet exempelvis genom åtgärder där vårdbehoven omhändertas i andra vårdformer än på sjukhusens slutenvårdsplatser. Med detta som utgångspunkt har Socialstyrelsen gjort bedömningen att behovet av disponibla vårdplatser på sjukhus skulle kunna minskas till cirka 14 700 på medellång sikt, det vill säga cirka 2 800 färre än det skattade omedelbara behovet och cirka 560 färre än dagens antal disponibla vårdplatser. Detta förutsätter dock stora omställningar, effektiviseringar och ett skifte till en utökad öppen vård. Antalet disponibla vårdplatser bör inte minskas förrän effekterna av dessa förändringar kan ses i praktiken.

Även om det finns vissa indikationer på att behovet av slutenvård kommer att minska på sikt så finns det även argument för att behovet kommer att öka. Vårdbehovet kan öka till följd av exempelvis den åldrande befolkningen och utveckling av nya behandlingsmöjligheter inom exempelvis precisionsmedicin som kan innebära att fler allvarliga sjukdomstillstånd kan behandlas eller att det krävs längre vårdtider på

sjukhus. Osäkerheten i utvecklingen av vårdplatsbehovet på sikt är en ytterligare anledning till att inte invänta en eventuell behovsminskning – utan fokusera på att stärka upp vårdplatskapaciteten för att möta behovet här och nu. Socialstyrelsen bedömer det därför som nödvändigt att stärka vårdplatskapaciteten samtidigt som behovet av slutna vård per invånare minskas.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid framtagande av utgångspunkterna för nationell plan. Ytterligare källor presenteras inom respektive fokusområde.

- Inspektionen för vård och omsorg. (2023). Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2022). Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022.
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2024). Samverkan med myndigheter i partnerskap.
- Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner. (2024). Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.
- SFS 2015:155. Förordning om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- Socialstyrelsen. (2024). Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.
- Socialstyrelsen. (2023). Rådet för styrning med kunskap.
- SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Socialdepartementet.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Fakta om vårdplatser 2022.

En nationell plan för minskad vårdplatsbrist

Planen utgår från fem fokusområden

Mot bakgrund av det rådande läget föreslår Socialstyrelsen en plan för att minska bristen på vårdplatser. Planen utgår från följande fem fokusområden:

- **Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning** för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser
- **Säkerställ hållbar kompetensförsörjning** så att flera vårdplatser kan öppnas på sjukhusen
- **Använd kompetensen ändamålsenligt** för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal
- **Ställ om till en god och nära vård** för att minska behovet av slutna vård på sjukhus
- **Agera för säker vård** för att minimera undvikbar slutna vård

Inom varje fokusområde ingår:

- **Målbild och mått⁵:** Under denna rubrik redovisas en övergripande målsättning nedbruten i några kvalitativa beskrivningar inom underrubriken ”*När målet nås ses detta genom att:*”. Därtill redovisas målsatta mått, ej målsatta mått och utvecklingsmått och medföljande beskrivning.
- **Insatsförslag riktade till:** Under denna rubrik redovisas insatsförslag som syftar till att uppnå den övergripande målsättningen inom varje fokusområde. Alla insatsförslag har inte ett motsvarande mått – vissa har en mer indirekt koppling till målsättningen.
- **Källor:** Källhänvisningar sker inte löpande utan redovisas för respektive fokusområde, samt separat för utgångspunkterna till planen.

Även den del av planen som är riktad till psykiatri redovisas i ovanstående struktur.

Rättspsykiatri redovisas utanför ramen av fokusområdena.

⁵ Mått används som ett övergripande begrepp som innefattar såväl indikatorer, utvecklingsindikatorer som bakgrundsmått/nyckeltal.

Insatserna i planen är i linje med pågående utveckling

Det finns många exempel på pågående utvecklingsinitiativ för att minska bristen på vårdplatser. En utmaning är att arbeta systematiskt med att skala upp och sprida sådana initiativ. För att stödja arbetet med vårdplatser utgår planens fokusområden från de stora generella utvecklingslinjer som finns i svensk hälso- och sjukvård. Det är samtidigt viktigt att understryka att planen inte syftar till att täcka in samtliga delar inom dessa utvecklingslinjer. Planen fokuserar på de mål, mått och insatser som bedöms ha nära koppling till en minskad brist på disponibla vårdplatser på sjukhus.

Eftersom de insatser som beskrivs är i linje med pågående utveckling har flera av insatserna redan implementerats delvis eller helt i vissa verksamheter, kommuner eller regioner, men i mindre utsträckning eller inte alls i andra. Arbeta behöver ske inom samtliga fokusområden parallellt men vissa specifika insatser kommer att vara olika relevanta beroende på lokal kontext.

Planen redovisar insatser på olika ambitionsnivå

Planen redovisar totalt 160 insatser, varav 104 inom somatik och 56 inom psykiatri. Insatserna riktas till regional, kommunal och statlig nivå och har olika ambitions- och konkretionsnivåer.

- Insatserna formuleras som förslag till respektive aktör. För vissa insatser följs den övergripande insatsen av exempel som är på en ytterligare konkretiserad eller verksamhetsnära nivå. Socialstyrelsen betraktar de övergripande insatserna som viktiga att genomföra i syfte att nå målet med en minskad vårdplatsbrist.
- I de fall mer verksamhetsnära, operativa eller kontextberoende insatser föreslås inleds de med formuleringen ”överväg” för att tydliggöra att detta är en insats som kan vara lämplig att använda sig av i vissa verksamheter för att uppnå målet att minska bristen på vårdplatser.

Planen föreslår att flera insatser genomförs i samverkan. Med detta avses att regioner, kommuner, eller regioner tillsammans med kommuner, kan samverka i syfte att uppnå en mer jämlik vård, eller att minimera dubbelarbete med exempelvis definitioner och utvecklingsarbeten. Detta kan göras inom etablerade samverkansstrukturer.

Målsättningar och potentialskattningar utgår från jämförelser mellan regioner

Idag har regioner olika utfall ur olika kvalitets- och effektivitetsaspekter. Detta förklaras delvis av skillnader i förutsättningar, men även av skillnader i arbetssätt och att regionerna har kommit olika långt i utvecklingsarbeten. Detta indikerar en förbättringspotential i flera regioner.

Planen inkluderar tre typer av mått: målsatta mått, ej målsatta mått och utvecklingsmått.

De målsatta måtten syftar till att bidra till vidare utveckling inom respektive fokusområde. Målen för dessa mått sätts med utgångspunkt i de utfall som de regioner som kommit längst uppvisar. För de flesta måtten används den region med fjärde bäst utfall som utgångspunkt för målnivån, med motiveringen att det på grund av varierande regionala förutsättningar kan vara orealistiskt för samtliga regioner att uppnå bästa regionens resultat för samtliga mått.

De ej målsatta mått som ingår i planen syftar till att belysa vikten av att följa upp vissa delar av verksamheten, även om de inte målsätts i denna plan. Även om utmaningar i jämförbarhet och datainsamling gör dessa mått olämpliga att målsätta på nationell nivå i nuläget kan de med fördel målsättas i enskilda verksamheter, sjukhus, regioner eller kommuner.

De utvecklingsmått som beskrivs i planen har inkluderats för att poängtera vikten av fortsatt arbete inom vissa områden – måtten är relevanta att vidareutveckla och systematisera men saknar i dagsläget tydliga definitioner och/eller mätmetoder.

Vårdplatsbristen kan följas utifrån ett antal mått

En situation utan vårdplatsbrist kännetecknas av att det är ovanligt med överbeläggningar och utlokaliseringar, samt att få akuta inläggningar har långa väntetider på akutmottagningarna. Patienter får vård inom vårdgarantins gränser och beläggningsgraden är jämn och ändamålsenlig både i enskilda verksamheter och överlag.

Utöver riktvärden för antalet vårdplatser används även måtten i Tabell 1 för att följa upp vårdplatssituationen. Målnivåerna har satts baserat på utfallet för fjärde bästa region för måtten överbeläggningar, utlokaliseringar och andel besök på akutmottagning där vistelsetid varit över fyra timmar för

personer som skrivs in i slutenvården. Riktvärden för beläggningsgrad har tagits fram inom ramen för Socialstyrelsens arbete med riktvärden för antalet vårdplatser. För mer information om riktvärdena se rapporten *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser*.

Tabell 1: Mått som följer upp vårdplatssituationen

Mått	Variation mellan regioner	Rikssnitt (2023)	Målnivå
Överbeläggningar	0,3–11,0	6,7 per 100 disponibla vårdplatser	1,7 per 100 disponibla vårdplatser
Utlokaliseringar	0,2–9,3	2,2 per 100 disponibla vårdplatser	1,4 per 100 disponibla vårdplatser
Andel besök på akutmottagning där vistelsetid varit över fyra timmar för personer som skrivs in i slutenvården	13–27%	21 %	15 %
Beläggningsgrad			85–95 % för somatisk slutenvård 50–80 % för IVA <i>Beroende på verksamhet – enligt Socialstyrelsens riktvärde</i>
Andel patienter som får vänta längre än vårdgarantins gränser på planerade åtgärder som kräver sluten vård (av totalt antal väntande på sådan åtgärd)	24–62 %	46 %	0 % av väntande patienter väntar på vård längre än vårdgarantins gränser

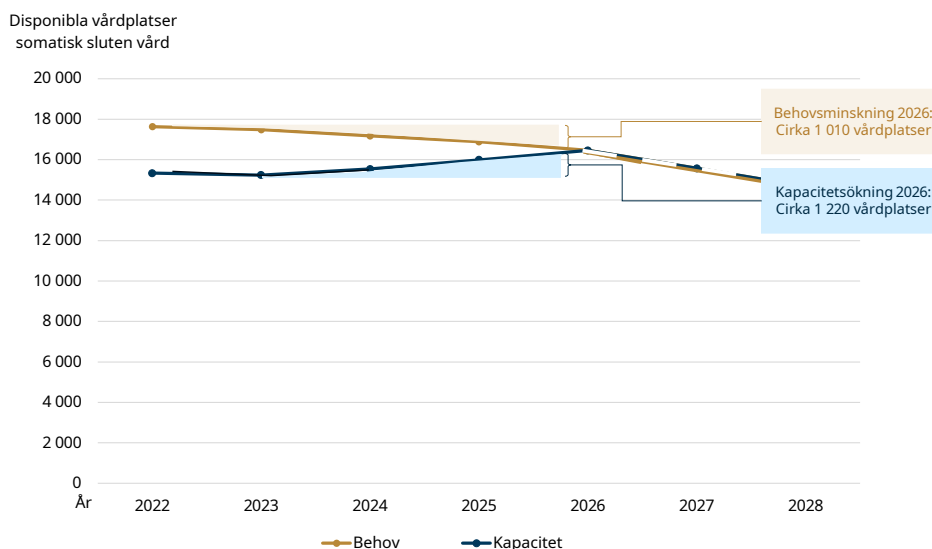
Det finns potential att minska vårdplatsbristen

Socialstyrelsen uppskattar att det år 2023 saknades 2 230 disponibla vårdplatser på svenska sjukhus. Vårdplatsbristen behöver minska genom initialt skyndsamma ökning av antalet disponibla vårdplatser, och över tid genom tilltagande minskningar av behovet av sluten vård. Figur 1 visar hur antalet disponibla vårdplatser behöver öka med 1 220 de närmaste tre åren, givet att behovet parallellt minskar med 1 010 disponibla vårdplatser. Om behovet inte minskar behöver vårdplatsantalet öka ytterligare.

Figuren visar även en prognos som visar på potential att eventuellt ytterligare minska behovet av vårdplatser mellan år 2026 och år 2028.

Denna utgår från riktvärdet för disponibla vårdplatser på medellång sikt. Om utfallen i regionerna motsvarar prognosen finns en eventuell möjlighet att minska behovet av slutna vård till den grad att behovet skulle kunna mötas med det antal disponibla vårdplatser som finns idag, eller något färre. Detta förutsätter dock stora omställningar, effektiviseringar och ett skifte till en utökad öppen vård. Antalet disponibla vårdplatser bör inte minskas förrän effekterna av dessa förändringar kan ses i praktiken. Disponibla vårdplatser ska finnas tillgängliga där de behövs, när de behövs.

Figur 1: Potentiell utveckling av antalet disponibla vårdplatser i somatisk slutna vård (exkl. IVA) över tid och vilken kapacitetsökning respektive behovsminskning som krävs



Utöver att följa vårdplatsituationen är det viktigt att följa upp arbetet nedbrutet i specifika mått som reflekterar utveckling i riktning mot att öka vårdplatsantalet eller minska behovet av vårdplatser. Potentialen i att minska vårdplatsbristen skattas baserat på en önskvärd utveckling av de utvalda måtten i Tabell 2 och Tabell 3 nedan. Se Bilaga 4: Antaganden och överlapp i potentialskattningar för beskrivning av vilka antaganden som gjorts och datakällor som använts.

Tabell 2: Utveckling och potentialskattning för mått för ökad vårdplatskapacitet

	2022	2023	2024	2025	2026	Potential för kapacitetsökning till 2026 (antal disponibla vårdplatser)
Långtids-sjukfrånvaro (ssk)	4,2%	3,9%	3,7%	3,4%	3,1%	Cirka 350
Avgångar från sektorn (ssk)	10,9%	9,5%	9,1%	8,5%	7,9%	Cirka 670
Vårdplatser per sjuksköterska	-	-	Δ 0,1 ⁶	Δ 0,36 ovan ⁶	Δ 0,5 ⁶	Cirka 200 ⁷
Total						Cirka 1 220

Tabell 3: Utveckling och potentialskattning för mått för minskat vårdplatsbehov

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Potential för behovsminskning till 2028 (antal disponibla vårdplatser)
Oplanerade återinskrivningar 65+	14,4%	14,4%	14,2%	14,0%	13,8%	13,2%	12,7%	Cirka 240
Oplanerade återinskrivningar 20-64	9,4%	9,4%	9,3%	9,2%	9,1%	8,9%	8,7%	Cirka 60
Utskrivningsklara patienter	4,7%	5,1%	4,9%	4,8%	4,5%	4,0%	3,5%	Cirka 230 ⁸

⁶ Avser ökningen av antal vårdplatser per sjuksköterska jämfört med nuläget.

⁷ Potentialen skattas utifrån ett scenario där var fjortonde sjuksköterska får ytterligare en vårdplats att ansvara för. Detta avser att fänga, men inte överskatta, den kortsiktiga potentialen i att genom förändrade arbetssätt utöka antalet vårdplatser per sjuksköterska på ett patientsäkert och arbetsmiljömässigt hållbart sätt.

⁸ På grund av brister i Stockholms data för utskrivningsklara patienter har ett antagande gjorts att regionens utfall är det viktade genomsnittet av övriga regioner.

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Potential för behovsminskning till 2028 (antal disponibla vårdplatser)
Påverkbar slutenvård 65+⁹	4 860	4 930	4 870	4 810	4 730	4 550	4 380	Cirka 190
Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar 65+⁹	1 970	1 970	1 930	1 900	1 850	1 740	1 620	Cirka 120 ¹⁰
Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar 20-64⁹	119	119	118	117	116	114	112	Cirka 6
Fallskador	3,2%	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	2,9%	2,8%	Cirka 230
Vårdskador	6,8 %	6,8%	6,6%	6,4%	6,0%	5,4%	4,7%	Cirka 460
Övrigt arbete för att minska behovet av vårdplatser som ej ingår i ovan mått								Cirka 1 630 ¹¹
Total								Cirka 2 800¹² varav 1 010 till 2026

Det finns potential att minska bristen på vårdplatser även med insatser som beskrivs i planen men som inte potentialskattas utifrån planens målsatta mått. Vissa av dessa insatser kan följas upp med de ej målsatta mått och utvecklingsmått som beskrivs i planen. För kapacitetshöjande insatser inkluderar detta exempelvis nyrekryteringar och att arbeta med rotations-/kombinationstjänster där även medarbetare från öppen vård och administrativa tjänster bidrar till att bemanna slutenvårdsavdelningar. För insatser som minskar behovet av slutenvård men inte har motsvarande målsatta mått skattas potentialen övergripande utifrån riktvärdet på medellång sikt. Detta baseras på den eventuella möjligheten att minska

⁹ Måtten för påverkbar slutenvård mäts i antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare, för utvalda tillstånd som utgör påverkbar slutenvård respektive påverkbar slutenvård för kroniska sjukdomar. Invånarantalet avser den specificerade åldersgruppen.

¹⁰ Ingår ej i summering - samtliga av dessa vårdplatser är inkluderade i Påverkbar slutenvård 65+.

¹¹ Denna potential baseras på riktvärde på medellång sikt.

¹² Överlapp mellan behovsmått skattas till ca 250 disponibla vårdplatser, dessa har exkluderats från summeringen.

behovet av slutenvård genom stora omställningar, effektiviseringar och ett skifte till en utökad öppen vård. Sådana förändringar kan följas upp exempelvis genom andelen operationer som genomförs i dagkirurgi, vårdtider för vissa patientgrupper och andelen sjukhusvård som utförs i patientens hem.

I summering av den totala potentialen för de mått som avser behovet av slutenvård tas hänsyn till överlapp mellan patientgrupper. Exempelvis är vissa fallskador också vårdskador. Detta syftar till att undvika att överskatta potentialen. Hur överlapp hanteras finns närmre beskrivet i Bilaga 4: Antaganden och överlapp i potentialskattningar.

Planens genomförande och uppföljning

Planen föreslås genomföras inom ramen för ordinarie strukturer och ansvarsområden

Utifrån den nära kopplingen till generella utvecklingslinjer och att ett framgångsrikt genomförande förutsätter ett stort lokalt ansvarstagande föreslås att arbetet med den nationella planen genomförs inom ordinarie strukturer och ansvarsområden.

Socialstyrelsen avser att ansvara för att följa upp planen och vårdplatssituationen

Socialstyrelsen avser att ta ansvar för att följa upp planen och vårdplatssituationen. Detta inkluderar exempelvis uppföljning utifrån riktvärden för vårdplatser, samt att följa upp utfallet för vissa av de mått som ingår i planen. Uppföljningen kan även inkludera en sammanställning av regioners och kommuners behov av stöd i insatser som genomförs på regional och kommunal nivå, samt att identifiera eventuella behov av ytterligare insatser på statlig nivå. Socialstyrelsen kommer att arbeta nära målgrupperna för att stödja genomförandet av planen och implementering av insatserna. Därtill kan de befintliga statsbidrag som Socialstyrelsen har uppdrag att fördela kopplas till genomförandet av vissa insatser som redovisas i planen.

Andra aktörers roller och ansvar för genomförande av planen

Aktör	Övergripande beskrivning av ansvar för genomförandet av den nationella planen
Regioner och kommuner	<ul style="list-style-type: none"> Arbeta inom de egna verksamheterna för att minska vårdplatsbristen, genom att utföra utvecklingsarbeten i linje med planens föreslagna insatser
Regering	<ul style="list-style-type: none"> Bidra till genomförandet och uppföljningen av den nationella planen för att minska bristen på vårdplatser
Socialstyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> Stödja arbete inom ramen för de områden som ingår i planens föreslagna insatser och som berörs av myndighetens uppdrag Bidra till och skapa forum för dialog och spridning av kunskap om vårdplatssituationen på nationell, regional och kommunal nivå Löpande följa utvecklingen av vårdplatssituationen genom exempelvis uppföljning av antalet disponibla vårdplatser, föreslagna mått och annan relevant data
Andra myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> Inom ramen för respektive myndighets uppdrag medverka till genomförandet av den nationella planens insatser
Andra relevanta nationella organisationer	<ul style="list-style-type: none"> Inom ramen för sin roll stödja genomförandet av insatser och uppföljningen av den nationella planen Samverka med myndigheter och andra relevanta aktörer i vårdplatsfrågor
Professionsföreningar och fackförbund	<ul style="list-style-type: none"> Inom ramen för sin roll stödja genomförandet av insatser som föreslås i den nationella planen Samverka med myndigheter och andra relevanta aktörer i vårdplatsfrågor Stödja utvecklingen inom området
Patient-, närstående- och brukarorganisationer	<ul style="list-style-type: none"> Bidra till att synliggöra patient-, närstående- och brukarperspektivet genom att bidra i andra aktörers arbete med att minska bristen på vårdplatser Bidra till utveckling och uppföljning ur ett patient-, närstående- och brukarperspektiv.

Viktiga förutsättningar för genomförande

Ledning och styrning

Engagemang från ledningsnivå och tydliga prioriteringar är grundläggande förutsättningar för att genomföra förändringsarbeten. Detta gäller hela vägen från den politiska nivån, till beslutsfattare på regional och kommunal nivå, i alla chefsled, och till ledare och medarbetare i den patientnära

verksamheten. Detta gäller oavsett vilka insatser eller förändringsarbeten som ska genomföras.

Innovation och spridning

I arbetet med att genomföra de insatser som föreslås i den nationella planen är utveckling och innovation nödvändigt både för att lösa avgränsade problem och som en del av ett ambitiöst och systematiskt förbättringsarbete för att nå övergripande mål. Socialstyrelsen har en viktig roll i att skapa förutsättningar för innovation, bland annat genom att identifiera eventuella juridiska och organisatoriska hinder till innovativa lösningar, samt bidra till att hantera dessa där det är möjligt.

Därutöver är det viktigt att verksamheterna själva har etablerade strukturer för att identifiera, driva, följa upp och vidareutveckla innovation, vare sig det gäller innovation av produkter, tjänster eller processer. En av de mest påtagliga utmaningarna med detta är att skala upp lyckade utvecklingsarbeten från en initial fas med projektfinansiering till ordinarie arbete och finansiering. Även efter lyckad implementering i en enskild verksamhet kan det vara utmanande att sprida innovationen till fler verksamheter, sjukhus eller regioner. I dessa frågor har Socialstyrelsen en roll i att bidra till förmedling och kunskapssammanställning av innovativa lösningar, medan huvudmännen ansvarar för att lösningarna implementeras i större skala.

Ekonomiska förutsättningar

Sveriges regioner befinner sig i maj 2024 i ett ekonomiskt läge som kan begränsa möjligheterna till större investeringar på kort sikt. Detta kan påverka genomförandet av vissa insatser i planen, eftersom de föreslås ske inom ramen för ordinarie strukturer och ansvarsområden.

Insatserna syftar till att påskynda befintligt arbete, hitta välfungerande samverkansformer och använda resurserna effektivt. På sikt kan dessa insatser leda till en högre kostnadseffektivitet. Det rådande ekonomiska läget och kortsiktig budgetering i regioner och verksamheter kan dock medföra att vissa insatser sannolikt kommer att förutsätta statlig finansiering. Detta gäller exempelvis uppstarten av nya och innovativa arbetssätt eller samverkan över huvudmannagränser. Insatser behöver ändå genomföras omgående för att minska vårdplatsbristen.

Regeringen har under ett antal år beslutat om riktade statsbidrag som på olika sätt syftar till att stödja sektorn i arbetet med att minska bristen på vårdplatser. Riktade statsbidrag kan vara ändamålsenliga för att stimulera utveckling eller åtgärder inom specifika områden där ett behov eller en brist identifierats. Samtidigt finns också alltid en risk för att riktade statsbidrag leder till oönskade effekter, som exempelvis onödig administration,

undanträngning av ordinarie planerad verksamhet med mera, vilket är viktigt att beakta.

Socialstyrelsens bedömning är att myndigheten inom ramen för den här planen kan arbeta mer samordnat och systematiskt för att kartlägga behov och brister, och därmed också ge regeringen underlag om hur riktade statsbidrag kan bidra till en positiv utveckling inom området. Socialstyrelsen kommer i det fortsatta arbetet att utreda förutsättningarna för att koppla statsbidrag till genomförande av planens insatser i de fall det finns behov av detta.

Fokusområden för den nationella planen – somatisk vård

1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser

En systematisk produktions- och kapacitetsstyrning är grundläggande för att kunna säkerställa att antalet vårdplatser möter behovet och att rätt typ av vårdplats finns där och när den behövs. Balans mellan behov och kapacitet i vardaglig verksamhet är även en förutsättning för att ha beredskap att kunna skala upp verksamheten vid exempelvis masskadehändelser, pandemier eller andra akuta situationer med ett kraftigt ökat vårdbehov.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att sjukhusens disponibla vårdplatser planeras och nyttjas effektivt utifrån patienternas behov.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Vårdavdelningarna håller disponibla vårdplatser öppna i det antal som motsvarar patienternas vårdbehov, varken mer eller mindre, även när behovet varierar.
- Överbeläggningar används endast i undantagsfall
- Utlokaliseringar används endast i undantagsfall
- Flöden mellan akutmottagning och vårdavdelningar fungerar utan icke-värdeskapande ledtider för patienter.
- Patienter får vård i rätt tid utifrån vårdbehov och behöver inte vänta längre än vårdgarantins gränser vid planerad vård som kräver slutenvård.

Tabell 4: Mått inom fokusområde utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning – somatisk vård

Målsatta mått				
Mått	Beskrivning	Rikssnitt 2023	Målnivå	Önskvärd riktning
<i>Överbeläggningar</i>	En inskriven patient som vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats.	6,7 per 100 disponibla vårdplatser	1,8 per 100 disponibla vårdplatser	▼
<i>Utlokaliseringar</i>	En inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten	2,2 per 100 disponibla vårdplatser	1,6 per 100 disponibla vårdplatser	▼
<i>Andel besök på akutmottagning där vistelsetid varit över fyra timmar för personer som skrivs in i slutenvård</i>	Andel av totalt antal akutmottagningsbesök där en patient har en vistelsetid över fyra timmar och sedan blir inskriven i slutenvård	21 %	15 %	▼
<i>Andel patienter som får vänta längre än vårdgarantins gränser på planerade åtgärder som kräver slutenvård</i>	Patienter som väntar längre än 90 dagar på planerade åtgärder som kräver slutenvård, av totalt antal väntade. Dara från december 2023.	47 %	Rättsligt reglerad: Målnivå är att inga patienter väntar längre än vårdgarantins gräns	▼
<i>Beläggingsgrad</i>	Genomsnittlig beläggingsgrad av disponibla vårdplatser		85–95 % enligt riktvärde för beläggingsgrad ¹³	
Ej målsatta mått				
Mått	Beskrivning			Önskvärd riktning
<i>Antal dagar över/under verksamhetens eget riktvärde för beläggingsgrad</i>	Avser antal dagar över ett år då en verksamhets beläggingsgrad skiljer sig för mycket från det riktvärde för beläggingsgrad som definierats i den specifika verksamheten.			▼

¹³ Riktvärdet för beläggingsgrad är 85 procent för akut verksamhet och 95 procent för elektiv verksamhet. Riktvärdet för beläggingsgrad på regionnivå är 86–89 procent beroende på andelen akut respektive planerad vård som produceras. Se bilaga 2. För intensivvårdsavdelningar är riktvärdet 50 procent för avdelningar med en till fyra vårdplatser, 65 procent för avdelningar med fem till nio vårdplatser och 80 procent för avdelningar med tio eller fler vårdplatser.

<i>Tid från inskrivningsbeslut till inskrivning</i>	Den tid det tar från att inskrivningsbeslut tas på akutmottagningen till att patienten lämnat akutmottagningen och skrivs in på slutenvårdsavdelning	▼
<i>Sent strukna operationer på grund av orsak kopplad till vårdgivare</i>	Planerade operationer som stryks efter kl. 17.00 dagen före planerad operationsdag	▼
<i>Vårdtider för valda patientgrupper</i>	Medelvårdtid för definierbara patientgrupper och vårdflöden som är jämförbara mellan verksamheter för att identifiera utrymme till förbättring. Hänsyn behöver tas till exempelvis tillståndets allvarlighetsgrad och eventuell samsjuklighet.	

Insatser

Horisontella prioriteringar

Den strategiska nivåns arbete inom produktions- och kapacitetsstyrning behöver säkerställa att den produktionsplan som den strategiska nivån ger verksamheterna i uppdrag att utföra också är möjlig att genomföra utifrån tillgänglig kapacitet. Om gap mellan produktionsbehovet och möjlig produktion identifieras behöver balanserande åtgärder genomföras. En sådan åtgärd kan vara horisontella prioriteringar, det vill säga prioriteringar mellan exempelvis verksamhetsområden, kliniker eller sjukdomsgrupper.

I en situation med kapacitetsbrist är det särskilt viktigt att balansering och prioriteringar görs på strategisk nivå, för att undvika dagliga prioriteringsdiskussioner och en ökad arbetsbelastning längre ner i organisationen, samt för att prioriteringarna ska vara behovsbaserade och bidra till en bättre balans mellan kapacitet och behov i organisationen som helhet.

1. Stärk förutsättningarna för att arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetstyrning

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Tydliggör beslut på högsta ledningsnivå i region och på sjukhus om att verksamheter ska arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning.

- Säkerställ goda förutsättningar för produktions- och kapacitetsstyrning i vårdorganisationer genom tydliga roller och ansvar, erforderlig kunskap och kompetens, tydliga mål och principer samt ändamålsenliga IT-stöd.
- Definiera sjukhus-/verksamhetsspecifika riktvärden för antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad, på sjukhus-/ verksamhetsnivå, utifrån lokala förutsättningar och behov.

Staten

- Säkerställ utbildningsmöjligheter på högskolenivå i produktions- och kapacitetsstyrning och/eller vårdlogistik.

Socialstyrelsen avser att:

- Stödja och stärka regiongemensamt lärande och metodutveckling inom produktion- och kapacitetsstyrning genom att Socialstyrelsen utvecklar stöd och samordnar ett nätverk kring frågorna. Samt etablera en struktur för att i ordinarie arbete stödja regionernas arbete med produktions- och kapacitetsstyrning, exempelvis genom att förvalta och uppdatera framtagna stöd på området.

2. Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Förbättra systematiken i analyser av behov och tillgänglig kapacitet genom att:
 - etablera processer och rutiner för att göra prognoser och analyser på ett sammanhängande sätt på alla nivåer i organisationen
 - säkerställa tillgång till data och enhetlig registrering i den mån det krävs för tillförlitliga analyser.
- Arbeta aktivt med uppföljning och åtgärder för att löpande säkerställa att det finns en balans mellan behov och tillgänglig kapacitet på alla nivåer, exempelvis genom löpande uppföljning och dialog mellan verksamhetsnivåer kring möjliga kapacitetshöjande åtgärder, omfördelning av resurser eller prioritering mellan åtgärder.
- Öka transparens kring vårdproduktionen i förhållande till satta produktionsmål, i syfte att förbättra måluppfyllelse samt öka lärandet kring prognoser och övergripande behov av att bättre prioritera och allokera resurser.
- Stärka arbetssätten för att jämna ut behov och samlad tillgänglig kapacitet inom regionen, exempel på insatser inkluderar att på verksamhetsnivå analysera patientinflödet över tid för att identifiera arbetssätt och verktyg för att hantera och/eller undvika belastningstoppar, exempelvis genom att

planera om när och var olika åtgärder utförs, optimera schemaläggning eller införa digitala verktyg och andra effektiviseringsåtgärder.

- Analysera tillgänglig kapacitet över tid, nedbrutet på verksamhetsnivå, för att identifiera arbetssätt så att kapacitet mellan enheter/sjukhus/vårdgivare jämnas ut där det är möjligt, exempelvis genom att undersöka frekventa situationer av överkapacitet och identifiera åtgärder för att möjliggöra omfördelning av resurser eller utökat samarbete mellan enheter för att bättre nyttja regionens samlade tillgängliga kapacitet.

3. Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande och vidta riktade åtgärder

Insatsförslag riktade till:

Regioner i samverkan

- Definiera ett ”indikatorpaket” för uppföljning avseende hur vårdplatserna motsvarar patienternas vårdbehov. Uppföljningen ska kunna ligga till grund för jämförelser och dialog och behöver inkludera en bredd av mått för att ge en helhetsbild, och omfatta:
 - i vilken mån antalet disponibla vårdplatser möter patienternas vårdbehov, nedbrutet per dag för att förstå variationer över säsonger, veckodagar och tid på dygnet
 - vilka patientgrupper som påverkas mest vid vårdplatsbrist, av såväl överbeläggningar, utlokaliseringar och flyttar mellan avdelningar som väntetider på akutmottagning och väntetider till elektiv vård
 - grundorsaker till utlokaliseringar, med hänsyn till att en utlokalisering kan ge upphov till utlokaliseringar i flera verksamheter som inte i sig har kapacitetsbrist
 - samband mellan olika förändringar, exempelvis resultatmått som väntetider på akutmottagning, överbeläggningar och väntetider till elektiv vård men även mått som ger ökad förståelse för vårdplatsnyttjandet, som exempelvis medelvårdtider för olika patientgrupper, bemanning per vårdplats vid olika tidpunkter samt vårdintensitet/vårdbehov vid olika tidpunkter.
- Bygg upp en infrastruktur som möjliggör uppföljning av definierat indikatorpaket genom att säkerställa att respektive regions olika verksamheter använder gemensamma definitioner och registreringsrutiner samt ändamålsenliga IT-stöd.
- Prioritera genomförandet av insatser för att öka antalet disponibla vårdplatser eller minska vårdplatsbehovet till de verksamheter och patientgrupper som identifieras som mest centrala utifrån ovan uppföljning. Exempelvis kan kompetensförsörjningsinsatser behöva riktas in på att säkerställa bemanning under nätter och semesterperioder om det är vid de tillfällena det finns en underkapacitet.

Socialstyrelsen avser att:

- Samordna och leda ett definitionsarbete, tillsammans med regioner, för att identifiera centrala kapacitets- och produktivitetmått som stärker förutsättningarna för benchmarking och gemensamt lärande.
- Se över möjligheter och behov av att vidareutveckla definitioner för att möjliggöra att regioner som använder sig av enheter med lägre bemanning, exempelvis utskrivningsavdelningar och observationsplatser där det medicinska ansvaret för patienter kan finnas vid en annan enhet, kan göra det på ett ändamålsenligt sätt utan att det per automatik registreras som vård genom utlokalisering.

4. Öka samordning mellan regioner för att bättre matcha kapacitet mot behov

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Fördjupa det sjukvårdsregionala samarbetet kring produktions- och kapacitetsstyrning för att undersöka och bättre nyttja möjligheter att planera viss vårdproduktion gemensamt, koncentrera vård där ändamålsenligt, fördela patienter till regioner och verksamheter där det finns överkapacitet samt fördela personal till regioner och verksamheter där det behövs mer personal.

Staten

- Etablera strukturer som stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (insatser pågår inom regeringsuppdragen att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (S2023/02119 (delvis)) samt ta fram en nationell plan för en nationell vårdförmedling (S2023/02117 (delvis)) (Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten).

5. Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Säkerställ att verksamheterna har tillgång till realtidsdata över vårdplatssituationen i den egna och andra verksamheter på samma sjukhus.
- Inför eller vidareutveckla system för att i realtid följa patientflöden inom sjukhusen inklusive belastning och väntetider på akutmottagningen, förväntade inflöden och förväntade utskrivningar i syfte att mer effektivt kunna styra patientflöden.

Staten

- Etablera strukturer som stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (insatser pågår inom regeringsuppdragen att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider (S2023/02119 (delvis)) samt ta fram en nationell plan för en nationell vårdförmedling (S2023/02117 (delvis)) (Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten).

6. Planera och följ upp vårdavdelningars processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Kartlägg vårdavdelningarnas processer gemensamt; samplanera mellan verksamheter.
- Utifrån kartläggning av processer: följ upp skillnader mellan verksamheter avseende jämförbara flöden. Baserat på de skillnader som ses identifiera förbättringsmöjligheter och utrymme för kortade väntetider till vård.
- Följ upp processmått inklusive ledtider (till exempel inskrivningsbeslut till inskrivning) för att hitta förbättringsmöjligheter.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Brandt, J. & Palmgren, M. (2015). Produktionsstyrning i sjukvård: Lyxo.
- Landstinget i Östergötland. (2011). Handbok i Produktions- och kapacitetsplanering på klinisknivå.
- Larsson, A. (2018). Capacity Planning in Specialized Healthcare. Department of Technology Management and Economics, Chalmers University of Technology.
- Liss, P.-E. (2004). Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård: En begreppsanalys. Linköping University Electronic Press.
- Region Skåne. (2024). Region Skånes system för produktionsstyrning – modell, arbetssätt och definitioner.
- Rosenbäck, R. (2017). Produktionsstyrning i sjukvården – en väg framåt: Studentlitteratur.
- Sandman L & Arvidsson E. (2023). Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar. Linköping University Electronic Press.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- SOU 2022:22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Socialdepartementet.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). Tillgänglig vård – vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling: LTAB.

2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Detta fokusområde berör tillgången till personal i hälso- och sjukvården. Det är nära kopplat till men överlappar inte med fokusområde 3: Använd kompetensen ändamålsenligt, vilket är mer inriktat på arbetssätt och teamsammansättning - det vill säga hur kompetensen nyttjas.

Den svenska hälso- och sjukvården i sin helhet har en utmaning i att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning. Nationella planeringsstödet (NPS) sammanställer en årlig lägesbild av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Denna lägesbild från 2024 beskriver utmaningar kopplat till ett flertal yrkesgrupper, där sjuksköterskor är det yrke i sammanställningen som har störst inverkan på vårdplatsituationen. Exempelvis uppgav 94 procent av tillfrågade arbetsgivare brist på erfarna grundutbildade sjuksköterskor och 88 procent brist på erfarna sjuksköterskor med specialistutbildning inom anestesi-, intensiv-, operationssjukvård. NPS lyfter även att svårigheter att rekrytera varierar avsevärt mellan regioner. Prognosen framåt är att det kommer finnas en fortsatt utmaning att kompetensförsörja hälso- och sjukvården. Det krävs dock insatser här och nu för att minska den rådande vårdplatsbristen.

Arbetsmiljön är en viktig faktor för att minska personalbristen, både genom att öka kvarstannande och förbättra förutsättningarna för rekrytering. En grundläggande förutsättning för en god arbetsmiljö är att alla verksamheter säkerställer att chefer har goda kunskaper i arbetsmiljöansvar och aktivt arbetar med bland annat systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), organisatorisk och social arbetsmiljö. Detta gäller alla typer av verksamheter – i detta område presenteras kompetensförsörjningsinsatser med fokus på slutna vård. För att undvika att personalbristen flyttar från en del av vården till en annan är det viktigt att stärka arbetet för en hållbar kompetensförsörjning i alla delar av systemet.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att tillgången till de kompetenser som utgör störst brist i verksamheter inom den slutna hälso- och sjukvården förbättras på ett hållbart sätt och att antalet disponibla vårdplatser därigenom ökar på kort sikt, i de verksamheter där det idag råder störst brist. Inom planens tidshorisont bedöms minskad brist på sjuksköterskor vara det område som kommer att ha störst påverkan på vårdplatsbristen.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Vårdplatser som tidigare varit stängda på grund av personalbrist öppnas, vilket medför en ökning av antalet disponibla vårdplatser.
- Tillgången till sjuksköterskekompetens dygnet runt i den slutna hälso- och sjukvården förbättras, vilket ses genom att det totala antalet arbetade sjukskötersketimmar i den slutna vården ökar, exempelvis för att fler har rotations-/ kombinationstjänster som inkluderar arbete i den slutna vården.
- Bristen på sjuksköterskor på sjukhusens vårdavdelningar minskar. Vakanser tillsätts i större utsträckning; befintlig personal behöver inte arbeta lika mycket övertid och hyrpersonal används i mindre utsträckning för att få ihop bemanningen.
- Sjuksköterskor som arbetar i den slutna vården stannar på sina arbetsplatser längre och har lägre sjukfrånvaro. Detta sker till stor del genom att arbetsmiljö och arbetsvillkor förbättras, särskilt vid arbete på obekväma arbetstid.

Tabell 5: Mått inom fokusområde säkerställ hållbar kompetensförsörjning - somatisk vård

Målsatta mått				
Mått	Beskrivning	Rikssnitt 2023	Målnivå	Önskvärd riktning
<i>Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor</i>	Sjukfrånvaro över 14 dagar, dvs. andel med sjukpenning	3,9 %	3,1 %	▼
<i>Avgångar för sjuksköterskor</i>	Avgångar: andel sjuksköterskor som lämnat sektorn	9,5 %	7,9 %	▼
Ej målsatta mått				
Mått	Beskrivning			Önskvärd riktning
<i>Andel rotations-/kombinationstjänster</i>	Andel av totalt antal tjänster där arbetstiden delas mellan mottagning och avdelning och/eller där administrativ personal även har klinisk tjänstgöring			▲
<i>Andel anställningsavtal med bara dagtid</i>	Andel av totalt antal tjänster där arbetstiden enbart förläggs till dagtid			▼
Utvecklingsmått				
Mått	Beskrivning			
<i>Mått på erfarenhet bland anställd personal</i>	Mått på erfarenhet i form av exempelvis implementerade kompetensstegar/kompetensmodeller och andel personal som befinner sig på varje steg/nivå. Med en strategi för vilket behov av antal medarbetare per steg/nivå enheten behöver för den vård som bedrivs.			
<i>Antal vårdplatser stängda på grund av personalbrist</i>	Vårdplatser som är budgeterade eller planerade för men som inte kan göras disponibla på grund av att bemanning saknas. En tredjedel av regionerna har inte ett bestämt vårdplatsantal och beskriver svårigheter att följa upp detta mått av den anledningen. Flera av de regioner som arbetar med ett fastställt antal vårdplatser saknar uppföljning på varför en vårdplats är stängd. Även om uppföljning saknas idag är målnivån för detta mått noll, då målet är att antalet disponibla vårdplatser ska möta behovet.			

Dialog har förts med uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

I framtagandet av planen har dialog förts med Nationella vårdkompetensrådet, som har regeringens uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, med slutredovisning den 31 maj 2024. Inom ramen för detta fokusområde redovisar planen några insatser som är i linje med Nationella vårdkompetensrådets förslag, vilka har diskuterats i arbetets löpande samtal med Nationella vårdkompetensrådet. Precis som med fokusområdena överlag presenteras insatser med utgångspunkt i deras påverkan på vårdplatsbristen. För de insatserna som är linje med Nationella vårdkompetensrådets förslag är detta tydligt angivet. Avsnittet redovisar därutöver ett flertal andra insatser som kan bidra till att minska vårdplatsbristen.

Insatser

1. Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet, exempelvis för att stärka ledarskapet i vården, utveckla systematiska introduktions- och mentorskapsprogram, samt andra insatser för att öka kvarstannande. För att minska bristen på vårdplatser bör insatser fokusera särskilt på att stärka arbetsmiljön vid arbete på obekvämt arbetstid, bland annat genom att säkerställa tillräcklig bemanning utifrån arbetsbelastningen samt god tillgång till stöd från mer erfarna kollegor och chefer.
- Genomför insatser för att förlänga arbetslivet för seniora medarbetare, exempelvis genom att erbjuda fortsatta tillsvidareanställningar och individanpassa arbetsuppgifter för seniora medarbetare.
- Arbeta med insatser kopplade till friskfaktorer för att säkerställa en god arbetsmiljö.
- Använd systematisk produktions- och kapacitetsstyrning som ett verktyg för att stärka arbetsmiljö, bland annat genom ökad tydlighet kring förväntningar på medarbetare och ökad förutsägbarhet i planeringen.
- Arbeta strategiskt för att minska beroendet av bemanningspersonal i de avseenden detta påverkar kontinuiteten i verksamheten negativt.

2. Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning i den slutna vården

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Överväg att i högre grad använda rotations- /kombinationstjänster som innebär att medarbetare regelbundet och systematiskt tjänstgör inom såväl öppen som slutna vård. Detta kan uppnås exempelvis genom att öka nyrekryteringar med dessa förutsättningar.
- Överväg att i högre grad säkerställa att personal med administrativa tjänster kombinerar det med klinisk tjänstgöring i dom verksamheter det råder vårdplatsbrist. Skapa tjänster som gör det möjligt att kombinera akademisk – och klinisk tjänstgöring.
- Överväg att i lägre grad erbjuda tjänster med enbart dagtid. Detta kan försvåra rekrytering på kort sikt men öka mängden tillgänglig personal i den slutna vården på lång sikt. Insatsen utförs med fördel i samråd mellan olika arbetsgivare inom regioner samt mellan regioner och kommuner.

Staten

- Överväg att sammanställa kunskap om vilka datakällor som krävs för att kunna analysera sysselsättningsgrad och hur insatser för att öka respektive minska sysselsättningsgrad påverkar kompetensförsörjningen på sikt.

3. Utforma utvecklingsmöjligheter som premierar klinisk kompetens och arbete på obekvämt arbetstid

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Genomför insatser kopplat till karriärvägar i syfte att minska bristen på vårdplatser. Detta kan innebära att insatser fokuserar på exempelvis stärkta villkor för arbete i 24/7-verksamhet och på obekvämt arbetstid, särskilt för sjuksköterskor, genom bland annat att exempelvis:
 - premiera kompetens särskilt inom kliniskt arbete, exempelvis genom att löneutveckling kopplas till kompetens, verktyg för detta kan vara implementerade kompetensstegar/kompetensmodeller
 - utöka karriärmöjligheter kopplade till kliniskt, patientnära arbete.
 - utöka ersättning för arbete på obekvämt arbetstid.

4. Stärka den verksamhetsförlagda utbildningen

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet om att stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU) genom samverkan i befintliga samverkansstrukturer och stärkt klinisk handledning i syfte att säkerställa att den kliniska kompetensen är tillräcklig och väl anpassad för yrkesrollens arbetsuppgifter efter examination. Ur ett vårdplatsperspektiv bör denna insats genomföras med särskilt fokus på sjuksköterskor och undersköterskor.¹⁴

Staten

- Utred behov av åtgärder i syfte att stärka den verksamhetsförlagda utbildningen för de yrkesgrupper som kan underlätta att hålla vårdplatser öppna. Detta kan göras exempelvis genom fortsatta satsningar på att utöka antal VFU-platser, och/eller ökad samverkan mellan lärosäten och mellan lärosäten och huvudmän.
- Utred behov av att stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU), lärande i arbete (LIA) eller motsvarande praktiskt utbildningsmoment för undersköterskor och specialistundersköterskor och överväg att stödja genomförandet i kliniska simuleringsmiljöer om det möjliggör fler öppna vårdplatser.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Socialdepartementet. (2023). Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.
- Socialstyrelsen. (2019). Framtidsscenarier för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård—Nationella planeringsstödet 2023.

¹⁴ Undersköterskor ingår inte i Nationella vårdkompetensrådets uppdrag – fokuset på sjuksköterskor och undersköterskor lyfts inom ramen för denna plan och med utgångspunkten att minska bristen på vårdplatser.

- Socialstyrelsen. (2024). Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.
- Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. (2021). Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Personalen i välfärden. Personalen i siffror.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Sjukfrånvaroredovisningen.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården.

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

I och med kompetensförsörjningsutmaningen och den svåra ekonomiska situationen är det centralt att använda hälso- och sjukvårdens medarbetares tid så effektivt som möjligt utifrån patienternas behov, med bibehållen eller förbättrad arbetsmiljö och kvalitet. Detta är viktigt såväl i dagens läge som på sikt, då prognoser visar på en fortsatt kompetensförsörjningsutmaning i hälso- och sjukvården även i framtiden. Även om det finns behov av att öka antalet vårdplatser per medarbetare i vissa verksamheter är det viktigt att detta sker i takt med att verksamheten uppnår effekt från utvecklingsarbeten, så att inte det ställs krav på lägre bemanning innan detta är möjligt att genomföra utan ökade patientsäkerhetsrisker eller ökad belastning på medarbetare. För att lyckas med detta krävs ett förhållningssätt där teamarbetet är utgångspunkten. Den traditionella synen på vilka yrkesroller som utför vilka arbetsuppgifter och teamets sammansättning – både avseende typ av kompetens och erfarenhet – behöver ses över med en uttalad målsättning om att öka vårdplatskapaciteten med bibehållen eller ökad kvalitet.

Vård som inte bör göras och Kloka Kliniska Val

Vård som inte bör göras handlar om undersökningar och behandlingar som inte har klinisk effekt eller saknar evidens, eller vars risker överväger nyttan. I arbetet med Kloka Kliniska Val, som baseras på den internationella modellen Choosing Wisely beskrivs detta som lågvärdevård. Detta innebär tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienten.

På samma sätt som patienter ska få tillgång till de undersökningar och behandlingar som skapar värde, så är det viktigt att inte utsätta patienter för vård som inte har effekt

.Det är centralt att arbetet med att fasa ut vård som inte bör göras leds av vårdprofessionen och utgår från både evidens och patientens behov. Även om utfasning av vård som inte ger värde för patienten kan leda till kostnadsbesparingar och göra att personalens kompetens används mer ändamålsenligt bör målsättningen med arbetet vara kvalitetsförbättringar.

I avsiktsförklaringen om en gemensam och långsiktig målbild för kunskapsstyrningen som regeringen och SKR beslutade om år 2024 nämns Kloka kliniska val och Socialstyrelsens icke-göra listor. De lyfts

som exempel på angelägna förhållningssätt i syfte att använda bästa möjliga kunskap i vården och samtidigt arbeta med prioriteringar och välja behandlingsalternativ som är värdeskapande för patienterna.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att användandet av de kompetenser som det råder störst brist på i den slutna hälso- och sjukvården effektiviseras utifrån patienternas behov så att tillgänglig personal vårdar fler inneliggande patienter än idag på ett patientsäkert, högkvalitativt och arbetsmiljömässigt hållbart sätt.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Klinisk personal, särskilt sjuksköterskor, ägnar en större del av sin arbetstid åt att vårda patienter.
- Det genomsnittliga antalet sjukskötersketjänster per vårdplats reduceras vid oförändrad genomsnittligt vårdbehov/vårdintensitet – med bibehållen arbetsbelastning och patientsäkerhet – till följd av mer ändamålsenliga arbetssätt.
- Antalet vårdplatser på sjukhus som bemannas av undersköterskor med relativt begränsade insatser av sjuksköterskor och läkare, och antalet vårdplatser vid patienthotell eller motsvarande, ökar.
- Inom varje verksamhet varierar antalet läkare och sjuksköterskor per vårdplats i större utsträckning än idag eftersom man bemannar mer flexibelt utifrån inneliggande patienters vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov.
- Vårdavdelningar som har ett mycket litet antal vårdplatser delar omvårdnadspersonal i hög utsträckning, och/eller blir färre genom sammanslagning till större enheter.
- Synen på teamets sammansättning bidrar till att alla kompetenser och yrkesroller tas till vara och inkluderas i teamet tillsammans med patienten. Hänsyn tas till medarbetarnas specifika kompetenser och erfarenhet.
- Medarbetare är delaktiga i att driva utveckling av arbetssätt som bidrar till en minskad vårdplatsbrist i verksamheterna.

Tabell 6: Mått inom fokusområde använd kompetensen ändamålsenligt – somatisk vård

Målsatta mått		
<i>Planen inkluderar inga målsatta mått inom fokusområdet använd kompetensen ändamålsenligt.</i>		
Ej målsatta mått		
Mått	Beskrivning	Önskvärd riktning
<i>Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopnade till vårdnära service</i>	Andel av total arbetstid för sjuksköterskor respektive undersköterskor som ägnas åt uppgifter som hade kunnat utföras av servicemedarbetare ¹⁵	▼
<i>Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till läkemedelshantering</i>	Andel av total arbetstid för sjuksköterskor som helt eller delvis ägnas åt uppgifter som hade kunnat utföras av apotekare och/eller receptarier	▼
<i>Andel verksamheter med realtidsuppföljning av vårdbehov/vårdintensitet</i>	Verksamheter som med strukturerade mått eller mallar följer upp inneliggande patienters vårdbehov/vårdintensitet	▲
Utvecklingsmått		
Mått	Beskrivning	
<i>Bemanning per vårdplats</i>	Antal disponibla vårdplatser per sjuksköterska respektive undersköterska. Behöver ta hänsyn till bland annat typen av verksamhet, kringresurser, vilken vårdnivå och typ av vård som ges.	
<i>Andel arbetstid ägnad åt administration</i>	Andel av sjuksköterskors respektive undersköterskors arbetstid som ägnas åt administration. Administration i vården har idag ingen enhetlig definition.	
<i>Andel verksamheter/sjukhus med pågående uppgiftsväxlingsarbete</i>	Verksamheter som arbetar med att växla uppgifter från sjuksköterskor och/eller undersköterskor i uttalat syfte att frigöra tid från dessa personalkategorier med ett uttalat mål att öppna vårdplatser	

¹⁵ Servicemedarbetare kan även benämnas vårdar, vårdinnor eller vårdbiträden och utför uppgifter kopplade till vårdnära service, exempelvis slutstädning av salar, måltidshantering, påfyllning av förråd på avdelningen och patienttransporter.

Insatser

1. Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdintensitet/vårdbehov och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Implementera verktyg och arbetssätt för realtidsuppföljning av inneliggande patienters vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov och för anpassning av antalet disponibla vårdplatser per personal därefter. Målsättning bör vara att inte ha ett fast antal vårdplatser utan vid lägre vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov öka antal vårdplatser med befintlig bemanning. Då vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov överstiger överenskommen nivå för tillgänglig bemanning behövs rutiner med högbelastningsriktlinjer för att upprätthålla sina vårdplatser enligt plan.
- Fortsätt utveckla intermediärvård i linje med vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård som tagit fram av Nationell system för kunskapsstyrning.
- Överväg att i högre grad införa vårdplatstyper som regelmässigt bemannas med färre sjuksköterskor än genomsnittliga ordinarie vårdplatser, exempelvis:
 - utskrivningsplatser (även kallade omvårdnadsplatser) för utskrivningsklara patienter i väntan på kommunala insatser
 - observationsplatser för patienter vars vårdbehov inte motiverar inneliggande vård på ordinarie vårdplats men som det inte heller är möjligt att på ett patientsäkert sätt skicka hem till sitt ordinarie boende
 - patienthotell eller motsvarande vid exempelvis förberedelser för operation eller stöd i egenvård.

Regioner i samverkan

- Initiera ett regiongemensamt utvecklingsarbete för att identifiera gemensamma principer och normer för bemanning av vårdplatser i jämförbara verksamheter, inklusive klassificering av kompetensnivåer, miniminivåer för bemanning, optimal kompetensmix i olika verksamheter och anpassning av bemanning per vårdplats utifrån vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov.
- Utifrån regiongemensamt utvecklingsarbete, inför bemanningsnormer och/eller klassificering av kompetens för tydlig styrning kring bemanning per vårdplats utifrån vårdintensitet/vårdbehov/vårdtyngd.

2. Sambemanna vårdplatser för ökad flexibilitet och resurseffektivitet

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Överväg att utbilda delar av personalstyrkan för en mer generell kompetens för att möjliggöra en teamsammansättning som täcker en större bredd av vård- och omsorgsbehov och därmed möjliggör sambemanning av enheter.
- Överväg att tillämpa arbetssätt för att sambemanna och/eller samlokalisera vårdavdelningar med omvårdnadspersonal. Detta kan vara nödvändigt för organisatorisk effektivitet vid avdelningar med ett litet antal vårdplatser. Det kan även användas vid större sjukhus speciellt på avdelningar med överkapacitet som ofta får utlokaliserade patienter, detta säkerställer då en bredare kompetens som medför en ökad patientsäkerhet.

Regioner i samverkan

- Utforma arbetssätt för att sambemanna vårdavdelningar över sjukhus- och regiongränser vid behov, exempelvis inom ramen för sjukvårdsregionala samarbeten.

3. Använd teambaserade arbetssätt i större utsträckning

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Integrera samtliga yrkeskategorier (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, rehabiliteringsyrken med flera) kring patient i teambaserade arbetssätt i syfte att bland annat få effektivare informationsflöden i vårdteamen.

4. Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Implementera systemlösningar och rutiner som minimerar dubbeldokumentation, exempelvis:
 - digitala hjälpmedel för dokumentation hos patient som överförs direkt till journalsystem

- se över rutiner så att inte samma dokumentation behöver föras in på olika ställen i journalen, behövs det för exv. uppföljning bör lösningar utvecklas så att information kan hämtas automatiskt
- automatisk överföring från journalsystem till register, exempelvis kvalitetsregister.
- Anslut till den nationella tjänstplattformen och andra insatser kopplat till en nationell digital infrastruktur (uppdrag att ta fram ett förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården (RU S2023/02108)).
- Överväg att involvera medicinska sekreterare/vårdadministratörer som en integrerad del i vårdteamen.

Staten

- Stöd arbetet för att minimera dubbeldokumentation (insatser pågår bland annat inom uppdrag att utreda förutsättningarna för utveckling av en nationell teknisk lösning som möjliggör automatisk informationsöverföring till nationella kvalitetsregister (S2023/02109 (delvis)) (E-hälsomyndigheten).
- Påskynda utveckling av Nationella tjänsteplattformen.
- Kartlägg bördan av administrativa krav från nationella aktörer, och eventuella möjligheter att minimera tidsåtgången till dessa.
- Underlätta och stötta införandet av ny teknik som minskar den administrativa bördan, samt skapa förutsättningar för breddinföranden av verktyg med tidsbesparande effekt.

Uppgiftsväxling

Uppgiftsväxling (även kallat arbetsväxling eller task shifting) innebär en rationell omfördelning av specifika arbetsuppgifter. Det omfattar ofta växling från en yrkesgrupp till en annan med kortare utbildning, exempelvis från sjuksköterska till undersköterska, men kan även vara till andra professioner/yrken med specifik kompetens för uppgiften, exempelvis genom att iordningställande av läkemedel växlas från sjuksköterskor till apotekare eller receptarier med adekvat kompetens. Syftet är att tillvarata personalstyrkans samlade resurser så effektivt som möjligt.

När uppgiftsväxling implementeras väl ger det möjlighet att se över vilka kompetenser och vad som behövs för att ge patienten bästa möjliga vård och utifrån detta använda teamets kompetens så effektivt som möjligt. Personalen får möjlighet att fokusera på de arbetsuppgifter som är centrala i deras yrkesroll och omvårdnadspersonal kan exempelvis få mer patientnära tid.

I arbetet med uppgiftsväxling är det viktigt att beakta risker, samt att ha en fungerande uppföljning avseende exempelvis arbetsmiljö och patientsäkerhet för att säkerställa att arbetssättet inte leder till negativa effekter. En risk är att vården fragmenteras i specifika uppgifter och att helhetssynen på vården tappas. Patientens behov måste stå i fokus och samtliga yrkesroller ska betraktas som en del av teamets resurser.

Det finns exempel på verksamheter som uppgiftsväxlat utan att se någon skillnad i vårdplatskapacitet. Det är viktigt att genomföra detta arbete systematiskt med uttalat mål om effekthemtagning för att kunna öka antalet vårdplatser.

5. Uppgiftsväxla mellan befintliga och nya yrkesroller

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Växla uppgifter från de yrkesgrupper som det råder mest brist på i verksamheten i uttalat syfte att kunna öppna fler vårdplatser, exempelvis genom servicemedarbetare, sjukhusfarmaceuter, rehabiliteringsundersköterskor (undersköterskor med rehabiliteringskompetens), vårdadministratörer.

Regioner i samverkan

- Ta fram praktiska utbildningar och rutiner kopplat till uppgiftsväxling, exempelvis för servicemedarbetare och sjukhusfarmaceuter, rehabiliteringsundersköterskor.
- Ta fram exempel på lämpliga uppgifter att växla mellan yrkesgrupper
- Utveckla, testa och utvärdera nya yrkesroller för att på innovativa sätt möta dagens och framtidens kompetensbehov.

Socialstyrelsen avser att:

- Ge stöd avseende utvecklingen av och arbetet med uppgiftsväxling, arbetsfördelning, delegering och liknande områden.
- Stödja regionerna i att testa nya former av uppgiftsväxling och nya yrkesroller i liten skala med systematisk uppföljning och utvärdering innan breddinförande.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- AFS 2001:1. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Lasater, K. B., & Mchugh, M. D. (2016). Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 253–258. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw007>
- McHugh, M. D., et al. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet*, 397(10288), 1905–1913.
- McHugh, M. D., et al. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet (London, England)*, 397(10288), 1905–1913.
- Nationellt system för kunskapsstyrning. (2023). Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård.
- Needleman, J., Liu, J., Shang, J., Larson, E. L., & Stone, P. W. (2020). Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. *BMJ Quality & Safety*, 29(1), 10–18.
- NICE. (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. NICE.

- Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner. (2024). Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.
- SFS 2022:913. Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2021). Utvärdering av metoden självvald inläggning.
- Socialstyrelsen. (2022). Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – Meddelandeblad.
- Socialstyrelsen. (2023). Vård som inte bör göras.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- Socialstyrelsen. (2024). Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.
- Svenska Läkaresällskapet. (2023). Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val
- Twigg, D. E., et al. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3404–3423.
- Van den Heede, K., et al. (2020). Safe nurse staffing policies for hospitals in England, Ireland, California, Victoria and Queensland: A discussion paper. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(10), 1064–1073.
- World Health Organization. (2007). *Task Shifting—Global Recommendations and Guidelines*.

4. Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutna vård på sjukhus

En vård närmare patienten har många fördelar. I denna plan inkluderas de delar som kan frigöra vårdplatser i den slutna vården. En nyckel till att lyckas med detta är en stärkt primärvård, samt att den regionala hälso- och sjukvården bidrar till förutsättningar för kommunal hälso- och sjukvård att genomföra sitt uppdrag. I omställningen är det viktigt att inte resurser flyttas ut från sjukhusen utan effektivitetsvinster – vård som ges utanför sjukhus eller i hemmet behöver exempelvis ha ett lägre bemanningsbehov eller bemannas med en annan kompetensmix för att det ska minska bristen på vårdplatser på sjukhus.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att omhänderta och förebygga patienters vård- och omsorgsbehov på bästa effektiva omhändertagandenivå, det vill säga med lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Vårdplatser på sjukhus används enbart för patienter med behov av den slutna vårdens fulla resurser.
- De patienter som vill och kan ges möjlighet och stöd i att utföra egenvård och egenmonitorering. Patient, närstående och vårdgivare samarbetar så att patient och närstående får ökad kunskap och stärkt delaktighet.
- Patienter i behov av kommunala insatser får tillgång till dessa så snart de är utskrivningsklara från sjukhus.
- Patienter blir enbart i undantagsfall inskrivna på sjukhus för tillstånd som hade kunnat förebyggas eller omhändertas i öppen vård. Primärvård och öppen specialistvård följer upp individer med kroniska sjukdomar.
- Äldre patienter får en sammanhållen och proaktiv vård och omsorg efter utskrivning från den slutna vården på sjukhus. Proaktivt stöd ges i den öppna vården och medicinsk kompetens finns att tillgå i kommunal vård och omsorg vid behov. Oplanerade återinskrivningar för äldre är ovanliga.

Tabell 7: Mått inom fokusområde ställ om till en god och nära vård – somatisk vård

Målsatta mått				
Mått	Beskrivning	Rikssnitt 2023	Målnivå	Önskvärd riktning
<i>Oplanerade återinskrivningar (över 65 år)</i>	Andel av totalt antal vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in igen inom 30 dagar	14,4 %	12,7 %	▼
<i>Oplanerade återinskrivningar (20–64 år)</i>	Andel av totalt antal vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in igen inom 30 dagar.	9,4%	8,7%	▼
<i>Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter</i>	Andel av totalt antal disponibla vårdplatser som beläggs av patienter som av sjukhuset bedöms som utskrivningsklara	5,1 %	3,5 %	▼
<i>Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för patienter över 65 år</i>	Vårdtillfällen för patienter över 65 år med utvalda kroniska eller akuta tillstånd som med optimalt omhändertagande inte skulle kräva sluten vård, per 100 000 invånare över 65 år	4 930	4 380	▼
<i>Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för vissa kroniska sjukdomar för patienter över 65 år</i>	Vårdtillfällen med utvalda kroniska tillstånd som med optimalt omhändertagande inte skulle kräva sluten vård. För patienter över 65 år och beräknad per 100 000 invånare över 65 år.	1 970	1 620	▼

Plats för vård

<i>Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för vissa kroniska sjukdomar 20–64 år</i>	Vårdtillfällen med utvalda kroniska tillstånd som med optimalt omhändertagande inte skulle kräva sluten vård. För patienter över 65 år och beräknad per 100 000 invånare över 65 år.	120	110	▼
<i>Fallskador som leder till slutenvård för äldre</i>	Samtliga vårdtillfällen där fallskada är huvuddiagnos för patienter över 65 år, per 100 invånare över 65 år	3,5 (2022)	2,8	▼
<i>Fast läkarkontakt i primärvården</i>	Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård	65 %	Minst 55 %	▲
<i>Kontinuitetsindex</i>	Kontinuitetsindex beräknas för patienter med tre eller fler besök under de senaste 18 månaderna, på den vårdcentral som de är listade på. Indexvärdena varierar från 0 till 1, där 1 innebär att patienten träffar samma person varje gång.	0,34 (läkare) 0,27 (sjuksköterska)	Ökning med 20 %	▲

Ej målsatta mått

Mått	Beskrivning	Önskvärd riktning
<i>Andel operationer och behandlingar som utförs i öppen vård – för vissa patientgrupper och åtgärder</i>	Hur stor andel av specifika behandlingar eller åtgärder som utförs som dagkirurgi, respektive i sluten vård, för definierbara patientgrupper och åtgärder som jämförbara mellan verksamheter i syfte att identifiera utrymme till förbättring. Hänsyn behöver tas till exempelvis tillståndets allvarlighetsgrad och eventuell samsjuklighet.	▲

Utvecklingsmått

Mått	Beskrivning
------	-------------

<i>Vårdplatser i gemensam regional (primärvård) och kommunal regi</i>	Vårdplatser som drivs i samverkan mellan regional och kommunal primärvård.
<i>Sjukhusvård i hemmet</i>	"Vårdplatser" ¹⁶ i hemmet där vård som traditionellt skulle ges på sjukhus genomförs i patientens ordinära boende.

Insatser

1. Bygg ut samverkansstrukturer mellan regioner och kommuner

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Samordna och stärk läkarstödet till kommunal hälso- och sjukvård från den regionala primärvården, exempelvis genom riktade läkare och/eller äldrevårdsenheter.

Regioner och kommuner i samverkan

- Arbeta för stärkt kompetens och ökad förståelse för varandras verksamheter över huvudmannagränser. Detta kan göras exempelvis genom att möjliggöra systematisk, regelbunden hospitering över huvudmannagränser.
- Utöka samverkan och samarbete mellan specialistvård och/eller regional primärvård och kommunala verksamheter.
- Samverka kring hälso- och sjukvårdens utveckling, exempelvis genom att ta fram gemensamma årsplaneringar och uppföljningar.
- Säkerställa datakompatibilitet mellan system och möjliggöra ändamålsenlig uppföljning över huvudmannagränser. Detta kan göras exempelvis genom att göra gemensamma upphandlingar av IT-system, eller att involvera respektive huvudman i kravställningsprocessen för att säkerställa förståelse för verksamheternas behov och möjligheter.

Kommuner

- Säkerställa omvårdnads-/medicinsk- och rehabiliteringskompetens på ledningsnivå.

¹⁶ Notera att en vårdplats definieras som ligg- eller sittplats på vårdenheter som kan användas för vård och behandling. Således ingår inte vård i hemmet i definitionen av en vårdplats.

Staten

- Överväg att genomföra följande förslag från *Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner* som rör stärkt medicinsk kompetens i kommunerna:
 - I enlighet med utredningen införa krav på en ledningsansvarig på huvudmannanivå i alla regioner för planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård.
 - I enlighet med utredningen tydliggöra i hälso- och sjukvårdslagen vilka grundläggande krav som ställs på regionernas läkarinsatser till personer som får kommunal hälso- och sjukvård.
- Samordna så att eventuella statsbidrag för samverkan mellan regioner och kommuner riktas till båda aktörerna.

Samverkan mellan specialistvård och kommunal primärvård

Såväl kommunala som regionala verksamheter har delgett bilden att patienter i behov av kommunal hälso- och sjukvård har mer komplexa vårdbehov än tidigare. Mot bakgrund av detta beskriver många kommunala verksamheter ett behov av utökat stöd från regionerna för att ha förutsättningar att kunna omhänderta dessa behov och att skyndsamt kunna ta emot individer som bedömts utskrivningsklara från den slutna vården. Även läkemedelsförskrivning beskrivs som ett möjligt hinder i utskrivningsprocessen.

Det finns idag avsevärda skillnader mellan regioner och även inom regioner hur samverkan med kommunerna ser ut. Utöver läkarstödet från den regionala primärvården inkluderar dessa skillnader även förhållningssättet till att genomföra vissa mer avancerade åtgärder i patientens boende, som att exempelvis ge intravenös antibiotika och dropp. Till viss del beror detta på lokala förutsättningar. Med ett utökat samarbete finns dock möjlighet att ytterligare förbättra vården för patienter som har behov av kommunal hälso- och sjukvård i kombination med behov av vissa mer avancerade åtgärder. Detta kan samtidigt göra att vården i stort blir mer resurseffektiv och att behovet av disponibla vårdplatser på sjukhus minskar.

Detta kan inkludera olika insatser, exempelvis att region och kommuner avtalar om regionfinansierad utbildning av kommunal personal. Att regioner och kommuner samverkar för att tillhandahålla center för klinisk färdighetsträning är ytterligare ett exempel på en insats som föreslås inom fokusområde 5. Agera för säker vård. Grundläggande förutsättningar för samverkan mellan

regioner och kommuner är välfungerande kommunikation, förståelse för varandras verksamheter och gemensamt ansvarstagande för patientens vårdkedja.

I betänkandet *Förändring genom försök - Försöksverksamhet i den kommunala sektorn (SOU 2023:94)* lämnades förslag till en försökslag som ger möjlighet för kommuner och regioner att som försöksverksamhet samverka om viss specialiserad vård för personer som befinner sig i den kommunala hemsjukvården.

2. Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter

Insatsförslag riktade till:

Regioner och kommuner i samverkan

- Inrätta strukturer för och säkerställ gemensamt ansvar för utveckling av arbetssätt över huvudmannagränser genom insatser som stärker det regionala och kommunala samarbetet.
- Stärka förmågan att kunna ta hem patienter tidigare till kommuner exempelvis genom att:
 - Genomföra insatser som stärker det regionala och kommunala samarbetet, exv. systematisera att regioner tillhandahåller utbildning av kommunal omsorgspersonal.
 - Standardisera processer för utskrivningsplanering redan vid inskrivning på sjukhus.

Staten

- Utred behov, förutsättningar och konsekvenser av snabbt insatta omsorgsinsatser för patienter inför utskrivning från sluten vård eller efter bedömning av vård- och omsorgsbehov vid akutmottagning.
- Utred behov, förutsättningar och konsekvenser av att korta tiden innan kommunernas betalningsansvar träder i kraft för utskrivningsklara patienter på sjukhus.
- Utred behov, förutsättningar och konsekvenser av ett regionalt betalningsansvar för utskrivningsklara patienter som skrivs ut till kommunala insatser utan fullständig dokumentation. Detta baseras på signaler från såväl regionala som kommunala verksamheter om att 3 kap. 2 § i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och Informationsöverföring vid utskrivning inte till fullo följs i praktiken.

3. Utöka den öppna vården genom poliklinisering, egenvård och stärkt stöd efter utskrivning samt stärka patientens delaktighet i sin vård

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Fortsätt omställningen till god och nära vård för ökad kontinuitet och personcentrering, med högre grad av delaktighet för både patient och närstående.
- Möjliggör egenvård och egenmonitorering utifrån patients behov och förutsättningar och erbjud information och utbildning kopplat till detta.
- Individanpassa erbjudandet av stöd efter utskrivning i högre grad.
- Öka kompetensen inom personcentrerad vård exv. genom riktade utbildningar.
- Överväg att öka andelen operationer som utförs som dagkirurgi.
- Överväg att öka möjligheten att förbereda patienter för operation utanför sjukhuset. Detta kan göras både i syfte att förkorta icke-värdeskapande ledtider inför operation och för att optimera patienter för den perioperativa processen exempelvis genom strukturerad prehabilitering.

Regioner i samverkan

- Öka implementeringstakt och tillgänglighet till medicinsk teknik som möjliggör egenvård/egenmonitorering. Detta kan göras exempelvis genom regiongemensamma upphandlingar.

4. Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Stärk sekundärpreventivt arbete för patienter med vissa kroniska sjukdomar.
- Utöka tidigt omhändertagande utanför akutsjukvården för vissa akuta tillstånd, exempelvis genom att utöka jourtillgänglighet i primärvården.
- Öka införande av fast läkarkontakt med inriktning mot det nationella riktvärdet för fast läkarkontakt som Socialstyrelsen har fastställt.

Regioner och kommuner i samverkan

- Stärk stödet från både regional och kommunal vård kring patienter med många akutbesök och sjukhusvistelser för att minska undvikbara slutenvårdstillfällen, exempelvis genom användning av riskanalyser.

- Utöka fallpreventivt arbete för äldre, exempelvis genom utökade möjligheter till fysisk träning och boendeanpassningar.

”Alternativa vårdplatser¹⁷”

Att ge patienten vård utanför sjukhusen kan bidra till förbättrade patientutfall vilket i sin tur kan minska vårdbehovet, och att möjliggöra en resurseffektiv vård.

Exempel på sådana ”alternativa vårdplatser” inkluderar vårdplatser där vård upp till primärvårdsnivå ges. Detta utgör en form av ”mellanvårdsnivå” som inte har sjukhusens fullständiga resurser, men samtidigt kan vårda patienter som är för sjuka för att vara i ordinärt eller kommunalt boende.

Ett annat exempel är sjukhusanslutna mobila team som utför vårdåtgärder som tidigare genomförts på sjukhus men i patientens hem. I vissa fall kombineras detta med medicintekniska produkter och distansmonitorering av anslutna patienter.

En nyckelfaktor i arbetet med denna typ av vårdplatser är att följa upp såväl patientutfall som resursåtgång. För att det ska ha en effekt på det totala vårdplatsbehovet krävs att platserna har lägre bemanningsbehov, alternativt bemannas med en annan kompetensmix, än sjukhusens disponibla vårdplatser, annars innebär arbetet enbart en förflyttning av resurser. Om platserna bemannas som disponibla vårdplatser men genererar ett lägre vårdbehov hos patienterna och minskar belägningsgraden på sjukhus är även detta ett lyckat utfall sett ur perspektivet att minska vårdplatsbristen.

5. Ställ om till vårdplatser på primärvårdsnivå

Insatsförslag riktade till:

Regioner och kommuner i samverkan

- Överväg att etablera gemensamt drivna vårdplatser på primärvårdsnivå för att möjliggöra en mellannivå av vård för patienter som inte kräver den slutna vårdens resurser men samtidigt har ett vårdbehov som inte kan tillgodoses i ordinärt eller kommunalt boende. Utformningen av detta kan

¹⁷ Notera att en vårdplats definieras som ligg- eller sittplats på vårdenhet som kan användas för vård och behandling. Således ingår inte vård i hemmet i definitionen av en vårdplats. Denna vårdform har dock ändå inkluderats i rutan ovan för att tydliggöra exempel på alternativa vårdformer.

variera men exempelvis innebära att regionen ansvarar för läkarbemanning och kommunen för övrig personal.

6. Ställ om till vård i hemmet

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Möjliggör att vissa vårdåtgärder som traditionellt sett genomförs på sjukhus utförs i hemmet. Detta kan utformas exempelvis med sjukhusanslutna mobila team som gör hembesök och bemannas från relevanta avdelningar, i kombination med distansmonitorering av patienter. Detta behöver ske i samverkan med kommunen om berörda patienter samtidigt har kommunala insatser.

Socialstyrelsen avser att:

- Fortsätta terminologiarbetet avseende vårdplatser i hemmet.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Backman, H., et al. (2020). Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. *Respiratory Research*, 21(1), 283.
- Borgström, K. (2023). Slutrapport—Akut sjukhusvård i hemmet.
- Karlsson, M. L., et al. (2022). SPOT Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam Sollefteå, Örnsköldsvik och Sundsvall.
- Projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster. (2019, oktober 21). Vårderbjudanden med digitala tjänster.
- RCC Kunskapsbanken. (u.å.). Prevention.
- Regeringskansliet (2023). Utredning föreslår försökskommuner från Haparanda till Färgelanda i ny försöksverksamhet.
- Socialstyrelsen. (2021). Utvärdering av metoden självvald inläggning.
- Socialstyrelsen. (2022). Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?
- Socialstyrelsen. (2022). God och nära vård.
- Socialstyrelsen. (2023). Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2022.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser i slutenvård och specialiserad öppenvård. (2022). Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsens statistikdatabas för operationer i slutenvård och specialiserad öppenvård. (2022). Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2021). Fysisk träning för att minska risken för fall hos äldre.
- SOU 2022:41. Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner. Socialdepartementet.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Regionernas väntetidsstatistik över utskrivningsklara patienter och patienter i slutenvård. Väntetider i vården.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Fakta om vårdplatser.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Samverkan mellan kommun och region frigör vårdplatser.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Överenskommelse om en God och nära vård.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Regionernas verksamhetsstatistik över antal vårdtillfällen med påverkbar slutenvård för personer 65 år och äldre. Vården i siffror.
- World Health Organization. (2021). Step Safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course. World Health Organization Publications.

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

Patientsäkerheten och kvalitet är grunden i all hälso-och sjukvård. Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket bland annat innebär att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador samt utreda händelse som hade kunnat medföra en vårdskada. Det finns dock fortsatt förbättringspotential i patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna. Vårdplatsbristen ger i sig upphov till patientsäkerhetsrisker, medan vårdskador i sin tur kan leda till ytterligare vårdbehov. Därmed kan en minskad vårdplatsbrist skapa bättre förutsättningar för en säker vård, och en säker vård bidra till en minskad vårdplatsbrist. I detta fokusområde föreslås patientsäkerhetsinsatser som kan bidra till ett minskat behov av sluten vård.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Säker vård, där ingen patient drabbas av vårdskada, vilket medför ett minskat behov av sluten vård som uppkommer på grund av bristande patientsäkerhet.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Att färre patienter drabbas av vårdskador, exempelvis vårdrelaterade infektioner, blåsöverfyllnad och trycksår som hade kunnat undvikas.
- Vid intensivvård sker det sällan att patienter flyttas på grund av resursbrist. Patienter återinläggs på IVA enbart i undantagsfall.

Uppföljning av vårdskador

Verksamheterna behöver kunna identifiera vårdskada och risk för vårdskada i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete. Förekomsten av vårdskador har sedan år 2013 följts med metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG). Nationell samordning och sammanställning av regionernas data, som genomförts av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), avslutas under 2024. Socialstyrelsen ser behov av att data om vårdskador fortsatt följs på nationell, regional och lokal nivå.

Uppföljning med metoden MJG rekommenderas fortsätta på lokal och regional nivå. Metoderna för uppföljning av vårdskador behöver utvecklas för att möjliggöra en mer automatiserad datainsamling.

Socialstyrelsen utreder förutsättningar för fortsatt samordning och sammanställning av data på nationell nivå.

Tabell 8: Mått inom fokusområde agera för säker vård – somatisk vård

Målsatta mått				
Mått	Beskrivning	Rikssnitt (2023)	Målnivå	Önskvärd riktning
<i>Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård</i>	Andel av totalt antal vårdtillfällen granskade med markörbaserad journalgranskning där en undvikbar skada identifierats	6,8 % (2022)	0 %	▼
<i>Överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist</i>	Andel vårdtillfällen med utskrivning till annan intensivvårdsavdelning (IVA) på grund av egen resursbrist.	1,9 %	0,6 %	▼
<i>Oplanerade återinläggningar på IVA</i>	Andel patienter som oplanerat återinlades på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.	2,1 %	1,3 %	▼
Ej målsatta mått				
Mått	Beskrivning			Önskvärd riktning
<i>Verksamheter som genomför enkät om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE)</i>	Andel verksamheter som genomför enkät om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE). Systematiskt arbete med resultat från sådana enkäter innebär ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete.			▲
Utvecklingsmått				
Mått	Beskrivning			
<i>Mått som följer upp och utvärderar arbete med personcentrerad vård</i>	Idag finns inget enhetligt eller samlat mått på hur verksamheten arbetar med personcentrerad vård. Mått bör utvecklas med utgångspunkt i befintlig forskning och kvalitativa instrument för att följa upp personcentrerad vård.			
<i>Mått som speglar systematiskt arbete utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet</i>	Utöver mått på att huvudmännen har tagit fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet finns inget enhetligt eller samlat mått på hur väl verksamheten arbetar systematiskt med att utveckla patientsäkerheten.			

Insatser

1. Minimera vårdtillfällen som uppstår eller förlängs till följd av vårdskador

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Fortsätt arbetet inom patientsäkerhet i linje med framtagna handlingsplaner inom området Agera för säker vård, arbeta aktivt med åtgärder, förbättringar och uppföljning och uppdatering av de regionala handlingsplanerna.
- Utöka patientsäkerhetsarbetet i den öppna vården för att minimera behov av sluten vård som uppstår på grund av patientsäkerhetsbrister.
- Samplanera resurser inom sjukhusen för att hantera avvägningar mellan långa väntetider på akutmottagning och överbelastning på vårdavdelningar.

Regioner i samverkan

- Fortsätt samla kunskap om brister, skador och vårdskador i somatisk vård genom att genomföra markörbaserade journalgranskningar.

Regioner och kommuner i samverkan

- Etablera forum för gemensamma diskussioner av patientsäkerhet runt patienter där båda huvudmännen är involverade, samt plattformar för att gemensamt följa upp avvikelser och utfall.

Kommuner

- Upprätta handlingsplaner utifrån den nationella handlingsplanen Agera för säker vård, i de fall då det saknas. Där sådana planer tagits fram: fortsätt arbetet inom patientsäkerhet utifrån dessa.

Socialstyrelsen avser att:

- Fortsatt stödja samordning och huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete, bidra till gemensamt lärande kring patientsäkerhet bland annat genom att förvalta målgruppsanpassat kunskapsstöd, verktyg och metoder inom patientsäkerhet.

2. Säkerställ patientsäkerhet vid införande av nya arbetssätt

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Etablera systematisk uppföljning av patientsäkerhetsmått vid förändringsarbeten för minskad vårdplatsbrist.

Regioner och kommuner

- Stärk och systematisera arbetet med riskanalyser innan införande av nya arbetssätt, åtgärda eventuella risker innan dessa arbetssätt införs, samt följa upp arbetet med riskanalyser.
- Stärk arbetet med att kontinuerligt följa upp indikatorer och mått (inklusive avvikelser) kopplade till en patientsäker vård.

Staten

- Genomför insatser kopplade till krav på uppföljning vid test av exempelvis nya former av uppgiftsväxling och nya yrkesroller i en liten skala.

3. Säkerställ kompetens genom utbildning och fortbildning inom patientsäkerhet

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Säkerställ tillgång till utbildningar och fortbildningar specifikt inom patientsäkerhetsområdet.
- Arbeta aktivt med att använda nationella kompetensmål för patientsäkerhet när sådana finns framtagna.
- Överväg att stärka kompetens inom patientsäkerhet genom simuleringar och scenariobaserad träning.

Regioner och kommuner i samverkan

- Möjliggör färdighetsträning, exv. genom att upprätta gemensamma center för klinisk färdighetsträning där personal i regional och kommunal hälso- och sjukvård kan öva på tekniska och icke-tekniska färdigheter.

Kommuner i samverkan

- Möjliggör färdighetsträning, exv. genom att upprätta center för klinisk färdighetsträning där personal i kommunal hälso- och sjukvård kan öva på tekniska och icke-tekniska färdigheter.

4. Säkerställ ett personcentrerat arbetssätt

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Implementera och utveckla verktyg och arbetssätt för en mer personcentrerad vård där patienten involveras som medskapare i sin egen vård med syfte att minska risken för komplikationer, vårdskador och undvikbara slutenvårdsdygn.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Bristol, A. A., Schneider, C. E., Lin, S.-Y., & Brody, A. A. (2020). A Systematic Review of Clinical Outcomes Associated With Intrahospital Transitions. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 42(4), 175.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2008). Ten Solutions for Emergency Department Crowding. *Western Journal of Emergency Medicine*, 9(1), 24–27.
- Kelen, G. D., Wolfe, R., D’Onofrio, G., Mills, A. M., Diercks, D., Stern, S. A., Wadman, M. C., & Sokolove, P. E. (2021). Emergency Department Crowding: The Canary in the Health Care System. *Catalyst non-issue content*, 2(5).
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). Emergency Department (ED) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 213–219.
- Socialstyrelsen. (2020). Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 – Agera för säker vård.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- HSLF-FS 2017:40. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2019). Skador i somatisk vård 2013–2018 på nationell nivå.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå.

Fokusområden för den nationella planen – psykiatrisk vård

På grund av brister i datatillgång och datakvalitet har Socialstyrelsen inte tagit fram riktvärden för vårdplatser för den psykiatriska heldygnsvården på motsvarande sätt som för den somatiska vården och IVA. Bedömningen är dock att antalet vårdplatser i heldygnsvården sannolikt inte behöver öka förutom i enskilda regioner eller verksamheter om god tillgänglighet i öppen vård säkerställs. Det råder alltså inte en generell brist på disponibla vårdplatser inom psykiatrin, även om det fortsatt finns stora utmaningar med tillgängligheten till den öppna vården. Det beskrivs även som en utmaning att det råder brist i vissa verksamheter i heldygnsvården, under vissa perioder. Detta gäller exempelvis mindre avdelningar, bland annat inom barn- och ungdomspsykiatrin. Även där finns dock stora regionala skillnader, och år 2022 var den genomsnittliga beläggningsgraden hög i fem av 21 regioner.

Insatser för att stärka psykiatrin föreslås inom ramen för planens fem fokusområden med en betoning på vikten av att stärka datakvalitet och tillgänglighet i öppen vård. Många insatser som föreslås i den nationella planen gäller både för somatiska och psykiatriska verksamheter.

1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser – psykiatri

En systematisk produktions- och kapacitetsstyrning är grundläggande för att kunna säkerställa att antalet vårdplatser möter behovet och att rätt typ av vårdplats finns där och när den behövs. Det är särskilt viktigt med träffsäkra prognoser och samordning i de fall verksamheter har små enheter, då relativt små skillnader i antalet inlagda patienter kan påverka om vårdplatskapaciteten är tillräcklig eller inte. För psykiatri handlar detta fokusområde i huvudsak om att säkerställa att tillgången på data är tillräcklig för att på sikt möjliggöra en mer systematisk produktions- och kapacitetsstyrning.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Säkerställa datatillgång som möjliggör systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för psykiatriens verksamheter.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Data för psykiatriska vårdplatser är jämförbar mellan regioner och håller hög kvalitet.
- Vårdavdelningarna håller disponibla vårdplatser öppna i det antal som motsvarar patienternas vårdbehov.
- Överbeläggningar används endast i undantagsfall.
- Utlokaliseringar används endast i undantagsfall.

Tabell 9: Mått inom fokusområde utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning – psykiatrisk vård

Ej målsatta mått		
Mått	Beskrivning	Önskvärd riktning
<i>Överbeläggningar</i>	En inskriven patient som vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats.	▼
<i>Utlökaliseringar</i>	En inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten	▼
Beläggningsgrad	Genomsnittlig beläggningsgrad av disponibla vårdplatser	
Utvecklingsmått		
Mått	Beskrivning	
<i>Antal dagar över/under verksamhetens eget riktvärde för beläggningsgrad</i>	Avser antal dagar över ett år då en verksamhets beläggningsgrad skiljer sig för mycket från det riktvärde för beläggningsgrad som definierats i den specifika verksamheten.	
<i>Uppföljning av vårdtider för valda patientgrupper</i>	Medelvårdtid för definierbara psykiatriska patientgrupper och vårdflöden som är jämförbara mellan verksamheter för att identifiera utrymme till förbättring. Hänsyn behöver tas till exempelvis tillståndets allvarlighetsgrad och eventuell samsjuklighet.	

Insatser

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Etablera förutsättningar för att planera och styra tillgänglig kapacitet och vårdproduktion inom psykiatrin genom att stärka tillgång till och kvalitet på data.

Regioner i samverkan

- Enas om ett enhetligt sätt att rapportera data, som möjliggör att särskilja vårdplatser inom BUP och rättspsykiatri från allmän vuxenpsykiatri, samt skilja heldygnsvård från öppen vård även inom tvångsvård.
- Genomför ett gemensamt definitionsarbete gällande hur permissioner (korta såväl som långa) hanteras i datarapportering.

Socialstyrelsen avser att:

- Stödja och stärka regiongemensamt lärande, metodutveckling och förbättrad datatillgång.

- Ta fram riktvärden för antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad inom psykiatrisk heldygnsvård när data är enhetlig och av god kvalitet.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Brandt, J. & Palmgren, M. (2015). Produktionsstyrning i sjukvård: Lyxo.
- Landstinget i Östergötland. (2011). Handbok i Produktions- och kapacitetsplanering på kliniknivå.
- Larsson, A. (2018). Capacity Planning in Specialized Healthcare. Department of Technology Management and Economics, Chalmers University of Technology.
- Liss, P.-E. (2004). Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård: En begreppsanalys. Linköping University Electronic Press.
- Region Skåne. (2024). Region Skånes system för produktionsstyrning – modell, arbetssätt och definitioner.
- Rosenbäck, R. (2017). Produktionsstyrning i sjukvården – en väg framåt: Studentlitteratur.
- Sandman L & Arvidsson E. (2023). Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar. Linköping University Electronic Press.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- SOU 2022:22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Socialdepartementet.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). Tillgänglig vård – vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling: LTAB.

2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen – psykiatri

Den svenska hälso- och sjukvården i sin helhet har en utmaning i att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning. Nationella planeringsstödet (NPS) sammanställer en årlig lägesbild av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Denna lägesbild från 2024 beskriver utmaningar kopplat till ett flertal yrkesgrupper, där sjuksköterskor är det bristyrke i sammanställningen som har störst inverkan på vårdplatssituationen. Exempelvis uppgav 84 procent av tillfrågade arbetsgivare brist på erfarna och 94 procent uppgav brist på nyutexaminerade specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. NPS lyfter även att svårigheter att rekrytera varierar avsevärt mellan regioner. Prognosen framåt är att det kommer finnas en fortsatt utmaning att kompetensförsörja hälso- och sjukvården. Det krävs dock insatser här och nu för att minska den rådande vårdplatsbristen.

Arbetsmiljön är en viktig faktor för att minska personalbristen, både genom att öka kvarstannande och förbättra förutsättningarna för rekrytering. En grundläggande förutsättning för en god arbetsmiljö är att alla verksamheter säkerställer att chefer har goda kunskaper i arbetsmiljöansvar och aktivt arbetar med bland annat systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), organisatorisk och social arbetsmiljö. Detta gäller alla typer av verksamheter – i detta område presenteras kompetensförsörjningsinsatser med fokus på heldygnsvården. För att undvika att personalbristen flyttar från en del av vården till en annan är det viktigt att stärka arbetet för en hållbar kompetensförsörjning i alla delar av systemet.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att tillgången till de kompetenser som utgör störst brist i inom psykiatrin förbättras på ett hållbart sätt och att tillgängligheten därigenom ökar där det finns störst behov.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Vårdplatser som tidigare varit stängda på grund av personalbrist öppnas.
- Tillgången till sjuksköterskekompetens dygnet runt i heldygnsvården förbättras i de verksamheter där det råder brist.
- Bristen på sjuksköterskor inom psykiatrin minskar. Vakanser tillsätts i större utsträckning; befintlig personal behöver inte arbeta lika mycket

övertid och hyrpersonal används i mindre utsträckning för att få ihop bemanningen.

- Sjuksköterskor som arbetar i heldygnsvården stannar på sina arbetsplatser längre och har lägre sjukfrånvaro. Detta sker till stor del genom att arbetsmiljö och arbetsvillkor förbättras, särskilt vid arbete på obekväma arbetstid.

Tabell 10: Mått inom fokusområde säkerställ hållbar kompetensförsörjning – psykiatrisk vård

Målsatta mått				
Mått	Beskrivning	Rikssnitt 2023	Målnivå	Önskvärd riktning
<i>Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor</i>	Sjukfrånvaro över 14 dagar, dvs. andel med sjukpenning	6,3 %	4,5 %	▼
<i>Avgångar för sjuksköterskor</i>	Andel sjuksköterskor som lämnar sektorn	9,5 %	7,9 %	▼
Ej målsatta mått				
Mått	Beskrivning			Önskvärd riktning
<i>Andel rotations-/kombinationstjänster</i>	Andel av totalt antal tjänster där arbetstiden delas mellan mottagning och avdelning och/eller där administrativ personal även har klinisk tjänstgöring			▲
<i>Andel anställningsavtal med bara dagtid</i>	Andel av totalt antal tjänster där arbetstiden enbart förläggs till dagtid			▼
Utvecklingsmått				
Mått	Beskrivning			
<i>Mått på erfarenhet bland anställd personal</i>	Mått på erfarenhet i form av exempelvis implementerade kompetensstegar/kompetensmodeller och andel personal som befinner sig på varje steg/nivå. Med en strategi för vilket behov av antal medarbetare per steg/nivå enheten behöver för den vård som bedrivs.			
<i>Antal vårdplatser stängda på grund av personalbrist</i>	Vårdplatser som är budgeterade eller planerade för men som inte kan göras disponibla på grund av att bemanning saknas. En tredjedel av regionerna har inte ett bestämt vårdplatsantal och beskriver svårigheter att följa upp detta mått av den anledningen. Flera av de regioner som arbetar med ett fastställt antal vårdplatser saknar uppföljning på varför en vårdplats är stängd. Även om uppföljning saknas idag är målnivån för detta mått noll, då målet är att antalet disponibla vårdplatser ska möta behovet.			

Insatser

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet, exempelvis för att stärka ledarskapet i vården, utveckla systematiska introduktions- och mentorskapsprogram, samt andra insatser för att öka kvarstannande. För att minska bristen på vårdplatser bör insatser fokusera särskilt på att stärka arbetsmiljön vid arbete på obekvämt arbetstid, bland annat genom att säkerställa tillräcklig bemanning utifrån arbetsbelastningen samt god tillgång till stöd från mer erfarna kollegor och chefer.
- Arbeta med insatser kopplade till friskfaktorer för att säkerställa en god arbetsmiljö.
- Lägg särskilt fokus på riskbedömningar, insatser och rutiner för att förebygga hot och våld på arbetsplatsen, samt sätt in uppföljande åtgärder i de fall situationer med hot och/eller våld uppstår.
- Arbeta med kompetensförsörjningsplaner för att säkerställa tillgång till kompetens inom såväl heldygnsvård som öppen vård.
- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet om att stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU) genom samverkan i befintliga samverkansstrukturer och stärkt klinisk handledning i syfte att säkerställa att den kliniska kompetensen är tillräcklig och väl anpassad för yrkesrollens arbetsuppgifter efter examination. Ur ett vårdplatsperspektiv bör denna insats genomföras med särskilt fokus på sjuksköterskor och undersköterskor.¹⁸
- Arbeta strategiskt för att minska beroendet av bemanningspersonal i de fall då detta påverkar kontinuiteten i verksamheten negativt.
- Överväg att i högre grad använda rotations- /kombinationstjänster som innebär att medarbetare regelbundet och systematiskt tjänstgör inom såväl öppen vård som heldygnsvård i verksamheter där det råder brist på vårdplatser. Detta kan uppnås exempelvis genom att i nyrekryteringar prioritera att erbjuda dessa tjänster.
- Överväg att i högre grad säkerställa att personal med administrativa tjänster kombinerar det med klinisk tjänstgöring i dom verksamheter det råder vårdplatsbrist. Skapa tjänster som gör det möjligt att kombinera akademisk – och klinisk tjänstgöring.

¹⁸ Undersköterskor ingår inte i Nationella vårdkompetensrådets uppdrag – fokuset på sjuksköterskor och undersköterskor lyfts inom ramen för denna plan och med utgångspunkten att minska bristen på vårdplatser.

Staten

- Utred behov av åtgärder i syfte att stärka den verksamhetsförlagda utbildningen för de yrkesgrupper som kan underlätta att hålla vårdplatser öppna. Detta kan göras exempelvis genom fortsatta satsningar på att utöka antal VFU-platser, och/eller utökad samverkan mellan lärosäten och mellan lärosäten och huvudmän.
- Utred behov av att stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU), lärande i arbete (LIA) eller motsvarande praktiskt utbildningsmoment för undersköterskor och specialistundersköterskor och överväg att stödja genomförandet i kliniska simuleringsmiljöer om det möjliggör fler öppna vårdplatser.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Aiken, L. H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Socialdepartementet. (2023). Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.
- Socialstyrelsen. (2019). Framtidsscenarioer för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård—Nationella planeringsstödet 2023.
- Socialstyrelsen. (2024). Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.
- Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. (2021). Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Personalen i välfärden. Personalen i siffror.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Sjukfrånvaroredovisningen.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården.

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

Precis som för den somatiska vården finns möjligheter att öka effektiviteten genom att använda hälso- och sjukvårdens medarbetares tid så effektivt som möjligt utifrån patienternas behov, med bibehållen eller förbättrad arbetsmiljö och kvalitet. Detta är viktigt såväl i dagens läge som på sikt, då prognoser visar på en fortsatt kompetensförsörjningsutmaning i hälso- och sjukvården även i framtiden. Detta är särskilt viktigt i de verksamheter där kompetensförsörjningen utgör en stor utmaning och där behovet av platser i heldygnsvården överstiger kapaciteten. Även om det finns behov av att öka antalet vårdplatser per medarbetare i vissa verksamheter är det viktigt att detta sker i takt med att verksamheten uppnår effekt från utvecklingsarbeten, så att inte det ställs krav på lägre bemanning innan detta är möjligt att genomföra utan ökade patientsäkerhetsrisker eller ökad belastning på medarbetare. För att lyckas med detta krävs ett förhållningssätt där teamarbetet är utgångspunkten. Den traditionella synen på vilka yrkesroller som utför vilka arbetsuppgifter och teamets sammansättning – både avseende typ av kompetens och erfarenhet – behöver ses över med en uttalad målsättning om att öka vårdplatskapaciteten med bibehållen eller ökad kvalitet.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att nyttjandet av de kompetenser som det råder störst brist i psykiatri effektiviseras så att tillgänglig personal vårdar fler inläggande patienter än idag på ett patientsäkert, högkvalitativt och arbetsmiljömässigt hållbart sätt.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Klinisk personal, särskilt sjuksköterskor, ägnar en större del av sin arbetstid åt att vårda patienter.
- Det genomsnittliga antalet sjukskötersketjänster per vårdplats reduceras vid oförändrad genomsnittligt vårdbehov/vårdintensitet – med bibehållen arbetsbelastning och patientsäkerhet – till följd av mer ändamålsenliga arbetsätt.
- Antalet vårdplatser på sjukhus som bemannas av undersköterskor/skötare med relativt begränsade insatser av sjuksköterskor och läkare ökar.
- Inom varje verksamhet varierar antalet läkare och sjuksköterskor per vårdplats i större utsträckning än idag eftersom man bemannar mer

flexibelt utifrån inneliggande patienters vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov.

- Vårdavdelningar som har ett mycket litet antal vårdplatser delar omvårdnadspersonal i hög utsträckning, och/eller blir färre genom sammanslagning till större enheter.
- Synen på teamets sammansättning bidrar till att alla kompetenser och yrkesroller tas till vara och inkluderas i teamet tillsammans med patienten. Hänsyn tas till medarbetarnas specifika kompetenser och erfarenhet.
- Medarbetare är delaktiga i att driva utveckling av arbetssätt som bidrar till en minskad vårdplatsbrist i verksamheterna.

Tabell 11: Mått inom fokusområde använd kompetensen ändamålsenligt - psykiatrisk vård

Målsatta mått		
<i>Planen inkluderar inga målsatta mått inom fokusområdet använd kompetensen ändamålsenligt.</i>		
Ej målsatta mått		
Mått	Beskrivning	Önskvärd riktning
<i>Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till vårdnära service</i>	Andel av total arbetstid för sjuksköterskor respektive undersköterskor/skötare som ägnas åt uppgifter som hade kunnat utföras av servicemedarbetare	▼
<i>Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till läkemedelshandling</i>	Andel av total arbetstid för sjuksköterskor som helt eller delvis ägnas åt uppgifter som hade kunnat utföras av apotekare och/eller receptarier	▼
<i>Andel verksamheter med realtidsuppföljning av vårdbehov/vårdintensitet</i>	Verksamheter som med strukturerade mått eller mallar följer upp inneliggande patienters vårdbehov/vårdintensitet	▲
<i>Vårdplatser för självvald/brukarstyrd inläggning</i>	Antal vårdplatser med arbetssättet självvald/brukarstyrd inläggning i heldygnsvården	▲
Utvecklingsmått		
Mått	Beskrivning	
<i>Bemanning per vårdplats</i>	Antal disponibla vårdplatser per sjuksköterska respektive undersköterska/skötare. Behöver ta hänsyn till bland annat typen av verksamhet, kringresurser, vilken vårdnivå och typ av vård som ges.	

<i>Andel arbetstid ägnad åt administration</i>	Andel av sjuksköterskor respektive undersköterskors/skötares arbetstid som ägnas åt administration. Administration i vården har idag ingen enhetlig definition.
<i>Andel verksamheter/sjukhus med pågående uppgiftsväxlingsarbete</i>	Verksamheter som arbetar med att växla uppgifter från sjuksköterskor och/eller undersköterskor/skötare i uttalat syfte att frigöra tid från dessa personalkategorier med ett uttalat mål att öppna vårdplatser.

Insatser

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Identifiera, utveckla och implementera ändamålsenliga metoder och verktyg för att mäta vårdbehov/vårdintensitet inom psykiatri.
- Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdbehov/vårdintensitet och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt.
- Följ upp och utvärdera arbetet med självvald/brukarstyrd inläggning kontinuerligt, inklusive arbets sättets påverkan på patientutfall, vårdtider och bemanning.
- Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration.
- Uppgiftsväxla mellan vårdens yrkesgrupper, med särskilt fokus på yrkeskategorier som kan avlasta i psykiatriska verksamheter.

Regioner i samverkan

- Identifiera, utveckla och implementera ändamålsenliga metoder och verktyg för att mäta vårdbehov/vårdintensitet inom psykiatri.
- Utveckla självvald/brukarstyrd inläggning vad gäller processer, rutiner och uppföljning, för att säkerställa att vårdformen är patientsäker och ges till rätt patientgrupper (med bibehållen kvalitet och minskat vårdplatsbehov).

Staten

- Kartlägg bördan av administrativa krav från nationella aktörer, och eventuella möjligheter att minimera tidsåtgången till dessa.
- Underlätta och stötta införandet av ny teknik som minskar den administrativa bördan, samt skapa förutsättningar för breddinföranden av verktyg med tidsbesparande effekt.

Socialstyrelsen avser att:

- Stödja regionerna i metodutveckling kopplat till att mäta vårdbehov/vårdintensitet inom psykiatri.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- SFS 2022:913. Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Socialdepartementet.
- Socialdepartementet Lasater, K. B., & Mchugh, M. D. (2016). Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 253–258.
- McHugh, M. D., et al. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet*, 397(10288), 1905–1913.
- McHugh, M. D., et al. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet (London, England)*, 397(10288), 1905–1913.
- Nationellt system för kunskapsstyrning. (2023). Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård.
- Needleman, J., Liu, J., Shang, J., Larson, E. L., & Stone, P. W. (2020). Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. *BMJ Quality & Safety*, 29(1), 10–18.
- NICE. (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. NICE.
- Socialstyrelsen. (2021). Utvärdering av metoden självvald inläggning.
- Socialstyrelsen. (2022). Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation – Meddelandeblad.
- Socialstyrelsen. (2023). Vård som inte bör göras.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för belägningsgrad och vårdplatser.
- Socialstyrelsen. (2024). Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3.
- AFS 2001:1. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Svenska Läkaresällskapet. (2023). Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val
- Twigg, D. E., et al. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3404–3423.

- Van den Heede, K., et al. (2020). Safe nurse staffing policies for hospitals in England, Ireland, California, Victoria and Queensland: A discussion paper. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(10), 1064–1073.
- World Health Organization. (2007). *Task Shifting—Global Recommendations and Guidelines*.

4. Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutna vård på sjukhus – psykiatri

Det finns en stor potential i att stärka den psykiatriska vården med de insatser som ingår i fokusområden för god och nära vård. I denna plan inkluderas de delar som kan frigöra vårdplatser i heldygnsvården.

Tillgänglighet i den öppna vården är centralt för att minimera heldygnsvård som hade kunnat undvikas. På grund av kapacitetsbrist finns ändå tillgänglighetsutmaningar i dagsläget. Det finns ett behov av att utöka möjligheterna till att tidigt identifiera, diagnostisera och behandla psykiatriska tillstånd.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att omhänderta och förebygga patienters vård- och omsorgsbehov på bästa effektiva omhändertagandenivå, det vill säga med lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Vårdplatser i heldygnsvården används enbart för patienter med behov av heldygnsvårdens fulla resurser.
- Tillgängligheten till psykiatrisk öppen vård – både primärvård och specialiserad vård – är god och patienter får bedömning och behandling inom vårdgarantins gränser.
- De patienter som vill och kan ges möjlighet och stöd i att utföra egenvård och egenmonitorering. Patient, närstående och vårdgivare samarbetar för att uppnå kunskap, engagemang och proaktivitet hos patienten.
- Patienter som har behov av kommunala insatser får tillgång till dessa så snart de är utskrivningsklara från sjukhus.
- Patienter blir enbart i undantagsfall inskrivna på sjukhus för tillstånd som hade kunnat förebyggas eller omhändertas i öppen vård. Primärvård och öppen specialistvård följer upp individer med psykiatriska tillstånd.

Tabell 12: Mått inom fokusområde ställ om till en god och nära vård – psykiatrisk vård

Ej målsatta mått		
Mått	Beskrivning	Önskvärd riktning
<i>Oplanerade återinskrivningar</i>	Andel av totalt antal oplanerade vårdtillfällen där patienten skrivs in igen inom 30 dagar	▼
<i>Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter</i>	Andel av totalt antal disponibla vårdplatser som beläggs av patienter som av sjukhuset bedöms som utskrivningsklara	▼
Utvecklingsmått		
Mått	Beskrivning	
<i>Andel behandlingar som utförs i öppen vård – för vissa patientgrupper och åtgärder</i>	Hur stor andel av specifika behandlingar i den öppna vården, respektive i slutna vård. Hänsyn behöver tas till exempelvis tillståndets allvarlighetsgrad och eventuell samsjuklighet.	
<i>Psykiatrisk hemsjukvård</i>	Antal eller andel "vårdplatser" i hemmet där vård som traditionellt skulle ges på sjukhus genomförs i patientens ordinära boende.	

Insatser

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Öka tillgängligheten i den öppna vården. Tillgängligheten till den öppna vården är särskilt viktig för att tidigt kunna identifiera, diagnostisera och behandla psykiatriska tillstånd, bland annat för att undvika exempelvis förvärrade symptom, längre behandling och eventuella behov av ökad vårdnivå (exempelvis i heldygnsvård eller rättspsykiatrisk vård) på sikt.
- Bygg ut alternativ till heldygnsvård, bland annat genom att tillgängliggöra vård i hemmet genom mobila team, dagvårdsverksamhet, snabba kontaktvägar vid behov av akuta insatser och akuta hembesök exempelvis i form av psykiatriambulanser.
- Fortsätt omställningen till god och nära vård för ökad kontinuitet och personcentrering, med högre grad av delaktighet för både patient och närstående.
- Möjliggör egenvård och egenmonitorering utifrån patients behov och förutsättningar och erbjud information och utbildning kopplat till detta.

- Individanpassa erbjudandet av stöd efter utskrivning i högre grad, exempelvis genom utökad samverkan mellan heldygnsvård/rättspsykiatri och öppen vård, för att säkerställa en trygg hemgång.
- Öka kompetensen inom personcentrerad vård exv. genom riktade utbildningar.
- Säkerställ samverkan mellan primärvård och psykiatrisk specialiserad vård i sekundärpreventivt syfte.

Regioner i samverkan

- Öka implementeringstakt och tillgänglighet till medicinsk teknik som möjliggör egenvård/egenmonitorering. Detta kan göras exempelvis genom gemensamma upphandlingar av medicintekniska produkter.

Regioner och kommuner i samverkan

- Säkerställ utveckling av arbetssätt över huvudmannagränser för att förbättra samverkan mellan specialistpsykiatri och kommun som exempelvis boendestöd, särskilt då alternativa vårdformer (det vill säga vårdformer som syftar till att ersätta heldygnsvård) används.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Backman, H., et al. (2020). Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking. *Respiratory Research*, 21(1), 283.
- Borgström, K. (2023). Slutrapport—Akut sjukhusvård i hemmet.
- Karlsson, M. L., et al. (2022). SPOT Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam Sollefteå, Örnsköldsvik och Sundsvall.
- Projekt Ordnat införande av digitala produkter och tjänster. (2019, oktober 21). Vårderbjudanden med digitala tjänster.
- RCC Kunskapsbanken. (u.å.). Prevention.
- Regeringskansliet (2023). Utredning föreslår försökskommuner från Haparanda till Färgelanda i ny försöksverksamhet
- Socialstyrelsen. (2021). Utvärdering av metoden självvald inläggning.
- Socialstyrelsen. (2022). Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?
- Socialstyrelsen. (2022). God och nära vård.
- Socialstyrelsen. (2023). Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2022.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser i slutenvård och specialiserad öppenvård. (2022). Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsens statistikdatabas för operationer i slutenvård och specialiserad öppenvård. (2022). Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2021). Fysisk träning för att minska risken för fall hos äldre.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Regionernas väntetidsstatistik över utskrivningsklara patienter och patienter i slutenvård. Väntetider i vården.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Fakta om vårdplatser.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Samverkan mellan kommun och region frigör vårdplatser.

5. Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård – psykiatri

Patientsäkerheten och kvalitet är grunden i all hälso-och sjukvård. Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket bland annat innebär att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador samt utreda händelse som hade kunnat medföra en vårdskada. Det finns dock fortsatt förbättringspotential i patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna. I den psykiatriska vården är det viktigt att fortsatt vidareutveckla arbetet med att identifiera och åtgärda risker och brister i verksamheten som kan leda till att vårdskador uppstår.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att vården är säker och att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada, vilket medför ett minskat behov av sluten vård som uppkommer på grund av bristande patientsäkerhet

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Att färre patienter drabbas av vårdskador, såsom exempelvis förlängda sjukdomsförlopp och läkemedelsrelaterade skador som hade kunnat undvikas.
- Patienter med långvariga psykiatriska tillstånd tillhandahålls bedömning och behandling för eventuella somatiska vårdbehov.

Tabell 13: Mått inom fokusområde agera för säker vård – psykiatrisk vård

Målsatta mått				
Mått	Beskrivning	Riksnitt (2022)	Målnivå	Önskvärd riktning
<i>Vårdtillfällen med vårdskador inom psykiatrisk slutenvård</i>	Andel av totalt antal vårdtillfällen granskade med markörbaserad journalgranskning där en undvikbar skada identifierats	2,1 % (2022)	0 %	▼
Ej målsatta mått				
Mått	Beskrivning			Önskvärd riktning
<i>Verksamheter som genomför enkät om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE)</i>	Andel verksamheter som genomför enkät om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE). Systematiskt arbete med resultat från sådana enkäter innebär ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete.			▲
Utvecklingsmått				
Mått	Beskrivning			
<i>Mått som följer upp och utvärderar arbete med personcentrerad vård</i>	Idag finns inget enhetligt eller samlat mått på hur verksamheten arbetar med personcentrerad vård. Mått bör utvecklas med utgångspunkt i befintlig forskning och kvalitativa instrument för att följa upp personcentrerad vård.			
<i>Mått som speglar systematiskt arbete utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet</i>	Utöver mått på att huvudmännen har tagit fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet finns inget enhetligt eller samlat mått på hur väl verksamheten arbetar systematiskt med att utveckla patientsäkerheten.			

Insatser

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Fortsätt arbetet inom patientsäkerhet i linje med framtagna handlingsplaner inom området Agera för säker vård, arbeta aktivt med åtgärder, förbättringar och uppföljning och uppdatering av de regionala handlingsplanerna.
- Stärk och systematisera arbetet med riskanalyser innan införande av nya arbetssätt, åtgärda eventuella risker innan dessa arbetssätt införs, samt följa upp arbetet med riskanalyser.

- Stärk arbetet med att kontinuerligt följa upp indikatorer och mått (inklusive avvikelser) kopplade till en patientsäker vård.
- Etablera systematisk uppföljning av patientsäkerhetsmått, kopplat till exempelvis förändringar i bemanning eller en omställning till mer öppen vård.
- Genomför och utvärdera effekter av utvecklingsarbeten i syfte att åtgärda brister som identifieras under journalgranskningar.
- Säkerställ god somatisk vård till patienter med långvariga psykiatriska tillstånd, exempelvis genom att koppla allmänmedicinsk konsultation till psykiatriska mottagningar och avdelningar och/eller att etablera samverkansstrukturer med somatisk specialistvård.
- Säkerställ tillgång till utbildningar och fortbildningar specifikt inom patientsäkerhetsområdet.
- Arbeta aktivt med att använda nationella kompetensmål för patientsäkerhet när sådana finns framtagna.

Kommuner

- Upprätta handlingsplaner utifrån den nationella handlingsplanen Agera för säker vård, i de fall då det saknas. Där sådana planer tagits fram: fortsatt arbetet inom patientsäkerhet utifrån dessa.

Regioner i samverkan

- Fortsatt samla kunskap om brister, skador och vårdsador i psykiatrisk vård genom att genomföra markörbaserade journalgranskningar.
- Se över behovet av att gemensamt utveckla arbetsätt för att säkerställa god somatisk vård till patienter med långvariga psykiatriska tillstånd.

Socialstyrelsen avser att:

- Fortsatt stödja samordning och huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete, bidra till gemensamt lärande kring patientsäkerhet bland annat genom att förvalta målgruppsanpassat kunskapsstöd, verktyg och metoder inom patientsäkerhet.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av fokusområdet.

- Bristol, A. A., Schneider, C. E., Lin, S.-Y., & Brody, A. A. (2020). A Systematic Review of Clinical Outcomes Associated With Intrahospital Transitions. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 42(4), 175.

- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2008). Ten Solutions for Emergency Department Crowding. *Western Journal of Emergency Medicine*, 9(1), 24–27.
- Kelen, G. D., Wolfe, R., D’Onofrio, G., Mills, A. M., Diercks, D., Stern, S. A., Wadman, M. C., & Sokolove, P. E. (2021). Emergency Department Crowding: The Canary in the Health Care System. *Catalyst non-issue content*, 2(5).
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). Emergency Department (ED) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 213–219.
- Socialstyrelsen. (2020). Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 – Agera för säker vård.
- Socialstyrelsen. (2023). Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser.
- HSLF-FS 2017:40. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå.

Nationell plan för minskad vårdplatsbrist inom rättspsykiatrisk vård

Till skillnad från övriga psykiatrisk vård finns tecken på att det råder en generell vårdplatsbrist inom den rättspsykiatriska vården. Antalet inskrivna i rättspsykiatrin har ökat gradvis de senaste åren och den genomsnittliga belägningsgraden nationellt var 99 procent år 2022.

Rättspsykiatrin har i viss mån andra förutsättningar än övriga vårdområden. Detta gäller exempelvis:

- *Begränsad eller ingen kontroll över in- och utflöden av patienter:* ingen möjlighet att på verksamhetsnivå kontrollera inflödet av patienter då det baseras på domstolsbeslut, samt är beroende av förvaltningsrättens beslut om utskrivning för patienter med särskild utskrivningsprövning
- *Begränsad möjlighet att flytta patienter från sluten vård till öppen vård:* delvis till följd av att kommunala insatser i regel behöver vara på plats innan förvaltningsrättens beslut om utskrivning kan fattas
- *Långa medelvårdtider:* för patienter vars vård har avslutats är medianvårdtiden nästan fem år, för patienter i pågående vård ännu längre
- *Vårdinrättningar med olika säkerhetsklasser*

Fyra grupper ska vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Det inkluderar de som 1) dömts till rättspsykiatrisk vård, 2) är anhållna, häktade eller intagna på enhet för rättspsykiatrisk undersökning, 3) är intagna i eller ska intas i kriminalvårdsanstalt eller 4) är intagna i eller ska intas i särskilt ungdomshem efter dom om sluten ungdomsvård.

Ökad kapacitet i och belastning på kriminalvården kommer sannolikt att innebära att fler är intagna på anstalt, vilket troligen medför ett ökat behov av rättspsykiatrisk vård framåt, i och med att grupp 3) som vårdas enligt LRV ökar.

Den nationella planen innefattar inte en nationellt övergripande genomlysning av den rättspsykiatriska vården. Det kan vara motiverat att genomföra en sådan för att uppnå en mer ändamålsenlig koordinering mellan regioner, kommuner och nationella aktörer.

På grund av områdets annorlunda förutsättningar har föreslagna mått och insatser inte delats in i samma fokusområden som övriga delar av planen.

Målbild och mått

Övergripande målsättning: Att rättspsykiatri är dimensionerad för vårdbehovet hos de patienter som har behov av vård inom rättspsykiatri, samt på ett personcentrerat och resurseffektivt sätt möter patientens behov på rätt vårdnivå.

När målsättningen nås ses detta genom att:

- Patienter vårdas på rätt vård- och säkerhetsnivå och intas i den rättspsykiatriska vården snart efter dom om rättspsykiatrisk vård.
- Övergången till öppen rättspsykiatrisk, och vidare eventuell öppen allmänpsykiatrisk vård är ändamålsenlig och individanpassad.
- Vid utskrivning tillhandahåller kommuner skyndsamt ett lämpligt boende.
- Överbeläggningar förekommer enbart i undantagsfall.
- Patienter vårdas på vårdinrättning med en lämplig säkerhetsklass.
- Patienter ges möjlighet att vara delaktiga i sin egen vård.

Tabell 14: Mått för rättspsykiatrisk vård

Ej målsatta mått		
Mått	Beskrivning	Önskvärd riktning
<i>Överbeläggningar</i>	En inskriven patient som vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats.	▼
<i>Beläggningsgrad</i>	Genomsnittlig beläggningsgrad av disponibla vårdplatser	
<i>Sjukfrånvaro för valda personalgrupper</i>	Sjukfrånvaro över 14 dagar, dvs. andel med sjukpenning	▼
<i>Avgångar för valda personalgrupper</i>	Avgångar: andel medarbetare som lämnat sektorn	▼
<i>Patienter i slutet rättspsykiatrisk vård som bedömts utskrivningsklara av kliniken</i>	Patienter som inte längre bedöms behöva slutet rättspsykiatrisk vård, men är kvar på kliniken exempelvis i väntan på kommunalt boende	▼
<i>Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till vårdnära service</i>	Andel av total arbetstid för sjuksköterskor respektive undersköterskor/Skötare som ägnas åt uppgifter som hade kunnat utföras av servicemedarbetare	▼
<i>Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till läkemedelshantering</i>	Andel av total arbetstid för sjuksköterskor som helt eller delvis ägnas åt uppgifter som hade kunnat utföras av apotekare och/eller receptarier	▼

Utvecklingsmått	
Mått	Beskrivning
<i>Mått på erfarenhet bland anställd personal</i>	Mått på erfarenhet i form av exempelvis implementerade kompetensstegar/kompetensmodeller och andel personal som befinner sig på varje steg/nivå. Med en strategi för vilket behov av antal medarbetare per steg/nivå enheten behöver för den vård som bedrivs.
<i>Bemanning per vårdplats</i>	Antal disponibla vårdplatser per sjuksköterska respektive undersköterska/Skötare. Behöver ta hänsyn till bland annat typen av verksamhet, kringresurser, vilken vårdnivå och typ av vård som ges.
<i>Andel arbetstid ägnad åt administration</i>	Andel av sjuksköterskor respektive undersköterskors/Skötare arbetstid som ägnas åt administration. Administration i vården har idag ingen enhetlig definition.
<i>Patienter som vårdas i öppen rättspsykiatrisk vård</i>	Andel eller antal patienter som vårdas i öppen rättspsykiatrisk vård
<i>Mått som följer upp och utvärderar arbete med personcentrerad vård</i>	Idag finns inget enhetligt eller samlat mått på hur verksamheten arbetar med personcentrerad vård.

Insatser

Insatsförslag riktade till:

Regioner

- Bygg ut möjligheterna att ge rättspsykiatrisk öppen vård, och erbjud exempelvis dagvård vid slutenvårdsklinikerna och utökad uppsökande verksamhet i patienternas boende.
- Stärk samverkan mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri inför och efter utskrivning från rättspsykiatrisk vård.

Regioner och kommuner i samverkan

- Upprätta lokala samverkansavtal för utskrivning från rättspsykiatrisk vård, som tar hänsyn till rättspsykiatrins specifika förutsättningar vad gäller exempelvis kommunala insatser och särskilda utskrivningsprövningar. Dessa avtal kan inkludera att en tidplan för utskrivning etableras så snart en patient skrivs in i den rättspsykiatriska vården för att möjliggöra bland annat att lämpligt kommunalt boende finns tillgängligt vid utskrivning.
- Fortsätt samla kunskap om brister, skador och vårdsador inom rättspsykiatrisk vård, med särskilt fokus på läkemedel, genom att genomföra markörbaserade journalgranskningar.

Staten

- Utred behovet av ökad nationell koordinering mellan rättspsykiatriska enheter.
- Utred behovet av ökad nationell eller regional koordinering av kommunala boenden som är anpassade för behoven hos individer som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård.
- Utred behovet av nationella åtgärder för att dimensionera rättspsykiatri för ett ökat behov av rättspsykiatrisk vård på sikt.
- Utred behov av rättslig reglering om samverkansavtal mellan rättspsykiatri och kommuner, som tar hänsyn till rättspsykiatriens specifika förutsättningar, alternativt ser över behov av att se över lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård så att det kommunala ansvaret för rättspsykiatriska patienter inträder då patienten anses vara utskrivningsklar av den behandlande kliniken.
- Utred behovet av att utforma en ändamålsenlig organisering för rättspsykiatrisk vård av barn (15–18 år) för att undvika att dessa vårdas tillsammans med vuxna. Detta kan exempelvis innebära att koncentrera rättspsykiatrisk vård för barn till en eller ett fåtal specialiserade enheter.

Socialstyrelsen avser att:

- Ta fram kunskapsstöd för rättspsykiatrisk vård.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid utvecklingen av området.

- JO Dnr O 1–2021. (2022). Granskning av omständigheter som gör att det dröjer innan patienter som ges slutna rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kan ges öppen rättspsykiatrisk vård.
- Kriminalvården. (2023). Kriminalvårdens kapacitetsrapport 20242033
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020) Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.
- Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK. Årsrapport 2022. Göteborg: 2022.
- SFS 1991:1129. Lag om rättspsykiatrisk vård. Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (2023). Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Kartläggning och utvecklingsförslag
- Sveriges Kommuner och Regioner. Psykiatri i siffror - Kartläggning av rättspsykiatri 2022.

Bilaga 1: Termer och begrepp

Beläggingsgrad	Andelen disponibla vårdplatser som är belagda av patienter vid en viss tidpunkt. Genomsnittlig beläggingsgrad är andelen disponibla vårdplatser som är belagda av patienter över en tidsperiod (projektdefinition).
Disponibel vårdplats	Vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö (Socialstyrelsens termbank).
Fastställd vårdplats	Vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman. Begreppet fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i till exempel budget- och planeringsssammanhang (Socialstyrelsens termbank).
Heldygnsvård	Psykiatrisk sluten vård, inklusive sluten tvångsvård, exklusive rättspsykiatrisk vård (projektdefinition)
Intensivvård	Avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner. Vård på postoperativ avdelning som uppfyller kriterier för intensivvård klassificeras som intensivvård. Postoperativ vård som på grund av platsbrist, stängd postoperativ avdelning eller avsaknad av postoperativ avdelning sker på intensivvårdsavdelning klassificeras inte som intensivvård (anpassad från Svenskt intensivvårdsregister).
IVA	Intensivvårdsavdelning. I denna rapport avser vårdplatsbehovet på IVA det behov som krävs för att tillgodose behovet av intensivvård (projektdefinition).
Kort sikt	När Socialstyrelsen beskriver behov och riktvärde på kort sikt avses en tidshorisont på ett år (projektdefinition).
Medellång sikt	När Socialstyrelsen beskriver behov och riktvärde på medellång sikt avses en tidshorisont på ungefär fem år (projektdefinition).
Medelvårdtid	Genomsnittlig vårdtid i dagar för vårdtillfällen under en viss tidsperiod (projektdefinition).
Permission	Överenskommelse mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal om att patienten lämnar vårdenheten för viss tid under vårdtillfället (Socialstyrelsens termbank).
Psykiatrisk sluten vård	Inklusive sluten tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård (projektdefinition)

Utskrivningsklar	Att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården ¹⁹
Utlökaliserad patient	Inskrivnen patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten (Socialstyrelsens termbank).
Vårdbehov	Befolkningens behov av hälso- och sjukvård, öppen såväl som sluten (projektdefinition).
Vård dag	Dygn eller del av dygn under ett vårdtillfälle. Till begreppet vård dag räknas varje påbörjat dygn – hela permissionsdygn inkluderas inte (Socialstyrelsens termbank).
Vårdplats	Ligg- eller sittplats på vårdenhet som kan användas för vård och behandling (Socialstyrelsens termbank).
Vårdplatsbehov	Det antal vårdplatser som tillgodoser behovet av sluten vård med god tillgänglighet och patientsäkerhet. Endast en del av vårdbehoven medför vårdplatsbehov (projektdefinition).
Vårdplatskapacitet	Antal disponibla vårdplatser (projektdefinition).
Vårdtid i dagar	Tiden i dagar under vilken ett vårdtillfälle äger rum. Vårdtid i dagar beräknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. När in- och utskrivning sker samma dag räknas vårdtiden som noll dagar (Socialstyrelsens termbank).
Vårdtillfälle	En vårdkontakt i sluten vård. Ett vårdtillfälle ska avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde: klinik, basenhet, eller motsvarande (projektdefinition).
Överbeläggning	Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats (Socialstyrelsens termbank).

¹⁹ 1 kap. 3 § första stycket 5 lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Bilaga 2: Regionala riktvärden för beläggningsgrad och antalet disponibla vårdplatser

Regionala riktvärden för vårdplatser togs fram första gången 2023

Under 2023 tog Socialstyrelsen fram en modell för att beräkna regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser inom somatisk vård, inklusive somatisk intensivvård. Modellen togs fram inom ramen för regeringsuppdraget *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden²⁰ för antalet vårdplatser* (S2022/01373 (delvis)).

Riktvärdesmodellens utformning bygger på myndighetens slutsatser från att ha sammanställt vetenskaplig litteratur, internationella erfarenheter och regionernas nuläge avseende behov, planering och styrning av vårdplatser. Se rapporten *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser – Delredovisning av uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering* för referenser samt en fullständig kunskapsammanställning. Modellens framtagande skedde även i dialog med en till regeringsuppdraget kopplad expertgrupp, en referensgrupp med regionrepresentanter och myndighetens sakkunniga inom olika verksamhetsområden, samt kvalitetssäkrades med hjälp av uppgifter från verksamhetsföreträdare.

²⁰ Socialstyrelsen har tagit fram riktvärden och inte målvärden så som ursprungligen formulerat i regeringsuppdraget. För mer information om användningen av begreppet riktvärden, se avsnitt *Begreppet riktvärde* i Socialstyrelsens rapport *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser – Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering*, 2023.

Riktvärdena skattar behovet av vårdplatser

I detta avsnitt sammanfattas metoden för framtagande av Socialstyrelsens riktvärden för vårdplatser och beläggingsgrad. En fullständig beskrivning av metoden för beräkning av regionala riktvärden för beläggingsgrad och antalet disponibla vårdplatser, se Socialstyrelsens rapport *Riktvärden för beläggingsgrad och vårdplatser – Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering, 2023*.

Rapportens metodbilaga redovisar och kommenterar även faktorer som gör att vårdplatsbehovet riskerar att över- respektive underskattas genom framtagna modell och de data som används.

Syftet med riktvärdena för vårdplatser är att skatta behovet av disponibla vårdplatser i den slutna vården i varje region. Behovsskattningen ska bidra till såväl regeringens som regionernas underlag för att rikta insatser avsedda att skapa balans mellan behovet av och tillgången till vårdplatser i den somatiska slutna vården.

Riktvärdena skattar dels det omedelbara behovet av disponibla vårdplatser, dels ett behov som skulle kunna uppnås på medellång sikt (definierat som fem år) om regionernas arbete med att minska behovet av slutna vård genom att exempelvis korta vårdtider och ställa om till en god och nära vård, får faktisk effekt på behovet av slutna vård.

Kort om metoden för kort sikt

Utgångspunkten i skattningen av det omedelbara behovet, det vill säga riktvärdet på kort sikt, är behovet av att stärka patientsäkerhet och tillgänglighet i regionerna idag. Beräkningen tar avstamp i mängden slutenvårdsdagar som regionerna producerar idag (utifrån föregående års slutenvårdsproduktion), och lägger till ytterligare vårddagar som bedöms behövas för att stärka tillgänglighet och patientsäkerhet i regionen. Beräkningen skattar behovet av ytterligare vårddagar för att:

- säkerställa en beläggingsgrad om 85–95 procent beroende på hur stor del av vården som är akut respektive planerad, för att därigenom minska förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar,
- korta vistelsetiderna på akutmottagning för patienter som skrivs in i slutna vård, samt

- korta väntetider till elektiv vård som kräver slutna vårdplatser.

Inom intensivvården skattas även behovet av ytterligare vårdplatser för att

- undvika överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist, samt
- undvika återinläggningar på IVA inom 72 timmar.

Genom att utgå ifrån regionernas aktuella slutenvårdsproduktion tas hänsyn till de skillnader i organisation och arbetssätt som gör att behovet av vårdplatser i relation till invånarantalet varierar mellan regioner. Om en region bedriver vård i patientens hem i relativt stor utsträckning (vilket tekniskt sett nästan uteslutande definieras som öppen vård) gör det regionens riktvärde lägre. Därigenom tar riktvärdena hänsyn till vårdplatser i hemmet, utan att direkt belysa deras omfattning.

För intensivvården tar beräkningen också hänsyn till Svensk förening för anesthesi och intensivvårds (SFAI:s) rekommendation om att en IVA bör dimensioneras för att kunna vårda minst fyra samtidiga intensivvårdspatienter för att vara organisatoriskt effektiv.

Kort om metoden för medellång sikt

Beräkningen av hur vårdplatsbehovet skulle kunna minska i regionerna genom förändrade arbetssätt, det vill säga riktvärdet på medellång sikt, tar avstamp i den region som bedöms ha kommit längst i att minska behovet av slutna vårdplatser per invånare. För riktvärdet som beräknats 2024 utgör Region Östergötland utgångspunkt för beräkningarna.

För intensivvården görs ingen sådan skattning eftersom möjligheterna för regionerna att själva påverka behovet av intensivvård bedöms vara betydligt mer begränsat. Riktvärdet på medellång sikt för intensivvården är därmed detsamma som på kort sikt, med hänsyn tagen till prognostiserad förändring i befolkningens mängd.

Kort om metoden för genomsnittlig belägningsgrad

Socialstyrelsen har i huvudsak utgått ifrån vetenskaplig litteratur och dialog med sakkunniga i framtagandet av riktvärden för genomsnittlig belägningsgrad. Vilken belägningsgrad som är önskvärd i en verksamhet beror på en rad olika saker. I grunden handlar det om hur många disponibla vårdplatser som i genomsnitt behöver vara lediga för att en inkommande patient ska kunna få en vårdplats vid behov. Detta beror till stor del på hur mycket patientinflödet varierar, men också på hur många vårdplatser verksamheten har. I en liten verksamhet utgör varje vårdplats en större andel av det totala antalet, vilket betyder att belägningsgraden behöver vara lägre för att säkerställa en eller flera lediga platser vid behov. Vidare är det

viktigare att alltid säkerställa ledig vårdplatskapacitet i en verksamhet som saknar förutsättningar att vidarehänvisa patienter på ett patientsäkert sätt när vårdplats saknas. Detta påverkas i sin tur av bland annat geografiska förutsättningar och grad av specialisering.

Det saknas konsensus i den vetenskapliga litteraturen kring vilken beläggningsgrad som är optimal, men tydliga samband visas mellan hög beläggningsgrad och tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker. Riskerna beskrivs ofta för en beläggningsgrad över 80–90 procent.

Inom intensivvård har riktvärdena tagits fram i dialog med sakkunniga och utifrån en analys av historisk beläggningsgrad per dag på avdelningsnivå. Inom intensivvården differentieras riktvärdet för genomsnittlig beläggningsgrad utifrån enhetsstorlek, eftersom ett flertal intensivvårdsavdelningar är mycket små.

Riktvärdena pekar på ett behov av ytterligare ca 2 230 disponibla vårdplatser och 50 IVA-platser

Riktvärden för antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård exklusive IVA

Sedan föregående års beräkningar har det skett mindre förändringar i såväl det skattade behovet av vårdplatser, som antalet disponibla vårdplatser.

Det omedelbara vårdplatsbehovet skattas vara något lägre än föregående år inom somatisk vård exklusive intensivvård. Riktvärdet på kort sikt är 17 486 vårdplatser, vilket är 145 vårdplatser färre än riktvärdet 2022. Att behovet skattas vara något lägre speglar sannolikt ett resultat av regionernas omställningsarbete. Av regionerna bedöms 14 ha ett lägre vårdplatsbehov nu än vid beräkningarna som gjordes utifrån 2022 års data, där minskningen motsvarar 1–9 procent av det skattade behovet 2022.

Även vårdplatskapaciteten ser ut att ha minskat något sedan föregående års uppgifter. Totalt sett rapporterar regionerna 78 färre vårdplatser 2023 än 2022, men 46 av dessa är i Region Stockholm där uppgiften om antalet vårdplatser 2022 var osäker då regionen inte rapporterat någon uppgift till Socialstyrelsen (se 2023 års rapport *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser* för fullständig beskrivning). Av regionerna rapporterar tolv att antalet disponibla vårdplatser minskat, med mellan en och nio procent. En ökning ses för sju regioner, med mellan en och sjutton procent, medan antalet är oförändrat i två regioner.

Tabell 15: Förändring 2022–2023 avseende antal disponibla vårdplatser, vårdplatsbehov och skattad skillnad mellan behov och vårdplatsantal

Region	Förändring i antal disponibla vårdplatser ²¹ 2022–2023	Förändring i skattat behov av disponibla vårdplatser (riktvärde kort sikt) 2022–2023	Förändring i den procentuella skillnaden mellan riktvärde och nuläge 2022–2023
Blekinge	-3 procent	-1 procent	2 procentenheter
Dalarna	-2 procent	-4 procent	-1 procentenheter
Gotland	2 procent	-8 procent	-10 procentenheter
Gävleborg	0 procent	3 procent	3 procentenheter
Halland	-2 procent	-3 procent	0 procentenheter
Jämtland Härjedalen	2 procent	3 procent	1 procentenhet
Jönköping	1 procent	-1 procent	-2 procentenheter
Kalmar	-1 procent	-2 procent	-1 procentenhet
Kronoberg	-5 procent	0 procent	6 procentenheter
Norrbottnen	0 procent	1 procent	2 procentenheter
Skåne	-4 procent	-2 procent	3 procentenheter
Stockholm	-1 procent	1 procent	2 procentenheter
Sörmland	-9 procent	-9 procent	0 procentenheter
Uppsala	12 procent	4 procent	-9 procentenheter
Värmland	-2 procent	-2 procent	-1 procentenhet
Västerbotten	-5 procent	-2 procent	3 procentenheter
Västernorrland	2 procent	9 procent	8 procentenheter
Västmanland	-2 procent	-3 procent	-2 procentenheter
Västra Götaland	-2 procent	-1 procent	1 procentenhet
Örebro	10 procent	-6 procent	-17 procentenheter
Östergötland	17 procent	-1 procent	-19 procentenheter
Riket	-1 procent	-1 procent	0 procentenheter

Sammantaget pekar Socialstyrelsens riktvärden på att det idag saknas 2 228 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården idag. Detta utgör 15 procent av nuvarande antal disponibla vårdplatser, vilket är i linje med den

²¹ Liksom riktvärdet avser antalet fastställda vårdplatser 2023 somatisk vård exklusive intensivvård.

bedömning som gjordes föregående år. Alla regioner utom tre bedöms ha en vårdplatsbrist idag, och ytterligare två bedöms ha en vårdplatsbrist om mindre än fem procent, vilket är en positiv utveckling sedan riktvärdet 2022. I de regioner som bedöms ha en mer omfattande vårdplatsbrist uppgår den till mellan 6 och 28 procent.

Tabell 16: Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort sikt

Region	Antal disponibla vårdplatser 2023 ²²	Riktvärde för behov av antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Procentuell skillnad mellan riktvärde och nuläge
Blekinge	262	304	16 procent
Dalarna	393	438	12 procent
Gotland	137	130	-6 procent
Gävleborg	435	464	7 procent
Halland	441	467	6 procent
Jämtland Härjedalen	206	215	4 procent
Jönköping	545	551	1 procent
Kalmar	418	376	-10 procent
Kronoberg	275	314	14 procent
Norrbottnen	347	427	23 procent
Skåne	1 896	2 349	24 procent
Stockholm	3 864	4 175	8 procent
Sörmland	414	489	18 procent
Uppsala	655	764	17 procent
Värmland	416	500	20 procent
Västerbotten	445	570	28 procent
Västernorrland	352	447	27 procent
Västmanland	414	461	11 procent
Västra Götaland	2 222	2 854	28 procent
Örebro	486	488	0 procent
Östergötland	635	702	11 procent
Riket	15 238	17 486	15 procent

²² Liksom riktvärdet avser antalet fastställda vårdplatser 2023 somatisk vård exklusive intensivvård.

En jämförelse mot regionernas fastställda, det vill säga planerade och budgeterade, vårdplatser visar att regionerna själva gör liknande bedömningar av sitt vårdplatsbehov. De regionala riktvärdena för antalet disponibla vårdplatser ligger strax under regionernas egna antal fastställda vårdplatser i tolv av de fjorton regioner som rapporterat antal fastställda vårdplatser till Socialstyrelsen.²³ För fem av dessa ligger Socialstyrelsens riktvärde mellan strax över noll och fem procent lägre än antalet fastställda vårdplatser. För tre av regionerna utgör skillnaden mellan riktvärdet och antalet fastställda vårdplatser mer än tio procent av antalet fastställda platser (14, 18 respektive 28 procent) och i alla dessa fall ligger riktvärdet mellan regionernas nuvarande antal disponibla vårdplatser och antalet fastställda vårdplatser. För två av regionerna är antalet fastställda vårdplatser lägre än riktvärdet (11 respektive 16 procent).

Sammanfattningsvis visar jämförelsen att regioner ofta har budgeterat för ett antal vårdplatser som motsvarar, eller till och med överstiger, riktvärdet.

Tabell 17: Regionala riktvärden för antalet disponibla vårdplatser på kort sikt jämfört med regionens fastställda vårdplatser

Region	Antal fastställda vårdplatser 2023 ²⁴	Riktvärde för behov av antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Skillnad mellan riktvärdet och fastställda vårdplatser, uttryckt i procent av antalet fastställda vårdplatser
Blekinge	261	304	-16 procent
Dalarna	482	438	9 procent
Gotland	137	130	6 procent
Halland	469	467	0 procent
Kalmar	457	376	18 procent
Kronoberg	335	314	6 procent
Norrbottnen	592	427	28 procent
Skåne	2 479	2 349	5 procent
Sörmland	570	489	14 procent
Uppsala	791	764	3 procent
Värmland	505	500	1 procent
Västernorrland	403	447	-11 procent

²³ De regioner som inte rapporterat denna uppgift hänvisar till att de inte antingen inte arbetar med fastställda vårdplatser, eller att uppgiften inte finns tillgänglig centralt i regionen.

²⁴ Liksom riktvärdet avser antalet fastställda vårdplatser 2023 somatisk vård exklusive intensivvård.

Västmanland	491	461	6 procent
Västra Götaland	2 976	2 854	4 procent

På medellång sikt bedöms förändrade arbetssätt kunna medföra en minskning av vårdplatsbehovet i landet, antaget oförändrade vårdbehov per invånare. Riktvärdet på medellång sikt är 14 676, det vill säga ca 2 800 vårdplatser lägre än det skattade omedelbara behovet. På regional nivå pekar riktvärdet på att 19 regioner skulle kunna minska sitt behov på medellång sikt genom att förändra sina arbetssätt, med mellan 6 och 27 procent. Faktiska minskningar i antalet disponibla vårdplatser bör endast realiseras under förutsättning att vårdplatskapaciteten tillgodoser vårdplatsbehovet.

Jämfört med föregående års riktvärdesberäkning visar årets beräkning på ett i stort sett oförändrat behov på medellång sikt (riktvärdet ligger 66 vårdplatser lägre). Detta förklaras i huvudsak av att båda beräkningar utgår ifrån Region Östergötlands skattade vårdplatsbehov och att detta förändrats i liten utsträckning under det senaste året.

Tabell 18: Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser på kort och medellång sikt

Region	Antal disponibla vårdplatser 2023 ²⁵	Riktvärde för behov av antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Riktvärde för behov av antal disponibla vårdplatser på medellång sikt
Blekinge	262	304	230
Dalarna	393	438	414
Gotland	137	130	94
Gävleborg	435	464	418
Halland	441	467	480
Jämtland Härjedalen	206	215	174
Jönköping	545	551	499
Kalmar	418	376	354
Kronoberg	275	314	269
Norrbottn	347	427	352
Skåne	1 896	2 349	1 998
Stockholm	3 864	4 175	3 110

²⁵ Liksom riktvärdet avser antalet fastställda vårdplatser 2023 somatisk vård exklusive intensivvård.

Sörmland	414	489	424
Uppsala	655	764	666
Värmland	416	500	412
Västerbotten	445	570	434
Västernorrland	352	447	346
Västmanland	414	461	385
Västra Götaland	2 222	2 854	2 447
Örebro	486	488	456
Östergötland	635	702	714
Riket	15 238	17 486	14 676

Riktvärden för antal disponibla vårdplatser för somatisk intensivvård

Inom intensivvården gör Socialstyrelsen bedömningen att det saknas omkring 50 vårdplatser, vilket är i linje med föregående års bedömning. De uppdaterade riktvärdena pekar på ett behov av totalt 526 intensivvårdsplatser, att jämföra mot de 472 platser som regionerna rapporterar att de haft i genomsnitt över året 2023. Det innebär att riktvärdena pekar på ett behov av att öka det samlade antalet intensivvårdsplatser med 11 procent.

Behovet av att utöka antalet intensivvårdsplatser ses för 15 regioner, där det varierar mellan 2 och 44 procent av befintligt antal. I 6 regioner pekar riktvärdet på ett utrymme att minska antalet intensivvårdsplatser, vilket beror på att aktuella avdelningar rapporterat en genomsnittlig belägningsgrad som ligger lägre än föreslagna riktvärden för belägningsgrad.

Inom intensivvården ligger riktvärdet på medellång sikt 12 platser högre än riktvärdet på kort sikt, vilket följer av att landets befolkning prognostiseras öka under kommande fem år. För 18 regioner innebär befolkningstillväxten ett ökande behov av intensivvårdsplatser, medan 3 har en negativ befolkningstillväxt och därmed ett lägre behov av intensivvårdsplatser på fem års sikt. På några års sikt kommer behovet av intensivvårdsplatser sannolikt att förändras genom att det arbete som pågår i regionerna idag kring att utveckla och utöka intermediärvården som avlastar intensivvården.

Tabell 19: Regionala riktvärden för antal disponibla vårdplatser för intensivvård²⁶

Region	Antal disponibla vårdplatser 2023 ²⁷	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på kort sikt	Riktvärde för antal disponibla vårdplatser på medellång sikt
Blekinge	8,4	9,4	9,3
Dalarna	12,3	11,6	11,7
Gotland	5,0	4,0	4,1
Gävleborg	13,3	14,2	14,2
Halland	13,0	10,8	11,2
Jämtland Härjedalen	6,8	7,2	7,2
Jönköping	15,4	17,8	18,1
Kalmar	11,7	10,2	10,2
Kronoberg	6,5	8,7	8,9
Norrbotten	13,5	19,4	19,0
Skåne	53,3	54,6	56,4
Stockholm	85,5	95,6	99,9
Sörmland	13,5	12,3	12,6
Uppsala	27,4	37,1	38,8
Värmland	14,5	15,6	15,5
Västerbotten	23,5	25,4	25,5
Västernorrland	12,8	14,5	14,3
Västmanland	7,8	8,1	8,3
Västra Götaland	81,1	96,8	99,1
Örebro	19,7	19,6	20,0
Östergötland	27,2	32,7	33,6
Riket	472,0	525,7	538,0

²⁶ Observera att såväl antal disponibla vårdplatser, eller beläggningsbara IVA-platser som de generellt benämns, som riktvärdet för antal disponibla vårdplatser anges som ett genomsnitt över året.

²⁷ Avser det viktade genomsnittliga antalet beläggningsbara IVA-platser vid punktmätningar under vecka 12, vecka 29 och vecka 42 2023. Viktningen har gjorts för att på ett representativt sätt spegla vardag respektive helg, dag respektive natt och sommarsäsong respektive vår-/höst. För 16 avdelningar, används det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser vid punktmätningen under vecka 12 eftersom det saknas data för övriga mättillfällen. För 15 avdelningar används det viktade genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser vid punktmätningen under vecka 12 och vecka 29 eftersom det saknas data för mättillfället under vecka 42. För intensivvårdsavdelningar Helsingborg, Linköping TIVA, Uppsala BIVA, Uppsala BRIVA, Värnamo och Uppsala TIVA används ett viktat genomsnitt utifrån data som rapporterats för 2022, då dessa avdelningar inte rapporterat sina vårdplatser för 2023.

Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad

Socialstyrelsens riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad är 85 procent för akut vård och 95 procent för planerad vård; nivåer som är oförändrade sedan riktvärdena publicerades för första gången 2023. Regionernas sammanvägda riktvärden, som tar hänsyn till fördelningen mellan planerad och oplanerad slutenvårdsproduktion i regionen, varierar mellan 86 och 89 procent.

Tabell 20: Regionala sammanvägda riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad inom somatisk vård, exklusive intensivvård

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

Inom intensivvård tar riktvärdena för genomsnittlig beläggningsgrad hänsyn till enheters storlek sett till antalet vårdplatser. Riktvärdena redovisas i tabellen nedan.

Tabell 21: Riktvärden för genomsnittlig beläggningsgrad inom intensivvård

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

Regionerna behöver bryta ner riktvärdena och följa upp

Mer detaljerad planering avseende hur antalet vårdplatser fördelas mellan verksamheter och avdelningar bör ske i regionerna. Att tillämpa riktvärdena innefattar också att bryta ner dem över årets säsonger utifrån hur behoven varierar, eftersom riktvärdena utgör ett genomsnittligt antal över året.

Det mest centrala i att planera och följa upp vårdplatskapaciteten i regionerna är att säkerställa att den motsvarar behovet. Riktvärdena avser att underlätta den strategiska planeringen i regioner och uppföljningen på nationell nivå genom att skatta hur behovet ser ut utifrån hur vården bedrivs idag (kort sikt) respektive skulle kunna bedrivas (medellång sikt). Det åligger dock regionerna att löpande följa hur deras vårdplatskapacitet motsvarar behoven och anpassa den därefter, genom att följa upp faktorer så som förekomsten av utlokaliseringar, överbeläggningar, långa väntetider på akutmottagning till vårdplats samt väntetider till elektiv vård som kräver sluten vård.

Bilaga 3: Nuläge för regionerna på målsatta mått

Denna bilaga innehåller regionernas utfall på utvalda mått.

Tabell 22: Regionernas utfall för långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor

Region	Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor i somatisk specialistvård (2023)	Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor i psykiatrisk specialistvård (2023)
Blekinge	3,6%	1,6%
Dalarna	4,1%	9,3%
Gotland	-	-
Gävleborg	4,5%	4,5%
Halland	3,7%	5,6%
Jämtland	3,1%	4,7%
Jönköping	3,4%	7,9%
Kalmar	2,5%	5,4%
Kronoberg	3,2%	4,1%
Norrbotten	4,3%	7,8%
Skåne	3,3%	4,9%
Stockholm	3,6%	5,9%
Södermanland	4,8%	8,3%
Uppsala	3,7%	6,3%
Värmland	4,3%	5,9%
Västerbotten	3,1%	6,0%
Västernorrland	4,8%	3,4%
Västmanland	3,7%	6,5%
Västra Götaland	4,9%	8,3%
Örebro	3,0%	7,5%
Östergötland	4,7%	7,1%

Tabell 23: Regionernas utfall för avgångar för sjuksköterskor

Region	Avgångar från sektorn för sjuksköterskor (2022 till 2023)
Blekinge	10,0%
Dalarna	8,0%
Gotland	10,5%
Gävleborg	9,0%
Halland	8,3%
Jämtland	9,5%
Jönköping	6,9%
Kalmar	6,5%
Kronoberg	8,6%
Norrbottn	8,8%
Skåne	11,1%
Stockholm	12,4%
Södermanland	9,6%
Uppsala	9,2%
Värmland	7,9%
Västerbotten	7,6%
Västernorrland	9,9%
Västmanland	11,0%
Västra Götaland	8,2%
Örebro	8,1%
Östergötland	10,6%

Tabell 24: Regionernas utfall för återinskrivningar

Region	Återinskrivningar inom 30 dagar för patienter över 65 år (2022)	Återinskrivning inom 30 dagar för patienter 20-64 år (2022)
Blekinge	14,7%	9,1%
Dalarna	14,6%	9,8%
Gotland	16,0%	11,9%
Gävleborg	16,2%	10,4%
Halland	16,3%	10,4%
Jämtland	10,8%	7,6%
Jönköping	16,7%	11,7%
Kalmar	12,8%	8,7%
Kronoberg	15,6%	10,0%
Norrbottnen	16,8%	10,9%
Skåne	14,6%	9,6%
Stockholm	12,3%	8,6%
Södermanland	16,9%	10,5%
Uppsala	12,7%	9,2%
Värmland	16,3%	10,8%
Västerbotten	15,5%	10,7%
Västernorrland	18,1%	12,1%
Västmanland	15,9%	10,1%
Västra Götaland	14,0%	8,7%
Örebro	12,3%	8,1%
Östergötland	14,9%	9,0%

Tabell 25: Regionernas utfall för utskrivningsklara patienter

Region	Utskrivningsklara patienter (andel disponibla vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter) (2023)
Blekinge	6,8%
Dalarna	3,5%
Gotland	6,5%
Gävleborg	3,1%
Halland	8,9%
Jämtland	3,3%
Jönköping	3,8%
Kalmar	1,7%
Kronoberg	4,5%
Norrbottnen	7,5%
Skåne	6,1%
Stockholm	5,1% (antas ligga på rikets viktade snitt)
Södermanland	4,6%
Uppsala	4,7%
Värmland	5,3%
Västerbotten	5,3%
Västernorrland	5,9%
Västmanland	5,8%
Västra Götaland	4,0%
Örebro	6,1%
Östergötland	6,1%

Tabell 26: Regionernas utfall för påverkbar slutenvård

Region	Påverkbar slutenvård för patienter över 65 år, per 100 000 invånare över 65 år (2023)	Påverkbar slutenvård för kroniska tillstånd, patienter över 65 år, per 100 000 invånare över 65 år (2022)	Påverkbar slutenvård för kroniska tillstånd, patienter 20-64 år, per 100 000 invånare 20-64 år (2022)
Blekinge	5 045	1 623	146
Dalarna	4 803	1 850	140
Gotland	5 734	2 373	177
Gävleborg	4 962	1 862	141
Halland	4 969	1 823	122
Jämtland	4 608	1 460	132
Jönköping	5 433	1 877	136
Kalmar	6 041	1 925	173
Kronoberg	4 911	1 995	116
Norrbottnen	4 402	1 826	120
Skåne	4 680	1 960	115
Stockholm	5 821	2 651	113
Södermanland	4 657	1 809	119
Uppsala	4 203	1 526	113
Värmland	5 009	1 947	121
Västerbotten	4 377	1 834	101
Västernorrland	4 984	1 725	157
Västmanland	5 743	2 736	190
Västra Götaland	4 290	1 629	100
Örebro	4 095	1 496	101
Östergötland	4 460	1 706	112

Tabell 27: Regionernas utfall för fallskador och vårdskador

Region	Fallskador patienter över 65 år, per 100 000 invånare över 65 år (2022)	Vårdskador (2017–2022)
Blekinge	2,7%	9,4%
Dalarna	3,3%	3,2%
Gotland	3,7%	9,6%
Gävleborg	2,3%	4,7%
Halland	3,2%	2,9%
Jämtland	3,2%	4,8%
Jönköping	2,8%	5,6%
Kalmar	3,2%	4,2%
Kronoberg	3,2%	5,3%
Norrbottnen	3,3%	4,8%
Skåne	3,0%	5,1%
Stockholm	5,3%	8,4%
Södermanland	3,3%	5,1%
Uppsala	2,8%	12,3%
Värmland	3,9%	10,3%
Västerbotten	4,0%	5,6%
Västernorrland	3,1%	9,4%
Västmanland	3,7%	8,7%
Västra Götaland	2,8%	9,3%
Örebro	2,8%	6,1%
Östergötland	2,7%	8,6%

Bilaga 4: Antaganden och överlapp i potentialskattningar

Denna bilaga beskriver vilka antaganden som gjorts för de mått som potentialskattas

Potentialskattningarna syftar till att visa en möjlig potential att minska vårdplatsbristen via insatser som påverkar vissa utvalda mått. Dessa utgår från en uppsättning antaganden. För de målsatta måtten utgår potentialskattningarna från målsättningar som i regel baseras på den region som har det fjärde bästa resultatet. I de fall där det är relevant har konservativa antaganden gjorts för att undvika att överskatta potentialen.

Tabell 28: Antaganden för mått som potentialskattas

Mått	Beräknas baserat på	Viktiga antaganden
Långtidssjukfrånvaro (sjuksköterskor)	Långtidssjukfrånvaro (sjukpenning) för sjuksköterskor. SKR: Personalstatistik, år 2023	Potentialskattning utgår från att tjänster tillgängliggörs i somatisk specialistvård generellt.
Avgångar från sektorn (sjuksköterskor)	Avgångar från sektorn för sjuksköterskor. SKR: Personalstatistik, mellan år 2022 och 2023; Personalen i välfärden	Andelen avgångar bland regionanställda sjuksköterskor generellt är samma som för somatisk specialistvård. 20 procent av avgångarna utgörs av medarbetare över 60 år, dessa exkluderas ur potentialskattningen.
Vårdplatser per sjuksköterska	Enkätdata, år 2024: Se Bilaga 7	Utgår ifrån att enkätsvaren är representativa samt att det finns skillnad i bemanningstal som kan påverkas utan ökade patientsäkerhetsrisker eller ökad arbetsbelastning
Återinskrivningar	Vårdtillfällen med återinskrivningar för patienter 65 år och äldre, samt patienter 20–64. Patientregistret, år 2022	-
Utskrivningsklara patienter	SKR: Väntetidsstatistik, år 2023	Regioner som saknar statistik ²⁸ för utskrivningsklara patienter som vårdas på sjukhus har ett utfall i nivå med övriga regioners viktade genomsnitt.

²⁸ Detta gäller Region Stockholm

Påverkbar slutenvård för patienter över 65 år	Vårdtillfällen för ett urval av kroniska och akuta diagnoser för patienter över 65 år.	Vårdtider för patienter som vårdas för påverkbar slutenvård är på samma nivå som genomsnittet för åldersgruppen generellt.
	Patientregistret, år 2023	
Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar	Vårdtillfällen för ett urval av kroniska diagnoser för patienter 65 år och äldre, samt patienter 20–64.	Vårdtider för patienter som vårdas för påverkbar slutenvård är på samma nivå som genomsnittet för åldersgruppen generellt.
	Patientregistret, år 2022	
Fallskador	Patientregistret, år 2022	
Vårdskador	Andelen vårdtillfällen med vårdskada från 2017 till 2022.	Den genomsnittliga ökningen av vårdtid för vårdtillfällen med vårdskada är 6,5 vårddygn.
	Vården i siffror: Vårdtillfälle med vårdskada (Markörbaserad journalgranskning)	

Förutom att måtten inte är heltäckande för planens insatser finns ytterligare komplexitet i att olika insatser påverkar flera olika mått, samt att den potential som skattas överlappar mellan mått. Detta gäller huvudsakligen måtten som rör behov och ingår i fokusområde 4: Ställ om till en god och nära vård samt fokusområde 5: Agera för säker vård, där en minskning av behov kopplat till ett av måtten kommer beröra samma patienter som för andra mått. Denna komplexitet uppskattas enligt Tabell 29 och tas med i beräkningen av den totala potentialskattningen.

Tabell 29: Beskrivning av överlapp mellan behovsmått som potentialskattas

Återinskrivningar (65+)	Utskrivningsklara patienter	Påverkbar slutenvård	Fallskador	Vårdskador
<p>Återinskrivningar (65+)</p>	<p>(A) Patienter som skrivs in igen kort in på tidigare vårdtillfälle har troligen etablerat stöd i boende/hem. Utskrivningsklara patienter tar i genomsnitt upp 5,1% av disponibla vårdplatser. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till under 10 % av alla återinskrivningar.</p>	<p>B. Utifrån analys av data från patientregistret kan ses att cirka 8–9 procent av återinskrivningar beror på de kroniska diagnoser som täcks av måttet påverkbar slutenvård. Därtill ingår även ett antal akuta diagnoser. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till cirka 10–20% av alla återinskrivningar.</p>	<p>C. Det finns ingen anledning att anta ett större samband mellan dessa mått jämfört med den genomsnittliga nivån för berörd åldersgrupp. Återinskrivningar förekommer i i genomsnitt 14,4 % av alla vårdtillfällen för åldersgruppen. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till cirka 15 % av alla fallskador.</p>	<p>D. I markör-baserad journal-granskningar identifierades att 13 % av de som återinskrivits hade en vårdskada. Denna andel är troligen högre för äldre patienter. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till 10–20 % av alla återinskrivningar.</p>
<p>Utskrivningsklara patienter</p>	<p>Se (A)</p>	<p>E. Det finns ingen anledning att anta ett större samband mellan dessa mått jämfört med den genomsnittliga nivån för berörd åldersgrupp. Utskrivnings-klara patienter tar i genomsnitt upp 5,1% av disponibla vårdplatser. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till under 10 %.</p>	<p>F. Fallskador kan leda till ett ökat behov av rehabilitering och kommunala insatser, vilket innebär en större risk för att patienten upptar en disponibel vårdplats under fler dagar. Utskrivningsklara patienter tar i genomsnitt upp 5,1% av disponibla vårdplatser men i denna grupp antas andelen vara större. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till 10–20 %.</p>	<p>G. Vårdskador förekommer vid cirka 6,8 % av alla vårdtillfällen. För äldre patienter är denna andel högre. Fler vård dygn kan öka risken för vissa vårdskador. Samtidigt kan fler vård dygn innebära mer tid för att eventuella kommunala insatser ska kunna sättas in. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till under 10 %.</p>

	Återinskrivningar (65+)	Utskrivningsklara patienter	Påverkbar slutenvård	Fallskador	Vårdskador
Påverkbar slutenvård	Se (B)	Se (E)		H. Då dessa mått per definition innefattar olika huvuddiagnoser uppskattas inget överlapp mellan grupperna.	I. Vårdskador förekommer vid cirka 6,8 % av alla vårdtillfällen. För äldre patienter är denna andel något högre. Det är möjligt att patienter med de kroniska diagnoser som är kopplade till påverkbar slutenvård generellt är skörare och har en ökad risk för vårdskador. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till under 10 %.
Fallskador	Se (C)	Se (F)	Se (H)		J. Av alla skador är 8 % fallskador, cirka 60 % av dessa är vårdskador. Vårdskador kan även uppstå under vårdtillfället då en fallskada behandlas, med en genomsnittlig nivå på 6,8 %. Överlappet mellan dessa mått uppskattas därför till 10–20 % av alla fallskador.
Vårdskador	Se (D)	Se (G)	Se (I)	Se (J)	

Bilaga 5: Uppdraget och parallella tillgänglighetsuppdrag

I denna bilaga beskrivs uppdraget att ta fram ett förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens arbete med vårdplatser och tillgänglighet i övrigt, samt andra relevanta uppdrag som berör området.

Uppdraget

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

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

Socialstyrelsens arbete med vårdplatser och tillgänglighet

Tillgången på vårdplatser är en central fråga i flera av Socialstyrelsens arbeten, bland annat inom tillgänglighet, produktions- och kapacitetsstyrning, patientsäkerhet och krisberedskap. Myndigheten har ett pågående arbete med nationell datainsamling avseende vårdplatser, samt att betala ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser. Andra uppdrag gäller bland annat uppdrag att följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, produktions- och kapacitetsstyrning och nationell vårdförmedling.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår även att följa upp vissa överenskommelser mellan staten och SKR som rör hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Dessa inkluderar bland annat överenskommelserna God och nära vård, Jämlik och

effektiv cancervård med kortare väntetider och Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Socialstyrelsen har även uppdrag som rör kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. I dessa ingår exempelvis Nationella vårdkompetensrådets uppdrag att ta fram ett förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och det nationella planeringsstödet.

I förslaget till en nationell plan för att minska vårdplatsbristen tas dessa andra uppdrag i beaktning, och flera insatser kopplar direkt till andra pågående arbeten inom myndigheten.

Relaterade uppdrag på tillgänglighetsområdet

Tabell 30: Relaterade uppdrag på tillgänglighetsområdet

Uppdrag	Gemensamma beröringspunkter	Diarenummer RK	Kommande redovisningsdatum
Uppdrag att betala ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser	Vårdplatser	S2022/01057 [Februari 2022]	31 maj 2024, 31 maj 2025
Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser	Vårdplatser, väntetider inom vårdgarantin, vårdsöksystem, produktions- och kapacitetsplanering	S2022/01373 [Mars 2022]	31 mars 2025 Övergår till uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå S202401058(delvis)
Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet	Vårdplatser, väntetider inom vårdgarantin, (produktions- och kapacitetsplanering)	S2022/01664 [Mars 2022]	30 augusti 2024, 31 maj 2025 Övergår till uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå S202401058(delvis)

Uppdrag	Gemensamma beröringspunkter	Diarenummer RK	Kommande redovisningsdatum
Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården	Vårdplatser, väntetider, produktions- och kapacitetsstyrning	S2023/00679 [Februari 2023]	31 maj 2024
Uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser	Vårdplatser	S2024/00483 [Februari 2023]	31 mars 2025
Uppdrag att ta fram en nationell plan för nationell vårdförmedling	Vårdsökssystem, kapacitet vårdplatser, väntetider	S2023/02117 [Juni 2023]	31 mars 2025
Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider	Väntetider, kapacitet vårdsökssystem, vårdgaranti,	S2023/02119 [Juni 2023]	31 mars 2025, 31 mars 2026

Bilaga 6: Framtagandet av den nationella planen

I denna bilaga beskrivs hur förslaget på den nationella planen för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården har tagits fram.

Arbetet med att ta fram förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser bygger vidare på det arbete som delredovisats i uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser. Det sistnämnda uppdraget innefattade framtagande av en kunskapssammanställning utifrån litteratur på området, en internationell utblick, intervjuer och dialogmöten med sakkunniga och berörda aktörer, samt en nulägesanalys avseende vårdplatssituationen i Sverige idag utifrån intervjuer med regionrepresentanter och analys av publika data. Resultatet av det arbetet har presenterats i delredovisningen *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser*.

Inom ramen för arbetet med att ta fram förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser har ytterligare analyser genomförts baserat på data från publika källor avseende bland annat sysselsättningsgrad, sjuk-skrivningar, och sjukhusinläggningar. I arbetet med delredovisningen *På väg mot en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser* genomfördes intervjuer med representanter från 26 olika verksamheter i 11 olika regioner intervjuats för att inhämta synpunkter och erfarenheter med specifikt fokus på behov, utmaningar och utvecklingsarbeten kopplat till rådande vårdplatsbrist. Informations- och dialogmöten hölls med en referensgrupp med regionrepresentanter, representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket vid Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt sakkunniga inom psykiatrisk vård vid SKR för att inhämta synpunkter och erfarenheter med specifikt fokus på behov, utmaningar och utvecklingsarbeten kopplat till rådande vårdplatsbrist.

I senare faser av arbetet har ett omfattande arbete genomförts för att vidareutveckla och förankra innehållet och utformningen i den nationella planen. I syfte att få specifik återkoppling togs ett preliminärt underlag fram. Detta inkluderade insatser, utformning, målsättningar och mått och skickades ut inför mötena, presenterades och diskuterades. Insatserna har tagits fram och utvecklats utifrån dialog med verksamheter i regional och kommunal hälso- och sjukvård, patient- och närståendeföreningar, professionen med flera. Utifrån återkoppling som inkom reviderades planen. Insatser och mått tillkom eller togs bort, skrivelser omformulerades och förtydligades. Uppföljande möten hölls sedan för att inhämta vidare återkoppling utifrån ändringar av planen. Även skriftlig återkoppling har emottagits från flera aktörer.

Dessa dialog- och förankringsmöten har genomförts löpande med representanter från bland annat regional och kommunal hälso- och sjukvård, på såväl operativ som högre ledningsnivå, patient- och närståendeorganisationer, professionsorganisationer och andra experter på respektive sakområde. Dessa inkluderar:

- Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket
- Sveriges Kommuner och Regioner
- Referensgrupp för vårdplatser med regionrepresentanter
- Referensgrupp för kommunal hälso- och sjukvård med kommunrepresentanter
- Socialchefs nätverk
- Patient- och närståendeorganisationer
- Professionsorganisationer
- Nätverket för styrning och ledning av psykiatri

I referensgruppen för vårdplatser har 40 regionrepresentanter från 19 olika regioner medverkat. Bland dessa representanter fanns roller som bland annat verksamhetschef, områdeschef, produktionsdirektör, utvecklingsavdelningschef, verksamhetsutvecklare och HR-strateg.

I referensgruppen för kommuner har tio kommunrepresentanter från tio olika kommuner ingått. Bland dessa representanter fanns roller som bland annat verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

De patient- och närståendeorganisationer som deltagit i dialogmöten är:

- Anhörigas riksförbund
- Demensförbundet
- Forum Spetspatient
- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH
- Neuro
- Strokeförbundet

Professionsorganisationerna som har deltagit är:

- Barnmorskeförbundet
- Kommunal
- Svenska läkaresällskapet
- Svensk sjuksköterskeförening
- Sveriges läkarförbund
- Vårdförbundet

Planen har kontinuerligt justerats och vidareutvecklats utifrån återkopplingen i dessa dialoger.

Utöver detta har arbetet innefattat omfattande dokumentanalys av relevanta lagtexter, föreskrifter, avslutade och pågående utredningar, projektbeskrivningar och artiklar. Data har även samlats in med en enkät som skickats ut till om bemanningstal, uppgiftsväxling och administration skickats ut till samtliga sju universitetssjukhus samt ytterligare två sjukhus från varje sjukvårdsregion, se Bilaga 6: Enkät om bemanning, uppgiftsväxling och administration.

Intervjuer har hållits med representanter från fem kommunförbund och nio kommuner, med geografisk spridning, i syfte att fördjupa förståelse för de kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheternas förutsättningar. Även intervjuer inom vissa sakområden har genomförts, detta inkluderar exempelvis verksamhetschefer för två rättspsykiatriska verksamheter, samt två representanter för regional primärvård. Därtill har deltagare i projektgruppen har genomfört två studiebesök, samt ett hospiteringstillfälle.

Arbetet med denna plan har även samordnats med andra relaterade regeringsuppdrag och samverkat med pågående arbete inom myndigheten, både vad gäller utformning, arbetssätt och specifika sakfrågor. Detta har inkluderat dialog med bland annat:

- Nationella vårdkompetensrådet
- Nationella planeringsstödet
- Arbetet med god och nära vård
- Uppföljningen av god och nära vård
- Sakkunniga inom patientsäkerhet
- Sakkunniga inom psykiatri
- Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering
- Uppdrag att ta fram förslag till nationell plan 2024: Graviditet, förlossning och tiden efter
- Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet
- Uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser

Uppdraget har även inkluderat dialog med andra myndigheter som:

- Arbetsmiljöverket
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Dialog har också förts med den särskilda utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.

Bilaga 7: Enkät om bemanning, uppgiftsväxling och administration

Denna bilaga innehåller information om den enkät som skickats ut under uppdraget, enkätfrågorna den innehöll, samt ett urval av resultat.

Om enkäten

Socialstyrelsen har samrått med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner, inför utformandet och genomförandet av enkäten.

Enkäten skickades till verksamhetschefer/klinikchefer eller vårdenhetschefer/avdelningschefer/omvårdnadschefer för verksamheter på samtliga sju regionsjukhus/universitetssjukhus samt två sjukhus från var och en av de sex sjukvårdsregionerna, antingen länssjukhus eller länsdelssjukhus.

Enkäten riktades till minst två avdelningar på varje sjukhus: en inom ett medicinskt vårdområde och en inom ett kirurgiskt. Därtill skickades enkäten ut till 21 intensiv- och intermediärvårdsavdelningar, samt nio psykiatriska avdelningar.

Enkäten kunde besvaras i tre veckor under mars och april år 2024. Sammanlagt inkom 38 enkätsvar fördelade på sex vårdområden.

Vårdområde	Antal	Andel
Medicinsk inriktning*	8	21%
Kirurgisk inriktning*	10	26%
IVA	10	26%
Intermediärvård ²⁹	5	8%
Psykiatri	4	11%
Annat	3	8%
Total	38	100%

* Fem av avdelningarna med medicinsk eller kirurgisk inriktning uppgav även att de var akutvårdsavdelningar.

²⁹ Tre avdelningar har uppgett att de har IVA och intermediärvård. Dessa har slagits samman med IVA mot bakgrund av att de hade likartad bemanning som avdelningarna med IVA.

Enkätfrågor

- Bakgrundsfråga: Vilket/vilka vårdområden svarar du för i denna enkät:
(*Flera svarsalternativ kan väljas*)
 - Medicinsk inriktning
 - Kirurgisk inriktning
 - Akutvårdsavdelning
 - IVA
 - Intermediärvård
 - Psykiatri
 - Annat.

- 1. Använder er avdelning/avdelningar något strukturerat mått eller en mall för att bedöma patienternas vårdintensitet/vårdbehov (ofta kallat vårdtyngd), dvs. mängden vård- och omvårdnadsinsatser de behöver?
 - a. Om 'Ja', i så fall vilket mått/vilken mall?

- 2. Används något strukturerat mått eller en mall för att bedöma patienternas vårdintensitet/vårdbehov, på sjukhusövergripande nivå?
 - a. Om 'Ja', i så fall vilket mått/vilken mall?

- 3. Anpassar avdelningen antalet öppna vårdplatser som görs tillgängliga/disponibla, beroende på vårdintensiteten/vårdbehovet hos inneliggande patienter?

- 4. Har ni på avdelningen/avdelningarna en fastställd övre gräns för hur många vårdplatser/patienter varje sjuksköterska ansvarar för?
 - a. Om ja: Vad är den gränsen?
 - i. ...dagpass?
 - ii. ...kvällspass?
 - iii. ...nattpass?

- 5. Har ni på avdelningen/avdelningarna en fastställd övre gräns för hur många vårdplatser/patienter varje undersköterska ansvarar för?
 - a. Om ja: Vad är den gränsen
 - i. ...dagpass?
 - ii. ...kvällspass?
 - iii. ...nattpass?

- 6. (Gör en uppskattning vid behov) Hur många vårdplatser/patienter per sjuksköterska räknar ni med i bemanningsplaneringen för...
 - a. ...dagpass?
 - b. ...kvällspass?
 - c. ...nattpass?

7. (Gör en uppskattning vid behov) Hur många vårdplatser/patienter per undersköterska räknar ni med i bemanningsplaneringen för...
 - a. ...dagpass?
 - b. ...kvällspass?
 - c. ...nattpass?
8. Kommentera gärna om ni har något annat arbetssätt eller verktyg för att planera bemanning i förhållande till arbetsbelastningen på avdelningen (*utöver att ta hänsyn till vårdplatser/patienter per sjuksköterska/undersköterska samt eventuella mätningar av vårdbehov/vårdintensitet*):
9. Har ni tillgång till en vårdadministratör/medicinsk sekreterare som utför administrativa uppgifter (t ex. in-/utskrivningsanteckningar, remisshantering, receptionist) på avdelningen, som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor eller undersköterskor? (*Båda Ja-alternativen kan markeras*)
 - a. Ja, anställda specifikt för avdelningen/avdelningarna
 - b. Ja, anställda centralt
 - c. Nej
 - d. Vet inte
10. Har ni tillgång till servicemedarbetare (även kallat värddar, värdinnor, vårdbiträden) som utför uppgifter som t. ex. slutstädning av salar, måltidshantering, påfyllning av förråd på avdelningen, som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor eller undersköterskor? (*Båda Ja-alternativen kan markeras*)
 - a. Ja, anställda specifikt för avdelningen/avdelningarna
 - b. Ja, anställda centralt
 - c. Nej
 - d. Vet inte
11. Har ni tillgång till farmaceuter (apotekare eller receptarier) som utför uppgifter kopplade till läkemedelshantering på avdelningen, som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor? (*Båda Ja-alternativen kan markeras*)
 - a. Ja, anställda specifikt för avdelningen/avdelningarna
 - b. Ja, anställda centralt
 - c. Nej
 - d. Vet inte
12. Utifrån verksamhetsplaneringen/bemanningsplanen – hur stor andel av den sammanlagda arbetstiden för sjuksköterskegruppen planerar ni ska läggas på följande? Om du inte känner till planeringen, gör ändå din bästa uppskattning. Svara i heltal procent.
 - a. Klinisk arbetstid inkluderar arbetsuppgifter som exempelvis ankomstsamtal, nutrition, läkemedelshantering, mobilisering,

- provtagning, kontroller, muntlig rapportering (exkl. kommunikation med kommun)
- b. Administration och dokumentation inkluderar arbetsuppgifter som exempelvis dokumentation i journal och andra digitala system, informationsöverföring, kontakt med andra aktörer, vårdplanering, personaladministration, verksamhetsutveckling (exv. utvecklingsgrupper hygienansvar, sårvård)
 - c. Övriga uppgifter inkluderar arbetsuppgifter som exempelvis utbildning, handledningstid.
13. Är utfallet för tidsåtgång till Klinisk arbetstid, Administration och dokumentation samt Övriga uppgifter i linje med verksamhetsplaneringen/bemanningsplanen?
14. Av de [...] % av den sammanlagda arbetstiden för sjuksköterskegruppen som du uppskattar att man lägger på administration och dokumentation - hur stor andel av detta (upp till 100 %) bedömer du vara dokumentation som är direkt patientrelaterad?
- a. Direkt patientrelaterad dokumentation är exempelvis journalföring, epikris, telefonkontakt med patient eller anhörig, ordination av prover, kontakt med kommuner eller andra vårdgivare i patientärenden. (*Exkludera administration och dokumentation som är direkt patientrelaterad men används för intern verksamhetsutveckling, kvalitetsarbete, samt extern rapportering till t.ex. kvalitetsregister och för annan forskning och utveckling.*)
 - b. Av den tid som går åt till direkt patientrelaterad dokumentation, hur stor del utgörs av relevant information som förs in i patientjournalen?
15. Har ni på avdelningen något arbetssätt eller någon teknisk lösning som är avsedd att minska behovet av dubbeldokumentation? (Detta kan exempelvis vara digitala produkter för direktöverföring av information till journal eller som ger möjlighet att dokumentera från patientsal (exv. NEWS-stolpar eller surfplattor), system som kan hämta data från journalsystemen, gemensamma teammöten med samtliga professioner inkluderade för att undvika behov av att flera dokumenterar samma sak vid olika tillfällen)
16. När det gäller relevant information som förs in i patientens journal - hur mycket av den informationen bedömer du dubbeldokumenteras enligt beskrivningen ovan?
17. Du angav på fråga 14a) att [...] % av den tid som den sammanlagda sjuksköterskegruppen använder till administration och dokumentation är direkt patientrelaterad dokumentation. Ange nedan hur den totala tiden som läggs på icke patientrelaterad administration och dokumentation är fördelad på Intern administration, Extern administration och Annat.

- a. Intern administration är t.ex personaladministration, koordinering med andra avdelningar eller mottagningar, intern verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete
- b. Extern administration är t.ex inrapportering till kvalitetsregister, annan forskning och utveckling

18. Plats för egna kommentarer angående ämnet för enkäten

Ett urval av enkätresultat

Nedan presenteras ett urval av enkätresultaten.

Strukturerat mått för vårdintensitet/vårdbehov

En majoritet av respondenter svarar att ett strukturerat mått för vårdintensitet/vårdbehov används på avdelningen. Ungefär en fjärdedel gör detta på sjukhusövergripande nivå. Två tredjedelar av respondenterna anger att de inte anpassar antalet öppna vårdplatser som görs tillgängliga, beroende på vårdintensiteten hos inneliggande patienter.

Fråga 1: Använder er avdelning/avdelningar något strukturerat mått eller en mall för att bedöma patienternas vårdintensitet/vårdbehov (ofta kallat vårdtyngd), dvs. mängden vård- och omvårdnadsinsatser de behöver

Svar	Antal	Andel
Ja	26	68%
Nej	12	32%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Resultat för avdelningar som inte bedriver intensiv- eller intermediärvård:

Svar	Antal	Andel
Ja	15	60%
Nej	10	40%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Fråga 2: Används något strukturerat mått eller en mall för att bedöma patienternas vårdintensitet/vårdbehov, på sjukhusövergripande nivå?

Svar	Antal	Andel
Ja	10	26%
Nej	21	55%
Vet inte	7	18%
Total	38	100%

Fråga 3: Anpassar avdelningen antalet öppna vårdplatser som görs tillgängliga/disponibla, beroende på vårdintensiteten/vårdbehovet hos inneliggande patienter?

Svar	Antal	Andel
Ja	14	37%
Nej	24	63%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Antal vårdplatser per sjuksköterska/undersköterska

En majoritet av avdelningarna har en övre gräns för antal vårdplatser per sjuksköterska. För kirurgi och medicin varierar den gränsen mellan sex och åtta vårdplatser på dagen.

Fråga 4: Har ni på avdelningen/avdelningarna en fastställd övre gräns för hur många vårdplatser/patienter varje sjuksköterska ansvarar för?

Svar	Antal	Andel
Ja	24	63%
Nej	14	37%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Fråga 4a: Om ja på fråga 4, vad är den gränsen på dagpass?

Vårdområde	Antal svar (antal med fastställd övre gräns)	Lägst gräns för antal vårdplatser per sjuksköterska	Högst gräns för antal vårdplatser per sjuksköterska
Medicinsk inriktning	3	7	9
Kirurgisk inriktning	8	6	8
IVA	8	2	3
Intermediärvård	2	3	7
Psykiatri	2	8	10
Annat	1	6	-
Total	24		

Fråga 5: Har ni på avdelningen/avdelningarna en fastställd övre gräns för hur många vårdplatser/patienter varje undersköterska ansvarar för?

Svar	Antal	Andel
Ja	19	50%
Nej	19	50%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Fråga 5a: Om ja på fråga 5, vad är den gränsen på dagpass?

Vårdområde	Antal svar (antal med fastställd övre gräns)	Lägst gräns för antal vårdplatser per undersköterska	Högst gräns för antal vårdplatser per undersköterska
Medicinsk inriktning	1	9	-
Kirurgisk inriktning	6	4	7
IVA	8	2	3
Intermediärvård	2	3	4
Psykiatri	1	4	-

Fråga 5a: Om ja på fråga 5, vad är den gränsen på dagpass?

Annat	1	6
--------------	---	---

Total	17
--------------	----

Fråga 6: Hur många vårdplatser/patienter per sjuksköterska räknar ni med i bemanningsplaneringen? Gör en uppskattning vid behov. Svara med en siffra för dagpass.

Vårdområde	Antal svar	Lägst planerat antal vårdplatser per sjuksköterska	Högst planerat antal vårdplatser per sjuksköterska
Medicinsk inriktning	8	5	8
Kirurgisk inriktning	10	5	8
IVA	10	1	2
Intermediärvård	3	2	5
Psykiatri	4	1	10
Annat	3	5	6
Total	38		

Fråga 7: Hur många vårdplatser/patienter per undersköterska räknar ni med i bemanningsplaneringen? Gör en uppskattning vid behov. Svara med en siffra för dagpass.

Vårdområde	Antal svar	Lägst planerat antal vårdplatser per undersköterska	Högst planerat antal vårdplatser per undersköterska
Medicinsk inriktning	8	4	8
Kirurgisk inriktning	10	4	7
IVA	10	1	2
Intermediärvård	3	2	3
Psykiatri	4	3	4
Annat	3	3	5
Total	38		

Uppgiftsväxling

Ungefär hälften av respondenterna uppger att de inte har tillgång till en vårdadministratör/medicinsk sekreterare som utför administrativa uppgifter som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor eller undersköterskor. En majoritet har tillgång till servicemedarbetare anställda specifikt på avdelningen, centralt eller båda. Ungefär 40 procent saknar tillgång till en farmaceut som utför uppgifter kopplade till läkemedelshantering på avdelningen som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor.

Fråga 9: Har ni tillgång till en vårdadministratör/medicinsk sekreterare som utför administrativa uppgifter (t ex. in-/utskrivningsanteckningar, remissshantering, receptionist) på avdelningen, som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor eller undersköterskor?

Svar	Antal	Andel
Ja, både på avdelning och centralt	1	3%
Ja, anställda specifikt för avdelningen/avdelningarna	15	39%
Ja, anställda centralt	4	11%
Nej	18	47%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Fråga 10: Har ni tillgång till servicemedarbetare (även kallat värdar, värdinnor, vårdbiträden) som utför uppgifter som t. ex. slutstädning av salar, måltidshantering, påfyllning av förråd på avdelningen, som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor eller undersköterskor?

Svar	Antal	Andel
Ja, både på avdelning och centralt	3	8%
Ja, anställda specifikt för avdelningen/avdelningarna	15	39%
Ja, anställda centralt	9	24%
Nej	11	29%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Fråga 11: Har ni tillgång till farmaceuter (apotekare eller receptarier) som utför uppgifter kopplade till läkemedelshantering på avdelningen, som annars skulle ha utförts av sjuksköterskor?

Svar	Antal	Andel
Ja, både på avdelning och centralt	1	3%
Ja, anställda specifikt för avdelningen/avdelningarna	8	21%
Ja, anställda centralt	14	37%
Nej	15	39%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Administration

Det varierar mellan respondenter hur mycket som uppges planeras för administrativ tid för sjuksköterskegruppen.

Fråga 12: Utifrån verksamhetsplaneringen/bemanningsplanen - hur stor andel av den sammanlagda arbetstiden för sjuksköterskegruppen planerar ni ska läggas på följande:

Administration och dokumentation - inkluderar arbetsuppgifter som exempelvis dokumentation i journal och andra digitala system, informationsöverföring, kontakt med andra aktörer, vårdplanering, personaladministration, verksamhetsutveckling (exv. utvecklingsgrupper hygienansvar, sårvård)

Vårdområde	Svar	Minsta andel arbetstid till administration och dokumentation	Största andel arbetstid till administration och dokumentation
Medicinsk inriktning	8	13%	60%
Kirurgisk inriktning	10	15%	45%
IVA	10	10%	33%
Intermediärvård	3	15%	20%
Psykiatri	4	10%	50%
Annan specialitet	3	30%	45%
Total	38	10%	60%

Fråga 15: Har ni på avdelningen något arbetssätt eller någon teknisk lösning som är avsedd att minska behovet av dubbeldokumentation?

Svar	Antal	Andel
Ja	16	42%
Nej	22	58%
Vet inte	0	0%
Total	38	100%

Exempel från fritextsvar om arbetssätt eller någon tekniska lösningar som är avsedd att minska behovet av dubbeldokumentation:

- *I den mån det är möjligt. Men systemen är idag uppbyggda på ett sätt som gör det oundvikligt med dubbeldokumentation.*
- *NEWS-stolpar, surfplattor*
- *Datorer delvis utanför salen men även rullvagnar med datorer som kan tas med in på rummet*
- *Mätvärdesapp i mobiltelefon där värden som skrivs in förs över till journalsystemet automatiskt.*

Fråga 15: När det gäller relevant information som förs in i patientens journal - hur mycket av den informationen bedömer du dubbeldokumenteras?

Svar	Antal	Andel
Inget alls	3	8%
Ca. en fjärdedel	14	37%
Ca. hälften	14	37%
Ca. tre fjärdedelar	3	8%
Allt/Nästan allt	0	0%
Vet inte	4	11%
Total	38	100%

Bilaga 8: Bildmaterial för diskussion inom målgrupper med kortfattade beskrivningar av målbild, mått och insatser

Denna bilaga innehåller bilder som motsvarar PowerPoint-material som kan användas i verksamheter för att presentera den nationella planen. Dessa finns tillgängliga i PowerPoint-format men och ingår även som bilaga i denna publikation.

Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården

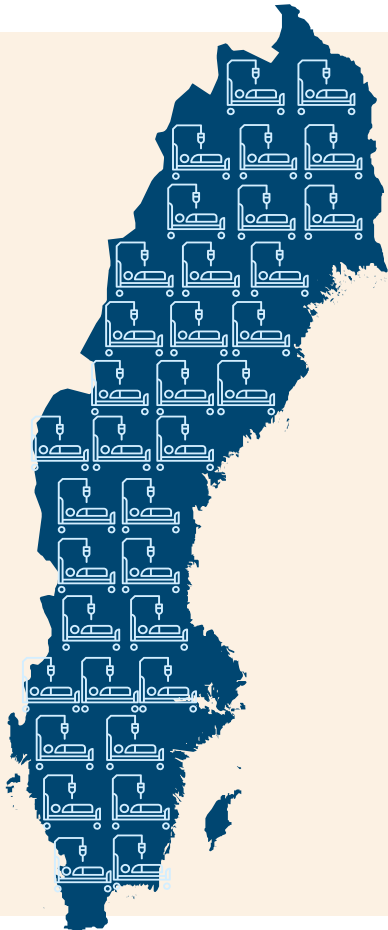
Bilaga 8: Bildmaterial med mål, mått och insatsförslag

2024

Syfte med materialet

Presentera en sammanställning av målbild, mått och insatsförslag för nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården

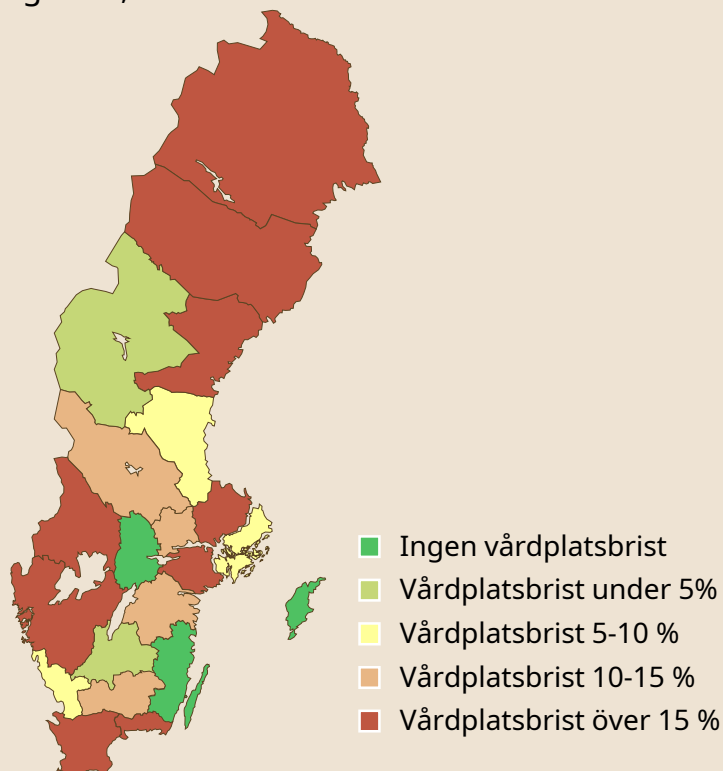
Det finns fortsatt ett brådskande behov av att öka antalet vårdplatser



- ▶ Socialstyrelsens riktvärden pekar på ett behov av ytterligare cirka **2 230 somatiska disponibla vårdplatser** – bristen har därmed minskat med **cirka 70 vårdplatser** från föregående år
- ▶ Antalet **regioner utan brist** på somatiska disponibla vårdplatser **har ökat från en till tre regioner**
- ▶ Inom intensivvård finns ett behov av ytterligare **cirka 50 vårdplatser; bristen på IVA-platser är därmed väsentligen oförändrad**
- ▶ Den finns en potential att **minska vårdplatsbehovet i nästan alla regioner** genom förändrade arbetssätt
- ▶ **På fem års sikt bedöms 13 regioner kunna möta behoven med något färre disponibla vårdplatser än de har idag.** Detta förutsätter stora omställningar och vårdplatsantalet bör **inte** minskas förrän effekterna av sådana förändringar ses i praktiken – antalet disponibla vårdplatser behöver motsvara behovet

Bristen varierar mellan regioner, vårdområden och över året

Bristen på disponibla vårdplatser* i Sveriges regioner, 2023



- **Bristen på vårdplatser* är ojämnt fördelad över regioner**
 - Tre regioner har ingen vårdplatsbrist
 - Ytterligare två regioner har en vårdplatsbrist som är mindre än fem procent
 - Den regionen med störst vårdplatsbrist har ett gap på 28 procent till riktvärdet på kort sikt
- **Bristen på vårdplatser* är ojämnt fördelad mellan verksamhetsområden, över året och dygnets timmar**
 - Verksamhetsområden som signalerar störst brist är internmedicin och geriatrik
 - Under semesterperioder är bristen större då många regioner stänger vårdplatser
 - Att bemanna vårdplatser är mer utmanande på nätter och helger än dagtid på vardagar
 - Även i regioner med tillräcklig vårdplatskapacitet för att möta vårdplatsbehovet kan brist förekomma vid enskilda verksamheter och/eller tidpunkter
- **Insatser behöver genomföras där de gör störst nytta** – det vill säga i de verksamheter där det idag råder brist
- Den nationella planen föreslår även **insatser som stärker förutsättningarna för att planera och styra och vårdplatskapaciteten efter behovet**. Detta för att säkerställa att rätt typ av vårdplats finns tillgänglig där och när den behövs.

* Vårdplatser inom sluten somatisk vård exklusive intensivvård

Planen är indelad i fem fokusområden



1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning

för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser



2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning

så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen



3. Använd kompetensen ändamålsenligt

för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal



4. Ställ om till en god och nära vård

för att påverka behovet av sluten vård på sjukhus



5. Agera för säker vård

för att minimera undvikbar sluten vård

En målbild finns definierad för att konkretisera önskvärd utveckling inom respektive fokusområde



För varje fokusområde presenteras en målbild, Under denna rubrik redovisas en övergripande målsättning nedbruten i några kvalitativa beskrivningar inom underrubriken "När målet nås ses detta genom att:" och mått:



Styra

Målsatta resultatmått för att **styra utvecklingen** inom respektive fokusområde mot vissa mål, samt för att minska vårdplatsbristen generellt



Mäta resultat

Icke-målsatta resultatmått för att **följa upp utveckling och effekt** av olika insatser



Generera kunskap

Icke-målsatta process- och resultatmått för att **generera kunskap**

Insatsförslag är av olika ambitionsnivå och riktade till olika aktörer



Varje region och kommun behöver avgöra vilka specifika insatser som är mest angelägna att fokusera på utifrån sina behov och förutsättningar




Inom varje fokusområde redovisas en uppsättning insatsförslag riktade till berörda aktörer

<i>Regioner</i>	• ...
<i>Staten</i>	• ...
<i>Kommuner</i>	• ...
<i>Regioner och kommuner i samverkan</i>	• ...

- Insatsförslag kommer att vara olika relevanta för regioner/kommuner beroende på nuläget
- Insatsförslag som riktas till Socialstyrelsen redovisas under rubriken "Socialstyrelsen avser att"
- Planen innehåller totalt 160 insatser
 - 104 för somatisk vård
 - 56 för psykiatri och rättspsykiatri

Psykiatri och rättspsykiatri presenteras som separata delar av planen



-  Fokus på somatik
-  Fokus på psykiatri
-  Fokus på rättspsykiatri



Psykiatri och rättspsykiatri presenteras som separata delar av planen



Inom den psykiatriska heldygnsvården är den samlade bilden att det inte råder en generell brist på vårdplatser inom heldygnsvården, även om det finns stora utmaningar med tillgängligheten

- Det beskrivs även som en utmaning att det råder brist i vissa verksamheter, under vissa perioder. Detta gäller exempelvis mindre avdelningar, bland annat inom barn- och ungdomspsykiatri
- Nuvarande datatillgång möjliggör riktvärden i dagsläget – men vårdplatserna behöver sannolikt inte öka varken på kort eller medellång sikt, om god tillgänglighet i öppen vård säkerställs
- Insatser för att stärka psykiatri föreslås inom ramen för planens fem fokusområden



Psykiatri och rättspsykiatri presenteras som separata delar av planen

Det finns tecken på att det råder vårdplatsbrist inom den rättspsykiatriska vården.

- Antalet inskrivna i rättspsykiatrin har ökat gradvis de senaste åren och den genomsnittliga beläggningsgraden nationellt var 99 procent år 2022.
- Rättspsykiatrin har i viss mån andra förutsättningar än övriga vårdområden, med:
 - Begränsad eller ingen kontroll över in- och utflöden av patienter
 - Begränsad möjlighet (beroende på kommunala insatser) att flytta patienter från slutenvård till öppen vård
 - Långa medelvårdtider
 - Vårdinrättningar med olika säkerhetsklasser
- Rättspsykiatriska insatser redovisas utanför ramen av fokusområdena

Fokusområde 1: Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning

för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser

Somatik 



Målsättning och mått – Produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser



Övergripande målsättning: Att sjukhusens disponibla vårdplatser planeras och nyttjas effektivt utifrån patienternas behov.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Vårdavdelningarna håller disponibla vårdplatser öppna i det antal som motsvarar patienternas vårdbehov, varken mer eller mindre, även när behovet varierar.
- Överbeläggningar används endast i undantagsfall
- Utlokaliseringar används endast i undantagsfall
- Flöden mellan akutmottagning och vårdavdelningar fungerar utan icke-värdeskapande ledtider för patienter.
- Patienter får vård i rätt tid utifrån vårdbehov och behöver inte vänta längre än vårdgarantins gränser vid planerad vård som kräver slutenvård

Ej målsatta mått och utvecklingsmått lyfts som viktiga för fortsatt region- eller professionsgemensamt arbete för att möjliggöra framtida utveckling och uppföljning



Målsatta mått

- Överbeläggningar
- Utlokaliseringar
- Andel besök på akutmottagning där vistelsetid varit över fyra timmar för personer som skrivs in i slutenvården
- Andel patienter som får vänta på planerade åtgärder som kräver sluten vård längre än vårdgarantins gräns
- Beläggningsgrad

Vissa mått är relevanta för flera fokusområden – dessa speglar exv. även patientsäkerhetsområdet



Ej målsatta mått

- Antal dagar över/under verksamhetens eget riktvärde för beläggningsgrad
- Tid från inskrivningsbeslut till inskrivning
- Sent strukna operationer på grund av orsak kopplad till vårdgivare
- Sent strukna operationer på grund av orsak kopplad till vårdgivare
- Uppföljning av vårdtider för valda patientgrupper





Insatsförslag i korthet – Produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

1. Stärk förutsättningarna för att arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning

- Regioner*
- Tydliggör beslut på högsta ledningsnivå i region och på sjukhus om att verksamheter ska arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning
 - Säkerställ **goda förutsättningar** för systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning
 - Utifrån Socialstyrelsens regionala riktvärden, definiera **verksamhetsspecifika riktvärden** för antalet disponibla vårdplatser och belägningsgrad
- Staten*
- Säkerställ **utbildningsmöjligheter** på högskolenivå i produktions- och kapacitetsstyrning och/eller vårdlogistik
- Socialstyrelsen avser att:*
- Stödja och stärka **regiongemensamt lärande** och metodutveckling både inom ramen för regeringsuppdrag och genom att etablera en struktur i ordinarie arbete för att exv. förvalta och uppdatera metodstöd för produktions- och kapacitetsstyrning

2. Planera och styr vårdplatskapaciteten utifrån det varierande behovet

- Regioner*
- Förbättra systematiken i **analyser av behov och tillgänglig kapacitet**
 - Arbeta aktivt med uppföljning och åtgärder för att löpande säkerställa att det finns en balans mellan behov och tillgänglig kapacitet
 - Öka **transparens kring vårdproduktionen** i förhållande till satta produktionsmål
 - Stärk arbetssätt för att **jämna ut behov och samlad tillgänglig kapacitet** inom regionen
 - **Analysera tillgänglig kapacitet över tid**, nedbrutet på verksamhetsnivå, för att identifiera arbetssätt så att kapacitet mellan enheter/sjukhus/vårdgivare jämnas ut där det är möjligt

3. Följ upp patientflöden och vårdplatsnyttjande och vidta riktade åtgärder

- Regioner i samverkan*
- Definiera ett brett **indikatorpaket för uppföljning** av vårdplatsnyttjande, bygga en **infrastruktur för uppföljning** av dessa indikatorer, samt **prioritera insatser** för verksamheter som identifieras centrala utifrån uppföljningen
- Socialstyrelsen avser att:*
- Samordna och leda arbete för att tillsammans med regionerna **identifiera centrala kapacitets- och produktivitetmått**
 - Se över möjligheter och behov av att **vidareutveckla definitioner**

4. Öka samordning mellan regioner för att bättre matcha kapacitet mot behov

- Regioner*
- Fördjupa det **sjukvårdsregionala samarbetet kring produktions- och kapacitetsstyrning**
- Staten*
- Etablera strukturer som stärker patienters möjligheter att få **vård hos andra vårdgivare** med kortare väntetider

5. Effektivisera styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden

- Regioner*
- Säkerställ att verksamheterna har tillgång till **realtidssdata över vårdplatssituationen**
 - Inför eller vidareutveckla system för att i **realtid följa patientflöden**
- Staten*
- Etablera strukturer som stärker patienters möjligheter att få **vård hos andra vårdgivare** med kortare väntetider

6. Planera och följ upp vårdavdelningars processer för att möjliggöra snabbare in- och utskrivning

- Regioner*
- Kartlägg processer gemensamt; **samplanera** mellan verksamheter på sjukhuset
 - **Identifiera utrymme för kortade väntetider utifrån skillnader** mellan olika verksamheter i jämförbara flöden
 - **Följ upp processmått** inklusive ledtider för att hitta förbättringsmöjligheter

Fokusområde 2: Säkerställ hållbar kompetensförsörjning

så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Somatik 

Målsättning och mått – Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen



Övergripande målsättning: Att tillgången till de kompetenser som utgör störst brist i verksamheter inom den slutna hälso- och sjukvården förbättras på ett hållbart sätt och att antalet disponibla vårdplatser därigenom ökar på kort sikt, i de verksamheter där det idag råder störst brist. Inom planens tidshorisont bedöms minskad brist på sjuksköterskor vara det område som kommer att ha störst påverkan på vårdplatsbristen.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Vårdplatser som tidigare varit stängda på grund av personalbrist öppnas, vilket medför en ökning av antalet disponibla vårdplatser.
- Tillgången till sjuksköterskekompetens dygnet runt i den slutna hälso- och sjukvården förbättras, vilket ses genom att det totala antalet arbetade sjukskötersketimmar i den slutna vården ökar, exempelvis för att fler har rotations-/ kombinationstjänster som inkluderar arbete i den slutna vården.
- Bristen på sjuksköterskor på sjukhusens vårdavdelningar minskar. Vakanser tillsätts i större utsträckning; befintlig personal behöver inte arbeta lika mycket övertid och hyrpersonal används i mindre utsträckning för att få ihop bemanningen.
- Sjuksköterskor som arbetar i den slutna vården stannar på sina arbetsplatser längre och har lägre sjukfrånvaro. Detta sker till stor del genom att arbetsmiljö och arbetsvillkor förbättras, särskilt vid arbete på obekväma arbetstid



Målsatta mått

- Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor
- Avgångar för sjuksköterskor



Ej målsatta mått

- Andel rotations- /kombinationstjänster (det vill säga där arbetstiden delas mellan mottagning och avdelning och/eller att administrativ personal även har klinisk tjänstgöring)
- Andel anställningsavtal med enbart dagtid



Utvecklingsmått

- Mått på erfarenhet bland anställd personal, exempelvis genom implementerade kompetensstegar
- Antal vårdplatser stängda på grund av personalbrist



Insatsförslag i korthet – Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

1. Utveckla arbetsmiljöinsatser för att rekrytera och behålla medarbetare

- Regioner*
- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet såsom att stärka ledarskap, **utveckla introduktions- och mentorskapsprogram** och andra insatser inriktade mot att öka kvarstannande. För att minska bristen på vårdplatser kan insatser fokusera på att **stärka arbetsmiljön vid arbete på obekvämt arbetstid**.
 - Genomför insatser riktade mot att **förlänga arbetslivet**, exempelvis genom fortsatta tillsvidareanställningar och individanpassade arbetsuppgifter
 - Arbeta med insatser kopplade till **friskfaktorer** för att säkerställa en god arbetsmiljö
 - Använd **systematisk produktions- och kapacitetsstyrning** som ett verktyg för att stärka arbetsmiljö
 - Arbeta strategiskt för att **minska beroendet av bemanningspersonal** i de avseenden detta påverkar kontinuiteten i verksamheten negativt

2. Utforma arbetsvillkor som möjliggör en hållbar kompetensförsörjning i den slutna vården

- Regioner*
- Överväg att i högre grad använda **rotations- /kombinationstjänster** som innebär att medarbetare regelbundet och systematiskt tjänstgör inom såväl öppen som slutna vård.
 - Överväg att i högre grad säkerställa att personal med administrativa tjänster **kombinerar det med klinisk tjänstgöring** i dom verksamheter det råder vårdplatsbrist. Skapa tjänster som gör det möjligt att **kombinera akademisk – och klinisk tjänstgöring**.
 - Överväg att i **lägre grad erbjuda tjänster med enbart dagtid**.
- Staten*
- Överväg att sammanställa kunskap om hur insatser för att öka/minska **sysselsättningsgrad** påverkar kompetensförsörjningen på sikt

3. Utforma ersättning och utvecklingsmöjligheter som premierar arbete på obekvämt arbetstid

- Regioner*
- Genomför insatser kopplat till **karriärvägar** i syfte att minska bristen på vårdplatser. Detta kan innebära att insatser fokuserar på exempelvis stärkta villkor för arbete i 24/7-verksamhet och på obekvämt arbetstid, särskilt för sjuksköterskor, genom bland annat att exempelvis:
 - **Premiera kompetens särskilt inom kliniskt arbete**, exempelvis genom att löneutveckling kopplas till kompetens, verktyg för detta kan vara implementerade kompetensstegar
 - Utöka **karriärmöjligheter** kopplade till kliniskt, patientnära arbete
 - Utöka **ersättning** för arbete på obekvämt arbetstid

4. Stärka den verksamhetsförlagda utbildningen för att i högre grad förbereda studenter för verksamheternas behov

- Regioner*
- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet om att **stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU)** genom samverkan i befintliga samverkansstrukturer och stärkt klinisk handledning i syfte att säkerställa att den kliniska kompetensen är tillräcklig och väl anpassad för yrkesrollens arbetsuppgifter efter examination. Ur ett vårdplatsperspektiv bör denna insats genomföras med särskilt fokus på sjuksköterskor och undersköterskor.
- Staten*
- Utred behov av åtgärder i syfte att **stärka verksamhetsförlagd utbildning** för de yrkesgrupper som kan underlätta att hålla vårdplatser öppna
 - Utred behov av att **stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU)**, lärande i arbete (LIA) eller motsvarande praktiskt utbildningsmoment **för undersköterskor och specialistundersköterskor** och överväg att stödja genomförandet i kliniska simuleringsmiljöer om det möjliggör fler öppna vårdplatser

Fokusområde 3: Använd kompetensen ändamålsenligt

för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal

Somatik 



Målsättning och mått – Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal



Övergripande målsättning: Att nyttjandet av de kompetenser som det råder störst brist på i den slutna hälso- och sjukvården effektiviseras utifrån patienternas behov så att tillgänglig personal vårdar fler ineliggande patienter än idag på ett patientsäkert, högkvalitativt och arbetsmiljömässigt hållbart sätt.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Klinisk personal, särskilt sjuksköterskor, ägnar en större del av sin arbetstid åt att vårda patienter.
- Det genomsnittliga antalet sjukskötersketjänster per vårdplats reduceras vid oförändrad genomsnittligt vårdbehov/vårdintensitet – med bibehållen arbetsbelastning och patientsäkerhet – till följd av mer ändamålsenliga arbetsätt.
- Antalet vårdplatser på sjukhus som bemannas av undersköterskor med relativt begränsade insatser av sjuksköterskor och läkare, och antalet vårdplatser vid patienthotell eller motsvarande, ökar.
- Inom varje verksamhet varierar antalet läkare och sjuksköterskor per vårdplats i större utsträckning än idag eftersom man bemannar mer flexibelt utifrån ineliggande patienters vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov.
- Vårdavdelningar som har ett mycket litet antal vårdplatser delar omvårdnadspersonal i hög utsträckning, och/eller blir färre genom sammanslagning till större enheter.
- Synen på teamets sammansättning bidrar till att alla kompetenser och yrkesroller tas till vara och inkluderas i teamet tillsammans med patienten. Hänsyn tas till medarbetarnas specifika kompetenser och erfarenhet.
- Medarbetare är delaktiga i att driva utveckling av arbetsätt som bidrar till en minskad vårdplatsbrist i verksamheterna.



Mäta
resultat

Ej målsatta mått

- Andel arbetstid ägnad åt uppgifter koppade till vårdnära service
- Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till läkemedelshantering
- Andel verksamheter/sjukhus med realtidsuppföljning av vårdbehov/vårdintensitet



Generera
kunskap

Utvecklingsmått

- Bemanning per vårdplats (olika verksamheter och yrkeskategorier)
- Andel arbetstid ägnad åt administration (ssk)
- Andel verksamheter/sjukhus med pågående uppgiftsväxlingsarbete



Insatsförslag i korthet – Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

1. Planera vårdplatsnyttjande utifrån vårdbehov/vårdintensitet och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt

- Regioner*
- Implementera verktyg och arbetssätt för **realtidsuppföljning av inelligande patienters vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov** och för anpassning av antalet disponibla vårdplatser per personal därefter
 - Fortsätt **utveckla intermediärvård** i linje med vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård från Nationell system för kunskapsstyrning
 - Överväg att införa **vårdplatstyper med lägre sjuksköterskebemanning**
- Regioner i samverkan*
- Initiera ett regiongemensamt utvecklingsarbete för att identifiera gemensamma principer för bland annat **bemanning av vårdplatser, klassificering av kompetensnivåer och optimal kompetensmix**
 - Utifrån ovan, införa bemanningsnormer och/eller klassificering av kompetens

2. Sambemanna vårdplatser för ökad flexibilitet och resurseffektivitet

- Regioner*
- Överväg att utbilda delar av personalstyrkan för en **mer generell kompetens** för att möjliggöra en teamsammansättning som täcker en större bredd av vård- och omsorgsbehov och därmed möjliggör sambemanning av enheter.
 - Överväg att tillämpa arbetssätt för att **sambemanna och/eller samlokalisera vårdavdelningar** med omvårdnadspersonal. Detta kan vara nödvändigt för organisatorisk effektivitet vid avdelningar med få vårdplatser, men kan användas även vid större sjukhus, speciellt på avdelningar med överkapacitet som ofta får utlokaliserade patienter
- Regioner i samverkan*
- Utforma **arbetssätt för att sambemanna vårdavdelningar** över sjukhus- och regiongränser vid behov

3. Använd teambaserade arbetssätt i större utsträckning

- Regioner*
- Integrera samtliga yrkeskategorier (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, rehabiliteringsyrken med flera) kring patient i **teambaserade arbetssätt** i syfte att bland annat få effektivare informationsflöden i vårdteamen

4. Minska tiden som klinisk personal ägnar åt administration

- Regioner*
- Implementera systemlösningar och rutiner som **minimerar dubbeldokumentation**, exv.: digitala hjälpmedel för dokumentation hos patient, och automatisk överföring från journalsystem till register
 - Överväg att involvera **medicinska sekreterare/vårdadministratörer** som en integrerad del i vårdteamen
 - Ansluta sig till den **nationella tjänstplattformen** och andra insatser kopplat till **nationell digital infrastruktur**
- Staten*
- Stöd arbetet för att **minimera dubbeldokumentation**
 - Påskynda utveckling av **Nationella tjänsteplattformen**
 - **Kartlägg bördan av administrativa krav från nationella aktörer**, och eventuella möjligheter att minimera tidsåtgången till dessa
 - Underlätta och stötta **införandet av teknik** som minskar den administrativa bördan, samt skapa förutsättningar för breddinföranden av verktyg med tidsbesparande effekt

5. Uppgiftsväxla mellan befintliga och nya yrkesroller

- Regioner*
- **Växla uppgifter** från de yrkesgrupper som det råder mest brist på i uttalat syfte att öppna fler vårdplatser, exv. genom servicemedarbetare, sjukhusfarmaceuter, rehabiliteringsundersköterskor, vårdadministratörer
- Regioner i samverkan*
- Ta fram **praktiska utbildningar** kopplat till uppgiftsväxling
 - Ta fram exempel på **lämpliga uppgifter** att växla mellan yrkesgrupper
 - Utveckla, testa och utvärdera **nya yrkesroller** för att på innovativa sätt möta dagens och framtidens kompetensbehov
- Socialstyrelsen avser att:*
- Ge stöd avseende **utvecklingen av och arbetet med uppgiftsväxling**, arbetsfördelning, delegering och liknande områden
 - Stödja regionerna i att **testa nya former av uppgiftsväxling och nya yrkesroller** i liten skala med systematisk uppföljning och utvärdering innan breddinförande

Fokusområde 4: Ställ om till en god och nära vård

för att minska behovet av slutenvård på sjukhus

Somatik 



Målsättning och mått – Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutna vård på sjukhus



Övergripande målsättning: Att omhänderta och förebygga patienters vård- och omsorgsbehov på bästa effektiva omhändertagandenivå, det vill säga med lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Vårdplatser på sjukhus används enbart för patienter med behov av den slutna vårdens fulla resurser.
- De patienter som vill och kan ges möjlighet och stöd i att utföra egenvård och egenmonitorering. Patient, närstående och vårdgivare samarbetar så att patient och närstående får ökad kunskap och stärkt delaktighet.
- Patienter i behov av kommunala insatser får tillgång till dessa så snart de är utskrivningsklara från sjukhus.
- Patienter blir enbart i undantagsfall inskrivna på sjukhus för tillstånd som hade kunnat förebyggas eller omhändertas i öppen vård. Primärvård och öppen specialistvård följer upp individer med kroniska sjukdomar.
- Äldre patienter får en sammanhållen och proaktiv vård och omsorg efter utskrivning från den slutna vården på sjukhus. Proaktivt stöd ges i den öppna vården och medicinsk kompetens finns att tillgå i kommunal vård och omsorg vid behov. Oplanerade återinskrivningar för äldre är ovanliga.



Målsatta mått

- Oplanerade återinskrivningar
- Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter
- Vårdtillfällen med påverkbar slutna vård för äldre
- Vårdtillfällen med påverkbar slutna vård för vissa kroniska sjukdomar
- Fallskador som leder till slutenvård för äldre
- Fast läkarkontakt i primärvården
- Kontinuitetsindex



Ej målsatta mått

- Andel operationer och behandlingar som utförs i öppen vård – för vissa patientgrupper och åtgärder



Utvecklingsmått

- Vårdplatser i gemensam regional (primärvård) och kommunal regi
- Sjukhusvård i hemmet



Insatsförslag i korthet – Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av sluten vård på sjukhus

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

1. Bygg ut samverkansstrukturer mellan regioner och kommuner

- Regioner*
- **Samordna och stärk läkarstödet** till kommunal hälso- och sjukvård från den regionala primärvården, exv. genom riktade läkare och/eller äldrevårdsenheter
- Regioner och kommuner i samverkan*
- Arbeta för **stärkt kompetens och ökad förståelse** över huvudmannagränser, exv. genom att möjliggöra systematisk, regelbunden hospitering över huvudmannagränser
 - Utöka samverkan och **samarbete mellan specialistvård och/eller regional primärvård och kommunala verksamheter**
 - **Samverka kring hälso- och sjukvårdens utveckling**, exempelvis genom att ta fram gemensamma årsplaneringar och uppföljningar
 - Samverka för att säkerställa datakompatibilitet mellan system och möjliggöra ändamålsenlig uppföljning över huvudmannagränser, exempelvis genom **gemensamma upphandlingar av IT-system**
- Kommuner*
- Säkerställ **medicinsk/omvårdnads- och rehabiliteringskompetens på ledningsnivå**
- Staten*
- Inför krav på en **ledningsansvarig på huvudmannanivå** i alla regioner för planering, uppföljning och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård
 - Tydliggör i HSL vilka krav som ställs på **regionernas läkarinsatser** till personer som får kommunal hälso- och sjukvård
 - Samordna eventuella **statsbidrag för samverkan** till regioner och kommuner

2. Korta vårdtider för utskrivningsklara patienter

- Regioner och kommuner i samverkan*
- Inrätta strukturer, säkerställ gemensamt ansvar för utveckling av **arbetssätt över huvudmannagränser**
 - Stärk förmåga och kapacitet hos kommuner att **ta hem patienter tidigt**, exv. genom att regioner tillhandahåller utbildning av kommunal omsorgspersonal och att standardisera processer för utskrivningsplanering
- Staten*
- Utredda behov, förutsättningar och konsekvenser av **snabbt insatta omsorgsinsatser** för patienter inför utskrivning från sluten vård eller efter bedömning av vård- och omsorgsbehov vid akutmottagning
 - Utredda behov, förutsättningar och konsekvenser av att **korta tiden innan kommunernas betalningsansvar träder i kraft** för utskrivningsklara patienter på sjukhus
 - Utredda behov, förutsättningar och konsekvenser av ett **regionalt betalningsansvar** för utskrivningsklara patienter som skrivs ut till kommunala insatser **utan fullständig dokumentation**

3. Utöka den öppna vården genom poliklinisering, egenvård och stärkt stöd efter utskrivning samt stärka patientens delaktighet i sin vård

- Regioner*
- Fortsätt **omställningen till god och nära vård** för ökad kontinuitet och personcentrering, med högre grad av delaktighet för både patient och närstående.
 - **Möjliggör egenvård och egenmonitorering** utifrån patients behov och förutsättningar och erbjud information och utbildning kopplat till detta
 - Individanpassa erbjudandet av **stöd efter utskrivning** i högre grad
 - Öka kompetensen inom **personcentrerad vård** exv. genom riktade utbildningar
 - Överväg att **öka andelen operationer som utförs som dagkirurgi**
 - Överväg att öka möjligheten att **förbereda patienter** för operation utanför sjukhuset
- Regioner i samverkan*
- Öka implementeringstakt och tillgänglighet till **medicinsk teknik som möjliggör egenvård/egenmonitorering**, exv. genom regiongemensamma upphandlingar

4. Minska vårdbehovet genom förebyggande arbete

- Regioner*
- Stärka **sekundärpreventivt arbete** för patienter med vissa kroniska sjukdomar
 - Utöka **tidigt omhändertagande** utanför akutsjukvården för vissa akuta tillstånd, exempelvis genom att utöka jourtillgänglighet i primärvården
 - Öka införande av **fast läkarkontakt** med inriktning mot det nationella riktvärdet för fast läkarkontakt som Socialstyrelsen har fastställt

- Regioner och kommuner i samverkan*
- Stärk stödet från både regional och kommunal vård kring **patienterna med störst risk för akutbesök och inskrivning i sluten vård på sjukhus**
 - Utöka **fallpreventivt arbete** för äldre

5. Ställ om till vårdplatser på primärvårdsnivå

- Regioner och kommuner i samverkan*
- Etablera **gemensamt drivna vårdplatser** på primärvårdsnivå

6. Ställ om till vård i hemmet

- Regioner*
- Möjliggöra att vissa vårdåtgärder som traditionellt sett genomförs på sjukhus **utförs i hemmet**
- Socialstyrelsen avser att:*
- Fortsätta **terminologiarbetet** avseende vårdplatser i hemmet.

Fokusområde 5: Agera för säker vård

för att minimera undvikbar slutenvård

Somatik 



Målsättning och mått – Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård



Övergripande målsättning: Säker vård, där ingen patient drabbas av vårdskada, vilket medför ett minskat behov av sluten vård som uppkommer på grund av bristande patientsäkerhet.

Vissa mått är relevanta för flera fokusområden – flera mått inom andra fokusområden speglar även patientsäkerhet

När målet uppnås ses detta genom att:

- Att färre patienter drabbas av vårdskador, exempelvis vårdrelaterade infektioner, blåsöverfullnad och trycksår som hade kunnat undvikas.
- Vid intensivvård sker det sällan att patienter flyttas på grund av resursbrist. Patienter återinläggs på IVA enbart i undantagsfall.



Styra

Målsatta mått

- Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk sluten vård
- Överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist
- Oplanerade återinläggningar på IVA



Mäta resultat

Ej målsatta mått

- Verksamheter som genomför enkät om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE)



Generera kunskap

Utvecklingsmått

- Mått som följer upp och utvärderar arbete med personcentrerad vård
- Mått som speglar systematiskt arbete utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet



Insatsförslag i korthet – Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

1. Minimera vårdtillfällena som uppstår eller förlängs till följd av vårdskador

Regioner

- Fortsätt arbetet inom patientsäkerhet i linje med **framtagna handlingsplaner inom området Agera för säker vård, arbeta aktivt med åtgärder, förbättringar och uppföljning och uppdatering av de regionala handlingsplanerna.**
- Utöka **patientsäkerhetsarbetet i den öppna vården** för att minimera behov av sluten vård som uppstår på grund av patientsäkerhetsbrister
- **Samplanera resurser inom sjukhusen** för att hantera avvägningar mellan långa väntetider på akutmottagning och överbelastning på vårdavdelningar

Regioner i samverkan

- Fortsätt **samla kunskap om brister, skador och vårdskador** i somatisk vård genom att genomföra markörbaserade journalgranskningar

Kommuner

- Upprätta **handlingsplaner utifrån den nationella handlingsplanen** Agera för säker vård, i de fall då det saknas. Där sådana planer tagits fram: fortsätt arbetet inom patientsäkerhet utifrån dessa

Regioner och kommuner i samverkan

- Etablera **forum för gemensamma diskussioner** av patientsäkerhet runt patienter där båda huvudmännen är involverade, samt plattformar för att gemensamt följa upp avvikelser och utfall

Socialstyrelsen avser att:

- Fortsätt **stödja samordning och huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete**, bidra till gemensamt lärande kring patientsäkerhet bland annat genom att förvalta målgruppsanpassat kunskapsstöd, verktyg och metoder inom patientsäkerhet

2. Säkerställ patientsäkerhet vid införande av nya arbetssätt

Regioner och kommuner

- Stärk och **systematisera arbetet med riskanalyser** innan införande av nya arbetssätt, åtgärda eventuella risker innan dessa arbetssätt införs, samt följa upp arbetet med riskanalyser
- Stärk arbetet med att **kontinuerligt följa upp indikatorer och mått** (inklusive avvikelser) kopplade till en patientsäker vård

Regioner

- Etablera **systematisk uppföljning av patientsäkerhetsmått vid förändringsarbeten** för minskad vårdplatsbrist

Staten

- Genomför **insatser kopplade till krav på uppföljning** vid test av exempelvis nya former av uppgiftsväxling och nya yrkesroller i en liten skala

3. Säkerställ kompetens genom utbildning och fortbildning inom patientsäkerhet

Regioner

- Säkerställ **tillgång till utbildningar och fortbildningar** specifikt inom patientsäkerhetsområdet
- Arbeta aktivt med att **använda nationella kompetensmål för patientsäkerhet** när sådana finns framtagna
- Överväg att stärka kompetens inom patientsäkerhet genom **simuleringar och scenariobaserad träning**

Regioner och kommuner i samverkan

- Möjliggör **färdighetsträning**, exv. genom att upprätta center för klinisk färdighetsträning där personal i kommunal hälso- och sjukvård kan öva på tekniska och icke-tekniska färdigheter

Kommuner i samverkan

- Möjliggör **färdighetsträning**, exv. genom att upprätta center för klinisk färdighetsträning där personal i kommunal hälso- och sjukvård kan öva på tekniska och icke-tekniska färdigheter

4. Säkerställ ett personcentrerat arbetssätt

Regioner

- Implementera och utveckla verktyg och arbetssätt för en **mer personcentrerad vård** där patienten involveras som medskapare i sin egen vård med syfte att minska risken för komplikationer, vårdskador och undvikbara slutenvårdsdygn

Fokusområde 1: Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning

för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser

Psykiatri 



Målsättning och mått – Produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser



Övergripande målsättning: Säkerställa datatillgång som möjliggör systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för psykiatrins verksamheter

När målet uppnås ses detta genom att:

- Data för psykiatriska vårdplatser är jämförbar mellan regioner och håller hög kvalitet.
- Vårdavdelningarna håller disponibla vårdplatser öppna i det antal som motsvarar patientbehovet.
- Överbeläggningar används endast i undantagsfall.
- Utlokaliseringar används endast i undantagsfall.



Mäta
resultat

Ej målsatta mått

- Överbeläggningar
- Utlokaliseringar
- Beläggingsgrad



Generera
kunskap

Utvecklingsmått

- Antal dagar över/under verksamhetens eget riktvärde för beläggingsgrad
- Uppföljning av vårdtider för valda patientgrupper



Insatsförslag i korthet – Produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

1. Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser

Regioner

- Etablera förutsättningar för att planera och styra kapacitet och produktion genom att **stärka tillgång till och kvalitet på data**

Regioner i samverkan

- Enas om ett **enhetligt sätt att rapportera data**, som möjliggör att särskilja vårdplatser inom BUP och rättspsykiatri från allmän vuxenpsykiatri, samt skilja heldygnsvård från öppen vård även inom tvångsvård
- Genomför ett gemensamt **definitionsarbete gällande hur permissioner** (korta såväl som långa) hanteras i datarapportering

Socialstyrelsen avser att:

- Stödja och stärka **regiongemensamt lärande, metodutveckling och förbättrad datatillgång**
- Ta fram **riktvärden för antalet disponibla vårdplatser** och beläggningsgrad inom psykiatrisk heldygnsvård när data är enhetlig och av god kvalitet

Fokusområde 2: Säkerställ hållbar kompetensförsörjning

så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Psykatri 



Målsättning och mått – Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen



Övergripande målsättning: Att tillgången till de kompetenser som utgör störst brist inom psykiatrin förbättras på ett hållbart sätt och att tillgängligheten därigenom ökar där det finns störst behov

När målet uppnås ses detta genom att:

- Vårdplatser som tidigare varit stängda på grund av personalbrist öppnas.
- Tillgången till sjuksköterskekompetens dygnet runt i heldygnsvården förbättras i de verksamheter där det råder brist.
- Bristen på sjuksköterskor inom psykiatrin minskar. Vakanser tillsätts i större utsträckning; befintlig personal behöver inte arbeta lika mycket övertid och hyrpersonal används i mindre utsträckning för att få ihop bemanningen.
- Sjuksköterskor som arbetar i heldygnsvården stannar på sina arbetsplatser längre och har lägre sjukfrånvaro. Detta sker till stor del genom att arbetsmiljö och arbetsvillkor förbättras, särskilt vid arbete på obekväma arbetstid.



Styra

Målsatta mått

- Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor
- Avgångar för sjuksköterskor



Mäta resultat

Ej målsatta mått

- Andel rotations- /kombinationstjänster (det vill säga där arbetstiden delas mellan mottagning och avdelning och/eller att administrativ personal även har klinisk tjänstgöring)
- Andel anställningsavtal med enbart dagtid



Generera kunskap

Utvecklingsmått

- Mått på erfarenhet bland anställd personal, exempelvis genom implementerade kompetensstegar
- Antal vårdplatser stängda på grund av personalbrist



Insatsförslag i korthet – Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

2. Säkerställ hållbar kompetensförsörjning så att fler vårdplatser kan öppnas på sjukhusen

Regioner

- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet, exempelvis för att stärka ledarskapet i vården, utveckla systematiska introduktions- och mentorskapsprogram, samt andra insatser för att **öka kvarstannande**. För att minska bristen på vårdplatser kan insatser fokusera särskilt på att **stärka arbetsmiljön vid arbete på obekvämt arbetstid**, bland annat genom att säkerställa tillräcklig bemanning utifrån arbetsbelastningen samt god tillgång till stöd från mer erfarna kollegor och chefer.
- Arbeta med insatser kopplade till **friskfaktorer** för att säkerställa en god arbetsmiljö
- Lägg särskilt fokus på **riskbedömningar, insatser och rutiner för att förebygga hot och våld** på arbetsplatsen, samt sätt in uppföljande åtgärder i de fall situationer med hot och/eller våld uppstår.
- Arbeta med **kompetensförsörjningsplaner** för att säkerställa tillgång till kompetens inom såväl sluten som öppen vård
- Genomför insatser enligt förslag från Nationella vårdkompetensrådet om att **stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU)** genom samverkan i befintliga samverkansstrukturer och stärkt klinisk handledning i syfte att säkerställa att den kliniska kompetensen är tillräcklig och väl anpassad för yrkesrollens arbetsuppgifter efter examination. Ur ett vårdplatsperspektiv bör denna insats genomföras med särskilt fokus på sjuksköterskor och undersköterskor.
- Arbeta strategiskt för att **minska beroendet av bemanningspersonal** i de fall då detta påverkar kontinuiteten i verksamheten negativt
- Överväg att i **högre grad använda rotations- /kombinationstjänster** som innebär att medarbetare regelbundet och systematiskt tjänstgör inom såväl öppen vård som heldygnsvård i verksamheter där det råder brist på vårdplatser. Detta kan uppnås exempelvis genom att i nyrekryteringar prioritera att erbjuda dessa tjänster.
- Överväg att i **högre grad säkerställa att personal med administrativa tjänster** kombinerar det med klinisk tjänstgöring i dom verksamheter det råder vårdplatsbrist. Skapa tjänster som gör det möjligt att kombinera akademisk – och klinisk tjänstgöring.

Staten

- Utred behov av åtgärder i syfte att **stärka den verksamhetsförlagda utbildningen** för de yrkesgrupper som kan underlätta att hålla vårdplatser öppna. Detta kan göras exempelvis genom fortsatta satsningar på att utöka antal VFU-platser, och/eller utökad samverkan mellan lärosäten och mellan lärosäten och huvudmän
- Utred behov av att **stärka verksamhetsförlagd utbildning (VFU)**, lärande i arbete (LIA) eller motsvarande praktiskt utbildningsmoment för **undersköterskor och specialistundersköterskor** och överväg att stödja genomförandet i kliniska simuleringsmiljöer om det möjliggör fler öppna vårdplatser

Fokusområde 3: Använd kompetensen ändamålsenligt

för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal

Psykatri 



Målsättning och mått – Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal



Övergripande målsättning: Att nyttjandet av de kompetenser som det råder störst brist i psykiatri effektiviseras så att tillgänglig personal vårdar fler ineliggande patienter än idag på ett patientsäkert, högkvalitativt och arbetsmiljömässigt hållbart sätt.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Klinisk personal, särskilt sjuksköterskor, ägnar en större del av sin arbetstid åt att vårda patienter.
- Det genomsnittliga antalet sjukskötersketjänster per vårdplats reduceras vid oförändrad genomsnittligt vårdbehov/vårdintensitet – med bibehållen arbetsbelastning och patientsäkerhet – till följd av mer ändamålsenliga arbetssätt.
- Antalet vårdplatser på sjukhus som bemannas av undersköterskor med relativt begränsade insatser av sjuksköterskor och läkare ökar.
- Inom varje verksamhet varierar antalet läkare och sjuksköterskor per vårdplats i större utsträckning än idag eftersom man bemannar mer flexibelt utifrån ineliggande patienters vårdtyngd/vårdintensitet/omvårdnadsbehov.
- Vårdavdelningar som har ett mycket litet antal vårdplatser delar omvårdnadspersonal i hög utsträckning, och/eller blir färre genom sammanslagning till större enheter.
- Synen på teamets sammansättning bidrar till att alla kompetenser och yrkesroller tas till vara och inkluderas i teamet tillsammans med patienten. Hänsyn tas till medarbetarnas specifika kompetenser och erfarenhet.
- Medarbetare är delaktiga i att driva utveckling av arbetssätt som bidrar till en minskad vårdplatsbrist i verksamheterna.



Mäta
resultat

Ej målsatta mått

- Andel arbetstid ägnad åt uppgifter koppade till patientnära service
- Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till läkemedelshantering
- Andel verksamheter med realtidsuppföljning av vårdbehov/vårdintensitet
- Vårdplatser för självald/brukarstyrd inläggning



Generera
kunskap

Utvecklingsmått

- Andel arbetstid ägnad åt administration totalt (ssk)
- Bemanning per vårdplats (olika verksamheter och yrkeskategorier)
- Andel verksamheter/sjukhus med pågående uppgiftsväxlingsarbete



Insatsförslag i korthet – Använd kompetensen ändamålsenligt för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus med tillgänglig personal

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

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

Regioner

- Identifiera, utveckla och implementera ändamålsenliga metoder och verktyg för att **mäta vårdbehov/vårdintensitet** inom psykiatri
- Planera **vårdplatsnyttjande utifrån vårdbehov/vårdintensitet** och använd vårdplatstyper med lägre bemanningsbehov där möjligt
- Följ upp och utvärdera arbetet med **självald/brukarstyrd inläggning** kontinuerligt, inklusive arbetsättets påverkan på patientutfall, vårdtider och bemanning
- Minska tiden som klinisk personal ägnar åt **administration**
- **Uppgiftsväxla** mellan vårdens yrkesgrupper, med särskilt fokus på yrkeskategorier som kan avlasta i psykiatriska verksamheter

Regioner i samverkan

- Identifiera, utveckla och implementera ändamålsenliga metoder och verktyg för att **mäta vårdbehov/vårdintensitet** inom psykiatri
- **Utveckla självald/brukarstyrd inläggning** vad gäller processer, rutiner och uppföljning, för att säkerställa att vårdformen är patientsäker och ges till rätt patientgrupper

Staten

- **Kartlägg bördan av administrativa krav från nationella aktörer**, och eventuella möjligheter att minimera tidsåtgången till dessa
- Underlätta och stötta införandet av ny teknik som minskar den administrativa bördan, samt skapa förutsättningar för breddinföranden av verktyg med tidsbesparande effekt

Socialstyrelsen avser att:

- Stödja regionerna i **metodutveckling** kopplat till att **mäta vårdbehov/vårdintensitet** inom psykiatri

Fokusområde 4: Ställ om till en god och nära vård

för att minska behovet av sluten vård på sjukhus

Psykiatri 



Målsättning och mått – Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutna vård på sjukhus



Övergripande målsättning: Att omhänderta och förebygga patienters vård- och omsorgsbehov på bästa effektiva omhändertagandenivå, det vill säga med lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Vårdplatser på sjukhus används enbart för patienter med behov av heldygnsvårdens fulla resurser.
- Tillgängligheten i psykiatrisk öppen vård är god och patienter får bedömning och behandling inom vårdgarantins gränser.
- De patienter som vill och kan ges möjlighet och stöd i att utföra egenvård och egenmonitorering. Patient, närstående och vårdgivare samarbetar för att uppnå kunskap, engagemang och proaktivitet hos patienten.
- Patienter som har behov av kommunala insatser får tillgång till dessa så snart de är utskrivningsklara från sjukhus.
- Patienter blir enbart i undantagsfall inskrivna på sjukhus för tillstånd som hade kunnat förebyggas eller omhändertas i öppen vård. Primärvård och öppen specialistvård följer upp individer med psykiatriska tillstånd.



Mäta
resultat

Ej målsatta mått

- Oplanerade återinskrivningar
- Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter



Generera
kunskap

Utvecklingsmått

- Behandlingar som utförs i öppen vård – för vissa patientgrupper och åtgärder
- Psykiatrisk hemsjukvård



Insatsförslag i korthet – Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutna vård på sjukhus

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

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

Regioner

- Öka **tillgängligheten i den öppna vården**. Tillgängligheten till den öppna vården är särskilt viktig för att tidigt kunna identifiera, diagnostisera och behandla psykiatriska tillstånd, bland annat för att undvika exempelvis förvärrade symptom, längre behandling och eventuella behov av ökad vårdnivå (exempelvis i heldygnsvård eller rättspsykiatrisk vård) på sikt.
- Bygg ut **alternativ till heldygnsvård**, bland annat genom att tillgängliggöra vård i hemmet genom mobila team, dagvårdsverksamhet, snabba kontaktvägar vid behov av akuta insatser och akuta hembesök exempelvis i form av psykiatriambulanser
- Fortsätt **omställningen till god och nära vård** för ökad kontinuitet och personcentrering, med högre grad av delaktighet för både patient och närstående
- **Möjliggör egenvård och egenmonitorering** utifrån patients behov och förutsättningar och erbjud information och utbildning kopplat till detta
- Individanpassa erbjudandet av **stöd efter utskrivning** i högre grad, exempelvis genom utökad samverkan mellan heldygnsvård/rättspsykiatri och öppen vård, för att säkerställa en trygg hemgång
- Öka kompetensen inom **personcentrerad vård** exv. genom riktade utbildningar
- Säkerställ **samverkan mellan primärvård och psykiatrisk specialiserad vård** i sekundärpreventivt syfte

Regioner i samverkan

- Öka implementeringstakt och **tillgänglighet till medicinsk teknik** som möjliggör egenvård/egenmonitorering, exv. genom gemensamma upphandlingar

Regioner och kommuner i samverkan

- Säkerställ **utveckling av arbetssätt över huvudmannagränser** för att förbättra samverkan mellan specialistpsykiatri och kommun som exv. boendestöd, särskilt då alternativa vårdformer används

Fokusområde 5: Agera för säker vård

för att minimera undvikbar sluten vård

Psykiatri 



Målsättning och mått – Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård



Övergripande målsättning: Att vården är säker och att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada, vilket medför ett minskat behov av sluten vård som uppkommer på grund av bristande patientsäkerhet

När målet uppnås ses detta genom att:

- Att färre patienter drabbas av vårdskador, såsom exempelvis förlängda sjukdomsförlopp och läkemedelsrelaterade skador som hade kunnat undvikas.
- Patienter med långvariga psykiatriska tillstånd tillhandahålls bedömning och behandling för eventuella somatiska vårdbehov.



Styra

Målsatta mått

- Vårdtillfällen med vårdskador inom psykiatrisk sluten vård



Mäta resultat

Ej målsatta mått

- Verksamheter som genomför enkät om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE)



Generera kunskap

Utvecklingsmått

- Mått som följer upp och utvärderar arbete med personcentrerad vård
- Mått som speglar systematiskt arbete utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet



Insatsförslag i korthet – Agera för säker vård för att minimera undvikbar sluten vård

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

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

Regioner

- Fortsätt arbetet inom patientsäkerhet i linje med **framtagna handlingsplaner inom området Agera för säker vård**, arbeta aktivt med åtgärder, förbättringar och uppföljning och uppdatering av de regionala handlingsplanerna.
- Stärk och **systematisera arbetet med riskanalyser innan införande av nya arbetssätt**, åtgärda eventuella risker innan dessa arbetssätt införs, samt följ upp arbetet med riskanalyser
- Stärk arbetet med att **kontinuerligt följa upp indikatorer och mått** (inklusive avvikelser) kopplade till en patientsäker vård
- Etablera **systematisk uppföljning av patientsäkerhetsmått**, kopplat till exempelvis förändringar i bemanning eller en omställning till mer öppen vård
- Genomför och utvärdera effekter av utvecklingsarbeten i syfte att **åtgärda brister som identifieras under journalgranskningar**
- Säkerställ **god somatisk vård till patienter med långvariga psykiatriska tillstånd**, exempelvis genom att koppla allmänmedicinsk konsultation till psykiatriska mottagningar och avdelningar och/eller att etablera samverkanstrukturer med somatisk specialistvård
- Säkerställ tillgång till **utbildningar och fortbildningar specifikt inom patientsäkerhetsområdet**
- Arbeta aktivt med att använda **nationella kompetensmål för patientsäkerhet** när sådana finns framtagna

Regioner i samverkan

- Fortsatt **samla kunskap om brister, skador och vårdskador** i psykiatrisk vård genom att genomföra markörbaserade journalgranskningar
- Se över behovet av att gemensamt utveckla arbetssätt för att säkerställa **god somatisk vård till patienter med långvariga psykiatriska tillstånd**

Rättspsykiatri



Övergripande målsättning: Att rättspsykiatrin är dimensionerad för vårdbehovet hos de patienter som har behov av vård inom rättspsykiatrin, samt på ett personcentrerat och resurseffektivt sätt möter patientens behov på rätt vårdnivå.

När målet uppnås ses detta genom att:

- Patienter vårdas på rätt vård- och säkerhetsnivå och intas i den rättspsykiatriska vården snart efter dom om rättspsykiatrisk vård.
- Patienter skrivs ut från den rättspsykiatriska vården när de inte längre bedöms ha behov av rättspsykiatrisk slutenvård. Övergången till öppen rättspsykiatrisk, och vidare eventuell öppen allmänpsykiatrisk vård är ändamålsenlig och individanpassad.
- Vid utskrivning tillhandahåller kommuner skyndsamt ett lämpligt boende.
- Överbeläggningar förekommer enbart i undantagsfall.
- Patienter vårdas på vårdinrättning med en lämplig säkerhetsklass.
- Patienter ges möjlighet att vara delaktiga i sin egen vård.



Mäta
resultat

Ej målsatta mått

- Överbeläggningar
- Beläggningsgrad
- Sjukfrånvaro
- Personalomsättning
- Patienter i slutenvård rättspsykiatrisk vård som bedömts utskrivningsklara av kliniken
- Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till vårdnära service
- Andel arbetstid ägnad åt uppgifter kopplade till läkemedelshantering



Generera
kunskap

Utvecklingsmått

- Mått på erfarenhet
- Andel arbetstid ägnad åt olika typer av uppgifter
- Andel verksamheter med pågående uppgiftsväxlingsarbete
- Patienter som vårdas i öppen rättspsykiatrisk vård
- Mått som följer upp och utvärderar arbete med personcentrerad vård

Insatsförslag riktade till respektive aktör:

- | | |
|--|---|
| <i>Regioner</i> | <ul style="list-style-type: none">• Bygg ut möjligheterna att ge rättspsykiatrisk öppen vård, och erbjud exempelvis dagvård vid slutenvårdsklinikerna och utökad uppsökande verksamhet i patienternas boende• Stärk samverkan mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri inför och efter utskrivning från rättspsykiatrisk vård |
| <i>Regioner och kommuner i samverkan</i> | <ul style="list-style-type: none">• Upprätta lokala samverkansavtal för utskrivning från rättspsykiatrisk vård, som tar hänsyn till rättspsykiatrins specifika förutsättningar vad gäller exempelvis kommunala insatser och särskilda utskrivningsprövningar. Dessa avtal kan inkludera att en tidplan för utskrivning etableras så snart en patient skrivs in i den rättspsykiatriska vården för att möjliggöra bland annat att lämpligt kommunalt boende finns tillgängligt vid utskrivning.• Fortsätt samla kunskap om brister, skador och vårdskador inom rättspsykiatrisk vård, med särskilt fokus på läkemedel, genom att genomföra markörbaserade journalgranskningar |
| <i>Staten</i> | <ul style="list-style-type: none">• Utred behovet av ökad nationell koordinering mellan rättspsykiatriska enheter• Utred behovet av ökad nationell eller regional koordinering av kommunala boenden som är anpassade för behoven hos individer som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård• Utred behovet av nationella åtgärder för att dimensionera rättspsykiatrin för ett ökat behov av rättspsykiatrisk vård på sikt• Utred behov av rättslig reglering om samverkansavtal mellan rättspsykiatri och kommuner, som tar hänsyn till rättspsykiatrins specifika förutsättningar, alternativt ser över behov av att formulera lagen om utskrivningsklara patienter så att det kommunala ansvaret för rättspsykiatriska patienter inträder då patienten anses vara utskrivningsklar av den behandlande kliniken.• Utred behovet av att utforma en ändamålsenlig organisering för rättspsykiatrisk vård av barn (15–18 år) för att undvika att dessa vårdas tillsammans med vuxna. Detta kan exempelvis innebära att koncentrera rättspsykiatrisk vård för barn till en eller ett fåtal specialiserade enheter. |
| <i>Socialstyrelsen avser att:</i> | <ul style="list-style-type: none">• Ta fram kunskapsstöd för rättspsykiatrisk vård |



Socialstyrelsen

Plats för vård (artikelnr 2024-5-9098) kan laddas ner från
socialstyrelsen.se/publikationer.