Fakta om vårdplatser

Sveriges Kommuner och Regioner

Förord

Diskussionen om vårdplatser inom svensk hälso- och sjukvård har pågått länge och under våren 2022 har två statliga initiativ satt ett extra fokus på frågan. Regeringen avsätter 500 miljoner kronor i vårändringsbudgeten för att öka vårdens kapacitet och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bland annat analysera och föreslå mål- och riktvärden avseende antal vårdplatser och beläggningsgrad.

Frågan om vårdplatser är komplex och diskussionen blir ibland förenklad. Syftet med den här rapporten är att ge fakta om vårdplatser inom den slutna specialiserade vården utifrån olika perspektiv. Vi beskriver vad som styr behovet av vårdplatser, hur konsumtionen av vårdplatser förändrats de senaste decennierna, i Sverige och internationellt, samt vilka bedömningar som kan göras framåt. I rapporten beskrivs också vilka konsekvenserna blir då behoven inte matchas av tillgången till vårdplatser. En central fråga handlar om tillgång till personal med rätt kompetens för att kunna bemanna vårdplatser.

I slutet av rapporten finns en reflekterade del över hur vi bättre kan följa upp och säkerställa tillgången till vårdplatser utifrån behov, på såväl kort som lång sikt. Tekniska platser för förlossning och intensivvård beskrivs inte i denna rapport.

Rapporten riktar sig till politiker och tjänstepersoner på regional och nationell nivå samt till andra som är intresserade av att förstå vårdplatsfrågans komplexitet.

All fakta kommer från öppna källor som Väntetidsdatabasen, Vården i siffror, Socialstyrelsens statistikdatabas, Kvalitetsregister, SCB, Health at a Glance med flera.

Stockholm i juni 2022

Emma Spak

Sektionschef
Sektionen för hälso- och sjukvård
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **5**

Vad är en vårdplats **8**

Vårdplatser och befolkningsutveckling **10**

Så används vårdplatserna **15**

Planerad och oplanerad vård 18

Förändringar som lett till minskat behov av vårdplatser 19

Vårdplatser finns i ett sammanhang 22

Fler äldre i befolkningen har hittills kunnat hanteras med oförändrat antal vårdtillfällen 23

Sluten vård som kan undvikas 24

Samband mellan tillgången till vårdplatser och beläggningsgrad **29**

Variation och genomsnitt 31

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter **32**

Kostnad för vårdplatser **34**

Kompetensförsörjning **35**

Tillgång till rätt kompetens avgörande 37

Utvecklingsarbete pågår **38**

Diskussion och slutsatser **40**

Sammanfattning

Diskussionen om vårdplatser inom svensk hälso- och sjukvård har pågått under många år och är nu återigen aktuell i och med initiativ till ökad statlig styrning. Sveriges Kommuner och Regioner har i denna rapport samlat fakta från olika källor i syfte att synliggöra komplexiteten och bidra till en nyanserad och saklig diskussion om en viktig vårdfråga.

Sverige har minst antal vårdplatser på sjukhus vid en internationell jämförelse. Men samtidigt har Sverige tillsammans med Nederländerna den största andelen vårdplatser i långtids- och hemsjukvård, något som påverkar behovet av vårdplatser på sjukhus.

För alla åldersgrupper tillsammans har den sammanlagda vårdtiden per år minskat med 35% sedan 1998 vilket motsvarar nästan 10 000 vårdplatser. Under samma period minskade antalet vårdtillfällen med 5%. Minskningen av vårdplatser har framför allt skett genom att medelvårdtiden på sjukhus minskat från 6,8 dagar 1998 till 4,7 dagar 2020. Störst är minskningen bland de allra äldsta.

Det är huvudsakligen inom den somatiska vården som vårdplatserna minskat. Vård av cirkulationsorganens sjukdomar och cancersjukdomar står för den största minskningen men även ortopedisk vård har genomgått stora förändringar.

Mellan 70–80 procent av den slutna vården utgörs av oplanerad vård. Det finns ett stabilt mönster i form av säsongsvariation kopplad till semester och storhelger. Inflödet av akuta patienter ligger på en stabil nivå.

I alla åldersgrupper ser man en minskning av antalet vårddagar. Några skäl till detta är att många vårdbehov idag kan tillgodoses i öppen vård, dagverksamhet eller i hemsjukvård. Väl genomarbetade vårdprocesser vid många diagnoser som knä- och höftoperationer och stroke har lett till kortare vårdtider. I faktiskt antal är det den stora gruppen personer mitt i livet som belägger flest vårdplatser. Tittar man på antal vårddagar på sjukhus per invånare är den högst i gruppen 80 år och äldre.

Medicinsk utveckling och förbättrad folkhälsa har de senaste 20 åren minskat behovet av vårdplatser på sjukhus vid flera sjukdomstillstånd. Många

hälsoproblem som tidigare krävde sluten sjukhusvård kan idag förebyggas eller skötas i öppna vårdformer. Några exempel på folksjukdomar som påverkat behovet av vårdplatser är hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur.

Fler äldre i befolkningen har hittills kunnat hanteras med oförändrat antal vårdtillfällen**.** En viktig orsak är genomslag för den nya lagstiftningen om *Sammanhållen vård och omsorg vid utskrivning från sjukhus*. En kraftig minskning av utskrivningsklara patienter på sjukhus har kunnat frigöra cirka 1 000 vårdplatser på sjukhus.

En effektiv användning av vårdplatser innebär att de används för vård till personer som har behov av sjukhusets specifika kompetens och resurser. Arbeten pågår kontinuerligt för att patienter ska få sin vård på rätt vårdnivå. Men många vårdplatser måste trots detta användas för vårdbehov som hade kunnat undvikas. Genom att kontinuerligt följa upp indikatorerna återinskrivningar på sjukhus, påverkbar slutenvård, förekomsten av vårdskador och andel utskrivningsklara patienter är det möjligt att få en uppfattning av i vilken utsträckning vårdplatser på sjukhus används för vårdbehov som kanske inte hade behövt uppstå.

2010 fanns som förväntat ett visst samband mellan disponibla vårdplatser och beläggningsgrad medan detta samband 2019 är svagt. Flera regioner med få vårdplatser, exempelvis Halland och Östergötland har samtidigt relativt låg beläggningsgrad.

Det viktigaste skälet till att många budgeterade vårdplatser idag är stängda är brist på personal med rätt kompetens. En av de största utmaningarna för såväl kommuner som regioner de kommande åren är att rekrytera, behålla och vidareutbilda personal. Om dagens personaltäthet, vårdbehov och arbetssätt fortsätter utan förändringar kommer drygt hälften av ökningen av den arbetsföra befolkningen att behöva ha tagit anställning i kommuner och regioner om tio år för att klara uppdraget.

Utifrån SCB:s befolkningsprognoser kommer det att behövas ytterligare 3200 vårdplatser den närmaste 10 åren enbart utifrån de demografiska förändringarna om allt annat skulle vara oförändrat. Detta beror framför allt på att antalet äldre i befolkningen kommer att öka. Fortsätter däremot den utveckling vi haft de senaste 20 åren i samma takt kommer behovet att minska med 2 300

vårdplatser. Verkligheten kommer sannolikt att landa någonstans mitt emellan under förutsättning att pågående utvecklingsarbeten inte bromsas.

Inom hälso- och sjukvården, liksom inom övriga delar av välfärden, är det inte möjligt att lösa de utmaningar vi står inför med enbart fler arbetade timmar. Det krävs också andra åtgärder, genom nya arbetssätt och att på olika sätt minska efterfrågan och behov.

Vårdplatser på sjukhus finns i ett sammanhang och påverkas av hur den öppna vården och hemsjukvården klarar av att lösa uppgiften att erbjuda god och säker vård och omsorg. Inom ramen för omställningen till Nära vård pågår i nuläget ett stort antal utvecklingsarbeten runt om i landet. Proaktiva arbetssätt införs, samarbetet över vårdgränser förbättras och patienter får stöd att bli mer delaktiga i vården av sin egen hälsa.

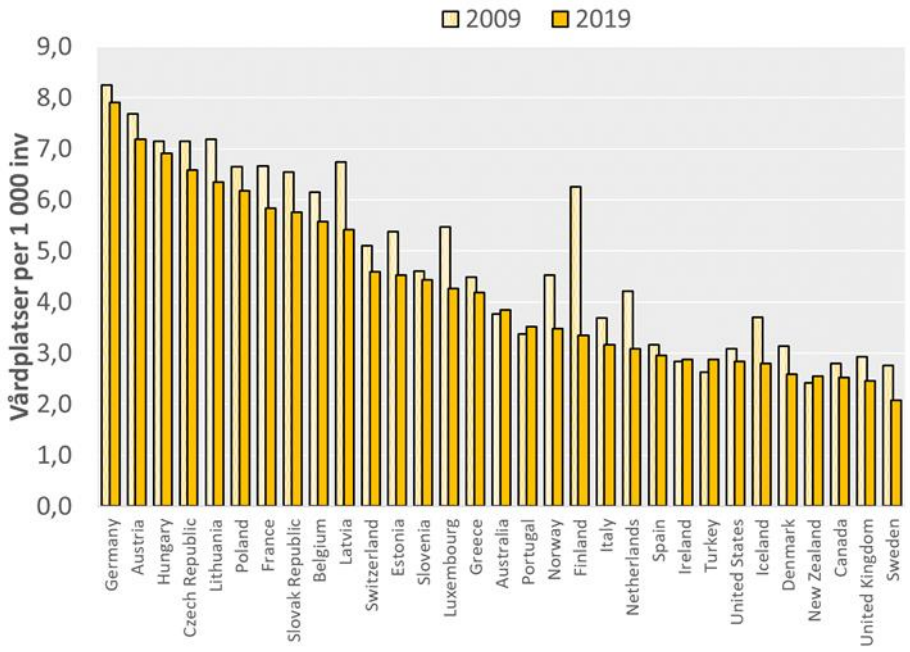
Vad är en vårdplats

Socialstyrelsen definierar i sin termbank begreppet vårdplats som ligg- eller sittplats på vårdenhet som kan användas för vård eller behandling. I denna rapport används genomgående begreppet vårdplats för det som termbanken definierar som disponibel vårdplats, d v s ”vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö”. Det avser alltså vårdplats som står redo för omedelbar användning.

Definitionen förutsätter att platsen finns i sluten vård. Begreppet sluten vård definieras som hälso- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses i öppen vård eller hemsjukvård.

Enligt SKR:s Väntetidsdatabas fanns år 2021 i genomsnitt drygt 17 500 disponibla vårdplatser. Av dessa fanns de allra flesta, 80%, i somatisk sluten specialiserad vård. I en internationell jämförelse är det sammanlagda antalet vårdplatser det lägsta bland länder i Västeuropa och Nordamerika.

Diagram 1. Vårdplatser på sjukhus i internationell jämförelse 2009 och 2019



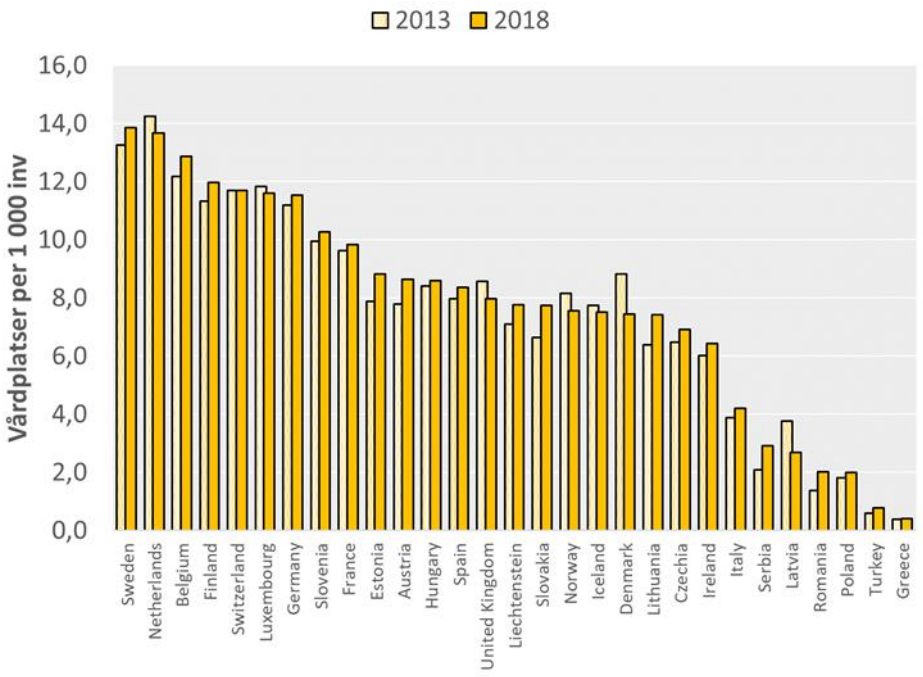
Källa: OECD, Health at a Glance 2021, https:\\stat.link/upe1dn

Att dra slutsatser av jämförelsen i diagram 1 förutsätter att hänsyn tas till att sjukvårdssystemen och sjukvårdsstrukturerna skiljer sig åt mellan länder inom OECD.

En av förklaringarna till skillnaderna är den svenska ÄDEL-reformen 1992. Då blev kommunerna huvudmän för hälso- och sjukvård när vården av de mest sjuka äldre flyttades från landstingens långvårdsavdelningar till kommunernas särskilda boenden (SÄBO). Syftet var att sjuka äldre personer skulle få sitt samlade behov av vård- och omsorg och socialtjänst tillgodosett i mer hemlika former. I halva Sverige övertog kommunerna samtidigt ansvaret för hemsjukvården. Den senaste tioårsperioden har avtal tecknats mellan landsting och kommuner kring övertagande av hemsjukvård i resten av landet och i Norrtälje, men inte i resten av Stockholms län. Avtalen är anpassade efter de regionala förutsättningarna och har olika omfattning. Kommunernas ansvar omfattar hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå utom läkarmedverkan som alltid är regionens ansvar.

Hur olika det här ser ut inom EU framgår av den statistik som redovisas av unionens statistikmyndighet Eurostat. Originaldata redovisas som vårdplatser per 100 000 invånare, men här har de räknats om till platser per 1 000 invånare för att underlätta jämförelsen med utfallen i diagram 1 på föregående sida.

Diagram 2. Vårdplatser i långtids- och hemsjukvård (Long-term care beds in nursing and residential care facilities)



Källa: Eurostat, Health in the European Union – facts and figures, Healthcare resource statistics – beds.

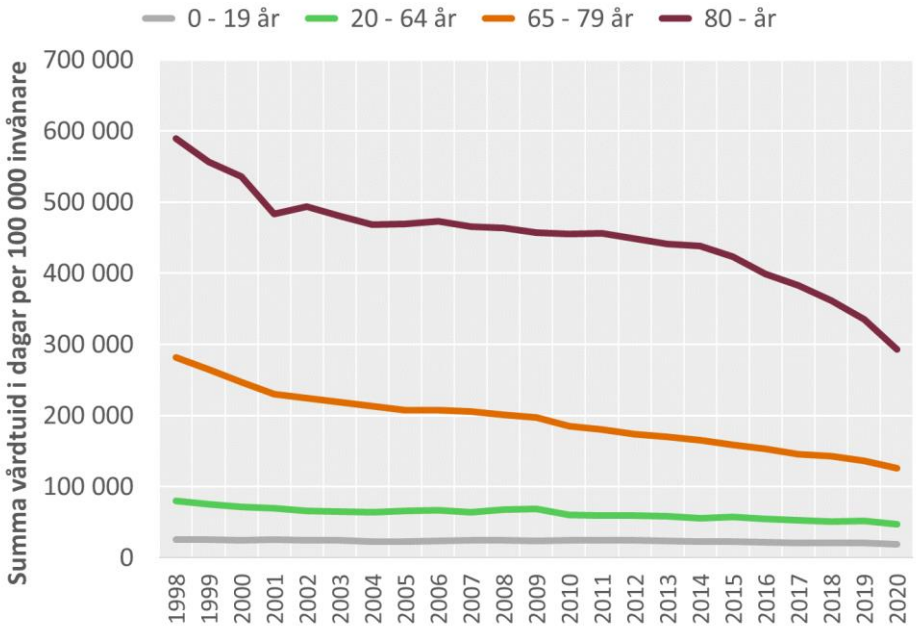
Sverige har minst antal vårdplatser på sjukhus men samtidigt tillsammans med Nederländerna den största andelen vårdplatser i långtids- och hemsjukvård, vilket påverkar behovet av vårdplatser på sjukhus. Därtill kommer möjligheter för vissa patienter att erhålla specialiserad vård i hemmet, en verksamhet som inte följs upp på ett systematiskt sätt.

Vårdplatser och befolkningsutveckling

Socialstyrelsen har till sitt Patientregister samlat in data över den slutna vården på vårdtillfällesnivå sedan 1964. Inrapporteringen är reglerad i föreskrift och är därmed komplett. Sedan 1998 sker klassifikationerna där enligt ICD-10-SE och år 1998 har därför valts som startpunkt för de jämförelserna över tid som görs här. Data publiceras årsvis i Socialstyrelsens statistikdatabas.

Konsumtionen av sluten vård följs bäst med mätetalen för summan vårdtid i sluten vård. Vårdtid definieras som tid under vilken ett vårdtillfälle äger rum, och beräknas per vårdtillfälle som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum.

Diagram 3. Summa vårdtid i sluten vård per 100 000 invånare och år 1998 - 2020



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Patientregistret och SCB:s statistikdatabas
Folkmängd den 31 december varje år

För alla åldersgrupper tillsammans har den sammanlagda vårdtiden per år minskat med 35% sedan 1998, eller i faktiskt antal med 3,6 miljoner dagar. Räknas det om till ett genomsnitt per dag för varje år motsvarar minskningen nästan 10 000 vårdplatser.

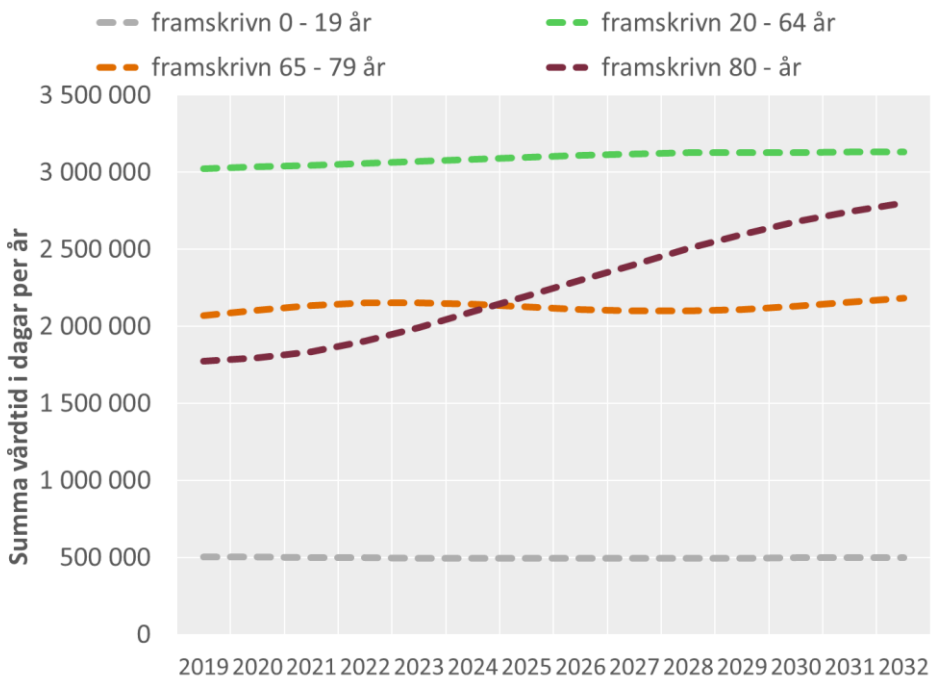
Under samma period har antalet vårdtillfällen minskat med bara 90 000 eller 5%. Även om hänsyn tas till att befolkningen under perioden ökat med 1,5 miljoner är tendensen tydlig. Förändringen består nästan helt av att vårdtiderna per vårdtillfälle, medelvårdtiden, blivit kortare. Den var 4,7 dagar år 2020, jämfört med 6,8 dagar 1998. Störst är minskningen bland de allra äldsta. Förklaringen till detta handlar om nya utrednings- och behandlingsmetoder men också om en minskning av utskrivningsklara patienter på sjukhus. Den

medicinska kvaliteten på vården är god. Även de äldsta får idag del av nya behandlingsmöjligheter vid till exempel stroke och hjärtinfarkt.

Idag uppmärksammas de demografiska förändringarna som en av de största utmaningarna för hälso- och sjukvården under det kommande decenniet. Gruppen 80 år och äldre beräknas öka med drygt 47% (264 000 personer) och 2032 utgöra nästan 8 % av befolkningen enligt den framskrivning SCB gjort i april 2022.

En framskrivning av den sammanlagda vårdtiden per år baserad enbart på SCB:s framskrivning av folkmängden i Sverige ger följande bild:

Diagram 4. Framskrivning av summan vårdtid i dagar per år 2019 – 2032

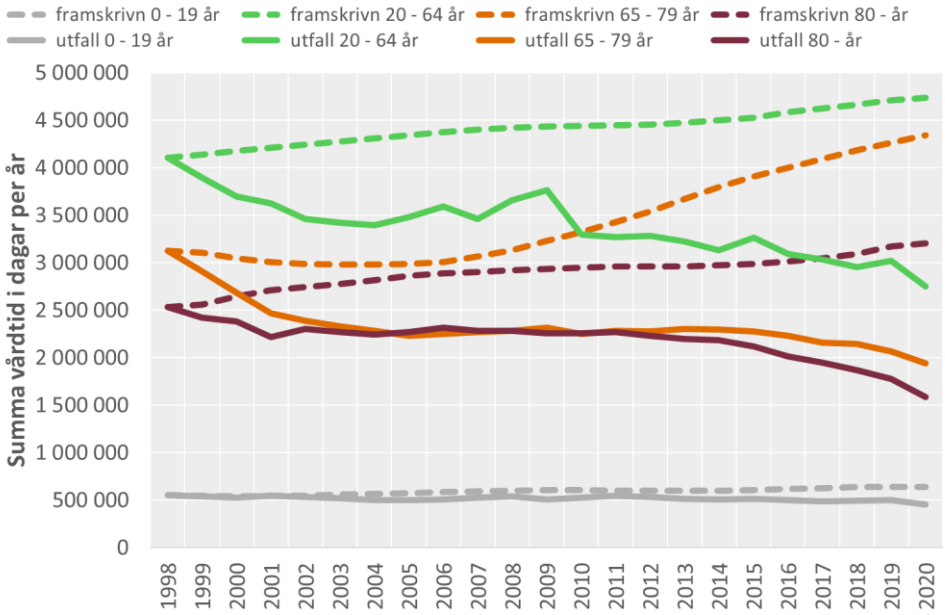


Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, patientregistret och SCB:s befolkningsframskrivning från 2021-06-03

Gruppen 80 år och äldre kommer enligt denna framskrivning att behöva ytterligare drygt 2 500 vårdplatser. För alla åldrar sammantaget beräknas behovet av vårdplatser öka med nästan 3 200 som en följd av de demografiska förändringarna, allt annat oförändrat.

Att återvända till läget 1998 och beräkna det behov av sluten vård som den ökande befolkningen 22 år framåt borde ha gett och jämföra det med den faktiska utvecklingen, ger en möjlighet att i backspegeln se hur utvecklingen i övrigt, bortsett från befolkningsutvecklingen, påverkat konsumtionen av platser i sluten vård.

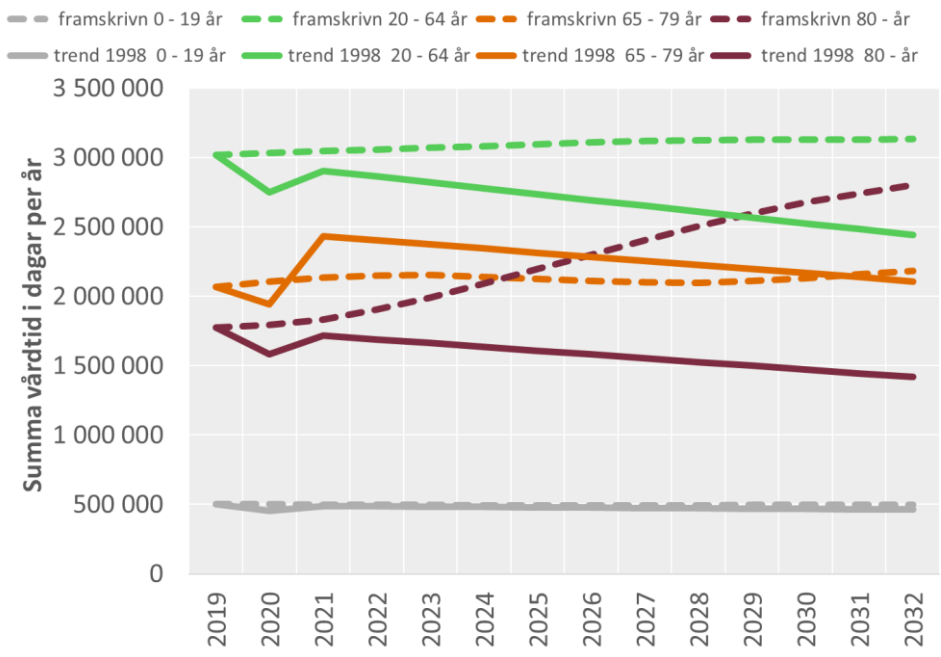
Diagram 5. Framskriven och faktisk vårdtid 1998 - 2020



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Patientregistret

Om utvecklingen 10 år framåt följer den faktiska trenden de senaste drygt 20 åren kommer behovet av vårdplatser, framförallt för de allra äldsta, att se helt annorlunda ut jämfört med vad som visas i diagram 4. Vid ett sådant scenario kommer konsumtionen av sluten vård, uttryckt i vårdtid, mellan åren 2019 och 2032 att minska med drygt 800 000 dagar och behovet av vårdplatser minska med 2 300 platser. Skillnaderna uppstår huvudsakligen i grupperna 20 – 64 år och 80 år och äldre.

Diagram 6. Framskrivningar av vårdtid 2019 – 2032, 2 scenarier



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Patientregistret och SCB:s statistikdatabas, befolkningsframskrivningar, folkmängd efter region, ålder och år 2021-06-03

För gruppen 80 år och äldre kan skillnaderna mellan framskrivning och faktiskt utfall sammanfattas i en tabell.

Tabell 1. Sammanfattande tabell över framskrivning av vårdtid i dagar för personer 80 år och äldre

	1998	2020	
Vårdtid i dagar personer 80 år och äldre	**antal**	**antal**	**förändring**
Framskrivning med 1998 som startpunkt	2 533 809	3 207 307	27%
Faktiskt förändring	2 533 809	1 584 053	-37%

	2019	2032	
Vårdtid i dagar personer 80 år och äldre	**antal**	**antal**	**förändring**
Framskrivning med 2019 som startpunkt	1 775 328	2 801 685	58%
Framskrivning med 2019 som startpunkt och tendensen från den faktiska förändringen 1998–2020 som beräkningsgrund	1 775 328	1 417 748	-20%

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, Patientregistret och SCB:s statistikdatabas, befolkningsframskrivningar, folkmängd efter region, ålder och år 2021-06-03

Dessa scenarier är rent hypotetiska och är baserade antingen på befolkningsförändringar, de faktiska eller de av SCB framtagna prognoserna, eller på förlängning av tidigare trender. Det enda som med säkerhet kan sägas om vårdplatskonsumtionen 2032 är att det inte kommer vara den som de framskrivna graferna och tabellen visar.

Det finns alltså faktorer, okända och kända, som påverkar det framtida behovet av sluten vård i högre grad än befolkningsutvecklingen. Exempel på sådana faktorer är den medicinska utvecklingen och utveckling av nya tekniker och vårdformer som gör att vård och behandling som idag behöver den slutna vårdens resurser kan utföras i öppen vård, i patientens hem eller kanske inte alls. Utvecklingen från 1998 och till idag visar på att så är fallet och längre fram i rapporten pekas på några sådana exempel.

Så används vårdplatserna

Sluten vård används efter individuell bedömning om en patient är i behov av resurser som inte finns att tillgå i öppen vård eller hemsjukvård. Vilka sjukdomstillstånd som har lett till vård på sjukhus framgår av Socialstyrelsens statistikdatabas. Där finns uppgifter om vårdtillfällen och vårdtid utifrån diagnos att tillgå.

Uppgifterna om sammanlagd vårdtid i dagar fördelad per diagnos enligt det internationella klassifikationssystem ICD-10 kan räknas om till ett genomsnitt per dag. Det motsvarar då hur många vårdplatser patienter med dessa diagnoser belagt. I tabell 2 på nästa sida visas detta per kapitel i klassifikationssystemet och begränsat till de 10 kapitel som har störst vårdplatsanvändning.

Tabell 2. Vårdplatsanvändning per kapitel i ICD-10

Kapitel ICD-10	1999 vårdplatser	2019 vårdplatser
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar F00-F99	4 746	4 419
Cirkulationsorganens sjukdomar I00-I99	4 734	2 643
Tumörer C00-D48	3 110	1 803
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker S00-T98	2 393	1 799
Andningsorganens sjukdomar J00-J99	1 539	1 448
Matsmältningsorganens sjukdomar K00-K93	1 528	1 309
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes R00-R99	1 067	959
Graviditet, förlossning och barnsängstid O00-O99	978	842
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven M00-M99	1 414	812
Sjukdomar i urin- och könsorganen N00-N99	851	811

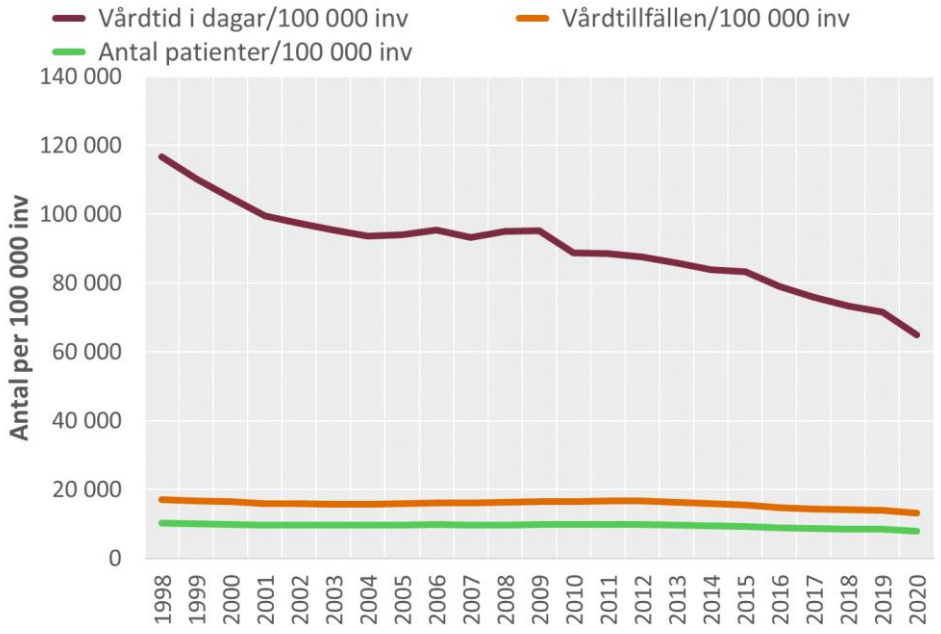
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas patientregistret

Det är huvudsakligen inom den somatiska vården som vårdplatsanvändningen minskat. Vård av cirkulationsorganens sjukdomar och cancersjukdomar står för den största minskningen men även ortopedisk vård har genomgått stora förändringar.

Att klara vårduppdraget med färre vårdplatser har framför allt gjorts möjligt genom att antalet vårddagar minskat. Antalet vårdtillfällen har varit nästan oförändrat. I faktiskt antal är det den stora gruppen personer mitt i livet som belägger flest vårdplatser.

Inom opererande specialiteter har snabba vårdförlopp introducerats och dagkirurgi ökat. Två exempel med stora operationsvolymer är ledplastiker och ljumskbråck. Vid knä- och höftplastik har ett normalförlopp idag vid många kliniker en förväntad vårdtid på 1–2 dagar inklusive operationsdag. Andelen operationer vid ljumskbråck som genomförs i dagkirurgi har ökat från 33% 1992 till 81% år 2020. Modern strokevård har inneburit en minskad medelvårdtid från 7,4 dagar 2014 till 6 dagar 2020.

Diagram 7. Förändring av antal patienter, vårdtillfällen och vårddagar räknat per 100 000 invånare 1998 - 2020

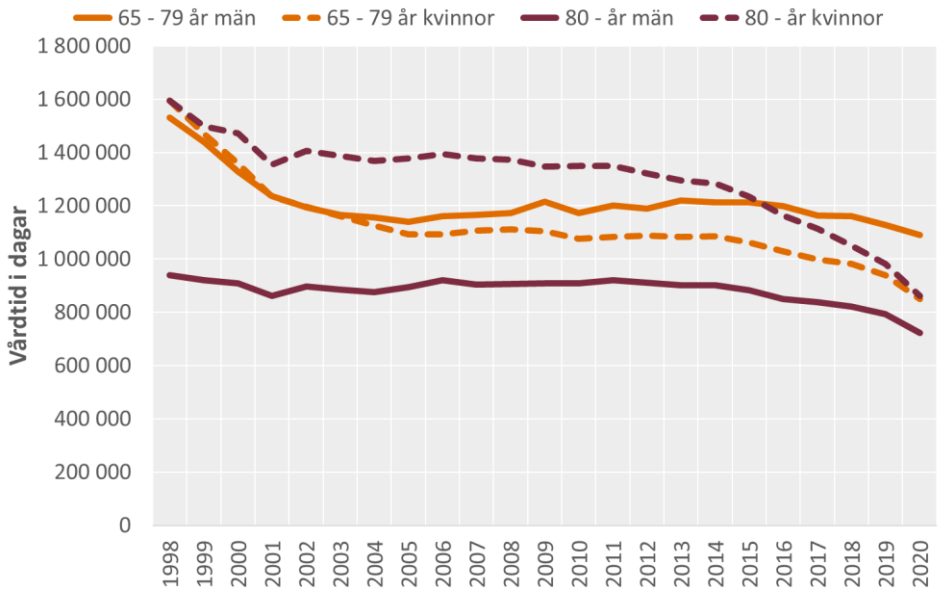


Källa: Socialstyrelsens Statistikdatabas Patientregistret

Som framgår av Diagram 3 på sidan 11 så är summan vårdtid på sjukhus per 100 000 invånare högst i gruppen 80 år och äldre.

Några större könsskillnader kan inte ses på den här aggregerade nivån för åldrarna upp till 65 år. Därefter och framförallt för gruppen 80 år och äldre får skillnader i medellivslängd mellan könen genomslag i vårdplatsanvändningen. Noterbart är att skillnaderna mellan könen i den äldsta gruppen minskat tydligt från 2015 och framåt.

Diagram 8. Vårdtid i dagar fördelat på ålder och kön



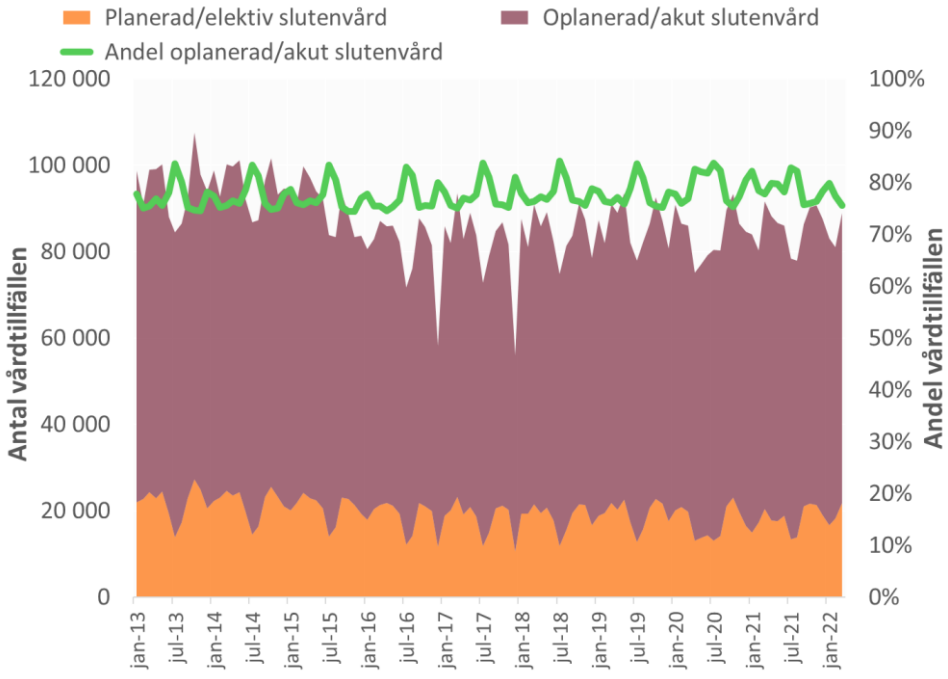
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas patientregistret

Planerad och oplanerad vård

I SKR:s Vårdtillfällesdatabas redovisas sedan år 2013 månadsvisa data över vårdtillfällen i slutenvård. Databasen innehåller i huvudsak samma uppgifter som Socialstyrelsens patientregister, men redovisar även vårdtillfällen uppdelade på planerad, elektiv vård och oplanerad, akut vård. En svaghet med databasen är dock att det helt saknas data från två regioner och för personer yngre än 65 år från fem andra regioner.

Begreppet planerad vård innebär att inskrivningen i sluten vård är förutbestämd och tid är avtalad med patienten. Begreppet elektiv vård används synonymt med planerad vård och avser alltså vård som kan senareläggas utan fara för patienten. Akut eller oplanerad slutenvård förutsätter att patientens behov av sluten vård måste tillgodoses omedelbart och utan fördröjning efter att behovet konstaterats.

Diagram 9. Vårdtillfällenas fördelning mellan planerad och oplanerad sluten vård



Källa: SKR Vårdtillfällesdatabasen (ej kompletta data för riket)

Fördelningen mellan planerad och oplanerad vård är förvånansvärt stabil under perioden från 2013 till början av 2022. Runt 80% av vårdtillfällena utgörs av oplanerad vård. Den planerade slutna vården är oftast kopplad till olika kirurgiska ingrepp utförda inom de opererande specialiteterna. Det finns ett stabilt mönster i form av säsongsvariation kopplad till semesterperioderna och storhelger. Inflödet av akuta patienter ligger på en stabil nivå, men även här finns säsongsvariationer.

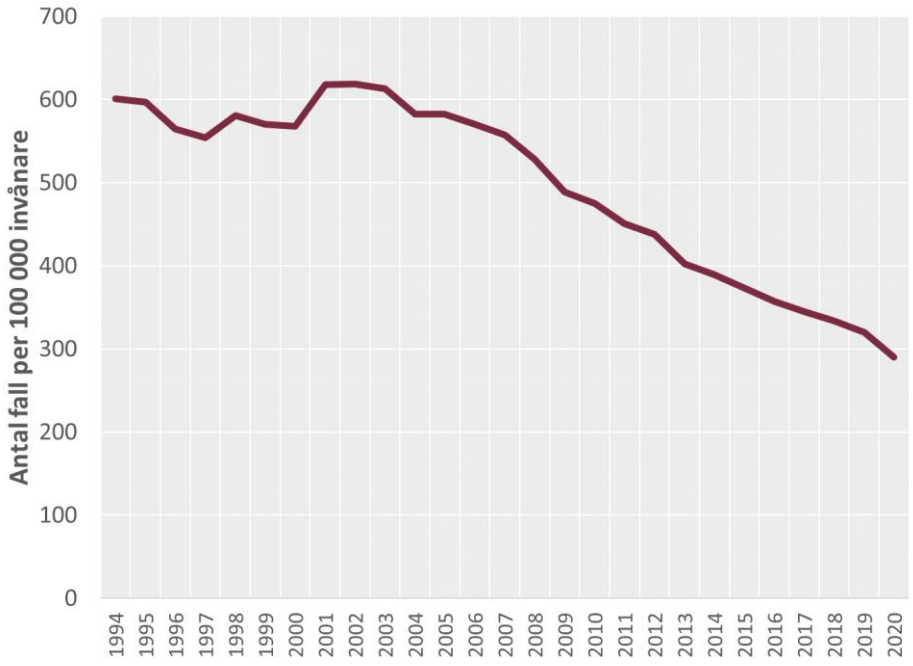
Förändringar som lett till minskat behov av vårdplatser

Medicinsk utveckling och förbättrad folkhälsa har de senaste 20 åren minskat behovet av vårdplatser på sjukhus vid flera sjukdomstillstånd. Många hälsoproblem som tidigare krävde sluten sjukhusvård kan idag förebyggas eller skötas i öppna vårdformer. Några exempel på folksjukdomar som påverkat behovet av vårdplatser är hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur.

Hjärtinfarkt

Risken att insjukna i hjärtinfarkt har halverats på 20 år. Samtidigt har behandlingsmöjligheterna förbättrats. Fler patienter överlever med fortsatt god hälsa. Utvecklingen har varit särskilt gynnsam för de äldsta som också får del av avancerade behandlingar med goda resultat.

Diagram 10. Förekomst av fall med akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare

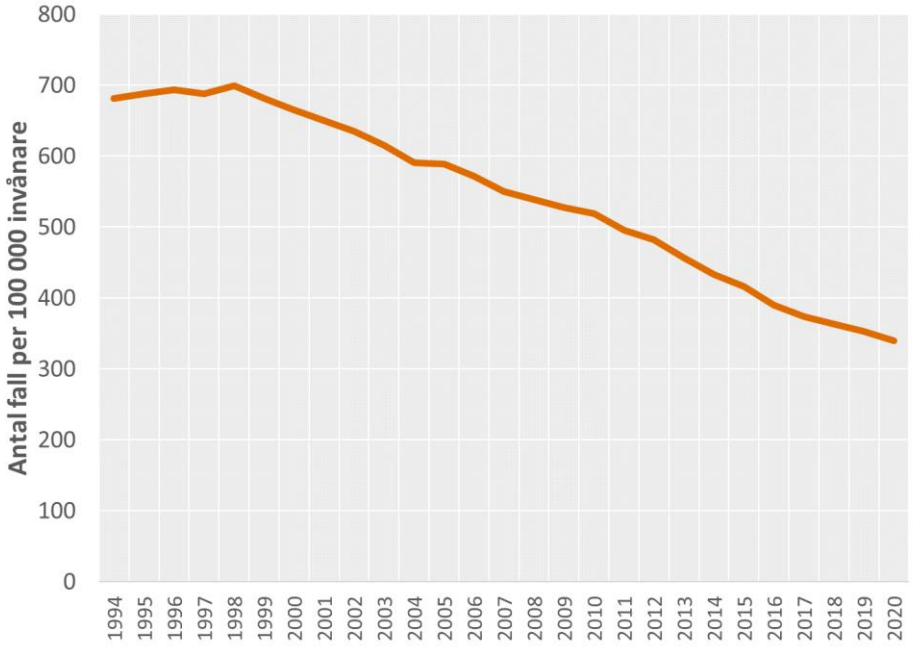


Källa: Vården i siffror som hämtat data från Socialstyrelsens patientregister (I21 och I22 som huvud- eller bidiagnos)

Stroke

Patienter som vårdas efter stroke är den patientgrupp som kräver flest vårddagar i Sverige. Fyra av fem är över 65 år. Risken att drabbas av stroke har minskat med 50% på 20 år.

Diagram 11. Förekomst av fall med stroke per 100 000 invånare



Källa: Vården i siffror som hämtat data från Socialstyrelsens patientregister (I61, I63 och I64 som huvud- eller bidiagnos)

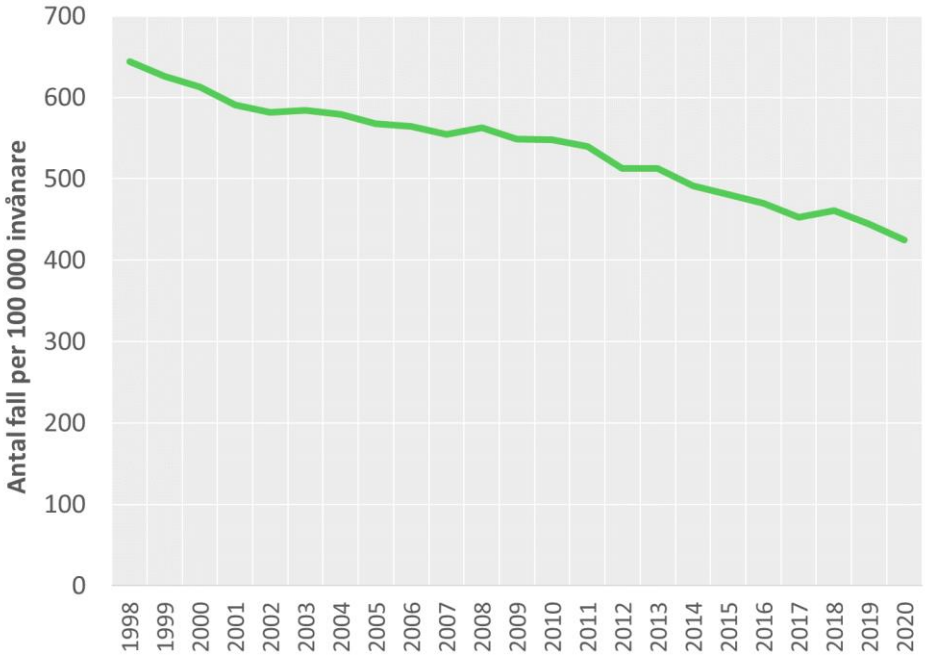
År 2020 insjuknade nästan 23 000 personer i stroke. Nya behandlingsmetoder har förbättrat prognosen och idag avlider endast 16 % av patienterna inom 90 dagar. Medelvårdtiden på akutsjukhusen är 7 dagar. Det finns fortfarande stora variationer mellan sjukhus, vilket till viss del kan förklaras av olika nyttjande av tidig utskrivning med fortsatt strokerehabilitering i hemmet eller inom annan slutenvård. 79 % av patienterna skrivs ut till eget boende. Vid tre månader efter insjuknandet klarar 70 % av sitt vardagsliv på egen hand eller med stöd av anhöriga, 18 % har hemtjänst och 10 % bor i särskilda boenden.

Höftfraktur

Fallolyckor utgör cirka 70 procent av olycksfallen och är den i särklass vanligaste skadeorsaken till sluten vård på sjukhus. 16 000 fall leder årligen till höftfraktur. Sedan början av 2000-talet har antalet som skrivs in på sjukhus med lårbensfraktur minskat, särskilt bland kvinnor.

Medelvårdtiden efter en höftfraktur har successivt minskat under flera decennier. I slutet av 1980-talet var medelvårdtiden 19 dagar. År 2017 var den 8,4 dagar medan den minskat till 7 dagar för såväl 2019 som 2020.

Diagram 12. Antal personer 50 år och äldre med höftfraktur per 100 000 invånare



Källa: Vården i siffror som hämtat data från Socialstyrelsens patientregister (S72 som huvuddiagnos)

Hjärtinfarkt, stroke och höftfraktur är stora folksjukdomar och kvinnor och män med dessa diagnoser upptar därför naturligt många av sjukhusens platser. Den medicinska utvecklingen går framåt även inom många andra områden, Några exempel är cancerbehandling i öppenvård, modern behandling vid reumatiska sjukdomar och färre sena komplikationer vid diabetes.

Vårdplatser finns i ett sammanhang

De mest sjuka äldre beräknas av Socialstyrelsen till över 300 000 personer och utgör cirka 15% av befolkningen 65 år och äldre. Denna grupp består av kvinnor och män som erhåller omfattande sjukvård, omfattande omsorg och ofta får del av bådadera. De flesta av dessa personer har flera sjukdomar samtidigt, är sköra och har små marginaler.

Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs i hemmet. I nedanstående tabell visas antalet platser där vård och omsorg bedrivs på och utanför sjukhus.

Tabell 3. Vårdplatser i olika vårdformer

Verksamhet	När	Platser
Sjukhus	mars 2022	18 123
Hemsjukvård	december 2020	260 728
Särskilt boende	mars 2022	73 720
Korttidsvård	mars 2022	7 486
LSS-boende	oktober 2021	30 423

Källa: SKR:s Väntetidsdatabas, Socialstyrelsens statistikdatabas äldreomsorg

Behovet av vårdplatser på sjukhus påverkas av hur den öppna vården och hemsjukvården klarar av att lösa uppgiften att erbjuda god och säker vård och omsorg. Inom ramen för omställningen till Nära vård pågår i nuläget ett stort antal utvecklingsarbeten runt om i landet. Proaktiva arbetssätt införs, samarbetet över vårdgränser förbättras och patienter får stöd att bli mer delaktiga i vården av sin egen hälsa. Arbete pågår för att andelen som har en fast läkarkontakt och en fast vårdkontakt i primärvård ska öka. Enkla kontaktvägar för sköra personer tillsammans med en god förhandsplanering påverkar inflödet till sjukhus medan samverkan vid utskrivning och den fortsatta vården i hemmet har betydelse för om nya behov av sjukhusvård uppstår. Den ordinarie hemsjukvården kompletteras också på många håll med mobila team som kan göra bedömningar och ge behandling i hemmet som ett alternativ till att transportera sköra äldre personer in till sjukhus. Därtill kommer ett teknikskifte med ökad digitalisering som ännu är långt ifrån färdigutvecklat.

Fler äldre i befolkningen har hittills kunnat hanteras med oförändrat antal vårdtillfällen

Ju fler äldre personer i befolkningen, desto större behov av hälso- och sjukvård. Efter 2010 har antalet äldre i befolkningen ökat med 200 000 personer. Nu börjar också den stora 40-talsgenerationen passera 80 år. Trots ett ökat antal äldre har antalet vårdtillfällen för personer över 65 år varit oförändrat samtidigt som antalet vårddagar på sjukhus för äldre minskat kraftigt. Den minskade vårdkonsumtionen på sjukhus bland personer 80 år och äldre sedan 1998 kan uppskattas till att handla om 2 600 vårdplatser.

En viktig orsak är genomslag för den nya lagstiftningen om *Sammanhållen vård och omsorg vid utskrivning från sjukhus* som trädde ikraft 2018. En kraftig minskning av utskrivningsklara patienter på sjukhus har kunnat frigöra cirka 1 000 vårdplatser på sjukhus.

De senaste 10 åren har också många förbättringsarbeten skett som minskat behovet av vårdplatser på sjukhus. Arbetet med omställning till Nära vård innebär en kraftsamling. Några exempel är:

- Regelbundna läkemedelsgenomgångar med stöd av farmaceut då behandlingen omprövas har lett till minskad användning av läkemedel som är olämpliga för äldre
- Identifiering av personer med risk för fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion efterföljt av förebyggande åtgärder med uppföljning i kvalitetsregistret Senior alert
- Mobila team som erbjuder alternativ till besök på akuten och vård på sjukhus. De är ett komplement till ordinarie hemsjukvård till personer med instabil sjukdom och omfattande vårdbehov
- Standardiserad bedömning av vitalparametrar i hemmet med kommunikation enligt SBAR (ViSam)
- Tidig demensutredning och diagnos följt av stöd från demensteam
- Intensiv hemrehabilitering i äldreomsorg
- Specialiserad vård i hemmet exempelvis vid palliativ vård
- Hemmonitorering och stöd till egenvård vid kronisk sjukdom till exempel diabetes, astma, KOL och hjärtsvikt

Sluten vård som kan undvikas

En effektiv användning av vårdplatser innebär att de används för vård till personer som har behov av sjukhusets specifika kompetens och resurser. Arbeten pågår kontinuerligt för att patienter ska få sin vård på rätt vårdnivå.

Men många vårdplatser måste idag ändå användas för vårdbehov som hade kunnat undvikas. Områden där förbättringsarbeten pågår och behöver fortsätta är att minska återinskrivningar och vårdskador samt att förbättra den öppna vården och utveckla samarbetet med den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

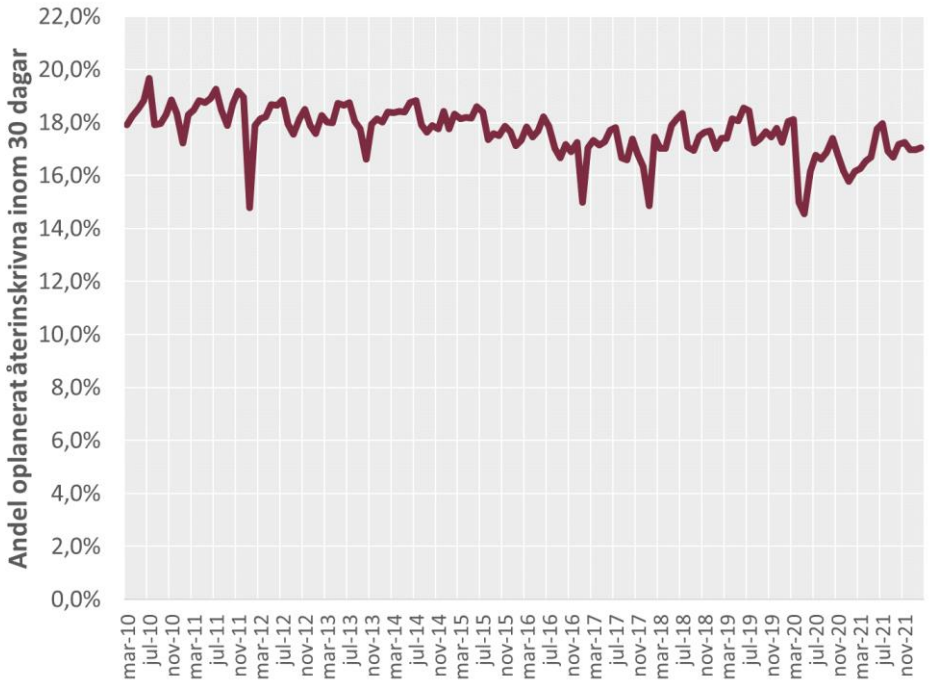
Återinskrivning på sjukhus

Oplanerad återinskrivning på sjukhus inom 30 dagar är en indikator som

visar andelen under mätperioden avslutade vårdtillfällen där patienter 65 år och äldre oplanerat återinskrivits på sjukhus 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle. Oplanerad återinskrivning är en, såväl nationellt som internationellt, ofta använd indikator som avser att beskriva kvaliteten i det sammanhållna vård- och omsorgssystemet. Indikatorns bakgrund är att en patient som skrivits ut från sluten vård inte ska vara i behov av ny oplanerad slutenvård inom 30 dagar. Indikatorn belyser därmed utskrivning från sluten vård där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnad.

Andelen återinskrivningar har på totalen minskat något. Här är andelen relaterad till det totala antalet oplanerat inskrivna patienter.

Diagram 13. Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar.



Källa: Vården i siffror som hämtat data från SKR:s vårdtillfällesdatabas (ej kompletta data för riket)

Andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, är ungefär dubbelt så hög för de mest sjuka äldre jämfört med alla patienter 65 år och äldre. Andelen återinskrivningar är hos de mest sjuka äldre 28 procent att

jämföra med hela gruppen 65 år och äldre där den är 14 procent. Här är andelen relaterad till antalet oplanerat och planerat inskrivna patienter[1].

Vårdskador

I patientsäkerhetslagen definieras en vårdskada som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Den vanligaste skadetypen är vårdrelaterad infektion, VRI. Vanligt är också skador vid kirurgiska och invasiva åtgärder, trycksår, läkemedelsrelaterade skador, blåsöverfyllnad och fall. ”Annan typ av skada” innefattar bland annat hudskador andra än trycksår och ytliga kärlskador, trombos, emboli, postpartum/obstetriska skador och allergiska reaktioner.

Andelen patienter som fått skador eller vårdskador inom somatisk slutenvård för vuxna har minskat signifikant under perioden 2013 - 2020. Vid markörbaserad journalgranskning sågs i 11 procent av de granskade vårdtillfällena 2020 en eller flera skador och i 6 procent vårdskador[2]. Medelvårdtiden för granskade vårdtillfällen 2020 var 7 dagar. För vårdtillfällen utan skador var medelvårdtiden 6 dagar och för vårdtillfällen med skador 13 dagar.

Andelen patienter med skador ökar med ökande ålder, i åldersgruppen 18 - 49 år noterades 8 procent skador och i åldersgruppen 85 år eller äldre var motsvarade siffra 12 procent. Den vanligaste skadetypen var vårdrelaterad infektion, VRI, med 32 procent av skadorna. Vanligt var också skador vid kirurgiska åtgärder, trycksår, läkemedelsrelaterade skador, blåsöverfyllnad och fall.

---

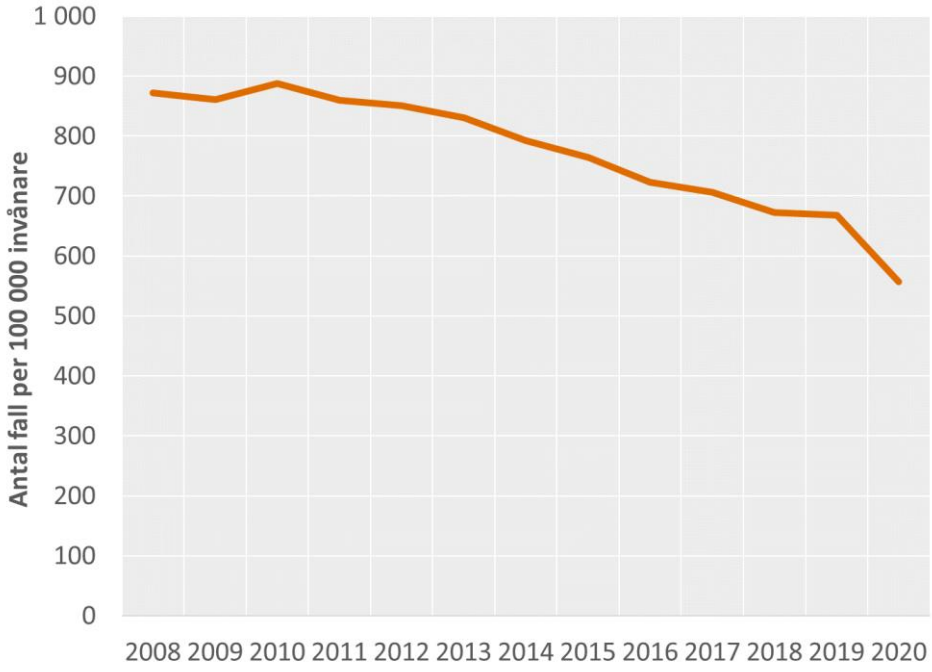
[1] Socialstyrelsens rapport, Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf

[2] Markörbaserad journalgranskning Skador i somatisk vård 2013–2020 på nationell nivå, https://skr.se/download/18.5627773817e39e979efef4ae/1643723403024/Markorbaserad_journalgranskning_somatisk_vard_kort_SKR_2020.pdf

Förbättrad öppenvård

Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom är en indikator som visar antalet slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 20 år eller äldre, för patienter med sjukdomstillstånden hjärtsvikt, diabetes, astma och KOL. Uppgifterna är åldersstandardiserade. De senaste 10 åren har antalet vårdtillfällen vid dessa kroniska sjukdomar minskat succesivt och under pandemiåren kraftigt. Detta kan ses som ett tecken på en effektivare öppen vård där patientens möjlighet att få stöd till egenvård är en pusselbit.

Diagram 14. Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom



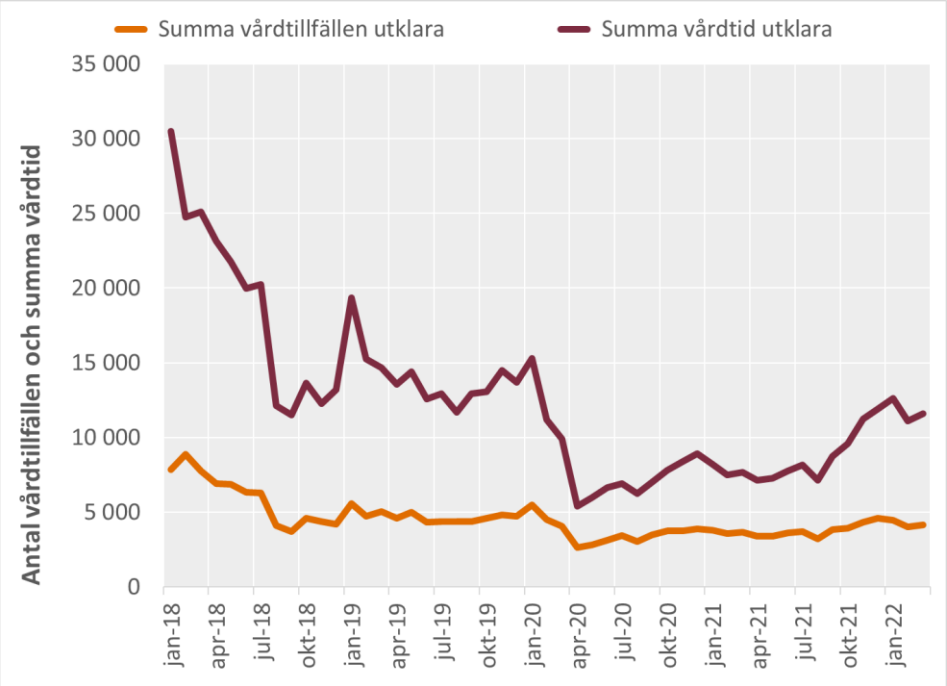
Källa: Vården i siffror som hämtat data från Socialstyrelsens patientregister

Indikatorn *Påverkbar slutenvård – 65 år och äldre* avser fler sjukdomstillstånd som med en välfungerande öppenvård bedöms kunna undvikas. Bland de diagnoser som valts ut finns sådana som bedöms belysa hur väl den öppna vården handlägger kroniska eller mer långvariga sjukdomstillstånd. Även några mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedöms ha kunnat förhindra inskrivning på sjukhus ingår. För denna indikator har utvecklingen stått mer stilla bortsett från en kraftig minskning under pandemin.

Utskrivningsklara patienter

Ny lagstiftning 2018 kring samverkan vid utskrivning från sjukhus har framgångsrikt införts i hela landet. Antalet vårddagar på sjukhus för utskrivningsklara patienter inom somatisk vård minskade de första åren med 75%. Minskningen av vårdplatser på sjukhus som upptas av utskrivningsklara patienter beror dels på att en större andel skrivs ut samma dag men också på att medelvårdtiden som utskrivningsklar har minskat i hela landet. Efter att ha legat stabilt lågt under pandemin har medvårdtiden ökat något det sista halvåret. Noteras kan att det finns en stor variation mellan regionerna.

Diagram 15. Vårdtillfällen och vårdtid med utskrivningsklara patienter januari 2018 – mars 2022



Källa: SKR:s Väntetidsdatabasen

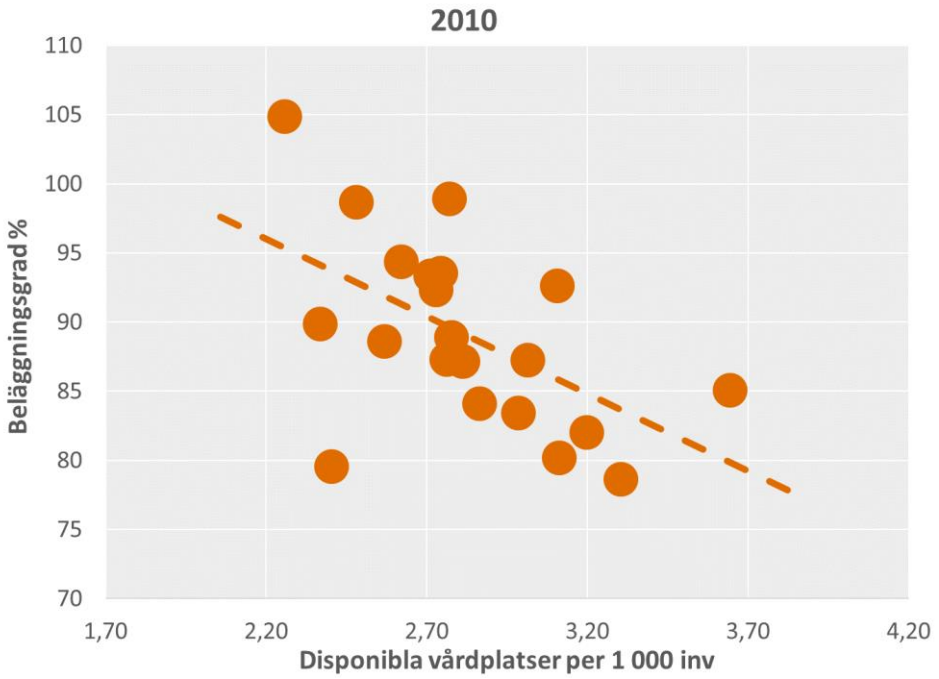
Genom att kontinuerligt följa upp indikatorerna återinskrivningar på sjukhus, påverkbar slutenvård, förekomsten av vårdskador och andel utskrivningsklara patienter går det att få en uppfattning av i vilken utsträckning vårdplatser på sjukhus används för vårdbehov som kanske inte hade behövt uppstå.

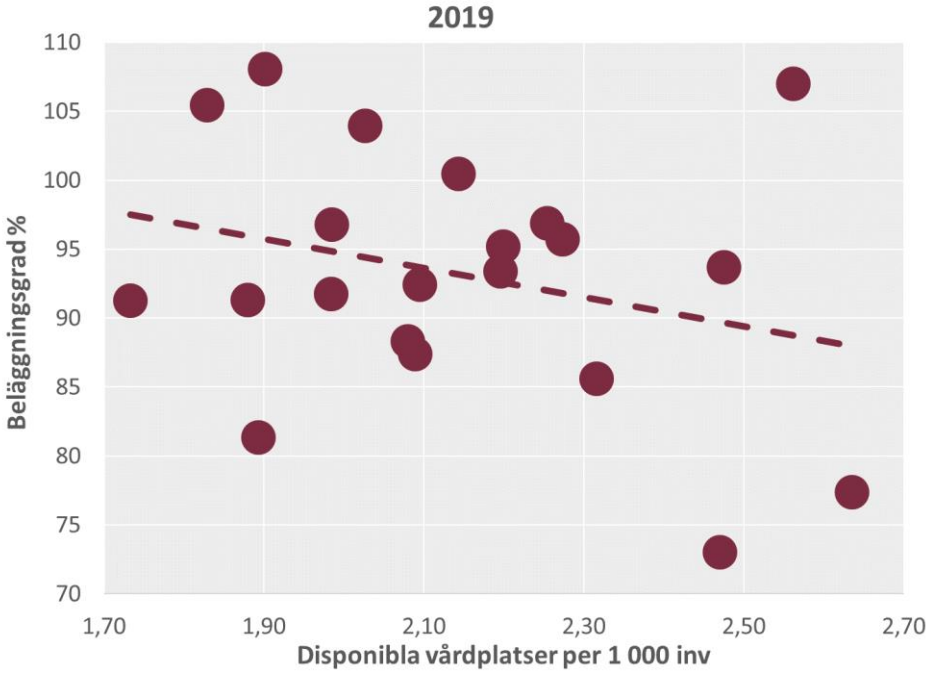
Samband mellan tillgången till vårdplatser och beläggningsgrad

Hittills har denna rapport beskrivit vårdplatskonsumtionen ur ett helhetsperspektiv för hela riket. Bakom dessa genomsnittssiffror finns tämligen stora variationer mellan regioner och mellan sjukhus inom regioner. För att närmare förstå komplexiteten i vad som styr behovet av slutenvård och hur det i sin tur påverkar konsumtionen av slutenvård, så kan sambandet mellan beläggningsgrad och tillgång till disponibla vårdplatser studeras. Med beläggningsgrad avses andelen disponibla vårdplatser som är belagda med en patient.

Åren 2010 och 2019 jämförs här för landets alla 21 regioner när det gäller sambandet mellan tillgång till vårdplatser och beläggningsgrad. För att inte grumla bilden har 2019 använts och åren med omfattande sluten vård av patienter med Covid-19 uteslutits.

Diagram 16. Korrelation mellan beläggningsgrad och disponibla vårdplatser 2010 och 2019 för landets 21 regioner





Källa: Kolada som hämtat data från Socialstyrelsens statistikdatabas och SKR:s Väntetidsdatabas

2010 fanns ett visst förväntat samband mellan disponibla vårdplatser och beläggningsgrad medan det 2019 är svagt. Som framgår av tabell 4 på nästa sida har flera regioner med få vårdplatser, exempelvis Halland och Östergötland, även relativt låg beläggningsgrad. Regioner med fler vårdplatser per invånare som Gotland, Västmanland, Norrbotten och Stockholm har trots detta höga beläggningstal.

Tabell 4. Disponibla vårdplatser och beläggningsgrad

2019	Disp vårdpl per 1 000 inv	Beläggningsgrad %
Region Jämtland Härjedalen	1,90	108
Region Gotland	2,56	107
Region Gävleborg	1,83	105
Region Stockholm	2,03	104
Region Norrbotten	2,14	100
Region Västmanland	2,25	97
Västra Götalandsregionen	1,98	97
Region Sörmland	2,27	96
Region Blekinge	2,20	95
Riket	2,06	95
Region Västernorrland	2,48	94
Region Värmland	2,20	93
Region Dalarna	2,09	92
Region Skåne	1,98	92
Region Jönköpings län	1,88	91
Region Halland	1,73	91
Region Örebro län	2,08	88
Region Uppsala	2,09	87
Region Kalmar	2,32	86
Region Östergötland	1,89	81
Region Västerbotten	2,63	77
Region Kronoberg	2,47	73

Källa: Kolada som hämtat data från Socialstyrelsens statistikdatabas och SKR:s Väntetidsdatabas

Det logiska borde vara att regioner med många vårdplatser bör kunna hålla beläggningsgraden lägre. Så verkar generellt inte vara fallet, vilket visar på att det finns många bakomliggande faktorer som gör att dessa variabler inte har förväntade samband. Exempel på sådana faktorer kan vara geografiska förhållanden, sjukvårdsstrukturen i regionen samt åldersfördelning och sjuklighet i befolkningen.

Variation och genomsnitt

Varje dag fattar läkare runt om i landet beslut om att runt 4 000 patienter ska skrivas in i slutenvård. De som tjänstgör på en akutmottagning, har ofta utifrån sitt perspektiv en annan bild av balansen mellan tillgången och behovet av vårdplatser än den bild rapporten så här långt ger.

Båda bilderna är sanna, men perspektiven är olika. Det som den här rapporten beskriver är en sanning ur statistisk synvinkel som i huvudsak belyser hur det ser ut ur ett makroperspektiv och i ett genomsnitt över år, eller som minsta tidsenhet, månader. Läkaren på akuten ser det från verklighetens mikroperspektiv och hur det ser ut här och nu.

En förklaring till de olika perspektiven ger olika bilder handlar om variation. Statistik grundar sig på medelvärden som aggregeras till regionnivå och nationell nivå. I verkligheten finns dagliga svängningar, liksom skillnader mellan olika sjukhus och regioner. Patienten som har behov av en vårdplats finns inte alltid där det finns plats. Korta vårdtider och hög patientomsättning ställer också krav på förhandsplanering och rutiner för att vårdsängen ska hinna bli iordningsställd att ta emot nästa patient samma dag.

Den mer långsiktiga planeringen av kapaciteten inom den slutna vården har naturligt sin utgångspunkt i vad som bedöms som ett genomsnittligt behov. Ett robust system som kan erbjuda en ledig plats varhelst behov skulle uppstå behöver också designas för att kunna hantera svängningar och agera snabbt med hög flexibilitet.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Konsekvenser av brist på vårdplatser är överbeläggningar och utlokaliseringar. Det uppfattas i det dagliga arbetet på sjukhus som problematiskt och något som äventyrar både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

SKR har sedan 2013 inhämtat data över överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Statistiken visar antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser och antal utlokaliserade patienter per hundra disponibla vårdplatser. Måttet är valt för att möjliggöra jämförelser mellan olika sjukhus och regioner. Antalet

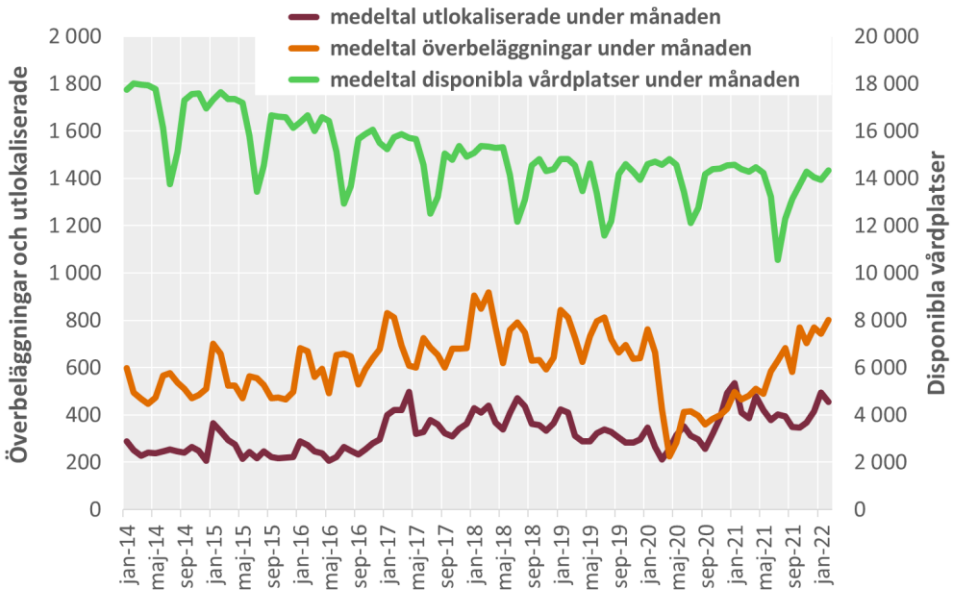
överbeläggningar, utlokaliserade patienter och disponibla vårdplatser mäts per avdelning och dag och rapporteras in av respektive region per sjukhus.

Utfallen visualiseras med genomsnitten för de båda variablerna per månad och separat för den somatiska och psykiatriska slutna vården på webbsidan Väntetider i vården.

Överbelagda och utlokaliserade patienter ska ses som indikatorer på obalans mellan tillgången på vårdplatser och det aktuella antalet patienter i behov av slutenvård. Det ger också en bild av sjukhusets förmåga att snabbt anpassa antalet disponibla vårdplatser till förändringar av behovet.

Dessa mätetal är de enda i den här rapporten som grundas på faktiska data vid ett visst klockslag, nämligen kl 06 på morgonen, och det gör att de kan visa på den variation som förekommer i tillflödet av patienter i behov av sluten vård. Detta flöde är till stor del förutsägbart och planerbart och till del helt beroende av tillflödet via sjukhusets akutmottagning. Även det senare flödet har regelbundna variationer som gör att det, åtminstone delvis, är förutsägbart och planerbart.

Diagram 17. Överbeläggningar, utlokaliserade patienter och disponibla vårdplatser i somatisk sluten vård



Källa: SKR Väntetidsdatabasen

Grafen visar på en tydlig årsvariation med en kraftig minskning av disponibla vårdplatser under sommarmånaderna och en mindre minskning under december – januari motsvarande jul- och nyårshelgerna. Det beror till största delen på reduceringar i planerad verksamhet inom de opererande specialiteterna.

Perioderna med färre disponibla vårdplatser åtföljs regelmässigt av en uppgång av antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter. I diagram 17 visas det faktiska antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter, så ökningen förklaras inte av att de är relaterade till 100 disponibla vårdplatser så som är fallet i de data som visas på Väntetider i vården.

Något förvånande är att under perioden mars 2020 och till juli 2021 när belastningen på sjukhusvården varit som störst från patienter med Covid-19 har överbeläggningarna haft ett helt annat mönster. Under denna tidsperiod syns en initialt en snabb minskning med 60%. Därefter återgår antalet överbeläggningar successivt till tidigare nivåer.

Av de utlokaliserade patienterna 2020 hade 19 procent minst en skada och 11 procent minst en vårdskada i en nyligen publicerad uppföljning[3]. För de ej utlokaliserade patienterna var motsvarande siffror 10 respektive 6 procent.

Under perioden 2014 till 2020 minskade antalet vårdplatser samtidigt som antalet överbeläggningar ökade. Detta kan ses som ett tecken på att antalet vårdplatser inte är tillräckligt i ett nationellt perspektiv. Efter en period med färre överbeläggningar under pandemin har överbeläggningarna nu ökat igen och ligger på samma nivå som 2019.

Kostnad för vårdplatser

Vårdplatser på sjukhus utgör en dyr resurs som behöver användas på ett effektivt sätt. Beroende på vårdens innehåll och vårdnivå finns en stor variation av medelkostnaden för en vårdplats mellan olika sjukhus och verksamheter.

Socialstyrelsen fastställer årligen ett belopp som kommuner ska betala regionerna för utskrivningsklara patienter om ej annat överenskommits.

---

[3] Markörbaserad journalgranskning Skador i somatisk vård 2013–2020 på nationell nivå, https://skr.se/download/18.5627773817e39e979efef4ae/1643723403024/Markorbaserad_journalgranskning_somatisk_vard_kort_SKR_2020.pdf

Beloppet är beräknat utifrån medelkostnad för vård inom olika verksamhetsområden och är för 2021 8 900 kronor per dygn vilket omräknat blir en årskostnad per vårdplats på 3,2 miljoner kronor[4].

KPP – Kostnad per patient – är patientrelaterad kostnadsredovisning i sjukvården. SKR:s KPP-databas erbjuder en möjlighet att jämföra kostnader mellan regioner och sjukhus för den slutna specialiserade vården. Där finns data för 94% av samtliga vårdtillfällen inom den somatiska slutna vården. För år 2019 har genomsnittskostnaden (oviktat medeltal) för ett dygn i sluten vård beräknats till 11 982 kr. Variationen mellan regionerna är stor. Det högsta beräknade genomsnittskostnaden för ett vårddygn 2019[5] i en region var drygt 17 000 kr och den lägsta knappt 10 000 kr.

Kompetensförsörjning

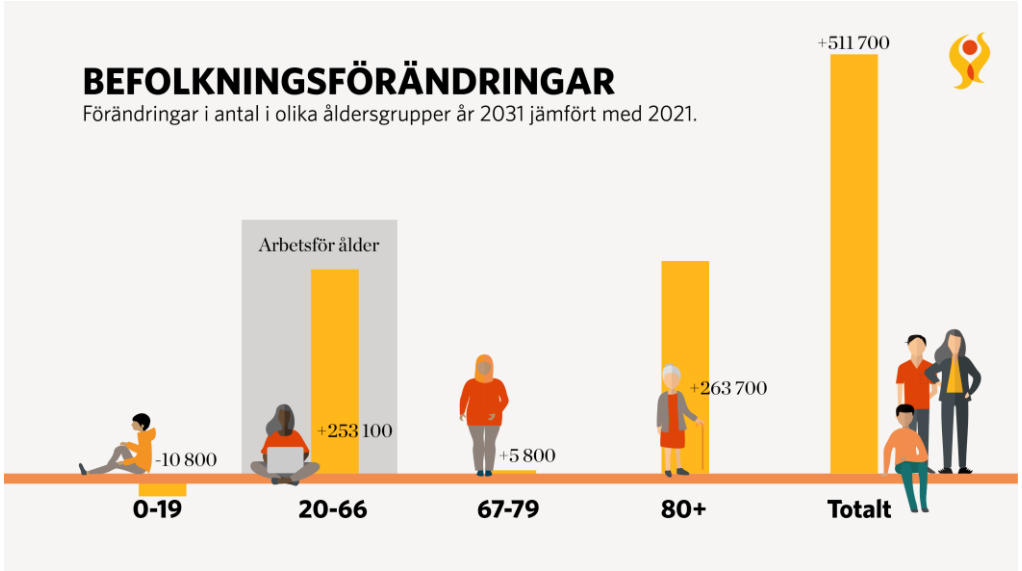
De kommande åren är bristen på personal med rätt kompetens en av de största utmaningarna för såväl kommuner som regioner.

På nationell nivå skedde ett trendbrott omkring 2015 när stora personalgrupper gått i pension och regionerna fick svårare att rekrytera personal för att kunna hålla budgeterade vårdplatser på sjukhus öppna.

Under perioden 2021–2031 förväntas befolkningen i Sverige öka med totalt 512 000 personer, varav personer i arbetsför ålder (20–66 år) förväntas öka med 250 000. Personer som är 80 år och äldre kommer att öka mest både till antal och i procent, med 264 000 personer, eller drygt 47 procent.

[4] Socialstyrelsens föreskrifter, - https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2020-11-7040.pdf
[5] KPP-data finns även för 2020 men blir missvisande på grund av covidpandemin

Diagram 18. Befolkningsutveckling 2021–2031



Källa: SKR Ekonomirapporten 2022

Med dagens personaltäthet, vårdbehov och arbetssätt skulle drygt hälften av ökningen av den arbetsföra befolkningen behöva ta anställning i kommuner och regioner under perioden för att klara uppdraget. Skulle personaltätheten öka enligt det historiska mönstret, med 0,5 procent utöver de demografiskt betingade behoven, skulle i stället nära 200 000 fler personer behöva anställas de närmaste tio åren, något som ska sättas i relation till ökningen av personer i arbetsför ålder som är 250 000[6]. Konkurrensen på arbetskraft är dock stor på hela arbetsmarknaden och det är fler branscher än hälso- och sjukvården som behöver personal.

Tillgång till personal med rätt kompetens är avgörande för att säkra tillgången till vårdplatser. Svårigheterna att rekrytera bedöms dock att tillta under kommande år. Inom hälso- och sjukvården, liksom övriga delar av välfärden, är det inte möjligt att lösa utmaningarna med enbart fler arbetade timmar. Det krävs också andra åtgärder, genom nya arbetssätt och att på olika sätt minska efterfrågan och behov.

[6] Denna siffra + ”hälften av ökningen” ovan baseras på beräkning 2019-2029 (Källa Möt kompetensutmaningen 2020) och innefattar även privata utförare.

Arbetsgivare behöver fortsätta attrahera, rekrytera, behålla och utveckla sina medarbetare. Att prioritera arbetsmiljöarbetet, skapa förutsättningar för att arbeta heltid och erbjuda förmånliga pensionsvillkor som bidrar till ett förlängt arbetsliv är några exempel på åtgärder. Användandet av digital teknik kan också frigöra tid och stödja medarbetarna. Personalens kompetens måste användas på rätt sätt.

Tillgång till rätt kompetens avgörande

För att kunna hålla en vårdplats öppen krävs flera olika kompetenser. Den statistik som finns att tillgå är främst sådan över legitimerad personal. I följande avsnitt beskrivs kortfattat tillgången och efterfrågan på läkare och sjuksköterskor.

Läkare

Tillgången till läkare inom hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat under lång tid. Under den senaste femårsperioden har den ökat med två procent i riket relaterat till befolkningen. Totalt är cirka 400 läkare per 100 000 invånare sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Läkartätheten varierar dock över landet, där Västerbotten och Uppsala län, som även bedriver regionsjukvård och läkarutbildning, har högst antal läkare, drygt 500 läkare per 100 000 invånare. Lägst antal läkare per 100 000 invånare har Norrbotten och Västernorrland med cirka 300 läkare per 100 000 invånare.

Omkring hälften av de nylegitimerade läkarna har fått sin utbildning utanför Sverige. Trycket på läkarutbildningen i Sverige är mycket stort. Det går sju sökande per utbildningsplats. I princip samtliga regioner rapporterar en större efterfrågan än tillgången på erfarna läkare och läkare med specialistkompetens. Enligt Socialstyrelsen tycks det däremot vara balans vad gäller nyexaminerade läkare. De senaste två åren, 2019 - 2021, har antalet ST-läkare i allmänmedicin ökat med 11 procent[7].

Sjuksköterskor

Tillgången till sjuksköterskor har historiskt varierat något mer än för läkare, men generellt har ett ökande antal sjuksköterskor varit sysselsatta inom hälso-

[7] SKR Läkartillgång i primärvården, https://skr.se/download/18.eb74a4a17f44902bcea7fc/1646231627191/La%CC%88kare%20i%20prima%CC%88rva%CC%8Arden_SKR.pdf

och sjukvården. Trots att det totala antalet sjuksköterskor i Sverige har ökat de senaste åren har antalet i relation till befolkningen minskat något under den senaste femårsperioden (2015 – 2019) före coronapandemin. I dag finns det omkring 1 100 sjuksköterskor per 100 000 invånare.

Situationen varierar mellan regionerna där Västerbotten och Blekinge har högst antal sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården med cirka 1 400 sjuksköterskor per 100 000 invånare. Stockholm har lägst antal, med cirka 930 sysselsatta per 100 000 invånare. En absolut majoritet av de nyexaminerade sjuksköterskorna är utbildade i Sverige. Till utbildningarna finns drygt tre sökande per plats. Enligt Socialstyrelsen rapporterar 18 av 21 regioner obalans vad gäller sjuksköterskor och samtliga regioner har rapporterat en större efterfrågan relativt tillgången på specialistsjuksköterskor.

Utvecklingsarbete pågår

Den effektivisering av vården som skett de senaste 20 åren är resultatet av ett ständigt förbättringsarbete. Främst är det medicinska och tekniska framsteg som bidragit till minskat behov av vårdplatser på sjukhus. I internationella jämförelser uppnår Sverige goda medicinska resultat. Jämför man däremot patientens upplevelse av kontinuitet, samordning, delaktighet och information är resultaten inte lika bra[8].

Inom ramen för omställningen till Nära vård pågår nu ett långsiktigt arbete med förflyttningar mot en mer proaktiv, samordnad och personcentrerad vård där patienten och anhöriga erhåller god och upprepad information liksom möjlighet att vara delaktig i vården av sin egen hälsa. Genom att arbeta med Patientkontrakt blir det tydligt vem som gör vad i vården samtidigt som patienten erbjuds kontinuitet med fasta kontakter i vården och en individuell plan som följs upp regelbundet.

Några konkreta exempel på åtgärder som kan göras i det korta perspektivet är tidig utskrivning efter stroke, snabbare operation vid höftfraktur, utveckling av palliativ vård och förbättrade rutiner för samarbete med den kommunala äldreomsorgen.

[8] International Health Policy Survey (IHP) 2021

Patienter som vårdas efter stroke är den patientgrupp som kräver flest vårddagar i Sverige. Fyra av fem patienter är över 65 år. Efter stroke är det bästa alternativet att komma hem snabbt från sjukhus och få fortsatt samordnad rehabilitering av ett och samma interdisciplinära team. Då klarar fler sina vardagliga behov utan hjälp och även överlevnaden förbättras. Dödsfallen blir färre och behovet av hjälp med vardagliga behov minskar, utan att kostnaderna ökar[9]. Det finns stora geografiska variationer i planerad rehabilitering efter stroke. Färre än hälften av sjukhusen uppnår idag målnivå för tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett interdisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön.

Ett snabbt omhändertagande och operation inom 24 timmar eftersträvas vid höftfraktur. Det minskar risken för komplikationer och sjuklighet i efterförloppet. När RIKSHÖFT startade 1988 var patienter med höftfraktur en lågt prioriterad patientgrupp. Patienterna kunde vistas på akutmottagning många timmar innan de kom till vårdavdelning. Patienterna var inte prioriterade till operation så det inte var ovanligt med två, tre dagars väntetid, vilket är mycket sällsynt idag. År 2020 opererades 64 % av patienterna med höftfraktur inom 24 timmar. Det är färre än vad som rekommenderas med tanke på den ökade risk för komplikationer såsom trycksår, urinvägsinfektioner och förvirring om väntetiden till operation blir längre.

Många dör på sjukhus som hade kunnat få en bättre vård hemma eller i kommunens hälso- och sjukvård. Information till patient och närstående kan förbättras liksom planering och behandlingsstrategi. Möjligheterna att erhålla specialiserad palliativ vård i hemmet varierar också i landet.

Ett väl fungerande samarbete mellan huvudmännen är A och O för att sköra och sjuka personer inte ska behöva uppsöka sjukhus för problem som kunnat lösas i öppen vård eller i hemmet. Rutiner, tillgänglighet, kontaktvägar, teamarbete och informationsdelning är några områden där förbättringsarbeten pågår i mellanrummet mellan de båda huvudmännens ansvarsområden.

---

[9] SBU, https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/stroke--klart-battre-med-tidig-och-samordnad-utskrivning-med-rehabilitering-hemma/

Det finns utrymme för fortsatt effektivisering som kan minska behovet av vårdplatser. Utvecklingen är positiv, men det finns mycket kvar att göra.

Diskussion och slutsatser

Det ska finnas en vårdplats när patienten har behov av den

Att kunna erbjuda en sjuk person en vårdplats på sjukhus när det finns ett medicinskt behov är viktigt och något som alla regioner ständigt arbetar med. Uppgiften är komplex och framför allt beroende av tillgången till personal med rätt kompetens. Att iordningsställa lokaler med rätt utrustning är det minsta problemet.

Behovet av vårdplatser på sjukhus är i ständig förändring. De senaste 20 åren har medicinska framsteg lett till bättre resultat för patienterna inom många områden, samtidigt som medelvårdtiden på sjukhus minskat. Mer vård kan också utföras i öppna former och i hemsjukvård. Denna utveckling är resultatet av ett kontinuerligt utvecklingsarbete, något som är nödvändigt för att skapa utrymme för att nya, ofta kostnadskrävande behandlingar ska kunna införas och komma befolkningen till del.

Vårdplatser på sjukhus måste ses i sitt sammanhang. Ju fler patienter som kan få sin hälso- och sjukvård inom öppen vård, dagvård eller i hemmet desto färre vårdplatser kommer att behövas.

Hur framtiden kommer att se ut är alltid svårt att förutspå. Den medicinska utvecklingen kommer med säkerhet att fortsätta gå framåt. Men vilka nya metoder som kommer att göra stor skillnad och om hur vinsterna kan realiseras vet vi inte mycket om. Det vi vet är att svensk primärvård är underdimensionerad jämfört med andra länder och att Sverige inte är lika bra som andra länder när det gäller information, delaktighet och kontinuitet.

Vi vet också att antalet och andelen äldre i samhället kommer att öka kraftigt och därmed även vårdbehoven när den stora 40-talsgenerationen fyller 80 år. Den nya generationen äldre har bidragit till samhällsförändringar tidigare i livet. Utbildningsnivån är högre och de flesta har digital vana samtidigt som de har ett stort intresse av att vara delaktiga i vården av sin egen hälsa.

Produktions-och kapacitetsplanering är inget nytt utan en del av vardagen för ledningsnivån sedan länge. Regionerna har förmåga att anpassa kostymen efter behoven något som blev särskilt synligt under pandemin då vården i Sverige trots hård belastning klarade av att lösa sin uppgift. Det stora förändringstryck som i mars 2020 drabbade sjukvården bidrog till en snabb omställning av vården. Nya digitala lösningar för att möta vårdbehov togs snabbt i bruk. Påverkbar slutenvård minskade kraftigt tack vare att resurser avsattes för vård i hemmet vid kronisk sjukdom. Nu har detta förändringstryck släppt och en vårdskuld av framskjuten planerad vård håller på att arbetas av. De nya arbetssätt som införts under pandemin behöver få fortsatt stöd så att positiv utveckling inte förloras i onödan.

Problem med kompetensförsörjning är i dagsläget den viktigaste orsaken till att många beslutade vårdplatser inte kan hållas öppna. Den stora utmaningen framöver blir med stor sannolikhet att försörja vårdplatserna med personal. Långsiktigt krävs aktiviteter för att säkra tillgång till medarbetare med rätt kompetens och att bygga ett system som stödjer det livslånga lärandet. Att skapa en god arbetsmiljö som ger medarbetaren utrymme att nå sin fulla potential är ett ständigt pågående arbete.

Folkhälsoarbete och aktiviteter för att stärka samarbetet mellan vårdens olika professioner, organisationer och huvudmän handlar om långsamma och långsiktiga processer som aldrig blir färdiga utan ständigt behöver underhållas.

Träffsäkra mått är viktigt för att följa måluppfyllelsen

Ett högt antal vårdplatser behöver inte innebära att det finns en ledig vårdplats när den behövs. Det finns idag inga givna samband mellan antal vårdplatser och beläggningsgrad. Antal vårdplatser är bara en av många faktorer som avgör om det finns en ledig plats när det finns behov. Behovet av vårdplatser förändras också över tid kopplat till befolkningens hälsa och de medicinska möjligheterna.

Att normera antalet vårdplatser per 1000 invånare är därför ett dåligt sätt att säkra slutenvårdens kapacitet att erbjuda en vårdplats när det finns behov. Detta vore att göra hälso- och sjukvården en otjänst. Den ständigt pågående utvecklingen och förmågan till flexibilitet i dimensioneringen av en av vårdens dyraste resurser kommer då att riskera att stanna av med konsekvens att skattemedel riskerar att användas på fel sätt. Fokus behöver istället flyttas till en god uppföljning med hjälp av andra mått.

Ett bättre sätt att mäta vore att följa mått som både beskriver vårdens förmåga att erbjuda en plats när den behövs och att använda tillgängliga platser effektivt. De viktigaste som redan följs idag är:

- Överbeläggningar - mål att ligga så lågt som möjligt
- Utlokaliseringar – mål att helt undvika utlokalisering av patienter
- Utskrivningsklara patienter – mål att ligga under 2 procent
- Oplanerade återinskrivningar – mål att ligga så lågt som möjligt
- Påverkbar slutenvård – mål att ligga så lågt som möjligt

Utvecklingen har hittills medfört behov av färre vårdplatser och färre vårdplatser har drivit på utvecklingen. Att arbeta proaktivt och identifiera sannolika framtida scenarier och hur vården kan rusta sig för dessa är viktigt.

Omvärldsbevakning behöver pågå kontinuerligt. Vad pågår nationellt och internationellt? Vilka förändringar har hög relevans, vilken påverkansgrad kan man förvänta och i vilket tempo är de möjliga att genomföra? Vilka hindrande och underlättande faktorer finns?

Ingen kan göra allt, men alla kan göra något. Kunskap om förbättringsarbete och storskalig spridning av nya arbetssätt behöver finnas hos såväl ledare som medarbetare. Arbete pågår och denna utveckling behöver fortsatt stöd.

Fakta om vårdplatser

Frågan om vårdplatser är komplex och diskussionen blir ibland förenklad. Syftet med den här rapporten är att ge fakta om vårdplatser inom den slutna specialiserade vården utifrån olika perspektiv. I rapporten beskrivs vad som styr behovet av vårdplatser, hur konsumtionen av vårdplatser förändrats de senaste decennierna, i Sverige och internationellt, samt vilka bedömningar som kan göras framåt. I rapporten beskrivs också vilka konsekvenserna blir då behoven inte matchas av tillgången till vårdplatser. En central fråga handlar om tillgång till personal med rätt kompetens för att kunna bemanna vårdplatser.

Rapporten riktar sig till politiker och tjänstepersoner på regional och nationell nivå samt till andra som är intresserade av att förstå vårdplatsfrågans komplexitet.

Upplysningar om innehållet
Maj Rom, maj.rom@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-8047-024-7
Text: Jan-Olov Strandell, Maj Rom
Illustration/foto:
Produktion:
Tryck:

ISBN 978-91-8047-024-7
Beställ eller ladda ner på webbutik.skr.se
Post: 118 82 Stockholm | **Besök:** Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00 | www.skr.se

Sveriges Kommuner och Regioner