

Metodbeskrivning: Målsatta mått och potentialskattningar för vårdplatser

Beräkningar som används i rapporten *Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser*

Detta underlag ingår i en serie av fördjupande metodbeskrivningar

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



Metodbeskrivning: Målsatta mått och potentialskattningar för vårdplatser

Syftet med detta material är att **förklara hur måtten och potentialskattningarna är framtagna**, samt vilka **antaganden och data** de bygger på.

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

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

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

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

Metodbeskrivning: Riktvärde på kort sikt för vårdplatser inom somatisk slutenvård (exkl. intensivvård)

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

Innehållsförteckning

1

Bakgrund

Sida 6–10

2

Målsatta mått: Beskrivning och dataspecifikationer

Sida 11–19

3

Potentialskattningar för enskilda mått: Dataspecifikationer och beräkningar

Sida 20–51

Kort sammanfattning av varje avsnitt i metodbeskrivningen

1

Bakgrund

Ger en kort introduktion till rapporten *Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården* och vilka typer av mått rapporten innehåller.

2

Målsatta mått: Beskrivning och dataspecifikationer

Redovisar vilka de målsatta måtten är, hur målnivåerna definierats och vilka data som används för att beräkna dem.

3

Potentialskattningar för enskilda mått: Data-specifikationer och beräkningar

Beskriver detaljerat hur potentialen skattats för de målsatta mått som är direkt relaterade till vårdplatsbehovet eller vårdplatskapaciteten. Kapitlet redovisar också dataspecifikationer och var data finns att tillgå. Syftet är att ge läsaren förutsättningar att genomföra motsvarande beräkningar på egen hand.



Har du frågor om rapporten *Plats för vård –
Förslag till en nationell plan för att minska
bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården?*

Kontakta pks@socialstyrelsen.se

Bakgrund

- ▶ *Plats för vård föreslår insatser inom fem fokusområden för att minska bristen på disponibla vårdplatser*
- ▶ *Utvecklingen kan följas utifrån en samling mått*
- ▶ *Några av måtten används för att visa på potentialen i att arbeta aktivt på de områden som den nationella planen föreslår*

Plats för vård föreslår insatser inom fem fokusområden för att minska bristen på disponibla vårdplatser



Måtten som vi beskriver i denna metodbeskrivning är hämtade från rapporten Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Måtten har tagits fram för att följa upp vårdplatssituationen i Sverige och ge stöd till regioner och kommuner i arbetet med att uppnå en balans mellan vårdplatsbehov och -kapacitet.

Den nationella planen föreslår totalt 160 insatser inom fem fokusområden:

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

Denna metodbeskrivning fokuserar på måtten inom somatisk vård.

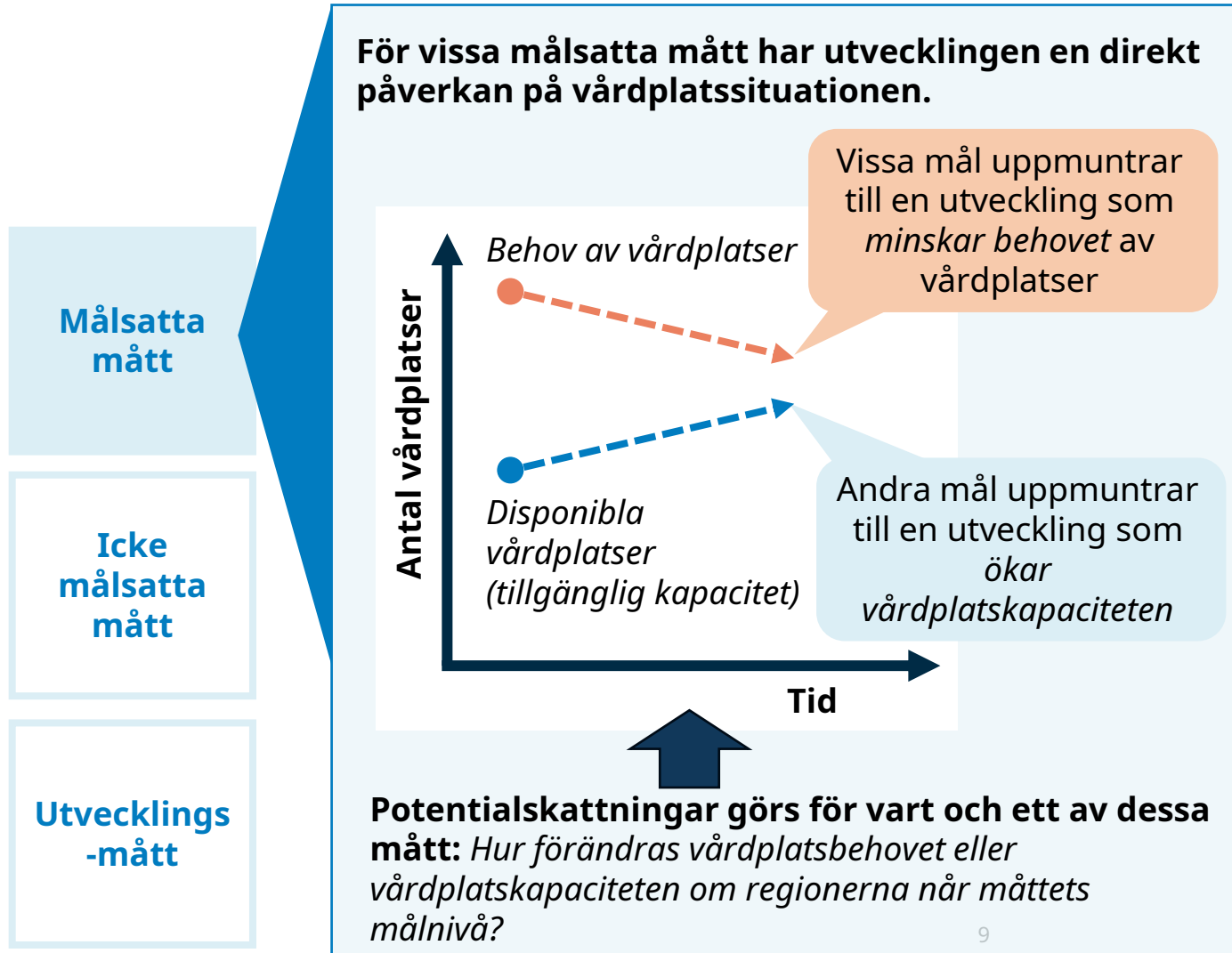
Utvecklingen kan följas utifrån en samling mått

Måtten beskrivs i större detalj senare i underlaget

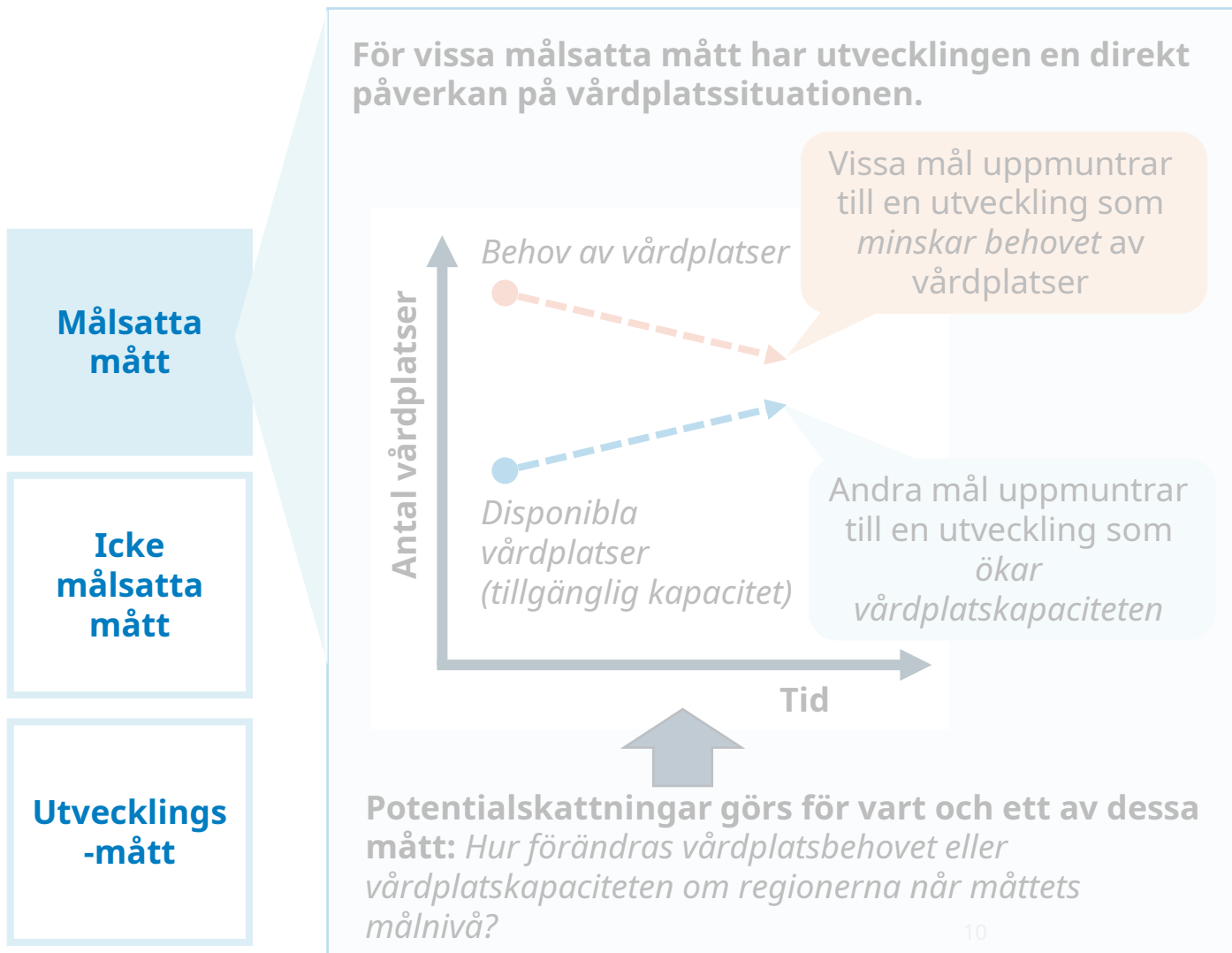
Totalt omfattar planen ett trettiotal mått. Alla är viktiga för att ge en helhetsbild av utvecklingen på områden som på olika sätt kan bidra till en balanserad vårdplatssituation. Ett urval mått har målsatts nationellt. Utöver detta inkluderar planen mått som inte målsatts av Socialstyrelsen och så kallade utvecklingsmått. Nedan följer en beskrivning av de tre typerna av mått.

		Finns data?	Anges önskvärd riktning?	Målsatts nationellt?
Målsatta mått	Dessa baseras på data som samlas in på likvärdiga sätt i samtliga regioner. För varje mått har en nationell målnivå definierats för regionerna att sträva efter att uppnå.	Ja	Ja	Ja
Icke målsatta mått	Även dessa mått utgår från befintliga data, men har inte målsatts eftersom skillnader i datainsamling och definitioner gör att de inte är lämpliga att sätta nationella mål för. Deras syfte är att belysa vikten av att följa upp verksamheten och de kan med fördel målsättas i enskilda verksamheter, sjukhus eller regioner.	Ja	Ja	Nej
Utvecklings-mått	Dessa mått har inkluderats för att belysa behovet av fortsatt utveckling inom specifika områden. De är viktiga för att förstå vårdplatssituationen, men vi saknar i nuläget tydliga definitioner eller mätmetoder för att följa dem.	Nej	Ibland	Nej

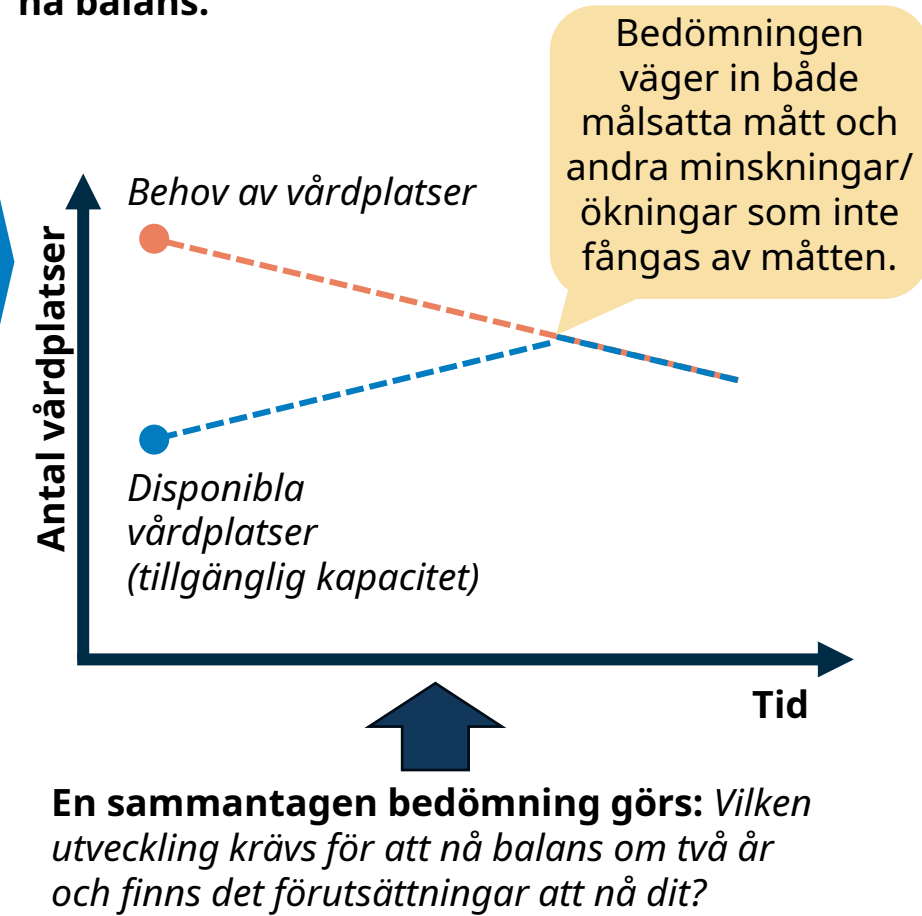
Några av måtten används för att visa på potentialen i att arbeta aktivt på de områden som den nationella planen föreslår



Några av måtten används för att visa på potentialen i att arbeta aktivt på de områden som den nationella planen föreslår



Tillsammans med riktvärdet på medellång sikt ger måtten en bild av om det är realistiskt att nå balans.



Målsatta mått: Beskrivning och dataspecifikationer

- ▶ *Målnivåer är satta utifrån två huvudsakliga metoder*
- ▶ *Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 1*
- ▶ *Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 2*
- ▶ *Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 4*
- ▶ *Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 5*

Fokusområde
tre saknar
målsatta mått

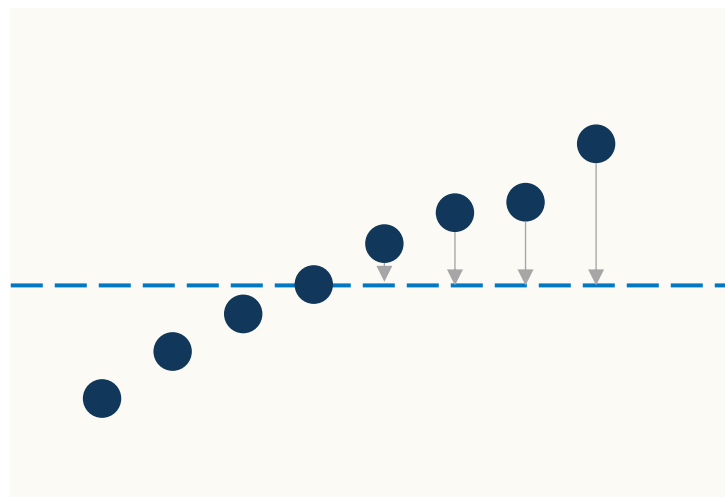
Målnivåer är satta utifrån två huvudsakliga metoder

I stort sett alla målnivåer är satta utifrån fjärde "bästa" regionens resultat. Det kan vara olika regioner som har fjärde bästa resultat, beroende på mått. Tre mål är "absoluta mål"; beläggningsgrad där Socialstyrelsen redan har en rekommendation, vårdgarantin som är lagstadgad och vårdskador där det finns en noll-vision.

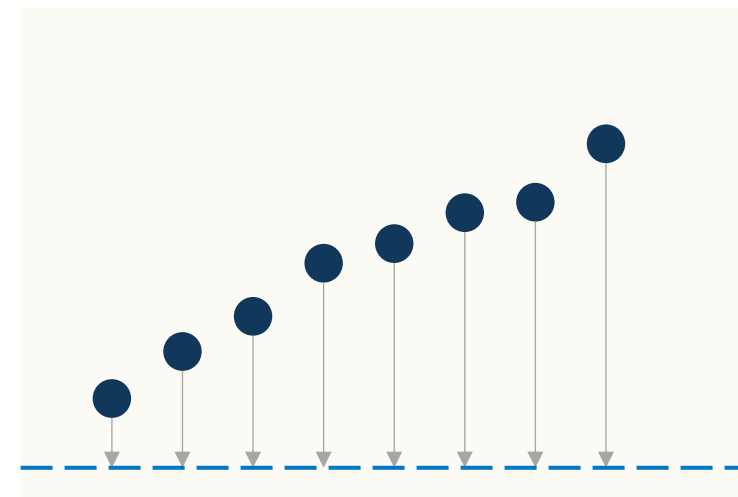
Syftet med att använda den fjärde bästa nivån är att målen ska vara **realistiska och motiverande** – det faktum att nivån redan uppnåtts i flera regioner **visar att det är genomförbart**.

Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att även de regioner som idag ligger i topp har potential att förbättras ytterligare. Alla regioners resultat finns att läsa i [Nationell analys av riktvärdet och målsatta mått](#).

Fjärde bästa: Alla regioner ska uppnå minst fjärde "bästa" regionens resultat i varje målsatt mått



Absolut mål: Alla regioner ska uppnå samma målnivå



Observera att bilderna illustrerar ett scenario där önskvärd riktning innebär en minskning av måttet, t.ex. andel sjuksköterskor med långtidssjukfrånvaro.

Not: Socialstyrelsen har valt målnivåer baserat på regionjämförelser och målsatt dem utifrån fjärde bästa regions resultat. Målnivåerna är satta för att stimulera förbättring, och kan endast justeras om en förbättring är gjord, inte ändras efter en försämring. Vissa mått behåller därför samma målnivå som föregående år, antingen på grund av uteblivna förbättringar nationellt eller för att resultaten ligger kvar på tidigare nivåer. Sedan *Plats för vårds* publicering har två mått bytts ut då tidigare datakällor inte uppdaterats med nödvändig frekvens.

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 1 – "Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning" (1/2)

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Överbeläggningar	Antal inskrivna patienter som vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats, per 100 disponibla vårdplatser, per dag under året	▼	4:e bästa region	Antal överbeläggningar	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
				Antal disponibla vårdplatser	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
Utlokaliseringar	Antal inskrivna patienter som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten, per 100 disponibla vårdplatser, per dag under året	▼	4:e bästa region	Antal utlokaliseringar	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
				Antal disponibla vårdplatser	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
Beläggingsgrad	Genomsnittlig beläggingsgrad av disponibla vårdplatser	—	Absolut mål	<i>Målnivån baseras på Socialstyrelsens riktvärde för genomsnittlig beläggingsgrad</i>	

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 1 – "Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning", forts. (2/2)

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Vistelsetid på akutmottagning längre än 4 timmar	Andel av totalt antal akutmottagningsbesök där en patient har en vistelsetid över fyra timmar och sedan blir inskriven i slutenvård	▼	4:e bästa region	Antal akutmottagningsbesök som varat fyra timmar eller mer där patienten skrivits in i somatisk slutenvård	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i>
				Antal akutmottagningsbesök somatisk slutenvård	Patientregistret <i>Statistikdatabas för akutmottagningar, väntetider och besök</i>
Väntetid längre än vårdgarantins gränser	Andel av patienter som väntar längre än 90 dagar på planerade åtgärder som kräver slutenvård, utav totalt antal väntade (exklusive PVV och MOV), sista månaden föregående år	▼	Absolut mål*	Andel väntande över 90 dagar på operation/åtgärd i slutenvård	Separat dataförfrågan till regionerna För regioner som inte svarat har data hämtats från väntetidsdatabasen

*Tidsgränser reglerade i förordning: Riksdagen. (2017) *Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)*. Tillgänglig: [Hälso- och sjukvårdsförordning \(2017:80\) | Sveriges riksdag](#)

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 2 – "Säkerställ hållbar kompetensförsörjning"

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor	Sjukfrånvaro över 14 dagar, dvs. andel sjuksköterskor med sjukpenning föregående år	▼	4:e bästa region	Totalt antal sjukskrivna (med sjukpenning) sjuksköterskor inom specialiserad somatisk vård	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
				Totalt antal månadsavlönade sjuksköterskor inom specialiserad somatisk vård	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
Avgångar för sjuksköterskor	Andel av totalt antal sjuksköterskor som lämnat sektorn föregående år	▼	4:e bästa region	Antal månadsavlönade och tillsvidareanställda sjuksköterskor som lämnat sektorn (region)	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>
				Antal månadsavlönade sjuksköterskor i sektorn (region) och inom specialiserad somatisk slutenvård	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 4 – "Ställ om till en god och nära vård" (1/3)

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Oplanerade återinskrivningar (patienter 65+ år)*	Andel av totalt antal vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in igen inom 30 dagar i åldersgruppen 65 år och äldre	▼	4:e bästa region	Antal återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård för patienter över 65 år	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i>
				Totalt antal vårdtillfällen för patienter över 65 år	Patientregistret
Oplanerade återinskrivningar (patienter 20–64 år)*	Andel av totalt antal vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in igen inom 30 dagar i åldersgruppen 20–64 år	▼	4:e bästa region	Antal återinskrivningar inom 30 dagar i slutenvård för patienter mellan 20 och 64 år	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i>
				Totalt antal vårdtillfällen för patienter mellan 20 och 64 år	Patientregistret
Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter	Andel av totalt antal disponibla vårdplatser som beläggs av patienter som av sjukhuset bedöms som utskrivningsklara	▼	4:e bästa region	Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter inom somatisk slutenvård	Sveriges Kommuner och Regioner <i>Beställt datauttag</i>

*Utförligare dataspecifikationer i avsnitt 3, [Potentialskattning per mått](#)

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 4 – "Ställ om till en god och nära vård", forts. (2/3)

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för patienter över 65 år*	Antal 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:e bästa region	Antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för patienter över 65 år Befolkning över 65 år	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i> Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån
Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för vissa kroniska sjukdomar för patienter över 65 år*	Antal vårdtillfällen för patienter över 65 år med utvalda kroniska tillstånd som med optimalt omhändertagande inte skulle kräva sluten vård, per 100 000 invånare över 65 år	▼	4:e bästa region	Antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för vissa kroniska sjukdomar för patienter över 65 år Befolkning över 65 år	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i> Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån
Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för vissa kroniska sjukdomar 20–64 år*	Antal vårdtillfällen för patienter 20–64 år med utvalda kroniska tillstånd som med optimalt omhändertagande inte skulle kräva sluten vård, per 100 000 invånare 20–64 år	▼	4:e bästa region	Antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård för vissa kroniska sjukdomar för patienter mellan 20 och 64 år Befolkning 20-64 år	Patientregistret <i>Beställt datauttag</i> Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

*Utförligare dataspecifikationer i avsnitt 3, [Potentialskattning per mått](#)

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 4 – "Ställ om till en god och nära vård", forts. (3/3)

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Fallskador som leder till slutenvård för äldre	Andel vårdtillfällen där fallskada är huvuddiagnos för patienter över 65 år (yttre orsakskoder enligt ICD-10-SE: W00-W19), per 100 invånare över 65 år	▼	4:e bästa region	Antal slutenvårdstillfällen för patienter över 65 år på grund av fallskador	Patientregistret <i>Indikatorbiblioteket</i>
				Medelvårdtid för vårdtillfällen p.g.a. fallskada för patienter över 65 år	Patientregistret
Kontinuitetsindex - sjuksköterska - läkare	Kontinuitetsindex 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.	▲	4:e bästa region	Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, sjuksköterska	Primärvårdskvalitet
				Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare	Primärvårdskvalitet

Dataspecifikationer för målsatta mått i fokusområde 5 – "Agera för en säker vård"

Målsatt mått	Beskrivning	Önskad riktning	Typ av målnivå	Ingående data	Datakälla
Överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist	Andel vårdtillfällen med utskrivning till annan intensivvårdsavdelning (IVA) på grund av egen resursbrist	▼	4:e bästa region	Andel överflyttningar till annan IVA på grund av resursbrist	Svenska intensivvårdsregistret <i>Utdataportalen</i>
Oplanerade återinläggningar på IVA	Andel patienter som oplanerat återinlades på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.	▼	4:e bästa region	Andel oplanerade återinläggningar på IVA inom 72 timmar	Svenska intensivvårdsregistret <i>Utdataportalen</i>
<i>Vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård (Uppföljningen av detta mått har avslutats)</i>	<i>Andel av totalt antal vårdtillfällen granskade med markörbaserad journalgranskning (MJG) där en undvikbar vårdskada identifierats.</i>	▼	<i>Absolut mål (0%)</i>	<i>Genomsnittlig andel vårdskador (2017-2022) Observera: Denna datainsamling har avslutats – det rekommenderas dock att fortsätta följa måttet på lokal nivå.</i>	<i>Vården i siffror Markörbaserad journalgranskning, Vårdtillfälle med vårdskada</i>

Potentialskattning för enskilda mått: Dataspecifikationer och beräkningar



- ▶ *Vad är potentialskattningarna och hur används de?*
- ▶ *Hur beräknas potentialskattningarna? – Beskrivning steg för steg*
- ▶ *Hur beaktas överlapp mellan potentialskattningarna?*

Innehåll - Potentialskattning per mått

1. Vad är potentialskattningarna och hur används de?

- *Potentialskattningarna indikerar vilken effekt utvalda mått kan ha på vårdplatssituationen*
- *Översikt av de mått som potentialskattas*
- *Vid lokal tillämpning bör skattningarna kompletteras med lokala data och kunskap*

2. Hur beräknas potentialskattningarna?

- Beskrivning steg för steg

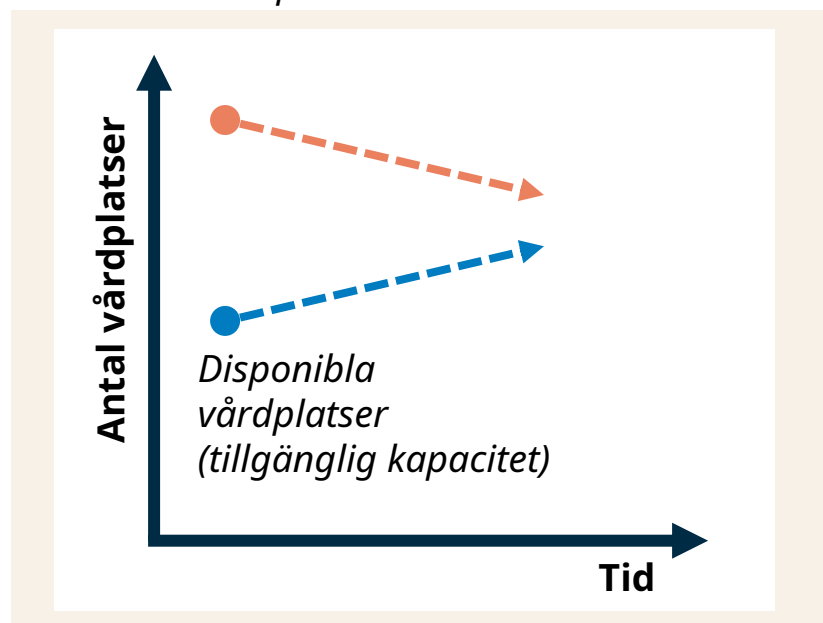
3. Hur beaktas överlapp mellan potentialskattningarna?

Potentialskattningarna indikerar vilken effekt som kan uppnås om regionerna når målnivån för utvalda mått

Socialstyrelsens potentialskattningar är **uppskattningar av vilken effekt som förändringar i enskilda mått kan ha på vårdplatssituationen**. Två typer av mått potentialskattas:

- **Behovsminskande mått** – skattar hur mycket behovet av vårdplatser kan minska om målnivån nås
- **Kapacitetsökande mått** – skattar hur mycket vårdplatskapaciteten kan öka om målnivån nås

Illustrativt exempel



De mått som potentialskattas har valts ut för att de har en **direkt koppling** till vårdplatsbehovet eller vårdplatskapaciteten. Syftet är att **uppmuntra till utvecklingsarbete** genom att kvantifiera hur förbättringar inom enskilda områden kan ge effekter på vårdplatssituationen.

Valet av vilka mått som potentialskattas har också **styrts av tillgången till data på nationell nivå**. I rapporten *Plats för vård* lyfts flera andra mått och som bedöms vara centrala för att beskriva vårdplatssituationen och för att följa upp utvecklingen mot en långsiktig balans mellan behov och kapacitet. Skattningarna **syftar inte till att fånga alla aspekter** som påverkar balansen mellan vårdplatsbehov och -kapacitet, utan till att **kvantifiera effekten av ett urval mätbara faktorer**.

Beräkningarna bygger på de målnivåer som definierats för planens målsatta mått. **Potentialen i varje mått** skattas till hur mycket vårdplatsbehovet skulle kunna minska, eller vårdplatskapaciteten skulle kunna öka, **om alla regioner nådde upp till målnivån**.

Översikt av de mått som potentialskattas

Måtten nedan har valts till potentialskattningarna för att de kan ha en direkt effekt på vårdplatsbristen, och för att resultaten kan jämföras mellan regioner. Jämförelsen gör det möjligt att skatta vilken förändring som är rimlig att sträva efter, och hur en sådan förändring påverkar antingen behovet av eller tillgången till vårdplatser.

Även insatser som inte potentialskattas här kan vara viktiga i att minska bristen på vårdplatser. Exempel på sådana insatser är att nyrekrytera sjuksköterskor från utanför sektorn, eller att i högre grad skifta vård till öppen vård.

Måtten definieras i [avsnitt 2](#) och beskrivs utförligare på kommande sidor

Mått som påverkar behov	Typ av
Oplanerade återinskrivningar (över 65 år)	Målsatt
Oplanerade återinskrivningar (20 – 64 år)	Målsatt
Påverkbar slutenvård (65+ år)	Målsatt
Påverkbar slutenvård för vissa kroniska sjukdomar (65+ år)**	Målsatt
Påverkbar slutenvård för vissa kroniska sjukdomar (20 – 64 år)	Målsatt
Utskrivningsklara patienter	Målsatt
Fallskador som leder till slutenvård	Målsatt
Vårdtillfällen med vårdskador	Målsatt

Mått som påverkar kapacitet	Typ av mått
Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor	Målsatt
Avgångar för sjuksköterskor	Målsatt
Vårdplatser per sjuksköterska	Utvecklingsmått*

Detta mått ämnar att fånga den potentiella effekten av insatser som kan frigöra tid hos sjuksköterskor samt effekten av att införa nya typer av vårdplatser som kräver en lägre sjuksköterskebemanning

*Detta mått skiljer sig från övriga då det inte målsätts. Det är inte möjligt/lämpligt att skatta potentialen till förbättring utifrån regioners olika resultat. Istället skattas den utifrån ett teoretiskt mål som är relativt till varje regions utgångsläge. ** Potentialen för detta mått inkluderas i *Påverkbar slutenvård 65+* och ingår därför inte i summeringen av måttens sammantagna potential

Vid lokal tillämpning bör skattningarna kompletteras med lokala data och kunskap

I denna del presenteras en detaljerad beskrivning av hur potentialskattningarna har beräknats. Det är viktigt att understryka att dessa skattningar är gjorda nationellt för alla regioner, och att **flera antaganden har behövt göras eftersom vissa data inte funnits tillgängliga nationellt**. Eftersom skattningarna har använts för att visa på en generell potential att minska vårdplatsbristen, och bedöma rimligheten i den nationella planen, har antagandena varit rimliga i förhållande till analysens syfte.

Till den som vill använda potentialskattningarna **på lokal nivå rekommenderar Socialstyrelsen att lokala data och kunskap används**, istället för generella antaganden. På lokal nivå finns mer detaljerade uppgifter om exempelvis genomsnittligt antal vårdplatser per sjuksköterska eller långtidssjukfrånvaro, vilka ger mer träffsäkra skattningar för enskilda regioner och verksamheter. Utöver detta finns överlapp i potentialen mellan flera behovsminskande mått – detta påverkar inte den totala potentialen att minska behovet eftersom denna baseras på riktvärdet på medellång sikt, men behöver beaktas om utvecklingsarbete bedrivs utifrån ett urval av mått.



Innehåll - Potentialskattning per mått

1. Vad är potentialskattningarna och hur används de?
2. Hur beräknas potentialskattningarna? – Beskrivning steg för steg
 - *Följande sidor ger detaljerade beskrivningar av samtliga beräkningssteg i potentialskattningarna*
 - *Potentialskattningarna steg-för-steg: Behovsminskande mått*
 - *Potentialskattningarna steg-för-steg: Kapacitetsökande mått*
3. Hur beaktas överlapp mellan potentialskattningarna?

Följande sidor ger detaljerade beskrivningar av samtliga beräkningssteg i potentialskattningarna

På följande sidor beskrivs samtliga beräkningssteg och dataspecifikationer på en sådan detaljnivå att **det ska ge läsaren förutsättningarna att beräkna potentialskattningarna på egen hand** med hjälp av detta material.

Observera att potentialen enbart skattas för de regioner som inte uppfyller målnivån för respektive mått.



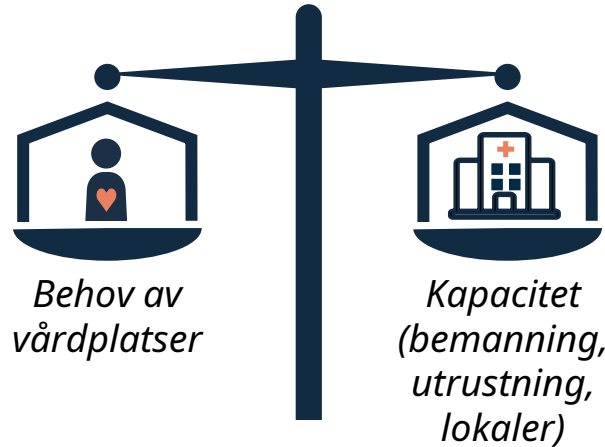
Potentialskattningarna steg-för-steg: *Behovsminskande mått*

På efterföljande sidor beskriver vi detaljerat beräkningar och dataspecifikationer för de behovsminskande måtten.



Behovsminskande mått:

- Oplanerade återinskrivningar 65+
- Oplanerade återinskrivningar 20-64
- Utskrivningsklara patienter 65+
- Påverkbar slutenvård 65+
- Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar 65+
- Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar 20-64
- Fallskador 65+
- *Vårdskador (utgått då datainsamling på nationell nivå avslutats)*



Kapacitetsökande mått:

- Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor
- Avgångar från sektorn för sjuksköterskor
- *Antal vårdplatser per sjuksköterska (enbart utvecklingsmått, ej målsatt)*

Oplanerade återinskrivningar (1/2)

Definition: Måttet *oplanerade återinskrivningar* avser andelen vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in igen efter 30 dagar. Måtten beräknas separat för åldersgrupperna 20 till 64 år samt 65 år och äldre.

1. Data över oplanerade återinskrivningar beställs från PAR. Uttaget ska inkludera antal vårdtillfällen och vårdtid vid återinskrivningstillfället:
 - Generellt
 - För äldre
 - För personer med vissa kroniska sjukdomar (motsvarande specifikationer som för *påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* som beskrivs i avsnittet [Påverkbar slutenvård](#))
2. Först multipliceras antal vårdtillfällen för den specificerade åldersgruppen med målnivån för återinskrivningar. Detta subtraheras sedan från antal återinskrivningar i regionen för specificerad åldersgrupp. Detta ger antalet sparade vårdtillfällen om målet nås.

$$2. \quad \text{Antal sparade vårdtillfällen} = \text{Antal återinskrivningar} - \left(\text{Antal vårdtillfällen i åldersgruppen} \times \text{Målnivå för återinskrivningar} \right)$$

Oplanerade återinskrivningar, forts. (2/2)

3. Antalet sparade vårdtillfällen multipliceras sedan med medelvårdtiden för de återinskrivningar som har förekommit (data för detta beställs från PAR). Detta ger den totala potentialen uttryckt i vårdtid i dagar.
4. Resultatet fördelas på årets dagar genom att dividera det med 365. Resultatet är den skattade potentialen mätt i antal vårdplatser.
5. De enskilda regionernas skattade potential summeras till en nationell potential.

3.
$$\text{Skattad potential (vårdtid i dagar)} = \overbrace{\text{Antal sparade vårdtillfällen}}^{(\text{Resultat av steg 2})} \times \text{Medelvårdtid}$$

4.
$$\text{Skattad potential (antal vårdplatser)} = \overbrace{\text{Skattad potential (vårdtid i dagar)}}^{(\text{Resultat av steg 3})} \div 365$$

Utskrivningsklara patienter

Definition: Måttet utskrivningsklara patienter avser andelen av de disponibla vårdplatserna som är belagda med av patienter som av sjukhuset bedöms som utskrivningsklara.

1. Data över antalet vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter hämtas från väntetidsdatabasen. För de regioner som saknar statistik antas att regionernas utfall är det viktade genomsnittet av övriga regioners resultat.
2. Antal sparade vårdplatser beräknas genom att subtrahera målnivån från andel vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter idag och sedan multiplicera detta med totalt antal disponibla vårdplatser.
3. De enskilda regionernas skattade potential summeras till en nationell potential.

2.

*Skattad potential
(sparade vårdplatser)*

$$= \left(\text{Andel vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter} - \text{Målnivå} \right) \times \text{Totalt antal disponibla vårdplatser}$$

Påverkbar sluten vård – *Generell definition*

Definition: Måttet påverkbar sluten vård bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt sett undvika vissa inläggningar på sjukhus. Måttet avser antalet vårdtillfällen med påverkbar sluten vård per år och 100 000 invånare i tre olika patientgrupper:

- *Påverkbar sluten vård 65+:* slutenvårdstillfällen för utvalda diagnoser där patienten tillhör åldersgruppen 65+ år.
- *Påverkbar sluten vård kroniska sjukdomar 65+:* slutenvårdstillfällen där patienten tillhör åldersgruppen 65+ år och vårdas för en kronisk sjukdom.
- *Påverkbar sluten vård kroniska sjukdomar 20–64:* slutenvårdstillfällen där patienten tillhör åldersgruppen 20–64 år och vårdas för en kronisk sjukdom.

Observera att måttet påverkbar sluten vård vid kronisk sjukdom 65+ ingår i det övergripande måttet påverkbar sluten vård 65+. Detta medför att den skattade potentialen för påverkbar sluten vård vid kronisk sjukdom 65+ inte ingår i summeringen av alla potentialskattningar.

Efter de generella förklaringarna på denna och nästkommande två sidor, följer fyra sidor med ett utdrag från *Vården i siffror* där definitionen för påverkbar slutenvård har hämtats ifrån.

Påverkbar sluten vård – *Beräkningen steg för steg (1/2)*

1. Data över antalet vårdtillfällen med påverkbar sluten vård beställs från PAR. För detta används *Vården i siffrors* definitioner.
2. Data över antal invånare i åldersgruppen hämtas från Statistikdatabasen SCB.
3. Antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård per invånare i den specificerade åldersgruppen beräknas genom att dividera antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård inom den specificerade åldersgruppen med antal invånare i åldersgruppen.

$$3. \text{ Antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård } \mathbf{per\ invånare\ i\ åldersgruppen} = \frac{\text{Antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård i åldersgruppen}}{\text{Antal invånare i åldersgruppen}}$$

Påverkbar sluten vård – Beräkningen steg för steg, forts. (2/2)

4. Antal sparade vårdtillfällen beräknas genom att ta differensen mellan antal vårdtillfällen med påverkbar sluten vård *per invånare idag* och antalet *om målnivån nås*, vilket ger antal sparade vårdtillfällen per invånare. Detta multipliceras sedan med antal invånare i åldersgruppen. Notera att eftersom målnivån anges per 100 000 invånare, måste den delas med 100 000 för att få antal vårdtillfällen *per invånare*.
5. Antal sparade vårdtillfällen översätts till vårdplatser genom att multiplicera antalet vårdtillfällen med medelvårddtiden för somatisk sluten vård för den specificerade åldersgruppen och sedan dividera produkten med 365.
6. De enskilda regionernas skattade potential summeras till en nationell potential.

$$4. \text{ Antal sparade vårdtillfällen} = \left(\frac{\text{Vårdtillfällen med påverkbar sluten vård per invånare}}{\text{Målnivå}} - \frac{\text{Målnivå}}{100\,000} \right) \times \text{Totalt antal invånare i åldersgruppen}$$

(Resultat av steg 3)

$$5. \text{ Skattad potential (sparade vårdplatser)} = \frac{\text{Antal sparade vårdtillfällen} \times \text{Medelvårddtid}}{365}$$

(Resultat av steg 4)

Påverkbar slutenvård – dataspecifikationer: 65 år och äldre (1/2)

Utdrag från Vården i siffror



Indikatorn visar personer med så kallade påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare. Enbart personer 65 år och äldre ingår.

*Indikatorn **påverkbar slutenvård** bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt sett undvika vissa inläggningar på sjukhus. Det kan handla om både förebyggande arbete, primärvård och annan öppen vård.*

De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner.

Liknande sammanvägda mått används internationellt; i engelskspråkig litteratur används begreppet ambulatory care sensitive conditions. Det förekommer många olika varianter på måttet, framför allt med avseende på vilka diagnoser som ska ingå. Socialstyrelsen har under 2014 redovisat ett arbete där indikatorn är reviderad utifrån gruppen mest sjuka äldre.

Detta är ett utdrag från Vården i siffrors indikatorbibliotek för indikatorn "Påverkbar slutenvård – 65 år och äldre". Utdraget gjordes 2025-11-04.

Påverkbar slutenvård – dataspecifikationer: 65 år och äldre, forts. (2/2)



Utdrag från Vården i siffror

Mätpopulationsdefinition: Antal personer 65 år och äldre med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100000 invånare.

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

- Kroniska tillstånd
- Anemi: D501, D508, D509
- Astma: J45, J46
- Diabetes:
 - E101–E108 (huvud- eller bidiagnos)
 - E110–E118 (huvud- eller bidiagnos)
 - E130–E138 (huvud- eller bidiagnos)
 - E140–E148 (huvud- eller bidiagnos)
- Hjärtsvikt: I50, I110, J81
- Högt blodtryck: I10, I119
- Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
 - J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos)
 - J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
- Kärlkramp: I20, I240, I248, I249
- Blödande magsår: K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
- Diarré: E86, K522, K528, K529
- Epileptiska krampanfall: O15, G40, G41, R56
- Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen: N70, N73, N74
- Njurbäckeninflammation: N390, N10, N11, N12, N136
- Öra-näsa-halsinfektion: H66, H67, J02, J03, J06, J312

Detta är ett utdrag från Vården i siffrors indikatorbibliotek för indikatorn "Påverkbar slutenvård – 65 år och äldre". Utdraget gjordes 2025-11-04.

Påverkbar slutenvård – *dataspecifikationer: kronisk sjukdom för 20 år och äldre (1/2)*

Utdrag från Vården i siffror

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare, 20 år eller äldre, för patienter med sjukdomstillstånden hjärtsvikt, diabetes, astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Uppgifterna är åldersstandardiserade.

Antalet slutenvårdsperioder kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår här är hjärtsvikt, diabetes samt astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Dessa sjukdomar kan behandlas effektivt i primärvården eller vid behov i öppen specialiserad vård. Genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Även tillgången till slutenvårdsplatser kan påverka antalet inskrivningar i slutenvård.

Generellt sett vårdas män i högre utsträckning än kvinnor, med de diagnoser som ingår i måttet. Antalet slutenvårdstillfällen har minskat vid samtliga sjukdomar över tid, dock inte i lika stor utsträckning när det gäller hjärtsvikt.

Mätpopulationsdefinition:

- *Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).*
- *Endagars vårdperioder räknas ej.*
- *Vårdtillfällen med hjärtingrepp ingår inte vid beräkning av undvikbar slutenvård för hjärtsvikt.*
- *Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC) =14 och 15) är uteslutna.*
- *Åldersstandardiserade värden. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.*

Detta är ett utdrag från Vården i siffrors indikatorbibliotek för indikatorn "Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom". Utdraget gjordes 2025-11-04.



Påverkbar slutenvård – *dataspecifikationer: kronisk sjukdom för 20 år och äldre, forts. (2/2)*

Utdrag från Vården i siffror

Följande diagnos- och åtgärds-koder har använts:

- *Astma: Huvuddiagnos J450, J451, J458, J459, J46*
- *Diabetes: Huvuddiagnos E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149*
- *KOL: J410, J411, J418, J42, J430, J431, J438, J439, J440, J441, J448, J449, J47 som huvuddiagnos, eller J40 som huvuddiagnos i kombination med någon av J41, J43, J44, J47 som bidiagnos*
- *Hjärtsvikt: Huvuddiagnos I110, I130, I132, I500, I501, I509*

Diagnoser/operationer som ska exkluderas (hjärtoperationer och cystisk fibros):

- *Hjärtoperationer, får inte förekomma i slutenvårdsperioden: KVÅ som börjar med F.*
- *Cystisk fibros som huvud eller bidiagnos får inte förekomma i slutenvårdsperioden: E840, E841, E848, E849, P270, P271, P278, P279, Q254, Q311, Q312, Q313, Q315, Q318, Q319, Q320, Q321, Q322, Q323, Q324, Q330, Q331, Q332, Q333, Q334, Q335, Q336, Q338, Q339, Q340, Q341, Q348, Q349, Q390, Q391, Q392, Q393, Q394, Q398, Q893".*

Detta är ett utdrag från Vården i siffrors indikatorbibliotek för indikatorn "Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom". Utdraget gjordes 2025-11-04.

Fallskador

Definition: För fallskador mäts antalet vårdtillfällen för patientgruppen 65 år och äldre där fallskada är huvuddiagnos uttryckt per år och 100 invånare i den specificerade åldersgruppen.

1. Data över fallskador hämtas från PAR under *Analysverktyg och indikatorer > Indikatorbibliotek > Fallskador bland personer 65 år och äldre*.
2. Data över antal invånare i åldersgruppen hämtas från Statistikdatabasen SCB.
3. Givet att målnivån anges i antal vårdtillfällen med fallskada som huvuddiagnos *per 100 invånare i åldersgruppen*, beräknas antal sparade vårdtillfällen med formeln som visas till höger.
4. Antal sparade vårdtillfällen översätts sedan till vårdplatser genom att multiplicera värdet med medelvårdtiden för vårdtillfällen med fallskada och slutligen dividera med 365.
 - För fallskador är den genomsnittliga vårdtiden beräknad per region utifrån historiska data över slutenvårdstillfällen där fallskada varit huvuddiagnos för 65 år och äldre. Resultatet är ett spann på 5 till 8 dagar. Data över detta har hämtats från Patientregistret.
5. De enskilda regionernas skattade potential summeras ihop till en nationell potential.

$$3. \quad \text{Antal sparade vårdtillfällen} = \text{Antal vårdtillfällen p.g.a. fallskada} - \left(\text{Antal invånare i åldersgruppen} \times \frac{\text{Målnivå}}{100} \right)$$

$$4. \quad \text{Skattad potential (sparade vårdplatser)} = \frac{\text{(Resultat av steg 3) Antal sparade vårdtillfällen} \times \text{Medelvårdtid}}{365}$$

Vårdskador

Definition: Potentialskattningen av att minska vårdskador utgår från måttet andel vårdtillfällen med vårdskada. Förekomsten av vårdskador följdes mellan åren 2013 och 2024 med metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG). Datainsamlingen har avslutats på nationell nivå, men det rekommenderas att fortsätta på lokal och regional nivå.

1. Andelen vårdtillfällen med vårdskada beräknas som genomsnittet över sex år för att jämna ut variationer i data. Det innebär att för den ursprungliga beräkningen av potentialskattningen år 2023, användes data för åren 2017-2022.
2. Antal sparade vårdtillfällen beräknas genom att ta differensen av den genomsnittliga andelen vårdskador och målnivån*, och sedan multiplicera detta med antal slutenvårdstillfällen.
3. Slutligen översätts vårdtillfällen till vårdplatser genom att multiplicera antal sparade vårdtillfällen med medelvårdtiden för ett vårdtillfälle med vårdskada, vilket beräknats till 6,5 dagar. Den totala vårdtiden (i dagar) fördelas sedan på årets dagar.
 - Antagandet att den genomsnittliga förlängningen av ett vårdtillfälle där vårdskada uppstår är 6,5 vårddygn baseras på nationell nivå utifrån rapporten *Skador inom somatisk vård 2023*.
4. De enskilda regionernas skattade potential summeras ihop till en nationell potential.

1.

$$\text{Genomsnittlig andel vårdskador} = \frac{\text{Andel}_{\text{år 1}} + \text{Andel}_{\text{år 2}} + \dots + \text{Andel}_{\text{år 6}}}{6}$$

2.

(Resultat av steg 1)

$$\text{Antal sparade vårdtillfällen} = \text{Antal vårdtillfällen} \times \left(\text{Genomsnittlig andel vårdskador} - \text{Målnivå} \right)$$

3.

(Resultat av steg 2)

$$\text{Skattad potential (sparade vårdplatser)} = \frac{\text{Antal sparade vårdtillfällen} \times 6,5}{365}$$

*Målnivån för vårdskador är 0 %. Socialstyrelsen ser det som centralt att denna nivå eftersträvas, men för att undvika att överskatta potentialen att minska vårdplatsbehovet utgår denna potentialskattning ifrån att det är den fjärde bästa regionens resultat avseende vårdskador som ska uppnås.

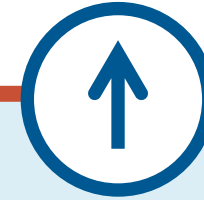
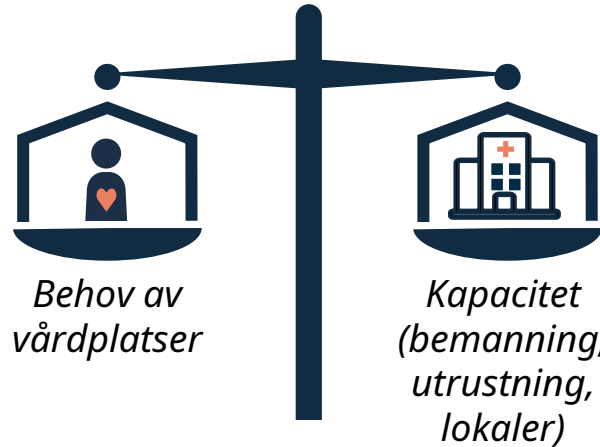
Potentialskattningarna steg-för-steg: *Kapacitetsökande mått*

På efterföljande sidor beskrivs detaljerat beräkningar och dataspecifikationer för de kapacitetsökande måtten.



Behovsminskande mått:

- Oplanerade återinskrivningar 65+
- Oplanerade återinskrivningar 20-64
- Utskrivningsklara patienter 65+
- Påverkbar slutenvård 65+
- Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar 65+
- Påverkbar slutenvård kroniska sjukdomar 20-64
- Fallskador 65+
- *Vårdskador (utgått då datainsamling på nationell nivå avslutats)*



Kapacitetsökande mått:

- Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor
- Avgångar från sektorn för sjuksköterskor
- *Antal vårdplatser per sjuksköterska (enbart utvecklingsmått, ej målsatt)*

Långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor

Definition: Måttet *långtidssjukfrånvaro för sjuksköterskor* avser andelen sjuksköterskor med sjukpenning.

1. Från SKR:s personalstatistik beställs data över:
 - Totalt antal månadsavlönade sjuksköterskor inom somatisk specialistvård
 - Antal sjuksköterskor inom somatisk specialistvård med långtidssjukfrånvaro (dvs. med sjukpenning)
2. Antalet månadsavlönade sjuksköterskor inom somatisk specialistvård multipliceras med målnivån för långtidssjukfrånvaro (där målnivån är fjärde bästa regionens resultat). Detta ger det teoretiska antalet sjuksköterskor med långtidssjukfrånvaro som regionen skulle ha vid målnivån.
3. Antal sparade månadstjänster beräknas genom att subtrahera resultatet i (2) från antal sjuksköterskor inom somatisk specialistvård med långtidssjukfrånvaro (formel till höger).
4. Härnäst översätts antal sparade månadstjänster till ett potentiellt antal vårdplatser. Detta görs genom att

utgå från bemanningsbehovet och användning av formeln nedan, märkt med "4". Beräkningen bygger på följande antaganden:

- Bemanningkvot: 1 sjuksköterska per 6 vårdplatser (Observera att detta är en uppskattning av genomsnittlig bemanning utifrån en enkätundersökning och *inte på något sätt en rekommendation från Socialstyrelsen*)
 - Arbetstid: 34 timmar/vecka, 47 arbetsveckor/år
 - Sysselsättningsgrad: regionsspecifik (hämtas från *Personalen i välfärden, SKR*)
5. Slutligen summeras alla regioners skattade potential till en nationell potential.

3.
$$\text{Sparade månadstjänster} = \text{Antal ssk med sjukfrånvaro} - \text{Antal ssk} \times \text{Målnivå för sjukfrånvaro}$$
 (Resultat från steg 2)

4.
$$\text{Ökat antal vårdplatser} = \frac{\text{Sparade månadstjänster}}{(24 \times 7 \times 52) / (34 \times \text{sysselsättningsgrad} \times 47) \times 1/6}$$
 (Resultat från steg 3)

Avgångar från sektorn för sjuksköterskor (1/2)

Definition: Måttet *avgångar från sektorn för sjuksköterskor* avser andelen sjuksköterskor som lämnat sektorn.

1. Data över antal månadsavlönade sjuksköterskor inom somatisk specialistvård, totalt antal månadsavlönade sjuksköterskor i regionen, samt antal avgångar bland månadsavlönade sjuksköterskor i regionsektorn beställs från SKR:s personalstatistik.
2. Andel avgångar uppskattas genom att dividera antal månadsavlönade sjuksköterskor i regionen som lämnat sektorn med totalt antal månadsavlönade sjuksköterskor i regionen (*formel till höger*).
3. Antalet avgångar inom somatisk specialistvård skattas genom att multiplicera andel avgångar som beräknats i (2) med antal sjuksköterskor inom somatisk specialistvård i regionen (*formel till höger*).
 - Antagande görs att andel avgångar inom somatisk specialistvård är densamma som andelen avgångar i regionsektorn generellt, eftersom det saknas specifika data för sjuksköterskor i somatisk specialistvård.

4. Antalet sjuksköterskor inom somatisk specialistvård i regionen multipliceras med målnivån för andel avgångar. Detta ger det teoretiska antal sjuksköterskor som skulle lämna regionsektorn i regionen ifall målnivån nås.
5. Antalet sparade månadstjänster beräknas genom att subtrahera resultatet i (4) från (3).

$$2. \quad \text{Andel ssk-avgångar från regionsektorn} = \frac{\text{Antal ssk-avgångar från regionsektorn}}{\text{Totalt antal månadsavlönade ssk}}$$

$$3. \quad \text{Antal ssk-avgångar från somatisk specialistvård} = \overbrace{\text{Andel ssk-avgångar från regionsektorn}}^{\text{(Resultat från steg 2)}} \times \text{Antal ssk inom somatisk specialistvård i regionen}$$

$$5. \quad \text{Sparade månadstjänster} = \overbrace{\text{Antal ssk-avgångar från somatisk specialistvård}}^{\text{(Resultat från steg 3)}} - \overbrace{\text{Antal ssk inom specialistvård i regionen} \times \text{Målnivå för avgångar}}^{\text{(Resultat från steg 4)}}$$

Avgångar från sektorn för sjuksköterskor, forts. (2/2)

6. Härnäst översätts antal sparade månadstjänster till ett potentiellt antal vårdplatser. Detta görs genom att utgå från bemanningsbehovet. Beräkningen bygger på följande antaganden:
- Bemanningkvot: 1 sjuksköterska per 6 vårdplatser (Observera att detta är en uppskattning av genomsnittlig bemanning utifrån en enkätundersökning och *inte på något sätt en rekommendation från Socialstyrelsen*)
 - Arbetstid: 34 timmar/vecka, 47 arbetsveckor/år
 - Sysselsättningsgrad för månadsavlönade sjuksköterskor i regionen, regionsspecifik (hämtas från *Personalen i välfärden*, Sveriges Kommuner och Regioner)
 - Andel avgångar före pensionsålder (under 60 år): 80%

6.

$$\text{Ökat antal vårdplatser} = \frac{\overbrace{\text{Sparade månadstjänster} \times 0,8}^{\text{(Resultat från steg 5)}}}{(24 \times 7 \times 52) / (34 \times \text{sysselsättningsgrad} \times 47) \times 1/6}$$



Minskad sjukfrånvaro och minskat antal avgångar ökar inte omedelbart tillgänglig sjukskötersketid inom de verksamheter som i dag har vårdplatsbrist. Planen omfattar även insatser för att planera, styra och dimensionera verksamheter utifrån behov, inom ramen för fokusområdet produktions- och kapacitetsstyrning. Dessa insatser är centrala verktyg för att säkerställa att effekterna av att förbättra dessa mått tas tillvara där behoven är som störst.

Antal vårdplatser per sjuksköterska

Potentialen att öka antal vårdplatser per sjuksköterska är skattat utifrån antagandet att en sjuksköterska i snitt har 6 vårdplatser. Detta antagande baseras på en enkätundersökning som beskrivs i rapporten *Plats för vård* (bilaga 7) och är inte en rekommendation.

Potentialskattningen av detta mått utgår ifrån ett scenario där var fyrtionde sjuksköterska får ytterligare en vårdplats att ansvara för, vilket är en *teoretisk* beräkning. Den avser att fånga, men inte överskatta, den kortsiktiga potentialen i att genom förändrade arbetssätt utöka antalet vårdplatser per sjuksköterska på ett patientsäkert och arbetsmiljömässigt hållbart sätt.

Syftet med beräkningen är att visa vilken teoretisk effekt som insatser som frigör tid hos sjuksköterskor skulle kunna ha på vårdplatskapaciteten. Eftersom bemanningsmål på avdelningar ofta planeras i team så behöver regionen själva arbeta systematiskt med sin bemanning, sätta en eventuell standard för bemanning utifrån patientbehovet och sedan räkna på hur/var antal patienter per team kan ökas.

För den som vill genomföra beräkningarna på lokal nivå rekommenderas att använda de data och kunskap som finns tillgängliga lokalt.

Möjligheterna att öka antalet vårdplatser per sjuksköterska bedöms inte i *Plats för vård*. Däremot skattas hur många ytterligare disponibla vårdplatser som skulle kunna öppnas om var fyrtionde sjuksköterska ansvarade för ytterligare en vårdplats.

Beräkningen steg för steg:

1. Beräkningen bygger på följande parametrar (för vissa hämtas data enligt specifikationer beskrivna på tidigare sidor; för andra används de skattningar/antaganden som anges nedan):
 - Antal sjuksköterskor inom somatisk specialistvård
 - Nuvarande antal vårdplatser per sjuksköterska (vi använder 6 st., enligt beskrivning till vänster)
 - Antal arbetstimmar per vecka samt arbetsveckor på ett år (vi använder 34 timmar per vecka och 47 veckor per år)
 - Sysselsättningsgrad
 - Hur stor andel skulle rimligtvis kunna ta en till vårdplats? (vi utgår ifrån att 1 av 40 sjuksköterskor tar ytterligare en plats)

Antal vårdplatser per sjuksköterska – beräkningen (1/2)

2. Sedan beräknas ytterligare fyra värden med hjälp av formlerna till höger:
- A. Hur många timmar en vårdplats motsvarar per år
 - B. Hur många timmar en månadsanställd sjuksköterska motsvarar på ett år, utifrån antaganden om antal arbetstimmar på en vecka och antal arbetsveckor på ett år
 - C. Hur mycket "vårdplatstid" en sjuksköterska motsvarar på ett år utifrån nuvarande genomsnittligt antal vårdplatser (i Socialstyrelsens beräkningar används 6 vårdplatser per sjuksköterska)
 - D. "Vårdplatstiden" per sjuksköterska givet ett ökat antal vårdplatser per sjuksköterska (exempelvis innebär ytterligare en vårdplats per fjortonde sjuksköterska att antal vårdplatser per sjuksköterska ökar med 0,025 platser)

A.
$$\text{En vårdplats i timmar (per år)} = 24 \times 7 \times 52 = 8736 \text{ timmar}$$

B.
$$\text{Timmar per månadsanställd ssk (per år)} = \frac{\text{Antal arbetstimmar/vecka}}{\text{Sysselsättningsgrad}} \times \text{Arbetsveckor/år}$$

C.
$$\text{Vårdplatstid per ssk} = \frac{\text{Antal vårdplatser/ ssk}}{\text{Timmar per månadsanställd ssk (per år)}}$$

D.
$$\text{Ny vårdplatstid per ssk} = \frac{\text{Nytt antal vårdplatser/ ssk}}{\text{Timmar per månadsanställd ssk (per år)}}$$

Antal vårdplatser per sjuksköterska – beräkningen, forts. (2/2)

3. Sedan beräknas differensen mellan den nya och ursprungliga vårdplatstiden per sjuksköterska, dvs. mellan 2D: *Ny vårdplatstid per ssk* och 2C: *Vårdplatstid per ssk*.
4. Differensen multipliceras sedan med hur stor andel av sjuksköterskorna som skulle kunna tänkas öka sitt patientantal.
5. Detta värde divideras sedan med A: *En vårdplats i timmar (per år)*. Detta ger den skattade ökningen av vårdplatser.

Beräkningsstegen 3-5 sammanfattas i formeln nedan:

$$\text{Skattad potential (antal vårdplatser)} = \frac{\left(\begin{array}{l} \text{(Resultat från 2D)} \\ \text{Ny vårdplatstid per ssk} \end{array} - \begin{array}{l} \text{(Resultat från 2C)} \\ \text{Vårdplatstid per ssk} \end{array} \right) \times \text{Andel av ssk som ökar patientantal}}{A: \text{En vårdplats i timmar (per år)}}$$

Innehåll - Potentialskattning per mått

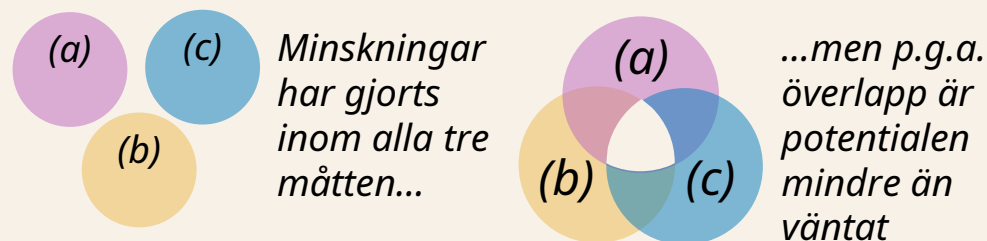
1. Vad är potentialskattningarna och hur används de?
2. Hur beräknas potentialskattningarna?
 - Beskrivning steg för steg
3. Hur beaktas överlapp mellan potentialskattningarna?
 - *Den sammantagna potentialen tar hänsyn till överlapp mellan mått*
 - *Beskrivning av överlapp mellan mått*
 - *Summering av överlappen*

Den sammantagna potentialen tar hänsyn till överlapp mellan mått

Vissa insatser påverkar flera mått samtidigt. Särskilt gäller det måtten som speglar behovsminskning, där en förändring i ett mått kan medföra en förändring i ett annat mått, då de delvis avser samma patienter. Det innebär att den samlade potentialen överskattas om den beräknas genom en enkel summering av potentialen för varje mått. Därför görs en skattning av hur stort överlappet är mellan olika mått. Överlappet beräknas medvetet i överkant, i syfte att minska risken för att den totala potentialen överskattas.

Exempel på hur överlapp kan påverka potentialen:

En verksamhet har valt att arbeta med måtten (a) påverkbar slutenvård, (b) återinskrivningar och (c) vårdskador för att de beräknat att de har stor potential att minska vårdplatsbehovet på dessa områden. De når målnivåerna för alla tre måtten men uppnår ändå inte väntad effekt i form av behovsminskning. Efter en analys av överlapp visar det sig att många av vårdtillfällena med påverkbar slutenvård även har varit återinskrivningar. Ytterligare en del av dessa har varit vårdtillfällen med vårdskador.



Översikt av skattade överlapp mellan måtten

- A. Fallskador och utskrivningsklara patienter: 10–20 %
- B. Fallskador och återinskrivningar: 15 %
- C. Påverkbar slutenvård och återinskrivningar: 10–20 %
 - Vårdskador överlappar med samtliga andra mått:
 - D. Vårdskador och påverkbar slutenvård: < 10 %
 - E. Vårdskador och återinskrivningar: 10–20 %
 - F. Vårdskador och fallskador: 10–20 %
 - G. Vårdskador och utskrivningsklara: < 10 %
- H. Påverkbar slutenvård och utskrivningsklara patienter: < 10 %
- I. Återinskrivningar och utskrivningsklara patienter: < 10 %
- J. Påverkbar slutenvård och fallskador: 0 %

Totalt skattas överlappet till cirka 20 procent av den totala potentialskattningen för de behovsminskande måtten.

Not: Potentialen för måttet Påverkbar slutenvård vid kroniska sjukdomar 65+ inkluderas i Påverkbar slutenvård 65+ och ingår därför inte i summeringen av måttens sammantagna potential

Läs mer om varje överlapp på kommande sidor ➔

Beskrivning av överlapp mellan mått (1/2)

A: Mellan utskrivningsklara patienter och fallskador:

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 procent av disponibla vårdplatser men i denna grupp antas andelen vara större, eftersom det kan ta tid för nödvändiga kommunala insatserna att sättas in. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till 10–20 procent.

B: Mellan oplanerade återinskrivningar och fallskador:

Vid analysens genomförande hittades inga källor som indikerade att det finns ett större samband mellan dessa mått jämfört med den genomsnittliga nivån för berörd åldersgrupp, dvs. 65 år och äldre. Återinskrivningar förekommer i genomsnitt i 14,4 procent av alla vårdtillfällen för åldersgruppen 65 år och äldre. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till cirka 15 procent av alla fallskador.

C: Mellan oplanerade återinskrivningar och påverkbar slutenvård:

Utifrån en analys av data från Patientregistret går det att se 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 till cirka 10–20 procent av alla återinskrivningar.

D: Mellan påverkbar slutenvård och vårdskador: Vårdskador förekommer vid cirka 6,8 procent av alla vårdtillfällen. För äldre patienter är denna andel något högre*. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till under 10 procent.

E: Mellan oplanerade återinskrivningar och vårdskador: I markörbaserade journalgranskningar identifierades att 13 procent av de som återinskrivits hade en vårdskada. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till 10–20 procent av alla återinskrivningar.

Beskrivning av överlapp mellan mått, forts. (2/2)

F: Mellan fallskador och vårdskador: Av alla skador i sjukhusvården är 8 procent fallskador*, och av alla fallskador bedöms knappt 60 procent vara undvikbara skador, dvs. vårdskador**. Vårdskador kan även uppstå under vårdtillfället då en fallskada behandlas, med en genomsnittlig nivå på 6,8 procent. Sammantaget indikerar detta att det finns ett betydande överlapp mellan fallskador och vårdskador. Överlappet uppskattas till 10–20 procent av alla fallskador.

G: Mellan utskrivningsklara patienter och vårdskador: Vårdskador förekommer vid cirka 6,8 procent av alla vårdtillfällen. För äldre patienter är denna andel högre**. Även om fler vårddygn kan öka risken för vissa vårdskador kan det innebära mer tid för att eventuella kommunala insatser ska kunna sättas in, vilket skulle minska antal utskrivningsklara patienter. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till under 10 procent.

H: Mellan oplanerade återinskrivningar och utskrivningsklara patienter: Patienter som skrivs in igen kort inpå tidigare vårdtillfälle har troligen etablerat stöd i boende eller hem. Utskrivningsklara patienter tar i genomsnitt upp 5,1 procent av disponibla vårdplatser. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till under 10 procent av alla återinskrivningar.

I: Mellan utskrivningsklara patienter och påverkbar slutenvård: Det finns ingen anledning att anta ett större samband mellan dessa mått jämfört med den genomsnittliga nivån för berörd åldersgrupp. Utskrivningsklara patienter tar i genomsnitt upp 5,1 procent av disponibla vårdplatser. Överlappet mellan dessa mått uppskattas till under 10 procent.

J: Mellan påverkbar slutenvård och fallskador: Då dessa mått per definition innefattar olika huvuddiagnoser uppskattas inget överlapp mellan grupperna.

*Socialstyrelsen. (2024). *Fallskador – Patientsäkerhet: Risker och vårdskador*. Tillgänglig från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/vardskador/fallskador/> (Hämtad 20260122)

**Sveriges Kommuner och Regioner, 2024. *Skador i somatisk vård: Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023* (MJG-somatik-2023). Stockholm: Advant. ISBN 978-91-8047-293-7. Tillgänglig på: <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.7ede1ad0191974c6ad6203e/1724844445923/MJG-somatik-2023.pdf> (Hämtad 20260122)

Summering av överlapp mellan måtten

Skattningarna av överlapp mellan potentialskattningar är ungefärliga, men är viktiga att göra för att inte överskatta enskilda faktorer potential att minska behovet av vårdplatser. För att kunna uppskatta en sammantagen potential för alla målsatta mått, behöver överlappen först summeras för att sedan kunna exkluderas.

Analysen av potentialskattningarnas överlapp genomförs parvis (dvs. mellan två mått åt gången). Den tar därmed inte hänsyn till överlapp mellan fler än två potentialskattningar samtidigt. De parvisa överlappen beskrivs i procent på föregående sidor, men översätts i dessa beräkningar till antal vårdplatser. Detta görs genom att multiplicera det skattade överlappet i procent (se s. 47-49) med den skattade potentiella behovsminskningen för det ena måttet i paret, uttryckt i antal vårdplatser. I regel används det mått som har lägst skattad potential som "bas" i multiplikationerna.

I tabellen nedanför visar kolumnrubrikerna (blå rutor) vilka mått som använts som "bas". Exempelvis har överlappet mellan *utskrivningsklara patienter* och *vårdskador* uppskattats genom att multiplicera 6,8 procent* med den skattade potentialen för utskrivningsklara patienter. Motsvarande beräkning görs för alla överlapp. Därefter summeras resultaten av dessa beräkningar.

Mått vars skattade potential (i vårdplatser) används som bas:	<i>Utskrivningsklara</i>	<i>Återinskrivningar</i>	<i>Påverkbar slutenvård</i>	<i>Fallskador</i>
<i>Vårdskador</i>	G**: < 10 %	E: 10-20 %	D: < 10 %	F: 10-20 %
<i>Återinskrivningar</i>	H: < 10 %		C: 10-20 %	
<i>Påverkbar slutenvård</i>	I: < 10 %			
<i>Fallskador</i>	A: 10-20 %	B: 15 %		

*Överlappet skattas till mindre än tio procent. Eftersom det behövs en exakt siffra i beräkningen, används 6,8 %; se källa på s. 49.

**Denna och övriga motsvarande bokstäver syftar på de uppskattade överlapp som beskrivs på föregående sidor.

Det är viktigt att notera att summeringen av överlapp **inte påverkar Socialstyrelsens analys av förutsättningarna för regionerna att nå en vårdplatssituation i balans.** Denna analys grundar sig på en beräkning av en total potential att minska behovet av vårdplatser, vilken i sin tur kommer ifrån riktvärdet på medellång sikt och inkluderar fler faktorer än de som fångas av de målsatta måtten för behovsminskning (se sidor 52-53).

