

PM 2025:3

Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso-och sjukvården

Delredovisning

Vård- och omsorgsanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vård- och omsorgsanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN 978-91-89933-20-0
www.vardanalys.se

PM 2025:3

Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso-och sjukvården

Delredovisning

Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Analytikern Agnes Lindvall har varit föredragande. Chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren, tillförordnande analyschefen Marianne Svensson och projektdirektören Åsa Ljungvall har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2025-02-27

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Agnes Lindvall

Föredragande

Förord

För att hälso- och sjukvården ska kunna ta emot patienter som kräver slutenvård på ett patientsäkert sätt, behövs tillräckligt många vårdplatser på rätt plats och vid rätt tidpunkt. Idag finns det tecken på att antalet vårdplatser inte är tillräckligt många sett till befolkningens behov. Det påverkar inte bara patienterna negativt utan även hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att utvärdera regeringens pågående satsning för att öka antalet vårdplatser. Den här promemorian är en delrapport i det uppdraget.

Arbetet med promemorian har letts av projektledaren och analytikern Agnes Lindvall. I arbetet har analytikerna Caroline Larsson och Sophie Cassel, utredaren Johan Frisk samt projektdirektören Åsa Ljungvall deltagit. Sirona AB har deltagit med datainsamling och en underlagsrapport. Även doktoranden Wilhelm Linder vid Uppsala universitet har bidragit med en underlagsrapport.

Stort tack till våra intervjupersoner som bidragit med kunskap och erfarenheter om vårdplatsläget och regeringens satsning. Vi vill också rikta ett tack till alla personer som svarat på vår enkätundersökning och delat med sig av sina erfarenheter.

Stockholm 2025-03-27

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Sammanfattning

Bristen på vårdplatser i slutenvården leder bland annat till långa väntetider på akut-mottagningar, hög belägningsgrad på avdelningar och ökade risker för patientsäkerheten. Vidare får personalen i slutenvården en sämre arbetsmiljö, och andra delar av hälso- och sjukvården kan också påverkas negativt. Regeringen inledde därför en satsning på fler vårdplatser 2022, och vi har fått i uppdrag att utvärdera satsningen. Den här promemorian är en delrapport.

Satsningen omfattar en nationell plan och ett prestationsbaserat statsbidrag

Som del av satsningen har Socialstyrelsen tagit fram en nationell plan för att minska vårdplatsbrisen, och fördelat ett prestationsbaserat statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser. Prestationerna som krävdes var att rapportera data om bland annat överbeläggningar och utlokaliseringar till Socialstyrelsen och Sveriges Regioner och Kommuner (SKR), och att minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

För att utvärdera satsningen har vi följt utvecklingen av disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar i regionerna. Vi har också undersökt regeringens styrning av satsningen och vilka insatser Socialstyrelsen har genomfört. I vår slutrapport kommer vi att återkomma till vilka insatser regionerna har genomfört för att öka antalet vårdplatser.

Våra slutsatser

Regionintervjuerna bekräftar att det behövs fler vårdplatser

Vi har intervjuat regionrepresentanter om deras syn på satsningen hittills. Det framgår att flera regioner redan före satsningen såg ett behov av fler vårdplatser, men att det kan vara svårt att åstadkomma på grund av bland annat utmaningar med kompetensförsörjning. Några regioner ser dock positivt på att satsningen lyft fram frågan om vårdplatsbrist.

Hittills tycker regionerna att den nationella planen är bra, men att framförhållningen för medlen är för kort

Regionerna är generellt positivt inställda till den nationella planen. Den var dock nypublicerad när vi genomförde intervjuerna, så ännu kan vi inte bedöma vilken betydelse planen och Socialstyrelsens arbete har fått i praktiken.

Intervjupersonerna uppskattar också Socialstyrelsens arbetssätt där regionerna bjudits in att vara delaktiga i framtagandet av den nationella planen, till exempel genom referensgrupper. Myndigheten tycks också gå mot att ge alltmer verksamhetsnära stöd.

Regionerna är däremot inte nöjda med den korta framförhållningen för medlen. Statsbidraget beslutas för ett år i taget, och regionerna har svårt att avgöra hur mycket pengar de kan förvänta sig i slutet av året och därmed planera vad de ska användas till.

Patienter som kan ha upplevt vårdplatsbrist har också sämre erfarenheter av sin vistelse i vården

I en enkätundersökning till personer som nyligen varit inlagda i slutenvården kan en ganska stor andel ha påverkats av vårdplatsbrist: 18 procent angav att de vårdades i ett provisoriskt utrymme, 16 procent att de vårdades på en annan avdelning än den tänkta och 12 procent att de flyttades mellan avdelningar på grund av platsbrist. Att ha upplevt vårdplatsbrist är vanligare bland patienter som fått oplanerad vård än bland dem som lagts in planerat. Ett skäl kan vara att det är svårt att styra inflödet av patienter med akuta vårdbehov, och det är mer sannolikt att de vårdas när bemanningen och antalet vårdplatser är lägre.

Patienterna som möjligen upplevt vårdplatsbrist har mindre positiva erfarenheter av sin sjukhusvistelse jämfört med andra patienter. Exempelvis svarade de i lägre utsträckning att de fick den vård som de behövde, att de kände sig trygga och att personalen höll dem uppdaterade om vad som skulle hända.

Svårt att följa antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och vårdplatser

Två olika datakällor har använts för att mäta regionernas prestation, först ett dataunderlag från Socialstyrelsen och sedan SKR:s väntetidsdatabas. Resultaten varierar beroende på vilken vi använder. Båda visar att vårdplatserna i landet har blivit färre, liksom antalet överbeläggningar och utlokaliseringar. Men på grund av variationerna kan vi inte uttala oss om utvecklingen i enskilda regioner. Skillnaderna mellan datakällorna beror antagligen på att rapporteringen till Socialstyrelsen var manuell medan den till SKR var automatiserad, och att regionerna hanterade kvalitetssäkringen och själva inrapporteringen på olika sätt.

Skillnaderna mellan data från Socialstyrelsens och SKR:s dataunderlag kan också ha påverkat fördelningen av medel. Om 2023 års fördelning byggts på SKR:s väntetidsdatabas i stället för Socialstyrelsens dataunderlag hade skillnaden för sex regioner motsvarat över 5 procent av summan som de fick.

Regionerna uppnår till stor del prestationskraven, trots att de inte har ökat antalet vårdplatser

De disponibla vårdplatserna har inte ökat, men eftersom antalet överbeläggningar och utlokaliseringar minskat var det många regioner som 2024 uppnådde prestationskraven på färre överbeläggningar och utlokaliseringar än året före.

Pengarna i statsbidraget fördelas i grunden utifrån regionernas befolkningsstorlek. För varje månad reserveras en summa pengar till varje region, utifrån befolkningstalet. Vilken summa som senare betalas ut bestäms dock av hur många regioner som uppfyller prestationskraven för den månaden.

År 2023 fick regionerna med störst andel av de prestationsbaserade medlen 17 procent mer än vad de fått om fördelningen i stället utgått från befolkningsstorlek. Året efter var måluppfyllelsen högre, och regionerna med störst andel av de prestationsbaserade medlen fick då bara 7 procent mer än om fördelningen styrts av befolkningsstorlek.

Regionen som presterade bäst under 2023–2024 fick i genomsnitt 211 kronor per invånare, medan regionen med sämst måluppfyllnad endast fick 135 kronor. Det innebär att regionen med sämst måluppfyllnad fick knappt två tredjedelar av bästa regionens summa per invånare.

Vi ser att mer medel per invånare har gått till de regioner som redan hade en bättre situation när det gäller överbeläggningar och utlokaliseringar, medan regionerna med en mer utmanande vårdplatsituation fått en mindre del.

Vår utvärdering fortsätter

I slutrapporten kommer vi att fördjupa oss ytterligare i regionernas måluppfyllelse. Vi kommer att undersöka vilka insatser regionerna genomfört, och analysera om de kan tänkas påverka måluppfyllelsen eller inte. Vi kommer även att analysera satsningens konsekvenser ur ett systemperspektiv. När det gäller systemperspektivet kommer vi främst ha fokus på hur vårdplatsatsningen har påverkat akutmottagningar och kommunal hälso- och sjukvård.

Slutrapporten ska publiceras i april 2026.

Innehåll

1	Inledning	9
1.1	Vårdplatsbrist leder till lägre patientsäkerhet och sämre arbetsmiljö.....	9
1.2	Regeringen vill se fler vårdplatser.....	10
1.3	Vi har fått i uppdrag att utvärdera satsningen	10
1.4	Begrepp och definitioner	12
1.5	Vi har använt olika metoder i delrapporten	13
1.6	Delrapporteringens innehåll.....	15
2	Utveckling av antalet vårdplatser	16
2.1	Behovet av vårdplatser har minskat på grund av medicinska framsteg och förbättrad folkhälsa	16
2.2	Utvecklingen av antal disponibla vårdplatser varierar mellan vårdområden och regioner.....	18
2.3	Beläggningsgrad, överbeläggningar och utlokaliseringar ökade 2014–2023.....	21
2.4	Svårt att studera utvecklingen av vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar.....	25
2.5	Variationer i statistiken från olika källor	28
3	Patienternas erfarenheter av slutenvården	32
3.1	De flesta patienter i slutenvården är äldre.....	32
3.2	Runt 60 000 personer i psykiatrisk heldygnsvård.....	33
3.3	Patienter har generellt en positiv bild av slutenvården	33
3.4	Majoriteten har en positiv bild av sin senaste sjukhusvistelse	34
4	Statens styrning av satsningen.....	43
4.1	Kartläggning av regeringsuppdrag och överenskommelser som berör vårdplatser	43
4.2	Mjuk styrning genom både ekonomisk styrning och kunskapsstyrning i satsningen	49
4.3	Satsningen omfattade cirka 2 miljarder kronor per år	49
4.4	Regionerna har olika förutsättningar för att hantera styrsignalerna	49
5	Socialstyrelsens arbete med nationella planen	51
5.1	Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till en nationell plan för att minska vårdplatsbristen.....	51
5.2	Hittills är regionerna generellt positiva till planen och Socialstyrelsens arbetssätt.....	53
5.3	Socialstyrelsens stödjande roll i vårdplatsatsningen tycks ingå i en större trend	54
5.4	Socialstyrelsen samordnar arbetet med sina olika uppdrag	55

6	Utformningen av de prestationsbaserade medlen	56
6.1	Inrapportering av data och prestationer för överbeläggningar och utlokaliseringar påverkar fördelningen.....	56
6.2	Regionerna ser utmaningar med utformningen.....	60
7	Måluppfyllelse för perioden 2023–2024.....	63
7.1	Färre disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar	63
7.2	Små förändringar på nationell nivå när det gäller avståndet till riktvärdet	70
7.3	Regionerna uppfyller prestationskraven i olika grad.....	70
8	Kommunernas upplevelse av vårdplatsläget.....	81
8.1	Kommunerna påverkas negativt av vårdplatsbristen	81
8.2	Kommunerna spelar en viktig roll för slutenvårdens kapacitet	85
9	Slutsatser.....	87
9.1	Regionintervjuerna bekräftar att det behövs fler vårdplatser	87
9.2	Hittills tycker regionerna att arbetet med den nationella planen är bra, men att framförhållningen för medlen är för kort	87
9.3	Patienter som kan ha upplevt vårdplatsbrist har också sämre erfarenheter av sin vistelse i vården	88
9.4	Svårt att följa antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och vårdplatser	88
9.5	Regionerna uppnår till stor del prestationskraven, trots att de inte har ökat antalet vårdplatser	89
9.6	Arbetet framåt.....	90
	Referenser	91

1 Inledning

Svensk hälso- och sjukvård behöver öka sin kapacitet och tillgänglighet för att möta dagens och framtidens vårdbehov. En central aspekt av vårdens kapacitet är tillgången till vårdplatser på sjukhusen, det vill säga inom den slutna specialiserade vården. Det handlar både om att patienter ska kunna få en plats på sjukhuset oavsett region eller tid på året, och att vårdplatsen ska vara bemannad på rätt sätt. I dag finns det tecken på att vårdplatserna inte räcker för behoven, och därför har regeringen inlett en satsning för att öka antalet vårdplatser. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har fått i uppdrag att utvärdera satsningen, och detta är vår delrapport.

1.1 Vårdplatsbrist leder till lägre patientsäkerhet och sämre arbetsmiljö

Jämfört med andra länder har Sverige få vårdplatser i slutenvården, och antalet har minskat över tid. Under 2000-talet minskade antalet vårdplatser inom den somatiska och psykiatriska slutenvården från 3,6 till 2 platser per 1 000 invånare (OECD 2024).

Minskningen beror till viss del på medicinska framsteg och ändrade arbetssätt, men vårdplatserna verkar ändå vara för få sett till befolkningens behov. Bristen på vårdplatser ökar belastningen på akutmottagningar och leder till lägre patientsäkerhet och sämre arbetsmiljö för personalen. Dagens ansträngda situation inom slutenvården skapar alltså risker för patienter och gör det svårare att behålla personalen inom hälso- och sjukvården.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) bedömde i en rapport 2023 att det råder platsbrist på akutsjukhusen i 18 av 21 regioner, och personalbrist i samtliga regioner. Akutsjukhusen har återkommande problem med utlokaliseringar, överbeläggningar och brist på disponibla vårdplatser. IVO konstaterar att de i många år har kritiserat vårdgivare för överbelastade akutmottagningar, något som de kopplar till brist på disponibla vårdplatser (IVO 2023). Beläggingsgradens påverkan på akutmottagningen lyfts även i en SNS-rapport från 2021 där beläggingsgraden på sjukhusen, det vill säga andelen upptagna vårdplatser, verkar ha ett samband med långa väntetider på akuten och lägre inläggningsfrekvens (af Ugglas 2021).

Vårdplatsbrist orsakas huvudsakligen av personalbrist som gör det omöjligt att hålla sjukhusets samtliga fastställda vårdplatser öppna (Socialstyrelsen 2023e). Sveriges läkarförbunds medlemmar beskriver i en arbetsmiljöenkät från 2022 att vårdplatsbristen är påfrestande, och många funderar på att lämna yrket som konsekvens av den pressade situationen i slutenvården. Det är tydligt att det ansträngda vårdplatsläget leder till situationer där patientsäkerheten riskeras. Var sjunde som besvarat enkäten beskriver att de varje vecka tvingats skicka hem patienter som egentligen borde lagts in, för att det saknas vårdplatser, och var femte har skrivit ut patienter för tidigt (Sveriges läkarförbund 2022).

1.2 Regeringen vill se fler vårdplatser

Regeringen har konstaterat att det behövs fler vårdplatser i svensk hälso- och sjukvård, och inledde 2022 en särskild satsning för att öka antalet (Socialdepartementet 2023i). Satsningen består bland annat av en nationell plan för att minska vårdplatsbristen, och riktade statsbidrag till regionerna för att öka antalet platser. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra detta och är alltså en central statlig aktör i satsningen.

Under 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå en nationell plan för att minska bristen på disponibla vårdplatser och öka antalet vårdplatser där det behövs (Socialdepartementet 2023e), ett uppdrag som ingår i Tidöavtalet från 2022 (Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna, & Liberalerna 2022). I juni 2024 redovisade myndigheten en plan som i korthet består av 160 insatser till regioner, kommuner, staten och Socialstyrelsen.

2024 fick Socialstyrelsen också i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp ett statsbidrag på nära 2 miljarder kronor för att öka antalet vårdplatser (Socialdepartementet 2023b). Ett likvärdigt uppdrag gavs för 2024 (Socialdepartementet 2024c), även det omfattade 2 miljarder kronor. Båda åren har bidraget bestått av prestationsbaserade medel. För att ta del av dem har regionerna behövt rapportera data om bland annat överbeläggningar och utlokaliseringar till Socialstyrelsen respektive Sveriges Regioner och Kommuner (SKR), och att minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

Utöver dessa pågår fler regeringsuppdrag som direkt eller indirekt kan påverka vårdplatssituationen i regionerna, men som vi inte ser som kärnan i satsningen. I kapitel 4 redogör vi för uppdragen inom området, vilket är en del av vårt arbete med att kartlägga och beskriva satsningens styrning.

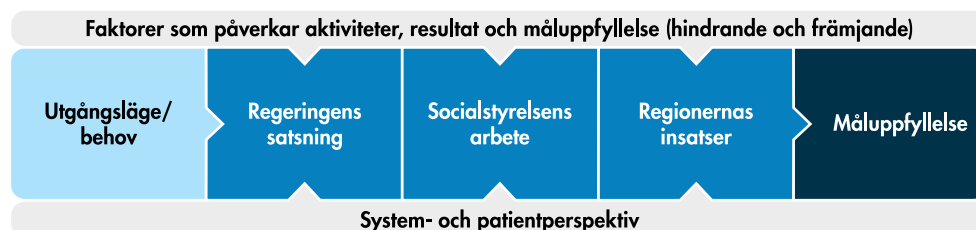
1.3 Vi har fått i uppdrag att utvärdera satsningen

Vi har fått i uppdrag att utvärdera regeringens satsning på fler vårdplatser. I uppdraget ingår att bedöma i vilken utsträckning målet med satsningen har uppnåtts och om regionernas insatser har varit ändamålsenliga. Utvärderingen ska göras ur ett system- och patientperspektiv (Socialdepartementet 2023i).

1.3.1 Angreppssätt

Vi har delat upp analysen i olika delmoment för att utvärdera satsningen och bedöma måluppfyllelsen och ändamålsenligheten i regionernas insatser (figur 1). Delmomenten bildar tillsammans en generell beskrivning av händelseförloppet, från det att regeringen inleder en satsning till dess att målen kan vara uppfyllda.

I korthet kan händelseförloppet för satsningen beskrivas så här: Bakgrunden till satsningen finns i utgångsläget, eller i behoven. Regeringen har sedan bedömt att en särskild satsning behövs för att öka antalet vårdplatser. Från regeringens sida består satsningen i princip av regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. Dessa uppdrag ska leda till att regionerna gör insatser och förändringar som leder till att antalet vårdplatser ökar.

Figur 1. Delmoment som ingår i vår analys av satsningen.

Regionernas huvudmannaskap för hälso- och sjukvården innebär att det är deras förutsättningar och arbete som avgör huruvida måluppfyllelsen nås eller inte. Därför är det viktigt att bedöma i vilken utsträckning regionernas insatser varit ändamålsenliga.

Regeringen kan dock påverka regionerna genom olika former av styrning. Satsningen på fler vårdplatser är en form av styrning, där olika regeringsuppdrag ska ge regionerna förutsättningar och incitament för att öka antalet vårdplatser.

Genom detta händelseförlopp kan faktorer i omvärlden ha både positiv och negativ påverkan. Exempelvis påverkas regionernas insatser och måluppfyllelsen av ekonomi, kompetensförsörjning, andra nationella satsningar eller mål och andra väntade eller oväntade händelser såsom en pandemi. En annan faktor som skulle kunna påverka arbetet är om en region får kritik kopplat till vårdplatser, överbeläggningar eller utlokaliseringar efter IVO:s tillsyn.

Även patient- och systemperspektiven på satsningen finns i alla komponenter som ingår i vår analys, exempelvis i hur fler eller färre vårdplatser inom slutenvården påverkar andra delar av hälso- och sjukvården och patientsäkerheten. För att göra en samlad utvärdering av satsningen behöver dessa komponenter analyseras gemensamt – både regeringens styrning genom uppdragen och regionernas insatser.

1.3.2 Vi utgår från fyra frågeställningar

Vi har utifrån delmomenten i figur 1 formulerat fyra frågeställningar som ska hjälpa oss i vår utvärdering att avgöra om målet med satsningen uppnåtts och om regionernas insatser har varit ändamålsenliga:

- Hur har antalet vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar utvecklats före och efter satsningen?
- Hur har regeringen styrt satsningen?
- Vilka insatser har Socialstyrelsen genomfört inom satsningen?
- Vilka insatser har regionerna genomfört inom satsningen?

Svaret på den första frågan visar satsningens måluppfyllelse. Vi följer utvecklingen av disponibla vårdplatser i regionerna eftersom satsningens huvudsakliga mål är att öka antalet. Men regionerna kan ta del av de prestationsbaserade statsbidragen genom att minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar, och därför följer vi även dessa mått i vår utvärdering.

För att se om regionernas insatser har varit ändamålsenliga behöver vi kartlägga dessa insatser, men också undersöka regionernas förutsättningar för att öka antalet vårdplatser. Därför undersöker vi hur regeringen har styrt satsningen och vilka insatser Socialstyrelsen har genomfört. Tillsammans ger dessa frågeställningar en bild av huruvida satsningen bidragit till fler vårdplatser eller inte.

1.3.3 Den psykiatriska slutenvården ingår i vår utvärdering

Vårdplatser finns inom både den somatiska och den psykiatriska slutenvården. I regeringens satsning görs ingen skillnad mellan dessa typer, men bland annat Socialstyrelsen har konstaterat att vårdplatssituationen inte är lika pressad inom den psykiatriska vården som i den somatiska, med undantag för rättspsykiatrisk vård (Socialstyrelsen 2024d).

Vi anser att det är viktigt att belysa situationen i den psykiatriska vården, ur både ett jämlikhets- och ett patientperspektiv. Vi har därför valt att inkludera vårdplatser inom allmänpsykiatri och rättspsykiatri i utvärderingen.

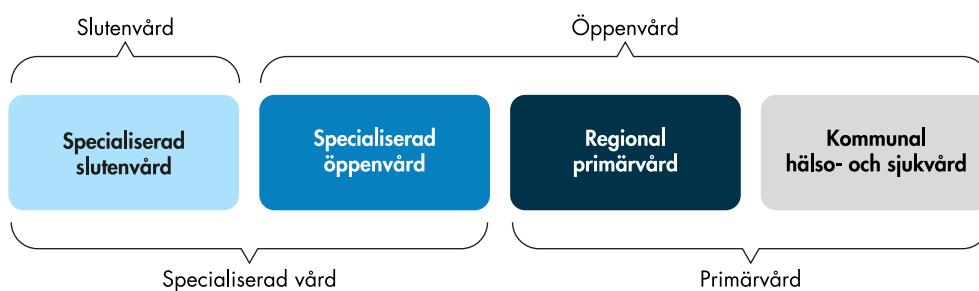
1.4 Begrepp och definitioner

Vår utvärdering fokuserar på vårdplatserna inom den slutna specialiserade vården. I det här avsnittet förklarar vi hur slutenvården definieras, och centrala begrepp för satsningen.

1.4.1 Vi fokuserar på den slutna specialiserade vården

I breda drag består hälso- och sjukvården av öppenvård och slutenvård, och av primärvård och specialiserad vård. Figur 2 visar förenklat hur de olika vårdnivåerna förhåller sig till varandra.

Figur 2. Hälso- och sjukvårdens delar.



I 2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, definieras slutenvård som ”hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning”. Definitionen enligt (Socialstyrelsens termbank) är hälso- och sjukvård som kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.





Öppenvård består av primärvård och öppen specialiserad vård. Primärvården kan ges i både regional och kommunal regi, och kräver enligt 2 kap. 6 § HSL inga särskilda medicinska eller tekniska resurser. Den specialiserade öppenvården kan ges på sjukhus eller specifika öppenvårdsmottagningar, och består av sådan vård som inte är slutenvård.

I Socialstyrelsens termbank definieras öppenvård som hälso- och sjukvård som förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.

1.4.2 Vårdplatser definieras i Socialstyrelsens termbank

I Socialstyrelsens termbank definieras flera mått och begrepp som vi använder i uppdraget och rapporten, se figur 3. I kapitel 2 utvecklar vi begreppen som är kopplade till vårdplatser ytterligare och beskriver hur de utvecklats över tid.

Figur 3. Definitioner och begrepp som vi använder.

 <p>Disponibel vårdplats</p>	<p>Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.</p>
 <p>Beläggingsgrad</p>	<p>Mäter hur stor andel av vårdplatserna som är upptagna. Den beräknas utifrån den sammanlagda vårdtiden i dagar i förhållande till totalt antal vårdplatser gånger 365 (dagar).</p>
 <p>Överbeläggning</p>	<p>Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.</p>
 <p>Utlökalisering</p>	<p>Inskrivna patienter som vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.</p>

Källa: Socialstyrelsen (2023e), Socialstyrelsens termbank.

1.5 Vi har använt olika metoder i delrapporten

I arbetet med den här delrapporten har vi undersökt patienternas erfarenheter av slutenvården, regionernas bild av satsningen hittills och måluppfyllelsen för de centrala måtten 2022–2024. Vi har också börjat undersöka regeringens styrning av satsningen, bland annat genom att kartlägga regeringsuppdrag som berör vårdplatser. För detta arbete har vi använt flera olika metoder:

- en sammanställning av regeringsuppdrag och dokument som berör regeringens satsning, vårdplatssituationen eller vårdens kapacitet
- intervjuer med företrädare för regionerna, Socialstyrelsen och andra berörda aktörer
- en enkät till patienter som varit inlagda i slutenvården, eller anhöriga till dessa patienter
- en enkät till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i kommunerna
- analyser av vårdplatsstatistik och Socialstyrelsens utbetalningar av medel till regionerna.

I detta avsnitt redogör vi kortfattat för tillvägagångssättet.

1.5.1 Sammanställning av regeringsuppdrag och dokument

Vi har sammanställt de regeringsuppdrag 2022-2024 som berör vårdplatser eller vårdens tillgänglighet och kapacitet, för att undersöka vad satsningen består av och hur den relaterar till näraliggande uppdrag och satsningar. Detta ingår i vår analys av hur regeringen har styrt satsningen.

Därtill har vi gått igenom de rapporter som publicerats inom området, främst Socialstyrelsens uppdragsredovisningar.

1.5.2 Intervjuer med berörda aktörer

Vi har intervjuat 18 representanter för nio regioner, för att få en fördjupad bild av regionernas syn på satsningen och de styr signaler som är involverade i den. Intervjuerna var övergripande och fokuserade på vårdplatssituationen generellt, statens styrning (bland annat hur regionerna upplever satsningens styr signaler), de prestationsbaserade medlen (bland annat synen på måtten som används för att fördela medel) och den nationella planen (bland annat hur regionerna upplever Socialstyrelsens arbete hittills).

Vi har även intervjuat representanter för Socialstyrelsen för att få veta hur de ser på satsningen och arbetar med sina regeringsuppdrag.

Hösten 2023 till våren 2024 gjorde vi även sonderande intervjuer med företrädare för regioner, patientföreningar, professioner, IVO och Socialstyrelsen för att få en bild av vårdplatssituationen. Se bilaga 4 för mer information.

1.5.3 Enkäter till patienter samt MAS och MAR

Vi har genomfört två enkätundersökningar som del av arbetet med den här delrapporten. Den första skickades ut till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel och riktades till patienter eller anhöriga till personer som vårdats i slutenvården. Enkäten besvarades av knappt 4 800 personer, vilket ger en deltagarfrekvens på 61 procent. De flesta svar kom in under oktober 2024. Fler kvinnor än män svarade på undersökningen. I analyserna har svaren viktats på kön, ålder, utbildningsnivå och geografisk hemvist.

De som varit inlagda på sjukhus någon gång under de senaste 12 månaderna fick svara på frågor om sin senaste sjukhusvistelse. Närstående till personer med en sådan sjukhusinläggning fick svara på frågor om den vistelsen.

Vi har använt svaren för att beskriva gruppen som varit inlagd i slutenvården och dessa personers upplevelser av sjukhusvistelsen. Vi har även gjort regressionsanalyser för att undersöka om patienterna har upplevt vårdplatsbrist och hur det i så fall påverkat upplevelsen av vården.

Den andra enkätundersökningen riktades till kommunernas MAS och MAR. Frågorna handlade om kommunernas syn på samverkan med slutenvården och tillgången till vårdplatser. Cirka 87 procent av kommunerna svarade.

1.5.4 Analys av satsningens centrala mått

Vi har analyserat utvecklingen för satsningens centrala mått *disponibla vårdplatser*, *överbeläggningar* och *utlokaliseringar* genom att analysera dataunderlag från SKR, Socialstyrelsen och regionerna.

Dessutom har vi undersökt måttens kvalitet och tillförlitlighet genom att jämföra underlagen med varandra, och med hjälp av en doktorand vid Uppsala universitet sammanställt intervjuer och andra underlag som gäller datauttag.

1.6 Delrapporteringens innehåll

I den här delrapporten redogör vi för vårt arbete så här långt med uppdraget att utvärdera satsningen på vårdplatser. Vi berör flera av utvärderingens centrala områden – måluppfyllelsen, patientperspektivet, systemperspektivet, den statliga styrningen och regionernas syn på arbetet så här långt. Detta gör vi bland annat genom att sammanfatta satsningens utgångsläge, det vill säga vårdplatssituationen i början av satsningen, beskriva regeringens insatser på området och beskriva Socialstyrelsens insatser inom satsningen. Promemorian har följande innehåll och upplägg:

I kapitel 2 redovisar vi hur antalet vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar har utvecklats över tid i Sverige. Vi beskriver även utmaningarna med att mäta antalet disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar.

Kapitel 3 handlar om patienternas erfarenheter av slutenvården, och hur sjukvården upplevs för de patienter som kan ha upplevt vårdplatsbrist.

I kapitel 4 redogör vi för en kartläggning av de regeringsuppdrag som berör vårdplatser. Vi beskriver den typ av styrning som präglar satsningen, redogör för dess ekonomiska omfattning och beskriver regionernas syn på statens styrsignaler.

Kapitel 5 och 6 rör Socialstyrelsens arbete med förslag på en nationell plan för att minska vårdplatsbristen, och arbetet med att fördela prestationsbaserade statsbidrag samt regionernas upplevelse av arbetet.

I kapitel 7 analyserar vi regionernas måluppfyllelse för 2023 och 2024.

Kapitel 8 innehåller en första analys av vårdplatsbristens effekter för andra delar av hälso- och sjukvården.

I kapitel 9 presenterar vi delrapportens slutsatser.

2 Utveckling av antalet vårdplatser

Jämfört med andra länder har Sverige få vårdplatser i slutenvården i förhållande till befolkningens mängd, och antalet har minskat över tid. Färre vårdplatser behöver i sig inte vara negativt, utan det kan också vara en konsekvens av framsteg inom hälso- och sjukvården och mer effektiva arbetsätt.

I det här kapitlet beskriver vi hur vårdplatsläget har utvecklats i Sverige, och vilka utmaningar som ligger bakom regeringens vårdplatssatsning. Vi beskriver också svårigheterna med att mäta antalet disponibla vårdplatser, utlokaliseringar och överbeläggningar i slutenvården.

Detta är våra främsta resultat:

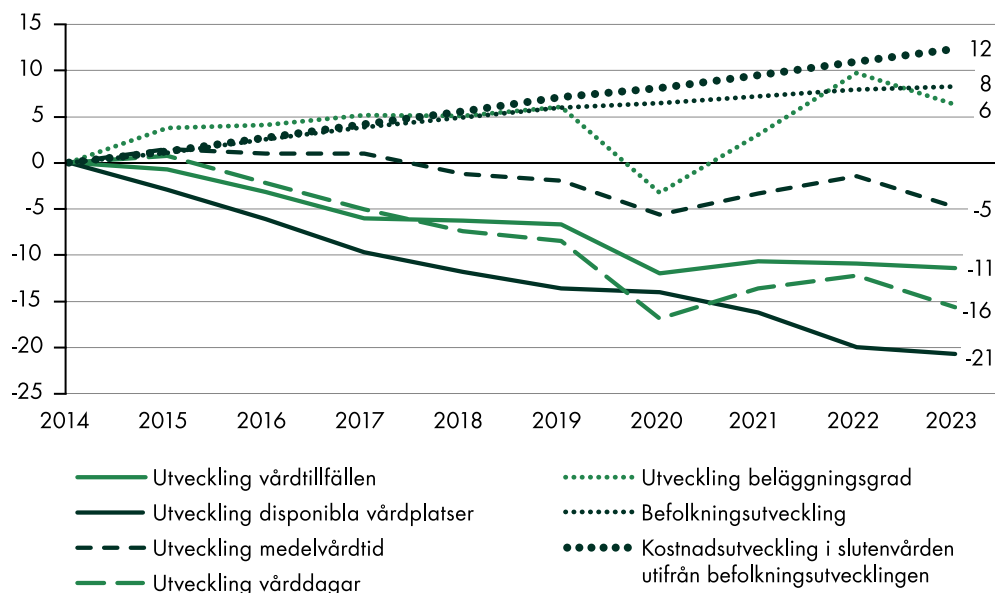
- Antalet vårdplatser har minskat sedan 2018 men med variationer mellan vårdområden och regioner. Minskningen kan delvis bero på minskat behov till följd av medicinsk utveckling och förbättrad folkhälsa.
- Beläggningsgraden och antalet överbeläggningar och utlokaliseringar ökade 2014–2023. Även för de här måtten varierar resultaten mellan regioner samt över året.
- Det är svårt att följa utvecklingen av antalet vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar, bland annat på grund av regionala skillnader i definitioner och datahantering samt variationer i statistiken mellan olika datakällor.

2.1 Behovet av vårdplatser har minskat på grund av medicinska framsteg och förbättrad folkhälsa

Under 2000-talet har antalet vårdplatser inom den somatiska och psykiatriska slutenvården minskat från 3,6 till 2 per 1 000 invånare (OECD 2024). Figur 4 visar de senaste tio årens minskning av antal vårdtillfällen inom slutenvården, vård dagar, medelvårdtid och disponibla vårdplatser. Samtidigt ökade befolkningen med 8 procent, och medelåldern steg, vilket betyder att behoven sannolikt ökat. Beläggningsgraden har också ökat under samma period.

Figur 4. Utveckling av vårdtillfällen, disponibla vårdplatser, medelvårdtid, vårddagar, belägningsgrad och befolkningsutveckling 2014–2023.

Förändring jämfört med 2014



Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s väntetidsdatabas, Socialstyrelsens patientregister och SCB:s befolkningsstatistik.

Not. Pandemiår 2020 och 2021. Kostnadsutveckling utifrån befolkningsutveckling baseras på hur befolkningen utvecklas i kombination med genomsnittskostnader för sluten sjukhusvård per femårsklass i befolkningen.

Kostnadsutvecklingen har ökat med 12 procent på tio år i förhållande till befolkningsutvecklingen. Det betyder att befolkningen har ökat, och att behoven ökat när sammansättningen i befolkningen förändrats.

Antalet vårdtillfällen inom slutenvården minskade med 11 procent 2014–2023, vilket motsvarar cirka 178 000 stycken. Under samma tidsperiod minskade antalet patienter med runt 10 procent, och medelvårdtiden per vårdtillfälle minskade från 5,2 dagar till 5,0 dagar. År 1998 var medelvårdtiden 6,8 dagar. Enligt SKR:s beräkningar har den sammanlagda vårdtiden för samtliga åldersgrupper minskat med 35 procent sedan dess, medan det faktiska antalet vårdtillfällen har minskat med 5 procent (SKR 2022).

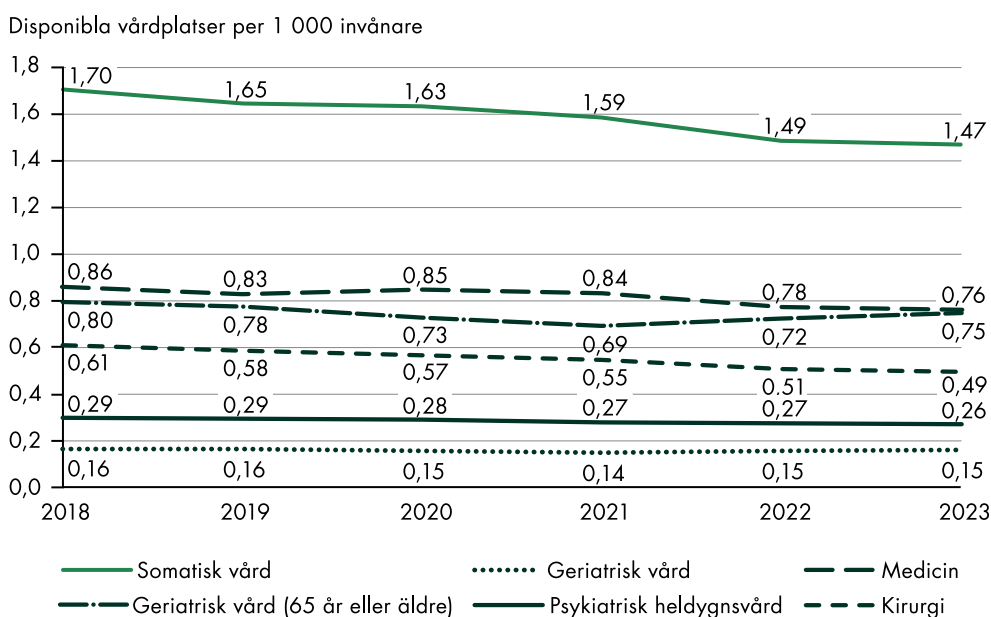
Minskningen i antalet vårdtillfällen kan förklaras av dels förbättringar i folkhälsan, dels medicinska framsteg som minskar behovet av vårdplatser inom slutenvården. Till exempel har antalet personer som insjuknar i stroke eller hjärtsvikt halverats sedan början av 1990-talet (SKR 2022). Även inskrivningar på grund av skador och förgiftningar har minskat sedan 2010-talet (Socialstyrelsen 2023f, 2024h).

Antalet vårdtillfällen i slutenvården har alltså generellt minskat i svensk hälso- och sjukvård, men inom geriatrisk vård är antalet oförändrat sedan 2012, och vårdtillfällena har blivit fler inom barn- och ungdomspsykiatri (bup) och rättspsykiatri. Men under samma period har vårdplatserna blivit färre inom både geriatriken och bup, och sedan 2015 har antalet vårddagar på bup ökat (Socialstyrelsen 2023b).

2.2 Utvecklingen av antal disponibla vårdplatser varierar mellan vårdområden och regioner

I dag finns det cirka 19 000 disponibla vårdplatser inom slutenvården (SKR:s verksamhetsstatistik). Det motsvarar cirka 1,9 vårdplatser per 1 000 invånare. Figur 5 visar att majoriteten av vårdplatserna 2023 fanns inom den somatiska vården, med runt 1,5 vårdplatser per 1 000 invånare fördelat på ungefär 0,8 på medicinska avdelningar, 0,5 på kirurgiska avdelningar och 0,2 på geriatriska avdelningar. Inom psykiatriska heldygnsvården fanns samma år ungefär 0,3 vårdplatser per 1 000 invånare. Under 2018–2023 minskade antalet totalt, men i olika grad inom olika områden. Minsta förändringen ser vi inom den geriatriska vården där antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare minskade med 3 procent, från 0,16 till 0,15. Om vi tar hänsyn till att geriatrisk vård innefattar personer som är 65 år eller äldre motsvarar minskningen ungefär 6 procent av antalet disponibla vårdplatser per person 65 år eller äldre. Största minskningen ses inom kirurgin, där antalet vårdplatser minskade med 19 procent under perioden, från 0,61 till 0,49.

Figur 5. Utvecklingen av disponibla vårdplatser per invånare 2018–2023.



Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s verksamhetsstatistik.

Not. Pandemiår 2020 och 2021. *Geriatrisk vård* jämförs mot hela befolkningen medan *geriatrisk vård (65 år eller äldre)* jämförs mot befolkningen som är 65 år eller äldre.

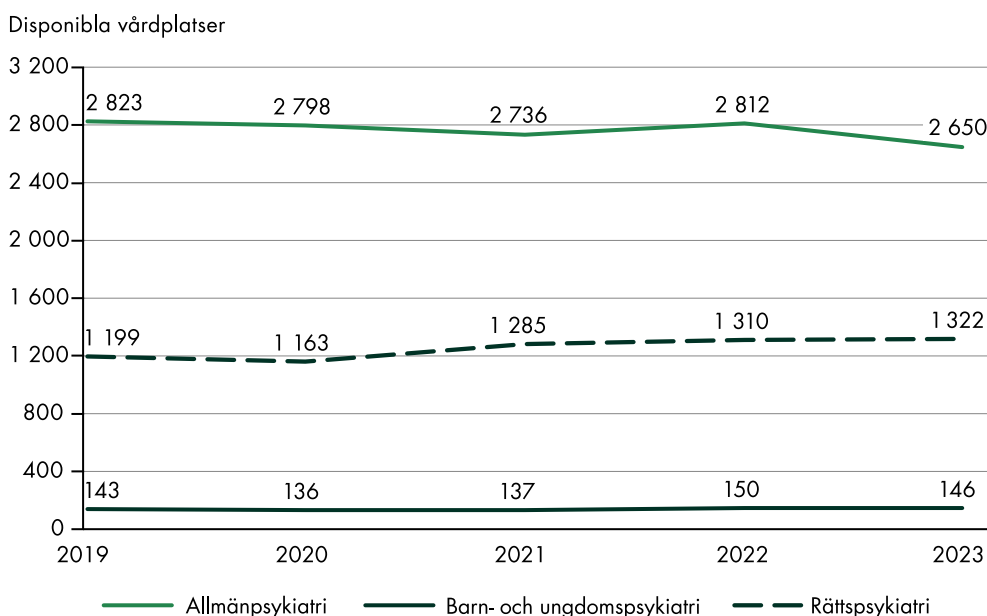
En minskning av antalet vårdplatser är inte nödvändigtvis en negativ utveckling, utan kan delvis förklaras av medicinska framsteg (IVO 2024; SKR 2022). Utvecklingen inom medicin och kirurgi skulle delvis kunna förklaras av medicinska framsteg, såsom att vård som tidigare krävde inläggning i stället kan göras i öppenvården och att vårdtiderna kan kortas genom nya behandlingsmetoder. Till exempel har det blivit möjligt att ersätta många typer av öppen kirurgi med titthålskirurgi eller interventioner via blodkärlen, vilket innebär betydligt kortare vårdtid. Som en följd av den här utvecklingen ökade antalet dagkirurgiska vårdkontakter per kirurgiska vårdtillfällen i slutenvården enligt Socialstyrelsen 2016–2022,

från 1,93 till 2,63 (Socialstyrelsen 2024c). Dessutom har bättre bilddiagnostik gjort det möjligt att snabbare diagnostisera patienter redan på akutmottagningen, så att en del inläggningar på vårdavdelning kunnat undvikas. Men tillgängligheten brister när antalet vårdplatser minskar i snabbare takt än behoven av slutenvård (af Ugglas 2021).

2.2.1 Färre vårdplatser inom allmänpsykiatri och fler inom rättspsykiatri

Antalet vårdplatser har utvecklats på olika sätt i olika delar av den psykiatriska slutenvården. Inom allmänpsykiatri har antalet minskat medan det har ökat inom rättspsykiatri. Figur 6 nedan visar genomsnittligt antal disponibla vårdplatser, i de olika delarna av den psykiatriska slutenvården 2019–2023.

Figur 6. Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser, för olika delar av den psykiatriska slutenvården, 2019–2023.



Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s verksamhetsstatistik.

År 2023 fanns det i genomsnitt 4 117 disponibla vårdplatser inom psykiatrin, varav omkring 64 procent i allmänpsykiatri, cirka 32 procent i rättspsykiatri och resterande 4 procent i bup. Fyra år tidigare fanns 4 165 vårdplatser inom den psykiatriska heldygnsvården. Minskningen gällde främst allmänpsykiatri där antalet minskade med 173 vårdplatser eller 6 procent. Inom rättspsykiatri ökade i stället vårdplatserna med 10 procent. För bup var antalet i stort sett oförändrat 2019–2023.

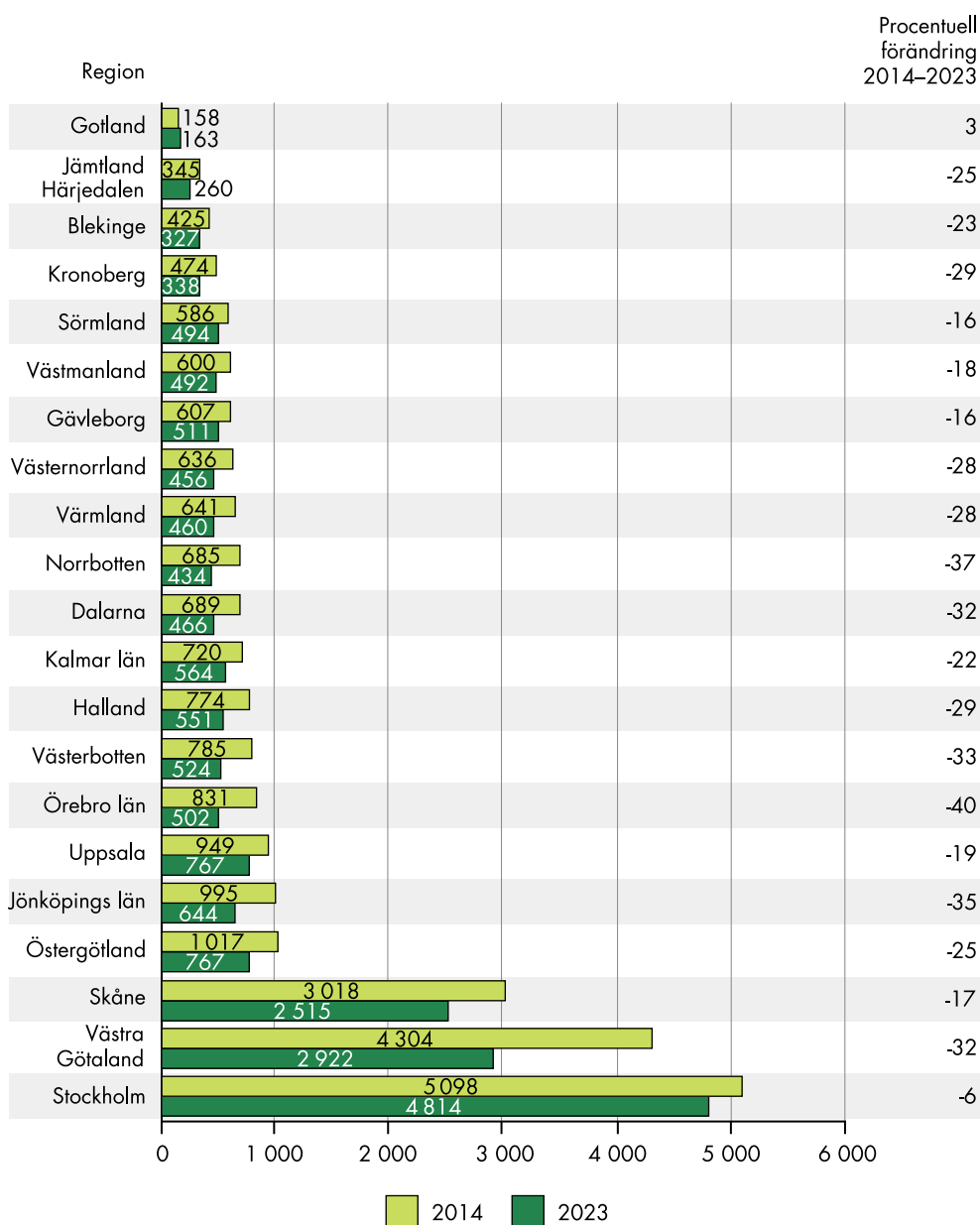
Trots fler vårdplatser inom rättspsykiatri visar analyser av beläggningsgraden att situationen ofta varit ansträngd i många regioner. Vissa regioner har även haft hög beläggning inom allmänpsykiatri och bup.

Det finns också regionala skillnader i antalet vårdplatser per 1 000 invånare. Men det är svårt att göra direkta jämförelser eftersom vårdplatser inom psykiatri köps och säljs mellan regioner.

2.2.2 Utvecklingen av antal disponibla vårdplatser varierar mellan regioner

Under 2014–2023 minskade antalet disponibla vårdplatser i riket med drygt 5 300 platser, vilket motsvarar 22 procent enligt SKR:s verksamhetsstatistik. Figur 7 visar att vårdplatserna blev färre i alla regioner utom en. Den största minskningen i absoluta tal ses i Västra Götalandsregionen, med nästan 1 400 platser. Den relativt största minskningen gäller Region Örebro län, där vårdplatserna minskade med omkring 40 procent.

Figur 7. Förändring av genomsnittligt antal disponibla vårdplatser i regionerna 2014–2023.



Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s verksamhetsstatistik.

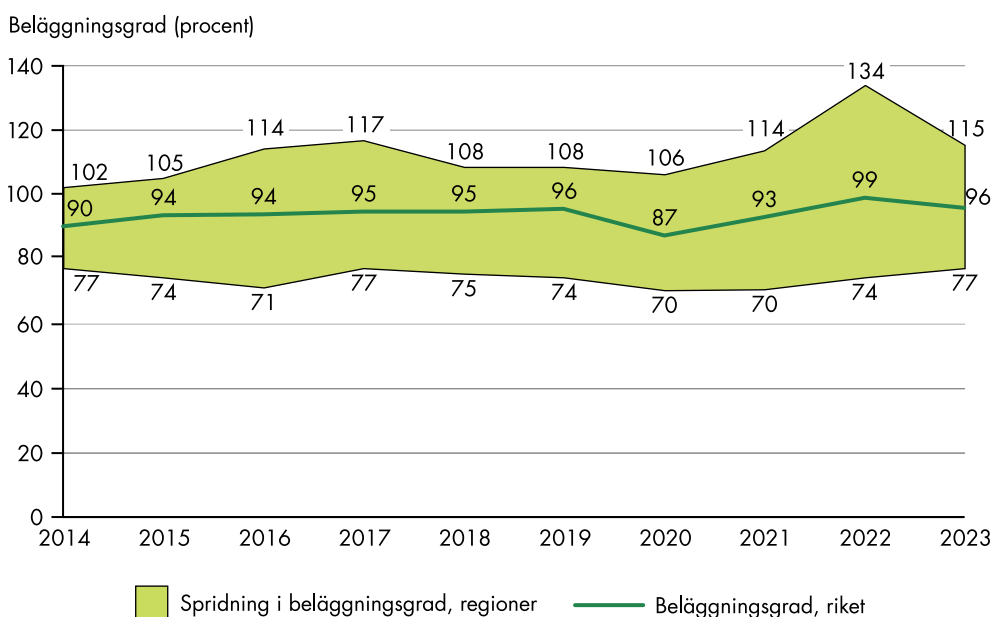
Not. Statistiken avser vårdplatser inom både somatisk och psykiatrisk slutenvård. Verksamhetsstatistiken avser inte sluten primärvård eller rättspsykiatri.

2.3 Beläggingsgrad, överbeläggningar och utlokaliseringar ökade 2014–2023

Beläggingsgraden beräknas utifrån den sammanlagda vårdtiden i dagar i förhållande till totala antalet vårdplatser multiplicerat med 365 (dagar), det vill säga den maximalt möjliga vårdtiden i dagar (Socialstyrelsen 2023e).

Under 2014–2023 minskade antalet disponibla vårdplatser samtidigt som beläggingsgraden ökade, se figur 8. År 2014 var beläggingsgraden i riket ungefär 90 procent, och 2023 var den 96 procent. Variationen är dock stor i regionerna. En region har under de senaste tio åren genomgående haft en beläggingsgrad över 100 procent. Toppnoteringen kom 2022 med 134 procent i genomsnitt i en av regionerna. Regionen med lägst beläggingsgrad har under de senaste tio åren haft en beläggingsgrad under 80 procent, och som lägst 71 procent 2015.

Figur 8. Beläggingsgrad inom slutenvården (somatisk och psykiatrisk) i riket och regionerna 2014–2023.



Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s väntetidsdatabas och Socialstyrelsens patientregister.

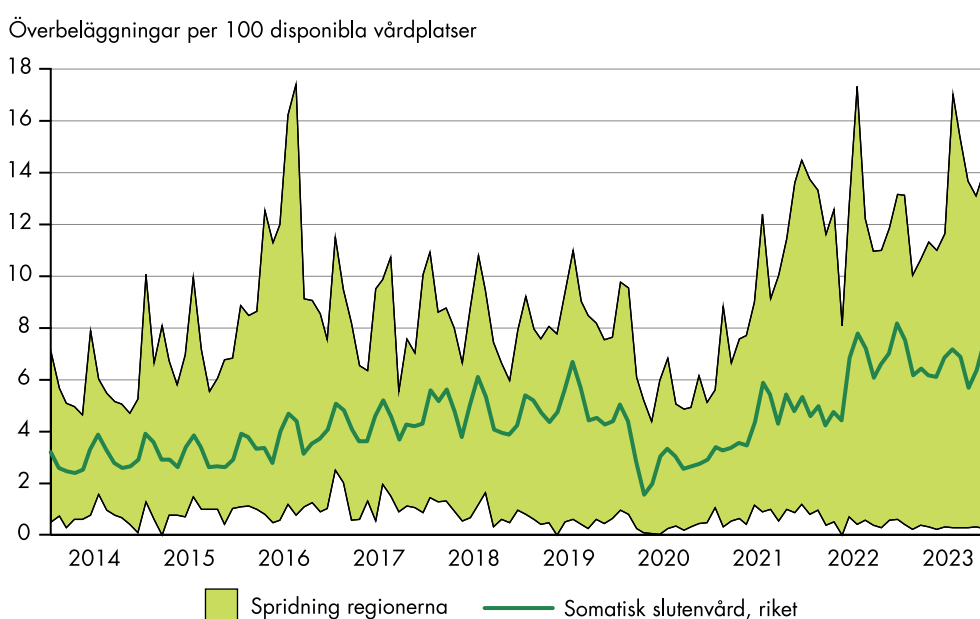
Not. 2020 och 2021 är pandemiår.

En överbeläggning är en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Det kan handla om att kraven på fysisk utformning, utrustning eller bemanning som tryggar patientsäkerhet och arbetsmiljö inte är uppfylld. Beläggingsgrad anger hur stor andel av de disponibla vårdplatserna som är upptagna, medan överbeläggningar beräknas per 100 disponibla vårdplatser. Vi ser att överbeläggningarna har ökat när antalet disponibla vårdplatser har minskat, precis som beläggingsgraden. Förekomsten av både utlokaliseringar och överbeläggningar är dock

också säsongsberoende. Under juni–augusti och december–februari är det vanligare med både utlokaliseringar och överbeläggningar än under vår och höst. Säsongsvariationen förklaras huvudsakligen av att vårdbehovet är större under vintern och att bemanningen är lägre under sommaren (SKR 2022).

Figur 9 visar antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom den somatiska slutenvården 2014–2023, och spridningen i regionerna. Det framgår att överbeläggningarna ökade från i genomsnitt 2,9 per 100 disponibla vårdplatser 2014 till 6,6 stycken 2023.

Figur 9. Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom somatisk slutenvård i riket och regionerna, månadsvis 2014–2023.

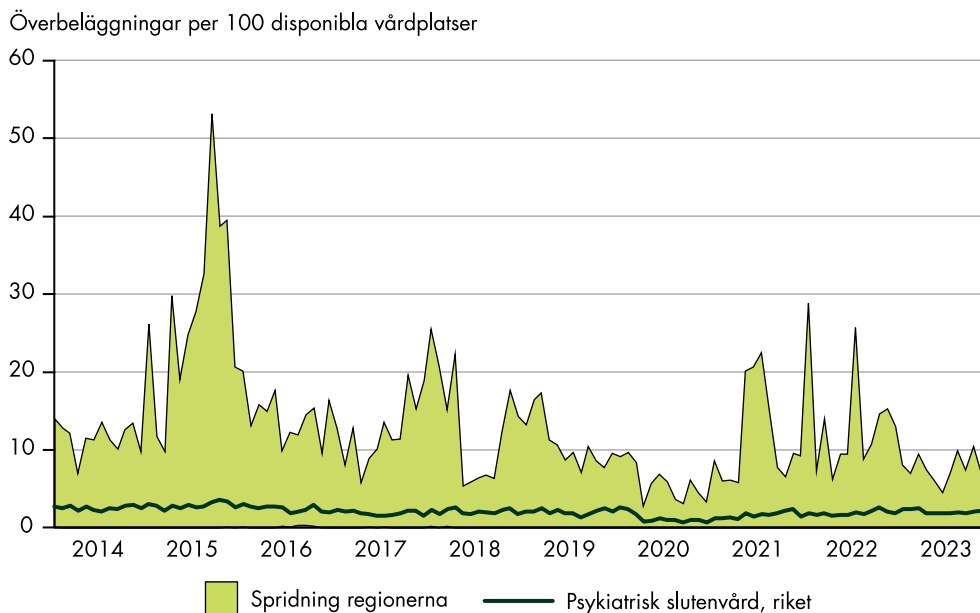


Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s väntetidsdatabas.

Not. 2020 och 2021 är pandemiår.

Figur 10 gäller den psykiatriska slutenvården där antalet överbeläggningar i stället minskade något, från 2,6 till 2 per 100 disponibla vårdplatser.

Figur 10. Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom psykiatrisk slutenvård i riket och regionerna, månadsvis 2014–2023.

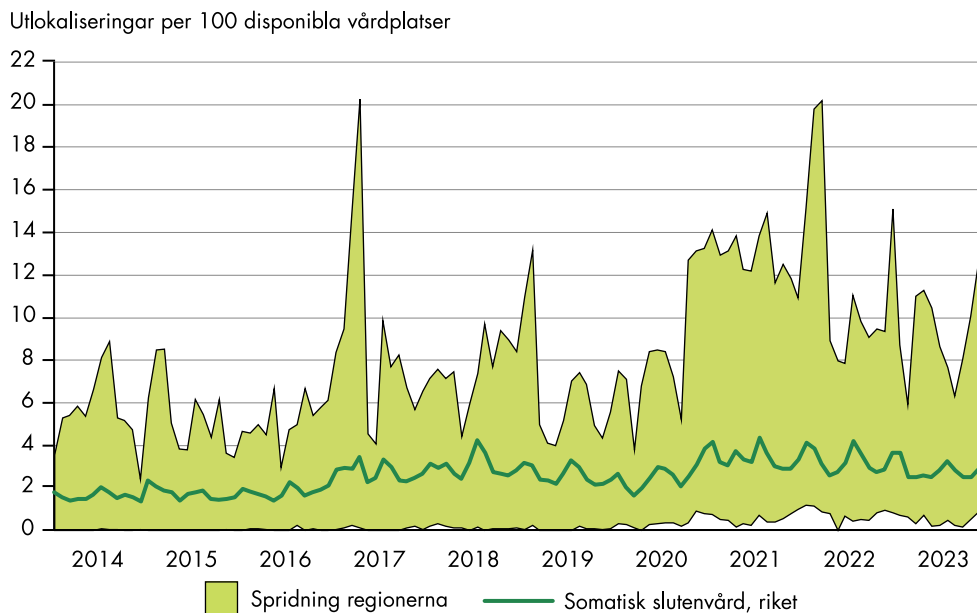


Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s väntetidsdatabasen.

Not. 2020 och 2021 är pandemiår. Rättspsykiatri ingår inte i statistiken.

Även antalet utlokaliseringar har ökat i den somatiska slutenvården, det vill säga patienter som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten. Figur 11 redovisar utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser i den somatiska slutenvården, och precis som med överbeläggningar finns det en stor variation. Under perioden ökade antalet från i genomsnitt 1,3 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser 2014 till 2,27 stycken 2023. Men variationen mellan regionerna är också relativt stor: mellan 0,01 och 5,1 utlokaliseringar 2014 och mellan 0,5 och 9,3 stycken 2023.

Figur 11. Utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser inom somatisk slutenvård i riket och regionerna, månadsvis 2014–2023.

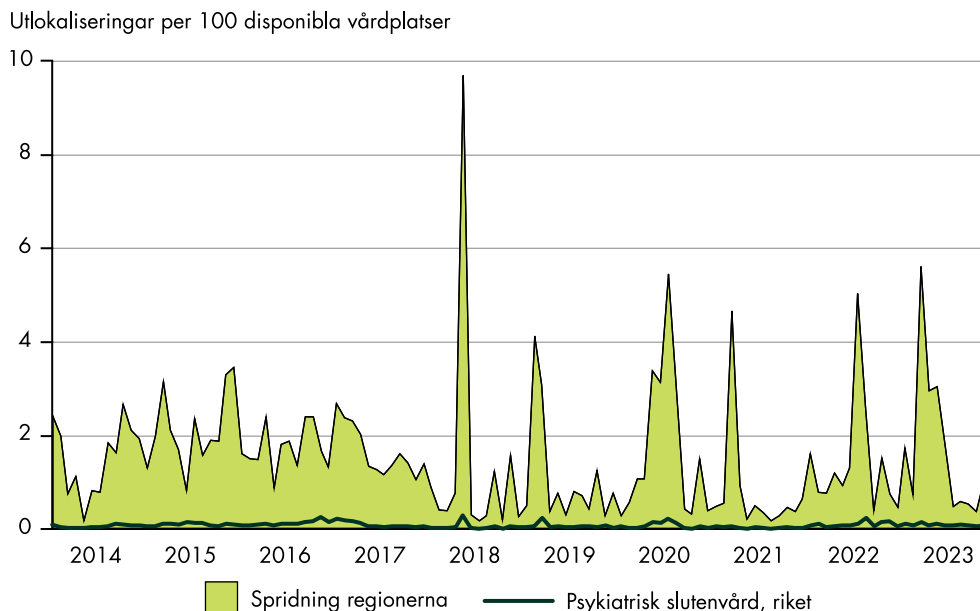


Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s väntetidsdatabasen.

Not. 2020 och 2021 är pandemiår.

Utlokaliseringarna ökade också inom den psykiatriska slutenvården, från 0,06 till 0,79 per 100 disponibla vårdplatser, se figur 12. Det är dock oklart hur väl den officiella statistiken stämmer; för många av regionerna är värdet noll i flera år och månader, vilket kan bero på att psykiatrin har relativt få utlokaliseringar eller på att data saknas.

Figur 12. Utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser inom psykiatrisk slutenvård i riket och regionerna, månadsvis 2014–2023.



Källa: Egen bearbetning av statistik från SKR:s väntetidsdatabasen.

Not. 2020 och 2021 är pandemiår. Rättspsykiatri ingår inte i statistiken.

Det finns inga tydliga samband mellan beläggningsgrad och antal disponibla vårdplatser. Behovet av vårdplatser påverkas också av förändringar i befolkningen och utvecklingen inom medicinteknik (SKR 2022). Dessutom menar SKL (2016) att det endast finns en svag korrelation mellan antalet överbeläggningar och antalet utlokaliseringar på ett sjukhus, vilket tolkas som att överbeläggningar och utlokaliseringar är olika strategier som används när vårdplatsläget är ansträngt, snarare än att överbeläggningar leder till utlokaliseringar eller tvärtom. Sambandet mellan antal dagar som utskrivningsklar, det vill säga när en läkare har bedömt att patienten kan lämna sjukhuset, och överbeläggningar eller utskrivningar är svagt, medan sambandet mellan överbeläggningar, utlokaliseringar och medelvårdtid är något starkare (SKL 2016). Samband behöver dock inte betyda orsak.

2.4 Svårt att studera utvecklingen av vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar

Regionerna har olika sätt att tolka och mäta begreppen disponibel vårdplats, överbeläggning och utlokalisering. Dessutom varierar statistiken beroende på vilken källa vi utgår från. Konsekvensen blir att det är svårt att följa satsningens målluppfyllelse, det vill säga om antalet disponibla vårdplatser har ökat eller inte.

Regionala skillnader i hur måtten operationaliseras och registreras

Data över vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar kommer från regionernas egen verksamhetsstatistik. Vi har undersökt potentiella felkällor i måtten, och i processen då data aggregeras från verksamhetsnivå till regionnivå. Vi har sammanställt olika fel- och osäkerhetskällor i datakvalitet för 9 av 21 regioner. Analysen gäller i huvudsak för den somatiska slutenvården men psykiatrisk vård följer i stort samma mönster. Vård på akutmottagningar, förlossningsvård, pediatrik och palliativ vård ingår inte. Den studerade tidsperioden är 1 januari 2015–20 februari 2020, det vill säga före covid-19-pandemin. Utifrån det här materialet kan vi inte säkert säga hur utvecklingen har sett ut efter det.

Kunskapen om hur data hanteras och tolkas har sammanställts utifrån egen forskning av en doktorand vid Uppsala universitet.

Analysen visar att det finns tre huvudsakliga fel- och osäkerhetskällor som gör det svårt att följa utvecklingen av antalet vårdplatser:

- Operationaliseringen av begreppen disponibel vårdplats, överbeläggningar och utlokaliseringar skiljer sig åt mellan regionerna
- Dubbelregistrering och dubbelräkning kan förekomma.
- Regionernas datastrukturer och datahantering påverkar hur statistiken rapporteras.

Data som ingår i statistiken över belägningsgrad och utlokaliseringar samlas in en gång per dag och aggregeras sedan till ett medelvärde per månad. Detta är en ytterligare begränsning i data eftersom aggregeringen ger en generaliserad bild och det går exempelvis inte att se hur belägningsgraden varierar under en dag eller en månad.

Centrala begrepp används på olika sätt i regionerna

Socialstyrelsen har definierat begreppen disponibel vårdplats, utlokalisering och överbeläggning i sin termbank (se figur 3). Regionerna utgår från dessa definitioner i sin verksamhetsstatistik, men det finns ändå svårigheter i den praktiska användningen.

För *disponibel vårdplats* är den huvudsakliga utmaningen, enligt de intervjuade, att definiera hur mycket personal som krävs på en avdelning för att vårdplatserna ska vara bemannade så att patientsäkerheten och arbetsmiljön är god. Detta kan variera utifrån de patienter som vårdas på avdelningen, avdelningens storlek och personalens kompetens, men det saknas nationella riktlinjer som regionerna kan använda. Därmed är det svårt att konkretisera hur många disponibla vårdplatser som finns på ett sjukhus. I förlängningen blir det också svårt att avgöra om antalet rapporterade disponibla vårdplatser beskriver förutsättningarna för att bedriva vård med hög patientsäkerhet, och om sjukhus och regioner använder begreppet på samma sätt eller inte. Det innebär att den faktiska *belägningsgraden* kan underskattas. Antalet vårdplatser används också för att beräkna antalet överbeläggningar och utlokaliseringar, så oklarheter följer med i sådana beräkningar. En *överbeläggning* kan uppstå dels om bemanningen inte är tillräcklig, dels om patienten vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning.

Även begreppet *utlokalisering* används på olika sätt i regionerna. Enligt intervjupersonerna är ett problem att de administrativa system som används för att följa disponibla vårdplatser, beläggningar och utlokaliseringar är framtagna i operativt syfte, det vill säga för regionernas dagliga arbete och inte för statistikändamål. Det innebär att utlokalisering i det administrativa systemet definieras utifrån regionens faktiska förutsättningar och organisation i verksamheten, och det kan därför finnas skillnader från Socialstyrelsens definition. Eftersom regionerna har olika system och förutsättningar kan de göra olika bedömningar av när en patient är utlokaliserad eller inte. När antalet utlokaliseringar sedan ska rapporteras till den offentliga statistiken behöver regionerna ofta korrigera data för patienter som är utlokaliserade enligt Socialstyrelsens definition men inte enligt verksamheternas.

En annan potentiell felkälla är att vi inte vet om regionerna definierar eller redovisar beläggningsgrad ur ett medicinskt perspektiv, det vill säga inskrivna patienter, eller ur ett omvårdnadsperspektiv, det vill säga i vilken utsträckning det faktiskt ligger en patient på en vårdplats. Det senare exkluderar utlokaliserade patienter, patienter på permission och patienter under intensivvård, samtidigt som inlokaliserade patienter ingår i beläggningsgraden. Dessutom kan lokala förhållanden och enskilda tidpunkter för ronder, utskrivning av patienter och personalbyten medföra skillnader i beläggningsgrad mellan två i övrigt lika avdelningar.

Dubbelregistrering och dubbelräkning kan förekomma

Dubbelregistreringar uppstår till exempel när en patient registreras som fysiskt placerad på mer än en plats eller mer än en avdelning. Detta kan bland annat hända om en patient är inskriven på en avdelning men rent fysiskt befinner sig på en intensivvårdsavdelning. På sjukhusnivå har vissa regioner rapporterat att beläggningsgraden därför överskattas och att man kan behöva rensa bort patienter med intensivvård. En avdelning kan alltså se kraftigt överbelagd ut, trots att det ur ett omvårdnadsperspektiv är relativt lugnt.

Det är oklart om regionerna beräknar beläggningsgrad baserat på samtliga patienter som fysiskt befinner sig på avdelningen eller baserat på antalet inskrivna patienter.

Inom psykiatrin kan olika hantering av permissioner påverka statistiken för överbeläggningar

Inom psykiatrin är det vanligt att permissioner ingår i vårdförloppet, och under tiden som en patient är på permission kan vårdplatsen beläggas med andra patienter. En del regioner räknar det som en överbeläggning, och andra inte. Det framgår inte heller om statistiken inkluderar sådana överbeläggningar.

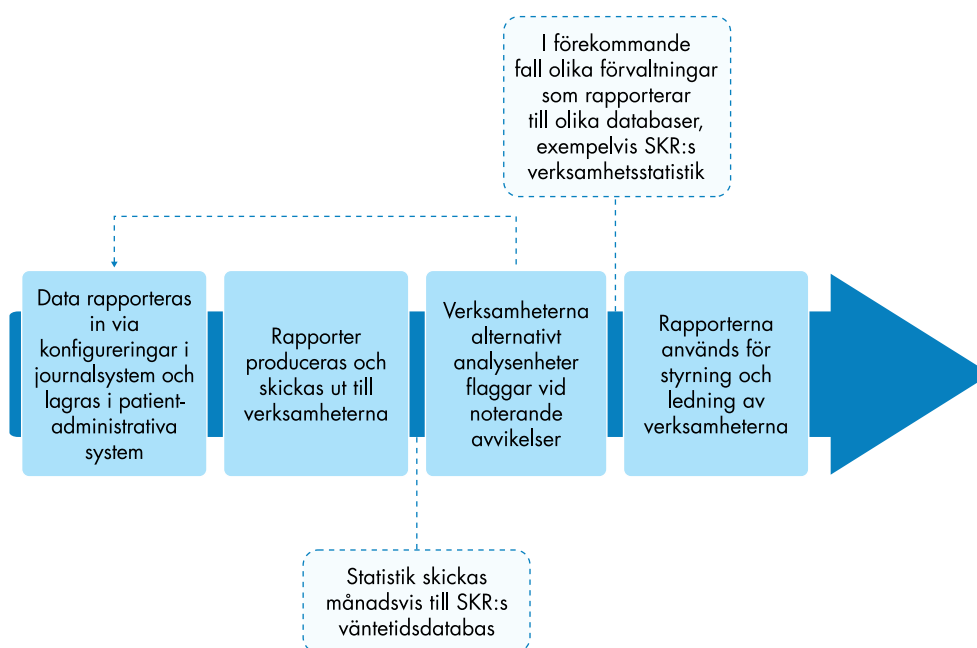
Regionernas datastrukturer och datahantering försvårar

Regionernas olika journalsystem och administrativa system gör att statistiken kan vara mer eller mindre lätt att rapportera in, och med parallella system ökar också risken för fel.

Informationen ska röra sig från avdelningen, där vårdpersonal registrerar information om var patienterna är inskrivna med mera, till sjukhusnivå och slutligen till regional nivå.

Det är sjukhusen som i första hand kvalitetsgranskar den inrapporterade informationen genom att notera avvikelser. Hur kvalitetssäkringen och sammanställningen av rapporterna går till påverkar vilka data som skickas till den offentliga statistiken. Det är till exempel ofta förekommande att den månadsvisa statistiken som skickas till SKR:s väntetidsdatabas korrigeras eller kompletteras i efterhand, medan SKR:s verksamhetsstatistik görs en gång om året och är mer statisk. Figur 13 visar övergripande hur datainsamlingen går till.

Figur 13. Process för datainsamlingen.



En av svårigheterna för regionerna att registrera och överföra data som är korrekt utifrån Socialstyrelsens definitioner är att det finns stora skillnader mellan och inom regionernas digitala system. Flera olika journalsystem används, med skillnader i hur data registreras och hämtas. Dessutom har regionerna byggt upp sina datalager och administrativa system på olika sätt, vilket bland annat gör det svårt att införa automatiserade processer.

Många regioner har separata system och parallella strukturer för att följa disponibla vårdplatser, beläggingsgrad och utlokaliseringar för operativ styrning och för statistikrapportering till exempelvis offentlig statistik och forskning. Parallella system innebär risk för bortfall och andra fel när data ska hämtas ut.

2.5 Variationer i statistiken från olika källor

En annan svårighet är att statistiken varierar mellan olika datakällor. Variationen får betydelse när vi ska analysera regionernas måluppfyllelse utifrån satsningen.

Det finns främst två källor för att följa upp antalet vårdplatser i regionerna: SKR:s väntetidsdatabas och SKR:s verksamhetsstatistik. Därtill finns Socialstyrelsens underlag för statsbidrag 2022–2023, som mäter samma variabler som SKR:s väntetidsdatabas men endast har uppgifter för februari–oktober. Data från Socialstyrelsen och SKR:s

väntetidsdatabas har använts som underlag i utbetalningen av medel inom ramen för regeringens satsning, vilket vi beskriver närmare i kapitel 6 och 7. Tabell 1 ger en sammanfattning av tillgängliga statistikällor som vi använt.

Tabell 1. Sammanfattning av tillgängliga statistikällor.

Ansvarig	Statistikälla	Insamling	Mått
SKR	Verksamhetsstatistiken	Årsviss	Disponibla vårdplatser
SKR	Väntetidsdatabasen	Månadsvis	Disponibla vårdplatser
		(jan–dec)	Överbeläggningar Utlökaliseringar
Socialstyrelsen	Underlag för statsbidrag	Månadsvis	Disponibla vårdplatser
		(feb–okt)	Överbeläggningar
			Utlökaliseringar

Not. Insamlingen till Socialstyrelsens underlag för statsbidrag pågick 2022–2023. Sedan ersattes den av SKR:s väntetidsdatabas. SKR:s verksamhetsstatistik och väntetidsdatabas innehåller fler uppgifter än vad som nämns i tabellen.

Socialstyrelsens underlag för statsbidrag innehåller samma variabler som SKR:s väntetidsdatabas, men vår analys visar att det finns skillnader i måtten som skulle kunna bero på felregistreringar eller manuella justeringar i efterhand. Skillnaderna är inte systematiska eftersom uppgifterna stämmer överens för de flesta regioner, oavsett datakälla. En annan möjlig förklaring är att man använder olika definitioner och mätmetoder. I sin redovisning av underlaget för statsbidragen skriver Socialstyrelsen så här: ”Regionerna lyfter att de siffror som Socialstyrelsen samlar in inom ramen för statsbidraget kan komma att skilja sig från de data som samlas in i SKR:s så kallade väntetidsdatabas på grund av att SKR och Socialstyrelsen har olika sätt att mäta och definiera vårdplatsdata.” (Socialstyrelsen 2024e). Regionerna är alltså medvetna om risken för skillnader mellan datakällorna.

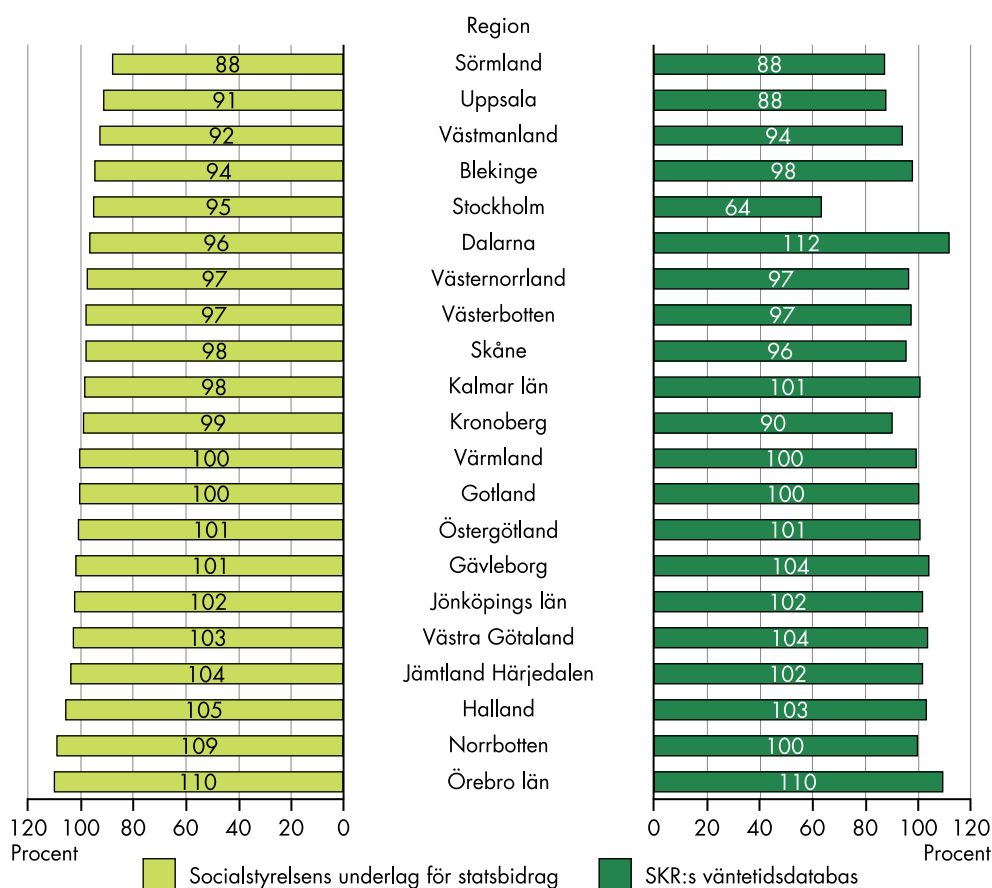
2.5.1 Olika täckningsgrad för antalet disponibla vårdplatser i datakällorna

Vi har jämfört alla tre källorna med varandra för att se om det finns skillnader i täckningsgrad för antalet disponibla vårdplatser. Vi har utgått från antalet i SKR:s verksamhetsstatistik och jämfört med antalet i Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas för att se i vilken grad de stämmer överens. Socialstyrelsens underlag utgår från ett medelvärde för februari–oktober. Vi har därför använt samma tidsperiod för SKR:s väntetidsdatabas. Däremot avser medelvärdet för SKR:s verksamhetsstatistik alla årets månader.

Figur 14 visar täckningsgraden i Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik för disponibla vårdplatser i regionerna 2023. Sett till riket som helhet innehöll det material som regionerna rapporterar till Socialstyrelsen 98 procent av det totala antalet vårdplatser i SKR:s verksamhetsstatistik, och SKR:s väntetidsdatabas innehöll 90 procent. Täckningsgraden i Socialstyrelsens datamaterial var 88–110 procent beroende på region, och 64–112 procent i SKR:s väntetidsdatabas. Utifrån de här analyserna går det inte att avgöra om skillnaderna beror på bristande datakvalitet genom exempelvis olika definitioner, felregistreringar eller bortfall.

Vi har tidigare bedömt att SKR:s väntetidsdatabas har relativt låg täckningsgrad i vissa regioner, och att verksamhetsstatistiken generellt innehåller fler vårdbesök än väntetidsdatabasen (Vård- och omsorgsanalys 2021). Verksamhetsstatistiken ska ge en nationell, heltäckande bild av verksamheterna (SKR 2024a), och därför antar vi att den ligger närmare verkligheten än väntetidsdatabasen. Däremot skulle det i enskilda regioner kunna vara så att antingen Socialstyrelsens underlag eller SKR:s väntetidsdatabas ger en mer rättvisande bild, exempelvis om en region har färre rapporterade disponibla vårdplatser i verksamhetsstatistiken. För ett antal regioner har också Socialstyrelsens underlag och SKR:s väntetidsdatabas högre täckningsgrad än verksamhetsstatistiken.

Figur 14. Täckningsgrad i Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik för disponibla vårdplatser i regionerna 2023.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag, SKR:s väntetidsdatabas och SKR:s verksamhetsstatistik.

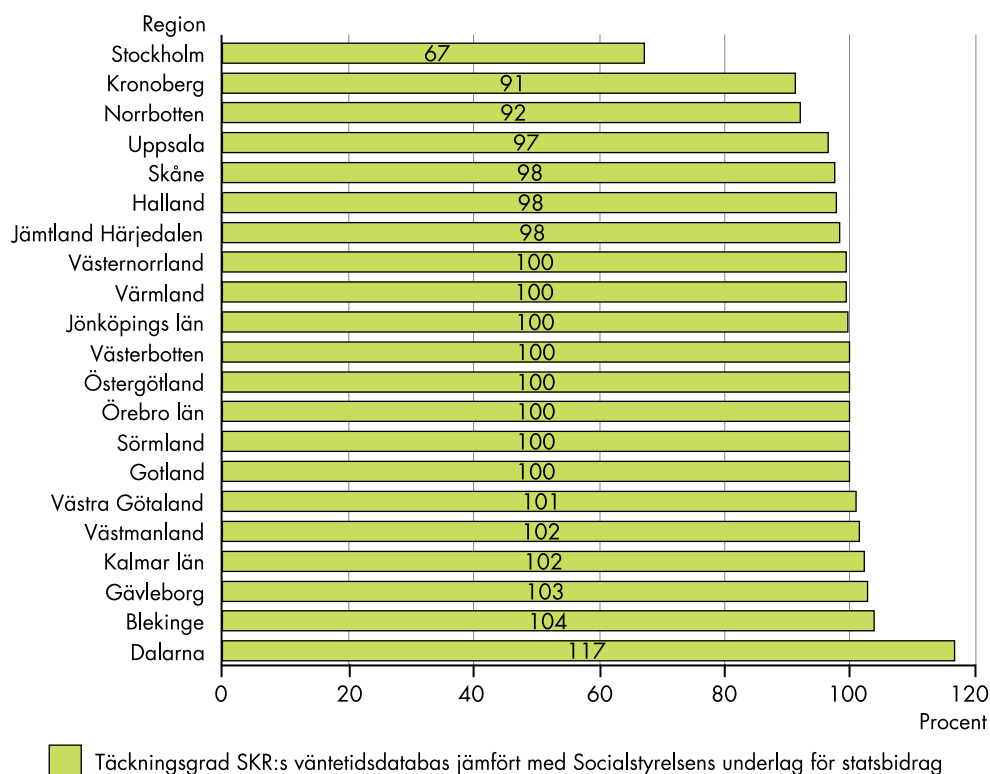
Not. Både Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas avser medelvärde för februari–oktober 2023 och jämförs med årsmedelvärdet i SKR:s verksamhetsstatistik. Statistiken avser vårdplatser för både somatisk och psykiatrisk slutenvård, exklusive rättspsykiatri.

2.5.2 Större skillnader i vissa regioner

Vi har också jämfört Socialstyrelsens underlag för statsbidrag med SKR:s månadsvisa rapportering i väntetidsdatabasen och ser att det finns fler disponibla vårdplatser i Socialstyrelsens underlag, trots att uppgifterna borde vara desamma. Figur 15 visar täckningsgraden för disponibla vårdplatser i SKR:s väntetidsdatabas i förhållande till Socialstyrelsens underlag. I åtta regioner är täckningsgraden 100 procent och i ytterligare nio regioner är avvikelsen mindre än 5 procentenheter. Region Stockholm har en täckningsgrad på 67 procent och Region Dalarna 117 procent. Skillnaderna kan ha flera olika orsaker, exempelvis att uppgifter läggs till eller tas bort innan de skickas till Socialstyrelsen.

En delförklaring är att några av regionerna har ett bortfall av sjukhus och/eller enheter under vissa eller alla månader i SKR:s väntetidsdatabas. I väntetidsdatabas anges "ej deltagit" när ett sjukhus eller en enhet inte deltagit. Det största bortfallet är nästan hälften av sjukhusen och/eller enheterna i en av regionerna. Det är oklart hur många disponibla vårdplatser det handlar om bland de sjukhus och enheter som är del av bortfallet.

Figur 15. Täckningsgrad i SKR:s väntetidsdatabas i förhållande till Socialstyrelsens underlag för statsbidrag.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas.
 Not. Både Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas avser medelvärde för februari–oktober 2023. Statistiken avser vårdplatser för både somatisk och psykiatrisk slutenvård, exklusive rättspsykiatri.

3 Patienternas erfarenheter av slutenvården

Tidigare undersökningar visar att patienter generellt har en positiv bild av slutenvården (SKR 2024b). Vi har gjort en enkätundersökning för att undersöka patienters och närståendes erfarenheter av slutenvården, med fokus på de som kan ha berörts av vårdplatsbrist. I det här kapitlet ger vi en bild av patienterna inom slutenvården och deras erfarenheter samt presenterar en sammanställning av svaren på vår enkät.

Detta är våra främsta resultat:

- Patienter har generellt goda erfarenheter av slutenvården.
- Det finns svårigheter med att fånga om patienterna eller de närstående upplevt vårdplatsbrist.
- Patienter eller närstående som möjligen upplevt platsbrist är mindre positiva till sjukhusvistelsen.

3.1 De flesta patienter i slutenvården är äldre

Under 2023 vårdades fler än 800 000 patienter i slutenvården. Majoriteten av patienterna, 78 procent, vårdades för sjukdoms- och symtomdiagnoser. Resterade 22 procent vårdades till följd av skada, förgiftning eller förlossning. Cirka 100 000 patienter i slutenvården var kvinnor som varit inskrivna i förlossningsvården. Om vi exkluderar dem är hjärt- och kärlsjukdomar den vanligaste orsaken till slutenvård för både män och kvinnor. För kvinnor är det även vanligt med symtomdiagnoser såsom bröst- och buksmärta (Socialstyrelsen 2024g).

Andelen slutenvårdade patienter ökar med åldern. År 2023 hade 25 procent av befolkningen över 80 år varit inskrivna i den slutna vården någon gång under året (Socialstyrelsen 2024h). Det är särskilt vanligt med slutenvård i gruppen de mest sjuka äldre, eftersom många har flera sjukdomar som kräver behandling och som innebär ett omfattande behov av både sjukvård och omsorgsinsatser (Socialstyrelsen 2022b).

Vårdtillfällena är fler i områden med stora socioekonomiska utmaningar än i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Det finns även skillnader i vilka diagnoser patienterna skrivs in för; bland annat är endokrina sjukdomar och psykiska sjukdomar vanligare i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar (Socialstyrelsen 2024g).

3.2 Runt 60 000 personer i psykiatrisk heldygnsvård

År 2023 var det cirka 60 000 personer som vårdades inom den psykiatriska heldygnsvården (SKR 2024c). Året före vårdades cirka 13 000 personer med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (Socialstyrelsen 2024i).

Under 2017–2021 var det cirka 3 000 barn per år som vårdades i psykiatrisk heldygnsvård. Majoriteten av dem var flickor, och 2021 stod flickor för tre fjärdedelar av patienterna i heldygnsvården. De vanligaste diagnoserna är depression, ångest och stressreaktioner, men många vårdas också för skadligt substansbruk och beroende (Socialstyrelsen 2022a).

3.3 Patienter har generellt en positiv bild av slutenvården

Sjukhus och sjukhusvård har en stark ställning hos patienterna. I Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023 svarade 70 procent att de har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusen i sin region, medan cirka 61 procent har förtroende för hälso- och sjukvården i stort, eller för vård- eller hälsocentralerna i sin region (SKR 2024b).

I Nationell patientenkät får den somatiska slutenvården genomgående goda resultat. År 2023 svarade 92 procent att de kände sig trygga under sin vistelse på vårdavdelningen, 81 procent att de var så delaktiga som de önskade i besluten om sin vård, och 92 procent att vårdpersonalen bemötte dem med medkänsla och omsorg (SKR 2023a). Detta överensstämmer med resultaten från undersökningen International Health Policy Survey, där 90 procent svarade att de var så delaktiga som de önskade i besluten om sin vård och behandling, och att sjuksköterskorna behandlade dem med vänlighet och respekt (Vård- och omsorgsanalys 2024b). Däremot ansåg bara 48 procent att väntetiderna till sjukhusvård är rimliga (SKR 2024b), och 63 procent fick information om förseningar under själva vistelsen (SKR 2023a).

När det gäller slutenvård inom vuxenpsykiatri är resultaten från Nationell patientenkät inte fullt så positiva som för den somatiska slutenvården: 68 procent kände sig trygga under sin vistelse på avdelningen, 57 procent var så delaktiga i beslut om sin vård som de önskade, och 69 procent svarade att vårdpersonalen bemötte dem med medkänsla och omsorg (SKR 2023b).

3.3.1 Högre förtroende för den specialiserade vården bland de som haft kontakt med den

Förtroendet för den specialiserade vården är också högt, enligt tidigare enkätundersökningar som vi genomfört. Sett till hela befolkningen känner 65 procent ganska eller mycket stort förtroende för vården, jämfört med 70 procent av de som själva besökt en specialistmottagning och 65 procent av de som varit inlagda på sjukhus.

Det kan jämföras med primärvården där förtroendet generellt är lägre, både bland de som själva haft kontakt med primärvården och bland befolkningen i stort. Av de som besökt en fysisk vårdcentral känner 51 procent ganska eller mycket stort förtroende för primärvården, och bland de som besökt en digital vårdcentral är andelen 45 procent. Bland befolkningen generellt i undersökningen anger 44 procent att de har ganska eller mycket stort förtroende för primärvården.

3.4 Majoriteten har en positiv bild av sin senaste sjukhusvistelse

Många av dessa resultat bekräftas i en enkätundersökning till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel som vi riktade till patienter eller närstående som varit stöd till personer som varit inlagda på sjukhus någon gång under de senaste 12 månaderna. Undersökningen gjordes hösten 2024 och frågorna handlade om upplevelser av sjukvården och om vårdplatsbrist.

Knappt 11 procent av svarspersonerna hade någon gång under de senaste 12 månaderna varit inlagda på sjukhus över natten. Ungefär 20 procent av de som inte själva varit inlagda hade en närstående som varit det. Bland deltagarna fanns både patienter i psykiatrin och patienter som varit inlagda i den somatiska vården (se bilaga 2 och 3 för frågeformulering, metodbeskrivning, och resultat från enkäten).

Det varierar hur insatta de närstående var i sjukhusvistelsen, och relativt många svarade ”Inte aktuellt” på frågorna. I jämförelser av närstående och patienter redovisar vi därför bara andelarna bland närstående som haft en åsikt i den aktuella frågan.

Bakgrundsinformation om de som svarat på vår enkätundersökning

Det vanligaste skälet till den senaste sjukhusvistelsen var operation för de som själva varit inlagda, ungefär 40 procent. Näst vanligast var behandling, 27 procent. Bland kvinnorna var drygt 15 procent inlagda för förlossning. För de närstående var behandling vanligaste skälet till inläggningen, nära 40 procent, följt av operation, nära 35 procent. Ungefär 9 procent hade en närstående som varit inlagd för förlossning. I undersökningen är det ungefär 4 procent som varit inlagda för psykiatrisk vård

Något fler kvinnor än män har varit inlagda på sjukhus någon gång under de senaste 12 månaderna, 13 procent jämfört med 8 procent. Skillnaderna är något mindre om vi exkluderar de som varit inlagda för förlossning. Bland de som är 80 år eller äldre har 26 procent någon sjukhusinläggning under de senaste 12 månaderna.

De som varit inlagda på sjukhus beskriver i högre uträkning sin hälsa som dålig eller mycket dålig (15 procent jämfört med 6 procent). Det är också en högre andel som har en eller flera långvariga sjukdomar jämfört med befolkningen generellt i undersökningen.

Se bilaga 1 och 3 för fler resultat från enkäten och beskrivning av hur vi genomförde undersökningen.

3.4.1 För hälften var sjukhusvistelsen akut och en tredjedel hade väntat i mer än tre månader på sitt besök

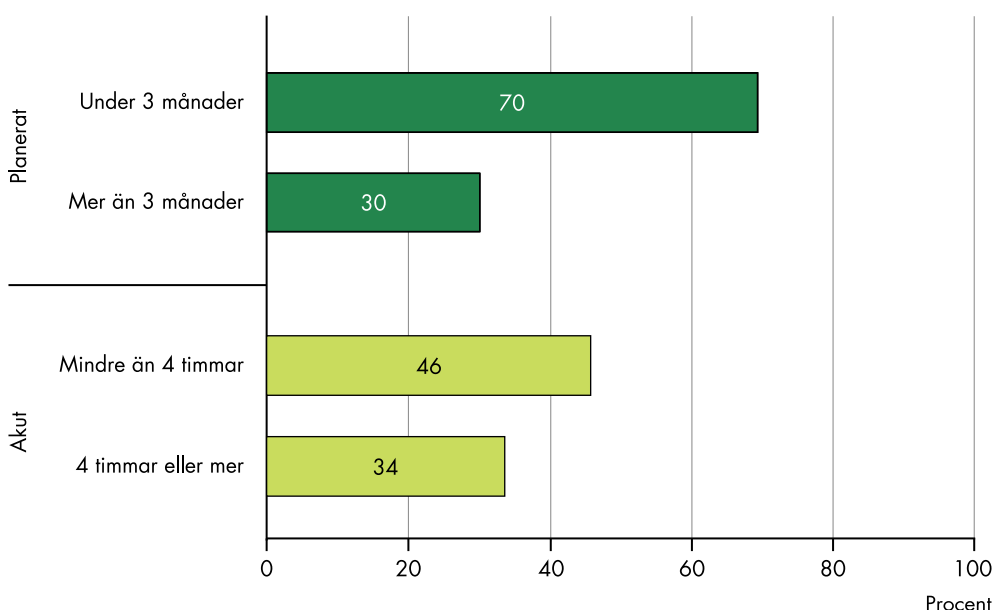
Vår enkätundersökning visar att för 58 procent av de som varit inlagda på sjukhus över natten var den senaste sjukhusvistelsen akut. Det är lägre än statistiken över vårdtillfällen där 80 procent av tillfällena var akuta (SKR 2022). Detta innebär att akuta vårdtillfällen är underrepresenterade och planerade vårdtillfällen är överrepresenterade

i vår undersökning. Bland de som haft en närstående som varit inlagd svarade ungefär 80 procent att det gällde ett akut vårdbehov, vilket är i linje med statistiken.

Figur 16 redovisar väntetid till sjukhusvistelsen, för både planerade och akuta besök. När det gäller planerade sjukhusvister hade knappt en tredjedel väntat i mer än tre månader och fick därmed inte vård inom de tidsramar som finns i den nationella vårdgarantin. Ungefär 8 procent hade fått sin planerade behandling eller operation uppskjuten någon gång under väntetiden.

För akuta sjukhusvister hade knappt hälften en väntetid på akuten som klarade det nationella målet på max fyra timmar.

Figur 16. Väntetid till sjukhusvistelsen, planerade och akuta besök.



Källa: Befolkningspanelen hösten 2024.

Not. Frågorna är ställda till de som själva varit inlagda på sjukhus någon gång de senaste 12 månaderna.

20 procent av de som hade en akut sjukhusvistelse besökte inte en akutmottagning innan. Antal svar: Cirka 180 hade ett planerat besök och cirka 250 hade ett besök som var akut.

3.4.2 Svårt att fånga om patienterna upplevt vårdplatsbrist

Enkätundersökningen omfattade frågor för att försöka fånga erfarenheter av vårdplatsbrist. Vi har hittat få andra undersökningar som ställt frågor om detta, och det har därför varit svårt att hitta frågor att utgå från och resultat att jämföra med. Frågorna som ställdes i vår enkät handlar om ifall svarspersonen själv eller en närstående 1) flyttats mellan avdelningar på grund av platsbrist, 2) vårdats i ett provisoriskt utrymme eller 3) vårdats på en annan avdelning än den de uppfattat att de skulle vara på.

Resultaten ska tolkas med försiktighet eftersom jakande svar kan bero på annat än brist på vårdplatser. Exempelvis kan det vara medicinskt motiverat att vårdas på en annan avdelning än den som patienten eller den närstående tycker att man borde vara på. Som patient är det också svårt att ha insyn i vårdplatssituationen. Det är också rimligt att

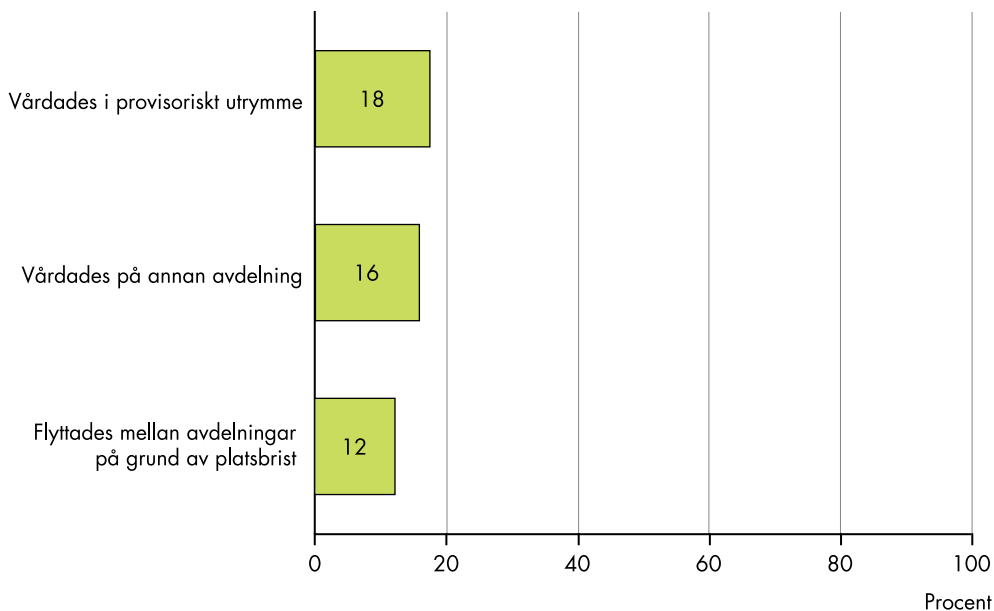
anta att patienterna eller de närstående inte alltid informeras om förflyttningar beror på vårdplatsbrist. Dessutom var det få svarande, ungefär 100 personer som själv varit patient och 200 som varit närstående, som upplevt något tecken på vårdplatsbrist, vilket bidrar till osäkerheten i resultaten. Vi kan inte heller säga att svarsandelarna i vår undersökning representerar patientpopulationen i helhets erfarenheter av vårdplatsbrist.

Av de som själva varit inlagda på sjukhus har 24 procent upplevt något av det som möjligen kan vara platsbrist, jämfört med 28 procent av de närstående. Det är betydligt vanligare att de som möjligen upplevt platsbrist hade ett akut vårdbesök. Ungefär 40 procent av de som hade ett akut vårdbehov har möjligen upplevt platsbrist, jämfört med 15 procent bland de som fick planerad vård. Detta trots att akuta vårdbesök är underrepresenterade i vår undersökning. Vi ser inga skillnader utifrån kön, ålder, utbildningsnivå, självskattad hälsa eller kommutyp i vem som möjligen upplevt platsbrist, se bilaga 1 för en fördjupad analys av de som möjligen upplevt platsbrist.

Figur 17 visar andelen inlagda personer som möjligen har upplevt vårdplatsbrist. En knapp femtedel vårdades någon gång under vistelsen i ett utrymme som de upplevde som provisoriskt, såsom i en korridor. För de flesta handlade det om en mindre del av tiden, men knappt 14 procent vårdades hela tiden i ett provisoriskt utrymme.

Drygt 16 procent vårdades någon gång på en annan avdelning än den som de trodde att de skulle vara på, och lite drygt var tionde flyttades mellan avdelningar på grund av platsbrist och inte av medicinska eller något annat skäl. Vi ser liknande svar från de närstående.

Figur 17. Andel av de som själva varit inlagda som möjligen har upplevt vårdplatsbrist.



Källa: Befolkningspanelen hösten 2024.

Not. Frågorna är ställda till de som själva varit inlagda på sjukhus någon gång de senaste 12 månaderna.

Antal svar: cirka 430.

De som svarat på enkäten fick möjlighet att lämna en kommentar som ett fritextsvar. Flera respondenter nämnde vårdplatsbrist i fritextsvaren, till exempel långa väntetider på akuten och vistelse på en annan avdelning än den tänkta.

// Låg på akuten i två dygn innan jag kom upp på avdelningen på grund av platsbrist. Hade dock eget rum på akuten men inte ultimata att ligga kvar.

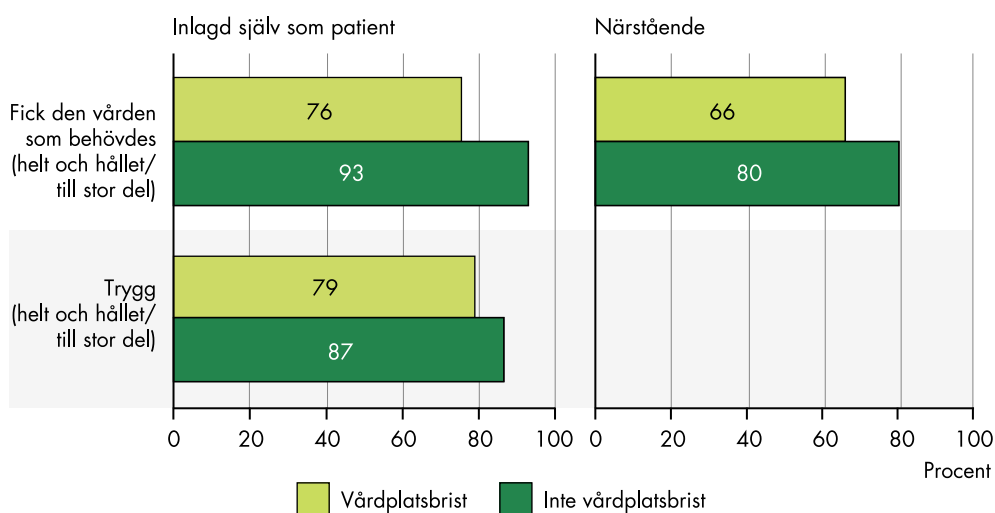
// På grund av platsbrist hamnade min närstående på en avdelning där personalen inte var vana att vårda min närstående för hans åkommor. Efter flytt till specialistavdelning blev vården bättre.

3.4.3 De flesta kände sig trygga under sin senaste sjukhusvistelse

Ungefär 80 procent av de som själva varit patienter anger att de kände sig trygga under sin senaste sjukhusvistelse, helt och hållet eller till stor del. Resultaten känns igen från tidigare undersökningar, exempelvis Nationell patientenkät från 2023 där 92 procent kände sig trygga under sin vistelse på vårdavdelningen (SKR 2023a).

Bland de som möjligen har upplevt vårdplatsbrist är tryggheten lägre, 79 procent jämfört med 87 procent bland de som inte upplevt vårdplatsbrist, se figur 18. Vi ser även vissa skillnader i trygghet beroende på kön. Bland män är andelen högre, 96 procent jämfört med 78 procent bland kvinnor. Se bilaga 3 för fler resultat uppdelat på kön.

Figur 18. Andel som svarat "helt och hållet/till stor del" på respektive fråga om sjukhusvistelsen, uppdelat på de som kan ha upplevt vårdplatsbrist och inte.



Källa: Befolkningspanelen hösten 2024.

Not. Frågorna är ställda till de som själva varit inlagda som patient eller som varit närstående till någon som varit inlagd på sjukhus någon gång de senaste 12 månaderna. Antal svar: Cirka 430 har själva varit inlagda och cirka 750 var närstående till en patient.

Majoritet svarade att en själv eller ens närstående fått den vård som behövdes. Upplevelsen av att ha fått den vård som en själv eller ens närstående behövde är sämre bland de som möjligen upplevt platsbrist. Av de som själva varit patienter och som möjligen upplevt platsbrist var andelen 76 procent jämfört med 93 procent bland de som inte upplevt platsbrist. Vi ser liknande svar bland de som varit närstående till någon som varit inlagd.

Ungefär hälften av de som lämnade ett fritextsvar på en fråga om sin sjukhusvistelse svarade att de inte saknade något.

// Saknade absolut ingenting. Fick otroligt fin omsorg och vård. Behandlades med värme och generositet och hade fullt förtroende för allt som alla föreslog eller gjorde.

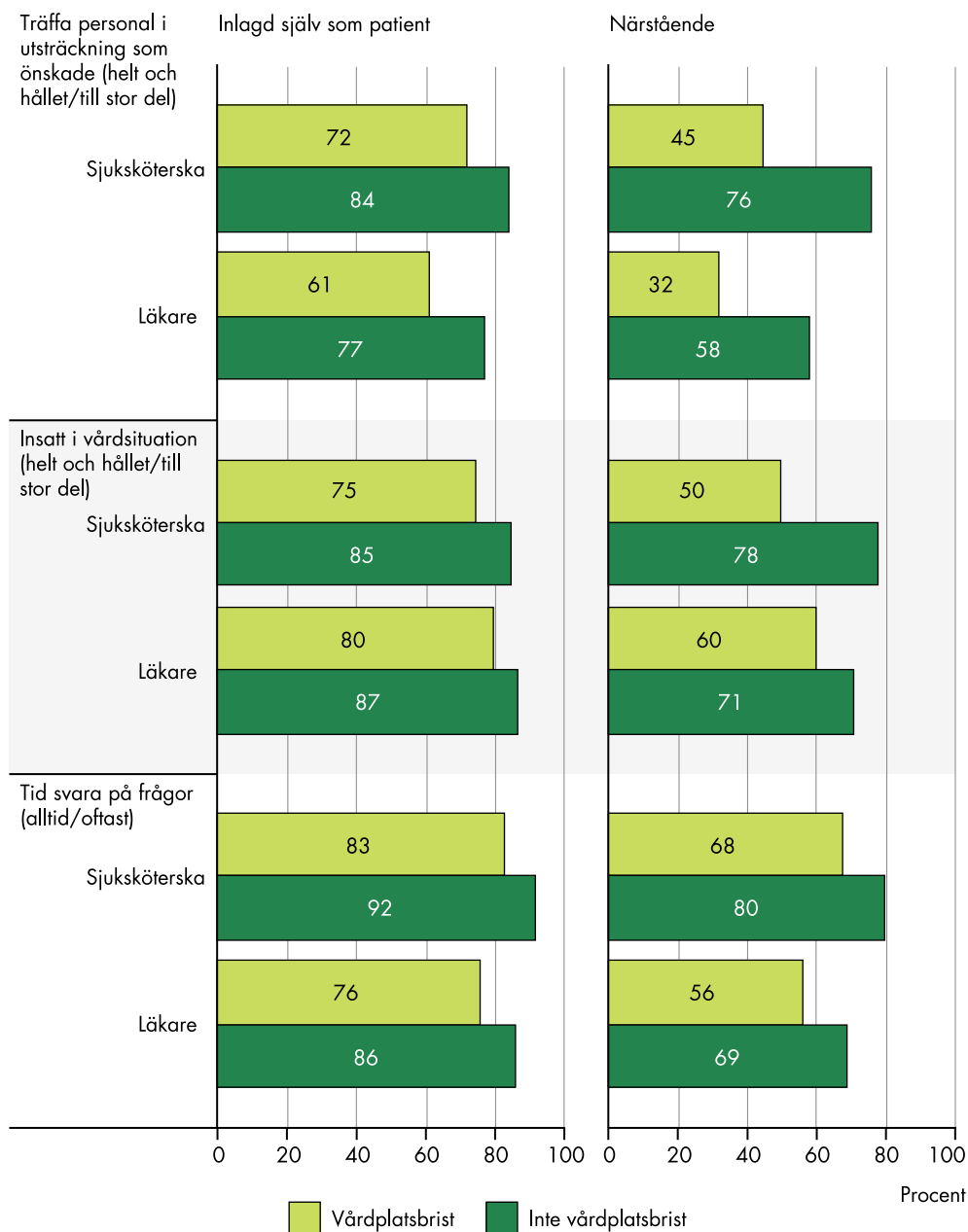
Resten hade en del specifika önskemål såsom smärtstillande eller kuddar, men en del tog även upp långa väntetider och en pressad situation på avdelningen eller akuten.

// Som patient var det märkbart hur underbemannade personalen var. Jag ville inte ligga dom till "last" på grund av deras ansträngda situation vilket resulterade i att jag led betydligt mer än jag behövt om det funnits mer personal.

3.4.4 Patienter och närstående som möjligen upplevt platsbrist har sämre kontakt med vårdpersonalen

Vårdpersonalens bemötande kan ha stor betydelse för hur sjukhusvistelsen upplevs av patienten. Enkätsvaren visar att många överlag har en positiv bild av kontakten med vårdpersonalen, men resultaten varierar mellan olika frågor och yrkesgrupper och även mellan de som möjligen upplevt platsbrist och de som inte gjort det, se figur 19.

Figur 19. Andel som svarat "helt och hållet/till stor del" eller "alltid/oftast" för respektive fråga om vårdpersonalen, uppdelat på de som kan ha upplevt vårdplatsbrist och inte.



Källa: Befolkningspanelen hösten 2024.

Not. Frågorna är ställda till de som själva varit inlagda som patient eller som varit närstående till någon som varit inlagd på sjukhus någon gång de senaste 12 månaderna. Antal svar: Cirka 430 har själva varit inlagda och cirka 750 var närstående till en patient. De som svarat "inte aktuellt" på frågan om tid för att svara på frågor har exkluderats ur basen. Det gällde 2 procent av de som själva varit inlagda och 18–25 procent av de närstående.

Genomgående visar resultatet från vår undersökning att de som möjligen upplevt platsbrist har en mer negativ bild av personalkontakten jämfört med de som inte upplevt platsbrist. För de som själva varit patienter ser vi störst skillnader mellan de som möjligen upplevt platsbrist eller inte i frågan om att träffa läkare och sjuksköterskor i den utsträckning som en önskade. Det skiljer mellan 12–16 procentenheter mellan de som möjligen upplevt platsbrist och de som inte gjort det. Skillnaderna är något mindre för frågorna om vårdpersonalen hade tid att svara på frågor och var insatta i vårdssituationen, 7–10 procentenheter.

Även bland de som varit närstående till någon som varit inlagd på sjukhus har de vars närstående möjligen upplevt platsbrist en mer negativ bild. Det är störst skillnader i upplevelsen att få träffa läkare och sjuksköterskor i den utsträckning som en önskade även bland de närstående, 25–30 procentenheter. Men också i upplevelsen av hur insatta sjuksköterskorna är i vårdssituationen är skillnaderna mellan de som möjligen upplevt platsbrist större, nära 30 procentenheter. Samtidigt har 8–15 procent svarat att de inte vet, vilket kan innebära att resultaten till viss del speglar hur insatt den närstående är i patientens vård.

3.4.5 Informationen är mer svårtillgänglig bland patienter och närstående som möjligen upplevt platsbrist

Sjukhusvistelsen som helhet kan upplevas som mer positiv om det är lätt att få kontakt med vårdpersonalen och få information om vad som ska hända. Enkätresultaten visar att även kopplat till de här frågorna är de som möjligen upplevt platsbrist mindre positiva.

Generellt är patienter och närstående mindre positiva till hur mycket uppdatering de fick under sjukhusvistelsen. 67 procent av de som möjligen upplevt platsbrist svarade att de helt och hållet eller till stor del blev uppdaterade och 76 procent av de som inte upplevt platsbrist. Vårdpersonalens tillgänglighet upplevdes som något bättre. Bland de som själva varit patienter angav 79 procent av de som möjligen upplevt platsbrist att vårdpersonalen alltid eller oftast kom när de blev kallade, jämfört med 95 procent av de som inte upplevt platsbrist, se figur 20.

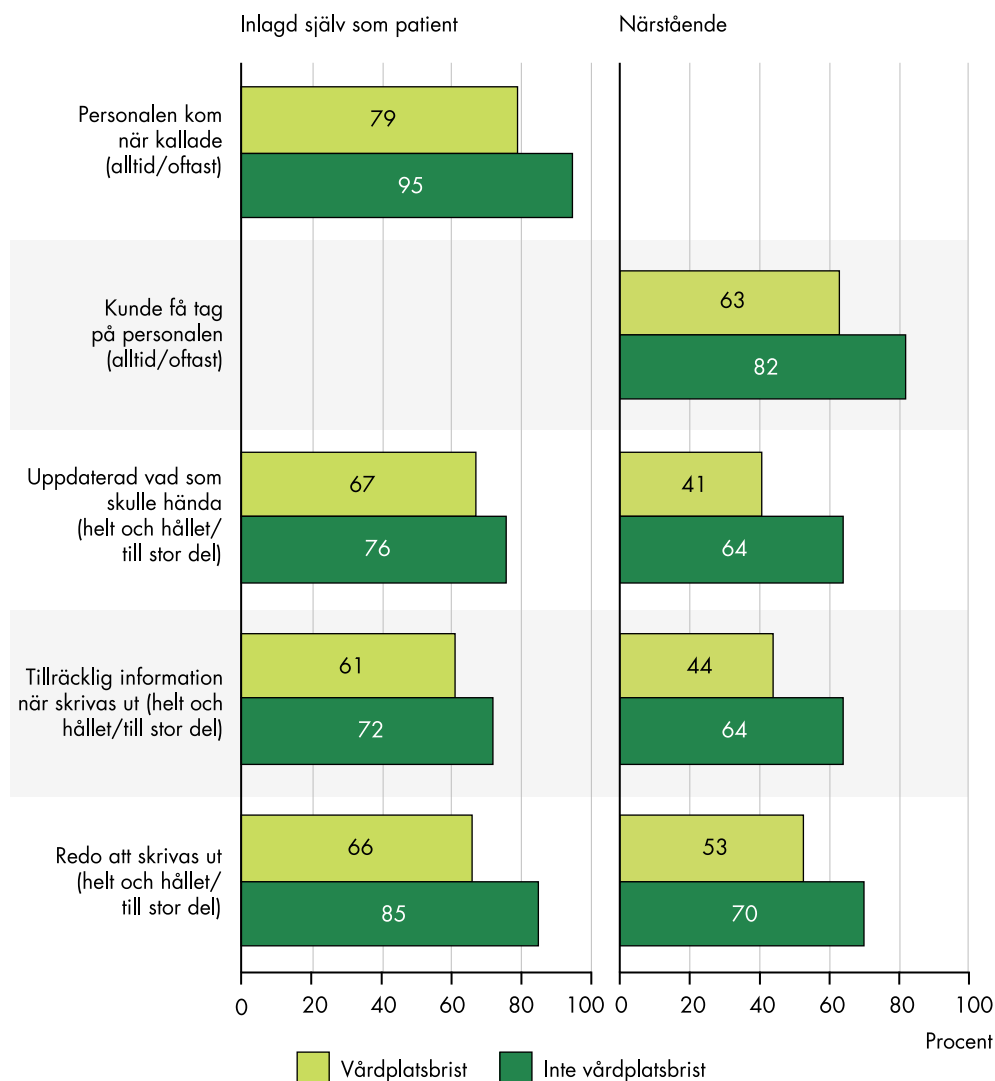
Utskrivningen från sjukhuset har också betydelse för patientens upplevelse. Både bland de som själva varit patient och bland närstående är bristen på tillräckligt med information påtaglig. I Nationell patientenkät 2023 svarade 78 procent att de fått tillräckligt med information om vart de kan vända sig med frågor eller ytterligare hjälp efter sjukhusvistelsen (SKR 2023a). Det kan jämföras med 61 procent bland de som möjligen upplevt platsbrist och 72 procent bland de som inte gjort det i vår undersökning.

De närstående hade överlag en mer negativ bild av utskrivningen. Drygt 70 procent av de som inte upplevt platsbrist svarade att patienten var redo att skrivas ut när det var dags, och knappt hälften av de som möjligen upplevt platsbrist. Men även på de här frågorna kan resultaten spegla hur insatt den närstående är.

Flera närstående skrev i kommentarer att utskrivningen kom för tidigt eller att samordningen efter utskrivningen fungerade dåligt.

- // Upplevde att man på vårdavdelningen gjorde sitt för att hålla anhöriga underrättade men kontakten med kommunen om överlämnandet verkade fungera dåligt. Den stora bristen låg hos kommunen men en viss stress märktes från avdelningspersonalen som skulle stänga inför helgen.

Figur 20. Andel som svarat "helt och hållet/till stor del" eller "alltid /oftast" för respektive fråga om sjukhusvistelsen och utskrivningen, uppdelat på de som kan ha upplevt vårdplatsbrist och inte.



Källa: Befolkningspanelen hösten 2024.

Not. Frågorna är ställda till de som själva varit inlagda som patient eller som varit närstående till någon som varit inlagd på sjukhus någon gång de senaste 12 månaderna. Antal svar: Cirka 430 har själva varit inlagda och cirka 750 var närstående till en patient. De som svarat "inte aktuellt" på frågan om att vårdpersonalen kom när de kallade har exkluderats ur basen. Det gällde 10 procent av de som själva varit inlagda. Bland de närstående svarade 9–10 procent att frågorna om utskrivning inte var aktuella, och 15–17 procent att frågorna om uppdatering och vårdpersonalens tillgänglighet inte var aktuella. De som svarat att frågan inte var aktuell har exkluderats ur basen.

3.4.6 Fördjupad analys av de som möjligen upplevt platsbrist stärker att de har mindre positiva erfarenheter i vården

Vi har genomfört fördjupade analyser, i form av regressionsanalyser, för att undersöka hur sambandet mellan att möjligen upplevt platsbrist och synen på den senaste sjukhusvistelsen ser ut när vi kontrollerar för faktorer som vi sedan tidigare vet kan ha en påverkan på upplevelsen av sjukhusvistelsen.

Våra resultat visar att de som möjligen upplevt platsbrist genomgående är mindre positiva även under kontroll för andra faktorer, så som kön, hälsotillstånd och om sjukhusvistelsen var till följd av ett akut vårdbehov. Resultaten från våra fördjupade analyser visar också att personer med sämre hälsa ofta är mindre positiva, jämfört med personer med bättre hälsa, samtidigt som män har motsatt mönster och i högre utsträckning är positiva till sin sjukhusvistelse jämfört med kvinnor.

Det är viktigt att betona att de samband som vi ser i våra fördjupade analyser inte behöver vara kausala och att det kan finnas andra viktiga förklaringsfaktorer utöver dem som vi har analyserat i våra modeller. I bilaga 1 finns figurer och beskrivningar av våra fördjupade analyser.

4 Statens styrning av satsningen

Den statliga styrningen av satsningen är viktig för måluppfyllelsen. I det här kapitlet redogör vi för en kartläggning av regeringsuppdrag som berör vårdplatser eller vårdens tillgänglighet och kapacitet. Syftet med kartläggningen var att undersöka vad vårdplatssatsningen består av, hur den har utvecklats över tid och hur den relaterar till näraliggande uppdrag och satsningar. Vi beskriver också den typ av styrning som präglar satsningen och dess ekonomiska omfattning samt hur regionerna ser på statens styrning. I slutrapporten kommer vi att gå närmare in på styrningen.

Detta är våra främsta resultat:

- Det finns ingen tydlig beskrivning vad regeringens satsning på vårdplatser består av, men utifrån hur vårt uppdrag är formulerat bedömer vi att kärnan i satsningen är Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en nationell plan för att minska vårdplatsbristen, och fördela prestationsbaserade statsbidrag.
- Utöver uppdragen till Socialstyrelsen finns det många parallella uppdrag som berör vårdens kapacitet och tillgänglighet, och som kan påverka regionernas arbete för fler vårdplatser.
- Vårdplatssatsningen består av mjuka styrmedel och innehåller både ekonomisk styrning och kunskapsstyrning. Vissa regioner upplever att de många styrsignalerna från staten är svåra att hantera.

4.1 Kartläggning av regeringsuppdrag och överenskommelser som berör vårdplatser

Vårt uppdrag består i att utvärdera regeringens satsning på vårdplatser. Det finns dock inte några tydliga beskrivningar av vad regeringen menar med satsningen på vårdplatser. Vi såg därför ett behov av att kartlägga uppdragen på området, för att på så vis beskriva kärnan i satsningen på vårdplatser och hur den satsningen förhåller sig till andra näraliggande uppdrag.

4.1.1 Många uppdrag som direkt eller indirekt berör vårdplatser

Vi kan konstatera att det pågår många uppdrag som direkt eller indirekt berör antalet vårdplatser i Sverige. Figur 21 omfattar exempel på uppdrag som helt eller delvis fokuserar på vårdplatser, eller andra aspekter av hälso- och sjukvårdens kapacitet som indirekt påverkar vårdplatsbehovet eller möjligheten att bemanna vårdplatser.

I ljusblå rutor finns de uppdrag som vi bedömer är kärnan i satsningen, och som vi fokuserar på. De blå rutorna visar uppdrag som vi bedömer är relevanta för regionernas arbete med att öka antalet vårdplatser, och som vi delvis inkluderar i vårt arbete. Dessa uppdrag är inte kärnuppdrag i regeringens satsning, men vi bedömer att de kommer att påverka satsningens utfall och regionernas insatser för fler vårdplatser. De mörkblå rutorna beskriver andra uppdrag och överenskommelser som vi antar kommer att påverka vårdens kapacitet direkt eller indirekt, men som inte ingår i vår utvärdering.

Figur 21. Exempel på uppdrag och överenskommelser under 2022–2024 som påverkar vårdens kapacitet och tillgänglighet.



Källa: Socialdepartementet (2022b, 2022c, 2022d, 2023a, 2023b, 2023c, 2023d, 2023e, 2023f, 2023g, 2023h, 2024a, 2024c); Socialdepartementet och SKR (2022a, 2023a, 2023b, 2023c, 2023d).

4.1.2 Vårdplatsatsningen består främst av två regeringsuppdrag

Som vi beskrivit i kapitel 1 består kärnan i satsningen av två uppdrag till Socialstyrelsen:

- ta fram en nationell plan för att minska vårdplatsbristen
- fördela, betala ut och följa upp prestationsbaserade statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser.

I vårt uppdrag från regeringen är det dessa två uppdrag som nämns, och därför står de i fokus för våra intervjuer med regionerna och vår undersökning av Socialstyrelsens arbete. De beskrivs i mer detalj i kapitel 5 respektive 6.

4.1.3 Två ytterligare uppdrag ligger nära kärnuppdragen

Två andra uppdrag till Socialstyrelsen har tydlig koppling till kärnuppdragen:

- stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering och föreslå målvärden för antalet vårdplatser i regionerna (Socialdepartementet 2022c)
- bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (Socialdepartementet 2024a).

År 2023 publicerade Socialstyrelsen delrapporten *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser* (Socialstyrelsen 2023e) där myndigheten presenterade riktvärden på kort och lång sikt för antalet vårdplatser i regionerna. Socialstyrelsen bedömer i rapporten att 20 regioner på kort sikt behöver fler vårdplatser för att beläggningsgraden på avdelningarna ska vara rimlig för personal och patienter samt lämna utrymme för belastningstoppar. Med fler vårdplatser ska regionerna även successivt kunna minska vårdköerna.

I vår intervju med Socialstyrelsen framgår att de tolkar arbetet med den nationella planen för att minska vårdplatsbristen som ett komplement till dessa riktvärden. Kopplingen mellan uppdragen syns också i projektdirektiven, där Socialstyrelsen fått i uppgift att samordna uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan med uppdraget om produktions- och kapacitetsstyrning och målvärde (Socialdepartementet 2023e).

I juni 2024 slutrapporterade Socialstyrelsen sitt förslag till nationell plan (Socialstyrelsen 2024d), men arbetet för att minska vårdplatsbristen fortsätter på myndigheten. I vår intervju framkommer att arbetet för fler vårdplatser fortsätter genom deras nyinkomna uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå. I uppdraget till Socialstyrelsen står det att den nationella planen för att minska vårdplatsbristen, och den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, är ”viktiga delar i arbetet med öka det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården”, och att arbetet med dessa bör fortgå (Socialdepartementet 2024a).

I uppdraget att stärka och följa upp tillgängligheten och kapaciteten ingår även Socialstyrelsens fortsatta arbete med produktions- och kapacitetsplanering och riktvärden. I det nya uppdraget ingår att stödja regionerna i deras produktions- och kapacitetsplanering, och att vid behov utvärdera och revidera de mål- och riktvärden som Socialstyrelsen har tagit fram (Socialdepartementet 2024a).

Det finns en tydlig koppling mellan de riktvärden som Socialstyrelsen beräknade 2023 och den nationella planen för att minska vårdplatsbristen, och med Socialstyrelsens

uppdrag att följa tillgänglighet och kapacitet på regional och nationell nivå. När regionerna tar sig an uppgiften att öka antalet vårdplatser är det alltså sannolikt att dessa uppdrag kommer att påverka arbetet, även om vi i den här delrapporten fokuserar på den nationella planen eftersom den är ett kärnuppdrag i satsningen.

4.1.4 Det finns ytterligare uppdrag och överenskommelser som kan påverka satsningen

Socialstyrelsen hade många andra uppdrag på området hälso- och sjukvårdens kapacitet och tillgänglighet under 2022–2024. Ett exempel är *Uppdraget att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*, som fokuserade på väntetider och vårdköer, men också på att se över Socialstyrelsens möjligheter att ansvara för insamling av vårdplatsdata (Socialdepartementet 2022b). Uppdraget att ta fram en nationell plan för att minska vårdplatsbristen inkluderar att Socialstyrelsen ska samordna arbetet med flera andra uppdrag. Det handlar till exempel om uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för förlossningsvården (Socialdepartementet 2023e). Dessa uppdrag kan indirekt påverka vårdplatsutvecklingen.

Vidare har regeringen och SKR haft överenskommelser om tillgänglighet som har en koppling till satsningen på vårdplatser. 2024 var ”Vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar” ett av sju fokusområden i överenskommelsen, och regionerna har haft i uppgift att redogöra för hur de arbetar för att uppnå Socialstyrelsens riktvärde för antal disponibla vårdplatser (Socialdepartementet och SKR 2023d). 2022 och 2023 hade inte överenskommelserna fokus på vårdplatser (Socialdepartementet och SKR 2022b, 2022c).

4.1.5 Satsningen och andra uppdrag har utvecklats med tiden

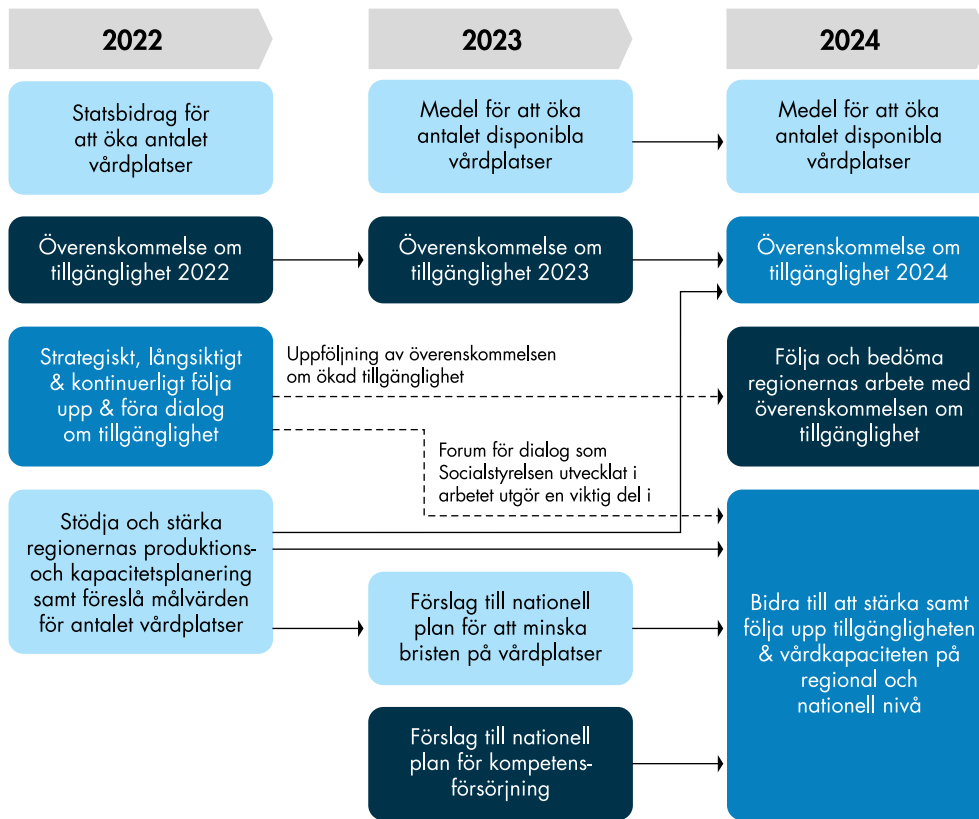
Figur 22 visar på en tidslinje hur uppdragen och överenskommelserna förhåller sig till varandra. Den innehåller också några andra uppdrag som på olika sätt berör vårdplatser eller uppdragen som ingår i vårdplatssatsningen.

De ljusblå rutorna gäller uppdrag som har stort fokus på vårdplatser, till exempel *statsbidrag för att öka antalet vårdplatser*.

De blå rutorna gäller uppdrag som delvis fokuserar på vårdplatser, till exempel *överenskommelse om tillgänglighet 2024*.

De mörkblå rutorna gäller uppdrag som inte fokuserar på vårdplatser, till exempel *överenskommelse om tillgänglighet 2022*.

Figur 22. Ett urval uppdrag och överenskommelser 2022–2024 som har koppling till vårdplatser eller uppdrag som berör vårdplatser eller vårdens kapacitet.



- Uppdrag som har stort fokus på vårdplatser
- Uppdrag som delvis fokuserar på vårdplatser
- Uppdrag som inte fokuserar på vårdplatser

Källa: Socialdepartementet (2022a, 2022b, 2022c, 2023b, 2023e, 2023g, 2024a, 2024b, 2024c); Socialdepartementet och SKR (2022b, 2022c, 2023d).

Figuren är en förenkling. Exempelvis skulle uppdraget om förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser samordnas med flera andra regeringsuppdrag.

Som figuren visar har det tillkommit uppdrag som berör vårdplatssituationen under samtliga år 2022–2024, men i flera fall är uppdragen som tillkommit 2024 fortsättningar på uppdrag som avslutats 2022 eller 2023. Det som är kärnan i regeringens satsning på vårdplatser – det vill säga uppdragen om att ta fram en nationell plan för att minska vårdplatsbristen och de prestationsbaserade medlen, som gavs 2023 – föregicks dessutom av insatser redan under 2022. Utifrån regionernas perspektiv kan det därför vara svårt att urskilja vilka aspekter av Socialstyrelsens arbete som kommer från kärnuppdragen i regeringens satsning på vårdplatser, och vad som har sitt ursprung ur närliggande uppdrag.

När det gäller den nationella planen för att minska vårdplatsbristen relaterar det till 2022 års uppdrag att stödja regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt att föreslå målvärden för antal vårdplatser i regionen, framför allt genom att den nationella planen förväntas att samordna sitt arbete med uppdraget om produktions- och kapacitetsstyrning (Socialdepartementet 2023e). I vår intervju med Socialstyrelsen framgår det att de tolkar uppdraget att ta fram en nationell plan som ett komplement till deras riktvärden.

Innan Socialstyrelsen fick i uppdrag att 2023 fördela de prestationsbaserade statsbidrag som utgör den ekonomiska styrningen i satsningen fanns det statsbidrag för att öka antalet vårdplatser. Det rörde sig då om extra ekonomiska medel till regionerna 2022 för skapa fler vårdplatser. Statsbidraget beslutades av regeringen vid två tillfällen: i februari och juli 2022. I februari fick Socialstyrelsen i uppdrag att betala 423,2 miljoner kronor till regionerna för att öka antalet vårdplatser (Socialdepartementet 2022a). I juli kom ett nytt regeringsbeslut om ytterligare 500 miljoner kronor. I det uppdraget stod att medlen skulle användas för att ”öka kapaciteten i vården genom att bl.a. anställa fler sjuksköterskor, förbättra arbetsmiljön inom vården och utöka antalet vårdplatser inklusive intensivvårdsplatser” (Socialdepartementet 2022e). Sammanlagt var det alltså nästan en miljard kronor som regionerna kunde rekvirera för detta under 2022.

Användning av 2022 års statsbidrag för fler vårdplatser

Under 2022 använde regionerna 85 procent av medlen. Alla regioner rekvirerade medel och alla utom Västra Götalandsregionen använde hela beloppet som de rekvirerade (Socialstyrelsen 2023d).

Regionerna fick använda medlen till att öka antalet vårdplatser, finansiera personalkostnader för att anställa mer vårdpersonal och öka kapaciteten i vården genom att förbättra arbetsmiljön samt andra åtgärder för att öka kapaciteten i vården (Socialstyrelsen 2023d).

Totalt 17 regioner använde medel för att öka antalet vårdplatser, en del genom att hålla befintliga vårdplatser öppna eller öppna stängda vårdplatser. Fler regioner ökade antalet vårdplatser inom somatisk slutenvård än inom psykiatrisk slutenvård, 15 respektive 7 regioner (Socialstyrelsen 2023d).

Vidare använde 16 regioner medlen för att anställa personal. En del ökade dock inte bemanningen utan använde medlen för att hålla bemanningen på 2021 års nivå. De flesta regioner använde inhyrd personal för att öka bemanningen. Totalt 14 regioner satsade på att förbättra arbetsmiljön och 15 regioner använde medlen till andra åtgärder för att öka vårdens kapacitet, till exempel en översyn av arbetets organisering (Socialstyrelsen 2023d).

4.2 Mjuk styrning genom både ekonomisk styrning och kunskapsstyrning i satsningen

Vårdplatsatsningen består av mjuk styrning i form av ekonomisk styrning och kunskapsstyrning i form av de prestationsbaserade medlen och Socialstyrelsens rapporter. Det är upp till regionerna själva att besluta i vilken omfattning de vill ta till sig satsningens styrning.

Prestationsbaserad ersättning är ett mjukt styrmedel (Vård- och omsorgsanalys 2020), men riktade statsbidrag bedöms ändå en stark styreffekt trots att det är frivilligt för regionerna att ansöka om dem (Statskontoret 2024b). Men för att styrmedlen ska få effekt är det viktigt att regionerna är informerade om dem, eftersom aktörerna inte kan förväntas agera utan information (Vedung 2009). Regionerna behöver alltså känna till den nationella planen och de prestationsbaserade medlen för att styrningen ska kunna få effekt. Det är också viktigt att styrsignalerna är samstämmiga för att den statliga styrningen ska kunna bidra till politiska mål (Vård- och omsorgsanalys 2020).

4.3 Satsningen omfattade cirka 2 miljarder kronor per år

Kärnan i satsningen på vårdplatser omfattade omkring 2 miljarder kronor per år under 2023 och 2024. I det ingår det prestationsbaserade statsbidraget till regionerna och pengar till Socialstyrelsen för arbetet med att fördela, betala ut och följa upp statsbidraget samt arbetet med att ta fram den nationella planen.

Enligt Statskontoret betalade staten ut knappt 105 miljarder kronor till regionerna i statsbidrag under 2023. Omkring 21 miljarder var riktade statsbidrag medan runt 44 miljarder var generella statsbidrag och 40 miljarder var kostnadsersättningar. Detta innebär att medlen inom vårdplatsatsningen utgjorde nästan 2 procent av statsbidragen till regionerna och drygt 9 procent av de riktade statsbidragen till regionerna.

Det fanns 84 riktade statsbidrag som regionerna kunde ta del av under 2023, inklusive statsbidrag som berör hälso- och sjukvården och andra statsbidrag. Av de utbetalda riktade statsbidragen till regionerna gick den största delen till området hälso- och sjukvård och social omsorg, med 85 procent (Statskontoret 2024b).

Medlen inom vårdplatsatsningen är ett av de större riktade statsbidragen som betalades ut till regionerna på hälso- och sjukvårdsområdet under 2023. Bara två riktade statsbidrag hade större utbetalningar inom detta utgiftsområde: *God och nära vård 2023* och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023* (Statskontoret 2024b).

4.4 Regionerna har olika förutsättningar för att hantera styrsignalerna

Satsningens mjuka styrning i kombination med den stora mängd regeringsuppdrag och medel som direkt eller indirekt berör vårdplatser inom slutenvården ställer krav på Socialstyrelsen att ge en samstämmig bild av sitt arbete till regionerna. Det ställer också krav på regionernas förmåga att hantera styrsignalerna. I våra intervjuer med regionsrepresentanter lyfts detta som en utmaning.

Flera regionrepresentanter vi intervjuat tycker att det är svårt att hantera alla styrsignaler, och en intervjuperson vill se en övergripande strategi som visar hur olika delar av satsningen hänger ihop. Andra upplever att regionen har god kapacitet att hantera situationen. Samtidigt framkommer det att vårdplatssatsningen, den nationella planen eller de prestationsbaserade medlen upplevs ha bidragit med tyngd eller extra fokus till frågan.

Flera regioner tycker att det kan vara svårt med kortsiktiga riktade statsbidrag, bland annat för att statsbidragen innebär mer administration och regionen har kort tid på sig att använda medlen. Enligt några kan det ibland vara svårt att förena olika satsningar, och målkonflikter kan uppstå mellan till exempel satsningar på ökad tillgänglighet och satsningar på kvalitetsförbättringar.

Regionala beslut och förutsättningar påverkar också arbetet, enligt några intervjupersoner. Det kan till exempel handla om beslut om att minska inhyrning av personal, eller verksamhetsplaner och andra mer långsiktiga planer. Intervjuerna tyder på att regionerna arbetade med vårdplatsfrågan redan innan satsningen påbörjades, även om det inte nödvändigtvis ledde till fler vårdplatser. Till exempel beskriver en region att de i stället fick färre vårdplatser på grund av personalbrist och svårigheter med kompetensförsörjning. Socialstyrelsen skriver också (Socialstyrelsen 2023c) i sin redovisning av uppdraget att betala ut medel att flera regioners behov handlar mer om bredare frågor till exempel vårdkapacitet och kompetensförsörjning snarare än specifikt vårdplatser.

En annan utmaning för regionerna är omställningen till en god och nära vård, som har möjlighet att påverka vårdens kapacitet genom att minska behovet av slutenvård. Samtidigt kan det vara svårt för regionerna att både stärka primärvården och öka antalet vårdplatser, även om slutenvården på sikt kan gynnas av omställningen till en god och nära vård. I en del av våra intervjuer har vi frågat om omställningen till en god och nära vård och då framgår det att regionerna har olika syn på omställningens förutsättningar att minska behovet av slutenvård. Medan vissa intervjupersoner upplever att en stärkt primärvård och vårdplatssituationen i slutenvården hänger ihop upplever andra att vårdplatssatsningen är i konflikt med omställningen till god och nära vård eftersom att man i regionerna har begränsad kapacitet att genomföra båda. Ett tredje perspektiv från intervjuerna är att det finns annat, till exempel utfasning av hyrpersonal, som i nuläget påverkar antalet vårdplatser mer än omställningen till god och nära vård.

5 Socialstyrelsens arbete med nationella planen

I det här kapitlet fokuserar vi på Socialstyrelsens arbete med att ta fram den nationella planen och på regionernas synpunkter på planen. Planen publicerades sommaren 2024 så det är ännu för tidigt att bedöma vad den har fått för effekter och hur den kommer användas. Avslutningsvis går vi kort in på Socialstyrelsens arbete med att samordna sina uppdrag.

Detta är våra främsta resultat:

- Regionerna är generellt positivt inställda till den nationella plan som Socialstyrelsen har tagit fram.
- Socialstyrelsen ger mer verksamhetsnära stöd till regionerna inom ramen för vårdplatsstrategin, vilket ligger i linje med en större pågående trend.

5.1 Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till en nationell plan för att minska vårdplatsbristen

Den 3 juni 2024 slutredovisade Socialstyrelsen sitt regeringsuppdrag att ta fram ett förslag på en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser (Regeringskansliet 2024). I den (Socialstyrelsen 2024d) ingår fem olika fokusområden:

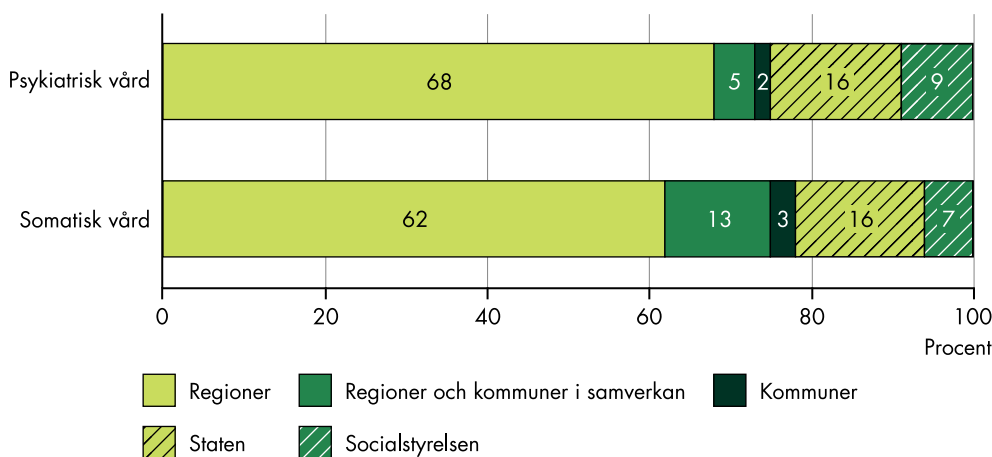
- **Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning** för en mer behovsbaserad planering av sjukhusens vårdplatser.
- **Säkerställ hållbar kompetensförsörjning** så att flera vårdplatser kan öppnas på sjukhusen.
- **Använd kompetensen ändamålsenligt** för att möjliggöra fler vårdplatser på sjukhus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

I den nationella planen skriver Socialstyrelsen (2024d) att fokusområdena ”utgår från de stora generella utvecklingslinjer” som finns i hälso- och sjukvården. Varje fokusområde innehåller målbild, mått och insatsförslag.

I slutrapporten föreslår Socialstyrelsen (2024d) 160 insatser som är riktade till regioner, kommuner, staten och Socialstyrelsen. Av dem gäller 104 insatser den somatiska vården, och resterande 56 gäller för psykiatri inklusive rättspsykiatri. Figur 23 visar att majoriteten av förslagen för både somatisk och psykiatrisk vård är riktade mot regionerna. Totalt 13 procent av insatserna inom den somatiska vården är riktade till kommunerna och

regionerna i samverkan, och 3 procent till enbart kommunerna. Motsvarande andelar för den psykiatriska vården är 5 procent respektive 2 procent. Totalt 16 procent av förslagen inom både somatisk och psykiatrisk slutenvård är riktade till staten. I rapporten framgår också vad Socialstyrelsen avser att göra, med 7–9 procent av insatsförslagen.

Figur 23. Andelen insatser i den nationella planen som är riktade till olika aktörer.



Källa: Egen bearbetning av information från Socialstyrelsen (2024d).

En företrädare för Socialstyrelsen berättar att man valde att dela upp planen i en del om somatisk vård och en annan om psykiatri, för att representanter för psykiatri skulle känna igen sig. Om planen inte hade varit uppdelad såg Socialstyrelsen en risk för att representanter för psykiatri inte skulle känna igen sig i den bild som förmedlades i planen eftersom vårdplatsituationen ser något annorlunda ut inom psykiatri jämfört med inom den somatiska vården, till exempel är det generellt inte samma beläggningsgrad inom psykiatri som inom den somatiska slutenvården. Enligt Socialstyrelsen (2024d) liknar en del av insatsförslagen för psykiatri insatser för den somatiska vården, och vice versa, medan andra är specifika. Insatserna för båda är inordnade under de fem fokusområdena, förutom för rättspsykiatri som är sitt eget fokusområde.

5.1.1 Insatsförslagen ligger i linje med pågående arbete

Insatsförslagen ligger i linje med pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården, vilket innebär att en del av insatserna redan har införts i vissa verksamheter (Socialstyrelsen 2024d). I en intervju beskriver Socialstyrelsen att den nationella planen innehåller många insatser eftersom det inte finns en universallösning och eftersom vissa regioner har gjort mer än andra. Enligt Socialstyrelsen (2024d) pågår det många utvecklingsinitiativ på området, men att lyckas skala upp, sprida och implementera utvecklingsprojekt i ordinarie arbete är utmanande.

5.2 Hittills är regionerna generellt positiva till planen och Socialstyrelsens arbetssätt

Regionerna tycker generellt att den nationella planen är bra, enligt intervjupersonerna. Flera uppskattar till exempel fokusområdena. Någon tar upp att kompetensförsörjning och att använda kompetensen ändamålsenligt hänger ihop och att de därför skulle kunna slås ihop. En annan åsikt är att det kunde vara tydligare hur områdena hänger ihop; till exempel behöver regionerna förhålla sig till hur de ska både öka antalet vårdplatser och genomföra omställningen till god och nära vård och stärka primärvården. En intervjuperson menar att vårdplatser är en liten del av allt regionen arbetar med, och skulle vilja ha en tydligare bild av vad som är den övergripande strategin från statens sida och hur olika nationella planer hänger ihop med den.

Flera regioner tar upp att den nationella planen för vårdplatser ligger i linje med pågående arbete i regionen, och att den kan användas som inspiration. Till exempel planerar en region att titta på planen för att se vad de kan ta med sig från den och vad de skulle kunna göra annorlunda. Eftersom den omfattar många insatser får regionerna välja vad de ska arbeta vidare med, och någon beskriver planen som ett förslag på en verktygslåda. Några kommer in på att det är positivt med ett underlag som kan användas vid interna diskussioner i regionen.

5.2.1 Vissa regioner känner igen sig i riktvärdena mer än andra

Socialstyrelsen har tagit fram riktvärden för antalet vårdplatser för varje region (Socialstyrelsen 2023e), som del av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser (Socialdepartementet 2022c).

Socialstyrelsens riktvärden för antal vårdplatser

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram riktvärden för antalet vårdplatser för varje region (Socialdepartementet 2022c): genomsnittlig beläggningsgrad under ett år och genomsnittligt antal disponibla vårdplatser under ett år, på kort och medellång (5 år) sikt. Riktvärden finns för somatisk vård exklusive intensivvård och för somatisk intensivvård. Socialstyrelsen tog däremot inte fram några riktvärden för psykiatrisk vård eftersom man bedömde att det inte gick utifrån tillgängliga data (Socialstyrelsen 2023e).

Socialstyrelsen publicerade riktvärdena 2023 och bedömde då att det på kort sikt behövdes 17 631 disponibla vårdplatser inom somatisk vård exklusive intensivvård, för hela landet, och 523,6 vårdplatser inom intensivvården. Detta innebar ett behov av 2 295 ytterligare vårdplatser inom somatisk vård exklusive intensivvård, och 58 fler inom intensivvården. På medellång sikt bedömdes det däremot vara möjligt att minska antalet disponibla vårdplatser inom somatisk vård exklusive intensivvård, eftersom Socialstyrelsen ser att vårdplatser på sjukhus kan användas mer effektivt för att möta patienternas behov (Socialstyrelsen 2023e). Den nationella planen 2024 omfattade uppdaterade riktvärden, och Socialstyrelsen såg då endast små förändringar (Socialstyrelsen 2024d).

Våra intervjuer visar att det finns olika syn på dessa riktvärden. I vissa regioner anser man att riktvärdena är rimliga och ligger i linje med de behov som de själva ser. Till exempel beskriver någon att riktvärdet troligtvis är detsamma som regionen själv skulle ha kommit fram till, men att det ändå är positivt med ett kunskapsbaserat riktvärde som kan fungera som utgångspunkt för interna diskussioner.

Andra känner till exempel igen sig i riktvärdet för somatisk vård, men är mer tveksamma till värdet för regionens intensivvård. En region beskriver att de tidigare har ökat antalet vårdplatser eftersom det behövdes, men att de inte upplever något behov av ännu fler vårdplatser för att uppnå riktvärdet.

Några nämner att de ligger långt från riktvärdet eller att det kan bli svårt att nå riktvärdet. Vissa nämner stöd för att bättre förstå riktvärdet, till exempel tar en region upp att Socialstyrelsen haft en dragning om detta som ledde till ökad förståelse.

5.2.2 Positiv inställning till Socialstyrelsens samverkansarbete

Socialstyrelsen hade en samverkansprocess med bland annat flera referensgrupper när de arbetade med den nationella planen (Socialstyrelsen 2024d). Våra intervjuer tyder på att regionerna är positivt inställda till detta förankringsarbete. Till exempel nämns det som positivt att de fick möjlighet att påverka resultatet och skapa värdefulla kontakter med representanter för andra regioner. Men vissa nämner också utmaningar med arbetssättet, till exempel distansmöten med många deltagare. Någon tar upp att det kan vara utmanande att bemanna referensgrupper även om regionen gärna vill delta, och någon annan att det inte alltid är tydligt hur olika grupper hänger ihop och varför vissa personer ingår i gruppen medan andra inte gör det.

Socialstyrelsens ambition verkar vara att fortsätta dialogerna med regionerna inom ramen för det nya uppdraget, det vill säga *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*. I planen skriver Socialstyrelsen att man har organiserat arbetet med uppdraget i fyra delområden, varav *dialoger med huvudmännen* är ett (Socialstyrelsen 2024f).

5.3 Socialstyrelsens stödjande roll i vårdplatssatsningen tycks ingå i en större trend

Socialstyrelsen ser positivt på *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*, och nämner i intervjun att det innebär att de ska ha en stödjande roll för verksamheterna. Att Socialstyrelsen ska ha en stödjande roll är inte unikt för detta uppdrag utan det tycks ingå i en pågående trend. Statskontoret (2024a) skriver att Socialstyrelsens stödjande roll har utvecklats och att Socialstyrelsen fått flera uppdrag som omfattar att ge ett verksamhetsnära stöd för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå.

Socialstyrelsen erbjuder sig också att även i fortsättningen stödja regionerna, i samband med att de presenterade förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Vid tidpunkten för intervjun hade drygt hälften av regionerna bokat in besök från Socialstyrelsen, antingen en heldag på plats eller kortare eller längre digitala möten.

Socialstyrelsen beskriver att man erbjuder dialog och anpassar upplägget efter vad regionen behöver och har tid med. Till exempel vill vissa regioner diskutera produktions- och kapacitetsstyrning och vårdplatser samtidigt. Även några regioner nämner dialoginbjudan i intervjuerna och ser det som något nytt och positivt.

Vidare har Socialstyrelsen tagit fram stödmaterial till regionerna, till exempel en Excelfil med en scenariosnurra som visar hur många vårdplatser regionen kan få om den sänker olika målsatta mått i den nationella planen, till exempel hur många vårdplatser regionen kan få om den lyckas minska antalet sjukskrivningar med en viss procent. I en annan Excelfil går det att bryta ner riktvärdet till sjukhus- och avdelningsnivå. I slutredovisningen går vi närmare in på Socialstyrelsens stöd till regionerna eftersom det då har gått längre tid sedan den nationella planen publicerades.

I *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå* nämns arbetet med de nationella planerna för minskad brist på disponibla vårdplatser och för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som viktiga delar i arbetet med att öka det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 2024a). I vårdplatssatsningen syns alltså spår av större trender, både en utveckling mot att Socialstyrelsen ger mer verksamhetsnära stöd och en utveckling för att öka statens ansvar för hälso- och sjukvården.

5.4 Socialstyrelsen samordnar arbetet med sina olika uppdrag

De grupper som arbetar med Socialstyrelsens uppdrag samverkar med varandra, enligt våra intervjuer, och i själva uppdragen står också att de behöver ta hänsyn till varandra (Socialdepartementet 2023b, 2023e). Socialstyrelsen beskriver att intern samverkan och regelbunden avstämning är nödvändigt för att man ska kunna ge regionerna tydlig och samstämmig information. Därför sker det avstämningar varje vecka mellan olika uppdrag som arbetar med vårdplatser på Socialstyrelsen. När arbetsgrupperna har kontakt med regionerna informerar de även om andra uppdrag på Socialstyrelsen, och en del dialogmöten handlar om både produktions- och kapacitetsstyrning och vårdplatser eftersom regionerna har önskat det.

6 Utformningen av de prestationsbaserade medlen

I det här kapitlet beskriver vi de krav som regionerna behöver uppfylla för att få ta del av de prestationsbaserade medlen, och regionernas synpunkter på kravens utformning.

Detta är våra främsta resultat:

- Regionerna vill ha tidigare besked om medlen eftersom det är svårt att planera när de inte vet hur mycket medel de kommer att få. Kortsiktigheten får också konsekvenser för vad regionerna använder medlen till.
- Måtten som rör överbeläggningar och utlokaliseringar är svåra att jämföra mellan regioner. Men det är också svårt att hitta bättre alternativ om medlen ska vara prestationsbaserade.
- Regionernas insatser på området har inte det specifika syftet att uppnå de prestationsbaserade kraven, utan de verkar snarare handla om att regionerna ser behov av åtgärder. Dock beskriver vissa att vårdplatssatsningen, inklusive de prestationsbaserade medlen, har bidragit till en del aktiviteter.

6.1 Inrapportering av data och prestationer för överbeläggningar och utlokaliseringar påverkar fördelningen

De prestationsbaserade medel som utgör vårdplatssatsningen består av två delar:

- Pengar för inrapportering av vårdplatsdata till Socialstyrelsen.
- Pengar för uppnådda prestationer genom att minska överbeläggningar och utlokaliseringar.

Under 2023 och 2024 betalade Socialstyrelsen ut 1,99 miljarder kronor per år till regionerna. Av dessa fördelades 750 miljoner kronor till de regioner som rapporterade in vårdplatsdata till Socialstyrelsen. Av resterande 1,24 miljarder kronor fördelades hälften baserat på regionernas prestationer när det gäller överbeläggningar, och den andra hälften baserat på prestationer när det gäller utlokaliseringar (Socialdepartementet 2023b, 2024c).

6.1.1 Inrapportering av vårdplatsdata

För att få ta del av de 750 miljoner kronor som delas ut för datarapportering ska regionerna rapportera månadsvis till Socialstyrelsen eller SKR för februari till oktober 2022–2024:

- antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser
- antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser
- antal disponibla vårdplatser, samt antal planerade disponibla vårdplatser för nästa år
- regionens genomsnittliga beläggningsgrad, och ett målvärde för genomsnittlig beläggningsgrad.

Den del av statsbidraget som betalas ut för inrapportering av data fördelas till regionerna utifrån en fördelningsnyckel baserad på regionernas befolkningsstorlek (Socialdepartementet 2023b, 2024c). Eftersom samtliga regioner har inrapporterat data har det inte skett någon avvikelse från fördelningsnyckeln.

Socialstyrelsen har gjort en översiktlig kvalitetssäkring av de data som man fick in under 2023 genom att jämföra inrapporterade data med data från SKR, enligt en intervjuperson.

Inrapporteringen skedde 2023 till Socialstyrelsen och 2024 till SKR

Kraven på vilken data som skulle inrapporteras var desamma 2023 och 2024, men tillvägagångssättet ändrades delvis. För att regionerna skulle få prestationsbaserade medel för 2023 behövde de rapportera in alla data till Socialstyrelsen (Socialdepartementet 2023b). Det innebar dock en del dubbelrapportering eftersom regionerna sedan tidigare rapporterade in en del data till SKR:s väntetidsdatabas. Sedan 2024 har data rapporterats genom SKR (Socialdepartementet 2024c). Detta kan minska regionernas administrativa arbetsbörda. Tabell 2 beskriver från vilken aktör data hämtades för att regionerna skulle få medel för 2023 respektive 2024.

Tabell 2. Mått och dataansvarig aktör 2023 och 2024.

Mått	2023	2024
Antal överbeläggningar nuvarande och föregående år.	Socialstyrelsen.	SKR.
Antal utlokaliseringar nuvarande och föregående år.	Socialstyrelsen.	SKR.
Antal disponibla vårdplatser nuvarande och föregående år.	Socialstyrelsen.	SKR.
Antal planerade disponibla vårdplatser nästa år.	Socialstyrelsen.	Socialstyrelsen.
Regionernas genomsnittliga beläggningsgrad nuvarande och föregående år, samt målvärde för genomsnittlig beläggningsgrad för nästa år.	Socialstyrelsen.	Socialstyrelsen.

Källa: Socialstyrelsen (2023a, 2024a).

Not. Regionerna rapporterade in data över överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKR även under 2023, men detta skedde utanför uppdraget och påverkade inte utbetalningar av medel till regionerna.

Sedan 2024 hämtar Socialstyrelsen alltså data om antal överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser från SKR medan regionerna fortfarande behöver rapportera in planerade disponibla vårdplatser, genomsnittlig beläggingsgrad och målvärde för genomsnittlig beläggingsgrad till Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2024a). Målvärde för genomsnittlig beläggingsgrad och antal planerade disponibla vårdplatser bygger på att regionen gör en uppskattning (Socialstyrelsen 2023a, 2024a). Socialstyrelsen har föreslagit att dessa uppgifter ska tas bort från kravet eftersom de inte påverkar fördelningen av statsbidraget (Socialstyrelsen 2023c). Men enligt uppdraget för 2024 (Socialdepartementet 2024c) skulle dessa uppgifter även fortsättningsvis rapporteras in.

I Socialstyrelsens anvisningar för medlen för 2023 (Socialstyrelsen 2023a) finns det beskrivet hur regionerna ska räkna ut antal överbeläggningar, utlokaliseringar, disponibla vårdplatser och beläggingsgrad. I anvisningarna för 2024 (Socialstyrelsen 2024a) finns däremot ingen beskrivning av hur regionerna ska räkna ut antalet överbeläggningar och utlokaliseringar, troligen för att Socialstyrelsen hämtade dessa data från SKR.

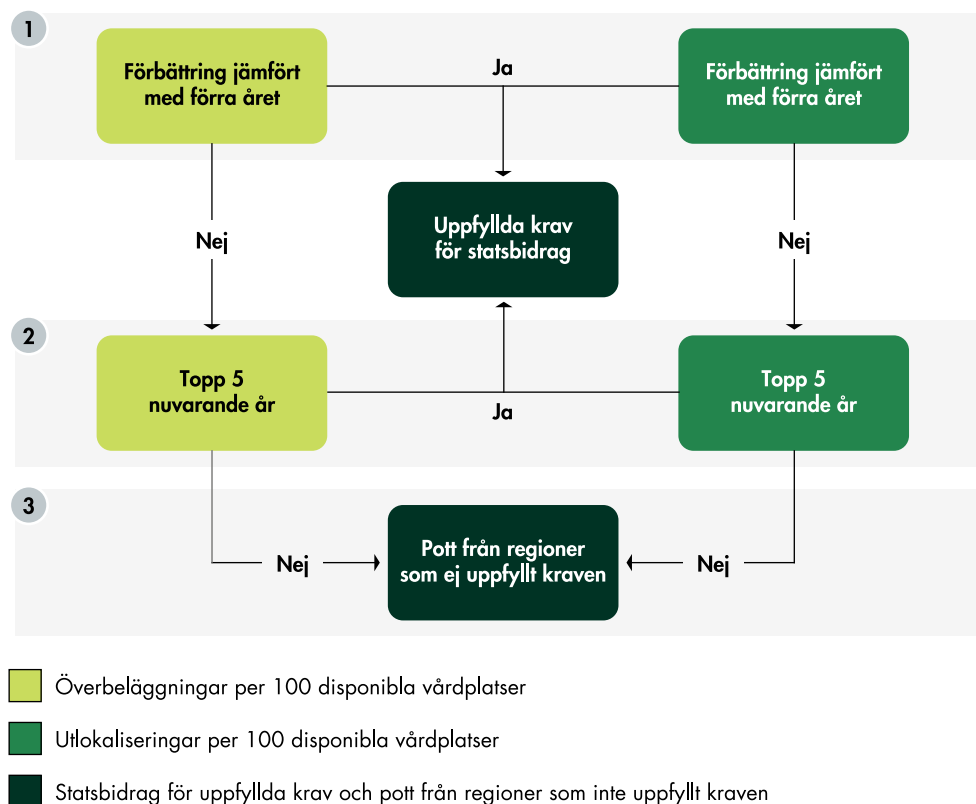
Data till Socialstyrelsen redovisades samlat för somatisk och psykiatrisk vård i regionen medan SKR-data är uppdelade på somatisk vård och psykiatrisk vård. I en intervju berättar Socialstyrelsen att regionerna fyller i data till Socialstyrelsen för alla månader vid ett och samma tillfälle, medan data till SKR rapporteras in månadsvis. Socialstyrelsen får också data från SKR varje månad.

6.1.2 Uppfyllnad av prestationskrav

Samtliga regioner har inrapporterat den data som ligger till grund för att avgöra om de uppnått satsningens prestationskrav eller inte. För att få ta del av de 1,24 miljarder kronor som betalas ut för uppnådda prestationskrav måste regionerna minska antalet överbeläggningar och utlokaliseringar under en månad jämfört med samma månad föregående år, eller tillhöra de fem bästa regionerna bland de som inte minskat antalet överbeläggningar och utlokaliseringar.

Figur 24 illustrerar hur regionerna kan kvalificera sig för prestationskraven.

Figur 24. Sätt att få ta del av de prestationsbaserade medlen.



För varje månad under mätperioden reserverade Socialstyrelsen en del av statsbidragets totala summa till varje region. Hur stor summa som reserverades bestämdes av regionernas befolkningsstorlek, och betalades ut i slutet av året efter regionernas prestation (Socialdepartementet 2023b, 2024c).

Figur 24 visar att det första kravet för att regionerna ska få ta del av statsbidraget är att regionen antingen ska ha minskat antalet överbeläggningar eller utlokaliseringar med minst 0,5 procent jämfört med samma månad föregående år. Om en sådan förbättring har skett får regionen de pengar som reserverades för regionen för den månaden (Socialdepartementet 2023b, 2024c). Om regionen minskat både antalet överbeläggningar och utlokaliseringar får de hela den reserverade summan, men om minskningen bara skett för antingen överbeläggningar eller utlokaliseringar får regionen halva summan.

Om regionen vid en eller flera månader inte minskat antalet överbeläggningar eller utlokaliseringar, eller både och, kan den ändå få ta del av sin reserverade del av statsbidraget. Detta sker genom att vara en av de fem regioner som har lägst antal överbeläggningar respektive utlokaliseringar (Socialdepartementet 2023b, 2024c) bland de regioner som inte har förbättrat sitt resultat med 0,5 procent (Socialstyrelsen 2023a, 2024a). En region som har förbättrat sitt resultat med 0,5 procent kan alltså inte få medel för att den hör till topp 5.

Om regionen varken har förbättrat sig med 0,5 procent eller hör till topp 5 av de som inte har förbättrat sig hamnar den reserverade summan för den månaden i en bonuspott.

Bonuspotten fördelas efter hur medlen för uppfyllda prestationskrav delats ut, det vill säga om en region fått ta del av totalt 5 procent av prestationsmedlen under året får de även 5 procent av bonuspotten (Socialdepartementet 2023b, 2024c).

6.2 Regionerna ser utmaningar med utformningen

Statsbidragens konstruktion innebär vissa utmaningar för regionerna, både när det gäller tidsramar och förutsättningar att agera utifrån de krav som ställs.

6.2.1 Kort framförhållning försvårar planeringen

I intervjuerna nämner flera regioner att de skulle vilja ha tidigare information om de prestationsbaserade medlens storlek, konstruktion och tidsramar. Till exempel är det svårt för regionerna att planera vad de ska göra med medlen när de i förväg inte vet hur mycket pengar de kommer att få. Den korta framförhållningen är inte unikt för den här satsningen utan något som vi också har sett i flera andra satsningar (Vård- och omsorgsanalys 2023).

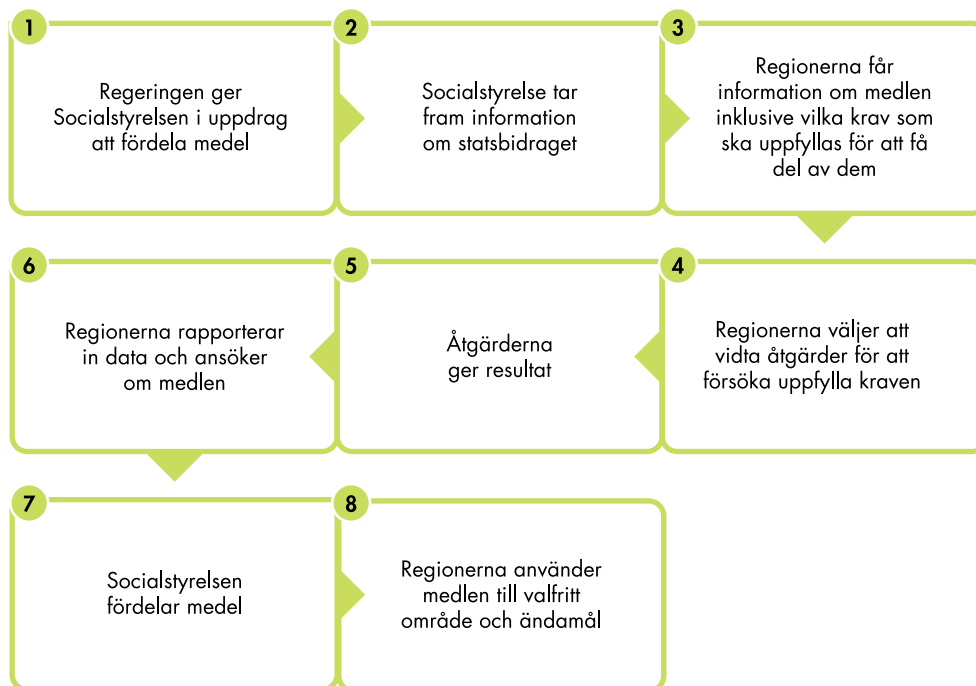
Det varierar vad regionerna har använt de utbetalade prestationsbaserade medlen till. En del regioner har använt medlen för att täcka underskott eller anger att pengarna har gått in i regionens allmänna ekonomi. Andra har använt medlen till annat, till exempel projektinsatser eller områden som behövde stärkas. En region har finansierat vårdplatser genom att anställa personal, medan andra regioner nämner att de inte använder kortvariga statsbidrag för att anställa personal. På så sätt kan kortsiktigheten få konsekvenser för vad regionerna väljer att använda medlen till.

Regionerna tycker över lag att informationen från Socialstyrelsen har varit bra, men otydligheter verkar ha funnits eftersom några regioner 2023 rapporterade in summan av antalet vårdplatser för månaden i stället för medelvärdet. Socialstyrelsen framför i en intervju att kommunikationen med regionerna har fungerat bra. Man valde att ha lite färre informationstillfällen 2024 än 2023 eftersom regionerna inför det andra året hade bättre förståelse för upplägget eftersom de kände till det sedan tidigare. Enligt Socialstyrelsen (2024e) behövs det generellt större kommunikationsinsatser när nya statsbidrag lanseras.

6.2.2 Tidig kännedom är viktig för regionernas förutsättningar att uppnå kraven

Figur 25 visar hur vi tolkar hur satsningens prestationsbaserade medel ska leda till förändring i antalet vårdplatser i regionerna. Observera att figuren är en förenkling.

Figur 25. Vår tolkning av hur prestationsbaserade medel är tänkta att påverka regionernas arbete med att öka antalet vårdplatser.



De tre första stegen i figuren illustrerar att information från Socialstyrelsen till regionerna är grundläggande förutsättningar för att regionerna ska kunna vidta åtgärder. Att regeringen väljer att göra en satsning på området har ett signalvärde som i sig kan påverka regionernas agerande, men det är vetskapen om att det finns prestationsbaserade medel som ska göra att regionerna vidtar åtgärder för att uppfylla kraven.

Steg fyra illustrerar att utifrån informationen som har getts om statsbidraget från Socialstyrelsen ska regionerna planera om och vilka åtgärder de ska vidta för att uppfylla de prestationsbaserade kraven. Till skillnad från statsbidrag där regionerna får rekquirera medel till specifika ändamål, och därmed får pengarna på förhand, ska regionerna i det här fallet utföra åtgärder utifrån befintlig budget. Regionerna får sedan statsbidrag utifrån uppnådd prestation, som betalas ut i slutet av året.

Några intervjupersoner såg det som ologiskt att regionerna förväntades vidta åtgärder först och få medel i efterhand, och ansåg att motsatsen vore bättre. Som vi beskrev i 6.2.1 upplevdes den korta framförhållningen som ett hinder för att hinna planera och genomföra åtgärder. För att regionerna ska ha möjlighet att uppnå prestationskrav är det viktigt att de hinner vidta åtgärder som ger effekt innan det är dags för uppföljning. Därför kan den korta framförhållningen bli ett hinder om regionerna inte hinner vidta åtgärder innan prestationen börjar mätas. En del av den korta framförhållningen för regionerna var att mätperioden redan hade börjat när regeringen beslutade uppdraget. Beslutet fattades 16 februari 2023, och mätperioden sträckte sig över februari-oktober (Socialdepartementet 2023b). 2024 fattade regeringen beslut om nya medel 29 februari (Socialdepartementet 2024c), men hade i förväg signalerat att prestationsbaserade medel

skulle betalas ut för 2024. Men det var först när regeringen beslutade om medlen som det stod klart hur de prestationsbaserade kraven skulle se ut och vilka summor pengar som ingick i statsbidraget.

Dessa svårigheter kan vara en bidragande faktor till att vi utifrån våra intervjuer konstaterar att regionerna inte aktivt har försökt uppnå prestationskraven för att få ta del av statsbidraget. Detta tyder på att den tänkta mekanismen inte har fungerat i praktiken. Regionernas insatser på området verkar istället främst handla om observerade behov och tidigare beslut. En region anger dock att satsningen har varit en draghjälp för förändringarna, och en annan att vårdplatssatsningen bidrog till att man satt in åtgärder.

6.2.3 Det finns nackdelar med måtten men det är svårt att hitta bättre alternativ

Regionerna ser utmaningar med måtten överbeläggningar och utlokaliseringar, bland annat när det gäller jämförbarheten mellan regioner. Flera nämner att särskilt utlokaliseringar kan vara problematiskt att jämföra eftersom regionens organisering påverkar antalet utlokaliseringar, och att överbeläggningar därför är bättre lämpat för jämförelser. Samtidigt lyfter någon att det är mer problematiskt för patienterna när de är utlokaliserade än när de utgör en överbeläggning. I kapitel 2 skriver vi mer om problemen med datakvalitet.

Utmaningarna med dessa mått diskuterades även i fokusgrupper som Socialstyrelsen ordnade för att fördjupa kunskaperna om regionernas vårdplatsdata. Då framkom att begreppen överbeläggningar och utlokaliseringar används på olika sätt, både mellan och inom regioner (Socialstyrelsen 2024b). Enligt några regionföreträdare tog det också tid att anpassa dataregistreringen till det som Socialstyrelsen efterfrågade.

Vi har frågat regionerna om alternativa mått i stället för överbeläggningar och utlokaliseringar men fått få förslag. Dessutom använder regionerna redan dessa mått, även internt. Trots nackdelarna ser vi därmed få alternativ. Om måtten inte behöver vara prestationsbaserade finns dock förslag från en region om att i stället rapportera in hur de hanterar eventuella belastningstoppar såsom sommar eller jul.

7 Måluppfyllelse för perioden 2023–2024

I det här kapitlet beskriver vi utvecklingen för disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar under satsningen hittills. Därefter följer vi upp måluppfyllelsen och dess påverkan på fördelningen av de prestationsbaserade medlen.

Uppgifterna i detta kapitel gäller både somatisk och psykiatrisk slutenvård exklusive rättspsykiatri, och de är hämtade från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas.

Detta är våra främsta resultat:

- På riksnivå har antalet vårdplatser minskat sedan 2022, vilket inte är i linje med satsningens intention.
- Antalet utlokaliseringar i riket har minskat sedan 2022, och antalet överbeläggningar sedan 2023. Utvecklingen verkar alltså gå i tänkt riktning för dessa mått.
- Det är svårt att följa den faktiska utvecklingen eftersom det finns vissa skillnader i de data som regionerna rapporterar till Socialstyrelsen respektive SKR.
- Alla regioner rapporterar in data, men det varierar i vilken utsträckning de uppfyller prestationskraven. Det är vanligare att regionerna uppfyllt kraven för utlokaliseringar än överbeläggningar. Måluppfyllelsen är generellt högre 2024 jämfört med 2023.
- Regioner med färre utlokaliseringar och överbeläggningar före satsningen har i högre grad uppfyllt prestationskraven och därmed fått mer medel.

7.1 Färre disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar

De disponibla vårdplatserna i riket har minskat över tid, vilket inte överensstämmer med satsningens intention. Däremot visar statistiken färre överbeläggningar och utlokaliseringar, i enlighet med intentionen.

7.1.1 De disponibla vårdplatserna har minskat något sedan 2022

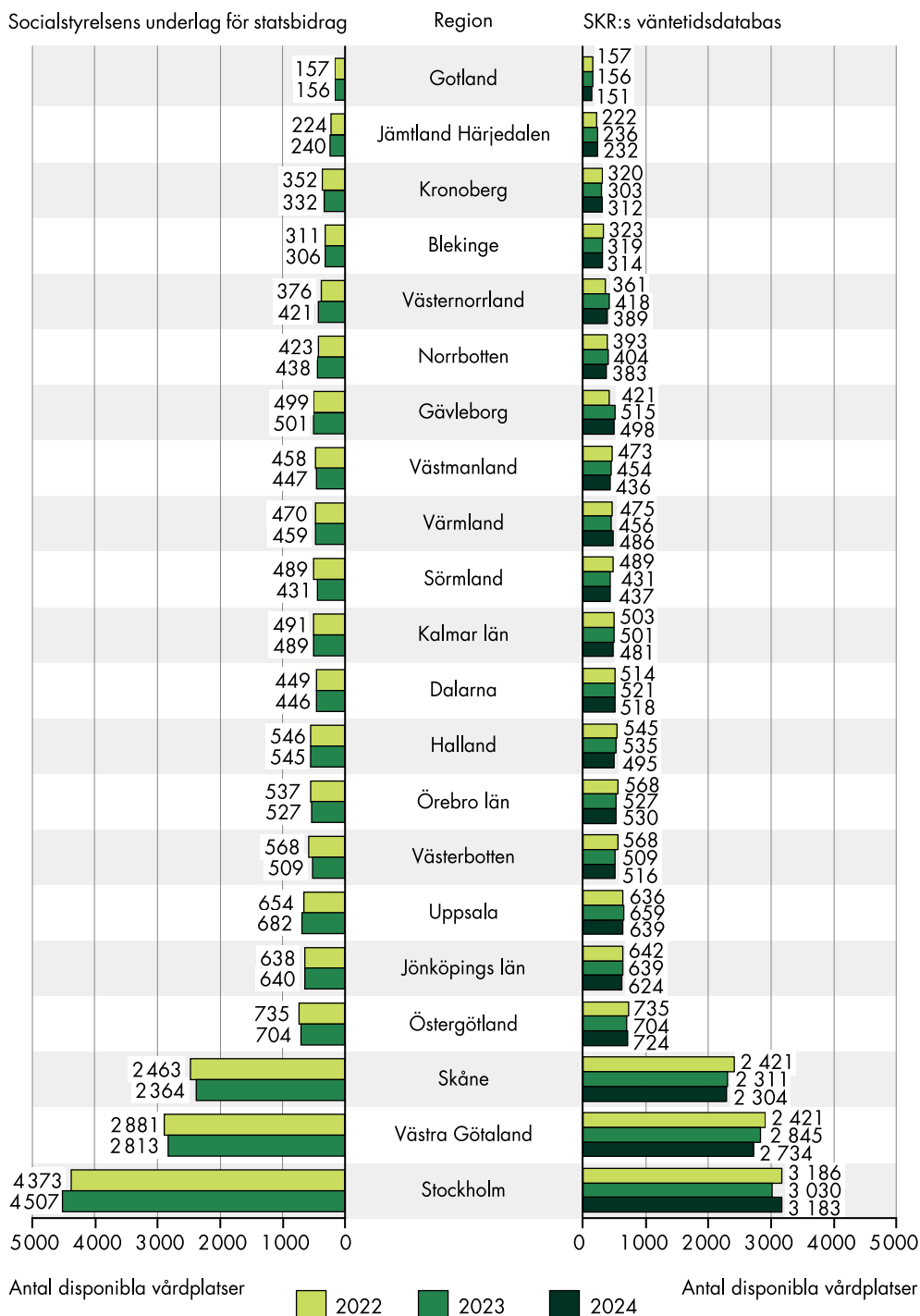
Regionerna hade sammanlagt nästan 18 000 vårdplatser 2023, enligt Socialstyrelsens underlag för statsbidrag. Det var ungefär 0,8 procent färre än 2022. SKR:s väntetidsdatabas omfattar nästan 16 500 vårdplatser för 2023, ungefär 2,3 procent färre än året före. Skillnaden mellan rapporteringen till Socialstyrelsen och SKR var ungefär 1 200–1 400 vårdplatser för 2022 och 2023. För 2024 finns endast uppgifter från SKR:s väntetidsdatabas, och då rapporterades ungefär 100 färre vårdplatser än året före.

Figur 26 redovisar regionernas disponibla vårdplatser 2022–2024 enligt uppgifter från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas. Den största ökningen mellan 2023 och 2024 hade Region Värmland som ökade antalet vårdplatser med 6,4 procent, vilket motsvarade 29 vårdplatser. Den största minskningen hade Region Halland med 7,3 procent, vilket motsvarade 39 vårdplatser.

Antalet vårdplatser har minskat i 14 regioner i Socialstyrelsens underlag 2023, jämfört med 15 i SKR:s väntetidsdatabas. Antalet vårdplatser har i stället ökat i 7 respektive 6 regioner. För 3 regioner varierar utvecklingen beroende på vilket dataunderlag vi använder. 2024 minskade antalet vårdplatser i 14 regioner.

Generellt är vårdplatserna fler i den rapportering som Socialstyrelsen har för underlag till statsbidrag. År 2022 och 2023 finns vissa skillnader i rapporteringen till Socialstyrelsen och rapporteringen till SKR. För fyra av regionerna stämde källorna överens till 100 procent båda åren, medan avvikelsen för sex av regionerna var större än fem procentenheter. För övriga regioner var avvikelsen mindre än fem procentenheter. Anmärkningsvärt är dock att Region Gävleborg rapporterade en ökning av vårdplatser med 0,5 procent mellan 2022 och 2023 till Socialstyrelsen, medan rapporteringen till SKR visade på en ökning med 22,3 procent. Även för Region Stockholm ser vi stor skillnad: till Socialstyrelsen rapporterade man en ökning av antalet vårdplatser med 3,1 procent, men en minskning med 4,9 procent till SKR.

Figur 26. Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser i regionerna 2022–2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas.
 Not. Uppgifterna avser genomsnittligt antal disponibla vårdplatser inom somatisk och psykiatrisk slutenvård för perioden februari–oktober.

7.1.2 Överbeläggningarna i riket ökade 2023 men minskade 2024

Antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser ökade från 5,6 till 6 mellan 2022 och 2023, enligt Socialstyrelsens underlag till statsbidrag. Även SKR:s väntetidsdatabas visar en ökning, från 5,2 per 100 disponibla vårdplatser 2022 till 5,7 stycken 2023, följt av en minskning till 5 stycken 2024. På samma sätt som för disponibla vårdplatser finns en stor variation mellan regioner och datakällor.

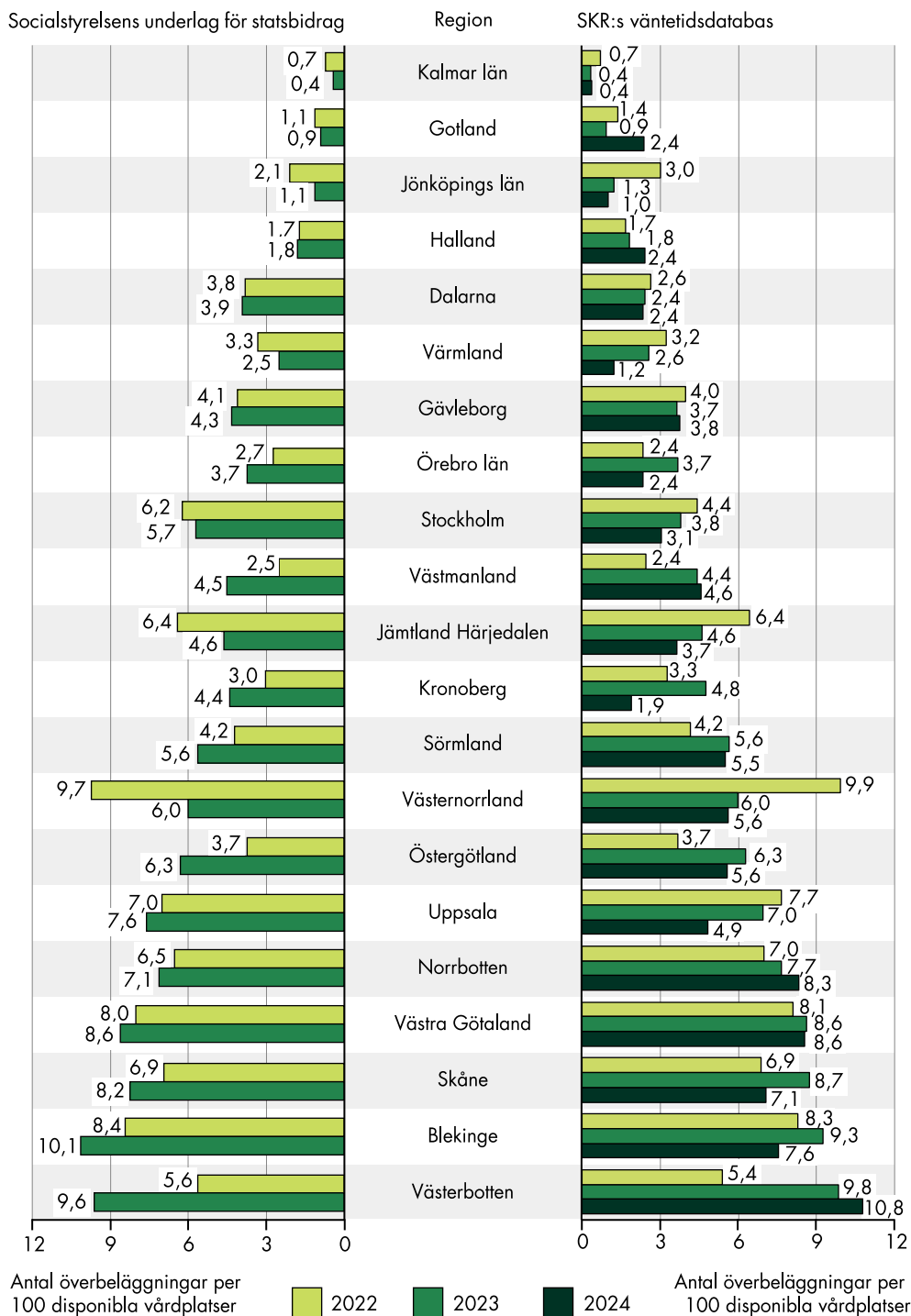
Figur 27 visar regionernas överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser 2022–2024 enligt Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas. För 2024 finns endast uppgifter från SKR:s väntetidsdatabas efter en ändring i Socialstyrelsens uppdrag att fördela prestationsbaserade medel till regionerna.

2024 minskade antalet överbeläggningar i 14 regioner. Samtidigt ökade överbeläggningarna i sex regioner. Den största minskningen mellan 2023 och 2024 hade Region Kronoberg som minskade antalet med 60 procent, vilket motsvarade 2,9 överbeläggningar. Region Gotland hade den största ökningen med 153 procent, vilket motsvarade 1,4 överbeläggningar.

Enligt Socialstyrelsens underlag var det 7 regioner som minskade antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser 2022–2023. Den största minskningen hade Region Jönköpings län med nästan 48 procent, vilket motsvarade ungefär 1 överbeläggning. I 14 regioner ökade överbeläggningarna, och den största ökningen fanns i Region Västmanland med 80 procent, eller cirka 2 överbeläggningar. Rapporteringen till SKR:s väntetidsdatabas visar att 10 regioner minskade antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Den största minskningen hade Region Jönköpings län med nästan 59 procent, vilket motsvarade 1,7 överbeläggningar. Region Västmanland hade största ökningen med 81 procent, motsvarande 2 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser.

För 5 av regionerna har Socialstyrelsen och SKR:s väntetidsdatabas överensstämmande uppgifter om överbeläggningar för båda åren. Övriga regioner hade avvikelser för båda eller något av åren. För Region Dalarna, Region Gävleborg och Region Uppsala går förändringen 2022–2023 åt olika håll beroende på vilken datakälla vi studerar. Uppgifterna från Region Dalarna visar en ökning med 2,6 procent eller en minskning med 7,9 procent, och för Region Gävleborg och Region Uppsala ser vi antingen 4,9 respektive 8,6 procents ökning eller 8,6 respektive 8,9 procents minskning.

Figur 27. Genomsnittligt antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser 2022–2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas.

Not. Uppgifterna avser genomsnittligt antal överbeläggningar per 100 vårdplatser inom somatisk och psykiatrisk slutenvård för perioden februari–oktober.

7.1.3 Utlokaliseringarna i riket har minskat över tid

Antalet utlokaliseringar minskade från 2 till 1,8 per 100 disponibla vårdplatser mellan 2022 och 2023, enligt Socialstyrelsens underlag till statsbidrag. SKR:s väntetidsdatabas visar också en minskning, från 2,2 till 1,8 per 100 disponibla vårdplatser. År 2024 hade utlokaliseringarna minskat ytterligare till 1,3. På samma sätt som för disponibla vårdplatser och överbeläggningar finns en stor variation mellan regioner och datakällor.

Figur 28 visar regionernas utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser 2022–2024 både utifrån Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas. För 2024 finns endast uppgifter från SKR:s väntetidsdatabas.

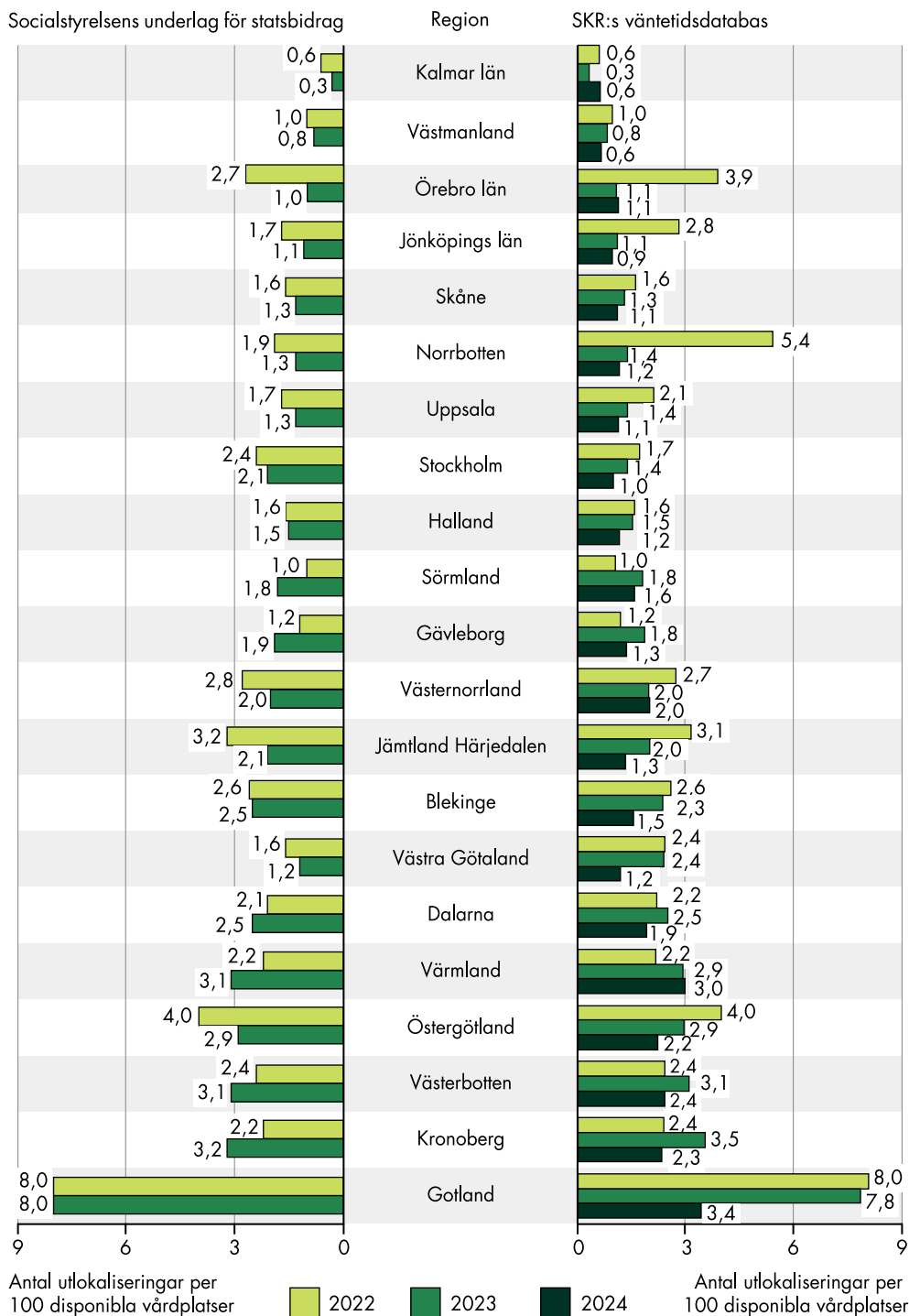
2024 minskade antalet utlokaliseringar i 17 regioner, och ökade i två regioner. Största minskningen mellan 2023 och 2024 hade Region Gotland med 4 utlokaliseringar, eller 56 procent. Störst ökning hade Region Kalmar län med 0,3 stycken, eller 93 procent.

Enligt Socialstyrelsens underlag var det 14 regioner som minskade antalet utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser 2022–2023. Av dem hade Region Örebro län största minskningen med 63 procent, eller 1,7 per 100 disponibla vårdplatser. I 5 regioner ökade utlokaliseringarna, och störst ökning hade Region Sörmland med 80 procent, eller 0,8 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser.

SKR:s väntetidsdata visar att 15 regioner minskade antalet utlokaliseringar. Störst minskning hade Region Norrbotten med runt 74 procent, eller 4 utlokaliseringar per 100 vårdplatser. Störst ökning hade Region Gävleborg med nästan 56 procent, eller 0,6 utlokaliseringar.

För 6 av regionerna överensstämmer rapporteringen till Socialstyrelsen och SKR:s väntetidsdatabas båda åren, medan övriga regioner hade avvikelser. När det gäller utlokaliseringar är det ingen region vars rapporteringar går åt olika håll. Västra Götalandsregionens rapportering till Socialstyrelsen visar dock en minskning med 25 procent, jämfört med bara 0,9 procent i rapporteringen till SKR.

Figur 28. Genomsnittligt antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser 2022–2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas.

Not. Uppgifterna avser genomsnittligt antal utlokaliseringar per 100 vårdplatser inom somatisk och psykiatrisk slutenvård för perioden februari–oktober.

7.2 Små förändringar på nationell nivå när det gäller avståndet till riktvärdet

Regionerna når sammantaget inte upp till Socialstyrelsens riktvärde för antalet disponibla vårdplatser inom somatisk vård, exklusive intensivvård. Socialstyrelsens beräkningar i den nationella planen (Socialstyrelsen 2024d) visar att det saknades 2 228 vårdplatser, och enligt riktvärdesrapporten (Socialstyrelsen 2023e) saknades 2 295 vårdplatser. Avståndet till riktvärdet har alltså bara minskat med 67 vårdplatser, vilket är en så pass liten minskning att Socialstyrelsen båda gångerna bedömde att antalet vårdplatser behövde öka med 15 procent.

Både antalet vårdplatser och det skattade behovet av vårdplatser bedöms ha minskat något. Att avståndet till riktvärdet har minskat något beror alltså inte på fler vårdplatser utan på ett minskat behov. Regionerna rapporterade in 78 färre vårdplatser för 2023 jämfört med 2022. En del av minskningen beror dock på att Region Stockholms värde för 2022 var osäkert. Totalt 12 regioner uppger att antalet vårdplatser minskade 2022–2023 medan 7 uppger en ökning och 2 regioner ett oförändrat antal vårdplatser. Den största ökningen för en region var 17 procent och den största minskningen var 9 procent. När det gäller skattat behov av vårdplatser var den största ökningen i en region 9 procent, liksom den största minskningen. Behovet av vårdplatser uppskattas ha minskat i 14 regioner, enligt Socialstyrelsen (2024d).

Minskningarna i vårdplatsbehovet kan vara en förklaring till att antalet överbeläggningar och utlokaliseringar verkar minska samtidigt som vårdplatserna blir färre.

7.3 Regionerna uppfyller prestationskraven i olika grad

Både 2023 och 2024 uppfyllde alla regioner kravet att rapportera in data och fick därmed ta del av de medel som avsatts för inrapportering av data. Men för utlokaliseringar och överbeläggningar varierade det i vilken utsträckning regionerna uppfyllde kraven. Se kapitel 6 för mer information om kriterierna som ligger till grund för utbetalningarna.

7.3.1 Sex regioner uppfyllde alla krav för både överbeläggningar och utlokaliseringar för 2024

För 2024 uppfyllde sex regioner kraven för de prestationsbaserade medlen för alla nio månader både för överbeläggningar och utlokaliseringar. Vilket kan jämföras med att endast två regioner uppfyllde alla kraven för nio månader 2023. Figur 29 redovisar totalt antal klarade krav per region 2023 och 2024. Region Västernorrland uppfyllde minst antal krav för 2024, totalt 11, och året före var det Region Västerbotten med 4 stycken.

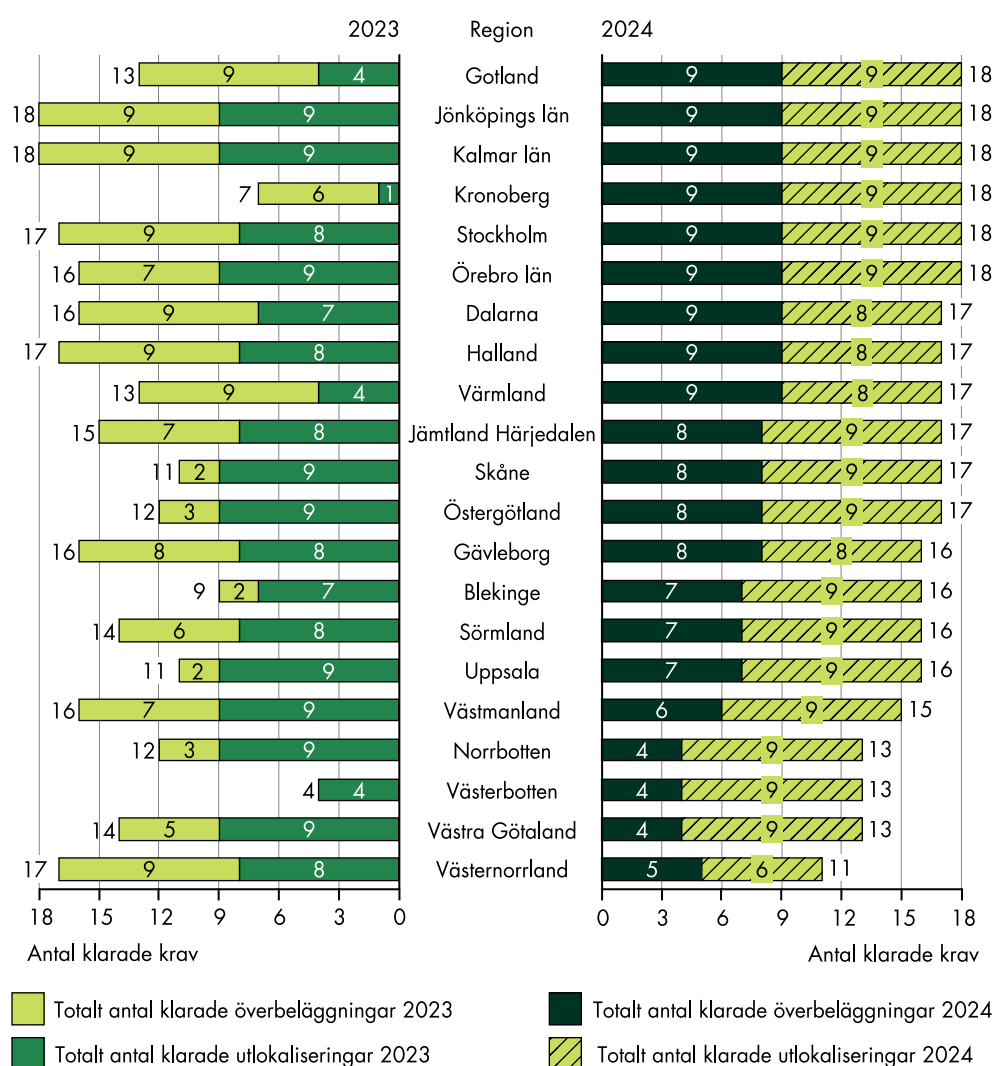
Regionerna har uppfyllt de prestationsbaserade kraven fler gånger för utlokaliseringar än för överbeläggningar. Det är också vanligast att kraven är uppfyllda genom att regionerna har förbättrat sig med 0,5 procent, även om en del oftare har uppfyllt prestationskraven genom placering i topp 5. Figur 24 beskriver hur fördelningen av medel går till.

Kriteriet om minst 0,5 procent minskning innebär att det räcker med en relativt liten förbättring. När vi analyserar inrapporterade data för 2022 och 2023 ser vi bara ett tillfälle då en region minskade antalet överbeläggningar eller utlokaliseringar med mindre än 0,5 procent. För 2024 var det inget tillfälle där en minskning var mindre än 0,5 procent.

Figur 29 visar regionernas måluppfyllelse 2023 och 2024. Totalt 14 regioner uppfyllde fler krav 2024 än 2023, medan 3 regioner hade högre måluppfyllelse 2023. För 4 regioner var uppfyllelsen densamma.

När det gäller att placera sig i topp 5 bland de som inte rapporterat minskningar får andra regioners resultat stor betydelse. Om många regioner har förbättrat sig med 0,5 procent, eller har ett väldigt högt värde när det gäller överbeläggningar och utlokaliseringar, blir det enklare att hamna i topp 5. Spridningen är stor när det gäller hur de som fått medel för placering i topp 5 har placerat sig totalt sett. En del av dem 5 befinner sig också i topp 5 bland alla regioner, medan andra befinner sig långt ifrån topp 5 totalt sett.

Figur 29. Totalt antal klarade krav per region 2023 och 2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag.

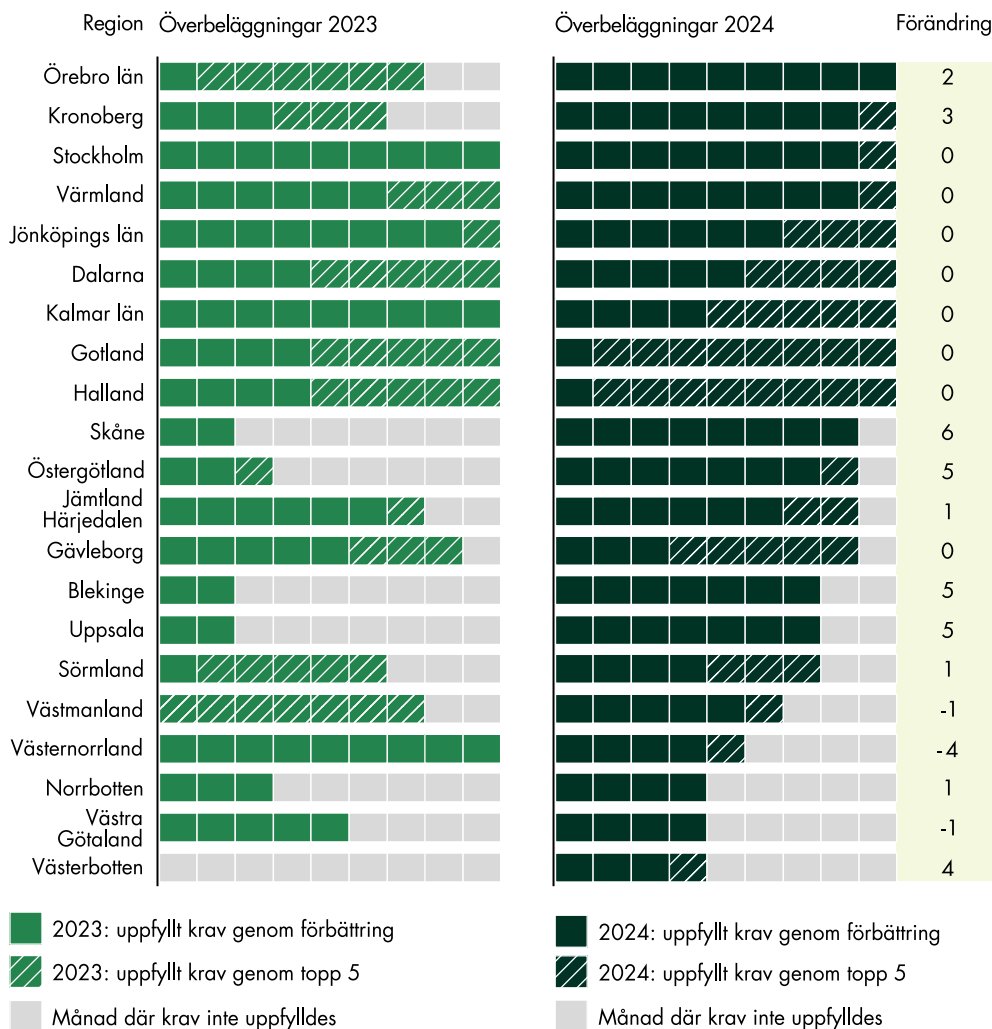
Not. En klarad överbeläggning eller utlokalisering innebär att regionen uppfyllde kraven för statsbidrag för en månad. Varje region kan uppfylla kraven för nio månader för överbeläggningar respektive utlokaliseringar, totalt 18 uppfyllda krav.

Nio regioner klarade kraven för överbeläggningar alla månader 2024

När det gäller överbeläggningar har alla regioner uppfyllt prestationskraven och fått medel för någon av månaderna. Figur 30 visar i vilken mån regionerna fick medel 2023 och 2024 för att de uppfyllt de prestationsbaserade kraven för överbeläggningar. Eftersom mätperioden var februari till oktober kunde regionerna maximalt uppfylla prestationskraven för totalt nio månader per år. De flesta regioner, 16 av 21, uppfyllde kraven vid en majoritet av tillfällena. Totalt 9 regioner klarade det vid alla tillfällen 2024, liksom 8 regioner 2023, medan 3 respektive 6 regioner uppfyllde kraven vid färre än hälften av tillfällena. Region Örebro län uppfyllde kraven alla gånger 2024 genom att förbättra resultatet jämfört med föregående år. Region Halland och Region Gotland klarade också kraven vid maximalt antal tillfällen, men då främst genom att hamna i topp 5.

Region Skåne gjorde den största förändringen mellan 2023 och 2024, och uppfyllde kraven vid sex fler tillfällen. Totalt var det 10 regioner som förbättrade sig jämfört med året före. Måluppfyllelsen var oförändrad för 8 regioner, men 7 av dem hade redan maximal uppfyllelse för överbeläggningar. För 3 regioner ser vi minskad måluppfyllelse. Den största minskningen hade Region Västernorrland som uppfyllde kraven vid fyra färre tillfällen. Region Västerbotten förbättrade sitt resultat från noll till fyra tillfällen.

Figur 30. Antal månader då regionerna uppfyllde de prestationsbaserade kraven för överbeläggningar, 2023 och 2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag.

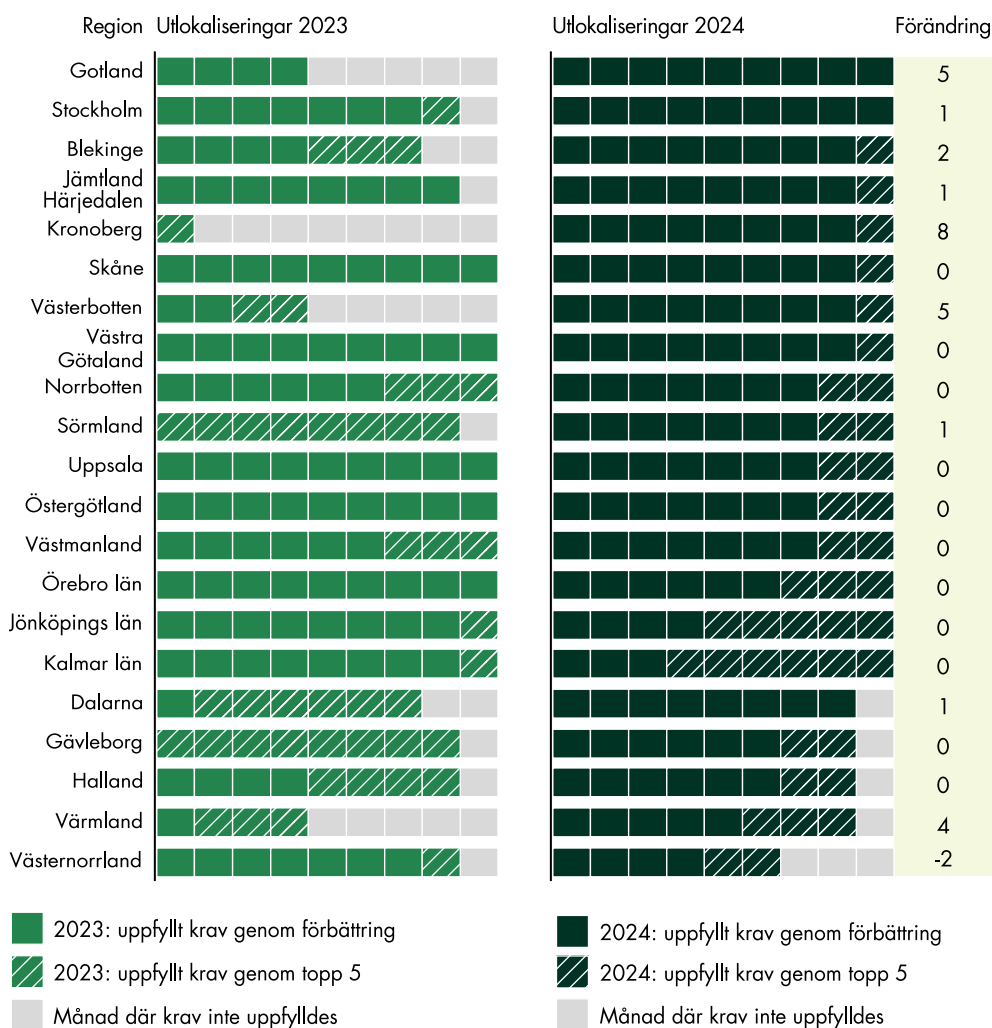
Not. Eftersom mätperioden var februari till oktober kunde regionerna maximalt uppfylla prestationskraven för totalt nio månader per år.

Tre av fyra regioner klarade kraven för utlokaliseringar alla månader 2024

Även när det gäller utlokaliseringar har alla regioner uppfyllt kraven och fått medel, för någon av månaderna. Måluppfyllelsen är också genomgående bättre jämfört med överbeläggningar. Figur 31 visar i vilken mån regionerna fick medel 2023 och 2024 för att de uppfyllde de prestationsbaserade kraven för utlokaliseringar. Eftersom mätperioden var februari till oktober kunde regionerna maximalt uppfylla prestationskraven för totalt nio månader per år. Alla regioner klarade detta vid en majoritet av tillfällena. Tre av fyra, eller 16 av 21 regioner, uppfyllde de prestationsbaserade kraven vid alla tillfällen 2024 medan 9 av 21 regioner gjorde det 2023.

Region Kronoberg gjorde den största förändringen genom att uppfylla kraven åtta fler tillfällen 2024 än 2023. Totalt hade 9 av regionerna högre måluppfyllnad än året före. För 11 regionerna var det oförändrat, men 9 av dessa regioner hade redan maximal uppfyllelse för utlokaliseringar. Region Västernorrland minskade sin måluppfyllelse med två tillfällen.

Figur 31. Antal månader då regionerna uppfyllde de prestationsbaserade kraven för utlokaliseringar, 2023 och 2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag.

Not. Eftersom mätperioden var februari till oktober kunde regionerna maximalt uppfylla prestationskraven för totalt nio månader per år.

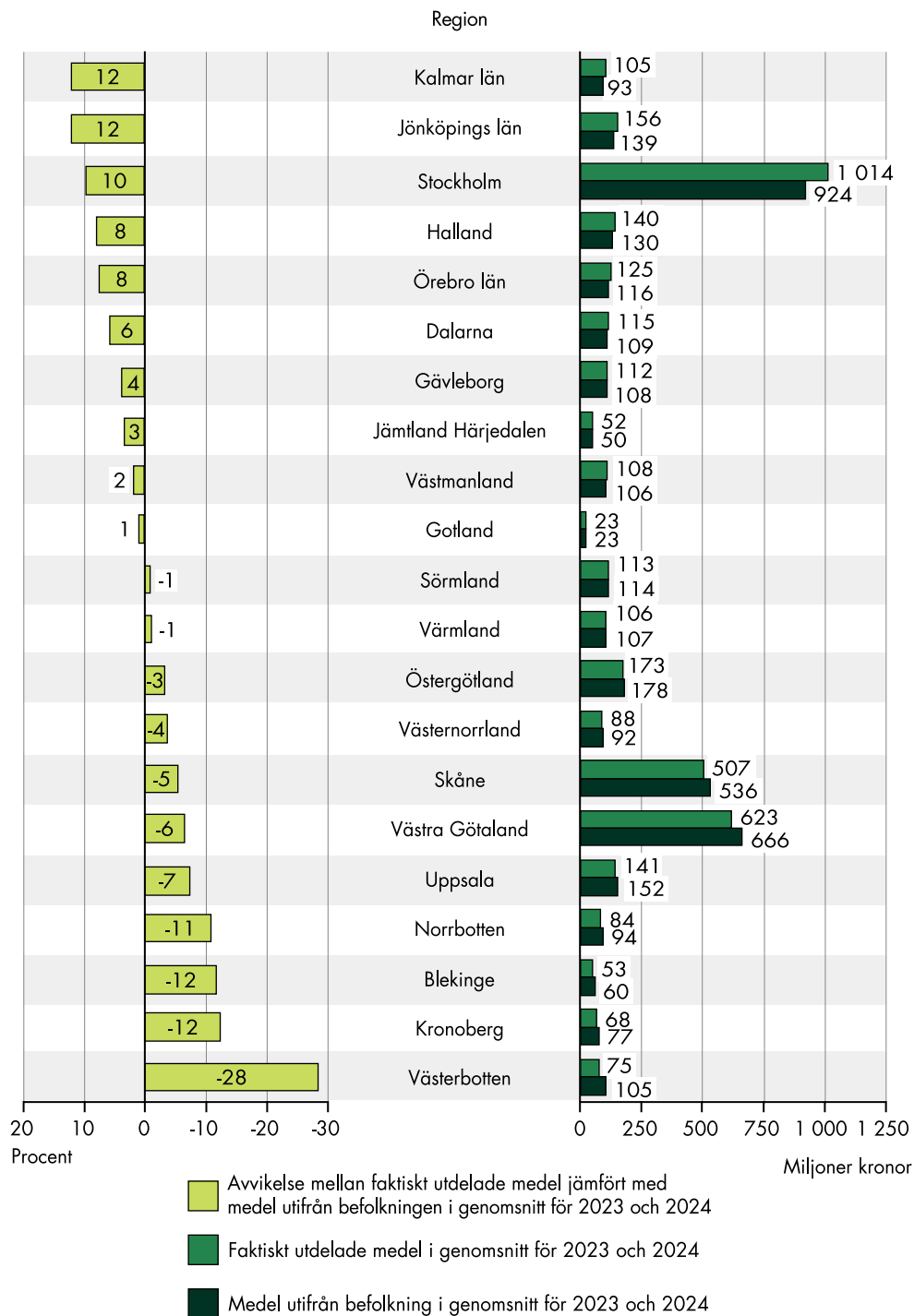
7.3.2 Tio regioner fick mer medel än vad de fått i en fördelning utifrån befolkningsstorlek

Måluppfyllelsen styr hur mycket medel varje enskild region får. Om alla regioner uppfyller lika många prestationskrav skulle medelsfördelningen se likadan ut som om pengarna hade fördelats efter befolkningsstorlek. Figur 32 visar en sammanvägning av alla prestationsbaserade medel som fördelades 2023 och 2024, och vi jämför också den faktiska fördelningen med hur mycket medel varje region hade fått om fördelningen i stället hade utgått från befolkningsstorlek.

Figuren visar att tio regioner har fått mer medel än om fördelningen baserats på befolkningsstorlek, samtidigt som elva regioner fått mindre medel. Region Västerbotten har fått 28 procent mindre än vad man fått i en fördelning utifrån befolkningsstorlek. Det motsvarar ungefär 30 miljoner kronor mindre. Det motsatta gäller för Region Kalmar län och Region Jönköpings län. Båda har fått 12 procent mer än om fördelningen baserats på befolkningsstorlek. Det motsvarar ungefär 12 miljoner kronor för Region Kalmar län, och cirka 17 miljoner för Region Jönköpings län.

I absoluta tal har Region Stockholm fått mest medel, 1 014 miljoner kronor. Om fördelningen baserats på befolkningsstorlek skulle man ha fått 924 miljoner kronor, det vill säga 90 miljoner mindre än det faktiska utfallet. Västra Götalandsregionen har tvärtom fått 43 miljoner kronor mindre än med en befolkningsbaserad fördelning: 623 miljoner jämfört med 666 miljoner kronor. Rent krasst innebär statsbidragets konstruktion att det till viss del kan vara positivt för en specifik region om en annan region presterar dåligt, eftersom bonuspotten fördelas på samma sätt som övriga medel. En intervjuperson från regionerna tar också upp att prestationsbaserade medel innebär att en region tjänar på att andra regioner misslyckas.

Figur 32. Avvikelse från de faktiskt utdelade medlen jämfört med medel utifrån befolkningstal samt totala medel som delats ut, medelvärde för 2023 och 2024.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag.

Not. Sammanvägning av utbetalda medel för 2023 och 2024 samt befolkningsmängden i respektive region för 2023 och 2024.

7.3.3 Fördelningen 2024 ligger närmare en fördelning utifrån befolkningsstorlek

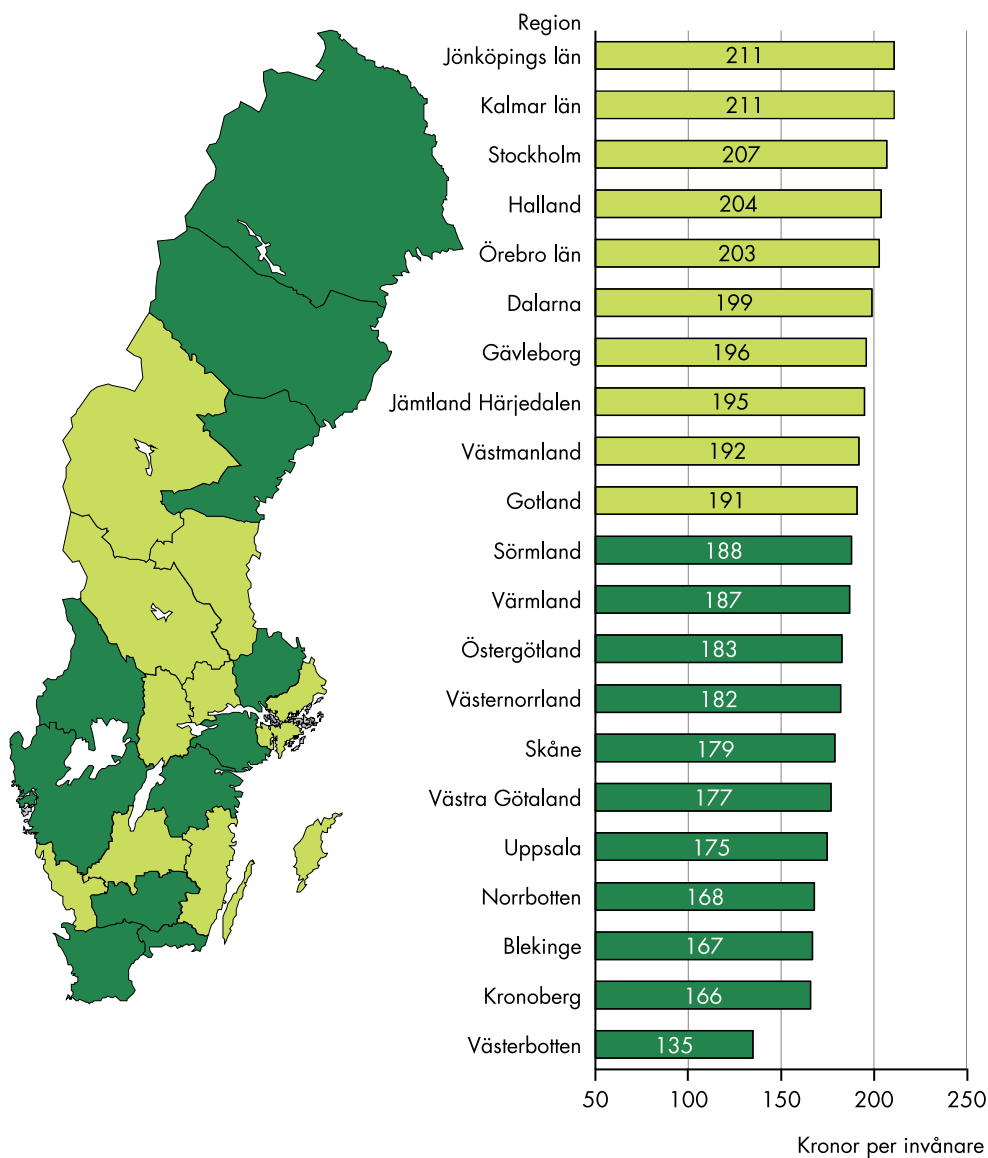
Skillnaden mellan den faktiska fördelningen och en fördelning utifrån befolkningsstorlek är större för 2023 än 2024. År 2023 var största positiva avvikelsen 17 procent, vilket innebar att Region Kalmar län och Region Jönköpings län fick 17 procent mer än vad de hade fått med en befolkningsbaserad fördelning. Året efter var största avvikelsen 7 procent. Region Västerbotten fick 45 procent mindre än med en fördelning utifrån befolkningsstorlek 2023, vilket var den största negativa avvikelsen, och året efter fick Region Västernorrland 20 procent mindre. Orsaken är att det 2024 var fler regioner som uppfyllde prestationskraven vid fler tillfällen, vilket innebär att fördelningen av de prestationsbaserade medlen mer liknar fördelningen utifrån befolkningstal.

Statsbidragets konstruktion innebär alltså att regionernas prestationer påverkar hur nära fördelningen av medel hamnar en fördelning utifrån befolkningsstorlek. När spridningen i måluppfyllelse minskar, såsom under 2024, blir skillnaden mellan de båda fördelningssätten mindre.

7.3.4 Medel per invånare varierar mellan regioner

Avvikelserna från en fördelning efter befolkningsstorlek innebär också att summan per invånare varierar mellan regionerna, se figur 33. Det är relativt stor skillnad mellan regionen som fick minst medel per invånare och regionerna som fick mest. I botten finns Region Västerbotten med 135 kronor per invånare medan Region Jönköpings län och Region Kalmar län fick 211 kronor. Region Västerbotten fick därmed knappt två tredjedelar av den högsta summan per invånare. Skillnaden mellan regionen med högst och lägst belopp var större 2023 än 2024 eftersom det också var större skillnad i hur många prestationskrav som regionerna uppfyllde. År 2023 fick regionen med minst medel knappt hälften av den summa som regionerna med störst tilldelning fick per invånare.

Figur 33. Genomsnittlig summa per invånare för 2023 och 2024.



- Regioner som fick mer medel i genomsnitt 2023–2024 än fördelning efter befolkningen
- Regioner som fick mindre medel i genomsnitt 2023–2024 än fördelning efter befolkningen

Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SCB:s befolkningsstatistik.

7.3.5 Regioner med färre utlokaliseringar och överbeläggningar före satsningen har fått mer medel

Utifrån ett jämlikhetsperspektiv har det betydelse om det är regioner med ett bättre eller ett sämre utgångsläge som får mer medel per invånare. Vi antar att vårdplatsatsningen får en utjämnande effekt om en större del av medlen går till de regioner som har sämre förutsättningar för att tillgodose behovet av vårdplatser. Den regionala jämlikheten kan också öka om regionerna med sämst utgångsläge gör större förbättringar i vårdplats-situationen och därmed får mer av de prestationsbaserade medlen. Men ojämlikheten minskar inte om det i stället är regioner med ett bättre utgångsläge som får mer prestationsbaserade medel.

Vi ser att regioner med färre utlokaliseringar och överbeläggningar före satsningen i högre grad har uppfyllt prestationskraven och därmed fått mer medel. Bland de 10 regioner som fick mer medel hade 7 regioner ett medelvärde för överbeläggningar och utlokaliseringar som var lägre än genomsnittet för riket. Bland de 11 regioner som fick mindre medel hade bara 3 regioner ett medelvärde för överbeläggningar och utlokaliseringar som var lägre än genomsnittet. Mönstret är detsamma när vi tittar på Socialstyrelsens riktvärde för antalet vårdplatser; de regioner som ligger nära riktvärdet, det vill säga har relativt bättre vårdplatssituation, har också högre måluppfyllelse och får en större andel av medlen än regioner som ligger längre från riktvärdet.

Mer prestationsbaserade medel per invånare verkar i större utsträckning tillfallit regioner som redan från början hade en bättre vårdplatssituation. Men resultaten behöver tolkas med viss försiktighet eftersom det finns brister i statistiken.

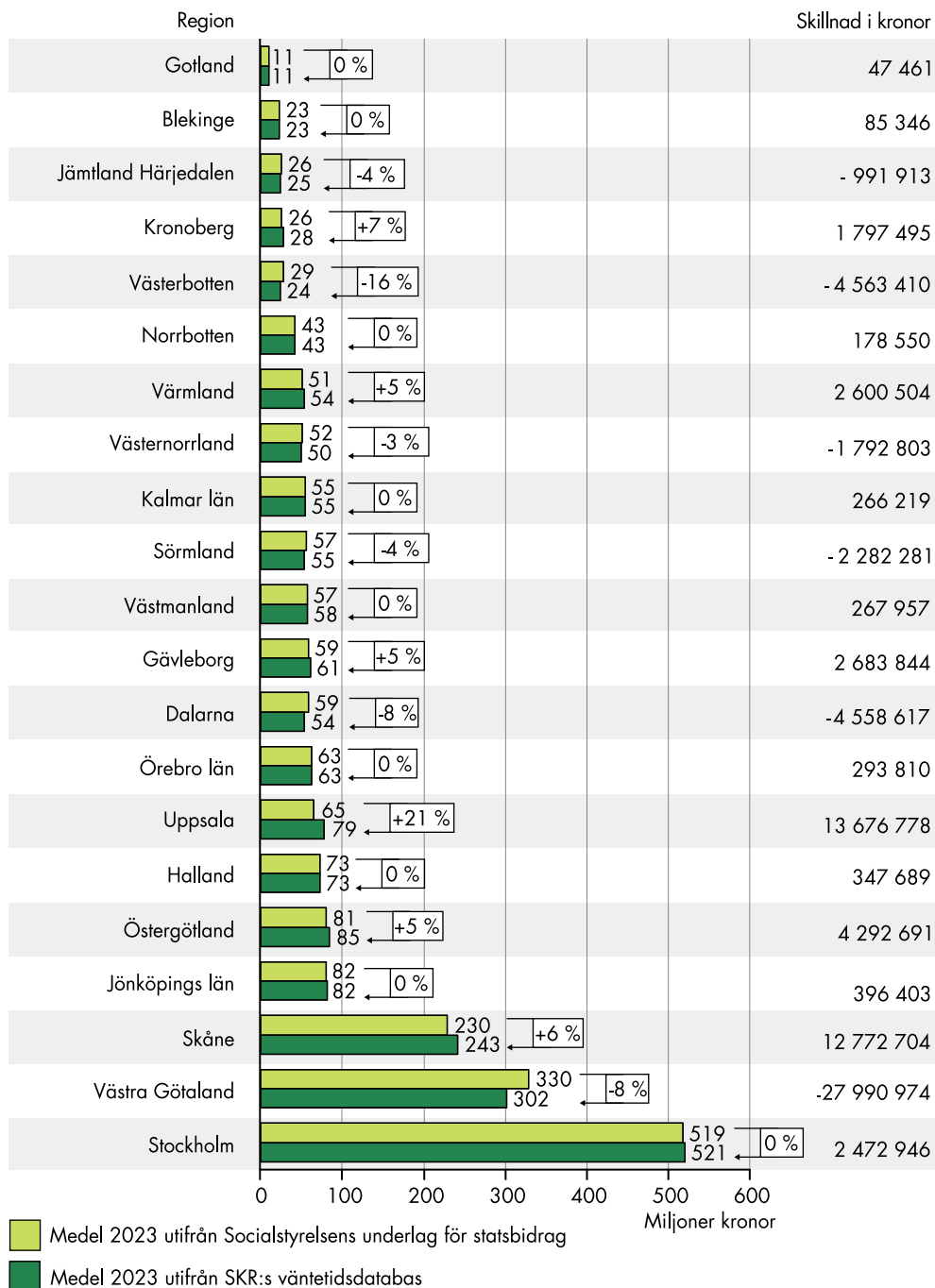
Några regionföreträdare tog också upp fördelningen av medel i intervjuer. Till exempel att de regioner som lyckas prestera gynnas av prestationsbaserade medel samtidigt som regioner som får mest pengar kanske inte är de regioner som har störst utmaningar.

7.3.6 Fördelningen hade sett annorlunda ut för 2023 om SKR:s väntetidsdatabas använts

År 2024 började Socialstyrelsen använda SKR:s väntetidsdatabas för att bedöma regionernas måluppfyllelse, i stället för Socialstyrelsens underlag för statsbidrag. Skillnaderna i statistiken mellan dessa datakällor får konsekvenser för bedömningen av måluppfyllelsen.

Figur 34 visar hur mycket medel som regionerna fick för 2023, när data till Socialstyrelsen styrde fördelningen, och hur stor skillnaden hade blivit om man i stället använt SKR-data. För nio regioner är skillnaden så liten att den inte ens motsvarar 1 procent av den summa som regionen fick. Tre regioner hade fått över 5 procent mer om SKR:s väntetidsdatabas hade använts i stället för data från Socialstyrelsen, och lika många regioner hade fått över 5 procent mindre. Region Uppsala påverkades mest; man skulle ha fått runt 13,7 miljoner kronor mer, motsvarande 21 procent. Region Västerbotten skulle i stället ha fått 4,6 miljoner kronor mindre, motsvarande 16 procent.

Figur 34. Regionernas medelstilleddning 2023 när Socialstyrelsens data styrde fördelningen och avvikelserna om fördelningen i stället byggt på SKR:s väntetidsdatabas.



Källa: Egen bearbetning av statistik från Socialstyrelsens underlag för statsbidrag och SKR:s väntetidsdatabas.

8 Kommunernas upplevelse av vårdplatsläget

Hälso- och sjukvårdens olika verksamheter hänger ihop, hög belastning i en del får följd-effekter i andra delar av systemet. Hög beläggningsgrad och få disponibla vårdplatser i slutenvården kan till exempel leda till längre väntetider på akuten och högre belastning i den kommunala vården på grund av för snabba utskrivningar.

I det här kapitlet analyserar vi vårdplatsbristens påverkan på den kommunala hälso- och sjukvården, främst genom att presentera resultatet från en enkät till MAS och MAR. I slutrapporten kommer vi att se närmare på vårdplatsbrist ur ett systemperspektiv.

Detta är våra främsta slutsatser:

- En stor andel av MAS och MAR anser att slutenvården inte kan tillgodose behovet av vårdplatser för patienter som bor i deras kommun.
- De upplever också att många patienter skrivs ut från slutenvården utan att de är redo för det.
- Enkätresultaten är sämre för den psykiatriska vården än för den somatiska.

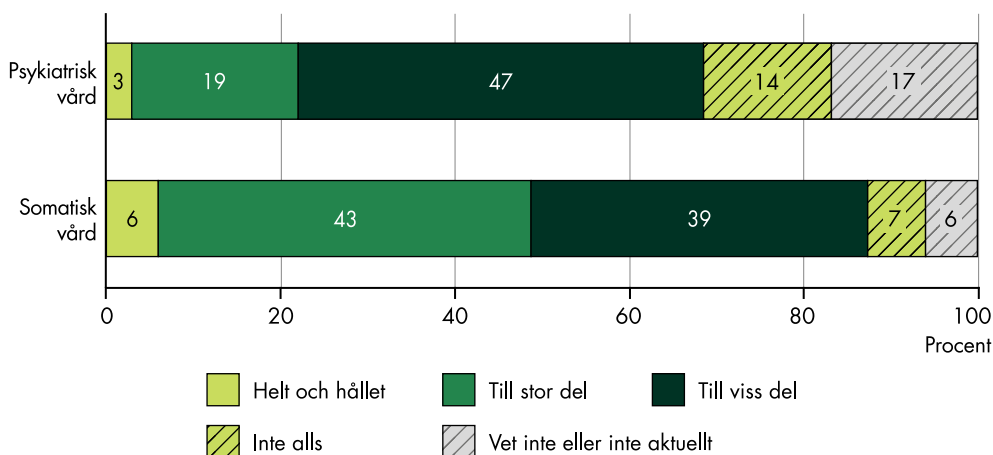
8.1 Kommunerna påverkas negativt av vårdplatsbristen

De mest sköra äldre utgör en stor patientgrupp i slutenvården, och många behöver omfattande stöd efter utskrivning. En stor del av dessa patienter bor på särskilda boenden eller får kommunal hälso- och sjukvård på andra sätt. Det innebär att kommunerna är en viktig mottagare för utflödet av patienter från slutenvården, och vi kan se att vårdplatsbrist i slutenvården påverkar kommunerna negativt. Under 2024 gjorde vi en enkätundersökning till medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) med frågor om bland annat samarbetet med slutenvården och vårdplatsbristens konsekvenser för deras verksamhet.

8.1.1 Många upplever att slutenvården inte kan tillgodose behovet av vårdplatser

En stor andel MAS och MAR anger i enkätsvaren att slutenvården inte kan tillgodose behovet av slutenvårdsplatser, se figur 35. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska slutenvården.

Figur 35. Andel MAS och MAR som uppger att slutenvården kan tillgodose behovet av slutenvårdsplatser för patienter som bor i kommunen.



Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät 2024 till MAS och MAR.

Not. På grund av avrundning kan summan överstiga 100 procent.

Hälften av de svarande uppger att slutenvården kan tillgodose behovet av somatiska vårdplatser för patienterna i deras kommun, till stor del eller helt och hållet. Nästan lika många, 46 procent, svarar att slutenvården inte alls klarar detta, eller endast till viss del.

Resultatet är ännu sämre när det gäller vårdplatser inom den psykiatriska slutenvården. Endast en av fem uppger att behovet är tillgodosett, medan tre av fem svarar att slutenvården bara till viss del eller inte alls kan tillgodose vårdplatsbehovet. Men det är också många som svarar att de inte vet, eller att frågan inte är aktuell för dem.

Det sämre resultatet för psykiatrin är intressant med tanke på att det enligt Socialstyrelsen inte råder någon generell vårdplatsbrist inom psykiatrin exklusive rättspsykiatrin (Socialstyrelsen 2024d). Vi kan inte bedöma vad detta resultat i MAS- och MAR-enkäten beror på, men psykiatrin får generellt ett sämre resultat än den somatiska vården även på andra frågor, se faktarutan. Detta ser vi som ett tecken på att de problem som kommunernas MAS och MAR upplever med psykiatrin inte bara gäller antalet vårdplatser inom heldygnsvården.

Sämre resultat för psykiatrik även på andra enkätfrågor

Som tabellen nedan visar är det en lägre andel MAS och MAR som uppger de mest positiva svarsalternativen för psykiatrisk vård än för somatisk vård även på andra enkätfrågor. Detta gäller både för frågorna om samverkan och frågan om SIP, se tabellen.

Tabell 3. Andelen MAS och MAR som uppger de mest positiva svarsalternativen för somatisk vård respektive för psykiatrisk vård.

	Somatisk vård	Psykiatrisk vård
Samverkan fungerar mycket eller ganska bra		
Om patienter som ska skrivas ut från slutenvården	69	29
Med slutenvården	63	20
Med den öppna specialiserade vården	60	26
Patienter som behöver en SIP har alltid eller ofta en när de skrivs ut från slutenvården	29	21

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät 2024 till MAS och MAR.

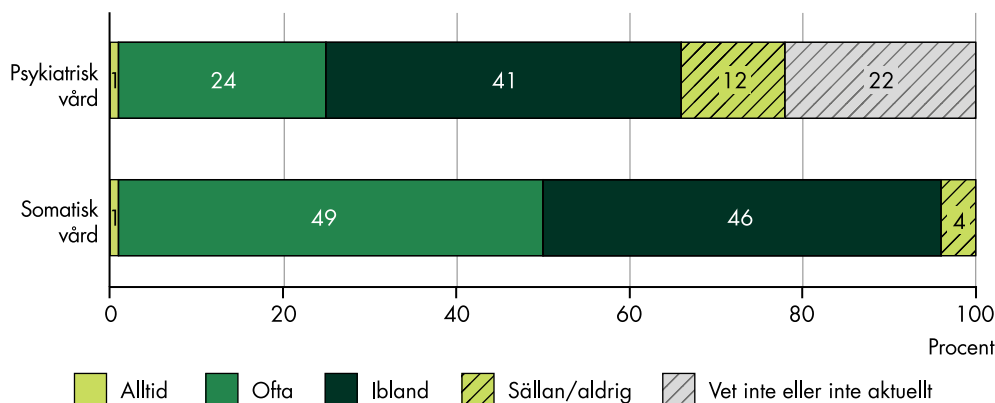
Mönstret att det är en högre andel som uppger de mest positiva svarsalternativen för somatisk vård än för psykiatrisk vård är särskilt tydligt för frågorna som handlar om samverkan. För dessa frågor är det en majoritet som uppger de mest positiva svarsalternativen för somatisk vård, minst 60 procent gör detta. För psykiatrisk vård är det däremot en minoritet som uppger de mest positiva svarsalternativen, färre än 30 procent.

Även när det gäller frågan om samordnade individuella planer (SIP) får den somatiska vården bättre omdömen än den psykiatriska vården. Men här är skillnaden mellan den somatiska vården och den psykiatriska vården mindre. Totalt 29 procent anger att patienter som behöver en SIP också har en sådan (alltid eller ofta) när de ska skrivas ut från somatisk slutenvård. För psykiatrisk slutenvård är andelen 21 procent.

8.1.2 En stor andel av patienterna upplevs inte vara redo för hemgång vid utskrivning

Vi har frågat i vilken utsträckning MAS och MAR upplever att patienterna är redo för hemgång när de skrivs ut från slutenvården och kommunen övertar ansvaret. För både den somatiska och den psykiatriska vården svarar ungefär hälften att patienterna ibland, sällan eller aldrig är hemgångsklara (figur 36). För den psykiatriska slutenvården uppger en fjärdedel att patienterna ofta eller alltid är hemgångsklara, jämfört med hälften för somatisk vård.

Figur 36. Andelen MAS OCH MAR som upplever att patienterna är hemgångsklara när de skrivs ut från slutenvården.



Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät 2024 till MAS och MAR.

8.1.3 Vårdplatsbrist och för tidig utskrivning får negativa konsekvenser

Kommunernas MAS och MAR kunde också lämna fritextsvar om konsekvenserna för den kommunala hälso- och sjukvården när slutenvården inte kan tillgodose behovet av vårdplatser, eller när patienter skrivs ut utan att vara redo för hemgång.

Tidig utskrivning ställer höga krav på kommunerna

Flera MAS och MAR lyfter att för tidig utskrivning ställer högre krav på kommunerna och ökar belastningen på dem. Till exempel kan det behövas fler korttidsplatser. Enligt svarspersonerna behöver kommunen därmed ge mer avancerad vård i hemmet. Några tar upp en pågående förskjutning som innebär att kommunen utför mer avancerad hälso- och sjukvård än tidigare. Nästan alla (98 procent) uppger också att vårdinsatserna har blivit mer komplexa och att patienternas vårdbehov har ökat inom den kommunala hälso- och sjukvården under de senaste 5–10 åren. Dessutom uppger knappt tre fjärdedelar (73 procent) att fler patienter än tidigare behöver insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Samtidigt beskriver flera MAS och MAR att kommunerna inte har den kompetens och de resurser som krävs för att vårda patienter som egentligen borde flyttas till en högre vårdnivå än kommunens. Enligt några resulterar detta i ojämlikheter eftersom patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården och personer på särskilt boende inte får tillgång till slutenvård eller vård i samma utsträckning som andra patienter.

Korta vårdtider kan innebära risker för patientsäkerheten och arbetsmiljön

Fritextsvaren visar att korta vårdtider kan leda till sämre patientsäkerhet och till att patienter inte får den vård som de behöver. Dessutom kan det orsaka otrygghet och oro hos både patienter och närstående, och även ökat lidande för patienten.

Flera MAS och MAR upplever att patienterna skrivs ut för snabbt från slutenvården, och några tar upp att patienter blir utskrivna innan de är medicinskt färdigbehandlade. Enligt svarspersonerna leder för korta vårdtider också till fler återinläggningar. Några nämner att även akuten kan påverkas om slutenvården inte kan tillgodose behovet av slutenvårdsplatser, till exempel så att patienter får vänta länge på akuten eller behöver åka tillbaka till sjukhuset för att söka akut vård.

För tidiga utskrivningar medför också extra arbete för kommunen, enligt MAS och MAR, eftersom personalen behöver ”jaga” information, till exempel uppdaterade läkemedelslistor. En annan konsekvens kan vara att hjälpmedel inte finns på plats när patienten kommer hem eller att planeringen inför utskrivningen inte är klar. Detta innebär högre arbetsbelastning för kommunens personal.

8.2 Kommunerna spelar en viktig roll för slutenvårdens kapacitet

Många äldre patienter som varit inskrivna i slutenvård behöver kommunal sjukvård eller omsorg efteråt, och de utgör också majoriteten av patienter som återinskrivs en eller flera gånger (Socialstyrelsen 2021). Därför är kommunernas förmåga att ta emot dessa patienter viktig för slutenvårdens in- och utflöde. Kommunernas arbete kan påverka hur många utskrivningsklara patienter som vårdas i slutenvården, och hur många som återinskrivs.

8.2.1 Kommunerna ingår i Socialstyrelsens nationella plan, men tar inte del av de prestationsbaserade medlen

Kommunerna är en viktig aktör i arbetet med att använda befintliga vårdplatser på ett så effektivt sätt som möjligt. Kommunerna ingick därför delvis i Socialstyrelsens uppdrag om en nationell plan för minskad vårdplatsbrist, och totalt 20 av förslagen på insatser är riktade till kommunerna, eller kommunerna i samverkan med regionerna. Insatserna handlar bland annat om att korta vårdtiderna för utskrivningsklara patienter, att de patienter som behöver kommunala insatser ska få tillgång till dessa så snart de är utskrivningsklara, att den kommunala vården arbetar proaktivt och att medicinsk kompetens finns tillgänglig, till exempel genom samordnat och stärkt läkarstöd. Det handlar också om att stärka arbetet med att minimera vårdskador (Socialstyrelsen 2024d).

Regionernas förutsättningar för att tillgodose behovet av vårdplatser påverkas alltså av kommunernas kapacitet att ta emot patienter vid utskrivning, och att förebygga framtida slutenvårdsbehov. Trots det omfattar satsningen inga ekonomiska incitament för kommunerna, och de möter utmaningar i att ta hand om alla patienter som regionerna förväntar sig att kommunerna ska ta hand om.

8.2.2 Svårt för kommunerna att tillgodose befolkningens behov

Kommunerna står inför flera utmaningar som gör det svårt för dem att frigöra fler vårdplatser i slutenvården. I vår enkät uppger nästan alla MAS och MAR att patienternas vårdbehov har ökat och att vårdinsatserna i kommunal hälso- och sjukvård har blivit mer komplexa.

Den ökade pressen på kommunerna avspeglas också i Vård- och omsorgsanalys (2024a) rapport *Redo för framtiden?*. Där framgår att var femte kommun upplever att de har dåliga förutsättningar för att möta befolkningens behov, bland annat på grund av begränsad ekonomi och svårigheter med kompetensförsörjningen. Kommunerna tror dessutom att det kommer att bli svårare i framtiden, med större behov än i dag och mindre resurser.

9 Slutsatser

I det här kapitlet sammanfattar vi våra slutsatser från analyserna. Slutligen beskriver vi kort innehållet i slutrapporten som ska publiceras 2026.

9.1 Regionintervjuerna bekräftar att det behövs fler vårdplatser

Redan före vårdplatssatsningen var det flera regioner som arbetade med vårdplatsfrågan eller hade som ambition att öka antalet vårdplatser, enligt intervjupersonerna. Vi vet inte om regionerna tycker att det behövs fler vårdplatser i hela hälso- och sjukvården eller i någon särskild del, eftersom intervjufrågorna var övergripande. Socialstyrelsen (2024c) bedömer dock att det finns en generell brist på vårdplatser inom den somatiska vården och ser även tecken på brist inom rättspsykiatrin. Däremot bedömer Socialstyrelsen att det inte råder någon generell brist inom allmänpsykiatrin, även om situationen är ansträngd i vissa regioner.

I redovisningen av uppdraget att betala ut medel skriver Socialstyrelsen (2024e) att flera regioner vill bredda diskussionen till att även gälla vårdkapacitet och kompetensförsörjning, eftersom det påverkar antalet vårdplatser. Regionföreträdare tar också i våra intervjuer upp att andra saker kan göra det svårt att öka antalet. Till exempel nämner en region att de redan före satsningen hade som ambition att öka antalet vårdplatser, men resultatet blev i stället färre vårdplatser på grund av utmaningar med kompetensförsörjning. Några regioner ser dock positivt att regeringens satsning har satt större fokus på vårdplatsfrågan.

9.2 Hittills tycker regionerna att arbetet med den nationella planen är bra, men att framförhållningen för medlen är för kort

Regionerna är generellt positivt inställda till den nationella planen. Till exempel tycker de att fokusområdena och insatserna i planen är relevanta, och de är positiva till Socialstyrelsens roll. När vi genomförde intervjuerna var den nationella planen dock relativt nypublicerad, så till slutredovisningen ska vi titta närmare på vilken betydelse planen och Socialstyrelsens arbete har fått i praktiken.

I intervjuerna framkommer också att regionerna ser positivt på Socialstyrelsens arbetsätt med referensgrupper. Myndigheten ser ut att vilja hålla kvar vid denna inkluderande roll, där det även ingår att ge verksamhetsnära stöd, vilket tycks vara en del av en större trend.

Däremot är regionerna mindre nöjda med den korta framförhållningen för medlen. Eftersom statsbidragen bara gäller för ett år i taget har de svårt att planera hur de ska

använda medlen, och det är svårt att veta hur mycket medel de kan förvänta sig att få i slutet av året. Detta är inget unikt för den här satsningen utan vi ser att andra satsningar också har inneburit kort framförhållning.

9.3 Patienter som kan ha upplevt vårdplatsbrist har också sämre erfarenheter av sin vistelse i vården

I vår enkätundersökning till personer som vårdats i slutenvården under de senaste tolv månaderna kan cirka var fjärde ha påverkats av platsbrist: 18 procent upplevde att de vårdades i ett provisoriskt utrymme, 16 procent att de vårdades på en annan avdelning än den tänkta, och 12 procent att de flyttades mellan avdelningar på grund av platsbrist. Detta motsvarar cirka 100 personer i vår undersökning. Motsvarande siffra bland de närstående är 200 personer. Eftersom det rör sig om förhållandevis små grupper, och det kan vara svårt för patienter och närstående att ha insyn i vårdplatssituationen ska resultaten tolkas med viss försiktighet.

I vår enkätundersökning har majoriteten av patienterna positiva erfarenheter av slutenvården, men bland patienter som upplevt vårdplatsbrist är det något färre som har positiva erfarenheter. De är genomgående mindre nöjda med sin sjukhusvistelse, och svarar i lägre utsträckning att de fick den vård som de behövde, att de kände sig trygga och att personalen höll dem uppdaterade om vad som skulle hända. Samma mönster ser vi bland de som haft en närstående i slutenvården som möjligen upplevt vårdplatsbrist.

Bland patienterna i vår undersökning är det 40 procent bland de som fick oplanerad vård som också kan ha upplevt vårdplatsbrist, jämfört med 15 procent bland de som fick planerad vård. Vårdplatsbrist, och att ha mindre positiva erfarenheter av vården är alltså vanligare bland patienter som vårdats för ett akut vårdbehov. En möjlig förklaring till detta är att sjukhus har svårare att kontrollera inflödet av dessa patienter. Planerad vård kan genomföras när belastningen på sjukhuset är lägre, alternativt senareläggas om det saknas vårdplatser, men oplanerad vård måste ges när behovet uppstår – oavsett veckodag eller tid på dygnet. Då finns också risk för att de skrivs in när bemanningen, och därmed antalet vårdplatser, är lägre.

När man pratar om konsekvenserna av vårdplatsbrist ur patienternas perspektiv pratar man ofta om patientsäkerhet och ökad risk för vårdskador, men vår enkätundersökning indikerar att patienterna också verkar påverkas genom att ha sämre erfarenheter under sin vistelse.

9.4 Svårt att följa antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och vårdplatser

Antalet disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringen är satsningens mest centrala mått, och det är genom att följa dessa vi kan uttala oss om dess resultat. Men nivån för dessa mått varierar mellan datakällorna, vilket skapar viss osäkerhet när det gäller måluppfyllelsen under 2023–2024.

Antalet vårdplatser i landet har minskat, oavsett om vi använder Socialstyrelsens data-underlag eller SKR:s väntetidsdatabas, som båda avser somatisk och psykiatrisk slutenvård. Men skillnader mellan dessa källor gör det svårt att följa den regionala utvecklingen.

Det är bara för fyra regioner som källorna visade överensstämmande i data för båda åren, medan sex regioner hade en avvikelse på mer än fem procentenheter.

Trots dessa skillnader i täckningsgrad går det oftast att se en riktning för den regionala utvecklingen. Antalet vårdplatser minskade 2022–2024 i cirka två tredjedelar av regionerna, men för tre regioner gick utvecklingen åt olika håll beroende på datakälla.

Båda datakällorna tyder på att antalet överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser minskade till 2024. I majoriteten av regionerna har antalet överbeläggningar och utlokaliseringar minskat under 2024, men under 2022–2023 skiljde sig utvecklingen åt för ett antal regioner beroende på vilken datakälla som används.

Skillnaden mellan datakällorna kan bero på att regionerna gjorde manuella rapporteringar till Socialstyrelsen medan rapporteringen till SKR var automatisk. Med manuell rapportering kunde regionerna göra kompletteringar, till exempel inkludera vårdplatser i privat regi eller kontrollera att regionen har samma definition av måtten som Socialstyrelsen.

Detta dubbelarbete gjorde att man gick över till SKR:s automatiska datainsamling som underlag för fördelningen av 2024 års prestationsmedel, trots risken för avvikelser. Som en följd har vi svårt att uttala oss om satsningens måluppfyllelse, det vill säga hur mycket antalet vårdplatser ökat eller minskat i regionerna, eller hur mycket antalet utlokaliseringar och överbeläggningar har förändrats.

Skillnaderna mellan Socialstyrelsens och SKR:s väntetidsdatabas kan också ha fått konsekvenser för fördelningen av medel. Om man använt SKR:s väntetidsdatabas även 2023 hade utfallet blivit annorlunda för många regioner, och för sex av dem hade avvikelsen varit över 5 procent av det utbetalda beloppet. Detta visar tydligt att valet av datakälla får konkreta konsekvenser för regionerna.

9.5 Regionerna uppnår till stor del prestationskraven, trots att de inte har ökat antalet vårdplatser

Trots osäkerheten visar underlagen att antalet disponibla vårdplatser har minskat i landet, liksom antalet utlokaliseringar och överbeläggningar. År 2024 var det många regioner som uppnådde prestationskraven på färre överbeläggningar och utlokaliseringar jämfört med föregående år. Måluppfyllnaden var bättre än 2023, då bland annat ökningen i överbeläggningar innebar att flera regioner inte klarade prestationskraven.

Fördelningen av medel bygger på regionernas befolkningsstorlek. För varje månad reserveras en summa pengar för varje region, utifrån befolkningstalet. Vilken summa som betalas ut bestäms dock av hur många regioner som uppfyller prestationskraven för den månaden.

Under 2023 fick regionerna med störst andel av de prestationsbaserade medlen 17 procent mer än vad de hade fått om alla regioner uppfyllt alla krav och summan utgått från befolkningsstorlek. Förbättringen i måluppfyllelse 2024 innebar att regionerna med störst andel av de prestationsbaserade medlen bara fick 7 procent mer än om alla regioner uppfyllt alla krav.

Regionen som presterade bäst under 2023–2024 fick i genomsnitt 211 kronor per invånare, medan regionen med sämst måluppfyllnad endast fick 135 kronor, alltså knappt två tredjedelar av den bästa regionens summa.

Vi ser att mer prestationsbaserade medel per invånare har gått till de regioner som redan hade en bättre situation när det gäller överbeläggningar och utlokaliseringar, medan regionerna med en mer utmanande vårdplatsituation fått en mindre del – trots att de kanske haft större behov av pengar för att möjliggöra förbättringar. Det är alltså möjligt att statsbidraget på sikt leder till ökad ojämlikhet mellan regionerna.

9.6 Arbetet framåt

I arbetet med slutrapporten fortsätter vi att utvärdera i vilken utsträckning satsningens mål har uppnåtts. Bristerna i data gör att det i nuläget är svårt att bedöma måluppfyllelsen i regionerna, men antalet överbeläggningar och utlokaliseringar har minskat trots att vårdplatserna har blivit färre. Det finns flera möjliga förklaringar till detta, till exempel att regionernas vårdplatsbehov har minskat, att in- och utflödet till och från slutenvården har förändrats, att regionerna har omfördelat sina vårdplatser eller att de har ändrat inrapporteringen av data. I nuläget vet vi inte om resultatet beror på någon av dessa faktorer eller på något annat. Vi kommer att försöka ge svar på detta när vi i slutrapporten beskriver regionernas insatser, och om de har varit ändamålsenliga.

Vår slutrapport kommer även att innehålla en analys av satsningens konsekvenser ur ett systemperspektiv, främst med fokus på akutmottagningar och den kommunala hälso- och sjukvården.

Slutrapporten kommer att publiceras i april 2026.

Referenser

- af Ugglas, B. (2021). *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* Stockholm: SNS.
- IVO (2023). *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- IVO (2024). *Nationell tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus. Slutrapport*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- OECD (2024). *Hospital beds*. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/hospital-beds.html> [2024-10-28].
- Regeringskansliet (2024). *Mot en högre vårdkapacitet i hela landet*. <https://regeringen.se/artiklar/2024/07/mot-en-hogre-vardkapacitet-i-hela-landet/> [2025-03-07].
- SKL (2016). *Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR (2022). *Fakta om vårdplatser*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR (2023a). *Nationell patientenkät. Specialiserad sjukhusvård slutet (Vuxen)*. <https://resultat.patientenkät.se/Specialiserad%20sjukhusv%C3%A5rd%20sluten/2023#filter=periods:2023> [2024-05-28].
- SKR (2023b). *Nationell patientenkät. Vuxenpsykiatri slutenvård*. <https://resultat.patientenkät.se/Vuxenpsykiatri%20slutenv%C3%A5rd/2024#filter=periods:2024> [2024-05-28].
- SKR (2024a). *Ekonomi- och verksamhetsstatistik inom hälso- och sjukvården*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html> [2025-02-05].
- SKR (2024b). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2023. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR (2024c). *Psykiatrin i siffror. Kartläggning av vuxenpsykiatrin 2023*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Socialdepartementet (2022a). *Uppdrag att betala ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser*. Regeringsbeslut I:9, 2022-02-17, S2022/01057 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2022b). *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*. Regeringsbeslut I:5, 2022-03-17, S2022/01664 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2022c). *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*. Regeringsbeslut I:6, 2022-03-03, S2022/01373 (delvis). Stockholm: Regeringen.

- Socialdepartementet (2022d). *Uppdrag att ta fram ett samlat nationellt kunskapsstöd för förmågan att hantera ett plötsligt och oväntat inflöde av patienter*. Regeringsbeslut I:14, 2022-02-03, S2022/00777 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2022e). *Ändring av uppdraget att betala ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser*. Regeringsbeslut I:13, 2022-07-07, S2022/01057 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023a). *Uppdrag att analysera förutsättningarna för och lämna förslag på åtgärder för att stärka förmågan att genomföra katastrofmedicinska insatser*. Regeringsbeslut II:3, 2023-04-27, S2016/03089, S2023/01527 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023b). *Uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser*. Regeringsbeslut II:4, 2023-02-16, S2023/00680 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023c). *Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*. Regeringsbeslut II:9, 2023-06-22, S2023/02119 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023d). *Uppdrag att skyndsamt stärka den nationella och regionala förmågan vid masskadehändelser*. Regeringsbeslut II:3, 2023-03-30, S2021/02920, S2022/00777, S2023/01226 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023e). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården*. Regeringsbeslut II:3, 2023-02-16, S2023/00679 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023f). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för förlossningsvården*. Regeringsbeslut II:10, 2023-01-26, S2023/00406 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023g). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*. Regeringsbeslut II:2, 2023-01-19, S2023/00256 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023h). *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*. Regeringsbeslut II:7, 2023-06-22, S2023/02117 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2023i). *Uppdrag att utvärdera regeringens satsning på att öka antalet vårdplatser inom hälso- och sjukvården*. Regeringsbeslut II:5, 2023-06-01, S2023/01863. Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2024a). *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*. Regeringsbeslut 11:5, 2024-05-23, S2024/01058 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2024b). *Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Regeringsbeslut II:6, 2024-05-23, S2024/01059 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet (2024c). *Uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser*. Regeringsbeslut II:6, 2024-02-29, S2024/00483 (delvis). Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet och SKR (2022a). *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*

- Socialdepartementet och SKR (2022b). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
- Socialdepartementet och SKR (2022c). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
- Socialdepartementet och SKR (2023a). *En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
- Socialdepartementet och SKR (2023b). *God och nära vård 2024. En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
- Socialdepartementet och SKR (2023c). *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
- Socialdepartementet och SKR (2023d). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
- Socialstyrelsen (2021). *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022a). *Barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022b). *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2021.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023a). *Anvisningar statsbidrag för 2023 till regioner för att öka antalet disponibla vårdplatser.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023b). *Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Delredovisning mars 2023.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023c). *Delredovisning av uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser (S2023/00680).* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023d). *Redovisning av 2022 års statsbidrag för att öka antalet vårdplatser (S2022/01259).* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023e). *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023f). *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2022.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024a). *Anvisningar statsbidrag för 2024 till regioner för att öka antalet disponibla vårdplatser.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024b). *Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Delredovisning mars 2024.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024c). *DRG-statistik 2022. En beskrivning av vårdproduktion och vårdkonsumtion i Sverige.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024d). *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2024e). *Redovisning av 2023 års uppdrag att betala ut statsbidrag till regioner för att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser (S2023/00680(delvis))*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024f). *Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024g). *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2023*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2024h). *Statistikdatabas för diagnoser* https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx [2024-04-16, 2024-12-20].
- Socialstyrelsen (2024i). *Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård*. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx [2024-10-19].
- Socialstyrelsens termbank. <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=738&SrcLang=sv>
- Statskontoret (2024a). *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen. Delrapport*. Stockholm: Statskontoret.
- Statskontoret (2024b). *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023. Antal, omfattning och innehåll*. Stockholm: Statskontoret.
- Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna, & Liberalerna (2022). *Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige*.
- Sveriges läkarförbund (2022). *Vårdplatsbristen har förvärrats. Arbetsmiljöenkäten 2022*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. 3 upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vård- och omsorgsanalys (2020). *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2023). *I rätt riktning? Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2024a). *Redo för framtiden? Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2024b). *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården

Delredovisning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.