

# Förbättringsarbete för balans och ökad produktionsförmåga

Möjligheter, exempel och reflektionsfrågor

# Ett stöd för den taktiska nivån

*Det här stödet riktar sig till er på taktisk nivå som vill systematisera produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS\*) i era verksamheter. Det ger förslag på metoder och verktyg men även råd kring hur ni kan bidra till systematik och struktur i hela organisationen.*

**Den taktiska nivån utgörs generellt av verksamhetsledningen** på en sjukhusklinik, vårdcentral, öppenvårdsmottagning eller motsvarande. Taktisk nivå har **en avgörande roll** i att koppla ihop den strategiska planeringen på högsta ledningsnivå och det operativa arbetet och faktiska utförandet av vården.

Idag ser erfarenheterna av PKS mycket olika ut i olika verksamheter. Det finns många exempel på hur utvecklingen av PKS drivs framåt av engagerade personer i verksamhetsledningen. Men **när ett systematiskt arbete saknas på taktisk nivå så kommer vårdens utförande inte att hänga ihop med den strategiska planeringen som görs på högre ledningsnivåer.**

För att arbetet på taktisk nivå ska fungera **krävs att de organisatoriska och tekniska förutsättningarna finns på plats.** Dessa har högsta ledningsnivå ansvar för att säkerställa. Högsta ledningsnivå har också ansvar för att bygga ett **engagerat och tydligt ledarskap** kring PKS genom hela organisationen – en förutsättning för att lyckas med implementeringen. Se Socialstyrelsens webbplats för stöd för strategisk nivå.

**PKS handlar om att se till att resurser finns på plats i rätt tid för att ge patienter vård av god kvalitet, utifrån behov.**

Verksamheternas uppdrag och budget sätter ramarna för PKS eftersom de specificerar vilken vård som ska bedrivas och till vilken kostnad, vilket till stor del styr den tillgängliga kapaciteten. **PKS hänger därmed tätt samman med ekonomistyrning. Socialstyrelsens stöd berör dock inte specifika metoder och processer för ekonomistyrning.** Verksamhetens budget hanteras som ett ingångsvärde till PKS, och ekonomiska utfall beskrivs som en möjlig del av PKS-uppföljningen för att möjliggöra ett lärande kring verksamhetens förutsättningar och behov.

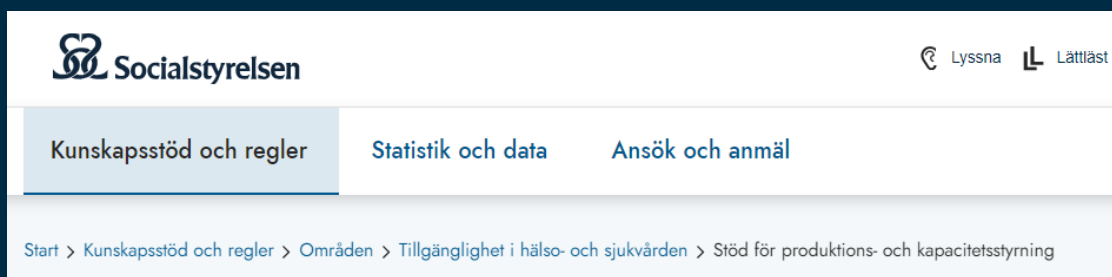
**Stödet är avgränsat till att behandla PKS i ett normalläge,** inte i krisberedskaps syfte. Ett stärkt PKS-arbete i regionerna förväntas dock underlätta åtgärder för att vid behov snabbt dimensionera om kapaciteten, exempelvis vid kriser eller katastrofer.

\*I Socialstyrelsens publikationer om produktions- och kapacitetsstyrning används förkortningen PKS. Detta är ett kunskapsområde inom vilket en rad olika modeller och metoder kan tillämpas.

# Innehållet bygger på litteratur och intervjuer, och ingår i ett samlat stöd till regionerna

*Stödet ett är ett av flera som finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats. Det är en del av ett samlat stöd till regionerna i kapacitets- och tillgänglighetsfrågor.*

## Stöd riktade till strategisk och taktisk nivå finns bland kunskapsstöden på Socialstyrelsens webbplats



### För taktisk nivå finns fyra stödmaterial:

1. Framtagandet av en produktionsplan från prognoser till överenskommelser
2. **Förbättringsarbete för balans och ökad produktionsförmåga (aktuellt stöd)** ←
3. Skapa förutsättningar för behovsbaserad schemaläggning
4. Uppföljning på taktisk nivå

Därtill samordnar Socialstyrelsen ett nätverk för kontinuerligt lärande kring PKS (se webbsidan för mer information).

### Innehållet i stöden bygger på

- Vetenskaplig litteratur
- Handböcker i PKS
- Regionala modell- och processbeskrivningar
- Ett stort antal intervjuer med region- och verksamhetsrepresentanter, genomförda under perioden september 2022-juni 2024

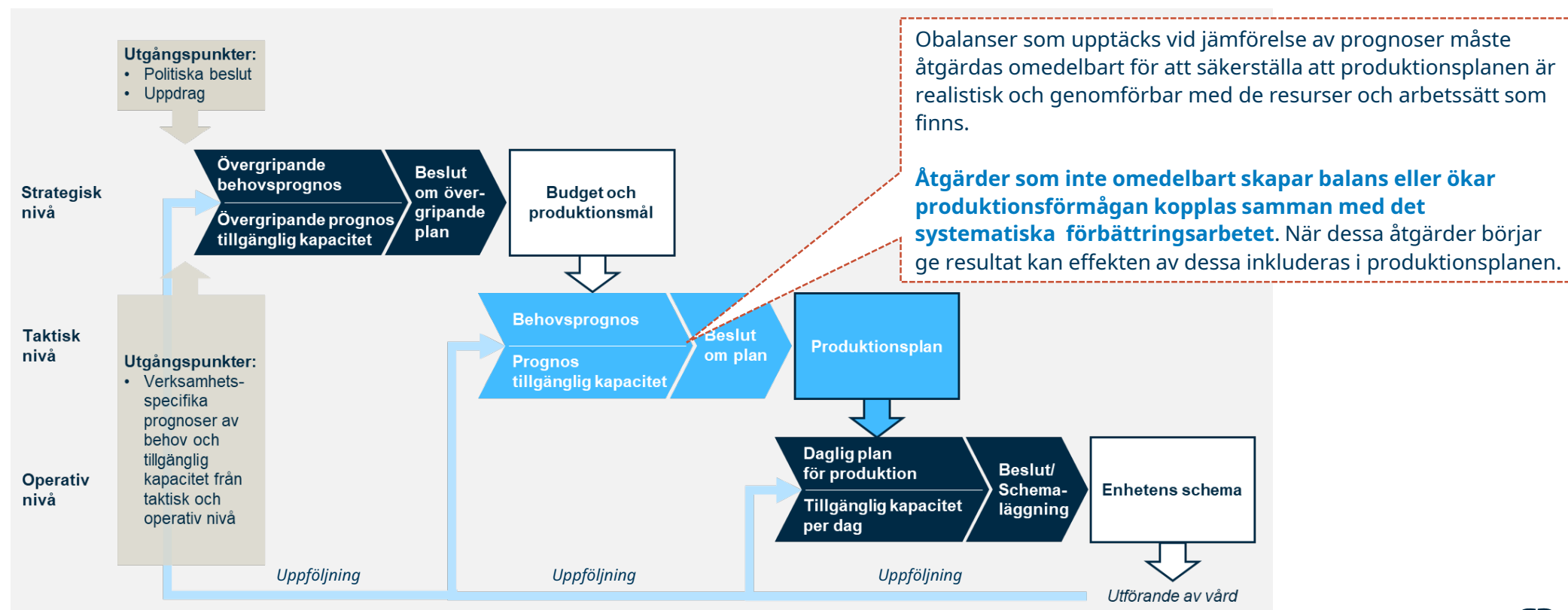
### Stöden innehåller exempel från regioner och verksamheter.

Syftet är att konkretisera de metoder och arbetssätt som beskrivs. Exempelen utgör inte råd eller rekommendationer från Socialstyrelsen, utan ska ses som inspiration. Det finns många sätt att strukturera och genomföra de olika delarna i PKS. Begrepp och termer som används i exemplen kan skilja sig från hur Socialstyrelsen tillämpar dessa.

För definitioner av centrala begrepp, se stödet *Centrala begrepp inom produktions- och kapacitetsstyrning i vården – kapacitet och närliggande begrepp*.

# Stöd för förbättringsarbete i relation till PKS

*Det här stödet ger underlag för att i verksamheten diskutera möjligheter att förbättra processer och arbetssätt för att skapa balans och öka produktionsförmågan på sikt. Sådana förbättringar görs som del i det systematiska förbättringsarbetet men behöver kopplas ihop med PKS eftersom de påverkar behov och kapacitet.*



# Innehåll

## 1

---

### Förbättringsarbete i relation till PKS

*Sidor 6-10*

## 2

---

### Möjligheter och exempel

*Sidor 11-23*

## 3

---

### Reflektionsfrågor

*Sidor 24-26*

## 4

---

### Källor

*Sidor 27-28*

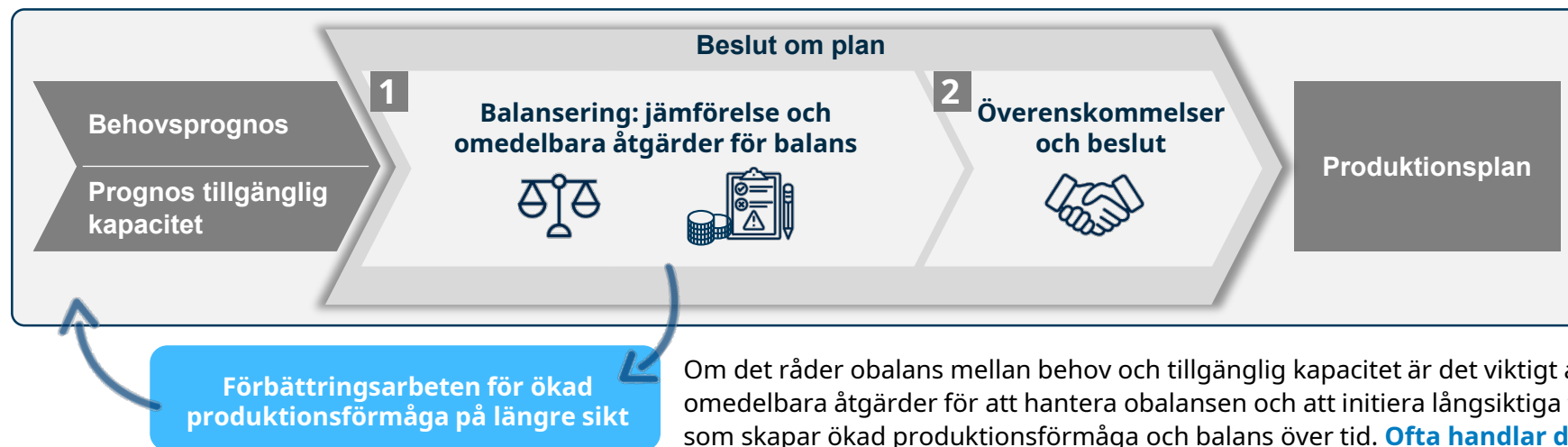
# Förbättringsarbete i relation till PKS



- ▶ *Förbättringsarbete: både output från och input till PKS*
- ▶ *Många positiva erfarenheter att utgå ifrån*
- ▶ *Generella tips kring förbättringsarbete i relation till PKS*

# Förbättringsarbete: både *output från* och *input till* PKS

*Genom PKS-arbetet kan ni identifiera både behov av och möjligheter till att öka produktionsförmågan och skapa mer långsiktig balans. Ta tillvara dem genom att ge uppdrag till enheter och följ regelbundet upp vilken påverkan förbättringsarbetet har på kapacitetsbehovet och/eller den tillgängliga kapaciteten.*



Om det råder obalans mellan behov och tillgänglig kapacitet är det viktigt att både vidta omedelbara åtgärder för att hantera obalansen och att initiera långsiktiga förbättringsarbeten som skapar ökad produktionsförmåga och balans över tid. **Ofta handlar det om att förbättra flöden, minska icke-värdeskapande tid och öka resurseffektiviteten**, och därigenom möjliggöra att verksamheten når sina mål och produktionsplaner inom satta ekonomiska ramar.

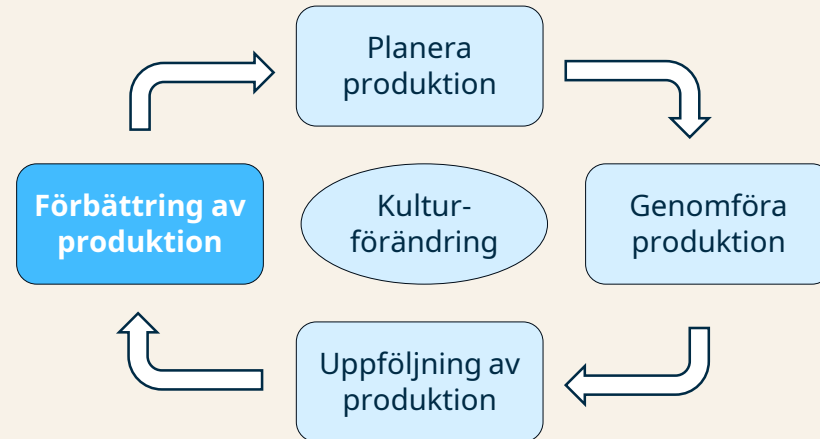
Om förbättringsarbetet ger **mätbara effekter** på kapacitetsbehovet eller den tillgängliga kapaciteten blir detta **viktig input till prognosarbetet nästa gång det görs**. Vid större förändringar bör prognoserna ses över direkt, så att produktionsplanen kan anpassas.



# Förbättringsarbete som del av PKS-modellen

## - Region Skåne

- Region Skåne beskriver löpande förbättringar som en integrerad del i systemet för PKS\*.
- I regionens modell beskrivs PKS följa en **cyklisk process**.
- Modellen består av fyra samverkande delar. De fyra delarna är planera produktion, genomföra produktion, uppföljning av produktion och **förbättring av produktion**. Ökad systematik för PKS ger en successiv kulturförändring.



\* I Region Skåne benämnt *Produktionsstyrning*  
 Källa: Regionstyrelsen, Region Skåne "Yttrande: Granskning av Produktivitet och effektivitet rapport nr 14"

*I Socialstyrelsens stöd beskrivs inte förbättringsarbetet som en del av PKS-modellen, men däremot som ett viktigt parallellt arbete.*

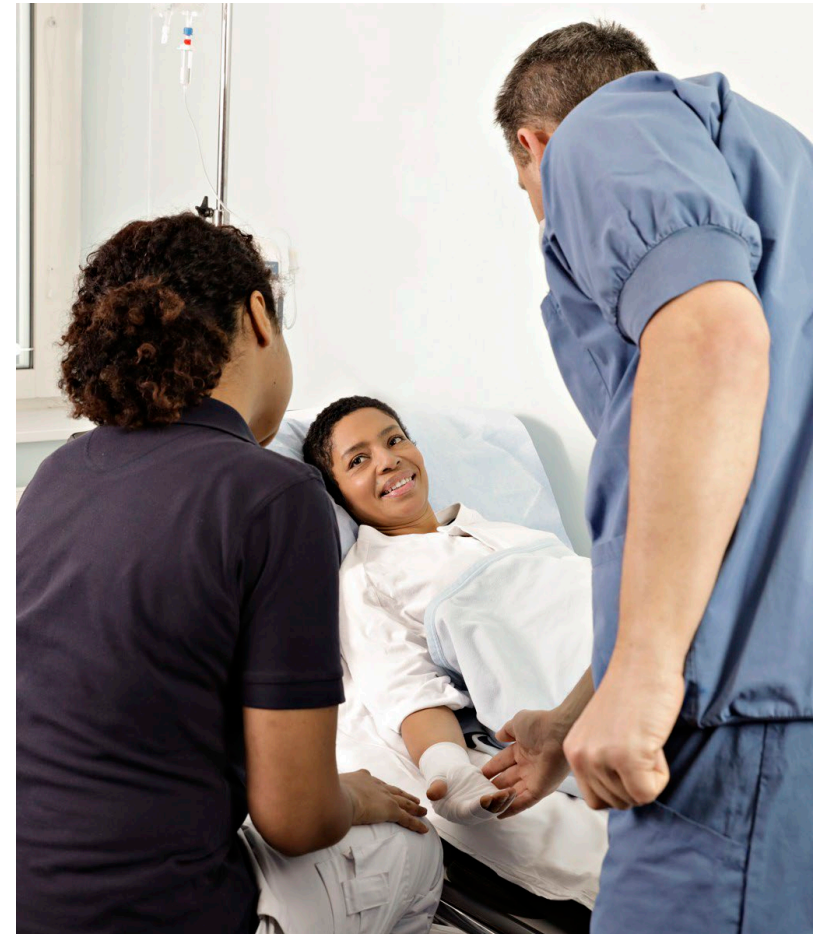


# Många positiva erfarenheter att utgå ifrån

*Regioner och verksamheter som utvecklat sitt PKS-arbete beskriver att detta gett upphov till en rad förbättringar i arbetssätt och processer. Stödet tar till stor del sin utgångspunkt i dessa beskrivningar.*

I korthet beskriver intervjuade verksamheter att...

- ...PKS har synliggjort var möjligheterna till förbättring finns och vilken betydelse de kan ha för patienters tillgång till vård och för arbetsmiljön.
- ...förbättringarna ofta har medfört en förbättrad tillgänglighet och ett mer effektivt resursnyttjande. Generellt beskrivs också att de gett en ökad stabilitet i planeringen och bättre framförhållning i schemalaggnen.



# Generella tips kring förbättringsarbete i relation till PKS

*Förbättringspotential som identifieras genom PKS sammanfaller sannolikt med era andra förbättringsarbeten, eftersom det i slutändan handlar om att stärka tillgänglighet, patientsäkerhet, vårdkvalitet och arbetsmiljö genom mer effektivt resursnyttjande. Arbetet bör också bedrivas inom ramen för ordinarie modeller och processer för förbättringsarbete. Här följer några generella tips.*



Använd **etablerade system och arbetssätt för förbättringsarbete** som redan används inom organisationen istället för att uppfinna hjulet på nytt. Generellt används ofta PDSA, processkartläggning eller tjänstedesign.



Skapa en **faktabaserad bild av möjligheter till ökad effektivitet** i verksamheten, exempelvis i form av ökade behov som uppstår på grund av långa vistelsetider på akutmottagningen eller långa väntetider. Vilka är grundorsakerna och hur mycket resurser skulle kunna frigöras?



**Kvantifiera obalans på ett sätt som skapar utrymme för innovation**, exempelvis genom att uttrycka en brist i form av antalet pass som behöver täckas, snarare än antalet personer som behöver anställas.



**Generera idéer i verksamheten** så att de i största möjliga mån utgår ifrån perspektiven hos dem som befinner sig närmast patienterna och därigenom har god inblick i behoven. Följ upp arbetets resultat i verksamheten och på taktisk nivå. Mer omfattande resultat bör även rapporteras till strategisk nivå.



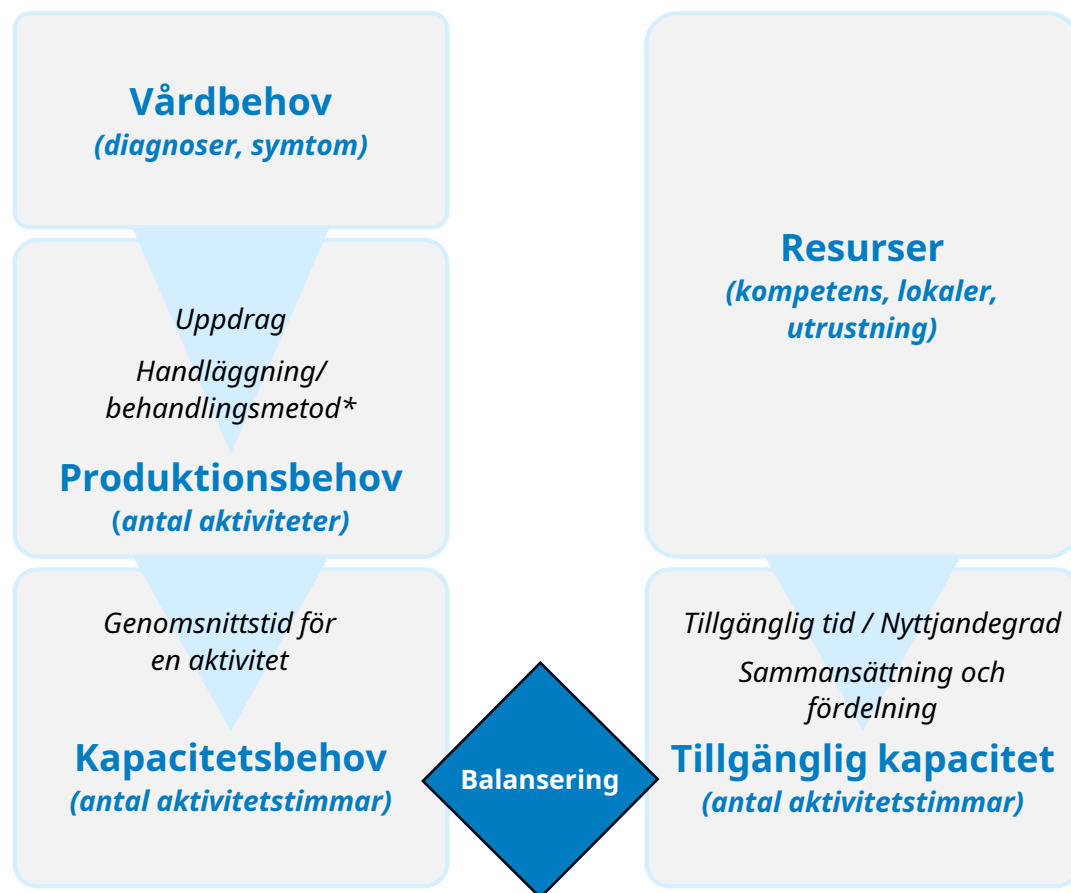
**Arbeta med tester och piloter i mindre skala** – utvärdera och justera innan mer permanenta förändringar implementeras. Många verksamheter vittnar om att detta både skapar utrymme att finslipa lösningar tidigt, och sänker tröskeln för att införa förändringar.

# Möjligheter och exempel



- ▶ *Vilka delar kan vi arbeta med för att skapa balans och öka produktionsförmågan?*
- ▶ *Att påverka vårdbehoven*
- ▶ *Att påverka produktionsbehoven*
- ▶ *Att påverka kapacitetsbehoven*
- ▶ *Att påverka resurserna*
- ▶ *Att påverka den tillgängliga kapaciteten*

# Vilka delar kan vi arbeta med för att skapa balans och öka produktionsförmågan?



*För att förstå möjligheterna till förbättring kan det vara hjälpsamt att bryta ner balansen i sina beståndsdelar. Vad kan vi göra för att minska kapacitetsbehovet, alternativt öka den tillgängliga kapaciteten?*

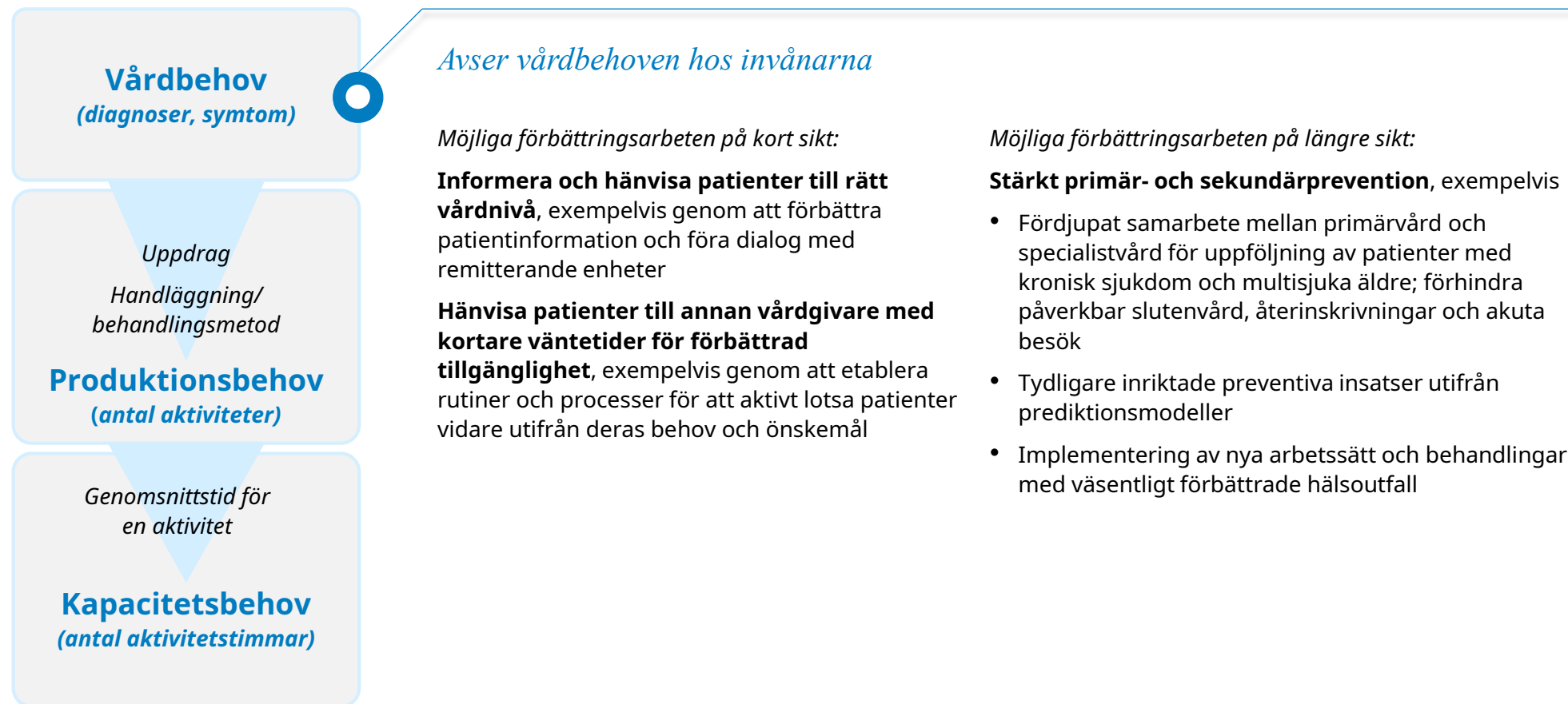
*Kommande sidor ger exempel på vad som går att påverka i varje del genom olika typer av förbättringsarbeten.*

*Flera av exemplen som ges görs på operativ nivå, men följs upp på taktisk nivå inom ramen för PKS.*

*Viktigt att effekten av dessa förbättringsarbeten räkna in i produktionsplanen när det har gett effekt, inte innan för att skapa en realistisk plan.*

\*Med handläggning/behandlingsmetod avses vilka vårdaktiviteter som utförs för att möta ett visst vårdbehov.

# Att påverka vårdbehoven



//

**Vi har börjat jobba strukturerat med att hitta patienter som löper hög risk att behöva sjukhusvård. Vårt mål är inte att reducera den totala vårdanvändningen men att ge rätt vård på rätt nivå, och inte missa saker som gör att de behöver komma in igen.**

Samordnare nära vård



# Att påverka produktionsbehoven



*Avser den vård som behövs för att möta invånarnas behov, utifrån hur patientflödena ser ut samt hur vården utförs och organiseras*

*Möjliga förbättringsarbeten på kort sikt:*

**Minska "falska behov"**, exempelvis genom proaktiv kommunikation med patienter inför besök för att undvika ombokningar, och insatser för att reducera sena strykningar

**Omprioriteringar i och/eller av patientflöden på taktisk nivå**, exempelvis genom att minska antalet återbesök för vissa patientgrupper till förmån för patienter som väntar på vård

*Möjliga förbättringsarbeten på längre sikt:*

**Att avstå behandlingar och undersökningar som inte är av värde för patienterna**, så kallad lågvärdevård under de omständigheter som rekommenderas av specialistföreningar - även benämnt som kloka kliniska val

**Utöka egenvård och egenmonitorering**, exempelvis genom att implementera beprövade medicintekniska produkter och arbetssätt på patientgrupper med långa vårdtider

**Systematiskt skifta vård till andra vårdnivåer genom** omställning till god och nära vård vilket kan inkludera att utöka andelen kirurgi som utförs som dagkirurgi, vårda patienter i hemmet i större utsträckning när medicinskt motiverat eller nyttja mer dagvård istället för sluten vård där det går

\* Här avses den del av uppdraget som rör vårdproduktion. Vårdens utbildningsuppdrag är en förutsättning för att säkerställa kapacitet på längre sikt men behandlas inte här då stödet fokuserar på åtgärder som vidtas inom ramen för planering och styrning av vårdproduktionen.

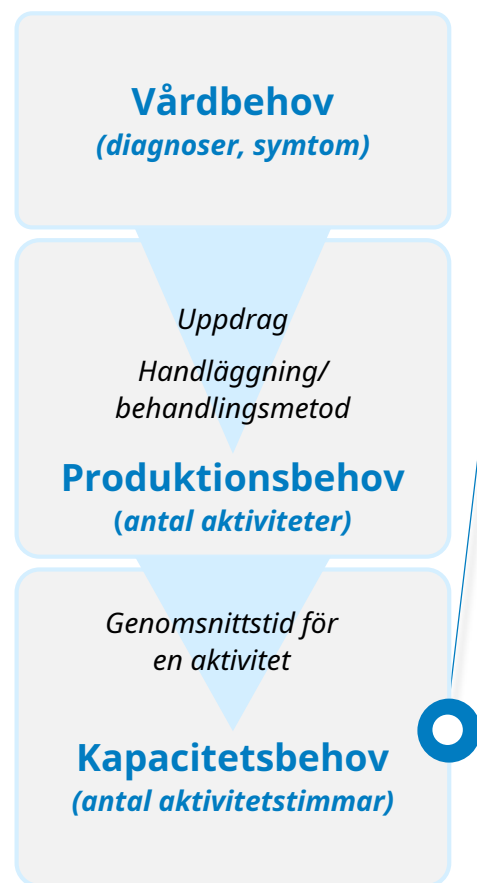


”

**Vi satsar på dagvård nu. Till exempel har vi tillsammans med kardiologen utvecklat ett nytt akutflöde där vi plockar upp patienter med förmaksflimmer från akuten snabbare och gör elkonvertering vid behov – då kan patienten ofta gå hem innan dagen är slut.**

Verksamhetschef på en akutvårdsavdelning

# Att påverka kapacitetsbehoven



*Avser den kapacitet som behövs för att producera vården, beroende på arbetssätt och processer\**

*Möjliga förbättringsarbeten på kort sikt:*

**Effektivisera enskilda arbetsmoment**, exempelvis genom att införa nya verktyg för läkemedelshantering eller mätning av vitalparametrar

**Förbättra processer** genom att minimera flaskhalsar och ledtider genom att exempelvis säkerställa att rätt kompetens och information finns tillgängliga vid rätt skede i patientflödet.

*Möjliga förbättringsarbeten på längre sikt:*

**Påskynda införandet av digitala, effektiviserande verktyg**, exempelvis automatisk informationsöverföring och AI-tillämpning.

**Stärk samarbetet mellan vårdnivåer för att minska kapacitetsbehovet i processen som helhet**, exempelvis genom videokonsultationer med annan specialist direkt i patientbesök på vårdcentral

**Reducera variationer i flödet för att minska behovet av överkapacitet**, exempelvis genom att jämna ut de planerade flödena över veckan och dagen

**Differentiera kompetens och insatser utifrån patienters vårdintensitet/omvårdnadsbehov**, exempelvis genom att definiera patientkategorier och därtill kopplade bemanningsnycklar

\* Eftersom kapacitetsbehovet beror på arbetssätt och processer påverkas det även av generella faktorer som organisation, ledarskap och kultur.

”

**Vi valde ett patientflöde i taget och samlade berörda verksamheter till gemensamt processarbete. Tillsammans satte vi mål och överenskommelser för att minska flaskhalsar. Till exempel finns fysioterapeuter nu på lördagar så att patienter kan bli färdiga och skrivas ut under helgen istället för att vänta till måndagen.**

Verksamhetsutvecklare inom anestesi på ett universitetssjukhus



# Att påverka resurserna

*Avser de resurser som finns tillgängliga för att ge vård till patienter*

*Möjliga förbättringsarbeten på kort sikt:*

**Utöka antalet medarbetare med rätt kompetens**, exempelvis genom att rekrytera, låna in från andra flöden eller anlita hyrpersonal

**Höj kompetensen hos tillgängliga medarbetare**, exempelvis fortbildning inom de områden där det saknas kompetens och användning av kompetensstegar

**Utöka eller anpassa tillgängliga lokaler och utrustning**

*Möjliga förbättringsarbeten på längre sikt:*

**Insatser för ökat kvarstannande**, exempelvis förbättrad arbetsmiljö, arbetsvillkor och fortbildningsmöjligheter

**Insatser för minskad sjukfrånvaro**, exempelvis genom löpande uppföljning och stöd

**Stärk tillgången till personer med rätt kompetens**, exempelvis genom utökade utbildningsinsatser

**Resurser**  
*(kompetens, lokaler,  
utrustning)*

*Tillgänglig tid / Nyttjandegrad  
Sammansättning och  
fördelning*  
**Tillgänglig kapacitet**  
*(antal aktivitetstimmar)*

”

**Vi roterar systematiskt medarbetare mellan två snarlika flöden för att säkerställa att de har den kompetens som behövs för att kunna hoppa in i det andra flödet när det uppstår luckor.**

Chef för omvårdnad i akut verksamhet på ett universitetssjukhus

# Att påverka den tillgängliga kapaciteten

*Avser den kapacitet som finns tillgänglig för att möta behoven i verksamheten, beroende på hur resurserna nyttjas och sätts samman\**

*Möjliga förbättringsarbeten på kort sikt:*

**Anpassa teamsammansättningen**, på ett sätt som optimerar kompetensnyttjandet för de flöden som har en kapacitetsbrist

**Utöka öppettider på begränsande lokaler eller utrustning**, exempelvis operationssalar, röntgen eller strålbehandlingsrum (förutsatt att personal finns tillgänglig)

**Planera om hur icke-klinisk tid förläggs för att styra kapacitet mot perioder av kapacitetsbrist**, exempelvis genom att flytta utbildningar, forskningstid och tid för verksamhetsutveckling

*Möjliga förbättringsarbeten på längre sikt:*

**Förändra kompetenssammansättningen**, exempelvis genom utbildning/fortbildning, eller genom att i rekrytering aktivt sträva efter en mer eller mindre senior sammansättning beroende på om personalstyrkan behöver blir större eller kunna vara tillgängliga för fler vårdtjänster

**Samnyttja lokaler och utrustning**, exempelvis genom att förlägga verksamheter med möjlighet till samarbete i anslutning till varandra

**Sambemanna avdelningar och flöden**, exempelvis i verksamheter med likartade omvårdnadsbehov

**Frigör tid hos medarbetare**, exempelvis genom uppgiftsväxling till yrkesgrupper som inte är begränsande, eller insatser för minskad administration

**Minska icke-värdeskapande tid i verksamheten**, exempelvis genom att minska bytestider på operation

## Resurser

*(kompetens, lokaler, utrustning)*

*Tillgänglig tid / Nyttjandegrad*

*Sammansättning och fördelning*

## Tillgänglig kapacitet

*(antal aktivitetstimmar)*

\* Eftersom tillgänglig kapacitet beror på hur resurserna nyttjas och sätts samman påverkas den av generella faktorer som organisation, ledarskap och kultur.

//

Av tradition har utbildningar och forskningstid ofta hamnat i slutet av året. Nu när vi har koll på flödena skulle vi aldrig lägga dem där eftersom behovet är stort just då.

Verksamhetschef på öppenvårdsmottagning för barn



# Nedbrytning av produktionsförmågan

## - Region Örebro län

Regionen använder en **kapacitetsformel som synliggör vilka parametrar som avgör verksamhetens produktionsförmåga**. Därigenom skapas en **samsyn kring vilka parametrar som går att arbeta med** för att förbättra den, och uppföljning över tid möjliggör mer fokuserat förbättringsarbete och faktabaserade diskussioner i organisationen.

Kapacitetsformeln definierar kapacitet som produktionsförmåga, uttryckt i volym som exempelvis antal aktiviteter. Detta är en funktion av antal planerbara resursuppsättningar, resursuppsättningarnas tillgängliga tid för aktiviteter, dess nyttjandegrad och medelprocesstid (som tidigare i stödet benämns genomsnittlig tid) för den aktivitet som produktionsförmågan beräknas för.

$$K = \frac{P_{res} * t_{res} * N}{t_{med}}$$

$K$  = Kapacitet (Antal aktiviteter, eller annan volym)

$P_{res}$  = Antal planerbara resursuppsättningar (exv. Bemannade lokaler)

$t_{res}$  = Tillgänglig tid för aktiviteter ( $t_{res}$  på plats och redo)

$N$  = Nyttjandegrad (täcker även beläggning och total variation)

$t_{med}$  = Medelprocesstid för ett  $K$  (aktiviteten)

*Formeln uttrycker innehållet på ett annat sätt än Socialstyrelsens stöd, men utgår ifrån samma logik om att bryta ner produktionsförmågan i olika komponenter för att förstå vilka delar det finns behov av och möjligheter till att förbättra.*

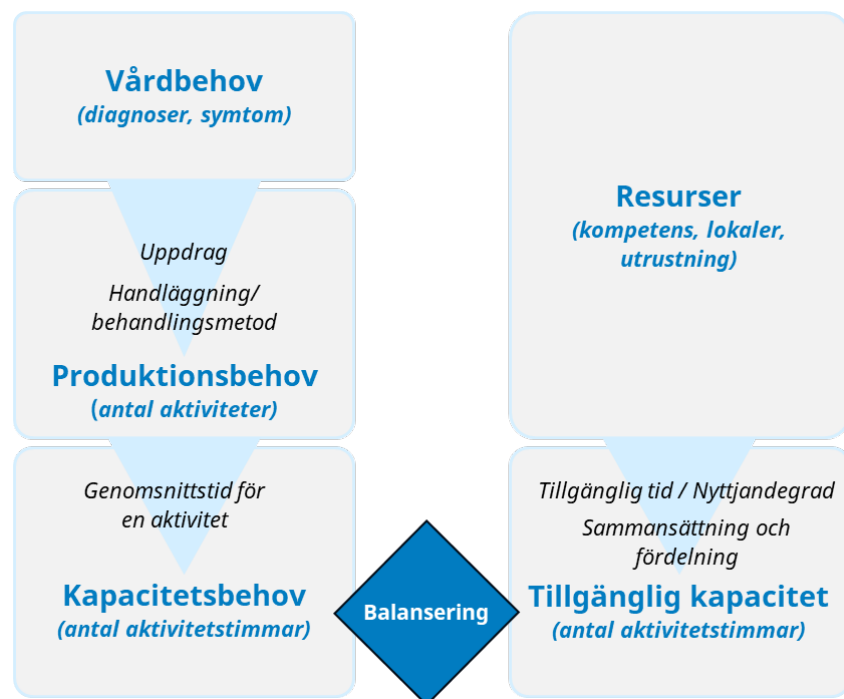
# Reflektionsfrågor



- ▶ *Har vi en faktabaserad bild av verkliga behov och möjliga effekter?*
- ▶ *Vad behöver vi för att gå vidare?*

# Har vi en faktabaserad bild av verkliga behov och möjliga effekter?

*Vid obalans kan det ligga nära till hands att önska mer resurser. Givet nuvarande och framtida utmaningar med kompetensförsörjning är det viktigt att inte stanna där utan gräva djupare för att hitta nya lösningar.*



## Exempel på frågor att diskutera i verksamheten:

- Är det tydligt för oss hur omfattande obalansen mellan kapacitetsbehov och tillgänglig kapacitet är idag?
- Är det tydligt för oss vad obalansen består i? Har vi analyserat t.ex. förändringar i kapacitetsbehov eller tillgänglig kapacitet över tid?
- Har vi en faktabaserad bild av vårt resursnyttjande? Har vi jämfört t.ex. nyttjandegrad av resurser och resursåtgång för aktiviteter:
  - med andra jämförbara verksamheter?
  - över tid?
- Har vi en faktabaserad bild av hur vi handlägger våra patienter? Har vi jämfört t.ex. medelvårdtider, antal återbesök, och diagnostik:
  - med jämförbara verksamheter?
  - över tid?
- Vet vi hur stor betydelse de förbättringsarbeten vi överväger kan ha?
  - Har vi räknat på hur mycket kapacitetsbehovet minskar om vi t.ex. reducerar antalet återbesök för vissa patienter med kronisk sjukdom eller övergår till videosamtal för några av våra besök?
  - Har vi räknat på hur många vårddygn vi skulle kunna spara om vi t.ex. implementerade beprövade arbetssätt för egenvård och dagkirurgi? Och vad detta skulle innebära för vårt totala kapacitetsbehov?

# Vad behöver vi för att gå vidare?

Vad i beskrivningen har vi bäst förutsättningar för och idéer kring att förändra?

Vad behöver vi för att i större utsträckning kunna lära av andra och ta till oss beprövade arbetssätt och metoder?

Hur skulle vi i större utsträckning kunna använda de praktiska verktyg och medicintekniska produkter som vi ser skulle effektivisera arbetet?

Finns det något som hindrar oss från att utveckla våra processer och arbetssätt? Vad kan vi göra för att förändra detta?

# Källor

# 4

# Källor

- Brandt J, Palmgren M. Produktionsstyrning i sjukvård. Lund: Lyxo; 2015.
- Intervjuer med verksamhetsrepresentanter som arbetar med PKS
- Region Skåne. Region Skånes system för produktionsstyrning – modell, arbetssätt och definitioner. Kristianstad: Koncernkontoret – avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning; 2024.
- Rosenbäck R. Produktionsstyrning i sjukvården – en väg framåt. Lund: Studentlitteratur; 2017.
- Socialstyrelsen. Plats för vård - Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. 2024-5-9098.
- Socialstyrelsen. På väg mot en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. 2023-10-8814.
- Socialstyrelsen. Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. 2023-5-8573.
- Socialstyrelsen. Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. 2024-4-9014.

