



Regionens revisorer

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor
Tfn: 063-14 75 24

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Granskning av operationsverksamheten

På vårt uppdrag har Helseplan genom revisionskontoret genomfört en granskning av operationsverksamheten. Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt en tillfredställande styrning, uppföljning och kontroll av att operationsverksamheten bedrivs på ett effektivt sätt

Vår samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden i huvudsak har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten. Produktions- och kapacitetsplaneringen stödjer en ändamålsenlig fördelning av resurser och ger flexibilitet i salstilldelningen, vilket bidrar till ett stabilt nyttjande över tid. Det finns etablerade arbetssätt för uppföljning och användning av statistik i styrningen, även om förbättringar krävs avseende strykningar, bytestider, knivtider och starttider.

Det preoperativa teamarbetet är väl etablerat och arbetsmiljöarbetet bedrivs systematiskt. Samtidigt begränsar lokaler och utrustning verksamhetens möjligheter att arbeta fullt ut effektivt och flexibelt. Sammantaget visar granskningen en stabil struktur för planering, samverkan och uppföljning.

Våra rekommendationer är att:

- Systematiskt analyserar orsaker till avvikelser i starttider och strykningar för att identifiera mönster och vidta relevanta åtgärder.
- Genomför analyser av salsnyttjande och fastställer tydliga mål för bytestider för att stärka effektiviteten i operationsflödet.
- Återkommande redovisar hur lokalernas och utrustningens begränsningar påverkar verksamheten som underlag för beslut om prioriteringar.
- Använder kvalitetssäkrade data i produktions- och kapacitetsplaneringen på års-, månads- och veckonivå för att skapa stabila förutsättningar för hög operationstakt.
- Utreder behovet av ett dedikerat systemstöd för produktions- och kapacitetsplanering.

2025-12-17

Regionens revisorer

Vi emotser senast den 8:e april 2026 en redovisning av vilka åtgärder som hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit eller avser vidta samt tidplan med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer


Jan Rönngren
Ordförande


Viveca Asproth
Vice ordförande

Bilaga

Revisionsrapport – Granskning av operationsverksamheten dnr: REV/12/2025
Rapportsammandrag – Granskning av granskning av operationsverksamheten
dnr: REV/12/2025

Kopia till

Regionstyrelsen
Regiondirektören

Granskning av operationsverksamhet

December 2025

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING	1
2. INLEDNING	3
2.1. BAKGRUND	3
2.2. SYFTE	4
2.3. REVISIONSFRÅGOR	4
2.4. REVISIONSKRITERIER	4
2.5. METOD	5
2.5.1. DOKUMENTGRANSKNING	5
2.5.2. INTERVJUER	5
2.5.3. SUBSTANSGRANSKNING	5
2.5.4. GAP-ANALYS	6
2.6. PROJEKTORGANISATION	7
3. EFFEKTIVT NYTTJANDE AV OPERATIONSRESURSER	7
3.1. PRODUKTION- OCH KAPACITETSPLANERING	10
3.2. FLEXIBILITET I FÖRDELNINGEN AV OPERATIONSUTRYMMET	12
3.3. ARBETE MED STARTTIDER, BYTESTIDER OCH STRYKNINGAR	14
3.4. PREOPERATIVT TEAMARBETE	16
3.5. SAMMANFATTAD ANALYS OCH BEDÖMNING – EFFEKTIVT NYTTJANDE AV OPERATIONSRESURSERNA	17
4. LOKALER OCH UTRUSTNING	19
5. UPPFÖLJNING AV OPERATIONSVERKSAMHET	21
5.1. KVALITETSSÄKRAD STATISTIK OCH REALTIDSDATA	21
5.2. ÅTERRAPPORTERING AV MÅL OCH UPPDRAG	22
5.3. SAMMANFATTAD BEDÖMNING - UPPFÖLJNING AV OPERATIONSVERKSAMHET	23
6. MEDARBETARKULTUR OCH ARBETSMILJÖ	25
6.1. SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE	25
6.2. IDENTIFIERING AV MISSNÖJE OCH ÅTGÄRDSARBETE	26
7. SAMLAD BEDÖMNING – GRANSKNING AV OPERATIONSVERKSAMHETEN	28
BILAGOR	29
BILAGA 1 – GRANSKADE DOKUMENT	29
BILAGA 2 – INTERVJUADE FUNKTIONER	30

1. Sammanfattning

Inledning

Denna granskning har genomförts på uppdrag av Region Jämtland Härjedalens revisorer. Syftet har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten bedrivs på ett effektivt sätt. Granskningen har fokuserat på hur operationsresurserna nyttjas, hur kapacitets- och produktionsplanering används i verksamheten, om lokaler och utrustning ger tillräckliga förutsättningar samt hur regionen arbetar med uppföljning, intern kontroll och medarbetarkultur.

Samlade iakttagelser

Granskningen visar att produktion- och kapacitetsplaneringen har utvecklats och att verksamheterna använder gemensamma underlag, visualiseringar och forum i planeringsarbetet. Statistik och realtidsdata har blivit mer tillförlitliga och används återkommande i uppföljning och styrning. Det preoperativa teamarbetet stöds av styrande dokument och etablerade forum där berörda aktörer samverkar. Flexibiliteten i salstilldelningen hanteras genom rutiner och samordning mellan kliniker. Granskningen visar samtidigt att lokaler och utrustning har betydande begränsningar som påverkar flöden, arbetsmiljö och flexibilitet. Arbete med arbetsmiljö och medarbetarkultur följs genom enkäter, dialog och interna forum, och signaler om missnöje hanteras i dialog mellan chef och medarbetare.

Samlad bedömning

Helseplan bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att operationsverksamheten bedrivs på ett effektivt sätt. Produktion- och kapacitetsplaneringen stödjer fördelningen av operationsresurser samt en tillfredsställande flexibilitet i salstilldelning vilket medför ett stabilt salsnyttjande över åren. Vidare finns det etablerade arbetssätt för att följa upp verksamheten och använda statistiskt underlag i styrningen även om arbetet med strykningar, bytestider, knivtider och starttider behöver förbättras ytterligare. Det preoperativa teamarbetet bedöms vara väl etablerat och arbetsmiljöarbetet bedrivs systematiskt. Samtidigt bedöms lokaler och utrustning inte fullt ut vara ändamålsenliga, vilket begränsar verksamhetens möjligheter att arbeta effektivt och flexibelt. Sammantaget visar granskningen en stabil struktur för planering, samverkan och uppföljning inom operationsverksamheten.

Rekommendationer

Helseplan rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att verksamheten systematiskt analyserar orsaker till avvikelser i starttider genom att följa upp operationer utifrån ett flödesperspektiv genom att identifiera återkommande mönster och möjliggöra relevanta åtgärder.
- Säkerställa att verksamheten genomför analyser av salsnyttjande och strykningsandelar utifrån starttid och hur initiala förseningar kan påverka operationsflödet under dagen.
- Fastställa tydliga mål för bytestidens andel av den totala operationstiden för att stärka förutsättningarna för ett mer effektivt och sammanhållet operationsflöde.
- Säkerställa att verksamheten återkommande redovisar hur lokalernas och utrustningens begränsningar påverkar operationsflödet så att nämnden har ett samlat underlag för beslut om inriktning och prioritering.
- Säkerställa att kvalitetssäkrad data och statistik över genomförd produktion används som grund i produktions- och kapacitetsplaneringen på års-, månads- och veckobasis för att skapa ändamålsenliga förutsättningar för en jämn och hög operationstakt.
- Utredda behovet av ett dedikerat systemstöd för produktions- och kapacitetsplanering.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Brister inom operationsverksamheten kan få konsekvenser för både patienter och för sjukvårdens ekonomi. När operationsflödet inte fungerar optimalt riskerar väntetiderna för patienter som är i behov av kirurgiska ingrepp att förlängas. Detta kan orsaka onödigt lidande, försämrad livskvalitet och ökad risk för medicinska komplikationer, eftersom patienternas tillstånd kan förvärras under väntetiden. I vissa fall kan detta även leda till att patienter tvingas söka akut vård, vilket ytterligare belastar vårdsystemet.

Ur ett ekonomiskt perspektiv innebär ineffektivitet att resurser som operationssalar, personal och utrustning inte används på ett optimalt sätt. Det leder till ökade kostnader, bland annat genom fler akuta ingrepp, längre vårdtider och behov av ytterligare resurser för att hantera samma patientvolym. Fördröjda operationer kan dessutom bidra till längre sjukskrivningar, vilket påverkar individens arbetsförmåga och får negativa samhällsekonomiska konsekvenser.

Mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys under hösten 2024 har regionens revisorer bedömt det som angeläget att granska operationsverksamheten, då den senast granskades 2009 och vissa brister då identifierades. Revisorerna beslutade att en fördjupad riskanalys skulle genomföras för att närmare undersöka eventuella riskområden.

En fördjupad riskanalys genomfördes under våren där olika riskområden identifierades, såsom otillräcklig kapacitetsplanering, bristande IT- och systemstöd, ineffektiv schemaläggning samt behov av förbättrad statistikhantering. Det framkom även risk för att operationssalar inte alltid nyttjas effektivt, vilket ibland leder till outnyttjade resurser. Logistiska brister, sena ändringar i operationsprogrammet och otillräckliga patientförberedelser påverkar också verksamheten negativt. Därtill finns fysiska begränsningar, såsom små operationssalar, bristande luftkvalitet och en underdimensionerad uppvakningsenhet. Inom vissa kliniker förekommer även kulturella hinder, bristande teamarbete och kommunikationsproblem.

Mot bakgrund av resultatet av den fördjupade riskanalysen har revisorerna bedömt att det finns ett tydligt behov av att genomföra en fördjupad granskning av operationsverksamheten.

2.2. Syfte

Granskningens syfte är att svara på om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att operationsverksamheten bedrivs på ett effektivt sätt.

2.3. Revisionsfrågor

Granskningen har lämnat svar på följande frågeställningar:

- Sker ett effektivt nyttjande av operationsresurserna?
 - Nyttjas produktion- och kapacitetsplanering i operationsplaneringen på ett tillfredsställande sätt?
 - Finns en tillfredsställande flexibilitet i fördelningen av operationsutrymmet så att risken för outnyttjade operationssalar minimeras?
 - Sker ett systematiskt arbete för att förbättra starttider, bytestider och minska strykningar?
 - Sker ett tillfredsställande preoperativt teamarbete mellan berörda aktörer?
- Finns ändamålsenliga lokaler och utrustning för att genomföra operationer på ett effektivt och säkert sätt?
- Följs operationsverksamheten upp på ett tillfredsställande sätt?
 - Finns kvalitetssäkrad statistik och realtidsdata att använda i förbättringsarbetet?
 - Finns en tillfredsställande återrapportering av mål och uppdrag?
- Sker ett systematiskt arbete för att främja en god medarbetarkultur?
 - Fångas eventuellt missnöje hos personalen upp som medför lösningssorienterade åtgärder och främjar en god medarbetarkultur?

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningskriterier som utgör grunden för revisionens analyser och slutsatser. Revisionskriterierna i detta uppdrag är bland annat:

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Arbetsmiljöverkets föreskrift om en organisatorisk och social arbetsmiljö
- Regionplan och budget 2025–2027

2.5. Metod

Granskningen har utförts genom metoderna dokumentgranskning, intervjuer, substansgranskning och gap-analys.

2.5.1. Dokumentgranskning

Dokumentgranskningen har omfattat såväl styrande dokument som verksamhetsspecifika planer, rapporter och rutiner som är centrala för styrning, planering och genomförande av operationsverksamheten. Genomgången har syftat till att bedöma om det finns ändamålsenliga processer, tydliga ansvarsfördelningar och etablerade arbetssätt som stödjer ett effektivt nyttjande av operationsresurserna.

2.5.2. Intervjuer

Sammanlagt har tolv personer intervjuats, bestående av politiska företrädare, förvaltningsledning, divisions- och områdeschefer samt verksamhetsnära funktioner inom Anestesi, Operation, IVA, Kirurgi och Ortopedi. Urvalet har skett i dialog med revisionskontoret för att säkerställa att relevanta perspektiv i styrning, planering och genomförande av operationsverksamheten omfattas. Intervjuerna har genomförts semistrukturerat och dokumenterats i sammanfattningar. Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att sakgranska rapportens innehåll.

2.5.3. Substansgranskning

Substansgranskningen har omfattat att statistik över operationsverksamheten tagits fram och analyserats. Arbetet har omfattat både sammanställning av rådata och kvalitetssäkring av dessa uppgifter mot verksamhetens egen statistik. Syftet har varit att säkerställa att de beräkningar och mått som redovisas i rapporten bygger på korrekta och konsistenta uppgifter.

Rådata har hämtats från operationsplaneringssystemet och avser bland annat genomförda och strukna elektiva operationer, salstider, tidpunkter för operationsstarter, bytestider samt information om sena ändringar i operationsprogrammet. Rådata har sammanställts och därefter validerats mot verksamhetens aggregerade statistikuttag för att säkerställa att volymer och mönster överensstämmer. Eventuella avvikelser har analyserats och korrigerats innan bearbetning av måtten påbörjats.

Statistiken omfattar endast operationsenheten C-OP och salarna 1–14. Detta urval har gjorts för att analysera den del av operationsverksamheten som är mest relevant för uppdraget och att datan är jämförbar över tid. De mått som redovisas avser

vardagar i de fall detta ger en mest rättvisande bild av verksamhetens flöden, exempelvis för salutnyttjande, bytestider och starttider. Dessa mått påverkas i hög grad av schemaläggning och bemanning och är därför avgränsade till dagar då ordinarie planering gäller.

Vid beräkningen av bytestid har endast operationer som startar mellan klockan 08.00 och 16.00 på vardagar inkluderats, för att undvika att kvälls- och nattoperationer påverkar måttets nivå. Salutnyttjandet har beräknats som faktisk operationstid inom schemalagd tid i relation till schemalagd salstid, vilket oftast är mellan klockan 08.00 och 16.15 på vardagar. Starttidsmålet avser andelen operationer som startar före 08.45, vilket är den tidpunkt som verksamheten använder som riktmärke för planerad start.

För måttet avseende kortvarseländringar i operationsplaneringen har antal avbokningar och tillkommande operationer inom 24 timmar sammanställts och analyserats över tid. Måttet används för att belysa stabilitet och flexibilitet i planeringen. För relationen mellan strukna och genomförda operationer har utvecklingen över tid analyserats för att visa hur stor del av den planerade elektiva produktionen som realiseras.

Vid framtagandet av statistiken har rimlighetsbedömningar genomförts av måttens nivåer och utveckling över tid. Det har även säkerställts att förändringar i verksamhetens registreringsrutiner inte påverkat tolkningen av resultaten. Statistik över avvikelser kopplade till lokaler och utrustning har sammanställts för att belysa frekvens och betydelse av sådana händelser i relation till övriga avvikelser.

Den statistik som presenteras i rapporten är därmed kvalitetssäkrad, spårbar till rådata och avgränsad till de delar av verksamheten där datan är jämförbar, tillförlitlig och relevant för revisionsfrågorna.

2.5.4. Gap-analys

Som ett kompletterande metodmoment har en gap-analys genomförts för att belysa i vilken utsträckning operationsverksamheten uppfyller de krav och förväntningar som kan ställas utifrån god styrning och effektiv resursanvändning. Analysen har utgått från en övergripande målbild för hur en välfungerande operationsverksamhet bör vara organiserad och följas upp. Målbilden har ställts i relation till ett nuläge som har identifierats genom dokumentgranskning, intervjuer, dataanalys och substansgranskning. I tabell 1 ges ett enkelt allmänt exempel på gap-analysens innehåll.

Arbetet har bestått i att systematiskt jämföra målbild och nuläge för att identifiera eventuella gap och värdera om dessa utgör strukturella brister, tillfälliga avvikelser eller utvecklingsområden. Gap-analysen har därmed skapat en tydlig koppling mellan revisionskriterier, revisionsfrågor och de praktiska observationer som gjorts samt

bidragit till att synliggöra både styrkor och förbättringsbehov på ett mer samlat och transparent sätt.

Tabell 1: Enkelt allmänt exempel på en gap-analys

Målbild	Det önskade läget kopplat till frågan
Nuläge	Det iakttagna nuläget kopplat till frågan
Gap	Identifierad skillnad mellan målbild och nuläge

2.6. Projektorganisation

Från Helseplan Consulting Group AB deltog Pär Ahlborg som projektledare, Amanda Gyllenswärd och Andreas Skånberg som seniorkonsult samt Ted Leinsköld och Roger Skogman som experter. Granskningen genomfördes under perioden oktober – december 2025.

3. Effektivt nyttjande av operationsresurser

Detta kapitel besvarar revisionsfrågorna: *Sker ett effektivt nyttjande av operationsresurserna?, Nyttjas produktion- och kapacitetsplanering i operationsplaneringen på ett tillfredsställande sätt?, Finns en tillfredsställande flexibilitet i fördelningen av operationsutrymmet så att risken för outnyttjat operationssalar minimeras?, Sker ett systematiskt arbete för att förbättra starttider, bytestider och minska strykningar? och Sker ett tillfredsställande preoperativt teamarbete mellan berörda aktörer?*

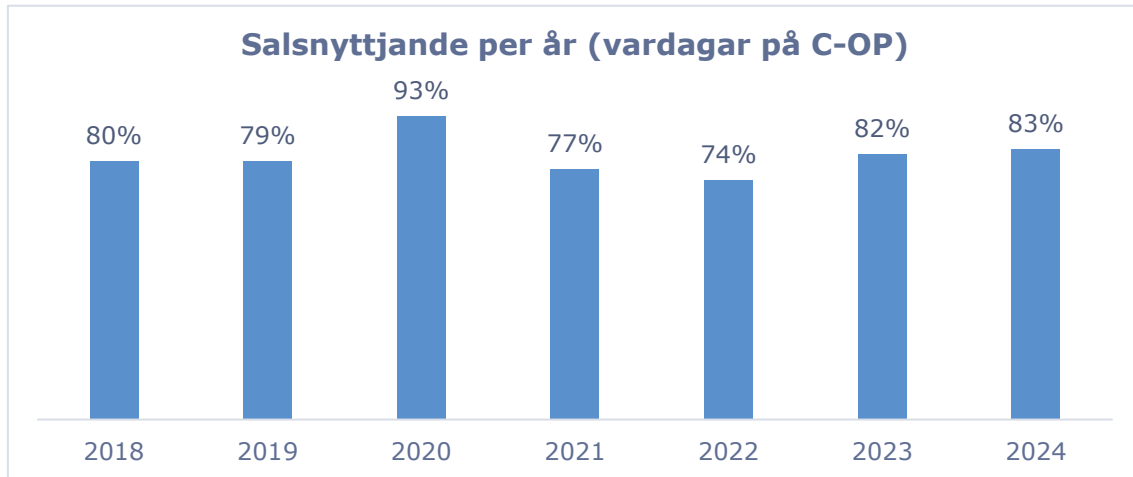
Operationsstatistik

För att belysa hur operationsresurserna används i praktiken är det relevant att granska hur den schemalagda salstiden omsätts i genomförd operationstid, hur arbetet mellan operationer genomförs och i vilken utsträckning dagens första operation startar enligt plan. Dessa tre mått visar hur planeringen realiserar i det dagliga flödet och ger tillsammans en bild av hur stabilt och samordnat arbetet i operationsverksamheten är.

Användning av schemalagd salstid

Statistiken visar att andelen schemalagd salstid som används till genomförda operationer varierar mellan åren, se figur 1. Nivåerna ligger inom ett intervall från 74 till 93 procent och skiljer sig åt mellan periodens olika år. Efter 2022 ökar

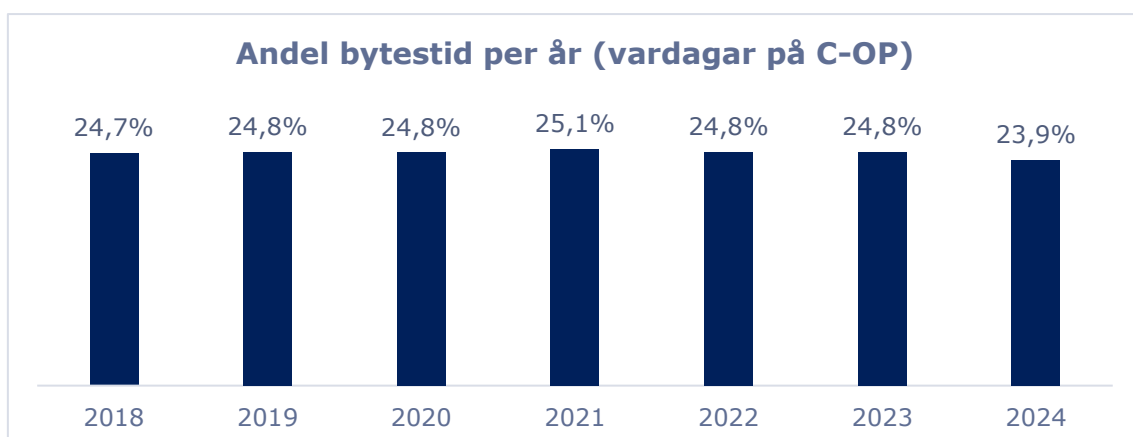
nyttjandet och ligger på en högre nivå under 2023 och 2024. Beräkningen omfattar endast operationer genomförda under schemalagd salstid måndag till fredag.



Figur 1: Diagrammet visar andelen av den schemalagda salstiden som använts till genomförd operationstid under åren 2018 till 2024 på C-OP. Varje års värde redovisas som en sammanvägd procentandel för helår.

Flödet mellan operationer

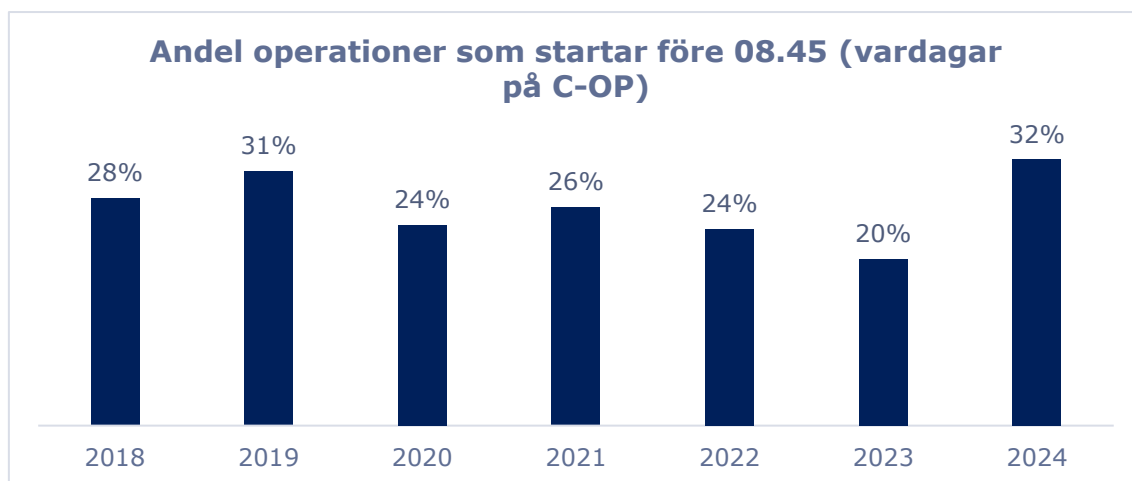
Andelen av operationstiden som utgörs av bytestid ligger på en stabil nivå under hela perioden, se figur 2. Variationerna mellan åren är små och nivån ligger inom ett snävt spann mellan 24 och 25 procent. Måttet avser bytestid för operationer som startat mellan klockan 08.00 och 16.00 på vardagar. Statistiken visar att tiden mellan avslutad operation och start av nästa operation har en likartad omfattning under perioden.



Figur 2: Diagrammet visar andelen bytestid av den totala registrerade operationstiden för åren 2018 till 2024 på C-OP. Varje års värde redovisas som en procentandel av tiden mellan avslutad operation och start av nästa operation.

Starttider för dagens första operation

Andelen operationer som startar före klockan 08.45 ligger på en likartad nivå under större delen av perioden, se figur 3. Variationerna mellan åren är små fram till 2023 men år 2024 ökade andelen tidiga startar. För perioden januari till och med oktober 2025 uppgick andelen startar före 08.45 till 41 procent. Verksamheten planerar att 50 procent av dagens första operationer ska starta in klockan 08.45, vilket innebär att måttet visar i vilken utsträckning planerad starttid följs.



Figur 3: Diagrammet visar andelen operationer som startar före klockan 08.45 under vardagar för åren 2018 till 2024 på C-OP. Varje års värde redovisas som en procentandel av alla första starttider på vardagar.

Dokument

Av *Preopkompendiet* framgår att en av avsikterna med de preoperativa rutinerna är att på ett rationellt sätt utnyttja de hårt belastade operationsresurserna.

I *verksamhetsplanerna* för de opererande verksamheterna 2025 framgår att verksamheterna arbetar med mål och aktiviteter som syftar till att öka tillgängligheten och minska antalet väntande patienter till operation. Verksamhetsplanerna beskriver att tillgänglighet, väntelistor och produktionsplanering är centrala delar i arbetet med att säkerställa att operationsresurserna används på ett effektivt sätt.

Intervjuer

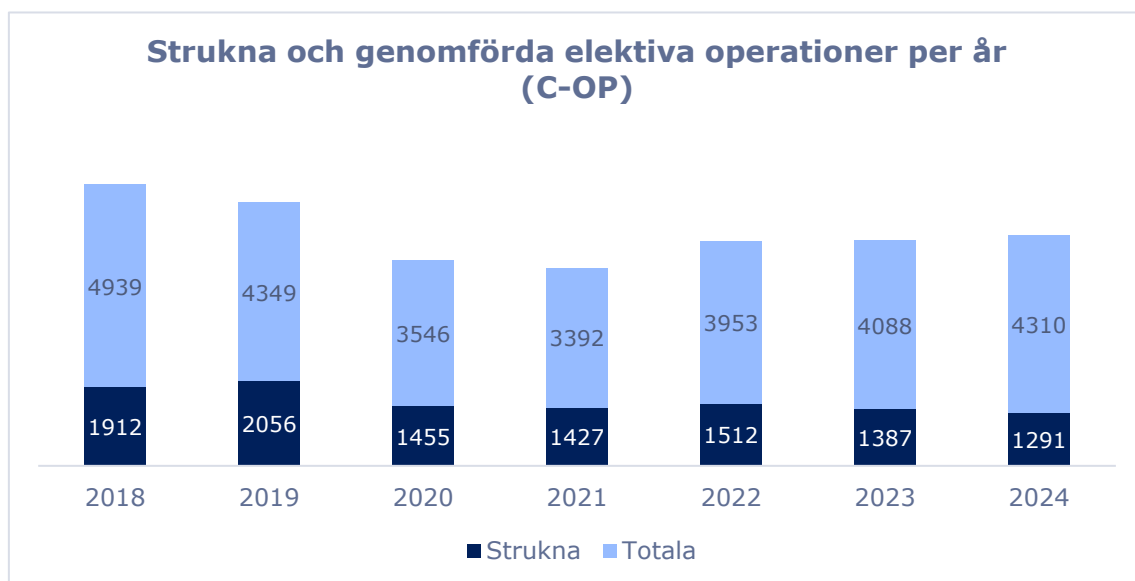
Överlag beskrivs det i intervjuer finnas ett effektivt nyttjande av operationsresurserna. Det upplevs ha skett en betydlig effektivitetsförbättring och att verksamheterna har utvecklats sina arbetssätt. Däremot beskrivs det att operationstiderna är långa vilket härleds till att den faktiska opererande tiden

(knivtiden) är längre än det nationella genomsnittet enligt statistik från Svenskt Perioperativt Register (SPOR).

3.1. Produktion- och kapacitetsplanering

För att belysa hur den elektiva operationsplaneringen omsätts i faktisk produktion är det relevant att granska relationen mellan genomförda och strukna operationer över tid. Måttet visar i vilken omfattning planerade ingrepp ersätts av strykningar och hur detta förhållande utvecklas under perioden. Relationen ger därmed en bild av hur stabilt den planerade produktionen realiserar från år till år.

Statistiken visar att relationen mellan genomförda och strukna operationer förändras under perioden 2018 till 2024, se figur 4. I början av perioden utgör de strukna operationerna en högre andel i förhållande till antalet genomförda. Under de senare åren minskar denna andel samtidigt som antalet genomförda operationer ökar. Skillnaden mellan genomförda och strukna operationer är större i slutet av perioden än i början. Statistiken visar därmed att relationen mellan genomförda och strukna operationer utvecklas i olika riktning under de undersökta åren.



Figur 4: Diagrammet visar antal genomförda elektiva operationer och antal strukna elektiva operationer per år för perioden 2018 till 2024 på C-OP. Serierna redovisas som separata staplar för varje år.

Dokument

De granskade dokumenten beskriver flera förutsättningar som är centrala för att produktion- och kapacitetsplaneringen ska kunna användas i operationsplaneringen på ett ändamålsenligt sätt.

Av *Preopkompendiet* framgår att operationsanmälan ska innehålla de uppgifter som utgör underlag för planeringen av operationskapaciteten såsom diagnos- och operationskoder, beräknad tidsåtgång och utrustningsbehov. Dokumentet anger även att alla patienter som ska opereras ska vara anmälda i Cosmic TM.

I *verksamhetsplanen 2025 för ortopedi* framgår att tillförlitliga väntelistor är en grundläggande del av planeringen av både nybesök och operationer. Dokumentet anger att arbetet med planerade operationer ska stödjas genom att väntelistorna kvalitetssäkras.

Av dokumentet *nyttjandet av gemensam akutsal på C-op* framgår att akutsalen har en definierad funktion i planeringen och organiseras på ett sätt som ska minimera strykningar och omplanering av elektiva operationssalar.

Intervjuer

I intervjuer framkommer att produktion- och kapacitetsplaneringen har utvecklats och blivit mer strukturerad över tid. Verksamheterna beskriver att gemensamma underlag används i planeringsarbetet och att översikten över köer och behov har tydliggjorts. Detta uppges ge ett bättre gemensamt utgångsläge för fördelningen av operationsresurser.

Visualiseringen av köer och kapacitetsläge har förbättrats genom beslutsstöd såsom *Inblick* vilket ger möjlighet att följa produktion och resursåtgång på ett mer samlat och aktuellt sätt. Underlagen används för att beskriva behov, följa utvecklingen och fatta gemensamma beslut om salstilldelning. För planeringen finns inte något dedikerat systemstöd utan personalplanering genomförs direkt i personalsystemet Heroma. Utöver Heroma beskrivs även Excel användas som ett stöd i planeringen.

I intervjuer framkommer även att kapacitetsplaneringen sker i flera tidsperspektiv. Årsplaneringen används för att styra övergripande behov, kvartalsplaneringen för att göra mer detaljerade fördelningar och den löpande veckostyrningen för att justera bemanning och kapacitet utifrån aktuella köer och förändringar. Denna struktur beskrivs som etablerad i verksamheten.

Gap-analys

Målbild	Produktions- och kapacitetsplaneringen ska ge ett samlat och tillförlitligt underlag för operationsplaneringen, där tillgänglig kapacitet, köläge och behov tydliggörs så att planerade operationer kan genomföras effektivt.
Nuläge	Utvecklingen över tid visar att planerad produktion i högre grad omsätts i genomförda operationer. Det finns tydliga rutiner för hur planeringsunderlagen ska tas fram och planeringsprocessen har blivit

	mer strukturerad samt sker i flera tidsperspektiv med stöd av gemensamma underlag och visualiseringar.
Gap	Produktions- och kapacitetsplanering är etablerat och används även om ett dedikerat planeringssystem saknas. Några övriga gap framkommer inte.

Bedömning

Helseplan bedömer att produktions- och kapacitetsplaneringen i huvudsak nyttjas på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen baseras på att planeringsprocessen är strukturerad, att relevanta underlag används och att utvecklingen över tid visar att en högre andel planerade operationer genomförs.

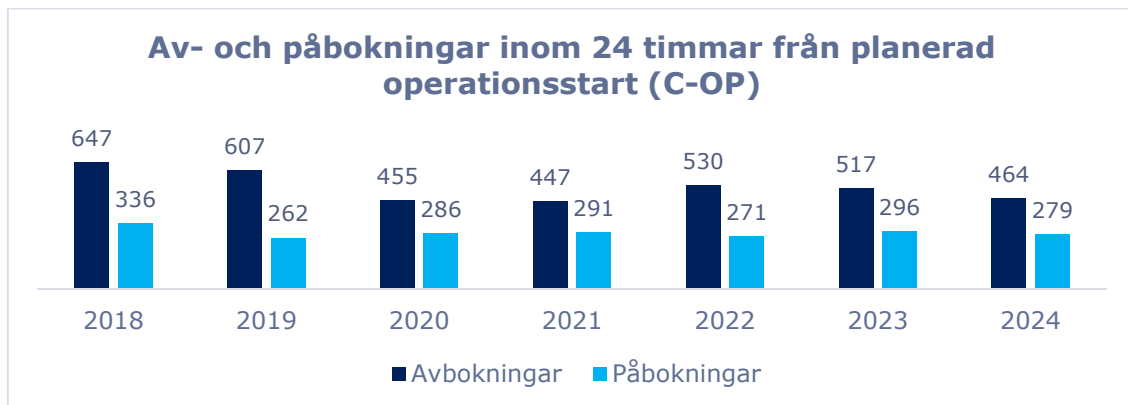
Helseplan rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda behovet av ett dedikerat systemstöd för produktions- och kapacitetsplanering.

3.2. Flexibilitet i fördelningen av operationsutrymmet

Operationsstatistik

För att belysa flexibiliteten i fördelningen av operationsutrymmet är det relevant att granska hur ofta den elektiva operationsplaneringen behöver justeras nära in på operationsstart. Antalet av- och påbokningar inom 24 timmar från planerad operationsstart visar i vilken omfattning planeringen ändras med kort varsel och hur mycket programmet anpassas mellan dagarna. Måttet ger därmed en bild av hur stabilt operationsutrymmet används och hur ofta schemalagd tid ersätts av ändringar.

Statistiken visar att både av- och påbokningar inom 24 timmar återkommer under hela perioden 2018 till 2024, se figur 5. Avbokningarna ligger på en högre nivå än påbokningarna under hela perioden. Relationen mellan dem förändras över tid. Under de tidigare åren är skillnaden mellan av- och påbokningar större än under de senare åren. Under perioden efter 2020 ökar påbokningarnas andel av de kortfristiga ändringarna samtidigt som avbokningarnas nivå varierar. Statistiken visar därmed att fördelningen mellan av- och påbokningar förändras under perioden och att ändringarna i operationsplaneringen sker med något olika omfattning mellan åren.



Figur 5: Diagrammet visar antalet avbokningar och antalet påbokningar som genomförts inom 24 timmar före planerad operationsstart under åren 2018 till 2024 på C-OP. Avbokningar och påbokningar redovisas som separata serier per år.

Dokument

Flexibilitet i hur operationsutrymmet kan disponeras beskrivs i dokumentet *Nyttjande av gemensam akutsal på C-op*. Av dokumentet framgår att akutsalens uppgift är att "minimera strykningar och omplanering av elektiva operationssalar till följd av akuta operationer". Det anges även att akutsalen kan nyttjas av flera kliniker. Dokumentet beskriver dessutom hur akutsalen ska markeras i operationsprogrammet och att den ska ha ett planerat upplägg inför kommande dag.

Lathunden avseende sen avbokning och uteblivet besök vid operation vid bokning i TM beskriver hur sena avbokningar och uteblivna besök ska hanteras i operationsplaneringssystemet vilket säkerställer att planeringsunderlaget hålls aktuellt.

Intervjuer

I intervjuer framkommer att flexibiliteten i fördelningen av operationsutrymmet har förbättrats över tid. Verksamheterna beskriver att samordningen mellan klinikerna har blivit tydligare och att mer gemensamma rutiner nu används för att planera och justera salstilldelning. Regelbundna forum såsom operationsråd, planeringsmöten och veckostyrning används för att hantera förändringar och säkerställa att kapacitet fördelas utifrån aktuella behov.

Verksamhetsföreträdare beskriver också den omställning som genomförts där operationsutrymmet i högre grad fördelas utifrån patienternas behov. Tilldelningen ändras löpande baserat på behovsbilden, och de opererande verksamheterna använder samma schemalägningsperioder för att möjliggöra detta arbetssätt och undvika suboptimering i form av att en verksamhets produktion inte kan nyttjas fullt på grund av konkurrens med andra verksamheter.

I den dagliga verksamheten hanteras flexibilitet genom kortsiktiga justeringar. När en operationssal riskerar att stå outnyttjad kontaktas andra kliniker för att fylla platsen och undvika produktionsbortfall. Denna hantering beskrivs som en etablerad del av det löpande arbetet.

Produktionsledaren lyfts i intervjuer fram som en central funktion i detta arbete. Rollen ansvarar för att identifiera luckor som uppstår, uppmärksamma avvikelser och aktivt söka lösningar genom att omfördela salstid till andra verksamheter när behoven förändras.

Gap-analys

Målbild	Fördelningen av operationsutrymmet ska vara så flexibel att kapacitet kan omfördelas på ett ändamålsenligt sätt vid förändringar nära in på operationsstart och att risken för outnyttjade operationssalar därmed minimeras.
Nuläge	Samordningen mellan klinikerna har stärkts och gemensamma forum används för att fördela salstid utifrån aktuella behov. I det dagliga arbetet omfördelas kapacitet när risk för outnyttjade salar uppstår och produktionsledaren har en central roll i att identifiera och åtgärda sådana situationer.
Gap	Det finns etablerade arbetssätt för att boka på operationer med kort varsel vilket innebär att något större gap inte kan konstateras.

Bedömning

Helseplan bedömer att flexibiliteten i fördelningen av operationsutrymmet är tillfredsställande. Bedömningen baseras på att det finns etablerade forum och arbetssätt som stödjer omfördelning av kapacitet vid förändringar nära in på operationsstart.

3.3. Arbeta med starttider, bytestider och strykningar

Operationsstatistik

För att belysa utvecklingen av starttider, bytestider och andelen strukna operationer är det relevant att granska hur dessa mått förändras över tid. Måtten visar hur verksamheten inleder dagen, hur arbetet mellan operationer genomförs och hur den planerade produktionen motsvaras av genomförda operationer. Dessa tre iakttagelser sammantagna ger en bild av hur stabilt och samordnat arbetet i operationsflödet är över perioden.

Statistiken visar att andelen operationer som startar före klockan 08.45 ligger på en likartad nivå under större delen av perioden och ökar under de senare åren. Bytestidens andel av den totala operationstiden ligger på en stabil nivå under hela

mätperioden och varierar i begränsad omfattning mellan åren. Relationen mellan genomförda och strukna operationer förändras över perioden och andelen strukna operationer minskar i förhållande till antalet genomförda i de senare åren.

Dokument

Rutinen *Nyttjande av gemensam akutsal på C-op* beskriver hur akuta operationsbehov ska prioriteras och anger att syftet med akutsalen är att "minimera strykningar och omplanering av elektiva operationssalar till följd av akuta operationer". Dokumentet klargör därmed hur akuta ingrepp ska hanteras för att i möjligaste mån undvika påverkan på det planerade operationsflödet.

Av *Preopkompendiet* framgår att dokumentet innehåller samlade preoperativa rutiner avsedda att säkerställa att patienter är korrekt förberedda inför operation. Det anges att operationer kan strykas om angivna rutiner inte följts och dokumentet beskriver övergripande vilka förberedelser som behöver vara genomförda för att operationsflödet ska kunna upprätthållas.

Intervjuer

Intervjuerna visar att rutinerna för att hantera strykningar har utvecklats och blivit mer enhetliga än tidigare. Mer detaljerade strykningsorsaker registreras vilket ger ett bättre underlag för att följa mönster och identifiera återkommande problem. Svenskt Perioperativt Register (SPOR) och systemet Inblick används för att analysera dessa uppgifter och följa utvecklingen över tid.

Intervjuade beskriver att planeringsfunktionerna har fått förbättrade arbetssätt och tillgång till tydligare statistik vilket underlättar arbetet med att förstå orsaker till sena avbokningar, bristande patientförberedelser och andra faktorer som påverkar starttider och bytestider. Detta uppges ge bättre förutsättningar för att vidta riktade åtgärder och minska risken för luckor i operationsprogrammet.

Gap-analys

Målbild	Arbetet med starttider, bytestider och strykningar ska stödja ett stabilt och välkoordinerat operationsflöde där dagen inleds enligt plan, omställningar sker effektivt och planerade ingrepp i så stor utsträckning som möjligt genomförs.
Nuläge	Nyckeltal visar en stabil eller förbättrad utveckling över tid men är i flera fall på en låg nivå. Det finns rutiner och arbetssätt som stödjer hanteringen av akuta behov och preoperativa förberedelser. Verksamheten använder relevanta uppföljningsverktyg och registreringar för att analysera och förbättra flödet.
Gap	Det finns stor effektiviseringspotential avseende bytestider, starttider och strykningar men verksamheten har etablerade rutiner och arbetssätt som stödjer en positiv utveckling inom området.

Bedömning

Helseplan bedömer att det delvis sker ett systematiskt arbete med att förbättra starttider, bytestider och strykningar är ändamålsenligt. Bedömningen baseras på att andelen strykningar och operationsstarter innan 08.45 visar förbättring men det finns en stor förbättringspotential. Vidare har verksamheten dokumenterade rutiner och utvecklade arbetssätt som syftar till att stödja effektivisering inom området.

Helseplan rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att verksamheten systematiskt analyserar orsaker till avvikelser i starttider genom att följa upp operationer utifrån ett flödesperspektiv genom att identifiera återkommande mönster och möjliggöra relevanta åtgärder.
- Säkerställa att verksamheten genomför analyser av salsnyttjande och strykningsandelar utifrån starttid och hur initiala förseningar kan påverka operationsflödet under dagen.
- Fastställa tydliga mål för bytestidens andel av den totala operationstiden för att stärka förutsättningarna för ett mer effektivt och sammanhållet operationsflöde.

3.4. Preoperativt teamarbete

Dokument

Det framgår av *verksamhetsplanerna 2025* för de opererande verksamheterna att det teambaserade arbetssättet på operation ska stärkas och flera rutiner och riktlinjer beskriver hur samverkan ska ske i den preoperativa processen.

I *verksamhetsplanen för kirurgi* framgår att verksamheten ska delta i gemensamt flödesarbete tillsammans med centraloperation och andra berörda enheter. I *verksamhetsplanen för anestesi, operation och IVA* anges att det teambaserade arbetssättet ska stärkas genom aktiviteter såsom flödesarbete på centraloperation och auskultation över enhets- och professionsgränser.

Av rutinen för *nyttjandet av den gemensamma akutsalen på C-op* framgår att flera funktioner ska samverka vid prioritering och planering av akuta operationer. Rutinen beskriver vilka aktörer som ska involveras och hur samverkan ska ske i samband med akuta behov.

Av riktlinjerna för *operationsanmälan, väntelistor och väntetider i TM* framgår att ansvarig läkare och administrativt ansvarig samverkar i hanteringen av väntelistor.

Intervjuer

I intervjuer framkommer att samverkan i det preoperativa arbetet sker genom flera etablerade forum. Operationsråd, flödesgrupper och återkommande planeringsmöten används för att diskutera salstilldelning, hantera praktiska frågor och följa upp sådant som påverkar planeringen inför operation.

Det framkommer att gemensamma möten har bidragit till ökad förståelse mellan operationsplanering, kliniker och operationspersonal. Genom att flera funktioner deltar i samma forum uppges det vara lättare att samordna resurser, förklara förutsättningar och hantera beroenden som påverkar det preoperativa arbetet.

Flera beskriver att detta arbetssätt underlättar planeringen vid mer komplexa patientflöden eller när resurser behöver koordineras mellan olika specialiteter vilket skapar bättre förutsättningar för ett sammanhållet preoperativt arbete.

Gap-analys

Målbild	Det preoperativa teamarbetet ska vara väl samordnat mellan berörda aktörer så att resurser, kompetenser och information integreras på ett sätt som stödjer en sammanhållen och effektiv förberedelse inför operation.
Nuläge	Det finns ett teambaserat arbetssätt i den preoperativa processen med rutiner som stödjer samverkan mellan berörda funktioner. Samverkan sker i etablerade forum som operationsråd, flödesgrupper och planeringsmöten, vilket bidrar till gemensam planering, tydligare resurskoordination och bättre hantering av mer komplexa flöden.
Gap	Inga tydliga gap framkommer då samverkan beskrivs som etablerad, stödjande och förstärkt genom gemensamma forum och rutiner.

Bedömning

Helseplan bedömer att det preoperativa teamarbetet är tillfredsställande. Bedömningen baseras på att det finns etablerade forum och rutiner som stödjer en gemensam planering och koordinering inför operation.

3.5. Sammanfattad analys och bedömning – Effektivt nyttjande av operationsresurserna

Gap-analys

Målbild	Operationsresurserna ska användas på ett sätt som möjliggör ett stabilt och välkoordinerat operationsflöde där tillgänglig salstid utnyttjas väl, planeringen realiseras i den dagliga verksamheten och samverkan mellan berörda aktörer stödjer ett effektivt genomförande.
----------------	--

Nuläge	Salsnyttjande ligger på en relativt hög nivå och har förbättrats över tid. Centrala nyckeltal för flödet visar stabilitet och en utveckling i önskad riktning. Det finns rutiner och arbetssätt som stödjer utnyttjandet av resurserna. Planering, flexibilitet, hantering av strykningar och det preoperativa teamarbetet ger sammantaget förutsättningar för ett fungerande operationsflöde.
Gap	Det finns förbättringspotential avseende start-, bytes- och knivtider men överlag stödjer arbetssätt, planering och flöden i huvudsak ett effektivt nyttjande av operationsresurserna.

Bedömning

Helseplan bedömer att operationsresurserna till stor del nyttjas effektivt. Bedömningen baseras på att salsnyttjandet är på en relativt hög nivå, att stabila nyckeltal och etablerade arbetssätt stödjer planering och genomförande samt att flera centrala processer sammantaget bidrar till ett ändamålsenligt resursutnyttjande. Verksamheten behöver fortsatt förbättra sina start-, bytes- och knivtider för att operationsresurserna ska nyttjas än mer effektivt.

4. Lokaler och utrustning

Detta kapitel besvarar revisionsfrågorna: *Finns ändamålsenliga lokaler och utrustning för att genomföra operationer på ett effektivt och säkert sätt?*

Dokument

I *Hälso- och sjukvårdsnämndens plan 2025* anges att behovet av att förbättra och anpassa lokaler för effektiva flöden, en modern sjukvård och kostnadseffektiv verksamhet är stort.

Intervjuer

Av intervjuerna framgår att operationsverksamheten bedrivs i lokaler som av flera verksamhetsföreträdare beskrivs som gamla och uppförda enligt äldre standarder. Brister lyfts särskilt avseende ventilation, hygienstandard och begränsat utrymme i operationssalarna vilket enligt intervjuerna påverkar både arbetsmiljö och möjligheten att arbeta effektivt.

I intervjuer beskrivs det att flexibiliteten i användningen av operationssalarna är begränsad eftersom vissa operationer endast kan genomföras i specifika salar. Detta uppges delvis bero på varierande salstorlekar och delvis på att nödvändig utrustning saknas i vissa av salarna. I intervjuer framkommer även att operationsverksamheten är utspridd över flera av regionens lokaler vilket beskrivs resurskrävande i form av personal och begränsar verksamhetens möjligheter att genomföra fler operationer. I intervjuerna framgår vidare att den perioperativa enheten är fysiskt delad på grund av platsbrist vilket försvårar möjligheten att optimera flöden och personalanvändning.

Enstaka respondenter bedömer att lokalerna även innebär risker ur ett patientsäkerhets- och sekretessperspektiv, bland annat till följd av lyhördhet och bristande logistiklösningar som försvårar ett optimalt flöde. Samtidigt framförs det att verksamheten trots identifierade begränsningar bedrivs inom ramen för befintliga lokaler.

Tillgången till utrustning beskrivs i vissa fall som otillräcklig för att nå önskad effektivitet. Långa investeringsprocesser och begränsade möjligheter att införa modern teknik anges som skäl till att utrustningen inte alltid motsvarar verksamhetens behov.

Gap-analys

Målbild	Lokaler och utrustning ska ge förutsättningar för ett effektivt, säkert och välkoordinerat operationsflöde, med tillräckligt utrymme, funktionalitet
----------------	--

	och tekniska resurser för att verksamheten ska kunna bedrivas utan onödiga begränsningar.
Nuläge	Befintliga lokaler är uppförda enligt äldre standarder och har begränsningar som påverkar både arbetsmiljö och effektivitet. Flexibiliteten i salsanvändningen påverkas av varierande salstorlekar och att viss utrustning endast finns i specifika salar. Verksamheten är utspridd över flera lokaler vilket uppges göra flöden och personalanvändning svårare att optimera. Tillgången till utrustning beskrivs som otillräcklig i vissa delar, bland annat till följd av långa investeringsprocesser.
Gap	Lokaler och utrustning uppfyller inte fullt ut verksamhetens behov då flera funktionella och logistiska begränsningar påverkar möjligheten att bedriva operationsverksamheten effektivt och säkert.

Bedömning

Helseplan bedömer att lokaler och utrustning inte fullt ut är ändamålsenliga för att genomföra operationer på ett effektivt och säkert sätt. Bedömningen baseras på att återkommande begränsningar i lokalernas utformning och utrustningsnivå påverkar arbetsmiljö, flexibilitet och effektivitet, även om verksamheten kan bedrivas inom befintliga ramar.

Helseplan rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att verksamheten återkommande redovisar hur lokalernas och utrustningens begränsningar påverkar operationsflödet så att nämnden har ett samlat underlag för beslut om inriktning och prioritering.

5. Uppföljning av operationsverksamhet

Detta kapitel besvarar revisionsfrågorna: *Följs operationsverksamheten upp på ett tillfredsställande sätt?, Finns kvalitetssäkrad statistik och realtidsdata att använda i förbättringsarbetet?* och *Finns en tillfredsställande återrapportering av mål och uppdrag?*

Dokument

I samtliga *verksamhetsplaner för de opererande verksamheterna 2025* anges nyckeltal med målvärden samt uppdrag med tillhörande aktiviteter som ska genomföras under planperioden. Dessa dokument beskriver därmed vilka mål som gäller för verksamheterna och vilka planerade insatser som ska genomföras.

I *delårsrapporterna för augusti 2025* redovisas utfall för nyckeltalen samt status och kommentarer till uppdragen för respektive opererande verksamhet. Delårsrapporterna beskriver därmed hur uppföljningen genomförs under året i förhållande till de mål och aktiviteter som anges i verksamhetsplanerna.

5.1. Kvalitetssäkrad statistik och realtidsdata

Operationsstatistik

Inom ramen för revisionen har operationsdata samlats in från verksamhetens planerings- och uppföljningssystem. Rådata har hämtats ut och analyserats vidare för att identifiera tillgången till kvalitetssäkrad statistik och realtidsdata som används i verksamhetens förbättringsarbete.

Intervjuer

Intervjuerna visar att tillgången till statistik och realtidsdata har förbättrats tydligt de senaste åren. Genom utvecklingen av nya dashboards och visualiseringar i bland annat Inblick och Power BI har verksamheterna fått bättre möjligheter att följa väntetider, produktion och kapacitetsläge.

Datakvaliteten beskrivs idag som mer tillförlitlig än tidigare vilket bland annat kopplas till validering, löpande kontroller och jämförelser mot exempelvis väntelistor. Detta uppges ge en ökad trygghet i det underlag som används i uppföljning och beslutsfattande.

Produktionsledaren lyfts fram som en central funktion i att följa siffror, identifiera avvikelser och säkerställa att statistiken är korrekt. Denna roll uppges stödja

verksamheterna i att använda data mer aktivt i både planering och förbättringsarbete.

Gap-analys

Målbild	Verksamheten ska ha tillgång till tillförlitlig statistik och realtidsdata som stödjer löpande uppföljning, analys och förbättringsarbete samt ger ett stabilt beslutsunderlag i planering och styrning.
Nuläge	Tillgången till statistik och realtidsdata har förbättrats genom utvecklingen av dashboards och visualiseringar i Inblick och Power BI. Datakvaliteten har blivit mer tillförlitlig till följd av validering och löpande kontroller. Produktionsledaren har en central roll i att följa upp data och säkerställa att den används i planering och förbättringsarbete.
Gap	Inga tydliga gap framkommer då datatillgången och kvalitetssäkringen har stärkts och används löpande i verksamheten.

Bedömning

Helseplan bedömer att det finns kvalitetssäkrad statistik och realtidsdata som i huvudsak är ändamålsenlig för verksamhetens förbättringsarbete. Bedömningen baseras på att datatillgång, kvalitetssäkring och användning av visualiseringsstöd har utvecklats och stödjer uppföljningen.

5.2. Återrapportering av mål och uppdrag

Dokument

Samtliga *delårsrapporter från augusti 2025* innehåller strukturerad och återkommande rapportering av mål, uppdrag, status och genomförda aktiviteter inom de områden som omfattas av respektive dokument.

I *delårsrapporterna för de opererande verksamheterna* samt *hälso- och sjukvårdsnämnden* redovisas mål och uppdrag genom tabellstrukturer och sammanställningar där mål, utfall, status och kommentarer presenteras. Rapporterna innehåller återkommande avsnitt med kortsiktiga nyckeltal där mål och utfall anges samt uppdragstabeller där respektive uppdrags status och genomförda aktiviteter dokumenteras.

I *Region Jämtland Härjedalens delårsrapport* från augusti 2025 redovisas måluppfyllelse och uppdragens status i en sammanställning av målområden, antal uppdrag och statusbedömning. I anslutning till detta presenteras avsnitt per målområde där genomförda aktiviteter och arbetets inriktning beskrivs.

Intervjuer

Av intervjuerna framgår att verksamhetens resultat och prioriteringar återrapporteras i flera etablerade forum. I operationsråd, flödesgrupper och APT behandlas löpande produktion, mål och avvikelser, vilket ger en återkommande struktur för intern uppföljning.

Beslut och uppdrag från nämnden återkopplas i regel via divisionsledningen, antingen muntligt i möten eller genom skriftlig information. Divisionsledningen för sedan vidare dessa beslut till berörda verksamheter för genomförande.

Verksamhetschefer beskriver att resultat och prioriteringar även tas upp i ledningsgrupper och områdeskommittéer. Dessa forum används för att säkerställa att mål och uppdrag följs upp i respektive verksamhet och att nödvändiga åtgärder förankras i organisationen.

Gap-analys

Målbild	Återrapporteringen av mål och uppdrag ska vara tydlig, strukturerad och återkommande så att verksamhet och ledning har ett tillförlitligt underlag för att följa utvecklingen och vidta nödvändiga åtgärder.
Nuläge	Uppföljningen av mål och uppdrag sker genom återkommande rapporter och sammanställningar som redovisar mål, utfall och status. Resultat och prioriteringar återkopplas även löpande i verksamhetens etablerade forum vilket ger en kontinuerlig struktur för att följa utvecklingen och förankra beslut.
Gap	Inga tydliga gap framkommer då återrapporteringen sker både genom formella rapporter och genom återkommande forum i verksamheten.

Bedömning

Helseplan bedömer att återrapporteringen av mål och uppdrag i huvudsak är tillfredsställande. Bedömningen baseras på att det finns etablerade rapporteringsstrukturer och forum som ger en löpande och strukturerad uppföljning.

5.3. Sammanfattad bedömning - Uppföljning av operationsverksamhet

Gap-analys

Målbild	Uppföljningen av operationsverksamheten ska vara strukturerad, återkommande och baserad på tillförlitliga underlag så att mål, uppdrag, produktion och avvikelser kan följas och ligga till grund för styrning och förbättringsarbete.
----------------	--

Nuläge	Mål, nyckeltal och uppdrag följs upp under året. Verksamheten har tillgång till kvalitetssäkrad statistik och realtidsdata och uppföljning sker i etablerade forum där produktion, mål och avvikelser behandlas löpande.
Gap	Inga tydliga gap framkommer eftersom det finns strukturer för mål- och uppföljningsarbete samt tillgång till data och forum för återkommande uppföljning.

Bedömning

Helseplan bedömer att operationsverksamheten i huvudsak följs upp på ett tillfredsställande sätt. Bedömningen baseras på att det finns etablerade målstrukturer, återkommande rapportering och ändamålsenliga arbetssätt för att följa upp verksamheten.

Helseplan rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att kvalitetssäkrad data och statistik över genomförd produktion används som grund i produktions- och kapacitetsplaneringen på års-, månads- och veckobasis för att skapa ändamålsenliga förutsättningar för en jämn och hög operationstakt.

6. Medarbetarkultur och arbetsmiljö

Detta kapitel besvarar revisionsfrågorna: *Sker att systematiskt arbete för att främja en god medarbetarkultur? och Fångas eventuellt missnöje hos personalen upp som medför lösningsorienterade åtgärder och främjar en god medarbetarkultur?*

6.1. Systematiskt arbetsmiljöarbete

Dokument

De krav som ställs på arbetsgivaren avseende arbetsmiljö och personalens delaktighet framgår av både Arbetsmiljöverkets och Socialstyrelsens föreskrifter. *Arbetsmiljöverkets föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö* anger att arbetsgivaren ska förebygga ohälsosam arbetsbelastning och säkerställa att arbetstagare känner till sina uppgifter, prioriteringar och vart de kan vända sig för stöd. Föreskriften anger även att åtgärder ska vidtas vid psykiskt påfrestande arbetssituationer. Av *Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* framgår att vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter från personal, samt att rapporter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att identifiera brister och genomföra åtgärder. Föreskrifterna anger vidare att händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada ska utredas och att rutiner ska förbättras om de inte är ändamålsenliga. Tillsammans innebär detta att verksamheten ska ha strukturerade vägar för att fånga upp signaler om ohälsa eller missnöje och hantera dem på ett systematiskt sätt.

Regionplan 2025–2027 anger att regionstyrelsen ska bistå verksamheterna med stöd för att möjliggöra en god arbetsmiljö och främja medarbetares hälsa.

I *plan 2025 för hälso- och sjukvårdsnämnden* framgår att verksamheterna ska arbeta med friskfaktorer och införa arbetssätt för återhämtning. Dokumentet anger att arbetsmiljö och hälsa följs återkommande enligt nämndens sammanträdesplanering.

I *verksamhetsplanerna för de opererande verksamheterna 2025* framgår att samtliga verksamheter ska arbeta med att främja en god medarbetarkultur. Detta omfattar att följa upp relevanta nyckeltal, använda resultat från medarbetarenkäter och arbeta med olika former av friskfaktorer och arbetsmiljöfrämjande aktiviteter.

Som exempel anges i *plan 2025 för anestesi, operation och IVA* att verksamheten ska stärka medarbetarnas påverkansmöjlighet och arbeta med tidiga signaler kopplade till sjuktal. I *plan 2025 för kirurgi* framgår att enheterna ska föra dialog om påverkansmöjligheter vid APT. I *plan 2025 för ortopedi* anges att verksamheten ska arbeta systematiskt med resultatet från medarbetarenkäten inom områden som hälsofrämjande index, sjuktal och påverkansmöjlighet.

Årsredovisningen 2024 redovisar sjukfrånvaro och resultat från medarbetarundersökningar under avsnittet om väsentliga personalförhållanden.

Intervjuer

Av intervjuerna framgår att arbetsmiljö och trivsel i första hand följs upp genom regionens medarbetarenkäter som genomförs två gånger per år. Utöver dessa återkommande mätningar sker uppföljning löpande i det dagliga arbetet bland annat genom dialog mellan chefer och medarbetare. Vissa enheter använder även kortare månadsvisa frågor för att fånga tidiga signaler om arbetsmiljö eller trivsel.

Arbetsmiljörelaterade frågor hanteras i flera etablerade forum såsom operationsråd och möten med vårdkoordinatorer där frågor som rör samverkan, arbetsbelastning och organisatoriska förutsättningar tas upp.

Gap-analys

Målbild	Arbetet med medarbetarkultur ska vara systematiskt och bygga på etablerade rutiner, återkommande uppföljning och tydliga arbetssätt som stödjer en god arbetsmiljö och medarbetares delaktighet.
Nuläge	Det finns styrande krav och mål för arbetsmiljö- och medarbetarfrågor vilket medför att verksamheten återkommande arbetar med uppföljning och dialog. Medarbetarenkäter, löpande samtal och etablerade forum används för att fånga upp frågor som rör arbetsmiljö, delaktighet och organisatoriska förutsättningar.
Gap	Inga tydliga gap framkommer då arbetssätten och uppföljningen omfattar flera strukturer som stödjer en systematisk hantering av arbetsmiljö- och medarbetarfrågor.

Bedömning

Helseplan bedömer att det i huvudsak bedrivs ett systematiskt arbete för att främja en god medarbetarkultur. Bedömningen baseras på att det finns etablerade styrdokument, återkommande uppföljning och forum där frågor som rör arbetsmiljö och medarbetarkultur hanteras.

6.2. Identifiering av missnöje och åtgärdsarbete

Dokument

I verksamhetsplanerna för de opererande verksamheterna 2025 framgår att personalens synpunkter och resultat från medarbetarenkäter ska användas i arbetsmiljöarbetet. Som exempel anges i *plan 2025 för anestesi, operation och IVA*

att resultat från arbetsmiljöenkäter och tidiga signaler ska ligga till grund för åtgärder i arbetsmiljöarbetet. I *plan 2025 för kirurgi och ortopedi* anges att nyckeltal såsom sjuktal, påverkansmöjlighet och hälsofrämjande index ska följas och att verksamheterna ska arbeta systematiskt med resultaten från medarbetarenkäten.

Årsredovisningen 2024 redovisar resultat från medarbetarundersökningar som används som underlag för verksamhetens arbete med arbetsmiljöfrågor.

Intervjuer

Av intervjuerna framgår att signaler om missnöje eller hög arbetsbelastning i första hand hanteras genom dialog mellan chef och medarbetare. Det beskrivs att samtal används både för att förstå situationen och för att kartlägga om frågan rör en enskild händelse eller ett återkommande mönster.

Vid behov vidtas åtgärder på olika nivåer i organisationen. Dessa kan omfatta individuella insatser, anpassningar i arbetsgruppen eller verksamhetsövergripande åtgärder beroende på ärendets omfattning och karaktär.

Frågor som rör arbetsmiljö, samarbetssvårigheter eller belastning lyfts även i olika forum bland annat kollegiala möten och ledningsgrupper där både chefer och medarbetare ges möjlighet att adressera uppkomna behov. I vissa fall hanteras frågor i facklig samverkan eller genom verksamhetens dialogforum.

Gap-analys

Målbild	Missnöje och signaler om arbetsbelastning ska uppmärksammas och hanteras på ett systematiskt och lösningsorienterat sätt så att åtgärder kan vidtas.
Nuläge	Resultat från medarbetarenkäter och andra signaler används i arbetsmiljöarbetet. Missnöje och belastningsfrågor fångas upp genom dialog i vardagen och kan leda till åtgärder på olika nivåer. Arbetsmiljörelaterade frågor tas också upp i etablerade forum som stödjer en samlad hantering av uppkomna behov.
Gap	Inga tydliga gap framkommer då det finns arbetssätt och forum för att fånga upp och hantera signaler om missnöje.

Bedömning

Helseplan bedömer att missnöje i huvudsak fångas upp och hanteras på ett sätt som kan leda till lösningsorienterade åtgärder och främja en god medarbetarkultur. Bedömningen baseras på att det finns etablerade rutiner, forum och dialogformer som möjliggör att signaler uppmärksammas och åtgärder vidtas.

7. Samlad bedömning – Granskning av operationsverksamheten

Helseplan bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att operationsverksamheten bedrivs på ett effektivt sätt. Produktion- och kapacitetsplaneringen stödjer fördelningen av operationsresurser samt en tillfredsställande flexibilitet i salstilldelning vilket medför ett stabilt salsnyttjande över åren. Vidare finns det etablerade arbetssätt för att följa upp verksamheten och använda statistiskt underlag i styrningen även om arbetet med strykningar, bytestider, knivtider och starttider behöver utvecklas. Det preoperativa teamarbetet bedöms vara väl etablerat och arbetsmiljöarbetet bedrivs systematiskt. Samtidigt bedöms lokaler och utrustning inte fullt ut vara ändamålsenliga, vilket begränsar verksamhetens möjligheter att arbeta effektivt och flexibelt. Sammantaget visar granskningen en stabil struktur för planering, samverkan och uppföljning inom operationsverksamheten.

Helseplan rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att verksamheten systematiskt analyserar orsaker till avvikelser i starttider genom att följa upp operationer utifrån ett flödesperspektiv genom att identifiera återkommande mönster och möjliggöra relevanta åtgärder.
- Säkerställa att verksamheten genomför analyser av salsnyttjande och strykningsandelar utifrån starttid och hur initiala förseningar kan påverka operationsflödet under dagen.
- Fastställa tydliga mål för bytestidens andel av den totala operationstiden för att stärka förutsättningarna för ett mer effektivt och sammanhållet operationsflöde.
- Säkerställa att verksamheten återkommande redovisar hur lokalernas och utrustningens begränsningar påverkar operationsflödet så att nämnden har ett samlat underlag för beslut om inriktning och prioritering.
- Säkerställa att kvalitetssäkrad data och statistik över genomförd produktion används som grund i produktions- och kapacitetsplaneringen på års-, månads- och veckobasis för att skapa ändamålsenliga förutsättningar för en jämn och hög operationstakt.
- Utredda behovet av ett dedikerat systemstöd för produktions- och kapacitetsplanering.

Bilagor

Bilaga 1 – Granskade dokument

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete;
- Plan 2025 (Anestesi, operation & IVA)
- Plan 2025 (Kirurgi)
- Plan 2025 (Ortopedi)
- Plan 2025 (Hälso- och sjukvårdsnämnden)
- Regionplan och budget 2025–2027
- Delårsrapport augusti 2025 (Anestesi, operation & IVA)
- Delårsrapport augusti 2025 (Kirurgi)
- Delårsrapport augusti 2025 (Ortopedi)
- Delårsrapport augusti 2025 (Hälso- och sjukvårdsnämnden)
- Delårsrapport augusti 2025 (Region Jämtland Härjedalen)
- Årsredovisning 2024 Region Jämtland Härjedalen
- Lathund avseende sen avbokning och uteblivet besök till operation vid bokning i TM
- Nyttjande av gemensam akutsal på C-op
- Operationsanmälan, väntelistor och väntetider i TM (operationsplaneringssystem Theatre Management)
- Arbetsrutin för ansvars-resursfördelning och samnyttjande av resurser inom AnOpIVA
- Preopkompendiet

Bilaga 2 – Intervjuade funktioner

- Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden
- Hälso- och sjukvårdsnämndens 2:e vice ordförande
- Utvecklingsstrateg hälso- och sjukvård
- Hälso-och sjukvårdsdirektör
- Divisionschef Kirurgi
- Områdeschef ortopedi
- Områdeschef kirurgi
- Områdeschef An-Op-IVA
- Enhetschef An-Op-IVA
- Verksamhetsutvecklare Division Kirurgi
- Operationskoordinator, Division Kirurgi
- Verksamhetsutvecklare, AnOpIva

§41

Svar på granskning av operationsverksamheten (HSN/2338/2025)

Sammanfattning

Revisionskontoret har genomfört en granskning av operationsverksamheten inom Region Jämtland Härjedalen. Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att operationsverksamheten bedrivs på ett effektivt sätt.

Revisionens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden i huvudsak har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av operationsverksamheten. Revisionens rekommendationer är att:

- Systematiskt analysera orsaker till avvikelser i starttider och strykningar för att identifiera mönster och vida relevanta åtgärder.
- Genomföra analyser av salsnyttjande och fastställa tydliga mål för bytestider för att stärka effektiviteten i operationsflödet.
- Återkommande redovisa hur lokalernas och utrustningens begränsningar påverkar verksamheten, som underlag för beslut om prioriteringar.
- Använda kvalitetssäkrade data i produktions- och kapacitetsplaneringen på års-, månads- och veckonivå för att skapa stabila förutsättningar för hög operationstakt.
- Utredda behovet av ett dedikerat systemstöd för produktions- och kapacitetsplanering.

Revisorerna önskar senast den 8 april 2026 en redovisning av vilka åtgärder som hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit eller avser att vidta samt tidplan med anledning av granskningsresultatet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har upprättat ett förslag på svar till revisionen.

Divisionschef kirurgi Elisabeth Liljekvist föredrog ärendet.

Förslag till beslut

Upprättat förslag på svar avseende revisionens granskning av operationsverksamheten antas och överlämnas till regionens revisorer.

Beslut

Upprättat förslag på svar avseende revisionens granskning av operationsverksamheten antas och överlämnas till regionens revisorer.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

2026-03-19

Expedieras till

Revisionskontoret, regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Svar på granskning av operationsverksamheten
- Svar på granskning av operationsverksamheten
- Rapport: Granskning av operationsverksamheten
- Skrivelse: Granskning av operationsverksamheten

Svar på granskning av operationsverksamheten HSN/2338/2025

Utifrån de rekommendationer som revisionsutredningen lämnat kan verksamheten konstatera att flertalet av de efterfrågade arbetssätten redan är etablerade och integrerade i den löpande styrningen av operationsverksamheten.

Systematiska analyser av orsaker till avvikelser i starttider och strykningar genomförs fortlöpande. I frågan om starttider pågår ett kontinuerligt flödesarbete på centraloperation sedan 2024. Resultaten följs upp i ordinarie forum och ligger till grund för identifiering av mönster samt för de åtgärder som vidtas för att stärka operationsplaneringen och minska oplanerade avvikelser. Antalet avbokningar och omplaneringar har minskat med 25 procent sedan 2022. Under samma period har andelen patienter där operationsstartmål nås ökat med 20 procent.

Vidare **genomförs regelbundna analyser av salsnyttjande**, inklusive uppföljning av bytestider. Dessa analyser används för att optimera flöden och för att säkerställa ett effektivt resursutnyttjande. Målsättningar för bytestider finns definierade och följs upp kontinuerligt.

Verksamheten **redovisar återkommande hur begränsningar i lokaler och utrustning påverkar produktionen**. Detta utgör ett centralt underlag i beslutsprocesser avseende prioriteringar och utvecklingsåtgärder. I dagens lokaler går inte allt att justera, nybyggnation krävs, och utreds inom ramen för ÖSUP.

Därutöver används **kvalitetssäkrade data i produktions- och kapacitetsplaneringen** på såväl års-, kvartal, månads- som veckonivå. Denna strukturerade datagrund möjliggör en stabil planering och bidrar till bibehållen hög operationstakt över tid.

Avseende rekommendationen om **systemstöd för produktions- och kapacitetsplanering** kan verksamheten konstatera att ett sådant stöd redan finns etablerat. Inom ramen för regionens arbete med PKS pågår därutöver planerat utbyggnad av system för att ytterligare stärka funktionalitet, bland annat genom att inkludera underlag från mottagningsverksamheterna. Utbyggnaden syftar till att skapa ett heltäckande planeringsstöd som knyter samman kapacitetsplanering i hela vårdkedjan. Om detta visar sig svårt att uppnå inom begränsningarna i regionens befintliga system bör upphandling av annat system övervägas.

Sammanfattningsvis bedömer verksamheten att rekommendationerna i hög grad redan är uppfyllda, med ett pågående utvecklingsarbete kopplat till det befintliga systemstödet i linje med utredningens sista rekommendation.

