

Slutrapport: Förbättrad produktivitet i operationsprocessen

Rapporten sammanfattar ett sjukhusövergripande arbete för att förbättra tillgängligheten till planerad kirurgi vid Skaraborgs Sjukhus. Fokus har legat på struktur och kvalitet i operationsanmälan och hantering av väntelistor. Resultaten visar förbättrad måluppfyllelse och bättre förutsättningar för fortsatt utveckling i ordinarie verksamhet.

Anders Plantin

Slutrapport

Datum: 2026-01-29

Dnr: SKAS 2005-00071-3

Skaraborgs sjukhus, Utvecklingsstab

Handläggare: Anders Plantin

Telefon: 070-0209475

E-post: anders.plantin

Innehållsförteckning

Slutrapport - Förbättrad produktivitet i operationsprocessen	3
1. Inledning	3
2. Bakgrund.....	3
3. Begrepp och metod för uppdragets genomförande	4
3.1 Begreppslig utgångspunkt	4
3.2 Operationsprocessen som system och flöde.....	5
3.3 Prioritering och avgränsning av delprocesser	5
3.4 Metodologisk ansats: implementering av befintliga riktlinjer	6
3.5 Val av mått och uppföljningsprinciper	6
4. Genomförande av uppdraget.....	7
4.1 Organisation, styrning och arbetsformer	7
4.2 Etablering av gemensam lägesbild och prioritering	7
4.3 Arbete inom delprocessen operationsanmälan och väntelista	7
4.4 Samverkan med läkare och processchefer	8
4.5 Pre-operativ förberedelse – ansatser och koppling till väntelistan	8
4.6 Peri-operativ del (salstid) – avgränsning och ansvarsförskjutning	8
4.7 Löpande uppföljning och justering av arbetssätt.....	9
4.8 Samverkan med linjeorganisationen och förberedelse för överlämning	9
5. Resultat och effekter.....	9
5.1 Inledning.....	9
5.2 Resultat inom delprocessen operationsanmälan och väntelista	9
5.2.1 Kvalitet och aktualitet i väntelistor	10
5.2.2 Prioritering och medicinskt måldatum	10
5.2.3 Hantering av erbjudanden, återbud och uteblivna patienter.....	10
5.2.4 Effekter på arbetssätt och arbetsmiljö för operationsplanerare	10
5.3 Effekter på tillgänglighet och väntetider.....	10
5.4 Absolut antal genomförda operationer	11
5.5 Sammanfattande resultatbild	11

6. Slutsatser och rekommendationer	12
6.1 Samlade slutsatser från uppdraget	12
6.2 Avgörande framgångsfaktorer	12
6.3 Begränsningar och lärdomar	13
6.4 Rekommendationer för fortsatt arbete	13
6.5 Avslutande bedömning	14
7. Bilagor	15
Bilaga 1	15
Bilaga 2	15
Bilaga 3	15

Slutrapport - Förbättrad produktivitet i operationsprocessen

1. Inledning

Tillgänglighet till planerad kirurgi är en av de mest centrala utmaningarna inom hälso- och sjukvården. Långa väntetider innebär inte bara lidande och oro för patienter, utan påverkar även vårdens kvalitet, arbetsmiljö och förtroende för systemet. För opererande verksamheter ställer detta särskilda krav på hur operationsprocessen organiseras, planeras och följs upp.

Vid Skaraborgs Sjukhus har operationsverksamheten under lång tid präglats av ett högt vårdbehov i kombination med begränsade resurser. Tidigare utvecklings- och förbättringsinitiativ har visat att betydande förbättringar kan uppnås genom ett mer strukturerat och faktabaserat arbetssätt, särskilt med fokus på planering, prioritering och kvalitetssäkring av inflödet till operationsprocessen.

Utifrån denna bakgrund initierades uppdraget ”Förbättrad produktivitet i operationsprocessen”, [bilaga 1](#), med syfte att bygga vidare på tidigare erfarenheter och resultat samt att omsätta identifierade förbättringsförslag i praktiskt genomförande. Uppdraget genomfördes under perioden 2024–2025 och omfattade samtliga opererande specialiteter vid Skaraborgs Sjukhus.

Även om uppdragets titel använder begreppet produktivitet har fokus i genomförandet legat på tillgänglighet, planeringsbarhet och kvalitet i operationsprocessen. Avsaknaden av entydiga och vedertagna mått för produktivitet inom hälso- och sjukvården har inneburit att uppföljningen i stället inriktats på indirekta men kliniskt och organisatoriskt relevanta utfall, såsom köutveckling, väntetider och måluppfyllelse i relation till medicinskt måldatum.

Denna rapport redovisar uppdragets genomförande, resultat och slutsatser. Syftet är dels att sammanfatta vad som uppnåtts inom ramen för uppdraget, dels att tydliggöra vilka lärdomar och rekommendationer som är relevanta för fortsatt arbete inom linjeorganisationen. Rapporten är avsedd att fungera som underlag för både styrning och fortsatt utveckling av operationsverksamheten vid Skaraborgs Sjukhus

2. Bakgrund

Under flera år har Skaraborgs Sjukhus haft betydande utmaningar kopplade till tillgänglighet för patienter i behov av kirurgiska ingrepp. Väntetider och operationsköer har periodvis varit långa och andelen patienter som opererats inom medicinskt måldatum har varierat mellan olika opererande specialiteter. Detta har medfört såväl patientsäkerhetsmässiga risker som ett ökat behov av köpt vård utanför den egna organisationen, med ökade kostnader som följd. Samtidigt har bristande tillgänglighet inneburit att sjukhuset haft svårt att fullt ut uppfylla sitt grunduppdrag.

Utifrån denna bakgrund genomfördes under perioden 2019–2022 förbättringsprojektet ”Öka antalet genomförda operationer”, [bilaga 2](#). Projektet syftade till att öka antalet utförda operationer med bibehållen kvalitet och patientsäkerhet genom att förbättra operationsprocessen och dess delprocesser. Arbetet omfattade en övergripande genomlysning

av hela operationsflödet, från remissbedömning till postoperativ hantering, samt identifiering av flaskhalsar och störningar som påverkade patientflödet negativt.

Projektet bidrog till en fördjupad system- och processförståelse av operationsverksamheten. Genom strukturerad processkartläggning identifierades ett stort antal orsaker till flödesstörningar, bland annat brister i planering, variation i prioriteringar, kvaliteten i operationsanmälningar, hantering av väntelistor, sena strykningar samt variation i starttider. Arbetssättet, som till stor del byggde på medarbetarnas delaktighet och faktabaserade analyser, skapade engagemang och ökade förutsättningar för gemensam förståelse och förbättringsarbete över professions- och verksamhetsgränser.

Utvärderingen av projektet visade att vissa genomförda förändringar gav mätbara effekter, exempelvis förbättrad starttid för första operation och ett något effektivare utnyttjande av den tid patienten befann sig på operationssalen. Samtidigt konstaterades att projektets övergripande syfte – att entydigt kunna visa en ökad produktivitet – inte kunde verifieras. Detta berodde bland annat på avsaknad av tydligt definierade produktivetsmått och kvantitativa mål i projektplanen samt på begränsade strukturer för systematisk uppföljning och återkoppling i linjeorganisationen.

En central slutsats från utvärderingen var att projektformen i sig inte var tillräcklig för att säkra varaktiga förändringar i operationsprocessen. Flera identifierade förbättringsåtgärder var endast delvis implementerade vid projektets avslut, och ansvaret för uppföljning och fortsatt utveckling var inte fullt ut integrerat i ordinarie styrning och ledning. Behovet av tydligare ansvarsfördelning, kontinuerlig uppföljning samt ett mer sammanhållet arbetssätt över samtliga opererande specialiteter framstod som avgörande för fortsatt utveckling.

Utifrån denna bakgrund initierades föreliggande uppdrag med fokus på att ta vid tidigare identifierade förbättringsförslag, genomföra och säkra förändringar på en mer övergripande nivå samt etablera strukturer för löpande uppföljning och tydlig överlämning till linjeorganisationen.

En fördjupad delredovisning av uppdragets tidiga skede och genomförda analyser återfinns i en separat delrapport från 2024 ([bilaga 3](#)), vilken utgjort ett viktigt underlag för det fortsatta arbetet.

3. Begrepp och metod för uppdragets genomförande

3.1 Begreppslig utgångspunkt

Uppdragets titel innehåller begreppet produktivitet. Inom operationsverksamhet saknas dock en entydig och allmänt accepterad definition av produktivitet som samtidigt beaktar medicinsk prioritering, patientsäkerhet, kvalitet och resursutnyttjande. Begreppet riskerar därför att bli förenklat eller missvisande om det används utan tydlig kontext och definition.

Utifrån denna bakgrund har uppdraget inte utgått från ett sammanfattande produktivetsmått. I stället har arbetet baserats på antagandet att ett mer stabilt och välfungerande operationsflöde bör ge indirekta effekter i form av minskade förluster på operation, förbättrad tillgänglighet och en högre andel patienter som omhändertas inom medicinskt måldatum. Dessa utfall bedöms tillsammans bättre spegla om operationsverksamheten fungerar ändamålsenligt utifrån sitt uppdrag.

3.2 Operationsprocessen som system och flöde

Som grund för analys och genomförande har operationsverksamheten betraktats som ett sammanhängande system där både patientflöde och informationsflöde måste fungera genom hela processen för att önskat resultat ska uppnås. Störningar som uppträder sent i processen, exempelvis på operationsdagen, bedöms ofta ha sin grund i brister i tidigare steg.

Utifrån detta perspektiv delades operationsprocessen in i fyra funktionella delprocesser:

1. operationsanmälan
2. väntelista
3. pre-operativ förberedelse
4. perioperativ fas (salstid)

Uppdelningen, se fig. 1, syftade till att tydliggöra ansvar, gränssnitt och beroenden mellan olika delar av processen samt att möjliggöra riktade förbättringsinsatser mot identifierade grundorsaker.



Figur 1.

3.3 Prioritering och avgränsning av delprocesser

Tidigt i genomförandet blev det tydligt att operationsanmälan och väntelista var starkt sammankopplade. Kvaliteten i operationsanmälan påverkade direkt innehållet i väntelistan, prioriteringar, planering och möjligheten att kalla rätt patient vid rätt tidpunkt. Det visade sig även att samma funktioner i stor utsträckning arbetade med båda dessa delar av processen.

Utifrån denna bakgrund slogs operationsanmälan och väntelista samman till en gemensam delprocess och arbetsgrupp. Arbetet inom denna delprocess kom att utgöra uppdragets huvudsakliga fokus.

Den pre-operativa delen av processen berördes genom vissa inledande ansatser, med fokus på att patienten ska vara medicinskt och praktiskt förberedd när kallelse till operation sker. Eftersom detta arbete till stor del utförs av samma funktioner som hanterar väntelistor och planering har dessa frågor hanterats i nära anslutning till arbetet med väntelistan, men utan att ett fullt utbyggt förbättringsarbete etablerades inom ramen för uppdraget.

För den peri-operativa delen av processen, benämnd salstid, bedrevs inget omfattande förbättringsarbete inom projektet. I samråd med verksamhetsledningen beslutades att det

fortsatta utvecklingsarbete inom denna del skulle drivas av verksamheten. Detta utgjorde en medveten avgränsning av uppdraget.

3.4 Metodologisk ansats: implementering av befintliga riktlinjer

En central metodologisk utgångspunkt i uppdraget var att det redan vid projektets start fanns tydliga och beslutade kriterier och riktlinjer för operationsanmälan och hantering av väntelistor. Dessa omfattade bland annat:

- vilka patienter som ska anmälas till operation
- när anmälan ska göras
- hur patienter på väntelista ska prioriteras
- hur erbjudanden om operationstid, återbud och uteblivna patienter ska hanteras

Projektets fokus låg därför inte på att ta fram nya regelverk eller prioriteringsprinciper, utan på att säkerställa en enhetlig och konsekvent tillämpning av befintliga riktlinjer. Bristande efterlevnad identifierades som en bidragande orsak till variation, otydlighet och ineffektivitet i processen.

Arbetet inom den sammanslagna delprocessen operationsanmälan och väntelista inriktades mot att tydliggöra ansvar, stödja planerande funktioner och stärka samverkan med ansvariga läkare och processchefer. Detta syftade till att implementera gällande regler i det dagliga arbetet och minska personberoende variation.

3.5 Val av mått och uppföljningsprinciper

Uppföljningen av uppdraget har baserats på mått som bedöms spegla funktion och stabilitet i respektive delprocess samt deras samlade effekt på tillgänglighet. Tyngdpunkten har legat på mått kopplade till:

- väntelistor
- väntetider
- andel patienter som blivit kallade inom medicinskt måldatum (ej genomförd operation)

Som ett kompletterande utfallsmått har även det absoluta antalet genomförda operationer följts över tid. Förändringar i detta mått kan dock inte med säkerhet kopplas till genomförda aktiviteter inom ramen för uppdraget, då antalet genomförda operationer påverkas av flera faktorer utanför projektets kontroll, såsom förändringar i uppdrag, bemanning, tillgängliga operationssalar, vårdbehov och externa förutsättningar.

Mått som traditionellt används för att beskriva resursutnyttjande i operationsverksamhet, såsom salstid, patienttid och operationstid, har använts i begränsad omfattning och med försiktighet. Dessa mått är känsliga för variation i patientmix, bemanning och uppdrag och har därför inte använts som övergripande mått på produktivitet.

Kvantitativa data har kompletterats med kvalitativa observationer, dialoger i arbetsgrupper samt återkoppling från berörda chefer och funktioner. Dessa har varit särskilt viktiga för att bedöma

förändrade arbetssätt, samverkan och systemförståelse, vilka utgör förutsättningar för varaktig förbättring.

4. Genomförande av uppdraget

4.1 Organisation, styrning och arbetsformer

Uppdraget har genomförts under perioden januari 2024-december 2025 i enlighet med uppdragshandlingen. Arbetet har bedrivits med sporadisk återkoppling till Taktisk styrgrupp produktion samt i nära dialog med berörda verksamhetsföreträdare, ex. processchefer och operationsplanerare, inom samtliga opererande specialiteter. Arbetet har genomförts både i stora tvärprofessionella och tvärdisciplinära grupper men även i mindre format med respektive specialitet.

Projektledaren har haft ett samordnande och faciliterande ansvar för uppdragets genomförande. I samråd med ansvariga chefer har arbetsformer, prioriteringar och avgränsningar successivt utvecklats och förankrats. Styrgruppen har fungerat som forum för avstämning av inriktning, hantering av strategiska vägval samt beslut om avgränsningar och ansvarsförskjutning till linjeorganisationen.

En grundläggande princip har varit att uppdraget inte skulle bygga upp en parallell projektorganisation, utan genomföras i nära samverkan med verksamheterna och med tydlig koppling till ordinarie ansvar och mandat.

4.2 Etablering av gemensam lägesbild och prioritering

Inledningsvis lades stor vikt vid att skapa en gemensam lägesbild av operationsprocessens funktion och utmaningar. Arbetet tog avstamp i slutsatser från tidigare genomförda analyser och projekt samt i aktuella data avseende väntelistor, väntetider och måluppfyllelse.

Dialoger fördes med planerande funktioner, verksamhetschefer, processchefer och ansvariga läkare för att verifiera problembilden och skapa samsyn kring vilka delar av processen som var mest angelägna att prioritera. Tidigt stod det klart att variation och bristande aktualitet i operationsanmälningar och väntelistor utgjorde centrala problem med stor påverkan på tillgänglighet och planering.

Utifrån denna bakgrund prioriterades arbetet med operationsanmälan och väntelista, vilket också låg i linje med slutsatserna från tidigare genomfört förbättringsarbete.

4.3 Arbete inom delprocessen operationsanmälan och väntelista

Den sammanslagna delprocessen operationsanmälan och väntelista utgjorde uppdragets huvudsakliga fokus. Arbetet bedrevs i nära samverkan mellan planerande funktioner, ansvariga läkare och processchefer och inriktades på att säkerställa att rätt patienter anmäls till operation vid rätt tidpunkt och hanteras korrekt genom väntelistan.

Konkreta aktiviteter inom denna delprocess omfattade bland annat:

- systematisk genomgång och kvalitetssäkring av väntelistor inom samtliga opererande specialiteter
- identifiering och borttagande av patienter som inte längre var aktuella för kirurgi
- tydliggörande av ansvar för uppdatering och uppföljning av väntelistor
- tillämpning av befintliga kriterier för operationsanmälan
- hantering av patienter som tackar nej till erbjuden operationstid inom rimlig tid
- hantering av uteblivna patienter enligt gällande riktlinjer

Arbetet har genomförts iterativt med löpande återkoppling till berörda verksamheter. Fokus har legat på att skapa robusta arbetssätt som inte är personberoende, snarare än att lösa enskilda fall.

4.4 Samverkan med läkare och processchefer

En viktig del av genomförandet har varit samverkan med ansvariga läkare och processchefer inom respektive opererande specialitet. Medicinska bedömningar, prioriteringar och beslut om operabilitet har alltid skett i samråd med läkare och inom ramen för gällande medicinska riktlinjer och etiska principer.

Arbetet har bidragit till att tydliggöra gränssnittet mellan administrativa och medicinska beslut samt att stärka förståelsen för hur brister i tidiga delar av processen påverkar tillgänglighet och genomförande längre fram i operationskedjan.

4.5 Pre-operativ förberedelse – ansatser och koppling till väntelistan

Den pre-operativa delen av operationsprocessen har berörts genom vissa ansatser inom ramen för uppdraget. Fokus har legat på att tydliggöra sambandet mellan kvaliteten i väntelistan och förutsättningarna för att patienten ska vara medicinskt och praktiskt förberedd när kallelse till operation sker.

Eftersom ansvaret för pre-operativ förberedelse till stora delar ligger hos samma funktioner som hanterar väntelistor och planering, har dessa frågor hanterats integrerat i arbetet med väntelistan. Något separat och fullt utbyggt förbättringsarbete av den pre-operativa delprocessen har dock inte genomförts inom ramen för detta uppdrag.

4.6 Peri-operativ del (salstid) – avgränsning och ansvarsförskjutning

För den peri-operativa delen av operationsprocessen, benämnd salstid, bedrevs inget omfattande förbättringsarbete inom projektet. Relativt tidigt under uppdragets genomförande informerade verksamhetsledningen för operation att det skulle genomföras en intern omorganisation och en flytt vid en av utbudspunkterna för operation.

Med denna vetskap fattades beslut om att avvakta med vidare förbättringsinsatser inom salstid och att fortsatt utvecklingsarbete på operationsavdelningarna i stället skulle drivas av verksamheten själva. Denna ansvarsförskjutning har hanterats i dialog med styrgruppen och berörda chefer och utgjorde en medveten avgränsning av uppdraget.

4.7 Löpande uppföljning och justering av arbetssätt

Uppföljning av genomförda aktiviteter och deras effekter har skett löpande genom:

- månatlig återkoppling av lägesbild och resultat till sjukhusledning, processchefer och operationsplanerare
- dialogmöten med berörda verksamheter
- uttag och analys av relevanta kvantitativa data
- gemensam genomgång av utfall kopplat till väntelistor, väntetider och måluppfyllelse

Uppföljningen har främst använts som underlag för lärande, prioritering och justering av arbetssätt, snarare än som ett separat kontrollmoment.

4.8 Samverkan med linjeorganisationen och förberedelse för överlämning

En bärande princip i genomförandet har varit att arbetet ska ske i nära samverkan med linjeorganisationen. Ansvar för genomförande av identifierade förbättringsåtgärder har legat hos respektive verksamhet, med projektledningen i en stödjande och samordnande roll.

Detta arbetssätt har syftat till att skapa förutsättningar för att genomförda förändringar ska kunna upprätthållas över tid samt att underlätta en tydlig och strukturerad överlämning av ansvar vid uppdragets avslut.

5. Resultat och effekter

5.1 Inledning

I detta kapitel redovisas resultat och effekter av uppdraget med fokus på tillgänglighet i operationsverksamheten. Redovisningen utgår från de mätetal som definierats i kapitel 3 och speglar de delar av operationsprocessen där förbättringsarbete faktiskt har bedrivits, främst operationsanmälan och hantering av väntelistor och prioritering vid planering av operation.

Resultaten presenteras med tydlig åtskillnad mellan observerade utfall och tolkning. De redovisade förändringarna ska inte betraktas som kausalt kopplade till uppdraget i strikt mening, utan som utfall som samvarierar med genomförda förbättringsinsatser inom ramen för uppdragets avgränsning.

5.2 Resultat inom delprocessen operationsanmälan och väntelista

Arbetet inom den sammanslagna delprocessen operationsanmälan, väntelista och prioritering utgjorde uppdragets huvudsakliga fokus. Resultaten i detta avsnitt avser i första hand effekter kopplade till kvalitet, aktualitet och hantering av patienter som anmälts till operation samt hur detta påverkat tillgänglighet, planering och arbetssätt.

5.2.1 Kvalitet och aktualitet i väntelistor

Inom samtliga opererande specialiteter genomfördes en systematisk genomgång och kvalitetssäkring av väntelistorna. Arbetet syftade till att säkerställa att patienter som stod upptagna i väntelistan var aktuella för kirurgi, medicinskt bedömda och fortsatt operabla.

Genom detta arbete identifierades patienter som av olika skäl inte längre var aktuella för operation, exempelvis på grund av genomförd åtgärd, förändrat vårdbehov eller utebliven kontakt. Dessa patienter togs bort från väntelistorna i enlighet med gällande riktlinjer, vilket förbättrade väntelistornas tillförlitlighet som planeringsunderlag.

5.2.2 Prioritering och medicinskt måldatum

Förbättrad kvalitet i operationsanmälningar och väntelistor skapade bättre förutsättningar för en mer enhetlig tillämpning av prioriteringar utifrån medicinskt behov. Transparensen ökade avseende patienter som närmade sig eller överskred medicinskt måldatum, vilket möjliggjorde tidigare åtgärder och dialog med ansvariga läkare och processchefer.

5.2.3 Hantering av erbjudanden, återbud och uteblivna patienter

Arbetet bidrog till en mer konsekvent tillämpning av befintliga riktlinjer för hantering av patienter som tackar nej till erbjuden operationstid samt patienter som uteblir från planerad åtgärd. Detta minskade variationen i hantering mellan olika verksamheter och förbättrade planeringsbarheten genom att reducera dolda och inaktuella operationsfall i väntelistorna.

5.2.4 Effekter på arbetssätt och arbetsmiljö för operationsplanerare

En mer enhetlig tillämpning av riktlinjer och tydligare ansvarsfördelning har bidragit till ett mer förutsägbart och mindre reaktivt arbetssätt för de funktioner som ansvarar för operationsplanering och kallelser. Enligt återkoppling från berörda funktioner har detta inneburit färre akuta omplaneringar, minskat behov av ad hoc-lösningar och bättre förutsättningar för långsiktig planering.

Sammanfattningsvis har förändringarna, och effekten med färre antal patienter i kö, upplevts bidra till förbättrad arbetsmiljö, med ökad arbetsro och tydligare professionellt handlingsutrymme för operationsplanerarna.

5.3 Effekter på tillgänglighet och väntetider

Utvecklingen under projektiden redovisas nedan. Efter en planerings- och förankringsperiod från januari till april 2024 omfattar mätperioden tiden 2024-04-15 till 2025-12-31.

Utvecklingen av tillgänglighet redovisas inledningsvis genom förändringen av det totala antalet väntande patienter i operationskö, inklusive både patienter med och utan tilldelad operationstid.

Vid den första mätpunkten den 15 april 2024 uppgick det totala antalet väntande patienter till 2 784. Vid den avslutande mätpunkten den 31 december 2025 hade antalet minskat till 1 842, vilket motsvarar en minskning med 942 patienter, 34%, under projektiden.

Parallellt med detta reducerades antalet patienter som väntat mer än 365 dagar från 335 patienter till 1 patient. Detta visar tydligt att en förbättrad planering och prioritering gav önskat resultat, att omhänderta de som väntat längst.

Av särskild betydelse är utvecklingen av antalet patienter som stod i operationskö utan tilldelad operationstid trots att medicinskt måldatum hade passerats. Vid mätningen den 15 april 2024 uppgick denna grupp till 982 patienter. Vid uppföljningen den 31 december 2025 hade antalet minskat till 133 patienter, vilket motsvarar en minskning med 849 patienter, 86%.

Som komplement redovisas även utvecklingen under kalenderåret 2025. Vid årets början, den 1 januari 2025, uppgick det totala antalet väntande patienter till 2 781. Vid årets slut, den 31 december 2025, hade antalet minskat till 1 842, vilket motsvarar en minskning med 939 patienter, 34%.

Under samma period minskade antalet patienter som väntade mer än 365 dagar från 177 patienter till 1 patient, och antalet patienter utan tilldelad operationstid trots passerat medicinskt måldatum reducerades från 888 patienter till 133 patienter, en minskning med 85%.

Sammantaget kan konstateras att de olika utfallsmått som använts har haft en skiftande utveckling över tid. Inledningsvis präglades arbetet av åtgärder riktade mot patienter med extremt långa väntetider, vilka omhändertogs, opererades eller avfördes från väntelistorna. Först i ett senare skede av uppdraget kunde en tydligare minskning ses av antalet patienter som inte planerats inom medicinskt måldatum, vilket speglar ett mer systematiskt arbetssätt i inflödet till operationsprocessen.

5.4 Absolut antal genomförda operationer

Som ett kompletterande deskriptivt utfall redovisas det absoluta antalet genomförda operationer vid Skaraborgs Sjukhus under perioden 2023–2025, omfattande samtliga tre utbudspunkter: Skövde, Lidköping och Falköping.

Antalet genomförda operationer uppgick till:

2023: 15 186

2024: 15 254

2025: 15 954

Utfallet redovisas för fullständighetens skull och ska tolkas med försiktighet. Det saknas samlad och jämförbar information om den totala tillgängliga operationsresursen under perioden, varför förändringar i det absoluta antalet genomförda operationer inte med säkerhet kan kopplas till genomförda aktiviteter inom ramen för uppdraget.

5.5 Sammanfattande resultatbild

Resultaten visar sammantaget en tydlig förbättring av tillgängligheten i operationsverksamheten. Den totala operationskön har minskat, de mest långvariga köerna i det närmaste avvecklats och antalet patienter som väntar utan tilldelad operationstid trots passerat medicinskt måldatum har minskat kraftigt.

Den samlade bilden är inte enbart färre patienter i kö, utan en mer aktuell, överskådlig och planeringsbar köstruktur. Detta ger förbättrade förutsättningar för styrning, uppföljning och ett mer hållbart arbetssätt i operationsverksamheten.

6. Slutsatser och rekommendationer

6.1 Samlade slutsatser från uppdraget

Uppdragets övergripande slutsats är att tillgängligheten i operationsverksamheten vid Skaraborgs Sjukhus har förbättrats på ett tydligt och samstämmigt sätt under genomförandeperioden. Förbättringarna framträder konsekvent över flera kompletterande mätetal och avser särskilt de delar av operationsprocessen där förbättringsarbete faktiskt har bedrivits, främst operationsanmälan och väntelista.

Resultaten visar att det är möjligt att åstadkomma betydande förbättringar i tillgänglighet utan att primärt öka kapaciteten, genom att i stället fokusera på kvalitet, aktualitet och konsekvent tillämpning av befintliga regler och prioriteringsprinciper. Minskningen av den totala operationskön, den kraftiga reduceringen av mycket långa väntetider samt den tydliga minskningen av antalet patienter utan tilldelad operationstid efter passerat medicinskt måldatum indikerar en mer stabil och planeringsbar operationsprocess.

En övergripande slutsats är att förbättringarna till stor del kan kopplas till ett förändrat arbetssätt snarare än till enskilda punktinsatser. Genom att kvalitetssäkra inflödet till operationskön, handhavande av väntelistor, prioriteringar vid planering och tydliggöra ansvar och gränssnitt har verksamheten i större utsträckning kunnat arbeta proaktivt i stället för reaktivt.

6.2 Avgörande framgångsfaktorer

Flera faktorer har varit avgörande för uppdragets genomförande och uppnådda resultat.

En första framgångsfaktor har varit det tydliga fokuset på operationsanmälan, väntelista och prioritering som sammanhängande delprocess. Genom att tidigt identifiera och prioritera denna koppling har förbättringsarbetet kunnat riktas mot grundorsaker till bristande tillgänglighet snarare än mot sena konsekvenser i processen.

En andra avgörande faktor har varit den metodologiska ansatsen att utgå från befintliga riktlinjer och regelverk. I stället för att skapa nya styrande dokument har arbetet fokuserat på implementering, konsekvent tillämpning och gemensam förståelse. Detta har minskat variation, personberoende och otydlighet i hanteringen av patienter i operationskö.

En tredje framgångsfaktor har varit det nära samarbetet mellan planerande funktioner, ansvariga läkare och processchefer. Denna samverkan har möjliggjort medicinskt förankrade prioriteringar och samtidigt stärkt förståelsen för hur administrativa och medicinska beslut påverkar varandra längs hela operationsprocessen.

Slutligen har arbetssättet, där förbättringsarbetet bedrivits i nära samverkan med linjeorganisationen snarare än som ett fristående projekt, varit avgörande för att skapa förutsättningar för varaktighet. Detta har även haft positiva effekter på arbetsmiljön för de funktioner som ansvarar för operationsplanering och kallelser.

6.3 Begränsningar och lärdomar

Samtidigt som resultaten är tydliga finns det viktiga begränsningar att beakta. Uppdraget har inte omfattat alla delar av operationsprocessen i samma utsträckning. Framför allt har den peri-operativa delen (salstid) medvetet avgränsats och överlämnats till linjen, vilket innebär att ytterligare förbättringspotential sannolikt kvarstår inom detta område.

Vidare har uppdraget inte haft som mål att entydigt visa en ökad produktivitet i termer av fler genomförda operationer per resursenhet. Avsaknaden av sammanhållen och jämförbar information om tillgängliga resurser över tid innebär att sådana slutsatser inte kan dras med säkerhet. Detta understryker vikten av att i framtida utvecklingsarbete tydligare koppla samman mål, mått och uppföljning.

En viktig lärdom är att bristande tillgänglighet sällan är ett resultat av enskilda flaskhalsar, utan av ackumulerade brister i tidiga delar av processen. Förbättringsarbete bör därför i första hand inriktas på inflöde, prioritering och planeringsförutsättningar.

6.4 Rekommendationer för fortsatt arbete

Mot bakgrund av uppdragets resultat och identifierade lärdomar lämnas följande rekommendationer för fortsatt arbete:

- Säkra fortsatt ansvar i linjen för kvalitetssäkring av operationsanmälningar och väntelistor, följa medicinsk prioritering samt ge tydligt mandat för olika funktioner i processen.
- Etablera en strukturerad och återkommande uppföljning av tillgänglighet, med särskilt fokus på patienter utan tilldelad operationstid efter passerat medicinskt måldatum.
- Vidareutveckla samverkan mellan medicinska och planerande funktioner, så att prioriteringar och planering även framgent sker gemensamt och transparent.
- Bygg vidare på erfarenheterna från detta uppdrag vid fortsatt utveckling av den peri-operativa delen av operationsprocessen.
- Knyt framtida utvecklingsarbete tydligare till styrning och ledning, så att resultat efterfrågas, följs upp och används aktivt i beslutsfattande.

6.5 Avslutande bedömning

Uppdraget har visat att förbättrad tillgänglighet till kirurgi vid Skaraborgs Sjukhus i första hand är en fråga om struktur, systematik och konsekvens i arbetssätt, snarare än om enskilda kapacitetshöjande åtgärder. Genom att rikta fokus mot de tidiga delprocesserna i operationskedjan – särskilt operationsanmälan och hantering av väntelistor – har förutsättningarna för både planeringsbarhet och medicinskt ändamålsenligt omhändertagande av patienter förbättrats.

De resultat som redovisas i rapporten visar att relativt begränsade men målmedvetna förändringar i arbetssätt kan få stor effekt på köutveckling, väntetider och måluppfyllelse i relation till medicinskt måldatum. Samtidigt har uppdraget bidragit till ökad transparens och tydligare ansvarsfördelning, vilket i sin tur har haft positiva effekter på arbetsmiljö och samverkan mellan olika funktioner i operationsprocessen.

En central slutsats är att hållbara förbättringar i operationsverksamheten kräver ett gemensamt förhållningssätt till prioriteringar, uppföljning och efterlevnad av beslutade riktlinjer. Arbetet har tydliggjort att bristande struktur i inflödet till operationsprocessen riskerar att få långtgående konsekvenser, både ur ett tillgänglighets- och ett etiskt perspektiv, medan tydliga och gemensamma arbetssätt skapar förutsättningar för likvärdig vård.

Uppdraget är nu avslutat och det fortsatta ansvaret för att vidmakthålla och vidareutveckla dessa arbetssätt ligger hos linjeorganisationen. Slutrapporten bör därmed inte ses som en slutpunkt, utan som ett kunskaps- och erfarenhetsunderlag för fortsatt utvecklingsarbete. Den ökade systemförståelse och de strukturer som etablerats inom ramen för uppdraget utgör en viktig grund för framtida förbättringar av operationsprocessen vid Skaraborgs Sjukhus.

7. Bilagor

Bilaga 1



Rapport öka antalet
genomförda operatio

Bilaga 2



Uppdrag förbättrad
produktivitet inom op

Bilaga 3



Delrapprt Förbättrad
produktivitet i operati