

Avdelningen för utveckling av hälso- och
sjukvården på systemnivå
Caroline Kevin
Caroline.kevin@socialstyrelsen.se

Kartläggning av kapacitet för knäprotesoperationer

Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker regionernas arbete med att möjliggöra för patienter som väntar på operation eller annan behandling att få vården utförd hos andra vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider (S2023/02119 (delvis)). Detta är ett av flera uppdrag som syftar till att stärka arbetet med nationell vårdförmedling.

Både i uppdragsbeskrivningen, och i myndigheternas arbete, har frågan om kapacitet aktualiserats. Det har blivit tydligt att verksamheter med ledig kapacitet som kan ta emot väntande patienter vid behov, är en central förutsättning för nationell vårdförmedling.

Inom ramen för uppdraget har myndigheterna bland annat genomfört avgränsade pilotprojekt. Detta som en del i att identifiera och genomföra omedelbara insatser för att fler patienter ska få vård snabbare genom nationell vårdförmedling. I ett av pilotprojekten gjordes en kapacitetskartläggning av verksamheter som utför knäprotesoperationer. Konkret syftade kartläggningen till att identifiera en eller flera verksamheter med möjlighet att erbjuda knäprotesoperationer med kortare väntetid. Utifrån ett bredare perspektiv, syftade kartläggningen även till att klargöra den övergripande bilden av verksamheternas allmänna förutsättningar att genomföra fler knäprotesoperationer vid ett ökat inflöde av patienter från andra vårdgivare. Tanken var att inhämta lärdomar i Socialstyrelsens bredare arbete med fokus på att förstå och fördjupa bilden av ledig kapacitet. Kartläggningen kan därutöver kopplas till myndighetens arbete med att

definiera kapacitet inom ramen för andra parallella uppdrag inom tillgänglighetsområdet.¹

Intervjuer med verksamheter som grund för kartläggningen

Knäprotesoperationer vid knäledsartros valdes ut som ett av pilotområdena, bland annat mot bakgrund av att relativt många patienter väntar länge. I mars 2025 hade cirka 45 procent av patienterna som väntade på knäprotesoperation väntat längre än vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar.² En längre beskrivning av pilotinsatsen finns i slutredovisningen av uppdraget. Nedan beskrivs metoden för kartläggningen.

Kartläggningen utgick från en sammanställning av samtliga verksamheter som enligt IVO:s vårdgivarregister utför knäprotesoperationer. I pilotprojektet gjordes tidigt avgränsningen att kartläggningen framför allt skulle fokusera på privata och idéburna³ verksamheter. Detta eftersom tidigare analyser och resultat från gjorda utredningar, pekar på att det främst är dessa som har – eller som kan frigöra – ledig kapacitet.⁴ Totalt 23 privata verksamheter identifierades. I nästa steg genomfördes intervjuer med företrädare från 21 av dessa.⁵ Parallellt intervjuades även företrädare från fem offentliga verksamheter som utför knäprotesoperationer. Verksamheterna valdes mot bakgrund av de hade höga patientvolymen enligt ledprotesregistret.

Följande frågeställningar låg till grund för intervjuerna:

- Finns det ledig kapacitet hos verksamheten, det vill säga skulle den kunna ta emot fler patienter?
- Innebär ledig kapacitet att det redan finns outnyttjad kapacitet, eller snarare att den först behöver frigöras eller skapas?
- I så fall, hur frigörs eller skapas kapaciteten rent konkret? Tillförs mer resurser eller inte?
- Finns det några potentiella risker för den offentliga vården när mer kapacitet skapas?

¹ Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058 (delvis)).

² Statistik från Väntetider i vården, hämtad 2025-05-13

³ En verksamhet som inte drivs i regional regi, utan av exempelvis en privat vårdgivare eller en stiftelse.

⁴ Nergårdh A. Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården (S2024:05).

Socialdepartementet; 2025 jan

⁵ Totalt 23 privata verksamheter identifierades utifrån vårdgivarregistret, varav 21 anmälde intresse att delta i en intervju.

Vad betyder begreppet kapacitet?

Begreppet kapacitet kan tolkas och användas på olika sätt beroende på sammanhang. Denna kartläggning utgår från följande definitioner:

- **Kapacitet:** En verksamhets högsta möjliga produktion som kan uppnås under en viss tidsperiod. Produktionsförmågan beror på vilka resurser som finns att tillgå och resursernas sammansättning. Kapaciteten, det vill säga produktionsförmågan, kan öka antingen genom att tillföra mer resurser, eller genom att justera hur de befintliga resurserna används.¹
- **Ledig kapacitet:** I denna rapport avser ledig kapacitet när en verksamhets tillgängliga kapacitet överstiger vårdens kapacitetsbehov. Verksamheten har med andra ord förmågan att producera mer än vad som behövs för att bemöta vårdens produktionsbehov, utan att tillföra mer resurser eller justera hur befintliga resurser används.

¹ Socialstyrelsen, Centrala begrepp inom produktions- och kapacitetsstyrning, 2024 nov

Resultat och insikter från kartläggningen

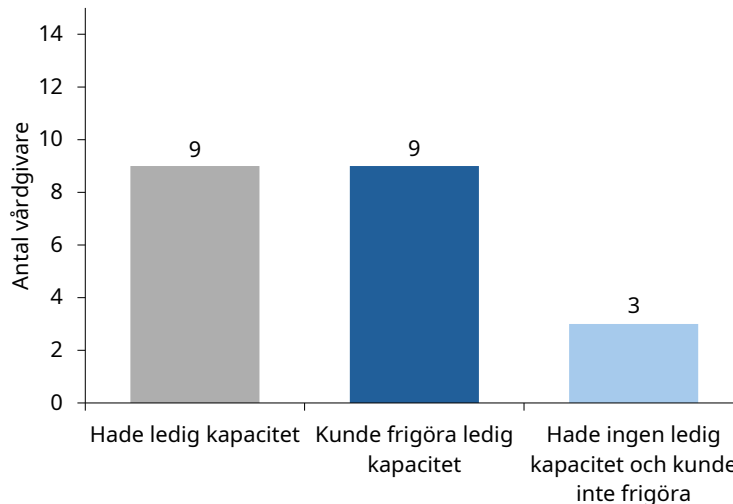
Kartläggningen har bidragit med insikter kring privata verksamheters möjligheter att utföra knäprotesoperationer, och deras förutsättningar för att skapa eller frigöra ledig kapacitet⁶. Analyserna har därutöver synliggjort vissa potentiella risker och utmaningar med att förmedla vård mellan offentliga och privata verksamheter.

Flera privata verksamheter uppgav att de hade, kunde skapa eller frigöra ledig kapacitet

Baserat på intervjuer med företrädare från privata verksamheter, framkom att majoriteten hade ledig kapacitet eller vid tillfället kunde skapa alternativt frigöra ledig kapacitet (se Figur 1).

⁶Att frigöra ledig kapacitet innebär att den privata verksamheten omfördelar befintliga resurser inom verksamheten för att öka produktionsförmågan för knäprotesoperationer. Att skapa ledig kapacitet innebär istället att verksamheten ökar kapaciteten genom att tillföra fler resurser till verksamheten eller effektiviserar sammansättningen av befintliga resurser.

Figur 1. Antal privata verksamheter som antingen uppgav att de vid intervjutillfället hade ledig kapacitet, kunde frigöra eller skapa kapacitet eller varken hade eller kunde frigöra kapacitet.



Källa: Intervjuer med privata verksamheter under december 2024

Nio av 21 verksamheter uppgav vid intervjutillfället att de hade ledig kapacitet. De kunde med andra ord utföra fler operationer inom ramen för den nuvarande verksamheten. Vid frågan om vad som skulle hända vid ett varaktigt högt inflöde av patienter, svarade de flesta att de hade möjlighet att skala upp kapaciteten ytterligare. Totalt nio verksamheter uppgav att de inte hade ledig kapacitet, men att de skulle kunna ta emot fler patienter genom att omfördela befintliga eller tillföra mer resurser (för definition av kapacitet, se Vad betyder begreppet kapacitet?). Resterande tre verksamheter uppgav att de varken hade ledig kapacitet, eller möjligheten att frigöra alternativt skapa kapacitet för att ta emot fler patienter.

Flera sätt för att skapa eller frigöra ledig kapacitet

Verksamhetsföreträdarna lyfter olika tillvägagångssätt för att frigöra eller skapa ledig kapacitet. För en sammanställning av vad som angavs i varje intervju se a 1. Sammanställning från intervjuerna.

Identifierade tillvägagångssätt för att frigöra kapacitet

- **Omprioritering av interna flöden:** Verksamhetsföreträdarna beskriver att kapacitet kan frigöras genom omfördelning av befintliga resurser inom verksamheten. Till exempel kan verksamheten minska frekvensen av andra typer av operationer eller vårdåtgärder för att istället prioritera knäprotesoperationer. De uppger även att personal kan flyttas från olika enheter inom verksamheten, till exempel från mottagning till operation.

- **Effektivare salsplanering:** Genom att tydligt renodla vilken typ av operation som genomförs i vilken operationssal, anser vissa verksamhetsföreträdare att graden av effektivitet kan öka. En företrädare beskriver hur de kan öka sin kapacitet genom att, istället för att blanda ingrepp, snävt fördela knäprotesoperationer och knäartroskopier på olika salar. Detta skulle minska förberedelseiden inför varje ingrepp.

Identifierade tillvägagångssätt för att skapa kapacitet

- **Anställa mer personal:** Vissa verksamhetsföreträdare beskriver att de stundtals har operationssalar som står tomma, och att de genom att anställa mer personal skulle kunna öka sin produktionsförmåga. Detta förutsätter emellertid att det finns personal tillgänglig att anställa.
- **Skicka personal till andra verksamheter:** Ledig kapacitet anses även kunna skapas genom att förflytta personal mellan olika verksamheter inom samma vårdkoncern. Tillvägagångssättet beskrivs som särskilt relevant inom koncerner med flera separata verksamheter som erbjuder samma typ av vård och behandling (till exempel knäprotesoperationer).
- **Öka antalet operationstimmar:** Genom att utföra operationer även på helger och kvällar, anser flera verksamhetsföreträdare att de kan skapa lediga kapacitet. Detta möjliggörs genom att utöka tjänsten för deltidsanställda eller schemalägga fler konsulttimmar.

Potentiella risker och utmaningar för vård i offentlig och privat regi

Utifrån intervjuer med privata och offentliga verksamheter framkommer att det finns flera risker och utmaningar kopplade till att frigöra kapacitet, eller förmedla vård från offentliga till privata verksamheter med ledig kapacitet.

Undanträngningseffekter

Offentliga verksamhetsföreträdare lyfter fram att nationell vårdförmedling kan leda till undanträngningseffekter – effekter som innebär att svårt sjuka patienter prioriteras ned till förmån för patienter med lättare tillstånd. Utifrån kapacitetskartläggningen framkommer att många av de privata verksamheterna, med vissa undantag, generellt inte har möjlighet att ta emot patienter med en ASA-klass högre än 2⁷. Detta beror framför allt på att högriskpatienter kräver mer vårdresurser som vårdgivarna inte har, till exempel tillgång till intensivvårdsplatser.

⁷ Den medicinska samsjukligheten påverkar risken vid narkos, och klassificeras utifrån ASA-klass (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification). Det finns sex ASA-klasser där 1–4 är relevanta utifrån ett vårdförmedlingsperspektiv. En högre ASA-klass innebär mer omfattande samsjuklighet. I kartläggningen undersöktes huruvida verksamheten tog emot patienter klassificerade som ASA 3, där patienten har allvarlig systemsjukdom.

De verksamhetsföreträdare som uppger att de har möjlighet att ta emot patienter med högre ASA-klass väljer ofta att avstå på grund av bristande ekonomiska incitament. Nuvarande ersättningsmodeller tar sällan hänsyn till patientens risknivå. Eftersom en högre ASA-klass kräver mer vårdresurser och därmed högre kostnader för verksamheten, anses det vara för kostsamt att ta emot dessa patienter.

Att privata verksamheter ger vård till ASA 1–2 patienter kan samtidigt leda till att kapacitet frigörs inom den offentliga vården – kapacitet som kan användas för att behandla patienter med högre grad av samsjuklighet. Dessutom är patienter med högre ASA-klass ofta mindre lämpade att resa till andra verksamheter, och behöver därför erbjudas vård i sin hemregion.

Vidare framkommer det i intervjuerna att det finns en risk för att knäprotesoperationer prioriteras på bekostnad av andra patientgrupper. Om kapacitetsökningen inte grundar sig i en mer effektiv resursanvändning eller en utökning av totala resurser i verksamheten, behöver resurser istället omfördelas från andra områden inom verksamheten. Frigörande av kapacitet genom omprioritering av interna flöden, skulle alltså kunna leda till att andra patientgrupper trängs undan. En privat verksamhetsföreträdare beskriver exempelvis hur den kan frigöra kapacitet genom att minska antalet höftprotesoperationer, vilket skulle innebära att dessa patienter behöver vänta längre på vård.

Kompetensförsörjningsrisker

En minskad andel patienter med ASA-klass 1–2 som vårdas hos offentliga vårdgivare kan på sikt även påverka den offentliga vårdens kompetensförsörjning negativt. Om den offentliga vården uteslutande vårdar patienter med komplexa behov och en hög grad av samsjuklighet, kan patientunderlaget bli alltför begränsat för att dessa verksamheter ska kunna upprätthålla en tillräckligt bred och grundläggande kompetens.

Risken för framtida kompetensbrist aktualiseras även i de fall där privata verksamheter beskriver att de har möjlighet att skapa kapacitet genom att anställa mer personal, eller genom att befintlig personal utökar antalet arbetande timmar. I intervjuer framkommer det att flera läkare har sin huvudsakliga anställning inom den offentliga vården. Detta samtidigt som de arbetar deltid hos privata vårdgivare. När ny personal rekryteras eller befintlig personal ökar sina timmar inom den privata vården, finns en risk att den offentliga vårdens kapacitet minskar. Om personalen väljer att minska sina arbetstimmar inom den offentliga vården för att kunna arbeta mer hos arbetsgivaren i privat regi, kan detta i stället bidra till personalbrist inom den offentliga vården.

Utmaningar med produktions- och kapacitetsstyrning

Flödet av patienter som erbjuds vård hos privata verksamheter (inom ramen för vårdgarantin) upplevs variera. Detta bidrar till svårigheter att bibehålla och planera vårdproduktionen, enligt intervjuade verksamhetsföreträdare från både privata och offentliga verksamheter. Det är enligt verksamhetsföreträdarna vanligt att patientflödet och graden av nationell vårdförmedling varierar över året. Företrädarna beskriver att flödet av patienter som remitteras till privata vårdgivare kan fluktuera kraftigt från månad till månad, och att förutsägbarheten generellt är begränsad. Det beskrivs som att det plötsligt kan komma ett relativt stort antal remisser, och att privata vårdgivare kan ha svårt att på kort varsel svara upp mot dessa behov. I korthet försvårar den begränsade planeringshorisonten verksamhetens produktions- och kapacitetsstyrning. Därutöver beskrivs det enbart ge kortsiktiga effekter på väntetiderna för offentliga vårdgivare. Privata verksamhetsföreträdare lyfter mot denna bakgrund att det från deras perspektiv skulle vara mer önskvärt med löpande remisser, inte minst för att kunna bidra till kortare väntetider på längre sikt. Samtidigt bör detta vägas mot risken av att privata verksamheter omfördelar befintliga resurser, vilket kan medföra negativa konsekvenser för andra patientgrupper (se avsnitt Undanträngningseffekter).

Bilaga 1. Sammanställning från intervjuerna

Intervjuföreträdare lyfter olika tillvägagångssätt för att skapa eller frigöra kapacitet. Beskrivningarna från varje intervju har sammanställts i tabellerna nedan. Tabell 1 inkluderar verksamheter som hade ledig kapacitet, medan Tabell 2 omfattar verksamheter som inte hade ledig kapacitet men möjlighet att skapa eller frigöra.

Tabell 1. Sammanställning av hur verksamheter, med ledig kapacitet, beskriver att de kan skapa eller frigöra mer kapacitet

Verksamhet	Hur verksamheten kan skapa eller frigöra mer ledig kapacitet
A	Skicka patienter/personal mellan vårdkoncernens verksamheter
B	Anställa mer personal.
C	Omprioriteringar i interna flöden eller skicka patienter mellan vårdkoncernens verksamheter. Behöver inte ändra i personalstyrkan.
D	Kan inte frigöra mer kapacitet än vad som är tillgängligt.
E	Omprioriteringar i interna flöden, utöka tjänsten för deltidsanställda alternativt schemalägga fler konsulttimmar.
F	Ringa in extra operatörer som jobbar på jourkomp-tid.
G	Anställa mer personal.
H	Renodla vilken typ av ingrepp som sker i respektive sal för att öka effektiviteten.
I	Vid behov av att öka kapaciteten mer kan operationer genomföras på helger.

Not: Svaren avser om verksamheten skulle frigöra eller skapa mer kapacitet, utöver den lediga kapacitet som de hade vid intervjutillfället.

Tabell 2. Sammanställning av hur verksamheter, som inte har ledig kapacitet, beskriver att de kan skapa eller frigöra kapacitet

Verksamhet	Hur verksamheten kan skapa eller frigöra ledig kapacitet
J	Omprioriteringar i interna flöden, ställa om till dagkirurgi, deltidspersonal jobbar fler timmar (dessa jobbar bara på kliniken). Alla operatörer är konsulter som jobbar på jourkomp-tid, enligt inriktningsbeslut hos regionen.
K	Omprioriteringar av interna flöden.
L	Timvikarier jobbar fler timmar (pensionerade sjuksköterskor). Ingår i operatörernas regionanställning att jobba även privat.
M	Omprioriteringar av interna flöden.
N	Omprioriteringar av interna flöden.

Verksamhet	Hur verksamheten kan skapa eller frigöra ledig kapacitet
O	Skicka personal mellan verksamheter inom samma vårdkoncern. Schemalägga fler timmar för timvikarierande operationspersonal (de flesta är pensionärer som endast arbetar på kliniken).
P	Operatören, som nu jobbar på sin jourkomp-tid, kan gå ner i tid på regionen och jobbar mer på kliniken. Övrig personal finns redan.
Q	Schemalägga fler konsulttimmar alternativt anställa mer personal.
R	Anställa mer personal, primärt sjuksköterskor inom olika områden.