

# Produktions- och kapacitetsstyrning i praktiken

Strategier och arbetssätt inom mödrahälso- och förlossningsvården



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner

# Förord

Samtliga regioner uppger idag att de har brist på barnmorskor som arbetar på sjukhus. För att klara dagens och morgondagens kompetensförsörjning finns ett behov av att ställa om och utveckla nya arbetssätt. Produktions- och kapacitetsstyrning är ett sätt att nyttja begränsade resurser effektivt och skapa bättre förutsättningar för att möta kvinnornas behov.

Mot denna bakgrund har SKR under hösten 2023 och våren 2024 undersökt förutsättningarna för att utveckla produktions- och kapacitetsstyrningen inom mödrahälso- och förlossningsvården. Vi har identifierat 15 strategier och arbetssätt som kan ligga till grund för konkret utvecklingsarbete i vården.

Rapporten vänder sig till dig som arbetar med planering och utveckling av vården. Analyser och verksamhetsexempel belyser främst situationen inom mödrahälso- och förlossningsvården. Samtidigt finns ett behov av systematisk produktions- och kapacitetsstyrning i hela hälso- och sjukvårdssystemet, vilket gör insikterna relevanta även inom andra delar av hälso- och sjukvården.

För att ge praktiskt stöd i arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning har SKR tagit fram ett kompletterande metod- och förändringsstöd. Ambitionen är att underlagen ska ge vägledning vid lokalt utvecklingsarbete med hjälp av systematisk produktions- och kapacitetsstyrning. Detta kan bidra till en högre kvalitet i vården, förbättrad arbetsmiljö för medarbetarna och förutsättningar för att vårdens begränsade resurser ska kunna nyttjas på bästa tänkbara sätt.

Arbetet har genomförts inom ramen för överenskommelsen mellan SKR och regeringen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Rapporten är en fördjupning och bygger vidare på skriften *Att möta ett vårdbehov som varierar över tid* som SKR publicerade 2021.

Stockholm i april 2024

Kajsa Jansson

*Samordnare satsningen på kvinnors hälsa och förlossningsvård*

*Avdelningen för vård och omsorg*

Sveriges Kommuner och Regioner

## **Tack!**

SKR vill rikta ett varmt tack till alla som genom intervjuer eller på andra sätt bidragit med kunskap och erfarenheter till detta utvecklingsarbete. Vi vill särskilt tacka deltagarna från pilotprojekten i Region Jönköpings län och Region Stockholm, samt referensgruppen som på olika sätt bidragit med kloka insikter och viktig kvalitetssäkring under arbetets gång:

- Annika Johansson, Region Norrbotten
- Ann-Margreth Gräsberg, Lisa Ryding, Maria Hedström och Nicole Silverstolpe, Region Stockholm
- Corinne Pedroletti, Västra Götalandsregionen
- Ida Larsson, Lina Johannesson, Linda Rosén, Maria Flores Erpel, Maria Magnusson, Rose-Marie Sigfridsson och Sofia Karlsson, Region Jönköpings län
- Majken Brandt Nielsen, Region Halland
- Myrna Palmgren, Region Östergötland
- Åsa Celander, Region Gävleborg

# Sammanfattning

Produktions- och kapacitetsstyrning syftar till att skapa en balans mellan vårdbehov och kapacitet. I rapporten presenteras en process med fem steg för systematisk produktions- och kapacitetsstyrning, samt 15 konkreta strategier och arbetssätt som kan användas inom mödrahälso- och förlossningsvården.

Processteg	Identifierade arbetssätt och strategier
1. Analysera och prognostisera vårdbehovet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prognostisera behovet på lång (mer än 1 år) sikt</li><li>• Prognostisera behovet på medellång (1 år) sikt</li><li>• Prognostisera behovet på kort (mindre än 1 år) sikt</li></ul>
2. Jämna ut flöden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besluta om tidpunkt för elektiva kejsarsnitt och inductioner</li><li>• Avlasta förlossningsavdelningen</li><li>• Erbjud hemgång i rätt tid</li><li>• Roterar medarbetare mellan sluten- och öppenvården</li><li>• Samordna mottagningsverksamhet</li></ul>
3. Planera bemanning och andra resurser	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dimensionera bemanning för akuta flöden</li><li>• Planera flöden i mödrahjälsvården</li><li>• Implementera strategier för att klara av sommarbemanningen</li></ul>
4. Anpassa scheman	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anpassa scheman för att balansera kapacitet med behov</li></ul>
5. Daglig uppföljning och styrning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Använd proaktiva hänvisningar (på kort sikt)</li><li>• Omfördela medarbetare (på kort sikt)</li><li>• Justera bemanning (på kort sikt)</li></ul>

Därutöver har SKR identifierat fem vägar framåt, som kan stärka förutsättningarna för en systematisk produktions- och kapacitetsstyrning inom mödrahälso- och förlossningsvården:

- Stärk kunskapen om produktions- och kapacitetsstyrning i mödrahälso- och förlossningsvården.
- Utveckla systematiken i arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning.
- Förbättra möjligheterna att använda data över vårdbehov och bemanning för produktions- och kapacitetsstyrning.
- Etablera samarbeten mellan olika verksamheter för att bättre balansera kapaciteten med vårdbehovet.
- Utbyt erfarenheter och stärk den regionala samverkan kring produktions- och kapacitetsstyrning.

# Innehållsförteckning

<b>Syfte och metod .....</b>	<b>5</b>
<b>Introduktion till produktions- och kapacitetsstyrning.....</b>	<b>7</b>
<b>Strategier och arbetssätt för systematisk produktions- och kapacitetsstyrning.....</b>	<b>9</b>
<b>Analysera och prognostisera vårdbehovet .....</b>	<b>10</b>
Prognostisera behovet på lång sikt .....	10
Prognostisera behovet på medellång sikt .....	11
Prognostisera behovet på kort sikt.....	12
<b>Jämna ut flöden.....</b>	<b>15</b>
Besluta om tidpunkt för planerade kejsarsnitt och igångsättningar .....	15
Avlasta förlossningsavdelningen .....	18
Erbjud hemgång i rätt tid .....	19
Rotera medarbetare mellan sluten- och öppenvården.....	23
Samordna mottagningsverksamhet .....	24
<b>Planera bemanning och andra resurser .....</b>	<b>27</b>
Dimensionera bemanning för akuta flöden .....	27
Implementera strategier för att klara av sommarbemanningen .....	30
Planera flöden i mödrahälsovården .....	32
<b>Anpassa scheman.....</b>	<b>33</b>
Anpassa scheman för att balansera kapacitet med behov .....	33
<b>Daglig styrning och uppföljning .....</b>	<b>35</b>
Använd proaktiva hänvisningar .....	35
Omfördela medarbetare .....	38
Justera bemanning.....	39
<b>Vägar framåt .....</b>	<b>41</b>
<b>Källförteckning .....</b>	<b>43</b>
<b>Bilaga 1 – Analysmetod för att studera koppling mellan belastning och patientrelaterade utfall.....</b>	<b>44</b>
<b>Bilaga 2 – Resultat från enkät om tekniska förutsättningar för uttag och analys av bemanningsdata .....</b>	<b>49</b>
Om enkäten.....	49
Kort sammanfattning av resultat .....	49

# Syfte och metod

Samtliga regioner uppger idag att de har brist på barnmorskor som arbetar på sjukhus. Prognoser visar samtidigt att demografiska förändringar kommer leda till att det inte finns tillräckligt många nya medarbetare att rekrytera till välfärdsyrkena under kommande år. För att klara kompetensutmaningen behöver arbetsgivarna tillämpa en lång rad kompletterande strategier. Arbetsgivarna behöver exempelvis underlätta för fler att arbeta mer och längre, arbetet med friskfaktorer behöver ske mer systematiskt och teknikens möjligheter behöver tillvaratas fullt ut.<sup>1</sup> Den här rapporten fokuserar på produktions- och kapacitetsstyrning, som är ytterligare ett viktigt verktyg för att nyttja begränsade resurser effektivt och samtidigt skapa bättre förutsättningar för att möta kvinnornas behov.

Många verksamheter arbetar redan idag med produktions- och kapacitetsstyrning i någon utsträckning. Det finns dock ett behov av ett mer systematiskt angreppssätt för att tillvarata den fulla potentialen och uppnå önskade resultat.

Rapporten syftar till att stärka kunskapen om produktions- och kapacitetsstyrning inom mödrahälso- och förlossningsvården. Den lyfter framgångsrika strategier och konkreta arbetssätt, och belyser vilka förutsättningar som underlättar respektive begränsar arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning.

Insikterna som presenteras i rapporten bygger företrädesvis på intervjuer med verksamhetsrepresentanter från mödrahälso- och förlossningsvården samt experter inom produktions- och kapacitetsstyrning. Analyser utifrån data från såväl Graviditetsenkäten som Graviditetsregistret redovisas löpande i rapporten. Därutöver redovisas resultat från två utvecklingsarbeten i Region Jönköpings län respektive Region Stockholm, där SKR tillsammans med verksamhetsföreträdare från vårdkedjan genomfört fördjupade analyser av vårdbehov och kapacitet. För dessa analyser har respektive regions bemanningsdata använts, i kombination med data från Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten.

---

<sup>1</sup> För att läsa mer om hur SKR arbetar med dessa frågor se *Nio Strategier för att möta kompetensutmaningen*. Se även: [Välfärdens kompetensförsörjning | SKR](#).

# Introduktion till produktions- och kapacitetsstyrning

Produktions- och kapacitetsstyrning syftar till att skapa en balans mellan vårdbehov och tillgänglig kapacitet. *Kapaciteten* utgörs av de *resurser* som krävs för att möta vårdbehovet – till exempel medarbetare med rätt kompetens, vårdplatser eller operationssalar. Många regioner anger att de arbetar aktivt med att utveckla sin produktions- och kapacitetsstyrning, men har kommit olika långt i arbetet.<sup>2</sup>

Processen för att bedöma, planera och balansera vårdbehov och kapacitet sker på olika planeringsnivåer i en organisation: från strategisk nivå till enhets- och verksamhetsnivå. Processen för produktions- och kapacitetsstyrning går att sammanfatta i fem övergripande processteg, som också visualiseras i Figur 1.<sup>3</sup>

1. **Analysera och prognostisera vårdbehovet:** Inkluderar beräkningar av hur det framtida vårdbehovet förväntas se ut på olika tidshorisonter. Prognoserna ligger till grund för beslut om att jämna ut flöden, för planering av bemanning och fördelning av andra resurser, samt för schemaläggning.
2. **Jämna ut flöden:** Åtgärder för att – i den mån det är möjligt – jämna ut patientflöden. Genom att styra om vårdbehovet och kapaciteten till andra tidpunkter eller andra delar av vården kan flaskhalsar och allt för stora variationer i vårdbehov undvikas.
3. **Planera bemanning och andra resurser:** Planering på verksamhetsnivå för att säkerställa att rätt resurser finns på rätt plats vid rätt tillfälle. Inom den planerade vården skapas en produktionsplan för att möta vårdbehovet under den kommande tidsperioden, och inom den akuta vården dimensioneras kapaciteten för att kunna möta variationer i vårdbehov.
4. **Anpassa scheman:** Schemaläggning utifrån planering på längre sikt. Schemaläggningen ska säkerställa att det finns en ändamålsenlig nivå av medarbetare med relevant kompetens under olika tidsperioder.

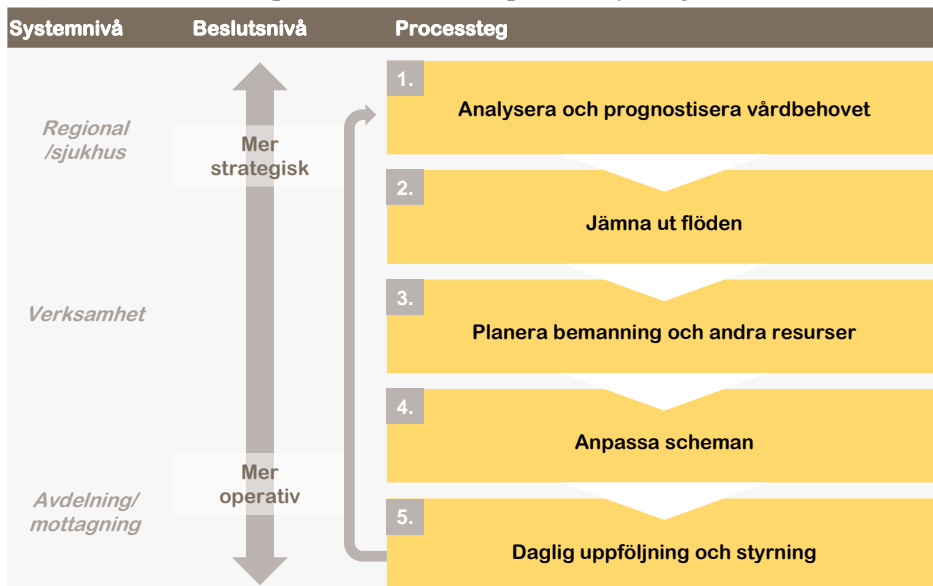
---

<sup>2</sup> Det finns vissa skillnader i regionernas begrepps användning – vissa regioner använder exempelvis begreppet ”planering” i stället för ”styrning”, och ”behov” i stället för ”produktion”. I grund och botten beskriver dock dessa termer samma sak.

<sup>3</sup> I SKR:s tidigare rapport inkluderades även processteget *visualisera resultat*. Då visualisering antas genomsyra alla processteg, redovisas det inte separat i detta ramverk.

5. **Daglig uppföljning och styrning:** Löpande uppföljning och justering av kapacitet för att bibehålla en balans mellan vårdbehov och kapacitet på kort sikt hos verksamheter på den operativa nivån.

**Figur 1:** Ramverk för produktions- och kapacitetsstyrning





# Strategier och arbetssätt för systematisk produktions- och kapacitetsstyrning

Nedan beskrivs 15 konkreta strategier och arbetssätt som kan stödja arbetet med systematisk produktions- och kapacitetsstyrning. Alla strategier och arbetssätt är inte nödvändigtvis tillämpbara i alla verksamheter – implementering bör utgå från och anpassas till lokala förutsättningar.

I Figur 2 visualiseras de strategier och arbetssätt som identifierats inom varje processteg.

**Figur 2:** Identifierade strategier och arbetssätt per processteg

Processteg	Identifierade arbetssätt och strategier
1. Analysera och prognostisera vårdbehovet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prognostisera behovet på lång (mer än 1 år) sikt</li><li>• Prognostisera behovet på medellång (1 år) sikt</li><li>• Prognostisera behovet på kort (mindre än 1 år) sikt</li></ul>
2. Jämna ut flöden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besluta om tidpunkt för elektiva kejsarsnitt och induktioner</li><li>• Avlasta förlossningsavdelningen</li><li>• Erbjud hemgång i rätt tid</li><li>• Roterar medarbetare mellan sluten- och öppenvården</li><li>• Samordna mottagningsverksamhet</li></ul>
3. Planera bemanning och andra resurser	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dimensionera bemanning för akuta flöden</li><li>• Planera flöden i mödravårdsavdelningen</li><li>• Implementera strategier för att klara av sommarbemanningen</li></ul>
4. Anpassa scheman	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anpassa scheman för att balansera kapacitet med behov</li></ul>
5. Daglig uppföljning och styrning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Använd proaktiva hänvisningar (på kort sikt)</li><li>• Omfördela medarbetare (på kort sikt)</li><li>• Justera bemanning (på kort sikt)</li></ul>

# Analysera och prognostisera vårdbehovet

I avsnittet beskrivs följande tre strategier och arbetssätt:

1.	<b>Analysera och prognostisera vårdbehovet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prognostisera behovet på lång (mer än 1 år) sikt</li><li>• Prognostisera behovet på medellång (1 år) sikt</li><li>• Prognostisera behovet på kort (mindre än 1 år) sikt</li></ul>
----	--	---

Prognoser av framtida vårdbehov utgår från olika tidshorisonter. Tidsperspektivet avgör vilka datakällor som är lämpliga att utgå från.

- *Långsiktiga prognoser* utgår från befolkningstrender och demografiska förändringar, och används vid strategisk planering för att säkerställa kompetensförsörjning, samt vid budgetering och lokalplanering.
- *Prognoser för de kommande tolv månaderna* baseras typiskt sett på historiska data över säsongsvariationer och data över förväntade förlossningar, och kan vara ett stöd vid planering av kapacitetsbehov och vid årlig verksamhetsplanering (till exempel inplanering av utbildningar).
- *Kortsiktiga prognoser* baseras på data från inskrivningar i mödrahälsovården och ultraljudsundersökningar, och används för att stödja den löpande verksamhetsplaneringen och schemaläggningen.

Centrala förutsättningar för att kunna prognostisera framtida behov är en god tillgång till *data över vårdbehov*, ett *systemstöd* som gör det enkelt för verksamheten att skapa och visualisera prognoser, samt tillgång till *analytisk kompetens*.

## Prognostisera behovet på lång sikt

### Om arbetssättet/strategin

Långsiktiga prognoser sträcker sig mer än ett år framåt i tiden och avser oftast aggregerade behov, det vill säga framtida behov på region- eller klinisknivå på helårsbasis. De utgår från historiska data om antal förlossningar eller antal inskrivna i mödrahälsovården, ibland i kombination med information om demografiska trender. Två variabler som vanligen beaktas är förväntad befolkningsutveckling och summerat fruktsamhetstal (antal födda barn i relation till antalet kvinnor i barnafödande åldrar enligt Statistiska centralbyrån, SCB) [1]. Fruktsamhetstalet tas fram av SCB och framtida fruktsamhetstal utgår från myndighetens befolkningsframskrivningar.

## **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Vissa verksamheter har tillgång till centralt framtagna långsiktiga prognoser över framtida vårdbehov. Det är dock få verksamheter som använder prognoserna i planeringssyfte då osäkerheten uppfattas vara för stor.

Flera verksamheter efterfrågar analysstöd för att kunna ta fram långsiktiga prognoser som är mer skraddarsydd för den egna verksamheten, exempelvis prognoser av den lokala befolkningsutvecklingen i ett visst geografiskt område. På samma sätt efterfrågas analyser av den framtida utvecklingen av patienternas vårdtyngd. Idag gör få verksamheter prognoser över framtida vårdtyngd då den typen av framskrivningar är komplexa och förknippade med hög osäkerhet.

## **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Långsiktiga prognoser över framtida behov kan användas i dialog med region- och sjukhusledning för att planera hur resurser ska fördelas mellan olika vårdområden, så kallade horisontella prioriteringar. De kan även användas som utgångspunkt för långsiktiga kompetensförsörjningsplaner, då de exempelvis kan användas för att identifiera ett ökat eller minskat behov av utbildningsplatser eller rekryteringar. Långsiktiga prognoser kan också synliggöra hur det framtida vårdutbudet bör lokaliseras i en region, eller hur lokaler på en förlossningsklinik bör dimensioneras.

För att tillvarata möjligheterna med långsiktiga prognoser är det viktigt att det finns en vilja att arbeta med produktions- och kapacitetsstyrning på strategisk nivå i regionen. De prognoser som görs behöver uppdateras kontinuerligt så att nyttillkommen information som kan påverka prognosens tillförlitlighet inkluderas. Uppdateringar kan kräva tillgång till kvalificerad analys- och prognoskompetens.

## **Prognostisera behovet på medellång sikt**

### **Om arbetssättet/strategin**

Prognoser på medellång sikt avser det kommande året. De används som underlag i den årliga verksamhetsplaneringen och bidrar med insikter kring årets toppar och dalar i vårdbehov, nedbrutet per månad. Föregående års förlossningstal utgör oftast grunden för prognoser på medellång sikt, men kan kompletteras med data över inskrivningar i mödrahälsovården för att ge en mer precis prognos för de första sex till åtta månaderna.

## **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

De flesta av mödrahälso- och förlossningsvårdens verksamheter använder sig av någon form av årsprognos. Vanligast är att föregående års förlossningstal

analyseras, och vid behov justeras med stöd av kompletterande datakällor, såsom data över förändringar i vårdutbud. Verksamheterna är i regel väl medvetna om de säsongsvariationer som finns under året inom såväl mödrahälso- som förlossningsvården.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Prognoser på medellång sikt kan ge en bild av hur vårdbehovet förväntas variera månad till månad. Kunskapen kan användas som utgångspunkt för bemanningsplanering, men också för annan verksamhetsplanering, såsom tidpunkter för utbildningar och utvecklingsarbeten. Prognoserna kan också användas som underlag i dialoger om hur medarbetare och andra resurser bäst fördelas för att möta variationer i vårdbehovet under året, och för att utifrån detta planera samarbeten mellan verksamheter.

För att säkerställa uppdaterade och tillförlitliga prognoser är tillgång till analys- och prognoskompetens en viktig framgångsfaktor. Utöver det krävs nära samarbete med den strategiska ledningsnivån för att möjliggöra dialog om förändringar i resursbehov inför det kommande året.

### **Prognostisera behovet på kort sikt**

#### **Om arbetssättet/strategin**

Med kortsiktiga prognoser av vårdbehov avses prognoser som sträcker sig mindre än ett år framåt i tiden. Kortsiktiga prognoser bryts vanligen ned och redovisas på vecko- eller månadsbasis och utgår främst på data över beräknade förlossningsdatum. Beräknat förlossningsdatum redovisas oftast redan då kvinnan skrivs in i mödrahälsovården, men justeras ofta något senare under graviditeten. Typiskt sett uppdateras datumet efter rutinultraljudsundersökningen som sker runt den artonde graviditetsveckan, vilket kan öka tillförlitligheten i en prognos på kort sikt.

#### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Arbetsätt och systemstöd för att göra kortsiktiga prognoser av vårdbehov varierar mellan förlossningsklinikerna. Vissa kliniker tar fram egna prognoser utifrån tillgängliga data i journalsystemen. Andra har tillgång till särskilda prognosverktyg. Dessa är ofta lokalt framtagna, utgår från olika typer av data och uppdateringsfrekvens, och visualiserar resultat på olika sätt. Vissa kliniker får månads- eller veckorapporter direkt från mödrahälsovården eller specialismödrahälsovården. Regionernas prognosmetoder är i normalfallet inte viktade utifrån bakomliggande faktorer hos kvinnan som kan påverka beräknat förlossningsdatum, såsom ålder och BMI [2–4].

Majoriteten av förlossningskliniker uppges att de har tillgång till någon form av data över beräknat förlossningsdatum från inskrivningstillfället i mödrahälsovården. Vissa kliniker tar även del av justerade uppgifter efter tidiga ultraljud och/eller rutinultraljud, eller utgår enbart från de senare.

Klinikernas upplevda nytta av kortsiktiga prognoser av vårdbehov varierar. Många intervjuade kliniker har beslutat om att ha en fast grundbemanning över hela året, vilket medför att de ser begränsade möjligheter med att använda prognoser för att planera bemanningen. Vissa uppges att anpassningar i bemanningen på kortare sikt vore önskvärdt, men att de prognoser som tas fram i nuläget inte är så pass tillförlitliga att de kan användas som utgångspunkt för justeringar. Samtidigt belyser flera kliniker att de kortsiktiga prognoserna kan vara värdefulla i dialogen med medarbetare. Under intensiva perioder gör prognoserna det möjligt att se när vårdbehovet förväntas minska, och på motsvarande sätt kan prognoserna på förhand ge en uppfattning om när arbetstoppar är mer sannolika.

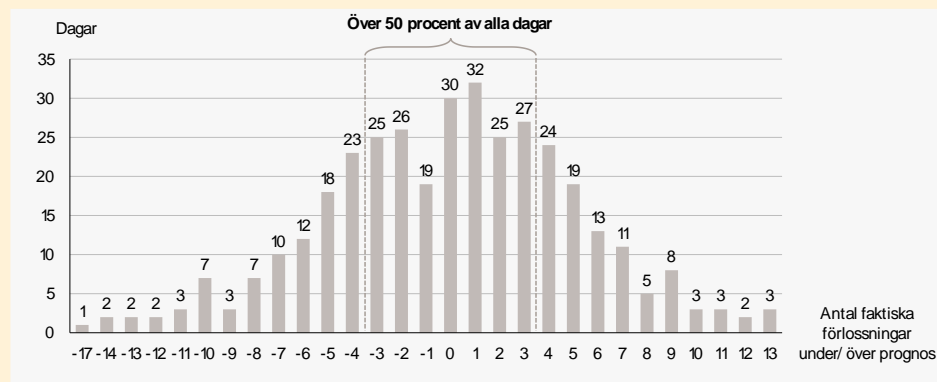
### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

I regioner med flera närliggande förlossningskliniker kan prognoser användas för att omfördela patientbehov eller kapacitet mellan kliniker, exempelvis om vårdbehovet förväntas vara mycket högt på en klinik, men inte på en annan. Det kräver att prognoserna kontinuerligt uppdateras så att det speglar aktuella förändringar i patientunderlagen. Prognosernas träffsäkerhet kan öka ytterligare om vårdtyngden i patientunderlaget inkluderas.

#### **Faktaruta 1: Träffsäkerhet för prognoser av beräknat förlossningsdatum**

På kliniknivå är prognoser baserat på beräknat förlossningsdatum relativt träffsäkra. För att förutspå när en enskild förlossning ska ske krävs ett relativt brett tidsspann: mer än hälften av alla förlossningar sker inom intervallet en vecka innan till en vecka efter beräknat förlossningsdatum [5]. Eftersom förlossningar inträffar före och efter beräknat förlossningsdatum i ungefär lika stor utsträckning, tar avvikelserna till viss del ut varandra. På en medelstor klinik som i genomsnitt hade elva förlossningar per dag under 2022, var skillnaden mellan antalet faktiska och beräknade förlossningar under de flesta av årets dagar mindre eller lika med tre (antingen tre färre eller tre fler), se Figur 3. Om denna typ av avvikelser beräknas i procent, är variationen mindre på kliniker med ett större patientunderlag och vice versa.

**Figur 3:** Avvikelse mellan antal faktiska förlossningar och antal beräknade förlossningar på en medelstor klinik, 2022, alla förlossningar



Källa: Graviditetsregistret.

Avslutningsvis behöver kliniker ha tillgång till heltäckande och tillförlitliga data. Det kräver ett utvecklat samarbete med mödrahälsovården och tillgång till digitala verktyg som gör det möjligt att enkelt dela information om beräknat födelsedatum mellan vårdgivare.

# Jämna ut flöden

I avsnittet beskrivs följande fem arbetssätt:

<b>2.</b>  <b>Jämna ut flöden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besluta om tidpunkt för elektiva kejsarsnitt och induktioner</li><li>• Avlasta förlossningsavdelningen</li><li>• Erbjud hemgång i rätt tid</li><li>• Roterar medarbetare mellan sluten- och öppenvården</li><li>• Samordna mottagningsverksamhet</li></ul>
---	--

Prognoser av framtida vårdbehov kan användas som utgångspunkt vid planering för att jämna ut patientflödet, i den mån utjämning är möjligt och önskvärt. Utjämning av patientflöden syftar till att säkerställa att patienter vårdas på rätt vårdnivå och fördelas så jämnt det går över olika tidpunkter och verksamheter, så att vårdbehovet kan balanseras mot den tillgängliga kapaciteten. Exempelvis är det ofta möjligt att omfördela planerade besök/vårdtillfällen till tider med högre kapacitet. Det kan innebära att planerade kejsarsnitt förläggs på vardagar eller att eftervårdsbesök planeras in utanför semestertider. Väl utbyggda samarbeten mellan olika verksamheter och professioner är avgörande för att undvika flaskhalsar och säkerställa en jämn fördelning av patientflöden. Ibland finns det begränsningar för hur patientflödet kan jämnas ut, och då kan kapaciteten behöva styras dit behovet är som störst.

## Besluta om tidpunkt för planerade kejsarsnitt och igångsättningar

### Om arbetssättet/strategin

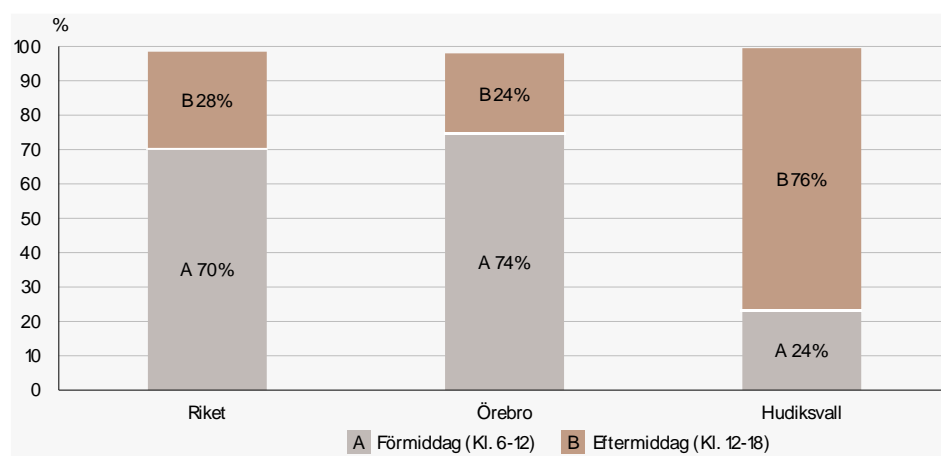
Planering av kejsarsnitt och inbokade igångsättningar innebär att i samråd med berörda verksamheter besluta om hur förlossningens två huvudsakliga planerade flöden ska hanteras. I praktiken kan det handla om att ta beslut om vilka dagar och vid vilka tidpunkter inbokade igångsättningar och planerade kejsarsnitt ska genomföras för att nå ett effektivt resursnyttjande.

### I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?

Det finns olika strategier och arbetssätt för planering av kejsarsnitt och igångsättningar. Planerade kejsarsnitt planeras i princip uteslutande in under dagtid på vardagar, men valet av tid och veckodag varierar mellan klinikerna, se Figur 4 och Figur 5. Vissa kliniker väljer att förlägga i princip alla sina kejsarsnitt på en veckodag, medan andra har en jämnare spridning över veckan. På riksnivå är det relativt jämn spridning i andelen planerade kejsarsnitt som genomförs måndag till torsdag (20 till 22 procent). Färre kejsarsnitt sker på fredagar (cirka 15 procent) och nästan inga genomförs under helgen. Majoriteten av alla

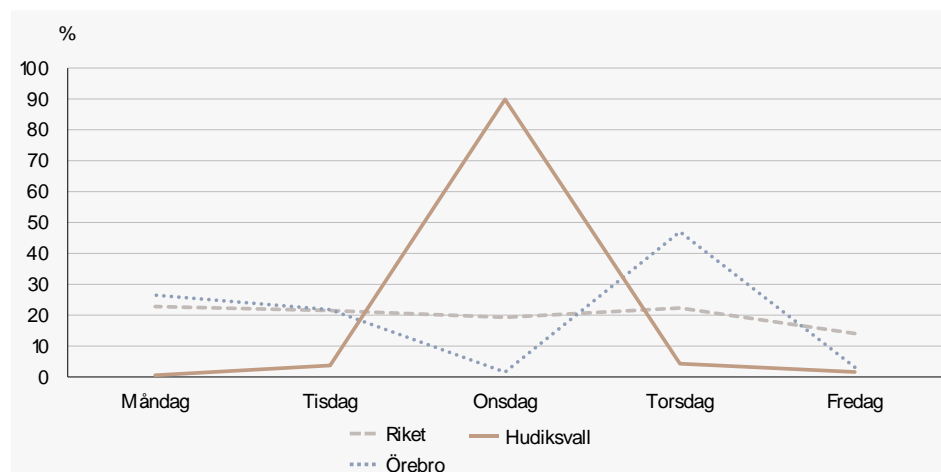
planerade kejsarsnitt förläggs på morgonen. På riksnivå sker cirka 70 procent av alla planerade kejsarsnitt mellan klockan 06 och 12, och cirka 28 procent mellan klockan 12 och 18.<sup>4</sup>

**Figur 4:** Andel planerade kejsarsnitt på förmiddag och eftermiddag, två kliniker och riket, januari 2021 till september 2023



Källa: Graviditetsregistret.

**Figur 5:** Andel planerade kejsarsnitt som utfördes på varje vardag, två kliniker och riket, januari 2021 till september 2023



Källa: Graviditetsregistret.

Igångsättningar har i regel en kortare planeringshorisont än planerade kejsarsnitt.

<sup>4</sup> Graviditetsregistret. Resterande två procent ägde rum under övriga timmar av dygnet. Januari 2021-september 2023.



Ofta sätts den gravida i gång på en vardagsmorgon. Så få som möjligt planeras in på helgen. Ett identifierat arbetssätt är att sätta igång omfödskor på morgonen och förstfödskor på eftermiddagen. Ambitionen är då att ”styra” förlossningen till dagtid, eftersom omfödskor i genomsnitt föder tidigare än förstfödskor efter en igångsättning. Under 2022 hade förstfödskor med igångsättning cirka 60 procent längre medelvårdtid innan förlossning (1,4 dagar) jämfört med motsvarande omfödskor (0,9 dagar).<sup>5</sup>

Samtliga intervjuade förlossningskliniker upplever att belastningen blivit tyngre sedan införandet av nya riktlinjer i början av 2020, då igångsättning sedan dess senast ska ske i vecka 41. I statistiken syns också att andelen igångsättningar har ökat med fem procentenheter: från 21 procent under 2019 till 26 procent under 2022.<sup>6</sup>

#### **Faktaruta 2:** Igångsättningar i hemmet

En alternativ metod vid igångsättning, är att den gravida sätts igång hemma och stannar där under en tidsperiod som motsvarar latensperioden vid spontan förlossningsstart. Detta arbetssätt tillämpas i bland annat Storbritannien, och i Sverige pågår en studie som undersöker det kliniska utfallet samt de hälsoekonomiska effekterna av igångsättning i hemmet [6]. Studien är inte slutförd och det går därför inte att uttala sig om effekterna av arbetssättet, men många intervjuade är positivt inställda till att vissa igångsättningar kan förläggas i hemmet.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Genom att styra planerade kejsarsnitt och igångsättningar till tider med lägre behov eller högre kapacitet är det möjligt att skapa ett jämnare flöde i förlossnings- och eftervården. Beslut om särskilda tidpunkter kan också påverka vårdtiden. Till exempel har planerade kejsarsnitt som genomförs klockan 08 på morgonen en tre timmar längre medianvårdtid än de som genomförs klockan 14 på eftermiddagen, se Figur 6.<sup>7</sup> En anledning till detta kan vara att förlossningskliniker har särskilda utskrivningstider. Dessa behöver beaktas när kliniken planerar sina kejsarsnitt och igångsättningar. På riksnivå skrivs nästan två tredjedelar av alla kvinnor ut mellan klockan 12 och 18.

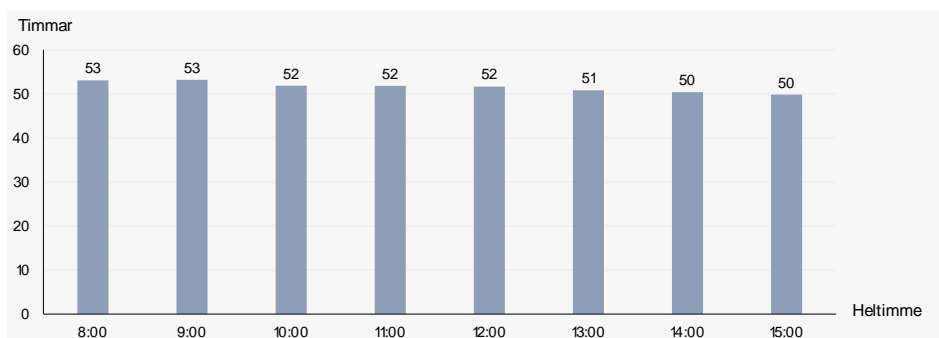
---

<sup>5</sup> Graviditetsregistret. Avser enbart förlossningar som startades med igångsättning och som avslutades vaginalt utan instrument.

<sup>6</sup> Socialstyrelsens statistikdatabas. Andelen förlossningar med inducerad start.

<sup>7</sup> Graviditetsregistret. Fler planerade kejsarsnitt genomförs på morgonen än på eftermiddagen vilket kan påverka siffran.

**Figur 6:** Medianvårdtid (i timmar) för planerade kejsarsnitt beroende på vilken timme de genomförts, riket, 2022.



Källa:

Graviditetsregistret.

Planerade kejsarsnitt och, till viss del, igångsättningar använder sjukhusgemensamma resurser. Därför är en framgångsfaktor att planera igångsättningar och planerade kejsarsnitt i samråd med samtliga berörda verksamheter. För planerade kejsarsnitt innebär det att skapa en produktionsplan tillsammans med operationsspecialiteterna och tillsammans diskutera prioriteringar och önskemål. Det är också viktigt att beakta patientens välmående – att genomföra planerade kejsarsnitt på eftermiddagen innebär bland annat att patienten behöver fasta under en längre vaken tid än om operationen förläggs på förmiddagen.

## Avlasta förlossningsavdelningen

### Om arbetssättet/strategin

Flera regioner arbetar systematiskt med att överföra ansvaret för utvalda patientflöden från förlossningsavdelningen till andra verksamheter. Detta görs i syfte att renodla förlossningsavdelningens uppdrag, så att större andel av resurserna görs tillgängliga för födande kvinnor.

Ett sådant flöde utgörs av de kvinnor som söker vård på förlossningsavdelningen men inte bedöms vara i behov av inläggande vård, så kallade polikliniska patienter. Det kan röra sig om vissa gravida kvinnor med förvärrad eller blödningar. Ett annat patientflöde som ibland bedöms kunna flyttas från förlossningsavdelningen är igångsättningar.

### I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?

Intervjustudien har identifierat flera lösningar som syftar till att avlasta förlossningsavdelningen. De kan huvudsakligen delas upp i två olika typer:

- Hänvisning till intilliggande verksamheter på sjukhuset som öppnats eller omdimensionerats för att ta emot utvalda patientflöden.
- Utvecklat samarbete med mödrahälsovården för utökat mottagande av gravida kvinnor utanför sjukhus.

Flera kliniker har under de senaste åren öppnat nya mottagningar som tar emot patienter som annars hade hänvisats till förlossningsavdelningen. Mottagningarna tar oftast emot kvinnor som inte ska föda ännu, men vissa är också ansvariga för att ta emot kvinnor som bokats in för igångsättning. Enligt verksamhetsrepresentanter är erfarenheterna över lag positiva och flera lyfter att de nya arbetssätten har bidragit till att avlasta förlossningsavdelningen.

Samarbeten med mödrahälsovården kan också avlasta förlossningsvården. På platser där avstånden till förlossningskliniken är långa, lyfts till exempel initiativ där mödrahälsovården tar ett större ansvar för patienten. Ibland erbjuds kvinnor med vissa besvär, och som inte ingår i en riskgrupp, vård på mödrahälsovårdscentralen i hemorten i stället för att som tidigare hänvisas till sjukhus.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Lösningar som avlastar patientflödet till förlossningsavdelningen kan minska arbetsbördan för avdelningens medarbetare, och frigöra resurser för de födande. Om det är långt till förlossningskliniken kan samarbeten med mödrahälsovården även minska restiden för patienter.

En viktig framgångsfaktor för att andra sjukhusförlagda verksamheter ska kunna avlasta förlossningsavdelningen är fysisk närhet. Korta avstånd gör det möjligt att samordna läkar- och barnmorskeresurser. Det är också viktigt med tydliga riktlinjer kring vilka kvinnor som ska hänvisas till berörda verksamheter för att säkerställa en god patientsäkerhet.

### **Erbjud hemgång i rätt tid**

#### **Om arbetssättet/strategin**

Hemgång i rätt tid syftar till att ge mamman och barnet rätt vårdtid utifrån individuella förutsättningar och behov. För en del kvinnor som genomgått en okomplicerad graviditet och förlossning kan det, efter samråd mellan kvinnan och ansvarig personal, vara aktuellt med hemgång redan efter sex till tolv timmar efter förlossning. Andra kvinnor behöver en längre vårdtid efter sin förlossning.

#### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Många kliniker arbetar aktivt med att säkerställa att patienter går hem i rätt tid, och med att erbjuda uppföljning för att på så sätt öka tryggheten för både mamma

Produktions- och kapacitetsstyrning i praktiken 19

och partner inför hemgång. Vissa kliniker har mobila BB-team som är redo att stötta mamman i hemmet vid behov. Andra regioner erbjuder digitala återbesök.

Även i de fall då kvinnan som fött barn är redo att åka hem, finns det en risk att flaskhalsar gör att utskrivningen dröjer. Begränsad tillgång till barnläkare som kan genomföra barnläkarundersökningen är en vanlig sådan flaskhals. För att mamma och barn inte ska bli kvarhållna i väntan på barnläkare, har vissa kliniker justerat sina rutiner så att en specialiserad barnmorska undersöker barnet innan utskrivning från förlossningskliniken. Barnläkarundersökningen genomförs sedan vid ett återbesök. Hemgång i rätt tid påverkas också av avståndet mellan hem och sjukhus, inte minst om mamma och barn ska på återbesök eller genomföra PKU-prov bara någon dag senare. I vissa regioner finns bland annat av denna anledning patienthotell som ett komplement till utskrivning till hemmet. Regionerna har också olika tidsintervall för när ett PKU-prov ska genomföras, vilket kan påverka möjligheten att åka hem.

Covid-19-pandemin medförde att vårdtiderna blev kortare - när partnern inte fick stanna på BB valde många kvinnor själva att åka hem tidigare. När partnern inte fick stanna på BB valde många kvinnor själva att åka hem tidigare. Till följd av detta minskade medelvårdtiden efter förlossning för omfödernkor som haft en vaginal spontan förlossning med cirka 15 procent (från 34 timmar till 29 timmar) mellan 2019 och 2020.<sup>8</sup> Vårdtiden för denna patientgrupp har sakta börjat öka igen sedan 2020, se Figur 7.

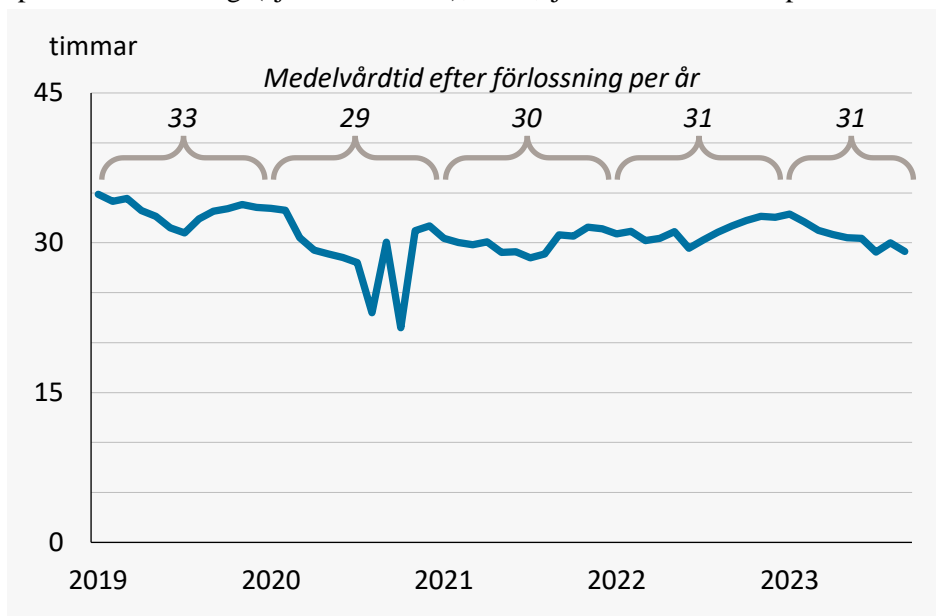
Vid BB Södertälje hade kliniken under lång tid arbetat med olika initiativ för att underlätta hemgång i rätt tid, men det var först under pandemin som arbetssättet fick brett genomslag. Vårdtiden efter förlossning på BB Södertälje för samma patientgrupp minskade med knappt 18 procent mellan 2019 och 2023.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Vårdtiden efter förlossning för omfödernkor med inducerad förlossningsstart (igångsättning) och vaginal förlossning (ej instrumentell) minskade med 10 procent mellan 2019 och 2020.

<sup>9</sup> 2023 avser månaderna januari till augusti.

**Figur 7:** Utveckling av medelvårdtid efter förlossning, omfödorskor med vaginal spontan förlossning (ej instrumentell), riket, januari 2019 till september 2023



Källa: Graviditetsregistret.

### Möjligheter och framgångsfaktorer

Hemgång i rätt tid är positivt ur flera perspektiv. För det första kan ökad individanpassning leda till att fler kvinnor blir trygga och nöjda med sin hemgång. Resultat från Graviditetsenkäten 2022 tyder på att kvinnor generellt sett är nöjda med sin vårdtid.<sup>10</sup> Bland de som inte var nöjda, var det en större andel som uppgav att de fick stanna för *länge* än för *kort* efter sin förlossning (åtta respektive fem procent).<sup>11</sup>

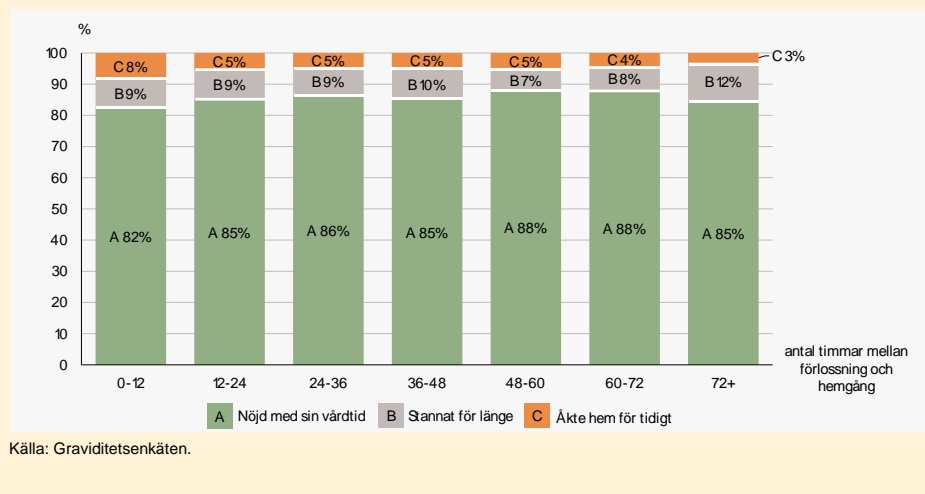
<sup>10</sup> Cirka 85 procent av de svarande i landet uppgav att de fick stanna så länge de önskade efter sin förlossning.

<sup>11</sup> Graviditetsenkäten Enkät 2, fråga 29. Cirka 48 000 svarande (50 procent svarsfrekvens).

**Faktaruta 3:** Finns det ett samband mellan vårdtid och kvinnans nöjdhet med sin vårdtid?

Oberoende av vårdtidens längd är mellan 82 och 88 procent av kvinnorna nöjda med sin vårdtid, se Figur 8. Kvinnor som stannade upp till tolv timmar efter sin förlossning hade högst andel som tyckte att de åkte hem för tidigt (åtta procent), men även i denna grupp var det fler som ansåg att de fick stanna för länge (nio procent). Bland kvinnor som stannade 72 timmar eller längre, tyckte en mindre andel (tre procent) att tiden var otillräcklig, medan en större andel tyckte att de stannade för länge (tolv procent).

**Figur 8:** Fördelning av svar på frågan "Upplevde du att du fick stanna så länge du ville efter din förlossning?" beroende på vårdtid efter förlossning, alla förlossningar, januari 2021 till september 2023



Hemgång i rätt tid kan minska vårdtiden för vissa patientgrupper, vilket kan ge mer tid för medarbetare inom eftervården att ta hand om de patienter som har störst vårdbehov. Några av de intervjuade påtalar samtidigt att den extra uppföljningen av utskrivna patienter kan vara resurskrävande. En framgångsfaktor har därför varit att införa digitala alternativ till delar av uppföljningen. Digitala besök kan upplevas mer tillgängligt än telefonsamtal och fysiska besök, och ger mamman goda möjligheter att ta kontakt med sjukhuset efter hemgång. Verksamhetsrepresentanter understryker att det är viktigt att beakta organisationskultur och traditioner när dessa och liknande arbetsätt ska införas. Om kontexten, i form av kultur och traditioner, gör verksamheten mindre mottaglig för förändringsarbete är det särskilt viktigt att illustrera vilka fördelar förändrade arbetsätt kan medföra för såväl de kvinnor som fött barn som verksamhetens medarbetare.

*"Vi följer upp patienter digitalt och på telefon. Våra medarbetare känner sig trygga med att skicka hem patienten eftersom vi följer upp nära in på vårdtillfället. Detta upplever vi är mer resurseffektivt samtidigt som patienterna är lika nöjda."*  
– Vårdchef BB Södertälje.

Hemgång i rätt tid förutsätter att kliniken arbetar med de flaskhalsar som begränsar patientflödet vid utskrivning. En framgångsfaktor för att minska risken för flaskhalsar är att införa tydliga rutiner och riktlinjer vid utskrivning. Dessutom behöver det finnas ett gott samarbete med angränsande verksamheter såsom barn- och mödrahälsovården. Ett sådant exempel är att vissa kliniker och mödrahälsovårdscentraler har etablerat ett samarbete där mödrahälsovårdscentralen genomför PKU-prov så att mamma och barn inte behöver göra återbesök på förlossningskliniken.

## **Rotera medarbetare mellan sluten- och öppenvården**

### **Om arbetssättet/strategin**

Arbetsplatsrotation mellan sluten- och öppenvården innebär att medarbetare delar sin arbetstid mellan sluten- och öppenvården under hela eller delar av året. Rotationstjänster kan omfatta alla professioner, men i detta arbete har rotationer för barnmorskor och undersköterskor undersökts. Rotationer inom slutenvården berörs inte heller här – mer information om dessa går att finna under avsnittet *Omfördela medarbetare*.

### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Rotationer mellan sluten- och öppenvården används i olika utsträckning. Den vanligaste typen av rotation som observerats är rotationer mellan öppenvårdsmottagningar på sjukhuset och avdelningar på kvinnokliniken samt rotationer mellan mödrahälsovården och förlossningskliniken. De rotationer som idag erbjuds är i de flesta fall baserade på individuella önskemål hos medarbetaren. Inga tjänstgöringsmodeller har identifierats som används i alla regioner, men nedan återges några exempel som används eller har använts i en eller flera regioner:

- **Säsongsrotationer:** Medarbetare har en anställning motsvarande 60 procent tjänstgöring inom öppenvården och 40 procent tjänstgöring på förlossningskliniken. Under sommaren arbetar medarbetaren 100 procent på förlossningen.
- **Helgrotationer:** Medarbetare med grundanställning inom öppenvården arbetar inom förlossningsvården var tredje helg.
- **Långtidsrotationer:** Medarbetare arbetar inom öppenvården under fyra månader och sedan inom förlossningsvården under fyra månader.

- **Veckorotation:** Medarbetare med grundanställning inom öppenvården arbetar inom förlossningsvården en dag i veckan.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Rotationstjänster mellan öppen- och slutenvård kan i vissa fall vara ett sätt att nyttja begränsade medarbetarresurser på ett mer effektivt sätt. De kan också vara kompetensutvecklande för medarbetare som önskar arbeta inom två verksamheter.

Rotationer ställer samtidigt höga krav på både arbetsgivare och medarbetare. I vissa fall behöver arbetsgivare anpassa scheman eller bemanning för att medarbetaren ska ha möjlighet att rotera. I andra fall kan det vara svårt att säkerställa att medarbetaren får tillräckligt med förlossningsvana för att kunna arbeta på förlossningsavdelningen. En annan risk är att medarbetaren känner sig splittrad och inte som en självklar del av en arbetsplats.

Det bör understrykas att det inte alltid är möjligt för verksamheter inom öppenvården att erbjuda rotationstjänster. Trots att mödrahälsovården i normalfallet kan minska vårdbehovet under sommaren genom att skjuta upp vissa besök, kan det vara utmanande att frigöra medarbetare för arbete inom förlossningsvården då det sammanfaller med semesterperioden, och ett ofta stort föräldraledighetsuttag.

En framgångsrik rotationstjänst beaktar därför både medarbetarens och arbetsgivarens perspektiv, och utvecklas i samråd med alla involverade parter. Ur ett medarbetarperspektiv är det viktigt att chefer inom både öppen- och slutenvården har ett inkluderande ledarskap, som skapar trygghet och underlättar för medarbetare som väljer att tjänstgöra vid två arbetsplatser.

För att undvika alltför många ”speciallösningar” – och därmed olika krav på bland annat schemaläggning, kompetensutveckling och arbetssätt – bör utformningen av rotationsmodeller samordnas inom regionen. Därför krävs goda regionala samverkansplattformar där denna och närliggande frågor kan lyftas.

### **Samordna mottagningsverksamhet**

#### **Om arbetssättet/strategin**

Samordning av mottagningsverksamhet innebär att mödrahälsovårdscentraler samarbetar kring exempelvis bemanning eller strategier för att jämna ut flöden sinsemellan. Det kan innebära att en barnmorska har en delad tjänst mellan två mottagningar, eller att mottagningar slås ihop under vissa tider på året för att skapa ett större patientunderlag.



### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

En vanlig typ av samordning är att dela på tjänster mellan flera mödrahälsovårdscentraler. Strategin kan vara direkt nödvändig för mödrahälsovårdscentraler som har ett så litet patientunderlag att det inte är möjligt att ha en barnmorska anställd på heltid.

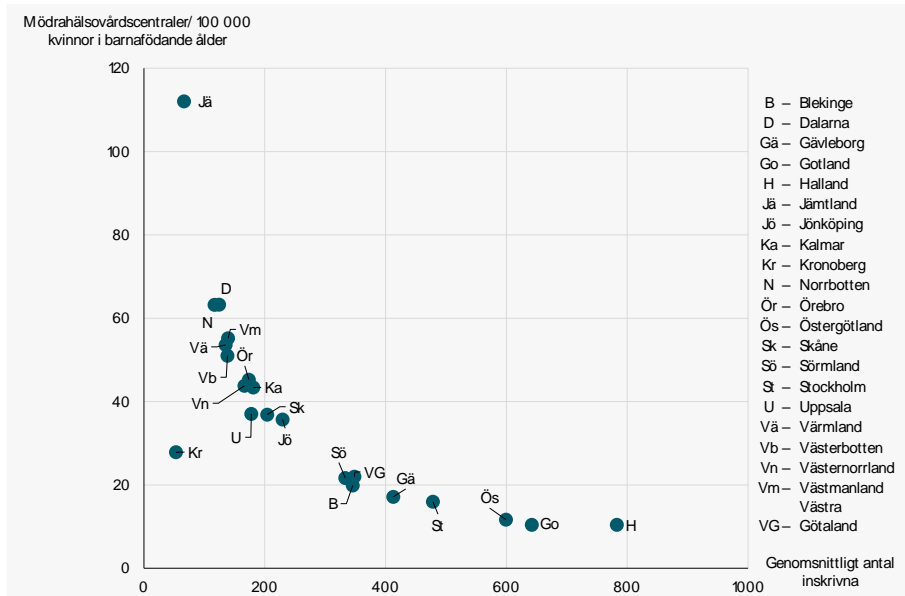
Ofta finns även potential att samordna vissa plats- och personoberoende tjänster, till exempel telefontider. Sådana samarbeten sker i flera regioner, men ofta på kortare sikt i syfte att exempelvis stötta vid sjukskrivningar. Vissa intervjuade uttrycker en önskan om ett mer systematiskt samarbete kring tjänsterna, exempelvis genom centralt bemannande mottagningar med ansvar för allmän telefon- och chattrådgivning.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Samordning av mottagningsverksamhet, både vad gäller bemanning och strategier för att jämna ut flöden, kan stärka mottagningarnas förutsättningar att möta ett varierande vårdbehov. Ur ett medarbetarperspektiv är det möjligt att undvika arbetstoppar och i förlängningen förbättra arbetsmiljön. Ur ett tillgänglighetsperspektiv kan samordning innebära en möjlighet att erbjuda fler lediga tider under veckan, samt göra det lättare att komma i kontakt med barnmorskan. Samtidigt behöver sammanslagningar av flera mottagningar alltid bedömas utifrån hur det kan påverka tillgängligheten i stort: en centralisering kan leda till att mottagningar i glesbygd stängs ned, vilket riskerar att skapa längre geografiska avstånd för de patienter som bor där. I vissa fall kan digitala verktyg användas för att öka tillgängligheten för dessa patientgrupper.

En framgångsfaktor för arbetssättet är att tillhandahålla en gemensam IT-infrastruktur som möjliggör informationsdelning mellan mottagningarna. Detta underlättar mottagningars möjlighet att vid behov avlasta varandras patientflöden. Därutöver behöver samordningen utformas utifrån varje regions lokala förutsättningar, exempelvis för att kunna inkludera samarbeten med privata mödrahälsovårdscentraler. Varje region har unika organisatoriska förutsättningar, både vad gäller antalet mödrahälsovårdscentraler och storleken på dem. Figur 9 visar att det mellan regionerna finns en stor spridning av både antal mödrahälsovårdscentraler, och deras storlek.

**Figur 9:** Antal mödrahälsovårdscentraler per 100 000 kvinnor i barnafödande ålder jämfört med genomsnittligt antal inskrivna kvinnor per mödrahälsovårdscentral, per region, 2022



Källa: Graviditetsregistret. Not: som inskrivna räknas här kvinnor med pågående graviditeter. Graviditeter som har påbörjats eller avslutats under året har räknats in. Kvinnor som har fött barn tidigare år och som i praktiken varit inskrivna för eftervårdsbesök, har inte räknats in.

# Planera bemanning och andra resurser

I avsnittet beskrivs följande tre arbetssätt:

<b>3.</b> <b>Planera bemanning och andra resurser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dimensionera bemanning för akuta flöden</li><li>• Planera flöden i mödrahälsövården</li><li>• Implementera strategier för att klara av sommarbemanningen</li></ul>
--	--

Detta processteg fokuserar på planering av kompetens och andra resurser för att möta det förväntade vårdbehovet. I den akuta vården måste bemanningen dimensioneras för att möta ett delvis osäkert vårdbehov. Dimensioneringen behöver inkludera både antal tjänstgörande medarbetare och teamets kompetenssammansättning för olika tidsperioder. I de fall då patienternas besök är inplanerade i förväg finns bättre förutsättningar att planera bemanningen. Sommaren är en särskilt utmanande period för många förlossningskliniker, eftersom högre förlossningstal ofta sammanfaller med semesterperioder. Därmed kan det krävas särskilda strategier för att säkerställa tillräcklig kapacitet under sommarmånaderna.

## Dimensionera bemanning för akuta flöden

### Om arbetssättet/strategin

Förlossningsvård är en akutverksamhet och bemanningen behöver vara dimensionerad för att kunna möta plötsliga toppar i patientflödet. Att dimensionera bemanningen innebär att besluta om en grundbemanning per pass som möter det förväntade vårdbehovet. Grundbemanningen behöver ta hänsyn till vilken kompetens- och erfarenhetssammansättning som krävs i arbetslaget. I arbetet med att dimensionera bemanningen kan prognoser ge viktig information om det förväntade vårdbehovet.

### I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?

Alla intervjuade kliniker lägger en plan för sin grundbemanning. Den övervägande majoriteten av alla intervjuade kliniker har en fast grundbemanning som inte varierar över tid. Med tanke på att det finns kända variationer i vårdbehov över tid skulle det i många fall vara ändamålsenligt att ha en grundbemanning som justeras utifrån förväntat vårdbehov under till exempel en schemaperiod. I stället för att variera bemanningen per pass förlägger många kliniker utvecklingsarbeten och planeringsdagar under perioder med lägre förväntat behov.

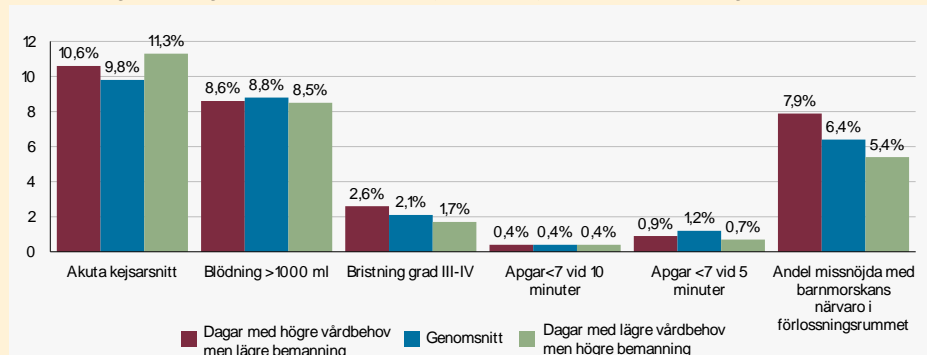
#### Faktaruta 4: Finns det ett samband mellan bemanningsnivå och kvalitetsutfall?

Sambandsanalyser av bemanningsdata och vårdbehov har genomförts inom ramen för ett pilotprojekt under hösten 2023. I pilotprojektet har kvalitetsindikatorer jämförts mellan patienter i två grupper:

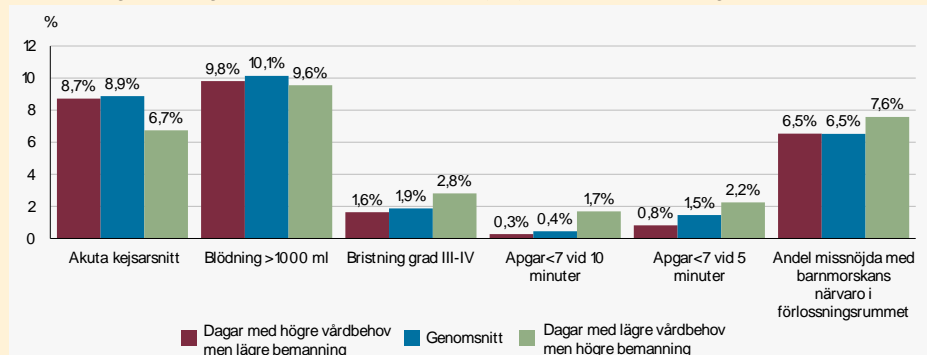
- Förlossningar under dagar med låg bemanning, men högt vårdbehov
- Förlossningar under dagar med hög bemanning, men lågt vårdbehov.

Inga systematiska skillnader har identifierats i gruppernas utfall på någon av klinikerna som deltagit i pilotprojektet. Resultat från pilotprojektets två största kliniker presenteras i Figur 10 och 11. I analysen omfattas cirka 1 700 respektive 500 förlossningar över en treårig period. Som framgår av graferna varierar kvalitetsindikatorerna mellan de olika grupperna, men ofta i olika riktningar.

**Figur 10:** Jämförelse av patientutfall (andel av totala förlossningar) under 45 dagar med låg bemanning (arbetande barnmorskor) men högt vårdbehov och 45 dagar med hög bemanning men lågt vårdbehov, Södersjukhuset, januari 2021 till augusti 2023



**Figur 11:** Jämförelse av patientutfall (andel av totala förlossningar) under 45 dagar med låg bemanning (arbetande barnmorskor) men högt vårdbehov och 45 dagar med hög bemanning men lågt vårdbehov, BB Södertälje, januari 2021 till augusti 2023



Källa: Kombinerad analys av Region Stockholms bemanningsdata, vårdbehovsdata i Graviditetsregistret och enkät svar i Graviditetsenkäten.

Analyserna gör inte anspråk på att visa kausala samband, och bör tolkas med stor försiktighet. Resultaten visar inte heller hur en hög belastning påverkar medarbetarnas arbetsmiljö. De skillnader i utfall som framkommer kan bero på slumpmässiga skillnader, särskilt på BB Södertälje där patientunderlaget är mindre. En mer utförlig beskrivning av analysmetoden inklusive en jämförelse av gruppernas vårdtyngd finns i Bilaga 1.

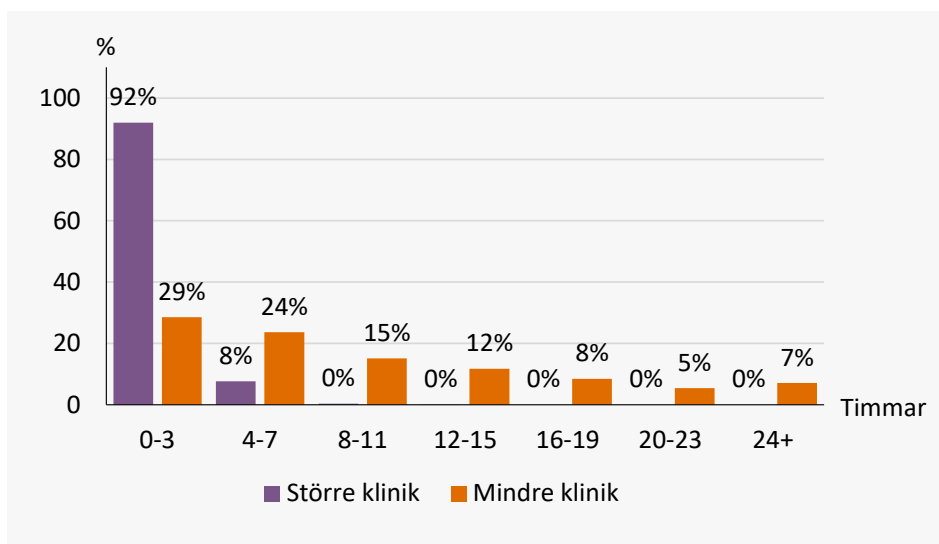
### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

En ändamålsenlig dimensionering av bemanning för akuta flöden ger en klinik bättre förutsättningar för att möta ett vårdbehov som varierar över tid. Risken för underkapacitet minskar därmed, vilket i sin tur kan öka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön.

För att bemanningen ska kunna dimensioneras efter förväntat vårdbehov behöver verksamheten ha tillgång till regelbundna prognoser över framtida vårdbehov. Kliniken behöver också ha möjlighet att göra justeringar i bemanningen över tid. I detta avseende finns begränsningar; lagstiftning, avtal och arbetstidsmodeller sätter vissa ramar för arbetstidens förläggning. Lokala kollektivavtal och arbetstidsmodeller kan arbetsgivaren/verksamheten ompröva. Lagstiftning och centrala kollektivavtal är däremot fasta.

Storleken på förlossningskliniken är en viktig förutsättning som påverkar möjligheterna att göra en ändamålsenlig dimensionering av bemanningen. Mindre kliniker påverkas mer av variationer i vårdbehov – det kan gå flera dagar mellan förlossningar, men det kan också infalla flera förlossningar på ett arbetspass. Detta innebär att mindre kliniker vanligtvis har fler arbetade timmar per förlossning över året [7]. En jämförelse av tiden mellan varje förlossning på en mindre och större klinik under 2023 visar att den större kliniken som mest har sju timmar mellan varje förlossning. På den mindre kliniken kan det förekomma hela dygn utan förlossningar, se Figur 12.

**Figur 12:** Tid (i timmar) mellan förlossningar på en större och en mindre klinik, januari 2023 till augusti 2023



Källa: Graviditetsregistret

*"Om det föds ett mycket sjukt barn kan flera i medarbetarstyrkan behöva släppa allt de gör för att vårda barnet – detta händer i snitt knappt en gång i veckan men vi vet aldrig när det kommer infalla."  
– Vårdchef på förlossningsklinik med cirka 2 500 förlossningar per år.*

## Implementera strategier för att klara av sommarbemanningen

### Om arbetssättet/strategin

Sommaren är ofta en utmanande period, med högre vårdbehov inom förlossningsvården samtidigt som många medarbetare tar ut sin lagstadgade semester och föräldradighet. Mödrahälsovården har i normalfallet bättre förutsättningar att planera sin verksamhet utifrån detta, då de kan skjuta upp eller dra ned på vissa besök.

Oavsett verksamhet, kräver sommaren en noggrann planering och ett nära samarbete mellan alla berörda vårdgivare. Verksamheterna behöver i förväg arbeta med att säkerställa tillräcklig kapacitet för att möta vårdbehovet. I vissa fall kan särskilda beslut behöva tas om strategier för att säkerställa tillräcklig kapacitet under sommaren.

Förenklat kan en önskvärd process för sommarplanering beskrivas i tre steg:

1. Analys av förväntat vårdbehov under sommaren.
2. Översikt av tillgänglig kapacitet utifrån önskade semester- och föräldradighetsuttag.

3. Balansering av vårdbehov och tillgänglig kapacitet genom att i, den mån det är möjligt, påverka det förväntade vårdbehovet och/eller den tillgängliga kapaciteten.

### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Många kliniker anger att de har en särskild planeringsprocess inför sommaren. Vissa påbörjar sommarplaneringen redan under hösten, medan andra gör det senare.

I många fall har klinikerna infört särskilda strategier eller åtgärder för sommarbemanningen. Strategierna kan delas in i följande kategorier:

- **Tillfällig bemanning:** Den permanenta arbetsstyrkan kan behöva kompletteras. Många kliniker tar in vikarier eller timanställda medan vissa väljer att komplettera med hyrbemanning under sommarperioden.
- **Uppdelade semesterperioder:** Det är vanligt att dela upp semesterperioden i flera delar, framför allt under juli månad. Vissa kliniker har valt att ha tre roterande semesterperioder under juni, juli och augusti.
- **Planering av rekryteringsprocesser:** Rekryteringsprocesser planeras ofta utifrån att de som rekryteras under året ska vara inskolade och redo att arbeta självständigt under sommaren.
- **Förändrade arbetssätt:** Under sommaren är det vanligt att förändra vissa arbetssätt för att nyttja tillgänglig kapacitet så effektivt som möjligt. Det kan handla om att uppgiftsväxla mellan medarbetare med olika kompetenser.
- **Samarbete med andra verksamheter:** Ett nära samarbete mellan olika verksamheter i vårdkedjan är en viktig strategi under hela året och särskilt under sommarmånaderna. Ett exempel är att förlossningskliniker har rotationstjänster mellan öppen- och slutenvård där medarbetarna arbetar heltid inom förlossningsvården under sommaren.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

En tidig och väl utförd sommarplanering ger överblick och förenklar nödvändiga beslut kring strategier för att upprätthålla en god bemanning under sommaren. Detta leder till att verksamheten är bättre förberedd inför sommaren och kan undvika akuta åtgärder kort inpå, såsom övertid eller att minska kapaciteten mer än önskvärt.

Val av strategi kan påverka medarbetarnas arbetsmiljö och i förlängningen arbetsplatsens långsiktiga attraktivitet. Därför är en central framgångsfaktor att ta beslut om strategier och arbetssätt i samråd med medarbetarna. Dessutom är det viktigt att säkerställa att resurserna nyttjas på bästa sätt genom att jämföra kostnaderna för olika strategier. En annan framgångsfaktor är att utgå från de lokala förutsättningarna vid val av strategi för att klara sommarbemanningen.

Exempelvis skiljer sig tillgången till tillfällig bemanning mellan olika regioner, och geografiska och organisatoriska förutsättningar påverkar möjligheterna att etablera samarbeten i vårdkedjan.

## **Planera flöden i mödrahälsovården**

### **Om arbetssättet/strategin**

Planerade flöden består av patienter vars besök är inbokade i förväg. I jämförelse med akuta flöden har dessa verksamheter bättre förutsättningar för att arbeta med systematisk produktions- och kapacitetsstyrning. I vanliga fall innebär det att skapa en produktionsplan som är i balans med den tillgängliga kapaciteten inom mödrahälsovården.

### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Kartläggningen visar att mödrahälsovårdscentralerna har kommit olika långt i sitt arbete med att planera flöden och skapa produktionsplaner. Vissa mottagningar arbetar systematiskt utifrån produktionsplaner som anger hur många besök per vecka eller dag som barnmorskorna ska genomföra. Andra har inte kommit lika långt.

Samtliga intervjuade lyfter fram Svensk Förening För Obstetrik och Gynekologis (SFOG) riktlinje kring maximalt 80 inskrivna gravida per barnmorska som en utgångspunkt i sin planering. Riktlinjen gör det möjligt att beräkna ungefär hur många besök en heltidsarbetande barnmorska ska ta emot, förutsatt att de inskrivna följer basprogrammet. En begränsning med SFOG:s riktlinjer om maximalt antal inskrivna per barnmorska är att de inte tar hänsyn till vårdtyngd. Av denna anledning är det några intervjuade som har efterfrågat en översyn av SFOG:s riktlinjer för att bättre spegla patientunderlaget.

Utöver besök inom ramen för basprogrammet behöver planeringen beakta andra uppdrag såsom preventivmedelsrådgivning och gynekologisk cellprovtagning. En annan faktor som kan påverka barnmorskans arbetsuppgifter och vara viktig att ta höjd för i planeringen är mottagningarnas kompetenssammansättning. Vissa mottagningar har undersköterskor eller andra yrkeskategorier som kan avlasta i vissa administrativa sysslor, medan mindre mottagningar kan bestå av en barnmorska som då behöver lägga mer tid på andra kringliggande arbetsuppgifter.

Digitala tidböcker är ett vanligt verktyg för planering inom mödrahälsovården som gör det möjligt för patienterna att själva boka, omboka och avboka tider. Här finns det skillnader i hur långt fram i tiden som tidböckerna öppnas. Vissa mottagningar har tidböcker som i princip är öppna för hela kvinnans graviditet redan vid inskrivning, medan andra har en kortare planeringshorisont.



## Möjligheter och framgångsfaktorer

En systematisk planering av flöden inom framför allt mödrahälsovården har potential att leda till ökad tillgänglighet och en bättre arbetsmiljö. För planering av patientflöden inom mödrahälsovården är digitala tidböcker med en lång tidshorisont för inbokning en viktig framgångsfaktor för planeringen. Detta skapar en längre planeringshorisont för mottagningarna och ger en bättre översikt av kommande behov.

*”Vi öppnade tidigare våra tidböcker kortare inpå besöksdatum. Nu har vi förlängt tidshorisonten vilket har lett till att barnmorskorna upplever att de har mer kontroll över sin arbetssituation.” – Avdelningschef Kvinnohälsovården.*

I tillägg bör verksamheten ha tillgång till ett fullgott systemstöd som kan användas för att skapa en produktionsplan och analysera patientflöden. I vissa regioner saknar verksamhetsrepresentanter denna typ av stöd, vilket upplevs begränsande.

# Anpassa scheman

I avsnittet beskrivs följande arbetssätt:

4.	<b>Anpassa scheman</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anpassa scheman för att balansera kapacitet med behov</li></ul>
----	------------------------	---

Detta processteg syftar till att schemalägga ändamålsenlig kompetens utifrån prognostiserat vårdbehov och planerad kapacitet. Processen för schemaläggning kan skilja sig mellan verksamheter, och beror bland annat på vilken schemamodell som verksamheten valt att använda. Intervjustudien har identifierat önskescheman och fasta scheman som de två vanligaste schemamodellerna inom mödrahälso- och förlossningsvården. Inom vissa verksamheter förekommer också så kallade poängscheman.

## Anpassa scheman för att balansera kapacitet med behov

### Om arbetssättet/strategin

Att anpassa scheman för att balansera kapacitet med behov innebär att utifrån den långsiktiga planeringen fastställa ett schema som säkerställer att det finns tillräcklig kompetens för att möta patienternas behov. Samtidigt tar en god schemaläggning hänsyn till medarbetarnas arbetsmiljö.

## **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Trots att schemalaggningsen är en viktig komponent i verksamheternas planeringsarbete utgår den ofta från en fast grundbemanning som inte beaktar säsongsvariationer i vårdbehov. Detta ger i dagsläget begränsade möjligheter att anpassa scheman för att balansera kapaciteten med behovet. Vad gäller schemalaggnings av specifika kompetenser är det vanligt förekommande att verksamheter inom förlossningsvården har fastställda krav på hur många medarbetare med en viss erfarenhetsnivå som ska arbeta per pass.

## **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Trots en fullgod planering kan det dock vara en utmaning att lägga scheman som både överensstämmer med patienternas behov och skapar förutsättningar för en god arbetsmiljö. Detta påverkas inte minst av val av schemamodell. Det finns flera olika schemamodeller som har både för- och nackdelar. Idag använder många verksamheter önskescheman för att kunna tillmötesgå medarbetarens behov av flexibilitet. Många verksamheter anger samtidigt att det i slutändan är svårt att tillmötesgå alla medarbetarens önskemål – detta leder till att medarbetare får arbeta under andra perioder än vad de förväntat sig och att verksamheten själv behöver lägga mycket tid på att justera scheman. Detta har särskilt aktualiserats efter att de nya dygnsvilloreglerna, Allmänna bestämmelser § 13 (AB13), trädde i kraft, varefter den administrativa bördan med önskescheman ökat ytterligare.

Mot denna bakgrund har vissa övergått till att tillämpa fasta scheman, eller en kombination av fasta scheman och önskescheman. Kliniker som valt att byta till fasta scheman anger att det till en början har funnits ett visst motstånd bland medarbetarna, men att det efter en tid blivit mer uppskattat. Fördelarna ur ett medarbetarperspektiv uppges bland annat vara kontinuitet och goda planeringsförutsättningar.

*"Innan vi övergick till fasta scheman på helger kunde vi tillgodose mindre än 30 procent av medarbetarnas önskemål." – Vårdenhetschef inom förlossningsvården.*

Oavsett schemamodell behövs ett fullgott systemstöd för schemalaggningsen. Systemstödet ska kunna hantera stora personalgrupper och beakta verksamhetsspecifika krav för schemalaggningsen såsom fastställda kompetens- eller erfarenhetsnivåer. Idag används olika system varav vissa uppges medföra en omfattande manuell handpåläggning.

# Daglig styrning och uppföljning

I avsnittet beskrivs följande tre arbetssätt:

5.	<b>Daglig uppföljning och styrning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Använd proaktiva hänvisningar (på kort sikt)</li><li>• Omfördela medarbetare (på kort sikt)</li><li>• Justera bemanning (på kort sikt)</li></ul>
----	--	--

Det sista processteget inkluderar strategier och arbetssätt för att på kort sikt säkerställa att verksamheten är redo för att möta variationer av både kapacitet och vårdbehov. Daglig styrning och uppföljning är ett av de processteg som kliniker och mottagningar arbetar mest med idag. Samtidigt skiljer sig användningen av strategier och arbetssätt mellan verksamheter, vilket ofta beror på region- och verksamhetsspecifika förutsättningar såsom geografiska avstånd och utformningen av lokaler.

## Använd proaktiva hänvisningar

### Om arbetssättet/strategin

Om en förlossningsklinik under en viss tid inte kan ta emot fler förlossningar kan det bli aktuellt att proaktivt hänvisa patienter till andra kliniker för att minska risken för underkapacitet. Patienterna hänvisas i normalfallet innan vårdtillfället påbörjas. Det är klinikkens ansvar att ta kontakt med och hitta en annan klinik som kan ta emot patienten. Förutom proaktiva hänvisningar kan också hänvisningar göras av medicinska skäl. De patientgrupper som detta berör har oftast beslutats om i förväg, till exempel prematura förlossningar innan en viss graviditetsvecka.

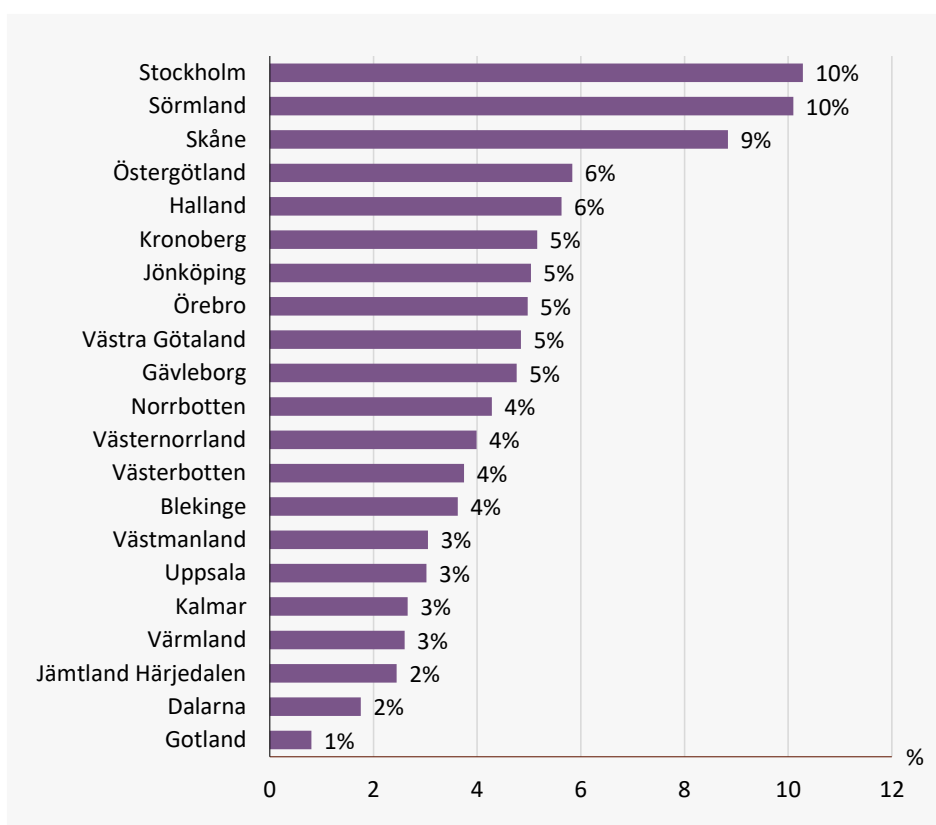
### I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?

Förekomsten av hänvisningar varierar från region till region. Först och främst varierar antalet förlossningskliniker inom regionerna, från en klinik i nio av regionerna till sju kliniker i Region Stockholm. Detta påverkar givetvis möjligheten att hänvisa inom regionen. Generellt är hänvisningar också vanligare i regioner där det är enklare att ta sig till andra kliniker, både på grund av kortare avstånd och på grund av mer utbyggd infrastruktur.

Skillnaden syns på andelen i olika regioner som svarade nej på frågan ”Fick du föda där du önskade?” i Graviditetsenkäten under 2022. Som högst var det tio procent av svarande som svarade nej på frågan (Region Stockholm), och som lägst var det färre än en procent (Region Gotland), se Figur 13. De fyra regioner

med högst andel som fick föda där de önskade har bara en förlossningsklinik i sin region.<sup>12</sup>

**Figur 13:** Andel som svarat nej på frågan ”Fick du föda där du önskade”, per region, 2022



Källa: Graviditetsenkäten, Enkät 2 Fråga 15.

I normalfallet är det avdelningens koordinators som ansvarar för att styra patientflödet på kort sikt. Vid en kapacitetsbrist har de möjlighet att kontakta närliggande kliniker för att undersöka möjligheterna att ta hand om en inkommande patient. Av naturliga skäl är det i första hand de patienter som förväntas ha en längre tid innan förlossningsstart som hänvisas. I intervjuerna framkommer att det många gånger saknas systematiska riktlinjer för hur och när hänvisningar ska ske. Vissa intervjuade uppger att detta leder till ett visst personberoende där två olika koordinators exempelvis kan ha olika uppfattning kring belastning och vad klinikens bemanning klarar av. Samtidigt bygger hänvisningar på en helhetsbedömning av en lång rad komplexa faktorer, som

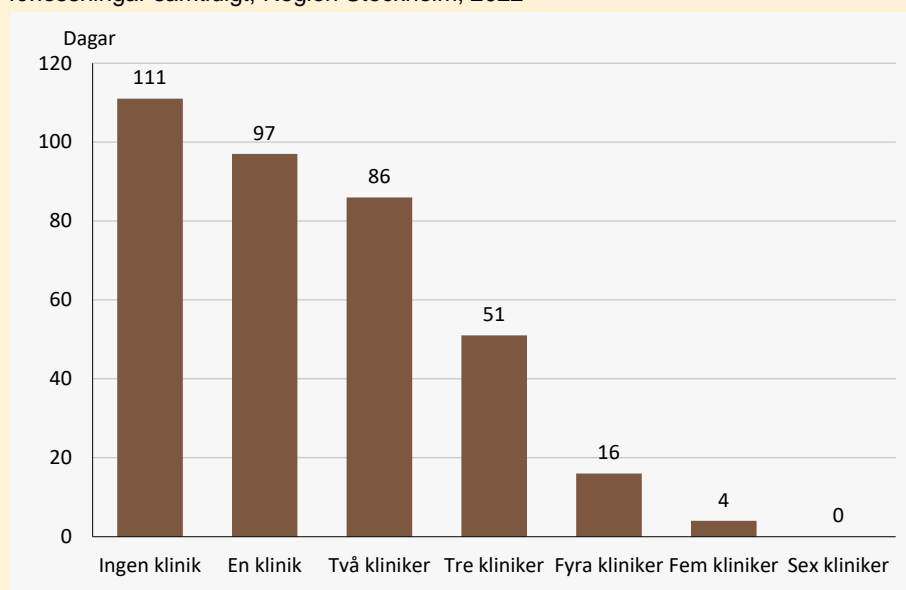
<sup>12</sup> Graviditetsenkäten, Enkät 2 Fråga 16, 2022. I mer än hälften av regionerna angavs platsbrist som den vanligaste orsaken till att patienten blev hänvisad. I resterande regioner var vanligaste svarsalternativet orsaken ”Annan”.

kräver lång erfarenhet och en förmåga att ”känna av” hur situationen på den egna kliniken är, samt patientens behov.

#### Faktaruta 5: Hänvisningar i Region Stockholm

I Region Stockholm har hänvisningar varit relativt vanligt förekommande, vilket föranlett ett gemensamt samarbete mellan regionens förlossningskliniker för att utveckla arbetet. En analys av hur ofta toppar sker samtidigt i Region Stockholm under 2022, visar att det är relativt få dagar (ungefär 20 procent) som fler än hälften av klinikerna har ett högt antal förlossningar samtidigt, se Figur 14. Högt antal förlossningar räknas här som 75 procent av det maximala uppmätta värdet.<sup>13</sup> Detta kan vara en effekt av att regionen arbetar aktivt med hänvisningar för att minska risken för underkapacitet.

**Figur 14:** Antal dagar då ingen, en, två, tre, fyra, fem eller alla kliniker hade högt antal förlossningar samtidigt, Region Stockholm, 2022



Källa: Graviditetsregistret.

#### Möjligheter och framgångsfaktorer

Hänvisningar av patienter på kort sikt är ett verktyg för att styra behovet dit kapaciteten är som störst. Vid en balans mellan kapacitet och behov finns en möjlighet att i högre grad säkerställa en god arbetsmiljö och hög patientsäkerhet.

Hänvisningar måste samtidigt alltid vara kopplade till en tydlig riskbedömning av patienten. De är dessutom inte alltid önskvärda ur ett patientperspektiv eftersom gravida många gånger förväntat sig att föda på den klinik de önskat eller som är närmast dem. Mödrahälsovården behöver i detta avseende bidra till att skapa realistiska förväntningar genom att förbereda patienter på att de kan behöva

<sup>13</sup> Det maximalt uppmätt värdet är den 99 percentilen för att minimera effekten av extremvärden.  
Produktions- och kapacitetsstyrning i praktiken 37

föda någon annanstans än de tänkt. Detta är särskilt relevant i områden där flera kliniker ligger geografiskt nära.

Arbetsättet gynnas av att det finns en översikt över tillgänglig kapacitet vid andra närliggande kliniker. I dagsläget används sådana planeringsverktyg i varierande utsträckning. Två vanliga invändningar mot deras nuvarande utformning är att beläggningsgraden inte säger något om vilken vårdtyngd patienterna har, och att möjligheten att följa beläggning är beroende av att vårdtillfällena registreras i journalsystemet i realtid.

## **Omfördela medarbetare**

### **Om arbetsättet/strategin**

Omfördelning av medarbetare på kort sikt innebär att medarbetare antingen flyttas mellan avdelningar inom en klinik, eller mellan kliniker och mödrahälsovårdscentral. Omfördelning av medarbetare inom en klinik avser i normalfallet medarbetare som flyttas under passet, medan omfördelning av medarbetare mellan kliniker respektive mellan mödrahälsovårdscentraler kan ske på pass- vecko- eller månadsbasis.

### **I vilken utsträckning används arbetsättet/strategin?**

Flera förlossningskliniker lyfter att de arbetar aktivt med att omfördela medarbetare mellan avdelningar för att nyttja den samlade kompetensen på ett effektivt sätt. Vissa större förlossningskliniker har dessutom särskilda resursteam som löpande fördelas till de avdelningar där behoven är som störst. Omfördelning av medarbetare mellan förlossningskliniker sker däremot i en väsentligt lägre utsträckning. Några få kliniker anger att de i den mån det är möjligt samarbetar för att täcka sjukluckor. Liknande samarbete finns bland vissa mödrahälsovårdscentraler. Lokala förutsättningar och prioriteringar kan påverka i vilken utsträckning det är ändamålsenligt att omfördela medarbetare, snarare än att hänvisa patienter till en annan mödrahälsovårdscentral vid kapacitetsbrist.

#### **Faktaruta 6:** Färgkodad mödrahälsovård i Region Jönköpings län

Region Jönköping läns mödrahälsovård har implementerat ett system för att följa antal pågående graviditeter på regionens mödrahälsovårdscentraler. Systemet utgår från tre olika nivåer av antal pågående gravida utifrån tjänstgöringsgrad: grönt, gult och rött (trafikljus). Färgerna grundar sig i SFOG:s riktlinjer om maximalt 80 inskrivna gravida per heltidsarbetande barnmorska under ett år.

Systemet används bland annat på veckovisa avstämningar där verksamheten diskuterar den samlade bilden av antal pågående graviditeter på mottagningarna. På så vis synliggörs om det finns mottagningar som är i behov av en permanent och även temporär omfördelning av medarbetare eftersom behovet av antal gravida kan variera över tid. Även om systemet inte ger en bild över hela vårdbehovet upplevs det vara till hjälp i verksamheternas dagliga styrning och uppföljning.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Omfördelning av den tillgängliga kapaciteten dit behovet är som störst är ett möjligt verktyg för att minska risken för systematisk underkapacitet och överkapacitet. Det är dock viktigt att arbetssättet är kopplat till en bredare strategi för systematisk rotation av medarbetare. På så vis blir förutsättningarna för olika anställningar tydliga, och det skapar förutsättningar för att medarbetarna är trygga med att utföra arbetsuppgifterna vid aktuella verksamheter.

Ytterligare en framgångsfaktor är att sjukhusets avdelningar/mottagningar är samlokaliserade eller på annat sätt ligger nära varandra. På så vis skapas förutsättningar för en god personkänedom samt kännedom om lokaler och utrustning, vilket gör det enklare för ansvariga att omfördela medarbetare dit behovet är som störst. Flera kliniker som i närtid ska få nya lokaler anger att närhet mellan förlossningsavdelning, eftervårdsavdelning och eventuella andra enheter inom kvinnosjukvården är ett av deras viktigaste önskemål. Avslutningsvis är det flera kliniker som har dagliga ”pulsmöten” på kliniken. Mötena blir ett naturligt forum för att diskutera frågor som om det finns ett behov av att fördela medarbetarna annorlunda under dagen.

*”För en mindre klinik är det viktigt att kunna omfördela medarbetare vid behov för att vi inte ska behöva ha en bemanning som i vanliga fall skulle vara för hög.” – Vårdchef på förlossningsklinik.*

### **Justera bemanning**

#### **Om arbetssättet/strategin**

Även om en verksamhet har en fast grundbemanning, finns det tillfällen då den schemalagda bemanningen behöver öka eller minska. Ökning av bemanningen

kan vara nödvändigt vid en tillfällig ökning av vårdbehovet som inte kan hanteras av grundbemanningen. En minskning av grundbemanningen kan vara motiverad när behovet är lägre än väntat. Det kan innebära att inte ersätta en schemalagd medarbetare inför ett pass vid exempelvis en sjukskrivning, eller att medarbetare tillåts avsluta sitt pass tidigare. Ibland är det varken relevant med en minskning eller ökning av grundbemanningen, men medarbetare kan behöva ersättas på grund av exempelvis sjukdomsbortfall.

### **I vilken utsträckning används arbetssättet/strategin?**

Verksamheter har olika strategier för att justera sin bemanning, och kan i olika utsträckning anpassa bemanningen på kort sikt. Vissa verksamheter har möjlighet att omfördela medarbetare från andra verksamheter vid toppar (se avsnittet *Omfördela medarbetare*); andra behöver i stället kalla in vikarier eller låta ordinarie medarbetare arbeta övertid. En vanligt förekommande rutin är att skicka sms till medarbetare som inte är i tjänst. Beroende på hur lång tid i förväg medarbetarna blir inkallade, och vilken anställningsform medarbetarna har, kan det i många fall utgå övertids- eller mertidsersättning.

Vissa intervjuade har nämnt att det vore intressant med någon form av beredskapstjänst bland både undersköterskor och barnmorskor. Bland annat har intervjuade lyft interna bemanningspooler för barnmorskor och undersköterskor, barnmorskor i beredskap samt utökad användning av resursteam som förslag.

### **Möjligheter och framgångsfaktorer**

Eftersom förlossningsvården präglas av oförutsägbara variationer i vårdbehov på kort sikt, kan strategier för att tillfälligt öka och minska bemanningen ge en verksamhet bättre förutsättningar att nå en balans mellan behov och kapacitet. Samtidigt är strategier för flexibel bemanning på kort sikt ofta komplexa och dyra. Exempelvis är stora övertidsuttag varken önskvärda ur ett arbetsmiljö- eller ekonomiskt perspektiv. Därför behövs tydliga riktlinjer och rutiner för när och hur medarbetare ska kallas in.

Intervjuade är överens om att de nya dygnsviloreglerna, AB13, har lett till att det generellt har blivit mer utmanande att justera bemanningen på kort sikt. I detta arbete lyfter klinikerna ett behov av kunskapsdelning mellan verksamheter och regioner för att kunna inspireras av varandras lösningar.



# Vägar framåt

Sammanfattningsvis bedömer SKR att det finns en stor outnyttjad potential för att genom systematisk produktions- och kapacitetsstyrning:

- Stärka vårdkvaliteten,
- Förbättra arbetsmiljön,
- Säkerställa ett mer effektivt resursutnyttjande.

Nedan presenteras fem vägar framåt med förslag på hur verksamheter, regioner och SKR kan stärka det långsiktiga utvecklingsarbetet.

## **Stärk kunskapen om produktions- och kapacitetsstyrning i mödrahälso- och förlossningsvården**

Det finns betydande skillnader mellan regioner och verksamheter i såväl kunskapsnivå som grundläggande förutsättningar för produktions- och kapacitetsstyrning. I vissa regioner finns både centrala resurser i form av kompetens och systemstöd samt etablerade arbetssätt i verksamheterna. I andra regioner står man i startgroparna i sitt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning.

Här ser SKR ett behov av lärande insatser som kan skapa en ökad förståelse för vad produktions- och kapacitetsstyrning innebär samt hur det kan tillämpas. SKR:s metodstöd för strategier och arbetssätt inom mödrahälso- och förlossningsvården är en pusselbit i detta sammanhang. Därutöver arbetar Socialstyrelsen med ett regeringsuppdrag för att skapa ett metodstöd för produktions- och kapacitetsstyrning i hälso- och sjukvården generellt, som också kan bidra till en ökad kunskapsnivå.

## **Utveckla systematiken i arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning**

Runt om i landet finns idag en flera olika strategier och arbetssätt som syftar till att balansera vårdbehov med kapacitet. Även i regioner och verksamheter där produktions- och kapacitetsstyrning är ett välkänt koncept, integreras sällan initiativen i en övergripande och regionalt koordinerad strategi. Med ökad systematik och samordning skulle det vara möjligt att nyttja begränsade resurser på ett mer effektivt sätt. För att skapa förutsättningar för systematisk produktions- och kapacitetsstyrning behöver regioner skapa en centralt samordnad strategi för produktions- och kapacitetsstyrning.

### **Förbättra möjligheterna att använda data över vårdbehov och bemanning för produktions- och kapacitetsstyrning**

Det finns mycket goda förutsättningar för att göra analyser av vårdbehov genom data från Graviditetsregistret. Vad gäller bemanningsdata finns relativt goda förutsättningar på lokal nivå, men skillnader i utformning av data försvårar jämförbarheten. Brist på analyskompetens och ändamålsenligt systemstöd är övergripande utmaningar som medför att data över både vårdbehov och bemanning används i en lägre utsträckning än vad som är möjligt och önskvärt.

På regional nivå bör det göras en översyn av hur det går att stödja verksamheterna att arbeta mer datadrivet. På nationell nivå bör det samtidigt utredas om det går att stötta produktions- och kapacitetsstyrningen inom mödrahälso- och förlossningsvården genom att tillhandahålla fler för ändamålet anpassade analyser av vårdbehov, till exempel genom en nationell analysplattform.

### **Etablera samarbeten mellan olika verksamheter i vårdkedjan för att bättre balansera kapaciteten med vårdbehovet**

Det finns stora möjligheter att utveckla samarbetet i vårdkedjan för att mer effektivt nyttja vårdens begränsade resurser. För verksamheter innebär detta att nyttja vissa resurser gemensamt för att undvika perioder av under- och överkapacitet. I denna rapport lyfter SKR flera konkreta exempel som handlar om alltifrån modeller för arbetsplatsrotation till mer samordnad mottagningsverksamhet.

### **Utbyt erfarenheter och stärk den regionala samverkan kring produktions- och kapacitetsstyrning**

Att inspireras och lära av varandra är en grundpelare i arbetet med att utveckla strategier och arbetssätt för produktions- och kapacitetsstyrning. Många verksamheter uttrycker också ett intresse för att i ökad utsträckning utbyta erfarenheter mellan olika regioner. Därför kommer SKR fortsätta verka för att dagens samverkansplattformar inom mödrahälso- och förlossningsvården blir en naturlig plats för dialog och kunskapsdelning om frågor rörande produktions- och kapacitetsstyrning.

# Källförteckning

1. Statistiska Centralbyrån [Internet]. Barnafödandet sjunker – lägsta på över 50 år. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/pressmeddelande/barnafodandet-sjunker--lagsta-pa-over-50-ar/>
2. Jukic AM, Baird DD, Weinberg CR, McConnaughey DR, Wilcox AJ. Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Hum Reprod.* 2013 Oct;28(10):2848–55.
3. Halloran DR, Cheng YW, Wall TC, Macones GA, Caughey AB. EFFECT OF MATERNAL WEIGHT ON POSTTERM DELIVERY. *J Perinatol.* 2012 Feb;32(2):85–90.
4. Oberg AS, Frisell T, Svensson AC, Iliadou AN. Maternal and Fetal Genetic Contributions to Postterm Birth: Familial Clustering in a Population-Based Sample of 475,429 Swedish Births. *American Journal of Epidemiology.* 2013 Mar 15;177(6):531–7.
5. Fakta och statistik [Internet]. Socialstyrelsen. 2020. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/meranbaramamma/statistik/>
6. OPTION studien | En studie för att undersöka den födandes, partners och medarbetares upplevelse av heminduktion samt hälsomässiga och ekonomiska konsekvenser av att kunna påbörja sitt förlossningsarbete i hemmet. [Internet]. Tillgänglig på: <https://www.optionstudien.se/>
7. I tid och otid - En fördjupningsstudie om bemanningen i förlossningsvården [Internet]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2023. Tillgänglig på: <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/i-tid-och-otid/>
8. Utveckling av förlossningsvården - kartläggning och analys [Internet]. Socialstyrelsen; 2022. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8245.pdf>

# Bilaga 1 – Analyismetod för att studera koppling mellan belastning och patientrelaterade utfall

I faktaruta 5 presenteras sammanfattade resultat från analyser av kopplingen mellan belastning och patientrelaterade utfall. Analyserna har tagits fram i samråd med verksamhetsrepresentanter från kvinnokliniken på Södersjukhuset och BB Södertälje. Den bemanningsdata som har använts har tillhandahållits av Region Stockholm. Data om patientrelaterade utfall och vårdbehov kommer från Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten. Tidsperioden är januari 2021 till augusti 2023.

## Definitioner

### Bemanning och vårdbehov

I denna analys syftar bemanning till genomsnittligt antal arbetande barnmorskor per dag, vilket i sin tur har beräknats utifrån den genomsnittliga bemanningen per pass på respektive klinik. Bemanningen inkluderar alla heltids-, deltids- och timanställda barnmorskor som registrerat arbetade timmar på förlossningsavdelningen eller eftervårdsavdelningen. Arbetande barnmorskor som antas ha arbetat inom öppenvården har inte inkluderats i analysen.

Vårdbehov syftar till genomsnittligt antal inneliggande patienter per dag. Inneliggande patienter avser enbart de kvinnor som är inlagda i samband med sin förlossning på förlossningsavdelningen och eftervårdsavdelningen. För detta har Graviditetsregistrets variabler för inskrivning, förlossning och utskrivning använts. En patient räknas som inneliggande innan förlossning mellan inskrivning och förlossning, och som inneliggande efter förlossning mellan förlossning och utskrivning.

### Patientrelaterade utfall och vårdtyngd

I Graviditetsregistret och Graviditetsenkäten rapporteras olika mått som mäter förlossnings- och eftervårdens kvalitet samt patientens upplevelse av vården innan, under och efter graviditet. De mått som SKR har valt ut för denna analys är följande:

- Andel förlossningar med akuta kejsarsnitt
- Andel förlossningar med stora blödningar (>1000 ml)
- Andel förlossningar med stora bristningar (grad III och IV)
- Andel förlossningar med apgar lägre än sju vid tio minuter
- Andel förlossningar med apgar lägre än sju vid fem minuter
- Andel patienter som var missnöjda med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet<sup>14</sup>

## Metod

Följande metod har använts för att genomföra analysen:

1. Alla dagar under januari 2021 till augusti 2023 har ritats in i ett diagram utifrån bemanningsnivå och vårdbehov.
2. Observationerna har grupperats<sup>15</sup> i tre olika grupper utifrån varje kliniks genomsnitt:
  - a. Dagar med högre bemanning (över median), men lägre vårdbehov (under median)
  - b. Dagar med lägre bemanning (under median), men högre vårdbehov (över median)
  - c. Dagar med antingen lägre bemanning och lägre vårdbehov, eller med högre bemanning och högre vårdbehov
3. 45 observationer (15 från varje år) har valts ut från grupp A och grupp B. De observationer som har valts ut är de som ligger längst från medianen i båda grupperna.
4. För de utvalda observationerna jämförs utfallsmått mellan grupperna och det viktade genomsnittet för tidsperioden.
5. För att säkerställa att det inte finns systematiska skillnader i vårdtyngd som kan driva skillnader mellan grupperna har ett urval av vårdtyngdsindikatorer jämförts.

## Resultat

### Södersjukhuset

På Södersjukhuset verkar de flesta utfallen för båda grupperna ligga nära totala genomsnittet för hela perioden, se Figur 15. Akuta kejsarsnitt var vanligare under

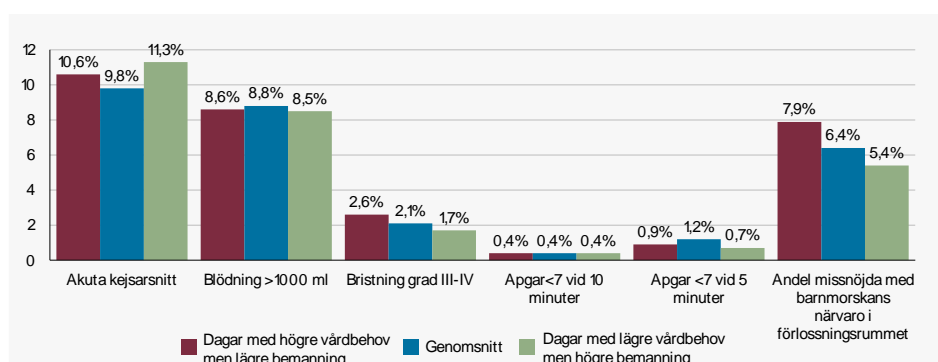
---

<sup>14</sup> Svartalernativ 1 och 2 på frågan *Var barnmorskan närvarande i förlossningsrummet i den utsträckning du önskade?*. Svar anges på en skala 1-5 där 1 är "Nej, inte alls" och 5 är "Ja, helt och hållet".

<sup>15</sup> Högt vårdbehov avser de dagar med vårdbehov högre än medianen för tidsperioden och vice versa. Hög bemanning avser de dagar med bemanning högre än medianen för tidsperioden och vice versa.

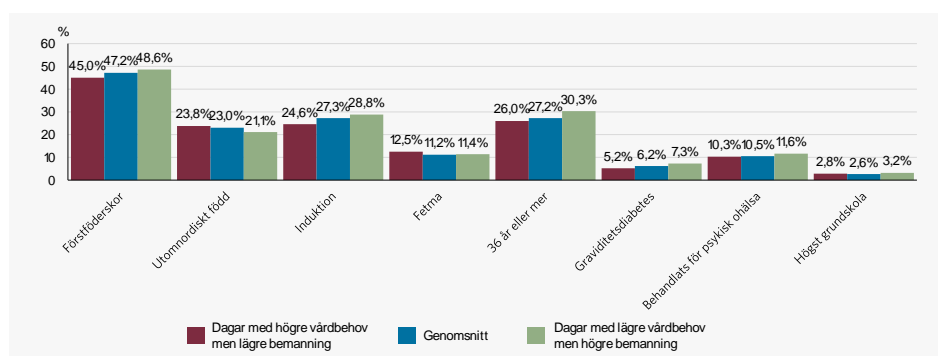
dagar med lägre belastning. Samtidigt verkar Apgar lägre än sju vid fem minuter, andelen missnöjd med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet samt allvarliga bristningar vara vanligare under dagar med hög belastning. Andelen stora blödningar och Apgar lägre än sju vid tio minuter är ungefär lika vanligt förekommande i båda grupperna.

**Figur 15:** Jämförelse av patientutfall för olika grupperingar av dagar, Södersjukhuset, januari 2021 till augusti 2023



Vad gäller skillnader i vårdtyngd ses inte några stora skillnader gentemot genomsnittet för någon av grupperna, se Figur 16.

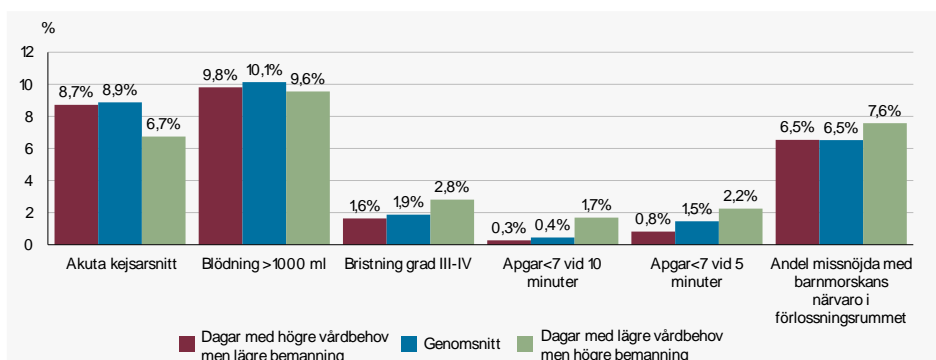
**Figur 16:** Jämförelse av utvalda vårdtyngdsindikatorer, Södersjukhuset, januari 2021 till augusti 2023



## BB Södertälje

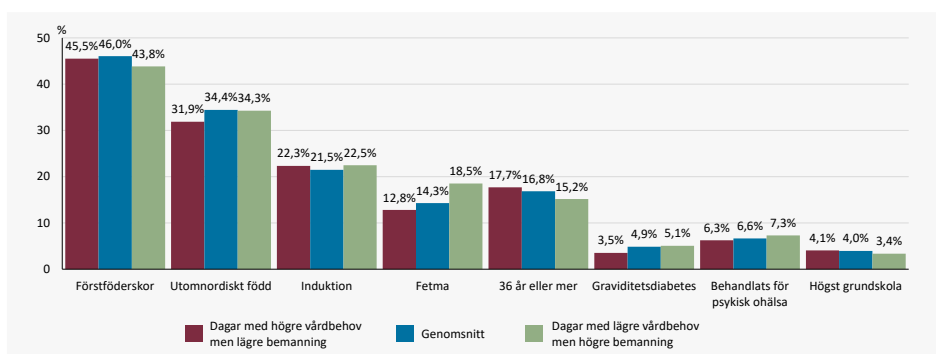
På BB Södertälje var andelen akuta kejsarsnitt vanligare under dagar med hög belastning, se Figur 17. Stora bristningar, Apgar lägre än sju vid tio och fem minuter samt andelen kvinnor missnöjda med barnmorskans närvaro i förlossningsrummet var vanligare under dagar med låg belastning. Det var mer än dubbelt så många dagar med Apgar lägre än sju vid 10 och fem minuter under dagar med låg belastning jämfört med dagar med hög belastning. Stora blödningar var ungefär lika vanligt i båda grupperna.

**Figur 17:** Jämförelse av patientutfall för olika grupperingar av dagar, BB Södertälje, januari 2021 till augusti 2023



Vad gäller vårdtyngd verkar kvinnor med fetma och graviditetsdiabetes ha varit något vanligare under dagar med lägre vårdbehov, men högre bemanning. I övrigt fanns inga stora skillnader i vårdtyngdsindikatorer mellan grupperna och jämfört med genomsnittet, se Figur 18.

**Figur 18:** Jämförelse av utvalda vårdtyngdsindikatorer, BB Södertälje, januari 2021 till augusti 2023



### Tolkning av resultaten och möjliga felkällor

Analyserna gör inte anspråk på att visa kausala samband och bör tolkas med stor försiktighet. Inga analyser har gjorts för att se om skillnader är statistiskt signifikanta eller inte. Detta arbete ska istället inspirera till lokala analyser av koppling mellan belastning och patientrelaterade utfall. De bör också breddas för att inkludera analyser av hur medarbetarnas arbetsmiljö påverkas av en hög belastning.

Nedan anges några möjliga felkällor kopplade till analysmetoden:

- **Lågt antal observationer:** Skillnader i utfall som framkommer kan bero på slumpmässiga skillnader mellan grupperna, särskilt på BB Södertälje där

patientunderlaget är mindre. För Graviditetsenkäten är svarsfrekvensen ungefär 50 procent.

- **Ingen beaktning av kompetensnivå eller andra yrkesgrupper än barnmorskor:** Patientutfall kan påverkas av erfarenhets- och kompetensnivån i bemanningen som inte speglas i denna data. Därtill utgör barnmorskor enbart en del av vårdteamet, och utfall kan påverkas av tillgång till andra kompetenser såsom läkare eller undersköterskor.
- **Utgångspunkt från ett dagligt genomsnitt:** Eftersom bemanning och vårdbehov utgår från ett dagligt genomsnitt speglas inte möjliga variationer i bemanning under dagen som kan påverka utfallet.
- **Bemanningsdata inkluderar inte hyrbemanning och kan påverkas av systematisk felregistrering:** Under vissa perioder har både Södersjukhuset och BB Södertälje använt hyrbemanning. Detta har SKR inte haft tillgång till, och därför har troligen vissa dagar i gruppen med låg bemanning egentligen en högre bemanning än vad som registrerats. SKR har inte heller kunnat redogöra för om bemanningsdata (eller vårdbehovsdata) alltid registrerats korrekt. Systematisk felregistrering av exempelvis arbetade timmar eller patientutfall kan påverka resultatet.



# Bilaga 2 – Resultat från enkät om tekniska förutsättningar för uttag och analys av bemanningsdata

## Om enkäten

Under hösten har SKR kompletterat arbetets huvudsakliga intervjustudie med en kort enkät. Enkätens syfte var att förstå regionernas tekniska förutsättningar för uttag av bemanningsdata. Utöver data om vårdbehov är bemanningsdata en viktig pusselbit i produktions- och kapacitetsstyrningen eftersom det ger en förståelse för verksamhetens arbetssätt och kan ge en bild av verksamhetens tillgängliga kapacitet.

Enkäten skickades ut till regionala representanter från SKR:s Personalstatistiknätverk och den besvarades av 16 av 21 regioner.<sup>16</sup> Enkäten innehöll totalt åtta frågor om vilken data som var möjlig att hämta ut från regionens datasystem.

## Kort sammanfattning av resultat

### Datasystem och användning

Majoriteten av alla regioner använder Heroma som datasystem. Andra datasystem som används är Tessa, Medvind, Personec P och TimeCare. Systemen används av alla regioner för schemaläggning. Fler än 80 procent av alla svarande använder också systemen som källa för analyser av frånvaro och analyser av övertidsuttag. Enbart en fjärdedel av alla svarande anger att de använder system för övergripande planering såsom prognoser av hur bemanningen förväntas utvecklas i framtiden och sammanställning av personalsammansättning.

---

<sup>16</sup> Region Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Västerbotten och Östergötland svarade inte på enkäten.

## **Möjligheter till uttag och analys**

Det finns skillnader i vilken data som verksamheterna har möjlighet att hämta ut. I enkäten tillfrågades respondenterna att svara på vilka variabler som går att följa upp via regionens datasystem. Samtliga regioner verkar kunna hämta ut information om arbetade timmar på individnivå. Däremot finns det skillnader när det gäller vilken tidshorisont som data kan hämtas ut för. Nästan alla (15 av 16) regioner kan hämta ut arbetade timmar per år och månad, men något färre kan hämta ut arbetade timmar per pass, dag och vecka (13 av 16 regioner).

Enbart tre svarande regioner hade möjlighet att i datauttaget specificera vilken kompetensnivå som den anställda har. Det verkar vara möjligt för samtliga regioner att följa upp vilken ansvarsenhet som den anställda tillhör, men bara strax över hälften av regionerna har möjlighet att följa upp vad för typ av aktivitet som passet avsåg. Alla regioner kan följa upp arbetade timmar hos heltidsanställda, deltidsanställda och timanställda. Knappt 38 procent av regionerna kan dock följa upp arbetade timmar för hyrbemanning i systemen.

Hos fler än hälften av regionerna är uppföljningen av variablerna möjlig på grund av att regionen har utvecklat ett eget gränssnitt för systemet. Skillnaderna i gränssnitt samt användningen av olika datasystem kan förklara skillnaderna i vilken data som är möjlig att hämta ut i varje region.

## **Sammanfattning**

Sammanfattningsvis visar enkätens resultat på att regioner har olika förutsättningar att göra uttag och analys av bemanningsdata, trots att majoriteten av alla regioner använder samma HR-system. Samtidigt verkar det finns goda förutsättningar för att på aggregerad nivå följa upp bemanning. I många regioner är det också möjligt att följa upp arbetade timmar per pass, vilket möjliggör för mer detaljerad analys.

# Produktions- och kapacitetsstyrning i praktiken

Rapporten syftar till att stärka kunskapen om produktions- och kapacitetsstyrning inom mödrahälso- och förlossningsvården. Den lyfter framgångsrika strategier och konkreta arbetssätt, och belyser vilka förutsättningar som underlättar respektive begränsar arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning.

Insikterna som presenteras i rapporten bygger på intervjuer med verksamhetsrepresentanter från mödrahälso- och förlossningsvården samt experter inom produktions- och kapacitetsstyrning. Dessutom redovisas resultat från två utvecklingsarbeten i Region Jönköpings län respektive Region Stockholm, där SKR tillsammans med verksamhetsföreträdare från vårdkedjan genomfört fördjupade analyser av vårdbehov och kapacitet.

Upplysningar om innehållet  
Kajsa, Jansson, [kajsa.jansson@skr.se](mailto:kajsa.jansson@skr.se)  
© Sveriges Kommuner och Regioner, 2024  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-8047-258-6