

# ATT LÄRA AV DE FRAMGÅNGS- RIKA

Så kan landstingen korta köerna,  
höja kvaliteten och möta framtidens  
finansieringsutmaningar

Svend Dahl





# ATT LÄRA AV DE FRAMGÅNGSRIKA

*Så kan landstingen korta köerna, höja kvaliteten  
och möta framtidens finansieringsutmaningar*

*Svend Dahl*

**TIMBRO**

---

© Författaren och Timbro 2010

Formgivning: Helena Ullstrand, Copine Design

Sättning: Original Et AB, Stockholm

Tryck: F4-Print AB, Stockholm 2010

ISBN: 978-91-7566-791-1

[www.timbro.se](http://www.timbro.se)

[info@timbro.se](mailto:info@timbro.se)

# Innehåll

Förord	7
Till dig som är landstingspolitiker	11
Effektiviseringar för bättre kvalitet och bättre ekonomi	13
Landstinget i Jönköping: "Ledningens långsiktiga engagemang avgör"	23
Kvalitetsarbetet vid Skaraborgs sjukhus: "Låg kvalitet kostar pengar"	37
Psykiatri i Värmland: "85 dagar till godo på vårdgarantin för vuxenpsykiatri"	49
Vårdval Halland: "Alla behöver vässa sig och bli bättre"	57
Källor	65



# Förord

Välfärdens långsiktiga finansiering på 20–30 års sikt – och gapet mellan å ena sidan vad skatteintäkterna då inbringrar och våra ökade behov och krav å den andra – är en fråga som de flesta politiker duckar för. Antingen är de politiska implikationerna av olika uppskattningar som görs av ”finansieringsgapet” alltför svårsmälta, eller också hoppas och tror man i alla politiska läger att saker nog ”ska lösa sig”, till exempel genom att vi arbetar mer och längre.

Självklart löser sig inte svåra problem av sig själva. Frågor som rör preciseringar eller avgränsningar av det offentliga åtagandet, i kombination med åtgärder som gör det möjligt för alla att i god tid förbereda för ett större eget ansvar för delar av den framtida välfärdsfinansieringen, kommer förr eller senare att kräva sina politiska beslut.

I väntan på sådana, förmodligen nationellt initierade, struktur-reformer finns dock mycket att göra i den praktiska politiken här och nu, för att de väldigt stora resurser som redan i dag läggs på vård och omsorg ska ge mesta och bästa möjliga utväxling i form



av resultat för medborgarna. Som den så kallade Borgkommisionen – tillsatt av Timbro och Arena Idé i ett unikt och gemensamt initiativ – konstaterade i slutrapporten *Vi har råd med framtiden* (juni 2010), är en effektivare användning av dagens resurser ett av flera centrala bidrag för att minska finansieringsgapet på några decenniers sikt.

Och även om vi inte förutsett något finansieringsgap i framtidens välfärd, hade det förstås varit politikernas skyldighet att använda de pengar vi betalar in via våra skatter så effektivt och bra som bara möjligt.

Att kortsiktigt ropa på ”mer resurser” i form av ökade offentliga budgetanslag och högre skatter är ett enkelt och, ofta, populistiskt sätt att konfrontera olika kvalitetsproblem som dagligen uppdras inom utbildning, omsorg och vård.

Erfarenhet och forskning visar dock att det i verkligheten inte är så enkelt att högre offentliga utgifter för ett visst verksamhetsområde med självklarhet garanterar bättre kvalitet. (Tillförsel av privata medel, med helt andra krav-, styr- och uppföljningsmekanismer, är på många sätt något helt annat.) I den förtjänstfulla och tänkvärda boken *Den orättvisa skolan* visar Stefan Fölster, Anders Morin och Monica Renstig (Hjalmarson & Högberg Bokförlag 2009) att det till och med finns ett lätt negativt samband mellan storleken på de kommunala utgifterna för skolan och resultatet i form av elevers prestationer. Författarnas slutsats är

att det som påverkar utbildningens kvalitet inte är resursnivån, utan det sätt på vilket givna resurser organiseras och används.

Det mesta talar för att erfarenheten från skolan har paralleller i andra offentliga utgiftsområden, som sjukvården. Genom att använda befintliga resurser, som redan befinner sig på en hög nivå, smartare och bättre kan vi, i dag och på lite sikt, få mer välfärd per redan satsad skattekrona.

Var ska då landstingspolitikerna – som utövar det operativa ansvaret för sjukvården – börja? Ofta är landstingsapparaterna svåra att överblicka. Byråkratins makt är stor och invändningar av slaget "så har vi aldrig gjort" eller "så har vi gjort men det fungerade inte" är vanliga. Lägg därtill risken att förlora nästa val vid minsta lilla förändring som slår fel, så har vi ett vanligt recept på politisk inaktivitet. "Verksamheterna" får sköta sig själva med lite allmänt fluffiga politiska ledord som "ramar".

Föreliggande lilla skrift har tillkommit för att lysa upp i detta mörker. Den vill helt enkelt inspirera landstingspolitiker av alla kulörer och som har det gemensamt att de vill tillhandahålla mer välfärd för givna pengar till sådana förändringar och förbättringar i det dagliga, som är överblickbara och genomförbara här och nu. Den publiceras så här i början av en ny mandatperiod (2010–2014) men har förstås en större räckvidd.

I den stora, mångfacetterade landstingsvärlden finns de som

lyckas bättre än genomsnittet och som kan tjäna som förebilder för andra när det gäller hanteringen av de utmaningar som är gemensamma för alla landsting och regioner när det gäller hälso- och sjukvården: köer, kvalitet och ekonomi. Här finns gedigna beskrivningar av tankar, genomförande och resultat av fyra konkreta och framgångsrika kvalitets- och utvecklingsprocesser. Om inte i varje detalj så i alla fall till sin inriktning, "färdiga" att ta efter i alla landsting, av dem som så vill.

Författare är Svend Dahl som är doktorand i statsvetenskap vid Stockholms universitet.

Stockholm i november 2010

*Thomas Idergard*

Programansvarig, Velfärd & reformstrategi, Timbro

# Till dig som är landstingspolitiker

De senaste åren har det presenterats en rad rapporter om de kommande utmaningarna för välfärdssektorn, och då inte minst hälso- och sjukvården. En ökande andel äldre, i kombination med allt högre förväntningar på kvalitet och resultat i välfärdssektorn, har fått många att varna för kommande ekonomiska underskott.

Samtidigt pågår runt om i landstingen ett arbete där kvalitetshöjande åtgärder går hand i hand med bättre resursutnyttjande. Kort sagt är ambitionen att få ut mer vård för varje satsad skatte-krona.

Denna typ effektiviseringar är både ett sätt att möta människors krav på högre kvalitet och tillgänglighet i vården, och att möta de utmaningar som den demografiska utvecklingen för med sig.

I den här rapporten har vi samlat några exempel på hur man inom sjukvården arbetar med att förbättra kvalitet och resursutnyttjande. Det handlar om:

- Hur Toyotas kvalitetsarbete inspirerade Landstinget i Jönköpings

län, som i dag anses vara det landsting som kommit längst med att höja effektivitet och kvalitet.

- Hur Skaraborgs sjukhus arbetar för att minska oönskad variation i mötet med patienterna och på så sätt både höja kvalitet och spara pengar.
- Hur psykiatrin i Värmland gått från att ha långa köer till att ha 85 dagar till godo på vårdgarantin för vuxenpsykiatri.
- Hur vårdvalssystem, som Vårdval Halland och andra privata inslag, kan stimulera till organisatoriskt nytänkande även i den offentligt drivna vården.

Vår förhoppning är att dessa exempel ska inspirera dig som landstingspolitiker att driva på för liknande förbättringar i ditt landsting.

## Effektiviseringar för bättre kvalitet och bättre ekonomi

Välfärdssektorn, inklusive hälso- och sjukvården, står inför stora ekonomiska utmaningar, menar de flesta bedömare. En åldrande befolkning i kombination med allt högre förväntningar på kvaliteten i tjänsterna gör att kostnaderna för välfärden riskerar att öka kraftigt.

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) programberedning för välfärdsfinansieringen har i sin rapport pekat på ett finansieringsbehov baserat på att demografin, tillsammans med höjda kvalitetskrav, skulle leda till ökning av kommunernas och landstingens kostnader med cirka 50 procent under perioden fram till 2035. Det motsvarar ett finansieringsgap på 200 miljarder.<sup>1</sup> För landstingens del handlar det om cirka 60 miljarder, eller fyra kronor på landstingsskatten.<sup>2</sup> Det är i sammanhanget värt att poängtera att finansieringsgapet inte är en prognos utan framför allt ett sätt att illustrera de utmaningar välfärdssektorn står inför.

---

<sup>1</sup> SKL 2010, sid 23–24.

<sup>2</sup> Enligt Stefan Ackerby, biträdande chefekonom på Sveriges Kommuner och Landsting.

Samtidigt har andra utredningar pekat på en betydande effektiviseringspotential i hälso- och sjukvården. I en rapport till Finansdepartementet konstaterades för några år sedan att det sannolikt finns en effektiviseringspotential på minst 30 miljarder över en tioårsperiod.<sup>3</sup> Beräkningarna bygger på tanken att landstingssektorn som helhet kan uppnå samma effektivitetsvinster som uppnåtts i Landstinget i Jönköpings län. Detta landsting anses allmänt ha kommit längst med att hitta effektivare arbetssätt. Dessutom konstaterar utredaren att effektiviseringsutrymmet sannolikt är större, då det inte tar hänsyn till ny teknik och nya behandlingsmetoder. Liknande tankar har framförts i Timbros och Arena Idés gemensamma utredning om välfärdens framtida finansiering, den så kallade Borgkommissionen, där man exempelvis konstaterar att det borde vara fullt möjligt att öka effektiviteten i välfärdssektorn med uppemot en halv procent per år.<sup>4</sup>

Ibland används begreppet "effektiviseringar" som synonym till besparingar. Politiker i kommuner och landsting säger sig effektivisera verksamheten när de med osthyselprincip kapar anslag till verksamheter som får försöka klara sig bäst de kan med lite mindre budget. Och vissa kanske det stimulerar till organisatoriskt nytänkande, men oftast leder det bara till ökad stress för personalen och sämre kvalitet i mötet med patienter och brukare.

---

<sup>3</sup> Regeringskansliet 2005, sid 76–80.

<sup>4</sup> Borgkommissionen 2010, sid 41–47.

Utgångspunkten för den här rapporten är däremot, precis som i den ovan nämnda rapporten från Finansdepartementet, att effektivisering måste börja med en analys av hur man arbetar i hälso- och sjukvården och hur dessa processer kan förbättras, inte med akuta sparbetting. Genom att arbeta smartare kan hälso- och sjukvården båda höja kvaliteten och spara pengar. Eller som utredaren och hälso- och sjukvårdsexperten Jane Cederqvist beskriver saken:

*Men det viktigaste med ökad effektivitet är följderna för de människor som verksamheten är till för: patienter slipper sin oro, blir bra bemötta och slipper bli behandlade som undersökningsobjekt, kan kommunicera med vårdpersonalen och kommer fram på telefon. Remissen skickas och registreras snabbt, tid för behandling ges enligt önskemål, rätt behandling ges etc. De anhörigas mobilisering, som idag sannolikt är oerhörd, kan reduceras till mera rimliga proportioner. Med högre effektivitet minskar oron och lidandet och det medicinska resultatet blir väsentligt mer framgångsrikt. Både patienter och vårdpersonal mår bättre.<sup>5</sup>*

Ett långsiktigt och systematiskt arbete med att studera hur hälso- och sjukvården organiseras för att höja effektiviteten är ett viktigt instrument för att möta befintliga kvalitetsproblem. Men det är också ett sätt att möta framtidens finansieringsutmaningar genom att få ut mer vård för varje satsad skattekrone. Effektiviseringar

---

<sup>5</sup> Cederqvist, red, 2008, sid 151–152.



av detta slag löser sannolikt inte hela det finansieringsgap som landstingen står inför, men det kan vara ett mycket viktigt bidrag.

Ändå är det sällan som detta perspektiv förs fram i den vårdpolitiska debatten. Ett av få undantag var när Ilija Batljan, Socialdemokraternas oppositionslandstingsråd i Stockholms läns landsting, i våras motsatte sig idéer om höjd landstingsskatt vid en röd-grön valseger med argumentet att samma ekonomiska resultat skulle kunna uppnås genom effektiviseringar och minskad byråkrati. Batljan tvingades dock senare backa från sina uttalanden och acceptera förslaget om höjd skatt.<sup>6</sup>

### *Resurstillskott löser inte problemen*

Under 2010 års valrörelse tävlade partierna om vem som kunde satsa mest pengar på vården.

Väldigt lite talar dock för att den typ av resurstillskott som partierna utlovar är en långsiktigt bra lösning på de nu existerande problemen i vården. Inte heller finns det något som talar för att resurstillskott, exempelvis i form av skattehöjningar, skulle vara särskilt bra som enda lösning på de långsiktiga finansieringsproblemen sjukvården står inför.

I bästa fall leder resurstillskott till att problemen – exempelvis i form av bristande tillgänglighet – kortsiktigt försvinner, men bara

---

<sup>6</sup> Se exempelvis Rothelius 2010a; 2010b.

för att återkomma när organisationen anpassat sig till den nya anslagsnivån. Samma sak gäller skattehöjningar. Även här blir det ekonomiska tillskottet endast en tillfällig lösning. Landsting som har försökt möta ekonomiska underskott genom att höja skatten får under ett par år en ekonomi i balans, bara för att därefter halka tillbaka in i underskott.<sup>7</sup>

Ökade statsbidrag eller skattehöjningar är med andra ord svåra att förena med den typ av långsiktigt effektiviseringsarbete som krävs för att vi ska få ut så mycket vård som möjligt av varje satsad skattekrona.

Resurstillskott, eller löften om sådana, riskerar med andra ord att cementera strukturer och organisationsmodeller som inte ger optimalt resursutnyttjande. Om man kan räkna med att en organisation vid behov tillförs mer pengar saknas incitamenten att fundera över om verksamheten kan organiseras på ett smartare sätt. Detta är särskilt problematiskt mot bakgrund av hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansieringsbehov.

Detta problem sammanfattas på ett träffande sätt i en guide om hur man kan förbättra tillgängligheten i sjukvården, som tagits fram av Landstinget i Jönköpings län:

*Mer resurser är ibland en bra och nödvändig lösning, men många*

---

<sup>7</sup> Regeringskansliet 2005, sid 20.

*gånger leder det i stället till att man bevarar och cementerar ineffektiva arbetsrutiner vilka stjäl resurser och inte skapar värde för patienten.<sup>8</sup>*

Insikten om att resurstillskott inte automatiskt löser de problem som finns i hälso- och sjukvården avspeglas också i Finansdepartementets utredares slutsatser vad gäller köer i vården:

*Vi tror inte att dålig tillgänglighet, t ex köer i första hand beror på resursbrist, utan snarare på bristande effektivitet i system och processer.<sup>9</sup>*

Att både kvalitet och resursutnyttjande i hälso- och sjukvården avsevärt kan förbättras om man ser över verksamhetens organisation är ett perspektiv som har fått allt större genomslag i diskussionen om framtidens välfärd. Både Finansdepartementets utredare, och företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, har pekat på förändrade arbetssätt som en viktig del av hur sjukvården bör utvecklas.<sup>10</sup> Även näringslivsutvecklingsmyndigheten Nutek och tjänsteföretagens organisation Almega har pekat på organisatoriskt nytänkande som en positiv effekt av ett ökat inslag av privata aktörer i hälso- och sjukvården, som kan bidra till att utveckla sektorn som helhet.<sup>11</sup>

<sup>8</sup> Qulturum 2005, sid 20.

<sup>9</sup> Regeringskansliet 2005, sid 44.

<sup>10</sup> Ibid, sid 80–81; SKL 2009, sid 11–12.

<sup>11</sup> Nutek 2008.

Utgångspunkten för detta förhållningssätt kan sammanfattas med sjukvårdsforskaren Donald Berwicks ofta citerade uttalande:

*Varje system är perfekt för att uppnå det resultat det uppnår.*<sup>12</sup>

Det vill säga har man problem med köer, har man antagligen ett system som är utformat så att det skapar köer. Om man förbättra kvalitet och resursutnyttjande blir lösningen med andra ord att försöka förändra hur systemen och arbetsprocesserna är organiserade.

Detta sätt att se på kvalitet och effektivitet i vården hämtar inspiration från industrins utvecklingsarbete och förbättringsmodeller som Lean, Six Sigma och Toyota Production System. Gemensamt för dessa är ambitionen att kartlägga processerna och minska oönskad variation i dessa för att på så sätt skapa jämna flöden och minimera slöseri. Man skulle också kunna beskriva det som förskjutningen från ett produktionsorienterat till ett marknadsorienterat förhållningssätt i verksamheten – den centrala frågan blir hur processerna bidrar till värdet för kunden. Historiskt är ju vården en verksamhet som organiserats utifrån medicinska discipliner snarare än ambitionen att skapa effektiva och högkvalitativa möten mellan patient och sjukvård.<sup>13</sup>

En vanlig invändning mot ett sådant synsätt är att sjukvården

---

<sup>12</sup> Se exempelvis Qulturum 2005, sid 3; Regeringskansliet 2005, sid 75.

<sup>13</sup> SKL 2009, sid 11–12; Arvidsson 2007.

skiljer sig alltför mycket från industrin för att man ska kunna tillämpa samma förbättringsverktyg som används inom exempelvis biltillverkning. Visst är det så att patienter måste bedömas individuellt. Men med ett sådant perspektiv bortser man från att stora delar av vårdkedjan är standardiserad, både innan och efter att en diagnos ställts.

Men vad innebär denna typ av förbättringsarbeten i praktiken – vad innebär egentligen ett process- och logistiktänkande i vården? På de kommande sidorna kommer vi att se hur ett antal landsting arbetar med organisatoriska förbättringar. Vår förhoppning är att dessa exempel kan inspirera fler landsting till att satsa på ett långsiktigt arbete för att förbättra både kvalitet och resursutnyttjande.<sup>14</sup>

Inte minst är det viktigt att landstingens politiska ledning involveras i detta arbete. Det handlar både om att driva på landstingens tjänstemannaledningar och att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete med kvalitet och effektivitet. I landstingen möter man nämligen förvånansvärt ofta ett ointresse för effektiviseringsarbetet från de förtroendevaldas sida. Jane Cederqvist konstaterar exempelvis i en bok om vårdpolitik att hon hört många landstingspolitiker konstatera:

---

<sup>14</sup> Moberg 2009, som innehåller en lång rad exempel på hur man kan arbeta smartare i vården, kan fungera som ytterligare inspiration.

*Man vinner inga val på effektivitetsfrågor.<sup>15</sup>*

Risken är i stället att politiken kommer att handla om enkla resurstillskott eller den typ av konservatism som ligger nära till hands i vårdpolitiken – det känns tryggt för väljarna att veta att sjukvården fungerar precis som förr, att antalet sjukhus och vårdplatser är oförändrat, att alla specialiteter finns överallt och så vidare. Hur det sedan fungerar i praktiken spelar liten roll.

Vår ambition är därför också att fördjupa den sjukvårdspolitiska debatten. Alltför ofta fastnar den i dag i diskussioner om å ena sidan nedskärningar, å andra sidan om vem som kan satsa mest pengar på vården. Väldigt sällan ställs frågan hur man ska göra för att få ut så mycket som möjligt av de pengar som redan i utgångsläget satsats.

De flesta är överens om att sjukvården är en av de allra viktigaste, om inte den viktigaste, delen av den skattefinansierade välfärden. Därför förtjänar den också mer av seriös politisk diskussion, bortom löften om resurstillskott och rituella gräl om driftsformer.

Organisatoriska innovationer kommer inte att lösa alla utmaningarna som hälso- och sjukvården står inför. Men de kan utan tvivel vara en viktig del av de åtgärder som måste till både för att lösa dagsaktuella problem som långa väntetider, och långsiktiga utmaningar som ökade vårdbehov och allt högre kvalitetskrav.

---

<sup>15</sup> Cederqvist, red, 2008, sid 157.



## Landstinget i Jönköping: "Ledningens långsiktiga engagemang avgör"

I diskussionen om effektivitet och kvalitetsarbete i svensk hälso- och sjukvård brukar Landstinget i Jönköpings län framhållas som det landsting som kommit längst med att förbättra sina processer.<sup>16</sup> Förbättringsarbetet har även uppmärksammats internationellt av exempelvis Michael Porter vid Harvard Business School, inom ramen för hans forskning kring organisationsutveckling inom hälso- och sjukvård.<sup>17</sup>

En person som varit drivande i förbättringsarbetet är landstingets utvecklingsdirektör Göran Henriks. När man frågar honom hur det kommer sig att just Jönköping hamnat i framkant när det gäller organisationsutveckling lyfter han fram ett antal faktorer:

– Vi har under lång tid haft ett ledarskap som varit öppet för förändringar och som gett sitt fulla stöd till utvecklingsarbetet. Det har bidragit till att det vuxit fram en kultur där det är tillåtet att experimentera och misslyckas. Vi har heller inte varit rädda för

---

<sup>16</sup> Se exempelvis Regeringskansliet 2005.

<sup>17</sup> Porter & Tiesberg 2006.



att jämföra oss med andra industrier eller hälso- och sjukvårdsorganisationer i andra länder. Men även storleken på systemen har betydelse. Vi har tre sjukvårdsområden som inte är större än att den högste chefen, åtminstone teoretiskt, kan träffa alla medarbetare under ett år. Det bidrar till att skapa en organisation som är öppen för att arbeta med ständiga förbättringar.

Göran Henriks iakttagelse om organisationens storlek som en framgångsfaktor är intressant att sätta i relation till utvecklingen i många andra landsting, som snarare går i riktning mot allt större enheter. Man kan också dra parallellen till Halland som, tillsammans med Jönköping, brukar framhållas som ett både ekonomiskt och kvalitetsmässigt framgångsrikt landsting. I båda fallen handlar det om små landsting, vilket enligt många landstingspolitiker bidrar till att underlätta styrningen av organisationen.

Bakgrunden till kvalitets- och effektiviseringsarbetet i Landstinget i Jönköping går att hitta i 1990-talets ekonomiska kris. Precis som övriga landsting befann sig Jönköping i mitten av 1990-talet i ett läge med stora ekonomiska underskott. Landstingsledningen blev dock övertygad om att välja en annan väg än de flesta andra landsting, som enbart satsade på kortsiktiga besparingar för att få ekonomin under kontroll. I stället inleddes arbetet med kvalitetsutveckling och därmed även förbättrat resursutnyttjande.

– En viktig inspirationskälla var Toyotas kvalitetsarbete, där en bärande tanke är att ta bort slöseri i arbetsprocesserna genom

ständiga förbättringar. Även om det är ett arbetssätt som är hämtat från tillverkningsindustrin är det lätt att tillämpa inom hälso- och sjukvården. Skillnaden är leveransögonblicket, som är viktigare när det gäller tjänster. Samtidigt blir allt fler produkter förknippade med upplevelser i leveransögonblicket, konstaterar Göran Henriks och nämner Apple som exempel.

Ett nyckelbegrepp i dessa sammanhang är Lean, eller Lean Production. Utgångspunkten för Lean är att värdet för kunden alltid ska vara i centrum. Alla delar av en process måste bedömas utifrån om de ökar värdet av produkten eller tjänsten i kundens ögon. Om någon aktivitet inte bidrar till detta ses det som slöseri och måste tas bort. Det kan exempelvis handla om överproduktion, onödiga arbetsmoment, onödiga rörelser och transporter, fel och omarbetningar, och väntetider. Ur detta kommer exempelvis just-in-time-tänkandet, att alla delar ska finnas på rätt plats vid rätt tidpunkt för att minimera lager och ledtider. Ett annat kännetecken för Lean-tänkandet är betydelsen av att mäta. Vill man förbättra måste man veta utgångsläget och då blir mätningar ett viktigt instrument. På motsvarande sätt kan mätningarna hjälpa till att visa om en förändring verkligen har resulterat i en förbättring.<sup>18</sup>

I Finansdepartementets skrift *Iakttagelser om landsting* konstaterar utredaren Jane Cederqvist att det utifrån erfarenheterna från Jön-

---

<sup>18</sup> Lean som arbetsmetod i hälso- och sjukvården finns bland annat beskrivet i Landstinget i Jönköpings län 2009; Arvidsson 2007.

köping sannolikt finns en effektiviseringspotential på minst 30 miljarder i landstingssektorn som helhet.<sup>19</sup>

– Den siffran stämmer fortfarande, menar Göran Henriks, och pekar på potentialen i att landsting lär av varandra. Det som fungerar i ett landsting fungerar med stor säkerhet i ett annat. Det som saknas är ledarskap. Landstingspolitikerna borde efterfråga ledningar som är intresserade av kvalitetsarbetet och som kan erbjuda samma typ av långsiktigt engagemang som utmärkt landstingsledningen i Jönköping.

Ett viktigt begrepp inom utvecklingsarbetet i Landstinget i Jönköping är "mikrosystem". Mikrosystemet kan beskrivas som processerna kring patienten. Det är i mikrosystemet som patienter och vårdpersonal möts, och det är i mikrosystemet som landstingets vård möter patientens egenvårdssystem och anhöriga. Men det är också här arbetet med ständiga förbättringar måste ske. Att bygga gemensamma värderingar i dessa mikrosystem är en central del i utvecklingsarbetet.<sup>20</sup>

Mellan 1995 och 1999 utbildades 4 000 av landstingets 10 000 anställda därför i grundläggande värderingar, som kundorientering och ständiga förbättringar samt hur det kan tillämpas i var-

---

<sup>19</sup> Regeringskansliet 2005.

<sup>20</sup> Landstinget i Jönköpings län 2009.

dagen. Dessa utbildningar har sedan följts upp med ytterligare utbildningar kring frågorna.

– Plötsligt hade vi 4 000 medarbetare som var engagerade i förbättringsarbetet. Att tänka i processer och ständiga förbättringar, och att man i stället för att ta ett stort steg ska ta många små, faller sig rimligt för de allra flesta, summerar Göran Henriks.

### *Förbättrad tillgänglighet och bättre möten med patienten*

Jörgen Tholstrup är chef för mag- och tarmmottagningen vid Höglandssjukhuset i Eksjö. Precis som Göran Henriks betonar han stabiliteten som en avgörande faktor bakom Landstinget i Jönköpings kvalitets- och effektivitetsarbete.

– Vi byter inte ledning och ledningen byter i sin tur inte prioriteringar hela tiden, konstaterar Tholstrup och tar som exempel Jönköpings förre landstingsdirektör, Sven-Olof Karlsson, som satt på sin post i 20 år.

Tholstrups engagemang i utvecklingsarbetet inleddes i slutet av 1990-talet. Medicinkliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö hade då stora problem med överbeläggning och dålig ekonomi. Dåvarande klinikchefen Mats Bojestig, som i dag är landstingets hälso- och sjukvårdsdirektör, inledde ett projekt för att förbättra processerna kring hur man tar hand om äldre multisyjuka patienter, en grupp vars betydelse ökar i och med att befolkningen blir allt äldre. Resultatet blev det så kallade Estherprojektet i vilket kärnan är

ökat samarbete och gemensamma rutiner för slutenvård, primärvård och den kommunala äldreomsorgen.

I stället för att tala opersonligt om "patienter" har utgångspunkten för projektet varit berättelsen om en person, Esther på Storgatan i Vetlanda, och hennes trygghet i mötet med vården. Den centrala frågan när arbetssättet utformats har varit: "Vad är bäst för Esther?"<sup>21</sup>

Förutom bättre bemötande för patienterna har Estherprojektet inneburit att man frigjort stora resurser som kunnat användas i andra delar av vården. Bland annat har en vårdavdelning kunnat stängas.

Estherprojektet illustrerar väl den grundläggande idén bakom kvalitetsarbetet i Landstinget i Jönköping. Nämligen att det centrala är värdegrunden för vården.

– I vården har vi länge enbart sett till slutresultatet, och då blir processen ointressant. Med ett sådant synsätt spelar bemötandet ingen roll så länge patienten blir frisk, konstaterar Jörgen Tholstrup. Att förbättra kvaliteten handlar därför till mycket stor del om att ändra attityder och föra in ett kundperspektiv i vården. Utmaningen är att få hela organisationen med på tanken att skapa tvärprofessionella team, och att uppgiften är att stödja våra medmänniskor i deras liv.

---

<sup>21</sup> Idéerna bakom Estherprojektet finns beskrivna i Landstinget i Jönköpings län 2009.

Ett annat exempel på organisatoriska förändringar som skapar positivt värde för patienterna kommer från Tholstrups egen arbetsplats – mag- och tarmmottagningen vid Höglandssjukhuset i Eksjö. Mottagningens patienter är med en genomsnittsålder kring 45 år relativt unga och de vanligaste diagnoserna är inflammatoriska tarmsjukdomar som ulcerös kolit och Crohns sjukdom. Våren 2001 var arbetssituationen vid enheten ohållbar. Patienter med remiss fick vänta 2–3 månader innan de alls fick komma till mottagningen, och väntetiden för återbesök var ett år.

Man gjorde därför en djupgående analys av verksamheten och diskuterade värdegrunder och relationen mellan vårdtagare och vårdgivare. Ett resultat blev att man i stället för att hålla fast vid mer eller mindre rituella läkarbesök som tar tid från både patient och sjukvård, identifierade en grupp patienter som utmärktes av en stabil sjukdomsbild och som inte behöver läkarbesök varje år. Dessa följs i stället genom telefonkontakt med en sjuksköterska en gång om året.

Detta har frigjort resurser som kan användas för de patienter som är sjukast och lätt till att man kan erbjuda tider med kort varsel. Mag- och tarmmottagningen har i dag lika många besök som innan förändringsarbetet inleddes, men generellt handlar det om vårdintensivare besök. Samtidigt är väntelistan borta och man uppnår mycket bra resultat både vad gäller medicinsk kvalitet och patienttillfredsställelse.

Förändringsarbetet handlar också om hur kontakten mellan patient och läkare ser ut. Ambitionen har varit att ta bort den hierarkiska relationen mellan läkare och patient, och i stället möta patienten som en vuxen person med förmåga att ta ansvar för sig själv. I detta synsätt ingår också att inse att alla i teamet är viktiga, och att respektera allas kompetens. Inte minst viktigt är att inse att patienten – i den mån han eller hon är i skick att bevaka sin automoni – är en del av det verkställande tvärprofessionella teamet. Det innebär också att det sker en förskjutning av arbetsuppgifter mellan olika personalgrupper, till exempel har man utbildat sjuksköterskor till att göra kontrollendoskopier – vilket traditionellt betraktas som läkararbete – och således frigjort läkartid.

– Med ett sådant förhållningssätt blir det traditionella rondsyste-  
met problematiskt, konstaterar Jörgen Tholstrup. Om man förstår  
att "alla samtal är förhandling" inser man att man måste skapa  
förutsättningar för förhandling, vilket inte finns vid den traditio-  
nella gånggronden där det står en flock människor runt en säng.  
I stället vill vi skapa en samtalssituation där hela teamet, inklu-  
derande patienten, kan delta. Patienten kommer ut och sitter till-  
sammans med övriga teamet kring ett bord där alla har tillgång  
till samma information via storskärm. Det får intressanta effekter,  
patienten börjar prata, sjuksköterskor börjar prata, och underskö-  
terskor börjar prata, berättar Jörgen Tholstrup.

Förändringsarbetet vid mag- och tarmmottagningen belönades  
2006 med tidningen Dagens Medicins pris Gulds kallpellen, som

ska uppmärksamma insatser för ökad kvalitet i sjukvården. Arbetet i Eksjö har också inspirerat flera andra sjukhus, bland annat har Danderyd och Östersund genomfört framgångsrika förändringar utifrån liknande idéer.

Andra har däremot misslyckats med sina förändringsprocesser.

– Sannolikt handlar det om att man missat att förändringarna måste vara värdegrundsbaserade. Många läkare vill egentligen inte lämna ifrån sig "huvudrollen", och ser allt som stör den traditionella relationen mellan läkare och patient som något hotfullt, menar Jörgen Tholstrup.

Förutom betydelsen av värderingarna i organisationen framhåller Jörgen Tholstrup stödet från ledningen som en nyckelfaktor för framgångsrika förändringar i sjukvården.

– Det måste finnas ledare som visar att ett långsiktigt arbete med kvalitet och effektivitet är viktigt. Utan det återgår saker till det gamla vanliga. Att kapa anslag och kräva anpassning är ju så mycket smidigare och lägger ansvaret på någon annan, konstaterar han.

Samtidigt är det synnerligen viktigt att personalen är trygg i sin vardag och därför kan se det som meningsfullt att förbättra sin arbetsplats. Man ska ha klart för sig att det egentliga kvalitets- och utvecklingsarbetet alltid sker "på golvet". Att ta bort resurser



och förvänta sig att en bantad organisation ska producera samma eller mer genom att jobba fortare är inte bara orealistisk, utan naivt. Det finns sannolikt inga inom sjukvården som inte upplever sig vara stressade och överbelastade. Att tro att man får personalen att bli kreativa när de vet att belöningen är en överhängande risk för en ny omorganisation och ytterligare besparingar, är ett symptom på bristande förmåga att förstå personalens situation och således ett dåligt ledarskap, avslutar Jörgen Tholstrup.

### *Hitta slöseriet i landstingets lager*

Att förbättra och effektivisera landstingets processer handlar inte bara om de delar som direkt berör mötet mellan patient och sjukvård. Minst lika viktigt är hur stödfunktionerna utformas. Ett exempel är landstingets inköps- och lagerverksamhet.

– Att tänka i processer är naturligt i en lagerverksamhet, men även här finns problemet att man fastnar i sin egen värld och glömmer bort varför man finns till, konstaterar Gunnel Svedesko Karlsson. Hon är kvalitetschef på Landstinget i Jönköpings inköpsavdelning och var tidigare chef för Länsförsörjning, den depå som förser landstinget med alla typer av förbrukningsartiklar. I depåverksamheten sågs kunderna ofta som ett problem, exempelvis om de ofta ville göra sina beställningar. Väldigt få såg depåns roll ur ett helhetsperspektiv, berättar hon.

Gunnel Svedesko Karlsson deltog själv i en av landstingets kurser om mikrosystem och ständiga förbättringar. För att även

få medarbetarna att börja tänka i termer av värde för kunden tog hon under 2007 initiativ till en studiecirkel kring verksamhetens roll och hur den skapar värde för kunden.

Inom ramen för studiecirkeln fick medarbetarna på Länsför-sörjning identifiera vad de upplevde som slöseri i den egna verk-samheten. Man pekade då på exempelvis felaktiga beställningar, krångliga fraktsedlar och många små beställningar. När medar-betarna i nästa steg fick reflektera över hur man kunde skapa värde för kunden visade det sig att mycket av det som initialt upplevdes som slöseri egentligen var värdeskapande. Det hand-lade exempelvis om kundernas möjlighet att göra beställningar varje dag.

– Man vill kunna köpa mjölk varje dag, och inte bara varannan tisdag, sammanfattar Gunnel Svedeskog Karlsson. Problemet var inte hur kunderna ville göra sina beställningar, utan att proces-serna inte var utformade på ett sätt som gjorde det enkelt att till-godose deras önskemål. Lösningen blev därför att anpassa proces-serna och datasystemen, så att kunderna i dag kan beställa när som helst.

I dag är kvalitetsarbetet en självklar del av arbetet på Länsför-sörjning. Man tänker i termer av kundnytta även om det bara handlar om att möblera om på lagret. Alla medarbetare har varje vecka en schemalagd kvalitetstimme då de arbetar med förbät-tringar. Det handlar exempelvis om att identifiera och förstå avvi-

kelser, som felleveranser, transportskadorna och tappade samtal hos kundservice. Den schemalagda tiden för förbättringsarbete är också ett sätt för ledningen att visa att det är en viktig del av verksamheten, som får ta tid.

– I början fick jag gå runt och delta aktivt i arbetsgrupperna, men nu klarar sig medarbetarna själva och driver i princip utvecklingsarbetet, konstaterar Gunnel Svedeskog Karlsson.

En utmaning har varit att göra teorierna bakom förbättringsarbete lättbegripliga för alla medarbetare.

– ”Du jobbar ju enligt Lean”, sade någon till mig. Jag hade då ingen aning om vad det innebar, berättar Gunnel Svedeskog Karlsson och pekar på betydelsen av att undvika terminologi och i stället prata om ständiga förbättringar och mindre slöseri, något som är intuitivt för de allra flesta.

Ett sätt att mäta resultatet av förbättringsarbetet är att se till antalet felplock på lagret, och kostnaderna för dessa. När arbetet inleddes hade man på Länsförsörjning 25 fel på 9 000 plockade orderrader i veckan. Det är egentligen väldigt lite, men varje fel tar en timme att rätta till. Med ett sådant synsätt handlar det plötsligt om 25 timmar i veckan. Till detta kommer dessutom kundens tid för att exempelvis ringa och påtala fel. Genom förbättringsarbetet har antalet kunnat sänkas till 15 felplock på 9 000 plockade orderrader.

– Att förbättra processer är egentligen inte svårt. Det som krävs är att alla, inklusive ledningen, är engagerade, konstaterar Gunnel Svedeskog Karlsson.



## Kvalitetsarbetet vid Skaraborgs sjukhus: "Låg kvalitet kostar pengar"

Skaraborgs sjukhus (SkaS) omfattar sjukhusen i Skövde, Falköping, Mariestad och Lidköping. Varje år har man 201 000 läkarbesök, skriver in 40 300 patienter, genomför 19 500 operationer och har 2 200 förlossningar. Sedan några år driver man ett uppmärksammat förbättringsarbete.<sup>22</sup>

– Organisationsutvecklingen inom sjukvården har länge styrts av den medicinska utvecklingen, konstaterar sjukhusets utvecklingschef Svante Lifvergren. Man har därför funderat väldigt lite kring hur verksamheten organiseras om det inte hänt något medicinskt, exempelvis att det introducerats en ny behandlingsmetod som krävt organisationsförändringar.

De senaste åren har Svante Lifvergren däremot noterat ett allmänt ökat intresse för hur sjukvården organiseras. Bland de utlösande faktorerna pekar han dels på de rapporter Sveriges Kommuner och Landsting presenterat om problemen med välfärdens framtida finansiering. Dels ett ökat intresse för patientsäkerhet. Detta

---

<sup>22</sup> Utvecklingsarbetet vid SkaS finns beskrivet i bl a Lifvergren m fl 2010; SKL 2008.

har fått allt fler att fråga sig hur sjukvården ska organiseras både för att få ut så mycket som möjligt av de satsade skattepengarna, och för att minska förekomsten av vårdskador.

När Svante Lifvergren beskriver ambitionerna inom SkaS talar han om att minimera oönskad variation i mötet med patienterna.

– Kvalitet handlar om att tillfredsställa, eller helst överstiga, kundens förväntningar och behov, konstaterar Lifvergren och skiljer mellan "must-be-kvalitet" och "attraktiv kvalitet". Förbättringsarbetet på SkaS handlar till stor del om att minimera skillnaderna i must-be-kvaliteten.<sup>23</sup>

Must-be-kvalitet handlar om kvalitetsaspekter man tar för givna. Svante Lifvergren exemplifierar med olika aspekter av patient-säkerhet – vi räknar med att inte råka ut för infektioner efter en operation eller tar för givet att våra gamla släktingar inte ramlar ur sjukhussängarna på nätterna. När det ändå brister i must-be-kvaliteten leder det till stort missnöje. Om allting fungerar som det ska blir patienterna däremot varken nöjda eller missnöjda: "Om du blivit opererad för ljumskbråck utan att få några problem med infektioner kommer du inte att ringa runt till alla du känner och berätta att du varit på världens bästa sjukhus", konstaterar Svante Lifvergren.

---

<sup>23</sup> Begreppen "must-be quality" och "attractive quality" är hämtade från Noriaki Kanos modell för hur företag kan uppnå ökad kundtillfredsställelse.

Attraktiv kvalitet handlar däremot om kvalitetsaspekter som överträffar kundernas förväntningar. Levererar man sådan kvalitet blir kunderna mycket nöjda, levererar man inte har det ingen betydelse för kundens upplevelse. Ett exempel på attraktiv kvalitet som Svante Lifvergren nämner är när läkaren själv ringer upp en patient och meddelar om ett provsvar. Exemplet illustrerar dessutom att attraktiv kvalitet inte behöver kosta – att ringa patienten tar en minut av läkarens tid samtidigt som man undviker diktat etc.

Genom att minska den oönskade variationen frigörs resurser som kan användas för att öka variationen där kunden vill ha variation, exempelvis i bemötandet. För så snart något går fel minskar utrymmet för arbetet med att erbjuda attraktiv kvalitet.

– Det är inte hög kvalitet som kostar pengar. Låg kvalitet kostar pengar, så enkelt är det, summerar Svante Lifvergren.

Samma sak gäller de delar av förbättringsarbetet som handlar om att minska köerna.

– Köer är ett internt stressmoment som i sig tar mycket tid att hantera. Det blir med andra ord tid över när man får bort köerna, menar Svante Lifvergren. Arbetet med att minska köerna handlar ofta om att omfördela resurserna mellan olika delar av en process, för att på så sätt få bort flaskhalsar och skapa jämna flöden.



### *Minska avvikelserna i processerna*

Utgångspunkten för kvalitetsarbetet vid Skaraborgs sjukhus är den så kallade Six Sigma-metoden, som länge har använts inom industrin. Namnet syftar på den grekiska bokstaven Sigma som brukar beteckna standardavvikelse. Six Sigma innebär att den målbild man ska arbeta utifrån är en process som ska åstadkomma ett resultat med bara 3,4 fel per miljoner felmöjligheter. Tonvikten i metoden ligger på att mäta, analysera och utifrån detta minska variationer i processerna för att på så sätt uppnå högre kvalitet. Förutom kvalitetsvinster beräknas även ekonomisk förbättringspotential. Den ekonomiska potentialen i Six Sigma-projekt kan illustreras med Volvo Personvagnar, som under 3,5 års tid genomförde 500 förbättringsprojekt med en total besparing på en miljard som resultat.

Den självklara frågan är dock hur användbara förbättringsverktyg som fungerar i tillverkningsindustrin är i en verksamhet som hälso- och sjukvård. Vid en första anblick kan skillnaderna mellan att tillverka identiska bilar och behandla patienter med olika individuella förutsättningar framstå som alldeles för stor.

Även om komplexiteten på vissa sätt är större i hälso- och sjukvården än i industrin fungerar Six Sigma, enligt många, utmärkt i hälso- och sjukvården.

– Processer handlar om det repetitiva. Och sjukvården innehåller ett stort mått av repetition, konstaterar Svante Lifvergren. SkaS

tar varje år emot mellan 700 och 800 patienter med hjärtinfarkt. 70–80 procent är vårdmässigt lika, även om bemötandet måste variera. Samma sak gäller exempelvis starr- och höftledsoperationer, som är väldigt standardiserade.

Här finns stort utrymme för att förbättra processerna, menar Svante Lifvergren, och gör jämförelsen mellan processer och en båtresa (en metafor som även återfinns i SkaS ledningssystem).<sup>24</sup> Varje patientfall är en båtresa. Processen är kanalen för båtresan, och förbättringsarbetet handlar om att ta bort hinder – eller grund – från kanalen för den typ av resor som görs ofta, och på så sätt undvika oönskad variation för patienten.

– Varje resa innehåller erfarenheter som kan användas för att göra nästa resa bättre, konstaterar Svante Lifvergren. Exempel på ett förbättringsområde som Svante Lifvergren nämner är rutinerna för hur information överlämnas. På varje resa sker besättningsbyten 2–3 gånger per dag, vilket innebär risk för att information inte överförs.

När det gäller tillämpningen av ett Six Sigma-inspirerat förhållningssätt på sjukvården är utmaningen snarare om att översätta kunskap så att vårdpersonalen kan ta den till sig. Många läkare är väldigt trötta på alla ord och begrepp som är förknippade med organisationsutveckling, konstaterar Svante Lifvergren.

---

<sup>24</sup> Skaraborgs sjukhus 2008.

Att förbättra processerna handlar emellertid inte om att bemötandet ska standardiseras. Här finns det tvärtom behov av att öka variationen. Man måste också komma ihåg att det alltid finns cirka 20 procent av patienterna som inte passar in i processerna. Det kan handla om ovanliga komplikationer eller ovanliga diagnoser. Dessutom finns alltid risken att det som ser ut att vara en standardpatient när som helst under resans gång kan bli något annat. Genom att skapa bra processer för det som förekommer ofta kan energi och resurser frigöras både för individuellt bemötande och de ovanliga fallen, menar man på SkaS.

### *75 procent framgångsrika förbättringsprojekt*

Mellan 2006 och 2008 genomfördes 22 Six Sigma-projekt på SkaS, varav 75 procent var framgångsrika i bemärkelsen att de uppsatta målen uppnåddes inom 18 månader. Det är en andel framgångsrika projekt som ligger helt i linje med det som brukar uppnås inom industrin. En skillnad jämfört med Six Sigma-projekt inom industrin är att det tar längre tid att uppnå resultat inom sjukvården. Medan det i industrin kan räcka med 6–9 månader, har det inom SkaS tagit ett år eller mer, vilket kan förklaras både av hälso- och sjukvårdens större komplexitet och arbetet med att anpassa modellerna till den nya kontexten.

I tabellen nedan sammanfattas projekten. De uppnådda besparingarna omfattar endast direkta monetära nettobesparingar under det första året, och inte besparingar av mer kvalitativt slag, som besparingar genom ökad patientsäkerhet. Det innebär att

exempelvis stora projekt för att till exempel minska det genomsnittliga blodsockervärdet hos patienter med diabetes inte ger någon besparing i tabellen nedan, trots att det på sikt med stor sannolikhet kommer att leda till besparingar. Samma sak gäller projektet för att minska användandet av kejsarsnitt.

**Tabell: Six Sigma-projekt på SkaS.**

År	Område	Syfte	Uppnådda mål	Besparing per år (kr)
2006	Medicin	Minska variation i INR hos patienter som får blodförtunnande behandling och på så sätt reducera dödlighet.	Ja	98 000
2006	Akutmottagning	Reducera väntetider för att öka patienttillfredsställelse och minska risken för komplikationer.	Nej	0
2006	Medicin	Minska genomsnittligt HbA1c (blodsockervärde) hos diabetespatienter för att minska risken för komplikationer.	Ja	0
2006	Psykiatri	Reducera variationerna i användandet av extravak (dygnetruntövervakning av patienter) för att minska risken för självmord och förbättra resursutnyttjandet.	Ja	215 000
2006	Akutmottagning	Reducera förekomsten av hemolys vid blodprov för att på sätt minska patienternas vistelsetid.	Ja	176 000
2006	Kirurgi	Minska variationerna i sjukhusvistelse för patienter med höftfrakturer genom att använda standardiserade rehabiliteringsplaner.		
2006	Kirurgi	Reducera onödiga avbokningar av ortopediska operationer för att öka tillgängligheten.	Ja	240 000
2006	Kvinnosjukvård & barnsjukvård	Minska andelen kejsarsnitt bland förstföderskor.	Ja	0
2007	Psykiatri	Förbättrat samarbete mellan öppen- och slutenvård.	Ja	147 000

Tabell forts.

År	Område	Syfte	Uppnådda mål	Besparing per år (kr)
2007	Kirurgi	Minimera andelen patienter som väljer andra sjukhus för planerad ortopedisk vård.	Nej	0
2007	Akutmottagning	Minska patientflödet till akut-mottagningen.	Nej	0
2007	Kvinnosjukvård & barnsjukvård	Minska andelen slutenvård inom barnsjukvården i enligt med WHO:s mål.	Ja	590 000
2007	Kvinnosjukvård & barnsjukvård	Minska läkemedelskostnaderna inom barnsjukvården genom att följa kliniska riktlinjer och på så sätt undvika onödiga recept.	Ja	1 370 000
2007	Stödfunktioner	Optimera resursanvändningen inom arbetsterapi.	Ja	0
2007	Medicin	Reducera väntetiden för äldre-boenden för att öka kapaciteten för att ta emot nya patienter.	Ja	0
2007	Stödfunktioner	Minska sjukfrånvaron bland vårdpersonalen.	Ja	1 118 000
2008	Medicin	Minska antalet trycksår på SkaS.	Ej slutfört	-
2008	Logistik	Minska väntetiderna för planerade patienttransporter.	Ja	2 100 000
2008	Akutmottagning	Minska vistelsetiderna på akut-mottagningen för att öka patient-tillfredsställelse och minska risken för komplikationer.	Ej slutfört	-
2008	Medicin	Optimera resursanvändningen i mottagandet av patienter med sömnapné.	Ja	980 000
2008	Logistik	Reducera variationer i ledtider för IT-support.	Nej	0
2008	Stödfunktioner	Optimera resursanvändningen kring hjälpmedel för patienter.	Ja	1 660 000

Källa: Lifvergren m fl, 2010.

De genomförda projekten kan delas in i projekt inriktade på att förbättra resursutnyttjandet och projekt syftande till bättre patient-säkerhet. Genomförandet av projekten illustrerar dock hur de två kategorierna flyter in i varandra. Projektet som syftade till att minska variationen i tidsåtgång för att övervaka självmordsbenägna patienter inom psykiatrin är ett exempel på detta. Från början handlade det om att förbättra resursutnyttjandet och hitta möjligheter till besparingar. Men under arbetets gång blev det tydligt att variationerna handlade om bristen på standardiserade rutiner för bedömning av självmordsbenägna patienter. Åtgärderna i form av en ny modell för bedömning av patienterna ledde med andra ord både till bättre resursutnyttjande och bättre patient-säkerhet. Samma sak gäller projektet för att minska läkemedelskostnaderna inom barnsjukvården. Även här visade analysen på frånvaron av rutiner för att undvika onödig läkemedelsförskrivning och en av lösningarna blev därför standardiserade rutiner.

De som varit inblandade i Six Sigma-projekten vid SkaS talar om några faktorer som varit viktiga i de framgångsrika projekten. För det första handlar det om ledningens engagemang och förmågan att involvera läkare och andra anställda i projekten. För det andra att man följer de fastlagda modellerna för genomförande av projektet och implementering av åtgärderna. Och slutligen att man löpande kommunicerar utvecklingen inom projektet. På motsvarande sätt pekar man på ett antal faktorer som bidragit till att några projekt har misslyckats. I fråga om försöken att minska väntetiderna på akuten handlade det exempelvis om brister i led-

ningens förmåga att kommunicera kring projektet, engagemang och fysisk närvaro.

### *Målstyrning för lägre blodsockervärden*

Ett av de mest uppmärksammade Six Sigma-projekten vid SkaS handlar om att sänka blodsockervärdena hos diabetespatienter.<sup>25</sup> Bakgrunden var att man i slutet av 2005 noterade att det genomsnittliga blodsockervärdet, HbA<sub>1c</sub>, hos diabetespatienterna vid Kärnjukhuset i Skövde stigit från 7,0 procent till 7,2 procent. Nivån på HbA<sub>1c</sub> är starkt kopplad till risken att utveckla komplikationer.

Syftet med projektet var därför att kartlägga orsakerna bakom de högre värdena och hitta och implementera lösningar för att sänka och säkra en lägre blodsockernivå bland patienterna. En kartläggning av diabetespatienterna, som sköter en stor del av vården själva, visade att de som har en tydlig plan som de är motiverade att följa lyckas bättre med att nå ett lägre blodsockervärde. Täta kontakter och besök hos sjukvården var däremot endast korrelerat till högre blodsockervärden.

Åtgärden blev därför att utveckla ett system där patienterna får ett bra underlag för att kunna göra en plan som de själva är motiverade att följa. Resultatet blev "Kompassen" där patienterna ska föra in aktuella data, som blodsockervärde, blodfetter och äggvita

<sup>25</sup> Beskrivningen bygger på SKL 2008.

i urinen. I dialog med läkare och sjuksköterskor sätter patienten sina mål och gör en plan som ska gälla fram till nästa kontakt. Planen innehåller målvärden som patienten ska försöka nå, och konkreta åtgärder. "Kompassen" kan, som projektledarna Anette Dessner och Elisabeth Rylander konstaterat, ses som ett sätt för patienterna att "målstyra mot bättre hälsa".<sup>26</sup>

"Kompassen" introducerades i slutet av 2006 och visade sig vara mycket framgångsrik. Målet att sänka det genomsnittliga blodsockervärdet till 6,8 procent uppnåddes redan i juni 2007 – ett halvår före plan.

---

<sup>26</sup> Ibid, sid 30.





## Psykiatrin i Värmland: "85 dagar till godo på vårdgarantin för vuxenpsykiatrin"

I den allmänna debatten har psykiatrin länge förknippats med dålig tillgänglighet och långa väntetider, till och med jämfört med andra delar av hälso- och sjukvården. Psykiatrin vid Landstinget i Värmland var inget undantag. På toppen av tillgänglighetsproblemen tillkom dessutom problem med stora ekonomiska underskott.

– Trots den mediala uppmärksamheten kring bristande tillgänglighet i psykiatrin fanns ingen större medvetenhet om problemen, konstaterar Emma Stenberg som arbetar som verksamhetsutvecklare inom Division psykiatri i Landstinget i Värmland. Tvärtom ansåg många att det är fint att ha köer eftersom det ger mer pengar till verksamheten.

I början av 2008 fick Division psykiatri en ny chef som rekryterades utifrån, med bland annat erfarenheter från Danmark. Den nya chefen hade inställningen att det inte fanns någon anledning till att människor skulle behöva vänta.

Ungefär samtidigt kom regeringen och Sveriges Kommuner och

Landsting överens om en förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin, den del av psykiatrin i Värmland som hade störst tillgänglighetsproblem.

*En psykiatri där man själv  
ska kunna tänka sig att vara patient*

Därför sattes två nya tillgänglighetsmål upp för psykiatrin. För ett nybesök inom vuxenpsykiatrin ska man erbjudas tid inom fem arbetsdagar. Det kan jämföras med 90 dagar enligt vårdgarantin. Inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) sattes den maximala väntetiden till 21 dagar. Att BUP har längre väntetider beror på arbetsformerna, där de flesta behandlingar sker i team. Att flera olika personers tidböcker måste vara kompatibla gör det svårare att skapa snabba flöden.

– Målet var att skapa en verksamhet som man själv kan tänka sig att bli sjuk i. Tyvärr är det i landstingen ganska vanligt att personalen absolut inte skulle kunna tänka sig att vara patient i den egna verksamheten, konstaterar Emma Stenberg.

I dag får 85 procent av patienterna tid inom fem dagar. Att siffran inte är 100 procent kan till stor del förklaras av att människor ibland frivilligt väljer att vänta längre. Andelen patienter som väntat mer än tre månader har minskat från 20 procent i början av 2009 till några få procent.

Samtidigt som köerna försvunnit har produktionen ökat. 2009

hade nybesöken ökat med ungefär 20 procent jämfört med 2008 och 2007.

### *Bort med köerna till BUP*

När arbetet med att förbättra tillgängligheten inleddes var problemen särskilt allvarliga inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vid en omorganisation inom landstinget hade BUP fått ta över en väntelista till neuropsykiatrisk utredning med 450 barn och väntetider på upp till fyra år.

För att komma tillrätta med väntetiderna startades ett köhanteringsprojekt som hade till uppgift att bland annat gå igenom och "städa" väntelistorna. Redan på det stadiet kunde listan kortas med 100 personer, som antingen redan fått hjälp någon annanstans eller som inte längre hade behov. Man gick också igenom vad tidigare vårdgivare hade gjort för patienterna på väntelistan. På så sätt kunde utredningarna skraddarsys utifrån faktiska behov. Tidigare hade man gjort näst intill identiska utredningar för alla, oavsett förutsättningar. Man arbetade också med att koncentrera så mycket som möjligt till ett besök, för att på så sätt slippa boka in många möten. Detta uppskattades inte minst av patienterna, som kunde minska restiderna, som i Värmland kan vara mycket långa.

Ett annat instrument som används är att man har färre utredningar som löper samtidigt. I stället för 50–60 utredningar som löper parallellt gör man klart 5–6 per gång innan man börjar med

nya. Gör klart innan man börjar med nya. Det nya arbetssättet har i många fall inneburit att utredningstiderna kunnat kortas från ett halvår till en månad. Det nya arbetssättet ska nu modifieras för att implementeras i ordinarie verksamhet.

Sammantaget ledde detta till att BUP klarade av dubbelt så många utredningar som tidigare med en liten ökning av bemanningen. På två år var kön på 450 personer borta.

### *Kortare väntelistor frigör resurser*

Mycket av det tänkesätt som präglar BUP:s arbete med att korta köerna återfinns inom vuxenpsykiatri. Även här handlar det om att systematisera rutiner och ändra arbetssätt.

Utgångspunkten för förändringsarbetet var tillgänglighetsmålet, att patienter ska kunna erbjudas en allmänpsykiatrisk kontakt inom fem arbetsdagar. Denna första ingång till psykiatri behöver inte innebära kontakt med en läkare, utan lika gärna en annan erfaren behandlare som psykolog, kurator eller sjuksköterska.

– Initialt var det lite kontroversiellt. Människor är vana att träffa en läkare. Men för de flesta uppväger den förbättrade tillgängligheten, konstaterar Emma Stenberg.

Utöver tillgänglighetsmålet har de enskilda verksamheterna fått stor frihet att själva utforma verksamheten så att de uppnår målet. En del verksamheter har infört så kallad remissgrupp varje dag,

för att på så sätt skapa jämna flöden. Om väntetiden ska vara max fem dagar kan man inte gå igenom remisserna en gång i veckan.

Andra har avskaffat remissgruppen helt och hållet och använder sig i stället av ett nytt screeninginstrument – M.I.N.I. – som en första kontakt för bedömning av fortsatt vårdinsats. Genom detta screeningsinstrument kan problematiken/diagnosen lättare identifieras. Detta, menar man, minskar risken för att man missar något i den initiala bedömningen eller att det görs olika bedömningar beroende på vem man träffar.

Ett annat instrument är att alla behandlare ska ha öppna tidböcker, med bokningsbara tider. Den enskilda behandlaren ska med andra ord inte "äga" sin egen tidbok.

– Det är klart att förändringarna inte har varit problemfria. Det har tagit sin tid, men nu flyter det på. Jag är egentligen förvånad över hur bra det fungerat, säger Emma Stenberg som också konstaterar att förändringsarbetet nu ger ringar på vattnet. Ute i verksamheterna börjar man tänka i termer av ständiga förbättringar.

Emma Stenberg talar också om vikten av att bryta med den kulturella föreställningen om att det är fint att ha kö.

– Den stora utmaningen har varit att få alla att ta till sig målen. Varför säger chefen att väntetiden ska vara max fem dagar, när vårdgarantin säger 90? Här har ledarskapet och arbetet med att

involvera alla medarbetare i förändringsarbetet varit helt avgörande, menar Emma Stenberg.

Även om omfattande förändringsarbeten är tuffa för alla inblandade har det snabbt blivit uppenbart att de nya arbetssätten gjort arbetsmiljön mycket bättre.

– Förändringarna har visat värdet av att inte ha långa väntelistor. Det frigör resurser. Med 85 dagar till godo på vårdgarantin behöver vi inte heller ständigt fundera över om vi klarar den. Vi kan fokusera på patienten och utveckling av vården, säger Emma Stenberg.

Att man frigör resurser handlar dels om att hanteringen av väntelistor tar mycket tid i anspråk. Trycket från patienter som ringer och undrar när det blir deras tur minskar. I dag innehåller väntelistan bara patienter som aktivt väntar på en tid. Med långa väntetider var det vanligt att patienter sattes upp på väntelistan för säkerhets skull eftersom det var så långa väntetider. Men om man vet att det är lätt att få tid behövs inte det.

Att tillgängligheten förbättras har också stora fördelar sett till behandlingen. Efter fem dagar är problematiken fortfarande aktuell och risken för tilläggsproblematik blir mindre än om patienten tvingas vänta flera månader.

### *Kultur av ständiga förbättringar*

Division psykiatri har även tidigare genomfört kökordningsprojekt. Problemet med dessa, även om de initialt varit framgångsrika, är att kön kommit tillbaka efter ett halvår. Vad talar då för att detta inte ska upprepas?

– I och med att det handlar om att anpassa verksamhet och arbets sätt blir det inte lika lätt att falla tillbaka jämfört med om man bara hade tillfört mer pengar under en period, menar Emma Stenberg, som talar om att skapa en kultur av ständiga förbättringar.

Nästa steg blir att fundera över hur psykiatrins utbud kan anpassas till när efterfrågan finns. Varför arbetar vi inte klockan sju på kvällen? Varför har vi lunchstängt? När bör vi ha telefontid? Det är några av de frågor som Division psykiatri fortsatta förbättringsarbete leder till.





## Vårdval Halland: "Alla behöver vässa sig och bli bättre"

Det kanske viktigaste argumentet för att öka inslagen av privata utförare i välfärdssystemet – oavsett om det handlar om sjukvård, skola eller äldreomsorg – är att konkurrensen kommer att leda till högre kvalitet och på sikt även ett bättre resursutnyttjande i välfärdstjänsterna.

Bakom detta ligger tanken på privata företags förmåga att ständigt utveckla och förbättra verksamheterna för att klara sig i konkurrens med andra företag. I ett system där privata och offentliga vårdgivare konkurrerar kan denna förmåga till organisatoriska innovationer hos privata företag tänkas leda till positiva "smittoeffekter". Offentlig verksamhet påverkas och låter sig inspireras av verksamhetsutvecklingen hos de privata aktörerna, vilket leder till högre kvalitet i systemet som helhet.

Naturligtvis ska man vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser kring hur stora kvalitets- och effektivitetsvinster som kan uppnås genom konkurrensutsättning. Det finns heller inga garantier för att sådana vinster alltid kommer att kunna uppnås. Men utifrån erfarenheterna är det ändå rimligt att tro att

privata inslag i välfärdssektorn skapar potential för högre kvalitet och effektivitet.<sup>27</sup>

Under den gångna mandatperioden har samtliga landsting och regioner infört olika typer av vårdvalssystem för primärvården. Rätt utformade har dessa goda förutsättningar att bidra till att utveckla primärvården genom att sprida organisatoriska innovationer från privata till offentliga vårdgivare. Först ut med att införa vårdval var Landstinget Halland, som redan i januari 2007 sjösatte Vårdval Halland.

Efter tre och ett halvt år med vårdval kan man ställa frågan om det går att se några exempel på hur konkurrensen har bidragit till att utveckla den offentligt drivna vården. Organisatoriska förändringar av detta slag tar givetvis lång tid att få genomslag, men det borde vid det här laget gå att få åtminstone en indikation på utvecklingen.

Marie Carnling, som är chef för den del av primärvården som Landstinget Halland driver i egen regi, menar att förekomsten av privata vårdgivare helt klart har påverkat landstingets egen verksamhet om man ser till hur verksamheten organiseras:

– Vårdvalet leder till att alla behöver vässa sig och bli bättre. Framför allt ser man effekter på hur de landstingsdrivna verksamheterna

---

<sup>27</sup> Sanandaji 2010; Nutek 2008.

arbetar med tillgänglighet och bemötande. Alla är medvetna om att man förlorar sina kunder annars, konstaterar Marie Carnling.

Många av landstingets vårdcentraler har sedan vårdvalet införts kommit långt med att förbättra flödena, menar Marie Carnling. Det kan exempelvis handla om nya arbetssätt för att snabbare kunna svara i telefon eller nya former för drop-in-mottagning – allt för att människor ska kunna nå vården snabbare.

När landstingen jämförs utifrån patientnöjdhet uppvisar Halland mycket goda resultat. 86 procent av befolkningen anser sig ha tillgång till den vård de behöver, vilket kan jämföras med ett genomsnitt på 78 procent i hela landet.<sup>28</sup>

### *Attraktivt för de anställda – attraktivt för patienterna*

En av de privata vårdgivare som har etablerat sig inom ramen för Vårdval Halland, och som illustrerar möjligheterna till organisatoriska innovationer, är Tudorkliniken i Halmstad.

– När jag startade Tudorkliniken ville jag att människorna som arbetar där själva skulle bygga sin arbetsplats. Det handlar om att lita på individerna, för det är de som har kunskap om hur man bygger en bra verksamhet, konstaterar Tudor Dobrescu, som förutom att vara vårdentreprenör också är landstingspolitiker för Moderaterna.

---

<sup>28</sup> Sanandaji 2010; Vårdbarometern 2009.

Att ha en tydlig idé om hur verksamheten ska drivas ger stora fördelar, menar Tudor Dobrescu. Medarbetarna tar initiativ och kommer hela tiden med förslag på hur verksamheten kan utvecklas. Samtidigt försöker man hålla nere antalet administratörer. När Tudor Dobrescu beskriver arbetssättet konstaterar han att Tudorkliniken i mycket fungerar som ett kooperativ.

Det gör förstås Tudorkliniken till en attraktiv arbetsplats där många vill arbeta. Men det påverkar också patienternas upplevelse av vården och blir en konkurrensfördel i vårdvalssystemet:

– Vi gör arbetet för att vi gillar det, och det märker patienterna. Vi har väldigt låg personalomsättning och vårdanställda som mår bra, det är något som smittar av sig på patienterna som då upplever mindre oro och nervositet i kontakterna med vården, berättar Tudor Dobrescu.

En viktig inspirationskälla för Tudor Dobrescu är de idéer som brukar samlas under beteckningen Lean, eller Lean Production, det vill säga tanken att processerna ska organiseras på ett sätt som minimerar slöseri och skapar maximalt värde för kunden.

Ett uttryck för detta är arbetet med att anpassa organisationen till hur patientflödena faktiskt ser ut. Exempelvis är det på primärvårdsmottagningar många som ringer på måndagar, medan det blir glesare mellan samtalen ju längre veckan går. I många fall leder det till extrem arbetsbelastning på måndagar, och en lång

lista på patienter som måste tas om hand senare under veckan. På Tudorkliniken har man löst detta genom att inte boka in några planerade besök på måndagar, utan hålla hela dagen öppen för akutbesök. Därmed slipper man eftersläpning, och arbetet under resten av veckan blir enklare. Man får mer gjort, men med samma resurser som tidigare.

### *Den avgörande delaktigheten*

Att arbeta med de egna processerna på det sätt som Tudorkliniken gör kan tyckas självklart. Det kommer ju exempelvis knappast som en överraskning för någon som arbetar med primärvård att antalet akutpatienter är högt på måndagar och lågt på fredagar, en variation som dessutom är ganska konstant över året. Ändå är det inom landstingen långtifrån självklart att arbeta med processeffektivitet, även om intresset har ökat snabbt de senaste åren.

Enligt Tudor Dobrescu är det till stor del en fråga om personalens delaktighet. En självklar del i ett Lean-inspirerat förhållningssätt är medarbetarnas löpande arbete med att utvärdera processerna och föreslå förbättringar. Detta är, menar Tudor Dobrescu, emellertid svårt att uppnå i landsting där det är få som vill ta ansvar för helheten:

– För många landstingsanställda är det oklart både vem man egentligen jobbar för och vilka målen för verksamheten är. Och utan närhet till ledningen känner sig medarbetarna inte sedda. Med de förutsättningarna blir det svårt att förbättra processerna.

De som dagligen arbetar i processerna måste vara delaktiga för att man ska lyckas, konstaterar Tudor Dobrescu.

### *Hur konkurrensen kan stärkas*

Erfarenheterna från Vårdval Halland bekräftar både bilden av organisatoriska innovationer bland privata aktörer och att de landstingsdrivna verksamheterna tack vare konkurrensen utvecklat sin verksamhet och på så sätt bidrar till att höja kvaliteten i hela primärvården.

Samtidigt illustrerar samtalet med Tudor Dobrescu att vårdvalsystemen måste fortsätta utvecklas. Det handlar exempelvis om att ersättningssystemet i Vårdval Halland måste bli flexiblere, och ta mer hänsyn till variationer i vårdtyngd mellan både olika åldersgrupper och olika socioekonomiska grupper. Men det handlar också om att hitta sätt att skapa ökade drivkrafter för organisatoriska innovationer inom den offentligt drivna vården.

– Landstingets primärvård har en stor fördel i att den har ett väldigt blandat befolkningsunderlag, där cirka 20 procent är vårdtunga. Som ny aktör i vårdvalet är det svårt att få en blandad patientgrupp, och man hamnar i stället lätt på 50 procent vårdtunga patienter. Det gör att incitamenten för den offentliga vården att vara så effektiv som möjlig blir betydligt mindre än hos de privata aktörerna, även när det råder konkurrens, säger Tudor Dobrescu.

Dessa skillnader i patientsammansättning är naturligtvis mycket

svåra att förändra. Däremot kan man skapa enheter där de kulturella förutsättningarna för organisatoriska innovationer blir bättre än i traditionella landstingsorganisationer.

– Ett sätt är att skapa tydligare gränser mellan politiken och produktionen av vård. Man skulle till exempel kunna bolagisera landstingets vårdcentraler. Att knoppa av eller privatisera är ett alternativ, men det är inte nödvändigt. Det viktiga är att den offentliga vården ges samma villkor och får samma krav på sig som privata vårdgivare, säger Tudor Dobrescu.

Vårdvalssystemen ger goda möjligheter att genom organisatoriska innovationer utveckla primärvården. Men vad blir nästa steg? Ett intressant förslag handlar om att låta en privat utförare ta ett totalansvar för en hel vårdkedja, eller ett helt geografiskt område. Det skulle skapa möjligheter att utnyttja förmågan till organisatoriska innovationer i hela vårdsystemet, och inte bara som i dag i specifika delar, menade exempelvis näringslivsutvecklingsmyndigheten Nutek i en rapport häromåret.<sup>29</sup> Idén, som bland annat diskuterats i Stockholms läns landsting där det var aktuellt att låta privata vårdgivare ta ett helhetsansvar för sjukvården i Södertälje, är utan tvivel intressant. Samtidigt är den långtifrån invändningsfri. Finns det exempelvis en risk att man skapar privata geografiska monopol och på så sätt minskar drivkrafterna för innovationer?

---

<sup>29</sup> Nutek 2008.



Privata vårdföretag borde vara en viktig inspirationskälla för den offentligt drivna vården. En utmaning för alla landstingspolitiker under de kommande åren är därför att utforma system som gör att denna källa till kvalitetsutveckling tillvaratas fullt ut.

# Källor

## *Interjuer*

Marie Carnling, chef för egenregi inom Vårdval Halland, 28 september 2010.

Tudor Dobrescu, verksamhetschef Tudorkliniken, Halmstad, 30 september 2010.

Göran Henriks, utvecklingsdirektör Landstinget i Jönköpings län, 11 augusti 2010.

Svante Lifvergren, utvecklingschef vid Skaraborgs sjukhus, 1 juli 2010.

Emma Stenberg, verksamhetsutvecklare vid Division psykiatri Landstinget i Värmland, 28 juni 2010.

Gunnel Svaneskog Karlsson, kvalitetschef vid inköpsavdelningen, Landstinget i Jönköpings län, 11 augusti 2010.

Jörgen Tholstrup, chef för mag- och tarmmottagningen vid Höglandssjukhuset i Eksjö, 11 augusti 2010.

## *Artiklar och litteratur*

Arvidsson, Lars (2007), "Vårdlogistik : en idéskrift om bättre service och effektivitet i vården". Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, <[www.vantetider.se/foerbaettringsarbete/kunskapsbank/dokumentbibliotek/processutveckling/29\\_Vardlogistik.pdf/at\\_download/file](http://www.vantetider.se/foerbaettringsarbete/kunskapsbank/dokumentbibliotek/processutveckling/29_Vardlogistik.pdf/at_download/file)>.

Borgkommissionen (2010), *Vi har råd med framtiden : men då krävs en långsiktig och sammanhållen politik för välfärdens finansiering*. Stockholm: Timbro/Arena Idé, (Kommissionen om välfärdens framtida finansiering),

<[www.timbro.se/bokhandel/pdf/9175667737.pdf](http://www.timbro.se/bokhandel/pdf/9175667737.pdf)>.

Cederqvist, Jane, red (2008), *Recept för vården : om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Stockholm: SNS Förlag.

Landstinget i Jönköpings län (2009), "Mikrosystem : där värdet skapas". Jönköping,

<[www.lj.se/index.jsf?childId=9561&nodeId=31989&nodeType=12](http://www.lj.se/index.jsf?childId=9561&nodeId=31989&nodeType=12)>.

Lifvergren, Svante m fl (2010), "Lessons from Sweden's first large-scale implementation of Six Sigma in healthcare". *Operations Management Research*, 22 juni, <[www.springerlink.com/content/a327715p5uj76022](http://www.springerlink.com/content/a327715p5uj76022)>.

Moberg, Åsa (2009), *Allt är möjligt : en välfärdsdagbok*. Stockholm: Timbro.

Nutek (2008), *Mer vård för pengarna : genom organisatoriska innovationer*. Stockholm: Verket för näringslivsutveckling/Almega (Rapport 2008:01).

Porter, Michael E & Tiesberg, Elizabeth O (2006). *Redefining health care : creating value-based competition on results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Kulturum (2005), *När tiden inte räcker till : handbok i tillgänglighet*. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län,

<[www.lj.se/index.jsf?nodeId=31591&nodeType=1&refId=31989](http://www.lj.se/index.jsf?nodeId=31591&nodeType=1&refId=31989)>.

Regeringskansliet (2005), *Iakttagelser om landsting*. Stockholm:

Finansdepartementet/Kansliet för samverkan med kommuner och landsting (Ds 2005:7).

Rothelius, Simon (2010a), "Ilija Batljan (s) vill inte höja landstingsskatten i Stockholm". *Dagens Medicin*, 14 april,

<[www.dagensmedicin.se/nyheter/2010/04/14/ilija-batljan-s-vill-inte/index.xml](http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2010/04/14/ilija-batljan-s-vill-inte/index.xml)>.

Rothelius, Simon (2010b), "Ilija Batlian (s) accepterar skattehöjning i Stockholm". *Dagens Medicin*, 29 april, <[www.dagensmedicin.se/nyheter/2010/04/29/ilija-batljan-s-backar-om-/index.xml](http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2010/04/29/ilija-batljan-s-backar-om-/index.xml)>.

Sanandaji, Nima (2010), *Privata initiativ inom vården : drivkrafter, inte motkrafter*. Stockholm: Svenskt Näringsliv, augusti, <[www.svensktnaringsliv.se/multimedia/archive/00023/Privata\\_initiativ\\_in\\_23980a.pdf](http://www.svensktnaringsliv.se/multimedia/archive/00023/Privata_initiativ_in_23980a.pdf)>.

Skaraborgs sjukhus (2008), "God vård i utveckling : ledningssystem för Skaraborgs sjukhus". Vänersborg: Västra Götalandsregionen/Skaraborgs sjukhus (SKaS-guiden 2008), <[www.vgregion.se/upload/SkaS/om%20sjukhuset/SkaSGuide\\_080410\\_tryck.pdf](http://www.vgregion.se/upload/SkaS/om%20sjukhuset/SkaSGuide_080410_tryck.pdf)>.

SKL (2008), *Six Sigma i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (Effektiv strategi), <[www.chi-net.se/documents/publikationer/SixSigma\\_i\\_halso\\_o\\_sjukvarden-SkaS-SKL.pdf](http://www.chi-net.se/documents/publikationer/SixSigma_i_halso_o_sjukvarden-SkaS-SKL.pdf)>.

SKL (2009), "Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård : struktur och arbetssätt för bättre resultat". Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, <[http://brs.skl.se/brsbibl/kata\\_documents/doc39550\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39550_1.pdf)>.

SKL (2010), *Framtidens utmaning : välfärdens långsiktiga finansiering*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, <[www.skl.se/web/Framtidens\\_utmaning.aspx](http://www.skl.se/web/Framtidens_utmaning.aspx)>.

Vårdbarometern (2009), "En befolkningsundersökning om hälso- och sjukvården". Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, <[www.vardbarometern.se](http://www.vardbarometern.se)>.