

Socialutskottets offentliga
utfrågning på temat
Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-85943-29-6
Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2008

Förord

Socialutskottet anordnade en offentlig utfrågning den 25 mars 2008 på temat tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården varierar mycket. Detta framgår bl.a. av en uppföljning av den nationella vårdgarantin som Socialstyrelsen redovisat i februari 2008.

Utfrågningen anordnades mot denna bakgrund och för att dels få kunskap om vilka möjligheter till förbättringar som finns, dels lyfta fram goda exempel på ett framgångsrikt tillgänglighetsarbete.

Utfrågningen kan även ses som ett led i utskottets uppföljande och utvärderande verksamhet. Utskottet bedömer att vad som sades under utfrågningen är av allmänt intresse och att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen.

Stockholm i maj 2008

Kenneth Johansson
Ordförande

Monica Dohnhammar
Kanslichef

Socialutskottets offentliga utfrågning på temat Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården

Tid: Tisdagen den 25 mars kl. 10.00-13.00

Plats: Förstakammarsalen, ingång från Riksplan

Program

- 10.00 Inledning**
Socialutskottets ordförande Kenneth Johansson
- 10.05 Socialstyrelsen**
Maarten Sengers, utredare
Bo Lindblom, avd.chef
- 10.15 Karolinska Institutet**
Pia-Maria Jonsson, med.dr. fil.dr
Marianne Hanning, fil.dr
- 10.25 Västra Götalandsregionen**
Lars-Olof Rönnqvist, hälso- och sjukvårdsdirektör
Ulla Stjernlöf, sjukhusdirektör, Alingsås lasarett
Elisabeth Malmberg, chef för Vårdslussen
- 10.35 Gotlands kommun**
Ann-Christin Olsson Kullberg, hälso- och sjukvårdsdirektör
Veronica Hermann, vårdkoordinator
- 10.45 Landstinget Jönköpings län**
Göran Henriks, utvecklingsdirektör
Margareta Strindhall, utvecklingsledare
Marianne Jansson, verksamhetschef Nässjö primärvårdsområde

- 10.55 Landstinget i Kalmar län**
Alf Jönsson, landstingsdirektör
Anders Henriksson, landstingsstyrelsens ordförande
Dan Eriksson, verksamhetschef
- 11.05 Paus**
- 11.30 Kvinnokliniken vid Skellefteå lasarett**
Ulf Oscarson, verksamhetschef
Håkan Lindström, överläkare
Britta Berggren, mottagningssköterska
- 11.40 Vårdcentralen Eden i Malmö**
Eva Svensson, verksamhetschef
Tomas Kärrholt, distriktsläkare
Ingemar Götestrand, områdeschef
- 11.50 Frågor och diskussion**
- 12.55 Avslutning**
Socialutskottets vice ordförande Ylva Johansson

Övriga inbjudna:

Socialdepartementet

Tobias Nilsson, politiskt sakkunnig

Sveriges Kommuner och Landsting

Roger Molin, bitr. avd.chef

Berlith Persson, samordnare

Pensionärernas Riksorganisation, PRO

Guy Lööv, ombudsman

Ola Johansson, sakkunnig för hälso- och sjukvårdsfrågor

Sveriges Pensionärsförbund, SPF

Karl-Erik Axelsson, vice ordförande

Hans Lenkert, generalsekreterare

Riksförbundet Pensionärsgemenskap, RPG

—

Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund, SKPF

Sam Sandberg, ordförande

Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPRF

Gunvor Petersson, styrelseledamot

Ordföranden: Varmt välkomna till riksdagens förstakammarsal och denna offentliga utfrågning på temat tillgänglighet inom hälso- och sjukvården! Speciellt välkomnas inbjudna föreläsare, ledamöter, övriga inbjudna besökare och även ni som följer utfrågningen via tv. Jag heter Kenneth Johansson och är ordförande i socialutskottet här i riksdagen. Med mig på podiet har jag vice ordförande Ylva Johansson och kanslichef Monica Dohnhammar.

Svensk hälso- och sjukvård håller på många områden världsklass. Vi har bland de högsta överlevnadschanserna för dem som drabbas av cancer, hög överlevnad i hjärt- och kärlsjukdomar och mycket låg spädbarnsdödlighet. Det ska vi vara stolta över.

Men det finns också en rad utmaningar. En sådan utmaning är tillgängligheten och köerna. De köer som har byggts upp under många år finns i alltför stor utsträckning fortfarande kvar. Det här är ett problem. Som en småbarnsmamma uttryckte det: Vad har jag för glädje av sjukvården när jag inte kommer fram på telefonen eller måste sitta i timmar i väntrummet med min öronsjuke son?

Människor i väntan på vård har ofta ont och kan inte gå till jobbet eller njuta av livet på ålderns höst. Köerna måste kortas, tillgängligheten förbättras. Jag tror att vi alla här i salen är överens om det. Om en stund kommer vi att höra från Socialstyrelsen, tror jag, en redogörelse för väntetider i vården. Hur länge måste en patient vänta på sin behandling, och hur lång tid får det ta innan man får en första kontakt med doktorn? Hur har den så kallade vårdgarantin fungerat? Vilka slutsatser kan vi dra? Vilka kunskaper har vi, och vilka behöver vi? Vad kan vi lära av erfarenheter och av varandra? Framför allt: Låt oss lyfta fram de goda exemplen, där medvetna insatser gett en tillgängligare vård.

Det är syftet med dagens öppna utfrågning, och jag hoppas och tror att presentationerna och svaren på ställda frågor åtminstone ska bidra positivt till att förbättra vår hälso- och sjukvård.

Det pågår i mitt tycke ett mycket aktivt arbete med att reformera hälso- och sjukvården: se till att patienterna får vård i tid, korta vårdköer och effektivisera och skärpa vårdgarantin. Det är en del i ett pågående reformarbete. Etableringsfrihet i primärvården, tydligare patienträttighetslagstiftning, satsningar på jämförelser och kvalitetsregister, effektivare IT-användning, förbättrad patientsäkerhet – listan kan göras lång på arbeten som nu pågår för att alla människor i vårt land ska få tillgång till god hälsa och vård på lika villkor i hela landet.

Det har visat sig att de landsting och regioner som aktivt arbetar med att öka tillgängligheten har kunnat minska köerna. Det som krävs är ofta att man kliver ur invanda mönster och börjar tänka nytt. Ibland behövs stora förändringar, ibland kan en liten förändring ge stora resultat. Det kan handla om att ändra arbetssätt eller organisera arbetet annorlunda. Det kan handla om att använda moderna IT-verktyg eller använda telefonen på ett nytt sätt.

Vi kommer nu under ett antal timmar att få ta del av flera goda exempel på hur medvetet arbete leder till bra resultat. Jag ser tillsammans med mina kol-

leger fram emot att få lyssna. Vi vet att när vården lyckas i sitt förnyelsearbete sprids kunskap och arbetsglädje till gagn för varje patient. Varmt välkomna!

Maarten Sengers, Socialstyrelsen: Jag är utredare vid Analysenheten inom Hälso- och sjukvårdsavdelningen på Socialstyrelsen. Det är jag som har varit ansvarig projektledare för denna utredning sedan april i fjol. Jag tackar för att få möjlighet att kortfattat berätta om de viktigaste slutsatserna. Jag har tio minuter på mig och det har varit en omfattande utredning, så jag går rakt på mål och börjar med att visa de fem viktigaste iakttagelser som vi gjorde efter att projektet blev klart.

Vårdgarantin och vårdgarantikonstruktionen har haft en väldigt begränsad effekt på väntetidsutvecklingen. I många fall har väntetiden bara gått ned marginellt eller legat kvar på samma nivå.

Det finns stora skillnader mellan landstingen i hur de har lyckats med väntetidsutvecklingen. De skillnaderna fanns redan före införandet av den utvidgade vårdgarantin, men de har bara blivit marginellt mindre.

Landstingen agerar inte alltid i enlighet med överenskommelsen när det gäller att aktivt informera och hjälpa patienten. Det gäller både att informera allmänheten om vad vårdgarantin går ut på och att aktivt gå ut till patienter som riskerar att få vänta längre än till exempel 90 dagar inom den specialiserade vården samt även att ta fram ett underlag som möjliggör att patienten verkligen kan ta ställning till om det är värt att tacka ja eller nej till vårdgarantin. Skillnaderna är väldigt stora, och det är som sagt inte i enlighet med överenskommelsen i de fall där det inte fungerar.

Undanträngning är ett ämne som har tagits upp i många år i samband med vårdgarantier, både i Sverige och i utlandet. Det noteras från olika håll. Många pratar om det, men det är väldigt svårt att påvisa på ett kvantitativt sätt för hela Sverige hur stort problemet med undanträngning kan vara.

Arbetet med medicinska indikationer bör systematiseras. Det har pågått ett förnyat arbete i några år, och vi kan säga att det i vissa fall går bra, i vissa fall mindre bra. Det kan struktureras och systematiseras på olika nivåer.

Kortfattat om rapporten: Det finns två huvudfrågor. Vad är det som har gjorts sedan 2005? Hur har det gått? Vi har tittat på först och främst SKL:s övergripande arbete. Det har delvis legat till grund för det som landstingen sedan har gjort, satsningar på tillgänglighet och på utförandet av själva vårdgarantiöverenskommelsen. Som en satellit har arbetet med medicinska indikationer påbörjats. Det har att göra med väntetider. Eftersom patienter till exempel ska få hjälp inom 90 dagar i den specialiserade vården är det extra viktigt att det medicinska behovet kommer i första hand och att man har bra verktyg för att prioritera patienter på rätt sätt.

Hur har det gått? Vårdgarantikonstruktionen har vi givetvis tittat på. Vad är det som händer när patienter får ett erbjudande om vårdgaranti? Vem är det som får ett erbjudande? Vilka är det som tackar ja och nej? Det är svårt, för det finns inte någon riktigt bra statistik på det. Två tydligare indikatorer är

väntetidernas utveckling och eventuella önskade effekter. Det var det som alla tittade på. Har det blivit bättre när det gäller väntetider, och finns det eventuella önskade effekter?

Väntetiderna är det som jag kommer att prata om mest de här tio minuterna. Jag ska ge en kort genomgång av de fyra vårdgarantikomponenter som finns.

Andelen besvarade telefonsamtal i primärvården varierade mellan 60 och 97 procent. Det är alltså stor variation mellan landstingen. Andelen patienter som söker en tid för läkarbesök i primärvården och får den inom sju dagar varierade mellan 79 och 96 procent. Där är det något mer homogent. Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på besök hos specialist varierade mellan 6 och 38 procent. Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på beslutad behandling varierade mellan 12 och 46 procent. Siffrorna för väntetid till behandling har blivit lite mer homogena de senaste två åren, men i övrigt är det fortfarande stora skillnader.

Siffrorna bör tolkas med försiktighet. Det finns ett antal osäkerhetsfaktorer. För det första finns det stora säsongsmässiga fluktuationer, och det kommer vi inte att komma ifrån inom kort tid. De finns, och det gör att man får vara försiktig med att jämföra två eller tre månader. Det är bättre att titta på åtminstone ett helt år.

Det andra är ofullständig inrapportering. Inrapporteringen är förknippad med stora problem fortfarande i vissa landsting. Det har att göra med IT-systemskifte och med en rapporteringsorganisation som inte fungerar som den ska.

Viss data är inte kvalitetssäkrad. Jag vet att SKL arbetar med den frågan just nu. Förändringar i antalet behandlingar gör att det är svårt att jämföra absoluta tal över flera år. Man ska se hur många personer och hur många behandlingar som ingår i väntetidsmätningarna.

Dessutom är det så att man hittills inte har haft information om exakt hur länge patienterna väntar. Det har mer varit så att man sett hur stor andel som väntar längre än 90 dagar eller, inom primärvården, längre än 7 dagar, men inte hur mycket längre. Det blir bättre nu i och med att väntetiderna kommer att redovisas i intervaller.

Det finns ingen information om totala väntetider. Utredning mellan besök och behandling täcks inte av vårdgarantin. Det gör att det kan finnas misstankar om att den tiden kan bli längre. Om man skulle satsa större resurser på just besök eller behandling skulle det ändå inte att gå att säga någonting om den totala väntetiden från remiss till avslutad behandling. Slutligen finns det ingen säkerhet om huruvida det medicinska behovet verkligen styr prioriteringarna.

Ni får väldigt kort se två bilder som visar hur det har gått inom den specialiserade vården. Den grå linjen är andelen patienter som väntade längre än 90 dagar 2006, och den blå linjen visar 2007. Tyvärr ser vi att siffrorna för 2007 ligger lite över 2006 års siffror.

När det gäller behandling har det varit lite bättre än 2006, fast de senaste siffrorna för december 2007 tror jag kommer väldigt nära dem från 2006. Det är väldigt marginella förbättringar.

Den här bilden visar åt vilket håll trenden går när det gäller besök och behandling. En röd pil uppåt visar att väntetiderna för besök har blivit längre. En grön pil nedåt visar att de har blivit kortare. Anledningen till att jag visar bilden är att den visar att det ofta går åt olika håll. Besök och behandling fungerar i många fall som kommunicerande kärl. Om man satsar större resurser på behandling är det samma läkare som tar hand om patienterna, så då tappar man ofta lite på besökssidan, och tvärtom.

En fråga som jag tror att vi kommer att prata om mycket är varför det har blivit bättre eller sämre och varför det är svårt. I det material som Socialstyrelsen har samlat in, landstingsrapporter och enkäter, visar det sig att det finns ett antal övergripande områden som kommer fram.

Det är på olika nivåer en brist på vilja att prioritera tillgänglighetsfrågor. Det är effektivitetsbrister i organisationskulturen. Man ser väldigt stora skillnader mellan landstingen i hur de hanterar frågan. Det är brister i arbetssätt och förutsättningar för att jobba med förbättringsarbete. Det finns IT-relaterade begränsningar, resursbrist och personalbrist. Det här är en fiktiv bild. Den visar att det kan vara olika saker som spelar in olika mycket för landstingen.

Slutligen har jag två bilder om undanträngning. Det är en fråga som har följt med i alla år sedan den första vårdgarantin kom till 1992. Undanträngning definieras här som negativa omfördelningseffekter som kan bli resultatet av prioriteringar som avviker från de gällande prioriteringsriktlinjerna och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand.

Det finns tre former av vårdgarantirelaterad undanträngning som man kan tala om. Undanträngning är ett fenomen som förekommer oavsett om det finns en vårdgaranti eller inte, men kan spetsas till genom en vårdgaranti. Det är i första hand så att patienter som ligger nära gränsen, till exempel 90 dagar, eventuellt får förtur före patienter som har högre medicinsk prioritet men inte ligger nära de 90 dagarna. Det andra är undanträngning av patientgrupper som inte täcks av vårdgarantin, till exempel patienter med kroniska sjukdomar som väntar på återbesök. Det tredje är undanträngning av patienter i delar av vårdkedjan som inte täcks av vårdgarantin. Då pratar vi om utredningen mellan första besök och behandling.

Sista bilden fick jag av Landstinget i Östergötland. Det här är ett exempel på hur undanträngning kan se ut. Det är ofta lite abstrakt att prata om undanträngning. I Östergötland har man bra statistik och bra möjligheter att följa upp enskilda patienter. De delas upp i olika prioritetsgrupper, och varje prioritetsgrupp har en maximal väntetid baserad på det medicinska behovet.

Här ser man att vissa personer som skulle ha fått hjälp inom 30 dagar hamnar på kanske 60 eller 70 dagar. Vissa personer som skulle ha fått hjälp inom 90 dagar får hjälp mycket tidigare. Det finns alltså olika typer av undan-

trängning som man skulle kunna påvisa. Vår önskan är att detta sätt att påvisa används även i framtiden för att titta på vårdgarantirelaterad undanträngning.

Ordföranden: Tack så mycket! Vi vandrar vidare på vår lista och säger välkommen fram till Pia Maria Jonsson, medicine doktor representerande Karolinska Institutet.

Pia Maria Jonsson, Karolinska Institutet: Hjärtligt tack för inbjudan hit! Jag är hälsosystemforskare vid Karolinska Institutet. Med mig har jag min kollega Marianne Hanning. Vi har i olika sammanhang haft anledning att titta på effekter av vårdgarantier från andra länder än Sverige. Främst kända i detta sammanhang är länder som England, Kanada, Norge, Danmark och nu senast Finland. Jag ska återgå till fallet Finland om en liten stund.

Gemensamt för de länder som provat vårdgarantier i sin hälso- och sjukvård är generellt att hälso- och sjukvårdssystemet är skattefinansierat och att ansvaret för både finansiering och tillhandahållande av sjukvårdstjänster är decentraliserat till regional eller rent av lokal nivå.

I en bredare bemärkelse är inte tillgängligheten i vården något stort problem i just dessa länder. Tvärtom är god hälsa och vård på lika villkor en väldigt central målsättning i dessa länder. I en global jämförelse lyckas man också väldigt bra med att inkludera hela befolkningen i hälso- och sjukvårdssystemet.

Men icke desto mindre har man påtagliga problem med tillgängligheten tidsmässigt, det vill säga köer och väntetider. Det här leder till problem när man har välutbildade skattebetalare, och missnöjet leder fram till att politiker konstant får söka nya lösningar till dessa problem.

Det hör också till saken att decentraliserade system som regel har regionala variationer i vårdproduktion, vårdens tillgänglighet och även rent av vårdens medicinska kvalitet. Nationella vårdgarantier kan i det sammanhanget ses som styrinstrument som nationella regeringar använder för att jämna ut oskäliga skillnader i vårdens innehåll och tillgänglighet.

I Finland, där det är primärkommunerna som har ansvaret för hälso- och sjukvården och specialistsjukvården organiseras i större sjukvårdsdistrikt, där kommunerna är skyldiga att medverka, trädde en vårdgaranti i kraft i mars 2005. Det här är en ganska intressant reform, dels därför att den redan har fått verka i tre år, dels därför att den bygger på lagstiftning och också är generell. Vårdgarantin gäller primärvården, specialistsjukvården inklusive psykiatri och även tandvården.

I garantin ingår att man ska följa gemensamma kriterier för vård och behandling. Även i Finland har garantin varit förknippad med tillförsel av extra resurser till kommunerna. Redan innan vårdgarantin trädde i kraft tillförde man 50 miljoner euro för att avverka köerna innan reformen skulle starta. Det visar sig också att kommunerna under reformtiden har tillfört ungefär 380 miljoner euro extra för att kunna efterleva garantins intentioner.

Effekterna av garantin följs upp av Social- och hälsovårdsministeriet i Finland, Finlands kommunförbund och forskare på Stakes, det vill säga hälso- och sjukvårdens utvecklingscentral i Finland. Man vet en del om effekterna, till exempel att köerna har förkortats och att det är avsevärt färre patienter nu än tidigare som väntar på specialistbehandling i över sex månader.

Den finska garantin är lite annorlunda konstruerad än den svenska. Primärvården har en lite större betydelse i Finland, och de maximala väntetiderna är definierade på ett lite annat sätt. En stor skillnad gentemot Sverige är att specialistvård på sjukhus ska levereras inom sex månader. Andelen patienter, som fått vänta i över sex månader, var tidigare ganska konstant över 20 procent. Nu är man någonstans mellan 12 och 13 procent.

När det gäller garantins effekter på väntetider och köer såg man den starkaste effekten år 2006. Lite som i Sverige ser man nu, under 2007 och början av 2008, att effekterna börjar avplana något. Man ser också fördelningseffekter mellan olika verksamhetsområden, till exempel att ortopedin har ökat något. Trots det har inte köerna inom det området egentligen blivit mycket kortare. Inom kvinnosjukvården och psykiatrien har det minskat något.

I Finland har man varit väldigt bekymrad över om det sker någon typ av undanträngning av primärvården för specialistsjukvården till följd av garantin. Det kan man inte se, utan utgiftsfördelningen mellan specialistsjukvården och primärvården har varit konstant, ungefär 60–40 procent, de senaste 15 åren, detta trots att en större andel av de extra resurserna som har använts för vårdgarantin har gått till specialistsjukvården. Sannolikt har alltså primärvården fått ta del av andra resurser och andra pengar.

En intressant fråga är om man med hjälp av en vårdgaranti kan minska sjukskrivningsfrekvensen och sjukskrivningskostnaderna. Det finns en uppföljning inom stora diagnosområden som sträcker sig fram till slutet av år 2006. I den har man inte kunnat se några statistiskt säkerställda effekter. Uppföljningen är inte särskilt stark metodologiskt, och man saknar fortfarande data för 2007. Vi får se hur det här blir i längden.

Det finns ett stort antal effekter på vårdens organisation som hänger ihop med vårdgarantin. Det är effekter på organisation och vårdprocesser som man hoppas ska ge långsiktiga positiva effekter av garantin, det vill säga effekter som består också efter att man slutat tillföra extra pengar. Jag ska inte gå närmare in på de här effekterna, men kan notera att det handlar om ekonomiska incitament, arbetsfördelning och bättre processer, modeller, management och ledarskap.

De gemensamma kriterierna för icke brådskande behandling i Finland ska alla inom hälso- och sjukvården efterleva, särskilt specialistsjukvårdsdistriktet. Detta arbete har i Sverige sin motsvarighet i framtagningen av de nationella medicinska indikationerna.

Detta handlar alltså om riktlinjer som helt enkelt har publicerats som en handbok och distribuerats till alla läkare och vårdgivare i Finland. Det har varit ett ganska stort arbete, men det har underlättats avsevärt av att det finska läkarsällskapet Duodecim sedan tidiga 90-talet arbetat med evidensbaserade

riktlinjer i vården. Det är alltså dem som man nu har utnyttjat när man skulle definiera indikationsgränser för vård och behandling.

I uppföljningar visar det sig att de flesta sjukvårdsdistrikt och vårdcentraler har anordnat utbildningar för att vården verkligen skulle efterleva de här riktlinjerna. I praktiken upplever vårdpersonalen dock, särskilt i primärvården, att det kan vara något svårt att efterleva dessa, eftersom patienterna kan ha ganska komplicerade och sammansatta problem, inte bara behov av till exempel enkel elektiv kirurgi.

Dock säger man att en mycket stor fördel med de här kriterierna har varit att de underlättat kommunikationen mellan primärvården och specialistsjukvården. Likaså har de underlättat kommunikationen mellan vårdgivare och patienter. Med hjälp av detta material är det lättare att prata om vad som är rimligt att förvänta sig i olika tillstånd och vid olika sjukdomar.

Det har förstås också funnits problem med den finska vårdgarantin. Inte alla sjukvårdsdistrikt har lyckats leva upp till de angivna vårdgarantigränserna. I Finland är det Hälsovårdens rättsskyddscentral som är tillsynsmyndighet och följer upp efterlevnaden av garantin.

I dag är det särskilt tre sjukvårdsdistrikt som enligt Rättsskyddscentralen har oacceptabla köer och väntetider och där också trenden pekar åt fel håll. Dessa distrikt hotas nu med avsevärda böter, som man har kalkylerat utifrån respektive distrikts ekonomiska bärkraft. Det största distriktet hotas med böter om 1 miljon euro, motsvarande ungefär 9,4 miljoner kronor.

För distriktet är detta naturligtvis besvärligt, och dess ledare har meddelat att man kommer att göra allt som bara står i distriktets makt för att inte behöva betala böterna. Samtidigt varnar man för att den medicinska kvaliteten kan bli lidande i detta sammanhang, eftersom man har brist på personal, framför allt läkare, och kanske också i vissa sammanhang på utrustning, till exempel avancerad hjärtintensiv utrustning.

Därifrån kan vi kanske dra den generella slutsatsen att när det ska byggas in incitament, sanktioner eller rent av bestraffningar i en vårdgaranti kan man inte stirra sig blind på garantins effekter på vårdens tidsmässiga tillgänglighet. Även i Sverige behöver vi bättre uppföljningssystem för att se vad som blir effekten av vårdgarantin. Vi måste också kunna koppla ihop detta med andra aspekter av hur hälso- och sjukvården fungerar, alltså medicinsk kvalitet och patientsäkerhet.

Tillsynen och uppföljningen måste bygga på helhetsresultat och inte bara på hur lång väntetiden för patienten har varit.

Det är självklart att om vi ska kunna nå en god vård i tid för samtliga patienter behöver vi tillräckliga resurser, både i monetära termer och i termer av personal. Vi måste kunna omvandla dessa resurser till tillräcklig produktion. Det kräver management, ledarskap och en effektiv organisation. Det är också angeläget att vi fördelar vården på ett rättvist sätt mellan befolkningen i olika regioner, mellan olika socioekonomiska grupper, mellan män och kvinnor och mellan patienter i olika åldrar.

Detta kan vi inte göra om vi inte har en evidensbaserad hälso- och sjukvård. Därav följer att arbetet med de nationella medicinska indikationerna är en väldigt viktig del av arbetet med den nationella vårdgarantin.

Ordföranden: Tack så hjärtligt för det! Då är turen kommen till Västra Götalandsregionen. Först ut där är Lars-Olof Rönnqvist, hälso- och sjukvårdsdirektör.

Lars-Olof Rönnqvist, Västra Götalands län: Tack för inbjudan! Under de första fem minuterna kommer jag att beskriva hur vi har arbetat med tillgänglighetsfrågorna ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. För de sista fem minuterna har jag med ett av våra mycket goda exempel, Ulla Stjernlöf, sjukhusdirektör vid Alingsås lasarett, som klarade vårdgarantin vid årsskiftet. Hon kan ge en beskrivning ur ett mer verksamhetsnära perspektiv.

Ur ett styrnings- och ledningsperspektiv har vi anammat den modell som vi gemensamt med Sveriges Kommuner och Landsting och sjukvårdshuvudmännen har arbetat med under ett antal år nu. Där finns många olika nischer. Det handlar om det medicinska indikationsarbetet, där det finns stort engagemang både i det nationella arbetet och hemma i Västra Götaland. Vi har sett ett lärorikt exempel på detta inom kataraktvården, där det visade sig med den indikationsglidning som hade gjorts att 10 000 kataraktoperationer egentligen inte var medicinskt motiverade. Det är jätteviktigt att vi kommer vidare på alla områden och hittar indikationer som gäller gemensamt över riket.

Vi jobbar också mycket med remisshantering. Det är inte hållbart för en så stor organisation som Västra Götaland att kanske ha 600 olika sätt att skriva remisser på. Vi börjar med att försöka hitta en samsyn inom respektive specialitet och sedan få ihop en helhet i regionen.

Vi jobbar också mycket med rutiner för väntande, så att vi har en bra och tydlig information i mötet mellan patient och vårdgivare om vilka rättigheter patienten har kopplat till dessa delar. Detta är ett område där vi under de år som har gått sedan vårdgarantin trädde i kraft har haft svårast att komma ut i verksamheten. Man får inte alla gånger rätt information om vårdgarantin i mötet mellan vårdgivare och patient. Där har vi ytterligare arbete att återkomma till.

Uppföljning av väntetider är jätteviktigt. Det som mäts och följs upp ger också resultat. Vi har prioriterat detta mycket. Vi har nu en inrapporteringsgrad på 96 procent när det gäller öppenvården och 99 procent när det gäller slutenvården. Vi kom från ett läge som var betydligt sämre för tre fyra år sedan.

Vi jobbar också mycket med information och kommunikation, både utåt till medborgarna och inom vår organisation. Återigen måste det komma ut i mötet mellan patient och vårdgivare, så att vi har en gemensam information om hur patienten ska bete sig och vilka olika framkomstvägar som finns.

Givetvis jobbar vi också med processutveckling när det gäller våra inre logistikfrågor. Vi har haft många projekt om temat tillgänglighet. Bättre flyt i vården är en del. Det finns många sådana projekt som vi har sett har fått stor verkan i vår egen organisation.

Sist men inte minst: Navet som knyter ihop processmodellen – det som allt står och faller med – är styrning och ledning av verksamheten. Då avses både den politiska planhalvan och förvaltningsplanhalvan. Organisationen måste gå i takt, och man måste ha samma syn och en långsiktighet och en uthållighet i de här frågorna.

Jag har bifogat fyra bilder som visar hur vi månadsvis jobbar med vårdgarantifrågorna, redovisar dem öppet på vårt intranät och tar fram uppgifter åt våra politiska uppdragsgivare. För min del är det regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott som månatligen får en uppdatering om hur utvecklingen går. Det finns ett stort politiskt intresse för att följa, stötta och bejaka arbetet.

Arbetet kräver tålamod, uthållighet, principfasthet och att man har som strategi att inte för mycket ändra den kurs vi jobbar efter. Långsiktighet är en viktig del. Det är också viktigt att vi har en nationell samsyn. Det här är ett område där man från de 21 sjukvårdshuvudmännen och Sveriges Kommuner och Landsting har haft samsyn och fått hjälp med att knyta ihop processerna. Det är viktigt att vi har nationell enhetlighet när det gäller redovisning av väntetider med mera.

Vad som har varit gynnsamt för oss är att vi i Västra Götaland den senaste femårsperioden har haft en väldigt god ekonomi. Det har gjort att man politiskt har satsat på de områden där vi har haft problem med tillgängligheten. Vi har också jobbat med uppföljning av de olika delarna av tillgänglighetsområdet.

Som sagt: Det hela står och faller med ledning och styrning. Fungerar inte detta kan vi skapa vilka modeller som helst utan att det tränger igenom i organisationen. Ett exempel på god ledning och styrning representerar Ulla Stjernlöf från lasarettet i Alingsås.

Ulla Stjernlöf, Västra Götalandsregionen: Vad händer då i verksamheten? För mig handlar det om att omvandla politiska beslut till mål i verksamheten. Det innebär mycket att balansera i de övriga perspektiven.

Vi jobbar med styrkortsmodellen, och vid utarbetande av verksamhetsplanen varje år är det viktigt att vi jobbar med vår värdegrund. Det är alltid de grundläggande värderingarna i denna professionella organisation som måste råda för att man ska få förståelse och acceptans. Vi försöker prata om en röd tråd som går från det politiska beslutet till mötet med patienten. I allt vårt agerande ska man kunna se tråden och förstå varför vi gör på ett visst sätt.

Detta kräver en tydlig ledning och en god samverkan inom organisationen.

Jag uppfattar vårdgarantin som i mycket en patienternas reform. När vi fick klart för oss att tiden räknas från patientens besök i primärvården till besöket hos oss på lasarettet blev det plötsligt ett beslut som gick över förvaltningsgränserna och där patienten var bärare av tiden. Det var ett nytt sätt

att se det. Förut hade vi hållit oss inom en organisation med kraven – nu var det plötsligt patientens tid det handlade om.

Vi måste samverka väldigt bra med vår primärvård. Vi måste ha gemensamma vårdprogram och gemensamma beslutsforum. Annars fungerar det inte och tar för lång tid. Det har varit ett gott incitament att samverka med vår primärvård.

Det handlar också om kommunikation. För oss gäller det att skapa förståelse för vad vårdgarantin innebär. Den innebär nybesök. Den innebär inte att man har rätt till utredning och behandling, men inom en professionell organisation accepteras inte att man bara jobbar med nybesök och manipulerar siffror. Man måste hela tiden jobba med medicinska beslut och prioriteringar. Då får man acceptans för en god tillgänglighet.

Ett förändringsarbete där det finns många metoder har inneburit att man jobbar teambaserat på ett annat sätt. Det finns en högre kvalitet också i att andra i teamet kan frigöra tider så att fler läkarbesök kan användas för nybesök. Vi har haft problem i balansen mellan återbesök och nybesök, men nu har vi kommit någotsånär i balans. Det är hela tiden viktigt att ha en dialog mellan ledning och verksamhet.

Vi har också sett något som vi har stor respekt för, och det är patienternas förväntningar och val. Man gör väldigt olika val beroende på ålder, diagnos och sociala omständigheter. Vi måste göra rimliga bedömningar för att leda patienten rätt.

När det gällde väntetidsdata var det i början ingen som kände igen sig. Man sade: Det här stämmer inte med verkligheten, och det kan inte gälla oss. Det har tagit lång tid för oss att kvalitetssäkra detta både när det gäller vad vi lägger in för data, och vad data betyder, och att få en enhetlighet. En annan sak som man inte alltid tänker på är att vi plötsligt får en stor öppenhet där vi på sjukhuset blir granskade och ifrågasatta. Det är viktigt att möta medarbetarna här. Det är också ett stort medialt intresse för siffror, som man tror är väldigt exakta.

Det jag vill säga med den här bilden är att vårdgarantin är en integrerad del av verksamhetsplanen. Den är inte ett sidospår. I mitten står tillgänglighet. Det innebär samverkan mellan sjukhus och primärvård men också att man lyssnar in patienten. Det är den interna logistiken och samarbete över huvud taget. Tillgänglighet står för så mycket, och det kan också skapa tillit till reformen.

Vi jobbar med att alla ska se samma bild genom processkartläggning, förändringsarbete och uppföljning av nyckeltal, men vi får inte glömma analysen: Varför ser det ut så här? Är vi överens om vad vi ska göra för förändringar?

Det är inte stora förändringar som har gett resultat hos oss, utan det är små justeringar av vägen framåt, där alla medarbetare känner att detta är väsentligt.

Det viktiga är att skapa kulturen och tillgängligheten. En läkare kom till mig och sade: Du, Ulla, vi behöver inga nya IT-system. I dag hade jag en

patient som behövde operera sitt knä. Hon fick en lapp i handen, och hon var jättenöjd. Ibland kanske vi ska göra det enkla möjligt.

Ordföranden: Tack till representanterna för Västra Götalandsregionen. Då är turen kommen till Gotlands kommun. Det är Veronika Hermann som talar.

Veronica Hermann, Gotlands kommun: Jag jobbar som vårdkoordinator. Det innebär bland annat att jag strategiskt jobbar med frågor om tillgänglighet. Jag är sjuksköterska och barnmorska i botten. Jag jobbar rätt mycket med att ta fram väntetidsstatistik och ge hälso- och sjukvårdsdirektören en bild av hur det ser ut. Men jag är också avdelningschef för Planeringsenhet Vård, som vi bildade ungefär samtidigt som den utökade vårdgarantin trädde i kraft. Där planerar vi operationer för hela hälso- och sjukvården på Gotland. Vi håller också koll på var patienterna befinner sig i patientflödet när vi skickar patienter från Gotland.

Vi har gått från ett ganska dåligt läge till ett läge som är åtminstone något bättre. Vi hade dålig tillgänglighet i flera verksamheter. När det gällde operationer hade vi nästan 1 300 patienter som stod i kö. För vissa operationer var det en hel årsproduktion som stod och väntade.

Nu har vi fått en attityd i hela hälso- och sjukvården som säger att vi ska klara att hålla vårdgarantin. Sedan har vi fått ett förändrat tankesätt och ett förändrat arbetssätt. Vi har fått en bättre tillgänglighet. Vi är inte i fas hela tiden, men vi har ett mycket bättre läge än förut.

När det gäller operationer har vi i stort hållit vårdgarantin för dem som blivit uppsatta sedan den trädde i kraft. De patienter som redan stod i kö pratade vi med och gjorde en personlig planering. I november 2006 var den gamla väntelistan helt tom.

Jag har lånat en bild av ett rörsystem för att förklara vad vi gör. Bilden kommer från Gunnar Moa, som just nu jobbar med det medicinska indikationsarbetet på Sveriges Kommuner och Landsting.

Pilen till vänster visar hur patienterna kommer in. Sedan går de genom rörsystemet, och det är en massa olika professioner och människor som är inblandade. Sedan kommer de ut, förhoppningsvis i tid och med god säkerhet och så vidare.

Det vi hade från början när det gällde operationer – detta är mitt exempel, men vi har försökt ha samma sätt att tänka inom alla verksamheter – var en ganska regellös väntelista. Det fanns journalanteckningar om att patienten egentligen inte hade indikation för operation än men att hon säkert skulle hinna få det innan hon kommit fram i vårdkän. Det fanns patienter som inte ens visste om att de var uppsatta eller som inte ville ha operation.

I rörsystemet – vårdapparaten – märkte vi att det fanns många skarvar och behov av samordning. Gotland är litet, men vi har olika kliniker där också. Alla kliniker levde lite sina egna liv. Trots att vi har en och samma opera-

tionsavdelning och en och samma vårdavdelning planerade varje klinik sina egna operationer.

Produktionen var också alldeles för dålig. Det var färre som kom ut ur systemet än som kom in. Vi hade vad Gunnar Moa brukar kalla för ett expansionskärl, där patienterna stod och väntade. Det var ofta inte tydligt vilken turordning som gällde där eller vilken prioritering som de hade. Det blev konstigt. Det blev missnöje.

Strax innan den utökade vårdgarantin skulle träda i kraft beslöt vi oss för att göra något åt detta. Vad vi då gjorde var att vi ändrade förutsättningarna. Bland annat tittade vi på kranen vid inflödet. Den var fullt uppskruvad, och det var som om varenda gotlänning skulle opereras. Ett tag hade vi 4 procent av gotlänningarna i kö. Då bestämde vi rutiner för vilka som skulle få komma in. För att få sättas upp på en planeringslista för operation ska man vara färdig att få sin operation inom tre månader. Man ska både privat och medicinskt vara redo.

Sedan jobbade vi mycket med själva röret, alltså att få patienten smidigt genom vårdapparaten. Vi gjorde allt möjligt. Bland annat såg vi att på den avdelning där patienterna vårdas efter operation var det tre rum som användes till mottagningsverksamhet. Det gick att hitta andra rum och flytta mottagningsverksamheten dit. Vi skapade också en dagkirurgisk enhet. Vi har en central operationsavdelning i Visby, och även för små operationer var det samma komplicerade procedurer som vid stora kirurgiska ingrepp. Samtidigt fanns det operationssalar som användes av kliniker som hade verksamhet i nära anslutning. Då sade vi att alla skulle kunna använda dessa salar. Man skulle kunna få ett snabbare flöde av patienter om de små operationerna skötes för sig.

Vi började också samplanera operationssalarna på ett annat sätt. Om till exempel ortopedklinkens alla läkare skulle åka på ortopedvecka kunde det tidigare hända att operationssalarna stod tomma under tiden. Nu började vi prata med varandra och planera tillsammans.

Vi har upptäckt mycket som vi inte kunde förut. Till exempel har vi en avdelning som vi lägger alla opererade patienter på oavsett vilken klinik det är som opererar. Vi hade jätteproblem med vårdplatserna på onsdagar och torsdagar, medan det är väldigt lite patienter på måndagar och fredagar. Genom att tänka smart kan man påverka detta.

Om kirurgkliniken har en operationssal på onsdagen och det är många småoperationer som görs ökar trycket på vårdavdelningen, men om man i stället gör en komplicerad, lång operation den dagen blir det bara en patient som ska in på vårdavdelningen. Om man i stället gör de små ingreppen på måndagen hinner de patienterna bli utskrivna till onsdagen.

Små och stora förändringar gav en ökad effektivitet motsvarande 30 procent. Vi visste att vi skulle få igenom patienterna här. Eftersom vi visste att vi skulle kunna hålla vårdgarantin för de patienter som tillkom efter den 1 november 2005 beslöt vi att göra något annat med expansionskärl, för det ska inte finnas. Vi tog kontakt med patienterna i det, och det visade sig att många

inte ens var redo för operation. Vi gjorde extrainsatser för att hantera dem separat. Vi blev av med den delen av kön på det sättet.

Det svåraste är att hålla detta som vi har uppnått, och det måste vi hela tiden göra. Vi måste jobba med saker hela tiden.

Den planeringsenhet som jag leder kontrollerar hela tiden vilka som sätts upp på listan. Vi måste kontrollera att rutinerna följs, för så fort vi inte gör det kommer det upp patienter på listan som inte borde vara där. Då blir det plötsligt en tendens till ett expansionskärl igen.

Vi har samplanering och logistiska övningar. Vi tittar på andra landsting. Vi tittar på Scania och läser böcker om Toyota. Vi har skapat ett mötesforum. Varje vecka samlar vi alla cheferna i ett rum där vi har en stor whiteboard där vi visar hur det ser ut med tillgängligheten. Då kan vi se vilka problem som finns och om det finns störningar eller avvikelser. Då kan vi göra något aktivt innan vi har stora, inkörda problem.

Sedan bevakar vi hela tiden flödet. Vi rapporterar hela tiden till väntetidsdatabasen, så att vi kan jämföra oss med andra, men vi har också andra mått i det dagliga arbetet. Bland annat tar vi fram vilka patienter som har väntat mer än 60 dagar men mindre än 91. Dem har vi en månad på oss att få in i rätt tid. Om patienter har väntat längre än 90 dagar men hellre vill vara kvar på Gotland och vänta på operation än åka till fastlandet – så är det ofta – måste vi göra en plan för dem. Dessa siffror visar vi på vår whiteboard, och sedan avkräver vi verksamheterna en planering.

Vi följer hela tiden upp hur vi klarar att ta emot inflödet. Proppen i expansionskärl vill gärna ploppa upp. Det räcker med att vi får vinterkräksjuka på operationsavdelningen så blir det två, tre eller fem patienter som får stå och vänta. Eftersom vi inte ska ha några patienter alls som har väntat länge gäller det att vi hela tiden pratar med patienterna. Annars måste vi hjälpa dem till vård någon annan stans.

Det finns saker som vi måste jobba mer med. Medicinska indikationer är en sådan sak. Det blev snabbt tydligt att vi hela tiden måste prata om vad det är för patienter vi tar in i systemet. Alla är garanterade vård, och då blir det snabbt diskussioner om det var rätt patient som vi släppte igenom. Då måste vi prata om indikationer och prioriteringar.

Detta har vi gjort: inventera, förändra och följa upp. Över allt detta har vi ledningen och styrningen.

Ordföranden: Tack så hemskt mycket! Då är det representanter för landstinget i Jönköpings län: Göran Henriks, utvecklingsdirektör, Margareta Strindhall, utvecklingsledare, och Marianne Jansson, verksamhetschef för Nässjö primärvårdsområde.

Göran Henriks, Landstinget Jönköpings län: Jag heter Göran Henriks, och jag arbetar sedan många år inom landstinget i Jönköpings län. För oss är det här med tillgänglighet en evig fråga om disciplin, koncentration och att utveckla ett gemensamt språk i det arbetslag som vi arbetar i. Med hjälp av Margareta,

Marianne och många andra i vårt landsting har vi i åtta år försökt utvinna ny kunskap om hur man kan förbättra tillgängligheten.

Den bild ni ser här är en beskrivning av hela landstingets företagsidé. Om ni tittar längst upp till höger ser ni en patient, eller en befolkningsrepresentant, en medlem, som ligger och badar och har det skönt. Det är egentligen det vi vill åstadkomma. Vi vill åstadkomma ett gott liv i ett attraktivt län. Men för att det ska kunna vara ett gott liv i ett attraktivt län måste vi också ha en serviceorganisation inom hälso- och sjukvård som kan tillhandahålla god service. Då blir naturligtvis resultatuppföljning, budget, flerårsplanering och hur vi fångar information väldigt viktigt.

För att kunna åstadkomma riktigt bra tillgänglighet gäller det att försätta hela systemet i lärande och förnyelse. I vårt landsting har vi sagt att vi ska göra det på sex områden för att åstadkomma värde för våra patienter, god hushållning och en pålitlig service. För att göra det har vi investerat i 350 teams arbete vad gäller tillgänglighet, och vi ser att när vi gör det får vi också bättre kliniska resultat, högre patientsäkerhet, en bättre läkemedelsanvändning och kanske också den bästa möjliga ekonomin.

Margareta Strindhall, Landstinget Jönköpings län: Vårt angreppssätt för att förbättrad tillgänglighet ska uppnås är att verksamheten strävar efter, och har, en balans mellan kapacitet och efterfrågan. Det innebär att vi har ett förändringsarbete som är riktat mot att öka vår kapacitet, att minska vår efterfrågan, att hantera våra variationer och att arbeta bort vår ryggsäck. Vi vill inte bara arbeta i ryggsäcken, för då har vi vänt tillbaka.

Det är många faktorer som påverkar vår tillgänglighet inom hälso- och sjukvård. Det är hur stor efterfrågan är och hur stora behoven är. Det är hur vi samverkar – inom verksamheten och tillsammans med andra. Det är hur vi planerar vår verksamhet. Det är också hur vår kapacitet ser ut, resurser och bemanning, och hur stor produktionen är. Och framför allt är det ledningen och ledarskapet som är ryggraden i de här frågorna.

Vi har en pedagogisk arbetsmodell där tvärprofessionella team från verksamheten arbetar på lärandeseminarier både där och på hemmaplan med ett strukturerat och systematiskt förbättringsarbete där patientens behov alltid är i fokus och där vi har ledningens stöd och förståelse men också en vilja att förbättra. Men framför allt är det ett strukturerat och systematiskt förändringsarbete.

Vi har sett i 80 rapporter från team som har deltagit i våra utbildningsprogram att de viktigaste förbättringsområdena är tidbokshantering, att schemaplanera utifrån både efterfrågan och annat, att vi har telefonrutiner som fungerar, återbesöksintervaller, väntetid, remissshantering, interna rutiner, delaktighet, mötesformer, att vi använder vår kompetens på rätt sätt och att vi utformar reservplaner.

Göran Henriks, Landstinget Jönköpings län: Det gäller ju att kunna fånga information på ett så bra sätt som möjligt. Vi talar helst om vår kapacitet och

inte om vår kö. Därför har vi utvecklat tre instrument som hela tiden försöker hjälpa verksamheten och arbetsteamet att fånga sin kapacitet. Det är balansräknaren, som visar på skillnaden mellan kapacitet och efterfrågan. Det är schemaläggaren, som just hjälper teamet att arbetsplanera – det handlar om att alltid följa upp den tredje bokningsbara tiden. Sedan är det ett antal andra IT-system som hjälper oss att fånga köerna.

Den bild som jag nu tar fram visar hur vi sedan 2006 på tre olika sjukvårdsområden har lyckats åstadkomma avancerad tillgänglighet för nybesök och återbesök. Det vi fångar då är den tredje, lediga bokningsbara tiden. Vi har ca 400 team som fångar denna tredje bokningsbara tid, och vi kan se att fyra av tio av dem lyckas ha avancerad tillgänglighet, vilket innebär att patienten kan komma på nybesök eller återbesök inom tre dagar i primärvård och fjorton dagar i specialistvård.

De team som vi startade utvecklingsarbete med i början av 2000-talet hade vid det tillfället, som ni kan se, en tredje bokningsbar tid på 365 dagar ifrån. Den andra var 120 dagar ifrån. Ni kan se hur det är när vi 2006 följer upp det här. De som har lärt sig de metoder som Margareta gav exempel på håller fortfarande sin kapacitet och sin tillgänglighet. Men det kan man bara göra genom arbetsdisciplin, koncentration och ett gemensamt utvecklingsspråk.

Den här tabellen visar andelen patienter som har fått komma samma dag eller efter upp till sju dagar. Den här mätningen sträcker sig från fjärde månaden 2002 till 2007. Då kan ni se att tillgängligheten avseende att få komma inom sju dagar under den här tidsperioden har blivit avsevärt bättre.

Vi tog med de två bilder som jag nu tar fram för att visa något som vi tycker är viktigt att se. Det är att man inom samma landsting kan ha två sjukvårdsområden som över tid håller sin tillgänglighet på en mycket god nivå medan ett annat sjukvårdsområde kanske springer i väg. Då kan ni se att i fråga om nybesök springer just det här sjukvårdsområdet i väg och får mycket sämre tillgänglighet. När det gäller planerade operationer och åtgärder sjunker det däremot, precis som Socialstyrelsens Maarten Sengers refererade till. Det här visar alltså att med ett skickligt management går det att behålla en väldigt god tillgänglighet över tid.

Margareta Strindhall, Landstinget Jönköpings län: Vi har arbetat tillsammans med 350 team i 17 olika landsting. Vi kan i deras rapporter, som vi har publicerat på vår hemsida, på Qulturum, läsa om deras resultat. Framför allt kan man där se att deras arbetsmiljö har förbättrats. Man upplever att det är mindre stress, en ökad samverkan mellan professionerna och ett nytt sätt att tänka. Det finns också en ökad medvetenhet kring förändringsarbete och mer fokus på mål, struktur, verktyg och metoder. Att man testat sitt förändringsarbete i liten skala tycker man också är bra.

Göran Henriks, Landstinget Jönköpings län: Vad gör vi just nu då? Vi fortsätter att lära team hur man ska åstadkomma bättre tillgänglighet, men vi ser också att det är nödvändigt att jobba med hela systemet. Därför utvecklar vi

nya arbetsmetoder när det gäller akutmottagningsverksamheten. Vi vidareutvecklar vårt IT-stöd. Vi förnyar vårdcentralsbegreppet, för vi tror att det är genom systemiska angreppssätt som vi åstadkommer bättre tillgänglighet. Då är det viktigt att sätta preventionsarbetet i fokus. Det är viktigt att förbättra bemötandeverktygen, och det är självklart att införa nollvision, det vill säga att åstadkomma ett arbetssätt där man gör dagens arbete i dag när det gäller vårdadministration. Sedan inför vi helt nya redskap för telefonrådgivning.

Marianne Jansson, Landstinget Jönköpings län: Då förflyttar vi oss från makronivå ned till mikrosystems nivå: 126 000 besök, av vilka 28 000 är läkarbesök. Det ska alltså vara enkelt för Nässjöbon hela livet, från mödravård, familjecentral, till den avancerade palliativa hemsjukvården. Det ska vara telefontillgänglighet med ett nummer till vårdcentralerna eller läkarmottagningarna. Läkarmottagningarna är indelade i mikroteam geografiskt, efter postnummer, för att vi ska kunna få en bra vårdgaranti.

Det har varit en resa från kaos till organiserad verksamhet, en resa på fyra år – hittills – som grundar sig på visioner, mål och resultatuppföljning – men framför allt på medledarskap, ett medledarskap på organisationsnivå, naturligtvis, men framför allt på individnivå. Där är en stor utmaning att få individen att ta ett ansvar såväl för teamet och den personliga utvecklingen som för uppdraget för att öka kapaciteten. Vi har gått från 40 % tillgänglighet till att nu ha 95 % samtal besvarade efter tre minuter. Vi har en vårdgaranti som vi håller, och vi har framför allt en budget som håller. Från att ha gått sex miljoner kronor back har vi en budget i balans och en bra bemanningsplan. Det är våra resultat hittills.

Ordföranden: Vi tackar för det. Jag tänkte göra så att vi tar en paus nu. Pausen blir 20 minuter, så får vi lyssna till Kalmar efter pausen. Ni som vill ställa frågor, lämna fram en lapp. Och kom ihåg att det finns möjlighet att ställa frågor även till dem som står med på inbjudningslistan.

Alf Jönsson, Landstinget i Kalmar län: Hjärtligt tack för att vi fick komma hit. Jag tänkte inleda med att tacka Sveriges Kommuner och Landsting. De stöder oss, landstingen och regionerna, i vårt arbete med att förbättra tillgängligheten. De jobbar på att ta fram en webbplats med samlad information för dem som vi egentligen är till för. Vi ska börja med att se det ur patientens perspektiv. (Här visades en kort film.)

Det finns säkert många sätt att styra en multiprofessionell verksamhet som ett landsting. Vi i Landstinget i Kalmar län har valt att arbeta med värdegrundfrågorna utifrån vår vision Hälsolänet för att ge våra invånare ett friskare, tryggare och rikare liv. Det som håller uppe vår verksamhet, förutom god ekonomisk verksamhet och kvalitet, är våra ledord att jobba öppet, engagerat och utifrån kunskap. För mig är tillgängligheten en kvalitets- och trovärdighetsfråga.

En rad aktiviteter har gjorts genom åren. Men det handlar om att analysera hur vi arbetar i dagsläget, att sätta upp mål om vart vi vill nå och i våra förvaltningar fundera över hur vi ska nå det satta målet och av vem, när och med vilka resurser samt att genomföra det. Givetvis måste man mäta resultatet och följa upp det. Här vill jag särskilt peka på ledningens ansvar att efterfråga resultat. I Landstinget i Kalmar län sker detta offentligt i inledningen av våra landstingsstyrelsesammanträden. De är öppna för allmänhet och press. I inledningen av dessa sammanträden ska förvaltningschefer och verksamhetschefer komma och rapportera. Redovisar man öppet sina resultat är det klart att bristerna kommer fram, var de finns, vad vi gör och vad vi kan göra bättre till nästa gång. Vikten av detta är att jobba med systematik.

Dan Eriksson, Landstinget i Kalmar län: Jag vill trycka på några saker utifrån min erfarenhet av ett ganska långt utvecklingsarbete. Den första grafen visar att när man gör något sent går det åt mycket mer resurser. Det är lite grann svensk sjukvårds signum. Vi jobbar hela tiden i baktid och bakvatten. I stället ska vi flytta arbetstiden; det är här framme vi ska jobba och ta tag i problemen. Då tjänar vi mycket tid. Det är en av grundstenarna. Vi brukar säga så här därhemma: Bestäm vem som ska göra det, gör det direkt och gör det bara en gång! Vi gör ofta många saker flera gånger och onödigt många gånger.

Den andra grafen ser likadan ut men har andra värden på axlarna. Vi har en förmåga att göra allt väldigt komplicerat när vi ändrar på något. Det är pretentiösa projekt och strukturer där vi vet att ju mer komplicerade de är, desto större är risken för att de misslyckas. Mitt råd är: Var enkel och tydlig och jobba långsiktigt och ganska långsamt! Det är jätteviktigt för att lyckas. Annars finns det risk för kraschlandningar. Det har vi sett flera exempel på.

Nästa bild är inte lika sofistikerad som Gotlands – den är hemmagjord – men det är samma tanke. Gotlands föredrag var jättebra. Det handlar om att svensk sjukvård ser expansionskärl som sin räddning. Men det finns ingen vinst med att ha ett sådant kärl i sin verksamhet. Det skapar bara merarbete. Det finns ingen kontroll eller överblick av dem som är i kärlet. De skapar merjobb i form sjukskrivningar och intyg. De ringer och klagar, och det skapar negativa vibrationer. Verksamheten i sin tur har ingen kontroll på vad som kommer in. Möjligtvis har de kontroll på vad som tas ut. Vilka som tas ut ur expansionskärl bygger mer på lust och tillfälligheter än en logisk gång. Få bort väntelistorna!

I stället bör verksamheten ha ett enkelt och tydligt flöde där man definierar sina huvudprocesser som ska vara understödda av väl definierade stödprocesser. Man får en tydlig kontroll på vad som kommer in och på vad man gör och hur man gör det. Det skapar inte ens de små kärnen på 90 dagar som inte heller bör finnas.

I svensk sjukvård måste vi lära oss att hantera variationer. Det behov och den efterfrågan vi har utanför dörren är inte statistiskt, men de flesta verksamheter är statiska. Så fort vi passerar gränsen för vår förmåga har vi tidigare stoppat in frågan i vårt expansionskärl. Det blir inte bra; det blir merjobb. Vi

måste ha en struktur och en verksamhet som har så pass mycket dynamik och flexibilitet att den klarar av variationerna. Det innebär att vi måste springa lite fortare ibland men också att vi kan ta det lugnare i vissa lägen. Men vi får aldrig, aldrig sätta upp patienter på väntelistor.

Alf Jönsson, Landstinget i Kalmar län: Landstinget i Kalmar län ligger enligt Socialstyrelsens rapport nationellt sett relativt väl till vad gäller tillgänglighet. De fyra tabellerna visar väntetid till besök, väntetid till behandling, läkarbesök inom sju dagar inom primärvården och telefontillgänglighet. Pilarna markerar var Landstinget i Kalmar ligger. Dessa jämförelser är i och för sig bra, men viktigare är att jämföra de egna resultaten över tiden. Det vi har att vinna är patienternas och medborgarnas förtroende för att vi klarar vårt uppdrag. Vi designar helt enkelt systemet ur patientens perspektiv. Det är mycket vi kan göra bättre. Låt mig få ge några exempel.

Det handlar om kontinuitet och om att inte ge upp om man lyckas nå en god tillgänglighet. Man måste fortsätta hålla i. Det gäller att ha fortsatt fokus på frågan. Det gäller att öppet och kontinuerligt redovisa detta och ha det som ett förändringstryck i verksamheten. Vårdgarantin innebär att man ska få kontakt. Nollan står för kontakt samma dag, sjuan står för att man ska komma till i primärvården inom sju dagar, 90 för 90 dagar till besök och till behandling. I Landstinget i Kalmar har det politiska systemet ställt krav på fem dagar för att komma till primärvården. För besök gäller 45 dagar i Kalmar och 30 dagar för besök i barn- och ungdomspsykiatri.

Till detta ska våra verksamheter under 2008 arbeta med att man ska lämna besked, till exempel från provtagning, som patienten förstår. Det är också viktigt. Vi måste få våra patienter att förstå vad det är vi skriver. Vi skriver ofta saker för vår egen skull.

I de nya politiska direktiven som gäller för 2009 kommer vi att sätta upp mål för väntetid på max tre timmar vid akutmottagningar. Vi ska givetvis även använda de stödinstrument som vi har jobbat fram tillsammans med våra grannar, framför allt Jönköping och Östergötland, med systematiken i förbättringsarbetet. Man har fattat beslut om att tillsätta resurser i Kalmar, 30 miljoner kronor, för systematiskt förbättringsarbete.

Vi ska också designa vårt system med processkartläggningar, till exempel för depression och diabetes. Vi måste också ta till nya instrument. Vi måste fundera på hur vi ska göra med sjuksköterskemottagningar. Vi måste utveckla vår telefonrådgivning ännu mer. Vi måste använda ny teknik för att klara detta.

Ulf Oscarson, Kvinnokliniken Skellefteå lasarett: Tack för inbjudan! Det känns som att bekänna sig lite till samma tro som de föregående talarna. Vad gäller Jönköping och Kalmar kan jag bära vittnesbörd om att det de har pratat om fungerar.

Vi på Kvinnokliniken i Skellefteå har bedrivit systematiskt förbättringsarbete i ungefär tio års tid. På den tiden har vi inte lyckats skapa några köer.

Skämt åsido, vi har fått en verksamhet som är i balans och vi har inte dragit över budget. Med mantrat systematiskt förbättringsarbete vet vi att det är ett fantastiskt sätt att engagera medarbetarna. Vi håller koll på vad våra patienter vill, patientdialogen, genom att självklart ha med alla vi opererar i kvalitetsregister. Hela den obstetriska vårdkedjan utvärderas löpande på webben. Vi har också koll på våra processer. Det är receptet.

Man måste ha ett recept och något som man kan tro på om man ska vara ledare i sjukvården i dag. Som ni alla vet har gapet mellan det medicinskt möjliga och det ekonomiska möjliga hela tiden ökat. Det enda som vi i dag vet säkert är att det kommer att öka mer och mer. Då måste vi som jobbar som ledare i sjukvården ha ett sätt att hantera det. Annars kommer våra medarbetare att slukas i gapet, gå in i väggen, inte klara av att jobba längre. Det ligger mycket allvar i detta. Vi måste ha ett sätt att tänka så att vi kan hantera det. Vi känner alla till rubrikerna om de extremt dyra behandlingarna som vi måste ha ett gemensamt sätt att hantera. Det vi ska hantera måste vi göra på ett bra sätt.

På 90-talet när vi började fanns två val. Antingen gjorde man som många i min generation och satte sig i gungstolen och sade att det var mycket bättre förr eller så gjorde man något. Vi byggde vår vision på detta: Medarbetarna fick i grupper prata om vad som är den goda arbetsplatsen där man vill jobba. Alla våra patientgrupper – Kvinnokliniken i Skellefteå har ansvar för bland annat mödravård och ungdomsmottagning; vi har väldigt diversifierad verksamhet – har fått tala om vad som ska känneteckna det ställe där de vill söka vård. Då har man som ledare en receptsamling för hur man ska bygga upp sin verksamhet.

Det medarbetarna sade är självklara saker som vi har testat i olika forum. Så vill man ha det när man jobbar. Som ledning får man ha en receptsamling med strategier och arbetssätt för hur man ska skapa det. Vi mäter hela tiden, för vi har koll på läget i allt vad vi gör, och ser att medarbetarna mår bra. Många säger: Om ni jobbar och inte har köer stressar folk då inte ihjäl sig? Nej, man trivs med att känna sig delaktig och vara med och jobba. Det syns i en jämförelse mellan Kvinnoklinikens och länets medarbetare. När det gäller negativ stress, alltså att man blir så pressad att man tidvis tappar kontrollen, blir medarbetare i sjukvården mest stressade av att inte kunna ta hand om folk och ge dem tid. Har man koll och balans blir det bra.

När det gäller patienterna är det temat för dagen som är det viktigaste, nämligen tillgängligheten. Man har rangordnat det som är viktigast. Det som komplicerar bilden är att varje individ har rätt att få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda även om det gäller bagatellartade åkommor. Här ser man diskrepansen. Den som har vrickat sig klockan fyra på natten på hemväg från krogen vill gå in på akuten och bli omhändertagen direkt. Så tycker patienten, men det är 6 procent av doktorerna som tycker att man ska få vård direkt. Ska detta snickras ihop måste man ha en strategi.

När vi i slutet av 90-talet diskuterade hur vi skulle designa vår mottagning, som är en specialistmottagning på sjukhus, kom vi fram till att tillgänglighe-

ten var A och O för patienter med nya problem. För patienter med kroniska problem, hos oss är det cancerpatienter, var vi överens om att kontinuiteten är viktigast. Grunden i vårt arbetssätt är att vända på alla stenar och ta till sig bästa tillgängliga kunskap. Ledstjärnan är Leon, lägsta effektiva omhändertagandenivå. Det har varit vårt viktigaste sätt att prioritera.

På nästan alla områden har vi lyckats att prioritera på det sättet. Kan man genom bra information få patienten att fixa jobbet själv är det allra bäst. Kan undersköterskan göra det sköterskan tidigare gjorde är det perfekt. Kan sköterskan göra det doktorn gjorde är det alla tiders. Kan doktorn med en knapptryckning på tangentbordet skriva ett brev utan att diktera, läsa och signera – för att han har redan tänkt igenom vad han ska säga – är det också effektivare. Leon är vårt mantra.

Konkreta exempel på detta är de tidigare läkarbesök som blev sköterskereklaterade mottagningar i stället. Abortverksamheten är intressant eftersom vi har kunnat se i debatten att man lyckats få köer till och med där.

Förr sade man att det var bland de frälsta och i team som var engagerade som det funkade. Vi hade ett team från vår ungdomsmottagning. De sade: Vi går in i väggen, vi käkar betablockerare, vi är alldeles slut, vi måste ha en barnmorska till. Jag skickade dem på ett genombrottsprojekt. De fick jobba med tillgänglighet med andra team. De gjorde det mest framgångsrika förändringsarbetet. Tidigare var verksamheten baserad på individuella besök, men efter att ha läst på insåg de att gruppbesök var värt att testa. När den största patientgruppen gick över till gruppbesök blev det mycket luft i systemet.

Som man var inne på från Jönköping tidigare är nyckeln till detta processer och processorientering. Det handlar förenklat om att man måste ha koll på vad man har för produkter, vad det är för patientgrupper man har ansvar för. Dem måste man definiera. Man måste ha en processledare och ett team kring denne. Vad är det som är så häftigt med processorientering? Standardisering är egentligen inte doktorernas nisch; doktorer är solister. Det är kanske därför det är svårt att få genomslag på det. Men standardisering är ett fantastiskt sätt att ta bort onödigheter. Tar man bort onödigheter får man, som vi såg tidigare, en säkrare vård. Det är inte lika spännande att göra på det här sättet som att hela tiden lägga till och hitta på nya saker. Men detta är det arbetssätt man definitivt måste ha.

Det enda område där vi inte lyckades fixa tillgänglighet och hålla balans var barnlöshetsbehandling. Där fick vi mycket starka politiska direktiv i början av 90-talet. I Västerbotten skulle man satsa 500 000 på behandling av barnlösa par, punkt slut. Då var vi tvungna att göra på traditionellt landstingsmanér och sätta dem på väntelista och i kö. När man kom fram i kön hade man så dåliga odds att bli med barn med provrörsbefruktning att det inte blev något av de pengarna. Så där höll det på. Det sved verkligen hos mig som ansåg att vi aldrig skulle ha köer. I dialog med politiker och landstingsledning – och med hjälp av en processledare som hållit lite ordning på abortverksamheten i alla år – undrade vi om vi inte tillsammans med politiker,

patientföreträdare och andra fick titta på hur man kunde göra. Håkan Lindström fick uppdraget.

Håkan Lindström, Kvinnokliniken vid Skellefteå lasarett: Det Ulf har sagt sammanfattar ganska bra alla punkter. Det gäller tillgänglighet, delaktighet och kostnadseffektivitet, men även, kan man säga, öppna och tydliga prioriteringar. Så här såg det nämligen ut. Landstinget hade ett åtagande som inte täckte hela efterfrågan men som framför allt var betydligt större än de resurser man hade. Det gav förstås långa väntetider.

Vi såg det. Vi rationaliserade och använde systematiskt förbättringsarbete för att öka kapaciteten så att vi kunde lägga utredningspengar på behandling i stället. Men det räckte inte. Det fanns ingen chans att få en balans i det här. Då var vi tvungna att göra prioriteringar och även ransoneringar. Vi gjorde det tillsammans med patientföreningen och ledningarna i landstinget. Det var hårda prioriteringar, kan man säga. Den som skulle behandlas fick till exempel inte vara överviktig. Det var åldersprioriteringar. Minst en skulle vara barnlös, och kvinnan skulle ha normal äggstocksfunction. Det här fick vi så småningom acceptans för, och hela regionens politiker har antagit det. Så småningom fick vi ett åtagande som var i balans med kapaciteten.

Hur har det gått? Jag kan som sammanfattning säga att det har gått bra. Vi har inga väntetider till behandling. Trots att vi har bara *en* behandling som landstinget finansierar, paren får sedan köpa vidare själva, är paren nöjda med det här. Det är tydlighet. Det är snabbhet. Det är delaktighet. De är faktiskt otroligt nöjda i dag.

Några reflexioner vill jag göra. Ska man göra på det här sättet? Ska man anpassa budgeten till indikationen eller tvärtom? Vi tycker att om man har begränsade resurser måste man satsa pengarna där de gör mest nytta. Man måste alltså anpassa indikationerna till de pengar man har, men i dialog förstås.

Här har vi ett typiskt exempel på öppna prioriteringar; allt finns att läsa på vår hemsida. Frågan är om politiker, verksamhetsledning med flera är mogna för det här. Det är tveksamt. Vi får hela tiden försvara oss mot olika företrädare, framför allt ombudsmän och riksdagspolitiker, som undrar om man kan göra på det här sättet. Men, som sagt, vi tycker att det här är enda vägen att gå, att vara tydlig.

Ulf Oscarson, Kvinnokliniken vid Skellefteå lasarett: Man kan hädiskt fråga sig om det finns något samband mellan resurser, resultat och tillgänglighet. Självklart gör det det. Men man kan, som vi har sagt, nå väldigt långt med Leon-principen och genom att förbättra inom processerna. Brist på idéer är det garanterat inte. Är det någonting som märks när man jobbar med systematiskt förbättringsarbete och släpper loss kreativiteten hos medarbetarna är det att det bara sprutar av idéer och förändringskraft. Jag lovar att de flesta grejer inte kostar mer pengar. Det är det som också är så fascinerande. Hela grejen med ledningsfilosofin är att man släpper loss kreativiteten. Medarbetarna får

bestämma själva. Man testar, mäter och genomför förändringar så länge det inte kostar mer pengar, och väldigt mycket blir faktiskt billigare.

Vår definition av systemskiftet är allas delaktighet, som ni har hört, nya arbetssätt, koll på processerna och att optimal tillgänglighet ger både nöjda patienter och nöjda medarbetare.

Ordföranden: Vårdcentralen Eden i Malmö representeras av Eva Svensson, verksamhetschef, och Tomas Kärrholt, distriktsläkare.

Eva Svensson, Vårdcentralen Eden i Malmö: Tack så mycket för att vi har fått komma hit i dag! Jag heter Eva Svensson och är verksamhetschef på Edens vårdcentral i centrala Malmö sedan januari 2007. Just nu pågår ett tillgänglighetsprojekt på vårdcentralen med utökade öppettider och nya rutiner. Det här projektet pågår från den 7 januari till den 15 juni 2008. Förändringarna har arbetats fram av personalen på vårdcentralen.

Tomas Kärrholt, Vårdcentralen Eden i Malmö: Jag heter Tomas Kärrholt och är distriktsläkare på vårdcentralen Eden. Vårdcentralen Eden ligger i centrala Malmö. Vårt upptagningsområde är ungefär 12 600 invånare. Vi har två delområden, Möllevången, som består av en ganska ung och fattig befolkning, och Rådmansvången, där befolkningen är något medelålders och lite mer ekonomiskt välmående.

Av vår befolkning har 85 procent valt läkare på vårdcentralen Eden. En tillgänglighetsfaktor som vi har haft ända sedan vi öppnade 1993 är att man kan ringa direkt till sin doktor varje dag. Vi har en timmes öppen telefontid.

Eva Svensson, Vårdcentralen Eden i Malmö: Anledningen till att vi ville prova ett nytt arbetssätt på Eden var att vi i första hand ville öka tillgängligheten genom att utöka våra öppettider. Sedan ville vi också tänka i nya banor och inte vara låsta i gamla rutiner – allt för att kunna erbjuda en bättre service och bättre kontinuitet till vår befolkning.

Dessutom ville vi utnyttja jourcentralen i mindre utsträckning. Jourcentralen i Malmö har väldigt hög belastning. Det är väldigt svårt att där göra insatser som tar längre tid. Det är ofta punktinsatser utan möjlighet till uppföljning. Vi ville hellre lägga de besöken på vårdcentralen. Vi ville också utnyttja lokalerna bättre. Det var anledningen till att vi ville göra det här förändringsarbetet.

Tomas Kärrholt, Vårdcentralen Eden i Malmö: Ett bra resultat kräver en bra och omsorgsfull planering. Vi började med att mäta en del olika saker. Vi mätte behovet av läkartid och sjukskötersketid i vår befolkning. Vi gick också ut med en befolkningsenkät för att efterhöra befolkningens önskemål om öppettider. Vi gjorde studiebesök på olika andra vårdcentraler som har prövat olika tillgänglighetsmodeller, och vi hade ett flertal planeringsdagar för att

låta idéerna växa fram underifrån och planera så att alla var överens om hur det skulle gå till.

Det ledde sedan till att olika yrkesgrupper på vårdcentralen kom fram till olika schemamodeller. Läkarna valde till exempel ett tvåveckorsschema där de själva valde om de ville jobba efter ett förmiddagsschema eller ett eftermiddagsschema. På så sätt fick vi en individualisering av schemalaggningsen. Sjuksköterskorna ville hellre jobba i schemalagda veckor. De jobbade på kvällsmottagningen varje kväll i en vecka till exempel och lade för den sakens skull upp ett sexveckorsschema. Sekreterarna däremot lade upp ett fyraveckorsschema.

Hur har vi då tänkt oss? Jo, utifrån det vi hade fått reda på tänkte vi ha öppet mellan kl. 7 och 20 måndag–torsdag och kl. 7–17 på fredagar. Befolkningssenkäten visade att det var ungefär två tredjedelar som ville komma under vanlig kontorstid och en tredjedel som gärna ville komma på kvällen efter arbetet. Det ledde också till att fördelningen av tjänstgöring och resurser gjordes utifrån det.

En annan sak som var viktig var att den här förändringen inte skulle leda till att produktionen minskade, utan produktionen av läkarbesök och sjuksköterskebesök skulle bibehållas.

Det vi dessutom gjorde var att vi ändrade planeringsmodulerna från 15-minutersmoduler till 10-minutersmoduler. Det gav en större flexibilitet att boka in patienter på 10, 20, 30 eller 40 minuter i stället för 15, 30 och 45. Vi använde överlappningstiden för de båda grupperna, både de som jobbade från tidigt på morgonen fram till eftermiddagen och de som började vid lunchtid och jobbade till kvällen, till att ha gemensamma möten, läkarmöten, arbetsplatsträffar, sjuksköterskemöten och så vidare.

Eva Svensson, Vårdcentralen Eden i Malmö: Vi vill kunna erbjuda våra patienter tider före och efter arbetsdagen. Vi vill också kunna erbjuda en högre tillgänglighet på telefon. I och med det har vi utökat öppettiden under dagen från 9 timmar till 13. Dessutom har varje läkare en timmes telefontid i början av varje arbetspass.

Vi hoppas också kunna se att det är ett minskat antal som söker till jourcentralen och därmed att man får en bättre vårdkvalitet och uppföljning på den egna vårdcentralen.

Personalen har i samband med dessa nya öppettider fått en utökning av sin kompetenstid. Vi har utökat denna för alla personalkategorier som är med i projektet.

En annan fördel för personalen är bland annat att läkarna inte behöver ha jour på jourcentralen måndag–torsdag utan man jobbar på sin egen enhet.

Sedan har vi lagt oss mycket vinn om att vi ska bibehålla det goda arbetsklimat som finns på vårdcentralen Eden i dag, bland annat genom att vi har regelbundna tider avsatta för gemensamma möten för hela personalen.

Tomas Kärrholt, Vårdcentralen Eden i Malmö: Som Eva sade tidigare är detta ett sexmånadersprojekt som började efter trettonhelgen och slutar i mitten av juni. I samband med att vi avslutar projektet kommer det att gå ut en enkät både till personalen och till patienterna. Som vi ser det vilar den här förändringen på tre ben, att medarbetarna är engagerade och intresserade och tycker att det här är något som är värt att fortsätta med, att patienterna tycker att vi gör någonting bra och att det är en bra tillgänglighet för dem samt att vi fortsätter att ha en bra produktion av läkarbesök och sjuksköterskebesök.

Eva Svensson, Vårdcentralen Eden i Malmö: Hittills har vi sett att vi har fått nöjdare patienter som anser att det är lättare att komma fram på telefon och som tycker att det är lätt att få komma till sin doktor eller sin sjuksköterska samma kväll som man ringer. Även personalen är nöjdare då de tycker att de har fått en större frihet med de nya arbetstiderna. Det är även en bättre arbetsmiljö, en lugnare arbetsmiljö. Tidigare var det ganska stimmigt i korridorerna vid en koncentrerad tidpunkt på dagen. Nu har vi spritt ut besöken under flera timmar, och det har faktiskt medfört att vi har lite lugnare arbetsmiljö.

Den absolut viktigaste framgångsfaktorn är att få medarbetarna att vilja förbättra och utveckla arbetet. För att få det är det mest väsentliga att de får vara med och bestämma och ha möjlighet att påverka.

Ordföranden: Tack så jättemycket! Nu har vi faktiskt gått igenom alla inbjudna presentatörer på listan. De har redovisat bakgrund, fakta och dessutom kombinerat med ett antal goda exempel. Det har varit mycket intressant.

Nu har vi ett antal ledamöter som vill ställa frågor.

Ylva Johansson (s): Tack för mycket intressanta föredragningar! Jag har två frågor. Den första riktar jag till Socialstyrelsen. Du nämnde olika hinder för att lyckas med tillgänglighetsstrategin. Där fanns inte frågan om prioriteringar med. Men det fanns något som hette brist i arbetsprocessen där det möjligen döljs. Jag skulle vilja fråga hur Socialstyrelsen bedömer att bristen på tydliga prioriteringar är ett hinder för att lyckas med tillgängligheten.

Min andra fråga ställer jag till SKL. Flera har tagit upp detta. Kalmar pratar om att om man gör något tidigt i processen så lyckas man bättre och använder resurserna bättre. Skellefteå pratar om Leon-principen. Det här leder rimligen till att primärvården är mycket viktig om man ska lyckas. Hur ser utvecklingen ut när det gäller att utveckla primärvården i förhållande till den specialiserade sjukhusvården inom vårdgarantin?

Finn Bengtsson (m): Herr ordförande! Bland presentationerna hörde jag någon tala om hur vi ska arbeta av vår ryggsäck. Jag funderade lite grann på om den typen av uttalanden speglar något som inte fullt ut har belysts och tänkte därför ställa en fråga till Socialstyrelsen men även till KI:s forskare Pia-Maria Jonsson. Jag undrar om det kan vara så att arbetet med att hjälpa människor

som söker till hälso- och sjukvården på något sätt i vårt system i dag ses alltför mycket som en belastning och ett besvär i arbetet i stället för som en tillgång, att få hjälpa sjuka människor, och därför också kanske tar bort intresset av att se arbetet som en utmaning.

Frågan är egentligen: Hur mycket handlar det här om att enbart förbättra lednings- och styrningsfunktionerna, om man inte är beredd att fråga sig om det i systemet i stort är möjligt att ta emot denna typ av förändring, från ett belastningsupplevande till ett mer stimulerande arbete, för dem som har lagt ned så mycket tid på att utbilda sig inom ett mycket svårt yrke, nämligen hälso- och sjukvårdsarbetet.

Maarten Sengers, Socialstyrelsen: Om vi börjar med frågan om prioriteringar vill jag säga att prioriteringsordningen måste förbättras. Det är de som har det största medicinska behovet som ska komma fram först i alla fall. Om man tittar på tillgänglighetsfrågorna generellt för hela den planerade vården tror jag att det grundläggande när det handlar om att förbättra tillgängligheten på det stora hela är att få bort de hinder som jag visade. Prioriteringar är alltså som jag ser det ett villkor för att det ska bli rätt ordningsföljd. Men det totala förhållandet mellan utbud och efterfrågan tycker jag är mer förknippat med de hinder som jag visade på både utbuds- och efterfrågesidan.

Jag skulle vilja be dig att upprepa din sista fråga en gång till.

Finn Bengtsson (m): Många verksamhetsföreträdare har vittnat om att de behöver en ökad lednings- och styrningsfunktion. Jag ställde då frågan: Kan det vara så att man kanske också måste titta på hur systemet inbjuder till att byta från synen att det här är besvärligt och arbetsamt till att det blir mer utmanande och mer positivt, sett ur deras synvinkel som faktiskt arbetar med patienterna, bland annat sjuksköterskor och läkare?

Maarten Sengers, Socialstyrelsen: Sedan jag lämnade den här rapporten har jag vid flera tillfällen haft möjlighet att prata med personer inom landstingen och hälso- och sjukvården om den här frågan. Jag anser att det här förändringsarbetet bygger mycket på både vilja och kunskap. Som vi har sett är det ofta ett problem att viljan inte finns. Ibland är det så att viljan finns men inte kunskapen. De personer som här har talat om tillgänglighetsarbetet på olika nivåer är eldsjälar. De har uthålligheten och förmågan att kommunicera ut det.

Jag tror att det kanske ska finnas en komponent inom utbildningen där logistik och flödestänkande tas fram så att personer inom hälso- och sjukvården som är involverade i den här processen ser vikten av det här från början, så att engagemanget inte är något som man ska kämpa för. Det hänger nu ofta på enskilda eldsjälar som hela tiden motiverar och kommunicerar ut detta. Finns det i utbildningen tror jag att man får in de nya rutinerna mer med automatik. Nu finns det mycket individuell excellens inom den svenska hälso- och sjuk-

vården, men när det gäller teamtänkandet och logistiktänkandet tror jag att det skulle behövas en komponent i utbildningen för att underlätta och minska gapet.

Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting: Frågan om relationen mellan primärvården och den specialiserade vården är intressant. Jag tycker att vi bör gå tillbaka lite grann till utgångspunkten för vårdgarantin. Det framkom väldigt tydligt när Dan Eriksson berättade vad som präglar deras tänkande. Vårdgarantin innebär ju att om en sak ska äga rum, ett besök ska ske, en behandling ska utföras, säger vårdgarantin att besöket ska ske inom kort tid. Vårt hittillsvarande tänkande har i väldigt hög grad präglats av att vi inte har resurser nog att ha hög tillgänglighet. Jag tycker att Dan Eriksson väldigt tydligt säger att vi egentligen inte har resurser att ha dålig tillgänglighet, för det drar mer resurser att vänta med en sak än att göra den tidigt i processen. Misstagen blir fler, säkerheten blir lägre och så vidare. Det gäller naturligtvis både i primärvården och i den specialiserade vården.

När det gäller relationen mellan primärvård och specialiserad vård ser vi ju att det område där vården har svårast att hålla väntetiderna, och där förbättringarna är som minst, är just väntetiden till det första besöket i den specialiserade vården. Det är klart att det delvis hänger ihop med att samarbetet fungerar för dåligt mellan primärvården och den specialiserade vården. En hel del av de remisserna skulle förmodligen inte heller behöva skrivas om man i någon mening kom överens om vem som ska göra vad. Det är säkerligen så att det skulle behöva göras mer i primärvården och att primärvården skulle behöva öka sin kapacitet att göra mer.

Det som görs specifikt är egentligen bara två saker, som jag kan säga. Det ena är de vårdvalsmodeller som här lyfts fram. Förhoppningen är att de ska skapa den kreativitet som behövs för att förbättra primärvården, men också kanske göra det intressantare att jobba i primärvården och därmed underlätta rekryteringen till primärvården. Vi tror att det kan ha en sådan effekt, i alla fall om de ambitioner som vårdvalen lyfter fram får en ökad tillämpning.

Sedan kommer vi också att utöka mätningarna av väntetiderna i primärvården. De sker i dag inte på samma systematiska och kontinuerliga sätt som i den specialiserade vården. De sker bara två gånger per år, men de kommer att göras tätare och med större frekvens.

Pia-Maria Jonsson, Karolinska Institutet: Jag får frågan: Är förbättrad lednings- och styrningsfunktion en del av lösningen? Definitivt, menar jag. Det tyder många inlägg här i salen också på. Men det finns också forskning kring det här. Själv representerar jag också Medical Management Centrum där vi försöker förstärka sjukvårdens ledare, alltså genom utbildning och kunskap om vilka verktyg som kan hjälpa till.

Det som slår mig i diskussionen är kanske att vi inte har hört så mycket om brukarnas roll och om samverkan mellan vårdgivare och brukare i vården. Arbetslusten kan också hänga ihop med hur den här kommunikationen och

interaktionen ser ut. Jag tror att det i vårdgarantiarbetet och också i vårdutvecklingen generellt är väldigt viktigt att även vara lyhörd för brukarnas prioriteringar. Det visar sig också i undersökningar att särskilt när det gäller kroniska patienter kan det vara så att kontinuiteten i vården är en väldigt viktig aspekt, även i jämförelse med snabb tillgång till vården.

Vi vet dessutom att brukarnöjdhet hänger ihop med arbetstagarnas nöjdhet, alltså personalen mår bra när patienterna är nöjda med de tjänster de får. Så det finns all anledning att fokusera på brukarinflytandet.

Elina Linna (v): I Socialstyrelsens redovisning fick vi höra att andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på specialistbesök varierade mellan 6 och 38 procent. Det är alltså fortfarande stora variationer. Den utmärkta redogörelsen från Gotland visade att många väntade utan att vara beredda att opereras. Det var semestrar och andra anledningar som skulle kunna påverka beredskapen att bli opererad.

Mina frågor riktar jag först och främst till SKL, men kanske också Socialstyrelsen kan kommentera: Hur ser väntelistorna generellt ut? Finns det behov av att på flera håll ”deala” med patienterna som inte ens är beredda att bli opererade inom en viss tid?

Lars-Ivar Ericson (c): Jag har två frågor. Den första går till representanterna för landsting och regioner. Är det möjligtvis så att man skulle kunna få en bättre tillgänglighet om ett enskilt sjukhus inom era områden koncentrerade sig på operation eller behandling av en viss åkomma, till exempel att alla höftleds- och knäledsoperationer skulle skötas på ett enda sjukhus i stället för på flera sjukhus?

Den andra frågan går till Ulf Oscarson. Du sade att det finns uppgifter som kan skötas lika bra av sköterskan som av doktorn. Kan du ge ett exempel på hur en sköterska har tagit över en doktors uppgifter och genom utökade befogenheter också underlättat för den effektiva vården?

Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting: Man kan verkligen betrakta det sätt på vilket de arbetade med väntelistor på Gotland genom att ha en aktiv dialog med patienterna som ett föredöme. Det är också det sätt att arbeta på som vi har velat förmedla från SKL:s sida till alla landsting. Om man har passiva väntelistor där patienter står lång tid utifall de någon gång skulle behöva en operation är det klart att det inte fungerar. Men om man har aktiva väntelistor, där det faktiskt finns ett beslut fattat om en operation som ska ske inom en månad eller två, måste patienten vara medveten om att han eller hon vill genomgå den här operationen och vara beredd att göra det. Det förutsätter egentligen en mycket mer aktiv dialog med patienterna när man har kortare väntetider. Det är också en del av saken.

Vi tror också att det i förlängningen leder till mer motiverade patienter som vet bakgrunden till att en behandling är aktuell och vad man själv behö-

ver göra för att förbättra förutsättningarna för att nå ett bra resultat av den. Vi tror att också säkerheten förbättras genom att man har den typen av radikalt förbättrad tillgänglighet i mycket bättre dialog med patienterna.

Maarten Sengers, Socialstyrelsen: Kvalitetssäkring är en punkt, och det som Roger nämnde, att patienter vet vad som kommer att hända, är en annan punkt.

Vi hade en hearing med patientorganisationer under utredningen. Ett uttalande som jag kommer ihåg mycket väl var att någon sade: Jag väntar hellre 120 dagar men vet exakt varför och på vilket sätt behandlingsupplägget är ordnat än att jag själv måste knacka på efter 90 dagar och vara osäker. Jag tror att man sparar tid också i vården genom att man slipper onödiga samtal. En patient som vet vad som händer är lättare att ha att göra med än en patient som inte vet vad som händer. Förutom det faktum att väntelistorna får bättre kvalitet och är kortare, har den längd som de bör ha, tror jag att de patienter som väntar också är nöjdare och inte belastar sjukvården på ett onödigt sätt.

Ulf Oscarson, Kvinnokliniken vid Skellefteå Lasarett: Mina bilder gick lite fort när jag visade en lista med några exempel. Men jag kan säga att när patienter söker på till exempel en kvinnoklinik eller en vårdcentral för flytningsbesvär är basen teamarbetet, det vill säga att man har en sköterska, en doktor och andra som är helt överens om hur behandlingen inom ett visst område ser ut. Då kan man lägga 80 procent av ansvaret på sköterskan som vet när hon ska konsultera doktorn. Har hon satt en viss diagnos kan doktorn, som har den lagliga rätten, skriva recept utan att ha undersökt patienten, men på sköterskans anvisning. Men grunden i ökat ansvar är teamarbetet – vem gör vad? – och att nyttja vars och ens kapacitet. Abortverksamheten är ett exempel, inkontinensmottagning ett annat. Det finns ett otal exempel på förändrade arbetssätt som gör att man kan frigöra tid till annat.

Thomas Nihlén (mp): Jag har en fråga till Pia-Maria Jonsson. Det gäller den lagstiftade vårdgarantin i Finland. När en vårdgivare bryter mot vårdgarantin i Finland, finns det då några andra sanktionsmöjligheter än att utdöma böter till sjukvårdshuvudmannen? Finns det några lagstiftade rättigheter för den enskilde patienten i den finska vårdgarantin?

Chatrine Pålsson Ahlgren (kd): Tack för utomordentligt goda föredragningar. Jag har två frågor.

Den ena är till Dan Eriksson som sade: Vi har inte råd att låta människor stå i kö.

Ändå kanske vi inte lika ofta talar om de smärtor och den oro som en patient känner och som också är ett kapital.

Finns det någon studie som visar hur lång rehabiliteringen är om man till exempel genast blir opererad i en höft eller ett knä jämfört med om man får

vänta tre, fyra, fem eller sex månader? Blir rehabiliteringen längre ju längre man får vänta på ingreppet?

Min andra fråga är till Socialdepartementet. Vilka slutsatser har ni på Socialdepartementet dragit av Socialstyrelsens rapport om att vårdgarantin inte fungerar överallt i landet?

Pia-Maria Jonsson, Karolinska Institutet: När det gäller den finska lagstiftningen är det inte en särskild lag om vårdgarantin. Vårdgarantin introducerades genom att man gjorde ändringar i flera redan existerande lagar, till exempel lagen om folkhälsan, lagen om specialistsjukvården och även när det gäller patientens rättigheter – en sådan lag fanns redan i Finland.

Sanktioner och bestraffningar var inte särskilt tydliga i lagstiftningen. Vi har alla avvaktat hur det här skulle bli.

När det gäller möjligheten att utöva någon annan typ av sanktion än just bötesfällning tror jag inte att det är aktuellt just nu. Det är också osäkert om de böter som man nu diskuterar kommer att utdömas eftersom distrikten är så motiverade att arbeta enligt garantin.

Det har funnits och finns naturligtvis möjlighet för finska medborgare bosatta i Finland att komma med klagomål. Det har förekommit att man har klagat till exempel hos riksdagens Justitieombudsman beträffande barnpsykiatrisk verksamhet och behandlingen av patienter med anorexi. Därifrån har man hotat med sanktioner för att förbättra läget.

Jag är osäker på hur utvecklingen kommer att bli i Finland.

Dan Eriksson, Landstinget i Kalmar län: När jag sade att vi inte har råd att låta patienter vänta syftade jag i första hand på att det kostar för mycket ur resurssynpunkt att låta dem vänta. Det är en viktig fråga, tycker jag.

Jag antar att du menar: Opererar vi våra patienter för sent? Mig veterligen – jag vet inte allt om detta – finns det en stor studie i Europa som talar om att vi vid höftproteskirurgi opererar lite för sent. Vi får alltså ut för lite dåliga resultat.

Vi har ett högkvalitativt höftregister, Svenska höftprotesregistret, där det finns en *cost-benefit*-analys som visar att det lönar sig att operera höftproteser på äldre människor. Samhället sparar pengar trots att det är en dyr operation.

Tobias Nilsson, Socialdepartementet: Den slutsats som vi drar av Socialstyrelsens genomgång är att de köer som visas inte är okej. Det är oacceptabelt att så många människor får vänta så länge på behandling och besök. Så ska det inte vara. Vård ska ges efter behov, och vård ska ges i tid. Ingen ska behöva vänta så länge som indikeras.

Vi har redan satsat nya pengar på tillgängligheten. 250 miljoner kronor är redan satsade. Socialstyrelsens rapport visar att det inte är ytterligare pengar som är det primära. På vissa håll kan det säkert behövas, men det primära är inte nya pengar.

Den här dagen har visat att det i stället till stor del handlar om att lyfta fram de positiva exempel som finns. Det pågår mycket arbete på lokal nivå och på landstingsnivå där man löser tillgänglighetsproblemen. Det har de här positiva exemplen visat. Jag tror att det centrala är att sprida de här positiva exemplen och jobba mer med öppna jämförelser, som det heter, det vill säga jämföra vårdens resultat.

Vi har satsat pengar i arbetet med att sprida vårdens resultat tillsammans med SKL i olika projekt i något som kallas Strategi för en god vård.

Det andra viktiga är patienten. Patienten måste komma i fokus mycket mer än i dag. Patientens ställning behöver stärkas, och patienten behöver känna trygghet och säkerhet i att i tid få den vård han eller hon behöver.

Vi kommer med förslag på det området under året. Just nu arbetar en utredning med de frågorna. Vi återkommer när det gäller detaljerna i förslagen. Patientens ställning behöver stärkas – det är helt nödvändigt.

Per Svedberg (s): Tack för en trevlig tillställning. Det är alltid roligt att lyssna till goda exempel.

Jag är helt övertygad om att det finns goda exempel över hela landet. Jag är nyfiken på att höra vad SKL har att säga om skillnaderna i tillgänglighet mellan glesbefolkade landsting och tätbefolkade landsting. Jag kommer från ett område som är hyfsat glest. Där har vi en viss problembild. Kan du ge en kort beskrivning och en analys av varför, om det nu finns skillnader?

Maria Lundqvist-Brömster (fp): Tack för en väldigt intressant dragning.

Socialstyrelsen visade på vilka hinder som finns för en god tillgänglighet. Där var effektivitetsbristerna och oviljan att förändra de största hindren. Resurser och personalfrågor var inte lika stora hinder på de tabeller som du visade.

När jag tittar på landstingen med röda pilar, där alltså tillgängligheten är sämre och där man inte kan hålla vårdgarantin, funderar jag över: Hur många av de landstingen har en ekonomisk obalans eller mycket personal som går runt på stafett?

Den frågan ställer jag till Socialstyrelsen. Jag vill också ställa en fråga till SKL och till Kalmar.

Genombrottsprojekt, som Ulf Oscarsson från Skellefteå föredömligt redovisade, har ju pågått inom landstingsvärlden under ganska lång tid. Det har varit bra projekt. Det finns många goda exempel. Samtidigt är det svårt att helt sätta ned foten i landstinget. Kalmar pratar om att det finns alldeles för ålderdomliga strukturer. Dan Eriksson sade att det inte kan vänta utan att man måste sätta ned foten.

Vårdpersonal som jag har träffat frågar ofta: Varför får vi inte mandat att själva ha makt över vår budget?

Tittar man över det inom SKL? Är det ett sådant mandat man i Kalmar har fått av beslutsfattare?

Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting: Vi gör inte bedömningen att det handlar om huruvida det är ett glesbefolkat eller ett mer tätbefolkat landsting. Det verkar inte vara avgörande för om man har god tillgänglighet eller inte. Vi har inte väldigt bra tillgänglighet på de håll där det är mest tät befolkad – Stockholm eller Skåne till exempel.

Jag tror att det helt och hållet handlar om det som man har lyft fram här i dag, nämligen ledarskap och hur man betraktar tillgängligheten. Ser man det som något som drar resurser eller ser man det tvärtom så att man med en god tillgänglighet får mer resurser över till annat?

När det gäller sambanden mellan ekonomi och god tillgänglighet är det snarare så att i de fem sex landsting som har god tillgänglighet, hög kvalitet och nöjd befolkning – enligt de öppna jämförelser vi gör – är det vanligare att man har god ekonomi och kontroll över kostnaderna. I de landsting som inte har så god tillgänglighet, som inte har så goda medicinska resultat och därmed inte så nöjd befolkning är det vanligare att man har problem med ekonomin.

Vi tror snarare att om man kan jobba så att man skapar god tillgänglighet och om man gör det som ska göras med kort väntetid får man bättre kvalitet, bättre säkerhet och bättre förutsättningar att hantera ekonomin på köpet.

Maarten Sengers, Socialstyrelsen: Den första delen av din fråga handlade om landstingens ekonomi. Vi har inte gjort någon direkt kartläggning av hur väntetider och landstingens ekonomi hänger ihop. Vi kan se att personalbrist är ett problem inom vissa terapiområden. Psykiatri har nämnts flera gånger.

Det finns en skillnad mellan landstingen när det gäller hur personalbrist påverkar väntetiderna. En sak som vi har lagt märke till är att landsting som har många primärvårdscentraler med stafettläkare har problem med att remissflödet till den specialiserade vården ökar eftersom det inte finns en kontinuitet mellan patient och läkare.

Vi har också lagt märke till att det mycket handlar om perspektiv. Om man pratar med dem som dagligen jobbar med vårdgarantin, till exempel koordinatörer inom landstingen eller personer på SKL, brukar man säga att viljan att förändra effektivitetsbrister i organisationen är den stora frågan. Inom hälso- och sjukvården brukar man lyfta fram resursfrågan och personalfrågan lite mer.

Vi bedömer att det till stor del är just viljan och kunskapen att förändra som är den stora frågan, men man kan inte bortse från personalfrågan. Vi har ritat den lite mindre i den här fiktiva bilden eftersom vi tror att de andra punkterna är viktigare.

Alf Jönsson, Landstinget i Kalmar län: Frågan gällde makt över budget. I landstinget i Kalmar har vi haft förmånen att inte ha en massa experiment utan vi har kunnat jobba över tiden. Det tar tid att genomföra saker och ting så att det blir bättre.

Den andra frågan som jag tycker har större betydelse är att ha god tillgång till personal så att man kan planera sin verksamhet.

De faktorerna har större betydelse och har större drivkraft än budgeten. Visst har man i vårt landsting en stor frihet inom den budget som är lagd. Man behöver inte experimentera.

Catharina Bråkenhielm (s): När man hör beskrivningen av hur man jobbar med tillgängligheten känns det väldigt självklart. Man kan fundera över varför det inte har hänt något tidigare. Varför har man inte börjat tidigare? Hur många landsting ligger efter er? Representanterna har ju här i dag berättat hur man har jobbat. Det låter väldigt självklart.

Jag vill fråga SKL eller Socialstyrelsen hur det ser ut i de andra landstingen. Hur jobbar man där för att komma dit representanterna här har kommit? Ska alla uppfinna hjulet igen eller finns det andra lösningar som svar på problemet?

Jag har en fråga till.

Tillgängligheten är också något annat, det är att man som patient får hjälp med helheten. Man kanske har flera sjukdomar. Då får man börja köa i ruta ett igen. Det är också en brist på tillgänglighet, tycker jag. Det gäller också flexibilitet.

Jag träffade en äldre kvinna som hade gått länge med en skadad vrist och hade haft ett ganska dåligt liv. Hon hade väntat länge på operation. I halkan ramlade hon och bröt benet och skulle operera benet. Hon sade: Då kan ni väl operera min vrist samtidigt så att jag inte behöver gå i sex, åtta veckor två gånger. Jag klarar mig inte.

Nej, då är det en annan avdelning så hon fick inte det. Det ser jag som en brist på flexibilitet och tillgänglighet. Varför är det så?

Magdalena Andersson (m): Som många andra är jag väldigt fascinerad över den stapel som Socialstyrelsen visade och som handlar om den bristande tillgängligheten och framför allt att den största rutan var bristande vilja till förändring, inte läkartillgång.

Hur har ni funderat kring den rutan? Vilka komponenter finns det i den bristande viljan? Det kan väl inte vara elfte och tolfte budet. Så har vi aldrig gjort och så här har vi alltid gjort. Så enkelt kan det väl inte vara. Det måste vara något annat som ingår i den bristande viljan. Jag skulle gärna vilja veta vilka reflexioner ni gör.

Jag har en fråga till Västra Götaland också. Jag reagerade över att 10 000 gråstarrsoperationer inte hade behövt göras.

De som har blivit opererade har väl rimligtvis ändå gått till en optiker eller läkare för att de såg sämre och känner troligen att de har fått en bättre livskvalitet efter operationen. Jag har svårt att förstå resonemanget att det inte hade behövts.

De som egentligen kan svara på detta är ju pensionärsorganisationerna. Ser ni att det görs för många gråstarrsoperationer bland era medlemmar?

Tobias Krantz (fp): Tack för intressanta och spännande föredragningar. Som smålänning noterar jag att flera av de positiva exemplen kommer från Småland. En av lösningarna på problemen kanske är att vi behöver mer av småländsk småföretagaranda också inom svensk sjukvård.

Jag riktar min fråga framför allt till representanterna från Gotland, Kalmar län och Jönköpings län. Ni är ju lysande eldsjälar och på ett sätt lysande undantag i den svenska sjukvården i dag. Ni har lyckats väldigt väl med tillgängligheten bland annat genom att ha öppna jämförelser och genom att ställa tuffa och hårda krav på de chefer som är ansvariga ute i verksamheten.

Min fråga till er är: Vad har ni för synpunkter och idéer om hur vi skapar de positiva drivkrafter som gör att fler landsting och kliniker i Sverige blir som ni?

Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting: Det är riktigt som frågeställaren säger. Bland de landsting som finns här i dag finns de som har lyckats allra bäst med vårdgarantin. På många håll är det inte alls så lysande resultat.

Rent allmänt kan sägas att ungefär 30 procent av patienterna, både när det gäller det första besöket i den specialiserade vården och väntetiden för behandling i den specialiserade vården, får vänta längre än de utlovade 30 dagarna.

Man kan ju förledas att tro att vi fick en vårdgaranti för första gången 2005 när vårdgarantin utvidgades. I själva verket har vi för de områden som vi diskuterar – väntetid för höftledsoperation, starroperation, knäledsoperation, framfall och så vidare – haft en vårdgaranti i 15 år, sedan 1992. Det är alltså ganska länge sedan det löftet ställdes ut.

Jag är inte så jätteoptimistisk. Jag är inte helt övertygad om att de goda exempel som vi ser verkligen sprider sig. De sprider sig i alla fall inte tillräckligt snabbt för att kunna ge utdelning inom rimlig tid. Det är inte rimligt att patienterna så mycket längre ska behöva vänta längre än de tidsgränser som är utlovade i vårdgarantin.

Jag tror att det behövs något radikalt annorlunda än det vi har sett hittills. Jag kan mycket väl tänka mig att det behövs mycket mer av ekonomiska drivkrafter för landstingen att leva upp till vårdgarantin, men det kanske förtjänar ett eget seminarium.

Jag kan kort tala om vad vi gör på SKL.

Vi tycker att en del av bekymren finns i att kunskapen i vården om vad vårdgarantin innebär är låg. Vi har utarbetat en enkät som landstingen kan använda i syfte att få reda på hur mycket personalen egentligen kan om vårdgarantin och vilken attityd man bär på.

Jag tror att en vanlig attityd är att vi inte har råd att ha korta väntetider. En vanlig attityd är att det strider mot riksdagsbeslutet om prioriteringar och har oönskade effekter.

Jag tror bestämt – det har vi förstått av bland andra Dan Eriksson – att om man gör något som ska göras med kort väntetid får man snarare resurser över till sådant som man eventuellt tycker är mer angeläget.

Vi producerar nu den film som ni såg en trailer på. Den kommer att spridas i vården vid olika typer av ledningsseminarier. Där för man framför allt fram de erfarenheter man har från Kalmar. Vi kommer att samla alla landstingsledningar, både politiska ledningar och tjänstemannaledningar, för att utifrån filmen diskutera vad man kan göra för att snabbare nå bra resultat.

Har vi inte ganska länge hört talas om goda exempel? Är inte en del av oss ganska luttrade? Sprids de verkligen?

Jag kan tänka mig att det krävs mer av ekonomiska drivkrafter för att landstingen radikalt och en gång för alla ska skapa ett ledarskap och ett management som ser till att vi fortsätter att uthålligt ha korta väntetider.

Maarten Sengers, Socialstyrelsen: När det gäller frågan om damen som bröt benet kan jag säga att det är svårt att uttala sig om individuella fall. I en enkät som Socialstyrelsen gjorde i höstas försökte vi göra en kartläggning av hur landstingen arbetar och hur hälso- och sjukvården arbetar i olika landsting. Där ser vi att skillnaderna är väldigt stora. Det är möjligt att den här damen i ett annat landsting eller på ett annat lasarett skulle ha fått hjälp direkt. Det är svårt att uttala sig om. Det låter naturligtvis som om det vore bättre för patienten och för vården om man hade gjort detta samtidigt. Det är svårt att uttala sig i individuella fall.

När det gäller viljan i vården tycker jag, såvitt jag kan se, att SKL trycker på rätt knappar genom att sprida den här filmen med information om lyckade exempel. Vissa landsting har en bra dialog mellan politiker och hälso- och sjukvården.

Jag tror att om man ber enhetschefer att påbörja ett förbättringsarbete men inte talar om andra problem är det svårt att motivera. Det är viktigt att ha täta kontakter och uppföljningar mellan politiker, förvaltning och enhetschefer. Landsting som har lyckats väl är ofta duktiga på just det. Viljan hänger mycket på hur man kommunicerar.

Lars-Olof Rönqvist, Västra Götalandsregionen: När det gäller kataraktoperationerna är historien, om vi går tillbaka åtta–tio år i tiden, att det fanns stora tillgänglighetsproblem inom kataraktverksamheten. Genom förändrade behandlingsmetoder effektiviserades vården radikalt. För tre–fyra år sedan hade vi inga köer alls. Då dök varma sängens teori upp, det vill säga att om det inte finns patienter skapas de. Det gjorde att man sänkte indikationsgränserna.

Jag är övertygad om att merparten av de 10 000 patienterna har fått en bättre livskvalitet, men vi har samtidigt missat att göra de horisontella prioriteringarna. Det finns säkert patientgrupper i andra specialiteter som det från en sjukvårdspolitisk utgångspunkt hade varit mer optimalt att kanalisera pengarna till.

Karl-Erik Axelsson, Sveriges Pensionärsförbund, SPF: Jag ska svara på frågan om vårdgarantin för starroperationer och om våra medlemmar upplever att operationen har varit onödig. På den frågan måste svaret vara nej. Den signalen har vi inte fått.

När det gäller vårdgarantin var det tidigare ett bekymmer med starroperationerna, men det har utvecklats positivt.

Ann-Christin Olsson-Kullberg, Gotlands kommun: När det gäller vad som skapar de positiva drivkrafterna handlar mycket om kunskap.

När vårdgarantin kom och Veronika och jag var ute på kirurgkliniken och ville bli insläppta i väntelistorna som fanns där möttes vi av inställningen: Vi har kontroll. Vi har inga problem. Vi vet hur det ligger till.

Vi lyckades ta oss bakom den diskussionen och faktiskt gå in och titta på väntelistorna. Det är ett kulturskifte inom hälso- och sjukvården att man faktiskt blir insläppt i de egna rummen. När man väl är där blir det en ökad kunskap om att verkligheten kanske inte ser ut som man har trott hittills. Det handlar om att följa upp och intressera sig för resultat.

Göran Henriks, Landstinget Jönköpings län: Vi brottas med ett perspektivskifte. Vi måste gå från att ha patienten i fokus till patientens fokus. Vi måste se att mer inte alltid är bättre. Vi måste bli betydligt bättre på kundsegmentering och därmed undvika det största slöseriet inom hälso- och sjukvården nämligen den suboptimering som skapas när mer alltid är bättre eller mer pengar alltid är lösningen. Vi måste i stället se att management i hälso- och sjukvård är roligt, och vi måste vara rädda om de chefer vi har och ställa större krav och högre förväntningar på dem.

Alf Jönsson, Landstinget i Kalmar län: Jag tackar frågeställaren för att han tycker att det är positivt med Småland.

Det handlar om att designa systemet ur patientens perspektiv. Vi har en multiprofessionell verksamhet. Vi behöver jobba med detta på ett annat sätt och det innebär att jobba med värdegrundsfrågorna och öppet redovisa våra resultat.

Det finns resursbehov eftersom det kommer nya frågeställningar, nya läkemedel, nya terapier och nya riktlinjer. Då behöver vi alla resurser till det.

Ylva Johansson (s): Jag vill tacka alla som har deltagit. Det har varit lärorikt och informativt. Det hoppas jag att alla som har följt utfrågningen kan hålla med om.

En viktig slutsats är att tillgänglighet inte bara handlar om köer; det är ett mycket bredare perspektiv. Det var intressant att höra från Kalmar, som är ett av de län som ligger bäst till när det gäller tillgänglighet, att man har satt upp nya mål för hur man ska gå vidare. Man ska ge besked direkt. Man ska inte behöva vänta på svar. Man ska inte behöva vänta för länge på akuten. Här

talar vi inte om några 90 dagar, här är det mycket kortare väntetider. Man ska ha olika garantier för olika typer av diagnoser. Man ska använda det nya telefonnumret 1177 och använda webben.

Det här visar på bredden av tillgänglighet. Det handlar inte bara om köer.

Det är slående hur alla har återkommit till hur viktigt det är att ledningen – både den politiska och tjänstemännen – prioriterar den här frågan. Det räcker inte att bara säga att man tycker att det är viktigt med tillgänglighet. Man måste göra ett seriöst och systematiskt arbete om hur det ska gå till och vinna förtroende för det.

Inom en offentligt finansierad sjukvård finns det alltid ett politiskt ansvar för prioriteringar. Sjukvård prioriterar alltid. Man kan ha en marknadsprioritering där den som har råd skaffar sig sjukvård och de som inte har råd inte får det. Den vägen har vi inte valt i Sverige. Vi har valt att ha ett offentligt finansierat sjukvårdssystem. Det betyder att ansvaret för prioriteringar och ansvaret för tillgänglighet ligger hos politiker.

Då menar jag att man måste tydliggöra vad man menar med tillgänglighet. Jag tror att det är fem perspektiv som man måste vara tydlig med.

Det handlar om service. Vården är till för att lindra, trösta och bota. Då är det viktigt *att* man blir bemött och *hur* man blir bemött. Det är viktigt att någon svarar i telefonen när man ringer. Jag ringer därför att jag upplever mig sjuk och skör. Det är därför jag hör av mig till vården. Service är en viktig del i att lindra och trösta. Man ska få svar och få besked och veta vad man kan vänta sig.

Bilder från utfrågningen

Maarten Sengers, Socialstyrelsen

Uppföljning av den nationella vårdgarantin

 Socialstyrelsen

Viktigaste slutsatser

- Vårdgarantin har haft en begränsad effekt på väntetidsutvecklingen.
- Det finns stora skillnader mellan landstingen när det gäller väntetidsutvecklingen.
- Landstingen agerar inte alltid i enlighet med överenskommelsen när det gäller att aktivt informera och hjälpa patienten.
- Undanträngning noteras från olika håll men det har inte gått att påvisa undanträngning på nationell nivå.
- Arbetet med medicinska indikationer bör systematiseras, både när det gäller framtagning, implementering och uppföljning.

 Socialstyrelsen

Uppdraget: 2 huvudfrågor

1. Vad har gjorts?

SKL:s övergripande arbete

Landstingens satsningar på ökad tillgänglighet

Arbetet med att ta fram enhetliga medicinska indikationer

2. Hur har det gått?

Vårdgarantin i praktiken

Väntetidernas utveckling

Eventuella önskade effekter i form av undanträngning

 Socialstyrelsen

Väntetidssituationen varierar kraftigt mellan mellan landstingen

- Andelen besvarade telefonsamtal i primärvården varierade mellan 60 och 97 procent.
- Andelen patienter som söker en tid för läkarbesök i primärvården och får den inom 7 dagar varierade mellan 79 och 96 procent.
- Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på specialistbesök varierade mellan 6 och 38 procent.
- Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på beslutad behandling varierade mellan 12 och 46 procent.

 Socialstyrelsen

Siffrorna bör tolkas med försiktighet

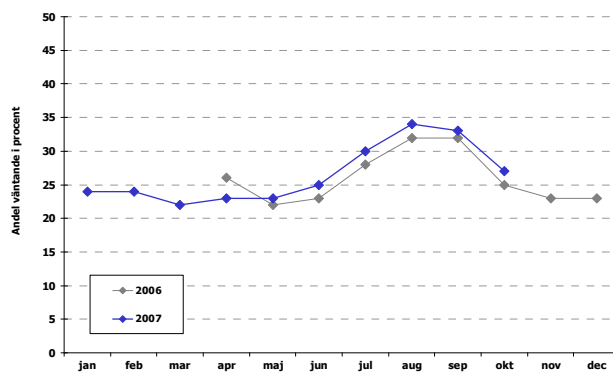
Osäkerhetsfaktorer

- Stora säsongsmissiga fluktuationer.
- Ofullständig inrapportering.
- Viss data inte kvalitetssäkrad.
- Förändringar i antalet behandlingar och mottagningar som ingår i mätningarna.

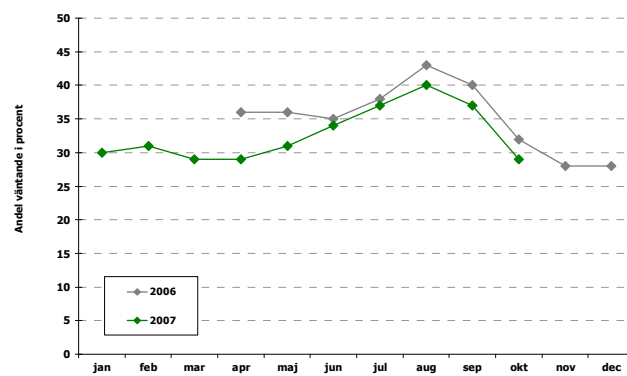
Uppgifter om väntetider är inte en absolut sanning

- Ingen information om exakt hur länge patienterna väntar.
- Ingen information om den totala väntetiden (d.v.s. inklusive väntetider till utredning mellan första besök och behandling)
- Ingen information om det verkligen är det medicinska behovet som styr prioriteringen.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på besök mellan april 2006 och oktober 2007:



Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på behandling mellan april 2006 och oktober 2007:



Socialstyrelsen

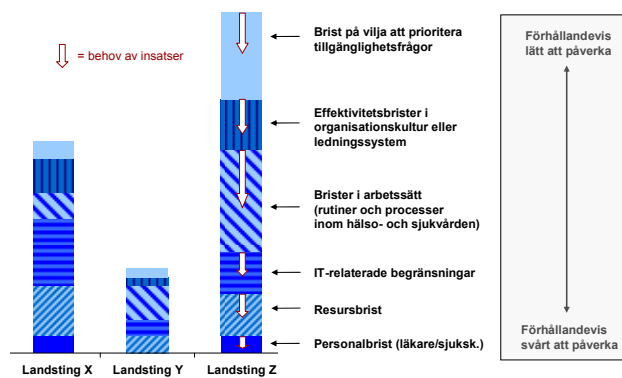
Jämförelse av trender i landstingen

Landsting/region	Besök	Behandling			
Stockholm	↑	↓	Halland	↑	=
Uppsala	↑	↓	Västra Götaland	↓	↓
Södermanland	X	↓	Värmland	↑	↑
Östergötland	↑	↑	Örebro	↓	↓
Jönköping	↑	↑	Västmanland	↓	↓
Kronoberg	↑	↓	Dalarna	↓	↑
Kalmar	↓	↑	Gävleborg	↓	↓
Gotland	↓	↑	Västernorrland	↑	↓
Blekinge	↓	↑	Jämtland	↑	↓
Skåne	↑	↓	Västerbotten	↑	↑
			Norrbottn	↓	↓

Lägre andel patienter som väntat längre än 90 dagar
 Högre andel patienter som väntat längre än 90 dagar

Socialstyrelsen

De främsta hindren i tillgänglighetssatningarna



Socialstyrelsen

Undanträngning

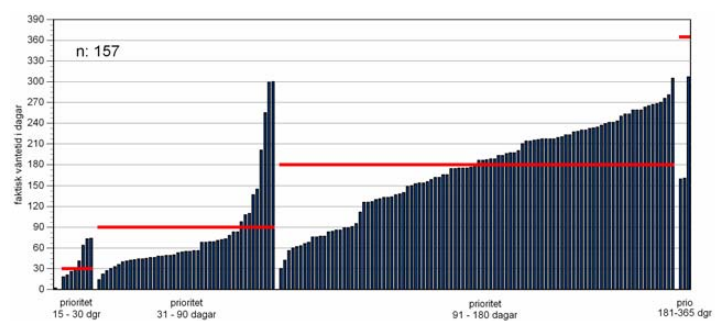
Undanträngning: negativa omfördelningseffekter som kan bli resultatet av prioriteringar som avviker från de gällande prioriteringsriktlinjerna och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand.

I vårdgarantisammanhang finns det tre huvudsakliga former av undanträngning som bör bevakas:

1. Undanträngning inom samma patientgrupp genom att de som ligger nära tidsgränsen för vårdgarantin eventuellt kan tränga ut patienter med högre prioritet.
2. Undanträngning av patientgrupper som inte täcks av vårdgarantin.
3. Undanträngning av patienter i delar av vårdkedjan som inte täcks av vårdgarantin.

Socialstyrelsen

Exempel på hur undanträngning kan se ut: Östergötland



Faktiska väntetider för patienter som opererades med primär höftledsplastik i Östergötland våren 2007, jämfört med den beslutade medicinska prioriteringen.

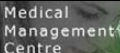
Pia-Maria Jonsson, Karolinska institutet



FÖRBÄTTRAD TILLGÄNGLIGHET GENOM VÅRDGARANTIER?

Pia Maria Jonsson
Marianne Hanning
Medical Management Centrum, MMC
Karolinska Institutet
pia.maria.jonsson@ki.se
Tel 08-524 86189, 070-9901427

<http://lime.ki.se/mmc>



VÅRDGARANTIER I ANDRA LÄNDER

- England
- Canada
- Norge
- Danmark
- Finland

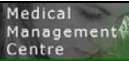
<http://lime.ki.se/mmc>



BAKGRUND

- Offentligt finansierade, decentraliserade, integrerade system
- Vård på lika villkor
- Regionala variationer
- Ökade konsumentkrav
- Politisk känslighet

<http://lime.ki.se/mmc>



Vårdgarantin i Finland

- **Lagstiftning** fr.o.m. 1 mars 2005
- **Väntetider:** Bedömning inom primärvården inom 3 dagar, inom specialistsjukvård inom 3 veckor, behandling inom 6 mån från konstaterat vårdbehov
- **Gemensamma kriterier** för icke-brådslande behandling
- **Extra resurser:** Köpengar 2003-04 (50 milj. eur), kommunerna använt ca. 380 milj. eur 2002-07. 70% av extra resurserna till specialistsjukvård.

<http://lime.ki.se/mmc>

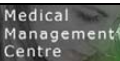


Vårdgarantin i Finland

REDOVISADE EFFEKTER

- Färre patienter väntat > 6 mån, effekten avplanat något 2007
- Regionala variationer minskat något
- Fördelningseffekter mellan verksamhetsområden: kirurgiska specialiteter (främst ortopedin) ökat, kvinnosjukvård och psykiatri minskat
- Inga ändringar i kommunernas utgiftsfördelning specialistsjukvård /primärvård - 60/40
- Inga väsentliga trendbrott i sjukskrivningar eller sjukskrivningskostnader

<http://lime.ki.se/mmc>



Vårdgarantin i Finland

RAPPORTERADE ÄNDRINGAR I ORGANISATION OCH ARBETSSÄTT

- Bättre processbeskrivningar /modeller
- Köadministration
- Privata producenter
- Dagkirurgi
- Mer effektiv användning av operationssalar
- Tydligare ledarskap
- Flexibla arbetstider, skiftarbete, kvällar, veckoslut
- Ekonomiska incitament, övertidsersättningar, högre lön, resultatlön
- Ändrad arbetsfördelning mellan personalkategorierna

<http://lime.ki.se/mmc>

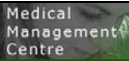


Vårdgarantin i Finland

GEMENSAMMA KRITERIER FÖR ICKE-BRÅDSKANDE BEHANDLING

- Social- och hälsovårdsministeriet distribuerade till samtliga läkare
- Expertgrupper förvaltar /uppdaterar, koppling till Läkaresällskapets riktlinjearbete ("Gångse praxis")
- De flesta distrikt och vårdcentraler har anordnat utbildningar och åtminstone delvis tillämpar kriterierna
- Läkare och sjuksköterskor ser positivt på kriterierna, men använder dem i begränsad omfattning – för enkla och stela i vårdens vardag?
- Underlättat kommunikation primärvård /specialistvård samt vårdare /patient

<http://lime.ki.se/mmc>



- **Incitament inbyggda i garantin**
- **Systematisk uppföljning**
- **Tillsyn och styrning på basis av uppföljningsresultaten**

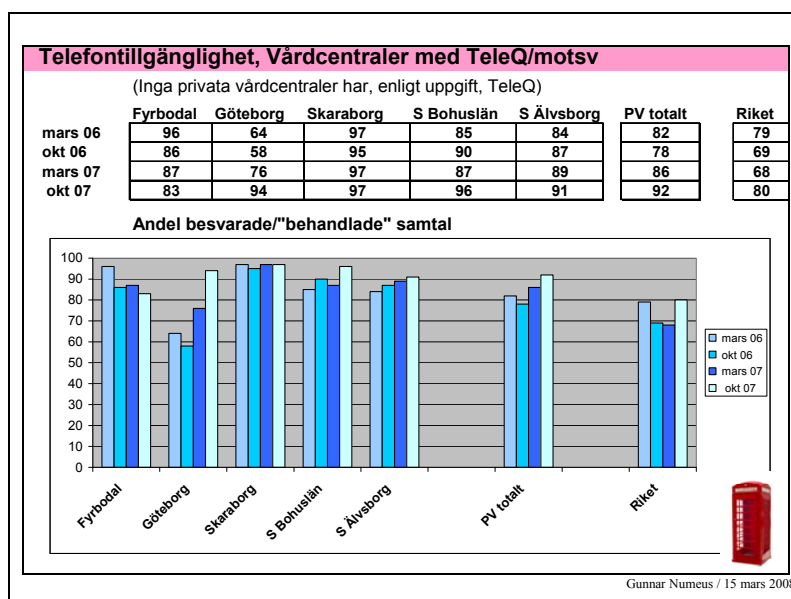
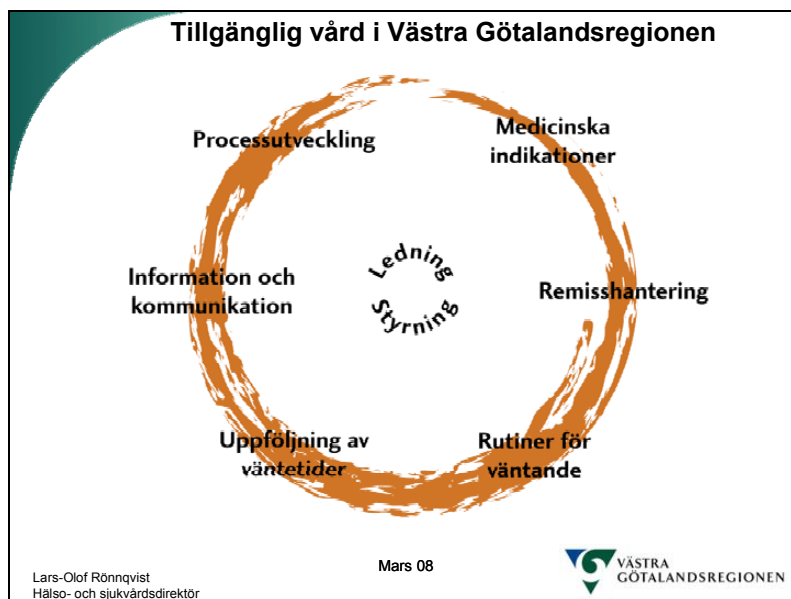
<http://lime.ki.se/mmc>



- Tillräckliga resurser
- Tillräcklig produktion
- Rättvis fördelning
- Evidensbaserad praxis
- **RÄTT VÅRD I RÄTT TID**

<http://lime.ki.se/mmc>

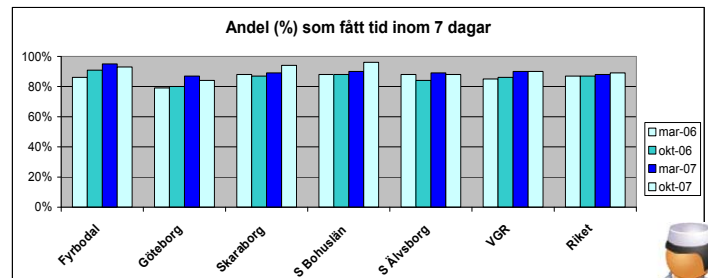
Lars-Olof Rönnqvist och Ulla Stjernlöf, Västra Götalandsregionen



BESÖKSTILLGÅNGSLIGHET (offentliga & privata sammanslagna)**Andel (%) som fått tid inom 7 dagar**

Exkluderat: Patienter som själva valt en tid längre än 7 dagar framåt
De vårdcentraler med tidbok högst 7 dagar (f n 20 stycken i VGR)

Geograf omr:	Fyrbodol	Göteborg	Skaraborg	S Bohuslän	S Älvsborg	VGR	Riket
mar-06	86%	79%	88%	88%	88%	85%	87%
okt-06	91%	80%	87%	88%	84%	86%	87%
mar-07	95%	87%	89%	90%	89%	90%	88%
okt-07	93%	84%	94%	96%	88%	90%	89%

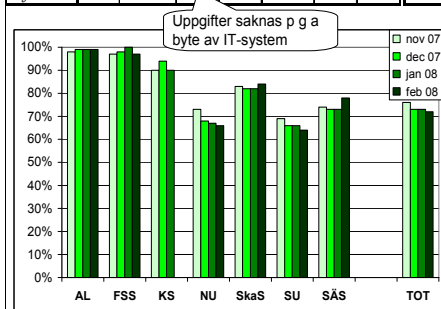


Mars 08

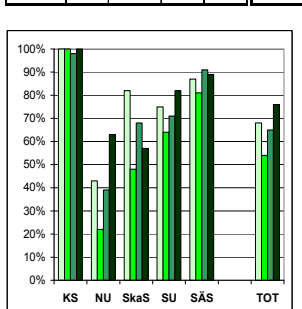
Gunnar Numeus / 15 mars 2008

MÅLUPPFYLLELSEGRAD för BESÖK**25 mottagningar**

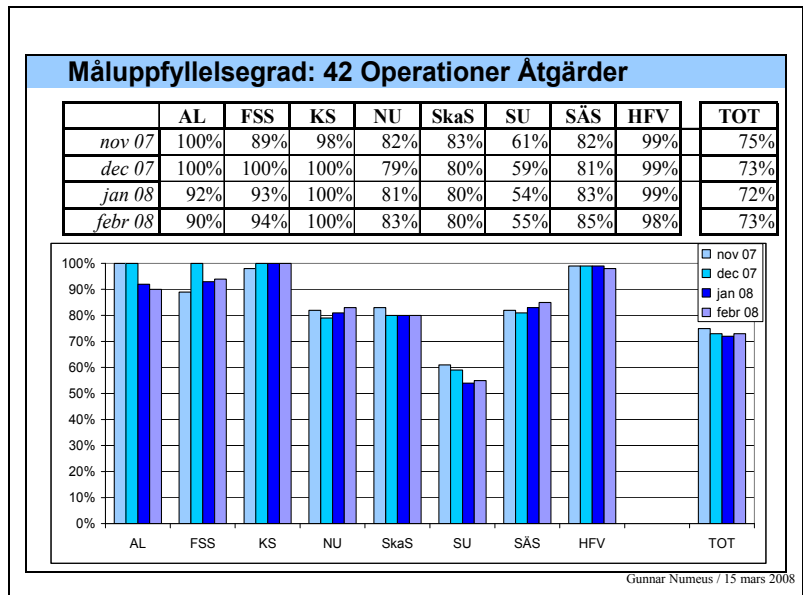
	AL	FSS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS	TOT
nov 07	98%	97%	90%	73%	83%	69%	74%	76%
dec 07	99%	98%	94%	68%	82%	66%	73%	73%
jan 08	99%	100%	90%	67%	82%	66%	73%	73%
feb 08	99%	97%	66%	66%	84%	64%	78%	72%

**BUP-mott**

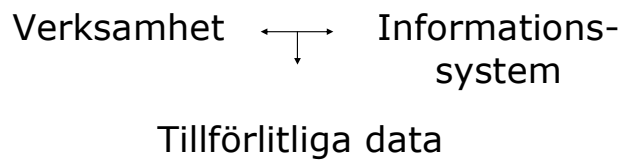
	KS	NU	SkaS	SU	SÅS	TOT
nov 07	100%	43%	82%	75%	87%	68%
dec 07	100%	22%	48%	64%	81%	54%
jan 08	98%	39%	68%	71%	91%	65%
feb 08	100%	63%	57%	82%	89%	76%



Gunnar Numeus / 15 mars 2008



Kommunikation

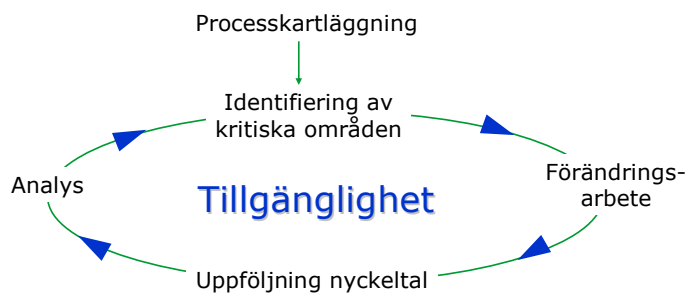


Vårdgarantin – från beslut till handling
Ulla Stjernlöf, sjukhusdirektör
Alingsås lasarett

Mars 08



Vårdgarantin en integrerad del i verksamhetsplanen



Vårdgarantin – från beslut till handling
Ulla Stjernlöf, sjukhusdirektör
Alingsås lasarett

Mars 08



Veronica Hermann, Gotlands kommun



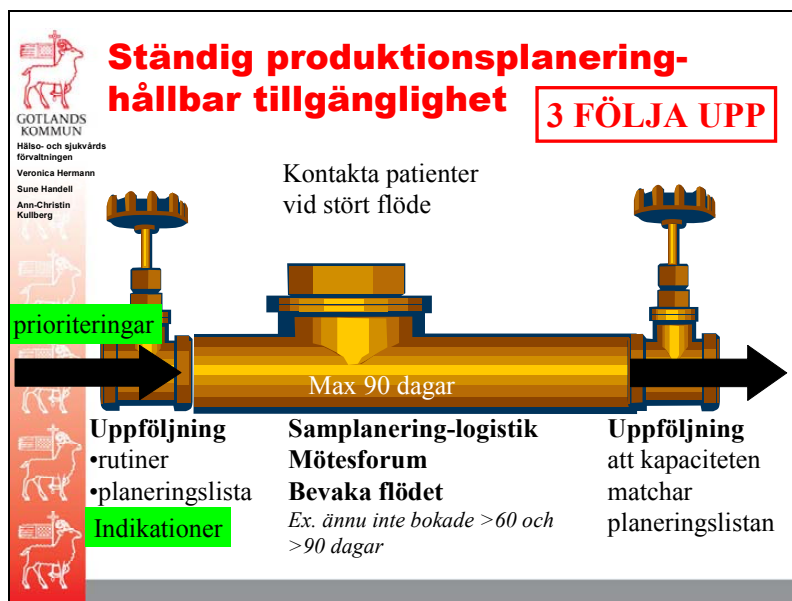
**GOTLANDS
KOMMUN**
Hälsa- och sjukvårds
förvaltningen
Veronica Hermann
Sune Handell
Ann-Christin
Kullberg

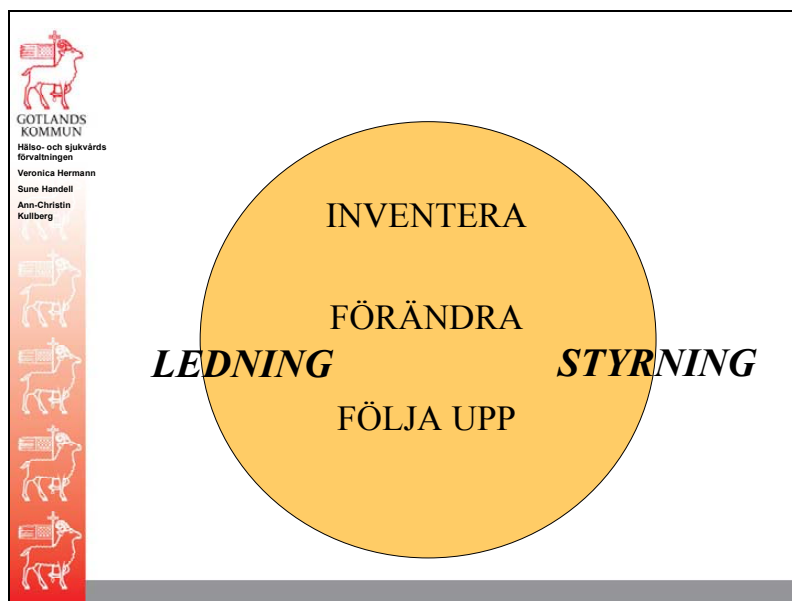
Produktionsplanering på Gotland

FRÅN	TILL
•Dålig tillgänglighet i de flesta verksamheterna •Cirka 1300 i kö till operation i början av 2005 = ungefär en årsproduktion för vissa	•”Vi ska klara att hålla vårdgarantin” •förändrat tankesätt/arbetsätt •bättre tillgänglighet •I stort sett hållit vårdgarantin för nyuppsatta till operation från 051101 •gamla väntelistan tom i november 2006

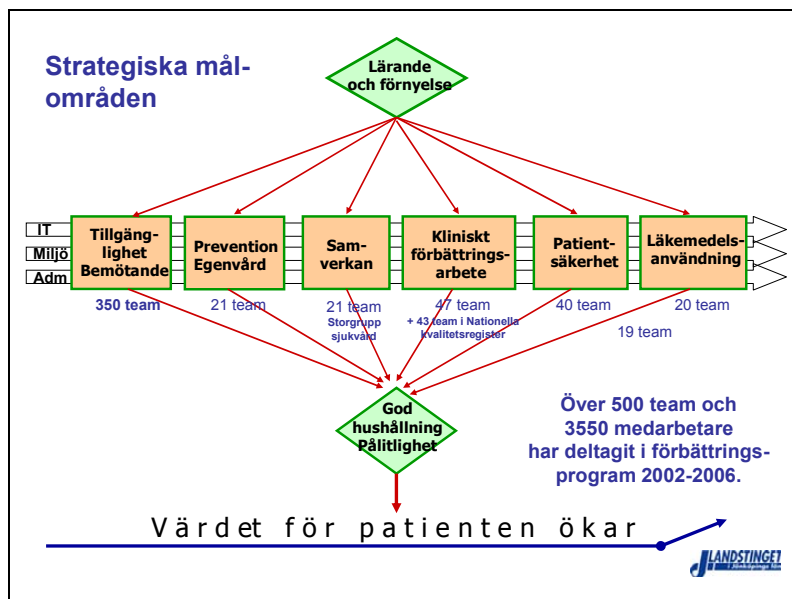
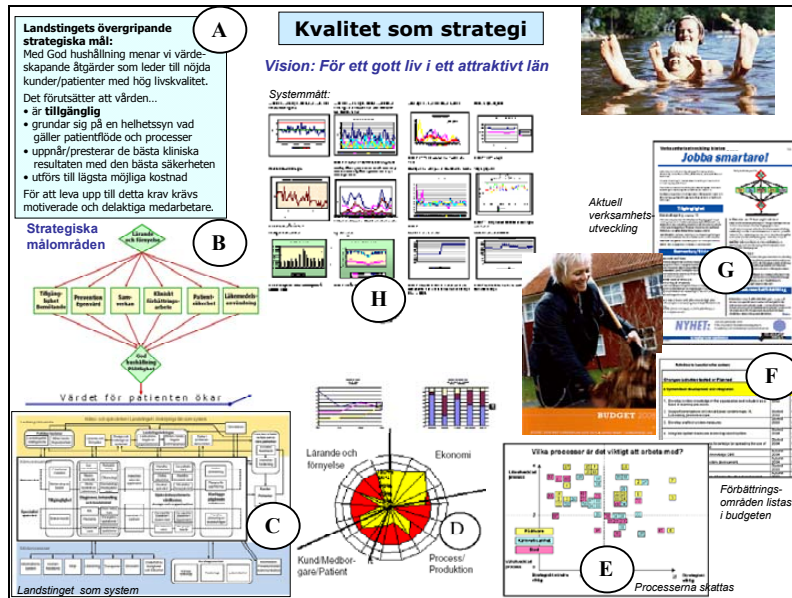
Ann-Christin Kullberg Hälsa- och sjukvårdsdirektör
Sune Handell Verksamhetschef Operations- och intensivvårdskliniken
Veronica Hermann Vårdkoordinator

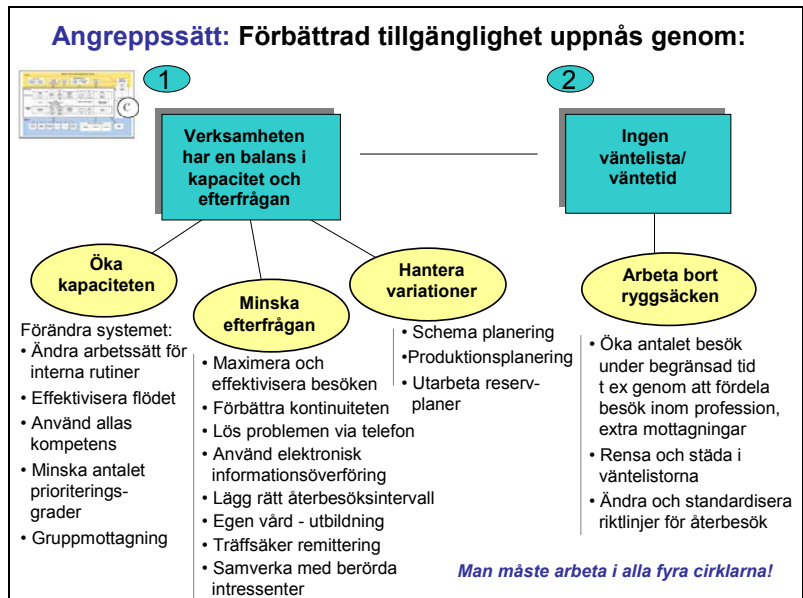




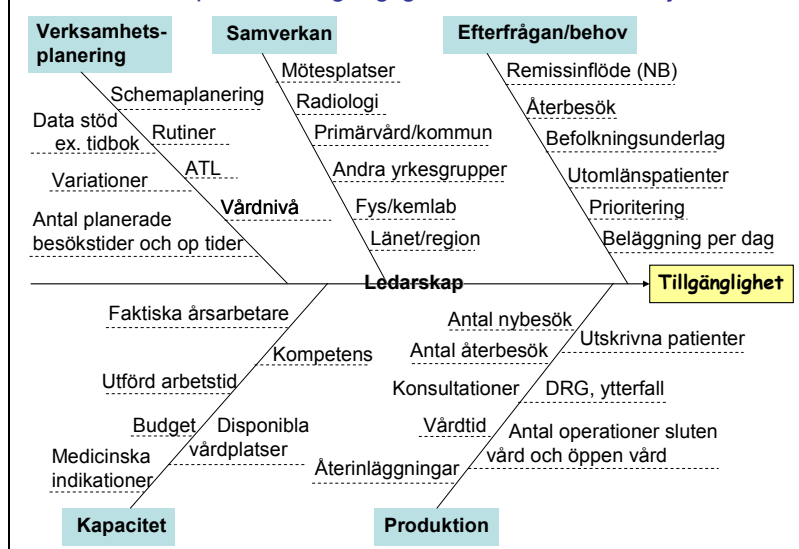


Göran Henriks, Margareta Strindhall och Marianne Jansson, Landstinget Jönköpings län





Faktorer som påverkar tillgänglighet inom hälso- och sjukvård



Pedagogisk modell

Lärandeseminarier under 8 – 9 månader, Bra mottagning

Hörnpelare:

- Patientens behov *alltid* i fokus
- Ledningens stöd och förståelse
- Tvärprofessionella team
- Fungerande dialog och delaktighet
- Verklighetsnära och handlingsbaserat
- En *vilja* att förbättra
- Mätningar
- Tydliga och utmanande mål
- Systematiskt och strukturerat förändringsarbete (= PGSA)

Innehåll:

Teori och föreläsningar om förbättringskunskap, tillgänglighetsstrategier, logistik och flöde m m

Inspiration från "Goda exempel"

Erfarenhetsutbyte mellan verksamheter

Grupparbeten och planering med utgångspunkt från egen arbetsplats

Mål: att förbättra tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård

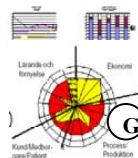
© Göran Henriks, Margareta Strindhall
Landstinget i Jönköpings län
www.lj.se/qulturum



Viktiga förbättringsområden

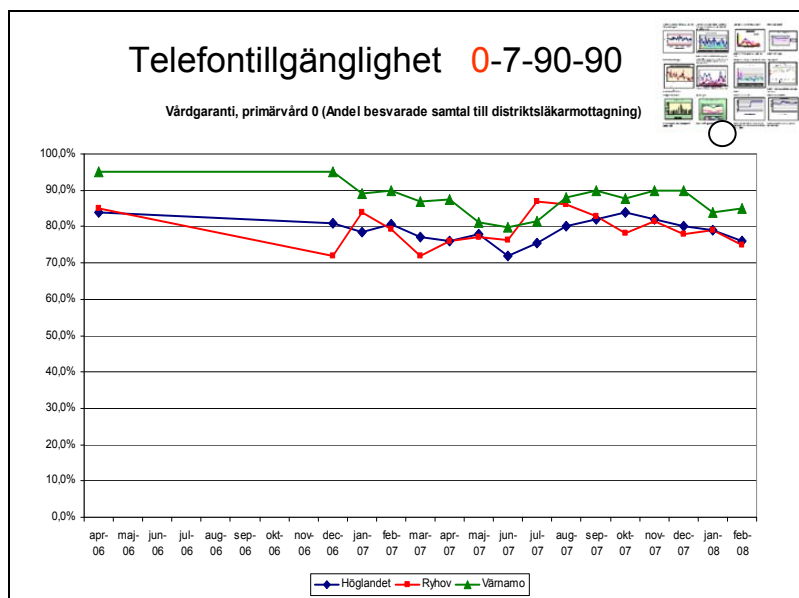
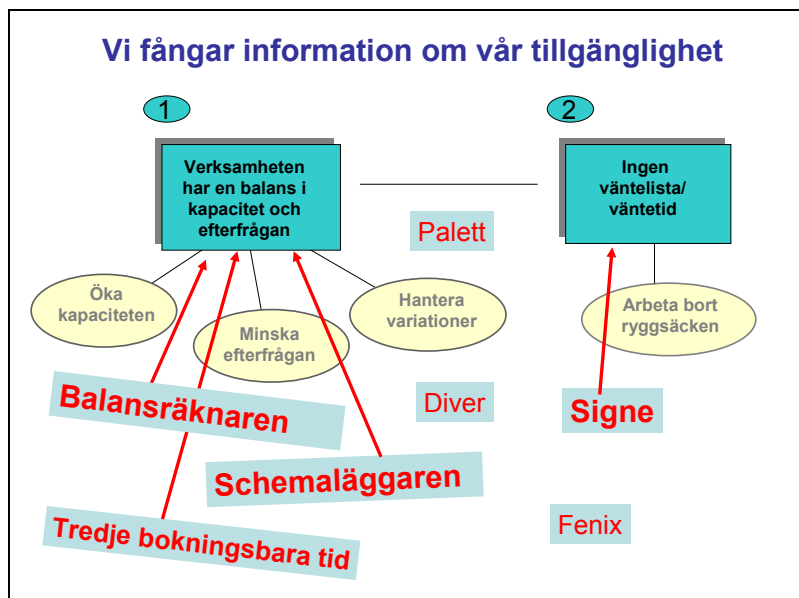
- baserat på 80 rapporter från Bra mottagning

- Tidbok
- Schemaplanering
- Telefonrutiner
- Återbesöks intervaller
- Väntetider/väntelista
- Remisshantering
- Interna rutiner, t ex lab, journalutskrift
- Delaktighet /mötesformer
- Kompetensanvändning
- Reservplaner



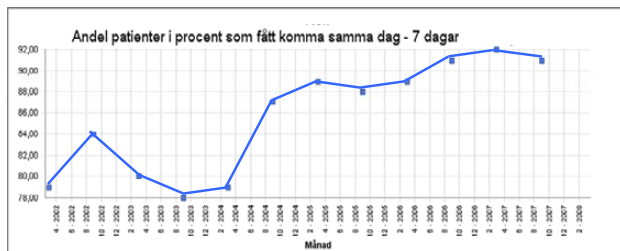
© Göran Henriks, Margareta Strindhall
Landstinget i Jönköpings län
www.lj.se/qulturum





0-7-90-90

Landstinget i Jönköpings län



© Goran Henriks, Margareta Strindhall
Landstinget i Jönköpings län
www.lj.se/qulturum

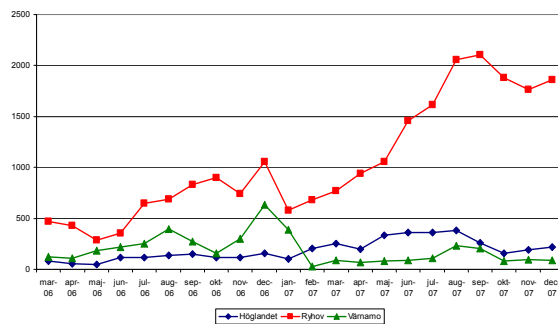
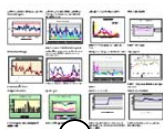
Qulturum

LANDSTINGET
Jönköpings län



Landstinget i
Jönköpings län

Fördelat på
3 förvaltningar

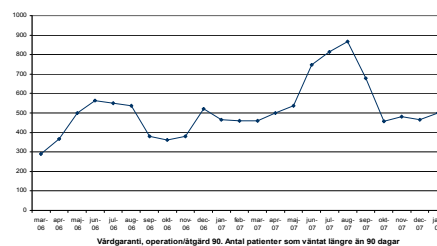


Andel patienter som väntat på operation/åtgärd mer än 90 dagar

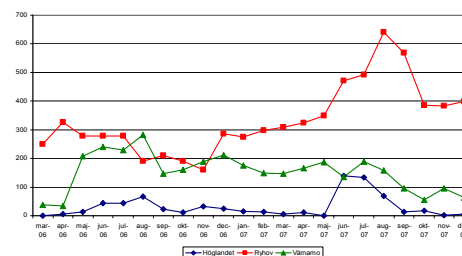
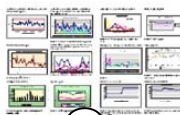
Vårdgaranti, operation/åtgärd 90. Antal patienter som väntat längre än 90 dagar. Landstinget i Jönköpings län

0-7-90-90

Landstinget i Jönköpings län



Fördelat på 3 förvaltningar



Tredje bokningsbara tiden, T3

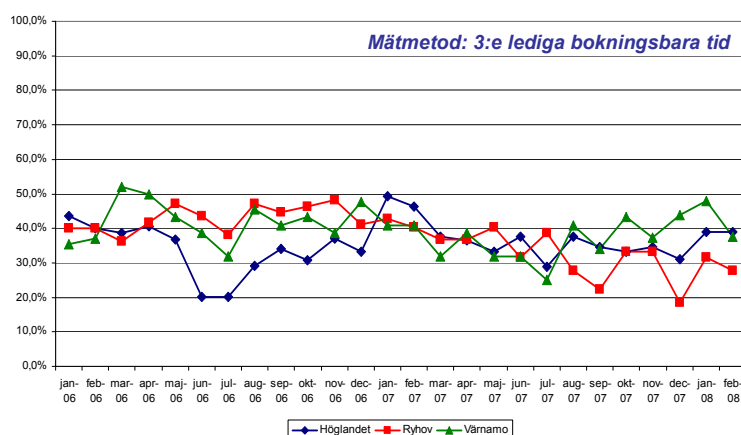
Jönköping County Council

Date	Number of clinics that measure third available time	Number of clinics that achieved advanced access	%
September 2004	203	59	29
September 2005	179	72	40
September 2006	179	71	40

*The clinics measured and still measure third available time and the number of clinics that achieved advanced access in September 2004, 2005, and 2006. Some very small units measured third available time in 2004, but were omitted in 2005 and 2006. September is usually a difficult month to achieve advanced access because of low production during summer holidays in Sweden.

Andel mottagningar i Landstinget i Jönköpings län som uppnår "Avancerad tillgänglighet"

Lt interna mål: inom 3 dagar till primärvård och 14 dagar till mottagning på sjukhus

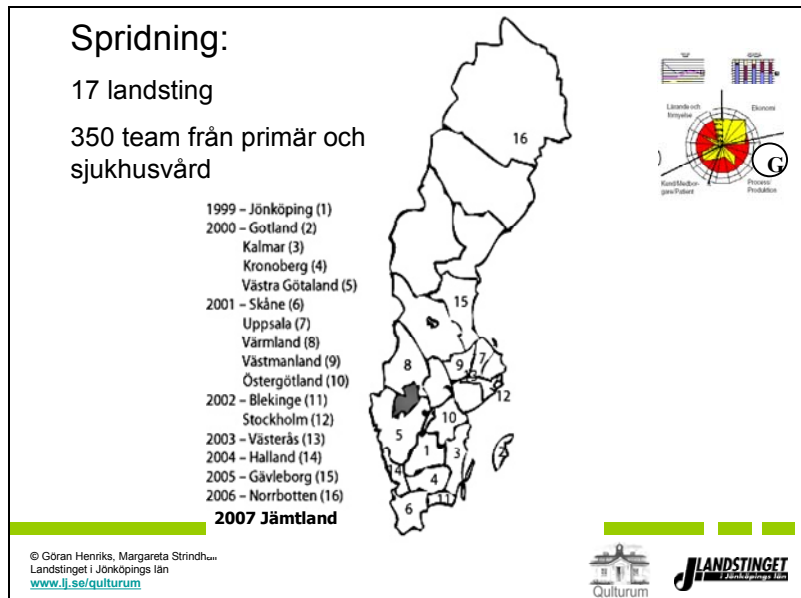


Långsiktigt hållbara resultat

Jönköping County Council Units in Jönköping County Council	Waiting time (in days) before BM1 to BM3	Waiting time (in days) after BM1 to BM3 1999-2000	Waiting time (in days) in 2006
Hospital clinic 1	60	7	21
Primary care centre 1	120	1-3	1-3
Primary care centre 2	45	1-3	14
Hospital clinic 2	135	13	17
Physiotherapy at primary care centre 3	120	3	10
Logopedic unit/Hospital clinic 3	180	0	60
Hospital clinic 4	365	180	14
Primary care centre 4	45	6	3
Primary care centre 5	30	13	6
Primary care centre 6	30	30	3
Hospital clinic 5	90	No progress	75
Median	90	7	14
Min	30	3	3
Max	365	180	75

*Results from 2 clinics are missing.

Table 1. WAITING TIMES IN PRIMARY CARE SITES AND HOSPITAL CLINICS IN JÖNKÖPING COUNTY COUNCIL BEFORE AND AFTER THE COLLABORATIVE IN 1999 TO 2000 AND IN 2006*



Pågående och planerade utvecklingsarbeten

Bra mottagning 17 – pågår i Västra Götaland, Halland, Norrbotten, Jämtland, Hälsingland och Jönköping

Bra Akutmottagning i landstingen i Norrbotten och Jönköping

Balansräknaren

Schemaläggaren Axel

Från vårdcentral till hälsocentral – 6 vårdcentraler samarbetar kring hälsoorientering

Bemötande och HBT

0-visionen – införande av förbättringskoncept "Att göra dagens arbete idag"; för vårdadministratörer, läkarsekreterare

Vårdprevention – förhindra onödig vård av äldre. Cirka 70 team har deltagit från kommun, primär och sjukhusvård

Planerade : Tele Q och Standardiserad telefonrådgivning



© Göran Henriks, Margareta Strindhall
Landstinget i Jönköpings län
www.lj.se/qulturum



Nässjö primärvårdsområde

Nässjö kommun: 29 000 invånare

Upptagningsområde: 27 000 invånare

- 3 vårdcentraler
- 2 privata husläkare (3-4000 invånare)

Budget 2007: 133 miljoner, varav

- verksamhet 82 255
- personal 56 472
- intäkter och justeringar – 5 368

Läkemedel: 43 miljoner

Personal:

105,7 årsarbetare = ca 125 anställda
varav läkartjänster 13,45 + 3 ST-tjänster



**Nässjö VC 17 000
invånare**

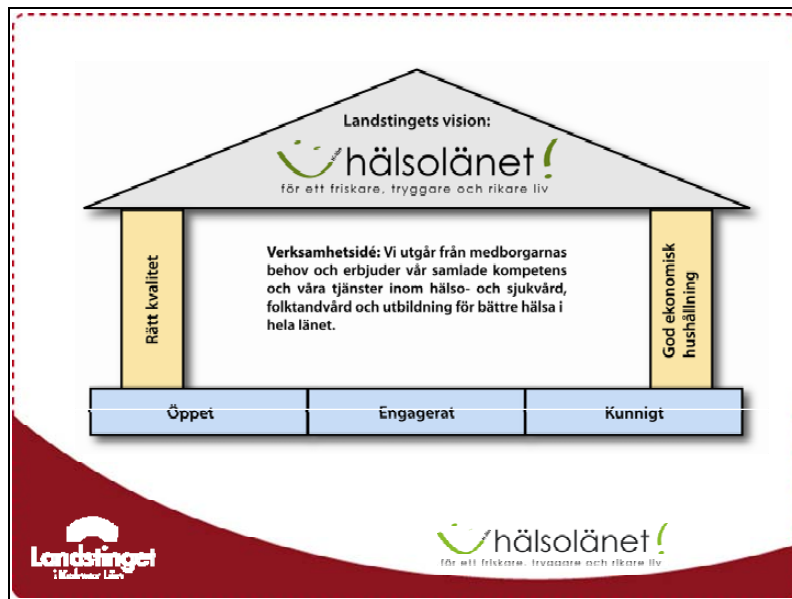
- 9 läkare
- sjuksköterskor 10,32 tjänster
- undersköterskor 3,75
- distriktssköterskor dag ca 15,28 tjänster
- sjuksköterskor kväll och natt 5,84 tjänster

© Marianne Jansson
Landstinget i Jönköpings län
www.lj.se/qulturum





Alf Jönsson och Dan Eriksson, Landstinget i Kalmar län





Telefontillgänglighet

- Hälsocentralen Esplanaden (10 000 inv.)
- Uppringning 97% inom 20 min
- Tele-Q telefonsvar
700 samtal / vecka

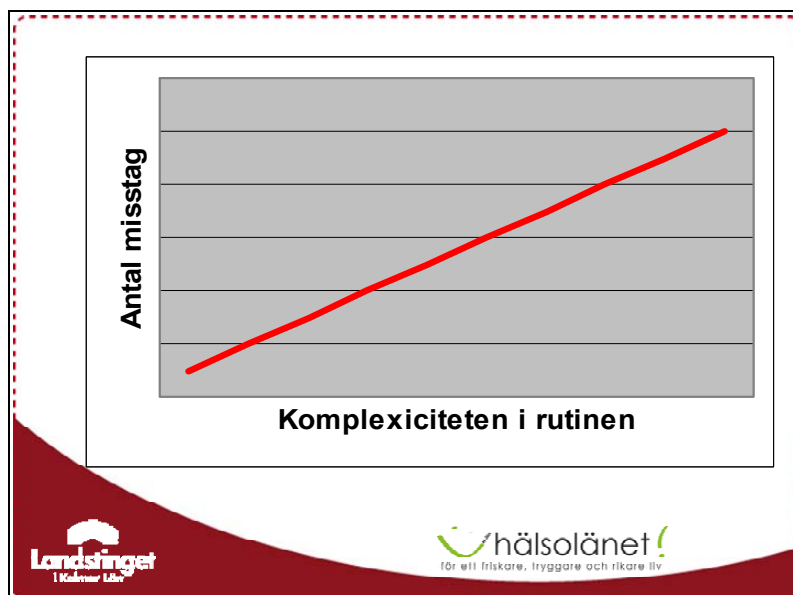
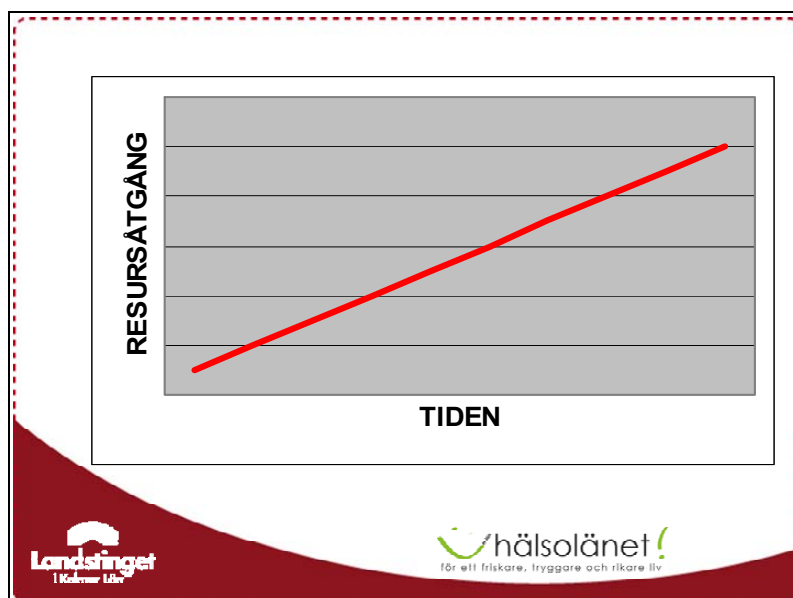
Landsinget
I Västerås Län

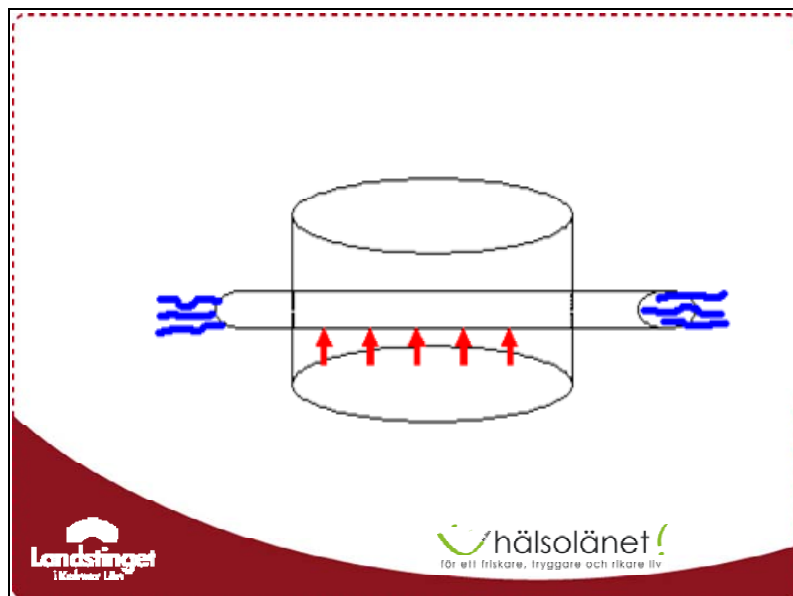
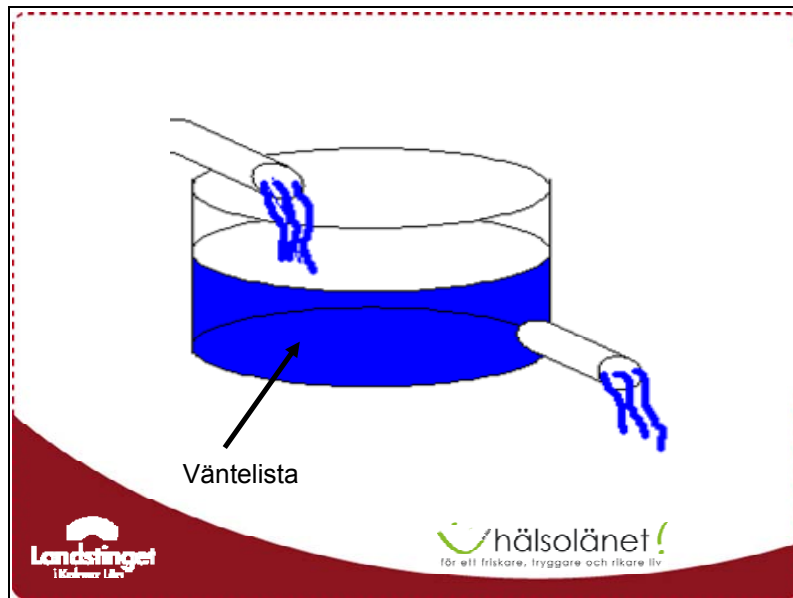
hälsolänet
för ett friskare, tryggare och rikare liv

Tillgänglighet läkarbesök

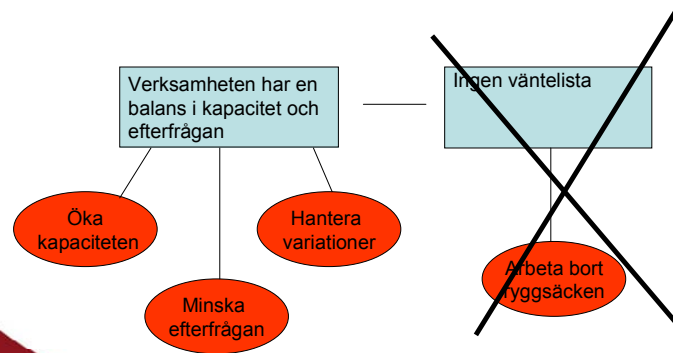
- Läkarbesök samma dag / inom 5 dagar
- Kontinuitet läkare – patient
- "Bra mottagning":
 - Gör arbetet idag
 - Undvik dubbelarbete
 - Frigör tid för patientmöten



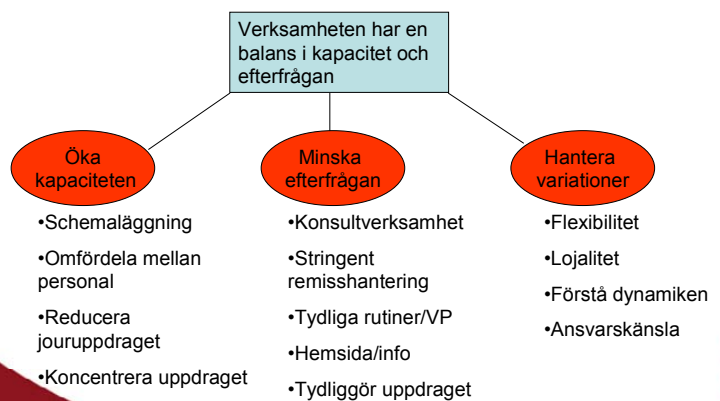




Förbättrad tillgänglighet uppnås genom:



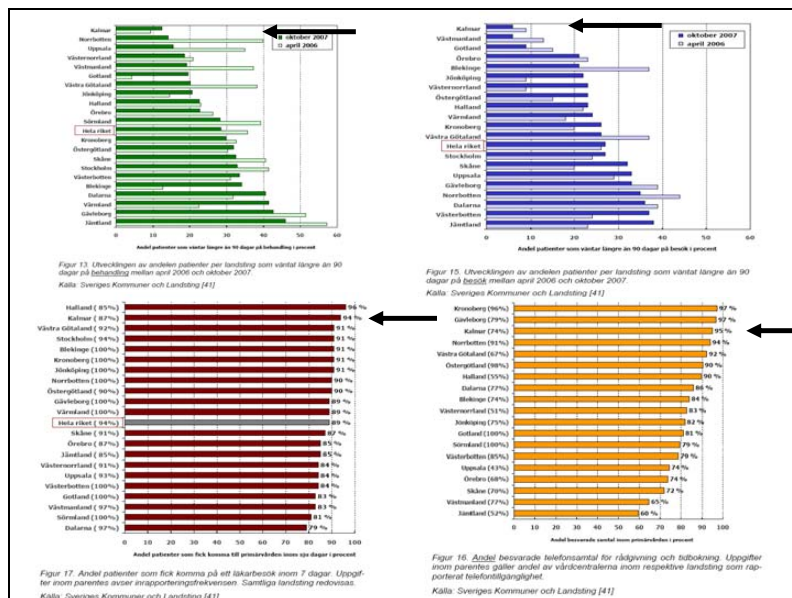
Förbättrad tillgänglighet uppnås genom:



Flexibilitet
 Lojalitet
 Förstå dynamiken
 Ansvarskänsla

DRIVKRAFTEN ?

för ett friskare, tryggare och rikare liv



Framtid:

- Öppenhet och uppmärksamhet
- 0-5-45-90 (30 BUP)
- "Beskedsgaranti" – 14 dagar
- Sjukhusens akutmottagningar – väntetid max 3h
- "Skarpare" garantier vissa diagnoser/grupper?
- Systematiskt förbättringsarbete - förbättringsprogram
- Hälsolänet (depressioner och diabetes)
- Nya sätt att lösa tillgänglighet (exempelvis systemmottagningar)
- 1177
- Vården på webben (e-tjänster, egenvård)
 - Ungdomsmottagning på nätet



Ulf Oscarson och Håkan Lindström, Kvinnokliniken
vid Skellefteå lasarett

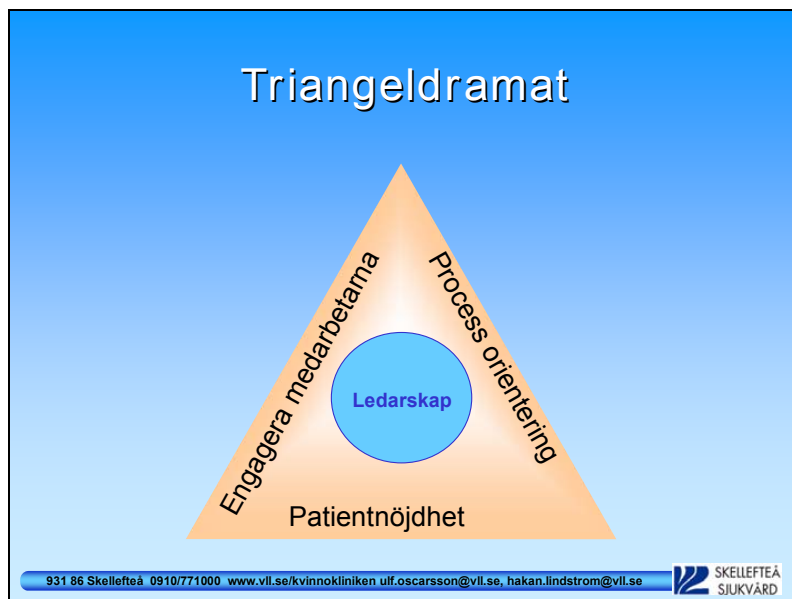
Tillgänglighet trots minskande resurser

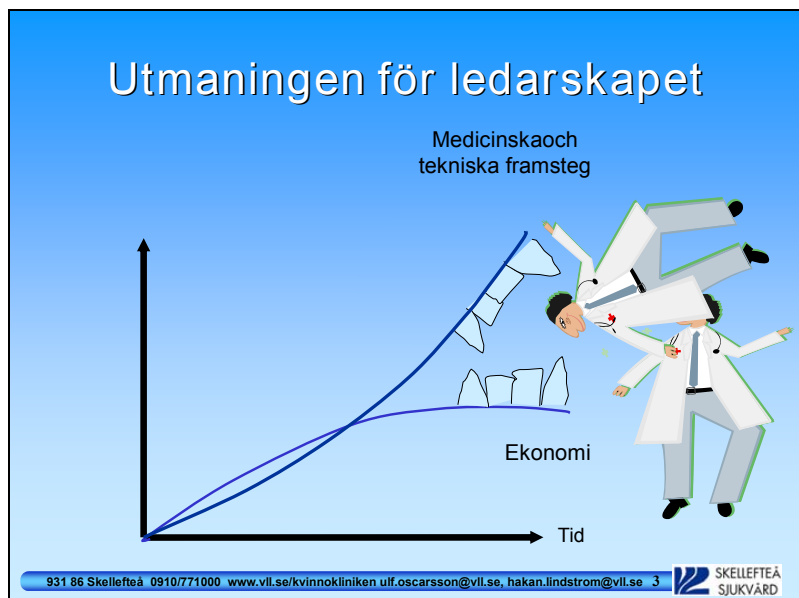


Ulf Oscarson
Verksamhetschef, chefläkare
Håkan Lindström
Överläkare, processledare
KK Skellefteå
Britta Berggren sjuksköterska
Processansvarig vulva

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD





**Kvinnoklinikens vision har byggts
utifrån dessa påståenden som
diskuterats i patientgrupper och
medarbetargrupper**

Här vill jag arbeta !

Här vill jag vara patient!

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 5



Här vill jag arbeta...

- ⊗ Stimulerande arbetsuppgifter
positiv arbetsmiljö
- ⊗ Möjlighet till utveckling
personlig-yrkesmässig
- ⊗ Arbeta mot samma mål
-delaktighet
- ⊗ God sammanhållning
-medarbetarskap
- ⊗ Bra rättvis lön uppskattning
- ⊗ Friskvård

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 6



Metoder för delaktighet

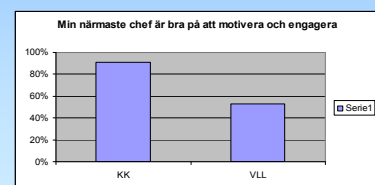
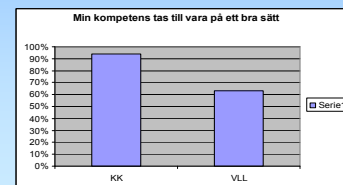
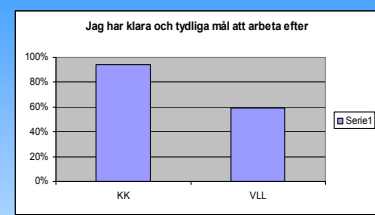
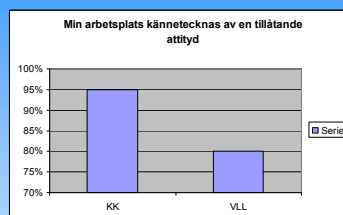
- ⊗ Arbetsplatsträffar och yrkesträffar
- ⊗ Facklig samverkan
- ⊗ Årliga medarbetarsamtal
- ⊗ Alla med i verksamhetsplanering-Minilots
- ⊗ Strategi mot revirbyggande
- ⊗ Attityder-värderingar
- ⊗ Stegvisa förbättringar



931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vll.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vll.se, hakan.lindstrom@vll.se 7

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

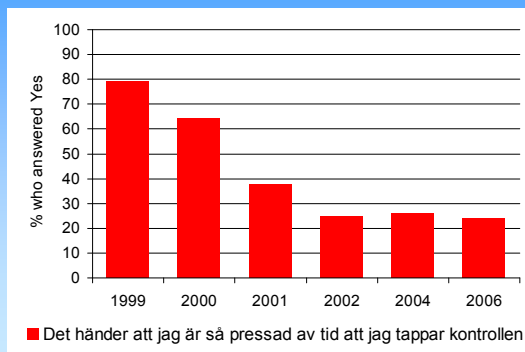
Utdrag ur medarbetarundersökning våren -2006 Jämförelse KK-VLL,spec



931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vll.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vll.se, hakan.lindstrom@vll.se 8

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Negativ stress



931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 9

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Här vill jag vara patient....

- ⊗ God tillgänglighet
- ⊗ Professionell kompetens
- ⊗ Miljö ,varmt klimat, även fysisk miljö
- ⊗ Bra bemötande
- ⊗ Bra information
- ⊗ Delaktighet tid att lyssna

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 10

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Allmänheten och läkare har olika syn på prioriteringar

"Varje individ har rätt att få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda även om det gäller bagatellartade akomror" (Per Rosen i Dagens medicin 5/3)

	patienter	allmänhet	politiker	administr	läkare
Instämmer helt	71	41	17	5	6
Instämmer delvis	22	38	41	21	30
Instämmer inte alls	4	17	38	72	62
Vet inte osäker	3	4	4	2	2

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vll.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vll.se, hakan.lindstrom@vll.se 11

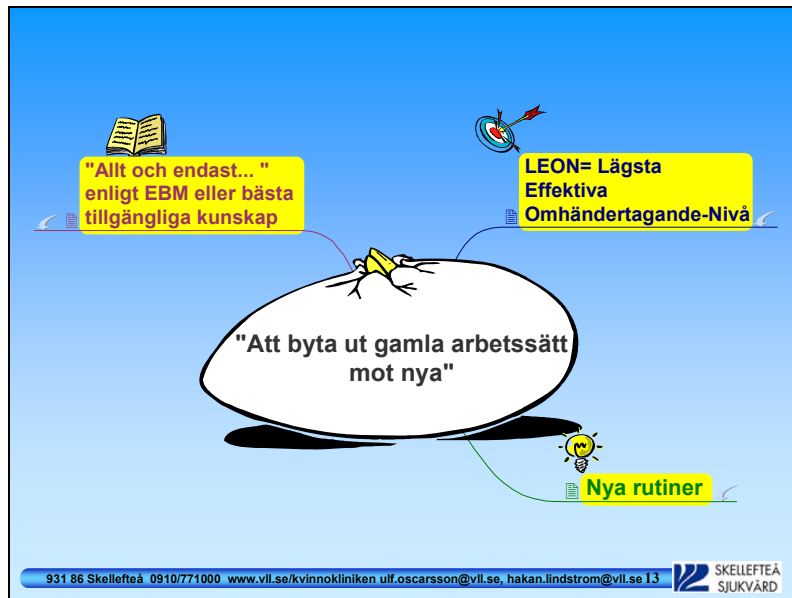
SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

"Idealised design" för specialistmottagning vid lasarett

- ⊗ **Patienter med nya problem - tillgänglighet**
- ⊗ **Patienter med kroniska besvär - kontinuitet**
- ⊗ **LEON – lägsta effektiva omhändertagandenivå**
- ⊗ **Om oenighet- patienten tolkningsföreträdare**

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vll.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vll.se, hakan.lindstrom@vll.se 12

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD



Konkreta exempel förändrade arbetssätt med Sköterskemottagningar

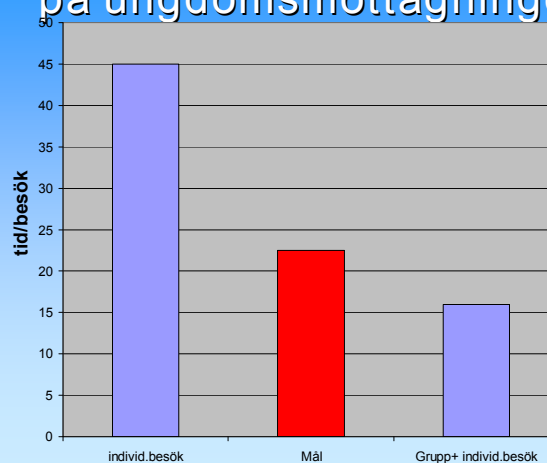
- ⊗ Infertilitetsmottagning
- ⊗ Klådmottagning
- ⊗ Cellprovskontroller
- ⊗ Inkontinensmottagning
- ⊗ Operationsplanering med sköterske"inskrivning"
- ⊗ Medicinska aborter

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 14 SKELLEFTEÅ SJUKVÅRD

Ibland händer saker som är svåra att förutse

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 15

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

**Resultat av test med Grupp-besök
på ungdomsmottagningen**

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 16

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Processorientering

1. Definiera patientgrupper

Gynekologiska

- Pat med blödningsbekymmer
- Pat med vulvo-vaginala problem
- Pat med missfallsproblematik
- Pat med urinvägsproblem
- Aborter
- Pat framfallsproblem
- Pat med klimakterieproblem
- Pat med gyn-malignitet
- Pat med fertilitetsproblem
- Pat bäckensmärtor

Förebyggande vård

- Cellprovsscreening-behandling av cellförändringar
- Ungdomsmottagning

Obstetrisk vård

- mödravård
- Förlossnings och BB-vård

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se



Varför arbeta processinriktat?

- ⊗ **Samsyn**
 - *Gemensam bild av mål och arbetsflöde*
- ⊗ **Patientfokus**
 - *Endast aktiviteter som ger mervärde till patienten*
- ⊗ **Minskad variabilitet**
 - *Samma behandling oavsett vårdgivare*
 - *Snabbare införande av ny metodik*
- ⊗ **Ökad säkerhet**
 - *Alla "lämnar ifrån sig rätt saker"*
- ⊗ **Ökad effektivitet**
 - *Handläggning kan standardiseras*
 - *Planering förenklas*
 - *Eliminerar dubbelarbete och kvalitetsbristkostnader*

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se



Processorienetering-Beslutsam processledare för att nå målen...



931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vll.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vll.se, hakan.lindstrom@vll.se 19

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Infertilitet "västerbottensmodellen"

www.vll.se/barnloshet

TILLGÄNGLIGHET

- ⊗ Webb baserad anmälan
- ⊗ Snabbt omhändertagande
- ⊗ Kort utredningstid
- ⊗ Inga köer till behandling

DELAKTIGHET

- ⊗ Utförlig muntlig och skriftlig information
- ⊗ Återföring av resultat via hemsidan

KOSTNADSEFFEKTIVT

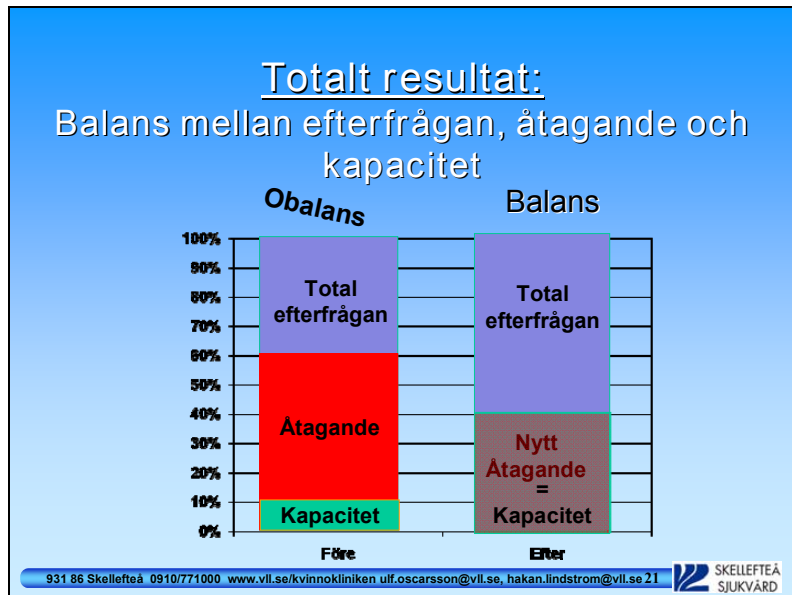
- ⊗ LEON principen
- ⊗ Utredning efter behov
- ⊗ Sköterskebesök ibland endast telefonbesked
- ⊗ Länsprocess/region

ÖPPNA PRIORITERINGAR

- ⊗ Tydligt offentligt åtagande
- ⊗ Medicinsk rimliga, rättvisa och evidensbaserade prioriteringar
- ⊗ Ransonering även inom den prioriterade gruppen

931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vll.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vll.se, hakan.lindstrom@vll.se 20

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD



Finns det någon relation
mellan resurstillgång,
tillgänglighet och resultat??

X resurser = Z resultat ??
Y tillgänglig.

Eller är det brist på idéer?

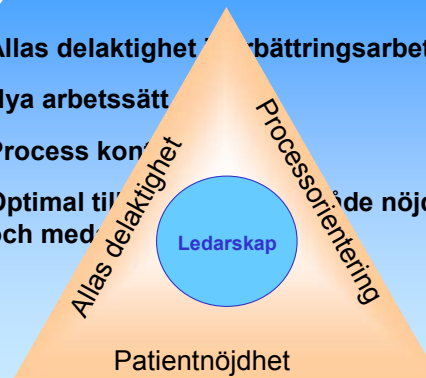


931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Systemskifte-Vår definition

- Allas delaktighet i förbättringsarbeten
- Nya arbetssätt
- Process kompetens
- Optimal tillgänglighet för nöjda patienter och medarbetare



931 86 Skellefteå 0910/771000 www.vil.se/kvinnokliniken ulf.oscarsson@vil.se, hakan.lindstrom@vil.se 27

SKELLEFTEÅ
SJUKVÅRD

Eva Svensson och Tomas Kärrholt, Vårdcentralen
Eden i Malmö

EDENS TILLGÄNGLIGHETS- PROJEKT

080107-080615

Eva Svensson, Tomas Kärrholt



EDEN

- Nya öppettider på Eden 7-20 må-to och 07-17 fre!



EDEN- varför ändra arbetssätt?

- Öka tillgängligheten
- Tänka i nya banor för att erbjuda en bättre service och bättre kontinuitet
- I mindre utsträckning utnyttja jourcentralen
- Utnyttja lokalerna bättre



Året 2007

Planering!



Hur har vi planerat?

- Öppettider 7-20 måndag- torsdag och 7-17 fredagar
- Högst bemanning på f.m. passen och lägre på e.m. passen enligt önskemål i befolkningen
- Bibehålla produktionen
- Ändra schema, anpassat till resp yrkeskat.



Hur har vi planerat?

- Ändring av 15 minutersmoduler till 10 minutersmoduler för större flexibilitet
- Överlappningstid för att ha gemensamma möten.



Vad förväntas vi erbjuda?

- Tid före eller efter arbetsdagen
- Ökad tillgänglighet på telefon, då det är öppet 13 timmar istället för 9
- Minskat antal som söker jourcentralen-
bättre vårdkvalitet och uppföljning på
egen vårdcentral.



Hur motiveras personalen?

- Ökad tid för egen fortbildning för alla
personalkategorier som är med i
projektet!
- Läkarna behöver inte ha jour på
jourcentralen måndag till torsdag.
- Bibehålla det goda arbetsklimat som
finns!



Hur planerar vi framöver?

- 6 månaders provotid 7/1-15/6 -08
- Utvärdering- personalenkät
- Utvärdering- patientenkät
- Utvärdering- produktionen



Vad har vi sett hittills?

- Nöjdare patienter, lättare att komma fram på telefon och möjlighet att få tid på kvällen
- Nöjdare personal, större frihet med de nya arbetstiderna och det är en lugnare arbetsmiljö



2004/05:RFR1	TRAFIKUTSKOTTET Transportforskning i en föränderlig värld
2004/05:RFR2	NÄRINGSUTSKOTTET Statens insatser för att stödja forskning och utveckling i små företag Rapport till riksdagens näringsutskott
2004/05:RFR3	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Nationella minoriteter och minoritetsspråk
2004/05:RFR4	SKATTEUTSKOTTET Skatteutskottets offentliga seminarium om skattekonkurrensen den 15 mars 2005

2005/06:RFR1	JUSTITIEUTSKOTTET Brottsskadeersättning och skadestånd på grund av brott. Undersökning av skillnader mellan beslutad brottsskadeersättning och av domstol sakprövat skadestånd
2005/06:RFR2	JUSTITIEUTSKOTTET Särskild företrädare för barn Uppföljning om tillämpningen av lagen (1999:997) om särskild företrädare för barn
2005/06:RFR3	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Förutsättningarna för småskalig livsmedelsproduktion – en uppföljning
2005/06:RFR4	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Regeringsmakt och kontrollmakt. Offentligt seminarium tisdagen den 15 november 2005 anordnat av konstitutionsutskottet
2005/06:RFR5	KULTURUTSKOTTET Statsbidrag till teater och dans En uppföljning av pris- och löneomräkningens konsekvenser
2005/06:RFR6	UTRIKESUTSKOTTET Utrikesutskottets uppföljning av det multilaterala utvecklingssamarbetet
2005/06:RFR7	TRAFIKUTSKOTTET Sjöfartsskydd En uppföljning av genomförandet av systemet för skydd mot grova våldsbrott gentemot sjöfarten
2005/06:RFR8	UTRIKESUTSKOTTET Vår relation till den muslimska världen i EU:s grannskapsområde
2005/06:RFR9	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga utfrågning om elmarknaden den 18 maj 2006

2006/07:RFR1	FINANSUTSKOTTET En utvärdering av den svenska penningpolitiken 1995–2005
2006/07:RFR2	UTRIKESUTSKOTTET OCH MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning den 12 december 2006 om en gas- ledning i Östersjön – fakta om projektet – internationell rätt – tillvägagångssätt vid tillståndsprövning
2006/07:RFR3	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets uppföljning av flyttning av fordon
2006/07:RFR4	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets offentliga utfrågning om trafiklösningar för Stockholmsregionen
2006/07:RFR5	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om förutsättningarna för att bedriva småskalig livsmedelsproduktion
2006/07:RFR6	KULTURUTSKOTTET Offentlig utfrågning på temat Var går gränsen för den konstnärliga friheten?
2006/07:RFR7	UTRIKESUTSKOTTET Sveriges deltagande i EU:s biståndspolitik
2006/07:RFR8	SKATTEUTSKOTTET Uppföljning av kvittningsregeln för nystartade företag
2006/07:RFR9	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning på temat hiv/aids torsdagen den 15 februari 2007 (Omtryck, tidigare utgiven som 2006/07:URF4)

2007/08:RFR1	SKATTEUTSKOTTET Inventering av skatteforskare 2007
2007/08:RFR2	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur – en forskningsöversikt
2007/08:RFR3	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Uppföljning av de fiskepolitiska insatsernas resultat och konsekvenser för företag inom fiskeområdet
2007/08:RFR4	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning på temat våld mot äldre, den 19 september 2007
2007/08:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Uppföljning av hur stormen Gudrun hanterats inom transport- och kommunikationsområdet
2007/08:RFR6	FÖRSVARsutskottet Utvärdering av 2004 års försvarspolitiska beslut
2007/08:RFR7	SKATTEUTSKOTTET Öppet seminarium om attityder till skatter
2007/08:RFR8	FÖRSVARsutskottet Forskning och utveckling inom försvarsutskottets ansvarsområde

- 2007/08:RFR9 JUSTITIEUTSKOTTET
Uppföljning av Kriminalvårdens behandlingsprogram för män som dömts för våld i nära relationer
- 2007/08:RFR10 TRAFIKUTSKOTTET
Trafikutskottets offentliga utfrågningar hösten 2007 om trafikens infrastruktur
- 2007/08:RFR11 KONSTITUTIONSUTSKOTTET
Offentlig utfrågning den 22 november 2007 om tillstånd för digital marksänd tv
- 2007/08:RFR12 MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET
Offentlig utfrågning om förutsättningarna för att låta transportsektorn omfattas av ett system med handel av utsläppsätter
- 2007/08:RFR13 SKATTEUTSKOTTET
Skatteutskottets uppföljning av skogsbeskattningen
- 2007/08:RFR14 TRAFIKUTSKOTTET
Förnybara drivmedels roll för att minska transportsektorns klimatpåverkan
- 2007/08:RFR15 SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET
Äldreförsörjningsstödet i dagspressen 2002–2007
- 2007/08:RFR16 TRAFIKUTSKOTTET
Anpassningen av trafikens infrastruktur när klimatet förändras
- 2007/08:RFR17 RIKSDAGENS UTSKOTT
Riksdagens framtidsdag 2008– konferensrapport