



KOMMISSIONEN  
FÖR SKATTENYTTA

29 MAJ 2024

# Så kan offentliga sektorns verksamheter bli kostnadseffektiva!

Hur gör de privata utförarna?

Hur kan produktiviteten öka?

Vad säger managementkonsulter, logistikkonsulter och  
revisorer om vad som skapar effektiva organisationer?

MONICA RENSTIG

– EN RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN FÖR SKATTENYTTA –

*Vad får vi för pengarna?*



# Förord

Under hösten 2021 tog jag initiativet till bildandet av Kommissionen för Skattenytta. Målet var att det skulle vara en obunden och gentemot alla intressen självständig kommission. Bakgrunden var mina funderingar kring hur vi använder våra gemensamma resurser. Jag ställde mig frågan\_- hur kan vi få mer nytta av varje skattekrone?

Vårt arbete går ut på att ge svar på tre frågor:

- Vad får vi egentligen för våra skattepengar?
- Vad borde vi få för våra skattepengar?
- Hur kommer vi dit?

Kostnaderna för den uteblivna effektiviteten syns tydligast i form av ett direkt slöseri med våra gemensamma medel, men också i form av lägre tillväxt och därmed lägre skatteintäkter. Ett vanligt politiskt svar på den frågan är att tillföra mer resurser i stället för att undersöka hur befintliga resurser kan användas bättre. Vårt arbete har tydligt visat att grundproblemet i Sverige sällan är en brist på resurser utan i stället ofta en brist i hanteringen av resurserna. Det finns inget tydligt samband mellan resurser och resultat i offentligt finansierade verksamheter.

En förändrad omvärld och nya förutsättningar i Sverige gör frågan om skattenytta och effektivitet ännu viktigare. För att utveckla verksamheten och få den bättre och mer effektiv är det viktigt att lära av varandra. Det finns många exempel runt om i landet på verksamheter där man har hög kvalitet och samtidigt god kontroll av kostnaderna. Kommuner och regioner bör hela tiden lära av vandra- vilket också sker men kan utvecklas. Det finns även ett behov av lärande mellan offentligt och privat driven välfärd. Vi vill med denna rapport lyfta fram exempel från det privata näringslivet. Dessa exempel kan tjäna som förebild och inspirera till utveckling och förbättring. Rapporten är skriven av Monica Renstig. Monica Renstig är civilekonom, journalist och författare inom välfärdsområdet. Författaren svarar själv för innehållet i rapporten.

Det dagliga arbetet på Kommissionen för Skattenytta leds av Bettina Kashefi. Övriga medarbetare är Ann-Marie Begler, Mats Bergstrand, Lars Jagrén, Mattias Lundbäck och Oskar Rådehed.

Kommissionen har redan fått ett betydande genomslag i debatt och politik. Debatten om skattenytta och effektivitet är dock fortfarande i sin linda. Allt för få tar fasta på att en bortslösad krona egentligen är en stöld från folket.

Vi fortsätter vårt arbete med oförminskad kraft. Välkommen att vara med på den fortsatta resan.

Leif Östling  
Grundare och ordförande  
Stockholm maj 2024

För ytterligare information om våra aktiviteter hänvisas till [www.skattenytta.se](http://www.skattenytta.se).

# Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Vårdens, skolans och omsorgens problem.....	7
Effektiva verksamheter utgår från "kunden" .....	11
Jobbar med patientflöden.....	11
Bygger verksamheten utifrån patientens behov .....	12
Beroende av köer för att kunna planera .....	12
Boka in alla besök samtidigt i en vårdkedja.....	13
En bättre skola utifrån elevflöden? .....	14
Effektiva lokaler.....	15
Byggda för 1950-talets sjukdomar.....	16
Ledarskapet och den ekonomiska styrningen.....	17
24 faktorer som de mer kostnadseffektiva välfärdsföretagen har gemensamt....	19
Case 1. Capio S:t Göran – 20 procent billigare vård .....	21
Avskaffat den traditionella rondan.....	22
Ökat antalet läkarbesök .....	22
Case 2. Vardaga – Optimala lokaler bäddar för effektivitet.....	24
Lokaleffektivitet.....	24
Behovsanpassad schemaläggning .....	25
Nyckeltal och uppföljning varje månad. ....	25
Ledarskapet och personalens trivsel.....	26
Case 3. Buurtzorg – Självstyrande hemtjänst utan chefer .....	27
Case 4. Kunskapsskolan använder lärarresurser smartare .....	29
Samma läromedel för alla skolor.....	29
Effektiva skollokaler .....	29
Ledarskap med mätbara mål och effektiv ekonomistyrning .....	30
Case 5. Prima barnpsykiatri har inte haft kö på 15 år .....	31
Patienttid 50 % - även för chefer .....	31
Tagit bort behandlingskonferenser.....	31
Fungerande administration .....	32
Sammanfattande råd till kommuner och regioner .....	33
Sjukvården och psykiatri .....	33
Äldreomsorgen .....	33
Förskolan och skolan.....	34
Slutsatser.....	35
Styrsystemet skaver.....	35
Intervjuade i denna rapport.....	37

# Inledning

Vad får vi egentligen för pengarna? Svensk välfärd - skola, vård och omsorg - kostar mycket pengar och alltmer för varje år. Det finns dessutom till synes oförklarliga skillnader i kostnader mellan olika regioner och olika kommuner där utredare och forskare inte riktigt lyckats förklara<sup>1</sup>. Flera studier har däremot konstaterat att det inte finns något samband mellan ökade resurser och högre kvalitet.

Välfärdssektorns problem med ständigt ökande resurser, som trots det inte tycks ge vare sig minskade värdköer eller bättre skolresultat, är väl belyst och analyserat i ett flertal andra utredningar, rapporter och böcker av utredare och forskare. Det är därför inte fokus för denna rapport.

Men HUR man gör för att bli kostnadseffektiv är däremot inte alls lika väl belyst, om än alls. Fokus för denna rapport är därför HUR den svenska välfärden kan bli mer kostnadseffektiv, samtidigt som kvaliteten förblir minst densamma.

Situationen som nu är i längden ohållbar, resurserna kommer inte att räcka, utan svensk välfärd måste börja jobba smartare och bli mer kostnadseffektiv. Svenskt Näringsliv har nyligen i en rapport beräknat att det finns en effektiviseringspotential på över 40 miljarder kronor<sup>2</sup> enbart i kommunerna. Men hur gör man som kommun eller region rent konkret?

Mitt uppdrag har varit att se HUR privata utförare gör som lyckas leverera likvärdig kvalitet. Vi har ju ganska många privata utförare inom såväl vård och skola som äldreomsorg. Vilka lärdomar finns från de seriösa som dessutom levererar minst lika hög kvalitet? De är ju uppenbart effektiva eftersom de dessutom lyckas generera överskott. Vad är det de gör rent konkret för att vara mer kostnadseffektiva? Den här rapporten är en intervjustudie där kommunrevisorer, managementkonsulter och logistikkonsulter drar slutsatser baserade på sina erfarenheter om vad som utmärker en kostnadseffektiv välfärd.

Jag har intervjuat 23 olika personer representerande såväl privata utförare inom välfärden som konsulter inom såväl industrin som privat och offentlig välfärdssektor.<sup>3</sup> Deras management och erfarenheter bildar en stomme av kunskap kring vilken jag skrivit denna rapport. Naturligtvis arbetar företagsledningar lite olika i olika verksamheter, men de visar sig samtidigt ha mycket gemensamt i sin styrning av verksamheten och hur den organiseras. Min rapport gör inte anspråk på att vara forskning, eller vara heltäckande, utan det här är praktikernas erfarenheter. Det är deras erfarenheter om olika skillnader i styrning, ledning, organisation och arbetsätt som lyfts fram.

---

<sup>1</sup> Svenskt Näringsliv har i flera olika rapporter konstaterat att cirka 80 procent av effektivitetsskillnaderna kommunerna emellan är oförklarade, i såväl grundskoleverksamheten som inom äldreomsorgen; tex i denna: "Summering av skillnader och likheter mellan effektiva och mindre effektiva kommuner", dec 2023.

<sup>2</sup> Mer värde för skattepengarna i kommunerna – så kan den demografiska utmaningen mötas. Svenskt Näringsliv, 2021.

<sup>3</sup> Deras namn återfinns i slutet av rapporten

HUR:et har varit efterfrågat bland såväl forskare som tjänstemän, politiker, organisationer och välfärdsdebattörer. Det är min förhoppning att denna rapport kan fungera som inspirationskälla, eller rentav handbok, till förändring.

# Vårdens, skolans och omsorgens problem

I det här inledande kapitlet beskrivs översiktligt de huvudsakliga problemen med sjukvården, omsorgen och skolan när det gäller kostnader. Det exemplifieras genom att synliggöra de till synes stora och delvis oförklarade skillnader i kostnader som finns mellan några olika kommuner och olika regioner. Hur dessa skillnader kan förklaras handlar till viss, eller till och med stor del, troligen om ineffektivitet. I de följande avsnitten i rapporten beskrivs via resonemang och intervjuer *hur* en kommun eller region kan bli mer kostnadseffektiv.

Men först en introduktion som beskriver problemen inom välfärden ur ett resursperspektiv och vad det får för konsekvenser.

Sjukvårdens problem är väldigt väl utredda i många utredningar, rapporter och böcker. Vi har nästan flest läkare och sjuksköterskor per capita, satsar nästan mest resurser i förhållande till vår BNP i världen, befolkningen går nästan minst till doktorn – men vi har ändå långa vårdköer, såväl på akuten som till planerade operationer. Medelväntetiden för ett första besök hos en specialist låg under 2023 ofta på över 100 dagar, och variationen mellan de olika regionerna är mycket stor. I november 2023 var medelväntetiden för ett första besök 44 dagar i region Jönköping, medan den var hela 232 dagar i Norrbotten<sup>4</sup>. Väntetiden för ett mottagningsbesök till en vårdcentral präglas också på många håll av kötider på en vecka eller mer.

En orsak till köer är att våra läkare träffar mycket färre patienter per år än vad som är fallet i andra länder<sup>5</sup>. Sjukvårdens kvalitet, när en patient väl får tillgång till vården, är dock ofta av hög kvalitet. Men all väntan kan leda till att sjukdomen försämras, förutom den oro den för med sig för patienten och de "omtag" som då måste göras av prover och information med och kring patienten. Hela bokningsprocessen med kallelser, ombokningar, omtag av prover med mera drar mycket resurser. Denna ineffektivitet i sjukvårdssystemet betyder att sjukvården kostar mer än vad den borde göra – vilket gör det svårt att få resurserna att räcka.

Barn- och ungdomspsykiatri, BUP, är en annan ofta offentlig verksamhet som utmärks av långa köer. Samtidigt tycks behovet stort. Andelen unga mellan 16–29 år som uppger att de lider av allvarig psykisk påfrestning är över 20 procent bland kvinnorna och 12 procent bland männen. En del av dessa ska först tas om hand av skolhälsovården eller vårdcentralen innan de kanske remitteras till BUP. Andelen flickor och pojkar som vårdades inom en psykiatrisk verksamhet (öppen- och slutenvård) 2022 var 7,3 respektive 6,8 procent<sup>6</sup>. I november 2023 stod 7 600 barn och unga i kö till BUP. Trots att regeringen för mer än tio år sedan beslöt att alla under 18 år som söker specialistvård för psykisk ohälsa, ska erbjudas ett första möte med barn- och ungdomspsykiatri, BUP, inom 30 dagar är det bara drygt hälften av regionerna i snitt som kan erbjuda det. Närmre 2 000 unga har väntat mer än 90 dagar. Bara fem av 21

---

<sup>4</sup> Väntetidsdatabasen november 2023

<sup>5</sup> Health at a glance 2023, OECD

<sup>6</sup> Källa: Folkhälsomyndigheten

regioner kan erbjuda 90 procent av de köande en första kontakt inom 30 dagar. Sämst är det i Västerbotten som enbart kan erbjuda åtta procent en första kontakt inom 30 dagar<sup>7</sup>.

Äldreomsorgen lider av liknande problem och utmaningar. Allt fler lever allt längre, vilket är positivt, men de ska försörjas av allt färre förvärvsarbetande skattebetalare. För mer än 50 år sedan vårdades äldre på ålderdomshem eller låg inlagda på sjukhus, vilket till sist blev såväl mänskligt som medicinskt och ekonomiskt ohållbart. Ädelreformen på 1990-talet överförde ansvaret för de äldres omsorg till kommunerna. Dessa byggde upp nya särskilda boenden för de allra svagaste, medan de flesta äldre klarade sig hemma med hjälp av hemtjänst och även hemsjukvård i vissa kommuner. Fortfarande saknas dock en "vårdform" för äldre multisjuka som blir akut sjuka - dessa skickas ofta till sjukhusens akutavdelningar – och får där ofta ligga och vänta länge på en sjukhussäng eller behandling.

En plats på ett särskilt boende måste biståndsbedömas. Det är mycket stora skillnader i kostnader för kommunen när det gäller äldreomsorgen. En plats på ett särskilt boende varierar från 3,8 miljoner kronor per brukare i Valdemarsvik till 564 000 kr Kävlinge<sup>8</sup>. (Kommunerna är inte jämförbara i storlek, Valdemarsvik har närmare 8 000 invånare, medan Kävlinge har drygt 32 000, men siffrorna gäller per brukare/klient/kund och visar spannet som i sig är intressant och rimligheten i detta spann kan förstås analyseras och diskuteras).

Kommunernas kostnader för hemtjänst varierar lika mycket. I Pajala (närmare 6 000 invånare, men ytmässigt 8 000 km<sup>2</sup>) kostar hemtjänsten per brukare 809 000 kr, till och med mer än vad äldreboendet kostar i Kävlinge. Billigast är hemtjänsten på Ekerö utanför Stockholm där kostnaden per brukare ligger på lite drygt 185 000 kr. En orsak till Pajalas höga hemtjänstkostnader per brukare *kan vara* kommunens stora yta. Å andra sidan är Gotlands yta dubbelt så stor, drygt 15 000 km<sup>2</sup> och deras kostnad per hemtjänstbrukare ligger "bara" på drygt 291 000 kr. Varför finns dessa skillnader?

Många kommuner i Stockholmsområdet, i synnerhet de som konkurrensutsatt sina verksamheter, har relativt låga kostnader, runt 200 000 kronor per brukare, till exempel Sollentuna och Täby Givetvis kan skillnader i hur behövande de äldre hemtjänsttagarna är till viss del förklara de stora skillnaderna i kostnader, likaså kan man tänka sig skillnader i kvalitet med antagandet att högre kvalitet kostar mer. En skillnad kan också vara att i vissa kommuner ingår hemsjukvård i "hemtjänstkostnaden" som redovisas i SKL:s "Kolada" och där kan det givetvis skilja sig mycket beroende på hur stora behoven av hemsjukvård är i olika kommuner.

Den svenska skolan utmärks av liknande problem som sjukvården när det gäller resurser. Trots ständigt ökande resurser presterar inte eleverna bättre år från år. Utbildningskostnaden som andel av BNP är den tredje högsta, sju procent, bland alla de 37 OECD-länderna. Kostnaden för utbildning per elev i åk 1–6 är den sjunde högsta, i åk 7–9 ligger också kostnaden per elev avsevärt över OECD-genomsnittet<sup>9</sup>. Trots mycket resurser presterar de svenska eleverna i PISA allt sämre.

---

<sup>7</sup> Källa: Väntetidsdatabasen SKR november 2023

<sup>8</sup> SKR: uttag ur Kolada

<sup>9</sup> Källa: Education at a glance, OECD 2023. Jämförelsen är köpkraftsjusterad i US-dollar mellan länder.



När mätningarna startade år 2000<sup>10</sup> var Sveriges resultat som högst och har sedan dess sjunkit succesivt. I senaste mätningen placerade sig vi på plats 15 bland OECD-länderna.

I Sverige har skoldebatten varit intensiv under flera decennier. Elevernas resultat, mätt som andel som gått ut nionde klass med ofullständiga betyg, har ökat från 10,8 procent år 2000 till 18,3 procent 2010 och nu senast till 21,2 procent för år 2022/23<sup>11</sup>. Många tror att orsaken till försämrade resultat är nedskärningar, men kostnaderna för skolan har tvärtom ökat med hela 57 procent i fasta priser sedan 2000, med 20 procent om vi mäter från 2015 och med nio procent om vi enbart tittar på perioden 2015 till 2022<sup>12</sup>.

Skolan kostar dessutom mycket olika i olika kommuner. Kostnaden per elev varierar med nästan 70 000 kr per elev och år mellan högst och lägst. Mest kostar eleverna i Bergs kommun i Jämtland, 176 200 kr, och minst i Täby norr om Stockholm 107 300 kr<sup>13</sup>. Varför det är så stora skillnader är inte klarlagt. Många utredningar och forskning har dock konstaterat att det inte finns något samband mellan skolpengens storlek och vad eleverna presterar<sup>14</sup>.

De 28 dyraste kommunerna ligger alla i glesbygd, på plats 29 kommer Stockholm, följt av ytterligare två glesbygdskommuner, och därefter Göteborg. Sedan följer en blandning av mycket små kommuner och förortskommuner till större städer där kostnaden per elev ligger runt 130 000 kr. Medel bland Sveriges kommuner ligger på 129 400 kr. (år 2022)

Att driva skola i glesbygd är ekonomiskt tungt eftersom det är få elever. Kanske inte ens tillräckligt med elever för att fylla ens en årskurs om 20–25 elever<sup>15</sup>. All skolverksamhet kräver ju åtminstone en skolbyggnad, viss skolledning och åtminstone några lärare. När barnen blir äldre kan de åka till en grannkommun, men då tillkommer kostnader för ganska dyra skolskjutsar. Sammantaget betyder det att de fasta kostnaderna måste fördelas ut på färre elever, vilket förklarar den höga kostnaden per elev.

Det är emellertid även stora skillnader i kostnader per elev bland Stockholms läns 26 kommuner. Det skiljer närmare 40 000 kronor per elev mellan Stockholms kommuns 144 500 kr/elev och Täbys 107 300 kr/elev. Många kommuner i Sverige har det senaste decenniet utöver skolpengen infört så kallade strukturbidrag för att kompensera för socioekonomiska faktorer, vilket delvis kan förklara de stora skillnaderna mellan kommunerna.

En av orsakerna till att skolpengen/skolkostnaderna ser så olika ut i landet är dock sannolikt den struktur som fanns på förskolor och skolor vid införandet av skolpengen 1993. Det var inga avancerade kalkyler som låg bakom hur den räknades fram, utan oftast gick det till så att förvaltningen tog de då totala kostnaderna för förskolan respektive grundskolan och dividerade det på det då aktuella antalet barn respektive elever. Detta blev då förskole-

---

<sup>10</sup> Utbildningskostnadernas andel av BNP var år 2008 6,4%. Det tidigaste året som finns redovisat i jämförelsen.

<sup>11</sup> Källa: Skolverket

<sup>12</sup> Källa: Skolverket och Medelvärden för hemkommunens kostnader per elev har använts som sedan justerats av skribenten med KPI.

<sup>13</sup> Källa: Skolverket 2022

<sup>14</sup> Till exempel: Utredningen om ökat statligt ansvar för skolan (U 2020:07)

<sup>15</sup> Ett tiotal mindre kommuner ger anslag till sin skola i stället för skolpeng.

respektive skolpengen i respektive kommun<sup>16</sup>. Efter det har pengen för varje år justerats upp med mellan 1–3 procent per år i takt med löneökningarna och KPI. På så sätt har den gamla strukturen som baserade sig på låt säga 20 små förskolor och 14 mindre grundskolor legat kvar. Naturligtvis borde/måste kommuner minska antalet förskole- eller skolenheter när det långsiktigt inte verkar finnas tillräckligt med elever, men det är mycket svårt politiskt att slå samman eller lägga ned skolor - även om det görs.

Hela styrsystemet, budgetprocessen i kommunerna, bygger dessutom i normalfallet på årliga "ökande resurser", med få undantag, och att sätta mål på kostnadseffektivitet och efterlysa innovationer på skolområdet är sällan förekommande. Naturligtvis finns krav på besparingar gentemot budgeten vissa år när verksamheterna riskerar få högre kostnader än budgeterat och då sker vissa anpassningar, men generellt bygger kommunernas verksamheter på olika satsningar, alltså ökad budget. Det är således ett svagt styrsystem för att uppnå kostnadseffektivitet. Det förekommer att det sätts mål på 1–2 procents överskott på skolbudgeten för varje skolenhet. Kommunpolitiker vittnar dock om att dessa mål bara ibland förverkligas eller följs upp.

Att ständigt ökande resurser är det som är basen för kommunernas och regionernas verksamhet förstärks av det faktum att kommunernas kostnader ökat med 32 procent mellan 2014–2022 till 773 miljarder kronor. Regionernas kostnader har under samma period stigit med hela 47 procent till 430 miljarder kronor<sup>17</sup>.

Det framstår som uppenbart att mer resurser varken är lösningen för sjukvården, omsorgen eller skolan när det gäller att få bukt med problem med köer, höga kostnader eller sjunkande elevresultat. I stället är det arbetssätten som måste förändras. Det är det som skiljer de som lyckas leverera mer värde för pengarna som vi ska se i de följande avsnitten.

---

<sup>16</sup> Bygger på intervjuer med fd förvaltningschefer i några kommuner.

<sup>17</sup> Källa: SCB och Ekonomifakta

## Effektiva verksamheter utgår från "kunden"

I mina intervjuer med managementkonsulter och privata utförare har jag funnit 24 gemensamma faktorer som utmärker de privata utförarnas arbetssätt inom vård, skola, omsorg och BUP. Listan finns i följande avsnitt. Naturligtvis är det antalet inte "vetenskap", utan det kan finnas betydligt fler faktorer och vissa av dem är helt eller delvis överlappande. Dessa 24 är emellertid de som jag valt att lyfta fram som väsentliga.

*På ett övergripande plan är den största skillnaden mellan offentliga och privata utförare att såväl personal som lokaler används mer effektivt samt att patientens/klientens/elevens behov i större utsträckning styr hur verksamheten organiserats. Det har lett till förändrade arbetssätt. Detta är samstämmiga uppgifter på ett generellt plan från dem jag intervjuat. Naturligtvis finns offentliga verksamheter som också arbetar effektivt med personal och lokaler, här har jag emellertid valt att ställa dem mot varandra för att öka tydligheten kring vad de privata gör annorlunda.*

### Jobbar med patientflöden

Som en röd tråd genom hur effektiva moderna välfärdsorganisationer byggs och bör byggas löper tanken på att öka flödet genom processen. Det sker genom att ta bort onödig väntan för kunden/patienten mellan olika moment och att identifiera vad det är som hindrar ett jämnt flöde och ta bort sådant som inte skapar värde för kunden/patienten. För att lyckas är det viktigt att det är medarbetarna/professionen själva som ansvarar för jobbet med "ständiga förbättringar".

*De som jobbar så får högre produktivitet, minskar sina väntetider, minskar administrationen, sänker kostnaderna, begår färre fel, behöver göra färre ombokningar samtidigt som det leder till väsentligt ökad trivsel och större arbetsglädje bland medarbetarna. Det framgår av de olika case från olika verksamheter som redogörs för i senare avsnitt i rapporten.*

Dessa arbetssätt kring flöden har funnits inom svensk industri i decennier och dessa tankar har även nått våra välfärdsverksamheter. Trots många försök är dock arbetssättet inte implementerat i någon större utsträckning inom svensk sjukvård. Det finns flera exempel på olika projekt som bedrivs och har bedrivits på enskilda kliniker runtom i Sverige med mycket goda resultat – men som trots de goda resultaten senare runnit ut i sanden. Det är starka krafter som sätts i rörelse när arbetssätt förändras och har inte sjukhusledningen gjort sin "change management" (förändringsledning), alltså verkligen informerat, förklarat, försökt skapa delaktighet kring fördelarna med patientflöden och tryckt ned ansvaret till medarbetarna att genomföra det är risken stor att allt förblir som förut.

Den gamla sjukvårdsstrukturen krockar med allt vad det nya står för, (modernt management, allt fler välutbildade, krav på delaktighet, patientmakt, IT:s möjligheter) skulle man kanske kunna säga. I offentligt finansierad verksamhet är inte patientens makt tillräckligt stor för att kunna påverka, det finns ingen synlig kund, utan kunden är ett osynligt skattekollektiv.

Patientens tid är då inte heller lika viktig som sjukvårdsapparaten. Att utgå från att skapa värde för patienten känns främmande. Det är en förklaring till att patientflödestanken inte implementerats mer inom sjukvården.

## Bygger verksamheten utifrån patientens behov

Den största skillnaden mellan offentlig och privat välfärdsverksamhet, som framgår av intervjuerna, är därför att de privata i större utsträckning försöker bygga sin verksamhet utifrån patientens behov, medan det offentliga hittills byggt sin verksamhet utifrån ett produktions- och stordriftsorienterat synsätt. Det är ett system som styrs inifrån och ut, i stället för utifrån och in. I det nuvarande sjukvårdssystemet fördelas resurserna ut på ett planekonomiskt sätt på samma sätt som varor fördelades ut i de forna kommunistländerna. Dessa hade ju också ständiga köer<sup>18</sup>.

Sjukvårdens styrsystem framstår som obsoleta då det enbart utgår från produktion och inte premierar när man jobbar *smartare*, eller levererar högre kvalitet och nöjdare patienter. Sjukvård beställs av regionerna utifrån ett antaget vårdbehov och ett antaget kapacitetsbehov till ett visst pris. Det gäller även de offentligt drivna sjukhusen och vårdcentralerna. Kommer det fler patienter än vad som är beställt enligt plan får vårdinrättningen inte betalt, eller avsevärt mindre betalt. Effekten blir stora underskott jämfört med budget – eftersom de fasta kostnaderna för lokaler och personal är kvar. Till nästa år får man då kanske sparbetning och minskar på antalet medarbetare. Eftersom man inte får neka vård till någon måste man då lösa personalbehovet med bemanningsföretag och följaktligen ökade kostnader.

## Beroende av köer för att kunna planera

Det offentliga sjukvårdssystemet kan sägas vara beroende av köer för att kunna planera sin verksamhet. Att sätta patienter i kö är ett sätt att hantera budgeten, menar de konsulter som jag talat med. Köer som behövs för att planera kostar ju inte någonting för sjukhusen, men de kostar samhället väldigt mycket. Det blir direkta kostnader för kommunerna, men kostar inte sjukvården något.

I ett produktionsorienterat sjukvårdssystem som det svenska utgår man ifrån att belägga alla medarbetare med arbetsuppgifter. Patientens tid och väntan är inte prioriterade, utan man är övertygad om att centralisering, stordrift och kontroll av produktionen är det som ger effektivitet.

”Vården fungerar som det gamla produktionsorienterade bruket”, menar logistikkonsulten Kjell Åman som jobbat mycket åt industri och sjukvård. Inom vården är hierarkierna starka och gränserna mellan olika yrkesgrupper kan vara hårda. Varje specialistområde arbetar allt för snävt inom sin grupp med dålig eller ingen kommunikation utanför denna. Det är också ofta dålig samplanering mellan olika yrkesgrupper inom en avdelning. Om en sjuksköterska blir sjuk på en avdelning faller ofta produktionssystemet. Man har inte alltid löst detta med att varje avdelning

---

<sup>18</sup> Analysen är gjord av rapportförfattaren och bygger på de 23 intervjuerna och de tidigare rapporter författaren skrivit. Förhållandena som beskrivs har även belysts av ett flertal andra författares rapporter, tex Effektiv Vård med Göran Stiernstedt som redaktör och av myndigheten Vård- och omsorgsanalys rapport ”Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. I den skrivs bl a ”Vården är organiserad utifrån de administrativa behoven snarare än utifrån patienternas eller ens vårdgivarnas behov”.

måste ha en viss grundbemanning. Det är ett komplext system där frånvaron av en medarbetare ger dominoeffekt på andra medarbetare och till sylvende och sist patienten”.

Det är sannolikt rädslan över att inte ha kontroll på kostnaderna som gör att Sverige har sitt planekonomiska sjukvårdssystem. Men det nuvarande systemet drar oerhört mycket resurser på sådant som inte tillför patienten något värde. Det som drar mest resurser är den administrativa överbyggnad som krävs för att kunna administrera köerna och vården, menar flera av experterna jag talat med. Det ineffektiva bokningssystemet där patienter kallas per post, och där statistik visar att hela 40 procent av dem inte kan komma på den föreslagna tiden<sup>19</sup>, utan då måste ringa och komma överens om en annan tid, drar också resurser. Att ställa patienter i kö och låta dem vänta i kanske flera månader på ett ingrepp leder också till att prover blir gamla och måste tas om.

Kjell Åman menar att det går att jämföra sjukvården med hur det såg ut i industrin för flera decennier sedan. Då gick man från att vara produktionsorienterad till att börja tillverka efter kundens behov. Då präglades tillverkande företag av avdelningstänkande. Varje avdelning, till exempel kapning, bearbetning och ytbehandling skulle utnyttjas så effektivt som möjligt. Genom att samla på sig så många order som möjligt (väntelista) kunde varje avdelning utnyttja sina resurser. Konsekvensen blev att köer byggdes upp i samtliga led och att det tog lång tid innan produkten blev färdig. Den långa tiden bestod nästan uteslutande av väntan.

Vården fungerar på samma sätt, varje avdelning bygger upp sina köer där man tänker stordriftsmässigt. Inom industrin ledde denna insikt till att produktionen lades om och idag karakteriseras av korta genomloppstider. Alla ledtider, alltså väntetider till olika moment har kortats radikalt. Snabbheten och flödet genom de olika momenten är viktigast. På samma sätt borde vården fungera så att den fokuserar på patientens upplevelse i stället för på avdelningstänkande. Det är ju för patientens skull vården finns och att denna blir frisk och nöjd är det viktigaste.

## Boka in alla besök samtidigt i en vårdkedja

Varje patient med en viss diagnos måste ta sig igenom ett antal olika moment, från en första undersökning, till kallelse till ingrepp/behandling till uppföljning, rapportering av provsvar till nya kallelser och bekräftelsebokningar. Patienten får oftast finna sig i att köa till alla de olika avdelningarna. Varje avdelning tycks fungera helt oberoende av varandra och patienten får därför om och om igen ge sin version av sjukdomen. Genom att i stället skapa en gemensam ”databas” och gemensamma rutiner för dessa moment och för varje diagnos skulle köerna kunna minskas avsevärt. Redan vid det första mötet skulle man kunna boka in alla de resterande momenten.

Det finns flera exempel på offentligt drivna kliniker som bestämt sig för att effektivisera sina flöden med mycket goda resultat genom att identifiera processerna som patienten måste ta sig igenom – och ta bort onödig väntan.

---

<sup>19</sup> Läkaren och managementkonsulten Magnus Lord har utfört en sådan studie på Lunds universitetssjukhus. Sannolikt är förhållandena snarlika på de flesta kliniker där 40 % inte kan komma på den tid man kallas till.

Managementkonsulten och läkaren Magnus Lord ger i sin bok "Befria sjukvården" flera exempel på kliniker som kraftigt förbättrat sina flöden. Vid en neuropsykiatrisk klinik i Lund var köerna mycket långa och det tog i genomsnitt fyra månader att genomföra en Adhd-utredning från början till slut. Det var flera olika medarbetare inblandade och utredningarna var olika långa och av olika kvalitet. Vid den avslutande diagnosdiskussionen var informationen ofta gammal och ofullständig och teamet hade ibland svårt att minnas patienten. Arbetsmiljön var dålig och man hade en ökande sjukfrånvaro. Två nyckelpersoner var redan överbelastade. Hur skulle man kunna öka kapaciteten ytterligare?

Faktum är att man lyckades vända situationen på tre år, de kunde då göra dubbelt så många utredningar per person med högre kvalitet på en bråkdel av tiden samtidigt som arbetsmiljön blev bättre och tempot blev lugnare. Genom att identifiera processerna till sju moment kunde arbetet omfördelas mellan medlemmarna i teamet så att alla fick lika mycket att göra. Man bestämde sig för att göra vissa förutbestämda moment i vecka ett, genomföra resten av utredningen i vecka två och genomföra diagnoskonferensen i vecka tre och fördela ut aktiviteterna på olika medarbetare. Fyra månaders utredning kunde därför krympas till tre veckor. Antalet simultana patienter under utredning sjönk från över 30 till fem och antalet utförda utredningar per medarbetare mer än fördubblades.

Magnus Lord konstaterar i sin bok att "dåligt fungerande flöden är en av de största kostnadsdrivarna i sjukvården".

## En bättre skola utifrån elevflöden?

Skolan kan också sägas vara organiserad utifrån ett produktionsorienterat synsätt med fasta avdelningar (årskurser) där 25 elever samtidigt i en klass ska fås fostran och kunskaper på samma sätt oavsett förutsättningar. En organisation som är 200 år gammal. Skolan är inte alls organiserad utifrån elevernas behov, utan efter födelseår. Sannolikt vore resultaten bättre om elever som då exempelvis är duktiga i svenska och matte kunde kopplas in i olika flöden utifrån hur de klarar olika tester kan de med rätt stöd utvecklas i sin egen takt<sup>20</sup>. Det finns såväl kommunala skolor som friskolor som i mer eller mindre utsträckning försöker jobba nivågrupperat<sup>21</sup>. Täby Friskola har jobbat nivågrupperat i matte i 25 år och menar att såväl de svagare som de starkare eleverna utvecklats mycket bättre.

Oerhört resurskrävande, tänker kanske de flesta spontant. Så behöver det inte alls vara eftersom en sådan modell bygger på att lärarresurser frigörs<sup>22</sup>. Eftersom barn har olika förutsättningar och lär sig olika fort på olika sätt behövs flera olika undervisningsmetoder, från enskilt till mindre grupper till stora grupper. Två klasser kan kanske lyssna samtidigt på en historieföreläsning av en fantastisk lärare eller två – fyra klasser kan ha samtidig idrott. Då frigörs ju samtidigt lärartid för enskilda elever eller till mindre grupper. Vissa elever lär sig kanske bäst genom att själva sitta och räkna enskilt med hjälp av en dator. I Sverige är det

---

<sup>20</sup> "Delad matematikundervisning på högstadiet. En studie över nivågrupperad undervisning", André Turesson, Högskolan i Kristianstad.

<sup>21</sup> En tydlig nivågruppering fanns inom grundskolan under flera decennier från 1960-talet och framåt i form av allmän respektive särskild kurs i matematik, engelska och moderna språk. Nivåerna var två fasta grupper. Det är inte förbjudet att nivågruppera om grupperna är tillfälliga eller om eleverna kan flyttas mellan olika nivåer.

<sup>22</sup> Modellen återfinns på vissa friskolor, men framförallt internationellt.

främst Kunskapsskolan som tillämpat ett "flödestänk" som utgår från elevens behov genom sin "individuella utvecklingsplan" och där lärandet kan ske på flera olika sätt/olika metoder som frigör resurser. (Kunskapsskolans arbetssätt presenteras närmare längre fram i rapporten)

Att nivågruppera<sup>23</sup> barn inom klassens ram utifrån tester i matematik, svenska och språk är något som internationella skolor i Sverige och utomlands ofta tillämpar och några svenska friskolor. I USA är det vanligt även i kommunala skolor med upp till fyra nivåer i varje ämne, där eleven då kan röra sig flytande mellan de olika nivåerna.

"Skolan måste komma bort ifrån en lärare – en klass och i stället fråga *var* och *hur* resurser kan delas. En lärare måste kunna ha större klasser ibland i vissa ämnen för att frigöra andra lärarresurser, menar Kent Henningson som har 40 års erfarenhet som chef inom skolvärlden i flera olika kommuner.

"Ett annat sätt att utnyttja resurserna bättre är att öka undervisningstiden<sup>24</sup> för lärare. Bara en timme mer i veckan skulle frigöra mycket lärarresurser att användas till barn som behöver lärarledd undervisning i mindre grupp", menar Kent Henningson.

## Effektiva lokaler

Att utnyttja lokalerna mer effektivt är en väsentlig faktor för att nå kostnadseffektivitet. Till det hör att inte ha större lokaler än vad man behöver och att de ytor som hyrs också är effektiva för verksamheten. Att stå med tomma platser i förskola, skola eller äldreomsorg kostar väldigt mycket och är ofta en orsak till negativa resultat för verksamheterna. I intervjuerna med privata utförare menar dessa att de är mycket snabbare på att anpassa verksamheten efter förändrade förutsättningar<sup>25</sup>.

"Att ha en optimal storlek på sina förskolor, skolor och äldreboenden har stor betydelse för en kommuns kostnader. Enheterna får inte vara för små och man bör slå ihop eller lägga ned enheter som är det och som samtidigt ligger relativt nära varandra", menar en konsult från ett stort revisionsföretag med kommuner som kunder.

Det är dyrt att ha många små enheter inom förskola och skola av flera skäl. Förutom att hyreskostnaden totalt sett blir högre med fler små enskilda enheter kostar det också mer att bygga upp en ny basorganisation av medarbetare på varje enhet där man inte lika lätt som vid större enheter kan få ihop schemat av önskade deltider bland personalen. Eller i förhållande till hur länge på dagen förskolebarnen har behov av omsorg. Små enheter har av naturliga skäl också färre medarbetare och är därmed mycket mer sårbara för sjukfrånvaro bland personalen. I större enheter är det lättare att dela på de gemensamma

---

<sup>23</sup> En form av nivågruppering var när det svenska skolsystemet erbjöd allmän respektive särskild kurs i språk och matematik under 1960-1970-talet.

<sup>24</sup> Fram till millennieskiftet hade lärare fastlagd undervisningsskyldighet som för högstadielärare låg på ca 16 timmar i veckan. Det finns inte längre någon central reglering för hur många timmar lärare ska undervisa utan det är rektors ansvar att skapa rimliga tjänster för läraren. Numera har lärare en arbetsplatsförlagd tid om 35 timmar i veckan, vari ska rymmas tid för för- och efterarbete, rättning av prov förutom undervisningstiden. SKR har undersökt att lärare i gymnasieskolan undervisar 500–600 timmar per läsår och lärare i grundskolan 1 000–1 200 minuter per vecka, vilket i timmar motsvarar nio respektive 18 timmar.

<sup>25</sup> Skolpengen är varje offentlig eller friskolas intäkt och beroende på hur många elever som väljer skolan får skolan olika mycket i totalintäkt. Om elevunderlaget minskar eller fler elever väljer bort en skola minskar totalintäkten. Det är totalintäkten som används för att bekosta löner och lokaler.

personalresurserna. De flesta medarbetare föredrar dessutom att ha många kollegor, vilket gör att större skolor ofta är mer attraktiva.

Skollokalerna skulle också kunna användas mer effektivt under året. Många skolor står helt tomma på kvällar och helger och under långa lov. De borde kunna användas mer av föreningar året runt och till olika lovskolor/aktiviteter.

Många kommunala och regionala byggnader är byggda för mer än 100 år sedan, en del av dem är kulturmärkesskyddade. De är vackra och värda att bevara, men de är inte byggda efter de behov som finns vare sig hos dagens sjukvård, skola eller äldreomsorg.

Gamla skolor är inte yteffektiva eftersom de består av stora breda korridorer och stora klassrum. Hyreskostnaden, som ofta sätts i kvadratmeterhyra, blir onödigt hög eftersom korridorer inte kan användas vare sig för undervisning eller som grupprum eller sociala aktiviteter. Dagens skolor har oftast ett större behov av flera mindre grupprum och att lokalerna kan användas mer flexibelt där exempelvis fritidslokaler och matsal inte enbart fungerar som detta, utan även utnyttjas för undervisning.

Det finns friskolor, framför allt mindre, som hyr gamla skollokalerna av kommunen, men de flesta större friskoleföretag har av ovan beskrivna skäl valt att i stället antingen bygga om gamla kontorslokaler eller att bygga helt nytt för att bättre och mer flexibelt kunna utnyttja alla ytor. På samma sätt har större äldreomsorgsföretag oftast också valt att bygga nytt. Antingen bygger de i egen regi eller så hyr de av en privat fastighetsägare mot att denne bygger om lokalerna efter den nya hyresgästens önskemål. Det är ganska vanligt att den privata fastighetsägaren och den nya privata skol- eller äldreomsorgsföretaget delar på investeringskostnaden. Oavsett finns en stor fördel i att det privata företaget själva förhandlar hyresvillkoren, det leder till lägre kostnader än vad det offentliga kan uppnå, menar de företrädare för privata välfärdsföretag som jag intervjuat.

De privata utförarna är således mer lokaleffektiva och antalet kvadratmeter per elev eller brukare är ofta avsevärt lägre<sup>26</sup>. Det är en viktig förklaring till att privata välfärdsföretag är mer kostnadseffektiva och då även kan generera överskott.

## Byggda för 1950-talets sjukdomar

Dagens sjukhus byggdes till stor del för 1950-talets sjukdomar och behandlingar som dominerades av att vårda sängliggande patienter. Idag sker nästan all behandling i dagsjukvården, men lokalerna och sjukvårdsorganisationen är varken byggda eller anpassade för det, vilket är en av orsakerna till långsamma flöden och lågt resursutnyttjande av både personal och lokaler. Naturligtvis görs kontinuerliga ombyggnationer av sjukhus för att bättre anpassa ytorna till förändrade behov, men sjukhusets "grundstruktur" av byggnader och höjd är svår att ändra på, såvida man inte river byggnader.

---

<sup>26</sup> I senare avsnitt redogörs mer exakt för skillnaderna i de olika "casen".



Ofta består ett akutsjukhus av en lägre byggnad på ett fåtal våningar där akuten brukar finnas, och sedan av flera höga hus med vårdavdelningar. På många sjukhus är det långa avstånd mellan olika enheter, (som borde ligga nära varandra eftersom de "hänger ihop"), på sjukhusen som gör att det blir mycket spring för att hämta, lämna och kanske till och med rent fysiskt kolla efter lediga vårdplatser<sup>27</sup>.

Vårt enda privata akutsjukhus sedan 1999, Capio S:t Görän i Stockholm, hyr ju en gammal sjukhusbyggnad/er och har arbetat mycket med att förbättra patientflödena, bland annat lokalmässigt med att flytta röntgen närmare akuten<sup>28</sup>.

I en undersökning som SKR utförde 2013<sup>29</sup> bland 11 medicinkliniker visade det sig att i snitt var det bara 47 procent av lokalytan som användes för patientbundna aktiviteter, 25 procent var personalbundna lokaler, medan resterande 28 procent var övriga lokaler (tvätt, förråd, mm). Noterbart är att den ytmässigt största kliniken också var den där andelen av lokalytan som gick till patientbundna aktiviteter var lägst, bara 34 procent. Det förstärker bilden av att offentliga lokaler är för stora och inte är byggda efter dagens vård och att stora kliniker inte är en garant för effektivt lokalutnyttjande, utan snarare tvärtom.

## Ledarskapet och den ekonomiska styrningen

Det är, enligt de intervjuade, generellt stora skillnader i ledarskapet och styrningen i privata välfärdsföretag jämfört med det offentliga. I det privata styr man hårdare och följer upp avvikelser bättre. Det menar de företrädare och konsulter jag talat med.

Det finns även en stor skillnad i synen på hur man mäter kvalitet. Inom offentlig sektor finns i regel helt naturligt ett större fokus på input framför output, alltså man fokuserar på vad man stoppar in i form av resurser (som andelen obehöriga lärare, personaltäthet, andelen äldre med hemtjänst osv) framför output i form av *resultatet* (som patientnöjdhet, antalet patienter per dag, andelen barn som kan läsa flytande i andra klass osv). Resultatet i skolan mäts i och för sig i form av betyg, men i det systematiska kvalitetsarbetet är det ofta "input-variabler" som mäts eller förklaringsvariabler till varför resultaten ser ut som de gör, tex andelen invandrare, andelen pojkar, föräldrars utbildningsnivå som presenteras. Fler resultatmått som mäter och följer elevers prestationer under tidigare år skulle behöva utvecklas. Sådana initiativ har tagits av olika privata företag/stiftelser som screening av läsförmåga eller att mäta exempelvis progression (förädlingsvärde), alltså hur mycket en elev utvecklas år från år genom att gå i en viss skola. Friskolor har varit snabba på att implementera nya mått<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Synpunkterna kommer från olika arkitekter som arbetar med sjukhusbyggnader

<sup>28</sup> Mer om S:t Görans arbets sätt i casen. Även vissa andra akutsjukhus har gjort detta.

<sup>29</sup> Värdeeffektiva lokaler. En pilotstudie i vårdrelaterade lokalnyckeltal

<sup>30</sup> Resonemanget om hur verksamheters kvalitet mäts i offentlig vs privat välfärdsssektor har utvecklats av bland andra professor Karl-Erik Sveiby till exempel i boken Kunskapsledning. Svenskt Näringsliv konstaterar också i en rapport att: "Statistik över mer objektiva kvalitetsmått är begränsad inom välfärden. Den som finns mäter ofta kvalitet indirekt via struktur- och processmått och inte som uppnådda resultat". Källa: "Sant och falskt om företagande i välfärden".

De privata välfärdsföretagen lägger stor vikt vid att sätta mätbara resultatmål och i att mäta ofta och följa upp avvikelser. De mäter produktivitet och effektivitet i läkarkåren och sätter mål för antalet besök och operationer per dag. De sätter upp hur lång tid maxtiden får vara på akuten, hur många elever som ska klara behörighet till gymnasiet eller andra betyg. Man är också mer noggrann med analysen och uppföljningen av avvikelser. Naturligtvis gäller inte detta *alla* friskolor eller alla privata kliniker -men bland dem jag intervjuat är detta noterbart. Och naturligtvis finns det kommunala skolor och offentliga kliniker som också sätter produktivitetsmål, men de intervjuade menar att dessa skillnader är mer uppenbara när de jämför offentligt- privat.

I de privata välfärdsföretagen har man också större möjlighet att välja sin personal – och att kunna göra sig av med dem snabbare genom att köpa ut dem. Inom det offentliga måste alla lediga tjänster utlysas och den som är på pappret mest meriterad också väljas. Visst finns det även i offentlig sektor möjlighet att i slutänden välja sin personal, men det är ännu lättare i privat sektor. De som jag intervjuat är noga med att välja "rätt" personal och menar med det att de även lägger vikt vid att vederbörande har rätt inställning till arbetet

Att aktivt jobba med trivsel och arbetsglädje hos medarbetarna är något som flera av de privata företagen trycker hårt på. Man måste i sitt ledarskap ständigt jobba med att öka arbetsglädjen och åtgärda varje form av missnöje snabbt så det inte sprider sig. De flesta arbetar mycket med att trycka ned ansvaret så långt det går i organisationen och ge varje medarbetare möjlighet att växa och känna stolthet för det jobb de utför.

## 24 faktorer som de mer kostnadseffektiva välfärdsföretagen har gemensamt

1. Bättre ekonomistyrning och ledarskap. Sätter mätbara mål, styr efter dessa och följer upp avvikelser i stället för att som ofta i offentliga verksamheter enbart styra mot budget.
2. Sätter exakta mål om hur många patienter/klienter/elever/brukare som professionen ska träffa per dag. Sätter även mål som max 4 timmar från dörr-dörr för patienter på akuten.
3. Har många mätbara nyckeltal för sina verksamheter – som följs upp och åtgärdas.
4. Koncerntänk där inte varje enhet har sin egen "overhead" som ekonomifunktion och liknande, utan detta sker centralt med ekonomi, lärportal, gemensamma nyckeltal eller spridande av "best practice". De utnyttjar kedjebildningen av flera skolor i en koncern, eller i en kommun, mycket bättre.
5. Mindre lokalyta per brukare/klient/elev än de offentliga.
6. Effektivt lokalutnyttjande – inga stora ytor som mestadels står tomma. Lokaler används flexibelt.
7. Optimal storlek på förskolor, skolor och äldreboenden - inte för små enheter.
8. Har få eller inga tomma platser, varken i skolverksamhet eller äldreomsorg
9. Ett flödesbaserat arbetssätt genomsyrar vårdverksamheter där man utgår från patientens "resa" genom vården - där man i förväg tänkt ut vad nästa steg är för patienten och därmed kraftigt minskar ledtider, alltså väntan mellan olika aktiviteter. Ett sådant synsätt innebär att de traditionella stuprören som ofta karakteriserat vården fått ge vika för ett mer teambaserat arbete. Detta har lett till minskade kostnader eftersom färre "fel" begås och tids- och ombokningar blir färre.
10. Har ett större fokus på patientnytta, vad som skapar värde för patienten, än på "sjukhusplanering". I det idag förhärskande produktionsorienterade synsättet där vården belägger sin personal så mycket som möjligt finns inga mål om antal behandlade patienter eller genomloppstid per dag, utan den vård som levereras blir den som blir. Planeringen är inifrån och ut. Framgångsrika sjukhus låter sig i stället styras utifrån och in och låter därmed patienternas behov styra sjukhusets planering och organisation<sup>31</sup>. Resultatet blir minskade ledtider och ökad produktivitet.
11. Vissa har minskat tiden för för-och efterarbete genom att standardisera processen för läraren eller läkaren. Dessa behöver inte uppfinna hjulet igen, utan det finns färdiga lektionsupplägg för lärare och patienten är färdigutredd och alla prover har tagits i förväg.

---

<sup>31</sup> Nya Karolinska Solna bedriver här ett framgångsrikt stort arbete inriktat på tematisk sjukvård och förbättrade flöden.

12. Smartare schemaläggning. Scheman läggs efter patienternas/brukarnas behov och efter personalens egna önskemål. Inte alla vill jobba 8–17.
13. Vågar ta bort möten/konferenser som inte direkt tillför patienten/kunden/klienten värde.
14. Styr inte uppifrån och ned, utan låter medarbetarna äga förändringsarbetet. Ledningen trycker ned ansvaret för att förbättra patientflödena så långt ned i organisationen som möjligt.
15. Arbetssättet "lean" och "kaizen" är implementerat, det vill säga fokus för medarbetarna är kundnyttan och minimera resursslöseriet. Medarbetare har ett ansvar att jobba med ständiga förbättringar.
16. Har vågat förändra den traditionella rondan och kortat tiden för utskrivning av patienter. Därmed har fler vårdplatser kunnat frigöras tidigare och tillgängliga vårdplatser ökat.
17. Har specialistläkare på akuten inom flera vanliga specialiteter som ortopedi och kirurgi, vilket leder till snabbare bedömning av läkare, att färre fel begås och att väntetiden minskar.
18. Har digitaliserat sina administrativa rutiner. Använder exempelvis digitala hjälpmedel som "från tal till text" vid diktering. Sparar mycket tid och resurser.
19. Investeringar i ny teknik har också lett till förändrat arbetssätt. Om digitaliserade provsvar levereras bör de fysiska besöken också minska.
20. Har en organisation som sprider "best practice" och som vågar jämföra enheter med varandra.
21. Arbetar mycket med att få medarbetarna att trivas och känna yrkesstolthet.
22. Väljer noggrant sin personal och har lättare att göra "utköp" av personer som inte fungerar.
23. Professionella upphandlare som även personligen kan förhandla ned priser med flera olika leverantörer som inkommit med offert/anbud.
24. Rektorer är ute i verksamheterna/klassrummen och styr på så sätt verksamheten.

## Case 1.

# Capio S:t Göran – 20 procent billigare vård

Hur lyckas Sveriges enda privatdrivna akutsjukhus leverera sjukvård som är mer än 20 procent billigare än motsvarande andra akutsjukhus – till minst lika hög kvalitet? Kanske i år rentav 25 procent billigare, enligt sjukhusets vd Gustaf Storm.

Det handlar framför allt om ett modernt management med en organisation som utgår från patienternas behov. Man identifierar och försöker eliminera slöseri, som dubbelarbete och väntetid, och koncentrera sig på det som skapar värde för patienten. Ett stort fokus ligger på att effektivisera patientflöden och att föra ut ansvaret för flödesarbetet i organisationen så långt det bara går. Man arbetar i team över yrkes- och klinikgränser. Genom ett fokus på att minska väntetider för patienten och också mäta det man gör så fokuserar man också på att minska andelen fel.

Det har gett resultat som kortare väntetider på akuten, högre produktivitet bland läkarna, och kortare medelvårdtid för de patienter som vårdas på sjukhuset, något som har stor betydelse för sjukhusekonomin och tillgängligheten.

S:t Görans sjukhus har drivits i privat regi sedan 1999. Nuvarande avtal tecknades med Region Stockholm 2013 och sträcker sig till 2026. Sjukhuset tar emot nästan 90 000 akutbesök per år (ungefär samma som Danderyds sjukhus, (DS) och något mindre än Södersjukhuset (SöS)) och alla tre sjukhusen har samma kärnuppdrag inom medicin, ortopedi och kirurgi och ett liknande patientunderlag.

Det är ett tufft avtal som skattebetalarna är vinnare på. Priset sattes 2014 och då var S:t Göran nio procent billigare än Danderyds sjukhus och Södersjukhuset<sup>32</sup>. Avtalet ställer emellertid krav på 2 procents effektivisering varje år efter en justering med index. Det gällde i och för sig även för de andra akutsjukhusen när avtalet skrevs, men "avtalskonstruktionen och prisregleringen har justerats för de andra sjukhusen över tid, samtidigt som villkoren behållits för S:t Göran", menar Gustaf Storm.

"För 10 år sedan, vid avtalets start, var vi 9 procent billigare än det lägsta ersatta akutsjukhuset. Nu är vi drygt 20 procent billigare. Det har varit tuffa år efter pandemin, mycket till följd av inflationen med högre kostnader samtidigt som avtalet reglerar våra ersättningsökningar. Relativt SöS och Danderyds sjukhus i Stockholm är vi trots det fortsatt drygt 20 procent billigare. Det innebär i klartext att Regionen betalar drygt 20 procent mindre för till exempel en blindtarmsoperation vid Capio S:t Görans Sjukhus jämfört med något av de två nämnda akutsjukhusen. Jämfört med Karolinska Universitetssjukhuset är skillnaden långt större", poängterar Gustaf Storm.

---

<sup>32</sup> Revisorerna i dåvarande Stockholms läns landsting granskade avtalet 2013 och menade då följande: avtalet "innebär en initial sänkning av kostnaderna med cirka 10 procent jämfört med det tidigare avtalet och en motsvarande sänkning av vårdpriset".

## Avskaffat den traditionella ronden

Capio S:t Görans sjukhus har kortast vistelsetid på akuten för sina patienter jämfört med Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Det beror bland annat på att det finns erfarna tjänstgörande specialistläkare på akuten. Dessa kan göra en snabbare sortering av vilka patienter som ska skickas vidare och feLEN minimeras.

Den traditionella rondens på många sjukhus utgör en "batch", en "klump" av många patienter som ska bedömas och skickas vidare. Vissa patienter ska skrivas ut, vissa remitteras vidare och andra stanna kvar för fortsatt behandling. Ofta är det först sent på eftermiddagen som sängplatser blir lediga till nya patienter som väntat på akuten sedan kanske kl 11, en tid då de flesta akutpatienter kommer. Capio S:t Görans har lyckats avskaffa den traditionella rondens. Genom att kontinuerligt bedöma patienterna och dela in dem i prioritet röd, gul eller grön på ett tidigt stadium har man lyckats frigöra fler vårdplatser tidigare på dagen. Målet är att andelen utskrivna patienter kl 13 ska vara 50 procent. Det ligger nu på mellan 30 och 40 procent. Vi har också satt som mål att 80 procent av patienterna ska vara max 4 timmar på akuten räknat från dörr till dörr. Just nu når vi dock bara 45 procent, vilket vi inte alls är nöjda och arbetar hårt för att förbättra konstaterar Gustaf Storm.

S:t Görans verksamhet bedrivs med många mätbara mål som noggrant följs upp, som kvalitet, andelen trycksador, medelvårdtid, att minska "returerna", alltså att patienten måste läggas in igen och så vidare. Man försöker kontinuerligt minska medelvårdtiden och öka produktiviteten bland läkarna.

## Ökat antalet läkarbesök

"Vi har lyckats öka antalet läkarbesök på delar av hjärtmottagningen från fem till sju om dagen genom att hela tiden förbättra våra processer. Operationen av axelproteser är en annan verksamhet där kirurgerna lyckats öka antalet utförda operationer per dag, från två till upp till fyra om dagen. Genom ett stort fokus på flödet kring patienten och att hela teamet tar ansvar för att operationen både startar i tid och att arbetet flyter på har det kunnat ske. När operationen startar i tid betyder det att alla förberedelser kring patienten och operationen är klara innan den tid vi bestämt den ska starta på.", poängterar Gustaf Storm.

Dåvarande Stockholms läns landsting beställde en jämförelse av de tre akutsjukhusen Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus år 2015, med namnet "Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet (SLL, 2015)".

I den konstaterade man att sjukhusen hade relativt lika förutsättningar när det gäller patientunderlag. Studien försökte också rensa för andra jämförelsestörande inslag såsom omfattningen av forskning och rutiner för registrering.

Resultatet av jämförelserna föll mycket väl ut för S:t Görans som visade sig producera vård till lägst kostnad per så kallade DRG-poäng<sup>33</sup>. S:t Görans hade också en väsentligt högre produktion per årsarbetare. Produktivitetsskillnaden mellan S:t Görans och övriga sjukhus

---

<sup>33</sup> DRG, diagnosrelaterade grupper, är ett poängsystem i förhållande till olika diagnoser och vårdtyngd som används för att mäta produktivitet.

uppgick till mellan 2–6 procent. Den högre produktionen av DRG-poäng per anställd uppskattades då till 12 procent i förhållande till SöS och till 19 procent jämfört med DS.

Men de goda resultaten gällde inte bara produktivitet: Samtliga sjukhus uppvisade en god medicinsk kvalitet medan S:t Görän hade bäst måluppfyllelse enligt de kvalitetsparametrar som dåvarande SLL hade satt upp i avtal. Medelvårdtiderna var korta samtidigt som återinläggningarna inte var fler.

Nedanstående jämförelsetabell visar aktuella siffror från senast tillgängliga år, 2022–2023. Fakta kring antalet besök, vårdtillfällen och antalet medarbetare har hämtats från respektive sjukhus hemsida.

### S:t Görän, DS och SöS några jämförelser, år 2022<sup>34</sup>

	St.Göran	DS	SöS
Mottagna besök/medarbetare	96,5	91,1	106,9
Akutbesök/medarbetare	35,6	20,0	20,4
Vårdtillfällen/medarbetare	14,3	11,1	10,4
Medelvårdtid höftled, dagar, 2021	4	4,3	5,7
Vistelseid akuten, median19 år -minuter.	271	357	398

Källa: Region Stockholms Hälso- och sjukvårdsförvaltning om antalet besök och antalet medarbetare. Beräkningar av skribenten. "Vistelseid akuten" kommer från Socialstyrelsen: "Väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar, median total vistelseid i minuter, Ålder: 19+, alla besök".

---

<sup>34</sup> Mottagningsbesök är planerade besök på mottagning. Vårdtillfälle är inläggande patienter i slutenvård.

## Case 2.

# Vardaga – Optimala lokaler bäddar för effektivitet

Vardaga ingår i den skandinaviska börsnoterade omsorgskoncernen Ambea. I Sverige har Vardaga 110 äldreboenden som drivs antingen på entreprenad av en kommun eller i egen regi. Vardaga startar mellan åtta och tio nya verksamheter varje år. Med så många enheter finns mycket att lära av varandra. Företaget utnyttjar ständigt "best practice" för att jämföra, utveckla och förbättra verksamheterna. En stordriftsfördel är upphandlingarna, 110 boenden ger priseffektiva upphandlingar tack vare den stora beställningsvolymen av exempelvis mat och förbrukningsartiklar.

Bättre ekonomistyrning och ett ledarskap där man sätter mätbara mål, styr efter dessa och följer upp avvikelser är utmärkande för Vardagas verksamhet, och det som mest skiljer jämfört med motsvarande kommunala. Det betyder att såväl lokaler som personal används mycket mer effektivt - utan att kvaliteten blir lidande. Överlag är nöjdheten hög bland de boende på deras äldreboenden enligt Socialstyrelsens "Äldreguiden".

Det finns även en studie som jämfört Vardagas boende med ett kommunalt. För 10 år sedan lät Östersunds kommun bygga två identiska äldreboenden bredvid varandra. Kommunen drev själva det ena, och Vardaga det andra. Vardaga visade sig ha lika eller bättre kvalitetsparametrar på allt, och samtidigt 26 procent lägre kostnader än det motsvarande kommunala<sup>35</sup>.

Vad är det då Vardaga rent konkret gör annorlunda när det gäller lokaler, personal och ledarskap?

## Lokaleffektivitet

När Vardaga bygger nya äldreboenden är de själva med i processen och styr hur de ska se ut. Genom att utnyttja "best practice", vet de att det är bättre att bygga mindre och mer yteffektivt. Förr var de totala ytorna 100 kvm per boende och lägenheter på 30 kvm. Nu vet man att det går att bygga mindre. Lägenheterna är fortfarande lika stora men den totala ytan per boende har de gått ned till 65 kvm. Gemensamma ytor går att nyttja multifunktionellt så att inte stora ytor står tomma stora delar av dygnet. Ytor byggs mer flexibelt så att vissa stora samlingsrum även kan användas till andra aktiviteter som exempelvis att personalrum även kan användas som samtalsrum för de boende och anhöriga

"Det gäller att tänka igenom allt i bygget funktionellt. Om du bygger fel bygger du samtidigt in krav på mer personal eftersom avstånden blir för stora. En medarbetare ska inte behöva lämna avdelningen för att gå till tvättstugan, utan vi bygger in tvättstugan nära avdelningen så att inte personal behöver lämna avdelningen för att lägga i tvätt", berättare kommunikationsdirektören Malin Appelgren<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Nordic Healthcare Group utförde studien 2013.

<sup>36</sup> Malin Appelgren var kommunikationsdirektör på moderbolaget Ambea från 2016 fram till årsskiftet 2023/24.



” Vi har lägre bemanning på nätterna, men övervakning och lokalerna är utformade så att personalen ständigt ska ha överblick”.

När Vardaga bygger nytt vet de också vad som är en optimal storlek på boende och vad det max får kosta. De har tagit fram en lathund, som säger att det ska kosta max 150 mkr att bygga ett äldreboende. Det förekommer att det byggs äldreboenden av kommuner som kostar det dubbla. Som privata utförare får de inte tillstånd för mer än 10 lägenheter per avdelning. Optimal storlek på ett nytt boende är minst 50 lägenheter, menar Vardaga.

”Det finns kommuner som har boenden med bara 30 lägenheter, men det är inte effektivt, utan blir extremt dyrt då de ju har samma fasta kostnader”.

## Behovsanpassad schemaläggning

Hela 80 procent av kostnaderna utgörs av personalkostnader och därför är schemaläggningen central. Personal behövs framför allt på morgnar vid frukost och senare vid lunch.

”Vi har tagit fram ett behovsanpassat önskeschema, personalen får själva bestämma när och hur de vill jobba. Vi har länge i Sverige utgått från att alla vill jobba 8–17, men så visar det sig inte vara. Det finns ensamstående mammor som tycker det är bättre att inte jobba 8–17. Vi utgår inte från att alla ska jobba så, utan individanpassning ska gälla. De som vill kan jobba heltid, men en del vill inte jobba heltid. Vi har alltid 20 procent timanställda”.

## Nyckeltal och uppföljning varje månad.

Som de flesta privata välfärdsföretag styr man verksamheterna mycket hårdare mot nyckeltal än vad som är brukligt i de flesta kommuner. Vardaga gör månadsvisa uppföljningar av för verksamheten via särskilt framtagna *Key Performance Indicators* (KPI) såväl när det gäller kvaliteten som ekonomin. På så sätt kan man snabbt identifiera enheter med problem och rikta in åtgärder.

Företaget ser till att ha en beläggning på sina boenden på mellan 90–95 procent för att de är medvetna om att tomplatser kostar. De arbetar aktivt med att matcha beläggning och personal. Om de inte skulle ha full beläggning kan de stänga en avdelning och göra det snabbare än vad en kommun kan.

”För att leda ett äldreboende måste man ha koll på nyckeltalen på alla boenden. Vi är generellt sett mycket bättre än kommuner på att styra med hjälp av nyckeltal. Sjukskrivningstal är ett viktigt nyckeltal, vi har låga sjukskrivningstal, men om något tal skulle dra i väg hinner vi åtgärda i tid. Vi ringer också upp om någon brutit foten, de kan ju inte jobba som vanligt, men då frågar vi om de vill jobba med andra mer stillasittande saker. Många gånger tror medarbetarna att det inte är så viktigt att de är där. Men det är det och folk upplever att man bryr sig när vi ringer den som är sjuk.”, berättar Malin Appelgren.

”Om man får koll på enheterna tidigt går det snabbare att göra förändringar i ledarskapet. Vi har månatliga uppföljningar av bemanningstimmar, ekonomiskt resultat, incidenter, avvikelser och sjukskrivningar. Vi har även exakta mått för vad lokalerna respektive maten ska kosta per vård dygn.

## Ledarskapet och personalens trivsel

Vardaga arbetar med nära ledarskap i en organisation med gruppchefer som ger möjlighet till bättre koll och nöjdare personal där trivseln är viktig. Personalomsättningen är låg. Företaget satsar även på karriärmöjligheter som exempelvis möjliggör för en undersköterska kan bli gruppchef.

Närvarande ledarskap är ett framgångskoncept. Det finns närvarande chefer i arbete, att man fångar upp saker tidigt. Vardaga sätter inte bara mål och vision med verksamheten utan berättar också *hur* det ska ske, till exempel en välkomnande blomma som möter varje ny äldre på boendet. Personal vet därmed förväntningarna när de går till jobbet och kan därför lättare göra rätt och känna tillfredsställelse i arbetet.

### Jämförelser av kostnad per brukare i särskilt boende, 2022

Genomsnittskostnad för kommunerna 2022, kr	Attendos särskilda boenden, kr	Vardagas särskilda boenden, kr	Humanas särskilda boenden, kr	Genomsnittlig kostnad av köp från dessa, kr
1 109 525	Ca 800 000	Ca 600 000	Ca 750 000	Ca 720 000

Genomsnittskostnaden för alla kommuner avseende kostnad per brukare i särskilt boende uppgick 2022 till drygt 1,1 miljoner kronor. Den genomsnittliga kostnaden för landets kommuner att köpa platser i särskilt boende (äldreboende) från någon av de tre största omsorgskoncernerna uppgick 2022 till avrundat 720 000 kr per boende och år, hela 35 procent lägre kostnad än för genomsnittskommunen. Det kan finnas flera orsaker till det, skillnad i vårdtyngd och olika kommuners struktur bland annat, men också skillnader i effektivitet.

Genomsnittssiffrorna för landets kommuner kommer från SKR:s Kolada. I denna siffra ingår även köpen från privata utförare, men det är bara 20 procent av äldreboendena i Sverige som drivs i privat regi, ersatta av skattemedel. Attendo, Vardaga och Humana är de tre största omsorgskoncernerna. Kostnaden för särskilda boenden från dessa har beräknats utifrån bolagens årsredovisningar där omsättningen för vårdboendena har dividerats med antalet lägenheter för respektive koncern i Sverige för att få fram ett ungefärligt mått. Detta mått har sedan stämts av med bolagen och beloppen har avrundats uppåt till jämna tal. Hemtjänsten ingår ofta i vårdbolagens omsättning, men har här tagits bort från beräkningarna. Siffrorna ska inte utläsas som exakta jämförelser mellan de tre bolagen då det i omsättningssiffrorna kan ingå olika tjänster som korttidsvård och daglig verksamhet. Det kan också finnas skillnader i vårdtyngd mellan olika kommuner.

Siffrorna ska tolkas med försiktighet då jag i viss mån jämför äpplen och päron. Boendena är exempelvis inte viktade för socioekonomiska faktorer. Jämförelsen ska mer ses som en illustration/indikation på att det troligtvis finns skillnader i kostnader mellan offentliga och privata utförare.

## Case 3.

# Buurtzorg – Självstyrande hemtjänst utan chefer

I Holland finns företaget Buurtzorg som arbetar med hemsjukvård och hemtjänst i ett avgränsat grannskap<sup>37</sup>. Verksamheten bedrivs utan chefer av sjuksköterskor som har det fulla ansvaret för den behövande äldre. En modell, där ansvaret tryckts ned till professionen/medarbetarna själva, är en viktig del i att skapa effektiva organisationer och ökad arbetsglädje bland medarbetarna och stämmer väl med det som framkommit i denna rapport. Buurtzorg har gett 40 procent i besparingar på det holländska hälso- och sjukvårdssystemet enligt en rapport från EY (fd Ernst & Young).

Sjuksköterskor (i stället för vårdbiträden eller städare<sup>38</sup>) har alltså möjlighet att ge all vård som patienten behöver. Och även om detta har inneburit högre kostnader per timme, har resultatet totalt sett blivit färre timmar för sjukvårdssystemet. Genom att ändra vårdmodellen har Buurtzorg faktiskt åstadkommit en 50-procentig minskning av vårdtimmar, gett förbättrad vårdkvalitet och ökat arbetstillfredsställelsen för de anställda, skriver företaget på sin hemsida.

Att driva äldreboenden i Sverige är mycket dyrt, det kostar i regel runt en miljon kronor per boende och år och kostnaderna för detta väntas stiga allteftersom fler blir allt äldre och behöver omvårdnad. Hittills har äldre bott kvar i ordinärt boende och klarat sig med hemtjänst. Men hemtjänst innefattar inte sjukvård i Sverige, utan den bedrivs av regionerna, och det är många av våra äldre som kommer till akuten. Äldreboendena har även sjukvård utförd av sjuksköterska. Revisorerna som jag intervjuat pekar på att det kommer att bli för dyrt med fler äldreboenden och menar att kommunerna i stället borde satsa på mer servicehus eller lättare trygghetsboenden, till exempel betjänade av sjuksköterskor i en Buurtzorg-modell.

Buurtzorg skalade mycket snabbt upp i Nederländerna från ett till 850 team. Samtidigt växte Buurtzorg inom andra vårdområden som psykisk hälsa, barn och familjer och stöttade även andra holländska och internationella vårdorganisationer att ta sig an Buurtzorgs vårdmodell.

Grundaren Jos de Blok skriver på hemsidan att "när vi började arbeta i olika länder upptäckte vi att problemen var desamma. Budskapet varje gång är att börja om från patientperspektivet och göra det så enkelt som möjligt att utföra tjänsten."

Svenskan Mona Lindström arbetade i några år på holländska Buurtzorg och startade en likadan verksamhet i Sverige i Håbo kommun när hon kom tillbaka. Hon drev det delvis som projekt under många år innan verksamheten lades ned. Det föll på att det svenska systemet inte är sådant att det går att som företagare även bedriva hemsjukvård inom ramen för

---

<sup>37</sup> Läs mer om holländska Buurtzorg på <https://www.buurtzorg.com/>

<sup>38</sup> En annan del av Buurtzorg sköter om städning, shopping och liknande i tätt samarbete med sjuksköterskorna.

”hemtjänsttaxan”, utan det måste vara ett gemensamt beslut mellan region och kommun. Hemtjänsttaxan är alltför låg och inte anpassad efter sjuksköterskors löner.

”Jag startade i Håbo Kommun, dit jag flyttade tillbaka efter att ha bott i Holland i sju år och jobbat en del av de åren i ett Buurtzorg-team där. I Håbo hade man bara omvårdnad och service i LOV:en (lagen om valfrihets system), inte hemsjukvård. Vinningen i Holland är ju att man vinner tid och pengar på att en och samma person utför allt hemma hos klienten. Till exempel om jag som sjuksköterska kom hem till en patient för att dela mediciner, ge insulin, göra en sårömläggning mm så gav jag ju även frukost och duschade patienten vid behov etc. Man tog hand om alla bitarna och fick en väldigt fin relation till sina klienter/patienter. Som sjuksköterska fick man då samtidigt en väldigt bra överblick hur patienterna mådde och kunde snabbt se förändringar och kontakta husläkare vid behov. Man förhindrade onödiga besök på akuten för patienten och även då kanske onödiga inläggningar. Vi hade ett gott samarbete med husläkare och vårdcentraler. Samtidigt sparade man mycket tid på att varje dag gå hem till "sina" klienter, man visste precis var allt fanns och hur de ville ha det. Det sparar man mycket tid och pengar på”, berättar Mona Lindström.

”Under 1,5 år fick vi faktiskt ha även hemsjukvården som projekt i Håbo kommun, och kunde då köra modellen som i Holland. Det var fantastiskt. Jag som sjuksköterska hade fullt ansvar för mina patienter och kunde ha direkt samarbete med husläkare och andra professioner, så som specialister på sjukhusen. Efter projekttiden klubbades det i Håbo kommun att man skulle inkludera hemsjukvården i LOV. Jag var så glad och mina kollegor med. Tyvärr kom det nya politiker och bestämde att det skulle läggas på is ett tag, och där blev det liggandes i flera år, tills jag till slut gav upp och hoppade av alltihop”, slutar Mona Lindström.

## Case 4.

# Kunskapsskolan använder lärarresurser smartare

Kunskapsskolan är det tydligaste exemplet på en skola som skapats från ett tydligt elevperspektiv och låtit det styra organisationen, i stället för att låta organisationens form styra eleven. Och på samma sätt som effektiv sjukvård kännetecknas av effektiva flöden kan Kunskapsskolan sägas utmärkas av effektiva "elevflöden", där eleven får utvecklas i sin egen takt.

Grunden för undervisningen inom de 29 grundskolorna och de sju gymnasierna är den individuellt utformade utbildningsplanen. Kunskapsskolan följer förstas svensk läroplan men den pedagogiska modellen utgår från eleven och inte en klass. Alla lektioner är lärarledda, men det finns flera olika sätt att lära sig på, från föreläsningar och seminarier till olika gruppssamtal med exempelvis diskussioner. Detta gör att lärarresurser kan frigöras från en lärare i varje klass där alla undervisas samtidigt till att man mer delar på gemensamma lärarresurser genom att en föreläsning kan ha många fler elever så att andra lärare då kan jobba med de mindre grupperna. Skolämnen matematik, svenska och språk är också uppdelade i flera steg/nivåer med tydliga mål och arbetsuppgifter som eleven löser i egen takt.

## Samma läromedel för alla skolor

Alla skolor i koncernen jobbar på samma sätt, det finns exempelvis en digital läromedelsportal där undervisningsmaterial/läromedel finns samt lektionsupplägg, övningar, powerpoints osv. På så sätt har man minskat för- och efterarbetstiden genom att det dels finns färdiga lektionsupplägg, dels färdiga prov/övningar. I traditionella skolor är det vanligt att varje lärare skapar sitt eget undervisningsmaterial och sitt eget lektionsupplägg och så att säga uppfinnar hjulet på nytt. Inom Kunskapsskolan är styrningen hårdare – alla lärare har tillgång till material som delas av alla. Det skapar naturligtvis effektivitet.

"Att jobba så ger stora fördelar och utvecklar vår verksamhet. Med många skolenheter och ett gemensamt arbetssätt kan vi "benchmarka", jämföra, olika skolor med varandra och därmed sprida "best practice". Vi kopplar ihop olika enheter med varandra som har liknande utmaningar och kan då sprida hur en skola har löst ett problem vs en annan. Vi har en kultur av att dela med oss av erfarenheter, både på rektors- och lärarnivå där vi sprider kunskap och idéer", berättar Mikaela Valtersson, som är chef för externa relationer.

## Effektiva skollokaler

Eftersom Kunskapsskolan har lämnat modellen med en lärare – en klass behövs inte enbart traditionella klassrum. Vanliga klassrum finns, men också många mindre gruppum och överallt mycket glas så att såväl rektor som lärare och elever kan se varandra.

"Vi bygger våra skolor efter vårt koncept. Vi utnyttjar då lokalerna på annat sätt, vi tar bort korridorer och utnyttjar lokalerna mycket mer effektivt. Vi har haft ett tydligt mått om ca

7 kvm/elev, en kommunal skola har ofta 15–16 kvm, men de är ju ofta byggda för längesen. Vi har också räknat ut vad som är en optimal storlek på skola och våra nya skolor har 400 elever per skola och tillräckligt många lärare förstås, lägger Mikaela Valtersson till.

## Ledarskap med mätbara mål och effektiv ekonomistyrning

Kunskapsskolan styr sin utbildningskoncern genom effektiv ekonomi- och kvalitetsstyrning som gör att man kan vidta åtgärder snabbt.

” Vi har många mått som vi ständigt mäter och följer upp. Vi har utvecklat egna mätetal och mäter exempelvis tid med elev, antalet lärare per elev, antalet kvadratmeter per elev och naturligtvis resultaten för eleverna. Rektorn är ansvarig för sin ekonomi, men vi har centralt stöd med egna kvalitetskontrollers”.

Är då Kunskapsskolan även effektiv när det gäller elevernas prestationer? Ja, enligt företagets hemsida är resultaten bättre än riksnittet. Såväl behörighet till gymnasiet som betygen ligger flera procentenheter över riksnittet. Samtidigt vet vi att föräldrars utbildningsnivå är det som slår igenom allra mest på betygen och därför är frågan hur väl Kunskapsskolans elever presterar sedan man tagit hänsyn till föräldrars utbildningsnivå, de så kallade ”salsa-värdena”. Det visar sig att föräldrarna till Kunskapsskolans elever generellt har högre utbildningsnivå, nämligen 2,5 på en 3-gradig skala där 3 står för att en eller båda föräldrarna har eftergymnasial utbildning. Justerat för detta presterar ändå Kunskapsskolans elever bättre än förväntat i 22 av 28 av deras skolor år 2021/22.

## Case 5.

# Prima barnpsykiatri har inte haft kö på 15 år

Köerna till BUP, barn- och ungdomspsykiatri, är mycket långa i hela landet. Men den privata utföraren Prima barn- och vuxenpsykiatri har inte haft någon kö alls sedan de startade för 15 år sedan. Varje patientbesök kostar dessutom bara hälften av vad ett besök gör hos regionen. Hur har Prima gjort för att lyckas med det?

## Patienttid 50 % - även för chefer

Framför allt handlar det om att sätta mål för tiden med patient, som är satt till 50 procent för alla. Även cheferna tar emot patienter hälften av arbetstiden, vilket skiljer dem från det offentliga. Det berättar Åsa Schlyter som är verksamhetschef och överläkare på Prima Barn- och ungdomspsykiatri

Prima öppnade sin första mottagning 2008 och är idag med sina 12 mottagningar, en akutenhet, en vårdavdelning en av de större vårdgivarna inom specialistpsykiatri i hela landet. I Primas verksamhet ingår även gamla Maria Pol, beroendeverksamhet i Stockholm. Tre kvinnliga barnpsykiatrer startade Prima och Åsa Schlyter är en av grundarna och delägare.

Prima har ett särskilt uppdrag för den barnpsykiatriska specialistvården inom de geografiska områdena Haninge, Tyresö, Nynäshamn, Spånga, Rinkeby, Kista, Tensta, Sundbyberg, Jakobsberg, Järfälla, Kungsängen och Upplands Bro och ansvarar på så sätt för hela 20 procent av alla barn som bor i Stockholm.

Både Åsa Schlyter och hennes kollegor har tidigare jobbat inom det offentliga BUP och kan därför jämföra. Den stora skillnaden är tiden med patient och för att kunna uppnå så hög andel har man tagit bort moment som inte tillförde patienten något värde.

## Tagit bort behandlingskonferenser

” Vi har en stor tillit till våra medarbetares professionella kompetens och ger dem fullt mandat att fatta egna beslut runt patienten. Jag har jobbat många år inom det offentliga BUP och där får inga sjuksköterskor, psykologer eller psykiatriker bestämma något själva trots att de har hög expertis och stor erfarenhet. Inom BUP hade vi stora behandlingskonferenser där mellan 14–20 personer kunde delta för att diskutera olika ärenden. Det var upp till 16 timmars schemalagd konferens i veckan för olika grupper och kring olika ärenden. Varje ärende måste upp i behandlingskonferens och en eventuell utredning kring en individ beslutas i grupp. Det ledde till att man fick långa internutredningsköer som gav otroligt långa ställtider och blev extremt tungt och byråkratiskt”, menar Åsa Schlyter.

” Hos oss ges våra utmärkt duktiga psykologer, några är experter inom neuropsykologi, våra läkare och sjuksköterskor, som har en allmänt hög kompetens, själva makten att besluta om utredning eller viss typ av behandling. Att ha många patienter medför också att de blir allt

skickligare på att göra bedömningar. Jag tror det är rädslan för att göra fel i det offentliga som styr. Man har också fler oerfarna personer eftersom dessa träffar för få patienter för att bli erfarna”, fortsätter Åsa Schlyter.

## Fungerande administration

Det finns fler faktorer som gjort barnpsykiatri köfri bland annat har de en fungerande administration, menar Schlyter, och menar att i landstinget skulle man som behandlare göra allting själv av ”kringgörat” som att brygga kaffe, boka in/boka om patienter, kopiera material och liknande. Genom att städa bort allt som kan störa specialisternas tid med patient ökar tiden med denna och samtidigt blir de allt skickligare.

”Vi har moderna verktyg, vi dikterar fortfarande men använder oss nu av taligenkänning som gör att det vi talar in skrivs ut korrekt direkt. Vi vill också att våra medarbetare ska känna stolthet i sitt jobb, bli respekterad för sin professionalism. Hos oss är patienten verkligen i centrum, hos landstinget/regionen är patienten i centrum på det sättet att personalen pratar om patienten”.

### Jämförelse av kostnader per besök

Nedanstående tabell visar skillnaderna mellan Region Stockholms och Prima Barn- och Vuxenpsykiatri kostnader och besök. Naturligtvis kan inte siffrorna helt jämföras rakt av utan en djupare analys av verksamheternas olika uppdrag. Båda verksamheterna har dock även ett forsknings- och utbildningsuppdrag. I viss mån jämför jag äpplen och päron. Enheterna är exempelvis inte viktade för socioekonomiska faktorer. Jämförelsen ska mer ses som en illustration/indikation på att det troligtvis finns skillnader i kostnader mellan offentliga och privata utförare.

År 2023	BUP – Regionen	Prima Psykiatri
Antalet besök	262 654	44 062
Kostnaderna	986 483 924	85 748 000
<b>Kostnad per patientbesök</b>	<b>3 756</b>	<b>1 946</b>

Källa: Stockholms Hälso – och sjukvårdsförvaltning respektive Prima.



# Sammanfattande råd till kommuner och regioner

Vad kan/bör en kommun/region göra för att bli mer kostnadseffektiv? Råden bygger på innehållet i denna rapport.

## Sjukvården och psykiatri

- Sätt mål för antalet patientbesök per dag
- Inför patientflödestänk i alla verksamheter och ta bort sådant som inte skapar värde.
- Boka alla besök i en vårdkedja samtidigt vid första besöket.
- Tryck ned ansvaret så långt det går till medarbetarna och låt dessa ta ansvaret för att förbättra för patienten.
- Våga ifrågasätt och förändra traditionella arbetsätt.
- I takt med att ny teknik möjliggör förenklade förfaranden måste också arbetsätten förändras.

## Äldreomsorgen

- Bygg inte för små äldreboenden, utan minst 50 platser. Var tuff vid upphandlingen, ett nytt boende ska inte kosta mer än 150 miljoner kronor.
- Bygg lokaleffektivt, minska kvadratmetrarna för de gemensamma utrymmena som då kan användas mer flexibelt.
- Satsa hellre på trygghetsboenden med hemsjukvård än nya äldreboenden som är en dyr omsorgsform.
- Testa "Buurtzorg-modellen" där sjuksköterskor får ansvaret att helt sköta hemsjukvården i egen regi utan chefer och med eget ansvar för ett grannskap. Kräver samarbetsavtal med regionen, men en sådan modell kan avlasta sjukhusens akutmottagningar.
- Förbättra schemalaggningsen och låt i högre grad medarbetarna styra när och hur de vill jobba.
- Ta fram flera nyckeltal som mäter kvalitet och ekonomi och jämför talen med andra boenden i kommunen.
- Att upphandla fler äldreboenden i konkurrens kan effektivt sänka kostnaderna för äldreomsorgen. Det finns större möjligheter till detta med att lägga ut på entreprenad än med LOV där såväl kommunala som privata får samma "peng".

## Förskolan och skolan

- Ha inte för små enheter som ligger ganska nära varandra. Det kostar mycket mer med många mindre enheter än färre större. Dessutom är det lättare att rekrytera medarbetare när de har fler kollegor och det är lättare att hitta vikarier.
- Utnyttja kedjebildningen av att ha många egna förskolor och skolor genom att ha mer "koncerttänk".
- Dela på gemensamma lärarresurser. Försök gå ifrån en lärare-en klass. Samarbeta med andra lärare så att en lärare tar storklass på kanske 50 elever i lämpligt ämne och andra lärare därmed kan frigöras för att hjälpa elever i mindre grupper.
- Skapa en gemensam "lärportal" i kommunen för kommunens alla skolor för lektionsupplägg, ev. läromedel och med övningar så att fler lärare kan frigöras för tid till eleverna.
- Öka kvaliteten genom att mäta läsförmågan och även förädlingsvärdet från de tidigare årskurserna. Det kostar mer att sätta in åtgärder i senare årskurser, det blir långt svårare för eleven att lära sig läsa från grunden under senare år och det sparar in behovet av extrastöd under de senare årskurserna. På samma sätt kan förädlingsvärden användas för att se vilka skolor som levererar högre kvalitet än andra.

## Slutsatser

Det finns en mycket stor effektiviseringspotential genom ändrade arbetssätt och ändrad arbetsorganisation inom välfärden. Det framgår tydligt av denna rapport<sup>39</sup> som bygger på såväl intervjuer med privata utförare som med ett stort antal konsulter erfarenheter. Det är också uppenbart att privata utförare är bättre på att jobba kostnadseffektivt. Eftersom privata välfärdsföretag måste gå med vinst jobbar de också mer kostnadseffektivt. De har mindre lokaler och använder sin personal mer resurseffektivt och jobbar med effektiva flöden, vilket leder till mindre köer.

Så varför använder generellt inte offentlig sektor sina resurser till synes lika effektivt? Det enkla svaret är att det inte finns vare sig system eller ekonomiska incitament för att så ska ske. De privata utförarna har vinsten som ekonomiska incitament, medan det offentliga inte har något motsvarande. I stället bygger hela offentliga sektorns system med resurstilldelning på att medlen ständigt ökar- och däribland några mindre effektiviserings- eller sparkrav – som är mycket svåra att lyckas med eftersom struktur och arbetssätt ligger kvar.

### Styrsystemet skaver

Det är något fel på själva styrsystemet och fördelningen av resurser som skaver – och de flesta verkar missnöjda med det. Min slutsats är att om resurserna verkligen ska räcka framgent för att ge alla vård, skola och omsorg så måste styrsystemet ändras så att det är prestation, kvalitet och innovation (exemplet Buurtzorg) som premieras.

Ett sätt att styra om systemet är att väsentligt öka andelen privata utförare. Det kräver emellertid mycket skickliga förhandlare, som hämtas från juridiken och ekonomin, inte som nu som är vanligt direkt från verksamheterna. Det kräver förstås också tuffa kontroller av seriositet och kvalitet. Kanske borde friskolor upphandlas i konkurrens, sedan eleven valt dem, och istället för skolpeng få en summa pengar och friare tyglar att utveckla verksamheten för elevernas bästa. Naturligtvis med tuffa kvalitetskrav och uppföljningar. Friskolorna som jag intervjuat *driver* ju utveckling och deras innovationer behövs för att fler ska klara skolan. Det behövs mera av benchmarking – och synlig sådan.

Fler sjukhus borde definitivt upphandlas likt Capio S:t Görän. Det är uppenbart att de lyckas leverera samma vård med mindre köer och avsevärt billigare.

Äldreomsorgen behöver också tänka nytt och styrsystemet måste förändras för de äldre när det gäller region och kommun. Istället för två penningkärl måste de bli ett. Hemsjukvården borde,

---

<sup>39</sup> Slutsatserna styrks dels av rapporterna nämnda i början samt i denna studie från Svenskt Näringsliv som konstaterar: Offentlig verksamhet har inte samma krav på lönsamhet som i företagen, även om krav ställs på ekonomi i balans. Offentlig verksamhet har inte heller några större intäkter från försäljning till kunder utan finansierar sin verksamhet främst med skattemedel. Därmed är till exempel måttet lönsamhet inte intressant för en kommun på samma sätt för ett företag. Företaget behöver visa lönsamhet för att kunna finansiera sina investeringar i den mån lån eller ytterligare ägarkapital inte kan finansiera alla investeringar. Lönsamheten behövs också för att kunna ersätta företagets ägare för den risk de tar som finansierare av verksamheten och som buffert för att klara tider av underskott. Källa: Sant och falskt om företagande i välfärden.

som i Holland, inkluderas i hemtjänsten för de allra mest sjuka äldre – som då kan bo hemma eller på lättare och billigare boenden som trygghetsboenden. Istället för att bygga nya särskilda boenden, som blir väldigt dyra i drift, kan en Buurtzorg-modell med hemsjukvård fungera.

Att låta medarbetare själva styra och utveckla sina verksamheter utan chefer verkar vara ett framgångsrecept inom de verksamheter jag intervjuat.

## Intervjuade i denna rapport

Följande personer har intervjuats inför denna rapport. Ett stort tack riktas till dem som bidragit så mycket med sina tankar och erfarenheter till denna rapport. Långt ifrån alla är citerade, en del har inte heller velat bli citerade, utan deras synpunkter och erfarenheter har bildat en stomme för de resonemang som sedan förs i texten.

1. Anette Anderson, Primula hemtjänst
2. Brita Wallgren, koncernchef Capio
3. Fredrik Östbom, näringspolitisk chef Almega
4. Gustaf Storm, vd Capio S:t Göran
5. Hans von Euler, fd logistikkonsult
6. Harald Wessman, fd Humana
7. Jörgen Nordenström, fd professor Karolinska Institutet
8. Kent Henningson, fd förvaltningschef i kommuner
9. Kjell Åman, fd logistikkonsult
10. Magnus Lord, managementkonsult inom sjukvården, läkare och författare
11. Malin Appelgren, fd kommunikationsdirektör Ambea/Vardaga
12. Managementkonsult från ett av de stora revisionsbolagen inom kommunal ekonomi
13. Marie Öberg Lindevall, digital hälsoentreprenör och fd vd för flera konsultbolag inom sjukvården
14. Michael Kurpatow, managementkonsult i Sverige och USA
15. Mikaela Valtersson, Kunskapsskolan
16. Mona Boström, fd stadsdirektör och landstingsdirektör och konsult i olika kommuner och regioner
17. Mona Lindström, fd Burutzorg i Sverige
18. Niklas Källberg, vd konsultföretaget Helseplan
19. Per Egon Johansson, Raoul Wallenberg-skolan
20. Per Granath, fd Humana
21. Thomas Krook, konsult Indea
22. Åsa Schlyter, verksamhetschef Prima barn- och vuxenpsykiatri
23. Olika arkitekter som arbetar med sjukhusbyggnader, nya och ombyggnationer



**KOMMISSIONEN  
FÖR SKATTENYTTA**