

SÖNDAG 3 MARS 2013 ● SVERIGES STÖRSTA MORGONTIDNING ● GRUNDAD 1864



Kultursöndag

Är det bröstcancer? Därför tvingas svenska kvinnor vänta på svar

Maciej Zaremba om systemskiftet i vården som förlänger oron. Sidorna 10-14

Cullbergbaletten.
"High heels too" är poetiskt tankeväckande och absolut betagande.
Sidorna 4-5

"Det röda trädet."
Shaun Tans bilderbok har mirakulöst nog blivit en pärla på scen.
Sidan 8



Patienten & prislappen

Hur mycket oro tål en människa?

Del 4. Svensk cancervård är en av Europas långsammaste. Patienter i Sverige får vänta längre än i till exempel Ungern, Tjeckien och Danmark på besked om den där knölen i bröstet. I dag avslutas Maciej Zarembas reportage om vårdens destruktiva systemskifte. **Text:** Maciej Zaremba **Illustration:** Malin Koort/NU Agency

När en kvinna får beskedet att knölen hon känt i bröstet inte är cancer blir rummet alldeles stilla och hon börjar gråta. Så stor är anspänningen, uppbyggd under veckor av väntan, berättar Ingrid

Tegrup, bröstkirurg i Skåne.

Detta inträffar ungefär sex tusen gånger varje år. Hur många års samlad ångest blir det? Det finns ingen statistik över "väntetider för besked vid misstänkt bröstcancer". Aningen förvånande, kan man tycka, eftersom landstingen – inte sällan under hot om vite – avkräver sjukvården en mängd rapporter om mindre brännande problem, exempelvis andelen bananskal i pappersåtervinningen ("miljöavvikelse rapport", Region Skåne).

Emellertid finner ett landsting år 2009 att 47 dagars väntan är alldeles för länge. Man utser därför tvenne "förbättringsledare" och skickar dem på en kurs i "Lean Six Sigma", där de för 49 000 kronor per person erövrar "Black Belt" i förbättring. Vidare identifieras förbättringens aktörer: Kompetensförsörjare, processägare, processansvariga och processledare. Processkartor upprättas, liksom styrgrupper och referensgrupper, inalles 30 personer.

Efter ett stort antal workshops, möten, intervjuer, "processförbättringssamtal" och studier av journaler lyckas man ett år senare (tyvärr var inte alla möten välbesökta) identifiera cirka hundra hinder för en effektivare process och undanröja några av dem. Som ett sista led, läser vi i landstingets slutrapport, "utbildades processägare, processansvarige och processledarna i att arbeta med ständiga förbättringar så att brösttumörprocessen blir en levande process som ständigt analyseras och utvecklas".

Och faktiskt gav det resultat. Tiden fram till diagnos kortades från 47 till 38 dagar.

Hur skulle det vara om landstinget i stället frågat någon sakkunnig, en bröstsköterska till exempel, eller en kirurg, hur fort det kunde gå att ställa en diagnos, givet man gjorde allting rätt?

Det är en retorisk fråga. Om en kvinna i Malmö år 2008 kände en knöl i bröstet kunde hon stiga in på One-stop Breast Clinic och få besked samma kväll. Det tar inte längre tid än två timmar att upptäcka bröstcancer eller befria patienten från ångest. Det enda som krävs är att en kirurg, en cytolog, en röntgenläkare och dennes apparat finns på plats samtidigt när patienten kommer.

Detta berättas för att belysa själva kärnan i *New public management*: förvisningen om att en administratör som gått tre kurser i "flexibelt

ledarskap" eller något med "lean" i namnet, och därför kallar sig "strateg", kan effektivisera vilken verksamhet som helst – över huvudet på dem som skall göra jobbet. Som läsaren redan anat hade ingen av förbättrarna med svart bälte någon erfarenhet av cancerdiagnostiken.

När One-stop Breast Clinic öppnade sin kvällsmottagning 2004 blev det anstormning från hela Skåne. Men det sägs att personalen stortrivdes. Det var länge sedan som specialisterna hade tillfälle att lära av varandra. Också samhällsekonomi andades ut. Inga förlorade arbetstimmar, ingen remisshantering. Samt – omöjligt att värdesätta – miljoner timmar av besparad kvinnoångest. Kliniken översköljdes med utmärkelser; också de på landstinget var lyriska: "Den öppna bröstmottagningen ... erbjuder en första klassens resa genom sjukvården", yttrade sjukvårdsdirektören.

Resan blev kort. Redan år 2009 stängdes mottagningen, mot personalens protester. Region Skåne ville ha högre "kostnadseffektivitet", läser jag i beslutet. För det ändamålet skulle all mammografi samlas i en och samma enhet. Vilket skulle medföra "ökade möjligheter att utifrån ett helhetsperspektiv öka samordningen och skapa ett mer processinriktat arbetssätt med tydlig ansvarsfördelning och gemensamma indikationer och riktlinjer".

Jag antar att många känner igen språket. Och det blev ansvarsfördelat: mammografi för sig, kirurger i en annan organisation, cytologer i en tredje, med var sin prislista. Då blev det inte längre möjligt att ha tre specialister i ett rum samtidigt med patienten. Så numera är nivån av kvinnoångest återställd i Skåne. Man strävar dock efter att det inte skall ta längre tid än 21 dagar till diagnos.

Det mest intressanta med detta beslut är att det egentligen inte finns. Ingenstans står det "vi stänger", ingen politiker behöver ta åt sig. Man har ju bara justerat i upphandlingar och prislister. Följaktligen innehåller beslutet inga överväganden om vad tidig upptäckt kan innebära för överlevnaden i bröstcancer. Detta noteras, inte utan häpnad, av forskarna i tankesmedjan *Leading Health Care*, som granskat historien.

Om varje svensk kvinna som känner en knuta i bröstet tvingas vänta i tre veckor på diagnos gör det fyra hundra år av ångest varje år. Något att tänka på när man ser sig om på bussen. Tio små mottagningar som den i Skåne skulle korta denna plåga till ett par decennier. Så varför är det så omöjligt i ett land där nästan alla politiker bekänner sig till feminismen?

Reportageserien.



● **Maciej Zaremba** är reporter på DN. Han är en av landets mest prisbelönta journalister och flera av hans tidigare reportage har uppmärksammats stort. För den förra, "Skogen vi ärvde", utsågs han till årets miljöjournalist. Han har även skrivit om bland annat skolan, psykvården, arbetskraftsinvandring och tvångssteriliseringar.

● **Detta är den fjärde** artikeln i Maciej Zarembas reportage om konsekvenserna av systemskiftet i vården. Den första publicerades 17 februari.

● **I veckan** blev det klart att artikelserien kommer att ges ut i bokform på Weylers förlag.

Anders Fagerlund ställer sig samma fråga. När han var sjukhuschef på Åland lyckades han korta väntetiden från en månad till två dagar. Inget märkvärdigt, menar han. Det gick på ett par veckor att ändra i rutinerna. Men när han föreslog en liknande reform i Uppsala visade sig saken omöjlig.

Varför? Fagerlund har funderat åtskilligt på den saken och i februari 2011 skrev han en artikel med kollegerna Johan Sundström och Martin Wohlin. Svenska läkare månar inte längre om patienterna, kunde man läsa. Så vad gör de? "De leker affär." Prislistor som styr sjukvården och den konstgjorda konkurrensen motverkar samarbetet kring patienten, hävdade författarna.

Anders Fagerlund är ansvarig för Lex Maria-utredningar på Akademiska sjukhuset i Uppsala, Martin Wohlin är specialist på akutmedicin och universitetslektor. Jag ber doktorerna att granska min artikel om herr B:s öde (DN 17/2). Var det dumt av mig att påstå att landstingets prislister borde finnas med bland dödsorsakerna?

"Nej, det är inte dumt", svarar Martin Wohlin. "Det är så det fungerar. Varsågod, ett typexempel: Nilsson får svårt att andas, går till husläkaren som misstänker hjärtsvikt. Nilsson får remiss till arbetsprov. Väntetiden är tre månader. Och så kommer han till mig och gör arbetsprovet. Jag ser direkt att det är hjärtat, han skall ha medicin med en gång och det måste göras ultraljud för att se om det är klaffar eller något annat. Vi har ultraljud här bakom väggen, så det hade vi kunnat göra samma dag. Men det får jag inte! Skriver jag ut medicin belastar det vår budget, samma sak med ultraljud. Så nu skickar jag bara ett svar till vårdcentralen. Där har de mycket att göra, men ett par veckor senare har de läst det, kallar Nilsson till besök, remitterar till ultraljud förstas, väntetid tre månader, sedan nytt svar till vårdcentralen... Det tar ett halvår innan han får den behandling han behöver."

"Om han lever då", säger Fagerlund.

"Det här", fortsätter Wohlin, "är New public management i ett nötskal. Man har delat upp sjukvården i låtsasföretag där varje företag skall förtjäna sin peng. Då gör man det som ger mest betalt och ser till att utgifterna för dyra remisser och läkemedel belastar någon annan. Jodå, läkare får faktiskt sådana order uppifrån. Patienterna bollas mellan kliniker där var och en gör ett minimum av provtagningar

Patienten & prislappen

och undersökningar. Att ta ansvar för patienten är direkt olönsamt och därför inte tillåtet.”

Han berättar om äldre multisjuka som är så olönsamma att ingen vill ta hand om dem, därför blir de aldrig färdigbehandlade, utan slussas omkring på nätterna mellan tillfälliga vårdplatser i duschrum, från avdelning till avdelning och från sjukhus till sjukhus. ”Men inte för att få vård, lindring och tröst – utan för att minimera kostnader.”

”New public management är ett begrepp utan lukt eller smak. I fel sammanhang är det giftigt som arsenik, men med långsammare verkan”, skriver distriktsläkaren Christer Pettersson i Växjö.

Mycket träffande. Kan någon säga hur det gick till när svensk cancervård hamnade bland Europas maktigaste? I Danmark gäller att en kvinna med en knöl i bröstet skall få besked inom fem dagar. I Skåne är det stolta målet tre veckor, i Västmanland en månad.

Bröstcancer är inget undantag. De svenska väntetiderna vid livshotande sjukdom framstår som bisarra i internationell jämförelse. I Holland, Danmark, Tyskland, Belgien och sju andra länder i Europa är det en cancerpatient av tio som tvingas vänta längre än tre veckor på behandling. I Sverige gäller det omvända. Knappt någon får behandling inom tre veckor. Den normala väntetiden (median) för de flesta cancerformer är dubbelt så lång. Vi tänker oss kanske inte Ungern, Tjeckien eller Portugal som välfärdsstater, men också där slipper den cancersjuka vårdas lika länge som i Sverige.

Det verkar finnas fler förklaringar till denna skillnad, varav en ligger i öppen dager: Vi må ha den bästa utrustningen och världsledande onkologer, men när det kommer till vårdplatser är Sverige ett u-land. Man måste gå utanför Europa för att hitta ett land med lika få sjukbäddar. Och det är ingen liten skillnad. Låt mig räkna upp de EU-länder som har mer än *dubbelt* så många sjukhus-sängar per invånare som Sverige: Tyskland, Österrike, Tjeckien, Ungern, Polen, Frankrike, Belgien, Slovakien och Finland. OECD-genomsnittet är 4,9. Sverige, med sina 2,8 sängar per tusen invånare, ligger i botten av den listan, plats 33 av 40, strax före Turkiet och Kina.

Alltså är det bara följdriktigt att en svensk akutmottagning i influensatider ser ut som en italiensk efter en jordbävning. Vem har bestämt att det skall vara så? Hade något parti år 2000 hotat att krympa sjukhusvården till Sydafrikas nivå, skulle det få lämna riksdagen. Men tretton år senare är vi där, utan att medborgarna tillfrågats om saken.

Detta är den andra paradoxen med New public management. Den är inte ”public” alls, i meningen ”offentlig”. När sjukvården börjar styras av prislister abdikerar politiken från ansvaret: vården upphör att vara ett nationellt projekt. Därför är det förspild möda att ställa Göran Hägglund till ansvar för scenerna på akuten. Det är varken ministern eller riksdagen som avgör antalet sjukhusplatser.

”Makten är en hjälm som bärs av ingen”, skriver poeten. Jag misstänker att det kunde vara landstingen som Tomas Tranströmer hade i åtanke. De anonyma politikerna i Region Skåne stängde liksom i förbigående, kanske sig själv ovetande, Sveriges snabbaste bröstomläggning. Just så ansvarsfritt går det till på världens låtsasmarknad.

Det finns inget subjekt bakom Sveriges unika decimering av vårdplatser. Det som finns är tusentals anonyma politiker, av vilka få hållit ett torgmöte, som klubbat prislister vars effekter de saknade kompetens att överskåda, som i sin tur tubbade sjukhuschefer, av vilka allt färre nånsin lyssnat på ett hjärta, att stänga en avdelning eller två. Konsekvenserna? Dem får sköterskor och läkare klä skott för. Avlider någon ”satellitpatient” (landstingets språkbruk) på sin väg mellan fullsatta kliniker, kommer Filippa Reinfeldt säga att sjukvården inte håller avtalet. Eller att läkarna prioriterat fel. Det är den tredje, och den mest perfida paradoxen med New public

management: den tar läkaretiken som gisslan.

Jag antar att namnet Mats Eriksson inte är bekant. Det borde det vara. Denne lokalpolitiker från Träslöv, vald till landstinget i Halland med 10 830 röster, har numer större makt över sjukvården än socialministern. ”Jag skulle vilja köra det i botten först”, yttrade Eriksson i fjol i Almedalen, under en debatt med läkare om överbeläggningar på sjukhusen. Därmed ville han säga att det inte blir fler sjukbäddar i Sverige förrän han, Eriksson (och kollegerna i ”Sveriges Kommuner och landstings sjukvårdsdelegation”), uttömt alla anda möjligheter att snabba på svenskarnas väg genom vården.

När jag intervjuar Göran Hägglund beklagar sig ministern över att journalister kommer till honom med frågor som de borde ställa till SKL. Det är ju landstingen som styr och ställer inom vården, staten kan bara påverka på marginalen, genom lagstiftning, tillsyn samt litet budgetmedel. ”När jag påpekar detta säger dina kolleger att ingen vet vilka som är landstingspolitiker, därför kommer vi till dig.”

Begår jag samma misstag? Eller är det en sund reflex att söka ansvar där det kan utkrävas? Göran Hägglund kan förlora valet, men hur väljer man bort Sveriges Kommuner och landsting? Denna sammanslutning av kommun- och landstingschefer finns inte ens på Sveriges politiska karta. Registrerad som ”en ideell förening”, är den stängd för medborgerlig insyn, men utövar ett oerhört inflytande över hela vårdsektorn. (Hur det kunnat bli så är ett annat reportage.)

Ibland är det först i spåren av en tragedi som en sjuk struktur blir synlig. Norsk polis gjorde nästan allting fel den 22 juli 2011. Granskningskommissionen finner att hade polisen reagerat adekvat, haft en fungerande operationscentral, inte slarvat bort information eller tagit omvägar, hade man kunnat stoppa Breivik 25 minuter tidigare. Ordföranden Alexandra Bech Gjorv sade inte mera.

Man får förstå att norrmän satte i halsen när det uppdagades att polischefen i Oslo vid slutet av det året fick bonus för ”goda resultat och målpuppfyllelse”. Bisarrt, men följdriktigt. Den norska polisens ”resultat” mättes nämligen med samma kriterier som mäter ”produktiviteten” på svenska vårdcentraler och sjukhus: mängder, volymer och flöden. Och då politiet gjort många fartkontroller och lyckats snabba upp processflöden här och där, kunde målpuppfyllelsen inte bli annat än god.

När 22-julikommissionen letar orsaker till misslyckandet hittar man – New public management. Den norska polisen har prioriterat de mätbara mål (ett hundratal) som gav ”pinnar”, och då ”beredskap inför terroristangrepp” inte lät sig fångas i sådana kriterier, hamnade det långt ned på agendan. Med kommissionens egna ord: ”... *politiet har utviklet mål på de områdena som er enklast å måle – ikke nødvendigvis på de områdena der klare mål og forventninger er viktigst.*”

Detta är inte helt rättvist mot norsk polis. Det var ju inte konstaplarna som introducerade New public management. Initiativet kom, liksom i Sverige, från politiker. I själva verket protesterade flera polischefer tidigt mot mät-systemet. Avfärdades dock som bakåtsträvare.

I den i övrigt nedslående rapporten finns dock en god nyhet. Sjukvården agerade enastående den ödesdigra dagen. Utan att det kom några order tömde läkarna sjukhusen för att ge plats åt sårade, gängse flaskhalsar avskaffade sig själva, lediga sköterskor och läkare skyndade självmant till Utøya, ingen skrev någon ”avvikelsesrapport”, men alla drog kabel om det behövdes.

Professor Torleiv Ole Rognum, ansvarig för rättsmedicinen på Utøya, har en förklaring: ”Lyckligtvis var de flesta sjukvårdsbyråkraterna på semester den 22 juli.” Alltså improviserade vårdfolket utifrån sin professionella instinkt. Rognum menar att det hade tagit flera år för vårdstrategerna att planera fram den krisorganisation som uppstod på ett par timmar runt Utøya.

New public management, NPM, skulle göra den offentliga sektorn mera brukarvänlig.



”Makten är en hjälm som bärs av ingen”, skrev poeten. Jag misstänker att det kunde vara landstingen som Tranströmer hade i åtanke.”

Men nu heter det i Morgenbladet att det ”har resulterat i et dysfunksjonelt byråkrati, preget av irrasjonell målstyring, dokumentasjonshysteri, detaljfiksering, malplassert markedsøkonomisk språkbruk og mistenkeligjøring av fagfolk”.

I Aftenposten skriver Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatik: ”I stedet for å kombinere offentlig solidaritet med privat handlingskompetanse, har NPM gitt oss offentlige foretak som forener grådighet av verste privatkapitalistiske sort med byråkrati som en sovjetisk betongfabrikk. Resultatet er åpenbart: Flukt av flinke fagfolk og ressursterke pasienter over til private tilbud, og utarming av et offentlig finansiert helsevesen for alle.”

Efter läkarnas omdömen kom ekonomernas. I december i fjol ägnade Dagens Näringsliv en hel bilaga åt en granskning av hur DRG (styckepris per diagnos, samma som i Sverige, se DN 25/2) korrumpert sjukhusen. Här i telegramstil:

Sex hundra vårdanställda arbetar numera på heltid med att koda epikriser till DRG-systemet. En ensam läkarsekreterare i Ullevål lyckas



höja kliniken intäkter med åtta miljoner. Ett sjukhus i Arendal kodar systematiskt enkla ingrepp som komplicerade operationer. (DRG-konsulten hade utlovats tio procent på vinsten.) Ett sjukhus i Telemark ertappas med 750 falska diagnoskodningar. *Helsedirektoratet* finner att två av tre öron/näsa/hals-kliniker systematiskt sätter dyrare diagnoser, varför patienter riskerar felbehandling nästa gång de uppsöker sjukhuset. Fyra sjukhus visar sig ha specialdesignade dataprogram som räknar ut den mest lukrativa mixen av diagnoser. *Lærdalsjukhuset*: en vårddirektör beordrar sina läkare att sluta ta emot patienter från det egna fylket. Det är lönsammare att behandla vårdsökande från andra kommuner. (Också i Sverige är "utomläns-patienter" en bättre affär.)

En granskning av 310 000 journaler visar att patienter med lättare åkommor prioriteras på bekostnad av multisyjuka. Andra effekter: det har blivit färre smarta "tithålsoperationer" i öppenvården, eftersom inlagda patienter ger bättre betalt.

"Det aller meste som går gal vei i helsevesenet, kan spores til stykkpriserne. De belønner det mot-

satte av hva leger skal drive med", säger Olaug Lian, medicensociolog i Tromsø, till Dagens Näringsliv.

Liksom andra frälsningsläror härskar New public management genom språket. Den kidnappas värdeorden. Målstyrning. Vart skall man styra om inte mot målet? Vad vill man uppnå om inte resultat? Vem är emot kvaliteten, som dessutom blivit säkrad?

Går man tillbaka i historien kan man förstå varför det tog skruv. Det fanns för 25 år sedan gott om offentliga verksamheter där man gick hem klockan tre, blev befördrad per automatik och betraktade medborgaren som ett störningsmoment. Visst har "målstyrning" gjort en hel del nytta. "Nej, det duger inte att ni rapporterar timmarna i plogbilen, målet är att få bort snön, förstår ni. Så hädanefter betalar vi per lass." På den nivån fungerar det utmärkt, eftersom kvantiteten (ton bortforslad snö) samtidigt är kvalitet (säkra gator). Även vissa medicinska ingrepp kan rationaliseras på det sättet, som operationer av gråstarr och höftleder, vilka med fördel kan utföras på löpande band. Men så fort

Källor

- Tid eller pengar? Exempel från cancervården - bröstcancerprocessen. LHC Report nr 1/2011
- Anders Fagerlund, Johan Sundström, Martin Wohlin: Amerikanisera inte sjukvården. SvD 20/2 2011
- Christer Pettersson: New Public Management och beslutsfattarnas tankestil. Läkartidningen 8.05.2012
- Väntetider i cancervården. Socialstyrelsen 2012
- Health at a Glance 2011. OECD
- Euro Health Consumer Index 2012 report
- Ingrid Tollgerdt-Andersson, Gun Britt Ivansson: Hälso- och sjukvård i Europa. Landstinget Kronoberg 2012.

Fortsättning på nästa sida

det kommer till omvårdnad blir det problem.

En managementkonsult skriver till mig att han blev ombedd av en kommun i Bohuslän att kartlägga "hemtjänstprocessen". Denna process, säger han, ser i verkligheten ut som så: "1. Åk hem till X. 2. Gör en bedömning av hur du bäst hjälper X (om möjligt, stäm av med X) 3. Hjälp X 4. Rapportera vad du gjort."

Kommunen i fråga var tydligen beredd att betala en halv miljon för att få detta utstofferat till fikonspråk. Men managementkonsulten hade inte hjärta att ta uppdraget, säger han. Det hade varit ren bondfångeri, särskilt som det som avgör kvaliteten i hemtjänsten - personalens kompetens och attityd - inte låter sig mätas med processmått.

Ett väl enkelt exempel, kan tyckas, men det fångar kärnan i problemet med New public management. Mät- och styrmetoder från industrin kan inte fånga kvaliteter som inte låter sig uttryckas som mängder. Varken en väl genomförd förlossning, mordutredning eller en mattektion i årskurs nio kan beskrivas med kvantitativa mått. Människor är olika, det finns flera sätt att uppnå samma mål, det finns kvaliteter



Patienten & prislappen



➔ (erfarenhet, omdöme, pedagogisk förmåga, klinisk blick, inlevelse, mod att handla, förstånd att låta bli) som kan vara helt avgörande för framgången, men som varken kan standardiseras, mätas eller snabbas på.

I en äldreomsorg någonstans i Sverige överväger man att förbjuda vårdarna att prata med de gamla, läser jag i VD-tidningen. Arbetet blir effektivare och mätbart om folk bara gör vad de blir tillsagda. Kommunen har anlitat en konsult i "Lean production", framgår av artikeln. En överläkare på Karolinska, som också stött på fenomenet, skriver att jag måste berätta vad Lean innebär. Nämligen "en ständig rationalisering": Att allt oavlatligen skall kunna göras ännu snabbare och effektivare. "Det stämmer säkert på biltillverkningen. Men nu skall det tillämpas på vården av döende. Det är kriminellt."

Jag tror att Toyotadirektörerna i Japan skulle bli förfärade om de läste detta. Deras koncept (döpt till Lean av forskare i Boston) var aldrig avsett för vården. Och för övrigt byggde det på att människor arbetar effektivast om man respekterar deras yrkeskompetens och ger dem frihet att göra sitt bästa. Men när Lean-filosofin skulle överföras till västvärlden tömdes den i många fall på sin moraliska kärna, läser jag i en rapport från det statliga Innovationsrådet. Inte sällan blev det bara mantran och bantningskurer kvar.

dag råder Vilda Västern på Lean-marknaden, framgår det av rapporten. Så när du får höra att din verksamhet skall förbättras medelst något med "lean" i namnet, ta dig i akt. Det kan vara ett seriöst projekt, som vill frigöra ditt initiativ och göra "kunden" lyckligare. Men det kan lika gärna vara en charlatan, resande i härskartekniker, som arbetsgivaren anlitat. År 2008 lyftes brittiska skatteverket fram som ett lysande exempel på lyckad lean-reform. Två år senare rankades verkets medarbetare bland "de mest olyckliga av alla offentligtanställda".

Denna rapport från Innovationsrådet borde läsas av alla som förmäktar under "de resande idéerna" *Lean* och *New public management*. Där framgår bland annat att när dessa två möts, kan i värsta fall det mesta haverera.

Det tycks saknas belägg för att New Public

management gjort vården effektivare. Troligen äts vinsterna av kortade "processer" upp av biverkningarna, som när halvvardade patienter belägrar akuten. Däremot vet vi ganska väl vad ideologin gör med professionerna.

Eftersom de som numer detaljstyr läkarnas arbete inte vet så mycket om sjukvård och dessutom byts ut ofta, har de stort behov av konferenser. Överläkaren Olle Heimbürger på Karolinska räknar ut att han tillbringar fjorton av veckans timmar i sammanträden och på resor mellan dessa. Det hade räckt med fyra, säger Heimbürger. Och så är det alla rapporter och enkäter.

Det han berättar stämmer väl med forskningsrön: En svensk sjukhusläkare ägnar numera 31 procent av sin tid åt patienterna, betydligt mera åt administration: rapporter, debiteringar, dubbla och överlastade journaler, uppföljningar och enkäter som politikerna kräver, för att förstå hur de skall göra vården ännu effektivare. (Varför är Riksrevisionen förhindrad att granska landstingen? Medborgaren skulle vilja veta om det är rätt bruk av skattemedel att låta kirurger agera sekreterare åt ekonomikontoren.)

Martin Wohlin i Uppsala säger att New public management håller på att "avprogrammera" sjukvårdsprofessionen. Läkare och sköterskor som studerat för att ta ansvar för hela människan skall nu läras att utföra punktinsatser och strunta i resten.

Det finns ett fult ord för detta: *avprofessionalisering*. Det är när yrkeskårer som (förutom kompetensen) också förvaltat ett särskilt ansvar – läkare, domare, sköterskor, poliser, professorer, lärare – fråntas rätten att definiera vad som är *kvalitet* på deras område. Då börjar poliser räkna "pinnar" och högskolor mäta "produktivitet" i antalet godkända tentor, helt oavsett vad dessa handlar om eller om de ingår i en examen.

Avprofessionalisering kan faktiskt mätas. Under arton år (1992–2010) rasade andelen läkare som ansåg att de hade en fullt kompetent chef från 70 till 49 procent. Samma utförlöpa gäller på andra områden: andelen läkare som har inflytande på sitt arbete, som fortbildar sig, som känner stöd från cheferna. Statistiken gör det lättare att förstå varför prislapporna och andra

Källor, fortsättn

- "Jag skulle vilja köra det i boten först". Sjukhusläkaren 5/7 2012
- Ikke snakk om New Public Management. Morgenbladet 25/10 2012
- Torgeir Bruun Wyllle: Tåkelegging. Aftenposten 27/9 2012
- Daniel G.R. Butenshøn "Bivirkningen.", Dagens Næringsliv, 29/12 2012
- Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen. Program for helseøkonomi i Bergen. Nr 05/07
- Miki Agerberg: Svært å befria läkarna från administrationsbördan. Läkartidningen 13/11 2012.
- Shirin Ahlbäck Öberg, Sten Widmalm: Professionalism nedvärderas i den marknadsstyrda staten. DN Debatt 26/10 2012
- Gunnar Rundgren: Checklistor skapar inte rätt vård. SvD 21/1 2013
- Lean och systemsyn i stat och kommun. Innovationsrådet 2012
- Lean kan bli en arbetsmiljöfälla. VD-tidningen 2/11 2012
- Lean and mean in the civil service: the case of processing in HMRC. Public Money & Management, 31:2.
- Eva Bejerot, Hans Hasselbladh, Rolf Å Gustafsson: Bortom New Public Management. Halmstad 2008
- Eva Bejerot, Gunnar Aronsson, Hans Hasselbladh, Susanne Bejerot:
- Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. Läkartidningen 29/11 2011
- Nå er det nok. Ukeavisen Ledelse nr 28/2009.

dubiösa incitament kunnat få ett sådant genomslag: Nästan var tredje läkare lyder numera under en chef som saknar läkarexamen.

"Den svenska sjukvården styrs i allt högre grad genom arrangemang och mekanismer som ingen tagit ställning till", skriver professorn i företagsekonomi Hans Hasselbladh. Hans kollega inom ämnet arbetsvetenskap Eva Bejerot ser läkarprofessionen befinna sig i "fritt fall". Det är dessvärre en riktig diagnos. Men vi bör inse vad det innebär: I ett sådant landskap kan vården systematiskt diskriminera de mest hjälpbehövande – utan att någon behöver stå till svars för saken.

Jag maktar inte med att sammanfatta det överväldigande gensvaret på dessa reportage. Nästan alla som reagerat har egna erfarenheter av vad "målstyrning" och prislappor gjort med sjukvården. (Tack alla för er tid och för förtroendet.) Jag tror att följande omdöme av William Brochs-Haukedal, norsk professor i ledningskunskap, är representativt för opinionen:

"New public management /.../ är ett opersonligt och auktoritärt system av budgetar, rutiner och mål som tar ifrån de anställda motivation och arbetsglädje. /.../ De har tvingats avstå från att engagera sig i sina kunder, klienter, patienter och elever. NPM har inga parametrar för alla möten mellan människor som ger mening i vardagen. Att engagera sig räknas inte. Det blir bara extra slitsamt. Då försvinner också den inre motivationen. /.../ Förfrämmandet av de anställda i offentlig sektor måste stoppas. Avveckla NPM och inför ledningsformer som främjar de anställdas engagemang i stället." (Ukeavisen Ledelse nr 28/2009).

Kanske kommer statsministern säga att också sjukvården, liksom försvaret, är "ett särinnesse". Men jag tror inte att svenskarna är redo för idén att vi bor i en butik. Sverige är faktiskt fortfarande en gemenskap, ett samhälle. Och kanhända är de stressade människorna på sjukhusen dess starkaste länk. Efter sin sorgliga insats på Utøya krävde norska polisfacket full övertidsersättning. Norska läkare och sjuksköterskor, som självmant avbröt semestrar för att rusa till sjukhusen, ville inte ha betalt.

maciej.zaremba@dn.se