



# När blev vården marknad?

VITTNESSEMINARIUM  
I ALMEDALEN

Kristina Abiala (red.)

SÅMTIDSHISTORISKA FRÅGOR 29

# När blev vården marknad?

VITTNESSEMINARIUM  
I ÄLMEDALEN

Kristina Abiala (red.)

Samtidshistoriska institutet  
Södertörns högskola  
SE-141 89 Huddinge

shi@sh.se  
www.sh.se/shi

© Författarna och Samtidshistoriska  
institutet, Södertörns högskola

Omslagsfoto: Anders Högstedt  
Omslag: Jonathan Robson  
Formgivning: Per Lindblom & Jonathan Robson  
Tryck: Elanders, Stockholm 2014

Samtidshistoriska frågor nr 29

ISSN: 1650-450X  
ISBN: 978-91-89615-29-8

# Innehåll

Inledning .....	5
Vittnesseminarium .....	9



# Inledning

Vem hade för några år sedan kunnat tro att det allmänna samtalet plötsligt skulle handla om effekterna av nya styrsystem inom offentlig sektor? Men när Marciej Zaremba i början av 2013 skrev några uppmärksammade artiklar fick de ett genomslag långt utanför politik och offentlig förvaltning. (Artiklarna finns samlade i boken *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*, Stockholm: Weyler, 2013). Hade prislister och beting ersatt traditionella professionella bedömningar när det gällde medicinsk vård och behandlingar? Och hur hade det i så fall blivit på det viset.

Det var bakgrunden till det Vittnesseminarium som Samtids-historiska institutet vid Södertörns högskola anordnade i Almedalen sommaren 2013. Vid institutet bedriver forskare – historiker, statsvetare, sociologer, företagsekonomer och ekonomhistoriker – forskning kring förändringar i det nära förflutna. Under senare år har vi särskilt uppmärksammat de förskjutningar mellan politik och marknad som är ett huvudtema i Zarembas artiklar. Det var därför naturligt för oss att inbjuda en grupp centrala aktörer och forskare för att närmare reda ut vad som låg bakom de reformer Zaremba diskuterat konsekvenserna av.

Tanken bakom vittnesseminarierna, som ursprungligen utvecklats och under lång tid framgångsrikt bedrivits vid Institute of Contemporary British History, bygger på att man samlar en grupp centrala aktörer som gemensamt försöker reda ut besluts-gångar och politiska processer vid viktiga politiska beslut. De är alltså fokuserade på enskilda händelser, inte på personer eller längre politiska skeenden. Att på detta sätt minnas kollektivt har

ofta visat sig skapa viktig ny kunskap. Seminarierna är i allmänhet öppna för intresserade åhörare. Vittnesmålen skrivs sedan ut och publiceras successivt i Samtidshistoriska institutets skriftserie. Förutom den rent dokumenterande funktionen har vittnesseminarierna också i betydande utsträckning visat sig stimulera till vidare forskning – samtalen runt bordet leder nästan undantagslöst fram till frågor som de närvarande vittnena och forskarna skulle vilja veta mer om.

Samtidshistoriska institutet har genomfört ett trettiotal vittnesseminarier. Bland de senaste kan nämnas ett kring den högst aktuella frågan om drivkrafterna bakom omvandlingen av det svenska försvaret. Här deltog tidigare försvarsministrar, överbefälhavare, generaler och ledande försvarspolitikere. Ett annat belyser de borgerliga partiernas strategier för maktskiftet 2006 med centrala företrädare för partiernas ”äntringsstyrkor”. Vittnesseminarierna kan också hämtas ner från institutets hemsida, [www.sh.se/shi](http://www.sh.se/shi).

Vittnesseminariet ”När blev vården marknad – vem beslutade vad” ägde rum i Almedalen den 2 juli 2013. Panelen bestod av följande personer:

**Marceij Zaremba**, journalist och medarbetare vid Dagens Nyheters kulturrektion

**Klas Eklund**, adjungerad professor i Nationalekonomi och tidigare chefsekonom vid SE-banken. Han var också planeringschef i finansdepartementet under Kjell-Olof Feldt och en central aktör och idégivare vid införandet av nya statliga styrformer vid övergången mellan 1980- och 90-tal.

**Paula Blomqvist**, statsvetare och docent i Uppsala och specialist på förändringar inom vården.

**Krister Bergkvist**, professor och gynekolog, men också sjukhusadministratör som varit med om att implementera en del av de nya idéerna.

**Anja Willman**, ordförande för sjuksköterskornas förening som representerade de anställdas perspektiv.

Samtalet leddes av ambassadör Maria Leissner, ordförande i Samtidshistoriska institutets vetenskapliga råd och professor Kjell Östberg, forskningsledare vid institutet

Seminariet finns också tillgängligt på webben:

<https://www.youtube.com/watch?v=ZkgpdSNsUIg>





# När blev vården marknad?

Vittnesseminarium i Almedalen  
2 juli 2013



# Vittnesseminarium

## **Moira von Wright**

Hjärtligt välkomna till kunskapsarenan här i Almedalen som organiseras av Stockholms akademiska forum. Och alldeles särskilt välkomna till det här seminariet som är ett nytt vittnesseminarium organiserat av Södertörns högskolas Samtidshistoriska institut.

I egenskap av rektor för Södertörns högskola och ordförande för Stockholms akademiska forum vill jag säga några ord så här inledningsvis. Några av er var med förra året när Samtidshistoriska institutet ordnade ett första vittnesseminarium i Almedals-sammanhang. Det var ett oerhört intressant och besökt seminarium som handlade om just den här platsen och plattformen: *Almedalen – Så skapades en politikens marknadsplats*. Den som vill läsa resultatet som kom ut av den diskussionen, den hittar den här lilla boken där borta på ett bord. Men nu ska ni inte rusa dit, får ni inte tag i den så får ni höra av er sedan, till Håkan eller Kjell eller någon så kanske det finns fler exemplar.

Det som är spännande med den arbetsmetod som man använder sig av här på Samtidshistoriska institutet, det är just att man samlar människor som har varit med, och i olika egenskaper eller på olika sätt har bevittnat ett historiskt skeende, och möts så här för att tala om det man har sett och hört, och ger sin egen version eller sin egen lacuna när det gäller vittnesmål kring vad som har hänt. Och vi som har följt med vet ju alla vad som har hänt med vården i Sverige. Vården förändras ganska mycket och villkoren för vård och vårdnadsgivande, därför är rubriken här idag: "När blev vården marknad?" Vem beslutade vad? Ett

seminarium om ett historiskt skifte. Och nu överlåter jag ordet till Kjell Östberg, professor på Samtidshistoriska institutet, som kommer att berätta mer exakt vad som kommer att hända här idag.

### **Kjell Östberg**

Tack för det. Jo, Samtidshistoriska institutet har specialiserat sig på det nära förflutna. Vi forskar i allt från den svenska jämställdhetspolitikens utveckling till folkmorden på romerna. Vi undervisar, vi har ett spännande program som heter ”Politik och aktivt medborgarskap” som utbildar sådana som ska verka i Almedalen under dom kommande generationerna. Vi dokumenterar även en hel del. En av våra studenter på politikprogrammet håller just nu på att dokumentera vad som hände i dom södra förorterna i våras när förorterna i Stockholm brann. Och så har vi dom här vittnesseminarierna. Moira nämnde några, vi har väl haft ett tjugotal, det finns exempel på det på bokbordet som ligger där ute. Ett uppmärksammat seminarium som ni gärna får ta del av det handlar om vad som hände när det svenska ytförsvaret nästan avskaffades över en natt. Då sammankallade vi några gamla överbefälhavare, generaler, försvarsministrar och försvarspolitikere som gemensamt försökte lägga ett pussel och komma fram till svaret. Det är också syftet med det här seminariet.

Vi läste med intresse dom artiklar som Marciej Zaremba publicerade i vintras. Som samtidshistoriker ställde vi oss naturligtvis snabbt frågan: Hur har det kunnat bli på det här viset?

Syftet med det här seminariet är att i ett litet längre, i ett samtidshistoriskt perspektiv, kunna ge ett bidrag till att svara på den frågan. Dom senaste åren har flera av våra forskare bland annat varit sysselsatta med att skriva dom avslutande delarna i Norstedts stora satsning på en ”ny svensk historia”. Speciellt vi som skrev den sista delen, som kom för någon månad sedan, kunde notera att någonstans mitt i det här skedet mellan 1965 och fram till idag så skedde det en brytning som i svenska förhållanden måste betraktas som kraftigt. På 60-, och början av 70-talet var

Sverige ett samhälle dominerat av den starka staten – alla män gjorde lumpen, bankerna stod under riksbanken, statens byggnadsnormer gällde, ni vet, televerkets monopol, järnvägstrafiken sköttes av SJ, Vattenfall, privat arbetsförmedling var förbjuden...

### **Håkan Blomqvist**

... och sjukvården.

### **Kjell Östberg**

... inte minst så genomfördes det i början av sjuttioalet ett stort antal reformer där man alltså byggde upp en... dom vårdcentraler som byggdes upp då var landstingsägda, så gott som alla sjukhus var det, apoteken förstatligades, dom hade varit privata tidigare, stora delar av läkemedelsindustrin och så vidare. Det här gjorde ju att Sverige blev ett unikt land. Men som vi vet tillhör det här det förflutna. Ett oöverskådligt antal bolag slåss om marknaden för telefon- och datatrafik och elleveranser. På stambanorna är det så trångt att man snart inte kan åka pendeltåg till Gnesta snart för att dom här sjuutton företagen som konkurrerar om dom lönsamma linjerna till Göteborg måste ges företräde och så vidare. Ni känner till det här och ni vet också att det är omdiskuterat. För vissa är det individens seger över kollektivet, ökad frihet från en förtryckande stat, den fria marknadens dynamik. För andra har det gemensamma projektet som fanns tidigare ersatts av hierarkisering, fragmentisering, ökade sociala klyftor och så vidare.

Men vilka har drivkrafterna varit i det här? Det här är alltså ett huvudtema i institutets forskning idag. Vi har kallat det här övergripande projektet: "Vart tog Posten vägen?"

Varför har vi gjort det Maria Leissner, som också är ordförande i vårt vetenskapliga råd?

### **Maria Leissner**

Ja, det är precis det jag frågade när jag kom hem från Guatemala 2004. Jag hade varit ambassadör där i fyra år, lämnat den politis-

ka scenen och inte följt med så där jättemycket kring vad som hade hänt hemma. Då insåg jag plötsligt – Var är dom där gula trevliga små skyltarna med posthornet? Borta, ingenstans. Det fanns ingen post! Och sen var det, som vi var inne på, plötsligt väldigt konstigt om man skulle åka med SJ och beställa biljetter. Och det kom rapporter om att televerket inte hade någon lust att sätta upp stolpar i glesbygden för det lönade sig inte. En rad signaler om att det var saker och ting som hände i Sverige. Jag hade suttit i riksdagen mellan 1985 och 1991 och jag mindes inte att jag hade varit med och fattat några beslut om dom här dramatiska förändringarna om hur Sverige är organiserat och styrs.

Det visar sig när man läser Marciejs bok att det tydligen var just då som det fattades några avgörande beslut och jag försökte dra mig till minnes om jag kommer ihåg den här punkten, den här kommentaren i kompletteringsproppen 1988, i marginalen någonstans, om att det skulle införas en resultatstyrning inom den offentliga sektorn. Inte hade jag någon aning om det, jag minns inte att det togs upp i någon riksdagsgrupp.

Jag har klara minnen av att vi drev några profilfrågor och inte minst från folkpartiet när det gäller privatisering, valfrihetsrevolutionen, friskolereformen, husläkare, rätten att etablera sig och så vidare. Dom sakerna var politiskt medvetna beslut där en förändring drevs fram, debatterades rejält, inte bara mellan politiker utan också mellan politiker och allmänhet, och där vi sen vann argumenten på vår sida.

Men posten och frisättningen inom sjukvården var jag fullständigt omedveten om och då kan jag ändå sägas vara en av dom ansvariga för besluten. Det här har vi pratat om i det rådgivande organet för det Samtidshistoriska institutet och vi har haft väldigt spännande diskussioner om detta, vilket ledde fram till att vi bestämde oss för att vi vill börja någonstans. Då var det väldigt lämpligt att börja just med utgångspunkt från Marciej Zarembas otroligt intressanta och tankeväckande reportageserie. Som alla reportageserier du gör Marciej, inte minst den om romer, så får du ett starkt genomslag. Du undersöker verkligheten

på ett ganska unikt sätt. Så vi tänkte börja med att be dig berätta om... jag tror inte du behöver en närmare presentation för det här auditoriet, så det hoppar vi över... utan vi vill helt enkelt be dig berätta om och ge bakgrunden till din reportageserie och den bok som vi har här – *Patientens pris* – där du beskriver och tar upp mycket från reportageserien – bakgrunden till att du gjorde den, reaktionerna och vilka frågor som reportagen har väckt. Varsågod.

### **Marciej Zaremba**

Tack så hemskt mycket. Jag kan inte låta bli att kommentera det här med posten. 2004, tror jag det var, så gjorde jag ett reportage från Kosovo, om hur illa FN skötte sitt uppdrag. Där fanns Camp Victoria, som var den svenska förläggningen. När jag kom dit sa dom: ”Kom, kom, vi ska visa det mest fantastiska för dig. Titta, ett postkontor! Det är det sista svenska postkontoret där man kan köpa frimärke, betala pengar och göra utbetalningar.” Dom var mycket stolta över det. Jag hoppas att det finns kvar, jag vet inte om Camp Victoria finns kvar.

Jag har fått i hemläxa att vara konkret och tala om hur det här gick till. Det var ju aldrig meningen att jag skulle skriva om någonting så osexigt som sjukvårdens finansieringssystem och jag skulle förmodligen aldrig få med min redaktion på något så konstigt.

Utan det började precis som artiklarna börjar, nämligen att jag fick ett brev från en kvinna som påstod att hennes man, som låg på ett stort och fint sjukhus, blivit utsatt för dödshjälp, närmare bestämt blivit svulten till döds. Det har hon också anmält till patientnämnden och alla andra instanser. Och hon fick inte gehör så hon tyckte att jag borde ta mig an saken. Det hade jag inte gjort om det inte vore så att hon hade rekommendation från Erwin Bischofsberger, numera är han inte med oss längre, men han var en framstående etikforskare och ledamot i statens etiknämnd. Han hade tittat på journalerna och tyckte också att jag borde titta på saken. Så jag ägnade säkert en månad med att låta



olika medicinska konsulter granska dom här journalerna. Efter en månad fann jag att det inte fanns några som helst tecken på att man har försökt ta livet av patienten men ändå så dog han i onödan.

Jag letade efter en mordängel och jag hittade en prislista. En prislista som gjorde det totalt olönsamt för psykiatrikerna på detta sjukhus att bistå sina kollegor med invärtes mediciner. Så mannen var alltså läkemedelsförgiftad av åttiotvå olika läkare, faktiskt, som hade hand om honom. Och psykiatrikerna tog tjugo dagar på sig att undersöka det här. För mig började det med... jag blev lika häpen som du blev Maria när du upptäckte att det inte fanns några postkontor, lika häpen blev jag att man kunde ha prislistor av det slaget inom sjukvården. För dom var otroligt detaljerade och samtidigt helt godtyckliga. När jag började tala med psykiatrikerna så sa dom att det här passar överhuvud taget inte ihop med vår verksamhet. Det korrumperar verksamheten, vi tvingas antingen manipulera våra rapporter eller svika vår medicinska etik.

Sen började jag gräva vidare i prislistor och det visade sig finnas hur många som helst. Bara i Stockholm 2 500 avtal som reglerar hur sjukvården, psykiatrin och psykologerna ska ersättas. Dessa avtal finns inte på papper utan bara virtuellt eftersom dom ändras hela tiden. Och det jag har funnit är att den här modellen, som ju är New Public Management inom sjukvården, det vill säga man utgår ifrån att den offentliga vården, blir effektivare om man stycker upp sjukhus i enheter som får bete sig som om dom vore företag med interndebiteringar och prislistor och så vidare. Jag ska inte berätta vad som står i artiklarna, för somliga har kanske läst dom och andra kanske vill göra det. Det finns en bokhandel på Adelsgatan som har boken. Utan jag tänker citera, eller berätta, vad jag fick för reaktioner.

Bortsett från att det har blivit ett väldigt liv på läkare och även, intressant nog, på poliser. Igår hade vi ett seminarium med ordförandena för polisförbundet och läkarförbundet och lärarnas riksförbund på detta tema. Så fick jag också väldigt många

brev, jag tror ungefär 1 500, dom flesta från människor som arbetar inom vården.

En distriktsläkare i Leeds säger: ”Senast denna vecka fick jag slåss för att sjukvården skulle ta emot en patient med misstänkt tumörförändring. Eftersom man inte riktigt visste vilken klinik han skulle tillhöra ville man inte ta emot henne eftersom man då kanske lägger ner pengar på en patient som senare kan visa sig ha en sjukdom som faller under en annan klinik. Läkarkollegan som jag hade telefonkontakt med sa att: ”Jag satt där med Svarte Petter som ingen ville ha.”

En annan läkare skriver: ”Under min AT<sup>1</sup> gjorde jag min allmänmedicinpraktik på en vårdcentral i Uppsala. Bestämde mig efter detta att jag aldrig mer ville arbeta på en vårdcentral igen. Jag kunde inte förlika mig med att patienterna, som oftast var äldre, inte fick ta upp mer än ett hälsoproblem åt gången. Sedan skulle dom hänvisas ut till receptionen eller allra helst gå hem och ställa sig i telefonkön för att boka en ny tid tidigast om tre månader. Jag trodde att jag sluppit det eländet nu på Kvinnokliniken men det dyker upp här också.”

En läkare från Uppsala skriver: ”Har du en vårta på näsan och bor i Gävle är det röda mattan och rakt in utan väntan. Har du misstänkt hjärntumör och bor i Skutskär – var god vänta. Vi prioriterar andra från andra län än vårt eget. Prislistorna uppmuntrar till det.”

Den bästa njurvården är att hålla patienten borta från dialysen så länge som möjligt med hjälp av kostråd och så. Men den produkten finns inte på prislistan, förebyggande vård lönar sig inte. Det är alltså direkt kontraproduktivt för en klinik att arbeta förebyggande, man kommer att spräcka budgeten. Det som är bäst i både vetenskapens, patientens och samhällsekonomis perspektiv är alltså kontraproduktivt ur resultatenhetens perspektiv. Det blir olönsamt att göra det rätta.

Det är väldigt viktigt att människor som avlider obduceras, tillräckligt många i alla fall, om inte annat att ta reda på missade

---

<sup>1</sup> Allmäntjänstgöring, som ingår i läkares utbildning.

diagnoser, om dom bor på ålderdomshem, eller kanske brottslig verksamhet. Men antalet obduktioner har minskat drastiskt beroende på att numera är det den läkare som skriver ut dödsintyget, vars vårdcentral ska bekosta obduktionen, om han beordrar den.

Så på område efter område så upptäcker man att kliniker och vårdcentraler uppmanas att, av prislistorna, av viten och beting, till beteenden som bidrar till ökade kostnader för samhället. Att lägga in patienter som man hade kunnat opererat i öppenvården, att glida på diagnosen (oftast mot en tyngre diagnos, eller flera diagnoser), att fördröja vårdprocessen genom att skicka patienten vidare till en annan enhet för att undvika kostnader för till exempel röntgenundersökning och andra remisser, samt att ägna tre patientbesök á 15 minuter åt något som man tidigare klarat av under ett besök á 45 minuter. Det har också fått konsekvenser för språket. "Affärsområdesöverläkare" hittade en doktor på sin dörr i Halland. Och alldeles nyligen fick jag en liten läcka från ett ledande sjukhus. Ledningsgruppen diskuterar i följande termer, jag citerar: "Det är brister i produktmixen", "Vi gynnas inte av att ta telefonbesök" och "Vi gör för få hembesök". Doktorn som läckte det här skriver: "Hur kan det komma sig att en hel läkarkår låter sig detaljstyras bort från sitt eget kliniska omdöme på detta sätt?"

I Östergötland kommer sjukligheten att öka nästa år, det vet vi redan nu, och det beror på att man införde ett nytt prissystem som kallas ACG, Adjusted Clinical Groups. Det är prislistor som är hemliga eftersom prislistan i sig är en kommersiell produkt. Men alla förstår att om man lägger till depression till ett benbrott så blir det högre ersättning, än om man skrev till exempel: "Symptom avseende känsloläge". Samt att det är bättre att skriva "hjärtsvikt" än "andfåddhet" eller "bensvullnad". Och kanske är det, när allt kommer omkring, hjärtsvikt.

Jag är alltså övertygad om att alla dom här prislistorna, beting och vårdgarantier, inte minst vårdgarantier, som styckar upp vården i moment och diagnoser – utan hänsyn till faktiskt tid

och resursåtgång (för det är det som är poängen med det hela), utan hänsyn till patientens behov och utan hänsyn till vårdens kvalitet och utgång (för det finns nästan inga kvalitetsmått i dom här systemen) – dom kommer att manipuleras, dom kommer att leda till felrapportering och emellanåt till oetiskt beteende och sämre patientsäkerhet. Och det beror på att dom inte uppfattas som legitima. Landstingsekonomer förfasar sig över att läkare felrapporterar, men dom har inte förstått att det är lite lättare att ta lätt på regler som inte uppfattas som legitima.

Dom här prislistorna strider så till den grad mot professionellt beteende att dom framstår som legitima att manipulera. Det spelar ingen roll hur mycket dom justeras, övervakas och revideras därför att det är inte möjligt... [blir avbruten för kolla av tid] Vad jag försökte säga är att hela systemet är feltänkt. Det är inte kompatibelt med ett yrke som dels innehåller element av konsthantverk, lärare, läkare, polis, och dels innehåller element av offentlig maktutövning. Dessutom är det inte möjligt att i detalj prissätta en så komplex och mångfacetterad verksamhet som sjukvård och polisarbete. Det var allt.

### **Kjell Östberg**

Vår panel är här idag för att kunna svara på frågan som vi ställde inledningsvis: Hur har det blivit så här? Marciej, är det någonting i dina reflektioner, några frågor, som du konkret skulle vilja ställa till panelen? Jag kanske ska presentera vilka dom är. Klas Eklund, du får säga mer om dig själv, du representerar...

### **Klas Eklund:**

... det onda.

[skratt på scenen och i publiken]

### **Kjell Östberg**

... du representerar dom krafter som var med och började få den här stenen att rulla tror vi. Du får utveckla det längre fram. Vi

tror att du hade en central position när det här satte igång i mitten på 80-talet. Det vill vi gärna veta mer om. Sen har vi en forskare, Paula Blomqvist, statsvetare och docent i Uppsala, som har forskat kring det här, introduktionen av de här nya styrsystemen med speciell inriktning på vården.

Vi har en sjukvårdsadministratör, professor och gynekologen Krister Bergqvist som är här i egenskap av att du har varit med om att implementera en del av dom här nya idéerna. Vi är alltså intresserade av att veta hur det såg ut från sjukvårdsadministrationens sida när det här började.

Och sen har vi Anja Willman, som är ordförande för sjuksköterskornas förening och som kan ge perspektivet från golvet, eller från dom anställda inom sjukvården.

Ja, som ni ser är det en panel som besitter stor kompetens att svara på det här. Och vi, det är alltså jag som heter Kjell Östberg och är forskningsledare vid Samtidshistoriska institutet. Du har redan presenterat dig.

### **Maria Leissner**

Ja, fast jag glömde säga att jag numera är generalsekreterare för Community of Democracies – världens enda klubb för demokratiska länder, baserad i Warszawa. Det är roligt att det här ligger så nära mitt professionella ämne.

### **Kjell Östberg**

Är det någon speciell fråga som du vill skicka med den här panelen, Marciej.

### **Marciej Zaremba**

När jag frågade landstingen om man hade gjort någon konsekvensanalys innan man införde någonting som man kallar DRG<sup>2</sup> – ett prissättningsystem för den slutna vården där man får betalt per diagnos, nästa utan avseende hur lång tid vården tar. Det var för tjugo år sedan och då gjordes det ingen konsekvensana-

---

<sup>2</sup> Diagnosrelaterade grupper

lys. Men jag tror att Klas, och några andra, kanske kan berätta om man överlade vad det här prissystemet kan komma att leda till. Gjorde man någon konsekvensanalys då? Att prissätta moment är ju någonting helt nytt inom sjukvården.

Det var min enda fråga.

### **Kjell Östberg**

Vi har bett var och en av paneldeltagarna att prata 8-10 minuter inledningsvis. Sen ska ni få tillfälle att föra samtal med varandra och till sist ska publiken få tillfälle att ställa frågor. Klas varsågod.

### **Klas Eklund**

Tack för inbjudan. Jag står inte i programmet för jag blev inkallad ganska sent och det var oklart om jag skulle kunna vara med. Skälet att jag är här, och som sagt förstår jag att jag representerar den onda sidan, är att jag på 80-talet jobbade i statsrådsberedningen under Olof Palme, i finansdepartementet som planeringschef under Kjell-Olof Feldt och under 90-talet var jag ordförande i någonting som heter ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. ESO studerade profiten i offentlig sektor och kom med rätt många av dom förslag som senare, efter många om och men, blev dom nya systemen. Det är bara 25 år sedan men om man lyssnar på dagens diskussioner och läser Marciejs artiklar, så inser jag att det här är ganska länge sedan. Det är ett kvarts sekel sen och det politiska kollektiva minnet är väldigt kort. Så jag skulle vilja ta med er på en liten historieresa 25-30 år tillbaka. Jag vill diskutera hur systemet såg ut då och varför vi drog, inte bara vi utan andra makthavare också, åt det här hållet. Vad hoppades vi på då?

Dom andra paneldeltagarna, som kan verkligheten mycket bättre än jag, kommer att gå igenom hur det fungerar idag, vilka alternativ det finns och vad vi skulle kunna göra. Men jag vill beskriva utgångspunkten.

Fram till den stora krisen på 90-talet såg den offentliga sektorn i princip ut på följande sätt:

Allt ägdes av den offentliga sektorn, eller välfärdsproduktionen. Allt. Alla var anställda i offentlig sektor. Det fanns inga alternativ. Allt levererades och betalades över skattsedeln. Alla kostnader täcktes av anslag i budgeten. Det fungerade bra i ett antal år men det medförde växande problem. Man kan gruppera problemen i tre huvudrubriker.

Det första är valfrihet och medbestämmande. Den enskilde tilldelades tjänsterna som han, eller hen ska man säga nuförtiden, ansågs behöva. Dom försågs då av den tjänsteleverantör, eller producent, för att använda ord som du inte riktigt gillar [vänder sig till Marciej], som höga vederbörande i den offentliga sektorn bestämde skulle leverera den här tjänsten. Som patient tillhörde du ett visst sjukhus och det var där du fick din vård. Som elev tillhörde du en viss skola och det var bara där du kunde gå. Som telefonkund fick du använda den telefon som televerket bestämde att du skulle få, efter en viss väntetid. Så här såg det ut fram till början av 90-talet. Det här blev allt mer impopulärt i takt med att människors utbildningsnivå steg och inkomsterna steg. Varför får jag inte välja telefon om jag får välja schampo? Och om jag får välja telefon, varför får jag inte välja sånt som är riktigt viktigt för mig – mina barns utbildning, vårdplats och så vidare. Maktutredningen, som dom flesta kanske har glömt, den kom 1990 med sitt slutbetänkande, den hade varit igång i fem år med en lång rad olika rapporter. Den sa, jag citerar: ”En av dom starkaste drivkrafterna i det svenska samhället var medborgarens ökande krav på självbestämmande och många institutioner, däribland offentlig sektor, hade inte anpassat sig till de nya förutsättningarna.” Slutcitrat. En intressant poäng som maktutredningen hade var att svenska folket, svenska medborgare, kände sig mest maktlösa i förhållande till den offentliga sektorn. Inte i förhållande till den privata sektorn, inte till riskkapitalet (det fanns knappast på den tiden) utan till den offentliga sektorns tjänsteleverantörer. Det var där vi svenskar kände oss mest maktlösa. Det var där vi hade minst att säga till om när det gällde skola, sjukvård och omsorg. Det här är inget påhitt. Så var det

utifrån den här statistiska utredningen. Svenska folket kände sig satta under förmynderi.

Det där var problem ett. Den andra typen av problem som uppkom i det här systemet var naturligtvis ekonomiska problem. Anslagsfinansiering, där sjukhusen och skolorna får det dom begär uppifrån, via statsbudgeten, utan någon vidare budgetkontroll. Och nollprissättningen för tjänsterna var gratis. I tjänster där efterfrågan hela tiden växer därför att vi blir äldre och mer vårdkrävande och kräver mer utbildning. Det är Recipe for Disaster för en ekonom. Det betyder att vi får rasande kostnader utan kontroll på kostnaderna och så småningom växande budgetproblem. Vilket var precis det vi fick. Jag ska inte gå in på detalj, vi kan diskutera det här hur mycket som helst. Det här är liksom det jag kan mer än någonting annat.

I Sverige förvårades dom här problemen av att budgetprocessens stringens var under all kritik. Som ordförande i ESO<sup>3</sup> satte jag igång en utredning som skrevs av Per Molander, som sen blev sekreterare i Lindekommissionen. Utredningen visade att budgetreglerna i Sverige var dom slafsigaste i Europa vid den tidpunkten. Dom var värre än i Italien. När utredningen presenterades och jag tog upp den på en presskonferens sa jag att i det här avseendet så spelar Sverige i spagettiligen. Då angreps jag av en rasande italiensk ekonomiprofessor som hävdade att Italiens budgetprocess var jävlar i mig mer stringent än den svenska. Resultatet av allt det där var ett fritt flöde av pengar. Jag raljerar lite, men det var så det kändes. Vi kunde inte finansiera det eftersom i praktiken hade Sverige slagit i skattetaket. Det gjorde vi i mitten av 70-talet. För dom som kan statistik så vet ni att oavsett politisk färg på regeringen har skatternas andel av BNP inte har ökat sedan mitten av 70-talet. Av många olika skäl är det väldigt svårt att höja skatter när man har passerat 50 procent av BNP. Det ledde till statsfinansiella problem – kriser i slutet av 70-talet, under 80-talet och så småningom 90-talet. Det här var ett trauma, inte minst för den socialdemokratiska regeringen för vilken

---

<sup>3</sup> Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi



jag jobbade. Vi hade ju med oss från Gunnar Sträng... vi har med oss en legendarisk budgetchef därborta under Sträng [vin- kar till någon i publiken]. Tjena.

Sträng hade ordning och reda på finanserna på den tiden, men sen började det glida eftersom kostnaderna drev iväg. Vi fick en massa bieffekter när staten inte kunde finansiera sig som den ville. Vi fick en grå kreditmarknad, växande tryck på reformer från omvärlden etc. etc. Och så fick vi naturligtvis skattefif- fel i enorm skala. Det här har kanske inte så mycket med vården att göra men jag förklarar hela bakgrunden.

Problem nummer tre, nu går vi till mer internt i vården, var undermåliga och dåliga styrsystem. Det här är inte mitt hemom- råde, men det finns... Marciejs artiklar, jag vill inte låta raljeran- de, men dom bygger ju mycket på anekdoter. Alltså du beskriver människors erfarenheter – konkret, empiriskt, anekdotiskt – det är inte så mycket statistiska studier. Jag tror att dom som var med på tiden före 1990 kan ge mängder av anekdoter, empiriska studier av hur det såg ut på svenska sjukhus och i vården då. Kring när det gäller bristfälliga styrsystem, bristande kostnads- kontroll och effekter på att personalen kände sig trängd, inte kunde vara med och bestämma, enorma köer, överbeläggningar och så vidare. Det här är inga nya problem, dom fanns då också.

Jag kan också belägga i siffror att det var ineffektivt. Produk- tivitetsstudier som vi då började med visade att kostnaderna i den offentliga sektorn hela tiden steg utan att kvalitetsföränd- ringar följde med. I synnerhet i sjukvård och skola. Det vill säga tjänsterna blev dyrare och dyrare och dyrare. Det går att belägga med siffror – hard facts. Och ett skäl till det tror jag var dom undermåliga systemen för uppföljning och kostnadskontroll i den offentliga sektorn. Pengarna rann. Nåt måste göras. Hade det systemet som fanns fram till början av 90-talet drivits vidare, så hade problemen inom sjukvården varit oändligt mycket större än dom som vi ser idag med DRG-systemet<sup>4</sup> som Marciej kritise- rar. Med rätta i viss mån.

---

<sup>4</sup> Systemet med diagnosrelaterade grupper.

Okej, vad borde man göra, vad gjordes? 1982, när socialdemokraterna kom till makten och Olof Palme blev stadsminister för andra gången, inrättades ett nytt departement som fick i uppgift att fundera över dom här frågorna, nämligen civildepartementet. Man började tänka luftiga termer av kooperativ och självförvaltning. Men man hade inga hårda verktyg för dom satt finansdepartement på. Därför blev civildepartements jobb ganska luftigt, så att säga. Finansdepartement jobbade mest med osthysel. Debatten om vad man skulle göra fördes inom alla partier men inte minst inom den regerande socialdemokratin under 80-talet med stor ideologisk fermitet. Det var även en ganska teknisk debatt.

Socialdemokraterna på den tiden var klämda av en högervind, både på hemmaplan och internationellt. Det var Reagan, Thatcher, systemskiftesdebatten i valet -85, privatiseringskraven och så vidare. Det var en väldigt sökande diskussion. Men en generell linje utkristalliserade sig i början av 90-talet. Där om kan jag också ge besked för jag var sekreterare i den grupp, arbetarrörelsens så kallade 90-tals grupp, som skulle skriva programmet om vägen framåt. Jag ska försöka sammanfatta vad som då sades om offentlig sektor och hur den skulle förnyas. Sen ska jag sluta.

För det första sa man att: Vi ska försvara skattetrycket. Vi ska inte gå på högerns linje och sänka skatter. Välfärden ska i huvudsak finansieras via skatter. Vidare sa man att inom ramen för offentlig verksamhet ska vi öka kvalitet och mångfald inom den offentliga verksamheten och att vi ska försöka prioritera verksamheten inte byråkratin. Stridsropet var och jag citerar: "Istället för mer pengar till reformer ska vi ha mer reformer för pengarna."

Det här var en ny kurs. Ända fram till dess hade socialdemokratin, i min uppfattning, gått till val på att, och varit partiet för att, bygga ut den starka staten. Man svarade på människors krav genom att höja skatterna och bygga ut. Nu sa man tydligt för första gången: Vi kan inte längre bygga ut. Vi måste få mer för dom pengar som redan finns.

Okej, hur skulle det här gå till? Det finns en lista här. [visar upp en bok för publiken] Diagrammet är inte synligt men tanken var att man skulle höja kvalitén på dom enheter som då var sämst. Och det skulle ske genom följande instrument. För det första sa vi att politikerrollen måste bli tydligare. Politikerna ska inte ge sig in och klåfingra. Dom ska bestämma vad som ska göras men dom ska inte bestämma hur det ska göras, det ska personalen göra. För det andra, för att det ska kunna ske, måste personalens drivkrafter och initiativ komma till mycket större kraft, mycket starkare uttryck än tidigare när personalen var nedtryckt. För det tredje: Decentralisera verksamheten. Mer beslut tas på golvet i dom olika enheterna. Inte uppe i byråkratin. För det fjärde: Bättre utvärderingsunderlag så att man skulle kunna premiera dom som var bäst. Och slutligen större valfrihet för den enskilde. Det skulle bli möjligt att välja vårdcentral och sjukhus, vilket man inte hade fått tidigare. Ganska rimliga krav, tycker jag.

Men hur skulle man då nå det här? Jo instrumentet, det viktigaste instrumentet rent organisatoriskt, var att man skiljde produktion och finansiering. Mer upphandling inom systemet. Om man så vill en tredje väg. Förbättra och effektivisera men utan privatiseringar. Det här var inte särskilt kontroversiellt. Det som väckte kontroverser när det gäller sjukvården i det här programmet [visar upp boken igen] det var att vi föreslog, väckte frågan att ta bort landstinget för vi hade får många skattnivåer i Sverige. Det blev det ett jävla liv om. Landstingen finns kvar men det som inte väckte så mycket debatt – att skilja mellan finansiering och produktion – det har genomförts. Det där var inte så kontroversiellt, jag vill upprepa det. Det var heller inte partiskiljande. Dom borgerliga ville gå längre, dom ville privatisera, dom ville sänka skatter. Men det här blev en kompromisslinje som så gott som alla partier oavsett färg kunde acceptera. LO kom med en rapport om vinster i välfärder i höstas, ni kommer ihåg den debatten. Dom beskriver precis den här utvecklingen. Dom konstaterar att det ofta var socialdemokratin och vänsterpartierna

som internationellt, för det är inte bara Sverige vi talar om, gick i spetsen för den här typ av strategier. Bland annat för det sågs som ett alternativ till privatisering och ökad privat finansiering. När den här grundtanken väl hade sjösatts så kom 90-talskrisen. 500 procents ränta, bankkris, fyrdubblad arbetslöshet. Allt det där som ni som är tillräckligt gamla kommer ihåg. Då koncentrerades all politisk debatt på krishantering och den långa sikten försvann lite. Men samtidigt, allt det där som vi hade talat om som måste göras för rationalisering, det drevs igenom av ren och pur nödvändighet, därför att statsfinanserna kollapsade. Då ökade tempot i den här typen av reformarbete.

I princip gick arbetet i tre steg. Från anslagsfinansiering till det som ett tag kallades för... ersättning per capita, kan man säga, eller ersättning per ingrepp. Och sen så småningom till det här systemet där man sätter en prislista, det som kallas DRG, Diagnosrelaterade grupper. Den typen av lösningar finns i hela världen. Den är inte svensk. Den slog igenom i hela västvärlden ungefär samtidigt för 15 år sedan. Och den hade, i huvudsak, flera av dom effekter som vi räknade med då. Men som alla reformer har den självklart bieffekter. Systemet kan utnyttjas, det kan snedvridas, man sätter prislistan fel. Det är det vi nu ska diskutera. Men... och här slutar jag, jag kommer gärna tillbaka till vad man kan göra med prislistorna och så vidare... man måste förstå att skälet till att vi letade efter den här typen av lösningar var genuina och mycket svåra problem i statsfinanserna när det gäller valfrihet och utförandet av det svenska välfärdssystemet som var inne i en mycket svår kris under 80 och början av 90-talet.

Jag påstår, och den debatten tar jag gärna med Marciej, jag påstår att hade vi levt kvar i det gamla systemet så hade problemet varit mycket värre idag än vad dom är med DRG-systemet. Den striden tar jag gärna med dig, Marciej.

### **Kjell Östberg**

Vi hoppas kunna återgå till just den frågan på slutet. Ska det nuvarande systemet avvecklas eller utvecklas?

Vi har några följdfrågor. Du visade hur det här hade rötter i en diskussion inom socialdemokratin och den socialdemokratiska regeringen men antydde samtidigt att det fanns en ganska stor samstämmighet. Vilka övriga aktörer kan du urskilja som var pådrivande eller intresserade av den här utvecklingen.

### **Klas Eklund**

Jag vet inte hur jag ska uttrycka mig... debatten fördes ju i vågor. Här får andra rätta mig om jag har fel. Man kan väl säga att dom borgerliga drev på för lägre skatter och privatisering och en större systemförändring. Och den här typen av utveckling som den socialdemokratiska regeringen då stod för sågs av många som en kompromiss. Att man öppnade, men man öppnade inom den offentliga sektorn och skattefinansiering. Man införde en slags konkurrens inom den offentliga sektorn. Det ansågs vara ett försök att hitta en medelväg där man både effektiviserade och förbilligade systemet men behöll den politiska kontrollen av skattefinansieringen. Det var där striden rådde. Det var den vanliga höger-vänster linjen. Dom borgerliga, framförallt moderaterna, ville gå fortare fram och privatisera mer, vänsterpartiet ville gå långsammare. Men jag vill hävda att den här medellinjen inte var så kontroversiell. Det var en annan sak inom vården, för där var det hetare diskussioner. Men min minnesbild är att också inom vården såg många det här som en förbättring jämfört med det gamla systemet.

### **Maria Leissner**

Klas, du ger en bild av att det här är en ideologisk omorientering som var medveten från socialdemokraternas sida och som sammanförs med ekonomiska absoluta nödvändigheter som av lättförstådda skäl, som Carl Bildt kanske skulle ha sagt. Men sen talar du också om en internationell trend att DRG-systemet kom

för 15 år sedan. Det tycker jag är så intressant. Å ena sidan kan man förstå socialdemokratins behov av en ny linje för att hitta en väg ur där man stod och stampade. Men å andra sidan förefaller det ha varit en internationell trend i största allmänhet. Jag tycker det är intressant det här med internationella trender för en trend betyder ju att alla tycker det är jättehäftigt, men man går inte igenom argumenten och benar ut och tar ställning. Det jag saknar i det här med prislistor och hela världens omorganisering, New Public Management, det är att det skedde utanför dom vanliga politiska arenorna. Den här debatten tror jag fördes mera inom professionen och möjligen inom kanslihuset. Men väldigt lite i riksdagen. I riksdagen pratar vi om behovet av friskolor och dom delarna som du nämner och som var en del av valfrihetsrevolutionen. Men inte New Public Management<sup>5</sup>. Hur ser du samspelet mellan den internationella trenden och dom ekonomiska nödvändigheterna? Vad tror du var det viktigaste med att det landade i just den här varianten? Om du skiljer på DRG som lösning och nödvändigheten för att hitta en finansiell hållbar linje.

### **Klas Eklund**

Jag tror att den yttre nödvändigheten var helt avgörande. Det var så starka ekonomiska problem och ett enormt missnöje med de här fyrkantiga lösningarna och att individen inte fick välja någonting. Det var nödvändigt att göra någonting. Sen letade vi liksom alla andra inspiration utomlands och i Sverige och då fanns precis den här utvecklingen som en rad andra länder började att använda. Jag tycker det är fel att sätta DRG i centrum för det här. Det som är centrum är att det är skattefinansiering, att vården får ersättning för vad dom gör. Det är det som är systemet. DRG är själva valutan, det är priset och alla prissystem kan alltid manipuleras och det är det som Marciej diskuterar.

Problemet med Marciej, hoppas du inte blir elak nu... eller ledsen, det är att Marciejs artikelserie är lysande men det är väl-

---

<sup>5</sup> Se sidan 16 och 31 för förklaring av begreppet.

digt massa träd. Och jag vill fråga: Var är skogen? Var är alternativen?

### **Maria Leissner**

Du får chans att svara sen.

### **Klas Eklund**

Vad ska man göra? Jag menar att man kan utveckla och förbättra systemet och minska risken för missbruk. Men själva skogen, att man har den här typen av ersättning för vad man faktiskt gör, den tror jag är ofrånkomlig. Den finns i alla länder och den kommer att utvecklas.

### **Kjell Östberg**

Tack så mycket, Klas. Vi ska få tillfälle att återkomma i det här meningsutbytet längre fram. Nu är vi intresserade av hur forskningen ser på det här. Varsågod Paula.

### **Paula Blomqvist**

Tack så mycket. Det är jätteroligt att vara här och ett privilegium att vara forskare för då behöver man inte riktigt ta ställning i dom här striderna. Om saker och ting är bra eller dåliga och hur vi ska göra i politiken är inte mitt område. Istället kan man ta ett steg tillbaka, precis som man gör på Samtidshistoriska institutet, och fundera på hur det blev så här och vad det var som hände, titta mer i ett historiskt perspektiv på vem bestämde vad. Det är en central fråga som har ställts inför det här seminariet. Vilka var dom viktiga besluten när det här infördes i Sverige? Det är en fråga som är svår att svara på. Jag tror att det fattades oändligt många olika beslut på väldigt många olika ställen i systemet. Som gjorde att det blev så enormt breda och komplexa styrsystem som det blev. Jag återkommer till dom olika beslutsarenorna som utmärker svensk sjukvård som styrsystem.

Om man tar ett steg tillbaka för att svara på frågan: Hur kommer det sig att vi har det här marknadstänkandet idag i

svensk sjukvård? Då är det som Klas var inne på, då måste man gå utanför Sveriges gränser. Det här är inte svenska idéer. Det här har inte uppfunnits i Sverige på något sätt. Det här är en internationell idétrend, en internationell styrideologi – New Public Management – som kom seglande emot oss någon gång på 80-talets mitt. Det här var idéer som har utvecklats framförallt i USA och England, men framförallt av amerikanska ekonomer. Vad man kan fråga sig är varför dom blev så enormt populära i Sverige. Särskilt med tanke på att i den miljö där den utvecklades, en liberal amerikansk ekonomisk kontext, ligger väldigt långt ifrån den svenska sjukvården på många sätt.

Jag tror att dom här idéerna blev så attraktiva även i Sverige, att det handlar mycket om det man skulle kunna kalla med ett stor ord: välfärdsstatens påstådda kris i slutet på 70-talet och början på 80-talet. Dom här idéerna kan inte förstås, som andra tidigare varit inne på, utan att veta hur stor kritiken mot systemen var. Både i Sverige och i andra länder vid den här tidpunkten. Alla länder hade sin variant på välfärdstatskrisdebatten. I Sverige handlade den mycket om kostnaderna: Hur ska vi få kontroll över dom växande kostnaderna i offentlig sektor och inte minst sjukvården? Hur ska vi hejda, som det föreföll, de skenande kostnaderna inom sjukvården? Och hur ska vi modernisera systemen så att dom blir mer brukaranvändar-vänliga. Det var dom två frågor som ställdes.

En viktig sak är att om man kan säga att det först var högerkrafter som formulerade den kritiken, som körde fram den hårdast (det gäller i hög grad i USA och England men också i Sverige) så var bilden av den icke-fungerande slösaktiga, byråkratiska välfärdsstaten, det var ju en bild som kom att anammas väldigt brett, även till slut av vänstern. Det blev en samsyn att välfärdsystemet inte fungerar, att dom är för kostsamma, att vi måste göra någonting. Det var i myllan av ”Vad ska vi göra!” som dom här idéerna blev ett svar. Ett attraktivt svar av flera skäl. Dels för att dom, precis som Klas var inne på, föreföll innebära en slags medelväg mellan högerns krav på privatiseringar och att minska



välfärdssystemen, skära ner dom, privatisera delar av systemen som ju vänstern motsatte sig väldigt kraftfullt. Och dels att bevara saker och ting som dom var, som inte framstod som någon bra idé.

New Public Management är ju framförallt en idé om hur man styr och förnyar offentlig sektor. I första hand är det inte en privatiseringsideologi. Privatisering kan vara en del av New Public Management men det viktiga är att man i grunden tycker att dom här systemen ska vara offentligt finansierade. Alla ska få del av dom här tjänsterna. Det är en central komponent i New Public Management och det var dom när dom utvecklades i USA. För övrigt av det skälet mer förespråkade av vänsterpolitiker i USA. De här idéerna var attraktiva för vänstern av det enkla skälet att de erbjöd en lösning på kritiken på offentlig sektor samtidigt som man kunde bevara offentlig sektor och den offentligt finansierade vården.

Det fanns många som tyckte att man skulle privatisera systemet och lägga ner landstingen och göra mycket av det här mer i privat regi. Införa försäkringslösningar i vården. Och då blev New Public Management ett sätt att säga: Nej, vi kan ha kvar vår solidariska sjukvårdsmodell men vi ska förnya sättet som vården produceras på så att det blir mer effektivt, kostar mindre pengar och patienten ska få mer makt. Så såldes New Public Management in i den Svenska debatten. Det var ett budskap som många ville höra eftersom det framstod som en gyllene kompromiss. Det tror jag är en jätteviktig förklaring. New Public Management är fascinerande eftersom det erbjuder... inte en gemensam väg framåt, för det har aldrig varit total enighet mellan höger och vänster i Sverige kring hur man exakt ska utforma dom här modellerna. Det är det ju inte idag heller. Men det är ändå en slags gemensam plattform som skapas när det gäller: Vad är problemet med den offentliga sjukvården? Och ungefär vilket håll ska vi gå? Där kunde man mötas i debatterna kring behovet av effektivisering och valfrihet. Där kunde socialdemokratin tala ett språk som fann resonans även i borgerligheten. Det tror jag är en

jätteväiktig förklaring till att dom här reformerna har kunnat fortgå så länge. Dom har rullat på under 25 år. Under socialdemokraterna, borgerliga, åter socialdemokratiska och nu borgerliga regeringar. Det är just för att dom skapar ett gemensamt språk och gemensamt begreppsapparat för att förstå vårdens problem. Det gör dom väldigt politiskt gångbara, på landstingsnivå säkert ännu mer.

Men vems idéer är det här i grunden? Var kommer dom ifrån? Dom kommer ifrån, och här måste man återigen peka på en annan distinkt grupp, dom kommer framförallt från national-ekonomin. New Public Management är på många sätt ekonomernas svar på välfärdsstatens kris. Dom använder klassiska ekonomiska verktyg för att hantera en komplex samhällsfråga. Som hur ska vi ge alla människor vård på bästa sätt – genom att använda marknadsmässiga styrverktyg. Det var ekonomernas svar och det var dom som utvecklade dom här idéerna som på många sätt blev kraftfulla och eleganta i sin utformning.

Grundtanken... nu är ju New Public Management ett otroligt luddigt begrepp, det måste sägas. Man kan lägga in väldigt mycket i det begreppet. Vilket också har gjorts. Det lever sitt eget liv, vi är inne på variant 15 av New Public Management jämfört med det som en gång infördes under 80-talets slut. Men en grundtanke med New Public Management, är att människor främst responderar på ekonomiska styrsignaler. Det måste skapa ekonomiska incitament för att få folk som jobbar inom offentlig sektor att göra det man vill. Det är den centrala kärnan – de ekonomiska incitamentens betydelse. Det är därför vi har dom där prislister nu, för att få läkarna att reagera på styrsignalerna som är prissignaler. Det är en central marknadsmekanism. En annan idé är att skilja finansiering från produktion. Någon ska bestämma vad som ska göras och så ska andra göra det. Det ska inte blandas ihop. Men i den här idén om dom ekonomiska styrsignalernas betydelse så finns det väldigt tydligt uttryck, om man tittar på dom amerikanska ekonomerna som utvecklade dom här tankarna, en slags misstänksamhet mot dom som job-

bar i offentlig sektor, även i USA i privat sektor, professionerna, i det här fallet läkarna. Man tror att det blir slösaktigt om man inte har dom ekonomiska incitamenten. Det är en slags trosats som genomsyrar New Public Managements ideologi. Att professionen måste tyglas och tämjas med prissignaler av olika slag.

I forskningen har det debatterats mycket vilka risker man tar när man gör så. Dom som studerar professioner pekar på risken att man slår sönder andra viktiga grunder för en professions agerande. De etiska och medicinska och kompetensmässiga drivkrafterna som man har när man jobbar i en verksamhet. Om dom här prissignalerna blir för starka. Var drar man den gränsen? Vad är riskerna med att skapa för starka ekonomiska drivkrafter i en verksamhet som är så känslig eftersom det handlar om utsatta människor. Där situationerna växlar så mycket från fall till fall hela tiden. Där det behövs en fingertoppskänsla. Det är mycket det som forskningen handlar om. Hur responderar personalen på golvet på dom här signalerna och hur ser vi till att ekonomitänkandet inte går för långt. Vilket man kan tycka att det har gjort på många ställen om man läser Marciejs bok.

Innan min tid är slut vill jag återkomma till att prata mer om när New Public Management-idéerna vann insteg i Sverige. Det är viktigt att komma ihåg att det här inte var en stor generalplan som någon bestämde och som sedan trycktes ut i systemet. Jag är så gammal att jag minns när alla pratade om det här, när alla tyckte att det var skitbra. Det var vägen framåt för Sverige både inom vänstern och högern. Man gick på oändligt många seminarier där man pratade om effektivitet, valfrihet, dom nya styrmodellerna som skulle lanseras i olika landsting. Det fanns en entusiasm runt detta. En entusiasm som måste förstås utifrån den Svenska sjukvårdens organisation. Det är viktigt att komma ihåg att vårt sjukvårdssystem inte styrs av riksdag och regering. Det är inte där man bestämmer hur det ska se ut i svensk sjukvård. Det är på landstingsnivå som besluten fattas. Det fanns en enorm entusiasm i många landsting även om det också fanns landsting som var skeptiska. Men i väldigt många landsting brann man av

iver för att få omsätta modellerna i praktiken och designa sina egna små New Public Management-system, vilket man också gjorde i många landsting.

Under 80-talet hade landstingen fått mer och mer eget ansvar och egen makt över sin lokala sjukvårdsorganisation. Sen kom den ekonomiska krisen och många landstingspolitiker fick hela problemet i knät. Hur ska vi fortsätta att tillhandahålla god sjukvård när vi har mindre och mindre pengar och folk är mer och mer kritiska och känner sig mer och mer vanmäktiga? Vad ska vi göra för att förnya sjukvården? Då blev dom här idéerna attraktiva lösningar också på den lokala nivån. Socialdemokraterna var ju initialt attraherade av dom här modellerna, men ville begränsa det till den offentliga sektorn. Det ska man inte glömma – idén om valfrihet och interna marknader inom offentlig sektor. Det sprack ganska snart när borgarna kom till makten 1991. Men det var också så att många landsting, också socialdemokratiska landsting, gick i bräschen för att själva utveckla olika typer av New Public Management-system där man med stor entusiasm lät privata utförare verka på dom interna marknaderna. Det här kallar man inom forskningen Bottom Up-process.

Dom här idéerna kom inte bara från regering och riksdag. Dom kom väldigt mycket underifrån, från landstingsnivå, och där har dom fortsatt att leva sitt eget liv. Det finns oändligt många varianter som ser olika ut i olika landsting. Många har backat från dom idéer som dom en gång anammade under 90-talets början och provat andra lösningar. En del har gått vidare med nya varianter. Men när både stat och landsting drar åt samma håll, vilket man gjorde, då blir det en enorm förändringskraft i svensk politik. Väldigt ofta bromsar landstingen när regering och riksdag vill något och då går det trögt. Men i det här fallet så fanns det en allmän entusiasm. Från höger, från vänster, från centralnivå och från landstingsnivå. Därför gick det fort och blev kraftfullt som reformprojekt. Trots att det inte var någon som bestämde att så här gör vi i hela landet. Jag tror att min tid börjar rinna ut. Då ska jag avsluta. Tack.

**Maria Leissner**

Vänta en stund, du får gärna stå upp för jag har en följdfråga. Du säger egentligen väldigt mycket samma sak som Klas säger. Att det varit kontinuitet, att det inte är någon skillnad mellan partierna, att de hade ekonomiska realiteter var en viktig utgångspunkt. Och precis som Klas så landar du i att det både var det specifika ekonomiska och politiska klimatet i Sverige som skapade behovet av valfrihetsrevolutionen. Och att det var internationella idéer som ledde fram till just den här varianten av lösning som idag kallas New Public Management. Men jag hade ingen aning om vad NPM var för ett halvår sedan och jag har mycket svårt att tänka mig att det var någonting som flaxade runt i debatten, men som mina öron inte tog in, när jag satt i riksdagen. Jag tror inte det pratades om det, det är min hypotes. Skulle du kunna kommentera det?

**Paula Blomqvist**

Inom forskarvärlden pratades det mycket om det. Det kallades New Public Management redan från början. Men det var en forskargrej mer än ett allmänt känt begrepp. Du pekar på något väldigt viktigt, nämligen att i Sverige sammankopplades New Public Management extremt intimt med valfrihetsbegreppet. Så var det nödvändigtvis inte i andra länder. Framförallt inte i USA där dom hade helt andra problem i sin sjukvård. Där fanns det valfrihet redan, framförallt för dom med mycket pengar. Just den här valfrihetsgrejen tror jag är en svensk variant av New Public Management men som inte alltid samexisterar harmoniskt med New Public Managements grundtankar.

Valfrihet behöver inte alltid vara effektivitetskapande. Det kan vara kostnadsdrivande och är ofta det. Så här kunde folk haka på valfrihetsagendan. Sedan blev det den ganska klumpiga konstruktionen, interna marknadslösningarna, som infördes i landstingen där det inte alls alltid fanns så mycket valfrihet. Men det faktum att ingen i Sverige kunde vara emot valfrihet på 80-

talet och att man lyckades sammankoppla dom här sakerna är en viktig förklaring att det vann så brett anslag.

### **Maria Leissner**

Vi pratade i vårt vetenskapliga råd om just den här maskinen som satte i gång och bara rullade och rullade och ingen stannade för att reflektera över vad som egentligen hände.

Jättebra, tack så mycket Paula.

Vi har nu hört Marciej Zaremba läsa av verkligheten och Klas Eklund vara vittne som berättar om dom politiska processerna som ledde fram till det. Paula har berättat vad den akademiska forskningen säger. Men vad blev konsekvenserna? Vi skulle vilja höra vad Christer Bergqvist har att säga. Christer du är läkare och gynekolog och har en lång klinisk erfarenhet. Men även erfarenhet som administratör, du har varit medicinsk sakkunnig i Västra Götalandsregionen och hos Sveriges kommuner och landsting. Varsågod du har ordet. Var någonstans i processen var du och hur såg du det från ditt perspektiv?

### **Christer Bergqvist**

Den första frågan som jag ställer mig själv är: Hur i herrans namn hamnade jag i denna röra, som administratör?

Jag ska först berätta lite om min bakgrund. Jag har haft för-månen att arbeta i fyra ganska stora sjukvårdsenheter. Det började i Dalarna. På Falu lasarett jobbade jag i tio år där jag skaffade mig min kliniska utbildning som gynekolog. Sedan flyttade jag över verksamheten till akademiska sjukhuset i Uppsala, där jag förutom klinik sysslade med forskning och utbildning. Det var också en tioårsperiod. Sedan blev jag klinikchef på en av dom största kvinnoklinikerna i landet på den tiden, Borås lasarett. Där var jag i tio år och var personalansvarig för 250 personer. Det är ju ett litet företag. Jag hade även det medicinska helhetsansvaret. Nästa tioårsperiod blev som professor på Göteborgs universitet med placering på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Jag ska inte dra vad jag har gjort för forskning men det är en

intressant del av livet att ta upp eftersom det bland annat ledde fram till nya läkemedel. Vi var först i Sverige med att ta fram det. Vi har läkemedel för prostatacancer. Även för kvinnor, den här nästa folksjukdomen endometrios, och används också som förbehandling inför provrörsbefruktning.

Men nu till dom administrativa erfarenheterna. Egentligen var det självvalt att jag åtog mig att titta på det jag ansåg beklämmande som klinikchef – nämligen kösituationen. Detta var i början på 90-talet och via socialstyrelsen hade vi fått tillgång till så kallade Dagmarpengar, Dagmaruppgörelsen. Det rörde sig om tolv åtgärdsgrupper som vi fick pengar till om vi kortade köerna. Det var inte så mycket men vi sökte dom pengarna och gick igenom våra väntelistor och efter ett år hade dom halverats. Vi var mycket nöjda och glada och det uppmärksammades av Västra Götalandsregionen. Jag blev tillfrågad av Johan Karlorp om jag ville titta på regionens väntelistor. För mig var det en utmaning vilket jag alltid har gillat. När jag sa ja visade det sig att över 75 000 patienter stod och väntade på mottagningsbesök till specialist vid våra sjukhus. Över 20 000 väntade på att få en åtgärd utförd vid våra sjukhus. Det var en gigantisk uppgift att ta på sig. Ja, vad gjorde vi?

Först satsade vi på ett tiopunkts program i Västra Götaland. Vi upprättade ett kö-kansli, som politikerna inte gillade. Det blev tillgänglighetskansli så småningom. Det var till för att hjälpa patienterna till rätta, så att dom skulle kunna komma till en av våra vårdenheter där vi visste att köerna var kortare. Det blev mycket uppskattat. Men vi gick också igenom våra väntelistor och det var en ganska trevlig uppgift, även om man blev lite skrämmd. För när man tittar på dom här väntelistorna så visade det sig att det fanns patienter som överhuvudtaget inte längre var aktuella för den typen av vård som dom var uppsatta för. Det var patienter som hade avlidit i väntan på operation, och inte för den operation dom skulle gå igenom utan det var andra orsaker. Det allra uppmärksammade var att vi hittade en kö på över 100 patienter vid ett av våra sjukhus där man överhuvudtaget inte utför-

de den åtgärden längre. Så dom patienterna stod bara och väntade där. Så det var en intressant uppgift.

Så småningom uppmärksammades det att vi sysslade med det här i Västra Götaland. För det här gav en viss framgång, vi lyckades faktiskt kapa köerna och jag fick den här fina titeln som jag är så stolt över. Jag blev kö-general. Det var ett snabbt avancemang jämfört med min militära bana där jag tror jag blev korpral.

Nåväl. Ytterligare en sak som hänger ihop med kösatsningarna i Västra Götaland var att vi började titta på medicinska indikationer. Det var också en uppenbarelse som man egentligen inte kunde tänka sig att det var på det viset. Det var otroliga skillnader bara mellan våra sjukhus inom regionen. Hur man tog ställning till när en patient skulle operera en höftled. Det kunde jag som läkare inte acceptera så jag gick till vårt medicinska sektorsråd och bad om att dom skulle enas om en indikation för exempelvis gråstarr. Och det gjorde dom, dom tyckte det var intressant. Här gällde det att ha fingerkänsla, när man ska ha med sina egna kollegor på någonting som berör dem starkt. Jag tyckte ändå att jag blev respekterad när jag höll på med det här. Detta uppmärksammades av Sveriges kommuner och landsting och därav fick jag uppgiften att vara medicinsk sakkunnig även där. Det var lite om min bakgrund.

### **Maria Leissner**

Det är halva tiden kvar.

### **Christer Bergqvist**

Som läkare måste jag poängtera att trots alla brister som vi har hört om idag så har svensk sjukvård en oerhörd bra kvalitet. Det får vi inte glömma. Jag tog upp en speciell rapport som kom 2009, Euro Health Consumering Index. Ur ett konsumentperspektiv hamnade Sverige på första plats av alla EU-länder. Det här kanske ni känner till. Men tyvärr på grund av köerna så



hamnade vi långt ner på den listan. Så det var nödvändigt att göra någonting åt det.

Nu kommer jag till systemförändringar. Även som läkare var vi tvungna att ta oss an systemförändringar. Någon gång på 70-talet tog sjukvården mer än elva procent av BNP:s samlade ekonomi. Det var ju till fasa för Gunnar Emmanuel Sträng. Han som satt i TV tog av sig kavaj med hängslen och svängrem hade han alltid på sig som finansminister och predikade att svensk sjukvård aldrig får kosta mer än 10 procent av BNP. Idag är vi nere på 9,6 om jag inte har fel. På 70-talet sa min klinikchef att vi ska expandera oss ur krisen. Det vill säga vi ska skapa väntelistor och visa upp för våra administratörer för då får vi mer pengar till kliniken.

Sen glädjande nog var jag i Dalarna och fick uppleva första systemförändringen med dalamodellen. Jag tror att ni har hört talas om det. Det var försök till administrativt systemskifte som kom. Det här med köpa-sälj. Man skulle decentralisera den politiska makten ut till nämnderna. 15 nämnder inrättades i Dalarna, på en befolkning på 280 000. Det var några nämnder som till och med hade mer politiker i nämnderna än befolkning i sitt område. Så det var väl lite feltänk. Sjukvården skulle konkurrensutsättas men den stora frågan var: mot vad? Vi hade bara offentlig vård i Dalarna. Det sprack för en av företrädarna var landstingsdirektören Toivo Heinsoo. Han avgick med dunder och brak och senare i en artikel sköt han hela dalamodellen i sank praktiskt taget. Den levde ju kvar men är nu avskaffad. Lite lärdom tycker jag man borde ha tagit utav det.

Nu ska jag fort berätta vad jag själv har upplevt som läkare. Sjukhus har lagts ner, det känner ni till. Jag har upplevt det själv. Dalarna, Ludvika, Avesta etc. Omstrukturering av psykiatrivården. Mentalsjukhusen har helt försvunnit under min tid. Antalet sjukhussängar som nu är aktuellt, det var uppe på nyheterna senast förra veckan, det har minskat dramatiskt. Vi har nu 2,9 sjukhussängar på 1 000 invånare. Lägst i världen nästan. Införandet av vårdgarantin kom i november 2005. Det där 079090

som ni säkert känner till. Den blev ju senare lagstadgad också och vår socialminister vill dessutom skärpa den. Men vården har ju alltid varit kritisk till det här på grund av att det kan leda till felprioriteringar, som Marciej har tagit upp.

NPM<sup>6</sup> är egentligen ämnat för industrin och inte för sjukvården. Det vill jag påpeka. Vi har mer öppen vård i förhållande till sluten vård, den här medicinska utvecklingen har varit en pådrivande faktor. Till dom här synpunkterna kan vi också ta upp personalutveckling. När jag kom in som läkare var vi 6 000, nu är vi 33 000 läkare i Sverige. Dessutom har antalet administratörer och politiker ökat i rejäl omfattning.

Nu till slutsaken. Det här är ju frågan, som Marciej tar upp, hur sjukvården har accepterat eller tillgodogjort sig dom här förändringarna. Det är ju den stora frågan. Men jag vill ändå lägga till en sak. Om vi nu har gått igenom det här så står vi i framtiden inför gigantiska utmaningar. Det är att vi får fler äldre som kommer kräva mera vård. En krympande samhällsekonomi. Det har jag satt inom frågetecken för att inte göra Anders Borg ledsen. Medicinsk utveckling med nya metoder kommer, nya dyra läkemedel, ökade krav på patientinflytande. Jag ska kommentera det sen. Ökad globalisering...

### **Maria Leissner**

Men det finns inte tid till det nu.

### **Christer Bergqvist**

Tackar för mig.

### **Maria Leissner**

Men du ska få säga en slutmening. Du sa också mycket samma sak som tidigare vittnen har sagt. Att det här var en absolut nödvändighet, det behövdes en förändring. Men så säger du också att New Public Management kanske inte är något som primärt

---

<sup>6</sup> New Public Management

ska användas i sjukvården. Du antyder att det skulle kunna finnas andra lösningar än just den här.

### **Christer Bergqvist**

Ja, det är svårt att tillämpa dom metoderna i sjukvården. Vi flyttar inte runt tegelstenar eller bilar eller vad det nu är som tillverkas inom industrin. Varje patient är unik och måste behandlas som sådan. Det är få som går in i exakt samma fälla. NPM bygger rätt mycket på likformigheten och det är där jag är tveksam om vi kan gå så långt som man har tänkt sig.

### **Kjell Östberg**

Kanske kan du svara på resten i samband med sista frågan som vi ska ställa. Nämligen om det här är ett system som ska utvecklas eller avvecklas eller omformuleras.

Vår sista representant i panelen är Anja Willman som kommer att ge dom anställdas perspektiv på den här utvecklingen.

### **Anja Willman**

Tack så mycket. Jag är sjuksköterska och professor i vårdvetenskap och jag arbetar som prefekt på Malmö högskola. Jag är här för att jag är ordförande i svensk sjuksköterskeförening och fick i uppgift att kommentera konsekvenserna för vårdens anställda.

Jag har funderat och första gången jag märkte av en förändring av styrmekanismerna för vården var i början av 1990-talet då jag hörde talas om DRG. Så där har jag en annan tidsuppfattning än Klas som säger att det är 15 år sedan. Det är längre tid sedan än så. DRG betyder Diagnosrelaterade grupper och som aktiv sjuksköterska lärde jag mig att det var ett system för att rangordna och jämföra medicinska diagnoser på gruppnivå. Jag och många andra var kritiska till det här systemet. Det berodde främst på att omvårdnad, som är sjuksköterskans kunskapsområde, i det här systemet beskrevs med en prislapp som hette hotellkostnader. Så omvårdnaden fanns under etiketten bed- and breakfast. Som sjuksköterskor tyckte vi det var ganska förned-

rande och att man också borde ta hänsyn till kostnaden för omvårdnaden. Vi vet ju alla att operationen kan gå bra men att patienten kan avlida i alla fall, vilket ofta beror på att dom kringliggande vårdinsatserna inte fungerar – med operationssjuksköterskor, anestesijüksköterskor och andra. Omvårdnaden har betydelse för många och det tyckte vi borde framgå av mätsystemet. Vi var kritiska och vi är fortfarande kritiska. Idag är vi kritiska till att systemet är utarbetat för gruppnivå men används till individuell prissättning och resultatmätning. Vi är inte kritiska till resultatmätningen som sådan, men vi, både läkare och sjuksköterskor, varnade tidigt för att det här mätningssystemet skulle prioritera det enkla och det mätbara då det finns en risk att andra värden i vården skulle komma till korta. Det har vi också diskuterat när vi sett det här med kvalitetsregister och liknande. Samma debatt uppstår här – vad är det vi mäter och vad är det vi vill mäta?

Jag vill tacka Zaremba för artiklarna. Första gången jag läste dom tänkte jag. Jaha, vad är det för nytt med det här? Det är härresande att jag tänkte så. Att du har samlat dom här anekdoterna har ett oerhört stort värde. Jag har samma anekdoter som du, hur många som helst, om att det är så här det går till. Jag har funderat över varför jag inte har reagerat över det här som du, och varför att saker blir mogna och lyfts upp till debatt. Det är en viktig fråga till det här seminariet.

Vården har blivit en marknad, liksom andra offentliga områden. Vi har gått från politisk styrning till ökad användning av marknadsmekanismer. Den här ekonomiska styrningen, New Public Management, hade jag inte hört talas om förrän för ett halvår sedan. Precis som du Maria. Det har inte läckt ner till dom som är verksamma inom vården utan är resultaten av dom här sakerna som har läckt ner och som vi är utsatta för. Jag vill också hävda att vårdens professioner inte har varit inblandade, den här utvecklingen har drivits av politiker, både socialdemokraterna och borgerliga partierna. Framförallt vill jag hävda att den drivits av nationalekonomer. Nu vill jag göra gällande att jag

skiljer på en bra nationalekonom och en bra hälsoekonom. Det är två helt olika saker. Politikerna har inte förankrat sina beslut i någon folklig opinion. Professionernas erfarenhet och kunskap har inte efterfrågats. Snarare tvärt om – och det hävdar jag på den grund att både i läkartidningar och sjuksköterskornas tidningar så finns dom här anekdoterna som du har lyft fram på ett mer systematiskt vis. Men dom kanske är slumpartade och spridda, och dom här berättelserna har liksom bara funnits där. Politikerna har haft dåliga rådgivare i nationalekonomerna som hanterar hälso-sjukvård som en ren budgetfråga. Förändringstakten har skruvats upp på senare tid och det tycker jag har att göra med dom liberala idéernas inflytande. Marknaden har blivit det allt överskuggande. Och även om det framstår att makten är en hjälm som bärs av ingen, som Tomas Tranströmer skriver, så har vi rätt att utkräva ansvar. Jag har sagt det tidigare och jag kan säga det igen: Göran Hägglund är ansvarig minister och visar gång på gång genom att ständigt hänvisa till SKL, Sveriges kommuner och landsting, att han saknar en vision för den svenska sjukvården. Utan vision kan han inte styra utvecklingen. Precis som för Alice i underlandet så vet han inte vilken väg han ska ta och då blir det till att lita på ekonomerna.

Sjukvårdens mål och mening kan inte vara att producera enbart mätbara resultat. Vi äter inte för att producera skit. Vi äter för att leva och för att njuta och det är likadant med hälsan. Vi vill inte ha hälsa för att vi ska kunna producera något annat. Vi vill ha hälsan för dess egen skull. Trots att vårdens professioner arbetar både preventivt och promotivt, det vill säga vi förebygger sjukdom och vi informerar om hur vi ska bevara hälsan. Trots detta finns det sjukdomar i världen. Som vi alla vet så lyfte Pandora på askens lock. Dom som arbetar inom vården gör det för att dom vill lindra lidande, bota sjukdom, återställa hälsa, eller bistå till en värdig död. Huvudsyftet kan inte vara att mäta resultat. Vårdprofessionernas etiska koder utgår från mänskliga rättigheter, bland annat att människor har lika värde och lika rätt till hälsa. När vi som arbetar inom vården ser att politiska beslut

och ekonomiska styrsystem ger effekter. Som att svaga befolkningsgrupper kommer i kläm, att patienters rättigheter inte respekteras eller att äldre personer med demens låses in utan tillräcklig tillsyn. Då kräver vår etiska kod att vi agerar och det ska vi inte bestraffas för, vilket görs med dom ekonomiska styrsystem som vi har idag. Att inte få utöva sin altruism, sin medmänsklighet, eller att inte få utveckla sin empatiska förmåga, det leder till utbrändhet, stress och resignation och vårdens kompetenta flyr vården.

Det är den konsekvens som jag vill leverera här idag. Att många sjuksköterskor och läkare ger upp och flyr vården. Vårdens olika yrkesföreträdare är välutbildade och det är en sektor av samhället som har hög forskningskonsumtion och hög forskningsproduktion. Det är också en sektor med hög teknisk kompetens. Och vårdens professioner har länge åtnjutit allmänhetens förtroende. Ett förtroende som nu naggas i kanten. Köp- och säljsystemet går knappast att förena med helhetssyn och personcentrerad vård. Ekonomistyrningen driver till ett fragmentiserat synsätt och med prissatta diagnoser och manipulering av besök och återbesök. Professionernas tilltro till sin egen kompetens och verksamhet urholkas när man inte längre är betrodd att avgöra om hjälp till toaletten eller överlämnande av mat får ta den tid det tar. Utan man måste dokumentera och registrera detta i femminuters intervall. Vilket man gör i hemsjukvården.

Inom min verksamhet är det känt att patienternas behov av omvårdnad kan skifta dag från dag eller från timme till timme. Med ett köp- och säljsystem omöjliggörs att följa sådana skiftningar. Behovet måste standardiseras, kontrolleras, mätas och dokumenteras. Risken är att behoven inte tillfredsställs, och då talar jag om fundamentala mänskliga behov. Som att ha någon att dela sin oro med, det får man inte. Som att få hjälp till toaletten istället för att få en blöja, något man får. Som att få äta i sin långsamma takt ”få en pigg [ohörbart ord] ont i magen” för att måltiden ska gå snabbare, vilket det också finns exempel på. Det sades här att svensk sjukvård har bra kvalitet. Jag vill säga att det

är slumpen som avgör om man utsätts för den bra kvalitén, och om man har aktiva anhängare. Jag skulle kunna ta upp vilka vägar vi ska gå och jag tycker att det Klas sa är viktigt att poängtera: "Om vi inte gillar det här systemet så gillade vi det gamla." Det var inte sant. Det fanns dom som protesterade också mot det gamla systemet och det fanns dom som protesterade mot det här systemet. Avarterna i det här systemet motiverar ju inte att vi ska ta ett steg tillbaka. Vi har nya lösningar att komma med. Jag har många förslag på nya lösningar men jag kan stanna där.

### **Kjell Östberg**

Dessutom höll du föredömligt tiden. Jag förstår att ni brinner av att få kommentera varandras inlägg. Men för att publiken ska få en liten chans att ställa frågor och ge synpunkter så tar vi tio minuters publikfrågor och sedan har vi 20 minuter så dels kan kommentera publikfrågorna men också kommentera varandra. Det känns viktigt att den kvalificerade publik som finns här också får säga någonting. Säg gärna vad ni heter och om ni representerar någonting.

### **Publik**

Anna Ekström. Jag kan mycket om skolan och ingenting om sjukvården. Jag är intresserad av alla länder som inte har infört dom här styrmodellerna. Vet vi hur det har gått för dom?

### **Kjell Östberg**

Vi ställer frågor först som den kompetenta panelen samlar upp. Så får du förhoppningsvis ditt svar.

### **Publik**

Jonas Sjögren, allmänläkare i Västerås. Många har berört det här men Paula sa det tydligt. Att det här ekonomiska tänkandet och behovet, nödvändigheten av att försöka få koll på kostnaderna är en drivkraft i det här. Då ser landstingsadministratörer och politiker att det slösas med pengar. Framförallt är det läkarna som

tidigare gick omkring med checkblock, nu har dom kontantkort och kan beställa vad som helst utan något som helst ansvar. Den kultur som då uppstår i landstingen är att läkarna som slösar på pengar fiendegörs och det finns en liten hatkultur i landstingen. Sen när man fått instrumenten att klämma till läkarna, dom som slösar pengar, så uppstår det en väldig förtroendeklyfta mellan läkare, övrig vårdpersonal och politiska administratörer. Där har vi den kris som Marciej Zaremba beskriver, att det har gått väldigt långt, som också Göran Rosenberg sa i söndags i God morgon världen att det är flera yrkesgrupper: poliser, lärare, läkare som är förödmjukade i sin profession. Det här måste man ändra på och jag tror inte man kan förändra utan vi är inne i en återvändsgränd.

### **Publik**

Hej Susanne Flugborg heter jag, jag är också läkare. Jag undrar lite grann... man kan naturligtvis slösa för mycket pengar och man kan vara för återhållsam, så att patienten inte får den vård han eller hon borde ha fått. Då undrar jag, i länder där man infört DRG och där det inte är samma funderingar som vi har här... finns det någon tanke på att det finns något system, något skyddssystem som har haft någon slags kontrollfunktion som hållit nere så att den här undervården inte har förekommit på samma sätt. Nån tillsyn eller någon annan funktion så att man inte kan undervårda för att spara pengar?

### **Publik**

Annika Härenstam heter jag och jag är professor i arbetsvetenskap. Ett litet vittnesmål till. Jag och två kollegor Torell och Bejerot vi ordnade en konferens på Karolinska institutet 1990 där vi ifrågasatte precis sådana saker som Marciej Zaremba och Anja Willman tog upp. Arbetsmiljöaspekter, motivationsaspekter och så vidare. Men det var oerhört svårt att få gehör för dom frågorna då och jag tolkar det som en maktförskjutning från dom professionella och till ekonomin och politiken. Men väldigt mycket



på felaktiga grunder. Det vi ser idag när vi följer vad läkare gör, det är att man kanske använder 20 procent av sin tid åt sånt som handlar om att sköta dom här systemen. Så att det blir mindre till för effektiv vård. Det är ytterligare en konsekvens, och naturligtvis frustrationen som medarbetarna känner. Vi har gått från den mest välmotiverade bästa arbetsmiljögruppen 1990 till oerhört utsatta grupper i vården idag. Med stress och att jobba med saker som man inte tycker är meningsfullt.

### **Publik**

Sven [ohörbart ord] heter jag, allmänläkare. Det är klart att det är nödvändigt att styra och mäta för att hålla reda på finanserna. Vi måste ju veta vad saker kostar och hur vi använder resurserna men dom här rena avarterna som till exempel att det sägs att en patient får inte fråga om en vårta på näsan samtidigt som han frågar om varför han hostar. Såna saker kan ju vi som läkare komma förbi genom civil olydnad. För vi kan utnyttja civil olydnad när vi tycker saker och ting är uppåt väggarna. På grund av arbetsmarknaden riskerar vi knappast att bli avskedade. Vi mejlbombas ständigt för att folk vill ha oss, och då kan vi utnyttja vårt eget sunda förnuft ibland och kanske bryta mot lite riktlinjer.

### **Maria Leissner**

Tack, så ska vi se. En till hinner vi med...

### **Publik**

Jag heter Annika Hjälms, jag är landstingspolitiker i Stockholm för miljöpartiet. Jag funderar på betydelsen av att man har vinstdrivande företag inom välfärdsverksamheten, jag tänker mest på sjukvården. Är det inte svårt att komma undan det här med köp- och säljsystem och mycket kontroller och rapportering och mätningar om man ska ha vinstdrivande företag inom verksamheten?

**Kjell Östberg**

Sista frågan här nu.

**Publik**

Jag heter Nils [ohörbart ord] och jag är Gotlänning. Det var bättre förr. Då hade vi digerdöden och spanska sjukan. En återställde ganska mycket vad gäller att bedriva sjukvård. När man hör Klas och fler här så går det igenom att det är bra att det finns pengar men uppföljningen är desto sämre. Det är lättare för politiker att fatta beslut och säga att här har ni en påse pengar. I den här kommunen är det varje år underbudgeterad sjukvård. Man lägger en budget och så kommer man en bit in på det nya året och då är det tal om sparpaket. Då märker man redan att pengarna inte kommer att räcka. Så får man omprioritera så man inte tänker att man ska bygga och göra massa saker utan att man från början ser till att ha en budget som man kan uppfylla. Det tycker jag är viktigt. Om jag i den här åldern som jag är i nu slutar som ett objekt eller sysselsättningspaket, om man har otur kan det ju bli så. Man kan ju se hur det är nu att det anställs semestervikarier inom äldrevården till exempel där man har många gamla både sjuka och dementa. Då tar man in ungdomar som på tre dagar ska vara fullvärdiga jobbare. Det tycker jag är lite kort tid.

**Kjell Östberg**

Ok nu...

**Publik**

Vi har också en sjukvårdsdirektör här som på egen begäran lämnade Gotland. Och då fick hon en miljon extra, bara för att hon slutade. Bara för att politikerna hade skrivit in det i något konstigt anställningsavtal. Det är inte bara inom sjukvården utan många andra områden – att kontrollen är så undemålig så att det är mycket pengar som försvinner till sånt som det inte hade behövt bli om det varit bättre kontroll, Klas, håller du med mig?

## Kjell Östberg

Vi får tacka för detta lokala vittnesmål. Nu har vi ungefär 20 minuter på oss. Nu ska ni i tur och ordning dels få svara på det som har sagts tidigare, dels svara på publikens frågor. Inte minst frågan om vad en internationell jämförelse säger, finns det alternativ? Finns det andra utfall? Och vad kan man göra? Om vi börjar med det så har vi en avslutande fråga som vi skulle vilja ha svar på allra sist. Vi tar i samma ordning. Marciej.

## Marciej Zaremba

Tack så mycket. Ja, alltså, Klas hade vänligheten att säga att mina reportage visserligen var konkreta men anekdotiska. Jag har hört det förut men jag kan säga att man måste kunna skilja på anekdoter och illustrationer. Jag har samlat ganska mycket material. Om jag berättar om 15 fall så betyder inte det att jag inte har tittat på 150. För övrigt så har både Läkarförbundet och Läkarsällskapet menat att det nog inte var så anekdotiskt. Du har också kastat en handske. Du har sagt att du gärna tar en strid med mig. Om att saker hade blivit värre om vi hade blivit vid 70-talets system. Jag kan inte riktigt hitta den vanten. Jag har inte påstått någonting sådant. Tvärt om. Jag är helt överens med dig om när det gäller historieskrivning om varför man var tvungen att göra någonting. Det är nästan så jag tycker att jag skrivit det lite kortare men mera vulgärt än du. ”Det var 80-tal, usla statsfinanser och bubblande missnöje. Svenskar har börjat tröttna på att stå i kö till doktorn, dagis, bygglov och frimärken.” Så var det och jag minns det själv. Jag ska också säga att i början välkomnade jag dom här reformerna. Det var inget vidare att stå i kö till vårdcentralen mellan klockan 9 och 9.15 för att det var då dom hade telefonkö.

Det är med New Public Management som med mediciner. I små doser är det ok men tar man hela pillerburken så avlider man förmodligen. [Publiken applåderar] New Public Management, dom här prislister var utmärkta som botemedel för dålig snöröjning och sånt. Alltså verksamheter som kan standar-

disera, går på rutin och faktiskt kan mätas. Men problemet är, som vi har fått höra här, att sjukvården inte är av den karaktären.

Ibland kan jag tycka att Sverige lider av bipolärt syndrom. Att man kastas från ena extremen till den andra. Ta skolan, centralstyrd, man tillåter inga alternativ på 70-talet. Och 30 år senare är det den mest sönderliberaliserade skolan. Då ska jag säga att jag är själv liberal, så jag använder det i den bemärkelsen. Man får gå till Chile för att hitta en skola som är så avreglerad. Och konsekvenserna ser vi. Det låter på Klas, och flera andra, som att det inte fanns några alternativ. Den enda referenspunkten är 70-talet och nu. Men det måste väl finnas flera alternativ mellan att sjukvården eller skolan ska vara antingen en kasern eller en butik?

Jag är förvånad över att man tänker inom dom trånga ramarna. Din fråga var – hur ser det ut i andra länder? Intressant nog görs det inga som helst strukturella jämförelser vad jag kan se. Forskningen är inte intresserad av detta. Men dom cancerköer som finns i Sverige dom skulle framkalla krigsrubriker om det hände i Frankrike. Att vänta i tre eller sex månader på behandling när man har diagnostiserats för cancer, det är en skandal i större delen av Europa. Jag har inte haft möjlighet att undersöka varför, men i Frankrike är sjukvårdsköer i praktiskt taget okända. Okej, dom betalar mer för sjukvården än vad vi gör och det kan hända att dom inte får råd med det. I Schweiz är dom här problemen inte heller kända. Det finns å andra sidan inget land i Europa som har så få sjukvårdsplatser som Sverige, inom OECD, i synnerhet inom psykiatrin.

Klas säger att det är väl inte fel att sjukvården får ersättning för det man faktiskt gör. Korrekt citerat... ok? Om jag tillverkar en bil och säger till dig: Här är en bil, jag vill ha 100 000. Så säger du: Men den startar ju inte. Men det är ju en bil, säger jag. Om man amputerar fel ben inom DRG-systemet så ger det lika god betalning. Och sen får man betalt en gång till för att amputera det rätta benet. Med denna anekdot som bara gäller en diagnos vill jag göra gällande att den är generell för 580 andra diagnoser ... och det är svar på en annan fråga. Det finns nästan inga som

helst kvalitetsmått inom DRG-systemet, utan man får betalt per diagnos. Om patienten överlever eller inte spelar ingen roll. Om diagnosen var felställd spelar heller ingen roll. Om den här behandlingen är onödig är ovidkommande. Och då kan man säga att vi ska skapa ett nytt system för att införa nåt slags kvalitets-kriterium. Men det är nog väldigt svårt eftersom resultaten av sjukvård visar sig ofta ganska sent och det går inte att mäta så där på mållinjen.

Du ser lite otålig ut så jag ska bara säga två saker. Problemet med hela det här systemet. I början frågade jag Klas om ni hade gjort någon konsekvensanalys och jag tror inte att det har gjorts. Problemet med systemet är att det mäter produktiviteten, inte effektiviteten. Effektivitet är hur mycket resurser man har använt i förhållande till målet – har patienten blivit sjuk och så vidare, är eleven väl förberedd för högre studier. Men när man mäter produktiviteten – hur mycket man har åstadkommit av någonting på hur kort tid. Då spelar utfallet ingen roll. Det sista jag vill säga är att det största problemet är inte bara att det är ineffektivt utan att systemet korrumpierar professionerna. Man lockas till att göra fel saker. Man vet att det är fel och när man har gjort det fem gånger så har man blivit en sämre läkare eller en sämre lärare.

### **Kjell Östberg**

Tack så mycket. Vi ser här att vi inte kommer hinna med en andra omgång så vi vill att ni inkluderar i era svar: Är det ett system som ska utvecklas, avvecklas eller vad ska man göra med det? Maciej, du får återkomma till det om du vill. Okej Klas, du har en del att svara på nu du också.

### **Maria Leissner**

För det första vill jag säga att ni är inte här för att delta i den politiska debatten om det här är bra eller inte. Utan ni är här för att berätta hur det hände. Ni är vittnen, ni är ett forskningsexperiment helt enkelt. Därför ska ni inte glömma bort den här över-

gripande frågan om det var en klar politisk strävan eller var det en process som hade sin egen dynamik och där politikerna kanske inte var så mycket inblandade.

Och framförallt min fråga till dig Klas. Om det skulle vara en maktutredning idag, vad skulle dom säga? Om dom förut sa att medborgarna var upprörda över att dom inte hade tillräckligt med makt i den offentliga sektorn, vad skulle dom säga idag?

### **Klas Eklund**

Jag har kort tid på mig och jag ska ta upp två frågor. Av dom frågor som ställdes till panelen så är den som Annika... i och för sig som politiker är jag kanske bäst lämpad att svara på den. Sen tänkte jag kommentera den stora frågan. Om jag tolkade det rätt sa Annika ungefär så här: Att man gör mätningar beror väl på att det finns vinstdrivande företag... [ohörbar kommentar från publiken] Näha, men det var så jag tolkade det. Men då glömmer vi det, då har jag tolkat det fel.

### **Publik (Annika)**

Jag undrade om det överdrivna mätandet är en nödvändighet för att ha vinstdrivande företag.

### **Klas Eklund**

Nej absolut inte. Varför det? Det förstår jag inte, måste jag erkänna.

Men till den stora frågan. Jag tycker Marciejs svar var väldigt bra. Det glädjer mig att vi kan hitta vissa... jag var naturligtvis medvetet provokativ i min första... för att locka upp dig och säga ungefär dom där sakerna. Jag tyckte det var bra att du formulerade dig så här: "Ska vi ha kasern eller butik?" Tidigare hade vi kasern, nu har vi butik och ingen av dom systemen är riktigt bra. Med min bakgrund, och eftersom jag såg hur det var förut, så tycker jag att det var rätt av oss som på den tiden satte igång processen att sätta igång den. Sen håller jag med om att det har kommit en del bieffekter som det alltid gör när man förändrar.

Jag har aldrig sett en process eller reformprocess som fungerar 100-procentigt utan bieffekter. Jag tror inte någon av oss har gjort det. Men den fråga som det nu gäller är det här DRG-systemet, själva valutan. Det finns ett problem med det, jag håller med, det ersätter det man gör. Problemet med detta är, precis som Anja sa, att det inte tittar på effekterna. Men samtidigt var du lite kluven, Anja. Du sa att, jag citerar ordagrant, "Huvudsyftet kan ju inte vara att mäta resultatet." Där har ni olika uppfattningar. För du, Marciej, kritiserar att man mäter själva processen, ingreppen, och säger att problemen är att man inte mäter resultaten. Om man gör en bil som inte fungerar då mäter man inte resultaten.

Om jag nu ska svara på Kjells och Marias fråga – ska det här systemet utvecklas eller avvecklas? Mitt svar är uppenbarligen utvecklas. Jag tror inte det går att komma ifrån att vi måste hålla, ekonomisera. Vi har till exempel en åldrande befolkning, vilket Christer tog upp lite grann. Och kostnaderna galopperar, det vet vi allihop. Det ser likadant ut i hela den utvecklade världen. Det här gnuggar alla geniknölarna över hur man ska ta tag i. Vi kommer inte ifrån att spara och gmeta, att belöna dom som gör rätt.

Problemet är att i det här systemet som har utvecklats så har det blivit avarter just därför att man inte har tittat på effektivitet utan mest på produktivitet, jag håller helt med dig. Men lösningen är då att utveckla systemet och ändra prissystemet så att det i mycket högre grad tar hänsyn till vad man faktiskt gör och att det blir rätt och att effekterna blir dom korrekta. Men det ändrar inte nödvändigheten av att ha ett prissystem och den här typen av köp- sälssystem. Om läkarna är bekymrade över detta så undrar jag egentligen i vilken värld ni tror att ni ska leva i framtiden där befolkningen hela tiden blir äldre och det blir knappt och ni kommer att ställas på prov. Helt enkelt därför att det inte kommer att finnas pengar till att ge alla dom operationer och så vidare som åldrandet kräver. Det är där vi står. Då kommer så väl etik att ställas på prov som dom här systemen. Att önska någon-

ting annat hjälper inte. Det är där vi står, det är där ekonomen är krass, det är därför ni ogillar ekonomer. För vi vågar påpeka detta. Det är därför vi i den verkliga världen alltid måste leta efter detta i systemen, hur man faktiskt ska ersätta när resurserna inte är oändliga. Det är det jag försöker säga.

Problemet med det här systemet, som Marcej i vissa fall med rätta har kritiserat, är att det inte tar hänsyn till effekterna, effektiviteten, utan bara tittar på produktivitet. Så låt oss försöka utveckla det åt det hållet. Verkligheten gör att vi inte kommer att ha något perfekt system då heller. Men vi kan minska problemen i det här systemet och det är omöjligt att gå tillbaka till den anslagsfinansierade systemet när befolkningen blir äldre och äldre och mer vårdkrävande. Så ser verkligheten ut och det kommer att göras konsekvensanalyser. Vi gjorde för få på den tiden. Absolut.

När man satte igång det här så visste man inte var det skulle sluta, för det här är en pågående evolutionär process. Och jag kan garantera att när vi började skriva om det här för ett kvarts sekel sedan så hade vi ingen aning om hur systemet skulle se ut idag. Självlklart inte. Vilken politiker, jag var ju inte politiker jag var tjänsteman, som tog beslut anno 1999 hade nån jävla aning om hur världen skulle se ut idag. Tror ni att Gorbachev visste vad som hände när han lät muren falla? Tror ni att Deng Xiaoping visste hur Kina skulle se ut när han satte igång reformerna 1978? Tror ni att den tidens socialministrar och finansministrar hade någon aning om hur systemet skulle se ut idag ett kvarts sekel senare. Naturligtvis inte! Att begära det är att begära alldeles för mycket, för verkligheten är inte perfekt. Den är så jävla ineffektiv som vi nu konstaterar. Tyvärr.

### **Kjell Östberg**

Tack, Klas. Paula, du kanske också kan ge svar på dom här internationella jämförelserna. Om det finns några.



**Paula Blomqvist**

Det pågår en massa försök hela tiden att jämföra sjukhussystem. Det är väldigt svårt att jämföra exakt med New Public Management i olika länder. Det finns nämligen inget land som har samma variant av New Public Management.

Dom här idéerna har cirkulerat och olika delar från idéerna har plockats upp i olika länder och man har skapat sina egna nationella tolkningar av vad man vill ha av det här. Det finns inget land som gör precis som vi, för att uttrycka det enkelt. Så det är väldigt svårt att jämföra. Men däremot kan man säga att Sverige är ett av dom länder som har gått längst när det gäller att ta till sig dom här idéerna och det finns inget som tyder på att vi därför skulle ha skapat ett bättre system än någon annan just på grund av det. Snarare brukar dom internationella ofta handla om att basen i det svenska systemet är ju inte påverkat av New Public Management så till vida att vi fortfarande har ett skattefinansierat system med god kostnadskontroll. Det beror på att vi har politisk kontroll över budgeterna i landstingen. Därmed kan man också snabbt anpassa kostnadsnivån när man behöver strama åt eller när man vill släppa på. Vi har fortfarande ett system med god politisk kontroll över resursåtgången, jämfört med många andra länder. Där är det här mycket mer automatiserat genom att man har försäkringsbolag där man kan höja premierna, och därmed har man inte kostnadskontroll.

Så forskningen när det gäller kostnader tycker inte att New Public Management är så viktigt. Sen finns det ett annat stort missförstånd. Det är att det inte finns någonting i sig som säger att New Public Management sparar pengar. Tvärt om. New Public Management är inte ett sätt att spara pengar. Man skapar inte kostnadskontroll med New Public Management. För det första hade vi det redan innan i svensk sjukvård. För det andra är New Public Management någonting som handlar om effektivitet på mikronivå, det vill säga vad läkarna gör. Men hur mycket pengar ett sjukhus får, det bestämmer fortfarande politikerna. Det gjorde dom ju innan också. Dessutom vet man att New Public Ma-

nagement ger produktionsincitament som ofta är kostnadsdrivande. Om något leder New Public Management ofta till höjda kostnader. Det vet man. Det är därför New Public Management alltid kombineras, i alla fall i ett land som Sverige, med bibehållen politisk kostnadskontroll. Jag tycker det är förvirrande att säga att det automatiskt sparar pengar. Däremot gör New Public Management att man får bättre känsla för vad enskilda ingrepp kostar och man kanske får ett bättre beslutsunderlag när man ska jämföra kostnaderna mellan olika behandlingar inom sjukvården. Det kan man göra. Men hur mycket pengar man faktiskt ger sjukvården är fortfarande ett politiskt beslut. Det är det ena. Det andra i den här frågan om... någon frågade om undervård... finns det någon automatisk spärr emot undervård? Nej, det gör det inte, det är det som är det svåra. Det är klart att det blir undervård hela tiden i ett sjukvårdssystem. Men det blir också övervård.

New Public Management skapar, och det vet vi, incitament av övervård för sådant som är lönsamt för vårdgivarna, som kanske inte alls är det som vi tycker är viktigast. Vad man gör i New Public Management-system är det man får pengar för och det är därför prislistorna blir så viktiga - eftersom det är enda sättet att styra det som görs och det som inte görs.

### **Kjell Östberg**

Christer, två minuter. Avvecklas eller utvecklas?

### **Christer Bergqvist**

Jag ska ta det på en minut. Jag har nämligen bara två sidor här att läsa upp. Men jag ska fatta mig väldigt väldigt kort. Finns det inget positivt med det här som vi har lyssnat till idag? Jag tycker en sak är viktig och det är ökad valfrihet för patienten. Det ställer jag upp på. Det här med valvård primärvård som vi bland annat införde i Västra Götalandsregionen. Dessutom står vi inför den här patientmaktsutredningen som nyligen har lagts fram utav Johan [ohörbart ord] som kommer att stärka patientens ställning

ytterligare. Det är det ena. Det negativa, ja det är lätt att hitta. Det är det här med sängplatser med högra patientomsättning med ökad stress för personal och så vidare. Det är klart att det negativa inte har rönt några hurrarop från personalen. Det är fullt förståeligt.

Varför håller politikerna fast vid det här då? Jag har inget bra svar på det. Det är klart, dom har ansvar för ekonomin och det är väl en orsak till att dom håller fast vid det här systemet. Sen till min kära gotlänning så måste jag ända säga att – var glad för på Gotland är det dom kortaste väntetiderna i Sverige.

Sist men inte minst. Dom önskemål jag har är att man måste anpassa vården till dom framtida utmaningarna. Vi måste öka vårdpersonalen. Vi kommer inte klara av vården om vi inte gör det. Nu har vi sprungit tillräckligt fort. Vi har ökat den öppna vården och polikliniserat och så vidare. Det finns snart ingenting att ta av mer. Möjligen skulle man kunna minska antalet politiker, om jag ska vara elak. Om jag tittar på min egen region, fullmäktige där har fler ledamöter än i det norska parlamentet. Tack för mig.

### **Anja Willman**

Jag vill kommentera det här jag sa att målet och meningen är inte enbart att mäta resultat. Jag tycker att man ska mäta resultat. Jag tycker att det är viktigt och jag har varit en del av det. Men jag tycker att man ska mäta rätt resultat. Och jag tycker att kvaliteten är en del av resultatet och där har vi mycket kvar att göra. Jag har själv arbetat i SBU i över tio år, suttit i det vetenskapliga rådet där. Där har man upprepade gånger diskuterat om det går att jämföra olika organisationssystem för sjukvården för att kunna utvärdera vilket system som är bäst. Ännu har man inte fått uppdraget att göra det av statsmakterna och man diskuterar om det finns forskning. Det är som Paula säger, att det har funnits ett ointresse att jämföra dom här sakerna. Klas frågade, vem visste hur framtiden skulle bli. Vem vet det när man fattar beslu- ten? Ja, det är en retorisk fråga, det är ingen som vet det. Men det

betyder inte att vi inte får lova att kritisera hur det ser ut idag. Jag tycker att vi ska utveckla det här systemet. Det har inte varit en process som har drivits utav sig själv. Det finns ansvariga för den här utvecklingen och jag tycker man kan bjuda in till diskussioner – till politiker, tjänstemän, nationalekonomer och professionerna inom vården – för att diskutera den här utvecklingen.

Vi har fått höra att vi har få sjukvårdsplatser. Kanske minst i hela världen, jag vet inte, men i alla fall i Europa ligger vi väldigt lågt. Det betyder inte att vi är friskast eller att vi inte har några sjukdomar. Det betyder att dom som är sjuka vårdas någon annanstans, framförallt i hemmen. Florence Nightingale sa redan på 1850-talet att sjukhus är en historisk parentes. Och det ser vi att den utvecklingen drivs. Men sjukdomarna finns kvar. Vad gäller civil olydnad tycker jag att det finns exempel på sjukvårdsanställda som har visat civil olydnad och tagit fram dom exempel jag har och som Zaremba har skrivit om, som har varit i läkartidningen och liknande.

Framförallt vill jag lyfta fram sjuksköterskornas etiska råd, som för ett antal år sedan uttalade att det är ett svek mot äldre personer som är beroende av vård – att riskkapitalbolag på bekostnad av god vård får utnyttja välfärdssystemet för egen vinst som inte beskattas i Sverige. Civilkuraget hos all vårdpersonal som rapporterar och trotsar alla försök att bli tystade är ovärderligt. Öppenhet och mod är att stå upp i situationer där respekt för sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande åsidosätts. Det här kräver oerhört mycket av dom som arbetar inom vården. Civilkurage och mod är att sätta sitt jobb på spel, och kanske också försörjningen av sin familj. Jag tycker att vi kräver väldigt mycket av dom vårdanställda när vi kräver att dom ska ställa upp på detta. Men några gör det för det är en sådan konflikt med deras etiska grunder. Tack för mig.

### **Maria Leissner**

Jag vill tacka alla våra fem medverkande vittnen. Jag tycker att ni på olika sätt har bidragit till att ge oss en väldigt klar bild och bra

svar på dom frågor som vi ställde. Ni har svarat på vår övergripande frågeställning om hur det här gick till och vem och varför. Dessutom har ni lyckats klämma in en debatt om det var bra eller inte. Det tycker jag var väldigt effektivt gjort. Så ett stort tack. Nu ska Kjell berätta om vad som händer.

### **Kjell Östberg**

Vad som händer nu är alltså att vi kommer att skriva ut den här spännande debatten och publicera den i vår skriftserie. Men redan innan dess så kommer vi säkert att lägga ut videoupptagningen av seminariet på Samtidshistoriska institutets hemsida. Vid utgången hittar ni både Almedalsbroschyren från förra året och adressen till institutet. Tack så mycket för en engagerad publik.

# Samtidshistoriska frågor

I skriftserien publiceras redigerade utskrifter från vittnesseminarier, aktuell forskning samt konferensrapporter om det samtidshistoriska området.

Information om serien: [www.sh.se/shi](http://www.sh.se/shi).

De flesta titlarna i serien finns att hämta i fulltext, gratis, i Digitala Vetenskapliga arkivet, DiVA, <http://www.diva-portal.se>.

Några av titlarna i serien har utgivits i samarbete med CBEES, (Centre for Baltic and East European Studies) vid Södertörns högskola. Ansvarig för arbetet med skriftserien är dr Kristina Abiala, [Kristina.Abiala@sh.se](mailto:Kristina.Abiala@sh.se)

## Serien

1. *Olof Palme i sin tid*. Red. Kjell Östberg (2001).  
(Finns endast elektroniskt i DiVA då den tryckta upplagan är slut.)
2. *Kvinnorörelsen och '68*. Red. Elisabeth Elgán (2001).  
(Finns endast elektroniskt i DiVA då den tryckta upplagan är slut.)
3. *Riva alla murar! Vittnesseminarier om sexliberalismen och om Pockettidningen R*. Red. Lena Lennerhed (2002).
4. *Löntagarfonderna – en missad möjlighet?* Red. Lars Ekdahl (2002).
5. *Dagens Nyheter: minnesseminarium över Sven-Erik Larsson. Vittnesseminarium om DN och '68*. Red. Alf W Johansson (2003).
6. *Kvinnorna skall göra det! Den kvinnliga medborgarskolan på Fogelstad – som idé, text och historia*. Red. Ebba Witt Brattström och Lena Lennerhed (2003).
7. *Moderaterna, marknaden och makten – svensk högerpolitik under avregleringens tid, 1976–1991*. Torbjörn Nilsson (2003).
8. *Upprorets estetik*. Lena Lennerhed (2005).
9. *Revolution på svenska – ett vittnesseminarium om jämställdhetens institutionalisering, politisering och expansion 1972–1976*. Red. Anja Hirdman (2005).
10. *En högskola av ny typ? Två seminarier kring Södertörns högskolas tillkomst och utveckling*. Red. Mari Gerdin och Kjell Östberg (2006).

11. *Hur rysk är den svenska kommunismen? Fyra bidrag om kommunism, nationalism och etnicitet.* Red. Mari Gerdin och Kjell Östberg (2006).
12. *Ropen skalla – daghem åt alla! Vittnesseminarium om daghemskampen på 70-talet.* Red. Mari Gerdin och Kajsa Ohrlander (2007).
13. *Makten i kanslihuset – ett vittnesseminarium om ett Regeringskansli i förändring.* Red. Emma Isaksson och Torbjörn Nilsson (2007).
14. *Partnerskapslagen – ett vittnesseminarium om partnerskapslagens tillkomst.* Red. Emma Isaksson och Lena Lennerhed (2007).
15. *Vägar till makten – statsrådets och statssekreterarnas karriärvägar.* Anders Ivarsson Westerberg och Cajsa Niemann (2007).
16. *Sverige och Baltikum's frigörelse. Två vittnesseminarier om storpolitik kring Östersjön 1991–1994.* Red. Thomas Lundén och Torbjörn Nilsson (2008).
17. *Makten och trafiken i Stadshuset. Två vittnesseminarier om Stockholms kommunalpolitik.* Red. Torbjörn Nilsson (2009).
18. *Norden runt i tvåhundra år. Jämförande studier om liberalism, konservatism och historiska myter.* Torbjörn Nilsson (2010).
19. *1989 med svenska ögon. Vittnesseminarium om Östeuropas omvandling.* Red. Torbjörn Nilsson och Thomas Lundén (2010).
20. *Statsminister Göran Persson i samtal med Erik Fichtelius (1996–2006).* Red. Werner Schmidt. DVD utgiven av SVT och Södertörns högskola (2011).
21. *Bortom rösträtten. Politik, kön och medborgarskap i Norden.* Lenita Freidenwall och Josefin Rönnbäck (2011).
22. *Borgerlig fyrklöver intog Rosenbad – regeringsskiftet 1991.* Red. Torbjörn Nilsson och Anders Ivarsson Westerberg (2011).
23. *Rivstart för Sverige – Alliansen och maktskiftet 2006.* Red. Fredrik Eriksson och Anders Ivarsson Westerberg (2012).
24. *Det började i Polen – Sverige och Solidaritet 1980–1981.* Red. Fredrik Eriksson (2013).
25. *Förnyelse eller förfall? Svenska försvaret efter kalla kriget.* Red. Fredrik Eriksson (2013).
26. *Staten och granskningssamhället.* Red. Bengt Jacobsson och Anders Ivarsson Westerberg (2013).

27. *Almedalen – Så skapades en politikens marknadsplats. Ett vittnesseminarium om Almedalsveckan som politisk arena.* Red. Kjell Östberg (2013).
28. *Anarkosyndikalismens återkomst i Spanien. SACs samarbete med CNT under övergången från diktatur till demokrati.* Red. Per Lindblom (2014).
29. *När blev vården marknad? Vittnesseminarium i Almedalen.* Red Kristina Abiala (2014).



”Jag letade efter en mordängel och jag hittade en prislista.” Orden är journalisten Marciej Zarembas, en av deltagarna på det vittnesseminarium om vårdens marknadisering som hölls i Almedalen sommaren 2013 och som återges i denna skrift.

Marciej Zaremba, som hittat närmare 2 500 virtuella avtal och en modell av företagsliknande styrformer inom den offentliga vården, är övertygad om att prislistor, beting och vårdgarantier styckar upp vården i moment och diagnoser utan hänsyn till faktisk tid och resursåtgång, hänsyn till patientens behov eller vårdens kvalitet och utgång.

En annan av seminariedeltagarna, Klas Eklund, professor i nationalekonomi, menade istället att problemen handlade om patienters bristande valfrihet, statens ekonomiska problem och dåliga styrsystem i vården. De skulle lösas av genom att vården drevs som ett företag med interndebitering och prislistor. Där skulle personalens initiativ kunna tas till vara och den solidariska sjukvårdsmodellen försvaras.