



MÅNDAG 25 FEBRUARI 2013 ● SVERIGES STÖRSTA MORGONTIDNING ● GRUNDAD 1864

Patienten & prislappen del 3. När läkaren blir kamrer

DN:s Maciej Zaremba granskar den svenska vården. Sidorna 8-11

Mirakulös Ibsen.
Leif Zern ser "Ett dockhem" på Stockholms stadsteater. Sidan 3

Humor på allvar.
Måns Möller berättar om sin autistiske son i nya föreställningen. Sidorna 4-5



Patienten & prislappen



På vilken prislista står

Del 3. Två män har samma skada. En av dem får leva, en får dö. Varför? I dag fortsätter Maciej Zarembas reportage om de perversa incitament som styr svensk sjukvård.

Text: Maciej Zaremba Illustration: Malin Koort/NU Agency

Det är oklart hur länge A varit under vatten. I femton minuter, påstod vittnen. Läkarna fick i gång hjärtat, men inte andningen. När man efter fem dagar i respirator lät honom vakna ur narkosen reagerade han varken på smärta eller på tilltal. Det var illa. Också röntgenbilderna antydde att hjärnan slagits ut. A sövdes ned igen, allt medan läkarna försökte hantera hans infektioner. Men då han väcktes nästa gång, på den åttonde dagen, rörde han på armarna och verkade förstå vad folk sade. A:s konvalescens blev lång. Men numera är han nästan helt återställd.

Samma vecka körde ambulansen en annan drunknad till ett annat sjukhus i samma stad. Också B var medvetslös, röntgenbilderna visade liknande hjärnskada. B avled efter sex dagar, av

urinförgiftning. Redan på tredje dagen fann läkarna det lönlöst med livsuppehållande åtgärder, så när B njurar sviktade avstod man från dialys. Anhöriga fick veta att han var bortom räddning, i bästa fall dömd till ett liv "som en grönsak".

Det skall sägas att både A och B var män under fyrtio, båda i gott fysiskt skick när olyckan hände. Även i övrigt var omständigheterna mycket lika. Möjligen hade B:s hjärna litet bättre odds. Den hade inte varit utan syre lika länge.

Det skall också sägas att det är mycket svårt att redan efter tre dagar avgöra graden av hjärnskador. I regel tar det veckor och upprepade undersökningar innan en neurolog kan säga säkert att patienten är dömd att vegetera. Men i B:s fall fattades det beslutet efter tre dagar och utan neurologisk expertis. Varför?

B:s anhöriga, varav en är läkare till yrket, har

Reportageserien.



● **Maciej Zaremba** är reporter på DN och en av landets mest prisbelönda journalister. För sitt förra DN-reportage, "Skogen vi ärvde", utsågs han till årets miljöjournalist. Han har även skrivit om bland annat skolan, psykvården och tvångssteriliseringar.

● **Detta är den tredje** av fyra artiklar i Maciej Zarembas reportage om vården. De tidigare delarna publicerades den 17 respektive den 20 februari.

● **Nästa artikel:** Vem har bestämt att Sverige ska ha så få sjuksängar? Den publiceras på söndag.

krävt ett svar på denna fråga. De hävdade att vården av B avbrutits i förtid. Anmälde läkarna till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och när nämnden avvisat saken överklagade de i domstol. Jag hittar inget svar i den tjocka akten. Men jag hittar egendomligheter.

Den ende neurolog som undersöker B (dag tre) förordar fortsatt intensivvård och vill ha B flyttad till särskild neuro-IVA. Där finns dock ingen plats. Men redan nästa dag ringer B:s läkare till en annan neurolog, vi kallar honom X. Denne har varken sett B eller läst journalen. Men efter att ha lyssnat säger han "prognosis pessima", på svenska "han klarar sig knappast". Hur han resonerar kan man inte veta. X har inte gjort någon anteckning av samtalet, som han inte uppfattade som konsultation. Men dessa två ord avgör saken. B:s läkare anser sig ha fått en ny specialistbedömning av patienten, och samma dag beslutar man att avstå från dialysen, det vill säga att låta honom dö.

Den andra omständigheten som gör läsaren nervös är att länsrätten misslyckas med att få ett oberoende sakkunnigutlåtande om detta beslut. Tre läkare tillfrågas i tur och ordning, alla avböjer. I målet finns i stället tre yttranden av



din njursvikt?

utländska specialister, ingivna av B:s anhöriga. De finner, oberoende av varandra, att vården av B avbrutits i förtid. Tre dagar är för kort tid att avgöra graden av hjärnskada i ett fall som B:s.

Samma slutsats drar en av domarna i länsrätten, vars majoritet friat läkarna: "Intensivvårdsbehandlingen av (B) har avbrutits på ett för tidigt stadium. Mer tid och flera undersökningar hade behövts. De anmälda läkarna har inte haft tillräckligt underlag för att kunna ställa en säker prognos eller diagnos som bör krävas innan ett beslut om att begränsa vårdinsatser fattas."

Hade detta inträffat för tjuugo år sedan hade vi sagt att det var slumpen som gjorde skillnad mellan liv och död. Alla riskerar att någon gång hamna i händerna på en mindre kunnig eller en extra stressad doktor. Men i dag finns mer obehagliga möjligheter. Som att B riskerade att bli en mycket olönsam patient.

Ingen kan veta om denna insikt ringde i huvudet på hans läkare. Men bara det faktum att frågan kan ställas – och inte kan avfärdas utan vidare – är en förändring av historiska dimensioner. För tjuugo år sedan hade inte en klinikchef *ekonomiska* incitament att ge upp patienten i förtid. Men det har han i dag.

Här undrar förstas läsaren hur B kunde bli

olönsam, när nu A tydligen inte var det. Rent medicinskt var ju dessa patienter identiska? Ja, i det närmaste. Vårdade för samma skattepengar? Givetvis. Men läsarens undran vittnar om ett föråldrat synsätt. Enligt *New public management*, den ideologi som numer organiserar svensk sjukvård, *vårdar* inte sjukhusen. De *producerar*. Förvisso har inte ordet "vård" fallit ur omloppet, läkare och sköterskor anser fortfarande att de vårdar. Men när deras arbete skall ersättas är det i termer av *produkter* på en fiktiv marknad, enligt prislister som landstingen bestämmer.

Nu råkade det bli så att som produkter hamnade patienterna A och B i olika prisklasser. Patienten B skulle bli en minuspost redan efter ett par veckor på sjukhuset. Och han riskerade att bli där länge: för olycksbrodern A tog det nästan tre månader att komma ut på egna ben. Men hans läkare behövde inte bli nervösa. Kliniken fick betalt vad det faktiskt kostat.

åter det absurt? Då låter det som det skall låta. Det tog mig en månad att reda ut hur denna prissättning gått till. Jag gissar att de flesta inte vet vad förkortningen DRG står för. Självt hade jag inte en aning, innan jag började rota i B:s avkortade vårdtid. Redan detta – att

För tjuugo år sedan hade inte en klinikchef ekonomiska incitament att ge upp patienten i förtid. Men det har han idag.

vi inte vet – är en nyhet av dignitet. För det betyder att historiska beslut, sådana som lossar grundbultarna i samhället, kan fattas utan insyn, utan tillstymmelse till debatt och utan att politikerna inser vad de gör. Räck upp handen, du medborgare som av ditt ombud i landstinget blivit tillfrågad om din åsikt om DRG-systemet.

Det kommer från Amerika och står för "Diagnosrelaterade grupper". Numer är de flesta svenskers livsöden prissatta enligt DRG. Råkar vi inte genast ut för DRG 381P (abort) blir vår entré på vårdens marknad en DRG 3730. Det är förlossning, en populär produkt. Därefter och till frånfallet lär vi bokföras i några av de cirka 580 prisgrupper: från 002A, "Annan kranitomi med trauma" till 570 "Inplant/byte nervsimulator". Och dessemellan: 421, virusinfektion, 032 hjärnskakning, 427A ångestsyndrom.

DRG är ett helt nytt och revolutionerande sätt att ersätta sjukhusen för vad de gör. Väldigt länge hade de en budget och ett upptagningsområde. Räckte pengarna inte till ropade de på mera. Det var inte bra. Köerna blev långa och det verkade nästan som om somliga kom till för att stärka sjukhusens äskanden. Då började man ersätta sjukhusen per ingrepp. I det läget blev ingreppen många, somliga kanske onödiga.



Patienten & prislappen

DRG är den senaste lösningen på problemet. Upphovet är en amerikansk elektroingenjör, Robert B Fetter. Det är 70-tal, Fetter, som är tidsstudieman inom industrin blir nyfiken på varför vårdtiderna vid samma diagnos kan vara så olika. Han samlar alla kända diagnoser, som är flera tusen, och grupperar dem till några hundra efter en genomsnittlig tids- och resursåtgång. Nu kan man jämföra sjukhusens effektivitet. Så intressant! Varför skuttar hjärtpatienter ut från hospitalet X efter fem dagar, men ligger kvar på Y dubbelt så länge?

Det var inte Fetters mening att hans jämförelser skulle leda till ett ackordssystem inom sjukvården. Men när Ronald Reagan sökte efter ett nytt sätt att finansiera Medicare föll hans blick på Fetters rön. Dennes rapport, publicerad 1980, blev politik redan tre år senare. Därefter har DRG gjort en svindlande karriär. Sedan 90-talet har det – helt eller delvis – introducerats i ett stort antal länder. Principen är oerhört enkel eftersom den är industriell.

Det finns ingen anledning till varför bromsbyte på en Volvo skall ta längre tid i Luleå än i Lund. Visst är några bromsar fastrostade, men det är de i så fall både i Luleå och i Lund. Är bara verkstaden stor nog, har den samma andel besvärliga bromsok. Så det jämnar ut sig.

DRG förutsätter att samma gäller för förlossningar, hjärtinfarkter, diabetes, psykos och allt annat vi kan drabbas av. Alltså tar vi den genomsnittliga kostnaden för varje grupp av diagnoser och sätter den som ett pris. Hädanefter skall inte sjukhusen få betalt för vad de faktiskt lagt ned av tid och resurser på sina patienter. De får betalt per rubrik, ett schablonbelopp. Stroke, DRG 14A – 1,5579 poäng. Nyfödd under 1000 gram – DRG 386 N – 13,8234 poäng. Och så vidare, över 500 olika koder, där poängen multipliceras med ett konstant belopp.

I praktiken är det litet mera komplicerat. Man räknar också med bidiagnoser, vissa åtgärder, ibland med kön och ålder. En patient med cancer och njursvikt ger något högre poäng än bara cancer. Men det är huvuddiagnosen som styr ersättningen. När patienten skrivs ut omvandlas diagnoserna till DRG-koder, matas in i datorn som i samma ögonblick spottar ut poängen.

Problemet med systemet är att det är helt verklighetsfrämmande. Parallellen med bilverkstan håller inte, eftersom inget bromsbyte tar hundra gånger längre tid än ett annat. Men det är just vad som gäller för sjukvården, där en liten grupp (5 procent) svårt sjuka patienter står för en femtedel av alla kostnader. Om DRG tillämpades konsekvent skulle en större tågolycka driva omkringliggande sjukhus i konkurs.

Lösningen på problemet kallas "konstnadsytterfall". Sjukhuset får samma ersättning för exempelvis DRG 14A (stroke) oavsett om patienten stannar i två dagar eller i två veckor. Men blir han kvar längre än sjutton dagar, upphör DRG att gälla. Han blir ett "konstnadsytterfall" och sjukhuset får betalt vad det faktiskt kostar. Denna magiska gräns, uttryck i vårddagar eller i pengar, har fixerats för varje diagnos. Men – hör och häpna – inte för varje patient. Och därmed är vi tillbaka hos B.

När nu politiker önskar att sjukvården leker marknad, får man inte bli häpen över att sjukhusen gör det. På en marknad tar man risker. Här prövar ett visst sjukhus sin lycka i poker. Man säger till landstinget: "Ge oss en egen prislista, utan extra ersättning för 'konstnadsytterfallen'. I stället vill vi få mer betalt för vissa diagnoser." Och de får det! Vilket innebär att sjukhuset får högre standardpeng än andra för varje fall av lungödem, men inte ett öre extra om patienten blir liggande i månader.

När jag berättar om detta avtal för DRG-experten Olaf Steinum blir han häpen. "Hur kunde ett landsting acceptera något sådant? Det ser ju ut som om sjukhuset spekulerar i att slippa komplicerade fall!"

Ja, så kan man säga. Och det var just på ett sådant sjukhus som patient B råkat hamna. Om han så vårdats i tre månader (vilket blev

fallet med A) skulle sjukhuset bara få betalt för fjorton dagar.

Varför jag inte nämner vilket sjukhus det var? Därför att jag inte kan veta hur läkarna eller deras chefer resonerat i just detta fall. Men om de böjde sitt omdöme efter en sjuk prislista, är det de som skapat listan som skall rannsakas samtidigt. Och det är vi det, som väljer våra landsting.

Det var som fan", säger kirurgen, medan han syr ihop bröstskogen. "Han överlevde. Det här blir dyrt för vår klinik."

Detta är givetvis ett skämt, tillägger min källa på Karolinska. Självfallet. Det fina med kirurghumorn är emellertid att den inte ryggar för sådant vi helst vill slippa höra. Som att i DRG-systemet ger den patient mest utdelning som lämnar sjukhuset dagen efter han kom in. Och det spelar ingen roll om han tar trappan eller rullas till bårhuset. Prislistan tar ingen hänsyn till resultatet. Död eller levande, räddad från blodförgiftning eller med fel ben amputerat ersätts lika. Bara det går fort.

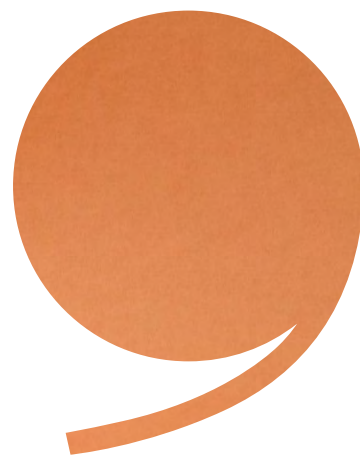
Låter det för absurt för att vara sant? Låt mig då tillägga att när våra hälsomyndigheter jämför sjukhusen ur "produktivitetssynpunkt", är det DRG, det vill säga tids- och resursåtgången per diagnos, som är det enda eller i vart fall det främsta måttet. Så rent teoretiskt skulle den klinik där alla strokepatienter avled redan första natten visa sig ha producerat mest vård för pengarna. Jag vill be läsaren att hålla kvar den bilden.

När DRG började introduceras i Sverige radade flera insiktsfulla läkare, bland dem kirurgen Åke Andrén-Sandberg, upp riskerna med systemet. Här ett urval:

1. Man anpassar diagnosen efter prislistan. Det rasslar litet i luftvägarna, nog är det infektion, men "pneumoni" ger högre poäng.
2. Man anpassar åtgärden efter prislistan. Kejsarsnitt ger tre gånger mer betalt än normal förlossning.
3. DRG ger betalt per "vårdtillfälle". Skriver man ut patienten i förtid, kommer han tillbaka, ett nytt vårdtillfälle.
4. Sluten vård ger mer betalt än den öppna vården. Man lägger in folk för små ingrepp som förr fixades på vårdcentralen.
5. Onödigt vård ger också betalt, men att hålla folk friska genom goda råd gör det inte.
6. Att beställa prover belastar vårt konto. Bäst att ransonera.
7. Att remittera till annat sjukhus belastar också vårt konto.
8. Cancervården är en förlustaffär.
9. Gamla människor med många åkommor kräver en sorts omsorg som inte finns på DRG-menyn.
10. Att göra rätt ger inte högre ersättning än att göra fel. Snarare tvärtom. (Måste en misslyckad operation göras om blir det ett nytt "vårdtillfälle" och nya friska pengar.)
11. Korta vårdtider ger hög inkomst, oavsett utgång.

Detta skrevs 1994 – märk väl – av en tillskyndare av DRG-modellen. Den gode Andrén-Sandberg trodde att läkarnas etik skulle motstå dessa frestelser, alltmedan prislisorna gjorde sjukvården mera effektiv. Men när han skrev detta var "resultatstyrning" och *New public management* bara i sin linda. Knappt tjugo år senare kan vi säga att hans lista borde ha varit mycket längre och att han – jag är den förste att beklaga – gjorde sig för höga tankar om sin yrkeskår. Eller kanske förutsåg han inte, lika lite som vi andra, hur snabbt läkaretiken kan erodera när den inte utmanas öppet utan med små, nästan omärkliga påtryckningar och lockelser. Det är möjligen den viktigaste lärdomen av historien.

År 2002 blev kirurgpatienterna i Halland något sjukare än året innan. Patienterna själva märkte ingenting av detta. Inte heller deras läkare noterade försämringen. Men den märktes i sjukhusens redovisning. Sjuklingar som året innan vårdades för en diagnos hade nu två. Vårdförlopp som året innan varit enkla blev nu



Det inför meningslös konkurrens på ett område som inte är en marknad, leder till absurda resultat.

Ersättning enligt DRG.

● DRG-poängen för de cirka 580 diagnosgrupperna inom slutenvården och 380 inom öppenvård/dagkirurgi bygger på vad värden för varje diagnos kostar i genomsnitt. Systemet innehåller inga kvalitetskriterier. Onödiga eller misslyckade operationer ersätts som alla andra. Endast i tre fall minskar ersättningen ifall patienten avlider inom 2-3 dagar: hjärtinfarkt, svåra brännskador och för tidig födsel.

● "Grupperingslogiken" i DRG förändras från år till år, samma sak gäller ersättning per poäng, som är en förhandlingsfråga mellan landsting och sjukhusen.

● Av Sveriges 21 landsting tillämpar elva DRG som ersättnings-system inom slutenvården. Det är Stockholm, Uppsala, Sörmland, Kronoberg, Skåne, Halland, Västra Götaland, Västmanland, Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten. Inom övriga landsting gäller traditionell budgetfinansiering, DRG används bara som en uppföljningsmodell eller ett sätt att ersätta vård landsting emellan.

● På frågan varför man inte använder DRG som ersättnings-system svarar landstinget i Värmland att man inte anser DRG "kvalitetssäkrat". I Östergötland blir svaret att DRG kan motverka effektivitet. Det kan leda till överproduktion av vård, göra det "olönsamt" att introducera nya metoder eller att flytta behandlingar från slutenvård till öppenvård (som ger lägre DRG-poäng för samma diagos). Också i Västerbotten avstod man medvetet från prestationsersättning, som anses kunna leda till överproduktion av vård.

Maciej Zaremba

komplikerade. Detta meddelas som en god nyhet i Läkartidningen under rubriken "Välutbildade läkarsekreterare lönar sig".

Det som hände var att läkarsekreterarna gått kurs i "aktiv DRG-kodning". Det är numera en hel vetenskap att överföra sjukjournalen till DRG-språket, så det är nog bra att folk utbildas i den saken. Men i artikeln står det att fördelen med "utbildade aktiva kodare" är att de hittar fler och lämpligare diagnoser, varmed de flesta vårdtillfällen framstår som litet tyngre – och lönsammare för sjukhuset. Allt inom lagens ramar, givetvis. Emellertid, upplyser författarna till rapporten, är det mycket svårt att fixera skillnaden mellan legal och illegal diagnosglidning.

Och dessvärre har de rätt i sak. Vill sjukhuset förbättra sin ekonomi, eller sin plats på rankingslistorna, är en "aktiv kodare" en bättre investering än fler sjuksköterskor.

Här verkar läkarna på en lungklinik inte kunna skilja astma från bronkit. De skriver "J988: Andra sjukdomar i andningsorgan" på nästan allt som kippar efter andan. Några år senare drabbas en annan klinik av samma oförmåga. Nu är det "J 229: Icke specificerad nedre luftvägsinfektion" på det mesta. Osäkra doktorer, en farlig klinik? Inte alls. Tittar man i journalerna framgår det att de visste och behandlade adekvat: det står "bronkit" eller "lunginflammation". Det var bara när de skulle koda DRG som de plötsligt blev osäkra. Kanske därför att "bronkit" gav det året 0,68 DRG-poäng, pneumoni 1,13, men den ospecificerade infektionen var full hand: hela 1,86 poäng.

Påstår jag att sjukhusen fuskar? Några gör det. Rapporterar slutenvård och operation när de bara rispat litet i patienten på mottagningen. Skriver kanske "cancer" som bidiagnos på en patient med kräfta som sökt för lunginflammation. Vaddå, han *har* ju cancer... Eller skall vi säga att de spelar med i elakt spel? Bli de ekonomiskt bestraffade för att de tar hand om döende på ett värdigt sätt, framstår det kanske som mindre tvingande att följa reglerna till punkt och pricka. "Begär inte av läkare att de skall respektera en prislista som belönar felbehandlingar och sätter de mest sjuka på undantag", säger en klinikchef.

När DRG började införas i Sverige fanns det röster som menade att det kunde accepteras endast på villkoret att prislistan hölls hemlig för vårdpersonalen. Annars fanns risken att de började se patienter som tillgångar respektive minusposter. Fortfarande vet långtifrån alla läkare hur DRG fungerar – och är de rädda om sin heder vill de inte veta. Men det blir allt svårare att hålla sig okunnig. På landstingets interna hemsida kan den som önskar öva sig i prisspelet. Man ser direkt efter hur många dagar en viss patient börjar generera underskott.

Andra går längre. På det sjukhus som hade hand om patienten B håller ledningen regelrätta DRG-kurser för doktorerna. När jag undrar varför, DRG har ju ingen medicinsk relevans, svarar direktören: "Man skall ju veta hur ens lönesystem är uppbyggt."

Också socialministern Göran Hägglund anser att "för att åstadkomma bästa möjliga resultat" bör vårdpersonalen veta hur DRG fungerar. Så det är nyttigt för vårdpersonalen att se prislappen på varje diagnos? "Jag tycker att det är bra att man vet hur värden ersätts. Men det betyder inte annat än att värden skall följa de principer och prioriteringar som gäller för övrigt", svarar Göran Hägglund.

För ordningens skull skall tilläggas att det var motvilligt som Göran Hägglund svarade på mina DRG-frågor. Han har "ingen aning om hur det praktiseras i detalj", säger han, inte heller om hur många eller vilka landsting som tillämpar systemet (se faktaruta). Det är också en nyhet för honom att DRG-ersättningar inte gör skillnad på vård och anvärd. Men allt detta ligger utanför statens ansvar, menar Göran Hägglund. "Själva utförandet av vården ligger i allt väsentligt på landstingsnivå." Därför vet han inte heller om det gjorts någon konsekvensanalys innan DRG-systemet infördes i Sverige.



Låt oss då ta några konkreta exempel på vad som kan inträffa när läkaren gjorts medveten om ersättningssystemet. Som redan nämnts har inte bara svenska landsting (dock icke alla) infört denna modell. I Tyskland, där det började användas 2003, sänkte DRG den genomsnittliga sjukhusvistelsen från 9,7 till 7,8 dagar – och berikade tyskan med ett nytt uttryck.

”Blutige Entlassung”, upplyser en doktor i Koblenz, betyder att man skriver ut en nyopererad ett par dagar för tidigt, i hopp att hemsjukvården sköter om hans sår. Och kommer den blodigt utskrivne tillbaka med ambulans får kliniken bokföra ett nytt vårdtillfälle och nya DRG-poäng – för samma diagnos.

I en artikel i Die Zeit under rubriken ”Nog med tystnadsplikt” vittnar doktorer om hur systemet med styckepris förändrar deras läkargärning. Låt mig referera:

Ambulansläkaren: Hon undviker numera att berätta hela sanningen om vad för slags patient som är på väg. Om jourhavande sköterska får höra att det är en 85-åring med misstänkt stroke, som dessutom bor på ett vårdhem, kan det visa sig att inget sjukhus i staden har en säng ledig.

Avdelningsläkaren: Han blir uppringd av dam på ekonomiavdelningen som ifrågasätter att en viss patient får antibiotika i tablettform. Ge honom intravenöst, säger ekonomen, det ger högre ersättning. Och för övrigt borde mannen skrivas ut. Han har redan kostat mera än sjukhuset får betalt.

Onkologen: En fyrtioårig kvinna håller på att dö i cancer. Hon har metastaser i ryggrad och i lever, bara ett par veckor kvar att leva. Han vill avbryta strålbehandlingen. Den gör ingen nytta längre, men är ytterst plågsam för den sjuka. Då får han order från sin överläkare att fortsätta stråla, med argumentet att kliniken förlorar

pengar om behandlingen pågår kortare tid än planerat. ”Hon var för svag för att värja sig... Hon litade på oss...s å vi strålade. ”Wir haben dieser Frau ihre letzten Wochen versaut.” ”Vi har förpestat hennes sista tid.”

Kirurgen: Drabbas man av pancreascancer finns det bara en chans till räddning: *Whipples operation*, där man tar bort magsäck, gallblåsa, bukspottkörtel och den översta delen av tunntarmen. Ett oerhört påfrestande ingrepp. Men om det lyckas kan patienten leva i månader och år. Problemet är att det lyckas mycket sällan på gamla människor. De får i regel infektioner och dör av blodförgiftning och organsvikt. Därför har man hittills satt en gräns vid 70 år. Nu är den gränsen borta, man opererar 80-åringar. Jag vet ingen i den åldern som repat sig efter ingreppet, de dör under svåra plågor. Det är inte människovärdigt att utsätta patienterna för ett sådant lidande. Men det finns ett incitament att göra det: Operationen och eftervården ger mycket höga DRG-poäng.

I reportaget citeras en schweizisk ekonomi-professor, Mathias Binswangers, omdöme om DRG-systemet: Det inför meningslös konkurrens på ett område som inte är en marknad. Det skapar perversa incitament, leder till absurda resultat och förstör vårdpersonalens motivation.

åt mig ge ett exempel på det perversa. *Never events* är ett begrepp för oacceptabla missgrepp inom vården, sådant som aldrig bör inträffa. Som att ge fel blodgrupp, glömma en operationsduk i buken, amputera fel ben, eller smitta patienten med HIV. När nu poängen med DRG-marknaden sägs vara att sporra sjukvården till högre kvalitet, undrar man förstas

Källor.

- **Åke André Sandberg:** Diagnoserrelaterade grupper. Liber utbildning 1994
- **”Välutbildade läkarsekretärer lönar sig”** Läkartidningen 16.05.2005..
- **”Gesundheitsreform. Das Ende der Schweigepflicht”** Die Zeit nr 21/2012.
- **Mathias Binswanger.** ”Sinnlose Wettbewerbe - Warum wir immer mehr Unsinn produzieren” (Meningslösa tävlingar. Varför producerar vi mer och mer nonsens.) Herder, Freiburg, 2010.
- **Læger: Giv os et system, som ikke indbyder til snyd.** Dagens Medicin 20.04. 2012
- **”Rygpatienter indkaldes seks gange for at sikre hospitalets økonomi.”** Dagens Medicin 20.09.2009
- **”Nu vill regionerna stoppe DRG-cirkus”.** Dagens Medicin 9.05.2011
- **”Skrot DRG-systemet”**, Dagens Medicin, 15.04.2011

hur systemet värderar missgreppen. Vi vet hur de värderas på den vanliga marknaden: Bilverktan kan inte räkna med betalning om bilen som de lagat inte startar.

Det visar sig att på vårdens låtsasmarknad gäller det omvända. Missgrepp belönas. Det är förstås inte meningen, men en logisk följd av styckepriset per diagnos och vårdtillfälle. Om en hjärtpatient halkar på otorkat golv och bryter benet, måste iväg till ortopedien för att gipsas och sedan återvänder till hjärtkliniken, är han enligt DRG-systemet ett nytt ”vårdtillfälle”, varför hjärtkliniken får betalt för honom en gång till. Samma gäller de flesta andra andra vårdskador. De genererar nya DRG-poäng.

”I princip blir vi belönade för feloperationer och vi tjänar gott om pengar på att påföra patienter infektioner”, stod det 2011 i den danska utgåvan av Dagens Medicin. Det var Per Okkels, direktör för Danske Regioner, som citerades under rubriken ”Skrot DRG-systemet”. Okkels trodde förvisso inte att sjukhus spekulerade i vårdskador. Men han fann det helt orimligt med ett prissystem som lockade till sådant – och som redan visat sig tubba läkarna till oetiska prioriteringar och fiffel med bokföringen. Då har bland andra danska reumatologer ertappats med att systematiskt kalla patienter till onödiga besök. ”Vi är tvungna att tänka kreativt... om vi skall få ekonomin att gå ihop”, förklarade överläkaren Claus Rasmussen i Hjørring.

”DRG har korrumpert oss”, sade Per Okkels.

P.S. Det visade sig att Per Okkels talade för många. Efter socialdemokraternas valseger 2011 kallades han till departementet med uppdrag att reformera ersättningssystemet. Utredning pågår.