

ONSDAG 20 FEBRUARI 2013 ● SVERIGES STÖRSTA MORGONTIDNING ● GRUNDAD 1864

Fel vård till rätt pris när landstinget leker affär

Läs del två i Maciej Zarembas granskning av sjukvården. Sidan 6-9

Swinging Sweden.

Festivalen Nordic Cool visar att vår del av världen är het i USA. Sidan 4-5

Säker solodebut.

Sibille Attar bjuder på extremt skickligt och melodiskt hantverk. Sidan 10





Patienten & prislappen

Hur mycket bonus ger ett benbrott?

Del 2. Vissa sjukdomar är mer lönsamma än andra när den svenska vården leker affär. I dag fortsätter Maciej Zarembas reportage om sjukvårdens stora systemskifte - från läkekonst till bokföring. **Text:** Maciej Zaremba **Illustration:** Malin Koort/NU Agency

Ryssar undviker att ta bilen i december. Då kan en oputsad bakruta ge skyhöga böter. Som dock kan bytas ut mot en rundlig gåva till konstapeln. Det är polisen som skramlar till julklapparna.

I december 2010 var det extra vådligt att köra bil också i Göteborg. Då var alla med rätt att bära polisbrickan ute på gatorna. Trafikpolisen låg nämligen efter med böterna. 35 000 skulle det vara, för att uppfylla årets produktionsmål. Man får anta att ett antal hustrumisshandlare fick härja fritt den kvällen. "Bedrövligt", tyckte konstaplarna. Men det var inte de som bestämde.

Också för svårt sjuka svenskar kan december vara en farlig månad. För det kan hända att ortopedkirurgerna inte tar de mest behövande först. De kanske ligger efter produktionsplanen och har fått order från klinikledningen att prioritera de enklaste fallen, som kan avverkas i större kvantiteter. Eller kanske tvärtom: De har redan uppfyllt planen och får inte betalt för fler ingrepp. Ber därför patienten att återkomma efter nyår.

I Ryssland stavas förklaringen till decemberbojan *korruption*. I Sverige stavas det *New public management*, som går ut på att också sjukvården och polisarbetet består av "produkter", som kan prissättas på samma sätt som varor.

Det kan tyckas märkligt att så helt olika fenomen kan få så lika effekter. Men vid närmare påseende är det inte märkligt alls.

I september kunde man i Läkartidningen läsa ett öppet brev till Filippa Reinfeldt. Doktor Nina Akerman tackade för musmattan och broschyrerna som Filippa skickat, kastade gåvorna i papperskorgen och slutade som läkare. Det fick vara nog med förnedring, stod det i hennes artikel.

Akerman var inte ensam. I uppropet "Låt patienten bestämma och vården vårda" protesterade 1300 läkare mot samma fenomen. Som denna gång gick ut på att läkarna skulle

använda besökstiden till att samla uppgifter om svenskarnas livsstil. Får man in en miss-handlad kvinna skall man först fråga om hon har margarin eller smör på mackorna, äter nog med frukt, motionerar 30 minuter varje dag samt om alkoholintaget överstiger 168 gram per vecka. Svaren skall (med personnummer) levereras till landstinget. Nej, läkarna är inte tvungna. Men vid utebliven rapport bestraffas mottagningen ekonomiskt. (Denna ordning gäller redan hos flera landsting.)

I läkarnas upprop stod det att besökstiden är till för patientens skull, inte för att tillfredsställa statens nyfikenhet. "Patienter söker för att de behöver hjälp, inte för att bli kartlagda." Det stod vidare att ovidkommande frågor förstör det sköra samspelet med patienten samt att svenskar lär tappa förtroende för läkare som snokar i deras liv. Det kan tyckas vara självklarheter. Det märkliga är att det behöver sägas, och med sådant eftertryck, efter sex år med en regering som påstår sig vara liberal.

Jag antar att om något parti föreslagit ett register över svenskar som missköter sin matsmältning skulle det bli upprörd debatt och en fråga för lagrådet. Tillåter grundlagen sådana register? Men som synes kan samma reform införas i löndom, gömd i en lista över sjukvårdens "prestationsersättningar". Det hade inte varit möjligt tjugo år tidigare. Men det blev alltså möjligt när våra politiker bestämde att sjukvården skall leka affär, definierade läkarens arbete som en rad "produkter" och började styra med hjälp av prislister.

Det är det nya med *New public management*. Att också integriteten – polisens, lärarens, läkarens – kan bli föremål för prissättning och köpslagan.

Det är det som Nina Akerman syftade på när hon skrev "förnedring", och det är också vad läkarupppropet djupast handlar om. De "prestationsersättningar" som numera styr

Reportageserien.



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

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

● **Nästa artikel** handlar om ett poängsystem som inte gör skillnad på god och dålig vård.

vården uppfattas av läkare som godtyckliga och korrumpande. "De går emot mina professionella bedömningar", skriver läkaren Saskia Bengtsson. "De försöker tvinga mig till åtgärder som jag ofta upplever som medicinskt felaktiga och kontraproduktiva. De stjäl resurser från det viktiga och får mig att prioritera bagateller."

Låt oss se vad det kan betyda i praktiken. Men först en nyhet: Den enkla frågan – hur betalas sjukvården i Sverige? – har numera inget svar. Den franska sjukvårdens ersättningsystem kan förklaras på en timme. I Sverige skulle det krävas en genomgång av tiotusentals prislister och avtal, olika för varje landsting och för vårdenheterna inom landstingen. Skillnaderna kan gälla praktiskt taget allt. Hur en viss operation betalas, hur olika diagnoser värderas, vad läkarna förväntas rapportera, vilka "kvaliteter" som ger bonus, till och med vilka läkemedel som det är mest lönsamt att skriva ut. Men även helt grundläggande saker, som vad som menas med "läkarbesök".

Inte ens en sådan utredning skulle dock ge klarhet, eftersom det förekommer hemliga avtal. (Socialstyrelsen kan inte upplysa om hur öppenvården i Kronobergs län betalas, eftersom själva prislistan visar sig vara en kommersiell produkt, omfattad av affärssekretessen.) Och för övrigt skulle en sådan utredning vara föråldrad dagen den blev klar eftersom "menyerna", som prislister kallas, ändras år från år.

Uppräkningar är trist läsning. Dessvärre kan det inte hjälpas här. Stora omvälvningar sker ofta i smått – och i detta drama bor djävulen sannerligen i detaljerna. Jag frågar Saskia Bengtsson varför det är så förargligt med de cirka 180000 kronor som landstinget lovar hennes vårdcentral för dokumenterade "läkemedelsgenomgångar" med äldre patienter. Det är väl bra att folk inte får i sig för mycket mediciner?

Patienten & prislappen

Nu har jag plöjt psykiatrins prislistor och kvalitetskriterier. Är det verkligen så att en mottagning där patienter går och dränker sig efter tionde besöket uppvisar högre ”produktivitet” än där patienter återfår livslusten efter fem besök? ”Ja”, svarar Anders Ivarsson Westerberg, ”det är precis så det fungerar.”

➔ Här är hennes svar:

”Här kommer fru Märta, 80. Jag har 30 minuter på mig att läsa in mig på sjukhistorien och vad som hänt sen vi sist träffades, titta över labprover som lämnats inför besöket, prata med patienten, undersöka henne, utföra eventuell behandling, ordinaera ytterligare prover och telefontid för provsvar, gå igenom läkemedlen med henne, skriva recept och eventuella remisser eller intyg, dokumentera besöket och lägga in en preliminärbokning för nästa besök.

Kanske har hon bara hypertoni och kärlkramp, men hon kan lika gärna vara diabetiker med svårreglerat blodsocker, hjärtsvikt, förmaksflimmer, Waran, KOL, vaxpropp, knäartros och ’jag har ett födelsemärke här på armen som blivit större’ och ’i förgår vaknade jag och hela rummet snurrade och sen mårde jag illa och nu är det som ett tryck här ovanför naveln som strålar ut mot sidan – kan det vara njurarna?’ och ’min son ska skilja sig och jag tycker så synd om barnbarnen och jag kan inte sova på nätterna’. Trettio minuter, som sagt. Om jag dessutom skall dokumentera att jag gått igenom läkemedlen, får jag ingen tid till själva genomgången.”

Hon visar mig dokumentationsmallen. Den består av 14 moment.

Det som gör doktor Bengtsson extra upprörd är att dokumentationen är ett spel för gallerierna. ”Jag kan ju faktiskt bara skriva in åtgärds-koden XVO12 utan att ha gjort någonting och kvittera ut belöningen. Det är omöjligt att kontrollera. Skulle vilja vara en fluga på väggen när vårdvalsenheten kontaktar 80-åriga Märta ett halvår efter besöket och frågar vad doktorn och hon egentligen pratade om.”

De mest välkända av prislistorna är ”Vårdgarantin” och Göran Hägglunds kömiljard som sporrar sjukhusen att ta emot patienter inom bestämd tid (se faktaruta).

”Får vi en miljard för att beta av köerna? Var så god!” Martin Wohlin, läkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, är så rasande att rösten stockar sig. ”Vi ställer in alla återbesök, minskar akuttiderna och cashar in. Stackare som haft en hjärtinfarkt och de som vi bytt höft på får sitta hemma och titta om recept och återbesök. De är inte välkomna förrän kömiljarden är i hamn.”

Menar doktor Wohlin att han sorterar bland patienter? ”Aldrig i livet. Men det hjälper inte att jag önskar återbesök inom 2–3 månader om någon chef högre upp kräver ett schema utan återbesöksstider. I stället bokas nybesök, som ger klirr i kassan. Så de redan sjuka blir sjukare under tiden och till slut så dåliga att de tvingas till akutmottagningen. Där har du en del av förklaringen till de senaste årens överbelastade akutmottagningar, tror jag.”

”Populism” är det mildaste bland omdömen

Kömiljard och vårdgaranti

● **Vårdgarantin** är en förordning (2010:349) som kan sammanfattas med siffrorna 0-7-90-90. Landstingen skall se till att patienten får kontakt med hushälkaren samma dag, får tid inom 7 dagar, inte behöver vänta längre än 90 dagar på besök hos specialist och därefter högst 90 dagar på operation eller behandling.

Klarar inte landstinget tiderna skall medborgaren erbjudas vård hos en annan vårdgivare.

● **Staten fördelar** en miljard kronor årligen mellan de landsting som lyckas uppnå följande: minst 70 procent specialistbesök och samma andel behandlingar/operationer inom 60 dagar från remiss.

● **I nästa steg** betingar landstingen sina sjukhus och vårdcentraler. I regel genom ett procentpåslag på budgeten för de enheter som uppfyller målen. Och i tredje steg försöker de lokala cheferna att korta väntetiderna för nybesöken. Det är nämligen bara nybesök som omfattas av betinget. Alltså uppstår ett incitament att prioritera nybesök och enkla fall på bekostnad av den övriga vården.

Wohlin öser över den reformen. Han är inte minst bedrövad å professionens vägnar.

Martin Wohlin har goda skäl. Det framgår av Socialstyrelsens granskning att tusentals allvarligt sjuka har fått stå tillbaka för de lukrativa nybesöken, somliga med bagatellartade åkommor.

Bara i Örebro har till följd av ”vårdgarantin” 14 000 kroniker fått vänta längre på behandling än vad som var medicinskt acceptabelt. I Västernorrland har 13 personer fått permanenta synskador på grund av försenade kontroller. Två förlorade synen helt och hållet.

Om dessa vanvårdade vill stämna ”vårdgivaren” för brott mot lagen (”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”), mot vilka skall de föra talan? Mot läkarna, som handlat mot bättre vetande – eller mot politikerna, som tubbat dem till detta?

Jag ber socialminister Göran Hägglund besvara denna fråga. Han säger först att han är stolt över att kömiljarden kapat väntetiderna: ”Det är hälften så många människor i köerna mot förr i tiden, och de väntar ungefär hälften så lång tid.” De bieffekter som man nu rapporterar bygger på mycket små underlag, säger socialministern. Men han är beredd att se över systemet, om det skulle visa sig att det tränger undan kroniskt sjuka. Göran Hägglund vill betona att innan han sjösatte kömiljarden fick Socialstyrelsen i uppdrag att undersöka om det fanns en sådan risk. Svaret var nej.

(Göran Hägglund måste minnas fel. Socialstyrelsen har aldrig gjort en konsekvensanalys inför ”kömiljarden”, än mindre utfärdad frisedel. I den rapport han syftar på finns varken begreppet kömiljard eller ens idén att locka sjukhusen med pengar. Utredningen utvärderar ”vårdgarantin”, innehåller mängder med exempel på hur den missgynnar kroniker och äldre, varpå man drar slutsatsen att det saknas data för att dra säkra slutsatser.)

Jag upprepar min fråga: Är den som skapar ett incitament ansvarig för de oönskade bieffekterna? ”I någon mening ja, naturligtvis”, svarar Göran Hägglund. Men han understryker att det är landstingens ansvar att se till att lagen följs. Men landstingen, säger jag, utfärdar bara ett nytt incitament: enskilda sjukhus och vårdcentraler får del av pengarna om de uppfyller målen. Så vem skall de synskadade i Sundsvall stämna? ”Vårdgivaren, sannolikt en viss ögonklinik, som inte har följt regelverket.”

Kan verkligen en maktavare som utfäster ett incitament svära sig fri från de oönskade konsekvenserna? Men vilka argument skulle det vara? Att han inget visste om människans natur? År 2007 hände något märkligt med Londons

ambulanser. Sträckor som de tidigare klarade på en kvart kunde nu ta två timmar. Eller så fick en patient med brutet ben sitta i ambulansen i flera timmar innan han blev insläppt på akuten. Och efter varje leverans tog ambulanspersonalen god tid på sig innan de stod redo för nästa uttryckning. Vid 14 700 tillfällen (under ett år) tog det över en timme. Orsaken? Ett regeringsbeslut att bestraffa akutmottagningar där det tog mer än fyra timmar från inskrivning till behandling. Då såg sjukhusen till att inte släppa in patienter förrän man var säker på att kunna klara gränsen.

Flera svenska landsting har infört samma mål. Ortopeden Karin Bernhoff: ”Dagligen ser jag effekterna av detta system. Hur man skyfflar läkare till akuten för att hjälpa folk med stickor i fingrarna medan människor med brutet höft får vänta i dygn på sin operation. Det ena ger vite, inte det andra. Varför kan jag aldrig få en operationssal till mina riktigt sjuka som riskerar liggsår, blodproppar och lungfunktionsnedsättning om de väntar? Men jag tvingas schemalägga en extra jourlinje på akuten för att en 80-talist med tennisarmbåge inte vill gå till sin vårdcentral utan ska träffa en ortopedspecialist inom 4 timmar! Jag har ingen chans att som läkare göra någon vettig prioritering. Jag ser att det är helt galet men vad ska jag göra?”

”Jag tvingas”, säger doktor Bernhoff. Av vem? Sorteringen av patienterna sker diskret och tekniskt, utan att någon skall behöva känna sig direkt ansvarig. Ofta är läkare och sköterskor inte ens tillfrågade. Någon administratör högre upp ser till att operationssalen redan på morgonen är inbokad för de fall som är bäst för statistiken.

Somliga prislistor borde en åklagare granska med en gång. Vad sägs om 7 527 kronor i ”prestationsersättning” som landstinget i Halland betalar för varje dement åldring som läkarna förmått att lämna *informerat samtycke* till att få sina journaler och persondata införda i ett centralregister. Somliga läkare har vägrat denna handel. Andra har varit desto flitigare.

Andra prislistor korrupperar mer indirekt. Om en psykolog efter fyra möten inser att patienten behöver en annan sorts hjälp (vilket inte är ovanligt), är det enda försvarbara att avbryta. Så säger kårens etiska regler. Samma sak gäller om patienten säger: ”tack, men jag tror inte du kan hjälpa mig”. Men så går det inte längre till i staden N. Nu är det mest sannolika att patienten övertalas att fortsätta. Förklaringen finns i en osannolik prislista som landstinget påtvingat sina psykologer. Pågår behandlingen kortare tid än sex möten, får de bara betalt för ett.

En av mina källor, en psykolog som vägrat finna sig i detta, har dåligt samvete. Mot sina kolleger, säger han. Visst, han har räddat sin he-

der. Men gör de andra likadant, går deras mottagning i konkurs. Han känner sig ... osolidarisk.

Hade det varit radio skulle jag här lägga in en paus. Och kanske en nocturne av Chopin.

Dags för en muntration. Sedan 2011 gäller i Norrbotten att om en läkare inte bara råder Nilsson att röra på sig litet mer utan även skriver ned det på ett papper, får vårdcentralen 750 kronor extra. Det kallas FaR, Fysisk aktivitet på Recept. Politikerna sporrar läkarna att befordra sund livsföring.

Säg inte att prislistor inte får effekt. År 2010 skrevs i Norrbotten 600 sådana "recept". Två år senare var de närmare 8 000. Kostnad: Sex miljoner kronor, som får tas från andra verksamheter.

"Vad tycker du att jag skall göra", säger en psykiater i södra Sverige, "lyda den idiotiska prislistan och svika patienterna eller fibbla med bokföringen så att vi får råd att fortsätta? Vilket jag än väljer blir jag korrumpierad." Hennes klinik har utvecklat en modell för patienter med psykos, där man drar in närstående i terapin. En stor succé, de får till och med ett pris. Men så ändrar landstinget plötsligt i prislistan. Nu får mottagningen noll ersättning för kontakter med anhöriga, men desto mer för andra möten. Från dag till annan är deras modell borta från menyn.

Prislistorna lockar till antingen felbehandlingar, fusk eller bådadera, säger distriktsläkare Bengt Järhult. Han berättar att i många lands-ting får vårdenheter bonus om de lyckas hålla blodsockerhalter hos sina diabetiker under en viss gräns (HBAIC-provet visar det). "Följer läkaren ekonomistyrningen, att nå dessa så kallade kvalitetsmål, riskerar han att ta livet av några patienter", säger Järhult. "Den låga parametern är framtagen för en genomsnittlig yngre diabetiker. Tillämpas den på gamla kan de hamna i för lågt blodsocker, få hjärnskador eller dö. Politiker och administratörer begriper inte konsekvenserna av sin ekonomiska detaljstyrning av läkares medicinska verksamhet."

Järhult berättar att han ertappar sig själv med att leta allt tyngre diagnoser. Om Nilsson söker för förkylning och tidigare har behandlats för kräfta är det frestande att skriva "Tillstånd efter cancer" bland bidiagnoserna. Helt ovidkommande för just det vårdtillfället – men gynnsamt för ersättningen.

"Jag kommer ju inte att registrera ett korrekt uppmätt värde på 131 mmHg systoliskt blodtryck om bara 129 mmHg eller därunder ger vårdenheten ekonomisk belöning", skriver Bertil Hagström i Dagens Medicin. "För mig och den enskilde patienten är detta egalt, men kanske inte för vårdenheten, som ofta brottas med budgetunderskott. Jag kan ge exempel på en mångfald av liknande manipulativa registreringsriffel med samma syfte. Jag har till exempel aldrig skrivit så många diagnoser på varje enskilt patientärende som under den sista tiden, allt på order från 'ovan', med syftet att få mer pengar till vårdcentralen."

Citatet belyser varför så många läkare föraktar de flesta av dessa prislistor. Strider de inte mot vetenskapen eller mot etiken eller inbjuder till manipulation, förmedlar de en bild av svenska läkare som så inkompetenta att de måste tubbas till rätt behandling med piskor och morötter. Det finns vårdcentraler där läkare försetts med inplastade checklistor att bära i fickan. Där står de frågor som det är lönsamt att ställa till patienten. Om vad de brer på mackorna, till exempel. Svaren må vara irrelevanta för vården, men inte för ersättningen. (På andra ställen har man rationaliserat saken: redan i väntrummet får patienten själv fylla i ett formulär.)

Behöver jag berätta vad vårdens lätsasmarknad gör med sjukvårdsstatistiken? År 2007 varnade överläkare Gunnar Akner för att den håller på att göra flera av de medicinska registren värdelösa. Det som hamnar i dem nu för tiden är inte de mest relevanta uppgifterna, utan de diagnoser och åtgärder som doktorerna får betalt för. Bokföringen, inte läkekonsten, styr inflödet till vetenskapliga databaser.

Kanske behövs en skruvad liknelse för att klagöra vad det innebär. Det är som om den främsta källan till en biografi över Olof Palme bestod av hans sparade kvitton.

Gunnar Akner visste inte hur rätt han hade. Redan fem år senare kan inte forskare tolka tabellerna över svenskars sjuklighet utan tillgång till prislistorna. Vad kan förklara epidemin av depressioner som år 2011 drabbade två vårdmottagningar i Ljungby men skonade den i Lagan, två mil därifrån, samt alla andra i omnejden? Det kan förstås inte uteslutas att det var något särskilt med stämningen i Ljungby just det året. Men kanske var det bara några läkare som var snabbare än kollegerna med upptäckten att enligt den nyaste prislistan kunde bidiagnosen "depression" högst avsevärt höja ersättningen för såväl ryggsnitt som astma.

Hälsoforskare lär få problem också på annat håll. Det gäller exempelvis att veta exakt när ett visst landsting slutade betala per diagnos. Barnläkaren Håkan Westerlund berättar: "En kväll när chefen räknade ihop min ersättning undrade hon om föräldern till ett visst barn varit orolig. Jag sa att det brukar föräldrar vara. Hon frågade då om jag inte hade försökt ta hand om den oron. Jag sade att det brukar man göra. Anledningen till denna omsorg var att ett besök för öroninfektion gav 400 kronor, men om det samtidigt fanns oro med i bilden så kunde man sätta en psykiatrisk diagnos och fick då 800."

När eftervärlden skall förstå varför så många barn i Sveriges 2010-tal bokfördes som avvikande lär prestationsersättningar vara till viss hjälp. Jag läser i landstingets avtal att psykiatrin i sydvästra Stockholm årligen skall misstänka 300 fall av adhd/Aspergers syndrom. Utredning man färre blir det avdrag i anslagen. Södertälje kommer undan med 140 fall. Men i norra Stockholm skall de bli 500. Vad jag kan se är bokstavsdiagnosen *den enda* där politikerna försäkrat sig om en säker leverans. Det finns inga budgetkrav på depressioner, psykos eller bulimi.

Jag skrev i den förra artikeln att det är omöjligt att se någon idé om vården i dessa prislistor. Men det går att se ett mönster. Jag kör en privat simulering på ett urval av landstingens regelböcker för primärvården. Ut faller följande rekommendation:

Etablera dig bland välmående övre medelklass. Undvik områden med invandrare och äldre. Fråga aldrig en patient varför hon verkar sorgsen, det kan förlänga besöket. Men fråga alla hur många gånger per vecka de äter (fet) fisk. Det ger bonus. Se till att överföra dina sjukaste patienter till äldreomsorgen, då slipper du utgifter för provtagningar och remisser. Anställ en expert som vet hur man bäst fyller i landstingens formulär. Det ger extra bonus. Tveka aldrig att låta en astmatiker vänta på kontroll, om du kan fylla tiden med lätta förkylningar. Anställ nybakade doktorer till lägsta pris; läkarnas kvalitet har ingen inverkan på dina prestationspoäng. Introducera "drive-in" för ospecificerad trötthet på måndagsmorgonen och sponsra en populär bloggare att vittna om hur mysigt det var att bli palperad av de sammetsögda doktorerna på din central. Har jag glömt något?

Jovisst, trappan! I Dagens Medicin överväger två ortopedier att bygga en spiraltrappa till mottagningen. Den skulle hindra de mest ledbrutna från att komma till, varmed vårdkvaliteten genast skulle höjas, liksom intäkterna.

Ovanstående recept är ingen satir, dessvärre. En vårdcentral som följde dessa råd skulle både tjäna bra och framstå som föredömlig – ur kvalitetssynpunkt.

Det skall erkännas att er reporter in i det sista misstrodde sina egna rön. Ortopederna här ovan tar väl i? Det är väl inte möjligt att sjukvårdens prestationssystem skulle innehålla hundratals krav på tider, mängder och volymer – men nästan inga alls på vårdens kvalitet? Men så läser jag ännu en vårdchef uttala sig i medierna. Hans psykiatriska personal "producerar" för litet klagar han. Vad är då måttet på tillverkningen? Nyktra alkoholister? Nej, det är antalet

Källor.

- **Stefan Holgersson:** Yrke: Polis. 2005
- **Anders Ivarsson Westerberg:** Papperspolisen. Den ökade administrationen i moderna organisationer. Handelshögskolan 2004
- **Nina Akerman:** Husläkare tackar för musmatta men tänker gå vid 62. Läkartidningen 5.07.2011
- **"Låt patienten bestämma och vården vårda."** Norrbottensupp-ropet, <http://lab2x.mediahuset.se>
- **Saskia Bengtsson:** Prestationsersättningar i primärvården. Läkartidningen 31.01.12
- **"Scandal of patients left for hours outside A&E"** The Observer 17.02.08
- **"Vårdgaranti för vissa"**, P1, 25.05.2012
- **"Demensregister"** P1 5.7.12
- **"Uppföljning av den nationella vårdgarantin"**, Socialstyrelsen 2008.
- **Bertil Hagström:** Snälla politiker: Sluta att förstöra kvalitetsregistren. Dagens Medicin 12.4.2012
- **Gunnar Akner:** Stort behov av generalistorienterad analysstöd-jande hälsoinformation. Läkartidningen 22.08.2007
- **Olof Nilsson och Olle Svensson:** Ett anspråklöst förslag för ortopedin. Dagens Medicin 45/2007.
- **Henrik Berggren:** Fastna inte i ideologistråd. Axess nr 1/2013

"pinnar", det vill säga hur många patientmöten som personalen avverkar per dag.

Som en sista utväg kontaktar jag experten. Anders Ivarsson Westerberg är nybliven föreståndare för Förvaltningsakademien (Centrum för högre förvaltningsutbildning och forskning vid Södertörns högskola). Han vann berömmelse redan 2004 med "Papperspolisen", som analyserade effekterna av New public management på polisarbetet. Där framgick bland annat att om ett polisdistrikt ville höja "produktiviteten" (och anslagen) var det en dålig idé att spana in en månad för att spränga ortens knarkdepå. Man fick fler "pinnar" genom att en morgon plocka in fem välkända pundare för rutinkontroll. Alltid fann man några gram. Tillslag som tillslag.

Nu utforskar Ivarsson Westerberg sjukvårdens styrprocesser. Rädda mig, säger jag, säg till mig att jag missat någonting, för jag kan inte tro det jag hör och läser. Nu har jag plöjt psykiatris prislistor och kvalitetskriterier. Är det verkligen så att en mottagning där patienter går och dränker sig efter tionde besöket uppvisar högre "produktivitet" än där patienter återfår livslusten efter fem besök?

"Ja", svarar Anders Ivarsson Westerberg, "det är precis så det fungerar."

Det mesta av debatten kring sjukvården handlar om privata företag som skor sig på skattemedel. Vilket borde förhindras, förstår man. Men knappt någon har noterat att det betalssystem som politiker av alla kulörer påtvingat den offentliga vården bygger på samma sorts vinsttänkande som de fördömer hos den privata. Om så alla riskkapitalister drivits ut från vården skulle nästan ingenting förändras. Patienter som försummas av omsorg om aktiekursen skulle fortsätta att försummas – av omsorg om vårdenhetens imaginära "produktivitet". Dock med den bisarra skillnaden att nu skulle inte ens någon kupongklippare tjäna på eländet.

maciej.zaremba@dn.se

