

# Diagnoser som styringshybrider

## *Diagnoserelaterede grupper i sundhedsvæsn*

Claus Bossen, Peter Danholt & Morten Bonde Klausen

---

Informationsvidenskab, Aarhus Universitet  
*clausbossen@cc.au.dk, pdanholt@dac.au.dk, & imvmbk@au.dk*

Bossen, Claus; Danholt, Peter & Klausen, Morten Bonde (2016). 'Diagnoser som styringshybrider: Diagnoserelaterede grupper i sundhedsvæsn' i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 25, 101-127.

*Denne artikel viser, hvordan diagnoser indgår som centrale komponenter i en styrings-infrastruktur på sundhedsområdet. Herved opnås en forståelse af diagnoser som 'styrings-hybrider', som på en og samme tid betegner patienters lidelser og deres regnskabsmæssige værdi i systemer af Diagnose-Relaterede Grupper (DRG). DRG er et internationalt udbredt system til at knytte patienter og deres behandlingsomkostninger sammen i faste kategorier med henblik på at måle hospitalers produktivitet. Med afsæt i Science-Technology-Studies (STS)-feltet analyserer artiklen, hvorledes diagnoser overskrider deres kliniske funktioner, og transformeres til DRG i en styrings-infrastruktur, der forbinder stat, regioner og hospitalsafdelinger. Formålet er at bidrage til en forståelse af diagnosers rolle som infrastrukturende og således som både dele af en infrastruktur og som performative elementer med væsentlige samfundsmæssige betydninger og funktioner. Artiklen præsenterer analyser af (i) hvorledes diagnoser spiller en central rolle i et historisk skifte i magtforholdet mellem lægefaglige og stat, (ii) hvordan behandlingen af diagnoser med DRG bliver et administrativt anliggende, der kræver nye særskilte kompetencer og funktioner, (iii) hvordan diagnoser som grundkomponenter i DRG muliggør finansieringsmodeller og forfølgelsen af en række styringsmæssige mål, som forhen ikke var mulige, og (iiii) hvordan DRG-systemet har afstedkommet kritik af dets effekter som incitaments-system. Endeligt reflekterer artiklen over, hvordan DRG-systemet alternativt kan anskues som en*

*samfundsudviklende infrastruktur, idet det forsamler og skaber gensidigt involverende interaktioner imellem politiske, administrative og sundhedsprofessionelle domæner. En sådan indsigt bidrager til en udvidet forståelse af infrastrukturers roller som aktører snarere end blot redskaber i samfundet.*

### *Diagnoses as governance hybrids: Diagnosis related groups in healthcare*

*This paper analyses how diagnoses comprise a central component in the governance infrastructure of health care. A view upon diagnoses as 'governance hybrids' enables a perspective that sees diagnoses simultaneously as designating patients' diseases and their accountable value in the system of Diagnosis Related Groups (DRG). DRG is an internationally widespread system that categorises patients into groups that are clinically meaningful and have approximately the same average costs. Based on Science-Technology-Society studies (STS), the paper analyses how diagnoses transgress their clinical functions and are transformed into DRG in a governance infrastructure that connects the state, regions and hospital departments. The aim is to contribute to an understanding of diagnoses as infrastructuring and hence as both parts of an infrastructure and as performative elements with societal consequences. The paper presents analyses of (i) how diagnoses play a central role in a historical change in the power relations between clinicians and the state, (ii) how processing of diagnoses through DRG becomes an administrative matter requiring new special competences and functions, (iii) how diagnoses as part of DRG enables financial modeling and pursuance of governance goals that were not previously possible, and finally (iv) how the DRG system has spurred criticism due to its perceived effects as an incentive system. Lastly, the paper reflects upon how the DRG system can be regarded as an infrastructure that develops and constitutes society, because it gathers and creates mutually involving interactions between political, administrative and healthcare professional domains. Thus infrastructures such as DRG are not only tools, but also societal actors.*

## Indledning

I en gængs forståelsesramme er diagnoser lægefaglige bestemmelser af de lidelser. Men diagnoser kan herudover få andre væsentlige funktioner. Det viser denne artikel, hvis formål er at udfolde og demonstrere, hvordan diagnoser har virket befordrende for nogle væsentlige styringsmæssige ambitioner og forandringer på sundhedsområdet. Det kommer konkret til udtryk i systemer af såkaldte Diagnose-Relaterede Grupper (DRG-systemet), som anvendes til finansiering og styring af sundhedssektorer verden over (Busse et al. 2011). I sådanne systemer grupperes

enkeltdiagnoser på klinisk meningsfulde måder, hvor de dernæst kobles med en takst for den gennemsnitlige behandlingsomkostning inden for gruppen. Koblingen mellem diagnoserelaterede grupper og behandlingsomkostninger gør det muligt, at synliggøre sammenhængen mellem omkostninger og aktiviteter – det vil sige produktiviteten på hospitaler.

I DRG indtager diagnosen således en hybrid karakter, idet den på én og samme tid er en sygdomsklassifikation og en markør, der medvirker til at gøre patienter til omkostningsenheder. Denne dobbelte funktion giver anledning til at anskue og udfolde diagnoser som 'styrings-hybrider'. I artiklen sker det gennem analyse af, hvordan diagnoser har muliggjort og virker understøttende for en styringsinfrastruktur baseret på DRG, som har fået en stadigt mere central rolle i styringen af det danske sygehusvæsen. Hovedformålet er at udvikle og bidrage til en forståelse af, hvordan diagnoser ikke blot er deskriptive kategorier, men performative størrelser, som har væsentlige samfundsmæssige og kulturelle betydninger. Relevansen af denne forståelse er demonstreret blandt andet inden for psykologien, hvor studier har belyst, hvordan diagnoser medvirker til at forme såvel selvforståelsen hos det diagnosticerede subjekt som de samfundsmæssige og kulturelle praksisser, hvorigennem der drages omsorg, udvises hensyn og tildeles velfærdsydelser til den diagnosticerede (Brinkmann & Petersen, 2015; Duchan & Kovarsky, 2006). Artiklen deler denne performative forståelse, men anlægger i stedet for et perspektiv på subjektet - et fokus på hvordan diagnoser understøtter og former en infrastruktur, der tjener styringsmæssige mål.

Infrastruktur er derfor et centralt begreb for artiklen. Her hentes inspiration fra Bowker & Star (2000), som peger på, at infrastrukturer er allestedsnærværende i vores samfund, hvor de samtidigt har politiske og værdimæssige konsekvenser, som typisk går ubemærket hen. Sidstnævnte skyldes, at velfungerende infrastrukturer netop kendetegnes ved ikke at påkalde sig opmærksomhed, og derfor er de vigtige at studere. Endvidere er infrastrukturer *relationelle*, det vil sige, for nogle er de befordrende, mens de for andre udgør forhindringer (eksempelvis en trappe for en kørestolsbruger). En endelig pointe, som er særligt vigtig for denne artikel, er, at infrastrukturer ikke blot er materielle og statiske anordninger, der efter installering blot vedbliver. Nej, infrastrukturer kræver kontinuerligt vedligehold og arbejde. I det lys består undersøgelsen af infrastrukturer i høj grad i undersøgelsen af *infrastrukturering* - altså den aktive opretholdelse og vedligeholdelse af infrastrukturer samt de nye praksisser, infrastrukturer genererer.

Artiklens bidrag består i at synliggøre, hvordan diagnoser indgår i, former og muliggør en styringsinfrastruktur - dels gennem et historisk blik på udviklingen

af DRG, dels gennem en belysning af hvordan DRG-infrastrukturen i Danmark opererer og vedligeholdes samt hvilke problemstillinger, den giver anledning til. Dette udmønter sig i fire analyseafsnit, som bidrager med forståelse af diagnosers performative egenskaber i tilknytning til DRG-infrastrukturen. Herunder (i) hvordan udviklingen af DRG-systemet indebar diagnosers transformation fra lægefaglige til styringsmæssige redskaber; (ii) hvordan behandlingen af diagnoser i DRG bliver en ny særskilt administrativ kompetence; (iii) hvordan diagnosers transformation til DRG-takster muliggør nye styringsmekanismer mellem stat, regioner og hospitaler, (iiii) og hvordan DRG-infrastrukturen afstedkommer kritik af dets effekter.

Der eksisterer allerede en omfattende litteratur omhandlende DRG, som blandt andet belyser systemets negative konsekvenser (se f.eks. Ellis & McGuire, 1996; Neby et al. 2013; Riiskjær et al. 2011; Samuel et al. 2005) og dets instrumentelle kapaciteter til at tjene styringsmæssige mål (f.eks. Bech et al. 2006; Busse et al., 2011). Denne artikels primære formål er at bidrage til forståelser af diagnosers performativitet. Men det infrastrukturelle perspektiv implicerer også, at DRG kan anskues empirisk nært og med interesse for, hvordan systemet konkret opererer og vedligeholdes som en infrastruktur i stedet for fra et kritisk eller instrumentalistisk perspektiv. Dette perspektiv skærper vores forståelse af det kontinuerlige og i mange henseender usynlige arbejde, som diagnoser udfører i DRG, samt det arbejde og de diskussioner, DRG-systemet 'kaster af sig'. Vi håber således, at artiklen vil bidrage til en nuanceret forståelse og værdsættelse af de roller diagnoser og styringsinfrastrukturer, som DRG-systemet spiller i samfundet.

Artiklen er struktureret på følgende vis. Først udfoldes den teoretiske forståelse af diagnoser som styrings-hybrider i en infrastruktur. Vi belyser, hvordan diagnoser i antropologiske og sociologiske studier er udlagt som kulturelt og teknologisk betingede fænomener. I forlængelse heraf peger vi på, at diagnoser udover at være kulturelle produkter også kan anskues som virksomme, performative størrelser i deres egen ret (se f.eks. Hacking, 1991). Det vil sige som størrelser med generative effekter, der overskrider deres funktion som værende markører af sygdom og lidelse. Denne teoretiske grundtanke motiverer artiklens analyse af diagnosers hybride funktioner som både medicinske klassifikationer af sygdom, og klassifikationer, der understøtter en styringsinfrastruktur på sundhedsområdet.

*Det første* analyseafsnit belyser DRG-systemets oprindelse i USA. Det viser, hvordan diagnosen blev det interventionspunkt, hvormed staten opnåede mulighed for at stille lægefaglig ekspertise til regnskab. *Det andet* analyseafsnit gennemgår DRG-infrastrukturen i Danmark, og belyser centrale tekniske og prakti-

ske aspekter heraf. Det sker gennem undersøgelsen af den relativt automatiserede proces, hvormed patientforløb kategoriseres og værdisættes i DRG-systemet på baggrund af data fra elektroniske patientjournaler. Afsnittet viser dels, hvorledes diagnoser rent teknisk og konkret understøtter og muliggør styringsinfrastrukturen omkring DRG, og dels hvordan denne infrastruktur har nødvendiggjort nye særskilte DRG-administrative kompetencer. *Det tredje* analyseafsnit belyser de finansieringsmodeller, som findes i DRG-infrastrukturen i Danmark, og peger på hvordan diagnoser, efter deres transformation til DRG-takster og -grupper, virker muliggørende for en række forskelligartede styringsmekanismer, som binder stat-regioner-hospitaler-afdelinger sammen. *Det fjerde* og sidste analyseafsnit diskuterer hvordan DRG-infrastrukturen giver anledning til kritik og problematisering af, at der 'sættes pris på patienten' (Riiskjær et al. 2011). Afsnittet reflekterer over, hvordan ideen om den profitmaksimerende *homo economicus* fremstår som betydelig metafor for kritik og problematisering af DRG-systemet, og hvordan DRG-infrastrukturen alternativt kan anskues som et *Ting* (jf. Latour 2005), der virker samfundsudviklende ved at skabe gensidigt involverende relationer på tværs af politiske, administrative og sundhedsfaglige domæner.

## Empiri

Artiklen trækker på forskelligt empirisk datamateriale - herunder på policy-dokumenter om styring og finansiering af sundhedsområdet, oplysningsmateriale om DRG-systemet fra Statens Serum Institut (SSI), debatindlæg i aviser og fagblade, samt enkelte interne notater fra hospitaler om DRG-registrering<sup>1</sup>. Derudover har følgende interviews dannet baggrund for artiklen: et interview med to medarbejdere fra SSI om det praktiske arbejde med at administrere DRG-systemet i Danmark og interviews med ledende overlæger og sygeplejersker fra ni hospitalsafdelinger, som blandt andet har omhandlet DRG set fra afdelingernes perspektiv. Sidstnævnte interviews er foretaget i forbindelse med følgeforskning i et udviklingsprojekt i en dansk region, der søger at finde alternativer til DRG-styringen. Disse interviews danner baggrund og inddrages kun delvist, idet artiklens hovedformål er udviklingen af det teoretiske bidrag om diagnosers performativitet i forbindelse med DRG.

## Diagnoser som infrastruktur

Diagnose kommer af det græske *diagignōskein*, som betyder at bestemme gennem adskillelse, det vil sige at være i stand til at bestemme en genstand eller lidelse gennem sammenligning med andet. Diagnosen anses som en basal præmis for håndteringen af en lidelse og for behandlingen af en patient. I en positivistisk medicinsk forståelse indebærer diagnosen, at lidelsen får en objektiv selvberørende karakter uafhængig af det kliniske blik eller instrument. Historisk betragtet sker der med medicinen og den medicinske praksis op igennem det 17. og 18. århundrede en bevægelse mod objektivisering og synliggørelse af lidelser. Fokus var her på at frembringe og synliggøre lidelsen blandt andet ved at gøre den sansbar eksemplificeret ved stetoskopien. Stetoskopet skabte auditiv adgang til kroppens indre; det gjorde brysthulen hørbar for lægen. Konsekvensen var i samme omgang, at patientens egen beretning om oplevelsen af lidelsen blev sekundær. Diagnostikken er således en praksis, der skaber et bestemt *blik* på lidelsen, hvori den *iagttagende* (lægen) indtager rollen som det aktive subjekt, og den *iagttagede* (patienten og lidelsen) tildeles rollen som passiv genstand og objekt (Foucault, 2003). Det må retteligt bemærkes, at dette blik som ethvert andet blik er kendetegnet ved at være partikulært og 'rettet'; *Noget* ses, men på bekostning af, at andet ikke ses (Haraway, 1991; Latour & Hermant, 1998)<sup>2</sup>.

Frem til i dag er arbejdet med at objektivere lidelser intensiveret med anvendelse og udbredelse af stadig mere sofistikerede teknologier og teknikker, såsom ultralyd, CT- og MR-scanninger (Brown & Webster, 2004). Det er samtidig tydeligt, at de diagnostiske apparater ikke blot skaber erkendelsesmæssig adgang til lidelsen, men også må betragtes som aktive medskabere af diagnosen. Man kan pege på de diagnostiske apparater og teknikker som *medierende* og *sam-konstruerende*; de bidrager til en *omformning* af den lidelse, de udpeger og bestemmer (Verbeek, 2011). Eksempelvis viser Moser (2008), hvordan scanninger har medvirket til at objektivere Alzheimers til en sygdom, der findes i hjernen, og således også må behandles med indgreb i hjernen. Dette til trods for at behandlingsformer, der arbejder med de sociale relationer, hvori patienten oplever lidelsen, har vist sig mere effektive, men som er blevet reduceret til alternative behandlingsformer, da de ikke vedrører sygdommen 'i sig selv'. I det lys er diagnoser historiske og kulturelle artefakter, som opnår deres karakter og egenskaber i samspil med de konkrete apparater og medicinske forståelser og metoder, de er knyttet sammen med (Berg & Mol, 1998; Mol, 2003). Sideløbende med påpegningsen af teknologiers sam-konstruktion af diagnoser, er det blevet påpeget, at diagnoser er historisk

og kulturelt kontingente, og at de har betydelige identitetsskabende effekter. Ikke blot bidrager retten til at stille diagnoser til lægers profession og autoritet. Diagnoser producerer også nye rum for selvfortolkning og –forvaltning til den diagnosticerede med stigmatiserende eller befriende effekter til følge (Brinkmann, 2010; Duchan & Kovarsky, 2006; Hacking, 1991).

I forlængelse af sådanne nuanceringer af den naturvidenskabelige forståelse af diagnoser bidrager denne artikel til en forståelse af, hvorledes diagnoser virker befordrende og understøttende i styrings-infrastrukturer. Som de amerikanske videnskabs- og teknologisociologer, Bowker og Star, påpeger så gælder det, at 'gode infrastrukturer er svære at finde' (2000, s. 33) - i den dobbelte forstand, at infrastrukturer kræver en betydelig indsats at opbygge og få til at fungere, og når først de er velfungerende, glider de i baggrunden, tages for givet og bliver 'usynlige'. Så længe infrastrukturer er usynlige, vil deres praksis-, organisations- og samfundsformende effekter også være det. Synliggørelse af infrastrukturer kan dermed tjene til at påpege det arbejde, som infrastrukturer forudsætter; at påskønne de praksisser de muliggør; og endeligt til at diskutere de implicitte struktureringer og effekter de har.

Baggrunden for analysen af diagnoser i DRG-infrastrukturen knytter sig dels til governmentality-studier (Dean, 2006; Foucault, 2009), der fokuserer på, hvorledes viden, magt og teknologi knyttes sammen i den konkrete og praktiske udøvelse af styring. Endvidere trækker artiklen på feltet videnskabs- og teknologi studier (STS) (Jasanoff et al. 2001). Kendetegnende for STS-feltet er interessen i at studere og begrebsliggøre *materiel-semiotiske* relationer og deres konsekvenser i forbindelse med videnskab og teknologiudvikling. En materielt-semiotisk forståelse indbefatter, at både sprog, teknologi og materialitet medvirker til den fortløbende konstituering af virkeligheden. Det følger af denne performative forståelse, at fænomener opnår eksistens, for så vidt de frembringes (performs) i diverse praksisser, hvilket betyder, at fænomeners praktiske form også er deres ontologiske form. Det 'samme' fænomen kan derfor også antage flere eksistensformer, når vi studerer det i praksis, men uden at *en* af disse kan siges at være den 'naturlige' eller 'egentlige' (Gad & Bruun Jensen, 2009; Mol, 2003). Denne forståelse er vigtig for at kunne se og anerkende diagnosers hybride karakter i DRG som fænomener, der på en og samme tid fungerer som betegnelser af sygdom, og samtidigt som styringsredskaber, der medvirker til at gøre patienter til omkostningsenheder. Dette leder til artiklens konceptualisering af diagnoser som infrastrukturelle styrings-hybrider, der eksisterer på tværs af grænser mellem diagnosticering, administration og styring i sundhedsvæsenet. Endelig indbefatter en materiel-

semiotisk tilgang en ontologisk ligestilling eller symmetri mellem mennesker og ikke-mennesker. Denne symmetri indebærer anerkendelsen af, at teknologier ikke eksisterer 'udenfor' eller står i modsætning til 'det sociale', men at de spiller en gennemgribende rolle i konstitueringen af samfundet og socialiteten (Latour, 1994). Det betyder, som vi vil vise og argumentere for, at vi kan opnå en forståelse af teknologier som virksomme i mere end én forstand. Ikke blot kan vi betragte teknologier som funktionelle redskaber, men også som aktører, der påkalder sig opmærksomhed og som stimulerer interaktion, diskussion og refleksion.

## Udviklingen af DRG: Diagnosen som styringsmæssigt interventionspunkt

I Danmark og mange andre lande styres hospitalers budgetter og økonomi i dag ved hjælp af opgørelser over, hvordan antallet af behandlede patienter fordeler sig i systemer af distinkte Diagnose-Relaterede Grupper (DRG). Disse grupper er definerede og afgrænsede på forhånd, dels fordi at den enkelte gruppering er klinisk meningsfuld, og dels fordi at behandlingsomkostningerne er nogenlunde ens. DRG blev udviklet og indført som finansieringsredskab i USA i 1980'erne, og det er i dag et centralt element i styringen af sundhedsvæsenet verden over (Kimberly, Pouvourville, & d'Aunno, 2009). DRG-systemets historie er interessant, da den afspejler, hvordan diagnoser blev bragt ud af den lægefaglige ramme og omdannet til midler til at foretage markante forandringer i styringen af sundhedssektoren.

Baggrunden var, at den amerikanske stat ønskede en bedre kontrol med udgifterne til sundhedsområdet, som på dette tidspunkt havde eskaleret kraftigt. Siden 1965 var statens afregning med hospitalerne foregået ved, at hospitalerne fik refunderet de udgifter, som man retrospektivt kunne se, var brugt til behandling. Den eneste restriktion var, at omkostningsniveauerne skulle 'se rimelige ud'. Under denne finansieringsordning steg udgifterne støt og markant. Derfor forsøgte man at tæmme udgifterne blandet andet ved at indføre et loft på refusionen for rutineservices såsom basal sygepleje og patienthoteller, ligesom der blev sat loft for, hvor meget udgifter til operationer kunne stige fra år til år. På trods af disse tiltag havde staten stadig ingen velfungerende 'bremse' til at styre eller skabe gennemsigtighed i udgifterne til de mangfoldige og komplicerede behandlingsforløb, der fandt sted indenfor sundhedsvæsenet (Scott, 1984).



Den amerikanske stat ønskede derfor et nyt finansieringssystem, som etablerede en mere transparent opgørelse af forholdet mellem sygehusenes behandlingsaktiviteter og –udgifter. Et system hvor man, ligesom i industriel produktion, havde et forhåndskendskab til omkostningerne for hver enkelt produceret vare, og således *prospektivt* kunne afsætte resurser til vareproduktionen - i dette tilfælde resurser til behandlingen af patienter. Inspirationen fra industriel produktion gav anledning til en grundlæggende gentænkning af hospitalsvirksomhed som bestående af en række produktionslinjer hver karakteriseret ved de diagnoser, der blev behandlet heri samt de resurser, der gik til behandling (Fetter & Freeman, 1986). John Thompson, professor i hospitalsledelse, Yale Universitet, peger på, hvordan han med dette tankesæt i 1970'erne gik i dialog med lægefaglige for at knytte diagnoser og deres behandlingsomkostninger sammen i det, der kom til at hedde diagnose relaterede grupper.

*“You could sit doctors down and say: ‘Now here’s a diagnosis. What factors do you think are going to affect the use of resources treating this diagnosis? Is it age? Is it certain complications? Is it the patient’s sex? What is it?’” (Mayes, 2007, s. 14)*

Citatet afspejler, hvordan diagnoser blev et interventionspunkt, hvorigennem man systematisk begyndte at kaste lys over, hvad pengene til sygehusene blev brugt til. Det skete gennem kortlægning af hvilke parametre, der påvirkede omkostningen af specifikke diagnosers behandling med det videre formål at udvikle et system, som gjorde det muligt at inddеле behandlede patienter i specifikke grupper, indenfor hvilke behandlingsomkostninger kunne antages at være nogenlunde ens. Dette system gav mulighed for at prissætte patientforløb med en fast økonomisk takst svarende til den gennemsnitlige behandlingsomkostning indenfor den enkelte gruppe (Mistichelli, 1984)<sup>3</sup>. Med indførelsen af disse diagnose-relaterede grupper blev diagnoser udvidet fra blot at beskrive patienters sygdomme til at gøre patienter til enheder af regnskabsmæssig værdi.

Med denne logik åbnede DRG også op for at sammenligne behandlingsaktiviteter og de relaterede omkostninger på tværs af hospitaler. På trods af at der kunne være regionale, socio-økonomiske årsager til, at et hospital eller en behandling afveg fra budgettet eller DRG-taksten, var det nu blevet muligt overhovedet at lave sammenligningerne. Endvidere åbnede systemet op for en *prospektiv* betalingsordning, som blev indført i 1983 i USA, hvor finansieringen af hospitalers stationære behandling blev baseret på fastsatte takster for hver behandlet patient frem for som hidtil at være givet ud fra en retrospektiv opgørelse over de samlede

udgifter til behandling (Scott, 1984). Hospitalerne blev således betalt en specifik takst for hver behandlet patient indenfor en specifik DRG.

Indføringen af DRG og den prospektive finansieringsordning er beskrevet som den mest indflydelsesrige innovation indenfor hospitalsfinansiering i nyere tid, eftersom det markant forandrer styrkeforholdet i den finansielle relation mellem dem, der udfører behandling (hospitalerne) og dem, der betaler for behandling (staten) (Mayes, 2007). Hvor staten førhen med retrospektiv finansiering havde ringe mulighed for at anfægte legitimiteten af hospitalers behandlingsomkostninger uden også at anfægte de lægefaglige begrundelser, som lå til grund for den behandling, patienter modtog, var billedet nu forandret. Staten var nu blevet den 'stærke' part i den finansielle relation til hospitalerne, idet det var staten, der indsamlede, beregnede og opgjorde DRG-taksterne. Med DRG opnåede staten indsigt i hvad patienters diagnoser 'var værd', og dermed hvad det kostede at behandle dem (Mayes, 2007). Staten fik således et 'klinisk-administrativt blik' ind i sundhedsvæsenet.

DRG-systemets historiske baggrund viser noget samfundsmæssigt interessant. Den viser, hvordan diagnoser gik fra at udgøre et bolværk af lægefaglig ekspertise, indenfor hvilket det var lægefaglige, som besad retten til at sige noget om, hvilke resurser behandling krævede, til at blive et styringsmæssigt interventionspunkt, hvor denne ekspertise kunne gennemtrænges og stilles til regnskab via takster for, hvor resursekrævende de enkelte behandlinger var. Diagnosen blev således statens redskab til at understøtte styring og *accountability* i sundhedssektoren. Endvidere er det værd at bemærke, at dette greb lod sig gøre netop ved at tage afsæt i kernen i det lægefaglige arbejde, diagnosen. Herved fik diagnosen en hybrid karakter; som den der inddeler patienter og udpeger en retning for behandlingsarbejdet og lader patienter opgøre i omkostningsenheder, hvorved stater kan styre sundhedsvæsnets budgetter.

## Diagnostik som en administrativ kompetence

En forudsætning for udviklingen af DRG-systemet var, at økonomiske, diagnostiske og behandlingsmæssige data var tilgængelige. Også i dag kræver DRG-systemer indhentning og behandling af store mængder data fra blandt andet sygehusenes økonomi- og patientadministrative systemer. Disse data er basis for at beregne DRG-takster og for værdisætning af enkelte patientforløb ved indplacering i enkelte DRG-grupper (SSI, 2015). Imens denne tekniske infrastruktur for

de fleste lægefaglige er upåagtet, er for eksempel 'korrekt registrering' et centralt ærinde for 'DRG-ansvarlige' overlæger eller sygeplejersker samt for afdelings- og hospitalsledelser, hos hvem ansvar for produktion og økonomi er placeret.

Med DRG opstår der et øget fokus på diagnoser som *økonomisk-administrative* kategorier, hvilket indebærer såvel arbejde som nye kompetencer. Mens det er relevant og påkrævet for lægefaglige at stille og registrere diagnoser i journaler, indebærer indberetning af diagnoser til administrativ brug et merarbejde, som de fleste lægefaglige anerkender behovet for, men som de sjældent betragter som en kernetil af deres arbejde. Derfor har det også typisk været lægesekretærernes opgave at sikre, at diagnoserne dels fremgår klart af journalerne, dels indberettes til sundhedsstyrelsen. Det sidste har i IT-baserede patient-administrative systemer (PAS) kunnet ske automatisk under forudsætning af, at diagnosen blev overført fra (papir)journalen til det digitale system. Med elektroniske patientjournaler er dette i endnu højere grad blevet automatiseret. Samtidig har DRG-systemet i Danmark udviklet en betydelig grad af kompleksitet, idet der gennem tiden er inddraget stadigt flere data med henblik på at udvikle og forfine DRG-grupper, således at DRG-systemet bliver stadigt mere nøjagtigt med hensyn til kliniske meningsfuldhed og forholdet mellem gennemsnits takst og faktiske omkostninger (SSI 2015). Derudover indgår der i DRG i Danmark såvel registrering af hoved- som bi-diagnoser, som begge skal registreres korrekt, idet undladelse eller tilføjelse af en bi-diagnose kan indebære betydelig forskel i takst. Sommetider er registreringsrækkefølgen af diagnoser også af betydning.

Korrekte registreringer er således afgørende for sygehusenes økonomi. DRG-systemet indebærer derfor såvel arbejde med registrering og indberetning af data som kompetencer og indsigt i, hvordan man registrerer præcist og korrekt. Hvorledes disse to elementer er sammenvævet i infrastrukturen, vil vi redegøre for i det følgende, idet vi først beskriver, hvorledes en diagnose transformeres og bliver til en DRG-gruppe for at illustrere kompleksiteten i infrastrukturen. Dernæst fokuserer vi på det arbejde og de kompetencer, som denne kompleksitet kræver.

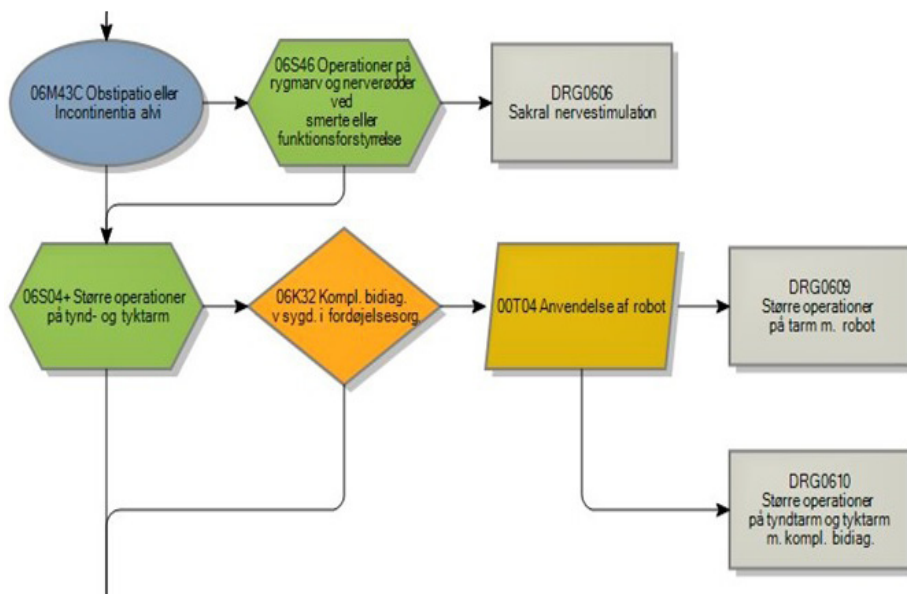
### *Algoritmisk placering og værdisætning af patientforløb i DRG*

Der er aktuelt 740 DRG-grupper og tilhørende takster i det danske DRG-system. Hertil kommer de såkaldte DAGS-grupper (Dansk Ambulant Grupperings System), som også er en del af DRG-systemet og indeholder takster for ambulante behandlingsforløb. Alle sygehusudskrivinger placeres i DRG-grupper ud fra

slutdiagnoser, som lægen eller sekretæren har registreret i patientjournalen for at dokumentere behandlingsforløbet.

Til kodning af patientforløb benyttes *Sundhedsvæsenets Klassifikations System* (SKS), som indeholder ti-tusindevis<sup>4</sup> af koder til at angive patienters diagnoser og eventuelle bi-diagnoser, og hvilke behandlinger de har gennemgået. Grupperingen af patientforløb i DRG sker ikke i sygehusenes egne systemer, men centralt hos Statens Serum Institut (SSI), der har ansvaret for at administrere og vedligeholde DRG-systemet i Danmark. For at gruppere enkelte patientforløb i en DRG indhenter SSI først data fra sygehusenes Patientadministrative Systemer (PAS), hvori alle patientforløb er registreret via SKS-koder. På baggrund af SKS-koderne tildeler en særlig grupperingsalgoritme hvert patientforløb en DRG-gruppe og -takst. Denne algoritme udgør således en yderst vigtig del af DRG-infrastrukturen.

Grupperingsalgoritmen opererer med afsæt i den registrerede SKS-kode, som angiver aktionsdiagnosen i et patientforløb (den diagnose, som er fokus for behandlingen), og den placerer ud fra denne kode patienten i én ud af 21 overordnede sygdomskategorier. Det kan for eksempel være 'sygdomme i nervesystemet' eller 'sygdomme i øje og øjenomgivelser'. Dernæst arbejder algoritmen sig videre igennem et beslutningstræ, hvor det ud fra tilstedeværelsen/fraværet af specifikke SKS-koder trinvis afgøres, hvorvidt bestemte betingelser for patientforløbet er opfyldt. Eksempelvis om en bestemt type operation er udført, om der er en bi-diagnose, som virker komplicerende for operationen. Nedenfor er et lille udsnit af dette beslutningstræ skitseret.



De grå bokse til højre er DRG-grupper, som udgør beslutningstræets endepunkter. De øvrige figurer repræsenterer de forskelligartede betingelser, der skal være opfyldte, før at et behandlingsforløb kan ledes mod højre til en endelig DRG-gruppe. Disse fungerer således som 'gates', der åbnes og leder via pilene mod højre, såfremt en bestemt SKS-kode er registreret i journalen, mens de åbner op for neden og følger pilene nedad, hvis det ikke er tilfældet. I figuren er diagnosen *obstipatio* (forstoppelse) repræsenteret i den blå cirkel, og det fremgår at den har SKS-koden 06M43C. Er denne SKS-kode registreret som aktionsdiagnose i en journal, vil grupperingsalgoritmen nå til denne gate i beslutningstræet og derefter fortsætte videre mod den grønne sekskant til højre. Her vil algoritmen undersøge, om koden 06S46 for "Operationer på rygmargv..." er tilstede og i positivt fald placere patientforløbet i den endelige DRG-gruppe 0606: "Sakral nervestimulation". Som det også ses i figuren, er der andre typer af gates, hvor åbning mod højre afhænger af, om der er bi-diagnoser, som virker komplicerende under en operation, eller om fordyrende operationsteknologi, såsom robotteknologi, er anvendt. Ovenstående figur udgør selvsagt kun en meget lille del af beslutningstræet, som i alt rummer 3700 regler, men den illustrerer de forskellige komponenter, beslutningstræet er opbygget af.

Værdisætningen af det enkelte patientforløb foregår således automatiseret ved hjælp af en algoritme, som opererer i en database uden for lægefagliges og administratorens umiddelbare opmærksomhed. Når først registreringen er sket, arbejder DRG-infrastrukturen logisk stringent. Derfor kan selv små forskelle i kodningen føre til fejlplacering i andre DRG-grupper med betydelige økonomiske konsekvenser til følge. Glemmer kirurgen for eksempel at registrere, at patienten, der blev opereret for blindtarmsbetændelse, i øvrigt var diabetiker, hvilket skal kodes som bi-diagnose, betyder det, at operationen 'kun' udløser en takst på 17.805 kr. i stedet for den forhøjede takst 29.663 kr., som tildeles, fordi diabetes forøger risikoen for komplikationer<sup>5</sup>.

### *DRG-registrering som nyt kompetenceområde i sundhedsvæsenet*

Kompleksiteten i systemet og konsekvenserne af små forskelle i registrering betyder, at det er vigtigt, at registreringsarbejdet er nøjagtigt. Udeladelser, fejl og selv rækkefølgen i registreringen af diagnosekoderne har betydning for hvilken diagnose, grupperingsalgoritmen genkender som værende aktionsdiagnosen, og hvilke der genkendes som eventuelle bi-diagnoser. På en organkirurgisk afdeling

har man som en lære til afdelingens ansatte om vigtigheden af korrekt DRG-registrering beskrevet følgende eksempel:

En traumepatient med intraabdominale læsioner [læsioner i underlivet] laparotomeres [opereres åbent i underlivet] og får reseceret colon [reseceret tyktarm]. Oprindeligt kodet som DS30.1 (contusio parietis abdominis) (A) + DS36.5 (laesio traumatica coli) (B) + KJFB50 (anden colonresektion). Herved kommer han i Takst 0914 = Kr.17.670. Hvis rækkefølgen af aktions- og bi-diagnose ombyttes til DS36.5 (A) + DS30.1 (B), kommer han i Takst 0605 = Kr. 78.753. Årsagen er, at med DS30.1 som aktionsdiagnose begynder algoritmen med at placere ham i takstgruppen "lettere hudsygdom", hvilket jo er en helt misvisende klassifikation<sup>6</sup>.

En enkelt fejl i diagnose-kodernes rækkefølge kan betyde, at behandlingen af en aktionsdiagnose ikke honoreres økonomisk som sådan i DRG-systemet. Da kodning har så stor økonomisk betydning, gennemgår nyansatte læger og sygeplejerske på sygehusene typisk obligatoriske kurser i korrekt DRG-registrering. Ligeledes har de kliniske selskaber oprettet særlige DRG-arbejdsgrupper, som forhandler med SSI i forbindelse med den årlige høringsproces vedrørende taksternes justering, og som derudover holder sig opdateret og orienterer lægefaglige om, hvordan forskellige behandlinger indenfor specialet bør kodes for at sikre behandlingernes rentabilitet. Urologien var i 2002 det første speciale til i samarbejde med Sundhedsstyrelsen at udarbejde en håndbog, der fungerer som opslagsværk og vejledning i korrekt DRG-registrering indenfor urologien, og som i sin seneste version er på 119 sider (DUS 2016).

Foruden disse forebyggende og oplysende indsatser er det på flere sygehusafdelinger en udbredt praksis, at udpegede 'DRG-ansvarlige' læger eller sekretærer gennemgår patientjournaler med henblik på at rette fejl og mangler i registreringen og således sikre budgetrammen (Rigsrevisionen, 2011, s. 5). 'Korrekt registrering' kan være afgørende, og en overlæge fortæller således i et interview, hvordan han op til årsskiftet "fandt 5 millioner kroner" ved gennemgang af registreringerne.

Ovenstående viser samlet set, at i takt med at diagnoser ikke alene bruges til at beskrive patienters sygdomme, men også deres regnskabsmæssige værdi, er der opstået en række nye praksisser, funktioner og ansvarsområder, som vedrører diagnosers administrative behandling i form af kontrol, sikring, oplysning om og uddannelse i korrekt registrering. 'DRG-registrering' er blevet en kompetence og

funktion, der kræver kurser og 'DRG-ansvarlige'. Dette har endvidere affødt nye online hjælperedskaber såsom 'Visuel DRG', hvor sundhedsfaglige kan studere specifikke sammenhænge i beslutningstræet, og 'Interaktiv DRG', hvor man kan afprøve hvilken DRG-takst en bestemt kodesammensætning udløser. Halvårige DRG-møder på hospitaler er blevet ledelsesmæssig rutine, og Sundhedsstyrelsens DRG-enhed har gennem de sidste ti år afholdt DRG-konferencer, hvor infrastrukturens opbygning, funktion og virkninger diskuteres.

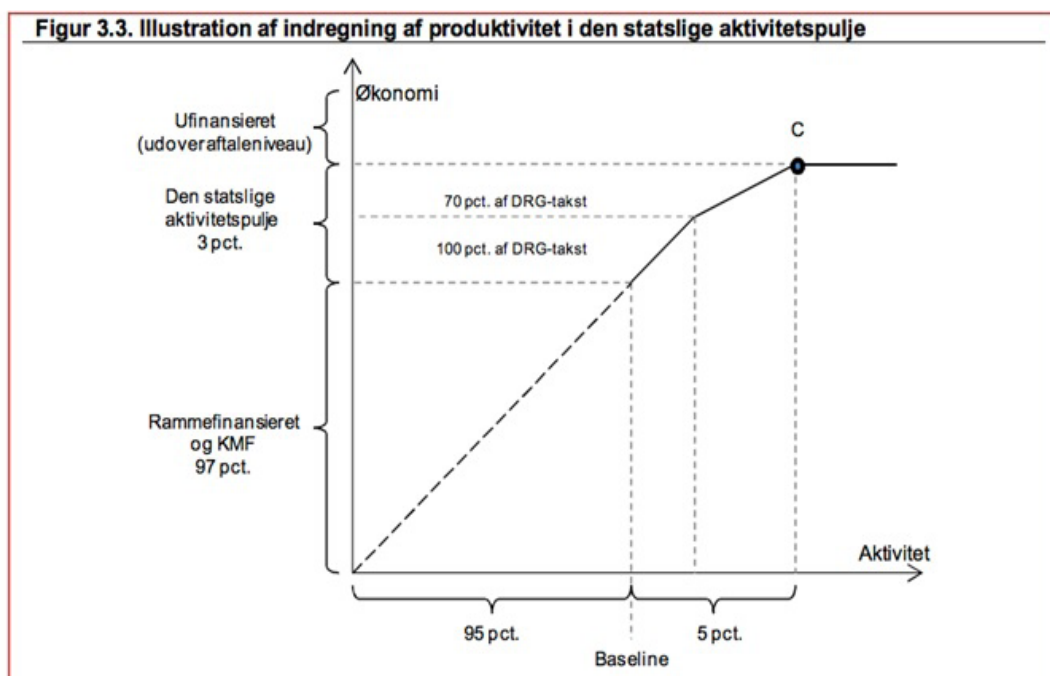
Disse nye administrative praksisser og kompetencefelter afspejler, at der med DRG-systemet er fremvokset en infrastruktur med høj kompleksitet og betydning. En kompleksitet som på den ene side søges styret og minimeret, idet man for eksempel annullerer DRG-kategorier, som er blevet irrelevante, men som på den anden side virker 'uregerlig', idet systemets kompleksitet kun synes at forøges: antallet af DRG-grupper er kun steget igennem årene, ligesom datagrundlaget for opgørelser af DRG-produktion samt udregning af DRG-takster kun er øget i bestræbelsen på at opnå nøjagtige repræsentationer af sygehusenes behandlingsomkostninger og -aktivitet. I den henseende er det værd at bemærke, med den amerikanske organisationsteoretiker Charles Perrows arbejde i mente, at forøgelsen af tekniske systemers kompleksitet kan medføre en uigennemsigtig systemadfærd, hvorfor evnen til at interagere med systemerne og forstå deres adfærd bliver en stadigt mere arbejdskrævende og vanskelig opgave (Perrow 2011, 2014). Infrastrukturen får således et monstrøst karakteristikum som et væsen i sig selv, der synes at handle og agere i verden og uden i nogen fuldstændig grad at kunne underlægges kontrol. Det paradoksale i den forbindelse er, at systemer som DRG antageligvis udvikles med ambitionen om det stik modsatte - nemlig at skabe overblik og transparens.

## Diagnose-relaterede styringsmekanismer

De forrige afsnit har vist, hvorledes diagnoser transformeres til DRG-grupper og -takster, og at de dermed går fra at være kliniske til at blive økonomisk-administrative fænomener. Fokus har været på betydningen af at registrere diagnoser og på det arbejde og de kompetencer, dette forudsætter. I dette afsnit vil vi vende opmærksomheden mod hvordan disse tekniske og praktiske aspekter i DRG-infrastrukturen gør det muligt at forfølge forskellige styringsmæssige mål i den kæde af institutionelle relationer, der går mellem stat-region, region-hospital og hospital-afdelinger. En pointe er, at mens DRG-systemet kendetegnes ved en grundlæg-

gende logik om præcis, systematisk og stringent kobling mellem diagnoser og deres behandlingsomkostninger, ser vi i disse styringsrelationer en anden form for fleksibel tilpasning af systemet, hvormed en flerhed af styringsmæssige formål kan forfølges. Da disse styringsmekanismer er relativt komplekse, vil vi begrænse os til nogle få eksempler.

En helt overordnet styringsmekanisme angår, hvorledes staten fastsætter regionernes budgetter ud fra DRG-takster. Nedenstående figur viser, hvordan den samlede regionale behandlingsaktivitet finansieres af staten via en kombination af rammebevilling og DRG-takster. Indbygget i denne model er en forventning om såvel aktivitets- som produktivitetstigning. 'Baseline', som her markerer grænsen for rammebevillingen, fastsættes ud fra sidste års aktivitet. Punktet C er indeværende års budget, som forventes at være 3% højere end sidste år. Selvsagt gælder dette kun, hvis aktiviteten også er stigende. Og som det også ses, afhænger de 3% stigning i budget af, at dette modsvares af en stigning på 5% i aktivitet. Indbygget i denne model er således kravet om, at regionerne skal producere mere for mindre hvert år. Dette illustrerer figuren med den let knækkede kurve, der indikerer, at den sidste del af den forventede aktivitets-stigning ikke afregnes med den fulde DRG-takst, men kun med 70%.



(Kilde: Danske Regioner et al. 2013, afsnit 3.3)



Denne bundne produktivetsforøgelse afspejler et skred fra det oprindelige mål med DRG om at klargøre forholdet mellem diagnoser og deres behandlingsomkostninger. Nu er den faste, kategoriske kobling mellem diagnoser og omkostninger snarere midlet til på mere fleksibel vis at forfølge styringsmæssige mål om effektivisering og produktivetsforbedring. DRG-takster bliver således en aggregeret og mere flydende værdi, der skaber mulighedsrum for at styre efter ønskede mål.

Tilsvarende mulighedsrum for styring findes i relationerne mellem regionhospitalet og hospitalafdelinger. Det kommer til udtryk ved, at det er op til regionerne og hospitalerne selv, hvorvidt de vil lade budgetterne på det enkelte hospital eller den enkelte afdeling være afhængige af det præsterede produktionsniveau målt via DRG-takster. Regionerne kan således vælge hvor stor en andel af hospitalsbudgetterne, der skal afregnes via DRG-takster, og hvor meget der gives via rammebevilling. Dette varierer fra region til region med 50-70 % DRG-afregning. Jo mere DRG-afregning, des mere fokus på registrering og aktivitet på det enkelte hospital. Endvidere har nogle regioner et loft på det enkelte hospitals udgifter, hvorefter meraktivitet ikke giver flere penge. Dette tilskynder hospitalsledelserne til et fokus på aktivitet, således at de præsterer lige til loftet og holder budgettet, men at de undgår yderligere produktion, idet denne meraktivitet ikke finansieres.

Et yderligere styringsmæssigt greb består i, at regionerne kan udvælge hvilke behandlingsaktiviteter, der skal takstreguleres. Ønskes øget ambulant behandling og færre akut-indlæggelser, kan en region eksempelvis vælge at lade den første være DRG-finansieret, mens den anden har fast budget. Mekanismer, som dem regionerne anvender i forhold til hospitalerne, kan hospitalsledelserne også anvende i forhold til de enkelte afdelinger, idet hospitaler kun er forpligtet til i 'hensigtsmæssigt omfang' at videreføre afregning til de enkelte afdelinger. Hospitalerne gives således et betydeligt ledelsesmæssigt råderum i forhold til afdelingerne. De kan for eksempel selv vælge hvorvidt afdelingerne har basislinje eller ej; om over- og underskud videreføres fra år til år, og i hvilken grad der afregnes for mer- eller mindre-aktivitet. Med disse styringsmekanismer sker der yderligere et skred fra, at DRG 'blot' skal afspejle aktivitet og omkostninger, til at regioner og hospitalsledelser kan forfølge målsætninger om øget aktivitet, øget produktivitet, og fremme af nogle behandlingsformer frem for andre.

På et overordnet plan (og i lyset af artiklens øvrige analyser) afspejler disse styringsmekanismer, hvordan diagnoser transformeres i deres 'rejse' gennem DRG-infrastrukturen og får nye betydninger i deres tilbagevenden til klinikken. De transformeres fra at identificere og navngive sygdomme og være de lægefagliges

redskab i behandling og pleje til at blive DRG-grupper, der prissætter patientforløb ud fra gennemsnitsværdier for herefter at vende tilbage til de lægefagliges hverdag gennem de budgetter, der gælder for deres hospital eller afdeling, og som afgøres af, hvilke styringsmekanismer ledelserne sætter i værk lokalt. Vi bevæger os her væk fra en afgrænsende forståelse af, hvad diagnoser *er* og *ikke er*, og mod en performativ forståelse af hvad diagnoser *gør*. De både former og formes af en infrastruktur, som definerer hospitalers 'produktionslinjer' og behandlingsmæssige output i form af DRG-grupper og -takster, hvilket igen muliggør finansieringsmodeller og styringsmæssige handlerum. Pointen er, at DRG-infrastrukturen via transformationerne af diagnosen muliggør styring af sundhedsvæsenet på måder, der førhen ikke var mulige. Heri indgår diagnoser som betydningsfulde performative elementer.

## Kritikken af DRG

Denne artikels empirinære belysning af DRG-systemets teknisk-administrative praksisser, og de finansielle relationer og styringsmæssige mulighedsrum, det muliggør, står i en vis grad i modsætning til en bredere og mere distanceret kritik af systemets skadelige effekter. *Distanceret*, fordi en sådan kritik tager afsæt i antagelser om, hvordan de lægefagliges adfærd påvirkes i u hensigtsmæssig retning, når patienter og deres diagnoser værdisættes i DRG-systemet, snarere end at tage afsæt i de konkrete praksisser omkring DRG. Dette afsnit vil pege på, at ideer om *homo economicus* - mennesket som egennyttigt og profitmaksimerende væsen - udgør det dominerende 'refleksive prisme' (Foucault, 2009, s. 357), hvorigennem DRG-systemet er genstand for kritik og problematisering. I den forbindelse og i forlængelse af artiklens teoretiske afsæt vil vi med inspiration fra Latour (2004) foreslå at tænke anderledes om DRG-systemet - ikke kun som '*en ting*', der virker mere eller mindre efter hensigten, men som '*et Ting*', der skaber diskussion og gensidigt involverende interaktioner på tværs af sundhedsvæsenets politiske, faglige og administrative domæner.

Kritikken af DRG systemet knytter sig til styringsmæssige diskussioner om markedsgørelse af sundhedsvæsenet, hvor et gennemgående tema vedrører konsekvenserne af de økonomiske incitament, der installeres i klinikken, når der 'sættes pris på patienten' via DRG-takster (se f.eks. Riiskjær et al., 2011; Torjesen & Byrkjeflot, 2006). DRG hævdes i den forbindelse at tilskynde til, at sundhedsvæsenet fokuserer ensidigt på øget aktivitet og DRG-indtjening på bekostning af kva-

litet, og derudover at disse incitamentter i visse tilfælde virker modsatrettet det til enhver tid gældende mål om at tilrettelægge og udføre patientforløb bedst muligt. Det hævdes således, at hvis en patient i forbindelse med et behandlingsforløb skal have flere undersøgelser, så tilskynder DRG-systemet til, at afdelinger undlader at lægge disse undersøgelser på samme dag. Dette ville spare tid for den enkelte patient, men idet der DRG-afregnes per kontakt, risikerer afdelinger at få lavere DRG-afregning ved sammenlægning, lyder argumentationen. En lignende logik findes i tilskyndelsen for hospitaler til at indlægge patienter frem for at behandle dem ambulant, idet indlæggelse giver højere DRG-takster end ambulant behandling. Muligheden for disse uhensigtsmæssige adfærdsformer modvirkes dog af, at Statens Serum Institut har udviklet 'sammedagspakker', hvor DRG-taksten er højere end ved et enkelt ambulant besøg, men mindre end det samlede beløb for flere takstudløsende besøg. Derudover er der udviklet 'gråzonetakster', hvis DRG-værdi ligger mellem taksterne for henholdsvis indlagt og ambulant behandling (SSI 2015).

Denne kritik af DRG understøttes umiddelbart af, at der i selve de politisk-administrative begrundelser for indførelsen af DRG indgår antagelser om, at sundhedsansatte er rationelle profitmaksimerende agenter, der handler efter de incitamentter, der gives (Pedersen et al., 2006). Der er imidlertid en række forhold, som kan udfordre eller nuancere denne antagelse. Blandt andet at DRG i forhold til den enkelte lægefaglige aktør kun udgør en indirekte styringsmekanisme (se f.eks. Riiskjær et al., 2011). Dette afspejles her i et interview med en ledende overlæge:

*»Og det der negative incitament, det er ikke ude hos de nære medarbejdere. Overhovedet ikke. Der er ikke en sygeplejerske, der sidder og tænker på, at det her, det gør vi ikke, fordi nu koster det et eller andet mere eller mindre i DRG. Hovedparten ved ikke engang hvad DRG er. De kan ikke redegøre for det. De aner ikke, hvad det er.«*

Antagelsen om 'profit-maksimerende hospitalslæger' udfordres således, idet DRG-incitamentterne, som antageligt findes i de ledelseslag, hvor ansvar for økonomi og produktion er placeret, ikke når "de nære medarbejdere", som har patientkontakten. Snarere end en generel forestilling om læger som *homo economicus* kunne kritikken måske angå ledelserne – en slags *dux economicus* – men her er evidensen for strategisk DRG-spekulation fragmentarisk og anekdotisk (Pedersen et al., 2006). Yderligere faktorer, der kan udfordre antagelsen om profitmaksimerende læger, er, at ingen lægefaglig i sygehusvæsenet selv har direkte, individuel gavn af en øget DRG-værdi, og derudover at professionel etik og stolthed er en

motivationsfaktor, der sameksisterer med og ofte antageligvis vil overtrumfe 'perverse' incitament (se Pedersen et al., 2006).

Kritikken af DRG som incitamentssystem vedrører imidlertid ikke kun, hvordan det kan påvirke organiseringen af patientforløb, men i høj grad også hvordan det former nye registreringspraksisser omkring diagnoser, som vi belyste i tidligere afsnit. Det kommer til udtryk her hos en overlæge i tidsskriftet Dagens Medicin:

*»[Registrering] ... udførtes tidligere oftest ved (så hurtigt som muligt) at slå op i klassifikationen af sygdomme og (uden at bladre for meget) finde den mest passende diagnose-kode (den der var lettest tilgængelig). Aktionsdiagnoser og bi-diagnoser var ikke noget, der blev tænkt nærmere over. Efter at DRG kom på banen, blev det imidlertid 'interessant' at kode rigtigt, underforstået finde de koder, der gav afdelingerne flest penge.« (Dagens Medicin, 11. April 2007)*

Dette fokus på at registrere sig til optimal DRG-indtjening betragtes ikke i sig selv som snyd eller udnyttelse af systemet. Det gør det kun, så vidt der er tale om såkaldt 'DRG-creep', hvilket betegner en praksis, hvor udskrevne patienter bevidst registreres med mere omkostningstunge koder, end der er klinisk belæg for<sup>8</sup>. For så vidt at fristelsen til at 'creepe' skulle være til stede, vil denne antageligt skulle findes primært hos ledelser. Her modvirkes det imidlertid af systemets allerede indbyggede kontrolmekanismer. I Danmark er der sat loft på, hvor meget den gennemsnitlige DRG-værdi per patientforløb kan stige fra år til år i en region for at blive medregnet som en tilsvarende vækst i produktionen. Tilvækst udover 1,5 % honoreres ikke som reel produktionsforøgelse<sup>9</sup>. Derudover foretager Sundhedsdatastyrelsen årlige stikprøvekontroller på 2-4 afdelinger i hver region, hvor DRG-værditilvækst per kontakt forekommer høj, med fokus på at afklare hvad tilvæksten skyldes. Disse kontrolmekanismer har til formål at modarbejde 'DRG-creep'. Betragtelige stigninger i DRG-værdier er ikke nødvendigvis udtryk for DRG-creep, men kan også skyldes, at man lokalt er blevet mere omhyggelig med at registrere alle behandlingsforløb korrekt, eller at forekomsten af en given lidelse i befolkningen er steget. Som kontrolmekanismerne dog afspejler, har man tidligt været opmærksom på, at DRG som alle andre performance-baserede afregnings-systemer kan forlede til strategisk registrering eller udvælgelse af aktiviteter for at optimere afregning. Da Polens møbelproduktion for eksempel under kommunismen blev målt og afregnet i vægt førte det til tungere, men ikke nødvendigvis bedre eller flere møbler (Perrin, 1998). Også i USA gik der kun kort

tid fra, at DRG-infrastrukturen var blevet opbygget til, at påpeging af dens 'moraliske farer' kom frem (Ellis & McGuire 1995; se også Mistichelli 1984).

På trods af disse tiltag og flere rapporter om at virkningsmekanismerne og effekterne af DRG er mangfoldige og modsatrettede, (Pedersen et al. 2006; Street et al. 2011), vedbliver kritikken. Mens ingen eksplicit siger, at de ikke gør det bedste i forhold til patientforløbene, bliver mistanken ved med at dukke op (f.eks. Riiskjær et al., 2011). Daværende regionsformand i Region Midt, Bent Hansen, talte således om økonomitænkningens 'perverse incitament' og et manglende fokus på kvalitet (JP, 26. januar 2013).

### *DRG-infrastrukturen som 'ting' eller 'Ting'*

Ovenstående viser, at incitament og homo economicus fremstår som det dominerende refleksive prisme, hvorigennem DRG-systemet er genstand for kritik og problematisering. Men denne form for kritik udfordres eller forbliver hypotetisk, når man kaster et nærmere blik på, hvordan DRG-systemet konkret er implementeret, og hvad det har af betydning for de lægefaglige. Der er naturligvis et metodisk problem i at afdække problemstillingen, og vi afviser ikke, at de økonomiske incitament i DRG reelt har virket både med og imod hensigten. Men kritikken af DRG som incitamentssystem synes at implicere en empirisk distance, og derfor kalder den på at blive nuanceret, præciseret og lokaliseret. Det synes derfor relevant med grundlæggende nye måder at tænke om DRG-systemet og dets effekter.

Vi kan starte med at betragte kritikken som et udtryk for, at DRG-systemet har stor betydning for en lang række aktører. Det tyder på, at systemet medvirker til at tiltrække og etablere forbindelser mellem forskellige aktører – administratorer, lægefaglige, politikere, offentlige meningsdannere med videre – som på forskellig vis kerer sig om såvel systemet som de styringsmæssige spørgsmål, det knytter sig til. For så vidt at denne betragtning forekommer banal, er det fordi, at vi tager DRG-infrastrukturens effekter for givet. Udfordringen her består i at kunne antage en dobbelt betragtning på teknologiers og infrastrukturers rolle som såvel funktionelle redskaber – som *ting* - der gerne skulle virke, og som kan berettiggere kritik, for så vidt de ikke gør det, men samtidigt også som *Ting*, der samler os og påkalder sig vores opmærksomhed, *netop* fordi de ikke virker eller ikke virker optimalt. Denne *Tings*-forståelse er foreslået af den franske teknologi- og videnskabssociolog Bruno Latour, og den udtrykker den dobbelte betydning af 'ting', som både en samling af elementer bragt til at virke som én enhed og en forsamling, som rummer mange forskellige aktører, der tilsammen forsøger at opnå enighed eller

blive handlekraftige (Latour et al., 2005). En pointe med denne dobbelte forståelse er, at den ansporer os dels til at anerkende objekters og teknologiers sammensatte og socio-tekniske karakter, hvormed de også kan betragtes som *Ting*, der knytter os sammen i kollektiver og fordrer vores gensidige involvering. Med baggrund i artiklens analyse af DRG-infrastrukturens udvikling og det vedholdende arbejde med at drive og anvende det kan denne infrastruktur betragtes som et *Ting*, der gennem diagnoser, databaser, algoritmer, data, finansieringsmodeller med mere forbinder sundhedsvæsenets aktører på måder, der førhen ikke var mulige, og som forsamlende disse aktører omkring sig i debat og diskussion om styringen af sundhedsvæsenet. Sidstnævnte kan ses konkret udtrykt ved de danske DRG-konferencer, som afholdes hvert andet år med ca. 500 deltagere. På disse konferencer undervises der i DRG, samtidig med at systemet diskuteres og justeringer eller alternative løsninger foreslås i et forum af lægefaglige og administratorer fra stat, regioner og kommuner. Et forum og en dynamik hvor det konkrete DRG-system og dets mange forskellige interesser gensidigt former og konstituerer hinanden. I det perspektiv er systemer som DRG at betragte som aktører, der udvikler og producerer relationer.

## Konklusion og diskussion

Artiklen har beskrevet, hvordan diagnoser bliver en del af en styringsinfrastruktur omkring DRG, samtidig med at den har peget på, hvordan denne infrastruktur medfører nye særskilte kompetencer i sundhedsvæsenet og muliggør en flerhed af styringsmekanismer. I denne infrastruktur transformeres diagnoser fra at være sygdomskategorier til at blive SKS-koder, der indgår i og omformes til DRG-grupper, som er grundlaget for den styringsinfrastruktur, hvorigennem staten fordeler midler til sundhedsvæsenet, som er basis for regioners og hospitalers budgetlægning og -styring.

Transformationerne af diagnoserne indebærer, at de bliver til styrings-hybrider, der indgår i såvel lægefagligt arbejde som i en styringsinfrastruktur. Infrastrukturen har betydet et skifte i magtforholdet mellem stat og den lægefaglige profession i forhold til finansiering og accountability, og nye administrative kompetencer og arbejdsfunktioner er opstået. Derudover har det åbnet en række styringsmæssige muligheder for at skabe transparens, øge produktivitet, at fremme specifikke behandlingsformer og endeligt har lokale ledelser fået endnu et middel til forfølgelse af deres mål.

Samtidigt diskuteres DRG og de 'perverse' incitamenter, der følger med systemet. Artiklens eftertanke i forhold til kritikken af systemet er, at den primært baserer sig på principielle, idealiserede og distancerede forståelser af systemet og dets mulige konsekvenser. Kritikken af perverse incitamenter synes således at forudsætte og dermed også reproducere forestillingen om *homo economicus*, snarere end at basere sig på empiriske undersøgelser af lægefagliges adfærd med DRG. Den abstrakte figur, *homo economicus*, udgør således udgangspunktet, og ressourcen for kritik. Men som artiklen peger på, viser en nærmere undersøgelse, at en lang række andre forhold medvirker til at forme lægefagliges adfærd, og at styringsmekanismerne omkring DRG er mere mangfoldige og komplekse, end kritikken synes at rumme.

I et bredere perspektiv giver dette anledning til en overvejelse om, om vor tids 'store ideer' (markedet, *homo economicus*, *new public management*, neoliberal styring, incitamentsstyring) har forplantet sig i sådan grad, at selv kritikken af dem tager dem for givet og lader sig delvist forblinde heraf. Dette skal ikke forstås således, at enhver kritik er forfejlet, men som et argument for at enhver kritik kan 'løbe tør for damp' (jf. Latour 2004), hvis ikke den vokser frem i nær tilknytning til konkrete, empiriske undersøgelser, der nysgerrigt og undrende nærmer sig sit genstandsfelt fremfor at være drevet af en kritisk iver. I det lys er det tankevækkende, at kritikken af DRG's perverse incitamenter, som blev fremført allerede ved systemets indførelse i USA i 1983, stadig optræder som et centralt kritikpunkt her mere end 30 år senere. Er kritikken blevet rutine?

Nærværende artikel udgør et forsøg på en nær og kerende undersøgelse af diagnoser som elementer i en styringsinfrastruktur. Vi opnår hermed en *compliceret* position, hvor principiel stillingtagen til systemet og dets konsekvenser bliver vanskelig ikke *på trods*, men *på grund* af vores undersøgelse. For gennem undersøgelsen opnås en forståelse, der på én og samme tid anerkender, at sådanne systemer er og bliver monstrøse, uoverskuelige og uregerlige, men at de samtidig også har generative kræfter, der kaster mangfoldige aktiviteter og interaktioner af sig. Aktiviteter som fordrer opfindsomhed, refleksion, kompetenceudvikling, praksisforståelser, diskussion og udvikling, som alt i alt virker samfundsudviklende. Det fortløbende arbejde med at vedligeholde og udvikle DRG-systemet gennem de seneste 10-15 år samt den medfølgende kritik kan således anskues som værdifuldt og samfundsudviklende i sig selv i stedet for som udtryk for et system, der aldrig er kommet til at virke optimalt. For her forstås DRG ikke alene som et instrumentelt og materielt lag i samfundet, som skal vurderes på, hvorvidt det fungerer efter hensigten, men som en infrastruktur, der inkluderer de praksisser, de rum og

det sprog, der eksisterer omkring den. Det engagerer såvel kliniske selskaber, administratorer, politikere, ledere og mange andre i betydelige, samfundsskabende praksisser og diskussioner om, hvordan sundhedsvæsenet drives. I det lys er teknologier som DRG-systemet at betragte som iboende og drivende for dannelsen af det sociale kollektiv, vi betegner som 'samfundet'.

## Noter

<sup>1</sup> Dokumenter, som artiklen refererer til, er listet nedenfor. Øvrige informationer om DRG fundet på hjemmesider henvises der til løbende i fodnoter.

- Rigsrevisionen (2011). *Beretning til Statsrevisorerne om DRG-systemet*.
- Statens Serum Institut (SSI) (2015). *DRG Takstberegning - beskrivelse af arbejdsprocesser*.
- Dansk Urologisk Selskab (DUS) (2016): *Urologisk Kodevejledning 2016*.
- Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2013). *Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet*.

<sup>2</sup> En sådan forståelse kan læses som en kritik af en objektivistisk, positivistisk medicin og som et udtryk for relativisme, hvor alting afhænger af øjnene, der ser. Men den kan også forstås som blot en påpegning af det uomgængelige vilkår at enhver undersøgelse udvikler og støtter sig til en række forskellige teori- og metodeapparater – eller materiel-semiotiske anordninger (Haraway 1991) - der bidrager til én blandt flere mulige fremstillinger og håndteringer af et objekt. Det betyder dog ikke, at de pågældende anordninger markerer et entydigt fremskridt i forhold til andre, eller at de ikke *reducerer* den genstand/sygdom, de diagnosticerer.

<sup>3</sup> Patienter, som er behandlet for samme diagnose, bliver således ikke nødvendigvis placeret i samme DRG-gruppe, da faktorer såsom komplikationer, bi-diagnoser, patientens alder og køn, kan medføre væsentlige forskelle i resursetrækket og således føre til placering i distinkte DRG'er med forskellige takster.

<sup>4</sup> Der er ikke givet et samlet antal SKS-koder, men samtlige koder kan downloades fra Statens Seruminstutts hjemmeside som en text fil, hvori hver linje udgør en kode. Det seneste af disse dokumenter tæller over 80.000 linjer. Se [http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Standardisering/TerminologiOgKlassifikationer/SKS/SKS\\_Download.aspx](http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Standardisering/TerminologiOgKlassifikationer/SKS/SKS_Download.aspx). Se <http://www.medinfo.dk/sks/index.php>.

<sup>5</sup> Eksempel fra en DRG-kodevejledning for organkirurgi fundet på <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Formularer/Upload/2009/10/Bilag1organ.pdf>



- <sup>6</sup> Kilde: Intern retningslinje for DRG-registrering fundet på: <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/dokument16940.htm>
- <sup>7</sup> 'Interaktiv' og 'Visuel' DRG er tilgængelige på:
- [DRG'service.ssi.dk/grouper/Modules/Home/](http://DRGservice.ssi.dk/grouper/Modules/Home/)
  - [visualdrg.ssi.dk](http://visualdrg.ssi.dk)
- <sup>8</sup> Se: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsokonomi%20og%20-finansiering/Sundhedsoekonomi%20og%20DRG/DRG-leksikon.aspx>
- <sup>9</sup> Se: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=166771#Bil1>

## Referencer:

- Bech, M., Lauridsen, J., & Pedersen, K. M. (2006). Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet? *Health Economic Papers*, University of Southern Denmark.
- Berg, M., & Mol, A. (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Duke University Press.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (2000). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. The MIT Press.
- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv - sygdom uden grænser*. KLIM.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (Eds.). (2015). *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. KLIM.
- Brown, N., & Webster, A. (2004). *New Medical Technologies and Society: Reordering Life*. Wiley.
- Busse, R., Geissler, A., Wiley, M., & Quentin, W. (Eds.). (2011). *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?*
- Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet, & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2013). *Bedre incitament i sundhedsvæsenet*.
- Dagens Medicin 11. April (2007). *Korrekt kodning giver valide data og korrekt DRG-afregning*, debatindlæg af Jesper Eldrup og Kim Andreassen, Overlæger, urologisk klinik, Frederiksberg Hospital.
- Dean, M. (2006). *Governmentality : magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Sociologi.
- Duchan, J. F., & Kovarsky, D. (Eds.). (2006). *Diagnosis as Cultural Practice* (New Edition). Berlin; New York: De Gruyter Mouton.
- DUS (2016). *Urologisk Kodevejledning 2016*. Dansk Urologisk Selskab. Fundet online
- Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1996). Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, 15(3), 257-277.  
[https://doi.org/10.1016/0167-6296\(96\)00002-1](https://doi.org/10.1016/0167-6296(96)00002-1)
- Fetter, R. B., & Freeman, J. L. (1986). Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals. *The Academy of Management Review*, 11(1), 41-54.

- Foucault, M. (2003). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Psychology Press.
- Foucault, M. (2009). *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France*. Palgrave Macmillan.
- Gad, C., & Bruun Jensen, C. (2009). On the Consequences of Post-ANT. *Science, Technology & Human Values*, 35(1), 55–80.  
<https://doi.org/10.1177/0162243908329567>
- Hacking, I. (1991). *The making and molding of child abuse*. *Critical Inquiry*, 253–288.  
<https://doi.org/10.1086/448583>
- Haraway, D. J. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature* (First Edition). Routledge.
- Jasanoff, S., Markle, G. E., Peterson, J. C., & Pinch, T. J. (Eds.). (2001). *Handbook of Science and Technology Studies* (Revised edition). Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
- JP, 26. januar (2013). *En adfærd stik imod hensigten*, Debatindlæg af Bent Hansen, Kimberly, J., Pouvourville, G. de, & d’Aunno, T. (Eds.). (2009). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care* (1 edition). Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press.
- Latour, B. (1994). *We have never been modern* ([3. print.]). Cambridge Mass: Harvard Univ. Press.
- Latour, B. (2004). Why Has Critique Run out of Steam? From Matters of Fact to Matters of Concern. *Critical Inquiry*, 30(2), 225–248.  
<https://doi.org/10.1086/421123>
- Latour, B., & Hermant, E. (1998). *Paris: invisible city*. Retrieved from [http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/downloads/viii\\_paris-city-gb.pdf](http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/downloads/viii_paris-city-gb.pdf)
- Latour, B (2005). *Making things public*. Cambridge Mass., London MIT Press
- Mayer, R. (2007). The Origins, Development, and Passage of Medicare’s Revolutionary Prospective Payment System. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 62(1), 21–55.  
<https://doi.org/10.1093/jhmas/jrj038>
- Mistichelli, J. (1984). *Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Prospective Payment System: Forecasting Social Implications*. Scope Note Series.
- Mol, A. (2003). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Moser, I. (2008). Making Alzheimer’s disease matter. Enacting, interfering and doing politics of nature. *Geoforum*, 39(1), 98–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2006.12.007>
- Neby, S., Lægrend, P., Mattei, P., & Mitra, M. (2013). *Same cheat, different wrapping: DRG scandals and accountability in Germany and Norway* (Working paper). Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Pedersen, K. M., Bech, M., & Hansen, M. B. (2006). *Incitamentsstyring i sygehusvæsenet: virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamentter*. Syddansk Universitetsforlag. Retrieved from
- Perrin, B. (1998). Effective Use and Misuse of Performance Measurement. *American Journal of Evaluation*, 19(3), 367–379.  
<https://doi.org/10.1177/109821409801900308>

- Perrow, C. (1999). *Normal accidents: living with high-risk technologies*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Perrow, C. (2014). *Complex organizations: a critical essay* (3. ed., [Nachdr.]). Brattleboro, Vermont: Echo Point Books & Media.
- Rigsrevisionen. (2011). *Beretning til Statsrevisorerne om DRG-systemet*.
- Riiskjær, E., Villadsen, A. R., Ammentorp, J., & Kofoed, P.-E. (2011). Når der sættes pris på patienten - reaktioner på værdisætnig af hospitalsydelser. *Nordiske Organisasjonsstudier* (NOS), 13. Retrieved from
- Samuel, S., Dirsmith, M. W., & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: from the physical to the fiscal. *Accounting, Organizations and Society*, 30(3), 249–278. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.02.001>
- SSI (2015). *DRG Takstberegning - beskrivelse af arbejdsprocesser*. Statens Serum Institut.
- Scott, S. J. (1984). The Medicare Prospective Payment System. *American Journal of Occupational Therapy*, 38(5), 330–334. <https://doi.org/10.5014/ajot.38.5.330>
- Street, A., O'Reilly, J., Ward, P., & Mason, A. (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges. In R. Busse, A. Geissler, M. Wiley, & W. Quentin (Eds.), *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?* (Vol. 346).
- Torjesen, D. O., & Byrkjeflot, H. (2006). *When Disease is Being Priced. The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark A Tentative Study Aimed at a Comparison between Norway and Denmark*. Retrieved from
- Verbeek, P.-P. (2011). *Moralizing Technology: Understanding and Designing the Morality of Things*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226852904.001.0001>