

Öppna jämförelser analyserade:

»Ett av de viktigaste bidragen till vårdens modernisering«

Först när färre drabbas av sjukdom och skada, och när allt fler av dem som ändå drabbas överlever med allt bättre funktionsförmåga, kan vi säga att vi är på rätt väg. De öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har inneburit att dessa självklara utgångspunkter lättare kan omsättas i strategiska ledningsbeslut och konkret förbättringsarbete.

De öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens resultat har på kort tid bidragit till ett paradigmskifte när det gäller styrningen av hälso- och sjukvården. Att mäta och jämföra vårdens kvalitet har länge ingått i det kontinuerliga arbetet med att nå bättre resultat i vården. Här har de nationella kvalitetsregistren spelat huvudrollen. Men med de årliga öppna jämförelserna har frågan om vårdens kvalitet också fått ett tydligt genomslag i den strategiska ledningen av hälso- och sjukvården. Det visar en ny analysrapport av företagsekonomen Maria Blomgren och Caroline Waks vid Uppsala universitet.

såväl riksmidier som regionala medier och fackpress. Färgmarkeringen med grönt, gult och rött för landstingens placering i de rangordnade tabellerna är självklara referenser i kvalitetsdiskussionerna, såväl i landstingsstyrelsens budgetöverläggningar som hos sjukhusledningarna. Allt fler indikatorer har tillkommit, och modellen med öppna jämförelser har spritts till allt fler områden: i dag kan man ta del av öppna jämförelser av skolan, trygghet och säkerhet, äldreården och folkhälsan – och snart även av övrig socialtjänst.

Resan fram till den första rapporten kantades av diskussioner och delvis

motstridiga uppfattningar. Röster höjdes som varnade för att resultaten skulle övertolkas eller vantolkas av media, politiker och allmänhet. Därmed skulle det pågående kvalitetsarbetet inom vården riskera att störas, snarare än stödjas.

Nu, fyra år och fyra rapporter senare, kan vi konstatera att farhågorna dessbättre inte besannats. Uppsalaforskarna visar i rapporten »Ett nytt tänk – öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete« att det finns en bred enighet bland ledare inom hälso- och sjukvården om värdet av de öppna jämförelserna för kvalitetsarbetet. Även om det finns utmaningar och problem att hantera i sammanhanget så är det övergripande intrycket av undersökningen att de öppna jämförelserna har bidragit kraftfullt och positivt till att bredda styrningen av vården, från att huvudsakligen ha gällt ekonomin till att inkludera och sätta fokus på de medicinska resultaten.

Blomgren och Waks har intervjuat 37 personer på olika ledningsnivåer i fyra landsting: Jönköping, Kalmar, Norrbotten och Västra Götalandsregionen.

Varje år sedan 2006 har Sveriges Kommuner och landsting (SKL) tillsammans med Socialstyrelsen gett ut rapporten »Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet« (nedan Öppna jämförelser). Syftet är att stimulera till ständigt förbättrade resultat samtidigt som hälso- och sjukvården öppnas för insyn.

I dag är rapportens jämförelser av landstingens resultat för olika indikatorer välkända för alla som har ledningsuppdrag inom vården, liksom för många kliniskt verksamma läkare och andra personalkategorier. Rapporterna tillhör storsäljarna bland SKL:s publikationer och lanseringen bevakas av



HÅKAN SÖRMAN
vd, Sveriges Kommuner och landsting



Foto: Colourbox

»De öppna jämförelserna har kraftfullt och positivt bidragit till att bredda styrningen av vården, från att huvudsakligen ha gällt ekonomin till att inkludera och sätta fokus på de medicinska resultaten«, skriver SKL:s vd Håkan Sörman.

Den övergripande slutsatsen av analysen är att Öppna jämförelser har haft ett tydligt genomslag i styrningen och ledningen av landstingen.

Den omedelbara effekten av publiceringen av Öppna jämförelser är att landstingsledningarna har tvingats ta ansvar gentemot politiker och allmänhet för de resultat som åstadkoms i den vård som de leder. Detta har inneburit en förbättrad och fördjupad dialog mellan ledning och profession: ett ökat intresse från ledningen för kvalitetsfrågor och ett större behov av att förklara hur verksamheten fungerar från professionerna.

I detta samtal mellan professioner och ledning möts olika språk och olika perspektiv som tidigare ofta hållits åtskilda. De medicinska resultaten och det konkreta förbättringsarbetet har traditionellt varit en fråga som i stor utsträckning förbehållits vårdens olika professioner och i synnerhet läkarna. Den långa utbildningen och den djupa specialiseringen har fungerat som kvalitetsgarant – men har samtidigt inneburit en språklig och kunskapsmässig barriär för de chefer på olika nivåer och politiker som varit ansvariga för verksamheten. De öppna jämförelserna tvingar båda parter att överbygga den klyftan, eftersom professionerna och landstingsledningen har ett gemensamt intresse av att inte hamna längst ner i jämförelserna av landstingens vårdresultat.

En av rapportens stora förtjänster är att den identifierar nyckelaktörerna som underlättar detta möte över språk- och kunskapsbarriären. Forskarna kallar dem gränsöverskridare: enheter, grupper eller personer som tolkar, »översätter« och förmedlar resultaten i Öppna jämförelser.

Gränsöverskridarna är aktörer som står med ena benet i professionen och det andra i administrationen. Ofta handlar det om personer som har en bakgrund som praktiserande läkare eller annan profession. Arbetet bedrivs i verksamheter under olika namn: medicinska programgrupper i Jönköpings län; Folkhälsocentrum, e-Hälsostitutet och indikatoransvariga i Kalmar

»Statistiska data kan självklart aldrig fånga hela komplexiteten i vårdens verksamhet, och rangordningar mellan landsting och vårdenheter blir aldrig helt rättvisande. Därför ska rangordningar och färgmarkeringar analyseras noga för att övertolkningar och feltolkningar ska kunna undvikas.«

län; analysenheten, medicinska sektorsråd och ordförandekonferenser i Västra Götaland. Gemensamt för dessa aktörer är att de överbyggar gapet mellan nationella ambitioner, regionala styrinsatser och lokala förutsättningar.

De öppna jämförelserna har gett konkreta effekter i form av strategiska beslut om resurser och prioriteringar. I Kalmar läns landsting har Öppna jämförelser spelat en viktig roll för beslutet att fokusera kvalitets- och utvecklingsarbetet till områdena hjärta, stroke och diabetes. I Norrbotten har dåliga resultat inom diabetesvården lett till ett intensivt förbättringsarbete.

Men det viktigaste resultatet av de öppna jämförelserna är ändå den attitydförändring som skett – från kritik och ifrågasättanden av vad mätningar av kvalitet alls ska vara bra för till en allt större acceptans för nyttan av transparens och jämförelser. Motsvarande attitydförskjutning tycks också ha skett när det gäller enskilda negativa resultat i ett landsting eller i en verksamhet. Inledningsvis reagerade en del med att hävda att mätningarna var felaktiga på ett eller annat sätt. Men gradvis har de publicerade resultaten accepterats som tillräckligt bra data, och de har lett till att man tar ansvar för att göra något som förbättrar resultaten.

Indikatorerna i Öppna jämförelser är ofta komplicerade för den som inte själv arbetar inom respektive område. Statistiska data kan självklart aldrig fånga hela komplexiteten i vårdens verksamhet, och rangordningar mellan landsting och vårdenheter blir aldrig helt rättvisande. Därför ska rangordningar och färgmarkeringar analyseras noga för att övertolkningar och feltolkningar ska kunna undvikas. Detta har också påpekats vid flera tillfällen av debattörer, inte minst i den här tidningen.

Men de intervjuade personerna i analysrapporten ser ändå i huvudsak de

underliggande mätningarna som en tillräcklig spegelbild av verkligheten. Tillräcklig för att utgöra underlag för analys lokalt och förbättringsarbete. Situationen kan liknas vid vad Winston Churchill sagt om folkstyrets princip: »Demokrati är den sämsta styrelseformen – om man bortser från alla andra.«

Det finns också ett annat perspektiv på problemet med att indikatorerna är komplicerade och resultaten svårtolka-de. Rapporten visar att just dessa svårigheter gör att resultaten bidrar till en diskussion som alla verksamheter mår bra av: Varför ser det ut så här? Vad betyder det här? Vad finns det för skillnader mellan oss och det landsting som lyckas bättre? Är det något som vi kan påverka eller beror det på olika befolkningsunderlag? Öppna jämförelser ger inte svaren, men startar och ger bränsle till diskussioner om vårdens kvalitet och förbättringspotential.

De öppna jämförelserna har enligt Blomgren och Waks bidragit till ett nytt »tänk«: i dag är det självklart att hälso- och sjukvårdens verksamheter ska mätas och jämföras i syfte att förbättras.

Min egen bedömning är att detta paradigmskifte är ett av de enskilt viktigaste bidragen under de senaste decennierna till den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling och modernisering, vid sidan av den snabba medicinska tekniska utvecklingen.

Hälso- och sjukvårdens huvuduppdrag är inte att få ekonomin att gå ihop. Vården finns till för befolkningens och patienternas bästa. Men det är inte helt enkelt att veta vad det bästa är i ett så stort och komplext system som hälso- och sjukvården. För att ta reda på om det blir bättre måste resultat mätas, följas över tid och jämföras med andra, nationellt och internationellt. Först när färre drabbas av sjukdom och skada, och när allt fler av dem som ändå drabbas, överlever med allt bättre funktionsförmåga kan vi säga att det blir bättre och att vi är på rätt väg. De öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har inneburit att dessa självklara utgångspunkter lättare kan omsättas i strategiska ledningsbeslut och konkret förbättringsarbete.

I slutändan ger det bättre hälsa, minskat lidande och ökad livskvalitet för befolkningen och för enskilda patienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

