

*ÖPPNA JÄMFÖRELSE ANALYS*

# Ett nytt tänk

ÖPPNA JÄMFÖRELSE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS  
LEDNING, STYRNING OCH KVALITETSARBETE

Maria Blomgren  
Caroline Waks



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



*ÖPPNA JÄMFÖRELSE ANALYS*

---

# Ett nytt tänk

ÖPPNA JÄMFÖRELSE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS  
LEDNING, STYRNING OCH KVALITETSARBETE

Maria Blomgren och Caroline Waks

Upplysningar om innehållet:  
Roger Molin, roger.molin@skl.se  
Katarina Wjberg Hedman, katarina.wiberghedman@skl.se  
Lena Eckerström, leckerstrom@gmail.com  
Maria Blomgren, maria.blomgren@fek.uu.se  
Caroline Waks, caroline.waks@fek.uu.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2010  
ISBN: 978-91-7164-555-5  
Författare: Maria Blomgren och Caroline Waks,  
Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet  
Produktion: Kombinera AB  
Tryck: Ljungbergs tryckeri, Klippan 2010

## Förord

Sedan 2006 har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting årligen publicerat rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet. I rapporterna redovisas resultat och rangordning av de 21 landstingen och regionerna för olika indikatorer inom uppföljningsperspektiven medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Landstingens mottagande och användning av resultaten i rapporterna har utvecklats sedan första rapporten 2006.

Denna analys initierades för att spegla hur fyra landsting arbetat med resultaten i Öppna jämförelse. De fyra landstingen är Jönköping, Kalmar, Norrbotten och Västra Götaland. Syftet var att försöka förklara vilken betydelse Öppna jämförelser har i ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Analysmetoder har i huvudsak varit dokumentstudier av landstingens verksamhetsberättelser och landstingsplaner med mera samt intervjuer med representanter för landstingsledningar, primärvårdsledningar/sjukhusledningar, verksamhetschefer med flera, i de aktuella landstingen. Analysen utgår från forskningsteorier och beskriver hur ledning och styrning utvecklats inom den offentliga sektorn, främst hälso- och sjukvården, under senare år. Temata för analysen har varit:

- › **Ledning och styrning:** Vilken roll spelar Öppna jämförelser på olika ledningsnivåer? Vilken betydelse har Öppna jämförelser i ledningen och styrningen av en bottentung och kunskapsintensiv organisation?

- › **Transparens, rankningar och mätningar:** Vilken betydelse har öppenheten – för verksamheten, för arbetet med kvalitetsfrågor och för professionerna?
- › **Kommunikation och översättning:** Hur arbetar man konkret med att översätta och förmedla resultaten i de öppna jämförelserna internt och externt (till allmänhet, politiker och media)?
- › **Kvalitetsarbete, organisationsförändring och organisatoriska gränser:** Hur uppstår, kommuniceras och förankras nya idéer om kvalitetsarbete? Hur har kvalitetsarbetet gått till rent konkret? Hur arbetar man långsiktigt med kvalitetsarbete? Vilken betydelse har Öppna jämförelser i detta arbete?

Rapporten är framtagen av forskarna Maria Blomgren och Caroline Waks vid Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet för Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för Öppna jämförelser. I arbetet har samverkan skett med Katarina Wiberg Hedman och Roger Molin, SKL och Lena Eckerström, konsult.

Stockholm i juli 2010



Håkan Sörman  
*vd, Sveriges Kommuner och Landsting*

# Innehåll

- 7 Kapitel 1: Inledning
- 9 Drivkrafter och motiv
- 11 Vad ska Öppna jämförelser användas till?
- 12 Öppna jämförelser i lednings- och kvalitetsarbete
- 13 Studiens syfte och design
- 14 Disposition
  
- 16 Kapitel 2: Att säkra kvalitet genom att mäta och jämföra
- 16 Granskning, mätning och jämförelser som idé
- 17 Tre idealtyper för kontroll och styrning av professionellt arbete
- 19 Att mäta och göra publika jämförelser
- 21 "Boundary spanning units" som verktyg för översättning
  
- 23 Kapitel 3: Öppna jämförelser i landstingens och regionens ledning och styrning
- 23 Öppna jämförelser i landstingens formella strategier och planer
- 24 Att balansera styrning och ledning genom Öppna jämförelser: nationellt utarbetade riktlinjer och lokala variationer
- 25 Öppna jämförelser som styrverktyg på landstingsnivå: positiva erfarenheter och utmaningar
- 29 "Boundary spanners" – viktiga i arbetet och översättningarna av Öppna jämförelser
  
- 33 Kapitel 4: Öppna jämförelser – vad innebär transparens, mätning och jämförelser?
- 33 Öppna jämförelser – ett "nytt tänk"
- 38 Öppna jämförelser och strategiska beslut
- 43 Om att mäta och bli mätt
  
- 44 Kapitel 5: Öppna jämförelser – kommunikation och översättning
- 44 Extern kommunikation kring Öppna jämförelser
- 46 Intern kommunikation kring Öppna jämförelser
  
- 49 Kapitel 6: Från central till lokal nivå: Kvalitetsarbete rent konkret – ett sätt att överskrida och tydliggöra gränser
- 52 Att hantera gränser
  
- 56 Kapitel 7: Avslutande diskussion
- 57 Öppna jämförelser som "mjuk reglering"
- 58 Öppna jämförelser och styrning med fokus på resultat
- 60 Öppna jämförelser och förändring av styrande logiker
- 63 Att balansera bedömnings- och förbättringsperspektivet
- 65 Extern översättning hittills inte prioriterad – bra eller dåligt?
  
- 67 Referenser





# Inledning

År 2006 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Socialstyrelsen den första rapporten om *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*<sup>1</sup>. Samma år avslutade vi ett treårigt forskningsprojekt som syftade till att undersöka det vi kallade ”Strävan efter transparens” inom hälso- och sjukvården (se t ex Levay & Waks 2006; Blomgren 2007). Våra studier visade bland annat att det var många aktörer som drev frågan om att öppna upp de nationella kvalitetsregistren och använda dem i styrningen av vården, men att det fortfarande var en vision på idéstadiet. Dessutom var det en vision gentemot vilken det fanns ett visst motstånd eller tveksamhet.

Idag kan vi konstatera att situationen är annorlunda. Idén att mäta och öppet redovisa hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet och att samlat presentera jämförbara data för alla landsting och regioner har på kort tid blivit en etablerad och accepterad företeelse. Genom *Öppna jämförelser* har de nationella kvalitetsregistren öppnats upp och data från andra källor som hälsodataregister har sammanställts och redovisats för att ge en samlad bild av vårdens kvalitet och effektivitet. Att intresset för rapporterna är stort från landstingens och regionernas och från det övriga samhällets sida visas bland annat av att rapporterna har blivit storsäljare och att lanseringen av dem bevakas av media. Idén med öppna jämförelser har också nått spridning inom andra områden än hälso- och sjukvården; idag finns öppna jämförelser av skola, folkhälsa och äldreomsorg och arbete pågår för att ta fram öppna jämförelser inom socialtjänsten.

---

1. Fortsättningsvis refererar vi till *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* (Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, 2006, 2007, 2008, 2009) som *Öppna jämförelser*.

De nationella kvalitetsregistren, vilka är en viktig datakälla för *Öppna jämförelser*, har av tradition drivits av läkare. Deltagandet i dessa register har varit frivilligt och syftet har varit att ge underlag för övergripande kvalitetsförbättring (Garpenby 1999; Levay 2006). *Öppna jämförelser* däremot, är idag föremål för en nationell strategi (Socialdepartementet m. fl. 2009) bakom vilken aktörer som Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna står som avsändare. Syftet med kvalitetsjämförelserna har därmed breddats från att utgöra underlag för övergripande kvalitetsförbättringar där användarna huvudsakligen varit den medicinska professionen, till att också utgöra styr- och granskningsverktyg för huvudmän, intresseorganisationer och myndigheter och ambitionen är att i framtiden också ge underlag för patienters och medborgares val.

Syftena med *Öppna jämförelser* är att öppna upp hälso- och sjukvården för offentlig insyn och därigenom öka möjligheten för ansvarsutkrävande; bidra till hälso- och sjukvårdens styrning genom att sporra till förbättringar och lärande mellan landsting samt utgöra ett förbättrat kunskapsstöd för uppföljning och styrning (Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen 2008, s. 13). Som styrmedel betraktat kan *Öppna jämförelser* ses som en form av "mjuk reglering" (soft regulation) vilket är en styrform som växer i betydelse. Med mjuk reglering brukar avses standarder, ranking, överenskommelser och riktlinjer, där den reglerade åtar sig att följa vissa riktlinjer, redovisa verksamheten enligt vissa principer samt bli föremål för jämförelser och bedömningar. Karakteriserande för mjuk reglering är att reglerna är frivilliga att följa, att de snarare utvecklas i nätverk mellan jämbördiga parter än i en hierarkisk relation, att direkta rättsliga sanktioner saknas och att reglerna lämnar utrymme för den reglerade att själv anpassa dem till den egna verksamhetens förutsättningar (Sahlin-Andersson 2006; Mörth 2006). Att rekommendationerna är frivilliga betyder dock inte att de saknar styrande potential. Eftersom rättsliga sanktioner saknas förlitas följsamheten istället till logiken om "namne and shame" (Sahlin 2006; Boli 2006) dvs. att den reglerade riskerar sitt anseende och rykte om det öppet redovisas att överenskommelser brutits eller att de prestationer som utförts inte är tillräckligt goda. Med tiden kan de frivilliga rekommendationerna ibland också övergå till hårdare former och i praktiken tvingande reglering (Sahlin-Andersson 2004). Mjuka regleringar har följt i avregleringens spår, men också som en konsekvens av en ökad globalisering där en naturlig hierarkisk ordning saknas.

## Drivkrafter och motiv

Det finns flera drivkrafter bakom det ökade intresset för öppna kvalitets- och effektivitetsjämförelser i vården. Att behoven av hälso- och sjukvård är växande medan resurserna är begränsade är allmänt känt och allt sedan 1980- och 1990-talens "New Public Management" reformer har hälso- och sjukvården varit föremål för en ny typ av styrning som framförallt satt kostnadseffektivitet i fokus. Vården har, tillsammans med andra sektorer inom offentlig sektor, präglats av en ökad "marknadisering" de senaste decennierna (Djelic 2006; Scott m.fl. 2000). Marknadiseringen har inneburit att patienter i stigande grad kommit att definieras i termer av kunder och konsumenter med rätt att välja vårdgivare. Men för att ha möjlighet att välja vård måste patienter och anhöriga ha kunskap om vilken vård det finns att välja mellan. Forskning har visat att patienter inte anser sig ha tillräckligt med information, och att den information som finns är för komplicerad, för att de aktivt ska kunna välja vård och vårdgivare (Winblad Spångberg 2006). I förlängningen innebär detta att hälso- och sjukvården inte bara måste redovisa och motivera resultat och kvalitet mot granskande myndigheter utan i stigande grad även mot allmänheten (Hood & Heald 2006; Levay & Waks 2006). Vården är också, liksom många andra sektorer i samhället, del i en kultur präglad av utökade krav på insyn och i förlängningen också på granskningsbarhet. Sedan Michael Power 1997 i boken *The Audit Society: Rituals of Verification* konstaterade att vi idag lever i ett granskningsamhälle har vi sett internationella granskningar, utvärderingar och rankingar inom områden som nationella sjukvårdssystem (World Health Organization 2000), elevers kunskaper i olika länder (t ex Timms<sup>2</sup>, PISA<sup>3</sup> och Education at a Glance<sup>4</sup>) och högre utbildning (se t ex Wedlin 2007).

Parallellt, och delvis sammankopplat med, en förändrad styrning i riktning mot mer granskningar och marknadsinslag har idén att patienternas och medborgarnas behov ska sättas i centrum och utgöra utgångspunkten för styrningen och organiseringen av vården vunnit gehör (Blomgren & Sahlin-Andersson 2003). Organisatoriska uttryck för det är bland annat utvecklandet av enheter med beställaruppdrag och inrättandet av processorienterade "team" som spänner över olika organisatoriska enheter och professionella

---

2. Timms - *Trends in International Mathematics and Science Study* - en undersökning av barns kunskaper inom matematik och naturvetenskap organiserad av IEA.

3. PISA - *Program for International Student Assessment* - undersöker 15-åringars kunskaper och färdigheter i matematik, naturvetenskap, läsförståelse och problemlösning.

4. *Education at a Glance* är ett OECD-projekt som presenterar olika kvalitetsindikatorer och jämför olika länders utbildningssystem.

grupper och som bättre ska svara mot patienternas och medborgarnas samlade behov. Demokratiska ideal och värderingar har därför också varit en drivkraft mot öppenhet när det gäller vårdens resultat med argumentet att det är skattebetalarnas rättighet att ha insyn i en offentligt finansierad verksamhet.

Ytterligare en drivkraft mot att mäta och redovisa resultat offentligt ligger i den omstrukturerad av vårdens övergripande styrning som pågår. Regionalisering, diskussioner om centralisering av kompetens samt en ökad grad av invärdhet i en europeisk och transnationell styrning bidrar till att sjukhus och andra vårdenheter noggrant måste tänka över sina resultat och hur de presenteras utåt. Bland annat kräver expertgrupper, standardiseringsorgan och internationella organisationer (t.ex. European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) och European Society for Quality in Healthcare) ökad information för jämförbarhet och "best practice". På hemmaplan driver även aktörer som Svenskt Näringsliv (bland annat genom OmVård.se) på utvecklingen mot jämförbar data mellan olika vårdenheter.

Media kan också nämnas som en central granskare och förmedlare av vårdens resultat (Seale 2004). Från studier av affärsjournalistik vet vi att media inte bara skapar och sprider nyheter utan i hög grad också sätter dagordningen både för allmänheten och för de organisationer de granskar (Engwall & Sahlin 2007). Det finns med andra ord en slags medialogik som också driver utvecklingen mot mer och jämförbar kvalitetsdata. Genom att de granskade organisationerna – i det här fallet landstingen/regionerna och deras sjukhus och vårdenheter – själva medverkar till att producera och redovisa data över sina prestationer, har de också större chans att styra mediainnehållet och nyhetsproduktionen (jfr. Pallas 2007).

Alla dessa "yttre" drivkrafter mot mer och jämförbar data om vårdens kvalitet och effektivitet har också mött en inomprofessionell utveckling som syftar till att säkerställa kvalitet genom mätningar och jämförelser i hälso- och sjukvården. De medicinska nationella kvalitetsregistren är viktiga exempel på det och dessa har också i hög grad möjliggjort *Öppna jämförelser* i dess nuvarande form.

## Vad ska Öppna jämförelser användas till?

Sammantaget finns det alltså flera olika drivkrafter och motiv som kan förklara det ökade intresset för öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet och varför det uppkommit just nu. Förhoppningarna på *Öppna jämförelser* är flera; de ska tjäna som verktyg för kvalitetsutveckling och kunskapsspridning, ge insyn för patienter och medborgare i vårdens kvalitet och effektivitet, likväl som de ska utgöra styrnings- och granskningsverktyg samt i framtiden också utgöra underlag för patienters och medborgares val av vårdgivare (Socialdepartementet m.fl. 2009). Men detta, att de öppna jämförelserna ska användas för flera olika syften, har också fått kritik. Idén att kvalitetsregistren ska användas för något annat än lokala förändringsarbeten har varit föremål för debatt i *Läkartidningen* (se t. ex. 2008; 2009a-h) där kritiker bland annat har hävdat att kvalitetsregistren inte kan användas för att värdera och jämföra vårdkvalitet. Man menar att flera av de mätetal som används har brister och att det helt saknas mått på andra viktiga vårdinsatser. Särskilt problematiskt blir det när utfall i mätningarna kopplas till ekonomisk ersättning. Principiellt sett är detta ett välkänt styrproblem. Ett grundläggande kriterium för att ekonomisk styrning ska ha avsedda effekter är att de tekniker och de mått som används uppfattas som legitima av dem som omfattas av styrningen och att de begrepp som används i styrningen är möjliga att förstå och använda för kommunikation (Robert & Scapens, 1985; Ahrens & Chapman 2002; Lindholm 2008). När det gäller kvalitetsmätningar i hälso- och sjukvården mer specifikt blir det problematiskt att använda data som samlats in i ett förbättringssyfte som verktyg för ekonomisk styrning. Datan är vanligen inte särskilt användbar för att utkräva ansvar och att använda data på detta sätt kan förta förbättringsambitionerna (Solberg, Mosser & McDonald 1997). Detta är något vi kommer att återkomma till, men här kan vi helt kort konstatera att det finns stora utmaningar för ett system som ska tjäna flera olika syften, vara begripligt för olika aktörsgupper och samtidigt uppfattas som legitimt av de berörda parterna.

Men utmaningen att *Öppna jämförelser* på ett begripligt sätt ska kommunicera vårdens kvalitet och effektivitet till patienter och medborgare så att detta sedan ska kunna ligga till grund för val av vårdgivare ligger trots allt på framtiden. Hittills har syftet med de rapporter som utkommit inte varit att de ska utgöra underlag för patienter att välja vård. Vår utgångspunkt när vi gjort denna studie har utgått från att de formella syftena med *Öppna jämförelser* har varit de som uttrycks i rapporterna från (2006; 2007; 2008; 2009), dvs. att de ska ”göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn” (ibid. 2008, s. 13) och att de ska bidra till hälso- och sjukvårdens

styrning där jämförelserna ska ”sporra landstingen till förbättringar” (ibid. 2008, s. 13). Vår bild är också att de personer vi har intervjuat har tolkat det på samma sätt, även om idén att *Öppna jämförelser* också ska kunna ligga till grund för patienters val av vårdgivare ligger nära till hands (och drivs på av marknadsiseringsprocessen) och är en utveckling som – vi kommer att se – vissa förespråkar och andra befarar.

## Öppna jämförelser i lednings- och kvalitetsarbete

Indikatorerna i *Öppna jämförelser* baseras på ett komplext kunskapssystem och därmed finns en stor kunskapsasymmetri mellan de som är experter (och förstår vad indikatorerna står för) och de som inte är experter (jfr. Tsoukas 1997). Med tanke på indikatorernas komplexitet är det inte givet hur de används i syftena att stimulera till kvalitetsutveckling och att utgöra underlag för ledning och styrning av vården. För de allra flesta är det så att data ”inte talar för sig själv”, utan kräver översättning och tolkning av någon som är insatt i vad de står för. Hälso- och sjukvårdens olika hierarkier av professionella, politiker och administratörer och deras förutsättningar, uppgifter och handlingslogiker har ibland beskrivits som så olika att de utgör ”skilda världar” (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Senare års reformering av sjukvården i syfte att skapa transparenta och granskningsbara organisationer har visat hur yrkesutövares vardag i stora delar uppfylls av att kommunicera ut och fungera som förmedlare och översättare av komplex medicinsk information till personer som inte är medicinskt utbildade och specifikt insatta i det område det gäller. Samtidigt har det blivit allt viktigare för de professionella att till ledare, politiker och en bredare allmänhet, få ge sin tolkning av hur t.ex. kvalitetskillnader mellan olika vårdgivare kan förklaras (Levay & Waks 2006). I takt med att *Öppna jämförelser* blir en alltmer accepterad och etablerad företeelse torde översättningen mellan olika grupper om vad de olika kvalitetsindikatorerna står för också bli en viktig ledningsfråga.

Dessutom är det så att flera av indikatorerna är av den karaktären att det inte är prestationerna vid en enskild enhet som ensam förklarar resultaten. För att förstå vad som påverkar värdena för dessa indikatorer och vad som kan göras för att förbättra dem, krävs samarbete och utbyten mellan olika aktörer med olika professionella och organisatoriska hemvister. I litteraturen talas ibland om ”gränsöverskridare” (boundary spanners), vilka kan utgöras av både enskilda aktörer eller organisatoriska enheter och som spelar en viktig sammanlänkande roll i relationerna mellan olika grupper (Friedman & Podolny 1992). ”Gränsöverskridare” som begrepp är idag också sammankopp-

lat med de organisationsformer som ofta nämns som typiska för den post-byråkratiska eran, exempelvis nätverk, gränsöverskridande samarbeten och partnerskap (Williams 2002). En intressant fråga är därför hur och i vad mån *Öppna jämförelser* stimulerar till gränsöverskridande samarbete och huruvida *Öppna jämförelser* i sig själv kan ses som ett gränsöverskridande verktyg som länkar samman olika aktörer och kompetenser.

Allt detta menar vi reser frågor om vilken roll *Öppna jämförelser* har i ledningen och styrningen av vården och i vårdens kvalitetsarbete. Är *Öppna jämförelser* viktiga i ledningen och styrningen av vården och i vårdens kvalitetsutveckling eller är mätningarna ”frikopplade” (Meyer & Rowan 1977) från hur vården i praktiken leds och styrs och hur kvalitetsarbete bedrivs? Om *Öppna jämförelser* är viktiga för dessa ändamål, på vilket sätt används de? Vilka översättningar görs och kan *Öppna jämförelser* ses som ett gränsöverskridande verktyg som länkar samman olika aktörer och kompetenser?

## Studiens syfte och design

Studien syftar till att beskriva och förklara vilken betydelse *Öppna jämförelser* har i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården; hur ledningarna konkret har arbetat med kvalitetsarbete och vilken betydelse *Öppna jämförelser* har haft i detta arbete.

Tre landsting – Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Kalmar län och Norrbottens läns landsting – samt en region – Västra Götalandsregionen – valdes ut för närmare studier. Vid sidan av dokumentstudier, tidigare studier och kunskap från landstingens egna analyser baseras studien huvudsakligen på intervjudata. Studien utgår ifrån ett ledningsperspektiv, där vi primärt varit intresserade av hur ledningarna på olika nivåer tänkt kring och arbetat med *Öppna jämförelser* i lednings-, styrnings- och kvalitetsarbete. Vi har intervjuat representanter för landstingsledningar, primärvårdsledningar/sjukhusledningar, verksamhetschefer, klinikchefer samt personer som specifikt arbetat med kvalitetsfrågor. Sammanlagt har vi gjort intervjuer med 37 personer. Intervjuerna genomfördes i september 2009, det vill säga, innan *Öppna jämförelser* (2009) publicerades. Tre telefonintervjuer utfördes (en av dessa var en uppföljningsintervju där kompletterande frågor ställdes), i övrigt var alla intervjuer personliga. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att underlätta analysen av materialet.

Både intervjufrågor och analys var av en öppen och explorativ karaktär men koncentrerad kring fyra olika temata utifrån vilka intervjufrågor var formulerade. Tema ett behandlade ledning och styrning i kunskapsintensiva organisationer. Tema två koncentrerade sig på hur kvalitetsarbetet hade gått till rent konkret med fokus på tillgänglighet i primärvården och förbättringsarbete inom ett medicinskt område och här fick intervjupersoner i de olika landstingen själva ge förslag på och beskriva intressanta ”fall” i sin egen verksamhet. Frågor kring betydelsen av öppenhet och transparens, rankningar och mätningar var i fokus för tema tre. Vilken betydelse detta har haft för verksamheten, för arbetet med kvalitetsfrågor samt för den professionella yrkesutövningen. Tema fyra slutligen, behandlade frågor kring intern och extern kommunikation. Hur man rent konkret hade arbetat med att förankra, översätta och förmedla resultaten i *Öppna jämförelser* internt och externt till yrkesverksamma inom de egna enheterna, till allmänhet, politiker och media. Intervjuerna hade som målsättning att täcka in samtliga teman men i vissa fall var intervjupersoner valda för att de hade specifik kunskap och erfarenhet kring något av dessa områden och då lämnades i intervjun mer utrymme för beskrivningar och reflektioner kring detta. För tydlighetens skull har vi i texten nedan valt att ta upp och behandla dessa teman var och ett för sig för att sedan göra en mer sammanhängande analys av resultaten som helhet. Ambitionen har inte varit att göra en jämförande studie av de tre landstingen och regionen. I framställningen har vi snarare velat belysa gemensamma temata som förefaller viktiga även om vi också tar upp vissa skillnader.

## Disposition

I kapitel två som följer efter detta inledande kapitel redogör vi för studiens teoretiska utgångspunkter. Vi inleder med en beskrivning av tre idealtyper för kontroll och styrning av professionellt arbete: professionell styrning, politisk/byråkratisk styrning och marknadsstyrning och hur dessa kan relateras till *Öppna jämförelser*. Utifrån aktuell forskning diskuterar vi sedan mätningar och publika jämförelser liksom kunskap som översättningar och förhandlingar i nätverk. Särskilt fokus ägnas åt den roll som olika typer av ”gränsöverskridare” (boundary spanners) har i översättning och utveckling av kunskap. Efter teorigenomgången följer fyra empiriska kapitel vilka följer de temata som utgjorde grunden i datainsamlingen och analysen. Det första av dessa kapitel (kapitel tre) behandlar *Öppna jämförelser*s roll i styrningen och ledningen av landstingen och regionen. Här diskuteras bland annat de positiva erfarenheter och de utmaningar som de intervjuade ledarna ser med *Öppna jämförelser* som styrverktyg. Här presenteras även det arbete som görs



av viktiga ”gränsöverskridare” som exempelvis analysenheter, sektorsråd och medicinska programgrupper. I kapitel fyra presenterar vi sedan några av de övergripande effekterna av transparens, mätningar och jämförelser som intervjuerna lett oss fram till. Vi kan konstatera att *Öppna jämförelser* påverkat övergripande strategiska beslut som att fokusera utvecklings- och kvalitetsarbetena i landstingen och regionen till vissa områden, liksom att i vissa fall skjuta till extra resurser till behövande områden. Innebörden av att *Öppna jämförelser* bidragit till ett ”nytt tänk” i hälso- och sjukvården där arbetet med att mäta och öppet redovisa kvalitetsdata har blivit en spridd och allt mer accepterad företeelse diskuteras, liksom på vilka sätt olika förhållningssätt till att mäta och öppet redovisa kvalitetsdata – bedömnings- respektive utvecklingsperspektivet – tar sig uttryck. Olika uppfattningar om vad det innebär att mäta och bli mätt, presenteras också. I kapitel fem beskriver vi landstingens och regionens arbete med att översätta och kommunicera resultaten av mätningarna i *Öppna jämförelser* utåt mot allmänhet och media och inåt mot politiker och medarbetare i verksamheten. I det avslutande empiriska kapitlet (kapitel sex) redogör vi för det konkreta kvalitetsarbetet, bland annat hur det konstruerar, river och överskrider gränser mellan yrkesgrupper och professioner och organisatoriska enheter. I rapportens avslutande del (kapitel sju) relaterar vi de empiriska resultaten till den teoretiska litteraturen och tar upp några övergripande utvecklingslinjer som vi tycker oss kunna se. Bland annat diskuterar vi *Öppna jämförelser* som mjuk reglering, som styrning med fokus på resultat samt som en förändring i styrande logiker. Vi diskuterar också den ökande standardiseringen av professionellt arbete, vikten av att balansera ett bedömnings- respektive förbättringsperspektiv liksom att gränsöverskridarnas (boundary spanners) översättningar och analys av resultaten i *Öppna jämförelser* har en styrande potential samtidigt som det innebär en integreering och sammanvävning av de olika styrande logikerna.

# Att säkra kvalitet genom att mäta och jämföra

## Granskning, mätning och jämförelser som idé

Jämförelser och rankning har på senare år blivit populära inslag i styrningen av både privata och offentliga organisationer. Sjukhus utvärderas och rankas i offentlighetens ljus och medicinska resultat jämförs på både nationell och internationell nivå. Som diskuterades redan inledningsvis kan denna utveckling kopplas till en mer generell institutionell omvandling av offentlig sektor, med ökade inslag av marknadslösningar (Djelic 2006) och där kraven på granskningsbara och transparenta organisationer växt i omfattning (Finkelstein 2000; Strathern 2000; Levay & Waks 2006). Michael Power (1997) har beskrivit hur vi idag lever i ett ”granskningssamhälle” där en utökad misstro, men också ett utökat fokus på kvalitetsfrågor, har lett till att allt fler organisationer ser sig själva som objekt för granskning, och därför utformar sin verksamhet på ett sätt som gör dem möjliga att granska. Eftersom professionella organisationer som till exempel sjukhus per definition är svåra att granska och utvärdera för en utomstående utan medicinsk expertkunskap har kvalitetssäkringssystem som säkrar att organisationen har ett system för granskning och att detta efterföljs varit vanliga. Idag ser vi dock en utveckling som går ett steg längre, där patienträttigheter och kvaliteten på den medicinska kärnverksamheten beaktas i allt större utsträckning (Winblad Spångberg 2006; Blomgren 2007). *De Öppna jämförelserna* – där medicinska resultat presenteras och jämförs offentligt – är ett exempel på det. Den är också, som vi ska se nedan, exempel på en form av styrning där olika logiker möts.

## Tre idealtyper för kontroll och styrning av professionellt arbete

Rent idealtypiskt kan man tänka sig åtminstone tre olika principer för styrning och kvalitetskontroll av professionellt arbete – principer som utgår från professionella, byråkratiska eller marknadsmässiga ideal (Freidson 2001). Med utgångspunkt i principen om professionen som styrande logik har de yrkesverksamma, i egenskap av experter, skänkts förtroendet att garantera kvaliteten på det egna arbetet utan så mycket extern inblandning. Kvaliteten på den professionella tjänsten garanteras istället genom att yrkesgruppen har en lång utbildning, ofta någon form av legitimation och att man inom kåren utför kollegiala granskningar. I det andra styridealet, det byråkratiska, kontrolleras och organiseras den professionella verksamheten utifrån byråkratiska ideal. Genom hierarkiska ansvarsstrukturer, regelstyrning och formalisering organiseras och kontrolleras arbetets kvalitet. Den marknadsmässiga styrprincipen, slutligen, utgår från klassiska marknadsteoretiska principer och idén om den fria marknaden där utbud och efterfrågan styr hur och vad som produceras och där det fria och rationellt upplysta valet automatiskt kommer att reglera kvaliteten på de varor och tjänster som produceras. Utifrån detta synsätt slås de verksamheter som inte håller acceptabel kvalitet på sina tjänster ut eftersom kunden helt enkelt väljer bort dem.

Ovan beskrivna styrideal är teoretiska idealtyper. De förklarar fenomen i sin renaste form. I praktiken hittar vi organisationer som utgörs av blandningar av de olika idealen men det kan ändå vara värdefullt att renodla begreppen på det här viset för att sedan analysera styrningen av svensk hälso- och sjukvård. Här ser vi nämligen inslag av, och en sammanflätning av, alla tre styrlogiker. Den professionella styrlogiken representeras framförallt av vårdens olika professioner. De finns med som viktiga aktörer i utvecklingen av kvalitets- och indikatorsystem (i de nationella kvalitetsregistren, specialistföreningar), i tillsynen av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, HSN) och i den dagliga sjukvårdande verksamheten där beslut grundar sig på praxis och beprövad erfarenhet. Den byråkratiska styrprincipen grundar sig i att sjukvården är politiskt styrd. Den offentliga sektorns organisationer har i uppgift att verkställa och följa upp de beslut som fattats av landets huvudmän – dvs. riksdag, regering och landsting. Slutligen kan det fria vårdval som nu har introducerats och där en vårdpeng följer patienten sägas vara ett styrverktyg som utgår i primärvården från marknadsmässiga principer. Här är det tänkt att ”kunden” spelar en viktig roll i kvalitetskontrollen eftersom verksamheter helt enkelt väljs bort och slås ut om de presterar dåligt. Som vi har sett från beskrivningar och resultat i andra studier (Scott m.fl. 2000; Östergren & Sahlin-Andersson 1998; Blomgren 1999) har dessa styrprinciper en lång historia

av att existera parallellt i sjukvårdens organisering och ledning. Den största utmaningen tycks för ledningen inom sjukvården ha varit att förhålla sig till dessa styrlogiker och en viktig fråga att ställa sig – när man nu närmar sig en mer marknadsanpassad styrning – är om de olika styrlogikerna har möjlighet/ska samexistera eller om någon av dem slås ut på bekostnad av den andra.

Forskare har i vissa fall varnat för det utrymme som marknadslogiken nu tycks få och menar att denna utmanar det traditionella sättet att styra professionella grupper eftersom den minskar professionernas möjlighet att behålla kontrollen och bestämmanderätten över sitt arbete och över hur samhället bäst ska tjänas. De neo-liberala utgångspunkterna att kunderna vet bäst och att marknaden avgör vad som är rätt stämmer inte med den professionella logiken, där man i stället hänvisar till vetenskap och beprövad erfarenhet inom den egna yrkeskåren, menar de (jfr Freidson 2001; Leicht & Fennell 2008). Andra varnar också för att marknadstänkandet kan komma att hota välfärdsstaten eftersom tjänster som sjukvård och utbildning nu omvandlas till en konsumtionsvara att sälja och köpa på en marknad (Miller 1996; Apple 2004). Blomqvist & Rothstein (2000), som har analyserat marknadsstyrningen inom utbildning och sjukvård med fokus på valfrihetsreformer och privatiseringar och satt detta i relation till det svenska välfärdssystemet som är politiskt styrt och bygger på principen om en likvärdig vård och utbildning till alla medborgare, menar att det inte är fruktbart att diskutera om marknadsreformer i största allmänhet har bra eller dåliga konsekvenser ur demokratisk synvinkel. Författarna framhåller dock att valfrihetsreformer bidrar till klassrelaterade skillnader när det gäller vilka val medborgare gör och att det därför är viktigt att bibehålla en offentlig finansiering av dessa tjänster. Dessutom betonar de vikten av informationsspridning av de valmöjligheter som finns att den information som sprids ska vara möjlig att tolka för dem som ska välja samt värdet av en systematisk kvalitetsbevakning från myndigheternas sida för att förhindra segregering om man väljer att låta marknaden styra utbildning och sjukvård. Andra empiriska studier har visat hur politik och politisk styrning inte försvinner i och med utökade marknadsinslag inom vård och omsorg utan att det snarare handlar om att politikernas roll och betydelse blir mer komplex och sammanvävd med andra aktörers intressen och ambitioner (Åkerström Andersen 2000; Mörth & Sahlin-Andersson 2006; Hedmo & Wedlin 2008).

Det är möjligt att skönja konturerna av de styrlogiker som beskrivs ovan i utvecklingen av det nationella system för kvalitetsjämförelser som nu har vuxit fram. Hela idén om jämförelser kan sägas bygga på en marknadslogik där ”benchmarking” ska stimulera till kvalitetsarbete och där det blivit tydligt att man på senare år betonar hur *Öppna jämförelser* ska ligga till grund för patienternas val av vårdgivare. Men man kan också se initiativet med *Öppna jämförelser* som en form av omreglering. För att skapa en likvärdig vård för landets alla medborgare krävs någon form av nationell koordinering och styrning (byråkrati) samtidigt som ambitionen har varit att de kriterier som landstingens olika vårdgivare jämförs utifrån ska vara väl förankrade bland de professionella grupperna i hälso- och sjukvården och därför utvecklas inom ramen för olika expertsällskap (professionen som styrande logik). Det är alltså en rad förhoppningar som ställs på en mät- och jämförbar hälso- och sjukvård och det är en rad intressen som ska jämkas samman. Nedan går vi närmare in på några av de utmaningar som är kopplade till ambitionen att öppet jämföra vårdens kvalitet och resultat.

## Att mäta och göra publika jämförelser

Att jämföra och ranka professionell verksamhet är inte en aktivitet som sker vid sidan av den dagliga verksamheten. Jämförelser sätter ett helt system av aktiviteter i rörelse. För att jämföra krävs insyn i den dagliga verksamheten. Det i sin tur ställer krav på dokumentation och mätningar som i sin tur ofta ställer krav på någon typ av standardiserat agerande för att säkra att rätt aktiviteter jämförs. Jämförelser som sådana för alltså med sig ett helt paket av ”synliggörande teknologier” som påverkar förutsättningarna för ledning, styrning och professionellt arbete på olika sätt. Dessa teknologier är inte neutrala (Miller & Rose 1990; Bowker & Star 1991). De beskriver inte verkligheten så som den ser ut utan är också – genom sina kategoriseringar och sina urval av vad som sätts i fokus – med och konstruerar bilden av vad god vård är. Jämförelser och rankning har därmed betydelse för de sjukvårdande organisationernas identitet och kan verka styrande. Forskning inom högre utbildning (Wedlin, 2004) har visat hur rankning blir till arenor för gränssättningar mellan organisationer och till att bestämma kriterier för hur verksamheter ska utvärderas. Att förhålla sig till kriterierna blir viktigt för organisationen eftersom den bedöms som legitim eller inte utifrån dessa samtidigt som de utökade inslagen av mätningar och jämförelser ställer krav på organisationer inom offentlig sektor att beskriva sin organisation och verksamhet på ett nytt och mer marknadsanpassat sätt.

Att mäta och jämföra professionell verksamhet är alltså kopplat till en rad aktiviteter och dessa är i sin tur kopplade till flera utmaningar. Att producera rättvisande kvalitetskriterier och mätningar utgör en sådan utmaning. Som vi har diskuterat i tidigare studier (Levay och Waks 2006) får kanske den ”skickligaste” kirurgen inte de bästa resultaten eftersom han eller hon också åtar sig de svåraste fallen. Vidare har så kallade ”starka” förklaringar – information som på ett enkelt sätt, till exempel i sifferform, presenterar information om komplexa organisatoriska processer på ett lättöverskådligt sätt – en mycket större styrande potential än långa berättelser som förklarar en relativt sett liten del av praktiken, så kallade svaga förklaringar (Robson 1992; Blomgren & Sahlin-Andersson 2003). Det finns en risk att man koncentrerar sig på det som mäts eller är möjligt att mäta på bekostnad av andra kvalitetsaspekter som är av minst lika stor relevans. Mätningar och jämförelser kräver till exempel att vårdpersonal dokumenterar sin verksamhet men alla aktiviteter är inte lika lätta att artikulera på ett standardiserat och jämförbart sätt. Det har till exempel visat sig svårt att standardisera sjuksköterskors omvårdnadsjournaler eftersom en viss typ av förtrogenhetskunskap då går förlorad (Bowker 1997). Ett fokus på mer mätningar och dokumentation ställer i sin tur krav på rimliga avvägning för att inte riskera en överproduktion av så kallad ”legitimerande dokumentation” – en aktivitet där yrkesverksamma dokumenterar ”för säkerhets skull”, för att säkra legitimitet utan att det egentligen är nödvändigt för den faktiska kärnverksamheten (Forssell och Ivarsson Westerberg 2006). Vi har också tidigare varit inne på hur viktigt det är att de kriterier verksamheten mäts emot upplevs som legitima av dem som utvärderas och att de förutsättningar som bestämmer huruvida det är möjligt att nå de mål som satts upp för verksamheten är möjliga att påverka (Robert & Scapens 1985; Ahrens & Chapman 2002).

Mätningar, jämförelser och presentationen av resultat internt i verksamheten men också utåt till allmänhet och politiker innebär också ofta någon form av bearbetning av de data som presenteras eftersom dessa ofta är på en mycket aggregerad nivå. En del av detta arbete kan definieras som en översättning och redigering från en kontext till ett annan – en process där idéer i flera steg redigeras och tolkas och där den ursprungliga idén inte behålls intakt utan förändras på sin resa från en kontext till en annan (Czarniawska & Sevón 1996; 2005; Sahlin & Wedlin 2008). I fallet med *Öppna jämförelser* handlar det – i det enskilda landstinget och på den specifika kliniken – om att förhålla sig till de resultat som presenteras och bestämma sig för vad dessa siffror säger om den egna situationen. Externt handlar det om att presentera samma information till politiker och allmänhet på ett sätt som bidrar till kunskap men där informationen samtidigt inte blir urvattnad eller lyft ur sitt

sammanhang. Komplex medicinsk information ska på det här sättet ”översättas” för att bli begriplig för icke sjukvårdsutbildade och en del av denna information är inte alltid lätt att artikulera. I översättningsprocessen kan viktig information falla bort eller ryckas ur sitt sammanhang och därmed komma att skada tilliten till de professionella yrkesutövarna (Tsoukas 1997).

## ”Boundary spanning units” som verktyg för översättning

Tidigare studier har visat hur den statliga styrningen av svensk hälso- och sjukvård har präglats av samarbeten mellan olika aktörer i s.k. policynätverk. Statliga aktörer och aktörer från de sjukvårdande professionerna har haft ömsesidiga utbyten (Garpenby 1999) och framförallt den medicinska professionen har varit relativt inflytelserik i de reformer som har introducerats i hälso- och sjukvården (Castro 1999).

Arbetet med att konstruera kvalitetskriterier och publicera kvalitetsjämförelser ställer den här typen av utbyten på sin spets. Det handlar om att överbygga ett kunskaps- och informationsgap mellan politiker, tjänstemän och professionella yrkesutövare. I litteratur om relationen mellan olika organisationer talas det ibland om att man i organisationen har byggt upp en kompetens för att klara den här typen av kommunikation som går på tvärs över flera professionella och organisatoriska sammanhang genom så kallade ”gränsöverskridande enheter” (boundary spanning units). Ursprungligen definierades dessa som enheter upprättade i syfte att skydda organisationens kärnverksamhet från för mycket störningar från sin omgivning och på det sättet reducera osäkerhet i organisationen. Att hålla vissa varor i lager, att underhålla maskiner, att utbilda sina anställda var olika former av aktiviteter i syfte att ”buffra” organisationens kärnverksamhet så att de dagliga aktiviteterna inte utsattes för för mycket störningar (Thompson 1967; Grünberg & Pallas 2009).

På senare tid blir det tydligt hur idén om ”gränsöverskridare” har kopplats till moderna idéer om organisationsdesign där nätverksbyggande, gränsöverskridande samarbeten och partnerskap samt icke-hierarkiska former av beslutsfattande i form av förhandlingar och medling nu blivit allt vanligare (Williams 2002). Forskare med utgångspunkt i institutionell teori har också betonat hur gränsöverskridande enheter som t.ex. informationsavdelningar eller speciella ”Investor relations” avdelningar har varit betydelsefulla i organisationers arbete med att vårda sina relationer med intressenter i dess omgivning. Olika typer av ”gränsöverskridande aktiviteter” har varit vanliga i

syfte att skydda och utveckla organisationens varumärke, anseende och legitimitet, både utåt i förhållande till organisationens omgivning och inåt i relation till organisationens egna medlemmar. Gränsöverskridande enheter har upprättats för att hjälpa den högsta ledningen i organisationer att förhålla sig till nya former av regleringar eller managementidéer till exempel (Grünberg & Pallas 2009).



# Öppna jämförelser i landstingens och regionens ledning och styrning

Så har det blivit dags att se vilken betydelse *Öppna jämförelser* har i de studerade landstingens och regionens styrning och ledning. I inledningskapitlet talade vi om tre idealtypiska former för styrning och kontroll av professionellt arbete – idealtyper som utgår från byråkratin, marknaden eller professionen som styrande logik. Dessa logiker innehåller var och en för sig kraftfulla styrverktyg samtidigt som de också – ur landstingsledningarnas perspektiv – kan innebära utmaningar, speciellt om de ställs mot varandra. I detta kapitel beskriver vi vilken plats *Öppna jämförelser* har i landstingens och regionens formella strategier och planer och vilka uttryck mötena mellan de olika logikerna kan ta. Vi beskriver också *Öppna jämförelser*s roll i landstingsledningarna arbete med att balansera nationellt satta riktlinjer och lokala variationer.

## Öppna jämförelser i landstingens formella strategier och planer

Om vi analyserar hur de olika landstingsledningarna presenterar sig och strategierna för sitt arbete utåt på sina hemsidor, i landstingsplaner och i sina verksamhetsberättelser blir det tydligt att *Öppna jämförelser*, återkommande mätningar, uppföljningar och ansvarsutkrävande lyfts fram som viktiga instrument i ledning och styrning på alla nivåer i verksamheten. Samtidigt genomsyrar idén om professionen som styrande logik också presentationerna. På ett övergripande plan arbetar alla med de områden som Socialstyrelsens

preciserat som ”God Vård” – dvs. att hälso- och sjukvården ska vara ”kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid” (SOSFS 2005:12). Samtliga landsting lyfter fram att de har gått från en styrning med fokus på ekonomi till en styrning utifrån kunskap – olika typer av evidensbaserad vård och omvårdnad lyfts fram liksom en styrning utifrån nationella och regionala riktlinjer. Någon form av kontraktstyrning lyfts också fram som väsentlig i styrningsarbetet – att man skriver handläggningsöverenskommelser till exempel. Samtliga undersökta landsting/regioner använder sig av balanserade styrkort. Styrning i form av en viss grad av standardisering av sådana behandlingsinsatser som är ständigt återkommande, till exempel i form av journalsystem som är kopplade till olika former av beslutsstöd, framställs också som ett effektivt verktyg i styrningen. Detta blir tydligt inte minst i den illustration som beskrivs på sidan 59 av hur Borås lasarett arbetat fram en speciell hjärtjournal med beslutsstöd för den enskilda läkaren och som nu är på väg att införas på bred front i hela Västra Götalands regionen. Vissa landsting (Västra Götaland) använder sig av ett beställar/utförarsystem medan andra (Landstinget i Kalmar län) aktivt tar avstånd från den typen av system. Att styra genom ekonomiska incitament, genom någon form av rörligt ersättningssystem som kopplas till kvalitetsresultat förekommer också på vissa håll. Sammanfattningsvis kan man säga att det i landstingens och regionens formella presentationer av deras verksamhet finns inslag av såväl professionella, byråkratiska och marknadsbaserade styrlogiker, och att dessa är nära sammanvävda med varandra.

## **Att balansera styrning och ledning genom Öppna jämförelser: nationellt utarbetade riktlinjer och lokala variationer**

En grundläggande formulering i Hälso- och sjukvårdslagen är att landets medborgare ska erbjudas en likvärdig och kvalitativt god vård och *Öppna jämförelser* är tänkt att verka som ett nationellt styrverktyg i en annars decentraliserad hälso- och sjukvård. Utöver att presentera och jämföra information om patienterfarenheter, tillgänglighet, kostnader och produktivitet i de olika landstingen och regionerna ger *Öppna jämförelser* också information om medicinska resultat. *Öppna jämförelser* presenteras av Socialstyrelsen som ett viktigt verktyg för att överbrygga eventuella kunskaps- och informationsgap mellan nationellt ställda ambitioner och den lokala praktiken ute i regioner och landsting. ”Det kanske allra mest verkningsfulla är när Socialstyrelsen genom *Öppna jämförelser* följer upp hur kommunerna och landstingen för in våra rekommendationer” säger Lena Weilandt som är chef för enheten för nationella riktlinjer på Socialstyrelsen i en intervju (Socialstyrel-

sen, 2010). För att åstadkomma detta beskriver Weinlandt hur de aktivt bedriver olika typer av förankringsarbeten bland landets regioner och landsting och bland de sjukvårdande professionerna. De nationella riktlinjerna bygger på de nationella kvalitetsregistren och är alltså professionellt framtagna där experter från hela landet medverkar och där man vid olika regionala seminarier diskuterar styrkor och svagheter i olika sätt att mäta vårdens kvalitet. En preliminär version av riktlinjerna läggs sedan ut på webben för att landsting och kommuner ska ha en möjlighet att kommentera dess rimlighet. För de studerade landstingens och regionens del framgår av de strategier som de presenterar offentligt att de har en tydlig ambition att styra utifrån nationellt framtagna riktlinjer. Men riktlinjerna är samtidigt ”mjuka” i sin utformning. De är inte tvingande och de blir föremål för ”översättningar” under resan från nationell till regional och lokal nivå. Nedan ger vi exempel på några av de uttryck översättningar kan ta i arbetet med *Öppna jämförelser* och hur ledningarna i de studerade landstingen och regionen arbetat med att jämkasamma de nationella riktlinjerna med det lokala utvecklingsarbetet. Vi inleder dock med en bredare bild av den betydelse ledningarna på olika nivåer i de studerade landstingen och regionen tillmäter samtliga aspekter av *Öppna jämförelser* som styrverktyg.

## **Öppna jämförelser som styrverktyg på landstingsnivå: positiva erfarenheter och utmaningar**

I våra intervjuer med ledningsansvariga på olika nivåer inom landstingen och regionen framställs *Öppna jämförelser* som ett kraftfullt styrverktyg samtidigt som det också påpekas att utvecklingen av *Öppna jämförelser* är en växelverkan mellan nationell och regional nivå. Man utgår från *Öppna jämförelser* för att utarbeta den egna verksamhetsplanen samtidigt som indikatorer som de själva utvecklat också kan dyka upp i *Öppna jämförelser* senare.

Vid frågan om vilken betydelse *Öppna jämförelser* har haft för landstingen i deras arbete påtalas ofta att *Öppna jämförelser* lett till en bredare typ av styrning. Att man inte bara styr genom ekonomiska mått, och mått på patienttillfredsställelse och tillgänglighet, som ju funnits att tillgå och redovisats öppet på bland annat SKL:s hemsida och Vårdbarometern redan tidigare, utan att man nu också har information om och kan följa upp kliniska resultat. Det här ses som något positivt också därför att kvalitetsregistren nu tas på allvar. Det har skapat interna diskussioner både om dess innehåll och om att man måste ta ansvar för att fylla dem med korrekta data. Dessutom är korsbefruktningen mellan *Öppna jämförelser* och kvalitetsregistren positiv. Om

de professionella grupperna ute i verksamheten tidigare sällan fick ta del av den egna klinikkens resultat och om man på högre nivåer sällan frågade efter resultaten, trots att det lades ner mycket tid på att registrera in data i de olika registren, stödjer *Öppna jämförelser* kvalitetsregistren genom att göra dem publika. Styrningen blir bred också därför att man nu kan använda resultaten från *Öppna jämförelser* i de egna interna styrsystemen och på det sättet dels få ett instrument för egna förbättringsarbeten och dels få en indikation på hur det egna landstinget ligger till i relation till andra. De *Öppna jämförelserna* sätter strålkastarljuset på skillnader mellan den egna enheten och andra ute i landet när det gäller till exempel läkemedelsförskrivning.

Kopplat till det här lyfts också det positiva med att reagera på och styra utifrån faktiska resultat. Att det har skett en utveckling under de senaste tio åren där man nu i landstings- och verksamhetsplaner förhåller sig till de faktiska resultaten.

*”Det fanns ju inte för tio år sedan – inte i min värld. Utan det var väldigt mycket text och väldigt mycket ord om vad man ska åstadkomma visionärt och så vidare men aldrig några fysiska resultat i slutändan. Så den här svängningen har skett kapitalt under de här sista tio åren. Som åtminstone jag applåderar.” (Primärvårdsdirektör 2009).*

I Jönköping poängteras att *Öppna jämförelser* bäddat för förändringar eftersom de utgjort en plattform för ett nytt förhållningssätt, något som är nödvändigt vid förändringsarbete menar man, samtidigt som de också tvingat landstingsledningarna att ta sitt ansvar för de resultat som presenteras.

En annan förhoppning eller positiv egenskap som många kopplar ihop med *Öppna jämförelser* är att man upplever att man nu, på det nationella planet, har satt ner foten och på det här sättet indikerat vilka kvalitetsindikatorer som bör följas. På det sättet erhålls en mer enhetlig sjukvård, menar man. *Öppna jämförelser* definierar, i siffror, vad god vård är och på det sättet har respektive enhet något att arbeta efter. Många påtalar också den inneboende kraften i att inte vilja hamna längst bak i de olika jämförelserna.

Kopplat till detta finns också en aspekt som handlar om landstingsledningarnas legitimitet och identitet. *Öppna jämförelser* fungerar som en slags legitimeringsstämpel och ett erkännande av att kunskapsstyrning är ett bra sätt att arbeta på. I det förändringsarbete som många av landstingen själva

varit med och drivit blir *Öppna jämförelser* dels en bekräftelse på att man har arbetat på rätt sätt och dels ett verktyg för det egna arbetet internt i organisationen, menar man. Att mäta, följa upp och utkräva ansvar blir inte längre problematiskt utan en naturlig del av kvalitetsarbetet menar många. Det har också kopplas till landstingens identitet – vem man är och vilka man verkar för. *Öppna jämförelser* har tvingat landstingsledningen att fundera över och precisera sitt eget uppdrag och har tydliggjort nödvändigheten för den administrativa ledningen inom landstingen att strukturera sitt ledningsarbete – att skriva tydliga målbeskrivningar och att kontinuerligt stötta och följa upp de olika områdena. Det har också synliggjort vissa brister i det egna lednings- och styrningsarbetet och introducerat mer formella tvärgående förändringsarbeten och samarbeten mellan primärvård och slutenvård, något som tidigare skötts mer informellt, berättar en stabschef.

*Öppna jämförelser* skapar också en insikt ute i verksamheterna om värdet av att aktivt arbeta med standardiserade vårdplaner. En utvecklingsstrateg på en av staberna beskrev hur hon blev kontaktad av en vårdchef och en verksamhetschef som hade upptäckt att de i *Öppna jämförelser*, för en typ av cancer, hade bättre resultat för män än för kvinnor och nu ville börja arbeta med standardiserade vårdplaner för att komma till rätta med dessa skillnader. Inledningsvis trodde de att de hade haft en likadan operationsmetod och likadana rutiner för både män och kvinnor men vid en närmare granskning visade det sig att detta inte varit fallet. Enheten har nu beviljats medel från EU och arbetar, på bred front tillsammans med universitetet, med detta.

Som framgår ovan är många på ledningsnivå inom landstingen positiva till *Öppna jämförelser* och ser dem som ett steg i rätt riktning för svensk sjukvård. Detta utesluter dock inte att arbetet med dem också fört med sig en rad utmaningar för styrning och ledning på alla nivåer i landstingen och regionen. En av de saker som lyfts upp som en utmaning är att landstingsledningen nu tvingas att offentligt, i mötet med länets eller regionens medborgare, ta ansvar för något som de inte riktigt kan påverka, nämligen den medicinska kvaliteten. En chef i ett av landstingen uttrycker detta genom att poängtera skillnaden mellan att kvalitetssäkra administrativa rutiner och att kvalitetssäkra det som levereras in till ett stort antal medicinska register. För även om det ligger på professionernas bord att kvalitetssäkra dessa, och även om det i slutänden blir de som får gå hem och göra de förändringar som måste till i de enskilda verksamheterna, så utkräver medborgarna ett ansvar för helheten och denna helhet har inte cheferna för de olika enheterna styrorder över – speciellt inte om det handlar om patienter med multipla sjukdomstillstånd, kanske äldre som också är i behov av hemtjänst.

En annan styrutmaning som lyfts fram handlar om hur resultaten i *Öppna jämförelser* presenteras, att utfallet på enskilda indikatorer presenteras som antingen rött, gult eller grönt och att detta inte är några målnivåer utan snarare bygger på jämförelser mellan olika landsting. Det innebär att man inom en verksamhet kan förbättra sig utan att det egentligen märks i jämförelserna eftersom en likadan verksamhet i ett annat landsting också kan ha blivit bättre. Det är också så att de signaler rött, gult, grönt sänder ut är väldigt enkla signaler som många politiker tar till sig och vill påverka så att utvecklingen går mot grönt. Det man inte tänker på är dock att det inte alltid är eftersträvarsvärt att hamna på grönt. När det gäller läkemedelsindikatorer till exempel så kan ett grönt resultat innebära att man faktiskt överbehandlar patienter inom regionen eller landstinget och därmed har dragit på sig stora kostnader. Det här är också ett tydligt exempel på hur olika typer av styrning som används samtidigt – man styr genom budget och man styr genom kvalitetsindikatorer av medicinska resultat – kan vara komplicerat. Dessutom presenteras resultaten i *Öppna jämförelser* på en aggregerad nivå, något som i sin tur påverkar hur verksamheterna tar till sig resultaten. Hur man ligger till inom primärvården i länet eller regionen har inte samma påverkan på den enskilda vårdcentralen eller den enskilda verksamhetschefen som om dessa siffror bryts ner, redovisas och jämförs per vårdcentral poängterar en chef inom primärvården.

En annan styrutmaning som är förknippad med *Öppna jämförelser* är arbetet med att få alla att registrera in data till de olika registren. Detta fungerar bra om information lätt går att föra över från patientjournalen men blir det dubbelarbete så upplever doktorerna att detta stjäl dyrbar tid från patientarbetet samtidigt som det skapar stress och en känsla av ofullkomlighet.

Vissa påtalar också att det finns en risk för överproduktion av kvalitetsindikatorer. Flera föreslår att man, när man konstaterat att de nationella riktlinjerna inom ett visst område, till exempel inom bröstcancervård, följs ska plocka bort dessa indikatorer och koncentrera sig på att mäta det som är intressant att mäta och behöver utvecklas. Andra menar att det är viktigt med bredd. Att det behövs ett visst antal indikatorer för att inte få missvisande resultat.

Ett problem som lyfts fram är då specifika indikatorer i *Öppna jämförelser* kopplas samman med en målrelaterad ersättning. Här upplevs det som ett problem då man på en enhet inte lyckas leva upp till en målsättning som man egentligen, av olika anledningar, har mycket begränsade möjligheter att påverka. I de fall då man till exempel arbetar med väldigt små grupper patienter, och redovisar resultatet utan statistiska spridningsmått som inte tar hänsyn

till slumpmässiga variationer, blir resultaten missvisande. Detta skapar i sin tur en stor oro i verksamheten som upplever att ersättning som man är mycket beroende av inte faller ut på grund av något som man som professionell yrkesutövare inte har möjlighet att påverka.

En annan synpunkt, som indirekt påverkar styrning utifrån *Öppna jämförelser* rör hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer är utformade. Från vissa håll påtalas att riktlinjerna borde vara mer tydligt specificerade av Socialstyrelsen; att de borde vara utformade mer i form av en kokbok. Paralleller dras till USA och dess diabetesriktlinjer som tydligt definierar vilka åtgärder som ska sättas in i olika situationer. På det sättet skulle det gå att undvika så många lokala tolkningar av riktlinjerna och den enskilde doktorn skulle på det här sättet kunna använda riktlinjerna mer direkt i sitt arbete, menar man.

## **”Boundary spanners” – viktiga i arbetet och översättningarna av Öppna jämförelser**

Många av de styrutmaningar som landstingsledningarna beskriver hänger samman med att de resultat som lyfts fram i *Öppna jämförelser* presenteras på en så aggregerad nivå att de måste översättas och tolkas i ljuset av det egna landstingets, och nerbrutet på lägre nivå, de specifika verksamheternas, kontext för att fungera som styrverktyg i det egna kvalitetsarbetet. Resultat som presenteras i *Öppna jämförelser* är dessutom beroende av att korrekt data matas in från respektive landsting och region. Det handlar om att överbrygga gapet mellan nationella ambitioner, regionala styrinsatser och lokala förutsättningar och det handlar också om att bygga broar mellan politiker, tjänstemän och professionella yrkesutövare.

Ur informationen från intervjuerna i det här materialet blir det tydligt att man har löst detta genom att vissa enheter, grupper eller personer har kommit att fungera som gränsöverskridare (”boundary spanners”) i arbetet med att tolka och förmedla den data som *Öppna jämförelser* bygger på och i arbetet med att rapportera in data till de olika databaserna som jämförelserna sedan hämtar sin information ifrån. Dessa gränsöverskridare står ofta med ett ben i professionen – de har oftast en bakgrund som praktiserande läkare eller i någon av vårdens andra professioner – och med ett ben i administrationen/byråkratin.

I Västra Götaland fungerar analysenheten som gränsöverskridare mellan nationell, regional och verksamhetsnivå. De bearbetar regional sjukvårdsstatistik och arbetar med att beskriva skillnader och möjliga orsaker till dessa och

hur man kan åtgärda dem. Vissa regionläkare på analysenheten är speciellt engagerade i *Öppna jämförelser* och arbetar årligen med att tolka och bearbeta regionens egna resultat. Dessa tolkningar kommer sedan till uttryck i den egna regionens verksamhetsrapport som är mer detaljerad än *Öppna jämförelser* och där man försöker gå ett steg längre genom att lyfta upp och peka på svagheter som behöver åtgärdas. Ett nytt inslag i dessa regionläkares arbete är att de nu också är engagerade i så kallade ”controllingrundor” – en slags kvalitetstillsyn utan sanktionsmöjligheter – där man åker runt till de olika sjukhusdirektörerna i regionen, en gång per termin, och där man lägger fokus på vissa utvalda teman (diabetes, hjärtsjukvård osv.) och har ett resonemang kring hur enheterna ligger till och vilka åtgärder som vidtagits. Eftersom detta är nyligen infört vet man inte vilken effekt det givit men meningen är att dessa diskussioner sedan, av sjukhusdirektören, ska kommuniceras ner till respektive verksamhetschef. Analysenheten har också träffar med beställarenheterna som ofta, eftersom de inte är medicinskt utbildade, behöver stöd i sina tolkningar av *Öppna jämförelser* och av den verksamhetsrapport som analysenheten arbetat fram.

De så kallade ”medicinska sektorsråden”, kan också ses som en slags brygga mellan politik, byråkrati och profession. Sektorsråden fungerar som en arena för kollegialt utbyte inom specifika specialiteter där man bland annat diskuterar de egna utfallen i *Öppna jämförelser* och skapar en slags konsensus om hur detta ska hanteras på respektive klinik. Men de är också en remissinstans för frågor som kommer från hälso- och sjukvårdsavdelningen och ska formellt fungera som en rådgivande funktion för hälso- och sjukvårdsdirektören samt arbeta fram prioriteringsunderlag som stöd till hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete med att fördela resurser och beställa vård. Medlemmarna i sektorsråden har nominerats av respektive sjukhus och är oftast klinik- eller sektionschefer och även om rådet inte kan bestämma över specifika verksamheter utan är ett nätverk mot politiker och tjänstemän så blir det som diskuteras på dessa möten ofta styrande i det egna arbetet på klinikerna eftersom det redan på sektorsrådsmötena har förankrats hos respektive klinikchef. Ordförandena för sektorsråden träffar också, på så kallade ”ordförandekonferenser”, tjänstemannaledningen och den politiska ledningen ett antal helddagar per år. I dessa forum förbereds och förankras nyheter och ärenden av olika slag. Det handlar ofta om frågor som är av medicinsk karaktär men som också har organisatorisk bärkraft. Det kan till exempel handla om hur vissa behandlingar ska centraliseras till vissa sjukhus eller var i regionen det ska vara nattöppet.



I landstinget i Jönköpings län har man utsett så kallade ”medicinska programgrupper” vars främsta uppgift är att säkerställa förekomsten och tillämpningen av landstingsgemensamma vårdprogram för att på detta sätt garantera en likvärdig vård för hela länet. I de medicinska programgrupperna ingår verksamhetschefer (oftast läkare) samt en sekreterare och en ekonom men det är även vanligt att representanter för andra professioner ingår i gruppen. De medicinska programgrupperna har på uppdrag av förtroendevalda revisorer fått i uppgift att följa upp de kliniska resultaten i *Öppna jämförelser* för att dessa sedan ska kunna användas i den egna styrningen. De är på det här sättet tänkta att fungera som en brygga mellan profession, administration och politik.

På liknande sätt har landstinget i Kalmar län givit Folkhälsocentrum och e-Hälsoinstitutet i uppdrag att tydliggöra och tolka resultaten i *Öppna jämförelser* i syfte att dessa sedan ska kunna användas i länet förbättringsarbeten. I Kalmar har man så kallade ”indikatoransvariga” som har länsansvar för indikatorerna inom sina respektive specialistområden. Här blev arbetet med de olika indikatorerna en arena för administrationen i Kalmar län och verksamhetsansvariga att mötas. På samma sätt fungerade de som en mötesplats för professionella yrkesutövare inom olika verksamheter och på nationell nivå, i de olika specialistföreningarna. Hälso- och sjukvårdsdirektören håller dessutom en gång per termin en så kallad ”kraftsamling” där hon träffar länets alla sjukhuschefer och en rad verksamhetschefer och där de går igenom de olika indikatorerna samt stämmer av med cheferna om de är överens med indikatorbärarna – som oftast är överläkare och inte chefer.

Norrbottnens läns landsting har också ett system med indikatoransvariga, som är organiserade utifrån landstingens olika divisioner, och som fungerar som en slags uttolkare av resultaten i *Öppna jämförelser* till den lokala praktiken. De har till uppgift att identifiera de svaga länkarna i kedjan. De indikatoransvariga är specialister inom sitt område och ”krattar manegen” för dem som arbetar i verksamheten genom att analysera och förklara resultaten i *Öppna jämförelser*. För vissa stora sjukdomsgrupper, som till exempel diabetes har det inordnats speciella ”länsgrupper” som på uppdrag av landstingsledningen och de tre divisionerna (primärvård, medicin och opererande) har till uppgift att säkerställa en kvalitativt god vård för hela länet. Länsgrupperna tar tillsammans med de olika yrkesgrupperna fram handläggningsöverenskommelser som ska reglera hur och när remisser ska skickas från primärvård till slutenvården, hur vården görs optimal, hur den följs upp och hur man garanterar kvalitetsjämförelser. Bland annat har man utvecklat ett IT-system som gör det möjligt att överföra information från det egna vårdadministrativa syste-

met till det nationella diabetesregistret. I Norrbotten arbetar man också med så kallade "chefssamråd" i regionsjukvården. Det är specialistrepresentanter från Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten som träffas och diskuterar vården inom sitt område. Grupperna leds av företrädare för regionsjukhuset och består också av lokala företrädare för varje landsting.

# Öppna jämförelser

## – vad innebär transparens, mätning och jämförelser?

I detta avsnitt ska vi gå djupare in i materialet och diskuterar några av de konsekvenser *Öppna jämförelser* har haft i ledningen och styrningen av landstingen och regionen. Vi ska också diskutera *Öppna jämförelser* utifrån ett bedömnings- respektive utvecklingsperspektiv och se vilka konsekvenser det kan ha att *Öppna jämförelser* används för olika syften.

### Öppna jämförelser – ett ”nytt tänk”

Att *Öppna jämförelser* har bidragit till att skapa ett ”nytt tänk” i hälso- och sjukvården; ett tänk som inneburit att det numer finns starkt fokus på att alla ska mäta för att förbättra sig, framhålls av flera av de intervjuade. *Öppna jämförelser* har dock inte ensamt åstadkommit detta, från flera håll betonas att dessa mätningar har gett draghjälp till ett arbetssätt som tillämpats redan tidigare. Breda mätningar, exempelvis i form av ett balanserat styrkort, öppna redovisningar av kvalitet med hjälp av resultattavlor på avdelningar och kliniker samt deltagande i utbildningar som *Mäta för att leda*<sup>5</sup> har varit viktiga inslag i denna utveckling. Det är också viktigt att betona att av alla dem vi intervjuat känner sig inte alla lika berörda av *Öppna jämförelser*. Däremot

---

5. Utbildningen *Mäta för att leda* anordnades av Qulturum i Jönköpings läns landsting för SKL:s räkning. Ambitionen var att omsätta mätningar till konkret förbättringsarbete ute i respektive landsting/region. Majoriteten av alla lansting/regioner har deltagit i utbildningen. (SKL, nyhetsbrev nr 1, november 2007).

känner sig alla berörda av det nya ”tänket” som *Öppna jämförelser* representerar, dvs. att mäta och öppet redovisa sina resultat.

Det *Öppna jämförelser* har gjort är att jämförelserna har givit möjlighet till nationell jämförelse – ”benchmarking” – som varit tillgänglig för andra än den medicinska professionen. Att *Öppna jämförelser* är en nationell händelse, där alla mätningar presenteras samlat, har hjälpt till att sätta kvalitet och kunskapsstyrning ”på kartan” på ett mycket tydligare sätt än förr. Så här säger en hälso- och sjukvårdsdirektör:

*”Jag tycker att den här typen av publicering nationellt [...]. Den hjälper till att sätta fokus på frågan. Det är mycket större fokus på kunskapsstyrning där ute, än det var för ett par, tre år sedan. Jag tror att detta är en viktig del. Kvalitetsregistren i sig själva lyckades inte åstadkomma det. För då hade ju inte den här behövts.” (Hälso- och sjukvårdsdirektör 2009).*

I beskrivningen av vad detta ”nya tänk” innebär går det inte att undgå att ta upp frågan om hur dessa jämförelser ska användas – som underlag för utvärdering och bedömning eller för kvalitetsutveckling? Vissa av de intervjuade ledarna betonar framförallt det ena perspektivet framför det andra, även om det förefaller som om de flesta inte anser att det råder något egentligt motsatsförhållande mellan dem. En mycket vanlig hållning är snarare motsatsen; argumentet att ”ingen vill hamna sist”, dvs. att oviljan att redovisa dåliga resultat i sig är en drivkraft till förbättringar, är kanske den mest använda förklaringen till vad som utgör kraften eller motorn i *Öppna jämförelser* som förändringsverktyg.

”Bedömningsperspektivet” innebär bland annat möjligheten att utkräva ansvar. En högre chef säger så här om kraften med *Öppna jämförelser*:

*”Det brukar ofta diskuteras att man i offentlig sektor är så oerhört försiktig med att utkräva ansvar i linjen så att man försöker bygga upp automatiserade system där saker och ting ska falla ut av sig självt. Skriver vi bara tillräckligt detaljerat vårdprogram eller riktlinjer så blir allting bra, men det blir det ju inte om man inte följer upp det. Därför har alltså Öppna jämförelser visat sig ha en verkligt hög verkningsgrad. Därför att ingen vill skämmas över sina resultat, kort och gott.” (Högre stabschef, 2009)*

Vilket perspektiv som betonas följer bland annat av positionen. För den som arbetar som utvecklingsledare i förändringsprocesser ”på golvet”, är det naturligt att betona ett ”förbättringsperspektiv” och då är det, som en av utvecklingsledarna betonar, som ledare mycket viktigt att tänka sig för hur man presenterar mätningarna för personalen för att de inte ska känna sig uthängda. I en annan position – exempelvis som hög chef i primärvården, som är det område som kanske är mest konkurrensutsatt – är det möjligen mer naturligt att betona ett ”bedömningsperspektiv”. En primärvårdsdirektör beskriver kraften i att använda sig av öppna redovisningar för att få de enskilda vårdcentralerna att ta ansvar för sina resultat. I botten ligger antagandet att vårdcentralernas resultat går att jämföra eftersom deras verksamhet är så likartad och alltså är logiken att ”andra kan uppnå målen, alltså kan du också göra det”. Genom att på möten, där alla primärvårdschefer samlas, öppet redovisa resultat för alla enheter blir det tydligt vem som lyckas bäst och vem som lyckas sämst. Primärvårdsdirektören beskriver styreffekten av att öppet redovisa tillgänglighetsdata så här:

*”Så det är klart att [primärvårdsenhet A] måste få frågan, varför ligger ni på 70 procent? Vad är det som gör det? Jag vill att du pratar med [primärvårdsenhet B] för de har 100 procent. (Primärvårdsdirektör, 2009)*

Primärvårdsdirektören beskriver att tanken är att genom att öppet visa resultaten för alla så ska han inte behöva säga till cheferna för de enheter som inte lyckas så bra, utan de ska inse det själva. Det är bara i de fall när primärvårdscheferna inte tar tag i resultaten och gör något åt dem som primärvårdsdirektören mer explicit får ställa krav på dem att förbättra sig. Primärvårdsdirektören är långt ifrån den ende som på detta sätt använder sig av logiken ”name and shame” för att styra verksamheten. En landstingsdirektör beskriver hur ledningen i landstinget fick klart för sig att man inte hade tillräckligt god följsamhet när det gällde basala hygienrutiner. Åtgärden var att lägga fokus på denna fråga och öppet redovisa listor på de olika enheterna där det framgick hur väl de följde eller inte följde rutinerna. Åtgärden visade sig vara verksam och följsamheten ökade.

Några av de intervjuade understryker att de är skolade i ett ”förbättringsperspektiv” och att det präglar hur de ser på mätningarna och hur de ska användas. Utifrån ett förbättringsperspektiv vill man snarare tona ned den ”tävlingsaspekt” som *Öppna jämförelser* stimulerar till. Här är det flera som förespråkar att man ska använda målnivåer i *Öppna jämförelser*. Det borde

vara möjligt att identifiera vad som är bra och vad som är dåligt och det borde finnas absoluta gränser för vad som är acceptabelt. *Öppna jämförelser* borde stimulera till att göra bästa möjliga, inte som nu, att bli bäst. För primärvården i ett av landstingen finns exempelvis ett eget system, där alla enheter kan bli ”gröna” om de når upp till en viss nivå.

Utifrån ett ”förbättringsperspektiv” har *Öppna jämförelser* en annan funktion. En utvecklingsdirektör i ett av landstingen uttrycker det som att *Öppna jämförelser* ger en bra väg in i utvecklingsarbetet eftersom det sätter ljuset på frågor som ”vad klarar andra och vad skiljer oss från andra?” Det skapar intresse och motivation. Men efter denna inledande fas kommer den egentliga utvecklingskraften av att man jämför sig med sig själv. Den piska och morot som ligger i ”bedömningsperspektivets” tillämpning av *Öppna jämförelser* är inte någon bra grund för motivationen på lång sikt, menar utvecklingsdirektören. Utifrån ett ”förbättringsperspektiv” har *Öppna jämförelser* på sätt och vis en begränsad betydelse. En årlig mätning kan inte ensam driva ett förändringsarbete. *Öppna jämförelser* är, som flera betonar, ett verktyg för landstingets högsta ledning och bör användas som underlag för att fråga verksamhetens företrädare om deras resultat och hur dessa ska förbättras. Därefter måste man verka för att bygga in uthålliga förbättringsmetoder lokalt i verksamheten; där mätningar, reflektion, förändringar och uppföljningar är centrala inslag.

*Öppna jämförelser* innehåller i många fall mått som är för breda för att kunna användas lokalt i verksamhetens förbättringsarbete. Men det är många som intygar att den logik de bygger på – att mäta, jämföra, reflektera och förändra – har en väldig potential att skapa intresse och diskussion i verksamheten. Många intygar att det också är en resa att se att resultaten av mätningarna – bra eller dåliga – är produkten av ett gemensamt arbete, där ofta flera professionella grupper och organisatoriska enheter är inblandade. En utvecklingsledare beskriver hur den gemensamma analysen av resultaten av de lokala mätningarna gör att gränserna mellan organisatoriska enheter (primärvård – slutenvård) och olika professionella grupper bryts och hur ansvaret för resultatet förskjuts från individen till gruppen. Tidigare var det nog så att läkaren tog det misslyckade fallet med sig på sin kammare och ensam ”lärde och grubblade”, menade utvecklingsledaren. Genom att arbeta i team lär man av varandra och ansvaret blir också i större utsträckning delat.

Hjärtsviktsprojektet i Jönköpings läns landsting är ett exempel av många på samarbeten i tvärprofessionella och gränsöverskridande team och där kontinuerliga mätningar och uppföljningar är centrala inslag i kvalitets- och utvecklingsarbetet. Projektet beskrivs nedan.

## HJÄRTSVIKTSPROJEKTET I JÖNKÖPING

Jönköpings läns landstings beslut att rikta särskilda utvecklingsinsatser mot just hjärtsviktspatienter beskrivs som resultatet av en analys där man tagit hänsyn till flera olika faktorer. Bland annat har man utgått ifrån landstingets starka och svaga områden, vilka sjukdomsgrupper som omfattar en stor del av befolkningen och som leder till för tidig död, samt graden av variation i resultat och arbetsprocesser. För att förbättra vården för dessa patienter tillsattes ett så kallat "collaborative", det vill säga en tvärprofessionell grupp där också representanter för både öppenvård och slutenvård finns med.

Arbetet syftar ytterst till att förbättra och effektivisera vården för hjärtsviktspatienter och att arbeta preventivt så att antalet personer som lider av hjärtsvikt blir färre i framtiden. För detta ändamål behöver man arbeta fram gemensamma riktlinjer för hur vården ska bedrivas och man behöver se till att alla arbetar efter dessa. Det är viktigt att komma bort ifrån kulturen att alla har "sin egen idé om vad man tycker är bäst", som en av de inblandade i projektet uttrycker det.

I det arbetet bli öppna redovisningar av mätningar viktiga för de gör att "man måste göra lika". I inledningen av projektarbetet handlade det om att samla alla krafter och få en gemensam bild av hur det faktiska arbetet med hjärtsviktspatienter såg ut inom landstinget. Denna analys visade stora variationer, både på akutmottagningarna och inom primärvårdsområdena. Variationen avsåg både hur man identifierade patienterna, hur man föreskrev läkemedel, hur vården var organiserad samt dödligheten inom de olika sjukvårdsområdena.

Ett av resultaten av den analysen var att man insåg att det behövdes en ansvarig person som hjälper till att följa upp patienterna. Ungefär på samma sätt som diabetesvården är organiserad med en diabetessjuksköterska som är den samordnande länken mellan olika grupper. Med en sådan ansvarig person tror man att följsamheten i förskrivning av läkemedel ska förbättras och att det snabbare går att upptäcka om patienten exempelvis behöver läggas in på sjukhus.

I fallet med hjärtsviktprojektet i Jönköping är det "förbättringsperspektivet" som står i centrum. Men även om "bedömningsperspektivet" och "förbättringsperspektivet" tycks leva sida vid sida och betonas olika mycket på olika nivåer i vården så skärps den latenta konflikten dem emellan när resultatet av mätningarna också kopplas till prestationsbaserad ersättning och patienters val. Principiellt sett är detta ett välkänt problem. Ett grundläggande kriterium för att ekonomisk styrning ska ha avsedda effekter är att de tekniker och de mått som används uppfattas som legitima av dem som omfattas av styrningen. När det gäller kvalitetsmätningar i hälso- och sjukvården mer specifikt så är det problematiskt att använda data som samlats in i ett förbättringssyfte för ekonomisk styrning. Solberg, Mosser & McDonald (1997) menar att data som samlats in i förbättringssyfte i vården vanligen inte är särskilt användbara för att utkräva ansvar och att använda data på detta sätt helt enkelt kan förta

förbättringsambitionerna. Den klassiska ekonomistyrningslitteraturen har också gång på gång pekats ut riskerna med att hård och inflexibel ekonomisk styrning kan leda till så kallat dysfunktionellt beteende där manipulation av data är en av riskerna (Argyris 1952; Hopwood 1973). Detta är också en del av den kritik mot *Öppna jämförelser* som framförts i debatten i *Läkartidningen* (2008, s. 3452) och åsikterna finns också representerade i vårt material. Bland de intervjuade finns de som pekar på ett motsatsförhållande mellan att använda mätningar för lokal kvalitetsutveckling för bedömning och prestationsersättning. Risken är då uppenbar att det som är så viktigt i förändringsarbete – att vara beredd att visa upp och analysera sina svaga sidor – blir ett problem. Så här säger en läkare och chef i primärvården i ett av landstingen:

*”Skulle det vara så här att man skulle presentera de här [lokala mätningar] offentligt, så att folk ska välja vårdcentral efter det, då vill ju alla dölja sina svagheter. Då blir det ett helt annat sätt att mäta. Då vet vi ju att väldigt mycket av de här uppgifterna går ju faktiskt att mer eller mindre påverka. Då blir det plötsligt totalt ohållbart att mäta om folk ska sitta och ruffla med data [...]. Kanske till och med ge pengar till dem som fuskar bäst! Det är ju så det blir! Så därför så... mätningar är ju en viktig del i förändringsarbete och att man måste vara beredd att visa upp sina svaga sidor. Då går det liksom inte ihop med det här andra.” (Chef och läkare i primärvården, 2009)*

## Öppna jämförelser och strategiska beslut

*Öppna jämförelser* har inte bara bidragit till ett ”nytt tänkt”, de har också bidragit till att påverka strategiska beslut i landstingen och regionen, bland annat genom att resultaten av mätningarna har ingått i bredare analyser som mynnat ut i övergripande strategiska beslut om att fokusera utvecklings- och kvalitetsarbete till vissa områden. I Jönköping säger man att beslutet att fokusera på ett prioriterat område som hjärtsviktpatienter inte egentligen grundade sig på resultaten i *Öppna jämförelser* utan baserades på en bredare analys. Resultaten i *Öppna jämförelser* har heller inte legat bakom några beslut att tillskjuta extra medel till något område utan man betonar istället att det inte finns någon forskning som visar på ett enkelt samband mellan resurser och kvalitet. I Kalmar däremot menar man att besluten att fokusera kvalitets- och utvecklingsarbete just till områdena hjärta, stroke, diabetes hade stark koppling till de resultat landstinget uppvisade i *Öppna jämförelser*, men



också till faktorer som att dessa områden omfattar stora patientgrupper och att länet generellt sett har en åldrande befolkning. I landstinget i Kalmar län finns också exempel där verksamheten har fått extra resurser med hänvisning till att man uppvisat medelmåttiga resultat i *Öppna jämförelser*.

I Västra Götalandsregionen säger en av medarbetarna på analysenheten så här om *Öppna jämförelser*s betydelse för insikten att hjärtsjukvården i regionen var sämre än genomsnittet och att något borde göras.

*”I princip är det så att när man i Öppna jämförelser har sett, och när vi i RIKS-HIAs årsrapporter har sett [...] att det finns en väldigt stor spridning mellan regionens sjukhus. Och att få av regionens sjukhus når över nationellt medel varje år. Så har vi diskuterat detta vid upprepade tillfällen i politiska sammanhang, tjänstemannasammanhang och med professionen. Och gradvis har vi vunnit accept att det här är nog faktiskt ett sant problem.” (Regionläkare, Analysenheten 2009)*

I Norrbotten framhålls diabetesvården som ett område där dåliga resultat i mätningarna bidragit till ett intensivt förbättringsarbete. Även tillgängligheten är ett område som flera menar fått ökad skjuts i och med att det så tydlig redovisas i *Öppna jämförelser*.

Det finns de som menar att *Öppna jämförelser* har bidragit till att göra landstingets strategiska beslut mer systematiska. Tidigare kunde resurstilldelningen baseras på generella trender i riket eller helt enkelt på den som kunde tala bäst för sitt verksamhetsområde; men *Öppna jämförelser* har bidragit till att göra besluten mer faktaunderbyggda. Samtidigt finns helt motsatta uppfattningar, det vill säga, att *Öppna jämförelser* och pressen runt publikationen skapar kortsiktighet och att man riskerar att fokusera på fel saker. Så här säger en verksamhetschef i ett av landstingen.

*”Vårt arbete måste vara långsiktigare än dagsformen i Öppna jämförelser. Och det blir inte riktigt det. Därför att här kommer politikerna och alla möjliga in. Och det är väl det man avser när man gör sådana här enkla ”traffic lights” [pekar på framsidan av rapporten Öppna jämförelser]. För att en riktig idiot ska begripa att så röd ska man inte vara. Men vad är, vad är rött?” (Verksamhetschef, 2009)*

Men det är inte bara en harmonisyn som råder. Bland landstingens och regionens professionella förs kritiska diskussioner om hur väl måtten i *Öppna jämförelser* representerar kvalitet; om vilseledande konfidensintervall, om att det rangordnas när det egentligen inte finns någon skillnad och med vilka syften mätningar egentligen utförs. På frågan hur man som ledare hanterar den kritiken säger en hälso- och sjukvårdsdirektör att ”jag försöker lyssna på det, men inte för mycket”. Det verkar vara en inställning som går igen på flera håll. Många av de intervjuade ledarna påpekar att det är viktigt att ha en diskussion med de professionella, och att det är viktigt att vara ödmjuk inför vad det är data står för, men att de problem med data som finns inte är skäl till att inte använda den. Dessutom är det så att de flesta indikatorerna är framtagna av den medicinska professionens specialistföreningar, och därför blir ett argument som förs tillbaka till de kritiska i professionen att de får ta upp problemen i sina specialistföreningar och där verka för att ta fram bättre indikatorer.

Men att de högsta ledningarna i landstingen är ödmjuka inför vad data står för håller inte alla med om. Så här säger en läkare och chef verksam i primärvården.

*Alltså, politiker och tjänstemän inom landstinget tror ju jättemycket på de här siffrorna. Om man då protesterar lite stillsamt från vården här och där så tror de det är dåliga bortförklaringar. Det är ingen som kan förklara det här på ett så bra sätt så att det går fram, utan det är ju i regel de som ligger dåligt till som försöker förklara och det inte är så bra.  
(Chef och läkare i primärvården, 2009)*

En återkommande kritik är också att mätningarna tar mycket tid från den dagliga verksamheten och därmed också är förenad med en kostnad. I det sammanhanget uppkommer också frågan om varför man mäter. Är det för att man själv avser att göra förbättringar eller för att någon annan ber om mätningarna? Och vilka mätningar är viktigast? Det kan vara enklare att finna acceptans för att göra mätningar som syftar till lokala förbättringar inom ett visst område än områden som inte behöver förbättras. Det är, som en av de intervjuade säger, vansinnigt att mäta ett område i detalj, när det finns andra områden som är mer eftersatta. Andra påpekar att SKL och Socialstyrelsen har ett stort ansvar att tänka efter vad det är som ska mätas och varför, annars riskerar det att bli hur många mätningar som helst.

Eftersom antalet indikatorer växer och eftersom mätningarna till de nationella kvalitetsregistren inte är de enda mätningar som görs, blir det centralt att ha It-system som stödjer arbetet med inrapporteringen. I Västra Götalandsregionen har man förvisso ett gemensamt It-system för hela regionen men kämpar ändå med system som "inte talar med varandra" eftersom de har sin grund i lokalt utvecklade system. I Norrbotten använder man sig av ett enhetligt vårdadministrativt system (VAS) och ambitionen är att ingen ska behöva göra ett arbetsmoment ute i vården två gånger. En divisionschef berättade om det mödosamma och långdragna arbetet med att få en It-lösning på plats som innebar att data direkt skulle kunna "tankas över" till det nationella diabetesregistret. Det tog ett och ett halvt år och då var det ingen "som egentligen motarbetade det" berättar divisionschefen. Det är helt enkelt mycket långa ledtider att få en sådan lösning på plats.

Parallellt med detta har ledningen aktivt arbetat för att alla vårdaktörer som är berörda faktiskt ska rapportera in sina data. Och det har skett genom "battongmetoden" som man uttrycker det, dvs. att landstinget publikt redovisar vilka enheter som har rapporterat in och vilka som inte rapporterat in med hopp om att detta ska sätta tryck på de senare att börja rapportera in. Men i det kliniska arbetet med patienterna slits man mellan alla uppgifter man har att utföra och mätningarna blir ytterligare något som kräver tid som man uppfattar att man inte har.

I Västra Götalandsregionen har ansvariga inom området kardiologi beslutat att ge högre prioritet till registermedverkan. Sedan *Öppna jämförelser* kom har man haft interna diskussioner på läkarmöten och i sektorsrådet om hur väl regionens hjärtsjukvård lever upp till de nationella riktlinjerna, och också i vilken utsträckning de verksamma rapporterar in till registret och vilken kvalitet data har. Hittills har medverkan i registret inte prioriterats tillräckligt högt men eftersom man nu beslutat att prioritera registerrapporteringen har administrativa resurser också avsatts för ändamålet.

I själva verket kan en röd markering vara mycket mindre prioriterad än en grön markering och därför måste det finnas en absolut gräns för det som är oacceptabelt och det måste finnas en riktning på styrningen som är mer långsiktig för annars ”blir det någon ny grupp som sätts in och ska göra någonting därför att det kommer [ny] data”, menar verksamhetschefen.

En annan aspekt på *Öppna jämförelser* och strategiska beslut är att jämförelserna också kan bli ett strategiskt verktyg i de situationer när det gäller att hävda sig mot andra. Det blir inte minst aktuellt i diskussioner om centralisering och regionalisering, vilket Ortopedkliniken i Oskarshamn är ett exempel på.

### ORTOPEDKLINIKEN VID OSKARSHAMNS SJUKHUS

Oskarshamns sjukhus ligger vid Östersjö-kusten i mellersta Småland. Bara drygt sju mil söderut återfinns det största sjukhuset i landstinget i Kalmar län – läns-sjukhuset. Sju mil norrut ligger Väster-viks sjukhus, även det väsentligen större än Oskarshamns sjukhus. De anställda vid Oskarshamns sjukhus beskriver hur insikten att sjukhuset är hotat ”sitter i väggarna”; det är helt enkelt för mycket med tre akutsjukhus inom ett sådant begränsat område. Detta har under åren fått flera konsekvenser, en av dem var att ortopedkliniken chef tidigt bestämde sig för att försöka ”nischas” ortopedkliniken verksamhet mot att bli helt elektiv och att lägga fokus på operation av höft- och knäledsprotoser.

Att förslaget att ta bort akutverksamheten kom från de kliniskt verksamma beskriver en av de anställda som ovanligt, det normala är att de som arbetar vid ortopedklinker vill ha akutverksamhet eftersom det innebär ett bredare vårdregister. Finns inga akutfall ges heller inte möjligheter att operera frakturer och bedriva traumatologi. Men vid ortopedkliniken i Oskarshamn tänkte man

annorlunda. Där var målsättningen att bli en specialiserad enhet med hög medicinsk kvalitet och god tillgänglighet. Man menade att begränsningen av arbetsuppgifter också kunde innebära att man kunde bli riktigt bra på det man faktiskt fokuserade på. År 2004 blev så ortopedkliniken i Oskarshamn en elektiv enhet med inriktning på knä- och höftledsprotoser. Då hade kliniken också sedan många år arbetat hårt med att förändra sina rutiner och sin organisation för att förbättra tillgängligheten. Idag uppvisar kliniken goda resultat i de nationella kvalitetsregistren, har hög tillgänglighet och har vunnit flera priser och utmärkelser för sitt kvalitets- och förbättringsarbete.

Vid kliniken är man medveten om att det är nödvändigt att fortsätta konkurrera med bra kvalitet för att enheten ska finnas kvar i framtiden. Då kommer också mätningar av den typ som görs i Öppna jämförelser in i bilden. Det är, som en av de anställda vid kliniken säger, helt enkelt inte möjligt för kliniken att bli ett av protessjukhusen i en framtida region om kliniken ligger dåligt till i jämförande kvalitetsmätningar.

## Om att mäta och bli mätt

En spridd uppfattning bland de intervjuade ledarna är att det på ganska kort tid skett en attitydförändring bland de professionella i verksamheten när det gäller att öppet redovisa resultaten från sina kvalitetsmätningar. Inledningsvis beskrivs att det fanns en hel del motstånd men efter hand har acceptansen för transparensen ökat. Så här säger en primärvårdsdirektör:

*”Jag hör inga sådana röster idag. De har tystnat. Faktiskt. Att nå resultat och faktiskt jobba utifrån faktiska utfall är ju svårt att argumentera bort.” (Primärvårdsdirektör, 2009)*

Många talar om en ”mognad” och några hänvisar till att verksamheten har genomgått fyra utvecklingssteg presenterade av Donald M. Berwick, verksam vid Institute of Healthcare Improvement (IHI)<sup>6</sup>. I korthet innebär dessa fyra utvecklingssteg ett utgångsläge där reaktionen till att börja med är att data i kvalitetsmätningen är ”fel” för att sedan gradvis övergå till en inställning som innebär att man accepterar att data är tillräckligt bra och att man har ansvar för att göra något för att förbättra resultaten. Flera betonar att mätningar numer tillhör vardagen; *Öppna jämförelser* är ju långt ifrån de enda mätningar som görs; man mäter sina egna resultat, man gör jämförelser inom landstinget och man jämför med de andra sjukvårdsområdena. Öppenheten har nu funnits i några år och flera konstaterar att ”det blir ju inga skador”. Eftersom det är så många mätningar som görs och som visas öppet anser ledarna att också problematiken med att visa sina svagheter har avdramatiserats. Vanligen är det helt enkelt så att man är bra på något, men mindre bra på något annat. Likaså menar man att det finns en spridd medvetenhet om att data i *Öppna jämförelser* har begränsningar, men att de fortfarande kan vara användbara. Så här uttrycker en läkare på analysenheten i Västra Götaland det:

*”Det är ju en spegling av verkligheten, inte en kopia. Och det kan vara en ganska skev spegelbild man får och så. Men det är den bästa vi har i någon mening.” (Regionläkare, Analysenheten 2009)*

6. Institute for Health Improvement (IHI) har sitt säte i Massachusetts i USA och är en oberoende och ickevinstdrivande organisation som har till syfte att sprida idéer om kvalitetsförbättringar och kunskap om kvalitetsförändring internationellt (Institute for Health Improvement, 2010).

# Öppna jämförelser – kommunikation och översättning

Ett av syftena med *Öppna jämförelser* är att ”den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska göras öppen för insyn” (Sveriges kommuner och landsting & Socialstyrelsen 2008, s. 13). Men vad indikatorerna och mätningarna i *Öppna jämförelser* egentligen betyder är långt ifrån självklart för gemene man. I landstingen och regionen är man medvetna om att jämförelserna lätt kan misstolkas, både av media och av andra. Att kommunicera och översätta vad resultaten i *Öppna jämförelser* innebär för det specifika landstinget/regionen blir därför en viktig ledningsfråga. I detta kapitel beskrivs hur ledningarna arbetar med att kommunicera och översätta resultaten i *Öppna jämförelser* externt, mot allmänhet och media samt internt, mot politiker och medarbetare i verksamheten.

## Extern kommunikation kring Öppna jämförelser

När *Öppna jämförelser* publiceras varje år mobiliserar man i landstingen och regionen. Lanseringen föregås av förberedelser där resultaten går igenom och tolkas. De verksamhetschefer, politiker eller andra ansvariga som särskilt berörs – speciellt de med resultat som ”sticker ut” – förbereds extra noga. På analysenheten i Västra Götaland beskrivs hur man förbereder sig på att möta media genom att så snabbt som möjligt sätta sig in i rapporten och sedan ha dragningar med politiker, tjänstemän och med hälso- och sjukvårdsutskottet.

I landstinget i Kalmar län menar ledningen att publiceringen av *Öppna jämförelser* är en mycket viktig händelse som man förbereder sig noga för och som man använder för att visa att man är offensiv.

Insikten att offentligt uppvisande av resultat kräver noggranna interna förberedelser gjordes bland annat i Kalmar. Redan innan *Öppna jämförelser* kom ut första gången, gjordes ett experiment med att lägga ut resultaten för två vårdcentraler offentligt. Problemet var bara att man var för snabb och inte i tillräcklig utsträckning förklarade vad som låg bakom skillnaderna mellan de två vårdcentralerna. Resultatet lät inte vänta på sig – i tidningen pekades den ena vårdcentralen ut som mycket bättre än den andra trots att skillnaden i praktiken var mycket liten.

Numera förbereder man sig som sagt noga i landstingen och regionen och presskonferenserna som hålls med anledning av rapporten förefaller inte vara särskilt problematiska. En av de intervjuade, med bakgrund i tidningsbranschen, menar att mätningarna i *Öppna jämförelserna* egentligen är för komplexa för att media ska kunna skriva så mycket om dem. Hur ska resultaten egentligen tolkas? Det skrivs någon tidningsartikel när rapporten kommer ut och kanske någon uppföljande artikel, men under resterande året händer inte särskilt mycket. Däremot nämner flera av de intervjuade att den rapport som vid tidpunkten för vår studie nyligen getts ut av Hjärt- och lungfonden orsakat en hel del press. ”Det går bara timmar från det att en sådan här rapport kommer ut tills man blir fullständigt nedringd av journalister” säger en verksamhetschef. En annan av de intervjuade menar att *Öppna jämförelser* därför är bra för att den också utgör en seriös motvikt mot rapporter som den som ges ut av andra aktörer.

Flera av de intervjuade beskriver också att medialogiken generellt är sådan att det skrivs om de resultat som är dåliga, aldrig om dem som är bra eller tillfredsställande. Ingen av de intervjuade framhåller att man haft stora problem med negativ press just till följd av publiceringen av *Öppna jämförelser*. I ett av landstingen beskrivs snarare ett nära samarbete med vissa ”nyckelmärkta” journalister och att rapporteringen har varit ödmjuk. Men negativ press förekommer i andra sammanhang. I Västra Götalandsregionen, där vårdvalet skapat hård konkurrens mellan vårdcentralerna, menar en av utvecklingscheferna för primärvården att media har haft ett ensidigt intresse av de privata vårdgivarna och att dessa därmed varit mycket mer synliga i pressen. Utvecklingschefen beskriver hur hon under lång tid, utan framgång, försökt att påverka en av reportrarna för den ledande tidningen att också lägga fokus på de mer positiva sidorna av de offentliga vårdcentralernas verksamhet.

Den negativa pressen är ett problem menar utvecklingschefen, inte minst för personalen som tar illa vid sig och blir nedtyngda utan att de egentligen har presterat dåliga resultat.

När det gäller ansvaret att svara för resultaten i *Öppna jämförelser* utåt har landstingen och regionen organiserat det lite olika. I Kalmar, Jönköping och Norrbotten finns speciella kontaktpersoner eller indikatoransvariga för indikatorerna medan ansvaret i Västra Götalandsregionen förlagts mer centralt; där är det analysenhetens uppgift att svara för resultaten utåt. I uppdraget ligger bland annat att formulera skriftliga underlag för kommentarer om landstingets resultat i *Öppna jämförelser* och aktivt verka för förbättringar inom ansvarsområdet. Från vissa landsting framkommer att det åtminstone inledningsvis varit en viss utmaning att få de indikatoransvariga att ta på sig uppgiften eftersom det, vid sidan av det ordinarie arbetet, också innebär att de ska svara för utvecklingen av sitt fackområde i hela landstinget.

Ett huvudsyfte med *Öppna jämförelser* är att medborgarna ska få insyn i vårdens kvalitet och effektivitet. Men jämförelserna har hittills inte varit utformade för att stödja patienternas val av vårdgivare. Det senare är kanske ett av skälen till att patienterna och medborgarna utifrån intervjuerna inte framstår som en stark aktörsgupp som visar intresse för och efterfrågar information om *Öppna jämförelser*. Hittills får man nog betrakta media och kanske patientorganisationerna som patienternas och allmänhetens företrädare i att bevaka *Öppna jämförelser*. Huruvida landstingen och regionen ska gå ännu längre, dvs. att själva verka som kommunikationskanal utåt mot allmänheten verkar hittills inte ha varit en särskilt stor fråga. När ämnet är uppe under intervjuerna menar några att svensk hälso- och sjukvård själv i framtiden måste ta initiativet och presentera innehållet på ett begripligt sätt för allmänheten och på så sätt bemöta alternativa sajter och rapporter.

## Intern kommunikation kring Öppna jämförelser

Politikerna i landstingen och regionen är naturligtvis en av de grupper som är särskilt intresserad av resultaten i *Öppna jämförelser*. När rapporterna kommer informeras politikerna om bakgrunden till resultaten och hur de ska tolkas. I en stor region som Västra Götalandsregionen kan det innebära en hel del arbete. En av de ansvariga för detta arbete på analysenheten beskriver hur han och hans kollega åker runt och presenterar *Öppna jämförelser* och analysenhetens egen verksamhetsanalys för i princip alla utförarstyrelser, alla tolv beställarstyrelser, politiker på lägre nivåer samt sjukhusledning och



fackliga referensgrupper. ”Det är många mantimmar som läggs på det här”, säger han.

En fråga som aktualiseras i kommunikationen till politiker kring resultaten av *Öppna jämförelser* är på vilken detaljeringsnivå måtten behöver vara för att utgöra ett styrverktyg för landstingsledningarna. En av de intervjuade som arbetar nära politikerna i Jönköpings län menar att detaljeringsnivån som finns i rapporten är tillräcklig för landstingsledningen och politikerna, men att den inte räcker till för dem som befinner sig på kliniknivån. Andra menar att i alla fall vissa av måtten är alltför detaljerade för denna nivå. Behöver exempelvis en landstingsdirektör titta på antalet patienter som vårdas på en strokeenhet? Om måtten är alltför detaljerade och verksamhetsnära riskerar diskussionen att fastna i teknikaliteter och enskilda indikatorer istället för att se till vad som är bra för landstinget i stort. Det riskerar innebära att politiker är inne och petar i detaljfrågor som borde lämnas till verksamhetschefen att lösa.

Relaterat till detta är frågan om hur *Öppna jämförelser* kommer in i de mätningar och den uppföljning man redan tillämpar i landstingsledningarna. I Jönköpings län, där man under tio års tid använt sig av ett balanserat styrkort och haft ett antal nyckeltal som följts upp varje månad bestämde man sig för att helt enkelt räkna de gröna värdena och försöka öka antalet från år till år samt gå in och särskilt fokusera på någon indikator som inte visade så bra värde.

Mätningarna i *Öppna jämförelser* uppmanar ledningen att ställa frågor till verksamheten och de utgör också en gemensam plattform eller ett gemensamt språk som gör att även icke – medicinskt skolade får en ingång i kvalitetsdiskussionerna. En hälso- och sjukvårdsdirektör i ett av landstingen beskriver sin långa karriär inom sjukvården och de tidigare svårigheterna att utifrån det balanserade styrkortet diskutera den medicinska kvaliteten med verksamhetsföreträdarna. Så här säger Hälso- och sjukvårdsdirektören:

*”När man kom till kvalitetsavsnittet, då var det alltid bekymmer tyckte jag. För jag är ”icke doktor” och när man pratade medicinsk kvalitet, så gick de skickliga doktorerna igång på sina parametrar som de hade, och jag hängde inte med. Och jag kunde inte förvandla om det till någonting för befolkningen. Jag såg ingen nytta med det riktigt, om man säger. [...] Så när det här [Öppna jämförelser] kom då, 2006, så var det en riktig befrielse för äntligen så pratade vi samma språk, jag och verksamhetsföreträdarna.” (Hälso- och sjukvårdsdirektör, 2009)*

Vid ledningsmöten och andra regelbundna möten går hälso- och sjukvårdsdirektören igenom värdet för de olika indikatorerna med berörda verksamhetschefer. Men arbetet är tungrott menar hälso- och sjukvårdsdirektören. Data är gamla och det är långsamma processer.

FRÅN CENTRAL TILL LOKAL NIVÅ:

## Kvalitetsarbete rent konkret – ett sätt att överskrida och tydliggöra gränser

Vi har i föregående kapitel beskrivit hur en av utmaningarna i arbetet med *Öppna jämförelser* varit att översätta och bryta ner aggregerad data så att dessa blir begripliga och användbara verktyg i kvalitetsarbetet ute i de enskilda verksamheterna. Vi ska i detta kapitel ta ytterligare ett steg närmare praktiken genom att beskriva hur man, efter att ha definierat vissa förbättringsområden, konkret arbetat med kvalitetsarbete på lokal nivå – vilka utmaningar man mött och vilken roll de idéer som *Öppna jämförelser* bygger på – att mäta, öppet redovisa och följa upp resultat – spelat för detta arbete. I en rapport utgiven av SKL (2007) lyfts det fram hur man genom *Öppna jämförelser* har som ambition att skapa ett förändringstryck ute i landets sjukvårdande organisationer. Genom att landstingets ledningar, som tidigare fokuserat på ekonomiska resultat, nu också får ta del av de medicinska resultaten skapas bättre förutsättningar för att få med sig de professionella grupperna i förändringsarbetet:

*”En viktig del av styrningsproblematiken är att få medarbetarna i organisationen med på tåget. De olika medicinska professionerna drivs i hög grad av viljan att förbättra de kliniska resultaten för patienterna. Samtidigt är vårdens högsta ledning mest intresserade av kostnaderna. Men när högsta ledningen börjar intressera sig mer för vad som faktiskt görs och de resultat som uppnås, kommer fler att vilja vara delaktiga i förbättringsarbetet. De som arbetar i vården gör det inte för att spara pengar, de gör det för att skapa bra patientresultat.” (SKL, 2007, s.8)*

Citatet ovan indikerar en gräns mellan politik, administration och profession och behovet av att bygga en brygga mellan dessa olika logiker. I intervjuerna är det många som lyfter fram just denna aspekt och att det är nödvändigt att få med sig professionerna ”på tåget”. I landstinget i Kalmar län har man till och med gått ett steg längre i detta sätt att tänka genom att i sitt informations- och utvecklingsarbete göra en poäng av att det kanske inte bara handlar om att få med sig läkarna i organisationens kvalitetsarbete utan att det också handlar om att få med sig organisationen i läkarnas kvalitetsarbete. Det handlar om att mötas någonstans på vägen.

Bland landstingens och regionens organisationer bedrivs ett intensivt arbete i syfte att förbättra och säkra god kvalitet. Detta arbete har många dimensioner men det är tydligt att de idéer som många av de undersökta landstingen/regionen är inspirerade av, och som också kan kopplas till *Öppna jämförelser*, har sitt ursprung i the Institute for Health Improvement (IHI). Idéer hämtade därifrån har bland annat fått spridning genom kursen ”Mäta för att leda”.

Ett verktyg som har fått särskilt stort genomslag är den så kallade ”genombrottsmetoden” som samtliga av de undersökta enheterna uppger att de använder sig av i sitt förändringsarbete. Genombrottsmetoden togs hem till Sverige från IHI på tidigt 1990-tal av medarbetare på dåvarande Landstingsförbundet. De ville undersöka om det var möjligt att översätta modellen till svenska förhållanden för att åstadkomma förbättringar av bland annat tillgänglig- och patientsäkerhet. Modellen introducerades som ett samarbetsprojekt i liten skala mellan en vårdcentral i Skellefteåtrakten och IHI och spreds sedan vidare och växte genom att andra team med liknande frågor bjöds in och fick ta del av Skellefteås erfarenheter. Metoden har med tiden vidareutvecklats allteftersom kunskaper och erfarenheter växt och den har också växt i utbredning. Utifrån intervjuerna tycks bland annat Qulturum

i Jönköping ha spelat en central roll som mötesplats och spridare av dessa idéer. En viktig motor för att få igenom de här förändringarna i större skala i Jönköping anser en av landstingens direktörer vara att dessa idéer där blev en del av landstingsledningsledningens strategi:

*”De hade en ledning då i det landstinget som såg poängerna med det här. Man tog ställning på landstingsledningsnivå, den allra högsta landstingsledningsnivån, för vilken väg man skulle gå. På ett sätt som ingen annan förmådde.” (Landstingsdirektör, 2009)*

Men det handlade inte bara om att passivt stödja dessa idéer i form av utökad resurstilldelning och en uttalad landstingsstrategi. Det handlar också om att ledningen faktiskt har en djupare kunskap om hur detta arbete var utformat, menade hon.

Sammanfattningsvis kan man säga att ledningarna för de olika landstingen/regionen har haft två utmaningar. Dels att se till så att man på alla nivåer i organisationen har kunskap om hur olika förändringsverktyg fungerar. Dels att se till så att man får med sig sina medarbetare på de förändringar man vill genomföra. Som vi har sett i tidigare kapitel har man som ledningsstrategi använt sig av olika typer av ”boundary spanners” för att överbygga gapet mellan politik, administration och profession. Man skulle kunna säga att det har handlat om att få med sig vissa nyckelpersoner, som sitter nära den medicinska forskningen och som ofta finns representerade i olika typer av professionella nätverk, i arbetet med *Öppna jämförelser*. En del av dessa personer är själva klinikchefer eller verksamhetschefer, verksamma i den operativa delen av sjukvården. De har i sin tur i uppgift att förankra och leda det förändringsarbete som de genom jämförelserna ansett sig behöva få till stånd. Andra viktiga personer i kvalitetsarbetet är de så kallade ”verksamhetsutvecklarna” som ofta sitter som en hjälpfunktion på landstingen. Dessa personer har oftast en bakgrund inom någon av sjukvårdens professioner, och har till uppgift att fungera som ett metodstöd vid konkreta förbättringsarbeten. Man skulle kunna kalla dem landstingens egna interna ”konsulter”. Att de själva har en bakgrund som till exempel praktiserande sjukgymnast eller sjuksköterska tycks vara viktigt för att skapa legitimitet till de förslag de föreslår och för att kunna förankra dessa i egna erfarenheter.

En utvecklingsstrateg säger så här om att mäta resultat: ”Det ska vara till nytta för verksamheten. Om det är till nytta för verksamheten gör de som vi säger.

Ser de ingen nytta då struntar de i det”. Förbättringsarbete är också beroende av vissa ”eldsjälar” ute i verksamheten som fungerar som en slags ambassadörer för nya idéer och för att driva dem i den egna verksamheten. Dessa eldsjälar är ofta verksamhetsnära chefer. En verksamhetsutvecklare kommenterar att det i det närmaste är omöjligt att driva förändringsarbete i en verksamhet som inte har en chef som till 100 procent ställer upp på de idéer som ligger bakom förändringen. Det krävs nämligen engagemang och att det avsätts tid och resurser för att utvecklingsarbetet ska leda till förändring, menar hon.

Nedan går vi närmare in på några konkreta exempel av kvalitetsarbete och på några av de utmaningar det fört med sig. Det har i datamaterialet blivit tydligt att förändringsarbete ofta handlar om att överskrida eller alternativt markera gränser. Det kan handla om ansvarsgränser, gränser för vem som ska göra vad, organisatoriska gränser osv. Utifrån de intervjuer som vi har gjort framgår att det i kvalitetsarbetet ibland finns behov av att överbrygga eller riva vissa av dessa gränser men att det också kan finnas behov av att markera en gräns eller låta vissa gränser bestå.

## Att hantera gränser

Gränsen mellan primärvård och slutenvård är en av de gränser som många kvalitetsprojekt har uppehållit sig vid. Det har framförallt handlat om att skapa samarbeten för att på det sättet få till stånd en fungerande vårdkedja. Som framgår av tidigare diskussion fungerar ofta olika typer av gränsöverbryggare som verktyg för att få till stånd ett samarbete mellan primärvård och slutenvård. I de här fallen kan det handla om att till viss del rucka lite på eller justera gränser som upplevs för låsta. Men det kan också handla om att gränsen mellan primärvård och slutenvård ibland kan behöva specificeras. Ett förändringsarbete i syfte att komma tillrätta med tillgänglighetsproblem på en hudmottagning i Norrbottens läns landsting illustrerar detta.

Sammanfattningsvis kan vi utifrån exemplet ”Bra mottagning” konstatera hur de tillgänglighetsproblem som hudkliniken led av åtgärdades dels genom att man såg över sitt eget kapacitetsutnyttjande men dels också genom att man tydliggjorde gränserna för primär- och slutenvårdens arbetsuppgifter. Genom olika typer av mätningar kartlades antalet remisser från primärvård till slutenvård, vem som hade skickat dem samt hur de såg ut. Denna kartläggning ledde sedan till diskussioner och till att en handläggningsöverenskommelse mellan primärvården och slutenvården så småningom kom till stånd. Den här typen av handläggningsöverenskommelser ser vi exempel på i flera

## BRA MOTTAGNING

På hudmottagningen hade man problem med för få mottagningstider och för långa vårdköer. Inflödet av remisser hade ökat samtidigt som en ökad arbetsbelastning lett till en stressig arbetsmiljö. Man insåg att något måste göras och beslutade sig för att arbeta efter modellen ”bra mottagning” som i korthet går ut på att kontinuerligt mäta och följa upp inflödet av patienter och jämföra det med den egna kapaciteten i verksamheten. ”Det är bra om man äger sina siffror för att på det sättet kartlägga var någonstans i verksamheten man kan förändra”, förklarade enhetschefen på hudkliniken som är en de personer som varit speciellt engagerad i projektet och som sedan också tilldelades det förbättringsstipendium som landstinget delar ut varje år i syfte att stimulera förbättringsarbete.

På hudmottagningen satte man som mål att få ner väntetiden för nybesök till två månader och minska remissinflödet från 3200 remisser till 2500 remisser per år. Dessutom hade man som målsättning att alla patienter skulle kunna nå hudmottagningen per telefon inom två dagar.

De förändringar man arbetade med handlade dels om att öka mottagningens kapacitet och korta väntelistan. Man såg över hur den egna ledighetsstrukturen såg ut – att inte alla tog ut semester samtidigt. Man införde lördagsmottagningar och en ”kortvarsellista” där en undersköterska ansvarade för att, vid avbokningar, ringa in patienter på väntelistan och höra om de hade möjlighet att komma in på kort varsel. Man började också skicka SMS-påminnelser till patienter dagen innan

deras besök och man såg över behoven av återbesök. Behövdes alla återkontroller eller kunde mer ansvar läggas över på patienten? Dessutom utökades telefonierna och man införde ett nytt telefonsystem med så kallad ”call back”-funktion. Men dels handlade förändringarna också om att ta tag i det ökade antalet remisser som skickades från primärvården. Här började man identifiera vilka vårdcentraler som skickade vissa remisser och kom fram till att de vårdcentraler som skickade ett stort antal remisser på ”fel” nivå var de som också hade ett stort antal stafettläkare. Man började returnera ofullständiga remisser samtidigt som man insåg att det handlade om att klargöra vilka diagnoser och behandlingar som primärvården borde ta ansvar för och vilka remisser som var en uppgift för specialistsjukvården. Det handlade alltså både om att skiva handläggningsöverenskommelser med primärvården för att klargöra arbetsuppgiftsfördelningen samtidigt som det också handlade om ett kunskapsutbyte med primärvården. På hudmottagningen började man därför med ”utbildningsresor” till vårdcentralerna och konsultationer på distans (patient online) som man sedan spelade in. Detta blev ett utbildningstillfälle samtidigt som patienten behandlades på ”rätt vårdnivå” och slapp färdas. ”Det var bra både för patienten, miljön och för ekonomin”, menade enhetschefen.

Förbättringsarbetet följdes upp kontinuerligt via en ”white board”-tavla som visade antalet inkomna remisser och de mottagningstider som fanns tillgängliga under varje tvåmånadersperiod.

landsting. På ortopedien vid Oskarshamns sjukhus åker till exempel de egna doktorerna ut flera gånger per termin till vårdcentralerna för att tillsammans med doktorer, sjuksköterskor och sjukgymnaster där komma överens om hur

remisser ska skrivas. Men fallbeskrivningen visar också att kvalitetsarbete inte enbart handlar om att markera gränser och få till stånd handläggningsöverenskommelser. Det handlar också om kunskapsöverföring – att man från specialistsjukvårdens sida erbjuder konsultation och utbildning och kopplat till detta att man förmår de läkare som arbetar inom primärvården att stanna kvar så att den kunskap man byggt upp inte går förlorad. Slutligen visar beskrivningen på ytterligare en gräns – nämligen mellan de som arbetar i organisationen (de som är fast anställda) och de som står utanför (inhyrda stafettläkare).

En annan gräns som berörs vid kvalitetsarbete, och som har tydliga länkar till det vi tidigare diskuterat – nämligen huruvida *Öppna jämförelser* används som ett kontrollerande eller ett utvecklande styrverktyg – är gränsen mellan konsultation och kontroll. Speciellt verksamhetsutvecklare på staben, som har till uppgift att stödja medarbetare ute i verksamheten i deras kvalitets- och förändringsarbete, lyfter fram detta som en viktig dimension. Här påtalas det problematiska i att kombinera en konsultativ roll med en mer kontrollerande roll och att det vid dessa tillfällen är viktigt att chefen för den berörda enheten tar sitt ansvar:

*”Det fungerar inte (att ha dubbla roller). För då blir ju verksamheten väldigt fundersam. Är hon här nu i egenskap av att kräva in en handlingsplan eller är hon här för att hjälpa oss på traven? /---/ Där måste cheferna ta ett ansvar och där har jag varit tydlig nu med verksamhetschefen, i och med kapacitetsplaneringen. Det är du som äger det här. Du har beställt oss. När det börjar blåsa då är det du som frontar. För det kommer. Det vet jag. Det kommer att komma upp svart på vitt, hur mycket tid som sjuksköterskor och läkare och så vidare använder till olika saker.” (Verksamhetsutvecklare, 2009)*

Som framgår ovan kan detta också kopplas till en diskussion om ansvar och ansvarsgränser. En del av den uppgift man har som chef då mätningar visar bristande kvalitet handlar om ett nära ledarskap menar flera. Att man som chef följer upp resultat på plats och frågar hur det går. På det sättet utkräver man ansvar.

En annan gräns som blir aktuell vid förbättringsarbete är gränsen för den medicinska kunskapen och vilken utsträckning läkekonst är möjlig att och bör standardiseras. I arbetet med förbättringar inom hjärtsjukvården i Västra



Götaland kom en patientjournal med återkopplingsstöd för den journalskrivande läkaren att spela en avgörande roll.

### HJÄRTJOURNALEN MED BESLUTSTÖD

Utifrån analyser av sina egna resultat både i Öppna jämförelser och i det nationella kvalitetsregistret, RIKS-HIA, identifierades i Västra Götaland, en rad kvalitetsproblem när det gällde omhändertagandet av patienter med hjärtinfarkt. Detta ledde till att regionen på bred front beslutade sig för att införa den speciella hjärtjournal som hade utvecklats vid Borås lasarett och där resultaten inom hjärtsjukvården förbättrats avsevärt.

Det speciella med Borås lasarett patientjournal är att den styr läkarna i deras arbete genom att det, kopplat till den databaserade patientjournalen, också finns ett så kallat beslutsstöd. Detta beslutsstöd utgörs av fakta om patienten i form av prov- och undersökningsvar, samtidigt som det också har ett inbyggt

varningssystem som reagerar om ett provsvar ligger utanför ett specifikt referensvärde. Beslutsstödet kan liknas vid det system man använder då man bokar en resa på internet. Det finns vissa fält man inte kommer runt om de inte fylls i. Det kan till exempel röra sig om ordination av vissa läkemedel eller en viss typ av behandling. Läkaren är inte tvingad att ordinera ett visst rekommenderat läkemedel eller en viss behandling, men måste ändå motivera varför han eller hon inte gör det. Med utgångspunkt och förankring i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, skapar man, på det här sättet, följsamhet och förmår de läkare som till exempel är ovana eller stressade att ta ställning till vissa centrala aspekter av den behandling de ordinerar.

Beskrivningen ovan visar tydligt teknologins roll i styrningen av professionellt arbete. På det här sättet byggs kontrollen in i systemet och behoven av direkt styrning minskar. Samtidigt kan vi också konstatera att det till viss del tycks möjligt att standardisera professionellt yrkesutövande även om vissa av våra informanter också understryker att det krävs mycket professionell förtroenhetskunskap för att kunna avgöra i vilka fall man bör frångå standarderna på grund av att människor är olika. Det här visar hur man blivit tvungen att diskutera och ta ställning till var gränsen till den så kallade "läkekonsten" bör dras. De flesta av dem vi intervjuat var ense om att standardiserade vårdplaner var bra i 90 fall av 100 och att, nya behandlingsformer skulle provas ut under kontrollerade former. När det gäller arbetet med följsamhet av behandlingsriktlinjer lyfts också sjuksköterskornas roll fram som viktig – att om det står skrivet i vårdplanen att en patient med vissa specifika symptom ska ha en viss typ av behandling och inte får det så kommer sjuksköterskorna att reagera och på det sättet skapas en kraft i hela vårdsystemet.

## Avslutande diskussion

I denna studie har vi undersökt tre landsting – Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Kalmar län och Norrbottens läns landsting – samt en region – Västra Götalandsregionen. Det övergripande syftet med studien har varit att beskriva och förklara vilken betydelse *Öppna jämförelser* har haft i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården. Vi har också velat undersöka hur ledningarna konkret har arbetat med kvalitetsarbete i vården och vilken betydelse *Öppna jämförelser* har haft i detta arbete.

En övergripande konklusion av vår studie är att *Öppna jämförelser* har haft genomslag i styrningen och ledningen av landstingen och regionen. I landstingens och regionens övergripande styrdokument och strategier är *Öppna jämförelser* närvarande och resultaten av mätningarna har också legat till grund för strategiska beslut om resurstilldelning och prioritering av vissa områden. *Öppna jämförelser* har också – tillsammans med andra utbildnings- och styrinsatser som exempelvis utbildningen ”Mäta för att leda” och det balanserade styrkortet – bidragit till att etablera och befästa vad vissa kallar ”ett nytt tänk” i hälso- och sjukvården nämligen att styrningen i allt högre grad ska baseras på mätningar av resultat, att dessa mätningar ska vara öppna för insyn och att de också ska vara möjliga att jämföra. Ett viktigt inslag är också att styrningen har breddats från att tidigare huvudsakligen fokuserat på ekonomi och i viss mån patienterfarenheter, till att numera även inkludera ett stort antal medicinska indikatorer samt hälsodata.

På ett teoretiskt plan kan denna utveckling beskrivas och analyseras på olika sätt. Vi ska inleda genom att diskutera *Öppna jämförelser* som mjuk reglering, som styrning med fokus på resultat och som förändring av styrande logiker. Därefter diskuterar vi behovet av att balansera ”bedömnings-” och ”förbätt-

ringsperspektivet”, för att avsluta med en diskussion kring att den externa översättningen av *Öppna jämförelser* hittills inte varit prioriterad.

## Öppna jämförelser som ”mjuk reglering”

Inledningsvis beskrev vi att ”mjuka regleringar” (soft regulations) är en styrform som växer i betydelse (Mörth 2006; Sahlin-Andersson 2006). Med ”mjuk reglering” brukar avses standarder, rankning, överenskommelser och riktlinjer, där den reglerade åtar sig att följa vissa riktlinjer, redovisa verksamheten enligt vissa principer samt bli föremål för jämförelser och bedömningar. Regleringen är ”mjuk” på så sätt att reglerna är frivilliga att följa, att de snarare utvecklas i nätverk mellan jämbördiga parter än i en hierarkisk relation, att direkta rättsliga sanktioner saknas samt att reglerna lämnar utrymme för den reglerade att själv anpassa dem till den egna verksamhetens förutsättningar.

Vi menar att *Öppna jämförelser* kan ses som en sådan mjuk reglering. Rapporterna *Öppna jämförelser* har utvecklats som ett samarbete mellan Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen och i utformningen har också representanter för de olika landstingen och regionerna medverkat. *Öppna jämförelser* har utvecklats till en slags nationell ”benchmarking” och rapporternas lansering röner stort intresse i landstingen och regionerna. Huruvida resultatet av jämförelserna i *Öppna jämförelser* leder till förändringar i de enskilda landstingen och regionerna är upp till dem själva; i denna studie har vi sett exempel på vilka beslut som fattats och vilka aktiviteter som satts igång till följd av dem. Det finns inga rättsliga sanktioner kopplade just till resultaten i *Öppna jämförelser* utan logiken som står till buds är ”namne and shame”; och detta dvs. att ”ingen vill hamna sist” i mätningarna är en av de saker som, bland våra intervjupersoner på ledningsnivå, lyfts fram som själva motorn i *Öppna jämförelser*. Värt att nämna är också att även om regleringar av den typ som *Öppna jämförelser* är ett exempel på beskrivs som ”mjuka,” dvs. frivilliga och med stora inslag av lokala anpassningar, så kan de upplevas som nog så tvingande av dem som granskas och bedöms utifrån dem. Likaså finns det inget som hindrar att de med tiden övergår till att bli ”hårda”, dvs. formellt tvingande eller att den mjuka regleringen också leder till nya ”hårda” krav.

Eftersom följsamheten av ”mjuk reglering” inte bygger på hierarkisk kontroll och rättsliga sanktioner utan på logiken om ”name and shame”; får media ofta en central roll som granskare (Sahlin-Andersson 2006). I vårt material framstår media som en aktör som är intresserad av *Öppna jämförelser*s lanserande, men som i övrigt inte tar *Öppna jämförelser* som utgångspunkt för kritik,

trots att landstingen och regionen inte rakt igenom uppvisar goda resultat. Det kan finnas flera förklaringar till det, men en av dem tycks vara hur *Öppna jämförelser* ”förpackas” och presenteras. Resultaten i *Öppna jämförelser* är helt enkelt ofta för komplicerade för att de ska kunna utgöra grund för en enkel beskrivning.

Av vårt material framgår att det kanske är just denna ”förpackning” som internt gör *Öppna jämförelser* till ett kraftfullt underlag för kommunikation. Framställningen innebär å ena sidan att det ges mycket tydliga signaler om vad som är att betrakta som bättre och sämre (jämförelser markerade med grönt, gult och rött), men å andra sidan uppfattar de flesta resultaten som svårtolkbara (vad står siffrorna för och vad är det som påverkar dem?). Intervjuerna vittnar om att det är lätt att skapa ett intresse kring mätningarna och att jämförelserna snarast uppmanar läsarna till att ställa frågor som: Vad betyder det här? Varför ser det ut som det gör? Varför skiljer vi oss från andra? Detta är frågor som flera av de intervjuade framhåller som viktiga utgångspunkter i förändringsarbete.

## Öppna jämförelser och styrning med fokus på resultat

Vid sidan av att vara en mjuk reglering kan *Öppna jämförelser* också sägas vara del i en utveckling där hälso- och sjukvården alltmer kommit att styras med avseende på resultat. Kvalitetsstyrning med hjälp av mätning och uppföljning kan avse både ingående resurser (input) som exempelvis personalens kompetens och använd teknologi, processer som exempelvis att kvalitetssäkringssystem, redovisningssystem och system för kompetensutveckling finns på plats samt resultat (output). I en komplex verksamhet som hälso- och sjukvården har det ansetts svårt att styra med avseende på resultat eftersom det är vanskligt att hitta enkla indikatorer som avspeglar verksamhetens kvalitet på ett adekvat sätt. *Öppna jämförelser* är del i en utveckling som visar att vi är på väg bort ifrån denna inställning. Bland ledarna vi har intervjuat finns en medvetenhet om de mät- och presentationssvårigheter som finns i *Öppna jämförelser*, men argumentet att det är komplext och svårt att mäta kvalitet uppfattas inte längre som ett tillräckligt skäl för att låta bli. Mätningarna i *Öppna jämförelser* ger, som en av de intervjuade ledarna uttrycker det, visserligen ”en skev spegelbild” av verkligheten, men man menar samtidigt att den är den bästa som finns att tillgå.

Att lägga större vikt vid resultat i styrningen är inget unikt för hälso- och sjukvården. En liknande utveckling återfinns inom universitets- och högskoleväsendet, där en större del av fokus för kvalitetsgranskningen numer ska riktas mot utbildningarnas resultat bland annat genom granskningar av studentuppsatsernas kvalitet (Högskoleverket, 2010). Även inom skolan har den tidigare målstyrningen också kompletterats med en resultatstyrning, vilket visar på en förändrad styrfilosofi även inom detta område.

Men att styra efter resultat reser en rad frågor, vilket också avspeglas i vårt material. Det handlar bland annat om vad det är som mäts och lyfts fram. Hur många indikatorer ska *Öppna jämförelser* omfatta? Bland ledarna vi intervjuat finns både de som anser att indikatorerna redan nu är för många och de som anser att det behövs fler. Vidare handlar det om vilka resultat ledningarna ska fokusera på. Vilka är de viktiga nyckeltalen och hur kommer mätningarna i *Öppna jämförelser* in i den redan befintliga styrningen? Ska man räkna ”gröna resultat” och försöka öka det antalet från år till år eller ska man göra en annan typ av analys? Styrning efter resultat reser också frågor som har att göra med själva analysen av resultaten i *Öppna jämförelser*. Hur avgörs när ”svaga” resultat i *Öppna jämförelser* är, som någon av ledarna kallar det ”ett sant problem” som bör åtgärdas, och när är det fråga om mät- eller presentationsproblem? Och hur mycket resurser ska läggas ned på analyser av resultaten i *Öppna jämförelser*? Här spelar de vi har valt att kalla för ”boundary spanners” eller gränsöverskridare en viktig roll. Gränsöverskridare kan vara organiserade på olika sätt, det kan handla om en analysenhet, som i Västra Götaland eller ”medicinska sektorsråd” eller ”medicinska programgrupper” men gemensamt för dem är att de står med ett ben i professionen – de har oftast en bakgrund som praktiserande läkare eller i någon av vårdens andra professioner – och med ett ben i administrationen/byråkratin. Gränsöverskridarna har en mycket viktig funktion eftersom det analysarbete som utförs där också har stor påverkanskraft på vårdens utförande, styrning och organisering.

Slutligen ger materialet också prov på en rad frågor som har att göra med hur ledningarna hanterar resultaten som mätningarna i *Öppna jämförelser* ger vid handen. Hur hanteras exempelvis ”svaga” resultat? Beroende på den analys som görs av resultaten kan ”svaga resultat” i vissa fall vara grund för extra resurstilldelning, medan de i andra fall kan vara föremål för det motsatta eller hanteras medelst logiken om ”name and shame”. Rent allmänt betonar flera av de intervjuade ledarna att styrningen i mycket handlar om att som ledare visa ett intresse för verksamhetens resultat; det vill säga att man som ledare frågar om resultaten, vad de beror på och också hur de ska förbättras. I vissa landsting tillämpas prestationsrelaterad ersättning, vilket i sin tur reser frå-

gor om vilka konsekvenser detta har på kort respektive lång sikt och hur modellen för den prestationsrelaterade ersättningen är konstruerad.

Att kvalitet inte enkelt låter sig fångas i enskilda mått är ingen nyhet. I boken *Den omätbara kvaliteten* diskuterar Strannegård (2007) bland annat att kvalitet ofta blir ett samlingsbegrepp som omfattar både ”mätbarheter” och ”omätbarheter”. Av våra intervjuer med ledningarna i de studerade landstingen och regionen framgår att det finns en medvetenhet om att de indikatorer som används i styrningen är ett urval som långt ifrån ger hela bilden av vårdens kvalitet och att det också finns aspekter av kvalitet som inte går att mäta. Här kan man dock fråga sig hur denna insikt vidmakthålls på sikt, och vad den får för konkret innebörd i beslutssituationer när mer handgripliga frågor pockar på uppmärksamheten? Att fokus för uppmärksamheten läggs på det som mäts på bekostnad av det som inte mäts är ett välkänt problem. Men Strannegård (2007) menar att även om de ”omätbara kvaliteterna” sällan tar sig in i beslutsunderlag eftersom de inte är lika artikulerade och explicita som de mätbara så finns systematiska och professionella förhållningssätt till de ”omätbara kvaliteterna”. Detta leder in oss på professionen som styrande logik i kvalitetsarbete. Hur *Öppna jämförelser* kan tolkas utifrån idealtyperna för kontroll och styrning av professionellt arbete diskuteras vidare nedan.

## Öppna jämförelser och förändring av styrande logiker

I kapitel två beskrevs principen om professionen som styrande logik som en idealtyp som innebär att de yrkesverksamma, i egenskap av experter, skänkts förtroendet att garantera kvaliteten på det egna arbetet utan så mycket extern inblandning (Freidson 2001). Kvaliteten på den professionella tjänsten garanteras istället genom att yrkesgruppen har en lång utbildning, ofta någon form av legitimation och att man inom kåren utför kollegiala granskningar.

Även om vare sig den professionella logiken, den byråkratiska logiken eller den marknadsmässiga logiken någonsin existerat i sin renaste form i praktiken, är det ändå rimligt att säga att de olika logikerna har varit olika dominerande i styrningen av hälso- och sjukvården under olika tidsepoker. Scott m.fl. (2000) visar exempelvis hur styrningen av hälso- och sjukvården i Bay Area i Kalifornien övergått från en dominans av den professionella logiken, via en federal logik till att domineras av en marknadsbaserad logik. Östergren & Sahlin-Andersson (1998) diskuterar hur en liknande utveckling kan sägas gälla för Sverige. Överhuvudtaget är de analyser av hälso- och sjukvårdens övergripande styrning och organisering, både i Sverige och i övriga väst-

världen, som visat att den marknadsmässiga logiken fått en starkt ställning genom de så kallade New Public Management reformernas införande under 1990-talet, många. Vad den marknadsbaserade logikens stärkta ställning mer specifikt har haft för och kan få för konsekvenser för professionerna inom hälso- och sjukvården har också diskuterats i ett flertal studier (se t.ex. Leicht & Fennell 2008; Scott 2008).

Om vi utgår ifrån den idealtypiska beskrivningen av professionen som styrande logik som presenterats ovan kan vi konstatera att *Öppna jämförelser* utgör en utmaning. Genom att *Öppna jämförelser* i hög grad baseras på medicinska kvalitetsdata från de medicinska kvalitetsregistren och genom att resultaten från *Öppna jämförelser* – vilket bland annat föreliggande studie visar – också används av landstingsledningarna i styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården, så innebär det att den externa inblandningen i styrningen av den medicinska professionens arbete också ökar. Med andra ord så bidrar *Öppna jämförelser* till att andra än medlemmar i den medicinska professionen är med och styr deras arbete. Här är det viktigt att vara medveten om att professionellt arbete kräver en viss grad av autonomi (Freidson 2001). Annars är det svårt att upprätthålla kvaliteten i arbetet.

Ytterligare en utmaning mot den professionella logiken är den standardisering av professionellt arbete som *Öppna jämförelser*, tillsammans med andra utvecklingstendenser på hälso- och sjukvårdsfältet, är med och bidrar till. Traditionellt sett anses professionellt arbete vara så komplext att det närmast är otillgängligt för dem som inte har utbildning och träning inom området och att det av den anledningen heller inte går att standardisera (Freidson 2001). Själva betydelsen av att tillhöra en profession innebär nämligen att den kunskap som den professionelle använder i sitt yrkesutövande bygger på teoretiska resonemang. Genom att abstrahera kunskap finner man nya lösningar på gamla problem och det säger sig självt att en standardisering av yrkesutövandet då skulle innebära en begränsning i sökandet efter nya behandlingsmetoder till exempel. Det är dock värt att betona att en viss grad av standardisering i sig inte motsätter en professionell logik. Den hjälper nämligen till i utbildningen av nya yrkesutövare och till att garantera och demonstrera en jämn kvalitet i yrkesutövningen, något som anses vara viktigt för att professioner ska vinna samhällelig acceptans för sin oberoende ställning (Abbott 1988; Levay & Waks 2009).

När det gäller standardisering av professionellt arbete utgörs det mest extrema exemplet i vårt material av fallet med Hjärtjournalen med beslutsstöd som utvecklats vid Borås sjukhus och som ska implementeras i hela Västra Götalandsregionen. I detta fall är standardiseringen och styrningen av läkarnas arbete i det närmaste total, även om det, som de insatta i området betonar, också krävs hög professionell kompetens för att avgöra när det är lämpligt att göra undantag. Även om detta exempel möjligen är extremt så finns, som sagt, åtskilliga exempel i materialet på ökad standardisering av professionellt arbete. En av de intervjuade ledarna, som själv är läkare i botten, beskriver hur landstingsledningen är medveten om denna utveckling och också diskuterar vad det kan ha för konsekvenser på sikt. En annan verksamhetschef, också läkare, tar upp problemet med att det är svårt att få läkare att vilja bli chefer och funderar över vad det i grunden är som gör att någon väljer att bli läkare. Vi vill inte dra några slutsatser om det här utan väljer bara att konstatera att *Öppna jämförelser* också har aktualiserat frågan om läkekonst versus standardisering av professionellt arbete. Som vi inledde rapporten med så kräver jämförelser någon form av standardisering för att säkerställa likvärdiga komparationer.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att om vi ser till den professionella logiken så som den uttrycks i sin ideala form så utgör *Öppna jämförelser* en utmaning eftersom den bjuder in utomstående i styrningen av professionellt arbete och eftersom den bidrar till standardisering av professionernas arbete. Samtidigt styrs sjukvården idag inte utifrån idealtyper utan är framförallt en blandning av de tre styrformerna även om marknadslogiken har haft ett stort inflytande i de förändringar som nu genomförts. Vi kan också konstatera att den blandning av styrideal som vi ser i någon mån har hamnat hos de så kallade gränsöverskridarna (boundary spanners) att hantera. Det blir de som får i uppgift att hantera mötet mellan de olika logikerna och översätta de resultat som presenterats i *Öppna jämförelser*, både utåt till politiker och allmänhet, men också inåt för den sjukvårdande praktiken. Även om vi i denna studie inte har haft möjlighet att i närmare detalj studera ”gränsöverskridarnas” arbete vill vi betona att det analysarbete som utförs där förefaller vara mycket inflytelserikt och man kan anta att det har en styrande potential över politiska beslut och över vårdens utförande och organisering. Utifrån studier som gjorts inom andra områden (Åkerström Andersen 2000; Mörth & Sahlin-Andersson 2006; Hedmo & Wedlin 2008) skulle man kunna förvänta sig att den utmaning mot den professionella logiken som *Öppna jämförelser* innebär möjligen kompenseras av att de professionellas roll och betydelse i styrningen av vården blir mer komplex och sammanvävd med andra aktörers intressen och ambitioner.



## Att balansera bedömnings- och förbättringsperspektivet

I inledningskapitlet beskrev vi *Öppna jämförelser* olika syften; de ska tjäna som verktyg för kvalitetsutveckling och kunskapsspridning, ge insyn för patienter och medborgare i vårdens kvalitets och effektivitet, utgöra styrnings- och granskningsverktyg och i framtiden också eventuellt utgöra underlag för patienters och medborgares val av vårdgivare. Vi diskuterade också att det finns utmaningar med ett system som ska tjäna flera olika syften, vara begripligt för olika aktörgrupper och samtidigt uppfattas som legitimt för de berörda. Idén att kvalitetsregistren ska användas för något annat än lokala förändringsarbeten har bland annat varit föremål för debatt i *Läkartidningen* (se t.ex. 2008; 2009a-h) där kritiker har hävdat att kvalitetsregistren inte kan användas för att värdera och jämföra vårdkvalitet.

Solberg, Mosser och McDonald (1997) diskuterar det problematiska i att använda kvalitetsmätningar i hälso- och sjukvården där data samlats in i förbättringssyfte som verktyg för ansvarsutkrävande. De menar att denna typ av data vanligen inte är särskilt användbar för att utkräva ansvar och att en sådan tillämpning dessutom riskerar att förta förbättringsambitionerna. Från intervjuerna med ledarna i landstingen och regionen kan vi konstatera att *Öppna jämförelser* både används utifrån ett ”bedömningsperspektiv” och ett ”förbättringsperspektiv”. Vissa ledare betonar framförallt det ena perspektivet framför det andra men, de flesta förefaller inte anse att det råder något egentligt motsatsförhållande mellan dem. Snarare menar man att det förhåller sig precis tvärtom, dvs. att det är just oviljan att redovisa dåliga resultat som i sig är en stark drivkraft till förbättringar. ”Bedömningsperspektivet” och ”förbättringsperspektivet” tycks leva sida vid sida och betonas olika mycket på olika nivåer och av ledare i olika positioner. De problem med att använda samma data för olika syften som lyfts fram av Solberg, Mosser och McDonald (1997) framkommer i vårt material särskilt när resultatet av mätningarna också kopplas till prestationsbaserad ersättning och patienters val; det är i dessa frågor som konflikten skärps till. Bland de intervjuade finns de som är starkt kritiska till att använda mätningar för lokal kvalitetsutveckling för bedömning och prestationsersättning. Man menar att faran då är uppenbar att det som är så viktigt i förändringsarbete – att vara beredd att visa upp och analysera sina svaga sidor – blir ett problem och att det dessutom finns risk för manipulation av data.

Vi menar att det är viktigt att ta denna kritik på allvar. Traditionellt har samhällets förhållande till professionella grupper byggt på en logik som grundar sig i tillit och förtroende (jfr. Meyer & Rowan 1977). De professionella har,

som vi tidigare beskrivits, skänkts förtroendet att garantera kvaliteten på arbetet utan så mycket extern inblandning (Freidson 2001). Detta är en inställning som utmanas med de nya styrteknologierna som innebär krav på transparens och inspektion vilket snarare bygger på misstro än tillit. Det är också så att utvärderingar och granskningar ofta leder till krav på mer utvärdering och granskning och sålunda riskerar man att skapa en "misstroendespiral" (jfr. Power 1997) som varken är gynnsam för det arbete som utförs, för de anställda eller för ekonomin.

Om man ser till de båda perspektivens betydelse i vidare mening är det rimligt att anta att det är just "förbättringsperspektivet" som givit *Öppna jämförelser* den kraft, spridning och acceptans de har idag. Det finns en uppslutning kring vikten av att mäta för att förbättra. Visserligen finns, som intervjuerna visat, kontinuerliga diskussioner om vad man mäter, hur ofta, för vilka syften etc. men rent principiellt är uppslutningen kring mätningar som underlag för förbättringsarbete i det närmaste total. I vårt material finns mängder av exempel på hur professionella på olika nivåer i vården genomför mätningar, redovisar resultaten öppet – bland annat i form av resultattavlor på avdelningar – reflekterar över resultaten, ändrar något, mäter igen etc. I intervjuerna beskrivs *Öppna jämförelser*s roll i detta sammanhang som att de, tillsammans med annat som breda mätningar genom balanserade styrkortet och utbildningar som "Mäta för att leda", bidragit till vad man kallar för ett "nytt tänk" inom hälso- och sjukvården. Ett "tänk" som innebär att alla ska mäta för att förbättra sig. I materialet finns också flera exempel på hur *Öppna jämförelser* används i "gränsöverskridande" kvalitetssamarbeten där representanter från olika professioner och yrkesgrupper och olika huvudmän och organisationer, deltar. I vissa fall, som i exemplen med landstinget i Kalmar läns kvalitets- och utvecklingsarbete inom områdena hjärta, stroke och diabetes, har landstingets resultat i *Öppna jämförelser* varit en viktig utgångspunkt för dessa samarbeten. I andra fall är det själva principen – att mäta, öppet redovisa och jämföra resultat – som stått i centrum.

Att balansera användningen av *Öppna jämförelser* ur ett bedömnings- respektive ett förbättringsperspektiv menar vi är en central ledningsuppgift. Det är viktigt att vara medveten om den inneboende konflikt som finns mellan dessa perspektiv och att göra avvägningar som förhindrar att man hamnar i en "misstroendespiral". För att lyfta fram *Öppna jämförelser*s förbättringspotential och för en acceptans av *Öppna jämförelser* bland de professionella menar vi att det är särskilt viktigt att lyfta fram "förbättringsperspektivet" eftersom det är därifrån som *Öppna jämförelser* i huvudsak hämtar sin legitimitet.

## Extern översättning hittills inte prioriterad – bra eller dåligt?

I presentationen av de intentioner som ligger bakom *Öppna jämförelser* (SKL och Socialstyrelsen 2008) lyfts två primära syften fram. Det ena har en demokratisk ambition – den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården ska vara öppen för insyn för medborgare och politiker. Det andra syftet med att öppet jämföra vårdens kvalitet och effektivitet är att det ska underlätta styrningen av sjukvården. Jämförelserna ska sporra landstingen till förbättringar, fungera som kunskapsstöd för uppföljning och styrning och de ska bidra till lärande.

De studerade landstingen och regionen gör olika insatser för att beskriva och förklara utfallen i *Öppna jämförelser* och vilka de planerade förändringsinsatserna är utåt mot allmänheten, bland annat genom de så kallade indikatoransvariga. Trots det måste man ändå säga att fokus för insatserna runt *Öppna jämförelser* på ledningsnivå framförallt har legat på styrning och förbättringsarbete. Arbetet med att göra jämförelserna och de egna landstingens resultat publikvänliga förefaller inte ha varit en lika prioriterad aktivitet. Vi kan också konstatera att ingen av de intervjuade, inte ens de som är mest kritiska till *Öppna jämförelser*, anser att transparensen eller öppenheten kring resultaten är något stort problem. Det kritiken rör är snarare, vilket vi diskuterat tidigare, att det finns tveksamheter kring vissa mått och hur de presenteras och framförallt hur de används i styrningen. Vi är medvetna om att det för vår studies del kan finnas vissa metodproblem här; det är helt enkelt svårt för högre chefer i en verksamhet som finansieras av offentliga medel att argumentera mot transparens, även om man skulle vara av den uppfattningen. Men det finns också andra förklaringar till att transparens inte upplevs som ett problem. Som också framkommit i materialet, skulle ett skäl kunna vara det enkla faktum att resultaten fortfarande presenteras på en så aggregerad nivå att de egentligen inte säger särskilt mycket om verksamheten och därför inte i sig kan utgöra något hot mot någon. De är inte utelämnande och de presenteras på en så pass abstrakt nivå att de inte kan ge underlag för reaktioner från allmänheten.

Som jämförelserna nu presenteras kan de användas för det egna kvalitetsarbetet först efter det att de genomgått en rad översättningar och presenterats i sin specifika kontext – ofta med hjälp av indikatoransvariga eller andra med liknande funktioner. Frågan blir då vad hälso- och sjukvården och en upplyst allmänhet skulle vinna på att landstingen prioriterade ett arbete med att ytterligare nå ut med sina resultat? Som vi beskrivit tidigare så skulle dessa presentationer, åtminstone när det gäller de medicinska indikatorerna, behöva

vara betydligt mer utförliga än de är idag och sättas i ett sammanhang på ett helt annat sätt än vad som görs idag för att inte viktig data ska gå förlorad eller trivialiseras. Som vi skrivit om tidigare så talar data inte för sig själv (Miller & Rose 1990; Bowker & Star 1991). Dessutom kan man fråga sig vad det är för information som är viktigt för patienter och anhöriga att ta del av vid val av vårdgivare. Det finns studier som indikerar att patienter, när det väl kommer till kritan, snarare förlitar sig på information från släkt, vänner och media än att läsa komplexa sammanställningar som publicerats på internet (Winblad Spångberg 2006). Undersökningar om patienters inställning till svensk sjukvård visar också att man i det stora hela är nöjd med den vård man fått och att man litar på att denna är av hög kvalitet. Däremot är uppgifter om väntetider i vården information som är viktigt att få ta del av.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de översättningar som ändå görs av medicinska resultat utåt mot allmänheten oftast sköts av medicinska specialister med god kännedom om specifika indikatorer eller av personer med medicinsk bakgrund som har inhämtat information om desamma från sina kollegor. På det sättet skapas en dialog med allmänheten där dessa specialister får utrymme att sätta informationen i ett sammanhang och på det sättet skapa en förståelse för vad de specifika resultaten står för. Det skapar också lugn och ro för de som arbetar i verksamheten. Vi beskrev tidigare att organisationer ibland har ett behov av att ”buffra” sin kärnverksamhet från störningar i omgivningen för att på det sättet åstadkomma en jämn rytm i ”produktionen” (Thompson 1967). Det är tydligt att detta också gäller en verksamhet som sjukvård där de professionella grupperna kanske framförallt prioriterar den konkreta vården och omsorgen av patienter framför mer informativt arbete.

Avslutningsvis vill vi betona att det är angeläget att bedriva fortsatta studier inom detta område. Denna studie har fokuserat på ledare inom hälso- och sjukvården. Vilken betydelse *Öppna jämförelser* har längre ned i organisationerna har inte vi belyst här. Det är en uppgift för fortsatta studier.

# Referenser

- Abbott, A. 1988, *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ahrens, T. & C. Chapman, 2002 "The Structuration of Legitimate Performance Measures and Management: Day-to-Day Contests of Accountability in a U.K. Restaurant Chain", *Management Accounting Research*, Vol. 13, s. 151–171.
- Apple, W. 2004, "Schooling, Markets, and an Audit Culture", *Educational Policy*, Vol. 18:4, s. 614–621.
- Argyris, C. 1952, *The Impact of Budgets on People*, Controllership Foundation Inc.: New York.
- Blomgren, M., 2007, "The Drive for Transparency: Organizational Field Transformations in Swedish Healthcare", *Public Administration*, Vol. 85:1, s. 67–82.
- Blomgren, M. & K. Sahlin, 2007, "Quests for Transparency – Signs of a New Institutional Era?", I: Christensen, T. & P. Lægreid (red.) *Transcending New Public Management*, Aldershot: Ashgate
- Blomgren, M. & K. Sahlin-Andersson, 2003, *Ledning på distans: att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Blomqvist, P. & B. Rothstein, 2000, *Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom offentliga sektorn*, Stockholm: Agora förlag.
- Boli, J., 2006, "The Rationalization of Virtue and Virtuosity in World Society." I: Djelic & Sahlin-Andersson (red.). *Transnational Governance: Institutional Dynamics of Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press: s. 95–118.
- Bowker, G. & S.L. Star. 1999. *Sorting Things out – Classifications and its Consequences*. London: MIT Press.
- Bowker, G., 1997, "Lest we remember: Organizational forgetting and the production of knowledge", *Accounting, management & Information Technology*, vol. 7, s. 113–138.
- Castro, F. W., 1999 "After the wave: The welfare state professionals in Sweden' in *Professional identities in transition*. I. Hellberg, M. Saks, & C. Benoit (red.). Göteborg: Department of Sociology, Göteborg University.
- Czarniawska, B. & G. Sevón 1996 (red.) *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter.
- Czarniawska, B. & G. Sevón, 2005 (red.) *Global ideas: How ideas, objects and practices travel in the global economy*. Malmö: Liber.
- Djelic, M-L. 2006 "Marketization". I: Djelic & Sahlin-Andersson (red.). *Transnational Governance: Institutional Dynamics of Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press: s. 53–73.

- Engwall, L. & K. Sahlin 2007, *Corporate Governance and the Media. I: Kjaer & Slaatta (red.) Mediating Business*. Copenhagen Business School Press.
- Finkelstein, N. D., 2000 (red.) *Transparency in public policy: Great Britain and the United States*. Basingstoke: Macmillan.
- Forssell, A & A. Ivarsson Westerberg, 2006, "Vad kostar transparens?" i: Levay & Waks (red.) *Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, SNS Förlag, Stockholm, s. 185–215.
- Friedman, R. A. & J. Podolny 1992 "Differentiation of boundary spanning roles: labor negotiations and implications for role conflict", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 37:1, s. 28–47.
- Freidson, E., 2001, *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Garpenby, P. 1999, "Resource Dependency, Doctors and the State: Quality Control in Sweden" *Social Science & Medicine*, Vol. 49:3, s. 405–424.
- Grünberg J. & Pallas J. 2009 "Barbarians at the Gates? Organizations Protecting and Promoting Their (Non)Technical Cores through Institutional Boundary-Spanning". I: Wedlin, L., Sahlin, K. & Grafsröm, M. (red.) *Exploring the Worlds of Mercury and Minerva: Essays for Lars Engwall*. ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS, Studia Oeconomiae Negotiorum 51., Uppsala: Uppsala University Press.
- Hedmo, T. & Wedlin, L., 2008 "New modes of governance. The re-regulation of Higher Education and Research. I: Mazza, C.; Quattrone, P. & Riccaboni, (red.) *European Universities in Transition: Issues, models and cases*. Cheltham: Edward Edgar, s. 113–132.
- Hood, C., & D. Heald, 2006, *Transparency: Oxford*: Oxford University Press.
- Hopwood, A. G. 1973, *An Accounting System and Managerial Behaviour*, Saxon House: Westmead.
- Högskoleverket, 2010, "Nytt system för kvalitetsvärdering", Högskoleverkets hemsida, <http://www.hsv.se/kvalitet/nyttssystemforkvalitetsutvardering4.7b18d0f311f4a3995d57ffe3709.html>, (hämtat 2010-05-10).
- Institute for Health Improvement, 2010, "About us", <http://www.ihl.org/ihl/about> (hämtat: 2010-05-06)
- Leicht, K. T. & M.L. Fennell, 2008 "Institutionalism and the professions". I: Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. & Suddaby, R. (red.) *The Sage handbook of organizational institutionalism*. London: Sage.
- Levay, C. 2006 "De nationella kvalitetsregistren som verktyg för transparens". I: Levay & Waks (red.) *Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, Stockholm: SNS, s. 101–129.
- Levay, C. & Waks, C. 2006 (red.) *Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, Stockholm: SNS.

- Levey, C. & Waks, C., 2009 "Professions and the Pursuit of Transparency: Two Cases of Soft Autonomy", *Organization Studies*, Vol. 30:5, s. 509–527.
- Lindholm, C., 2008 *Styrning, effektivitet och styrningseffektivitet: En studie om implementeringen av Hemvårdsenheten i Uppsala*. Uppsala: regionförbundet i Uppsala län.
- Läkartidningen, 2008 "Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Vol. 105:47, s. 3452–3455.
- Läkartidningen, 2009a "Att ekonomiskt stimulera till bättre kvalitet i vården – några förslag". Vol. 106:14, s. 1028–1029.
- Läkartidningen, 2009b) "Kvalitetsregisterarbete ska tåla granskning". Vol. 106:18–19, s. 1289–1290.
- Läkartidningen, 2009c "de psykiatriska kvalitetsregistren bidrar inte till ökad kunskap om sjukdom och behandling". Vol. 106:18–19, s. 1290.
- Läkartidningen, 2009d "Kritiken visar behov av ökade kunskaper om registrens syfte". Vol. 106: 26–27, s. 1749–1751.
- Läkartidningen, 2009e "Psykiatrins kvalitetsregister är inne i en period av intensiv utveckling". Vol. 106:28–29, s. 1834–1835.
- Läkartidningen, 2009f "Huvudfrågan ännu obesvarad!". Vol. 106:28–29, s. 1835–1836.
- Läkartidningen, 2009g "Evidensbasera kvalitetsregistren!". Vol. 106:30–31, s. 1912–1913.
- Läkartidningen, 2009h "Kvalitetsmätning behövs – men kan inte värdera vårdkvalitet". Vol. 106:34, s. 2067–2068.
- Mattson, S., 2006, "Hjärtjournal gav bättre och säkrare vård", *Dagens Medicin*, 2006-11-29.
- Meyer, J. W. & B. Rowan, 1977 "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony" *The American Journal of Sociology*, Vol. 83:2, s. 340–363.
- Miller, P., 1996, "Dilemmas of Accountability: The Limits of Accounting" I: Hirst, P. & S. Khilnani, *Reinventing Democracy*, Oxford: Blackwell.
- Miller, P. & N. Rose, 1990 'Governing economic life'. *Economy and Society* 19/1: 1–31.
- Mörth, U. & Sahlin-Andersson K., 2006, *Privatoffentliga Partnerskap: Styrning utan hierarkier och tvång?* (red.) Stockholm: SNS förlag.
- Mörth, U. 2006 "Soft Regulation and Global Democracy". I: Djelic & Sahlin-Andersson (red.). *Transnational Governance: Institutional Dynamics of Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press: s. 119–138.
- Pallas, J. 2007, *Talking Organizations*. Department of Business Studies. Uppsala University.
- Power, M. 1997. *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.

- Roberts, J. & R. Scapens, 1985 "Accounting Systems and Systems of Accountability – Understanding Accounting Practices in their Organisational Context", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 10:4, s. 443–456.
- Robson, K., 1992 "Accounting numbers as 'inscription': Actions at a distance and the development of accounting", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 17:7, s. 685–708.
- Sahlin-Andersson, K. 2004 'Emergent cross-sectional soft regulations: Dynamics at play in the Global Compact initiative' i: Mörth, U. (red.) *Soft law in governance and regulation*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Sahlin-Andersson, K., 2004 'Emergent cross-sectional soft regulations: Dynamics at play in the Global Compact initiative' i: Mörth, U. (red.) *Soft law in governance and regulation*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Sahlin-Andersson, K., 2006 "Corporate Social Responsibility: A Trend and a Movement, but of what and for what? *Corporate Governance*, Vol. 6:5, s. 595–608.
- Sahlin, K. & L. Wedlin, 2008, 'Circulating ideas: Imitation, translation and editing' i: R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin and R. Suddaby (red.). *The Sage handbook of organizational institutionalism*. London: Sage.
- Seale, C., 2004. *Media and health*, London: Sage Publications.
- Scott, R., m.fl., 2000 *Institutional Change and Health Care Organizations*. London: The University of Chicago Press.
- Scott, R., 2008. Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization Studies*, Vol. 29:2, s. 219–38.
- SKL, 2007 "Strategier för effektivisering. Från ekonomistyrning till kunskapsstyrning – ett arbetsmaterial" (rapport) Stockholm: SKL.
- SKL, 2010a (<http://gap.skl.se/artikel.asp?C=6089&A=60204>). Hämtat 2010-02-04
- Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdförstagarna och Famna 2009. *Öppna jämförelser: Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Hämtad från [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/63/49/a3dfa6f7.pdf>). Hämtat 2010-01-28.
- Socialstyrelsen, 2010, "fem helt nya nationella riktlinjer": [www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/femheltnyanationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/femheltnyanationellariktlinjer). Hämtat 2010-03-02
- Solberg, L. I., Mosser, G. & S. McDonal (1997) "The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability and Research. *Journal of Quality Improvement*, Vol. 23:3, s. 135–147.
- SOSFS 2005:12 "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården"
- Strannegård, L. 2007 (red.) *Den omätbara kvaliteten*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.



- Strathern, M., 2000 'The tyranny of transparency'. *British Educational Research Journal*. Vol. 26:3, s. 309–321.
- Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen 2006. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen 2007. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen 2008. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.
- Thompson, J., 1967, *Organizations in action*, New York: McGraw-Hill Publishing Company.
- Tsoukas, H. 1997, The tyranny of light. *Futures*, Vol. 29:9, s. 827–843.
- Wedlin, L. 2007, 'The role of rankings in codifying a business school template: classifications, diffusion and mediated isomorphism in organizational fields', *European Management Review*, Vol. 4:1, s. 24–39.
- WHO, 2000 The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
- Williams, P., 2002 'The Competent Boundary Spanner', *Public Administration*, Vol. 80:1, s. 103–124.
- Winblad Spångberg, U., 2006 "Transparens som förutsättning för patientens fria val", I: Levay & Waks (red.) *Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*, SNS Förlag, Stockholm: s. 159–180.
- Åkerström Andersen, N., 2000, "Public Market – Political Firms", *Acta Sociologica*, Vol. 43, s.43–61.
- Östergren, K. & K. Sahlin-Andersson, 1998, *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*, Stockholm: Landstingsförbundet.





## Ett nytt tänk

---

# Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete

Denna analysrapport initierades för att spegla hur fyra landsting arbetat med resultaten i Öppna jämförelser. De fyra landstingen är Jönköping, Kalmar, Norrbotten och Västra Götaland. Syftet var att försöka förklara vilken betydelse Öppna jämförelser har i ledning och styrning. Uppdraget gick till forskarna Maria Blomgren och Caroline Waks.

Maria Blomgren är docent i företagsekonomi och universitetslektor vid Företagsekonomiska institutionen vid Uppsala universitet. Hennes forskningsområde avser framförallt transformeringen av offentlig sektor. Intresset för vad införandet av synliggörande teknologier har för konsekvenser har varit ett genomgående tema. Med denna utgångspunkt har hon bland annat studerat yrkesgruppers professionaliseringssträvanden, politikerns möjligheter att leda, förändringsprocesser inom organisatoriska fält samt gränsdragningar mellan offentligt och privat. Pågående studier rör utvecklingen av strategisk kommunikation inom hälso- och sjukvården.

Caroline Waks är lektor vid Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet. Hennes forskningsintresse rör framförallt styrning och organisering av professionellt arbete med speciellt fokus på hur förändringsinitiativ påverkar professionella grupper yrkesutövning och autonomi. Utifrån detta forskningsintresse har hon studerat professionella gränsdragningar och olika typer av synliggörande teknologier så som inspektion, tillsyn och ackreditering inom hälso- och sjukvården och skolan. Pågående studier rör utvecklingen av strategisk kommunikation inom hälso- och sjukvården.

Beställ eller ladda ner på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer) eller på telefon 020-31 32 30.

ISBN 978-91-7164-555-5



**Sveriges  
Kommuner  
och Landsting**

Post: 118 82 Stockholm  
Besök: Hornsgatan 20  
Telefon: 08-452 70 00  
[www.skl.se](http://www.skl.se)