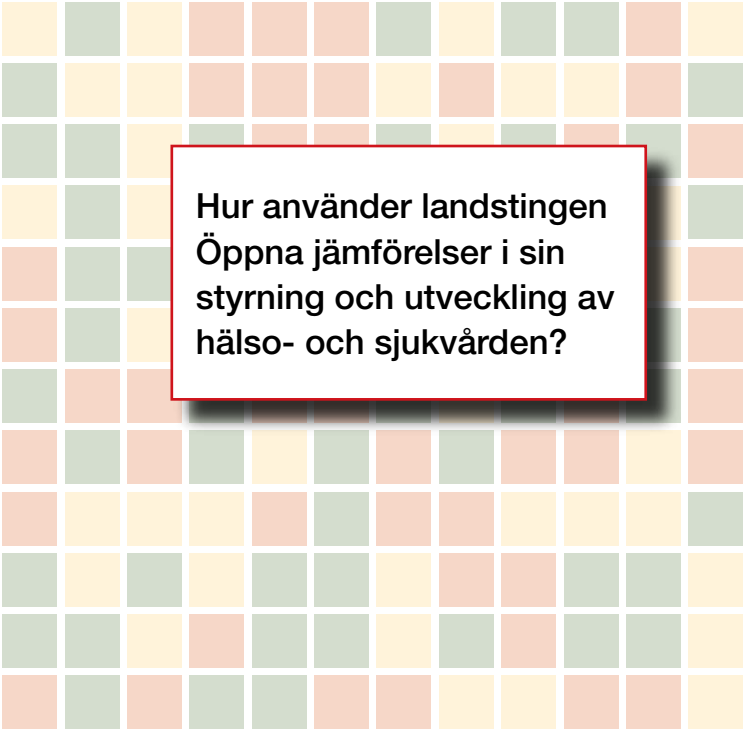


# Öppna jämförelser som stimulans till förbättring



Hur använder landstingen  
Öppna jämförelser i sin  
styrning och utveckling av  
hälso- och sjukvården?



# Öppna jämförelser som stimulans till förbättring

Hur använder landstingen Öppna  
jämförelser i sin styrning och utveckling  
av hälso- och sjukvården?

**Öppna jämförelser som  
stimulans till förbättring**

kan beställas eller laddas ner från

Sveriges Kommuner och Landsting  
[www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer),  
tel: 020-31 32 30, fax: 020-31 32 40  
e-post: [order@kommentus.se](mailto:order@kommentus.se)  
ISBN 978-91-7164-297-4

eller

Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm  
tel: 08-779 96 66, fax: 08-779 96 67  
e-post: [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)  
webbutik: [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat)  
Artikelnr. 2007-103-6

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2007

Upplaga: 700 ex

Produktion: Ordförrådet AB

Tryck: åtta.45, Solna

# Förord

---

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen samverkar kring *Öppna jämförelser* av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i landstingen. Den första rapporten publicerades i juni 2006 och den andra i oktober 2007.

De öppna jämförelserna mellan landstingen skiljer sig i viktiga avseende från tidigare rapportering av data om hälso- och sjukvården. Jämförelserna är indikatorbaserade och landstingen rangordnas efter sina resultat. Det är en stark tonvikt på medicinska resultat, men även indikatorer på tillgänglighet och patienterfarenhet ingår. Resultaten ställs mot kostnader vilket ger en möjlighet att jämföra landstingens effektivitet och vad medborgarna får för pengarna.

Publiceringen har skett under påtagligt stark bevakning av nationella och lokala media.

Ett viktigt syfte med jämförelserna är att de skall användas av landstingen som underlag för ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Jämförelserna sätter i praktiken strålkastarljuset både på svaga och starka resultat. Tanken är att detta stimulerar lärande och förbättringar. Ett viktigt framgångskriterium för samarbetet *Öppna jämförelser* är därför att de aktivt används av landstingen.

Denna rapport är beställd av styrgruppen för *Öppna jämförelser*, med syftet att följa upp hur den första rapporten togs emot av landstingen och hur resultaten använts i den egna styrningen. Två externa konsulter med erfarenhet av hälso- och sjukvårdsstyrning anlätades för arbetet, Ulf-Johan Olson (UV-Partner AB) och Sven-Eric Bergman (Bergman & Dahlbäck AB). Olika underlag har ställts till förfogande av styrgruppen, men för beskrivning och slutsatser i rapporten svarar författarna själva.

Stockholm i november 2007

*Håkan Sörman*  
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

*Kjell Asplund*  
Generaldirektör, Socialstyrelsen

# Innehåll

---

<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
PÅVERKAN PÅ STYRPROCESSER	6
PÅVERKAN PÅ KVALITETFÖRBÄTTRINGAR	6
PÅVERKAN PÅ REDOVISNINGSPROCESSER	7
PÅVERKAN PÅ LANDSTINGENS STYRKULTUR	7
RISKER OCH DILEMMAN	8
VÄXANDE FÖRVÄNTNINGAR PÅ ÖJ – UTVECKLINGSMÖJLIGHETER, ORGANISATION OCH STÄLLNING	9
<b>Uppföljningsuppdraget</b>	<b>11</b>
UNDERLAG OCH METOD	12
<b>Historisk tillbakablick</b>	<b>13</b>
RÖTTERNA TILL DE OLIKA PERSPEKTIVEN	13
TRANSPARENS OCH ÖPPENHET	15
FRAMVÄXTEN AV ÖPPNA JÄMFÖRELSE I NÄRTID	16
ÖPPNA JÄMFÖRELSE – ORGANISATION	17
ÖPPNA JÄMFÖRELSE – SYFTE OCH UTFORMNING	17
<b>Väsentliga iakttagelser</b>	<b>19</b>
ÖJ – MOTTAGANDE OCH ANVÄNDNING	19
LANDSTINGETS SYNPKTER PÅ ÖJ	28
<b>Analys och reflektioner</b>	<b>34</b>
RESULTAT	35
BETYDELSEN AV ÖPPENHET OCH TRANSPARENS	39
FRAMGÅNGSFAKTORER	40
RISKER OCH DILEMMAN	41
VÄXANDE FÖRVÄNTNINGAR PÅ ÖJ – UTVECKLINGSMÖJLIGHETER, ORGANISATION OCH STÄLLNING	46

# Sammanfattning

---

På uppdrag av styrgruppen för Öppna jämförelser har en uppföljning genomförts där fokus ligger på hur landstingen tagit emot och använt *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2006* samt hur man ser på initiativet. Arbetet har innefattat hur Öppna jämförelser (ÖJ) har påverkat huvudmännens styr- och förbättringsprocesser samt hur det påverkat synen på uppföljningsdatas kvalitet. Uppföljningen har också identifierat framgångsfaktorer och potentiella risker eller hinder i det fortsatta arbetet.

Intervjuade landstingsföreträdare har en påtagligt positiv grundinställning till ÖJ. Man ser instrumentet som ett bra komplement till den egna uppföljningen, men också som ett stöd och en stimulans för denna. De synpunkter som fanns på t ex publiceringsdatum och enstaka indikatorer har vägt lätt mot den tillfredsställelse som uttryckts kring att denna typ av jämförelser nu genomförs. En fråga där det finns vissa meningsskiljaktigheter gäller om resultaten framdeles även ska redovisas på sjukhus/klinik- eller verksamhetsnivå.

Centrala framgångsfaktorer har varit:

- Tiden var mogen – att initiativet ”äntligen togs”.
- Starkt fokus på medicinska resultat.
- Samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL .
- Tilltro – endast befintliga data användes.
- Delaktighet – företrädare för landstingen och kvalitetsregistren.
- Framgångsrik mediakommunikation. Offentliggörandet är centralt för att nå de önskvärda effekterna av ökad öppenhet och insyn.

ÖJ karaktäriseras av de intervjuade som ett *nationellt* initiativ vilket ger en *samlad bild* av hälso- och sjukvården vid *ett tillfälle* samt att det handlar om *jämförelser*.

Mot bakgrund av den positiva inställningen kan man fråga sig varför inte denna typ av jämförelser har tagits fram tidigare. Verksamhetens komplexitet har setts som en förklaring, men det är uppenbart att detta inte godtas längre.

Rapporten ger en bakgrund till den ökande öppenheten och transparensen inom svensk hälso- och sjukvård samt till ÖJ:s tillkomst. Den ger beskrivningar av och

perspektiv på samspelet mellan ÖJ och landstingen och de olika momenten från framtagande, förankring hos huvudmännen, publicering, kommunikationen med media och hur jämförelserna påverkat uppföljningens roll i landstingens styrprocesser och förbättringsarbete.

De effekter som ÖJ bidragit till i landstingen sammanfattas under fyra rubriker: påverkan på styrprocesser, påverkan på kvalitetsförbättringar, påverkan på redovisningsprocesser och påverkan på landstingens styrkultur.

## **PÅVERKAN PÅ STYRPROCESSER**

Redovisningen av ÖJ på landstingsnivå innebar att ansvaret för de medicinska resultaten på ett annat sätt än tidigare hamnade i knäet på landstingsledningen. ÖJ innebär att både bättre och sämre resultat exponeras och indikatorerna är i sammanhanget lika mycket ett mått på ledningens förmåga som på verksamhetens. Sammantaget visar uppföljningen att:

- ÖJ har bidragit till att medicinska resultat, har fått en tydligare plats bredvid uppföljningen av ekonomi, produktion och personal.
- ÖJ har bidragit till att ledningen efterfrågat analyser och åtgärder med anledning av utfallet i vissa indikatorer.
- ÖJ har bidragit till att utveckla verksamhetsuppföljningens roll i styrprocessen både vad gäller systematik och organisation.
- Genom landstingens fokus på de sämre resultaten har ÖJ indirekt bidragit till att skapa en nationell "standard" (eller i alla fall golv) för kvalitet – medelvärdet för gjorda jämförelser.

Genom den ökade insynen skapas ett omvandlingstryck, som blir ett komplement till övriga styrsignaler i stora och ofta styrda organisationer samt inte sällan med flera konkurrerande mål och intressen

Några av landstingen har tagit in flera ÖJ-indikatorer i sin egen redovisning av verksamhetens resultat. Den ökande mängden data kring medicinska resultat har inneburit att vissa landstings analyskapacitet har ansträngts. Det finns därför flera exempel bland mindre och medelstora landsting som förstärkt sina analysfunktioner.

## **PÅVERKAN PÅ KVALITETSFÖRBÄTTRINGAR**

Generellt sett har landstingen koncentrerat sig på de indikatorer, där man haft sämre resultat än snittet. I några fall finns explicita direktiv från ledningen att ÖJ ska vara en viktig utgångspunkt för det systematiska förbättringsarbetet i landstinget.

ÖJ är också ett stöd för utvecklingen av det regionala arbetet med jämförelser. Sammantaget visar uppföljningen att:

- ÖJ:s resultat har i allmänhet redan varit kända av de olika specialiteterna genom kvalitetsregistrens årsrapporter och, i något mindre grad, redovisningen från Socialstyrelsens hälsodataregister.
- Landstingsledningars engagemang där utfallet i ÖJ varit sämre för någon indikator har inneburit ytterligare en drivkraft för pågående förbättringsarbeten.

## **PÅVERKAN PÅ REDOVISNINGSPROCESSER**

Det finns i de flesta landsting centrala direktiv om att ansluta sig till och att delta i relevanta kvalitetsregister. ÖJ tycks ha ökat intresset och engagemanget för korrekt inrapportering till såväl kvalitets- som hälsodataregister. ÖJ har även påverkat arbetet kring kvalitetsredovisningen i boksluten. Sammantaget visar utredningen att:

- ÖJ har skapat ökat tryck på att få en bättre täckningsgrad i rapporteringen till kvalitetsregister.
- ÖJ har skapat ett ökat tryck på kvalitetssäkring av data och rutiner för registrering till både kvalitetsregister och väntetidsdatabasen.

Det finns en samlad uppfattning att ÖJ i stort redovisar rätt perspektiv och rätt indikatorer eller åtminstone de bästa indikatorer man nu kunnat få fram. Det betraktas som positivt att de medicinska resultaten har en framträdande roll och att de kompletterar tidigare redovisning av kostnader och tillgänglighet. Bristen på indikatorer inom primärvård, psykiatri och kostnadseffektivitet har uppmärksamats och uppfattas som besvärande. Balansen mellan kontinuitet och förnyelse avseende indikatorerna är viktig i det fortsatta arbetet. Var balanspunkten ligger finns det dock olika uppfattningar om i landstingen.

## **PÅVERKAN PÅ LANDSTINGENS STYRKULTUR**

En central iakttagelse som görs i rapporten är att ÖJ bekräftar och förstärker den pågående trenden mot ökad öppenhet och transparens inom hälso- och sjukvården. ÖJ tycks tillsammans med andra aktiviteter och liknande underlag, i flera avseenden ha bidragit till förändringar som går utöver arbetet med de enskilda indikatorerna. ÖJ har haft en demonstrationseffekt som gett ringar på vattnet och har bidragit till att öppenheten blivit mer självklar. Även aptiten på insyn tycks ha ökat. Sammantaget kan sägas att:

- ÖJ bidrar till att systemfel fokuseras.

- ÖJ ökar landstingsledningarnas insikt om att de har ett ansvar för de medicinska resultaten.
- ÖJ bidrar till gemensam information och en plattform för en fördjupad dialog mellan politiker, administrativ ledning och profession.
- ÖJ bidrar till det långsiktiga förtroendet för verksamheten, genom ökad öppenhet och insyn

ÖJ har involverat massmedia, men allmänheten tycks fortfarande vara relativt opåverkade. En sådan mer djupgående förändring i kulturen tar betydligt längre tid att slå igenom.

## RISKER OCH DILEMMAN

Ökad öppenhet och insyn stimulerar otvivelaktigt till förbättringar inom olika områden. Det hindrar inte att det finns risker och dilemman som behöver uppmärksammas och hanteras. I rapporten redovisas både risker som är kopplade till indikatorerna och till mer generella överväganden.

### Risker och brister som har kopplats till indikatorerna

- Indata är inte korrekta (fel i inrapportering, dålig täckningsgrad etc.).
- Vissa indikatorer speglar äldre förhållanden eller uppfattas som alltför trögörliga.
- Indikatorer för väsentliga områden saknas, t ex för primärvård, psykiatri och kostnadseffektivitet.
- Indikatorer kan inte fånga kvalitet och resultat för mer komplexa processer, t ex arbetet med multisjuka patienter. Eftersom det som mäts får större uppmärksamhet kan det bidra till ökade skillnader mellan olika patientgrupper.
- De nya indikatorer som tillkommer gör ÖJ svårt att överblicka och försvårar möjligheten att följa utvecklingen över tid.
- Privata vårdgivares begränsade inrapportering till patientregistret och vissa kvalitetsregister.
- Indikatorer begränsas till det som är relativt enkelt att mäta, varför ledningens uppföljningsinformation behöver bestå av flera olika typer av underlag.

### Övriga risker

- Ökad information ger inte alltid mer kunskap. Förutsättningen är att landstingen är tillräckligt rustade för de ökande kraven på analyskapacitet och förbättrad hantering av uppföljningen i styrprocessen.

- Genomsnittet blir kvalitetsnorm och golv när landstingen granskar ÖJ. Den stora uppmärksamheten på de ”röda plumparna” innebär att det finns risk för att potentialen för förbättring inte tas tillvara för verksamheter med bättre resultat.
- Det finns en risk att ÖJ:s jämförelser uppfattas som en heltäckande bild av svensk sjukvård. Den ambitionen finns dock inte hos ÖJ.
- Indikatorerna ger en beskuren bild verksamheten. Därmed får ÖJ en avsevärd ”redigerande makt” och det är därför angeläget att organisationen uppfattas som självständig i valet av indikatorer.
- Den spirande dialogen utifrån ÖJ:s resultat mellan politiker, chefstjänstemän och professioner ges ingen meningsfull form.
- Ökad insyn innebär mer granskning som i sin tur leder till större krav på uppföljningsdatas tillgänglighet och kvalitet, som i sin tur leder till ytterligare granskning som leder till ... En väsentligt ökad registrering kan bli dyr och leda till vårdpersonalens stöd minskar.
- ÖJ:s organisation och resurser är inte tillräckliga för att motsvara de stigande förväntningarna.

## **VÄXANDE FÖRVÄNTNINGAR PÅ ÖJ – UTVECKLINGS- MÖJLIGHETER, ORGANISATION OCH STÄLLNING**

Utifrån de ökande förväntningarna på ÖJ redovisas olika utvecklingsmöjligheter och vilka konsekvenser dessa har på organisationen samt ÖJ:s formella ställning. I huvudsak rör redovisade reflektioner och idéer följande teman:

- Hur upprätthålla det hittills stora intresset för ÖJ?
- En indikatorutveckling präglad av både kontinuitet och förnyelse.
- Ska ÖJ även göra jämförelserna på sjukhus eller verksamhetsnivå? Metodutveckling kring utmaningarna med jämförelser på flera nivåer, olika index etc.
- Ställningstaganden kring i vilken grad indikatorerna ska spegla vårdssystemet i stort eller vara just ”intressanta indikatorer”.
- Fastare organisation för ÖJ? Sambandet med SKL:s övriga jämförelsen på den kommunala sidan (ÖJ för äldreomsorg respektive ÖJ för skola) samt mellan SKL:s och Socialstyrelsens övriga, snarlika publiceringar?
- ÖJ:s trovärdighet vad gäller självständighet i valet av indikatorer.

Utöver detta konstateras i rapporten att ÖJ gett flera intressanta impulser till landstingen, bl a har ÖJ satt fokus på uppföljningens roll i styrprocessen samt landstingens organisation och beredskap att hantera denna. I ÖJ:s kölvatten finns ett behov

av utvecklingsseminarier där landstingens politiska och tjänstemannaledning kan få inspiration och diskutera den nya öppenhetens och transparensens konsekvenser samt hur landstingen bättre kan integrera uppföljningsdata i sin styrprocess. Sådana seminarier bör även beröra professionell, organisatorisk respektive offentlig transparens och vad som bör hanteras inom vilken sfär. Näraliggande frågor är även hur nuvarande ekonomi- och verksamhetsstyrning kan integreras med en mer systematiskt kunskapsstyrning. Den senare är nära kopplad med såväl tydligare riktlinjer som med en mer systematisk uppföljning av vårdens processer och resultat.

En idé för SKL, som intresseorganisation för landstingen, är att fokusera på effekterna av ÖJ genom att göra ÖJ:s syften till aktiviteter, dvs att undersöka och jämföra skillnader mellan landstings olika sätt att organisera och använda uppföljningen i sina styrprocesser. Dessa jämförelser kan sedan ligga till grund för idé- eller utvecklingsseminarier där den verksamhetsbaserade uppföljningens roll i styrningen problematiseras och diskuteras.

Det gemensamma arbetet mellan Socialstyrelsen och SKL bör också utvärderas och ställas i relation till gjorda erfarenheter och tänkbara förändringar. Det senare gäller bl a nivån för jämförelser, en förstärkt arbetsorganisation och ÖJ:s självständiga ställning. I övrigt kan konstateras att ÖJ:s uppföljning har utgått från angivna syften och jämförelserna är professionellt genomförda inom ramen för överenskommelsen mellan SKL och Socialstyrelsen. Önskar man en annan inriktning av jämförelserna behöver detta tas in i framtida överenskommelser mellan parterna.

Avslutningsvis ska observeras att slutsatser om orsakssamband mellan ÖJ:s existens och aktiviteter å ena sidan och påverkan på landstingens förbättringsarbete och styrning å andra sidan inte kan dras. ÖJ är en av flera rörelser i tiden som betonar uppföljning, öppenhet och jämförelser. När det anges att ÖJ bidragit till vissa effekter betyder det sålunda *inte* att ÖJ är den enda faktorn av betydelse för resultatet.

# Uppföljningsuppdraget

---

I juni 2006 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i samarbete med Socialstyrelsen rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, där landstingen jämfördes med varandra. Detta gjordes utifrån en uppföljningsmodell med 57 indikatorer, indelade i fyra områden som speglar olika dimensioner av vårdens kvalitet och resultat.

Syftet var att etablera en extern nationell granskning av hälso- och sjukvården och att stimulera landstingen att använda dessa och andra nationellt publicerade uppföljningsdata i sitt förbättringsarbete och i sin styrning. Arbetet bedrevs i dialog med landstingen, men det var SKL och Socialstyrelsen som ansvarade för urvalet av indikatorer och för presentationen av data.

Styrgruppen för Öppna jämförelser (ÖJ) har uppdragit åt konsulterna att göra en fördjupad uppföljning av hur landsting och regioner ser på och använder ÖJ i sitt utvecklingsarbete och i styrningen av hälso- och sjukvården.

Uppdragets övergripande syften är att

- Belysa/beskriva hur landstingsledningar och sjukvårdsansvariga tagit emot och i sin fortsatta styrning arbetat med de frågor/vårdaspekter som belystes i ÖJ 2006.
- Belysa/analysera effekterna av initiativet ÖJ, i ljuset av de många andra styrimpulser som är viktiga för landstingens styrning, effektiviserings- och förbättringsstrategier, både i form av tillgängliga utvärderingsdata och andra styrimpulser.
- Identifiera/diskutera förtjänster och brister i arbetet med ÖJ under 2006–07, både på nationell nivå och på landstings- och regionnivå, och därmed även identifiera/diskutera hinder och framgångsfaktorer i det framtida arbetet.
- Bidra till att sprida erfarenheter mellan olika landsting.

Viktiga övergripande frågor är hur landstingen/regionerna har hanterat omhändertagandet av ÖJ-rapporten och hur denna har påverkat förbättrings- och utvecklingsarbetet. Konkret handlar det om i vilken mån ÖJ har påverkat olika initiativ till såväl förbättrings- och utvecklingsarbeten som den löpande resursfördelningsdiskussionen. Det är också intressant att se likheter och skillnader i hur olika aktörer – politiker, sjukvårdsadministrativ ledning och professionsföreträdare – har tagit emot initiativet ÖJ.

Eftersom uppföljningsinformation är en viktig del av styrningen kommer utvärderingen att fånga om ÖJ på något sätt påverkat landstingens strategiska styrning av hälso- och sjukvården eller styrprocessen i sig. I uppdraget ligger också att se vad landstingsledningarna menar skiljer ÖJ från andra jämförelser av kvalitet och effektivitet som med jämna mellanrum publiceras i Sverige. Slutligen ska landstingens krav och förväntningar på framtida utveckling av ÖJ-initiativet beskrivas samt vilka risker initiativet är förknippat med.

## UNDERLAG OCH METOD

Tre typer av underlag och källor har legat till grund för arbetet:

- Orienterande underlag från nationell nivå, bl a policydokument, snabbenkät till kontaktpersonerna från augusti 2006, pressklipp samt dokumentation av arbetsprocess och ledningsseminarier.
- Skriftligt underlag från landsting och regioner avseende lokala uppföljningar, eventuella uppdragshandlingar och formella styrdokument mm.
- Intervjuer med företrädare för landsting och regioner; bl a landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörer, chefcontrollers, sjukhusdirektörer och/eller divisionschefer samt i ett urval av landsting även politiska företrädare. Information har också förmedlats via ÖJ:s kontaktpersoner i de olika landstingen.

I fyra landsting har fem till sex mer omfattande, semistrukturerade intervjuer genomförts. Här har även politisk företrädare ingått i kretsen av intervjuade. Aktuella landsting var Västra Götalandsregionen, Örebro läns landsting, Landstinget Gävleborg och Norrbottens läns landsting. I ytterligare tio landsting/regioner har telefonintervjuer genomförts med en representant för landstingets tjänstemannaledning. I övrigt har kompletterande frågor (utifrån tidigare snabbenkät) ställts till samtliga kontaktpersoner. Dessa har också försett konsulterna med tillgängligt skriftligt material rörande ÖJ och dess tillämpning i respektive landsting/region.

Intervjuerna påbörjades i juni och avslutades i början av september 2007, varför mottagandet av ÖJ 2007 inte kommenteras i rapporten.

# Historisk tillbakablick

---

## RÖTTERNA TILL DE OLIKA PERSPEKTIVEN

Uppgifter om hälso- och sjukvården respektive om landstingen/kommunernas ekonomi och verksamhet har insamlats och publicerats sedan lång tid tillbaka. Insamling av hälso- och sjukvårdsdata för uppföljning och utvärdering med inriktning på förbättringsarbete och kvalitetsstyrning är dock av senare datum.

I ÖJ redovisas fyra olika perspektiv: medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader per invånare och per prestation.

Av dessa kategorier kan med viss förenkling konstateras att *patienterfarenheter och tillgänglighet* har en ganska kort historia. De har kommit att uppmärksammas främst under de senaste 15–20 åren, delvis kopplade till reformer som valfrihet och vårdgaranti, och är av naturliga skäl fortfarande relativt utvecklade.

*Kostnadsindikatorerna* har rötter som ligger längre tillbaka, eftersom redovisning av kostnader länge utgjort stommen i sektorns statistik. Så sent som på 1960-talet redovisades dock kostnaderna på hög aggregeringsnivå (sjukhus eller motsvarande). Kostnadsredovisning per verksamhet eller klinik gav större möjlighet till jämförelser, men det var först i slutet av 80-talet som utvecklingen mot en kostnadsredovisning per patient inleddes. Under 90-talet utvecklades dessutom beskrivningssystem för framför allt den somatiska akutsjukvården (DRG). Förändringen var i hög grad en konsekvens av kravet på nya ersättningssystem, där önskemålet var att tilldelade resurser, eller ersättningen till privata leverantörer, skulle kunna relateras till den faktiska produktionen. Möjligheterna att koppla kostnader till behandlig är dock ännu utvecklade. Stora delar av hälso- och sjukvården har dessutom fortfarande brister i sina beskrivningssystem, framför allt primärvård, psykiatri och kommunal hälso- och sjukvård.

De *medicinska indikatorerna* dominerar i rapporten "Öppna jämförelser 2006". På detta område finns självfallet också en historik. Denna kan återfinnas under rubriker som patientsäkerhet, medicinsk praxis, kvalitetsutveckling etc.

Förutom de hälsodata, som successivt byggts upp vid Socialstyrelsen och tidigare Medicinalstyrelsen, har viktiga bidrag kommit från läkarnas specialistföreningar. Dessa har stöttat utvecklingen av de kvalitetsregister som under årens lopp byggts upp inom olika specialiteter. Nationella knäplastikregistret, som startade 1975, var först ut.

Specialistföreningarnas insatser har sin grund i professionens utvecklingssträvanden. Av naturliga skäl har dessa kommit att utformas olika för skilda specialiteter. De har också varierat i utformning över tiden. Deltagandet bygger främst på de olika specialistföreträdarnas intresse för uppgiften, varför även tacksynsgraden har kommit att variera.

Intresset för att etablera och driva kvalitetsregister har ökat under de senaste 10–15 åren och idag finns ett 60-tal nationella register samt ytterligare ett antal regionala. Kvalitetsregister är en viktig källa till information om vårdens kvalitet. De innehåller individbundna data om diagnoser, åtgärder och utfall. Registrens möjligheter till jämförelser med uppgifter på riksnivå och trendanalyser, utgör ett viktigt stöd för en systematisk uppföljning av sjukvårdens nytta för patienterna. Kvalitetsregistren är kraftfulla instrument för kvalitetsarbetet och bidrar både till kvalitetsutveckling och till utjämnande av regionala/lokala skillnader i kvalitet och säkerhet mellan olika vårdgivare. Det senare sker främst genom att de som kommer sämre ut förbättrar sina resultat.

Kvalitetsregistren används i dag i alltmer i det övergripande planerings- och ledningsarbetet. Allt fler kvalitetsregister redovisar sina resultat öppet och data från de nationella kvalitetsregistren används i ökad omfattning i ett systematiskt kvalitetsarbete i syfte att förbättra vården. Många register mäter även patientupplevd livskvalitet, vilket ökar deras användbarhet. I exempelvis Svenska Reumatoid Artritregistret registrerar patienten själv data rörande såväl livskvalitet som funktionsgrad. Slutligen är kvalitetsregistren en av de huvudsakliga källorna för att redovisa medicinska resultat i ÖJ.

ÖJ är ett samarbete mellan SKL och staten via Socialstyrelsen. Även i detta avseende finns rötter tillbaka. En rottråd återfinns i det av staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt drivna utvecklingsinstitutet Spri.<sup>1</sup> Från mitten av 80-talet och framåt bedrev Spri, ofta i samarbete med berörda specialistföreningar, jämförande studier av resurstilldelning och resursutnyttjande inom kvinnosjukvård, ögonsjukvård, urologi, kirurgi, internmedicin, allmänmedicin, psykiatri, anestesi- och intensivvård samt radiologi och annan medicinsk service.

I slutet av 80-talet avsatte vidare staten och landstingen medel genom s.k. Dagmarpengar till i huvudsak specialitetsinriktade projekt, bl a inriktade på jämförelser mellan olika enheter. Projekten redovisades i ett antal rapporter. Idag används Dagmarpengar bl a till att ekonomiskt stödja olika kvalitetsregister.

---

<sup>1</sup> Spri, Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut finansierades av staten och Landstingsförbundet. Uppgiften var att utföra undersökningar inriktade på att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Spri avvecklades vid utgången av 1999.

I spåren av den samhällsekonomiska krisen i början av 1990-talet tog intresset för produktivets- och effektivitetsfrågor ny fart. De höga kraven på kostnadseffektivitet innebar en ökad betoning av uppföljning av verksamheterna och explicit tillgång till jämförelsedata.

## TRANSPARENS OCH ÖPPENHET

Transparens betonas i en rad olika sammanhang och anses stimulera demokrati, delaktighet, effektivitet och säkerhet. Öppenhet med fakta är en grundsten i arbetet med att utveckla effektivitet och säkerhet. I rapporten fördjupas bilden av begreppen och det förändringstryck som skapas av större öppenhet och transparens. Öppenhetens och transparensens fördelar diskuteras, men också om ökad öppenhet om resultat i hälso- och sjukvården alltid leder till, bättre förståelse för verksamheten och därmed tydligare krav eller styrsignaler.

Begreppen transparens och öppenhet har många likheter, men representerar ändå olika utgångspunkter. Transparens betyder insyn eller genomsikt och har betraktarens perspektiv medan öppenhet betecknar en princip och ett handlingsätt hos en verksamhet eller institution. Principen är offentlighet och korrekthet eller ärlighet. Handlingsättet kan vara allt från att möjliggöra insyn till att aktivt publicera uppgifter. Ökad öppenhet ger sålunda förutsättningar för och bidrar till ökad transparens/insyn.

Den professionella arenan inom hälso- och sjukvården präglas starkt av den evidensbaserade medicinens hegemoni. Denna förutsätter tillgång till studier med högt bevisvärde och systematiska kunskapsöversikter, något som i sig kräver en stor öppenhet med medicinska procedurer och resultat. Det är inte längre den enskilde läkarens ensak hur denne behandlar en patient. Förväntningen är att vidtagna åtgärder baseras på bästa möjliga kunskap. Därför är mått som följsamheten till riktlinjer relevanta på ett helt annat sätt än tidigare.

### Olika typer av transparens

I det följande görs en åtskillnad mellan *professionell*, *organisatorisk* och *offentlig* transparens, utifrån vilka som har insyn i verksamhetens processer och resultat.<sup>2</sup>

Den långsiktiga effekten av professionens registrering och jämförelser av vårdprocesser och resultat är förbättrade medicinska resultat (*professionell transparens*). I analogi med detta borde den långsiktiga effekten av en större *organisatorisk transparens* vara bättre intern styrning och kontroll, medan en utvecklad *offentlig transparens* borde leda till en mer upplyst allmänhet. Det senare kan innebära ett större tryck på ansvariga politiker och kanske i förlängningen även påverka patienter, som i sin tur kan ställa mer relevanta krav på sin behandling.

---

<sup>2</sup> Strävan efter transparens. Charlotta Levay och Caroline Waks (red). SNS förlag, 2006.

Den större öppenheten kring medicinska resultat är ett relativt nytt fenomen. Den professionella transparensen har dock en längre tradition att falla tillbaka på. Kvalitetsregistren och andra jämförande mätningar har varit ett viktigt sätt för den medicinska professionen att följa, jämföra och utvärdera resultat i syfte att förbättra de medicinska metoderna och resultaten. Registren har successivt öppnat sig mot sjukvårdsorganisationerna och sedan även mot allmänheten. Andra aktiviteter som varit en del av den ökade transparensen är kvalitetssäkring och ackreditering, där följsamheten till riktlinjer och/eller standarder är särskilt viktig. Båda dessa strategier innehåller starka inslag av intern och extern granskning.

Professioner har ofta varit negativa till organisatorisk och offentlig transparens. Viktiga orsaker är risken för att komplicerade förhållanden förenklas på ett felaktigt sätt, men också att den professionella autonomin hotas. Ibland har den kliniska relevansen ifrågasatts och det kan finnas en oro för att olika mätpunkter kan få större utrymme än patientens behov. I internationell litteratur varnas ibland för att höga poäng i indikatorbaserade jämförelser inte nödvändigtvis är samma sak som god vård.<sup>3</sup>

Men den nya öppenheten innebär också fördelar, t ex kan ökade resurser eller prioriteringar motiveras med hänvisning till redovisning och/eller jämförelser av resultat och av ökade kvalitetskrav. Genom att svenska läkare i stor utsträckning varit delaktiga i arbetet med större öppenhet kring medicinska resultat har utvecklingsprocessen underlättats avsevärt.

## FRAMVÄXTEN AV ÖPPNA JÄMFÖRELSE I NÄRTID

Öppna jämförelser har sin upprinnelse i den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården där regeringen menade att "Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården bör stärkas för att medborgarna skall få god information om vården och för att främja en effektiv hälso- och sjukvård".<sup>4</sup> Regeringen avsatte även särskilda resurser för ändamålet.

2001 publicerade Socialstyrelsen rapporten "Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården – Socialstyrelsens förslag". Rapporten var ambitiöst upplagd med många medverkande experter. Den tydliggjorde indikatorbegreppet och redogjorde för vilka krav som bör ställas på en indikator. I rapporten redovisades också ett antal indikatorer för olika vårdområden. Inga konkreta uppföljningsdata redovisades dock.

---

<sup>3</sup> Se bl a RM Warner och DA Asche. *Ann Fam Med* 2007;5 (2): 159–163.  
([www.medscape.com/viewarticle/555953](http://www.medscape.com/viewarticle/555953))

<sup>4</sup> Regeringens prop. 1999/2000:149

Internationella förebilder saknades inte, men det var först 2003 som RIKS-HIA för första gången öppet publicerade jämförande uppgifter om hjärtintensivsjukvården på olika sjukhus. Därefter har kvalitetsregistren successivt blivit allt öppnare.

På nationell nivå hände inte så mycket förrän i maj 2005 då en kontakt togs mellan SKL och Socialstyrelsen. En arbetsgrupp tillsattes i juni och i oktober samma år presenterade SKL och Socialstyrelsen en "Nationell strategi för 'öppna jämförelser' av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet".<sup>5</sup> Avsikten var att skapa en modell för nationella indikatorbaserade jämförelser. Parterna åtog sig att gemensamt genomföra och publicera lätt tillgängliga jämförelser av hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens kvalitet och effektivitet. Jämförelserna skulle göras återkommande och åtagandet vara långsiktigt. De skulle bygga på existerande datakällor och ambitionen var att successivt utveckla dessa.

Dessutom fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att i samråd med SKL utarbeta nationella kvalitetsindikatorer, som skulle kunna spegla olika aspekter av kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Under 2007 har SKL tagit fram Öppna jämförelser även för grundskola och äldreomsorg. Rapporterna redovisar verksamheten med fokus på resultat per kommun. Avsikten är att jämförelserna ska återkomma årligen och att successivt utveckla indikatorer och datakällor. Ambitionen är att ge en mer heltäckande bild av verksamheternas kvalitet och effektivitet.

## **ÖPPNA JÄMFÖRELSE – ORGANISATION**

En traditionell projektorganisation sattes upp av SKL och Socialstyrelsen med en styrgrupp, en referensgrupp och ett sekretariat/arbetsgrupp. I styrgruppen finns två representanter från varje part. Från början representerades Socialstyrelsen av hälso- och sjukvårdsavdelningen och EpC, men idag kommer båda ledamöterna från EpC. Referensgruppen består av sex landstingsdirektörer från olika delar av landet. Sekretariatet eller arbetsgruppen omfattar också sex personer, varav tre från SKL, två från Socialstyrelsen och en extern samordnande projektledare.

## **ÖPPNA JÄMFÖRELSE – SYFTE OCH UTFORMNING**

ÖJ ska bidra till att värdera systemeffektivitet och stimulera till förbättringar. I den första rapporten beskrivs det som att:

- Stimulera till fördjupade analyser och värderande diskussioner.

---

<sup>5</sup> Nationell strategi för 'öppna jämförelser' av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. SKL och SoS, 2005.

- Inspirera och stödja landstings- och sjukvårdsledningar i deras arbete för effektivisering och förbättring av hälso- och sjukvården.
- Vara pådrivare för en bättre tillgång på data och förbättrad datakvalitet.

Ett övergripande syfte är också att lyfta fram medborgarperspektivet. Sammantaget består ÖJ 2006 av 57 indikatorer som redovisas i fyra perspektiv:

- Medicinska resultat, som innehåller flest antal indikatorer.
- Patienterfarenheter, som innehåller indikatorer som speglar patienters och även befolkningens värdering av sina vårdkontakter och av vården.
- Tillgänglighet, som avser tidsrelaterad tillgänglighet och innehåller mått med koppling till väntetider och antalet väntande.
- Kostnader innehåller mått på kostnaden per invånare för olika delar av hälso- och sjukvården och mått på kostnaden per prestation (produktivitet). Dessa indikatorer är givetvis av allmänt intresse, men får sitt stora värde när de ställs mot resultatet för de övriga indikatorerna.

ÖJ presenterar utfallet av indikatorerna på landstingsnivå. Inför 2007 fanns förväntningar om att resultatet skulle redovisas på sjukhus- eller verksamhetsnivå. Med undantag av några enstaka nedbrytningar i pedagogiskt syfte, är det fortfarande landstingsnivån som gäller.

# Väsentliga iakttagelser

---

I detta avsnitt redovisas studiens viktigaste iakttagelser. De kommer, där så är relevant, att illustreras med hjälp av exempel från olika landsting. Exempelen är valda för att göra framställningen mer konkret, inte för att ge en heltäckande bild av de olika landstingens aktiviteter. Det tillgängliga skriftliga materialet varierar påtagligt i omfattning och detaljeringsgrad. Kompletteringarna genom telefonintervjuer och personliga intervjuer har dessutom inte gjorts i alla landsting.

Redovisningen är uppdelad i två avsnitt. Det första tar i huvudsak upp hur ÖJ konkret tagits emot och använts i landstingen. Det andra redovisar främst de synpunkter på ÖJ, som framförts under intervjuerna. Av naturliga skäl blir dock denna uppdelning inte helt konsekvent.

## ÖJ – MOTTAGANDE OCH ANVÄNDNING

Mottagande och användning redovisas under följande punkter:

- Mottagandet och informationen.
- Inledande arbete och analys.
- Fortlöpande arbete.
- Åtgärder för att förbättra verksamheten.
- Användning av ÖJ i styrning och uppföljning.

De tre första punkterna är *kronologiska* och följer efter varandra i tiden. De två senare är *tematiska* och tar upp ÖJ:s huvudsyften – stöd till förbättringsarbete respektive styrning och ledning.

### Mottagande och information

När ÖJ presenterades i juni 2006 hade den föregåtts av kontakter med landstingen främst genom kontaktpersonerna och informationen till landstingsdirektörerna. I landstingsledningarna fanns därför en hög beredskap. Publiceringen strax innan semestrarna var inte idealisk ur kommunikationssynpunkt och dessutom var det första gången som en sådan rapport om den svenska hälso- och sjukvården publicerades.

I nästan alla landsting skedde, med varierande ambitionsgrad, någon form av intern genomgång före publiceringen med hjälp av den information som kom från styr-

gruppen i projektet. Dessa genomgångar innefattade information till politiker och tjänstemannaledning. Viktiga aktörer i detta sammanhang var de kontaktpersoner, som utsetts av varje landsting och som hölls kontinuerligt informerade om ÖJ.

I flera fall fanns också redan på detta stadium kontakter med ”indikatorspecialister” och professionsföreträdare så att dessa kunde kommentera jämförelserna. I exempelvis *Stockholms läns landsting* sammanställdes egna kommentarer. I *Landstinget i Kalmar län* utsågs kontaktpersoner för olika indikatorer, sammanlagt 21 stycken och deras kommentarer lades ut på webben. *Landstinget Östergötland* tog fram en OH-presentation, som användes även i den fortsatta informationen.

I några fall, t ex i *Landstinget Dalarna*, gjordes en bredare presentation för sjukvårdens verksamhetschefer, speciellt de som berördes av indikatorerna. I *Landstinget i Jönköpings län* genomfördes, under landstingsdirektörens ledning, en information och genomgång med alla berörda en vecka före publiceringen. På mötet diskuterades hur landstinget låg till i förhållande till andra landsting; om det fanns några frågetecken kring indikatorernas innehåll samt vilka indikatorer man kunde förvänta att massmedia skulle fokusera på.

Några landsting, exempelvis *Västra Götalandsregionen*, upprättade kommunikationsplaner. Vid publiceringen ordnade man på de flesta håll egna presskonferenser eller liknande. Då gavs kommentarer från sakkunniga om de egna resultaten. Vid presentationen kunde vissa landsting presentera eget uppföljningsmaterial, vilket exempelvis gjordes i *Stockholms läns landsting*.

Den *nationella* presentationen fick stort genomslag. Trots detta hade, enligt SKL:s medieuppföljning efter lanseringen av ÖJ,<sup>6</sup> ovanligt många lokala media egna inslag. Detta bottnade i att flertalet landsting kallade till egna presskonferenser. Den lokala rapporteringen rörde i första hand det egna landstingets resultat och ofta med fokus på områden där landstinget låg sämre till. De lokala mediernas intresse varierade. På en del håll upplevdes det som relativt lågt, bl a i *Landstinget i Kalmar län* och i *Region Skåne*. Möjligen kan detta sammanhånga med det stora antalet indikatorer. Det var svårt för massmedia att hitta och spetsa till det intressanta för just det egna landstinget. Dessutom kräver en vederhäftig rapportering en del förkunskaper och tid att skanna av ett mycket stort material. Möjligheterna att på sikt upprätthålla det massmediala intresset för ÖJ diskuterades av flera. De flesta var positiva, medan några såg risker för att media skulle nötas ut av alla jämförelser.

## Inledande analys

Ett naturligt första steg för många landstingsledningar har varit att begära in reaktioner och synpunkter från de berörda verksamhetsföreträdarna samt att tillsam-

---

<sup>6</sup> Medieuppföljning efter lanseringen av Öppna Jämförelser. 2006-09-07, SKL.

mans diskutera dessa. Detta är ett nödvändigt underlag för att vidareutveckla strategier och vidta styråtgärder. Än så länge finns det relativt få exempel på sådana. Nya strategier är förstås sällan exklusivt grundade på ÖJ utan ingår i ett större utvecklingsarbete, som bygger på olika typer av underlag.

En första översiktlig genomgång av utfallet i *Landstinget Gävleborg* visade att ett relativt stort antal jämförelser föreföll vara ogynnsamma för landstinget. Landstingsdirektören tillsatte då en arbetsgrupp med uppdraget att närmare analysera de negativa avvikelserna och ta ställning till vilka åtgärder som bör vidtas för att i kommande jämförelser åstadkomma ett bättre utfall för landstinget.

Det *första steget* i analysen var att ta ställning till om en indikator överhuvudtaget är ogynnsam för landstinget, dvs om man placerar sig sämre än andra. I *nästa steg* analyserade man om avvikelserna var *anmärkningsvärd* eller inte. Initialt utreddes om den var *statistisk säkerställd*. Ytterligare frågor som analyserades var om landstingets position varit densamma under lång tid, om det förelåg variationer inom landstinget, om mätmetoden i landstinget förändrats över tiden, om datakvalitet och/eller täckningsgrad är låg inom landstinget samt om avvikelserna, även om den inte är ogynnsam i förhållande till andra landsting, i sig är ogynnsam. En ytterligare faktor som beaktades innan en avvikelse klassificerades som anmärkningsvärd, var huruvida den är påverkbar av landstinget. Skillnader inom länet har också varit viktiga att ta in i analysarbetet. Det har varit svårt att få fram uppgifter i vissa avseenden vilket lett till ett arbete med att förbättra uppföljningssystemen. Bl a ska kvalitetsregister kunna användas i den reguljära uppföljningen.

I det fall då en avvikelse klassas såsom anmärkningsvärd är nästa steg i arbetsmodellen att, i samarbete med berörda verksamheter, beskriva nuvarande förhållanden. Sådana beskrivningar kan omfatta exempelvis behandlingspraxis och patientsammansättningar samt beskrivningar av personal, ekonomi och bemanning. Parallellt med att dessa beskrivningar tas fram, genomförs jämförelser med förhållandena i andra landsting, med Socialstyrelsens riktlinjer för skilda sjukdomsgrupper samt jämförelser med SBU-dokument. Därefter inleds det konkreta förändringsarbetet.

*Västra Götalandsregionen* använder en liknade metodik för att analysera kritiska indikatorer. I regionen har sjukhusen fått uppgiften att följa varje relevant ÖJ-indikators utfall och jämföra den med riksnittet. Den årliga verksamhetsanalysen från analysenheten vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen har också integrerat indikatorer från ÖJ.

Ett annat exempel kan ges från *Landstinget i Kalmar län*. Landstingsfullmäktige har i april 2007 beslutat om sex övergripande strategier för forskning, utveckling och auskultation samt anslagit 30 Mkr till dessa ändamål. Dessutom finns specifika riktlinjer för hur ansökningar till medlen ska beredas och beslutas. Syftet är att driva

ett systematiskt förbättringsarbete i en lärande organisation. Mätningar och öppna redovisningar ska vara grunden för ständiga förbättringar. Alla arbetsplatser kommer att involveras i arbetet.

I *Stockholms läns landsting* har ett projekt om bättre strokevård startat under 2007. Generellt använder SLL ÖJ, men också den egna övergripande uppföljningsmodellen. Denna tar sikte på hur enheten lever upp till uppdraget samt dess utveckling både över tid och i jämförelse med andra landsting. Särskild vikt läggs vid de indikatorer som visar på störst förbättringsutrymme, men lika viktigt vid urvalet är att dessa indikatorer är relevanta utifrån landstingets perspektiv. Ett urval av de indikatorer som finns för jämförelser på den landstingsövergripande nivån kommer också att användas för jämförelser mellan sjukhusen/klinikerna inom SLL. Det pågår dessutom ett politiskt initierat utredningsarbete om att ranka sjukhusen i Stockholm under 2008. Här kommer även hänsyn att tas till de indikatorer som ÖJ använder i den mån de är användbara i den rankningsmodell som övervägs.

*Landstinget Sörmland* betonar rapporteringen till kvalitetsregister, särskilt vad gäller kvalitet i data. En bidragande faktor i sammanhanget är ledningens intresse och efterfrågan av uppföljningsdata i verksamhetsgenomgångar. Analyser i samband med verksamhetsgenomgångar ger också underlag till metodiskt förändringsarbete, framför allt *Genombrott* och praxisförändringar.

I *Landstinget i Jönköpings län* har de medicinska programgrupperna fått i uppdrag att redovisa åtgärder/handlingsplaner för förbättring utifrån de ÖJ-indikatorer som ligger inom deras ansvarsområde. Eftersom en hel del arbete bedrivits redan tidigare är det svårt att urskilja vad som är effekter av ÖJ. Klart är dock att ÖJ gett ökad drivkraft att arbeta med förbättringsarbete och en större efterfrågan på kunskap för att förstå mätning och variation.

*Landstinget i Värmland* har inför höstens (2007) publikation av ÖJ redan under våren bjudit in till en chefskonferens för samtliga verksamhetschefer inom landstinget. Konferensen kommer att ha fokus på patientsäkerhet och strategier för effektivisering och ta sin utgångspunkt i ÖJ.

I *Norrbottnens läns landsting* tillsattes en arbetsgrupp med representanter från olika divisioner för att arbeta fram en gemensam syn på ÖJ och på hur informations-spridning skall ske. I nästa steg har varje divisionschef delegerat ut ansvar för olika uppgifter i sin organisation.

## **Fortlöpande arbete**

Efter de första genomgångarna har landstingen vid en viss tidpunkt eller fortlöpande fortsatt med olika aktiviteter för att sprida ÖJ:

- Egna rapporter; exempelvis i *Landstinget Östergötland* och *Landstinget Gävleborg*.<sup>7</sup>
- Dragningar för politiska församlingar.
- Information vid ledardagar etc.
- Deltagande i olika publika arrangemang.
- Fortsatt process med verksamheten dels i linjen, dels vid särskilda sammankomster. I exempelvis *Norrbottnens läns landsting* genomfördes hösten 2006 en konferens med samtliga divisionschefer och medicinska länschefer för att diskutera vilken utvecklingspotential som finns och hur man skulle kunna arbeta med förbättringar utifrån ÖJ. Under hösten 2006 genomfördes i *Landstinget i Värmland* "djupgrävningar" med utgångspunkt i cirka 20 medicinska kvalitetsindikatorer i syfte att därefter ta ställning till eventuella åtgärder.

Däremot visar inte landstingens redovisningar att det hittills skett någon större spridning på golvet bland den stora gruppen av läkare, sjuksköterskor och övrig personal. Från våren 2007 finns ÖJ dock med som ett begrepp vid introduktion av nyanställda i *Landstinget i Värmland*. Tonvikten ligger då på patientsäkerhet, medicinska resultat och tillgänglighet.

Det organisatoriska ansvaret för hanteringen av ÖJ varierar något och i en del fall har förändringar skett under det senaste året. I huvudsak följer man den ordinarie linjeorganisationen med i en del fall ett samordnande ansvar på ledningsstaber och motsvarande. En ledningsstab med samordnande analysfunktion har bildats i *Landstinget i Värmland* som ett resultat av omorganisationer under senare år. I stabens ansvarsområde ligger bl a uppföljning och analys av ÖJ. Inom utvecklingsfunktionen i *Jämtlands läns landsting* har en särskild analysgrupp bildas som använder resultat från ÖJ, Väntetider i vården, Vårdbarometern, patientenkät, Nysam, interna data etc. Även *Örebro läns landsting* inrättar en analysfunktion. Denna ska ta emot och analysera konsekvenser och behov av åtgärder utifrån nya nationella riktlinjer, ÖJ, kvalitetsregisterrapporter etc. Analysgruppen bemannas utifrån aktuella behov från olika delar av organisationen. I den permanenta styrgruppen finns representanter från landstingets olika ledningsfunktioner, inkl CAMTÖ som bl a har uppgiften att främja evidensbaserad medicin inom landstinget.

I en del fall har kontaktpersonsfunktionen förstärkts. I exempelvis i *Landstinget i Jönköpings län* har man utökat med en kontaktperson under 2007. Landstinget har också förtydligat ansvaret för de medicinska programgrupperna i arbetet med olika delar av ÖJ. *Stockholms läns landsting* har under 2007 rekryterat en särskild pro-

<sup>7</sup> "Vårdens variationer – Östergötland i jämförelse av sjukvårdens kvalitet och effektivitet" samt "De öppna jämförelserna av kvalitet och effektivitet 2006" (Gävleborg).

jektledare på beställarsidan. I *Landstinget i Kalmar län* har en person anställts för samordning av arbetet kring ÖJ. I samband med ny rapport i oktober 2007 kommer också statistisk kompetens i landstinget att engageras.

I *Västerbottens läns landsting* har en samordningsgrupp konstituerats för ÖJ och sammanställning av kvalitetsdata från register etc. En årlig analys ska göras av läget samt riktade uppföljningar på förslag av särskilda kontaktpersoner. En särskild samordnare är anställd.

### Åtgärder för att förbättra verksamheten

Generellt sett har landstingen koncentrerat sig på de indikatorer, där man haft sämre resultat än snittet. Uppdraget till linjeorganisationen är att arbeta bort dem.

I några fall finns explicita direktiv från ledningen att ÖJ ska vara en viktig utgångspunkt för det systematiska förbättringsarbetet i landstinget. I andra fall integreras detta i de generella direktiven från ledningen till linjen.

I exempelvis *Landstinget i Kalmar län* har landstingsdirektören fastställt att ÖJ ska vara en viktig utgångspunkt för det systematiska förbättringsarbetet i landstinget. Verksamheterna har fått i uppdrag att formulera handlingsplaner inom de områden där man visat sämst resultat (stroke och förlossningar) och förbättringsarbetet inom dessa områden har kommit igång. Till detta kommer en mycket omfattande verksamhet med seminarier, teamarbete etc.

I några landsting har särskilda arbetsgrupper haft i uppdrag att, tillsammans med berörda verksamheter, ta fram underlag för förbättringsåtgärder och komma med förslag till åtgärder. I exempelvis *Landstinget Gävleborg* har vissa aktiviteter förordade av resultaten i ÖJ redan planerats eller är under genomförande. Det gäller bl a strokesjukvården.

Den största konkreta aktivitet som startats i *Örebro läns landsting*, som en följd av ÖJ, är att man inom hjärtområdet genomför en studie av vårdprocessen för patienter med hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus, eftersom man i jämförelse med andra landsting hade den högsta andelen avlidna inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Eftersom vissa data har varit osäkra genomför man journalgranskningar i syfte att verifiera utfall och nå en bättre förståelse för aktuella vårdprocesser. Sammanlagt har cirka 500 journaler granskats. Genomförda journalgranskningar visar att det finns brister även i den obligatoriska rapporteringen till patientregistret. I ÖLL finns också en målrelaterad ersättning i förhållande till rapportering till kvalitetsregister. Det är en trestegsraket där verksamheten under det första året får viss ersättning för anslutning till relevant kvalitetsregister. År två ges ersättningen om täckningsgraden är tillfredsställande och år tre om åiterrapporteringen sker till landstinget.

ÖJ stödjer utvecklingen av det regionala arbetet med jämförelser. Aktiviteter av detta slag redovisas från *Sydöstra sjukvårdsregionen*. I *Västra Götalandsregionen*, som dock inte ensamt utgör en sjukvårdsregion, påbörjades under hösten 2006 en insamling av mer detaljerade data för sex indikatorer rörande medicinsk kvalitet, där regionen avvek negativt från riksgenomsnittet. Dessa data utgör en utgångspunkt för enskilda utförarens fortsatta analys och planering av åtgärder för sin verksamhet. Hälso- och sjukvårdsavdelningen har anmodat beställarna att ta upp detta i kommande dialoger kring nya överenskommelser.

Det finns i de flesta landsting centrala direktiv om att ansluta sig till och att delta i relevanta kvalitetsregister. ÖJ tycks ha ökat intresset för och engagemanget kring rapportering till kvalitetsregister med fokus på kvalitet i data.

I *Region Skåne* har det utifrån ÖJ varit naturligt att ställa ökade krav på anslutning till och redovisning av täckningsgrad samt användning av resultat från de nationella kvalitetsregistren. Detta har också formulerats i uppdragsbeskrivningarna till förvaltningarna inför 2007. Ett arbete har också inletts, där man i samverkan med professionen och registerhållarna ska ta fram ett antal lämpliga indikatorer från några register. Ambitionen är att definiera en minsta acceptabel nivå för att i framtiden kunna få uppdrag att bedriva verksamhet och att stärka incitamenten för kvalitetsförbättringar.

ÖJ har till viss del påverkat arbetet kring kvalitetsindikatorer i bokslutet som *Landstinget Halland* nu påbörjat. Inom respektive förvaltning och dess kliniker har arbetet med att analysera data inom de områden där Halland hade sämre resultat påbörjats. Även områden där man uppvisade goda resultat men där konfidensintervallen var stora ska granskas. Ett annat exempel där man söker inarbeta ÖJ i ett mer allmänt analysarbete är *Landstinget Blekinge*, där ÖJ inarbetas i jämförelseunderlag på intranätet.

Många förbättrings- och utvecklingsarbeten som genomförs hänger direkt och indirekt ihop med ÖJ och dess ambition att synliggöra den svenska sjukvården samt att öka/höja kvalitet, produktivitet och effektivitet på ett eller annat sätt. Hit hör självfallet också arbetet med patientsäkerhet. I exempelvis *Landstinget i Västernorrlands län* sker en fortsatt fokusering på patientsäkerhetsarbetet, som påbörjades innan rapporten kom i juni 2006. Utarbetande och införande av kvalitetssystem som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården<sup>8</sup> pågår.

I *Västerbottens läns landsting* utses kontaktpersoner inom olika sjukdomsgrupper. De arbetar länsövergripande inom respektive verksamhetsområde och ska vara verk-

---

<sup>8</sup> SOSFS 2005:12

samhetschefer. Skälet är att underlätta kommande åtgärder/förändringar. Kontaktpersonen ska göra analyser och komma med förslag till förbättringar. Som tidigare nämnts har det också etablerats en samordningsgrupp med en nyrekryterad samordnare för kontaktpersonerna. En årlig analys ska göras av läget liksom riktade uppföljningar på förslag av kontaktpersonerna. Jämförelserna ska läggas ut på hemsidan.

*Norrbottens läns landsting* driver sedan flera år ett systematiskt förändringsarbete. ÖJ har blivit ett ytterligare underlag för detta. De förbättringsarbeten som genomförs på alla olika nivåer i organisationen är beslutade inom respektive division. Under våren 2007 inriktas arbetet med att höja kvaliteten på de grunddata som registreras i samband med diagnossättning och journalföring. Vidare planeras en utbildning under hösten 2007 som ska beskriva hur informationsflödena i slutänden hänger ihop, allt från diagnosregistrering till resursfördelning. Syftet är att resurserna ska användas effektivt till den vård som ska produceras.

### **Användning av ÖJ i styrning och uppföljning**

ÖJ påverkar både landstingens styr- och ledningsprocesser och verksamheternas förbättringsarbete. När det gäller styrningen handlar det framför allt om att ge mer plats åt uppföljningsdata som beskriver verksamhetens resultat. Även förstärkta analysfunktioner har observerats på flera håll. ÖJ ses allmänt som ett komplement till den mer traditionella uppföljningen och integreras i olika grad i landstingens uppföljning. Detta har lett till att existerande förbättringsarbete inom de olika verksamheterna har fått ytterligare en utgångspunkt och ytterligare ett incitament.

I de landsting som arbetar med styrkort inarbetas ÖJ i dessa styrkort och kompletterar de mätetal, som redan finns. Detta gäller åtskilliga landsting, exempelvis *Landstinget Östergötland* och *Västernorrlands läns landsting*. I *Landstinget i Värmland* är styrkortmodellen under utveckling och kommer från och med 2008 att innehålla mått/indikatorer på systemnivå. Flera av indikatorerna som kommer att användas ingår i ÖJ. Redan under innevarande år har man börjat se över vissa mått. I *Landstinget i Jönköpings län* kommer "systemmätetal" i budgeten sannolikt att kompletteras med ett antal indikatorer från ÖJ.

Även i övrigt används ÖJ i styrdokument av olika slag. Det kan gälla landstingsplaner (t ex i *Landstinget i Västernorrlands län*), verksamhetsplaner och årsredovisningar. I *Landstinget Dalarna* finns indikatorer och mått från ÖJ såväl i årsredovisningen 2006 som i verksamhetsplanen för 2007. I *Västra Götalandsregionen* redovisas ÖJ under egen rubrik i Verksamhetsanalysen. I arbetet med styrnings- och ledningsprocessen i *Landstinget Västmanland* har man använt perspektiven från ÖJ, särskilt vad gäller bemötande och kvalitetsfrågor.

I landstingsplanen för *Norrbottnens läns landsting* framgår att öppna jämförelser mellan landsting och även jämförelser mellan enskilda verksamheter i framtiden kommer att bli allt vanligare. Landstinget ska även aktivt medverka i utvecklingen av ÖJ och ska internt öka användningen av jämförelser inom och mellan verksamheter som ett led i förbättringsarbetet. Verksamheterna inom hälso- och sjukvården och tandvården ska som utvecklingsstrategi tillämpa ett uthålligt kunskapsbaserat, systematiskt förbättringsarbete för att, ur ett patientperspektiv, förbättra resultaten och använda resurserna effektivt. Ökad användning av öppna jämförelser inom och mellan verksamheter ska nyttjas systematiskt i förbättringsarbetet. ÖJ har således en del i en långsiktig utveckling av landstingsplanen där fokus inte enbart är på struktur och organisation utan också på kunskapsstyrning.

I *Region Skåne* har det diskuterats att mer systematiskt använda sig av ÖJ i det löpande uppföljningsarbetet och inarbeta miniminivåer för olika indikatorer i uppdragen till förvaltningarna. Detta kräver att de redovisade resultaten i ÖJ avspeglar en någorlunda aktuell bild och inte, som i en del fall, flera år gamla förhållanden som sannolikt redan åtgärdats.

I *Västerbottnens läns landsting* ska medicinska resultat (bl a ÖJ) integreras i styrnings- och planeringsarbetet.

ÖJ kan också användas i dialogen mellan ledning och verksamheter om uppdrag och åtaganden. I *Västra Götaland* ska resultaten i ÖJ och eventuella åtgärder vara en del av beställardialogen. I *Landstinget Sörmland* har landstingsdirektören angivit de perspektiv, som ÖJ indikerar, som prioriterade. I *Landstinget Kronoberg* har det lagts fast att man ska använda resultaten som underlag i diskussionerna om uppdrag och åtagande. Bland annat har resultaten avseende cancerindikatorerna påverkat uppdragsskrivningarna. Resultaten ska även kommenteras i årsredovisningen. I *Landstinget i Gävleborg* finns ÖJ med i överenskommelserna med förvaltnings- respektive verksamhetsföreträdare om förbättringar av vissa resultat. Detta ingår i diskussionen kring överenskommelserna för 2008. I *Jämtlands läns landsting* är avsikten att i verksamhetschefens uppdrag från landstingsdirektör inför 2008 lägga in viktiga indikatorer för varje verksamhetsområde i uppdraget. Tanken är att få en verksamhetsnära uppföljning och medvetenhet om indikatorerna samt att kunna jämföra med andra landsting och regioner.

När det gäller påverkan på resursfördelning finns ännu inga direkta exempel på landstingsnivån. Det finns dock en stor öppenhet kring att i framtiden låta resultaten från ÖJ och andra jämförelser påverka även denna. På sjukhus- eller verksamhetsnivån har omfördelningar skett i samband med förbättringsarbetet.

## LANDSTINGETS SYNPUNKTER PÅ ÖJ

Landstingets synpunkter på ÖJ redovisas och diskuteras under följande rubriker:

- Grundinställning.
- Attityder hos olika målgrupper.
- Landstingens uppfattning om motiv och drivkrafter.
- Landstingens syn på ÖJ:s syften.
- Synpunkter på perspektiv och indikatorer.
- Erfarenheter från processen att ta fram ÖJ.

Detta avsnitt tar upp inställningen till såväl processen kring som substansen i ÖJ 2006. Det handlar om den beredskap och de förväntningar landstingen hade inför ÖJ. Intervjuerna har också speglat hur landstingen ser på ÖJ i ett utvecklingsperspektiv, d v s en produkt som i sin första version har måst anpassas till ett långt ifrån fullständigt underlag, och som kan förbättras. Därvid indikeras också på vilka områden underlaget måste bli bättre.

### Grundinställning

Grundinställningen till ÖJ är nästan odelat positiv. Landstingen önskar att den centrala nivån tar fram denna typ av underlag. Man ser det som ett bra komplement till det egna materialet, men också som ett stöd och en stimulans för detta.

En fråga där det finns grundläggande meningsskiljaktigheter gäller om resultaten framdeles även ska redovisas på sjukhus- eller verksamhetsnivå. Det handlar dock inte alltid om en ideologisk motsättning eller olika syn på transparens. Några lyfter fram tekniska problem, t ex att sjukhusnivån i flera landsting inte är en organisatorisk nivå. Även uppdragen till olika sjukhus/verksamheter skiljer sig åt vilket leder till olika avgränsningar av såväl patientgrupper som behandlingar.

Landstingen använder självfallet många olika typer av underlag från den centrala nivån. Hit hör främst sådant som kvalitetsregister, hälsodataregister, Socialstyrelsens kvalitetsjämförelser och praxisstudier. Dessa typer av underlag kompletterar varandra. Vad som förutom den nationella karaktären uppfattas som karakteristiskt för ÖJ är att den ger en *samlad* bild vid *ett tillfälle* samt att det handlar om just *jämförelser*. Ekonomi och tillgänglighet kombineras med patientperspektivet inklusive medicinska resultat. Splittring på många olika publicerade jämförelser kan göra det svårt få en överblick. Här innebär ÖJ:s samlade presentation en styrka. Man ser olika områden i en samtidig, enkel och översiktlig presentation. Det blir ett material som flera intressenter kan ta till sig. Sammantaget uppfattas ÖJ som ett professionellt framtaget och välunderbyggt material.

SKL är kommunernas och landstingens intresseorganisation. När jämförelserna utgår från en sådan organisation är delaktigheten en framgångsfaktor. Kommer man överens om vad som ska redovisas och jämföras blir det ett kraftfullt underlag. Alla landsting deltar också på lika villkor, vilket ger de "anonyma" landstingen en möjlighet att synas.

### **Attityder hos olika målgrupper**

Allmänt redovisas att ÖJ tagits emot övervägande positivt bland ledande verksamhetsföreträdare. Särskilt nämns möjligheten att ta del av resultaten innan de offentliggjordes, vilket bidrog till en avdramatisering. Som framhållits ovan har det funnits synpunkter från verksamheterna på enskilda indikatorer liksom på att indikatorerna i vissa fall speglar en historisk situation. I en del fall menar man att ÖJ pekat ut kända problem, men samtidigt kan denna ytterligare fokusering ha bidragit till insatser för förbättring. Från *Landstinget i Västernorrlands län* anges att ett allmänt accepterande av ÖJ kommer att påverka det framtida förhållningssättet och beteendet. En ökande fokusering på kvalitetsarbete och "de vi är till för" – att göra rätt saker till rätt kostnad – är en framtida framgångsfaktor för hälso- och sjukvården.

Ser man på de olika målgrupperna allmänheten, ledningen (politikerna och chefs-tjänstemännen) och verksamheten kan några noteringar göras.

*Allmänheten* – Allmänheten uppfattas som en viktig avnämare. Som framhållits har ÖJ i betydande utsträckning speglats i massmedia. Däremot finns ännu inga tecken på att ÖJ trängt in i det allmänna medvetandet. Det går därför inte att se några effekter av ÖJ i detta avseende, exempelvis då det gäller patientens val av vårdgivare.

*Politikerna och tjänstemännen* – ÖJ har på olika sätt redovisats för politikerna, ofta integrerad med annan information. I en del fall har redovisningen skett i flera omgångar. Någon "formell" behandling har inte skett. Däremot har ÖJ tagits in i olika styrdokument och resulterat i många analysuppdrag och dialoger med administrativ ledning och verksamheter.

Det har tidigare funnits en föreställning om att medicinska resultat inte direkt är en angelägenhet för ledningen, vare sig den politiska eller administrativa. Ansvaret för resultaten har setts som mer indirekt i den meningen att ledningens uppgifter främst setts som att organisera, fördela resurser och bemanna.

Genom ÖJ tydliggörs ledningens ansvar för de medicinska resultaten. De diskussioner i landstingsledningar, som följt på ÖJ:s resultatredovisning, är en väsentlig del av mottagandet av ÖJ. Systemperspektivet är viktigt på landstingsnivån. Ligger man dåligt till inom många områden bör man se över ledningssystemet och kanske rent av jämföra ledningssystem.

Någon uttrycker det som att ÖJ mer än något annat under de senaste tio åren bidragit till att aktivera landstingsledningen i kvalitetsarbetet. Det stora antalet indikatorer gjorde att systemperspektivet lyftes fram och landstingsledningens ansvar blev tydligt. Ledningens fokus har delvis skiftat från administration till medicinska frågor. Den centrala ledningens roll i kvalitetsarbetet har inte bara lyfts fram, utan den tycks samtidigt också ha accepterat ett större och övergripande ansvar för kvalitetsutvecklingen. ÖJ var, med en röst från de intervjuade, "ett välriktat startskott" för en ny typ av kvalitetsarbete.

*Verksamheten* – Bland läkarna och bland övriga yrkesgrupper har ÖJ fått ett positivt mottagande. Man har upplevt det som ett genomarbetat material av hög kvalitet. En intervjuperson uttrycker det som att landstingsledningen har känt sig mer uthängd än läkarna inom verksamheterna. Hos de senare finns en vana att bli jämförd och man vet vad man gjort. Kommentarer kring indikatorerna har därför präglats mer av att "det här visste vi tidigare" eller "varför valde man denna indikator och inte en annan".

Det finns redan en tradition inom ett flertal specialiteter att hantera kvalitetsregister och andra sammanställningar av sjukvårdsdata. Trots materialets brister inser man att ÖJ är här för att stanna och att man inte kan ställa sig utanför. ÖJ bedöms också mer vederhäftigt än andra, mer *ad hoc* artade jämförelser.

ÖJ innebär i vissa avseenden att information, som läkarna tidigare redan internt haft tillgång till nu redovisats öppet. Det skapar nya förutsättningar för dialogen med olika intressenter. Det finns dock säkerligen fortfarande ett motstånd hos många läkare att bli jämförda. Relationen mellan patient och läkare uppfattas som exklusiv och är inget för andra.

Allmänt redovisas en positiv inställning till och ett ökat intresse för ÖJ under 2007. Exempelvis frågar medicinska företrädare när nästa rapport kommer för att kunna planera in detta. Samtidigt finns varningar om att det kan bli för mycket uppföljning, transparensen har ett pris som inte får glömmas bort.

### **Landstingens uppfattning om motiv och drivkrafter**

Mot bakgrund av den positiva inställningen kan man fråga sig varför inte denna typ av jämförelser har tagits fram tidigare? (Även om jämförelser, som framgått av tidigare nämnda historiska paralleller inte är något helt nytt). Jämfört med såväl kommuner som branschorganisationer inom privat verksamhet har landstingssektorn i det här avseendet släpat efter. Verksamhetens komplexitet har setts som en förklaring, men det är uppenbart att detta inte godtas längre. Tiden har därför uppfattats som mogen för att flytta fram positionerna.

En viktig förutsättning för att kunna ta fram, analysera och kommunicera den typ av underlag som ÖJ bygger på är den moderna informationsteknologin. En drivkraft har också skapats av internationella förebilder, inte minst från England och USA. De har påvisat hur de nya möjligheterna kan utnyttjas för sjukvårdens informationsförsörjning.

Några av drivkrafterna kan ses som *proaktiva* i ett landstingsperspektiv. De står för en medvetens satsning. Viktiga aktörer såväl nationellt som i landstingen har nått insikt om värdet av jämförelser. I ÖJ har man haft möjlighet att vara med och påverka, vilket i sin tur förändrat klimatet för jämförelser. Oavsett hur ekonomin just nu ser ut kräver framtiden rationaliseringar/effektiviseringar och jämförelser är ett beprövat hjälpmedel för att stimulera detta.

En annan aspekt är makten över informationen. Huvudmännen och dess representanter i SKL har inte kunnat acceptera att viss information inte varit tillgänglig för dem. Det gäller framför allt behandlingsresultaten, som är betydligt mer än en professionell fråga. Flera pekar på att ÖJ har bidragit till att legitimera och nyttiggöra det pågående frigörandet av information från de medicinska kvalitetsregistren. ÖJ ger också professioner och landstingsledningar incitament till både verksamhetsförbättringar och till förbättringar av styrningen.

Andra drivkrafter är möjligen mer *reaktiva*. Det finns ett tryck från media, medborgarna, nationella myndigheter och externa aktörer att få en bättre redovisning av vårdens resultat. I det perspektivet kan det vara bättre att själva göra dessa jämförelser, särskilt mot bakgrund av tankarna på ett ökat statligt inflytande där statliga myndigheter bestämmer vad som ska jämföras eller kanske rent av ett statligt huvudmannaskap för delar av sjukvården. Kvalitativt väl genomförda jämförelser sätter också en hög standard för jämförelser som görs av fristående institut och företag.

## Landstingens syn på ÖJ:s syften

Det finns en bred uppslutning bakom ÖJ:s syften. Dessa formuleras på lite olika sätt i landstingen:

- Ge faktabaserat underlag för förbättringsarbete.
- Ge faktabaserat underlag för styrning och ledning, framför allt utifrån sjukvårdens *resultat*.
- Jämföra enligt en nationell standard.
- Ge alla vård på lika villkor. (Nationellt och *inom* landstingen).
- Ge befolkningen/patienterna information om sjukvårdens resultat. Ett delsyfte med detta kan vara att ge underlag för patienters vårdval.
- Öppet visa var svensk sjukvård står för och vilka resultat man har.

ÖJ innebär att inte bara att positiva exempel exponeras, utan också de sämre lyfts fram och skärskådas. Indikatorerna är i ett sådant perspektiv lika mycket ett mått på ledningens förmåga (funktion och person) som på verksamhetens. Mätningarna visar ledningens kompetens att fokusera, allokerar resurser och följa upp. Indikatorer är just *indikatorer* i ordets bokstavliga betydelse, de pekar på vad ledningen (politiker, förvaltnings- och verksamhetschefer) behöver ta tag i.

### Synpunkter på perspektiv och indikatorer

Det finns en samlad uppfattning att ÖJ i stort redovisar rätt perspektiv och rätt indikatorer eller åtminstone de bästa indikatorer man nu kunnat få fram. Det betraktas som positivt att de medicinska resultaten har en framträdande roll och att de kompletterar tidigare redovisning av kostnader och tillgänglighet. Men det är också bra att det inte *bara* handlar om sådana resultat. Samtidigt finns en medvetenhet om att de formella kraven på en indikator utesluter många intressanta aspekter på vården. Det gäller främst områden där tillgången till data är ojämn eller att data är otillförlitliga. För det andra är det svårare att fånga mer komplexa förhållanden genom enstaka indikatorer. Det gäller t ex multisjuka äldre, men även andra processer där flera huvudmän och vårdgivare är inblandade.

Ett perspektiv som flera saknar är folkhälsan, dvs indikatorer om befolkningens hälsoläge. Här finns förväntningar på att ÖJ framdeles ska kunna utvidga indikatorerna för att spegla även dessa förhållanden. Men det finns också uppfattningen att folkhälsa är ett område som bör söka sina egna vägar och kanaler när det gäller jämförelser. Hälsoläget påverkas dessutom av mycket annat än sjukvården, vilket gör det svårt att hitta relevanta utfallsvariabler. Möjligen kan indikatorer för förebyggande insatser användas, men här finns inga registerdata.

Bristen på indikatorer inom primärvård och psykiatri uppmärksammas. Det är självfallet problematiskt utifrån att dessa vårdgrenar är både omfattande och prioriterade för utveckling såväl nationellt som hos huvudmännen. ÖJ ses här som pådrivande eller som en katalysator för att nå en bättre redovisning av dessa verksamheters ekonomiska och medicinska resultat. Det finns också en medvetenhet om de genuina svårigheter som finns att göra jämförelser av resultat inom aktuella områden.

Det finns en allmän uppfattning att ÖJ ska bestå av resultatindikatorer snarare än processindikatorer. Några betonar också vikten av "hard facts" när det gäller sambandet mellan landstingets insatser och resultaten. Det behöver dock inte utesluta att vissa indikatorer av det senare slaget finns med även i fortsättningen. Exempelvis kan detta gälla för primärvård och psykiatri.

Vissa indikatorer redovisar äldre data. Det gäller t ex för knäplastikrevisioner och dödlighet efter stroke där de senaste redovisade uppgifterna speglar förhållandena

2003. Andra indikatorer är trögrörliga då de speglar förhållanden över flera år, exempelvis femårsöverlevnad i cancer.

Frågan om *hur många* indikatorer och vilka, är rimligen en av de frågeställningar som kommer att hållas levande i arbetet med och utvecklingen av ÖJ. Det finns de, som vill ha fler indikatorer efter hand som information blir tillgänglig. Andra ser risker med för många indikatorer, eftersom ÖJ då blir svåröverskådlig och tappar kraft. Några ser en framgångsväg i att hitta breda indikatorer som kan ge en samlad bild, men det finns också inställningen att detta inte ger så mycket. För att behålla legitimiteten är det viktigt ta till sig synpunkter från verksamheterna på indikatorerna, vilket av tidsskäl inte var möjligt att göra inför ÖJ 2006.

Många ser det som angeläget att det finns en kontinuitet bland indikatorerna, men påpekar samtidigt att indikatorer behöver bytas ut över tid för att undvika indikatoreffekter, d v s att man koncentrerar sig på det som mäts till förfång för områden som inte mäts.

Indikatoruppsättningen bör vara flexibel och anpassas efter behov och omständigheter. Mest användbara är indikatorer som visar på påtagliga skillnader. Samtidigt kan det i urvalet av indikatorer spåras olika motiv. I allmänhet handlar det om jämförelser i syfte att förbättra, men i några fall också mer om att visa vad svensk sjukvård förmår, t ex överlevnad i bröstcancer och revisioner vid knäplastiker.

En tanke som förts fram är att framtida jämförelser inte bara bör gälla förhållandet mellan landstingen, utan bör också visa hur varje landstings värden har förändrats sedan föregående års ÖJ, t ex genom en uppåtriktad, horisontell eller nedåtriktad pil i respektive kolumn.

### **Erfarenheter från processen att ta fram ÖJ**

Informationen kring ÖJ 2006 uppfattades som tillfredsställande, trots det pressade tidsschemat och trots att alla inte kunde vara delaktiga i alla ställningstaganden. Det fanns ett förtroende för de som ansvarade för ÖJ och därför en acceptans för den snabba processen under det första året.

Naturligtvis finns önskemål om så tidig och fullständig information som möjligt. I och med ÖJ 2007 har förutsättningarna för detta förbättrats påtagligt och förändringar har kunnat diskuteras under regelbundna arbetsmöten mellan projektledning och landstingens kontaktpersoner respektive referensgruppen bestående av landstingsdirektörer.

# Analys och reflektioner

---

Landstingens ledande tjänstemän uttrycker en påtagligt *positiv* men samtidigt *realistisk* syn på ÖJ, som utgör ett av flera instrument för en uppföljning mer inriktad på *kvalitet* och *resultat* än tidigare uppföljningsfokus på kostnader och prestationer (DRG-poäng, vårdtillfällen, besök etc). *Öppenheten* ses som en viktig drivkraft för förbättringar. Samtidigt tvekar flera landsting inför att redovisa jämförelser på sjukhus- eller verksamhetsnivå.

Resultaten tas om hand av en ledning som vill framstå som ansvarsfull och en profession som är inriktad på tävling och kunskapskonkurrens. ÖJ:s redovisningar av jämförelser tycks ha haft störst påverkan på landstingens politiska och administrativa ledning. Indikatorerna har pekat ut vad ledningen kan behöva arbeta mer aktivt med. I linje med detta har svaga resultat blivit ett medel för ledningen att initiera analyser och förbättringsåtgärder, snarare än att hänga ut enskilda verksamheter. Det finns en medvetenhet om en förbättrad uppföljnings *potentiella styreffekter*, men dessa har av naturliga skäl ännu inte realiserats på bred front. Det finns dock flera exempel på landsting som analyserat och delvis förändrat vad som ska följas upp och hur.

ÖJ är en av flera rörelser i tiden mot ökad öppenhet och krav på transparens inom hälso- och sjukvården och i samhället i stort. SKL:s och Socialstyrelsen gemensamma satsning har bidragit till att ge arbetet hög legitimitet och stor acceptans inom landstingen.

ÖJ både surfar på och förstärker den pågående förändringen i tidsandan och kulturen. Arbetet har, trots relativt små resurser, fått stor uppmärksamhet. Den kunnige och engagerade projektledaren för ÖJ är möjligen ytterligare en faktor av betydelse, men i huvudsak rör det sig om förändringar i kultur och förväntningar. Landstingens beslutsfattare har tagit emot ÖJ på ett konstruktivt sätt och framför allt använt det som ett ledningsinstrument. Professionen har sedan flera år använt jämförelser inom ramen för kvalitetsregisterbaserat utvecklingsarbete.

Det är intressant att jämföra ÖJ med Socialstyrelsens strokerapport.<sup>9</sup> I den senare görs kvalitetsjämförelser inom ett avgränsat verksamhetsområde och dessutom vär-

---

<sup>9</sup> Strokesjukvården i Sverige – kvalitetsjämförelser mellan olika sjukhus och landsting/regioner. Socialstyrelsen 2007.

deras processer och resultat utifrån de nationella riktlinjerna för strokesjukvård. Rapporten vänder sig till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården på nationell, regional och lokal nivå liksom till yrkesverksamma inom strokesjukvården. Förutom att rapporten lägger grunden för fortsatta uppföljningar av riktlinjerna för vård och behandling i strokesjukvården, utgör den en uppföljning av kvaliteten och resursanvändningen i verksamheten ur ett bredare perspektiv. Genomgående har sjukhusen och landstingen rankats utifrån utfall i aktuella mått. Rapporten ofta är direkt användbar för det enskilda landstinget, eftersom delar av analysen redan är gjord. Det kan kontrasteras med ÖJ:s okommenterade jämförelser där landstingen eller verksamheterna själva får stå för hela analysarbetet. ÖJ:s jämförelser leder till överväganden av typen ”det här måste vi analysera”, medan strokerapportens jämförelser leder till funderingar som ”de här åtgärderna behöver vi överväga”. Det innebär att ÖJ på ett mer grundläggande sätt påverkar landstingen att reflektera över sitt behov av analyskapacitet, hur analysarbetet ska organiseras och hur de resulterande underlagen ska infogas i styr- och ledningsprocesser.

Även nationella riktlinjer och ÖJ kan ses som komplementära. En av de intervjuade verksamhetscheferna uttryckte det som: ”Nationella riktlinjer och ÖJ går hand i hand. Den första talar om hur det borde vara och den senare hur det är”. Socialstyrelsens praxisstudier ger dock en tydligare bild av följsamheten till nationella riktlinjer.

Detta avsnitt består av tre delar. Först analyseras ÖJ med utgångspunkt i dess syften och resultat. Därefter diskuteras ÖJ och den ökade betoningen av öppenhet och transparens inom hälso- och sjukvården samt framgångsfaktorer och risker. Sist diskuteras ÖJ:s organisation, ställning och framtid.

## RESULTAT

Sammanfattningsvis har ÖJ:

- satt fokus på landstingsledningens övergripande ansvar för medicinska resultat och påverkat uppföljningens roll i styrningen,
- blivit ytterligare en drivkraft för konkreta förbättringar inom olika verksamhetsområden,
- skapat större tryck på att förbättra anslutning och rapportering till kvalitetsregister samt att få fram mer tillförlitliga data i stort.

De intervjuade ger uttryck för en bred uppslutning kring ÖJ:s syften. Öppenhet och jämförelser ses som viktiga drivkrafter för förändringar inom många samhällssektorer och hälso- och sjukvården är inget undantag. Detta är en logik som tycks accepteras av såväl beslutsfattare (politiker, administrativ ledning och verksamhets-

chefer) som professioner. Socialstyrelsen har under flera år utvecklat arbetet med kvalitetsindikatorer och gjort jämförelser mellan olika specialistområden. SKL å sin sida har drivit arbetet med ständiga förbättringar ("Genombrott") och goda exempel. Det finns en viktig skillnad gentemot SKL:s tidigare utvecklingsarbete – med ÖJ blir även de som sämre resultaten synliga. Samma sak gäller Socialstyrelsens fördjupade granskningsrapporter, som även rankar sjukhusens resultat.

Enligt den nationella strategin för Öppna jämförelser är "Syftet är att jämföra systemeffektivitet och uppmärksamma förbättringspotentialer. Nationella, övergripande indikatorset och jämförelser baserade på dessa, skall ses som ett sätt att stödja offentlig debatt, möjliggöra ansvarsutkrävande, ge underlag för politiska ställningstaganden och stimulera ledningar till förbättringar. De vänder sig främst till medborgaren, inte patienten."

Vad har då ÖJ bidragit till? I vilken grad har ÖJ bidragit till att värdera systemeffektivitet och stimulerat till förbättringar? Gjorda observationer och tolkningar redovisas i nedanstående sammanfattande punktsatser. Det ska noteras att slutsatser om orsakssamband mellan ÖJ:s existens och aktiviteter å ena sidan och påverkan på förbättringsarbete och styrning å andra sidan inte kan dras. ÖJ är, som påpekats ovan, en av flera rörelser i tiden som betonar uppföljning, öppenhet och jämförelser. Benchmarking var ett modeord decennier innan ÖJ ens var påtänkt. När det anges att ÖJ bidragit till vissa effekter betyder det sålunda inte att ÖJ är den enda faktorn av betydelse för resultatet.

### **Påverkan på styrprocesser**

- ÖJ har bidragit till att medicinska resultat har fått en tydligare plats bredvid uppföljningen av ekonomi, produktion och personal.
- ÖJ har bidragit till att ledningen efterfrågat analyser och åtgärder med anledning av utfallet i vissa indikatorer.
- ÖJ har bidragit till att utveckla verksamhetsuppföljningens roll i styrprocessen både vad gäller systematik och organisation.
- ÖJ har bidragit till att skapa en nationell standard (eller i alla fall golv) för kvalitet – medelvärdet för gjorda jämförelser.

### **Påverkan på kvalitetsförbättringar**

- ÖJ:s resultat har i allmänhet redan varit kända av de olika specialiteterna genom kvalitetsregistren årsrapporter och, i något mindre grad, redovisningen från Socialstyrelsens hälsodataregister.
- Landstingsledningars engagemang där utfallet i ÖJ varit sämre för någon indikator har inneburit ytterligare en drivkraft för pågående förbättringsarbeten.

### Påverkan på redovisningsprocesser

- ÖJ har skapat ökat tryck på att få en bättre täckningsgrad i rapporteringen till kvalitetsregister.
- ÖJ har skapat ett ökat tryck på kvalitetssäkring av data och rutiner för registrering till både hälsodata- och kvalitetsregister samt väntetidsdatabasen.

ÖJ fokuserar på systemfelen och landstingsledningens övergripande ansvar. ÖJ har därför ökat landstingsledningars insikt om att de har ett ansvar för de medicinska resultaten. Oavsett om landstingen kommer bättre eller sämre ut har vårdens resultat på ett påtagligt sätt hamnat på styrelser och ledningsgruppers bord och i flera fall har resultatet blivit en anmodan till verksamheten att ta fram en lägesanalys och förslag till förbättringar. ÖJ bidrar, tillsammans med annan uppföljning, till att politiker, administratörer och verksamhetschefer/profession i ökad utsträckning kommunicerar med varandra kring sjukvårdens styrning och resultat. Den medicinska verksamheten är inte längre ett isolerat organ i landstingskroppen och många landstingsledningars ambition är att komplettera/integrera den tidigare, i huvudsak ekonomiska styrningen, med den verksamhets- och kunskapsstyrning som tidigare varit ett exklusivt ansvar för den medicinska professionen.

ÖJ har inspirerat och utgjort ett stöd för flera landstings- och sjukvårdsledningar när de efterfrågar analyser och åtgärder från olika verksamheter. Verksamhetschefer har varit informerade tidigare, men har inte haft samma politiska och administrativa tryck att redovisa åtgärder där så ansetts behövs.

I flera landsting har ÖJ påverkat uppföljningens utformning och hur samordningen sker i landstingets styrprocess. Ledningsorganisationens kapacitet att hantera vårdens resultat och hur man bygger system för att mer systematiskt använda uppföljningsdata i styrningen har varit på agendan i så gott som alla landsting. De flesta landstingen diskuterar hur befintlig uppföljningsinformation kan kompletteras med fler vårdrelevanta mått och indikatorer. Några förstärker analysfunktionen och ökar samordningen och systematiken i uppföljningsarbetet.

Landstingens analysarbete kring de "röda plumparna" har ofta inletts med en bedömning av kvalitén på inrapporterade data. Funna brister har inneburit att större uppmärksamhet fästs vid täckningsgraden i olika kvalitetsregister och kvalitén på inrapporterade data för olika typer av register.

Det är i första hand landstingsledningar, verksamhetschefer och professionsföreträdare som involverats i ÖJ:s konsekvenser. Media spelar en viktig roll som förstärkare av de redovisningar som publiceras i ÖJ. På längre sikt kan även en folkopinion få en liknande funktion. I dagsläget finns dock inga indikationer på att medborgarna fått en ökad medvetenhet om sjukvårdens resultat som en konsekvens av ÖJ.

ÖJ har uttryckligen klargjort att avsikten inte är att stödja patienters val av vårdgivare. Detta är självklart så länge redovisningsnivån är landsting. Om jämförelser i stället görs sjukhus- eller verksamhetsnivå förändras förutsättningarna. Den ökande öppenheten har däremot varit viktig för remittenternas möjligheter vägleda patienterna, eftersom dessa oftast bättre än patienterna kan tolka de jämförelser som presenterats. Även ökad remittentmakt är en väsentlig pusselbit i en mer patientorienterad hälso- och sjukvård.

### Kulturpåverkan?

ÖJ har bekräftat och förstärkt den pågående utvecklingen mot större öppenhet och transparens inom hälso- och sjukvården.

Kulturen förändras definitionsmässigt långsamt. Det vore därför inte särskilt realistiskt att förvänta sig ÖJ i detta avseende medfört stora avläsbara förändringar. Det ligger också i sakens natur att förändringar av kulturen sällan direkt går att hänföra till en enskild händelse, process eller företeelse. Många faktorer bidrar. Inte minst handlar det också om den ekonomiska situationen, som pressar fram förbättringar och effektiviseringar.

ÖJ har, tillsammans med andra aktiviteter och liknande underlag, i flera avseenden bidragit till förändringar som går utöver arbetet med de enskilda indikatorerna. ÖJ tycks ha bidragit till att öppenheten blivit mer självklar och ökat aptiten på insyn. "Benämningen Öppna jämförelser är genialt vald", ansåg en av de intervjuade landstingsdirektörerna. Namnet fångar funktionen och påverkar i sig kulturen. En av de intervjuade politikerna uttrycker det som att "ÖJ kan bli ett starkt varumärke".

Hittills är det främst landstingets styrkultur, som har påverkats, däremot inte den kultur, som påverkar beteendet längst ut i verksamheten. Men bara det förhållandet att man ser att andra jobbar med samma saker som en själv har en positiv och förstärkande effekt.

I diskussionen om de medicinska resultaten deltar nu inte bara läkare, utan betydligt fler aktörer i ett öppet samtal. Läkare, politiker och tjänstemän har fått något gemensamt att resonera kring. Verksamhetschefer och läkare blir alltmer intresserade att diskutera och ta ansvar för hela länet, inte enbart den egna kliniken.

ÖJ har haft en demonstrationseffekt och gett ringar på vattnet. En av de intervjuade uttrycker det som att man kan se ÖJ som en murbräcka – kvaliteten har kommit på dagordningen utan att bli alltför teoretisk.

I arbetet med ÖJ har stor vikt lagts vid att det *går* att mäta och att det *går* att jämföra. Detta har förstärkt en befintlig professionskultur som redan tidigare har varit inriktad på att mäta, förbättra och att tävla.

## BETYDELSEN AV ÖPPENHET OCH TRANSPARENS

Transparens eller insyn medger granskning och jämförelser. Drivkrafterna bakom verksamheters och institutioners ökande öppenhet har främst varit en önskan att effektivisera och utveckla verksamheten. En annan typ av drivkrafter har att göra med medborgarnas och olika intressenters krav på och önskemål om insyn.

I teorin leder ökad *offentlig* transparens till att allmänhetens kunskaper och patienternas inflytande ökar. Det senare sker idag främst indirekt genom den ökade remittentmakten. Sin största betydelse tycks den offentliga transparensen ha på landstingens styrning och ledning. Vilken kraft detta kommer att få är starkt beroende av aktuell uppföljnings exponering i media och genomslag i den politiska debatten. *Organisatorisk* transparens är viktig för ett fritt och informerat beslutsfattande i den enskilda organisationen, men innehållet får inte samma starka genomslag som offentligt publicerad information om processer och resultat.

Genom den ökade insynen skapas ett omvandlingstryck, som blir ett komplement till övriga styrsignaler i stora och ofta svårstyrda organisationer samt inte sällan med flera konkurrerande mål och intressen. ÖJ:s syfte att stimulera till förbättringar i verksamhetens styrning och resultat samt bättre datakvalitet ligger i linje med detta.

Öppenhet om resultat och möjligheter till jämförelser har visat sig ge effektiva incitament till förbättringar inom vitt skilda områden. Det tycks finnas flera aktiva mekanismer som medverkar till detta.

### Ansvar

Den första är *ansvar*. När verksamhetens resultat publiceras öppet och jämförs med andra, faller såväl bättre som sämre resultat tillbaka på ledningen – i landstingen innebär det den politiska och administrativa ledningen samt verksamhetscheferna. Skillnader i kvalitet och andra centrala jämförelsemått blir då viktiga utgångspunkter i ledningens analyser av verksamhetens resultat och av hur man kan förbättra och effektivisera genom förändrad policy och uppföljning. Skillnaderna kan finnas såväl inom organisationen som mellan olika organisationer.

### Konkurrens eller tävlan

Den andra aktiva mekanismen är *konkurrens eller tävlan*. Ingen politisk ledning accepterar att det egna landstinget skulle vara sämre än andra i viktiga avseenden, som inte kan förklaras av radikalt skilda förutsättningar. Yrkesutövare av alla slag vill ha framgång i sitt arbete och för läkarprofessionen gäller det kanske i ännu högre grad. Läkare är ofta starkt tävlingsinriktade, vilket bidragit till att göra kvalitetsregistren till ett potent verktyg för att förbättra sjukvårdens medicinska kvalitet.

## Förtroende

Slutligen är en hög grad av transparens nödvändig för *det långsiktiga förtroendet för verksamheten*. Utan insyn minskar möjligheterna att exponera och problematisera svårigheter och dåliga resultat. Även möjligheterna att komma till rätta med dem minskar om det yttre trycket bortfaller.

## FRAMGÅNGSFAKTORER

Vilka är då framgångsfaktorerna för ÖJ och vad är viktigt för att ÖJ även framdeles ska kunna vara en positiv kraft i förbättringsarbetet kring styrning och verksamhet? Svaret på frågorna hänger samman med såväl själva konceptet som det sätt på vilken det genomfördes.

Tiden var mogen och ÖJ bidrog till att fylla ett alltmer svårbegripligt tomrum. Att säga att ÖJ katalyserade befintliga strävanden efter öppenhet är ett understatement. Snarare öppnade ÖJ dammluckorna för de starka önskingarna om större öppenhet och insyn som fanns hos olika intressenter. Det bekräftas bl a genom den stora förståelsen bland i stort sett samtliga intressenter för den snabba processen och de oundvikliga kvalitetsbristerna under det första året. *Den största framgångsfaktorn kan därför beskrivas som att ÖJ faktiskt kom till stånd och genomfördes*. Detta skapade en våg av positiva förväntningar som den fortsatta utvecklingen har ridit på.

I själva arbetet finns en rad olika omständigheter som varit viktiga för ÖJ:s resultat:

- Tiden var mogen – att initiativet ”äntligen togs”.
- Starkt fokus på medicinska resultat.
- Samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL.
- Tilltro – endast befintliga data användes.
- Delaktighet – företrädare för landstingen och kvalitetsregistren.
- Framgångsrik mediakommunikation.

Den oberoende expertmyndigheten Socialstyrelsen har balanserat intresseorganisationen SKL och inneburit att bilden av ÖJ kommit att få en mer självständig profil. Landstingens tilltro till ÖJ har varit hög. Genom att befintliga data användes blev inte ÖJ ansvariga för datakvalitet och täckningsgrad, utan kunde endast kritiseras för att ibland ha redovisat osäkra eller mindre relevanta data. Över tiden kommer dock kraven att öka och det räcker inte för ÖJ att kompilera och presentera data. En viktig uppgift för ÖJ är att signalera när det behövs bättre beskrivningssystem för verksamheten och tillgång till vårddata.

Landstingens tjänstemannaledningar har känt sig delaktiga i hela ÖJ:s arbetsprocess. Det gäller från framtagandet av indikatorer till den förberedande kommunikationen av resultaten med landstingen. ÖJ:s kontaktmannanätverk har varit viktigt för kommunikationen med och förankring i landstingen, liksom landstingsdirektörsgruppens representation i referensgruppen. Företrädare för Socialstyrelsens hälsodataregister fanns såväl i styr- som arbetsgrupp. Viktigt var också de initiala frågor som riktades till ansvariga för de olika kvalitetsregistren och den dialog som fördes med olika registerhållare.

SKL/Socialstyrelsen och de flesta landsting genomförde presskonferenser och mediebevakningen var omfattande. Även DN Debatt och Almedalen utnyttjades. ÖJ:s framtida framgång är beroende av god närvaro i nationella och lokala media. Just själva offentliggörandet är centralt för att nå de önskvärda effekterna av ökad öppenhet och insyn. Samtidigt är det viktigt att bilden blir nyanserad och upplevs som rättvis. Att upprätthålla ett kritiskt och konstruktivt intresse från media är därför av stor vikt.

## **RISKER OCH DILEMMAN**

Ökad öppenhet och insyn stimulerar otvivelaktigt till förbättringar inom olika områden. Det hindrar inte att det finns risker och dilemman som behöver uppmärksammas och hanteras. Nedan redovisas både risker som är kopplade till indikatorerna och till mer generella överväganden.

### **Risker och brister som har kopplats till indikatorerna**

- Indata är inte korrekta (fel i inrapportering, dålig täckningsgrad etc.).
- Vissa indikatorer speglar äldre förhållanden eller uppfattas som alltför trög-rörliga.
- Indikatorer för väsentliga områden saknas, t ex för primärvård, psykiatri och kostnadseffektivitet.
- Indikatorer kan inte fånga kvalitet och resultat för mer komplexa processer, t ex arbetet med multisjuka patienter. Eftersom det som mäts får större uppmärksamhet kan det bidra till ökade skillnader mellan olika patientgrupper.
- De nya indikatorer som tillkommer gör ÖJ svårt att överblicka och försvårar möjligheten att följa utvecklingen över tid.
- Privata vårdgivares begränsade inrapportering till patientregistret och vissa kvalitetsregister.

Indikatorer begränsas till det som är relativt enkelt att mäta, varför ledningens uppföljningsinformation behöver kompletteras med flera olika typer av underlag.

## Övriga risker

- Ökad information ger inte alltid mer kunskap. Förutsättningen är att landstingen är tillräckligt rustade för att klara av de ökande kraven på analyskapacitet och förbättrad hantering av uppföljningen i styrprocessen.
- Genomsnittet blir kvalitetsnorm och golv när landstingen granskar ÖJ. Den stora uppmärksamheten på de "röda plumparna" innebär att det finns risk för att potentialen för förbättring inte tas tillvara för verksamheter med bättre resultat.
- Det finns en risk att ÖJ:s jämförelser uppfattas som en heltäckande bild av svensk sjukvård. Den ambitionen finns dock inte hos ÖJ.
- Indikatorerna ger en beskuren bild verksamheten. Därmed får ÖJ en avsevärd "redigerande makt" och det är därför angeläget att organisationen uppfattas som självständig i valet av indikatorer.
- Den spirande dialogen utifrån ÖJ:s resultat mellan politiker, chefstjänstemän och professioner ges ingen meningsfull form.
- ÖJ:s organisation och resurser är inte tillräckliga för att motsvara de stigande förväntningarna.
- Ökad insyn innebär mer granskning som i sin tur leder till större krav på uppföljningsdatas tillgänglighet och kvalitet, som i sin tur leder till ytterligare granskning som leder till ... En väsentligt ökad registrering kan bli dyr och leda till att vårdpersonalens stöd minskar.

Riskerna är av olika dignitet och det är viktigt att såväl ÖJ som landstingens ledningar uppmärksammar dem i det fortsatta utvecklingsarbetet. Några av dem kommenteras nedan.

### Ger ökad transparens mer kunskap eller bara mer information?

Den ökade öppenheten och insynen innebär att informationsmängden ökar dramatiskt, men frågan är om beslutsfattare och allmänhet klarar av att göra den till användbar kunskap.

Den politiska och administrativa ledningen är beroende av god och öppen redovisning av verksamhetens processer och resultat. Ökad organisatorisk transparens har potential att bidra till effektivare ledningsstrategier och att mer informerade beslut fattas på politisk och administrativ nivå. Denna process är dock långsam och knyter an till det dilemma som sammanfattas i principal agent-teorin.<sup>10</sup> Hur ska ledningen (principalen) utforma incitament och kontrollsystem etc. så att de olika verksamheterna (agenterna) i möjligaste mån betar sig i enlighet med principalens önskemål?

---

<sup>10</sup> Anthony R. & Govindarajan V. Management Control Systems. McGraw Hill/Irwin, Singapore 2003.

En grundläggande svårighet är principalens informationsunderläge i förhållande till den mångskiftande och komplexa verksamheten samt att flera av aktörerna dessutom kan ha olika mål och syften.

Den ökande mängden uppföljningsdata ställer större krav på såväl landstingens uppföljningssystem som analyskapacitet. Det krävs också ordnade former för dialog med aktuella verksamheter och administrativ ledning.

Vissa landstingsledningar är idag inte uppbyggda för, eller har kompetens/resurser, att hantera en kraftigt förstärkt redovisning och en mer ambitiös analys av verksamhetens processer och resultat. Mindre landsting kan ha begränsad analyskapacitet, medan de stora landstingen har betydligt större resurser för detta. De senare kan dock ibland ha svårigheter att samordna genomförd uppföljning och analys. Det finns flera exempel på landsting som förstärker sin samordning och analys av de uppföljningsdata som genereras av kvalitets- och hälsodataregister, ÖJ och andra källor, bl a Västerbotten, Kalmar och Örebro. Om den utökade uppföljningen tillsammans med en förbättrad analyskapacitet inte kan integreras på ett lämpligt sätt i existerande styr- och ledningsprocesser (inkl budgetarbetet) finns risk att stora delar av dess värde förloras.

Den ökade mängden uppföljningsdata har också fört med sig en diskussion om bl a datakvalitet och täckningsgrad. Den bristande inrapporteringen till kvalitetsregister från privata vårdgivare har också uppmärksammats. I syfte att öka täckningsgraden finns en allt livaktigare diskussion kring om vilka sjukvårdsdata som bör ingå i en obligatorisk inrapportering till nationella register och vad som bör ske frivilligt som i nuvarande kvalitetsregister. Till detta har den nationella IT-strategin för hälso- och sjukvården varit en viktig katalysator.

### **Mångfacetterad verksamhet – begränsat antal indikatorer**

Även om acceptansen av ÖJ och de tankar den bygger på är överväldigande finns en viss oro för att de jämförande beskrivningarna med hjälp ett fåtal indikatorer ger en alltför beskuren och vinklad bild av verksamhetens resultat och kvalitet.

Problemet kan spåras redan i begreppet transparens som ”kan både stå för det osynliga i bemärkelsen genomskinliga och för det synliga – det som synliggörs med hjälp av genomskinligheten”.<sup>11</sup> Det är dock inte genomsikten som är osynliggörandets största risk, utan att det urval av indikatorer som görs bara visar *en*, och dessutom *en mycket begränsad*, bild av den mångfacetterade och diversifierade hälso- och sjukvården.

---

<sup>11</sup> Se not 2.

ÖJ har dock aldrig hävdad att indikatorerna ska ge en fullständig och rättvisande bild av hälso- och sjukvården. Problemet är snarare övriga aktörers förväntningar. Dilemmat är att de aktiviteter som vidtas utifrån jämförelseresultaten inte nödvändigtvis innefattar en analys utifrån ett helhetsperspektiv där de mest angelägna förbättringsområdena har prioriterats. Beslut om åtgärder kan t ex fattas på otillräckliga och ibland opportunistiska grunder. Frånvaron av indikatorer för psykiatri och primärvård, som är verksamhetsområden med betydande svårigheter och förändringsbehov, understryker denna risk. Många intervjuade förmedlar att detta är en svårighet man måste leva med. "ÖJ är det bästa vi har och vi kan inte låta det som inte speglas hindra oss från att arbeta med det vi kan hantera".

Indikatorer är till sin natur begränsade till områden där det finns mått eller som på kort sikt är lätta att mäta. Det innebär att mätbara indikatorer behöver kompletteras med andra typer av beslutsunderlag.

Motsvarande problematik med val av perspektiv och stoff finns inom andra rapporterande branscher, inte minst inom media och nyhetsjournalistik. Mediernas makt hänger inte bara samman med teknik, pengar och värderingar, utan även med rutinbetonade normer i den publicistiska och journalistiska verksamheten. Denna definierande eller *redigerande makt* finns i spänningsfältet mellan läsare och strategiskt agerande källor. Till skillnad från ÖJ:s perspektiv- och indikatorval är denna i viss utsträckning beforskad.<sup>12</sup>

### Medelvärdet som riksläkare

I intervjuerna var det uppenbart att landstingsföreträdare ville vara på "rätt sida av strecket". Det var acceptabelt att inte vara bäst, men att ligga under medelvärdet var definitivt otillfredsställande. Genom den psykologi som formas vid jämförelser får medelvärdet eller mittlinjen karaktär av norm. Detta trots att ÖJ inte värderar eller på annat sätt tar ställning till vad som är acceptabla resultat och inte.

De analyser och styråtgärder som vidtagits i landstingen med anledning av ÖJ gäller företrädesvis verksamheter där resultaten varit sämre eller väsentligt sämre än genomsnittet. Det innebär att förbättringspotentialen hos verksamheter som ligger nära eller över medelvärdet inte fokuseras, trots att potentialen kan vara stor även hos dessa. Samma fenomen kan iaktas inom den ekonomiska styrningen där basenheter med stora ekonomiska underskott analyseras och skärskådas noggrant, medan utvecklingspotentialen hos dem som redovisar överskott inte adresseras och tas tillvara på samma sätt.

---

<sup>12</sup> Se bl a Peterson O et al. Medierna och yttrandefriheten. SNS förslag 2007, Stockholm. Eide M, Den redigerande makt. IJ-förlaget 2000, Kristiansand och Peterson O/Carlberg I. Makten över tanken. En bok om det svenska massmediesamhället. Carlssons 1989, Stockholm.

Att en indikator visar ett resultat över medelvärdet på landstingsnivå behöver inte betyda att sjukhusen inom landstinget har resultat i paritet med detta. I t ex Västra Götalandsregionen ska samtliga relevanta ÖJ-indikatorer redovisas på sjukhusnivå för att kontrollera detta. Detta är givetvis en rimlig åtgärd, men samtidigt bekräftar även detta koncentrationen av analyskraft och eventuella åtgärder till verksamheter med sämre utfall.

### **Uppföljningens gränser eller transparensens paradox**

Ökad insyn och uppföljning har regelmässigt följts av krav på ytterligare redovisning, granskning och reglering. Det gäller t ex ökad standardisering av datainsamling och redovisning från de medicinska kvalitetsregistren och ökade krav på professionerna att rapportera data kring vårdens processer och effekter. Den större tillgången på data kan ge utvärderingar av högre kvalitet, men samtidigt höjs ambitionsnivån för utvärderingen, vilket ofta leder till ytterligare krav på reglering och redovisning av data i en alltmer skruvad transparens spiral.

Behoven av bättre uppföljning är stora inom de flesta vårdområden. Vad som är en ändamålsenlig nivå/omfattning av datainsamling för uppföljningssyften är angelägen att fastlägga. Det gäller för den nationella nivån, landstingsledningen, sjukhus- eller primärvårdsledningen respektive basenheten/kliniken. I den slutliga analysen är det angeläget att den tidsmässiga balansen mellan att producera sjukvård respektive sjukvårdsdata med råge väger över till den förras fördel.

### **En indikator är en indikator är en indikator**

Det finns föreställningar om att övergripande ledningsarbete kan struktureras med hjälp av indikatorer. Vid användning av t ex det balanserade styr- eller resultatkortet (Balanced Scorecard) är tanken att värdena på indikatorerna ska kunna avläsas för att se om verksamheten rör sig i förväntad riktning i linje med bl a budget, produktionsmål och önskad utveckling av interna processer samt kundtillfredsställelse.

ÖJ är dock inget ledningssystem, utan en funktion som tillhandahåller jämförande uppföljningsdata avseende främst medicinska resultat för utvalda indikatorer. Samtidigt används jämförelserna som ledningsinformation och stödjer föreställningen om att verksamheten kan följas och eventuellt styras med stöd av att regelbundet avläsa en uppsättning indikatorer.

För tydlighetens skull – en indikator är en indikator, d v s en mätbar händelse som i första hand ger information om en specifik företeelse och i andra hand indikerar tillståndet i ett större system. Det finns ingen påvisad generell "haloeffekt" för indikatorer inom hälso- och sjukvård, d v s att goda utfall inom ett område gör det troligt att utfallet kommer att vara gott även inom andra områden.

Indikatorns uppgift är att kvantifiera och därmed förenkla en företeelse. Den förväntas till följd av detta underlätta avläsningen av den komplexa verksamheten. Indikatorer kan baseras på både kvantitativa och kvalitativa data. Genom att följa hur flera indikatorers mätvärden utvecklas kan man få en uppfattning om i vilken riktning det större systemet utvecklas. När en indikator gör utslag åt ena eller andra hållet kräver det dock alltid någon form av beskrivning eller analys av de underliggande förhållandena. En indikatorbaserad uppföljning inom ramen för en komplex verksamhet ställer därför stora krav på landstingens analyskapacitet.

## VÄXANDE FÖRVÄNTNINGAR PÅ ÖJ – UTVECKLINGS- MÖJLIGHETER, ORGANISATION OCH STÄLLNING

ÖJ är ett utvecklingsprojekt i flera bemärkelser. Å ena sidan är syftet att förbättra huvudmännens styrning och verksamheter. Å andra sidan är det självt föremål för lärande och utveckling.

### Vägen framåt

Den typ av granskning som ÖJ representerar tenderar att få störst genomslag initialt och därefter avtar intresset. I syfte att vidmakthålla engagemang och ge incitament till förbättringar av styrprocesser, verksamhet och datakvalitet/täckningsgrad behöver olika åtgärder övervägas. En del av dessa handlar om indikatorernas ”tekniska” utformning. Det handlar också om på vilken nivå jämförelserna ska göras och arbetsfördelningen mellan den nationella nivån och landstingen samt hur SKL mer systematiskt kan fokusera på och stödja den utveckling som ÖJ stimulerar i landstingen.

### Indikatorerna

Indikatorerna måste vara både viktiga och mätbara. De bör diskuteras och fastställas utifrån flera olika aspekter:

- *Vilka.* Indikatorerna bör ha bredd och relevans. Det krävs även ställningstaganden kring i vilken grad indikatorerna ska spegla vårdssystemet i stort eller vara ”intressanta indikatorer”. Ansträngningar bör också göras för att hitta indikatorer kring områden som idag inte fångas upp, t ex primärvård, psykiatri och kostnadseffektivitet. Trots att resultatindikatorer är önskvärda finns det även framöver plats för processindikatorer.
- *Hur många.* Det finns en övre gräns, men denna anges med stor variation av olika aktörer. Vissa betonar att det inte får bli för många, andra menar att antalet kan öka väsentligt eftersom varje landsting i sin fortsatta analys ändå sällar bland indikatorerna.

- *Kontinuitet och förnyelse.* Det måste finnas möjligheter att se hur resultaten på olika indikatorer utvecklas över tid. Det har också föreslagits att pilar i diagrammen ska visa tendensen i mätningen i förhållande till föregående år genom en pil som är riktad uppåt, horisontellt eller nedåt. Detta tillämpas också i bilaga till ÖJ 2007. Samtidigt måste det finnas utrymme att föra in nya intressanta och relevanta indikatorer.
- *Datas färskhet och indikatorns rörlighet.* Det finns starka önskemål att indikatorerna ska spegla aktuella förhållanden och vara påverkbara i närtid. Detta är naturligtvis svårt för mått som femårsöverlevnad vid cancersjukdom. Även i övrigt finns betydande effektfördröjningar. Åtgärder för att påverka indikatorn implementeras sällan förrän en bra bit in på det nya året. Det innebär att de redovisade resultaten inte påverkar nästa års presentation av ÖJ.
- *Täckningsgrad och kvalitén på inrapporterade data.* En låg täckningsgrad i inrapporterade data till kvalitetsregister gör jämförelser osäkra. Vissa anser att osäkra data ej bör publiceras alls och ser detta som ett incitament för berört landsting att skärpa inrapporteringen. Andra menar att detta snarare skulle skada viljan att inrapporteringen. Ett kanske svårare problem som delas av kvalitetsregister och de obligatoriska hälsodataregistren är kvalitén på inrapporterade data. Några landsting har gjort journalgranskningar för att kontrollera de uppgifter som inrapporterats och som jämförelserna bygger på. Det har då visat sig att inrapporteringsfel varit vanliga.

### Vem ska jämföra vad?

Det *nationella* i jämförelserna är viktiga och många landsting efterfrågar nationellt bestämda kategorier av vad som är angeläget att redovisa och jämföra. Landstings-egna indikatorer kan ha lägre legitimitet eftersom de kan brista i jämförbarhet med andra landsting och dessutom kan misstänkas vara framtagna för att ge en positiv bild av det egna landstinget. Med en viss tillspetsning kan ÖJ ses som en del av en nationell hälso- och sjukvårdspolitik.

På många håll har noterats en besvikelse över att ÖJ 2007 inte kommer att gå längre vad avser jämförelser på sjukhus- eller verksamhetsnivå. Flera huvudmän kommer dock att inom det egna landstinget jämföra sina olika sjukhus utifrån relevanta indikatorer i den nationella jämförelsen. Uppgiften för det enskilda sjukhuset är då att jämföra sig med riksgenomsnittet och övriga sjukhus inom landstinget.

Även om det fortfarande finns ett visst motstånd mot att konsekvent använda ÖJ för jämförelser på sjukhus-/verksamhetsnivån, kan det diskuteras vem som ska göra detta arbete om det blir aktuellt. Flera landsting gör eller kommer att göra sådana nedbrytningar själva, men det är inte självklart att detta är en lämplig arbetsfördel-

ning mellan den nationella nivån och landstingen. Visserligen ökar det landstingens förtroenhet och engagemang, men samtidigt finns betydande svårigheter. Rapporteringen från hälsodataregistren är alltid åldersstandardiserad, vilket innebär att landstingens egen produktionsstatistik inte överensstämmer den som rapporteras från patientregistret och andra hälsodataregister. Det är med andra ord ett ganska komplicerat arbete som ska utföras. Om detta dessutom sprids på 21 huvudmän utnyttjas inte resurserna optimalt. Däremot är det viktigt att huvudmännen har utvecklade funktioner som kan ta emot och tolka det material som ÖJ, andra organ och landstingen själva tar fram.

### **Stöd till huvudmännens utveckling**

Den påverkan som ÖJ och liknande aktiviteter har haft på landstingens styr- och utvecklingsprocesser är så pass intressant att detta i sig kan göras till föremål för granskning. I så fall skulle ÖJ:s syften bli själva aktiviteten, dvs jämföra sätten att förbättra landstingens styrning och verksamhet. Detta är knappast en uppgift för ÖJ, men väl för SKL som ska stödja sina medlemmars strävanden.

Kärnan i en sådan aktivitet skulle vara att jämföra landstingens styrtåtgärder och styrprocesser i syfte att åstadkomma förbättringar inom dessa områden, inklusive budgetprocessen. Precis som tidigare skulle ingen värdering av resultaten göras, utan såväl indikatorer som resultat diskuteras i redan etablerade nätverk av landstingsdirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer och ekonomidirektörer samt politiska organ.

I ÖJ:s kölvatten finns ett behov av utvecklingsseminarier där landstingens politiska och tjänstemannaledningar kan få inspiration och diskutera den nya transparensens konsekvenser och hur landstingen bättre kan integrera uppföljningsdata i sin styrprocess. Sådana seminarier bör även beröra hur professionell, organisatorisk respektive offentlig transparens kan samexistera och vad som bör hanteras inom vilken sfär. Näraliggande frågor är hur den klassiska ekonomi- och verksamhetsstyrningen kan integreras med en mer systematiskt kunskapsstyrning. Den senare är nära kopplat såväl med tydligare riktlinjer som med en mer systematisk uppföljning av vården processer och resultat. Den första delen tillgodoses i allt högre grad av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och den andra har kraftfullt stimulerats av bl a ÖJ och Socialstyrelsens praxisundersökningar och verksamhetsanalyser.

Sedan Sprri försvann finns ett tomrum i metodutveckling som gäller huvudmännens uppföljning och styrning av den svenska hälso- och sjukvården. SKL har genom ÖJ fått underlag för flera olika insatser. Det gäller t ex seminarier kring hur uppföljningen och analysfunktioner organiseras och integreras i befintliga styr- och ledningsprocesser. Arbetet kan kopplas till idé- eller strategiseminarier kring hur

analysfunktioner kan utvecklas och integreras i en mer uppföljningsbaserad styrning av landstingens hälso- och sjukvård. Erfarenheterna från ÖJ och dess effekter kan då bli ett instrument för ett mer systematiskt arbete med huvudmännens institutionella utveckling.

## Organisation

Idag drivs ÖJ som ett samarbetsprojekt mellan SKL och Socialstyrelsen med en inhyrd projektledare. Nu när projektet sätts i gång framgångsrikt och står inför ännu större förväntningar än från början, är det viktigt att se över förutsättningarna för arbetet och nuvarande arbetsorganisation. Under det första året har arbetets karaktär av ett nytt och spännande projekt varit viktig för alla inblandades motivation och medverkan. När nyhetens behag har lagt sig behövs därför inte bara en tydligare intern organisation, utan också en organisation som motsvarar de växande förväntningarna.

Det är rimligt att organisationen för ÖJ ses över och ges en fastare form. En permanent ledare för arbetsgruppen bör utses.

I en översyn finns flera gränssnitt att beakta. SKL driver även ÖJ för grundskolan och äldreomsorgen och Socialstyrelsen driver flera olika jämförelse- och analysarbeten inom hälso- och sjukvården.

Kontaktsmannorganisationen har varit värdefull för arbetet både när det gäller utvecklings- och förankringsarbete. Gruppen är dock heterogen och frågan är om inte ÖJ också behöver knyta en renodlad expertgrupp till sig. Denna kan antingen komplettera nuvarande referensgrupp eller ersätta den. Styrgruppen bör som tidigare bestå av representanter för SKL och Socialstyrelsen.

## ÖJ:s ställning

ÖJ besitter en betydande redigerande makt genom de indikatorer som väljs för att jämföra landstingen. En god insyn i hälso- och sjukvårdens processer och resultat är avgörande för förtroendet för verksamheten. SKL är huvudmännens intresseorganisation och oavsett hur förbundet agerar uppstår alltid frågan om dess objektivitet och obundenhet i dessa frågor. Att landstingsdirektörer utgjorde referensgrupp har varit värdefullt för förankring och möjligheten att nå ut, samtidigt har det inte bidragit till bilden av ÖJ:s självständighet i förhållande till organisationsintressena. Socialstyrelsens medverkan har därför varit viktig för förtroendet hos professionen och skänkt större tilltro till att den redigerande makten används för patienternas bästa. Ett viktigt gemensamt fokus är hur hälsodataregister och kvalitetsregister bör utvecklas. När det gäller datas tillförlitlighet (täckningsgrad och korrekt inrapportering)

tering) har ÖJ stora möjligheter att peka på utvecklingsmöjligheter. I denna del finns god en tilltro till den professionella dimensionen i ÖJ:s arbete.

ÖJ presenterade indikatorerna på landstingsnivå under 2006. I ett genomförandeperspektiv får denna tågordning betecknas som klok, eftersom jämförelser på nivån närmare verksamheten ofta genererar mer diskussion kring datakvalitet och har potential att skapa mer oenighet om hur siffrorna ska tolkas. I förordet till ÖJ 2006 stod dock att läsa: "Ett nästa naturligt steg är vidare att jämförelser även görs mellan sjukhus och kliniker". Flera har varit besvikna över att man inte gick längre, men tiden kanske inte var mogen. Det finns fortfarande viss oro inför hur skillnader på sjukhusnivån ska förklaras för allmänhet och för patienter. Dessutom är sjukhusnivån inget tydligt begrepp i landstingen. Det kan t ex finnas flera sjukhus, men också många läns gemensamma kliniker. Med nuvarande projektkonstruktion kan inte ÖJ gå snabbare fram än vad landstingen anser sig klara av. Vad som ska granskas och på vilken nivå kräver i princip konsensus bland de granskade landstingen.

I ett systemperspektiv är presentationen på landstingsnivå adekvat. Den indikerar behov av systemutveckling. I ett verksamhetsperspektiv och kanske också ur ett medborgarperspektiv, är en redovisning på enhetsnivå att föredra.

ÖJ syftar till att förbättra landstingens styrning och verksamhet samt att successivt förbättra uppföljningsdatas kvaliteten. ÖJ:s uppföljning har utgått från angivna syften och jämförelserna är professionellt genomförda inom ramen för överenskommelsen mellan SKL och Socialstyrelsen. Önskar man en annan inriktning av jämförelserna, exempelvis vad gäller på vilken nivå som resultaten i hälso- sjukvården ska jämföras, behöver detta tas in i framtida överenskommelser.

En fråga, som tidigare nämnts, är den bristande inrapporteringen av data från privata vårdgivare. Efter hand som den privata vårdsektorn ökar blir det alltmer angeläget att öppenhet och insyn präglar även denna sektor. Ur detta perspektiv är det angeläget att diskutera om ytterligare någon organisation som representerar de privata vårdgivarna ska tas in i ÖJ-organisationen.

En annan fråga som väckts är om ÖJ behöver publiceras varje år. Denna tankegång springer ur flera källor. Det första gäller risken för att en mättnad på denna typ av jämförelser uppstår och att det därför blir svårt att långsiktigt upprätthålla intresset. En annan aspekt är de trögörliga indikatorerna. Genom publiceringen vartannat år kan landstingens åtgärder i större grad få genomslag vid nästa jämförelse. Här finns dock skilda uppfattningar bland de intervjuade. Oavsett hantering kan aktuellt siffermaterial fortfarande läggas ut på grundarnas hemsidor.







## Öppna jämförelser som stimulans till förbättring

I juni 2006 kom den första rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, där landstingen jämfördes med hjälp av ett stort antal indikatorer.

Rapporten uppmärksammades påtagligt i media, vilket var ett av syftena. En viktig fråga är hur ledningarna i landsting och regioner tog emot och använde de öppna jämförelserna i sin egen ledning och styrning.

Detta är temat för denna uppföljningsrapport, som främst är baserad på intervjuer med ett antal företrädare för landsting och regioner. Rapporten är beställd av styrgruppen för Öppna jämförelser, men skriven av två externa konsulter, som också svarar för bedömningar och slutsatser.

Sveriges Kommuner och Landsting  
ISBN 978-91-7164-297-4

Socialstyrelsen  
Artikelnr. 2007-103-6

