



Workshop 5 mars:

Variationer i hälso- och sjukvården och Öppna jämförelser ur ett nationellt policyperspektiv – vad bör göras?

Fredrik Westander
Hälso- och sjukvårdskonsult

2013-02-26

Innehållsförteckning:

Till läsaren

1 Inledning - uppsatsens perspektiv och innehåll

2 Öppna kvalitetsjämförelser i Sverige – karakteristik

Nationella kvalitetsregisters årsrapporter

Socialstyrelsens nationella utvärderingar – riktlinjeområden

SKL:s tematiska publicering av kvalitetsdata

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

3 Vunna erfarenheter – om framgångar och stickspår

Kvalitetsjämförelserna ger bättre förutsättningar för meningsfull styrning och diskussion

Övertro och tveksam användning av kvalitetsjämförelser

Viljan att utse den bäste är improduktiv

Patientens val av vårdgivare är en svag mekanism för kvalitetsförbättring

4 Vad bör göras – utvecklingsalternativ att överväga

Vägval att göra - stöd för förbättring bör skiljas från vårdsystemsutvärdering

Aktivare nationell värdering av resultaten – mer signal, mindre brus

Erbjuda aktiv värdering av enskilda landstings resultat – fördjupning

Mer fokus på effektivitet, inte bara på kvalitet och mått på underanvändning

Avskaffa det nationella indikatorsetet Öppna jämförelser – bygg nya

Till läsaren

Jag har från början varit med i det praktiska arbetet med att årligen producera rapporten *Öppna Jämförelser*, i regi av Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Den första rapporten kom 2006, fick mestadels positiv kritik och rapporten blev under de följande åren förmodligen bland de mest uppmärksammade som Socialstyrelsen och SKL publicerade. Nu är rapporten en institution för landstingens uppföljningsansvariga och för andra som arbetar med registerbaserad uppföljning, ett ganska självklart underlag i diskussioner om kvalitet i hälso- och sjukvården.

Det finns en paradox att notera. Då, under förarbetet 2005, var det ingen som ville införa ett nationellt program för öppna kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården. Inte så att det fanns ett aktivt motstånd - det fanns det inte. Förslaget hade fäste hos enskilda individer inom SKL och Socialstyrelsen, men vare sig Socialdepartementet, landstingens förtroendevalda, landstings- eller hälso- och sjukvårdsdirektörer hade uttryckligen efterfrågat ett material som beskrev hälso- och sjukvårdens kvalitet på ett överblickbart sätt.

Paradoxen ligger i att det fanns ett uppenbart behov, men som inte explicit formulerats. Det krävdes att innovationen materialiserades för att behovet skulle ”upptäckas”. Detta är värt att ha i åtanke i diskussion om *Öppna jämförelser*s framtida utveckling och näraliggande nationella policyfrågor. Vilka är de viktiga behov som inte tillgodoses idag?

Denna uppsats är en betraktelse i frågan om kvalitetsjämförelser som del i ett nationellt system till stöd för styrning och utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. Dels utifrån erfarenheter från *Öppna jämförelser*, dels i det än vidare perspektivet om variationer i sjukvården. Jag skall vara konstruktiv - vilka innovationer borde vi nu överväga?

Det är i hög grad en personlig kommentar. Jag har inte intervjuat olika personer eller gjort litteraturstudier. Läsaren bör även veta att jag ännu 2013 arbetar praktiskt åt SKL och Socialstyrelsen med *Öppna jämförelser*, så det är minst av allt någon utomståendes kommentar.

Sysslebäck 26 februari (språklig revidering 11 mars)

Fredrik Westander
Hälso- och sjukvårdskonsult

1 Inledning - uppsatsens perspektiv och innehåll

Resursanvändning, vårdkonsumtion och kvalitet – vad man än mäter, så hittar man geografisk variation i hälso- och sjukvårdssystem. Vårdsystemens konstruktion kan påverka, men i princip gäller detta oavsett om systemet är statligt organiserat eller som i Sverige baseras på 21 ganska självständiga hälso- och sjukvårdshuvudmän.

En del variation är skenbar variation, där den uppmätta variationen beror på att vi inte har tillräcklig kunskap om det vi vill beskriva, till exempel relationen mellan antal behandlingar och sjukvårdsbehovet i en viss befolkning, jämfört med i en annan.

Skenbar variation är informationsbrus, medan reell variation i hur vården bedrivs och till vilken kvalitet kan vara en källa till lärande. Rätt använd kan variation därmed bidra till att göra hälso- och sjukvården bättre. Detta är variationens positiva sida.

I media och i allmänhetens ögon är ”skillnader i sjukvården” oftare ett uttryck för att sjukvården brister i likvärdighet. Kvalitetsvariation ses därför som illegitim, i alla fall om den är bestående och inte är en nödvändig förutsättning för den medicinska kunskapsutvecklingen. Studier av variation genom jämförelser mellan enheter och lokala vårdssystem i hälso- och sjukvården är under alla omständigheter ett viktigt instrument i hälso- och sjukvårdens styrning, både i Sverige och i andra länder. Sedan i alla fall mitten på 2000-talet har olika nationella initiativ understött publicering av kvalitetsjämförelser mellan landsting och mellan sjukhus.

Jag skall här beskriva och diskutera positiva och negativa erfarenheter av denna utveckling, med ytligt sett visst fokus på den mest publika rapporten, *Öppna jämförelser*. Men egentligen är det fenomenet i stort, publicering av kvalitets- och andra jämförelser som nationellt policyinstrument, jag vill diskutera. I den senare delen av uppsatsen antingen pekar jag på vägval som borde göras, beskriver utmaningar att hantera och ger förslag på möjliga lösningar, så konkret som möjligt. Jag är mer intresserad av frågan *Vad bör göras?* än av frågan *Hur har det gått?* - även om de ju hänger ihop.

Innehållet är detta. I nästa avsnitt, avsnitt två, beskriver jag helt kort hur den nationella arenan för kvalitetsjämförelser ser ut, vem som gör vad och med vilken ambition. En poäng med detta avsnitt är att ge en karakteristik av de jämförelser som publiceras och visa hur de hänger ihop, inte minst med *Öppna jämförelser*.

I det tredje avsnittet diskuterar jag några av erfarenheterna från de senaste åren, bland annat utifrån de utvärderingar av *Öppna jämförelser* som gjorts, men också utifrån offentlig debatt och diskussion med landstingsföreträdare. Även om vi inte med säkerhet kan besvara frågan om nyttan med att publicera kvalitetsjämförelser, så kan en kritisk diskussion om bra och dåliga svenska erfarenheter vara ett stöd för ambitionen att öka nyttan.

Avslutningsvis ger jag i det fjärde avsnittet ett par förslag om hur det nationella arbetet med kvalitetsjämförelser kan utvecklas. Frågan blir då vidare än den om hur själva publiceringen av kvalitetsdata skall se ut. Publiceringen av jämförelser är egentligen bara startpunkten i en mer kvalificerad värdering av kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, och för förbättringar grundade på en sådan värdering.

2 Öppna kvalitetsjämförelser i Sverige – karakteristik

Här en kort översikt av de viktigaste återkommande typerna av publiceringar av kvalitetsdata i svensk sjukvård, med olika karaktär, målgrupper och grundade i olika organisatoriska och policymässiga sammanhang. Syftet är att peka på bredden i de senaste årens utveckling – öppen redovisning av kvalitetsdata är betydligt mer än rapporten *Öppna jämförelser*.

Det finns ytterligare webb-platser och mer eller mindre återkommande publiceringar än de som nedan nämns: Cancerfondens årliga rapport, Hjärt- och lungfondens årliga hjärtsjukvårdsrapport, publiceringshemsidan OmVård, och olika jämförelser från det privata företaget Consumer Powerhouse, för att nämna några.

Nationella kvalitetsregisters årsrapporter

Varje *nationellt kvalitetsregister* ger ut en årsrapport, nästan utan undantag främst riktad till de enheter som rapporterar data till registret. De senaste åren har det blivit vanligare att årsrapporterna inte bara visar intressanta beskrivande data, utan även formulerar kvalitetsindikatorer, explicit ägnade öppen redovisning. Detta gäller till exempel demensregistret, Riks-Stroke, RIKS-HIA, intensivvårdsregistret, diabetesregistret och höftprotesregistret, men även flera mindre register. Flera register anger även målnivåer för utvalda kvalitetsindikatorer.

I den nu pågående statliga satsningen på nationella kvalitetsregister är deltagande i öppen resultatredovisning ett uttalat mål. Detta kommer att öka antalet kvalitetsregister som vill visa sina kvalitetsindikatorer för en bredare publik, utöver som nu förekommer i *Öppna jämförelser*. En mera lättillgänglig form än årsrapporterna kommer att behöva skapas.

Socialstyrelsens nationella utvärderingar – riktlinjeområden

Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller numera alltid även indikatorer för uppföljning, utöver rekommendationer och prioritetsgradering av vårdåtgärder. För varje nationell riktlinje sammanställer Socialstyrelsen även en indikatorbaserad rapport, en *nationell utvärdering*, som med registerdata följer upp riktlinjen, jämför resultat för landstingen och för sjukhusen. Sådana nationella utvärderingar har hittills publicerats för bland annat diabetes, psykiatrisk sjukvård, hjärtsjukvård och stroke. De vänder sig till landstingsledningar och till verksamhetsansvariga. Dessa rapporter är snarlika *Öppna jämförelser*, men innehåller typiskt betydligt flera indikatorer än vad som kan visas där. Man ger en bredare och därmed mera rättvisande av resultaten inom ett sjukdomsområde.

Socialstyrelsens nationella utvärderingar har därtill en principiellt sett spännande ambition, som något skiljer dessa rapporter från *Öppna jämförelser*: Man försöker värdera de samlade resultaten och utifrån denna bild ange för landstingen de områden där glappet mellan riktlinjernas rekommendationer och den faktiskt bedrivna sjukvården är som störst. Vilka är de stora problemen, de som landstingen framförallt borde ha fokus på?

En olöst fråga är hur ofta data för kvalitetsindikatorerna i en nationell utvärdering skall uppdateras. Landstingen vill ha tillgång till minst årliga uppdateringar för att följa sina resultat över tid. För de indikatorer där ett kvalitetsregister är källan, kan uppgiften hämtas från registrets årsrapport. Men annars är det bara Socialstyrelsen som kan ta fram dessa data. Någon rutin för att årligen uppdatera dessa data har inte skapats.

SKL:s tematiska publicering av kvalitetsdata

Utan att det formellt är fråga om register- och heller oftast inte individdata, så svarar SKL för flera stora tematiska publiceringar av kvalitets- och kostnadsdata, som grundas på datainsamlingar som landstingen överenskommit om. Det gäller förekomst av vårdrelaterade infektioner och efterlevnad av kläd- och hygienregler; väntetider till läkarbesök och behandling i primärvård och i specialiserad vård; patienterfarenheter via Nationell Patientenkät och befolkningsenkäten Vårdbarometern; Kostnad Per Patient – databasen och, som det senaste men sannolikt inte sista exemplet, uppgifter om överbeläggningar och utlokalisering av patienter till annan vårdplats. Överbeläggningstal har ännu inte publicerats på nationell nivå, men det kommer sannolikt att ske under 2013.

Data/kvalitetsmått från dessa insamlingar publiceras på olika vis och med olika frekvens, ofta främst genom webb-presentationer och med stöd av korta, skriftliga rapporter. Kvalitetsindikatorer baserade på dessa insamlingar ingår i *Öppna jämförelser*, och data förekommer på flera hemsidor och i olika publikationer.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Den årliga rapporten *Öppna jämförelser* är den mest uppmärksammade, och vänder sig främst till landstingsledningar, men i viss mån även till media och till den intresserade allmänheten. Över tid har nog en viss förskjutning skett i riktning mot målgruppen landstingsledningar, enligt min uppfattning. Många indikatorer hämtas från andra källor men får en ökad status när de publiceras i *Öppna jämförelser*, som ses som ett nationellt sanktionerat set av kvalitetsindikatorer. Ett antal viktiga kvalitetsindikatorer som baseras på hälsodataregister publiceras återkommande enbart i denna rapport.

”Öppna jämförelser” är mer än bara den tryckta rapporten. Via en grupp kontaktpersoner med mandat från landstings- eller sjukvårdsledningar har en arena skapats där landstingen kan ge synpunkter på olika nationella arbeten, även de som sker vid Socialstyrelsen. Vidare har genom åren landstingen på seminarier och workshops kunnat utbyta erfarenheter från hur man arbetar med data från de öppna jämförelserna i sin uppföljning. Allt det där är värdefullt. Själva rapporten kan ganska enkelt karakteriseras: Den är beskrivande. Tillsammans med bilagor består den av ett omfattande material av kvalitets- och andra jämförelser som överlämnas åt landstingen, som ett stöd för deras styrning. Inga eller få skarpa eller värderande slutsatser dras, vare sig om landstingen eller om olika sjukhusen.

Öppna jämförelser är i realiteten mera av en service- och stödfunktion för landstingen, än en utvärdering av dem - även om kvalitetsjämförelser alltid innehåller ett underförstått värderande element. Som nationell sjukvårdspolicy är ambitionen ”mjuk”. Landsting eller sjukhus har till exempel aldrig ålagts eller förväntats redovisa vilka kvalitetsförbättringar man åstadkommit.

Arbetets bedrivande har genom året svarat mot denna ambition. Arbetsgrupp och styrgrupp utgör tillsammans en slags redaktionsgrupp för att åstadkomma det urval av kvalitetsindikatorer som skall visas. En redaktionsgrupp med uppgiften att efter dialog med sakkunniga publicera data om hälso- och sjukvårdens kvalitet – så enkelt kan nog kärnfunktionen beskrivas. Organisationen är riggad för att göra precis det den gör, men inget annat.

Vackert så - hur skall man se på erfarenheterna av detta?

3 Vunna erfarenheter – om framgångar och stickspår

Kvalitetsjämförelserna ger bättre förutsättningar för meningsfull styrning och diskussion

I de utvärderingar av *Öppna jämförelser* som gjorts återkommer ett tema: Jämförelserna och den status rapporten fått, har bidragit till att frågor om medicinska resultat och kvalitet nått landstingsledningarna på ett mera explicit sätt än tidigare. Den tidigare frånvaron av medicinska kvalitetsmått gjorde att ekonomiska resultat och möjligen väntetider dominerade. Alla landsting har någon form av återkommande procedur där man samlar in kommentarer och bedömningar från medicinskt sakkunniga eller verksamhetschefer och förhåller sig till resultaten. Ibland med en noggrannhet som gränsar till det petnoga, ett tecken på hur seriöst man tar detta.

Vidgar man perspektivet, så att det inkluderar alla offentligt publicerade kvalitetsjämförelser som nu förekommer, är bilden tydlig: Landstingen har nu betydligt bättre förutsättningar att styra sin sjukvård och föra meningsfulla dialoger om framgångar och problem med de verksamhetsansvariga. Om man till detta lägger forskningsbidraget från kvalitetsregister och alla direkta bidrag till verksamhetsförbättring, så är det mycket som talar för att vinsterna uppväger den tidsåtgång som registeraktiviteten kräver. Vi, eller medborgarna, borde ju heller inte acceptera en sjukvård som inte strävar efter att följa sin kvalitet, även med formaliserade metoder.

För de flesta mått som mäts (i ÖJ; där har vi räknat på detta) uppvisas förbättringar över tid. Detta är ju vad man bör förvänta sig. Kostnaderna per invånare ökar något varje år och den medicinska kunskapsutvecklingen ökar möjligheterna att nå högre kvalitet.

Däremot tror jag inte det är meningsfullt att försöka besvara frågan om förbättringarna *direkt* kan härledas till publicering av kvalitetsjämförelser. Det finns akademiska studier och litteraturöversikter om detta, men det troliga svaret är väl av *common sense* - natur: Ja, i en vårdmiljö där man har god legitimitet för de mätningar man gör och publicerar jämförelser på ett ansvarsfullt sätt - där är det väl troligt att detta bidrar till förbättringar av sjukvården. I en annan vårdmiljö, där olika förutsättningar inte är uppfyllda, blir resultaten troligen sämre.

Den stora frågan ligger inte om man skall publicera kvalitetsjämförelser eller inte, utan hur en nationell modell för kvalitetsmätning och publicering av data skall utformas för att ge bästa möjliga utbyte. Här borde vi nu ha en kritisk diskussion, söka efter svagheter i den rådande svenska modellen och driva fram förändringar av den.

Övertro och tveksam användning av kvalitetsjämförelser

Omvärldens övertro på formaliserad kvalitetsmätning är ett problem. Arbetar man praktiskt med kvalitetsmätning blir man snabbt betungande medveten om olika problem. Först fenomenet med lyktstolpens ljuskägla. Vi kan bara mäta det vi har data om. Indikatorer kan utformas på olika vis för att spegla samma kvalitetsaspekt. Valen görs ofta utifrån datatillgång. Det finns felkällor - ojämn täckningsgrad, kompletthet i registreringen, tolkning av begrepp som "komplikation", olika casemix eller sjukdomsgrad. Slutligen görs olika val i presentationen av data, från banala frågor om diagramskalor till mera komplexa.

Inget att gnälla om – såhär är det. I det praktiska arbetet hanterar vi dessa problem så ärligt vi kan, med reservationer i kommenterande text framförallt. Men frågan är hur långt detta räcker.

Läsaren tittar framförallt på diagrammen, som vi vill skall vara så slagkraftiga som möjligt, och på sin höjd snabbläser texten. Det är nästan omöjligt, ens för den flitige lekmannen, att kunna hantera komplexa frågor om datakvalitet och om en indikatorns utformning. Om läsaren bara är utrustad med en allmänt skeptisk attityd så är mycket vunnet. Men därtill måste vi erkänna att vi är beroende av sakkunnigas vägledning vid tolkning.

För egen del har fem-sex års arbete med denna typ av problem lett till att jag betraktar sjukvårdsdata med betydligt större skepsis än tidigare. Inte bara sjukvårdsdata, förresten, utan även andra faktauppgifter som driver och driver runt i samhällsdebatten.

Frågan är hur stort detta problem är för sjukvårdens kvalitetsjämförelser. Blir politiker och patienter missledda av drastiska mediatolkningar av kvalitetskillnader? Blir verksamhetschefer och medicinskt ansvariga cyniska av vetenskapen om att de kan hängas ut på ibland nyckfylla grunder, och börjar vårda sina registerresultat, börjar slira i rapporteringen?

Jag skall ge två exempel på tveksam användning av kvalitetsjämförelser, av lite olika slag. Det första handlar om hjärtinfarktvård och medialogikens krav på dramatik. Hjärtinfarktvårdens utveckling är en hejdundrande succé, med några decenniers perspektiv. Vare sig man mäter resultatmått som död efter infarkt eller processmått, så har stora förbättringar skett och skillnader mellan sjukhus ofta minskat. Men Hjärt-Lungfonden gjorde 2012 i en rapport om hjärtsjukvård istället ett huvudnummer av att tid från symtom till behandling varierade mellan landsting. Media hängde på, i en ganska dramatisk rapportering. Data redovisades korrekt, men gav ändå en på det hela taget skev bild av ojämn kvalitet i hjärtsjukvården. Några medborgare oroades säkert, på ganska lösa grunder.

Varför blev det såhär? Jag tror svaret är enkelt. Mediagenomslaget blir bättre om nyheten är dramatisk och negativ – ”orättvis vård...stora skillnader mellan landstingen”. Jag vet inte, men utesluter inte att publicering av kvalitetsjämförelser faktiskt kan ha bidragit till att allmänheten tror att kvalitetskillnaderna är större och allvarliga än de är.

Ett andra exempel är att vissa landsting använder kvalitetsmål som del i den ekonomiska ersättningen till sjukhus och kliniker, och även till vårdcentraler i primärvården. Man kan misstänka att *Öppna jämförelser*, formellt uppbackat av Socialstyrelsen och SKL, bidragit till detta. Kvalitetsindikatorerna har så att säga *de facto* auktoriserats för all användning, även om detta aldrig varit avsikten med jämförelserna.

Frågan om att använda ekonomiska incitament för att få vårdgivarna att ge vård av god kvalitet i är en del i en betydligt större debatt. Men några meningar om detta kan vara på sin plats, i och med att jag och mina kollegor i någon mening är ”medskyldiga”. Jag är kritisk till denna användning, av flera skäl. Inte många indikatorer håller för sådan skarp användning, ens om de prioriterats fram med stor eftertänksamhet. För det andra urvalsproblemet – det blir som regel någon enstaka aspekt av vårdkvalitet som kan belönas, där det råkar finnas data. I realiteten kanske de svårare kvalitetsbristerna är helt andra. För det tredje finns det risk att registerdata korrumpas med ekonomiska motiv. Observera att det inte behöver vara frågan

om förslaget fusk och bedrägeri, utan det kan räcka med mindre glidningar i registreringsbeteendet.

Men de viktigaste argumenten är två andra. Samhällets kontrakt med vårdprofessionerna (och med lärarkåren och andra professioner) har som sin grundbult en förväntan om kvalitet, att denna strävan skall ligga inbyggd i själva yrkesrollen. Detta är den vardagliga, språkliga innebörden av att vara professionell. När medborgarnas företrädare omformulerar detta kontrakt och belönar viss styckevis kvalitet med pengar, skiftar underförstått förväntningarna på professionerna. Kontraktet trivialiseras.

Vilket problem skall *pay-for-performance* lösa i den svenska hälso- och sjukvården? Idén om kvalitetsbaserad ersättning har sin grund i det amerikanska vårdsystemet, där kombinationen av ekonomisk konkurrens, intäktsmaximering och volymbaserade ersättningsmodeller misstänkts ha lett till överanvändning av diagnostik och behandling. Visst, om det medicinska beslutsfattandet redan är ”korrumpert” av dåliga ersättningssystem, då kanske kvalitetsbaserad ersättning är ett bättre alternativ. Men i Sverige?

Att utse den bästa är kanske lockande – men nog mest improduktivt

”Vilket landsting är bäst, och vilket sjukhus?” Att frågorna dyker upp när kvalitetsjämförelser publiceras är kanske naturligt. Särskilt nu när vi har ganska mycket kvalitetsdata att använda i en analys. Det finns ju även argument för att en årlig ranking, där man utser bästa sjukhus och bästa landsting, skulle fungera som en uppmaning, sporra till förbättring. Vi har inte någon officiell sådan ranking i Sverige, däremot flera halvofficiella. Några kvalitetsregister har, explicit eller implicit, en slags rankingmodeller för den mera avgränsade vård varje register representerar.

Bland de halvofficiella ingår det index som SKL varje år har brukat göra av resultaten i *Öppna jämförelser*, dels för helheten, dels för olika delområden. SKL-indexet är tillgängligt, men har egentligen inte publicerats som en fullfjädrad rapport. Eftersom allt material från *Öppna jämförelser* är tillgängligt i Excel, så är det ganska lätt att sätta ihop en ranking. Detta gjorde organisationen Consumer Power House för några år sedan, och alldeles nyligen korade tidningen Dagens Medicin bästa sjukhus, på basis av bland annat *Öppna jämförelser* indikatorer.

Jag menar nog att detta mest är jippon, och jag skulle själv ogärna lägga tid på att konstruera totalindex för att kunna utse bästa landsting. Förhoppningsvis är det ingen som tror på dessa rankingar (att de verkligen hittar den säkerställt bästa), och då är det väl ingen större skada skedd. Men blir det för mycket och för prestigefullt, så kan det göra att kvalitetsmätningar i allmänhet solkas ned.

Ju flera rankingar och utmärkelser som publiceras, ju tydligare skulle det godtyckliga i dem åskådliggöras. Karlskoga lasarett förärdades nyligen utmärkelsen Svensk Kvalitet med en flott motivering, som jag inte tänker ifrågasätta. De arbetar säkert bra. Men i Dagens Medicin ranking var Karlskoga inte omnämnt i någon av de underklasser för vilka utmärkelser gavs. I England har funnits exempel på att snarlika indikatorer på sjukhusdödlighet gav tämligen olikartade resultat för sjukhus. Detta ger stöd för tanken att uppmätta kvalitetsutfall skall ses som högst provisoriska sanningar, eller att de är just indikatorer på något, inget annat.

Jag skall inte gå in på de metodproblem som gör rättvisande rankingar så svåra att göra. Men det finns en bakomliggande frågeställning som är intressant. Det finns ett analytiskt motiv till att klarlägga vilka de bästa landstingen och sjukhusen är: När vi vet vilka som är bäst, kan vi nämligen försöka hitta förklaringar till att de lyckas. Vilka är framgångsfaktorerna? Hur har landstings- och sjukhusledningar arbetat för att nå sina goda resultat?

Detta är legitima frågeställningar, men jag tror att de bäst besvaras på disaggregerad nivå: Det är kvaliteten i diabetes-, njur- eller hjärtinfarktvård som skall förklaras. Det är på denna nivå man kan förklara framgångar och misslyckanden. Om strokesjukvården i ett landsting är bra, finns det egentligen inget skäl att tro att även hjärtinfarktvården är bra. Om ett sjukhus i ett landsting lyckas bra, betyder inte det att andra sjukhus i samma landsting bör förväntas ha bra resultat. Politisk ledning, landstings- och sjukvårdsdirektör i all ära, men analyser av framgång bör ta sikte på de lokalt ansvariga och de vårdteam som möter patienterna. Att utse bästa landsting och sjukhus är ett spektakulärt svar på en felställd fråga - ett stickspår.

Patientens val av vårdgivare är en svag mekanism för kvalitetsförbättringar

I den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten är kravet på patientens valfrihet, i meningen rätten att välja vårdgivare, sedan länge märkligt dominerande. Kring just denna rättighet snurrar den mesta av debatten om patientinflytande över sjukvården. Detta är märkligt, därför att det i de allra flesta vårdsituationer finns annat som är viktigt för patienten: Hur väl är sjukdomen förstådd, avseende effekter på hälsa och funktionsförmåga? Vilka är behandlingsalternativen och deras för- och nackdelar?

Visst kan rätten att välja bort en vårdgivare vara ett stöd för en patient och ge trygghet, men varför denna intensiva fokusering? Jo, det hänger ihop med den just nu lika dominerande sjukvårdspolitiska tanken att sjukvårdssystemet (i alla fall vissa delar av det) skall vara organiserat så att det liknar en marknad. Patientens (konsumentens) beslut får ekonomiska konsekvenser för vårdgivaren (producenten) och blir därmed den faktor som driver sjukvårdsmarknaden.

Avsaknaden av information om medicinsk kvalitet som patienterna kan grunda sina val på, blir då ett stort problem. Öppna kvalitetsjämförelser bör enligt detta synsätt därför utformas så patienter kan använda denna information för att välja vårdgivare. *Öppna jämförelser* har inte haft detta som syfte, men frågan om information som stöd för patienters val av vårdgivare är näraliggande - det mesta och den bästa kvalitetsinformationen är ju den som där visas.

I alla fall två aspekter menar jag är relevanta för denna fråga. Den första har med korrekthets- och förenklingskrav att göra. Om Socialstyrelsen eller SKL skulle publicera kvalitetsdata riktade till den väljande patienten med syftet att klargöra vilken vårdcentral eller klinik som ger bästa vården, så bör kravet på att informationen är korrekt vara högt satt. Eller så får man vara ärlig och öppet redovisa vilka svagheter kvalitetsjämförelserna har, vilka felkällorna är. Det senare gör det svårare att leva upp till förenklingskravet. En kritisk genomgång av de vårdkvalitetsjämförelser som explicit riktar sig till allmänheten skulle förmodligen hitta en hel del brister i detta avseende.

En helt annan aspekt är denna: Hur troligt är det att välinformerade patienter som aktivt väljer och väljer bort vårdgivare kan bli en stark mekanism för att driva kvalitetsförbättring? Den mekanism vi idag vill utnyttja bygger på att vårdgivare tar intryck av jämförelserna, lär sig av

andra och förbättrar sig. Den professionella stoltheten gör att ingen vill ha sämre resultat än de som är möjliga, oavsett vilka val patienter gör.

Såvitt jag förstått ger internationella erfarenheter i nuläget inte stöd för tanken att publicering av kvalitetsdata skulle driva patienters val av vårdgivare. Rätten att välja vårdgivare är en sak, mekanismerna bakom kvalitetsförbättringar en annan. Den stora faran ligger förmodligen i att kvalitetsinformation förenklas för mycket; vilket kan gå ut över vårdgivarnas respekt för kvalitetsmätningar.

4 Vad bör göras – utvecklingsalternativ att överväga

Det finns flera olika utvecklingsalternativ att överväga, när det gäller framtida publicering av kvalitetsjämförelser i Sverige. Nedan nämner jag några sådana och ger förslag. Något är komplext och övergripande, andra snarast avgränsade exempel. Jag lägger ingen stor energi på att diskutera organisatoriska frågor, frågor om SKLs och olika statliga myndigheters framtida roll dessa sammanhang, även om de är viktiga.

Läsaren bör notera att förslagen handlar om uppföljning och styrning med hjälp av registerbaserad kvalitetsdata. Det finns många komplexa kvalitetsproblem som inte kan beskrivas med hjälp av vårdregister. Detta hör till bilden och skall inte glömmas. Vi måste ha kapacitet att upptäcka även sådana kvalitetsbrister.

Vägval att göra - stöd för förbättring bör skiljas från vårdsystemsutvärdering

Det kan göras en åtskillnad mellan kvalitetsmätning som syftar till att vara stöd för förbättring (*improvement*) och sådan som syftar till att vara stöd för utvärdering (*judgment*). I det första fallet sätts fokus på enhetens egen utveckling över tid. I det andra fallet är det centrala jämförelsen mellan enheter eller resultatet för ett helt vårdsystem, jämfört med andra. Skillnaderna mellan perspektiven är inte alltid glasklara, och effekterna behöver inte vara dramatiska. Men det faktum att *Öppna jämförelser* har haft båda dessa syften samtidigt, har gett upphov till en del nackdelar.

Urvalet av indikatorer påverkas. I *Öppna jämförelser* redovisas vissa indikatorer mest därför att de brukar ingå i internationella jämförelser av sjukvård (neonatal dödlighet, till exempel). Andel strokeenhetsvårdade är ett annat exempel – här är resultaten för de flesta sjukhus nu så bra att vi inte behöver uppmärksamma denna indikator på samma vis. Hade vi i urvalet aktivt valt indikatorer som pekar på kvalitetsbrister, så hade urvalet varit annorlunda.

Ett annat exempel: En indikator där 25 procent av sjukhusen inte rapporterar data fungera inte bra som en nationell indikator vid jämförelser mellan landsting, men för de rapporterade sjukhusen är den viktig och bör kunna visas i offentlig kvalitetsredovisning.

Vid jämförelser mellan sjukhus blir frågor om patienters sjukdomsgrad, ojämn datakvalitet och statistisk säkerhet (= långa mätperioder) viktiga. Redovisningarna blir mera komplexa och de redovisade måtten ibland svåra att förstå. När sjukhus följer sin egen utveckling över tid, har man ofta bättre koll på de faktorer som kan påverka utfallet.

Om fokus sätts på kvalitetsförbättringar så kommer detta att driva fram kvalitetsindikatorer som är lätta att använda, mer av vårdprocessmått och snabba indikatorer, som man kan påverka och avläsa effekter av handlingar på. Visst - kvalitetsuppföljning i sjukvården måste utformas så att den är relevant för sjukdomstillståndet och behandlingen. Femårsöverlevnad

vid cancer är därför ett relevant mått, även om det är trögrörigt. Men en indikatorns praktiska nytta och användbarhet är en viktig faktor.

En sätt att hantera perspektiven förbättra respektive utvärdera är att göra en tydligare åtskillnad mellan dem. Å ena sidan: Mera frekvent redovisning av ”snabba” processmått, på områden där förbättringsbehoven är stora. Redovisning av förbättringstakt blir lika viktigt som jämförelser med andras resultat. Redovisning på sjukhusnivå blir viktigare än landstingsredovisning. Å andra sidan: Jämförelser av representativa resultatmått på övergripande vårdsystems nivå.

Aktivare nationell värdering av resultaten – mer signal, mindre brus

Respektive landsting har ansvaret för att organisera sin hälso- och sjukvård på bästa vis. Det är därför naturligt att det i första hand är landstingen som skall tolka, värdera och använda både nationellt producerade kvalitetsjämförelser och annat kunskapsunderlag och rekommendationer, som till exempel nationella riktlinjer. Med ansvar följer både plikter och befogenheter. Detta är den huvudide som legat till grund för *Öppna jämförelser*.

Å andra sidan kan man ge flera argument för en ökad nationell roll i tolkning av enskilda resultat och även i värdering av enskilda landsting. Det skulle vara arbetsbesparande för landstingen, göra den egna tolkningen enklare. Under- eller överanvänds läkemedlet X? Är Y ett verkligt kvalitetsproblem eller ett skenbart? Vad beror den stora variationen i dödlighet efter stroke på – vilken påverkan har vårdprocessen på sjukhuset? Att analysera och besvara frågor som dessa är arbetskrävande. Landstingen skulle dra nytta av sådana fördjupningar.

Men det finns även ett principiellt argument. Hälso- och sjukvårdspolitik och -styrning är inte bara landstingsbaserad, utan är även nationell. Om vi nu har allt mera och allt bättre registerbaserad kvalitetsinformation, så borde väl en nationell aktör förhålla sig till detta, även om det inte finns formella nationella riktlinjer för allt? Av alla de data som visas i *Öppna jämförelser* – vilka är de tyder på allvarliga kvalitetsproblem och som landstingen därför borde koncentrera sig på?

Ett steg på vägen är att redovisa målnivåer, på de kvalitetsindikatorer där det finns. Det kan vara målnivåer som anges av kvalitetsregisters styrgrupper eller sådana som har grund i nationella riktlinjer. Då kan resultaten tolkas lättare – när man målnivåerna eller ej? Detta är nog en realistisk framkomstväg, framförallt för processmått.

Ett än mera radikalt grepp vore om SKL/staten, bland annat utifrån *Öppna jämförelser*, bestämde sig för att peka ut ett antal viktiga kvalitetsproblem. Dessa skulle ses som högt prioriterade kvalitetsbrister, gärna uppbackade med hälsoekonomiska analyser så att även breda hälsovinster speglas. Det är säkert en fördel om listan inte var för kort, så att landstingen själva har handlingsfrihet och så att vi slipper ensidig fokusering på ett litet urval av specifika problem.

Vi har idag en slags *de facto* prioritering av kvalitetsproblem, genom att staten på vissa områden fördelar pengar till landstingen efter vilka resultat som nås: Kömiljarden, som ekonomiskt backar upp vårdgarantins tillgänglighetskrav. Äldre- och andra satsningar, som ekonomiskt gynnar landsting som når vissa mål när det gäller deltagande i ett specifikt kvalitetsregister eller når vissa mål när det gäller återinskrivningar, undvikbar slutenvård eller specifika läkemedelsindikatorer.

Jag skall inte ifrågasätta syftet bakom dessa prestationsersatta satsningar på nationellt prioriterade utvecklingsområden. Men jag tror att det skulle gå att göra mycket bättre än det idag görs. Det finns ett engelskt uttryck som fångar ambitionen bra; det gäller att identifiera ett antal *high impact changes*. Det kan göras nationellt – sen är det upp till landstingen att genomföra dem.

Erbjuda aktiv värdering av enskilda landstings resultat – fördjupning

Om man lägger ihop de kvalitetsindikatorer som används i *Öppna jämförelser*, i Socialstyrelsens uppföljningar av riktlinjer och de ytterligare kvalitetsmått som nationella kvalitetsregister publicerar, så är vi uppe i väl över 200 indikatorer, med vars hjälp ett landsting kan jämföra sig med andra. Om man till detta lägger andra relevanta jämförelsetal (vårdkonsumtion, kostnadsdata, medelvårdtider, val mellan likvärdiga läkemedel etc), så ökar antalet ytterligare. Poängen är denna: Vi har i princip tillgång till stora mängder potentiellt meningsfull information om kvalitet och effektivitet.

Landstingen har olika kapacitet att hantera och värdera dessa kunskapsunderlag. Självklart finns det verksamhetsansvariga som behärskar det egna vårdområdet, men då och då kan en landstingsledning vilja ha en extern, auktoritativ bedömning av det egna sjukvårdssystemet.

Idag, när olika konsultföretag gör olika granskningar och genomlysningar av landsting, så används även denna typ av data. Mitt intryck är det sker styckevis och delat, främst eftersom det inte finns så många personer som har rätt överblick eller vana att tolka kvalitetsindikatorer, värdera datakvalitet etc. Detta är tämligen specialiserad kompetens.

Jag tror att landsting skulle dra nytta av en nationell organisation som erbjöd dem fördjupade bedömningar av sina resultat, för hela eller delar av sin sjukvård. En slags extern granskning, som stöd för det egna arbetet. Även om registerbaserade kvalitetsjämförelser är startpunkten för en sådan analys, så måste kunskapsunderlaget vara bredare, kunna bestå även av till exempel intervjuer med ansvariga chefer eller medicinskt ansvariga.

Initiativ i denna riktning har funnits. SPRI hade på sin tid ett program man kallade *OrganisationsGranskning*, för sjukhus och för primärvård. I början på 90-talet besökte Socialstyrelsen landstingen och förevisade data från hälsodataregister, under projektnamnet *Aktiv uppföljning*. SoS-projektet blev inget bestående, och kunskapsunderlaget var magert – jämfört med vad vi nu skulle kunna visa upp.

En kompetent konsultorganisation, bemannad även med medicinsk kompetens, skulle kunna värdera och utmana landsting på ett konstruktivt sätt. Den kan vara driven av SKL, baserad på statliga myndigheter eller enligt någon annan lösning. Arbetet kan ju även utformas som en rent kommersiellt tjänst. Lite förvånande är det väl att inget av de större konsultbolagen byggt en ambitiös utvärderingsprodukt runt den nu stora tillgången på kvalitetsdata?

Många landsting skulle förmodligen välkomna denna typ av extern granskning. Bli den auktoritativt utförd skulle den bli en naturlig del i ett landstings kvalitetsförbättringsarbete; då finns det säkert även en betalningsvilja. Huvudsyftet ur ett nationellt policyperspektiv skulle vara att öka nyttan med och skärpan i de formaliserade kvalitetsmätningar som vi nu har tillgång till, men som vi saknade för 15 år sedan.

Mer fokus på effektivitet, inte bara på kvalitet och mått på underanvändning

För tjugo år sedan hette det ofta i sjukvårdsdebatten att vi bara hade tillgång till data om kostnader och budgetutfall, men inget om sjukvårdens kvalitet. Studerar man de indikatorer som ingår i *Öppna jämförelser* är förhållandet det omvända. Antalet indikatorer som explicit speglar produktivitet, kostnadsvariation eller ekonomiska aspekter av variationer i medicinsk praxis är litet. Detta har varit ett medvetet val, med syftet att lyfta fram det som var nytt, nämligen jämförelser av medicinsk kvalitet.

Det finns, tror jag, även en slagsida åt indikatorer som speglar underanvändning, jämfört med indikatorer som speglar överanvändning. Detta är troligen en effekt av att nationella riktlinjer ofta har fokus på åtgärder med god nytta som används för lite. (I ärlighetens namn – riktlinjer har numera även exempel på åtgärder som inte skall utföras, eller bara väljas i andra hand) Det är även en effekt av att till exempel kvalitetsregister fått föreslå indikatorer; har man fokus på medicinsk kvalitet så blir det lätt så att det uppfattas som mera intressant och viktigare än att spegla variation i resursanvändning. Varje kvalitetsregister är för övrigt också i viss mån en (legitim) försvarare av den egna patientgruppens vård; då är det lätt att ta sikte på ”riktiga” kvalitetsbrister, där nyttiga behandlingar underanvänds.

Det finns flera skäl till att den nationell registerbaserad uppföljning även bör omfatta mått som sätter sökarljuset på effektiv resursanvändning, även med helt konventionella mått. I kvalitetsdebatten hävdas ibland att hög ”kvalitet” är identiskt med eller leder till ”effektivitet”. Även om kvalitetsbristkostnader är ett fruktbart begrepp, så tycker jag att ett sådan synsätt är för begränsat.

Istället för att gå in i begreppsexercis (vad är ”kvalitet” respektive ”effektivitet”?) så menar jag helt enkelt att nationella uppföljningsmått/-indikatorer borde tas fram för:

- **Kostnad per prestation:** SKL:s KPP-databas (Kostnad Per Patient) innehåller kostnadsuppgifter som bör förevisas och diskuteras, för de vanligaste eller mest kostnadskrävande tillstånden. Inga data är ”hemliga”; men det har ännu inte etablerats en riktigt bra form för publicering av dessa data. Kostnadsvariationen är kanske inte dramatisk, men ändå värd att studera. Redovisningen är frivillig, men även de privata sjukhusen och klinikerna bör i framtiden kunna övertygas om att publicera uppgifter om sina självkostnader.
- **Vårdkonsumtion eller behandlingsfrekvens för landstingens befolkningar:** Tillgången på tillförlitliga data varierar, trots att rapportering till hälsodataregistren är obligatorisk. Problemet vid tolkning av vårdkonsumtionsdata gör att man sällan kan dra skarpa slutsatser om förekomst av över- eller underkonsumtion, men även enkla presentationer kan vara stöd för reflektion om praxisvariation. Variationen är ofta ganska stor, även för etablerade behandlingar som ledprotesoperationer. Variationerna kan vara påtagligt stora för mindre vanliga behandlingar, eller där behandlingsalternativen är flera eller indikationerna oklara. Det räcker inte att bara publicera vårdkonsumtionsdata, utan här måste vi lära oss mera om hur över- eller underanvändning skall kunna spåras och hur behandlingsfrekvenser (indikationer) bäst förändras.

- **Medelvårdtider, återinskrivningar och dagkirurgiandelar:** Trots att till exempel medelvårdtider i slutenvård verkligen är konventionella, vårdadministrativa data så har vi ingen genomtänkt presentation av sådana jämförelsetal för sjukhus. Även här är variationen inte sällan riktigt stor, och även om det inte finns ett ”rätt” antal vårddygn vid till exempel proteskirurgi, så måste vi lära oss av denna variation.
- **Val av behandling vid likvärdiga alternativ, men olika kostnad:** Framförallt för läkemedel är det möjligt att med måttlig ansträngning ta fram dessa data, eftersom vi har ett komplett register över förskrivna och uttagna läkemedel. De flesta landsting har någon form av råd eller klok lista som man uppmanar förskrivarna att följa – välj i första hand läkemedlet x framför y. Det är fullt möjligt att göra nationella indikatorer för uppföljning av detta.
- **Behandling/diagnostik med oklar nytta:** I *Öppna jämförelser* visas frekvensen atroskopier i knäled per landsting. Denna indikator speglar förekomsten av en behandling med oklar nytta. I nationella riktlinjer brukar anges några sådana, som sätts upp på en ”icke-göra” lista. Vi borde arbeta mera systematiskt för att belysa detta. Internationellt, framförallt i USA, är det ett växande intresse för att minska den ”onödiga” sjukvården, med kampanjer som den läkarledda *Choosing Wisely* och den kommande internationella BMJ-konferensen *Preventing Overdiagnosis*.

Läsaren ser poängen: Detta är som regel inga explicita kvalitetsindikatorer och är därför inte framträdande i *Öppna jämförelser*. Men bättre sammanställning av tillgängliga sådana data kan vara mycket nyttiga för landstingen, inte minst i ett läge med troligen ökande knapphet, både för den totala sjukvårdsekonomin och avseende vårdplatskapacitet.

Avskaffa det nationella indikatorsetet Öppna jämförelser – bygg nya

Det är förståeligt, men även en slags nackdel, att rapporten *Öppna Jämförelser* och den kvalitet som där redovisas, har blivit så pass normgivande för landstingens uppföljning. Visst, den visar ett bra urval av kvalitetsindikatorer, med syftet att spegla så stor del av sjukvårdssystemet som det bara går. Men det är ett urval och landstingen borde förhålla sig även till andra nationellt tillgängliga kvalitetsmått.

För fem år sedan var jag övertygad om att det var viktigt med ett ganska fixt indikatorset som hade status av att vara ”nationellt”. Nu är jag mindre säker på detta. De närmaste åren kommer Socialstyrelsen, SKL och nationella kvalitetsregister att kunna presentera ännu flera kvalitetsindikatorer och andra nyttiga mått. ”Indikatorlagret” kommer att växa, även om indikatorer även försvinner när de inte längre är relevanta.

Uppgiften bör då bli att göra detta breda nationella indikatorlager tillgängligt i flexibla webb-lösningar, där man kan välja och utforma olika indikator/informationspaket, beroende på vad man söker efter: Övergripande mått med relevans för landsting/befolkningsområden, sjukhusrelevanta indikatorer för avgränsade sjukdomstillstånd, sådana som enbart speglar kostnadseffektivitet eller patientrapporterade resultat av behandling etc.

Det lär även i framtiden finnas behov av skriftliga rapporter från SKL och SoS, som sätter fingret på väsentliga problemställningar för landstingen och hälso- och sjukvården, men jag tror det skall vara flera olika, inte en jättelik indikatorkatalog med ambition att spegla allt.

Men innan konceptet *Öppna jämförelser* i dagens skepnad överges, vore det bra om alternativen tagit något tydligare form.

Sverige är ett litet land och vi har goda förutsättningar att stödja en kunskapsutveckling baserad på vårdregisterdata, så att dessa blir så nyttiga för landstingen och andra användare i hälso- och sjukvården, att det med råge väger upp registreringsbördan. Allt kan bli bättre och kraven på praktisk nytta måste ställas högt.